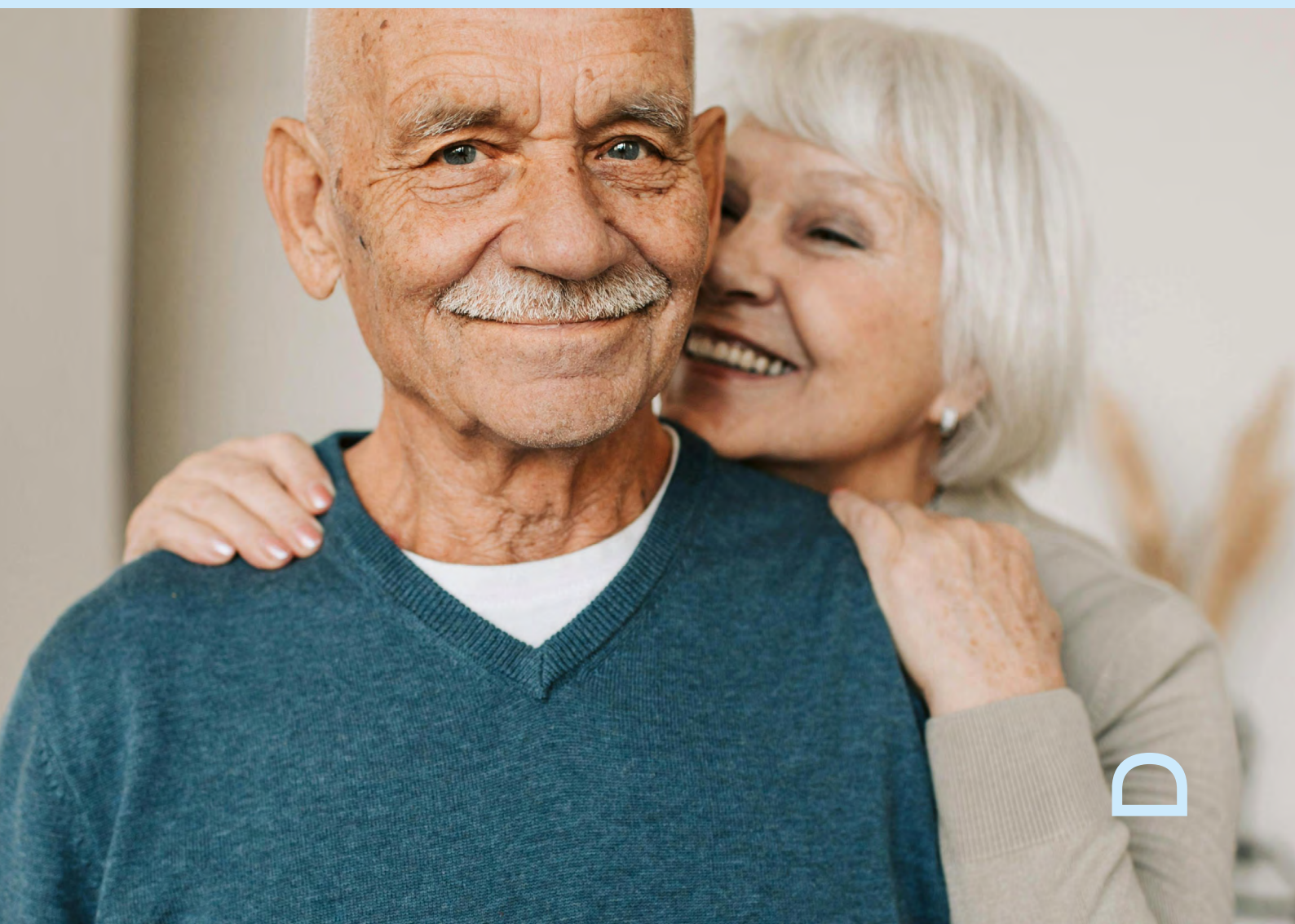


Rapport BelRAI-bevraging

Studie naar de praktijkervaringen en ondersteuningsnoden bij het gebruik van BelRAI LTCF in Vlaamse woonzorgcentra





**Kwaliteitscentrum
Diagnostiek**



Vlaanderen
is zorgzaam en
gezond samenleven

Coördinerend directeur

Kimberly Van Nieuwenhove

Auteur

Vicky Hennissen

Werkgroep

Patricia Dewaele, Elisabeth Hubrecht, Liesbeth Verdonck, Florian Wauters

Klankbordgroep

Karen Jutten, Liesa Dewitte, Johan Staes, Lien Van Riet

Vormgeving

Eefje Claerhout

© 2026 Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek
Kortrijksesteenweg 405 – 9000 Gent
Ondernemingsnummer: 0548.718.607
Ondernemingsrechtbank Gent – afdeling Gent

www.kcdvzw.be

[Facebook](#) – [Instagram](#) – [LinkedIn](#)

communicatie@kcdvzw.be

+32 497 53 23 79

Het Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek vzw wordt gesubsidieerd door het Departement Zorg en het Agentschap Vlaamse Sociale Bescherming van de Vlaamse Overheid.

Inhoudstafel

Inleiding	4
Achtergrond en kadering	5
Doel en relevantie van de praktijkbevraging	6
Methode	7
Opzet van de bevraging	7
Rekrutering	8
Analyse van de data	8
Resultaten	9
Persoons- en organisatiekenmerken	11
Respondenten	11
Organisatorische kenmerken	11
Gebruik van BelRAI LTCF	12
BelRAI-beoordelingsproces	15
Inplannen van (her)beoordelingen	15
Observeren van bewoners en registreren van informatie	23
Samenbrengen van informatie uit verschillende bronnen	30
Coderen en invoeren in de software	37
Impact op de zorg(planning)	45
Interdisciplinaire samenwerking en MDO	53
Betrekken van bewoner en mantelzorger(s)	61
Draagvlak voor BelRAI	70
Besluit	81



Inleiding

BelRAI LTCF¹ werd de voorbije jaren ingevoerd en uitgerold in Vlaamse woonzorgcentra (wzc's). Via een 'zachte opstart' kregen voorzieningen ruimte om BelRAI LTCF in hun werking te integreren. Hoewel de doelstellingen van deze zachte opstart werden bereikt, is er weinig beschikbare informatie over hoe BelRAI LTCF in de dagelijkse praktijk wordt ervaren en toegepast, en welke ondersteuningsnoden daarbij nog bestaan.

Om hier beter zicht op te krijgen, organiseerde het Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek (KCD) in 2025 een grootschalige praktijkbevraging. Het doel van deze bevraging was om inzicht te krijgen in de praktijkervaringen met BelRAI LTCF, en in de ondersteuningsnoden die daarbij bestaan. De bevindingen van deze praktijkbevraging worden in dit rapport beschreven.

In dit rapport geven we een overzicht van (a) hoe de implementatie van BelRAI LTCF momenteel verloopt, (b) de bestaande uitdagingen en ervaren ondersteuningsnoden, en (c) aanbevelingen op micro-, meso- en macroniveau.

¹ BelRAI Long Term Care Facilities (LTCF) wordt gebruikt bij volwassenen met complexe zorgnoden in een residentiële voorziening.

Achtergrond en kadering

BelRAI is een verzameling van gestandaardiseerde instrumenten om de zorgnoden en het functioneren van mensen met een langdurige of complexe zorgvraag in kaart te brengen, en persoonsgerichte zorg te ondersteunen. De instrumenten zijn gebaseerd op de internationale InterRAI-instrumenten en helpen om een kwaliteitsvol persoonlijk zorgplan op te stellen door een totaalbeeld te schetsen van iemands situatie. Hierbij wordt rekening gehouden met het lichamelijke, cognitieve, sociale en psychologische functioneren.²

In 2019 koos Vlaanderen om BelRAI in te zetten voor het optimaliseren van de zorgcontinuïteit en -kwaliteit. Dit leidde sinds 2021 tot een stapsgewijze introductie van BelRAI in Vlaanderen. Sinds juni 2023 is het gebruik van BelRAI LTCF in wzc's verplicht.

Voor elke bewoner wordt een beoordeling uitgevoerd aan de hand van informatie uit observaties, het medisch dossier en gesprekken met de bewoner en/of naasten. Deze informatie geeft een zicht op het functioneren en de hulp en ondersteuning die nodig is.²

Om wzc's de tijd te geven om BelRAI LTCF te verankeren in hun werking, werd een overgangperiode van twee jaar voorzien. Via een zachte opstart konden voorzieningen stapsgewijs wennen aan het gebruik van BelRAI LTCF en hun werking hierop afstemmen.³ Daarbij werden er een aantal tussentijdse doelstellingen vooropgesteld (zie tijdslijn).

Elk wzc kreeg zo de mogelijkheid om een aangepast implementatieplan uit te werken, afgestemd op de bewonerspopulatie, de zorgzwaarte van de bewoners en de inzetbaarheid van het beschikbare zorgpersoneel. De doelstellingen van de zachte opstart werden bereikt.⁴

**Eind
2023**

10% van de bewoners ingeschaald

**Juni
2024**

40% van de bewoners ingeschaald

**Januari
2025**

70% van de bewoners ingeschaald

**Juni
2025**

100% van de bewoners ingeschaald (met uitzondering van nieuwe bewoners)

² <https://www.departementzorg.be/nl/belrai-vlaanderen>

³ <https://www.departementzorg.be/nl/belrai-binnen-de-ouderenzorg>

⁴ https://res.cloudinary.com/deueykgii/raw/upload/v1757595679/BelRAI_LTCF_-_terugkoppeling_webinar_27_juni_2025_mtrblb.pdf?_a=DATAg1RgZAA0

Doel en relevantie van de praktijkbevraging

Dat de **doelstellingen van de zachte opstart** werden bereikt, betekent niet automatisch dat BelRAI LTCF vandaag in alle wzc's even vlot wordt geïmplementeerd. Om zicht te krijgen op hoe BelRAI LTCF vandaag wordt gebruikt en op de ondersteuningsnoden die daarbij nog bestaan, organiseerde het KCD een grootschalige praktijkbevraging.

Er waren twee **onderzoeksvragen**:

- Hoe wordt BelRAI LTCF momenteel toegepast in Vlaamse wzc's?
- Welke bijkomende praktijkgerichte ondersteuningsnoden zijn er om BelRAI LTCF te verankeren in de werking van wzc's?

Op basis van de bevindingen uit dit onderzoek krijgen we meer inzicht in de noden van wzc's met betrekking tot het gebruik van BelRAI LTCF. De bevindingen zijn belangrijk voor zowel de **praktijk** als voor het **beleid** en de **sectororganisaties**.

Voor de praktijk betekent het dat er gericht kan worden ingezet op ondersteuning, bijvoorbeeld in de vorm van bijkomende opleidingen, het ontwikkelen en aanbieden van methodieken, tools en andere handvaten om concreet met BelRAI LTCF aan de slag te gaan. Dit kan zorgen voor een **efficiënt gebruik** van BelRAI LTCF en een **goede integratie** in de dagelijkse werking.

Voor het beleid en de sectororganisaties geven de bevindingen inzicht in wat haalbaar is op de werkvloer, welke **drempels** er bestaan en welke **hefbomen** er zijn om BelRAI LTCF duurzaam te verankeren. Dit maakt het mogelijk om beleidsmaatregelen en ondersteuningsinitiatieven af te stemmen op bestaande noden in de sector.

Onderzoeksvragen:

- 1 Hoe wordt BelRAI LTCF momenteel toegepast in Vlaamse wzc's?
- 2 Welke bijkomende praktijkgerichte ondersteuningsnoden zijn er om BelRAI LTCF te verankeren in de werking van wzc's?

Methode

Opzet van de bevraging

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden, werd een **online bevraging** (survey) opgesteld en verspreid onder de Vlaamse wzc's. De inhoud van de bevraging werd gevalideerd door het Departement Zorg en de vertegenwoordigers van de koepels ouderenzorg (Vlozo, Zorgnet-Icuro en VVSG).

De bevraging combineerde **meerkeuzevragen** met **open vragen**. Dit betekent dat respondenten zowel gestructureerd konden antwoorden als eigen ervaringen en suggesties konden meegeven. De vragenlijst werd beschikbaar gesteld via Google Forms en kon digitaal worden ingevuld. Voorafgaand aan de deelname werd geïnformeerde toestemming gevraagd.

Er werd met een combinatie van verplichte en optionele modules gewerkt. Hierdoor konden respondenten bepaalde delen van de vragenlijst overslaan wanneer ze geen kennis of ervaring hadden rond een specifiek thema. De gemiddelde invulduur lag tussen de 20 en 40 minuten.

De bevraging bestond uit volgende modules:

- Persoons- en organisatiekenmerken:
 - Functie en ervaring*
 - Organisatorische kenmerken*
 - BelRAI-betrokkenheid en-verantwoordelijkheden*
- Het BelRAI-beoordelingsproces:
 - Inplannen van (her)beoordelingen
 - Observeren en registreren van informatie
 - Samenbrengen van informatie
 - Coderen en invoeren in software
- Impact op de zorg(planning)
- Interdisciplinaire samenwerking en MDO⁵
- Betrekken van bewoner en mantelzorger(s)*
- Draagvlak voor BelRAI*

(*) verplicht in te vullen modules.

⁵ Multidisciplinair overleg

Rekrutering

De bevraging richtte zich op iedereen die binnen een wzc werkt en op één of andere manier in contact komt met BelRAI LTCF. Om een **breed en genuanceerd beeld** te krijgen van hoe BelRAI LTCF in de praktijk wordt gebruikt en ervaren, en om **verschillende perspectieven** te kunnen meenemen, kon de bevraging worden ingevuld door de volgende doelgroepen:

- zorgverleners of andere medewerkers die bijdragen aan BelRAI-beoordelingen (bv. via observatie en aanleveren van informatie over bewoners), los van het feit of zij zelf een BelRAI-training hebben gevolgd;
- BelRAI-trainers⁶ en -indicatiestellers⁷ die actief met het instrument werken;
- BelRAI-coördinatoren⁸ en leidinggevendenden die het proces mee organiseren en opvolgen;
- directieleden en beleidsmedewerkers die betrokken zijn bij de organisatiebrede implementatie van BelRAI LTCF.

De bevraging liep van 19 mei tot en met 5 juli 2025. In die periode werd de bevraging op verschillende manieren bekendgemaakt: via nieuwsbrieven van het KCD en het Departement Zorg, socialemediakanalen, de koepelorganisaties (Vlozo, VVSG en Zorgnet-Icuro), BelRAI-intervisies ...

Analyse van de data

De verzamelde gegevens werden na afloop van de bevraging verwerkt en geanalyseerd. Om de anonimiteit van de deelnemers te waarborgen, werden de antwoorden gepseudonimiseerd (d.w.z. persoonlijke identificatiegegevens werden verwijderd).

Voor de verwerking van de gegevens werd een combinatie van kwantitatieve en kwalitatieve analysemethoden gebruikt:

- De meerkeuzevragen werden **statistisch geanalyseerd**, om zicht te krijgen op trends op groepsniveau.
- De open vragen werden **thematisch geanalyseerd**. Daarbij werden terugkerende patronen over drempels, hefbomen, suggesties en goede praktijken in kaart gebracht.

Hierdoor konden we niet enkel de cijfers, maar ook de ervaringen en verhalen achter de cijfers beter begrijpen.

⁶ Een BelRAI-trainer heeft een attest behaald om BelRAI-indicatiestellers op te leiden, en kan ook BelRAI-beoordelingen invullen op het digitale BelRAI-platform.

⁷ Een BelRAI-indicatiesteller heeft een attest behaald om BelRAI-beoordelingen in te vullen op het digitale BelRAI-platform.

⁸ Onder een BelRAI-coördinator begrijpen we een persoon die de BelRAI-beoordelingen coördineert (bv. in goede banen leiden, plannen, taakverdeling ...).

Resultaten

Persoons- en organisatiekenmerken

Respondenten

Organisatorische kenmerken

Gebruik van BelRAI LTCF

BelRAI-beoordelingsproces

Inplannen van (her)beoordelingen

Observeren en registreren van informatie

Samenbrengen van informatie

Coderen en invoeren in de software

Impact op de zorg(planning)

Interdisciplinaire samenwerking en MDO

Betrekken van bewoner en mantelzorger(s)

Draagvlak voor BelRAI

Leeswijzer bij de resultaten

De resultaten zijn onderverdeeld in een aantal thema's. Op de vorige pagina kan je direct doorklikken naar de bijbehorende resultaten.

Algemene aandachtspunten

Omdat een grote groep respondenten deelnam, geven de resultaten een goed beeld van hoe BelRAI LTCF in de praktijk wordt gebruikt en ervaren. De resultaten weerspiegelen de ervaringen en inzichten van respondenten die deelnamen aan de bevraging, niet van de individuele wzc's.

Inhoud van de modules

- De module **Persoons- en organisatiekenmerken** beschrijft enkel de kenmerken van de steekproef.
- **Overige modules:**
 - Aan het begin van elke module worden de **kwantitatieve resultaten** weergegeven. Deze bevindingen geven een algemeen beeld. De gerapporteerde cijfers (bv. percentages) zijn telkens gebaseerd op de respondenten die de vraag konden beantwoorden. Respondenten konden modules of antwoorden overslaan wanneer ze geen kennis of ervaring hadden rond een specifiek thema. In de resultaten wordt telkens weergegeven op hoeveel antwoorden de bevindingen zijn gebaseerd.
 - De **kwalitatieve resultaten** brengen verdieping en nuance. Ze helpen om zicht te krijgen op terugkerende thema's, drempels en hefboomen uit de praktijk. De bevindingen worden geïllustreerd door een aantal quotes. Deze zijn niet bedoeld om representatieve of kwantificeerbare uitspraken te doen. Soms kunnen bevindingen tegenstrijdig zijn: wat goed loopt in de ene voorziening, kan in een andere stroever verlopen.
 - Aan het einde van elke module worden de **belangrijkste inzichten** opgesomd en worden een aantal **tips en aanbevelingen** geformuleerd.



Microniveau: acties gericht op het niveau van individuele medewerkers en teams.



Mesoniveau: structurele acties gericht op leidinggevendenden, voorzieningen en organisatorische werkprocessen.



Macroniveau: beleidsmatige acties en maatregelen voor sectoractoren (bv. sectororganisaties, opleidingsverstrekkers, softwareontwikkelaars ...).

Persoons- en organisatiekenmerken

Respondenten

Aan de bevraging namen in totaal **643 respondenten** deel.

Functieprofielen

Deelnemers rapporteerden **uiteenlopende functies**. Het meest vertegenwoordigd zijn hoofdverpleegkundigen (19,8%), beleids- en stafmedewerkers (12,8%) en directieleden (12,0%). Daarnaast namen ook verpleegkundigen (10,0%), ergotherapeuten (9,8%), zorgkundigen (7,9%), kinesisten (5,3%) en maatschappelijk werkers (4,7%) deel aan de bevraging. Functies zoals logistiek medewerker, begeleider wonen en leven (animator) en administratief medewerker maken een kleiner deel uit van de steekproef (telkens < 3 %). Ook psychologen, orthopedagogen en logopedisten zijn in beperktere mate vertegenwoordigd (telkens < 1%).

Leeftijd

De leeftijd van de deelnemers vertoont een **brede spreiding**. Zowel jongere als oudere medewerkers namen deel aan de bevraging. De grootste groep bestaat uit 35–44-jarigen (32,8%), gevolgd door 45–54-jarigen (28,2%). Meer dan één op vijf respondenten (22,2%) was 25–34 jaar, 15,1% van de deelnemers was ouder dan 55 jaar en een kleine minderheid (1,7%) was jonger dan 25 jaar.

Ervaring in de woonzorgsector

Er is ook een **brede spreiding** qua werkervaring. Gemiddeld werkten de deelnemers 15,1 jaar in de woonzorgsector (mediaan = 13 jaar). Ongeveer één op vijf (20,9%) had minder dan 5 jaar ervaring. Daarnaast was er ook een grote groep (27,9%) die meer dan 20 jaar ervaring had op het moment van de bevraging. De overige deelnemers zijn vrij gelijkmatig verdeeld over de categorieën (6 tot 20 jaar ervaring).

Organisatorische kenmerken

Naast persoonskenmerken werd ook informatie verzameld over enkele **organisatorische kenmerken** van de wzc's waarin de respondenten werken.

Grootte van het wzc

De meerderheid van de respondenten (58,0%) werkte op het moment van de bevraging in grotere wzc's (> 100 bedden). Ongeveer twee op vijf respondenten (38,6%) werkte in een middelgroot wzc (50–100 bedden). Slechts een kleine groep (3,0%) was actief in kleinschalige wzc's (< 50 bedden). Bij een heel klein aantal respondenten (0,5%) bleef de grootte van het wzc onduidelijk.

Ligging

Alle Vlaamse provincies zijn vertegenwoordigd. De bevraging was niet bedoeld om een proportionele steekproef per provincie te realiseren. Toch toont de spreiding dat alle provincies bereikt werden en dat de resultaten niet beperkt zijn tot één regio. De meeste respondenten werkten in wzc's gelegen in West-Vlaanderen (30,8%) en Antwerpen (23,5%), gevolgd door Oost-Vlaanderen (20,2%) en Vlaams-Brabant (15,7%). Respondenten uit wzc's in Limburg zijn het minst vertegenwoordigd (9,5%).

Er is een evenwichtige verdeling tussen wzc's in eerder landelijke (53,2%) en eerder stedelijke gebieden (45,9%). In een klein aantal gevallen (<1%) bleef de ligging van het wzc onduidelijk.

Bestuursvorm

De respondenten waren op het moment van de bevraging werkzaam in wzc's met **verschillende bestuursvormen**. De meerderheid werkte in de privé-social profit (51,3%), gevolgd door openbare voorzieningen (35,8%). Een kleiner aandeel was actief in private of commerciële voorzieningen (10,1%). Bij een minderheid van de voorzieningen (<3%) bleef de bestuursvorm onduidelijk.

Inbedding in netwerk en aansluiting bij koepels

Wat de organisatorische inbedding betreft, rapporteerde ongeveer de helft (48,2%) van de respondenten dat hun organisatie **lid is van een koepelorganisatie**. Hiervan was 63,5% aangesloten bij Zorgnet-Icuro, 24,2% bij VVSG en 12,3% bij VLOZO.

Bij een kwart (27,8%) bleef dit onduidelijk. Een ander kwart (24,0%) gaf aan dat de organisatie niet aangesloten is bij een koepel. Mogelijk was er sprake van een beperkte bekendheid met de organisatorische inbedding bij (dit deel van) de respondenten.

Gebruik van BelRAI LTCF

Aantal jaren ervaring met BelRAI LTCF in de organisatie

Bijna drie op vier (73,6%) respondenten gaf aan dat hun voorziening tussen de 1 en 3 jaar met BelRAI LTCF werkt, wat overeenkomt met de periode sinds de zachte opstart. Bijna één op vijf respondenten (19,8%) gaf aan dat hun voorziening langer dan 3 jaar ervaring heeft met BelRAI LTCF. Een kleine minderheid van respondenten (3,1%) gaf aan dat hun voorziening op het moment van de bevraging minder dan 1 jaar gebruik maakt van BelRAI LTCF. In een klein aantal gevallen (3,6%) bleef het aantal jaren ervaring met BelRAI LTCF in de organisatie onduidelijk.

Opgenomen rollen en individuele ervaring met BelRAI LTCF

Binnen een organisatie kunnen personen **verschillende rollen** opnemen in het kader van BelRAI, zoals indicatiesteller, trainer of coördinator. Ongeveer de helft (55,8%) van de respondenten gaf aan één rol te vervullen, terwijl de andere helft (44,2%) aangaf twee of meer rollen te combineren. In totaal oefende 50,5% van de respondenten de rol van BelRAI-indicatiesteller uit, 45,3% de rol van BelRAI-trainer en 41,8% de rol van BelRAI-coördinator.

Een kleine groep (<10%) gaf aan geen officiële BelRAI-rol uit te oefenen, zoals medewerkers met een beleidsfunctie of medewerkers die in het kader van BelRAI LTCF enkel bewoners observeren en informatie doorgeven aan indicatiestellers (zie Tabel 1).

Wanneer we enkel het opleidingsniveau in het kader van BelRAI LTCF in beschouwing nemen, had 45,6% van de respondenten de titel van BelRAI-trainer en 42,8% de titel van BelRAI-indiciesteller (zie Tabel 2).

Wat de **individuele ervaring** betreft, had een ruime meerderheid (64,5%) van de respondenten op het moment van de bevraging tussen de 1 en 3 jaar ervaring met BelRAI LTCF. Ongeveer één op vijf (21,0%) gaf aan meer dan 3 jaar ervaring te hebben. Een minderheid (<10%) gaf aan minder dan 1 jaar ervaring te hebben.

De steekproef in één oogopslag

- 643 respondenten met een brede mix van functies en leeftijden.
- De meeste respondenten zijn ervaren medewerkers (gemiddeld 15 jaar ervaring in de sector).
- Respondenten werken vooral in middelgrote en grote wzc's.
- Alle Vlaamse provincies zijn vertegenwoordigd, met een evenwicht tussen stedelijke en landelijke gebieden.
- De voorzieningen waarbinnen de respondenten werkzaam zijn, hebben gemiddeld 1 tot 3 jaar ervaring met BelRAI LTCF.
- Bijna de helft van de respondenten neemt meerdere BelRAI-rollen op.

Tabel 1. Opgenomen rol(len) in het kader van BelRAI (n = 643)

Respondenten konden meerdere antwoorden aangevinken.

Indiciesteller (325 respondenten)	50,5%
Trainer (291 respondenten)	45,3%
Coördinator (269 respondenten)	41,8%
Observator (19 respondenten)	3%
Geen concrete rol m.b.t. BelRAI (44 respondenten)	6,8%

Tabel 2. Opleidingsniveau in het kader van BelRAI LTCF (n = 643)

Trainer (293 respondenten)	45,6%
Indiciesteller (275 respondenten)	42,8%
Geen opleiding gevolgd (75 respondenten)	11,7%

Noot. De cijfers van het opleidingsniveau weerspiegelen niet noodzakelijk de BelRAI-rol binnen de organisatie (zie Tabel 1). Het is mogelijk dat respondenten een BelRAI-opleiding tot trainer of indicatiesteller hebben gevolgd, maar deze rol niet opnemen binnen de organisatie.



BelRAI-beoordelingsproces

Inplannen van (her)beoordelingen

Een eerste stap binnen het BelRAI-beoordelingsproces is **het inplannen** van een beoordeling. Het kan zowel gaan om het inplannen van een eerste beoordeling, als om het inplannen van een herbeoordeling.

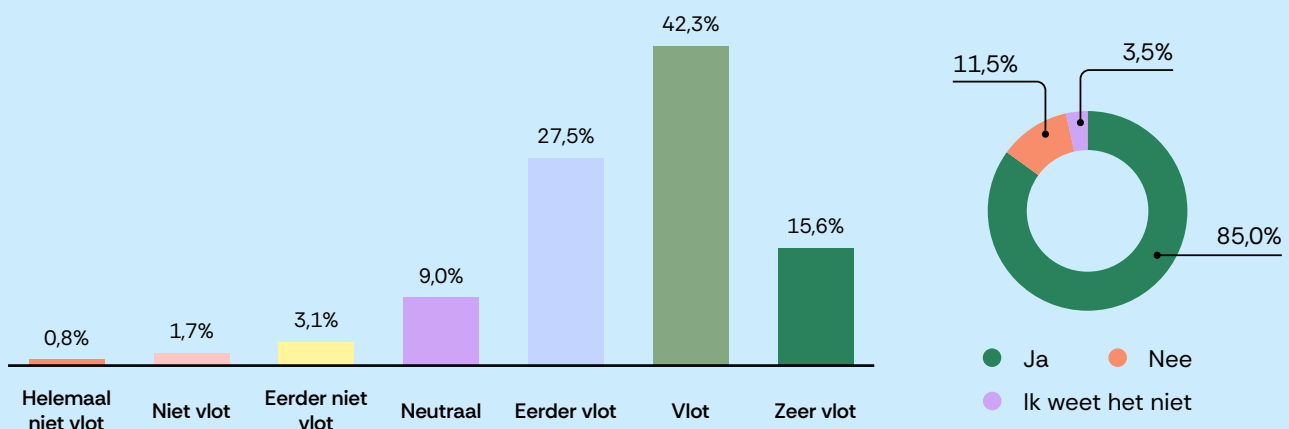
Inplannen van een eerste beoordeling bij nieuwe bewoners

Bij verhuis van een **nieuwe bewoner** naar het wzc moet er binnen de acht weken een eerste BelRAI-beoordeling gebeuren. Uit de kwantitatieve resultaten ($n = 521$) blijkt dat de meeste respondenten (85,4%) vinden dat dit *eerder vlot* tot *zeer vlot* verloopt (zie Figuur A). Het merendeel van de respondenten (85,0%) gaf bovendien aan dat de vooropgestelde planning haalbaar is.

De meeste respondenten (89,6%) gaven aan dat er binnen hun organisatie een vaste procedure of werkwijze wordt gebruikt voor het inplannen van BelRAI-beoordelingen bij nieuwe bewoners.

Ongeveer de helft van de respondenten (52,6%) gaf aan dat een **specifieke persoon of functie** verantwoordelijk is voor de planning en opvolging, terwijl 46,5% van de respondenten aangaf dat de verantwoordelijkheid bij **meerdere personen** ligt.

Figuur A. Links: Ervaren vlotheid van het plannen van de eerste BelRAI-beoordeling (nieuwe bewoners) ($n = 521$). Rechts: Haalbaarheid van de vooropgestelde planning volgens respondenten ($n = 521$).



Noot. Links: Meer dan de helft (58,9%) van de respondenten gaf aan dat het inplannen van een eerste beoordeling *vlot* tot *zeer vlot* verloopt. Meer dan een kwart (27,5%) vindt dat dit *eerder vlot* verloopt. Een minderheid (5,6%) van de respondenten vindt dat dit *eerder niet vlot* tot *helemaal niet vlot* verloopt. Zo'n 9,0% antwoordt *neutraal*.

Rechts: De meerderheid van de respondenten (85%) beoordeelde de voorgestelde planning als haalbaar.

Daartegenover beoordeelde 11,5% dat de planning niet haalbaar is. Bij 3,5% van de respondenten bleef dit onduidelijk.

Herbeoordeling van bewoners

Om (de evolutie in) het functioneren van de bewoner goed te kunnen opvolgen, moet er regelmatig een **herbeoordeling** gebeuren.

Uit de kwantitatieve gegevens ($n = 498$) blijkt dat zo'n zes op tien (60,8%) respondenten gebruik maakt van een combinatie van vaste **periodieke** herbeoordelingen en **tussentijdse** herbeoordelingen, bijvoorbeeld bij een **significante toestandsverandering** of **verandering in de zorgsituatie** (bv. na opname in het ziekenhuis).

De overige vier op tien respondenten gaven aan slechts één van deze werkwijzen te gebruiken bij een herbeoordeling.

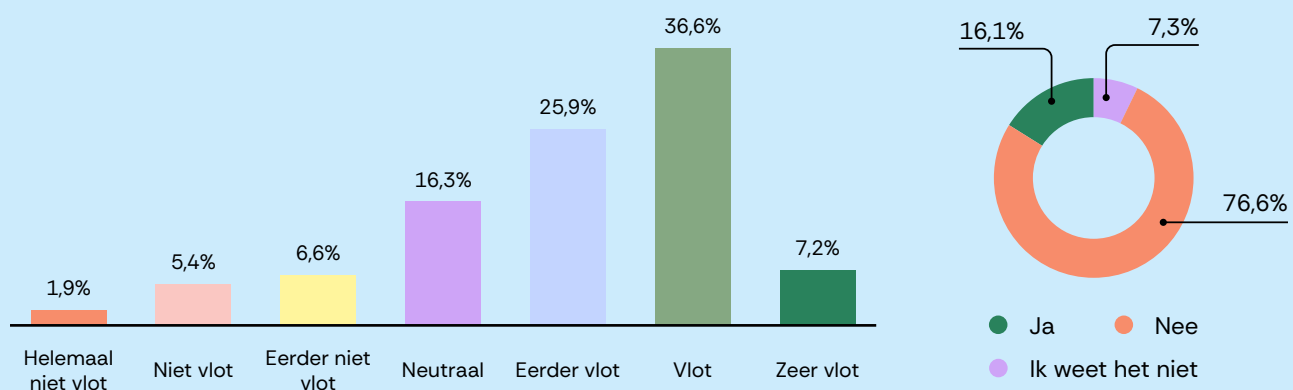
Hiervan gaf 27,5% aan dat herbeoordelingen enkel gebeuren met vaste frequentie, terwijl dit volgens 11,7% van de respondenten enkel gebeurt bij verandering in gezondheidstoestand of zorgsituatie.

Het inplannen van herbeoordelingen wordt als relatief vlot ervaren, maar doorgaans toch iets moeilijker als eerste beoordelingen (zie [Figuur B](#)). Rond de frequentie van periodieke herbeoordelingen, gaf meer dan twee op drie respondenten aan dat een **zesmaandelijkse herbeoordeling** (momenteel) **niet haalbaar** is (zie [Figuur B](#)).

Figuur B.

Links: Ervaren vlotheid van het plannen van herbeoordelingen ($n = 514$).

Rechts: Haalbaarheid van 6-maandelijkse herbeoordeling ($n = 521$).



Noot. Links: minder dan de helft (43,8%) van de respondenten gaf aan dat het inplannen van herbeoordelingen *vlot* tot *zeervlot* verloopt. Ongeveer een kwart (25,9%) vond dat dit *eerder vlot* verloopt. Daartegenover bevindt 13,9% van de respondenten zich aan de negatieve zijde van het continuüm. Zij vonden dat dit *eerder niet vlot* tot *helemaal niet vlot* verloopt. Zo'n 16,3% van de respondenten antwoordde *neutraal*. Rechts: 76,6% van de respondenten gaf aan dat een zesmaandelijkse herbeoordeling niet haalbaar is. Volgens 16,1% is dit wel haalbaar.

Gebruikte hulpmiddelen en vormen van ondersteuning

Uit de kwantitatieve data ($n = 521$) blijkt dat (een combinatie van) verschillende hulpmiddelen en vormen van ondersteuning worden gebruikt om (her)beoordelingen in te plannen en op te volgen. Maar liefst 82,7% van de respondenten gaf aan gebruik te maken van **Microsoft Excelbestanden of andere eigen lijsten**. Nog eens 57,4% van de respondenten zei gebruik te maken van **digitale planningssoftware**, zoals bijvoorbeeld Microsoft Outlook, automatische herinneringen, of zorgplanningstools.

Tot slot werd er volgens 48,4% van de respondenten gebruik gemaakt van een **papieren agenda of afsprakenboek**. Microsoft Excelbestanden of andere eigen lijsten en digitale planningssoftware worden daarbij als meest bruikbaar ervaren (gemiddelde scores op ervaren bruikbaarheid van 8/10, 7,5/10 en 6/10 voor respectievelijk Excelbestanden, digitale planningssoftware en papieren agenda).

Drempels en hefbomen bij het inplannen van BelRAI-(her)beoordelingen

Wanneer we de kwalitatieve data bekijken, blijkt dat het inplannen van BelRAI-(her)beoordelingen in de praktijk vaak een complexe oefening is. Verschillende factoren beïnvloeden of de planning efficiënt kan verlopen en of beoordelingen tijdig kunnen plaatsvinden. Deze factoren zijn bijvoorbeeld **het opmaken en aanhouden van een goede planning, duidelijke verantwoordelijkheden, en softwareondersteuning**.

Een goede planning opmaken en aanhouden

Een eerste factor is het opmaken en aanhouden van een **duidelijke en haalbare planning**. Respondenten geven aan dat het plannen op zich meestal goed lukt, maar dat het in de praktijk soms moeilijk is om de planning ook effectief aan te houden.

Veranderingen in de personeelsbezetting (bv. ziekte, verlof, verloop of interne verschuivingen) kunnen een impact hebben op de capaciteit om beoordelingen uit te voeren.

//

Bij veranderingen in de planning is het niet altijd evident om de puzzel opnieuw te leggen.

Respondenten benadrukken dat een planning **slechts haalbaar is wanneer er voldoende indicatiestellers beschikbaar zijn** om de geplande beoordelingen uit te voeren. Het opleiden en inzetten van voldoende indicatiestellers, wordt dan ook gezien als een belangrijke randvoorwaarde om de planning op te kunnen volgen.

Daarnaast kunnen ook schommelingen in het bewonersbestand (bv. hoge instroom van nieuwe bewoners, overlijdens of transfers) de bestaande planning in de war brengen.

Wat de eerste beoordelingen betreft, geven respondenten aan dat de vaste wettelijke termijn van acht weken in drukke periodes soms moeilijk haalbaar is.

Tegenover deze knelpunten wordt het **belang benadrukt van een strakke planning**, voldoende vooraf in de tijd (bv. op jaar- of kwartaalbasis), **in combinatie met ingebouwde flexibiliteit**. Een planning die ver genoeg vooruitkijkt en tegelijk ruimte laat om onverwachte wijzigingen op te vangen, wordt door verschillende respondenten gezien als een efficiënte werkwijze. Zo ontstaat er houvast, terwijl er toch ingespeeld kan worden op veranderingen (bv. nieuwe bewoners, ad-hoc herbeoordelingen, of ziekte en afwezigheid van personeel).

//

Een [...] combinatie van jaarplanning en mogelijkheid om te schuiven bij nieuwe opnames lijkt goed te werken.

Naast een goede planning is **een duidelijk 'systeem' of procedure nodig om het plannen en opvolgen** van BelRAI-(her)beoordelingen **vlot te laten verlopen**. Respondenten verwijzen naar het belang van een duidelijke kapstok of logica waaraan de planning van in het begin wordt opgehangen. Vaste structuur zorgt voor voorspelbaarheid en overzicht. Zo kunnen een BelRAI-beoordeling en een MDO systematisch op elkaar worden afgestemd.

Wanneer de werkprocessen inefficiënt zijn (bijvoorbeeld een planning op basis van kamernummers in plaats van individuele bewoners), kan dit leiden tot verwarring.

Procedures voor herbeoordelingen

Uit de bevraging komt naar voren dat er nog niet overal gestart is met herbeoordelingen, of dat hiervoor nog niet overal een uitgewerkt systeem of procedure bestaat. Als reden wordt vaak aangegeven dat de voorbije periode vooral gericht was op het behalen van de deadline voor de eerste inschalingen. Niet enkel nieuwe bewoners, maar alle bewoners moesten worden ingeschaald.

In voorzieningen waar er al herbeoordelingen worden uitgevoerd, lijkt de werkwijze sterk te variëren (zie Herbeoordeling van bewoners).

Sommige respondenten geven aan dat herbeoordelingen in de praktijk niet altijd eenvoudig toe te passen zijn. Bij een hogere instroom van nieuwe bewoners verschuift de focus namelijk vaak naar de eerste beoordelingen, waardoor soms **herbeoordelingen worden uitgesteld of wegvallen**.

//

Indien er verschillende nieuwe opnames zijn, vallen de herbeoordelingen soms weg wegens te hoge werkdruk.

Vaste periodieke herbeoordelingen (bv. zesmaandelijks of jaarlijks) worden omwille van de hoge werkdruk structureel als moeilijk haalbaar ervaren. Volgens sommige respondenten zou het realistischer en relevanter zijn om geen vaste frequentie te hanteren, maar enkel een herbeoordeling te doen bij veranderingen of achteruitgang van de toestand van de bewoner.

Duidelijke verantwoordelijkheden en voldoende (software)ondersteuning

Naast een duidelijke structuur en planning is **helderheid over verantwoordelijkheden** nodig. Wanneer meerdere personen wijzigingen aanbrengen in de planning, kan dit voor verwarring zorgen. Heel wat respondenten geven aan dat het plannen en opvolgen van beoordelingen goed verloopt wanneer **één persoon eindverantwoordelijke of coördinator** is. Deze persoon houdt overzicht, bewaakt deadlines en coördineert de communicatie met alle betrokkenen.

Anderzijds zorgt het inzetten van één eindverantwoordelijke ook voor een zekere kwetsbaarheid van het systeem. Bij ziekte of afwezigheid is er snel gebrek aan continuïteit. Respondenten geven aan dat er nood is aan een back-up.

Tot slot geven respondenten aan dat de planning van BelRAI-(her)beoordelingen momenteel **onvoldoende ondersteund wordt door software**.

Planning en opvolging gebeurt vandaag voornamelijk manueel, wat het proces tijds- en arbeidsintensief maakt. Verschillende respondenten geven aan dat er nood is aan meer softwareondersteuning om het planningsproces efficiënter te laten verlopen.

Een (geïntegreerde) planningstool – die toelaat om een globaal planningsoverzicht te genereren en/of die **automatische meldingen** stuurt wanneer een (her)beoordeling nodig is – zou bijvoorbeeld helpen om eenvoudiger een planning op te maken en bij hoge werkdruk prioriteiten te stellen. Zo kan voorkomen worden dat inschalingen vergeten worden of te laat plaatsvinden.

//

Idealiter zou de planning gebeuren in ons elektronisch woonzorgdossier. Dit wordt echter (nog) niet aangeboden door onze softwareleverancier.

Overzicht van de belangrijkste inzichten

Een duidelijke en haalbare planning zorgt ervoor dat (her)beoordelingen tijdig kunnen plaatsvinden en dat de opvolging van bewoners niet uit het oog wordt verloren. In de praktijk lijkt het inplannen van eerste beoordelingen meestal vlot te verlopen. Herbeoordelingen worden momenteel minder systematisch georganiseerd. Een vaste periodieke herbeoordeling met een strikte frequentie (bv. zesmaandelijks) wordt door velen als structureel niet-haalbaar gezien. Een efficiënte planning vraagt duidelijke afspraken, voldoende capaciteit van personeel, en (praktische en/of digitale) ondersteuning.

- Het plannen en opvolgen van (her)beoordelingen verloopt vlot wanneer er **voldoende indicatiestellers** zijn om de geplande beoordelingen uit te voeren. Te weinig inzetbare indicatiestellers maken de planning kwetsbaar en beperken de haalbaarheid van (her)beoordelingen.
- Een vaste **verantwoordelijke** voor de planning en opvolging van (her)beoordelingen zorgt voor overzicht en voorkomt misverstanden. Een back-up maakt het proces minder kwetsbaar. Wanneer er geen duidelijke verantwoordelijke is voor de planning, of meerdere personen wijzigingen aanbrengen, kan dit leiden tot onduidelijkheid en misverstanden.
- Een **jaar- of kwartaalplanning**, gecombineerd met **voldoende flexibiliteit** om onverwachte wijzigingen op te vangen, maakt het haalbaar om (her)beoordelingen in te plannen en op te volgen. Personeelstekort, hoge werkdruk of ziekte van medewerkers maken het soms moeilijk om de planning aan te houden. Daarnaast zorgen veranderingen in het bewonersbestand (bv. ziekenhuisopnames, overlijdens, en hoge instroom van nieuwe bewoners) voor extra druk op de planning.
- Nog niet alle voorzieningen hebben al een uitgewerkte procedure voor het inplannen van herbeoordelingen. Een **duidelijk systeem** of een vaste manier om beoordelingen in te plannen (bv. gekoppeld aan het MDO) kan overzicht en structuur bieden, en maakt de planning voorspelbaar.
- Het planningsproces is **tijds- en arbeidsintensief** omdat dit grotendeels manueel gebeurt. Praktische hulpmiddelen zoals agenda's, Excelbestanden en herinneringen ondersteunen momenteel de planning. De **digitale ondersteuning is weinig geïntegreerd** in de (BelRAI-)software. Een geïntegreerd planningssysteem dat automatisch meldingen genereert of een overzicht biedt van uit te voeren beoordelingen, zou de efficiëntie kunnen verhogen.



Tips en aanbevelingen

Microniveau

- Maak duidelijke afspraken over wie verantwoordelijk is voor de planning. Het aanduiden van één persoon (met voldoende back-up) kan zorgen voor duidelijkheid en transparantie.
- Zorg ervoor dat de planning afgestemd is op het aantal beschikbare indicatiestellers, zodat de planning haalbaar blijft, en een (her)beoordeling voor alle bewoners tijdig gebeurt.
- Voorzie een duidelijke structuur of een vast stramien in de planning, georganiseerd rond bepaalde ankerpunten (bv. koppeling aan MDO), zodat er overzicht en voorspelbaarheid ontstaat.
- Werk met een duidelijke jaar- of kwartaalplanning met een vast ritme voor BelRAI-beoordelingen. Zorg tegelijkertijd voor voldoende ingebouwde flexibiliteit om in te spelen op veranderingen (bv. ziekte van personeel, instroom van nieuwe bewoners of ad-hoc herbeoordelingen).

Mesoniveau

- Ontwikkel interne procedures rond (de frequentie van) herbeoordelingen, zodat de verwachtingen voor medewerkers duidelijk zijn.
- Voorzie structureel voldoende tijd en ruimte binnen de werkplanning voor het opmaken van de BelRAI-planning, aangezien dit een complexe en tijdrovende oefening kan zijn.
- Investeer in digitale planningstools en ondersteun medewerkers bij de planning (bv. via opleiding), zodat zij over voldoende (digitale) planningsvaardigheden beschikken.

Macroniveau

- Verdere ontwikkeling en integratie van digitale planningssystemen in bestaande programma's kan de planning en opvolging ondersteunen.
- Duidelijke en haalbare richtlijnen over de timing en frequentie van (her)beoordelingen kunnen houvast bieden bij het uitwerken van interne werkprocedures.
- In functie van het beperken van de totale werklast kan het zinvol zijn om de termijnen voor (her)beoordelingen verder te verkennen, met aandacht voor een evenwicht tussen methodologische vereisten, klinische relevantie en praktische haalbaarheid.



Observeren van bewoners en registreren van informatie

Het observeren van bewoners en het registreren van informatie is een cruciaal onderdeel van de **gegevensverzamelingsfase**. Deze fase levert de bouwstenen voor een kwaliteitsvolle BelRAI-beoordeling. In veel gevallen nemen indicatiestellers zelf een deel van de observaties op zich, maar er worden regelmatig ook andere medewerkers ingeschakeld. Dit kunnen zowel BelRAI-getrainde collega's zijn, als medewerkers zonder specifieke BelRAI-opleiding, zoals verpleegkundigen, zorgkundigen, animatoren, kinesitherapeuten, ergotherapeuten of maatschappelijk werkers. Zij leveren waardevolle **informatie vanuit hun dagelijkse werking** door de bewoner te observeren en hun bevindingen te registreren voor de indicatiesteller.

Ervaren bekwaamheid om te observeren

Uit de kwantitatieve gegevens ($n = 425$) blijkt dat respondenten die betrokken zijn bij het observeren zich doorgaans capabel voelen:

- 11,3% voelt zich *voldoende* in staat;
- 56,7% voelt zich *goed* in staat;
- 22,8% voelt zich *zeer goed* in staat.

Slechts een kleine groep (8,2%) bleef *neutraal*; bijna niemand (<1%) gaf aan zich echt *onzeker* te voelen.

In de kleine **subgroep van medewerkers die enkel observeert** en informatie aanlevert, maar geen BelRAI-opleiding heeft gevolgd ($n = 19$), nam 27,8% een *neutrale* houding aan. Het merendeel (72,2%) voelde zich toch *eerder in staat tot goed in staat* om deze taak uit te voeren. Het gaat echter om een kleine en ondervertegenwoordigde groep in onze steekproef, waardoor voorzichtigheid bij interpretatie aangewezen is.

Gebruikte hulpmiddelen en vormen van ondersteuning

Er worden verschillende hulpmiddelen en vormen van ondersteuning gebruikt tijdens het observeren en registreren. Uit de bevraging ($n = 485$) blijkt dat er bijna altijd wordt teruggevallen op **ondersteuning door collega's of leidinggevenden** (95,5%). Voorbeelden zijn de observatoren eraan herinneren te observeren, of hulp krijgen bij het correct inschatten en registreren van informatie. Deze ondersteuning wordt ook als het meest bruikbaar ervaren, met een gemiddelde score van 8,3/10.

Vervolgens gaf 75,1% van de respondenten aan dat er gebruik wordt gemaakt van **sjablonen en invulformulieren**, met een beoordeling van gemiddeld 7,7/10 qua bruikbaarheid. **Interne instructiegidsen of handleidingen** en het **officiële BelRAI-handboek** worden volgens de respondenten minder gebruikt (respectievelijk 49,9% en 42,1%). Ze worden ook als minder bruikbaar ervaren dan de andere hulpmiddelen (respectievelijk gemiddeld 6,9/10 en 6,4/10).

Drempels en hefbomen voor kwalitatieve observaties en registraties

Uit de kwantitatieve gegevens blijkt dat medewerkers zich in het algemeen bekwaam voelen om te observeren en registreren (zie Ervaren bekwaamheid om te observeren). Dit lijkt vooral de bekwaamheid van de indicatiestellers en trainers te weerspiegelen.

Wanneer we naar de kwalitatieve gegevens kijken, blijkt dat de observaties en registraties van andere medewerkers in de praktijk **niet altijd even kwaliteitsvol en betrouwbaar** zijn. Verschillende factoren spelen hierbij een rol. Deze hebben hoofdzakelijk betrekking op het bewust zijn van de observatieperiode, de beschikbare tijd, motivatie, en de concrete vaardigheden die nodig zijn. Er worden ook verschillende hefbomen benoemd om deze drempels te verlagen.

Niet weten of uit het oog verliezen dat de observatieperiode loopt

Een eerste voorwaarde om goed te observeren en te registreren is dat medewerkers zich bewust zijn van het feit dat er een **observatieperiode loopt**. Een goede communicatie van de BelRAI-planning is daarbij cruciaal. Wanneer medewerkers niet (meer) weten dat ze moeten observeren, gaat waardevolle informatie verloren.

//

Soms is men niet op de hoogte dat er bewoners ingeschaald worden.

Uit de bevraging komt naar voren dat er vaak **geheugensteuntjes** (moeten) worden gebruikt, om medewerkers eraan te herinneren dat er een observatieperiode gaande is. Het gaat om **herhaalde communicatie** en **concrete reminders**, zoals herinneringen, visuele cues of overzichten, of een attendering op een zorgkaart of in de agenda.

//

[We gebruiken] het petje dat we aan de rolwagen of rollator en [deur van de] kamer hangen zodat het voor iedereen zichtbaar is dat we in de 3 dagen observatie zitten.

Er wordt ook een **gebrek aan continuïteit** aangehaald. Observaties blijken niet altijd consistent te gebeuren doorheen de dag, of over verschillende shiften heen. Zo wordt informatie soms wel genoteerd tijdens de ochtendzorg, maar niet tijdens andere momenten van de dag. Hierdoor bestaat het risico dat belangrijke informatie niet wordt geregistreerd. Om dit tegen te gaan worden ook hier geheugensteuntjes gebruikt (bv. visuele cues of herinneringen).

Gebrek aan tijd om te observeren en registreren

Tijdgebrek komt naar voren als één van de meest uitgesproken knelpunten bij het observeren en registreren. Door de hoge werkdruk ervaren medewerkers de tijd die nodig is voor systematische observatie en registratie in het kader van BelRAI vaak als tijd die niet rechtstreeks aan de zorg voor de bewoner kan worden besteed.

Dit leidt ertoe dat (de registratie van) een observatie soms niet, of onzorgvuldig gebeurt. Daarnaast wordt de **omvang en gedetailleerdheid van BelRAI LTCF** als belastend ervaren. Er moeten veel verschillende aspecten geobserveerd en genoteerd worden, wat het proces tijdsintensief maakt.

//

Er dient veel genoteerd te worden over 'kleine' zaken [...] Dit zorgt voor zeer veel noteer- en observeerwerk.

Teams maken gebruik van **hulpmiddelen zoals sjablonen en observatieformulieren**, die structuur bieden en helpen om efficiënter gegevens te verzamelen. Tegelijk wordt aangegeven dat deze formulieren niet altijd (volledig of correct) worden ingevuld, waardoor bijkomende opvolging nodig blijft (bv. herinneren, aansporen om toch in te vullen of de informatie achternagaan).

Een belangrijk gevolg van de werkdruk is dat de **gegevensverzameling onvoldoende systematisch en zorgvuldig** gebeurt. De aangeleverde informatie blijkt soms onduidelijk, onvolledig of incorrect te zijn. Zo wordt de referentieperiode niet altijd gerespecteerd of wordt er oppervlakkig ingevuld. Ook kopieergedrag wordt vermeld, waarbij antwoorden van anderen worden overgenomen.

Het gevolg is dat de **verkregen informatie vaak goed gecontroleerd moet worden** voordat deze gebruikt kan worden voor een BelRAI-beoordeling.

//

Soms worden de observatiedocumenten verkeerd ingevuld [...], de indicatiestellers dienen deze dus goed na te kijken en soms nog eens mondeling te bevragen alvorens de informatie [...] te coderen.

Daarnaast vermelden respondenten een **hoge administratieve last**. Door een beperkte integratie tussen BelRAI en het (elektronisch) zorgdossier moet er veel geregistreerd worden op verschillende plaatsen. Observaties in kader van BelRAI moeten geregistreerd worden bovenop alle andere administratieve taken. Dit maakt dat er sprake is van **dubbel werk**. Een betere afstemming tussen verschillende digitale systemen zou de werklust kunnen verminderen.

//

Observaties zouden veel meer ingebed moeten kunnen worden in het elektronisch bewonersdossier, en de link tussen het bewonersdossier en de BelRAI module zou veel uitgebreider moeten.

Gebrek aan kennis en vaardigheden

Observatoren hoeven niet de expertise te hebben van een indicatiesteller, maar ze moeten wel weten wat van hen wordt verwacht: welke zaken ze moeten observeren, hoe ze die correct noteren, hoe de referentieperiode moet worden toegepast, of hoe ze bewoners en hun familie op een professionele manier kunnen bevragen (bv. gesprekstechnieken).

Uit de bevraging blijkt dat niet alle medewerkers beschikken over voldoende **kennis en vaardigheden** om kwalitatieve observaties en registraties te doen. Er wordt aangegeven dat medewerkers zonder BelRAI-opleiding vaak niet weten waarop ze moeten letten, en hoe ze iets het best omschrijven, of welke details relevant zijn. Ook dit leidt soms tot **onduidelijke, onvolledige of foutieve registratie van gegevens**.

//

Medewerkers die geen indicatiesteller zijn, weten niet waar ze op moeten letten.

Verschillende respondenten benadrukken daarom het belang van **opleiding**. Hoewel sommigen aangeven dat idealiter elke medewerker indicatiesteller zou zijn, wordt ook erkend dat dit in de praktijk weinig haalbaar is. Om de kwaliteit van gegevensverzameling te verbeteren, zetten sommige organisaties in op **gerichte opleidingen voor observatoren**.

Respondenten uit wzc's die al met zulke opleidingen werken, geven aan een positief effect te ervaren op (de kwaliteit van) de gegevensverzameling.

//

Mensen die de opleiding hebben gevolgd voor observatoren, [daarbij] zien we een positieve evolutie bij het observeren en rapporteren.

Naast opleiding is er ook nood aan meer laagdrempelige hulpmiddelen die observatoren concreet ondersteunen. Er is vooral nood aan **kwaliteitsvolle, praktische tools**, geformuleerd in toegankelijke taal, met concrete handvaten.

//

Misschien door het aanbieden van handvaten in zakformaat zodat je dit overal bij je hebt als je een observatie moet invullen.

Motivatie en betrokkenheid

Naast kennis en vaardigheden, speelt ook de **motivatie en betrokkenheid** van medewerkers een belangrijke rol. Wanneer observatoren het **nut van hun observaties** (en BelRAI LTCF) niet zien, wordt de gegevensverzameling sneller ervaren als een bijkomende last. In dat geval bestaat opnieuw het risico dat observaties minder zorgvuldig gebeuren.

//

Het is moeilijk om collega's te motiveren om de observaties te noteren. Ze zien het als een last / extra taak, en het is al zo druk.

Respondenten geven aan dat het voor observatoren **niet altijd duidelijk is wat er met hun input gebeurt**. Wanneer observaties 'verdwijnen' in de administratieve flow van het wzc, kan het belang ervan een vraagteken blijven.

Respondenten geven aan dat motivatie en betrokkenheid kan toenemen wanneer observatoren **begrijpen op welke manier de observaties bijdragen aan kwaliteitsvolle zorg** (bv. weten hoe deze informatie gebruikt wordt in verdere stappen van de zorg). Observatoren moeten dus niet alleen weten hoe ze moeten observeren, maar ook waarom het belangrijk is.

Sensibiliseren over het nut en het doel van BelRAI in het algemeen, en het belang van goede observaties in het bijzonder, kan helpen om medewerkers meer te motiveren. Ook **terugkoppeling** over de observaties kan een belangrijke hefboom zijn. Dit kan gaan om feedback over de kwaliteit van aangeleverde informatie, maar ook om het meer zichtbaar maken van resultaten en beslissingen die (mede) gebaseerd zijn op deze input. Wanneer medewerkers begrijpen waarom hun inbreng belangrijk is, groeit het gevoel dat wat ze doen betekenisvol is.

Overzicht van de belangrijkste inzichten

Systematisch en kwaliteitsvol observeren en registreren is een belangrijke stap binnen het BelRAI-proces. De aangeleverde informatie vormt de basis voor een betrouwbare beoordeling. Kwaliteitsvol observeren en registreren vraagt voldoende tijd, vaardigheden en ondersteuning. Daarnaast spelen motivatie, betrokkenheid en een gedeeld begrip van het belang van BelRAI in wzc's een belangrijke rol.

- Het systematisch observeren en registreren in het kader van een BelRAI-beoordeling gebeurt niet altijd op een kwaliteitsvolle manier. Informatie wordt soms fout, onvolledig, onduidelijk of oppervlakkig genoteerd. Gerichte **opleidingen voor observatoren** die focussen op **wat, hoe en waarom observeren** kunnen de kwaliteit van de gegevensverzameling versterken.
- Medewerkers weten niet altijd (meer) dat een observatieperiode loopt of observaties gebeuren niet altijd consequent doorheen de dag. **Duidelijke communicatie over de observatieperiode**, en het gebruik van reminders (herinneringen, visuele cues of aanduidingen in de agenda) ondersteunen het bewustzijn en de continuïteit van observaties.
- Niet alle medewerkers weten waarop precies gelet moet worden of hoe observaties duidelijk genoteerd kunnen worden. **Feedback** over de kwaliteit van observaties kan dit verbeteren. **Praktische hulpmiddelen**, zoals duidelijke sjablonen en observatieformulieren, kunnen houvast en structuur bieden.
- Medewerkers die observeren begrijpen onvoldoende waarom observeren belangrijk is en zijn **weinig betrokken bij het BelRAI-verhaal**. Terugkoppeling over hoe de informatie wordt gebruikt in de verdere zorgplanning kan de betrokkenheid en motivatie van observatoren versterken.
- Door de hoge werkdruk en een beperkte integratie tussen BelRAI en het zorgdossier, wordt systematisch observeren en registreren soms **ervaren als een bijkomende last**. Een betere integratie van en afstemming tussen digitale systemen kan de administratieve belasting verminderen.



Tips en aanbevelingen



Microniveau

- Gebruik kwaliteitsvolle praktijkgerichte hulpmiddelen (bv. observatiesjablonen of visuele cues) om medewerkers te ondersteunen bij het systematisch en gestructureerd verzamelen van observatiegegevens.
- Ondersteun observatoren door hen er regelmatig aan te herinneren dat er een observatieperiode loopt.
- Geef feedback aan de observatoren over de kwaliteit van de aangeleverde informatie (bv. wat goed was of wat ontbrak).
- Stimuleer betrokkenheid van observatoren door het belang van hun observaties en informatie-input voor een kwaliteitsvolle BelRAI-beoordeling expliciet toe te lichten, en te tonen hoe deze informatie wordt gebruikt in de zorgplanning.



Mesoniveau

- Een gerichte opleiding voor observatoren kan bijdragen aan een beter begrip van de BelRAI-terminologie en relevante criteria voor observatie en registratie.
- Sensibiliseren over het doel van BelRAI en het belang van kwaliteitsvolle observaties, kan de motivatie vergroten.
- Het expliciet integreren van BelRAI-observaties in bestaande werkprocessen kan helpen om observaties sterker te verankeren in de dagelijkse werking.
- Het ondersteunen en versterken van digitale vaardigheden van medewerkers, kan helpen om registraties in het elektronisch zorgdossier vlotter te laten verlopen.



Macroniveau

- Het ontwikkelen en breed beschikbaar maken van kwaliteitsvolle, toegankelijke en praktijkgerichte ondersteuningsmaterialen kan voorzieningen helpen bij het ondersteunen van kwaliteitsvolle, systematische observaties en registraties.
- Initiatieven om administratieve druk te verminderen en digitale ondersteuning te verbeteren kunnen bijdragen aan een efficiëntere en gebruiksvriendelijkere registratie van observatiegegevens.

Samenbrengen van informatie uit verschillende bronnen

Voordat indicatiestellers een BelRAI-beoordeling invullen, moet **informatie uit verschillende bronnen samengebracht** worden. Het gaat hier onder meer om observaties van collega's, gegevens uit het elektronisch zorgdossier of verslagen van andere hulpverleners of diensten (bv. ziekenhuis, huisarts), en gesprekken met bewoners en familie/mantelzorgers. Deze stap vormt een belangrijke schakel tussen de fase van de gegevensverzameling en de codering.

Gebruik van verschillende bronnen

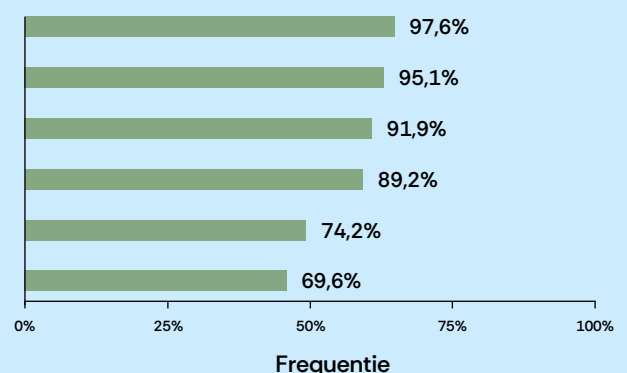
Uit de kwantitatieve gegevens ($n = 493$) blijkt dat het werken met meerdere informatiebronnen ingeburgerd is. Volgens het overgrote merendeel (97,2%) van de respondenten wordt informatie uit drie of meer verschillende bronnen samengebracht (zie Figuur C).

Volgens de meeste respondenten (68,8%) verloopt dit proces *eerder vlot* tot *zeer vlot*. Een minderheid (16,5%) gaf aan dat dit *eerder niet vlot* tot *helemaal niet vlot* verloopt. 14,7% stond hier *neutraal* tegenover.

Figuur C. Gebruik van verschillende bronnen voor een BelRAI-beoordeling ($n = 493$).

Respondenten konden meerdere antwoorden aangevinken.

Observaties of informatie van andere collega's
Elektronisch zorgdossier
Observaties van BelRAI-indicatiestellers
Gesprekken met bewoners
Verslagen van externe hulpverleners of diensten
Gesprekken met familie of mantelzorgers



Interne en externe informatie

Wanneer we specifieker kijken naar het type informatiestroom, tekent zich een duidelijk verschil af tussen **interne en externe informatiebronnen** (Figuur D). Interne informatie, zoals observaties van collega's, gesprekken met bewoners, en gegevens uit het eigen zorgdossier, wordt volgens respondenten doorgaans relatief vlot samengebracht. Externe informatie daarentegen, blijkt beduidend moeilijker om te verkrijgen.

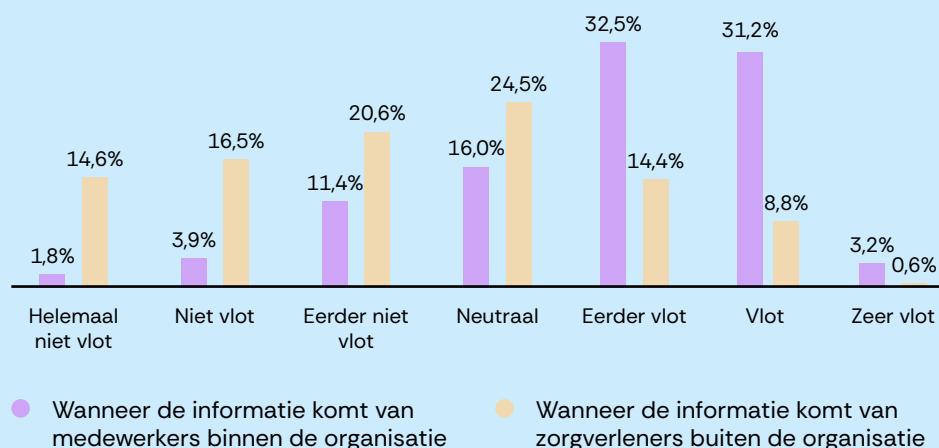
Drempels en hefbomen bij het samenbrengen van informatie

Hoewel het werken met meerdere bronnen gangbaar is, blijkt het (tijdig) samenbrengen van alle relevante informatie in de praktijk uitdagend. In deze context komen verschillende drempels naar voren die te maken hebben met **samenwerking, versnippering van informatie en de praktische organisatie** van het gegevensverzamelingsproces.

Informatie van externe zorgverleners

De kwalitatieve data bevestigt dat **informatie van externe zorgverleners** vaak moeilijk(er) en minder tijdig wordt bekomen dan interne informatie. Er wordt aangegeven dat er vaak bijkomende inspanningen geleverd moeten worden om de nodige gegevens te verkrijgen.

Figuur D. Ervaren vlotheid van interne en externe informatiestroom (resp. $n = 493$ en $n = 466$).



Relevante informatie over de bewoner (bv. medische voorgeschiedenis, diagnoses en medicatie) moet bij de verhuis naar het wzc of na ziekenhuisopname worden overgedragen door externe zorgverleners. Respondenten geven aan dat deze informatie niet altijd volledig of tijdig meekomt met de bewoner. Er moet dan bijkomend navraag worden gedaan. Dit vraagt extra opvolging en vertraagt het proces.

De samenwerking met (huis)artsen wordt als een veel voorkomend knelpunt benoemd. Respondenten geven aan dat vragen naar bijkomende informatie niet altijd (tijdig) worden beantwoord. In sommige gevallen moeten indicatiestellers herhaaldelijk contact opnemen om de nodige gegevens te verzamelen. Dit wordt als tijdrovend en frustrerend ervaren.

Vergelijkbare knelpunten worden benoemd in de samenwerking met andere zorgpartners, zoals thuisverpleging, ziekenhuizen en tandartsen: de nodige informatie komt niet altijd of niet tijdig door. Hierdoor is bijkomende navraag nodig.

Een bijkomende drempel die hierbij wordt genoemd, zijn de **technische beperkingen voor digitale informatie-uitwisseling**. Externe zorgverleners werken met andere programma's en deze zijn niet gekoppeld aan het BelRAI-platform of aan de systemen van het wzc. Er is geen automatische digitale gegevensoverdracht, waardoor informatie eerst moet worden verzameld en vervolgens ingevoerd.

Respondenten geven aan dat een betere digitale afstemming tussen systemen en een meer geautomatiseerde gegevensuitwisseling het samenbrengen van informatie zou kunnen vergemakkelijken.

//

[Er zou] een rechtstreekse link [moeten komen] tussen het zorgdossier van de huisarts en het BelRAI-platform, zodat bepaalde gegevens automatisch ingeladen worden.

Tot slot verwijzen respondenten naar een beperkt draagvlak voor BelRAI buiten de woonzorgsector. Er wordt aangegeven dat BelRAI in andere sectoren minder leeft, omdat het daar niet overal wordt gebruikt. Sommige respondenten hebben bijvoorbeeld de indruk dat huisartsen weinig gemotiveerd zijn om informatie aan te leveren voor BelRAI, en dit beschouwen als bijkomend werk. Dit verklaart volgens hen waarom informatie-uitwisseling in het kader van BelRAI niet altijd als prioritair wordt behandeld.

Het gebrek aan intersectorale continuïteit en gedeeld draagvlak vormt volgens respondenten een structurele drempel voor vlotte informatiedoorstroom (zie ook Draagvlak voor BelRAI).

Versnippering van de informatie

Naast moeilijkheden in het bekomen van externe informatie, wordt in de kwalitatieve data ook de **versnippering van interne informatie** benoemd als een belangrijke drempel. Dit brengt nuance bij de bevindingen uit het kwantitatieve luik, waaruit bleek dat de interne informatiestroom (eerder) vlot verloopt. De kwalitatieve bevindingen tonen dat dit niet noodzakelijk betekent dat het proces altijd eenvoudig of efficiënt wordt georganiseerd.

Respondenten geven aan dat de gegevens die nodig zijn voor een BelRAI-beoordeling zich zelden op één centrale plaats bevinden, of niet op een overzichtelijke manier terug te vinden zijn. Hoewel sommige voorzieningen hierin een werkbare werkwijze hebben ontwikkeld, blijft het verzamelen en samenleggen van deze informatie volgens respondenten vaak **tijdrovend en arbeidsintensief**.

//

Momenteel ervaar ik dat het verzamelen van informatie en het invullen veel tijd vraagt. Dit doordat veel informatie versnipperd is.

Uit de kwalitatieve gegevens blijkt dat **hulpmiddelen** om interne informatie-uitwisseling te ondersteunen, (bv. observatiebladen, sjablonen en zelfontwikkelde formulieren) wel helpen om relevante informatie te verzamelen, maar dat ze niet altijd volstaan om alle gegevens ook goed samen te krijgen.

Het gebruik van verschillende (niet-geïntegreerde) **digitale toepassingen** draagt volgens respondenten ook bij aan deze versnippering. Hierdoor moeten gegevens manueel worden opgezocht, samengebracht en ingevoerd voor een BelRAI-beoordeling.

Respondenten benadrukken dat dit bijkomende coördinatie vraagt. Het belang van **goede interne werkafspraken** wordt benadrukt om ervoor te zorgen dat de informatie tijdig wordt aangeleverd en op de juiste plaats terechtkomt. Wanneer informatie centraal wordt samengebracht en disciplines bijvoorbeeld op vaste momenten met elkaar communiceren, kan het proces vlotter verlopen.

//

Er is [nood aan] een goeie coördinatie, [...] afspraken hoe en waar de info moet terechtkomen.

Tot slot: door zoveel mogelijk **relevante gegevens proactief te verzamelen** zodra de bewoner verhuist naar het wzc, kan worden vermeden dat informatie nog in alle haast moet worden bijeengezocht.

Overzicht van de belangrijkste inzichten

Voor een BelRAI-beoordeling moet informatie uit observaties, het zorgdossier, verslagen, en gesprekken met bewoners en familie op een overzichtelijke manier worden samengebracht. Dit biedt een goede basis voor een onderbouwde beoordeling. Hoewel het werken met **meerdere bronnen sterk ingeburgerd** is, blijkt het in de praktijk **niet altijd eenvoudig om alle puzzelstukken samen te krijgen**.

- **Interne informatie**, zoals observaties van collega's en gegevens uit het eigen zorgdossier, wordt doorgaans **vlot samengebracht**. Binnen de organisatie zijn de gegevens echter **vaak versnipperd over verschillende systemen en documenten**, wat het samenbrengen van informatie tijdrovend maakt. Duidelijke afspraken en coördinatie over wie welke informatie wanneer aanlevert en waar deze terecht moet komen (bv. op één centrale plaats) helpen om het proces gestructureerd te laten verlopen.
- **Informatie van externe zorgpartners** (bv. huisartsen, ziekenhuizen ...) wordt doorgaans **minder vlot samengebracht** dan interne informatie. Het verzamelen van informatie vraagt extra opvolging, wat het proces vertraagt.

→ BelRAI is (nog) niet in alle sectoren even sterk ingeburgerd.

→ De informatiedoorstroom in het kader van BelRAI wordt door externe zorgpartners niet altijd als prioritair behandeld.

→ Er is beperkte digitale gegevensuitwisseling mogelijk met externe zorgpartners, waardoor informatie afzonderlijk moet worden verzameld en handmatig moet worden ingevoerd.

Het **proactief verzamelen** van informatie over de bewoner zorgt ervoor dat de nodige gegevens niet op het laatste moment moeten worden verzameld en bijeengebracht.



Tips en aanbevelingen

Microniveau

- Verzamel zo vroeg en volledig mogelijk alle relevante informatie voor een BelRAI-beoordeling. Dit voorkomt dat gegevens nog op het laatste moment moeten worden bijeengezocht.
- Verzamel alle relevante gegevens zo veel mogelijk op één centrale en toegankelijke plaats, zodat ze vlot terug te vinden zijn.

Mesoniveau

- Stimuleer samenwerking tussen verschillende disciplines, zodat relevante informatie vlot gedeeld kan worden. Dit betekent ook tijd voorzien voor overleg en uitwisseling.
- Ontwikkel interne procedures om het proces van gegevensverzameling van start te laten gaan van zodra de bewoner naar het wzc verhuist.
- Ontwikkel interne procedures, zodat duidelijk is welke informatie moet verzameld worden, waar deze verzameld moet worden, en bij wie deze moet terechtkomen.
- Het aanstellen van een coördinator kan helpen om het proces in goede banen te leiden.

Macroniveau

- Sectoroverschrijdende afspraken rond gegevensuitwisseling in het kader van BelRAI en een betere compatibiliteit tussen verschillende digitale toepassingen, kunnen de samenwerking en informatiedoorstroming met externe zorgpartners (bv. huisartsen en ziekenhuizen) versterken.
- Verdere inspanningen om het draagvlak rond BelRAI in andere zorgsectoren te vergroten kunnen de bereidheid tot informatie-uitwisseling ondersteunen.



Coderen en invoeren in de software

Na het observeren van bewoners en het samenbrengen van informatie uit verschillende bronnen volgt de fase waarin indicatiestellers de BelRAI-beoordeling effectief invullen. In deze stap wordt de verzamelde informatie gecodeerd. De kwaliteit van de codering hangt sterk samen met de kwaliteit van de gegevensverzameling (zie ook Observeren en informatie aanleveren). Maar ook de kwaliteit van de codering zelf is cruciaal, aangezien deze bepalend is voor de betrouwbaarheid van de resultaten en voor het verdere gebruik van BelRAI LTCF in de zorgplanning.

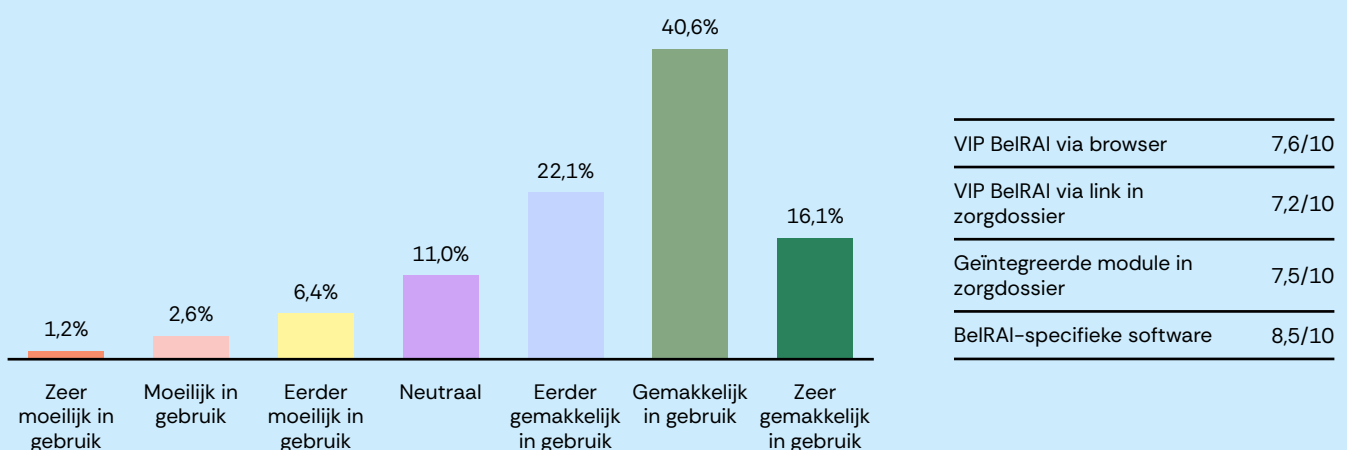
Gebruikte software

Uit de kwantitatieve gegevens ($n = 494$) blijkt dat ongeveer de helft (47,5%) van de respondenten werkt met het *VIP BelRAI* (waarvan 29,4 % rechtstreeks in de browser werkt en 18,1% via een link in het zorgdossier).

Volgens 41,8% van de respondenten wordt er gewerkt via een *geïntegreerde module* in het zorgdossier. Slechts 12,3% gaf aan gebruik te maken van *externe BelRAI-specifieke softwaretoepassing* (bv. Pyxicare). Dat laatste is mogelijk een onderschatting, aangezien misschien niet alle respondenten zicht hebben op welke software binnen hun organisatie wordt gebruikt. Het is ook mogelijk dat gebruikers van specifieke softwaretoepassingen minder vertegenwoordigd zijn in de steekproef.

Globaal gezien lijkt men het **gebruiksgemak van de verschillende softwareplatformen** als redelijk goed te beoordelen. Wanneer we kijken naar het gemiddelde gebruiksgemak per softwaretoepassing, scoren de verschillende toepassingen gelijkaardig, met een iets grotere score voor BelRAI-specifieke softwaretoepassingen (zie Figuur E).

Figuur E. Het ervaren gebruiksgemak van de BelRAI-software ($n = 498$).
Links: gebruiksgemak over alle softwaretoepassingen heen. Rechts: gemiddelde bruikbaarheid op een schaal van 10 voor de verschillende softwaretoepassingen.



Noot. Bijna vier op vijf (78,8%) van de respondenten beoordeelde de gebruiksvriendelijkheid als *eerder gemakkelijk* tot *zeer gemakkelijk* in gebruik. Toch beoordeelde nog één op tien (10,2%) de gebruiksvriendelijkheid als *eerder moeilijk* tot *zeer moeilijk*. Zo'n 11,0% beantwoorde deze vraag *neutraal*.

Ook lijkt het **coderen** zelf doorgaans redelijk vlot te verlopen (zie [Figuur E](#)). Uit de kwantitatieve gegevens ($n = 502$) blijkt dat een BelRAI-beoordeling volgens ruim zes op tien (64,1%) van de respondenten **rechtstreeks in de software** gebeurt. Tegelijk rapporteert ongeveer drie op tien (31,5%) van de respondenten dat een beoordeling **eerst op papier** gebeurt om deze nadien in te voeren in de software. In de overige gevallen bleef dit onduidelijk.

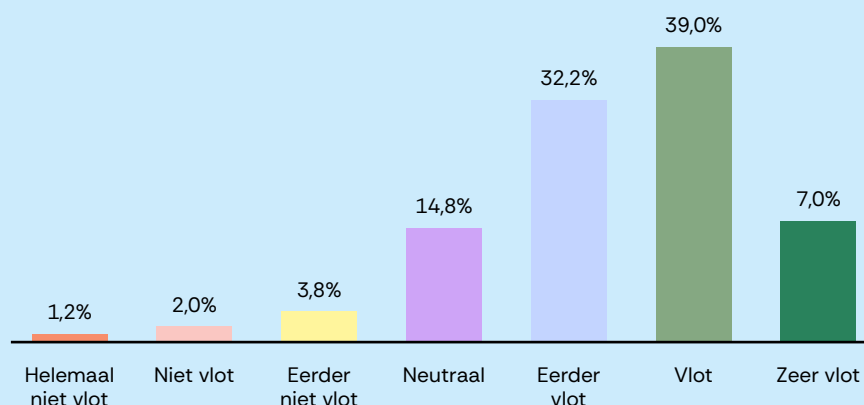
Dit betekent dat er bij bijna één derde van deze steekproef dubbelop wordt gewerkt, wat minder tijdsefficiënt is. Op basis van de beschikbare gegevens lijkt dit niet samen te hangen met het gebruik van een specifieke softwaretoepassing.

Gebruikte hulpmiddelen en vormen van ondersteuning

Uit de kwantitatieve data ($n = 503$) blijkt dat er verschillende hulpmiddelen en vormen van ondersteuning worden gebruikt tijdens het coderen van een BelRAI-beoordeling.

Bijna alle respondenten (94,8%) gaven aan hiervoor terug te vallen op de **BelRAI-opleidingen of -vormingen**. Deze vorm van ondersteuning wordt ook als het meest bruikbaar ervaren, met een gemiddelde score van 7,9/10 qua bruikbaarheid. Vervolgens wordt er ook vaak gesteund op **interne procedures of werkafspraken** (73,8%), met een gemiddelde score van 7,5/10 qua bruikbaarheid. In vergelijking met het voorgaande, wordt er minder gebruik gemaakt van het **officiële BelRAI-handboek** (52,7%), **interne instructiegidsen of handleidingen** (48,5%) en **softwarefunctionaliteiten die het invullen vergemakkelijken** (42,7%). Toch worden deze drie vormen van ondersteuning gemiddeld als relatief bruikbaar ervaren (respectievelijk 6,7/10; 7/10; en 6,9/10).

Figuur F. De ervaren vlotheid van het proces van coderen en invoeren van een BelRAI-beoordeling ($n = 500$).



Noot. Bijna vier op vijf (78,2%) van de respondenten gaf aan dat het coderen en invoeren van een BelRAI-beoordeling **eerder vlot tot zeer vlot** verloopt. Slechts 7,0% vond dat dit **eerder niet vlot tot helemaal niet vlot** verloopt. Zo'n 14,8% beantwoorde deze vraag **neutraal**. Volgens de beschikbare gegevens hangt de ervaren vlotheid van het codeer- en invoerproces niet samen met het al dan niet dubbelop werken (nl. eerst op papier en nadien in de software).

Drempels en hefbomen bij het coderen en invoeren van informatie

Expertise van de indicatiesteller

Uit de kwalitatieve data blijkt dat de **deskundigheid van indicatiestellers** een sleutelrol speelt bij het coderen van een BelRAI-beoordeling. Het coderen vergt kennis van het instrument, interpretatievaardigheden en een zorgvuldige afweging van soms complexe informatie. Hierbij wordt gewezen op het belang van **vorming** (bv. opleiding), **ondersteuning** (bv. intervisie) en **ervaring** (bv. vertrouwdheid met het instrument).

Er wordt aangegeven dat het interpreteren van items, het toepassen van de referentieperiode en het afwegen van verschillende informatiebronnen vaardigheden zijn die groeien doorheen de tijd.

//

[Het] loopt goed als mensen een degelijke opleiding hebben gehad. De indicatiestellers kregen de nodige opleiding [en] zijn inmiddels vertrouwd met de terminologie en de vragen.

Tegelijk wordt benadrukt dat bepaalde onderdelen van het instrument complex blijven, waardoor het coderen niet altijd vlot verloopt.

Naast het gegeven dat observaties niet altijd kwaliteitsvol worden geregistreerd (zie ook Observeren van bewoners en registreren van informatie), worden **de items zelf soms als onduidelijk ervaren** (bv. indruk dat sommige items voor interpretatie vatbaar zijn) of de antwoordmogelijkheden soms als te beperkt (bv. een tussenantwoord lijkt meer aangewezen of men kan niet altijd aangeven dat informatie niet gekend is). Dit leidt tot twijfel over de meest geschikte codering. In dergelijke gevallen wordt **overleg met collega's** als een belangrijke hefboom gezien om tot een correcte codering te komen.

//

Bij twijfel zal de indicatiesteller een collega-indicatiesteller of -trainer raadplegen, of het item in beraad plaatsen om te bespreken in MDO.

Uit de bevraging komt naar voren dat de **toepassing van de referentieperiode** door indicatiestellers niet altijd correct gebeurt. Er lijkt een spanningsveld te bestaan tussen het 'kennen van de bewoner' en het correct toepassen van de referentieperiode.

Het kennen van de bewoner wordt gezien als een voordeel dat de kwaliteit van de beoordeling verhoogt, maar lijkt soms ook aanleiding te geven tot het aanpassen van een codering op basis van contextinformatie.

//

Het juist coderen blijft nog moeilijk. Vaak wordt er breder gekeken dan de observatiedagen.

Tijdsgebrek en motivatie

Los van de expertise van de indicatiestellers, wordt erop gewezen dat BelRAI-beoordelingen soms onzorgvuldig (bv. oppervlakkig, routinematig) gebeuren, door de hoge werkdruk.

Respondenten benadrukken dat het invullen van een beoordeling zeer tijdsintensief is, maar dat dit **onvoldoende in de werkplanning wordt meegenomen**. Het coderen gebeurt vaak naast andere taken, waardoor er onvoldoende (ononderbroken) tijd is om de BelRAI-beoordeling zorgvuldig in te vullen. Dit ondermijnt de kwaliteit van de codering.

Daarnaast laat de werkplanning niet altijd **ruimte voor overleg**. Zo kunnen indicatiestellers bijvoorbeeld niet altijd toelichting vragen aan collega's met betrekking tot de geleverde informatie.

De medewerker die observeerde is bijvoorbeeld niet aanwezig tijdens het coderen, waardoor onduidelijkheden niet kunnen worden opgehelderd. Hierdoor voelen indicatiestellers zich soms genoodzaakt te gokken of te interpreteren.

Er zijn voldoende indicatiestellers nodig om de continuïteit van het codeerproces te garanderen en het werk te spreiden. Er wordt echter door veel respondenten gewezen op een **tekort aan indicatiestellers**. Wanneer te weinig medewerkers deze taak kunnen opnemen, ontstaan problemen bij afwezigheid, verlof of ziekte. Tegelijk wordt opgemerkt dat er te weinig tijd en middelen zijn om (nieuwe) indicatiestellers op te leiden (bv. bij personeelsswissels).

//

Omwille van personeelsswissels is het behouden van een 'gepaste' equipe indicatiestellers niet evident.

Er wordt ook opgemerkt dat de huidige werkdruk en de manier waarop het coderen in de praktijk wordt georganiseerd (bv. geen vrijstelling voor BelRAI-gerelateerde taken), een negatieve invloed kunnen hebben op de **motivatie van de indicatiestellers**. Daarnaast kan de motivatie om een BelRAI-beoordeling kwaliteitsvol in te vullen ook onder druk komen te staan wanneer de **relevantie van BelRAI LTCF voor de zorg** niet duidelijk is. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn als indicatiestellers zelf de meerwaarde niet zien, of wanneer er op organisatieniveau onvoldoende draagvlak is waardoor de resultaten niet actief worden gebruikt voor de zorgplanning (zie ook Impact op de zorg(planning) en Draagvlak voor BelRAI).

Digitale ondersteuning en technische drempels

Ook bij het invoeren van de gegevens in de software worden een aantal drempels ervaren. Een eerste categorie betreft **technische problemen**. Respondenten geven aan dat de software regelmatig blokkeert of foutmeldingen geeft, waardoor inschalingen regelmatig verloren gaan en soms opnieuw ingevoerd moeten worden.

//

Bij herbeoordeling zou het handig zijn om ook te kunnen zien bij welke sectie je gebleven bent (bv. aanduiden met een andere kleur). Die zijn nu reeds volledig gekleurd omdat de gegevens van de eerdere beoordeling erin staan. Als je dan stopt met invoeren of het programma loopt vast [...], dan heb je geen goed zicht op waar je gebleven bent.

Daarnaast wordt opnieuw gewezen op de **beperkte koppeling tussen BelRAI en andere digitale toepassingen**, zoals het elektronisch zorgdossier. Het manueel overnemen van informatie draagt bij aan de ervaren administratieve last en kan de kans op fouten tijdens het coderen vergroten.

Ook speelt de **functionaliteit van de software** een rol. Het invullen van een volledige BelRAI-beoordeling is tijdrovend. Sommige softwareprogramma's bieden de mogelijkheid om bij een herbeoordeling antwoorden uit een eerdere beoordeling over te nemen. Hoewel dit kan zorgen voor tijdswinst, kan het ook een negatieve invloed hebben op de kwaliteit van de beoordeling. Verschillende respondenten geven aan dat herbeoordelingen hierdoor soms minder zorgvuldig worden ingevuld.

//

De tab 'gebruik vorige antwoorden' wordt wel veel gebruikt en dit zorgt er soms wel voor dat dingen te snel worden ingevuld.

Tot slot wordt er vermeld dat niet alle medewerkers over voldoende **digitale vaardigheden** beschikken om op een efficiënte wijze met de (BelRAI-)software aan de slag te gaan.

Overzicht van de belangrijkste inzichten

Bij het coderen en invoeren van een BelRAI-beoordeling wordt de verzamelde informatie omgezet in de juiste codes op de items. De kwaliteit van deze stap bepaalt in sterke mate de betrouwbaarheid van de resultaten en de bruikbaarheid voor verdere zorgplanning.

- De **BelRAI-software** wordt over het algemeen als **gebruiksvriendelijk** beoordeeld, wat het codeerproces ondersteunt. Er wordt echter nog relatief **vaak dubbelop gewerkt** (eerst op papier, daarna in de software), wat risico op fouten met zich meebrengt en minder tijdsefficiënt is.
- **Technische en digitale drempels** (bv. software die blokkeert, foutmeldingen, overnemen van vorige antwoorden, beperkte koppeling met het zorgdossier) kunnen het codeerproces negatief beïnvloeden. Bij herbeoordelingen kan het overnemen van eerdere antwoorden tijdswinst opleveren, maar dit vergroot ook de kans op onnauwkeurige of foutieve coderingen.
- **Tijdsgebrek en hoge werkdruk** maken dat BelRAI-beoordelingen vaak tussendoor worden ingevuld. Dit kan de kwaliteit onder druk zetten. Voldoende (ononderbroken) tijd om een BelRAI-beoordeling in te vullen, zorgt ervoor dat de codering kwaliteitsvol kan gebeuren.
- **Opleiding, ervaring en vertrouwdheid met het instrument, en motivatie** zijn cruciaal om de kwaliteit van de codering te bewaken. Ook is de kwaliteit en continuïteit van het coderen sterk afhankelijk van het aantal inzetbare indicatiestellers. Dit kan het proces kwetsbaar maken bij ziekte, verlof of personeelsverloop.
- Bij twijfel over een item, kan **overleg met collega's** (bv. indicatiestellers, trainers, of observatoren) helpen om het item correct te coderen. Indicatiestellers moeten soms aannames of interpretaties doen omdat overleg met de collega die observeerde niet altijd mogelijk is.



Tips en aanbevelingen



Microniveau

- Gebruik gegevens uit observaties en gesprekken met de bewoner tijdens de referentieperiode. Baseer je niet enkel op persoonlijke kennis over de bewoner.
- Ga in dialoog met je collega's bij twijfel over een item.
- Blijf alert voor het belang van kwaliteitsvol coderen, en versterk dit door vorming te volgen en ervaringen uit te wisselen met collega's (bv. via intervisie).
- Ga zorgvuldig om met de mogelijkheid in sommige softwareprogramma's om antwoorden uit een vorige beoordeling over te nemen. Controleer steeds of deze informatie nog overeenstemt met de huidige situatie van de bewoner.



Mesoniveau

- Investeer voldoende in opleiding en vorming voor indicatiestellers.
- Voorzie structureel tijd en ruimte voor BelRAI-gerelateerde taken binnen de werkplanning.
- Stimuleer intercollegiaal overleg tussen indicatiestellers en andere betrokken medewerkers om observaties te verduidelijken, zodat coderingen kwaliteitsvol kunnen gebeuren.
- Stimuleer structurele kwaliteitsbewaking van het coderingsproces, bijvoorbeeld via intervisie of andere vormen van gezamenlijke reflectie of afstemming.



Macroniveau

- Softwareontwikkelaars kunnen bijdragen aan een betere gebruiksvriendelijkheid van BelRAI-toepassingen (bv. technische storingsen, optimaliseren optie 'antwoorden overnemen', ...), wat kan helpen om belasting voor indicatiestellers te beperken.
- Niet alle BelRAI-softwareprogramma's bieden dezelfde functionaliteiten (bv. het overnemen van antwoorden uit een vorige beoordeling). Het is zinvol om stil te staan bij de impact van deze verschillen op het gebruik van BelRAI en de kwaliteit van de beoordelingen, aangezien dit in de praktijk een ongelijk speelveld tussen voorzieningen kan creëren.



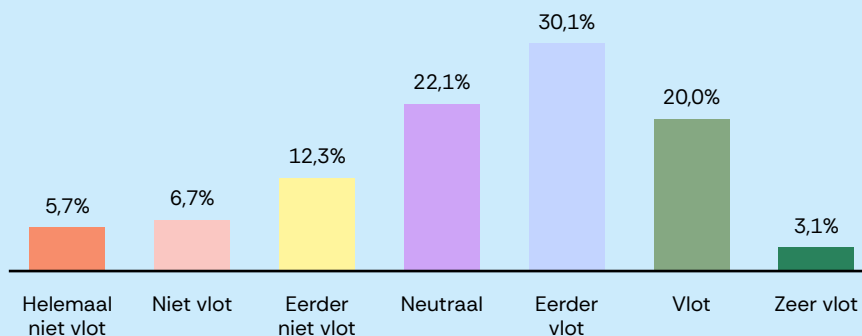
Impact op de zorg(planning)

BelRAI LTCF is bedoeld als instrument om kwaliteitsvolle persoonsgerichte zorg te ondersteunen. Hiervoor moeten de resultaten van een BelRAI-beoordeling vertaald worden naar concrete zorgdoelen en bijhorende zorgacties. Deze stap vormt de brug tussen de beoordeling en de dagelijkse zorgpraktijk, en bepaalt in grote mate of BelRAI LTCF een impact heeft op de zorg.

Gebruik van de BelRAI-resultaten

Uit de kwantitatieve bevraging ($n = 494$) blijkt dat het vertalen van BelRAI-resultaten naar concrete zorgacties niet altijd vlot verloopt (zie Figuur G).

Figuur G. Ervaren vlotheid van het vertalen van BelRAI-resultaten naar concrete zorgacties ($n = 489$).



Noot. Ongeveer de helft (53,2%) van de respondenten gaf aan dat het vertalen van BelRAI-resultaten naar concrete zorgacties *eerder vlot* tot *zeer vlot* verloopt. Ongeveer een kwart van de respondenten (24,7%) gaf aan dat dit *eerder niet vlot* tot *helemaal niet vlot* verloopt, terwijl de resterende respondenten (22,1%) *neutraal* antwoordden.

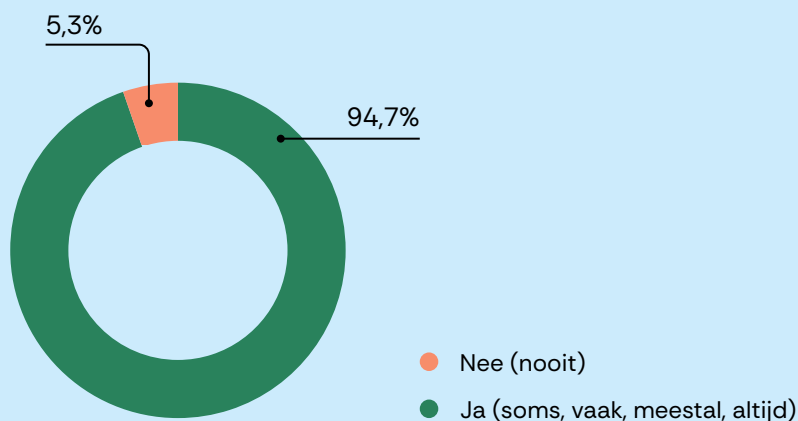
Uit de data blijkt dat er op verschillende manieren met de BelRAI-resultaten aan de slag wordt gegaan. Zo worden de resultaten vaak besproken tijdens een multidisciplinair overleg (84,2%), gebruikt bij het opstellen of aanpassen van een zorgplan (75,9%), of besproken met andere zorgverleners (68,6%) en met de bewoner of mantelzorger (55,5%). Wanneer gekeken wordt naar de impact van de BelRAI-resultaten op de zorg, gaf het merendeel van de respondenten aan dat de resultaten daadwerkelijk een impact hebben (zie Figuur H).

Er is geen eenduidigheid over het gebruik van **standaardprocedures of specifieke richtlijnen** op basis van BelRAI-resultaten. Hoewel 68,6% van de respondenten aangaf dat de resultaten leiden tot specifieke zorgacties of procedures, gaf minder dan de helft (42,7%) van de respondenten ($n = 461$) aan dat op basis van BelRAI-resultaten systematische procedures of richtlijnen worden gevolgd (bv. het gebruik van een alternatief matras bij het oplichten van de CAP Decubitus). Bij het merendeel (57,3%) blijkt dit niet het geval.

Het ontbreken van systematische procedures of richtlijnen hoeft niet noodzakelijk negatief te zijn. BelRAI-resultaten worden vaak in combinatie met andere informatie en de wensen van de bewoner bekeken, om zorgdoelen en -acties op maat te formuleren.

Tot slot is ook de **opvolging van zorgdoelen en -acties** volgend uit BelRAI van belang. Zo'n tweederde (66,1%) van de respondenten gaf aan dat er duidelijke afspraken bestaan over wie verantwoordelijk is voor de opvolging van de zorgacties die voortkomen uit BelRAI LTCF. Tegelijk gaf ongeveer de helft (52,3%) van de respondenten aan dat de impact van de zorgacties, volgend uit BelRAI LTCF, daadwerkelijk en systematisch wordt opgevolgd en geëvalueerd. Volgens 47,7% van de respondenten is dit niet het geval.

Figuur H. Impact van BelRAI-resultaten op de zorg ($n = 494$).



Noot. Wanneer gekeken wordt naar de impact van de BelRAI-resultaten op de zorg, gaf het merendeel (94,7%) van de respondenten aan dat de resultaten een impact hebben op de zorg. Slechts een klein aantal respondenten (5,3%) gaf aan dat de BelRAI-resultaten (voor zover bekend) geen invloed hebben op de zorg.

Drempels en hefbomen met betrekking tot impact op de zorg

Uit de kwalitatieve bevraging blijkt dat respondenten het potentieel van BelRAI LTCF voor het formuleren van zorgdoelen en –acties doorgaans erkennen. De BelRAI-resultaten lijken in veel organisaties routinematig te worden gebruikt en de impact op de zorg wordt door een meerderheid bevestigd (zie [Impact op de zorg\(planning\)](#)).

De kwalitatieve data verdiepen en nuanceren dit beeld enigszins. De impact van de BelRAI-resultaten op de zorg(planning) lijkt samen te hangen met de **ervaren meerwaarde** van BelRAI-LTCF, de vlotheid waarmee de **vertaalslag** van de resultaten naar zorgdoelen en –acties gebeurt, en met interne werkprocedures met betrekking tot de **opvolging**.

Meerwaarde en relevantie van de resultaten

Uit de bevraging blijkt dat de manier waarop er in de praktijk effectief aan de slag wordt gegaan met de resultaten verschilt. In sommige organisaties worden de resultaten actief gebruikt als **leidraad voor overleg en zorgplanning**. In andere organisaties gebeurt dit minder.

Een terugkerende drempel die het gebruik van BelRAI LTCF voor de zorgplanning belet, is dat de resultaten volgens sommigen **weinig nieuwe inzichten** opleveren. Zo wordt er aangegeven dat de conclusies die uit BelRAI LTCF volgen vaak al gekend zijn bij het team.

Dit leidt bij sommigen tot (ernstige) twijfel over de toegevoegde waarde van BelRAI LTCF, zeker in verhouding tot de tijdsinvestering die het instrument vraagt.

//

De BelRAI-resultaten bieden geen meerwaarde. [...] Het team had ook zonder [...] BelRAI tot dezelfde conclusies gekomen.

Voor een deel van de respondenten vormen de BelRAI-resultaten net een meerwaarde, bijvoorbeeld als **bevestiging of onderbouwing van bestaande inzichten**, terwijl ze ook **blinde vlekken** kunnen blootleggen (zie ook [Draagvlak voor BelRAI](#)).

Er wordt vaak verwezen naar de **bruikbaarheid van de CAP's** en de ervaringen die hiermee zijn gemengd. Terwijl velen aangeven dat de CAP's een sterk onderdeel zijn van het instrument (nl. handvaten voor het formuleren van zorgdoelen en –acties), geven anderen aan dat ze vaak voorspelbaar zijn, weinig bruikbare informatie opleveren of onvoldoende aansluiten bij de praktijk.

Daarnaast wordt gewezen op de schijnbare onbetrouwbaarheid van bepaalde CAP's, omdat sommige onterecht wel of niet lijken op te lichten (bv. bij incontinentie). Ook worden de CAP's niet altijd als relevant of voldoende concreet ervaren. Dit ondermijnt volgens sommigen de signaalfunctie van de CAP's en hun meerwaarde voor het formuleren van zorgdoelen en –acties.

Verder wordt de **referentieperiode** van drie dagen door verschillende respondenten als een beperking gezien. Deze korte periode wordt ervaren als een **momentopname** die niet altijd representatief is voor het functioneren van de bewoner, zeker bij bewoners waarbij de toestand snel kan wijzigen (bv. bewoners met dementie). Er wordt aangegeven dat de resultaten hierdoor een vertekend beeld kunnen geven en niet altijd aansluiten bij de realiteit van bewoners. Dit verlaagt opnieuw de ervaren meerwaarde van BelRAI LTCF.

//

Ik vind BelRAI niet helemaal het juiste middel [...] Bij mensen met dementie zouden we dan BelRAI elke drie dagen moeten doen want alles verandert heel snel.

Van BelRAI-resultaten naar zorgdoelen en -acties

Daarnaast worden er ook moeilijkheden ervaren bij de **vertaalslag van de BelRAI-resultaten naar concrete zorgdoelen en -acties**.

Uit de bevraging blijkt dat de BelRAI-resultaten niet automatisch leiden tot bruikbare zorgdoelen of -acties. Waar sommige teams erin slagen om de resultaten vlot te vertalen, lijkt dit bij andere teams moeizamer te verlopen.

De output van BelRAI LTCF wordt door sommigen als te complex of abstract ervaren. Hierdoor blijven zorgdoelen te algemeen en bieden ze te weinig houvast voor de praktijk.

//

De resultaten leiden niet altijd tot concrete zorgacties. Het is voor de medewerkers geen evidentie om 'goede zorgacties' te definiëren [...] bij alle resultaten.

Respondenten geven aan dat het niet altijd duidelijk is hoe oplichtende CAP's of zorgschalen **concreet vertaald** moeten worden naar doelen en acties in de dagelijkse zorg. De **nood aan meer houvast en ondersteuning** bij deze vertaalslag wordt naar voren geschoven. Het officiële handboek wordt daarbij als onvoldoende ervaren, onder andere omdat het te uitgebreid is om tijdens de dagelijkse werking te raadplegen.

Respondenten geven aan nood te hebben aan **overzichtelijke praktijkgerichte hulpmiddelen** om de resultaten doelgericht te vertalen (bv. concrete voorbeelden van mogelijke zorgdoelen en interventies per thema of CAP). Dit kan in de vorm van sjablonen of overzichtelijke 'onepagers'.

Daarnaast wordt gewezen op de nood aan **meer gerichte opleiding** die niet alleen focust op correct coderen, maar ook op interpretatie van resultaten en het formuleren van concrete en meetbare zorgdoelen (bv. via de SMART-methodiek).

//

Het zou nuttig zijn als we per CAP of zorgschaal enkele voorbeeldformuleringen hadden om uit te kiezen.

Opvolging en evaluatie van zorgdoelen en -acties

Naast de vertaalslag blijkt ook de **opvolging en evaluatie** van zorgdoelen en -acties een belangrijk aandachtspunt te zijn. Het opvolgen van zorgdoelen maakt deel uit van bredere zorgprocessen binnen wzc's en hoeft dus niet specifiek voor BelRAI te zijn. Maar moeilijkheden die hier worden ervaren, zijn wel van belang voor de mate waarin de BelRAI-resultaten impact hebben op de zorgpraktijk.

Respondenten benadrukken dat het formuleren van zorgdoelen op zich onvoldoende is wanneer ze nadien niet worden opgevolgd en geëvalueerd. Dit gebeurt vaak nog niet systematisch, waardoor het onduidelijk is of BelRAI LTCF daadwerkelijk leidt tot betere zorg.

//

Het opstellen [van zorgdoelen en -acties] lukt goed, opvolgen minder, doordat ze 'verdwijnen' in het zorgdossier.

Gebrek aan duidelijke **taakverdeling**, onvoldoende **communicatie** naar het volledige team en het ontbreken van **vaste werkprocedures** worden hierbij als belangrijke drempels aangehaald.

Respondenten wijzen opnieuw op het belang van expliciete terugkoppeling van het zorgplan naar het bredere team, en op duidelijke afspraken over wie verantwoordelijk is voor de uitvoering, opvolging en evaluatie. Ook praktische hulpmiddelen die de opvolging en evaluatie concreter en overzichtelijker maken, zouden kunnen helpen (bv. sjablonen of checklists met systematisch overzicht wie instaat voor welke acties).

Overzicht van de belangrijkste inzichten

BelRAI LTCF is bedoeld als instrument om kwaliteitsvolle, persoonsgerichte zorg te ondersteunen. Hiervoor is het belangrijk dat er effectief met de resultaten aan de slag wordt gegaan. Dit betekent dat de resultaten worden besproken binnen het zorgteam, en vertaald worden naar concrete zorgdoelen en zorgacties. Ook een opvolging en evaluatie van deze acties is nodig.

- De meeste respondenten erkennen het **potentieel van de BelRAI-resultaten voor het formuleren van persoonsgerichte zorgdoelen en -acties**. BelRAI-resultaten leveren volgens sommigen echter weinig nieuwe inzichten op. Hierdoor wordt de toegevoegde waarde in verhouding tot de tijdsinvestering in vraag gesteld.
- CAP's kunnen **richting geven bij zorgplanning**. Ze kunnen nuttige aanknopingspunten bieden (bv. om bepaalde inzichten te bevestigen of blinde vlekken bloot te leggen). Toch worden de CAP's niet altijd als bruikbaar ervaren, en worden ze soms als voorspelbaar, weinig relevant of onvoldoende betrouwbaar gezien. De referentieperiode van 3 dagen wordt bovendien ervaren als een momentopname die niet altijd representatief is voor het functioneren van de bewoner.
- De **vertaling van BelRAI-resultaten naar concrete zorgdoelen en -acties** verloopt niet altijd vlot. De resultaten worden soms als complex of abstract ervaren, waardoor ze weinig houvast bieden voor de dagelijkse zorg. Praktische hulpmiddelen en ondersteuning, en het bespreken van de resultaten tijdens het MDO, kunnen helpen om zorgdoelen en -acties concreet te maken en de opvolging te vergemakkelijken.
- Zorgdoelen en -acties worden **niet altijd systematisch opgevolgd** (bv. door gebrek aan duidelijke taakverdeling en vaste werkprocedures). Expliciete afspraken over verantwoordelijkheden binnen het team verhogen de kans dat zorgacties effectief worden uitgevoerd en opgevolgd.



Tips en aanbevelingen



Microniveau

- Gebruik kwaliteitsvolle ondersteunende hulpmiddelen om BelRAI-resultaten te vertalen naar concrete zorgdoelen en -acties.
- Koppel de zorgdoelen en -acties breed genoeg terug binnen het team, zodat anderen op de hoogte zijn van het zorgplan.
- Maak duidelijke afspraken over de opvolging en evaluatie van zorgdoelen en -acties. Maak eventueel gebruik van kwaliteitsvolle hulpmiddelen om dit te ondersteunen.



Mesoniveau

- Integreer BelRAI LTCF expliciet in de dagelijkse organisatorische werking en overlegstructuren (bv. MDO's), zodat de vertaalslag naar zorgdoelen een routine wordt.
- Voorzie tijd en ruimte in de werkplanning om resultaten te bespreken en zorgdoelen en -acties op te volgen, te evalueren en waar nodig bij te sturen.
- Faciliteer interdisciplinair overleg om de interpretatie van BelRAI-resultaten te verbeteren en tot een gemeenschappelijk gedragen zorgplan te komen.
- Ontwikkel interne procedures met duidelijke taakverdeling zodat de zorgdoelen en -acties systematisch worden opgevolgd.



Macroniveau

- Verdere ontwikkeling en inzet van digitale zorgplanningstools kunnen bijdragen aan een meer systematische terugkoppeling en opvolging van het zorgplan.
- Inzetten op gerichte opleidingsinitiatieven kan indicatiestellers en teams ondersteunen in het interpreteren van BelRAI-resultaten en het vertalen ervan naar concrete zorgdoelen en -acties.
- Het verder ontwikkelen en beschikbaar maken van kwaliteitsvolle, praktijkgerichte ondersteuningsmiddelen kan voorzieningen helpen om BelRAI-resultaten vlotter te vertalen naar concrete zorgdoelen en -acties.



Interdisciplinaire samenwerking en MDO

De BelRAI-beoordeling en het gebruik van de resultaten veronderstellen een **nauwe samenwerking tussen verschillende disciplines**. Multidisciplinair overleg (MDO) vormt hierbij een belangrijk moment waarbij informatie wordt samengebracht, resultaten worden besproken en zorgdoelen en -acties worden afgestemd. De mate waarin deze samenwerking kwaliteitsvol verloopt, heeft een grote invloed op de manier waarop BelRAI-resultaten kunnen worden ingezet in de zorgpraktijk.

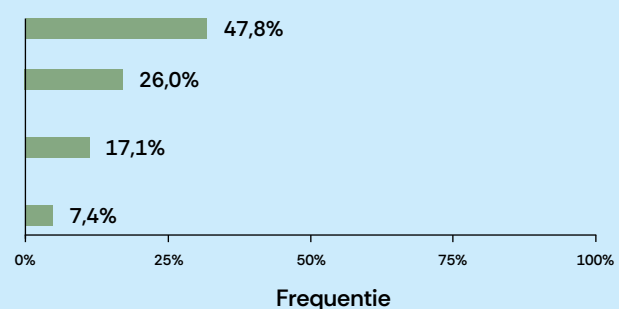
Gebruik van het MDO

De manier waarop het MDO wordt georganiseerd en ingevuld, verschilt sterk. Uit de kwantitatieve gegevens ($n = 619$) blijkt dat MDO's vaak volgens **een vaste structuur** verlopen (69,1%), en dat ze in **verschillende situaties** worden **georganiseerd**. Zo worden ze bijvoorbeeld georganiseerd in de eerste weken na verhuis van een nieuwe bewoner, bij belangrijke veranderingen in de gezondheidstoestand of zorgsituatie, specifiek na een BelRAI-(her)beoordeling, en/of periodiek op vaste tijdstippen (zie Figuur I).

Figuur I. Situaties die (kunnen) leiden tot het organiseren van een MDO ($n = 619$).

Respondenten konden meerdere antwoorden aangeven.

In de eerste weken na opname
Op vaste tijdstippen
Bij belangrijke veranderingen in
gezondheidstoestand of zorgsituatie
Na een BelRAI-(her)beoordeling



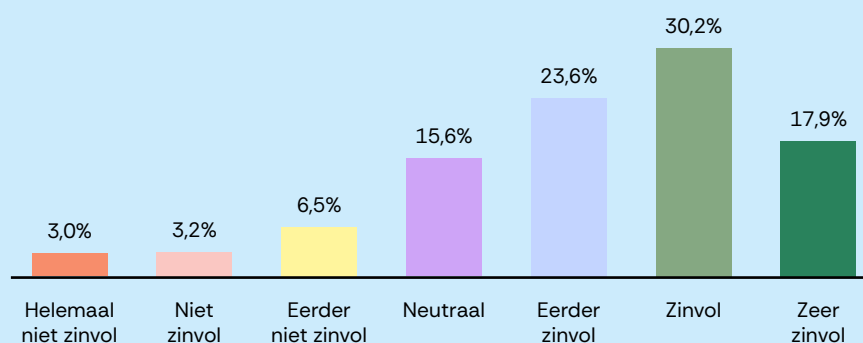
De kwantitatieve gegevens ($n = 601$) tonen verder dat het **gebruik van BelRAI LTCF binnen het MDO** goed is ingeburgerd. Zo'n driekwart (73,7%) van de respondenten gaf aan dat de BelRAI-resultaten *systematisch* worden besproken tijdens het MDO, terwijl zo'n 16,3% aangaf dat dit *af en toe* gebeurt. Toch geeft bijna één op tien (9,8%) aan dat BelRAI-resultaten (*nog*) *niet* worden gebruikt binnen het MDO (waarvan 6,0% aangeeft dit wel te wensen). De integratie van BelRAI LTCF in het MDO wordt overwegend als zinvol ervaren (zie Figuur J).

Gebruikte hulpmiddelen en vormen van ondersteuning

Voor de ondersteuning van een MDO gaven respondenten aan beroep te doen op uiteenlopende hulpmiddelen. De meest gebruikte zijn **documenten om het overleg inhoudelijk voor te bereiden**, zoals de BelRAI-resultaten en andere verslagen of rapporten (89,5%, $n = 591$).

Daarnaast wordt gebruik gemaakt van **hulpmiddelen om het MDO praktisch voor te bereiden**, zoals checklists (70,5%, $n = 560$). Er wordt ook gebruik gemaakt van **documenten om het verloop van het MDO te ondersteunen**, zoals vaste sjablonen of agendapunten (80,0%, $n = 556$). De vernoemde hulpmiddelen worden gemiddeld ook als bruikbaar ervaren, met scores die schommelen tussen 7,5 en 7,9/10. **Gespreksmethodieken om het verloop van het MDO te structureren**, zoals gespreksleidraden, overlegmethodieken of reflectietools, worden minder vaak ingezet (34,2%, $n = 520$). Respondenten gaven een gemiddelde score van 6,7/10 qua bruikbaarheid van deze methodieken.

Figuur J. Ervaren zinvolheid van het gebruik van BelRAI-resultaten binnen een MDO ($n = 597$).



Noot. Wat betreft de ervaren zinvolheid van de integratie van BelRAI LTCF in een MDO, gaf zeven op tien respondenten (71,7%) aan het gebruik van BelRAI LTCF *eerder zinvol* tot *zeer zinvol* te ervaren. Toch is er een niet te verwaarlozen groep (12,7%) die het gebruik als *eerder niet zinvol* tot *helemaal niet zinvol* ervaart. Daarnaast nam 15,6% een *neutrale* positie in, wat erop wijst dat de meerwaarde voor hen (nog) niet of onvoldoende duidelijk is.

Drempels en hefbomen bij interdisciplinaire samenwerking en MDO

Uit de kwalitatieve gegevens blijkt dat BelRAI zowel een motor als een uitdaging vormt voor interdisciplinaire samenwerking en het MDO. Hoewel het MDO een belangrijk moment vormt voor het bespreken van BelRAI-resultaten, wordt het potentieel ervan niet altijd benut.

BelRAI als structurerend kader voor MDO

BelRAI functioneert als een **gemeenschappelijk referentiekader** en een **gedeelde taal** voor verschillende disciplines. Wanneer BelRAI LTCF goed ingebed is in de werking van een organisatie, kan het volgens respondenten bijdragen aan het inhoudelijk structureren van het MDO. Het instrument wordt daarbij gebruikt als kapstok om relevante thema's systematisch te bespreken, prioriteiten te bepalen en zorgdoelen en -acties te formuleren. Het overleg wordt hierdoor als inhoudelijker en professioneler ervaren.

//

De BelRAI-items zijn een kapstok om het MDO [...] vorm te geven.

BelRAI-resultaten lijken vaak systematisch te worden besproken tijdens MDO's, en leiden tot het formuleren van zorgdoelen en -acties (zie ook Impact op de zorg(planning)).

Volgens respondenten draagt dit bij aan een meer **geïntegreerde en gedragen besluitvorming**. In sommige organisaties heeft de invoering van BelRAI LTCF geleid tot een heropstart of intensivering van MDO's.

//

Samenwerking tussen zorgverleners uit verschillende disciplines wordt versterkt. [Het] leidt tot een meer geïntegreerde aanpak.

Tegelijk blijkt dat de integratie van BelRAI LTCF in het MDO niet vanzelfsprekend is. In sommige organisaties verloopt dit moeizaam of is er sprake van terughoudendheid om met de resultaten aan de slag te gaan. Dit hangt onder meer samen met een **beperkt draagvlak of onvoldoende vertrouwen in de (meerwaarde van de) BelRAI-resultaten** bij de aanwezigen (zie ook Impact op de zorg(planning) en Draagvlak voor BelRAI).

Daarnaast stellen respondenten vragen bij de verhouding tussen de BelRAI-resultaten en het **klinisch oordeel van zorgverleners**. Wanneer het gevoel leeft dat te sterk wordt geleund op scores en output, kan dit de ervaren bruikbaarheid van BelRAI LTCF verminderen, verliest het de functie als ondersteunend kader, en wordt het eerder als beperkend ervaren.

Kennis en gedeelde taal als voorwaarde voor betekenisvol overleg

Een belangrijke voorwaarde om BelRAI LTCF effectief te kunnen gebruiken tijdens het MDO is voldoende **kennis en vertrouwde met het instrument** bij de aanwezigen. In organisaties waar niet alle disciplines bekend zijn met BelRAI en de BelRAI-taal, ervaren teams moeilijkheden om de resultaten correct te interpreteren en er constructief over in gesprek te gaan.

Dit speelt in het bijzonder wanneer medewerkers met inhoudelijke expertise, zoals indicatiestellers, niet aanwezig (kunnen) zijn op het overleg en geen toelichting of duiding kunnen geven bij de resultaten.

De **BelRAI-taal** zelf wordt door verschillende respondenten als een drempel aangeduid. De terminologie wordt omschreven als complex en weinig toegankelijk, wat de mogelijkheid om actief mee te denken kan verminderen.

//

De kennis van de [aanwezigen] over BelRAI is te beperkt om de resultaten mee te kunnen interpreteren of er verder mee te gaan.

Organisatie, samenstelling en verloop van MDO's

Ook praktische organisatie en haalbaarheid spelen een belangrijke rol bij een MDO-werking. **Tijdsgebrek en de overeenstemming van agenda's** komen hierbij veruit het vaakst naar voren als drempel. Zowel de voorbereidingstijd als de tijd voor het overleg zelf zijn vaak beperkt. In combinatie met personeelskrapte, afwezigheden en hoge werkdruk maakt dit het volgens veel respondenten moeilijk om structureel kwalitatieve MDO's te organiseren.

Respondenten geven bovendien aan te worstelen met de **interdisciplinaire samenstelling** van MDO's. De werkplanning laat vaak niet toe om alle relevante disciplines te betrekken, waardoor MDO's in de praktijk vaak terugvallen op een beperkte 'harde kern' van medewerkers. Hierdoor komt niet altijd alle relevante informatie of expertise aan bod.

//

[Het is] niet altijd mogelijk om alle disciplines rond de tafel te krijgen.

Ook is niet iedereen even **gemotiveerd om deel te nemen aan het MDO**. Vooral de beperkte betrokkenheid van artsen wordt als een groot knelpunt ervaren. Bij beperkte aanwezigheid van alle relevante disciplines, kunnen de resultaten en inzichten uit BelRAI LTCF minder breed worden teruggekoppeld.

Daarnaast worden ook organisatorische knelpunten betreffende de **planning, voorbereiding en het verloop** van MDO's aangekaart. In sommige voorzieningen ontbreekt een duidelijke methodiek of een vast stramien en is er sprake van een inefficiënte MDO-werking. Vaak wordt er vastgelopen op de planning, waarbij het moeilijk is de agenda's overeen te laten stemmen. Ook de frequentie van MDO's vormt een aandachtspunt. Respondenten geven aan te zoeken naar een **evenwicht tussen haalbaarheid en kwaliteit**, waarbij zowel een te lage als een te hoge frequentie als moeilijk werkbaar worden ervaren.

Ook de **inhoudelijke voorbereiding** van MDO's blijkt soms een struikelblok. Overlegmomenten zijn soms onvoldoende voorbereid doordat informatie ontbreekt of onduidelijk is, of doordat BelRAI-beoordelingen niet zorgvuldig ingevuld lijken te zijn en de resultaten als mogelijk onbetrouwbaar worden ervaren. Daarnaast wordt aangegeven dat **eerder vastgelegde zorgdoelen niet altijd systematisch worden meegenomen naar volgende besprekingen**. Wanneer voorbereiding, structuur en afbakening ontbreken, verlopen MDO's volgens respondenten vaak chaotisch, met onvoldoende focus of gebrekkig timemanagement.

Tegelijk benoemen respondenten verschillende hefbomen om het MDO vlotter en gestructureerder te laten verlopen. Het werken met een **vast stramien en een consequent tijdstip voor MDO's**, bijvoorbeeld gekoppeld aan BelRAI-(her)beoordelingen, wordt als efficiënt ervaren. Een grondige inhoudelijke voorbereiding, onder meer via gedeelde documenten waarin disciplines vooraf input kunnen aanbrengen, draagt bij aan meer gestructureerde en doelgerichte overlegmomenten.

Daarnaast blijkt ook een **goede coördinatie** belangrijk. Een expliciete trekkers- of coördinerende rol kan bijdragen aan een betere afstemming van agenda's, een meer gestructureerde voorbereiding en een doelgerichter verloop van het overleg. Ook een duidelijke rolverdeling, goed timemanagement en een interdisciplinaire samenstelling, afgestemd op de noden van de bewoner, worden als hefbomen benoemd. **Praktische hulpmiddelen** zoals vaste procedures, sjablonen en checklists kunnen de organisatie, voorbereiding en het verloop ondersteunen en zo bijdragen aan een vlottere MDO-werking.

//

*Tijd is soms niet correct
gespendeerd: er wordt lang over
één iets gepraat, waardoor andere
zaken niet meer kunnen aan bod
komen.*

Overzicht van de belangrijkste inzichten

BelRAI kan een belangrijke hefboom zijn voor interdisciplinaire samenwerking. Het MDO is een uitgelezen moment om de BelRAI-resultaten te bespreken en zorgdoelen en -acties af te stemmen. De kwaliteit van dit overleg heeft een grote invloed op het omzetten van de BelRAI-resultaten naar de zorgpraktijk. Het organiseren van een MDO vraagt een duidelijke structuur, voldoende voorbereiding en een goede betrokkenheid van alle relevante disciplines.

- In verschillende wzc's vormt BelRAI LTCF een vast onderdeel van MDO's. Dit kan bijdragen aan **systematiek binnen het MDO en continuïteit bij het gebruik van BelRAI LTCF**. Tijdsgebrek en personeelskrapte kunnen de organisatie, de voorbereiding en het verloop van een MDO echter bemoeilijken.
- **Niet alle relevante disciplines zijn aanwezig** tijdens het MDO (o.w.v. werkplanning of motivatie). Hierdoor vallen overlegmomenten in sommige voorzieningen terug op een beperkte 'harde kern'. De betrokkenheid van artsen blijkt een structureel knelpunt. Het organiseren van een MDO volgens een vast stramien kan duidelijkheid en voorspelbaarheid creëren.
- BelRAI vormt een **gemeenschappelijk referentiekader** en **stimuleert interdisciplinaire samenwerking** door een **gedeelde taal en structuur** te bieden. Het instrument kan structuur geven aan het overleg, het inhoudelijk verrijken, en bijdragen aan gedeelde besluitvorming. Er is soms echter sprake van te weinig kennis of vertrouwdsheid met BelRAI en de BelRAI-taal onder (een deel van) de aanwezigen. Hierdoor is het moeilijk om hierover op een zinvolle manier met elkaar in gesprek te gaan.
- MDO's verlopen soms chaotisch. Er is sprake van onvoldoende focus, voorbereiding en timemanagement. **Goede coördinatie en het gebruik van praktische hulpmiddelen** om de organisatie, de inhoudelijke voorbereiding en het verloop te ondersteunen, kan bijdragen aan een goede MDO-werking.



Tips en aanbevelingen



Microniveau

- Gebruik BelRAI LTCF als gemeenschappelijk referentiekader tijdens overlegmomenten. Zorg dat de resultaten actief worden besproken tijdens MDO's en vertaald worden naar concrete zorgdoelen en -acties.
- Maak duidelijke afspraken binnen teams over voorbereiding, rolverdeling en opvolging van MDO's, zodat overlegmomenten gestructureerd en doelgericht kunnen verlopen.
- Ga na of het mogelijk is om de bewoner en/of mantelzorger te betrekken bij het MDO.



Mesoniveau

- Ondersteun het structureel inzetten van BelRAI LTCF in overlegmomenten en organisatorische werkprocessen, zoals MDO's, zodat het gebruik ervan wordt ingebed in de dagelijkse werking.
- Voorzie voldoende tijd en ruimte binnen de werkplanning voor voorbereiding, uitvoering en opvolging van MDO's.
- Ontwikkel interne werkprocedures met betrekking tot planning, samenstelling en structuur van MDO's.
- Zorg ervoor dat alle disciplines die deelnemen aan het MDO vertrouwd zijn met BelRAI LTCF, de bijbehorende terminologie kennen en de resultaten (mee) kunnen interpreteren, zodat de BelRAI-informatie zinvol kan worden gebruikt in de zorgplanning.



Macroniveau

- Zet in op opleidingsinitiatieven die gericht zijn op het interdisciplinair gebruik van BelRAI LTCF en het toepassen van BelRAI-resultaten binnen overleg- en besluitvormingsprocessen.
- Ontwikkel en verspreid praktijkgerichte ondersteuningsmaterialen en goede praktijkvoorbeelden rond het gebruik van BelRAI LTCF binnen MDO's.
- Ondersteun initiatieven die samenwerking tussen disciplines bevorderen, zodat BelRAI-resultaten breder en interdisciplinair kunnen worden besproken en toegepast.



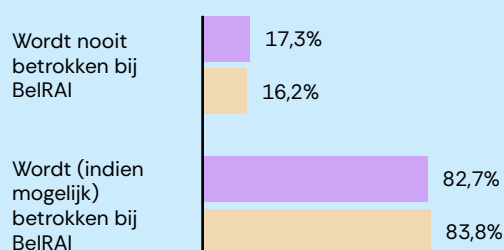
Betrekken van bewoner en mantelzorger(s)

BelRAI vertrekt vanuit het principe van persoonsgerichte zorg. Idealiter worden bewoners en mantelzorgers zoveel mogelijk betrokken. Zorgprofessionals gaan met hen in dialoog om te komen tot een zorgplan dat aansluit bij hun noden, wensen en mogelijkheden.

Betrokkenheid bij BelRAI LTCF

Uit de kwantitatieve gegevens ($n = 602$) blijkt dat zowel bewoners als mantelzorgers vaak (en indien mogelijk) **structureel betrokken** worden bij het BelRAI-proces (zie Figuur K). Tegelijk laat een verdere analyse zien dat dit niet altijd even uitgebreid gebeurt (zie Figuur L). Zo gaf slechts de helft van de respondenten aan dat bewoners worden geïnformeerd over de afname van een BelRAI-beoordeling. Wanneer we kijken naar meer doorgedreven vormen van participatie, gaf slechts één op drie aan dat bewoners betrokken worden bij het opstellen van de zorgplanning.

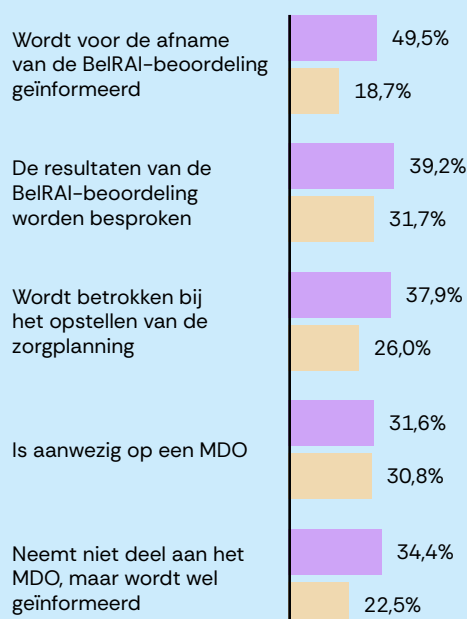
Figuur K. Structurele betrokkenheid van bewoner en mantelzorger(s) bij BelRAI ($n = 602$).



Noot. Een ruime meerderheid van de respondenten gaf aan dat zowel bewoners (82,7%) als mantelzorgers (83,8%) (indien mogelijk) betrokken worden bij het BelRAI-proces. Volgens respectievelijk 17,3% en 16,2% van de respondenten worden bewoners en mantelzorgers nooit betrokken.

Figuur L. Op welke momenten en manieren worden de bewoner en mantelzorger(s) betrokken ($n = 602$).

Respondenten konden meerdere antwoorden aangevinken.

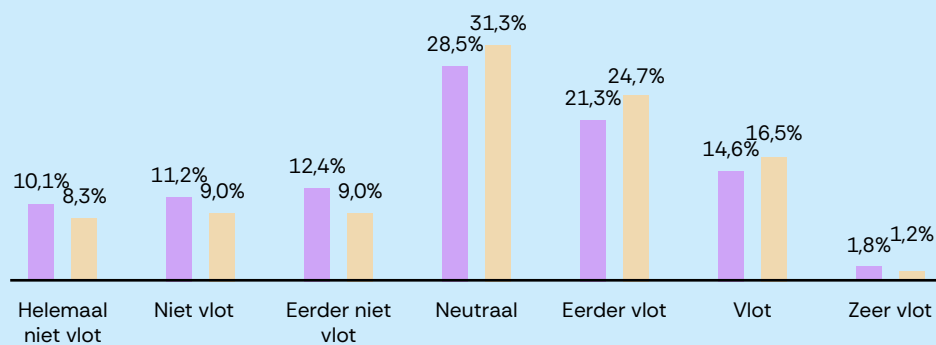


Noot. Bewoners en mantelzorgers worden op verschillende momenten en manieren betrokken. Bewoners worden vaker betrokken dan mantelzorgers. Zo'n 49,5% van de respondenten gaf aan dat bewoners geïnformeerd worden over de afname van een beoordeling, tegenover 18,7% bij mantelzorgers. Zo'n 37,9% van de respondenten gaven aan dat bewoners betrokken worden bij de zorgplanning, tegenover 26,0% bij mantelzorgers. Volgens 34,4% van de respondenten wordt de bewoner geïnformeerd over de resultaten en genomen beslissingen, tegenover 22,5% bij mantelzorgers.

Er werd ook bevraagd **hoe vlot participatie** van bewoners en mantelzorgers doorgaans verloopt (zie Figuur M). De bevindingen tonen dat participatie in de praktijk niet altijd vanzelfsprekend is. Hoewel een aanzienlijk deel van de respondenten aangaf dit als vlot te ervaren, gaf ook een groot aantal van de respondenten aan dit als minder vlot of wisselend te ervaren.

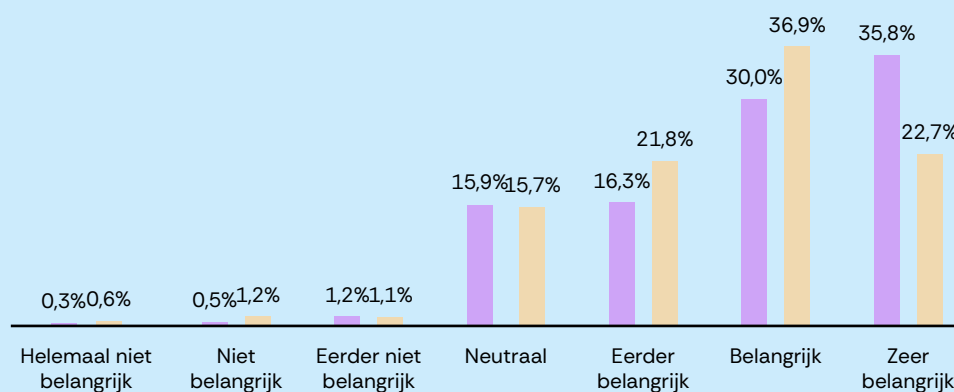
Ondanks de verschillen, lijkt er wel een consensus te bestaan over het **belang van participatie**. Een ruime meerderheid van de respondenten gaf aan dat ze betrokkenheid belangrijk vinden (zie Figuur N). De resultaten tonen dus dat het betrekken van bewoners en mantelzorgers breed gedragen wordt. Tegelijkertijd lijkt er een spanningsveld te bestaan tussen het belang van participatie en de realiteit (zie Figuur N en Figuur M).

Figuur M. Ervaren vlotheid van het betrekken van de bewoner en mantelzorger(s) (n = 602).



Noot. Zo'n twee op vijf respondenten ervaart het betrekken van bewoners (37,5%) en mantelzorgers (42,4%) als *eerder vlot* tot *zeer vlot*. Een aanzienlijk deel van de respondenten geeft hier een *neutrale* beoordeling (resp. 28,5% en 31,3%). Daarnaast ervaart een niet te verwaarlozen aandeel respondenten het betrekken van bewoners (33,7%) en mantelzorgers (26,3%) als *eerder niet vlot* tot *helemaal niet vlot*.

Figuur N. Ervaren belang van participatie van bewoner en mantelzorger(s) (n = 643).



Noot. Voor bewoners beoordeelde ruim vier op vijf (82,1%) van de respondenten participatie als *eerder belangrijk* tot *zeer belangrijk*. Voor mantelzorgers lagen de antwoorden in dezelfde lijn (81,4%). Slechts een klein aandeel respondenten beoordeelde participatie van bewoners (2,0%) of mantelzorgers (3,0%) als *eerder niet belangrijk* tot *helemaal niet belangrijk*. Ongeveer één op zes respondenten (15,9% voor bewoners en 15,7% voor mantelzorgers) nam een *neutrale* positie in.

Drempels en hefbomen bij het betrekken van bewoners en mantelzorgers

De kwalitatieve gegevens bevestigen dat participatie van bewoners en mantelzorgers doorgaans breed wordt gedragen en als een belangrijke meerwaarde wordt beschouwd. Toch lijkt de concrete invulling en de mate van uitvoering ervan sterk te variëren. Participatie is geen alles-of-niets verhaal, maar iets dat in de praktijk voortdurend afgewogen lijkt te worden in functie van **persoonskenmerken** (bv. motivatie, cognitieve mogelijkheden van bewoners en mantelzorgers), **context** (bv. aanwezigheid van netwerk rond een bewoner) en **organisatorische aspecten** (bv. tijd en middelen). Doorheen de verschillende fasen van het BelRAI-proces komen zowel drempels als praktijkgerichte hefbomen naar boven.

Overkoepelende drempels en hefbomen voor participatie

Een bepalende factor voor participatie is de **cognitieve draagkracht** van de bewoner (en mantelzorgers). Bij cognitief sterke bewoners verloopt participatie doorgaans vlotter en wordt het als meer vanzelfsprekend ervaren.

//

Bewoners met verminderde cognitie betrekken bij het formuleren van zorgacties is vaak zeer moeilijk.

Bij bewoners met cognitieve moeilijkheden (bv. dementie) wordt participatie meestal beperkt(er) ingevuld of wordt het nut ervan zelfs in vraag gesteld.

Wanneer participatie van de bewoner moeilijk(er) is (bv. door dementie, psychische zorgnoden of auditieve beperkingen), wordt het **betrekken van mantelzorgers** vaak als een belangrijk alternatief gezien. Dit is echter **niet altijd haalbaar**, bijvoorbeeld wanneer er geen netwerk aanwezig is, of wanneer mantelzorgers zich moeilijk kunnen vrijmaken. Ook **motivatie en betrokkenheid** spelen een rol. Niet alle mantelzorgers (of bewoners) wensen betrokken te worden.

Daarnaast vormen **tijdsdruk en personeelskrapte** een structurele drempel. Respondenten benadrukken dat participatie tijd vraagt (luisteren, iets uitleggen, zaken afstemmen ...). Dit blijkt in de dagelijkse praktijk niet altijd haalbaar. In dit kader wordt aangegeven dat **tools, methodieken of werkvormen** om bewoners en mantelzorgers op een efficiënte(re) manier te betrekken, participatie zouden kunnen bevorderen.

//

Het betrekken van bewoners en familie vraagt veel tijd, die er vaak niet is. We zoeken naar oplossingen om dit efficiënter te organiseren.

Niet alle medewerkers beschikken daarnaast over de nodige **competenties om in gesprek te gaan** met bewoners en mantelzorgers. Ze zijn (of voelen zich) niet altijd voldoende in staat om in het kader van BelRAI een open dialoog aan te gaan. Dit is geen BelRAI-specifiek aandachtspunt, maar het kan wel een invloed hebben op de mate waarin bewoners en mantelzorgers betrokken worden bij de BelRAI-beoordeling en de verdere zorgplanning.

//

Niet alle medewerkers [zijn] al heel vaardig in het communiceren met naasten/mantelzorgers.

Daarnaast leven er vragen over **privacy en vertrouwelijkheid**, bijvoorbeeld wanneer en onder welke voorwaarden mantelzorgers betrokken of geïnformeerd mogen worden over de resultaten (bv. mag de familie betrokken of geïnformeerd worden zonder toestemming van de bewoner).

Informereren over BelRAI

Uit de kwalitatieve gegevens blijkt dat er verschillende drempels worden ervaren bij het informeren van bewoners en mantelzorgers over BelRAI LTCF. Uit de bevraging blijkt dat zowel bewoners als mantelzorgers vaak **onvoldoende begrip** hebben van wat BelRAI LTCF is en waarvoor het dient. Hierdoor blijft BelRAI voor hen een vaag, technisch en ontoegankelijk iets.

Als hefboom wordt gewezen op het belang van **ondersteunend informatiemateriaal** (bv. brochure of flyer) om BelRAI LTCF in begrijpelijke taal uit te leggen aan bewoners en mantelzorgers. Laagdrempelig en toegankelijk materiaal over BelRAI LTCF kan best al vroeg in het proces worden ingezet (bv. vlak voor of kort na de verhuis van een nieuwe bewoner naar het wzc).

//

Voor bewoners en mantelzorgers is BelRAI een 'ver van mijn bed-show'. Ze zijn vaak niet op de hoogte van wat het is en wat het doel is.

Betrekken tijdens de gegevensverzameling

Tijdens de fase van de gegevensverzameling wordt participatie als bijzonder waardevol ervaren. Er wordt aangegeven dat het gebruik van BelRAI LTCF doorgaans participatiebevorderend is omdat zaken rechtstreeks moeten worden bevraagd. De inbreng van bewoners en mantelzorgers leidt volgens respondenten tot een **rijker, persoonlijker en meer gecontextualiseerd beeld** van de bewoner.

Mantelzorgers worden gezien als een cruciale informatiebron wanneer de bewoner zelf moeilijk bevraagd kan worden. Het is daarnaast altijd waardevol om hun ervaringen met betrekking tot het functioneren van de bewoner te kennen.

//

[...] mantelzorgers worden steeds vaker gezien als essentiële partners in de zorg, ook tijdens de BelRAI-beoordeling. Ze krijgen de kans om eigen ervaringen en observaties te delen over het dagelijks functioneren en welbevinden [van de bewoner].

Ook bij de gegevensverzameling botsen voorzieningen zowel op **praktische drempels** (bv. bewoner heeft beperkt netwerk, bereikbaarheid, niet-overlappende werktijden ...), als op **motivationale drempels** (bv. beperkte betrokkenheid of interesse).

Daarnaast wordt gewezen op het spanningsveld tussen de **tijdsinvestering die participatie vraagt en de reële werkdruk** (bv. de tijd die nodig is om bewoners en familie te beluisteren vs. tempo en planning van inschalingen, en omvang van het instrument). Dit maakt dat participatie niet altijd (voldoende) gerealiseerd kan worden.

//

De tijd van observeren is drie dagen, wat soms kort kan zijn om mantelzorgers aan te spreken.

Om hiermee om te gaan, geven sommige respondenten aan dat er wordt geprobeerd om de gegevensverzameling efficiënter te organiseren. Men doet dit door bewoners en mantelzorgers **gericht en gestructureerder te bevragen**. Uit de bevraging komt naar voren dat er **nood is aan efficiëntere werkvormen en praktische ondersteuning** om bewoners en mantelzorgers te betrekken tijdens het proces van gegevensverzameling (bv. gespreksleidraad, gestructureerde vragenlijsten, formulieren ...).

Tegelijk wijzen respondenten erop dat mantelzorgers niet altijd over de nodige kennis beschikken om bepaalde vragen te beantwoorden (bv. medische vragen wanneer de arts niet bereikbaar is).

Betrekken van bewoner en mantelzorger(s) bij het MDO

Het MDO wordt door veel respondenten gezien als een **belangrijk participatiemoment** voor bewoners en mantelzorgers. In voorzieningen waar ze systematisch betrokken worden bij het overleg, ervaren respondenten dit ook als een **relationele meerwaarde**. Participatie verkleint volgens hen de afstand tussen het zorgteam, de bewoner en de familie. Het verhoogt de transparantie en creëert ruimte voor een dialoog over noden, wensen en prioriteiten.

Er wordt benadrukt dat mantelzorgers en bewoners zich hierdoor meer gehoord en gewaardeerd voelen, wat het **onderlinge vertrouwen** versterkt.

//

[Ze] voelen zich betrokken en zijn graag aanwezig bij het MDO. [Ze] zien verschillende disciplines, kunnen info vragen [...], voelen zich gehoord ...

Tegelijkertijd is participatie tijdens het MDO **organisatorisch uitdagend en niet altijd haalbaar**. Het plannen van een geschikt moment vraagt veel tijd en is niet altijd werkbaar gezien de agenda's van de verschillende betrokkenen. Onverwachte omstandigheden, zoals te laat komen of last-minute afzeggingen, kunnen de planning in de war sturen. Sommige respondenten stellen zich de vraag hoever men kan of moet gaan om iedereen rond de tafel te krijgen.

Daarnaast wijzen respondenten op het **spanningsveld tussen participatie en efficiëntie**. MDO's kunnen uitlopen of de focus kan verschuiven naar onderwerpen waarvoor een MDO niet bedoeld is (bv. dagelijkse wzc-werking, ontevredenheid, familieconflict ...).

//

Zij geven feedback over de algemene werking van het wzc, waardoor er bijna niet gesproken wordt over de zorg/doelen.

Daarnaast vraagt de BelRAI-taal bijkomende uitleg omdat bewoners en mantelzorgers deze niet beheersen.

In organisaties waar participatie van bewoners en mantelzorgers structureel verankerd is, worden vaak **alternatieve of hybride werkvormen** gehanteerd om de betrokkenheid van bewoners en mantelzorgers haalbaar te houden. Voorbeelden zijn voorafgaande bevestigingen bij bewoners en mantelzorgers over noden en wensen, digitale deelname (bv. via MS Teams), gedeeltelijke aanwezigheid op het MDO en/of een afzonderlijke terugkoppeling na het overleg). Deze zaken maken het mogelijk om participatie te realiseren zonder het MDO zelf te belasten.

//

Wij nodigen bewoner en mantelzorgers structureel uit voor een bewonersgesprek na een BelRAI-beoordeling. We merken echt een nood om op regelmatige basis de zorg en andere zaken te bespreken, niet enkel bij achteruitgang in toestand.

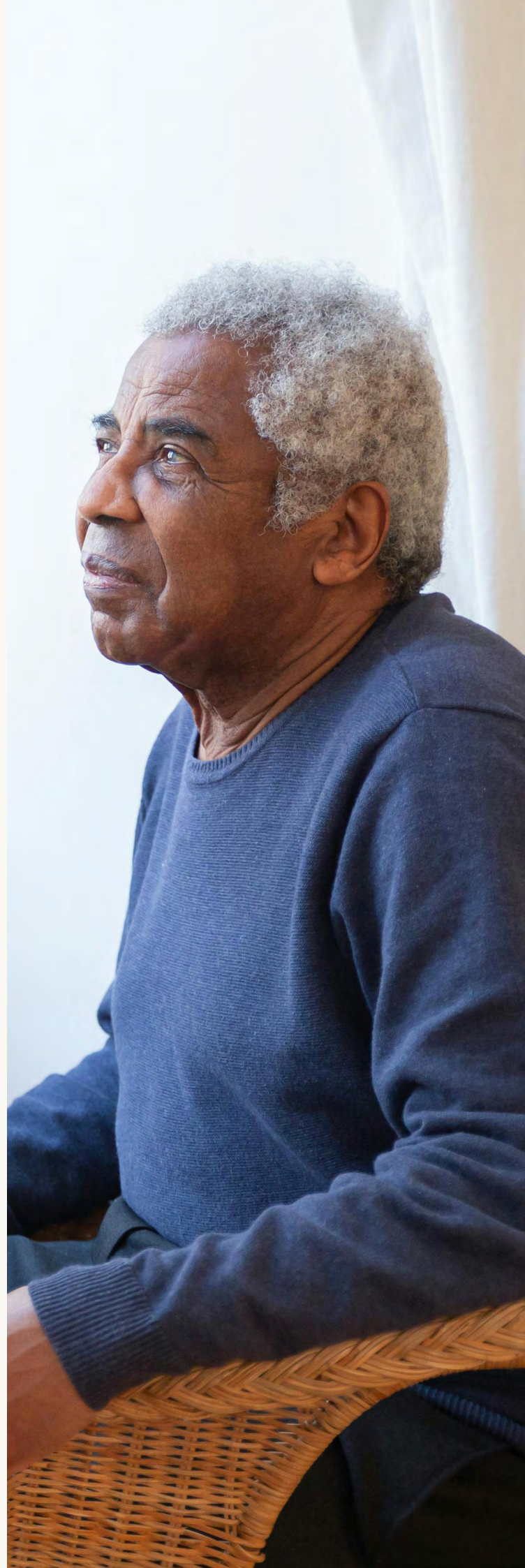
Terugkoppeling van resultaten en betrekken van bewoner en mantelzorger(s) bij de zorg(planning)

Bij de terugkoppeling van de BelRAI-resultaten vormt **communicatie**, en meer specifiek de technische en abstracte **BelRAI-taal**, een belangrijke drempel. Respondenten geven aan dat het moeilijk is om resultaten begrijpelijk te vertalen naar bewoners en mantelzorgers. Respondenten wijzen op de **nood aan praktische hulpmiddelen**, zoals vereenvoudigde sjablonen of visuele ondersteuning, om de communicatie te ondersteunen.

//

Het is moeilijk voor medewerkers om de BelRAI-taal te vertalen naar de bewoners en familie.

Tot slot wordt er een onderscheid gemaakt tussen **informer** en **actief betrekken**. Actieve participatie bij het formuleren (en uitvoeren) van zorgdoelen en -acties wordt als waardevol gezien, maar blijkt in de praktijk niet altijd evident. Verschillen in visie tussen zorgteam, bewoner en familie over prioriteiten en zorgdoelen (bv. rond autonomie of zelfredzaamheid) blijken participatie te bemoeilijken. Bovendien wensen niet alle mantelzorgers (nog) zorg op te nemen. Ook wordt gewezen op het risico dat bij mondige mantelzorgers de stem van de bewoner op de achtergrond geraakt.



Overzicht van de belangrijkste inzichten

Binnen het BelRAI-proces is het betrekken van bewoners en mantelzorgers van groot belang. Door bewoners en mantelzorgers actief te betrekken, ontstaat een rijker en genuanceerder beeld. Ook kan het ervoor zorgen dat het zorgplan beter aansluit bij de noden, wensen en mogelijkheden van de bewoner.

Het belang van het betrekken van bewoners en mantelzorgers wordt doorgaans **breed erkend en gedragen**. Bewoners en mantelzorgers worden gezien als een waardevolle informatiebron. Dit vormt een goede basis voor participatie. Bewoners en mantelzorgers worden **op verschillende momenten in het BelRAI-proces** betrokken, zoals bij de gegevensverzameling, terugkoppeling van resultaten en zorgplanning. Verschillende drempels belemmeren (uitgebreide vormen van) participatie.

- **Werkdruk beperkt de ruimte voor dialoog, uitleg en afstemming**, terwijl participatie net tijd vraagt. Het breed gedragen belang en de ervaren meerwaarde van participatie stimuleert teams om bewoners en mantelzorgers toch op verschillende momenten in het proces te betrekken (gegevensverzameling, terugkoppeling, en zorgplanning).
- Het betrekken van bewoners en mantelzorgers bij MDO's is praktisch en organisatorisch zwaar en **botst soms met efficiëntie en planning**. Alternatieve en flexibele werkvormen (bv. vooraf bevragen, aparte terugkoppeling, digitale deelname of gedeeltelijke aanwezigheid) helpen om participatie haalbaar te maken.
- Actieve betrokkenheid bij het **formuleren van zorgdoelen** is niet altijd evident. Mantelzorgers zijn niet altijd beschikbaar, bereikbaar of bereid te participeren. Daarnaast kunnen cognitieve beperkingen bij bewoners actieve betrokkenheid bemoeilijken. Ook kunnen de verwachtingen of prioriteiten van het zorgteam, de bewoner en de mantelzorgers uiteenlopen.
- Niet alle medewerkers voelen zich voldoende vaardig om in gesprek te gaan met bewoners en mantelzorgers, om verwachtingen te verhelderen of gesprekken in de tijd af te bakenen. Ondersteunende hulpmiddelen (bv. gespreksleidraden of vragenlijsten) kunnen helpen om het perspectief van bewoners en mantelzorgers **op een gestructureerde en haalbare manier te bevragen**.
- Onzekerheid over wat gedeeld mag worden en onder welke voorwaarden mantelzorgers betrokken kunnen worden (bv. **vragen rond privacy en toestemming**), maakt participatie niet altijd vanzelfsprekend.
- Voor bewoners en mantelzorgers is BelRAI vaak abstract en technisch. **Het doel van BelRAI LTCF** uitleggen, vormt een uitdaging. Ondersteunend en laagdrempelig informatiemateriaal (bv. brochures) kan helpen om BelRAI begrijpelijker te maken.



Tips en aanbevelingen



Microniveau

- Gebruik kwaliteitsvol, laagdrempelig informatiemateriaal over BelRAI LTCF om bewoners en mantelzorgers te informeren.
- Ondersteun medewerkers bij het vertalen van BelRAI-resultaten naar begrijpelijke taal voor bewoners en mantelzorgers.
- Betrek bewoners en mantelzorgers niet alleen door ze te informeren, maar ook door ze inspraak te geven in het zorgplan.
- Gebruik kwaliteitsvolle toegankelijke hulpmiddelen om participatie praktisch te ondersteunen.



Mesoniveau

- Draag op organisatieniveau een duidelijke visie uit over participatie: hoe wordt betrokkenheid van bewoners en mantelzorgers gezien, waarom is het belangrijk en hoe kan dit concreet vorm krijgen in de praktijk?
- Voorzie structureel tijd en ruimte binnen de werkplanning om participatie mogelijk te maken doorheen het hele BelRAI-proces, zodat het betrekken van bewoners en mantelzorgers beter ingebed wordt.
- Ondersteun medewerkers om bewoners en mantelzorgers actief te betrekken, bijvoorbeeld door aandacht te besteden aan het belang van participatie, het versterken van communicatieve vaardigheden en het gebruik van ondersteunende hulpmiddelen.



Macroniveau

- De ontwikkeling van toegankelijke en praktijkgerichte ondersteuningsmaterialen gericht op het betrekken van bewoners en mantelzorgers kan voorzieningen helpen bij het vormgeven van participatie doorheen het BelRAI-proces.
- De ontwikkeling van toegankelijke en praktijkgerichte ondersteuningsmaterialen gericht op het betrekken van specifieke doelgroepen (bv. personen met dementie) kan voorzieningen helpen bij het bevorderen van participatie van kwetsbare bewoners.

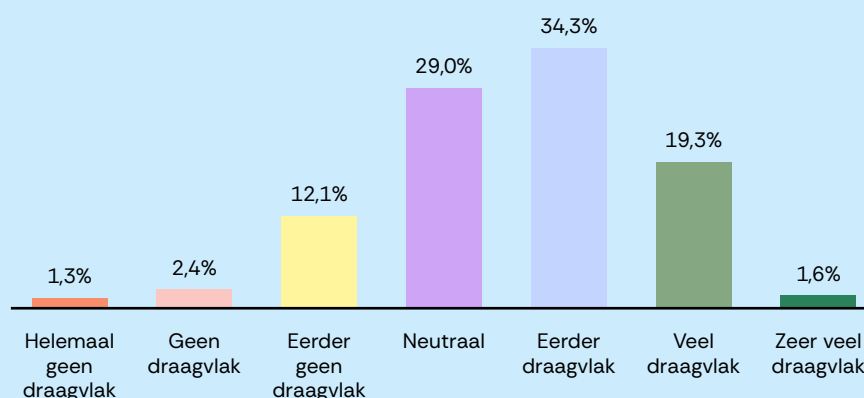
Draagvlak voor BelRAI

In dit rapport verwijzen we naar **draagvlak** als de mate waarin BelRAI LTCF binnen de organisatie wordt ondersteund. Meer bepaald of BelRAI LTCF als zinvol en haalbaar wordt ervaren door medewerkers en leidinggevenden. Zonder voldoende draagvlak bestaat het risico dat BelRAI LTCF vooral wordt ervaren als een administratieve verplichting, los van de inhoudelijke meerwaarde.

Organisatorisch en persoonlijk draagvlak

Uit de kwantitatieve gegevens ($n = 627$) blijkt dat meer dan de helft (55,2%) van de respondenten (eerder tot veel) **draagvlak voor BelRAI LTCF binnen de organisatie** ervaarde op het moment van de bevraging. Meer dan een kwart (29,0%) van de respondenten beoordeelde het draagvlak als neutraal. Zo'n 15,8% ervaarde (eerder) weinig tot geen draagvlak (zie Figuur O).

Figuur O. Gepercipieerd draagvlak voor BelRAI binnen de organisatie ($n = 627$).



Wat de **persoonlijke waardering** van BelRAI LTCF betreft ($n = 643$), gaf meer dan drie op vijf (63,9%) van de respondenten een (eerder) positieve tot zeer positieve beoordeling. Zo'n kwart van de respondenten (23,3%) had geen uitgesproken mening. Zo'n 12,8% gaf aan (eerder) negatief tegenover BelRAI LTCF te staan (zie Figuur P).

Opvallend aan deze resultaten is dat de persoonlijke waardering van BelRAI LTCF positiever uitvalt dan het gepercipieerde draagvlak binnen de organisatie. Dit wijst erop dat een positieve houding ten aanzien van BelRAI LTCF bij individuele respondenten niet noodzakelijk samenvalt met een breed gedragen draagvlak op organisatieniveau. Het kan hierbij bijvoorbeeld gaan om individuele trekkers of meer uitgesproken voorstanders van BelRAI LTCF. Een positieve attitude bij individuele medewerkers of indicatiestellers betekent dus niet automatisch dat er sprake is van een breed organisatorisch draagvlak.

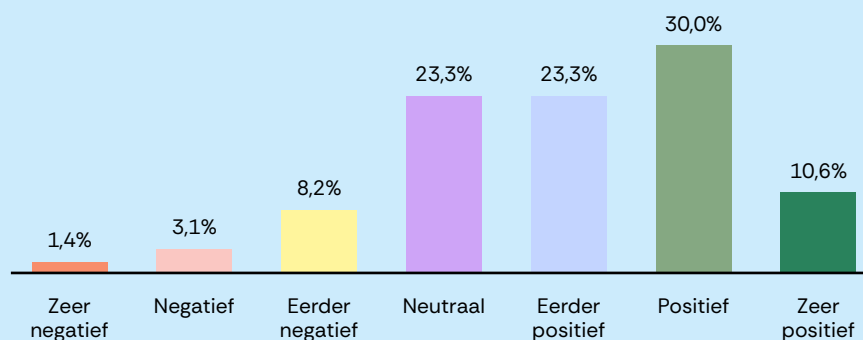
Drempels en hefboomen die het draagvlak beïnvloeden

Uit de resultaten blijkt dat het draagvlak voor BelRAI ontstaat uit een samenspel van factoren, zoals ervaren meerwaarde, kennis en opleiding, motivatie en betrokkenheid, instrumentgebonden kenmerken, organisatorische randvoorwaarden, en beleidsmatige context.

Ervaren voordelen en inhoudelijke meerwaarde als hefboom

Respondenten benoemen **verschillende voordelen** van BelRAI LTCF, die een belangrijke hefboom (kunnen) vormen voor draagvlak binnen de organisatie. De voordelen van BelRAI LTCF lijken gezien te worden op het niveau van de bewoner, het zorgteam en de kwaliteit van de zorg.

Figuur P. Persoonlijke waardering van BelRAI ($n = 643$).



In de eerste plaats wordt het **holistische en brede karakter** van BelRAI LTCF sterk gewaardeerd. Respondenten geven aan dat BelRAI LTCF toelaat om een volledig en genuanceerd beeld van de bewoner te schetsen, dat verder reikt dan de louter medische zorgnoden. Domeinen zoals wonen en leven, psychisch welbevinden, sociaal functioneren, en cognitie krijgen expliciet aandacht. In vergelijking met andere instrumenten, zoals de KATZ-schaal, wordt BelRAI LTCF als uitgebreider en inhoudelijk rijker ervaren.

//

Door een holistisch beeld te krijgen via BelRAI [...] wordt er veel ruimer gedacht over de bewoner en zijn of haar verblijf en leven in het wzc.

Daarnaast wordt benadrukt dat BelRAI helpt om **blinde vlekken** bloot te leggen. Tijdens een beoordeling komen soms aandachtspunten naar voren die anders niet of minder snel zouden worden opgemerkt. **Vooraf bij nieuwe bewoners** wordt deze meerwaarde als sterk ervaren, omdat BelRAI helpt om op relatief korte tijd een diepgaand beeld te vormen van het functioneren. Bij herbeoordelingen wordt dit minder uitgesproken benoemd, omdat bewoners dan vaak al goed gekend zijn.

Daarnaast geven respondenten aan dat BelRAI **reflexiviteit** bevordert. Een BelRAI-beoordeling is een aanleiding om uitgebreider stil te staan bij een bewoner en kritisch na te denken over de zorg. Het stimuleert zorgverleners om vanuit verschillende perspectieven naar de bewoner en de situatie te kijken. Dit wordt gezien als een belangrijke meerwaarde voor de kwaliteit van zorg.

Een bijkomende meerwaarde is dat BelRAI een **persoonsgerichte benadering** van zorg ondersteunt. Het instrument stimuleert zorgverleners niet alleen om zorg breed te benaderen, maar ook om meer na te denken vanuit het perspectief en de mogelijkheden van de bewoner.

//

Door het verzamelen van gedetailleerde informatie kan de zorg beter afgestemd worden op de unieke noden [...] van elke bewoner.

Er wordt dus **niet alleen gefocust op problemen en beperkingen, maar ook op wat de bewoner wel nog kan**, en op de mogelijkheden en wensen.

BelRAI LTCF wordt ook gezien als een instrument dat **structuur geeft aan het hele zorgproces**. Het ondersteunt het volledige traject van zorg (observaties → beoordeling → resultaten → zorgdoelen en -acties → opvolging) en laat zo toe op een **systematische manier te werken aan zorg op maat**. Wanneer het instrument kwaliteitsvol wordt gebruikt, draagt het bij aan meer onderbouwde zorgplanning.

Bijkomende belasting in een context van hoge werkdruk en structureel personeelstekort

Een cruciale drempel voor draagvlak is dat BelRAI LTCF door veel respondenten wordt ervaren als een **zware en tijdrovende verplichting** die boven op een reeds hoge werkdruk komt, wat demotiverend werkt. De tijd die BelRAI LTCF vraagt (niet alleen voor het invullen, maar ook voor planning, observaties, overleg, MDO's, administratie, opvolging en opleiding) wordt door respondenten ervaren als **tijd die ten koste gaat van directe zorg** en aandacht voor bewoners.

//

De volledige invulling van de BelRAI-instrumenten vergt een aanzienlijke tijdsinvestering, vooral in combinatie met de reeds hoge werkdruk in de zorgsector. Dit kan tot frustratie of weerstand leiden bij medewerkers.

In een context van structureel personeelstekort en hoge werkdruk dreigt BelRAI LTCF daardoor gezien te worden als een extra taak of verplichting die **binnen dezelfde tijd en met dezelfde middelen** moet gebeuren. Zelfs wanneer de motivatie aanwezig is, ontbreekt het volgens respondenten vaak aan de nodige tijd en ruimte om op een zorgvuldige en kwaliteitsvolle manier met BelRAI LTCF aan de slag te gaan. Door de werkdruk wordt een BelRAI-beoordeling bijvoorbeeld soms uitgesteld of onzorgvuldig ingevuld.

Als belangrijke hefboom wijzen respondenten op het **structureel voorzien van tijd en middelen**. Daarbij gaat het niet enkel om extra personeel, maar ook om expliciete vrijstelling en financiële ondersteuning voor BelRAI-gerelateerde taken, zoals administratie, coördinatie en opleiding. Respondenten geven aan dat het draagvlak kan groeien wanneer medewerkers expliciet tijd en ruimte krijgen voor BelRAI-taken, in plaats van ze 'erbij te moeten nemen'.

Instrumentgebonden drempels

Daarnaast benoemen respondenten instrumentgebonden drempels die het draagvlak bij indicatiestellers beïnvloeden. Deze drempels hebben betrekking op de **omvang, opbouw en terminologie van het instrument**, die de ervaren bruikbaarheid negatief beïnvloeden.

Een terugkerende kritiek is dat BelRAI LTCF **te uitgebreid, gedetailleerd en omslachtig** is. Respondenten geven aan dat de hoeveelheid items en de mate van detail niet altijd in verhouding staat tot de output van de resultaten (zorgschalen en CAP's). Dit voedt het gevoel dat BelRAI LTCF veel werk is voor weinig zichtbaar resultaat, zeker wanneer resultaten (grotendeels) bevestigen wat al gekend is (zie ook Impact op de zorg(planning)).

//

Het vraagt veel tijd van vele medewerkers, tijd die er vaak niet echt is.

Daarnaast wordt de **terminologie van BelRAI LTCF** als complex, technisch of onduidelijk omschreven. De BelRAI-taal sluit volgens respondenten onvoldoende aan bij het dagelijkse taalgebruik op de werkvloer en bij de manier waarop zorgverleners denken en spreken over bewoners. Dit bemoeilijkt niet alleen het correct invullen van het instrument, maar ook het interpreteren en bespreken van de resultaten binnen teams en tijdens overlegmomenten (zie ook Interdisciplinaire samenwerking en MDO).

//

De 'BelRAI-taal' overlapt niet met de dagelijkse realiteit waardoor dit moeilijk ingeburgerd geraakt.

De combinatie van de omvangrijkheid en complexe terminologie ondermijnt volgens respondenten de praktische bruikbaarheid van BelRAI LTCF.

Respondenten wijzen ook op het spanningsveld tussen formele vereisten van het instrument, zoals de **vastgelegde referentieperiode**, de termijn voor inschalingen, en de klinische relevantie hiervan. De referentieperiode wordt soms gezien als een niet-representatieve momentopname die niet altijd overeenstemt met de realiteit van de bewoner. In de praktijk wordt dan ook soms een bredere periode gehanteerd bij het invullen van een BelRAI-beoordeling (zie ook Observeren van bewoners en registreren van informatie en Coderen en invoeren in de software).

Beleidsmatige ondersteuning, financiering en toekomstvisie

Het draagvlak voor BelRAI LTCF wordt ook in sterke mate beïnvloed door factoren op meso- en macroniveau. Er heerst een gevoel dat organisaties weinig terugkrijgen voor de inspanningen die zij leveren. Respondenten wijzen op het ontbreken van **financiering en ondersteuning**.

BelRAI LTCF wordt vaak ervaren als een verplichting waarvoor geen **structurele middelen** worden voorzien. Het instrument vraagt een aanzienlijke tijds- en personeelsinvestering, zonder dat hier financiering tegenover staat. Dit wordt als tegenstrijdig ervaren met het discours rond 'meer handen aan het bed' en roept weerstand op, vooral wanneer de randvoorwaarden ontbreken om BelRAI LTCF zinvol in te zetten.

//

De workload is enorm [...] om dit allemaal erbij te nemen in dezelfde tijd [...]. Dit is het omgekeerde van 'meer handen aan het bed' omdat het de handen wegtrekt naar administratie.

Tegelijk erkennen respondenten duidelijk het potentieel van BelRAI LTCF op organisatieniveau. Het instrument brengt **systematiek, objectiviteit en uniformiteit** in de zorgprocessen en biedt houvast door een vaste en gestructureerde aanpak.

BelRAI LTCF maakt het mogelijk om **bewoners systematisch op te volgen, risico's tijdig te detecteren en zorgbeslissingen beter te onderbouwen**. Dit alles draagt volgens respondenten bij aan een hogere kwaliteit van zorg op organisatieniveau.

Deze organisatorische meerwaarde wordt volgens respondenten vandaag echter nog onvoldoende benut. Op basis van BelRAI LTCF zijn er **(nog) geen kwaliteitsindicatoren beschikbaar**. Het is ook nog niet mogelijk om op het niveau van de voorziening **trends of evoluties over de zorgbehoeften** te identificeren, of om een vergelijking te maken met andere organisaties. Dit maakt dat BelRAI op organisatieniveau (nog) niet als volwaardig kwaliteitsinstrument kan worden ingezet. Wat dat betreft uiten een aantal respondenten het gevoel dat ze op hun honger blijven zitten.

//

BelRAI [voelt] soms als het voorzien van data voor wetenschappelijk onderzoek, waarbij we als organisatie nog geen toegang hebben tot deze algemene data op voorzieningsniveau.

Daarnaast heerst er veel onduidelijkheid over **toekomstige financiering van de zorg**. Het parallel bestaan van de KATZ-schaal voor financiering creëert, naast bijkomende administratieve last, veel onzekerheid.

//

Ik zou graag meer zicht hebben over de toekomst: hoe zal BelRAI gebruikt worden ter vervanging van de KATZ?

Ook heerst er onduidelijkheid over toekomstige plannen rond de **intersectorale implementatie van BelRAI**. Respondenten geven aan dat het gebruik van BelRAI LTCF binnen de woonzorgsector weinig zinvol en duurzaam is, zolang er geen intersectorale afstemming is. Meer duidelijkheid over de toekomstvisie rond de verdere implementatie van BelRAI komt naar voren als een belangrijke hefboom voor groter draagvlak.

//

Spijtig dat [...] BelRAI nog niet geïmplementeerd is in de meeste andere sectoren.

Onvoldoende kennis en gedragenheid binnen het bredere team

Een laatste belangrijke drempel voor draagvlak is onvoldoende **kennis en gedragenheid van BelRAI LTCF binnen het team**. Uit de bevraging komt naar voren dat de verantwoordelijkheid vaak bij een beperkt aantal medewerkers ligt die het hele proces moeten dragen.

Dit zorgt voor een grote druk en kwetsbaarheid. De kennis blijft te vaak beperkt tot trainers en indicatiestellers, terwijl het bredere team niet mee is in het BelRAI-verhaal. BelRAI LTCF blijft voor velen een abstract gegeven dat losstaat van de dagelijkse praktijk, wat het draagvlak beperkt.

//

Het BelRAI-verhaal is niet voor iedereen bekend en dus niet algemeen gedragen en verankerd in de organisatie. Het voelt eerder aan als een last, dan een tool.

Het **actief motiveren en betrekken van het volledige team** wordt gezien als cruciaal om het draagvlak op organisatieniveau te vergroten.

In het kader hiervan wordt het **belang van opleiding sterk** benadrukt. Niet alleen over het nut van BelRAI LTCF, maar ook om ervoor te zorgen dat iedereen dezelfde taal spreekt.

//

[Er is nood aan] meer algemene kennis over BelRAI voor alle personeelsleden, [zo]dat dit door nog meer medewerkers kan gedragen worden.

Opleiding wordt daarbij niet gezien als een eenmalige implementatiestrategie, maar als een blijvend aandachtspunt om het draagvlak te onderhouden en te versterken. Het 'iedereen op de kar krijgen' wordt door respondenten expliciet benoemd als een **continu proces dat blijvende inspanning vraagt**. Respondenten benadrukken onder andere het belang van **blijvende sensibilisering** en het expliciet kaderen van BelRAI als een hulpmiddel voor kwaliteitsvolle zorg.

Daarnaast wordt het belang van blijvende **(structurele en terugkerende) opleiding specifiek voor trainers en indicatiestellers** benadrukt. Door personeelsverloop, wissels binnen teams, en instroom van nieuwe medewerkers, gaat kennis over BelRAI LTCF snel verloren. In sommige voorzieningen leidt dit tot kwetsbaarheid omdat het aantal indicatiestellers beperkt is. Hierdoor blijft de expertise beperkt tot een kleine groep.

Om de opleidingsdruk voor wzc's te verminderen, zou het volgens respondenten bovendien zinvol zijn, mocht BelRAI al vervat zitten in de **basisopleiding voor studenten**.

//

Ook studenten die instromen vanuit de opleidingen zouden deze training al tijdens hun opleidingstraject moeten krijgen.



Overzicht van de belangrijkste inzichten

Draagvlak verwijst naar de mate waarin BelRAI LTCF door medewerkers en leidinggevendenden wordt ondersteund, en als zinvol en haalbaar wordt ervaren. Zonder voldoende draagvlak dreigt BelRAI LTCF te worden gezien als een administratieve verplichting, los van de inhoudelijke meerwaarde.

- Veel zorgverleners erkennen de **inhoudelijke meerwaarde van BelRAI LTCF**, zowel voor zichzelf als voor de bewoner.
 - Het instrument brengt het functioneren van bewoners breed en genuanceerd in beeld, legt blinde vlekken bloot en bevordert overleg en kritisch denken.
 - Het gedeeld referentiekader biedt een gemeenschappelijke taal die de communicatie tussen verschillende disciplines bevordert.
 - BelRAI LTCF kan houvast bieden voor een kwalitatief zorgtraject (van gegevensverzameling tot zorgplanning en opvolging).
- Toch worden er ook drempels ervaren binnen een **context van hoge werkdruk en personeelstekort**.
 - Het instrument wordt als uitgebreid, gedetailleerd en omslachtig ervaren.
 - De opbrengst wordt niet altijd als evenredig ervaren met de geleverde inspanning.
 - De BelRAI-taal wordt als complex en weinig toegankelijk ervaren, waardoor het moeilijk aansluit bij de dagelijkse realiteit.
- Personeelwissels binnen het team of een beperkt aantal indicatiestellers bemoeilijken de **continuïteit van kennis en ervaring** binnen de organisatie. Structurele en terugkerende opleiding voor trainers en indicatiestellers, en het aanbieden van BelRAI binnen de basisopleiding van studenten, kan helpen om BelRAI te verankeren.
- De **implementatie van BelRAI LTCF binnen de hele organisatie vraagt tijd**. BelRAI LTCF staat in sommige voorzieningen nog te los van de dagelijkse werking, waardoor de praktische meerwaarde nog niet (helemaal) duidelijk is.
- De implementatie en uitvoering berust vaak op een beperkte groep trekkers, terwijl het bredere team weinig betrokken is en niet mee is in het BelRAI-verhaal. Het **vergroten van basiskennis over BelRAI binnen het bredere team**, kan het draagvlak versterken.
- Op organisatieniveau draagt BelRAI LTCF al bij aan **consistentere zorgprocessen, objectiviteit en systematiek**, wat de kwaliteit van zorg ondersteunt. Toch wordt het potentieel op organisatieniveau nog niet volledig benut (bv. trends op organisatieniveau, indicatoren ...).
- Onduidelijkheid over **toekomstige financiering** en de rol naast andere instrumenten (zoals de KATZ-schaal) en **intersectorale afstemming** creëert onzekerheid. Duidelijkheid over beleid, financiering en toekomstvisie, inclusief intersectorale afstemming, vergroot de motivatie en gepercipieerde meerwaarde van BelRAI LTCF.



Tips en aanbevelingen

Microniveau

- Neem een ondersteunende en verbindende rol op door collega's te begeleiden bij vragen over BelRAI LTCF en ruimte te creëren voor uitwisseling van ervaringen en goede praktijken.
- Draag het belang en de meerwaarde van BelRAI LTCF uit naar het volledige team, zodat iedereen begrijpt waarom het instrument wordt gebruikt.
- Maak gebruik van toegankelijke en kwaliteitsvolle hulpmiddelen die het werken met BelRAI LTCF ondersteunen.
- Heb oog voor het feit dat het tijd vraagt om BelRAI volledig te integreren in de werking van de voorziening en alle collega's mee op de kar te krijgen.

Mesoniveau

- Draag als organisatie een duidelijke visie uit over BelRAI LTCF, zodat medewerkers begrijpen hoe het past binnen de organisatiedoelen.
- Zorg ervoor dat iedereen mee is in het BelRAI-verhaal. Maak BelRAI LTCF zichtbaar binnen de organisatie. Zorg dat alle medewerkers vertrouwd raken met de BelRAI-taal.
- Integreer BelRAI LTCF in de werkprocessen en overlegstructuren, zodat het gebruik ervan niet losstaat van de dagelijkse routine.
- Voorzie structureel tijd en middelen binnen de werkplanning voor BelRAI-gerelateerde taken.
- Ondersteun het gebruik van hulpmiddelen om praktisch(er) met BelRAI LTCF aan de slag te gaan.

Macroniveau

- Beleidsmatige duidelijkheid over de toekomstvisie van BelRAI LTCF kan bijdragen aan een breder draagvlak.
- Blijvend investeren in opleiding en sensibilisering kan ervoor zorgen dat kennis, vaardigheden en draagvlak op lange termijn behouden blijven.
- Het toegankelijk maken van geaggregeerde BelRAI-data op organisatieniveau kan het draagvlak binnen organisaties versterken.
- Sectoroverschrijdende implementatie en afspraken rond informatie-uitwisseling in het kader van BelRAI kunnen het draagvlak vergroten.
- De ontwikkeling van toegankelijke, praktijkgerichte hulpmiddelen kan de implementatie ondersteunen.
- Softwareontwikkelaars kunnen bijdragen aan een betere integratie van alle stappen van het BelRAI-proces (planning, observatie, codering, zorgplanning ...) in de digitale systemen.
- Het opnemen van BelRAI in basisopleidingen van zorgberoepen kan bijdragen aan een sterkere basiskennis bij instromende medewerkers.





Besluit

BelRAI LTCF heeft een vaste plaats verworven in de Vlaamse wzc's. De resultaten van de bevraging bevestigen dat het instrument de weg naar de praktijk heeft gevonden.

In veel voorzieningen reikt de verankering verder dan de administratieve naleving en is BelRAI doorgedrongen tot in alle aspecten van de organisatorische werking. Waar BelRAI LTCF goed wordt toegepast, stimuleert het samenwerking en ondersteunt het zorg op maat. Dit toont dat het fundament werd gelegd en het instrument zijn meerwaarde waarmaakt.

Tegelijk is de implementatie niet overal al even ver gevorderd. Sommige voorzieningen worstelen nog met (aspecten van) de organisatorische verankering. Het instrument staat soms nog te veel naast de dagelijkse werking in plaats van er volledig in geïntegreerd te zijn. Ook daar waar BelRAI LTCF al sterk is ingebed, spelen uitdagingen zoals tijdsdruk, personeelstekort, opleiding en organisatorische inbedding een rol.

De implementatie van BelRAI LTCF moet worden begrepen als een proces dat blijvende aandacht en bijsturing vraagt. Duurzame verankering vereist inspanningen op verschillende niveaus en een samenhangende aanpak waarin zorgverleners, voorzieningen, beleid en sectororganisaties elkaar versterken.

Dit rapport toont waar er kansen liggen. Met gerichte ondersteuning, duidelijke afspraken en blijvende aandacht kan BelRAI LTCF verder worden ingebed in de dagelijkse werking van Vlaamse wzc's. Zo kan het instrument overal zijn volle meerwaarde realiseren en bijdragen aan kwalitatieve, persoonsgerichte zorg.

