

BelRAI in de praktijk: hoe vertalen we de resultaten naar zorg op maat?

Gezondheidszorg

Bachelor in de **Verpleegkunde**

campus **Roeselare**

Guillien Vanhaelst

Interne begeleider: Dhr. Frederiek Driessens

academiejaar **2025-2026**



BelRAI in practice: how do we translate the results into customized care?

Gezondheidszorg

Bachelor in de **Verpleegkunde**

campus **Roeselare**

Guillien Vanhaelst

Interne begeleider: Dhr. Frederiek Driessens

academiejaar **2025-2026**

Abstract

Inleiding

BelRAI-inschalingen worden in Vlaamse woonzorgcentra ruim toegepast, maar de resultaten worden vaak zelfs beperkt gebruikt om concrete, evalueerbare zorgdoelen te sturen. Dit onderzoek wil verkennen hoe de resultaten van de BelRAI-screening systematisch vertaald kunnen worden naar SMART-zorgdoelstellingen en acties voor bewoners in een woonzorgcentrum.

Methode

Het onderzoek bestaat uit 5 luiken. In een eerste fase wordt een literatuurstudie uitgevoerd om de BelRAI grondiger te begrijpen. Aansluitend volgt een praktijkgericht onderzoek binnen de eigen organisatie, waarbij de bestaande BelRAI-workflow wordt geobserveerd en geanalyseerd. Deze interne analyse wordt vervolgens aangevuld met een praktijkonderzoek in twee externe zorgorganisaties waar BelRAI structureel in de zorgplanning is ingebed. De gegevens werden narratief beschreven en vervolgens via een cross-case vergelijking naast elkaar gelegd.

Resultaten

In de eigen voorziening wordt BelRAI correct en tijdig afgenomen, maar nauwelijks gekoppeld aan een vooraf afgebakende observatieperiode, gestructureerd MDO of SMART-doelen. In de twee andere voorzieningen zijn wel duidelijke doelvorming processen aanwezig, al worden doelen ook daar nog niet consequent SMART geformuleerd. Op basis van literatuur en praktijk werden vier cruciale proceselementen geïdentificeerd en een ideale workflow met vier ondersteunende instrumenten uitgewerkt.

Discussie

De studie bevestigt dat BelRAI pas kwaliteitsverhogend werkt wanneer CAP-signalen consequent worden omgezet in traceerbare doelen, acties en evaluaties. De ontwikkelde workflow, observatiebundel, aanbevelingssjabloon voor rolverdeling, MDO-voorbereidingdocument en sjabloon voor het stellen van SMART-doelen bieden de eigen voorziening concrete handvaten om van loutere inschaling te evolueren naar doelgerichte, persoonsgerichte en multidisciplinaire zorgplanning. Verdere implementatie- en effectevaluatie is aangewezen.

Trefwoorden:

BelRAI, interRAI, zorgplanning, SMART-doelen, woonzorgcentrum, multidisciplinair overleg, bewonersparticipatie, kwaliteitszorg.

Woord vooraf

Deze bachelorproef kwam tot stand binnen het kader van de brugopleiding Bachelor in de Verpleegkunde aan VIVES, campus Roeselare. Bij de start van deze bachelorproef beschikte ik reeds over ervaring in de ouderenzorg, maar maakte ik gelijktijdig de overstap van de thuiszorg naar een woonzorgcentrum. In die overgangsfase kwam ik voor het eerst intensiever in contact met BelRAI. Hoewel BelRAI voor mij aanvankelijk een relatief onbekend begrip was, werd al snel duidelijk dat het een belangrijk en richtinggevend instrument is binnen de ouderenzorg. Het potentieel van BelRAI om zorg op een meer onderbouwde, doelgerichte en multidisciplinaire manier te organiseren, wekte mijn interesse en motiveerde mij om mij hier verder in te verdiepen.

In de voorziening waar ik op dat moment startte, leefde bovendien een duidelijke motivatie om gericht met BelRAI te werken en de resultaten ervan beter te vertalen naar de dagelijkse zorgpraktijk. Deze gedeelde motivatie, zowel vanuit de organisatie als vanuit mijn persoonlijke interesse, vormde een belangrijke drijfveer om dit onderwerp te kiezen en actief bij te dragen aan de verdere uitwerking en optimalisatie van de BelRAI-werking binnen de woonzorgcontext.

Graag wil ik enkele personen uitdrukkelijk bedanken voor hun bijdrage aan het tot stand komen van deze bachelorproef. In de eerste plaats wil ik Frederik Driessens, coördinator van de brugopleiding Bachelor in de Verpleegkunde aan VIVES, campus Roeselare en interne begeleider, bedanken voor de gestructureerde feedback en het kritisch meedenken tijdens het onderzoeksproces. Zijn begeleiding droeg bij aan het aanscherpen van zowel de inhoud als de academische onderbouwing van deze bachelorproef.

Daarnaast wens ik mevrouw E.V., zorgmanager en externe begeleider, te bedanken voor het vertrouwen, de ruimte en de vrijheid die mij werden geboden om dit onderzoek uit te werken binnen de eigen voorziening. Haar bereidheid om tijd te maken voor overleg, ondersteuning en feedback was van grote meerwaarde voor de praktische uitwerking van deze bachelorproef.

Verder wil ik mevrouw S.V. en C.M., BelRAI-indicatiestellers, bedanken voor hun betrokkenheid tijdens het onderzoek en voor de tijd die zij vrijmaakten om mee te gaan op praktijkbezoek. Hun praktijkkennis en bereidheid om inzichten te delen vormden een waardevolle bijdrage aan dit onderzoek.

Ook wens ik de beide zorgorganisaties te bedanken waar het praktijkbezoek mocht doorgaan. Ik waardeer de gastvrijheid, de openheid en de bereidheid om mee te werken aan dit onderzoek. De mogelijkheid om praktijkgericht te observeren en in dialoog te gaan met medewerkers vormde een essentiële meerwaarde voor het uitwerken van deze bachelorproef.

Tot slot wil ik mijn ouders, grootouders en mijn partner bedanken voor hun voortdurende steun, begrip en de vele motiverende gesprekken tijdens dit traject. Hun betrokkenheid en aanmoediging vormden een belangrijke steun bij het combineren van werk, studie en het schrijven van deze bachelorproef.

Lijst met afkortingen

ADL – Activiteiten van het Dagelijks Leven

BAM principe – Betekenisvolle Activiteiten Methode

BelRAI – Belgian Resident Assessment Instrument

CAP – Clinical Assessment Protocol

EPD – Elektronisch Patiëntendossier

interRAI – International Resident Assessment Instrument

KATZ – Katz-schaal voor zorgafhankelijkheid

KcD – Kwaliteitscentrum Diagnostiek

LTCF – Long-Term Care Facilities

MDO – Multidisciplinair Overleg

OCMW – Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn

SMART – Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdsgebonden

VZW – Vereniging Zonder Winstoogmerk

Inhoudsopgave

Abstract	2
Inleiding:	3
Methode:	3
Resultaten:	3
Discussie:	3
Trefwoorden:	3
Woord vooraf	4
Lijst met afkortingen.....	5
Inhoudsopgave	6
1 Inleiding	1
2 Methode	4
3 Resultaten.....	8
4 Discussie	22
5 Bibliografie.....	22
6 Bijlagen	I

1 Inleiding

Wereldwijd zijn in de hedendaagse zorgpraktijk meerdere zorgverleners uit verschillende disciplines betrokken bij het traject van één zorgontvanger. Die multidisciplinaire samenwerking verhoogt enerzijds de kwaliteit van zorg, maar leidt anderzijds tot versnippering van informatie.

Zorgontvangers moeten hun verhaal herhaaldelijk vertellen en relevante gegevens raken verspreid over verschillende dossiers en disciplines (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, 2023). Om die fragmentatie te beperken en beter aan te sluiten bij doelgerichte en persoonsgerichte zorg, besliste de Vlaamse overheid in 2019 om in alle sectoren van gezondheid en welzijn stapsgewijs gebruik te maken van de BelRAI-instrumenten (Kwaliteitscentrum Diagnostiek, 2025).

BelRAI is de Vlaamse vertaling van de internationale interRAI-instrumenten. Het gaat niet om één vragenlijst, maar om een reeks gestandaardiseerde en wetenschappelijk onderbouwde beoordelingsinstrumenten die ontwikkeld zijn voor verschillende zorgcontexten, zoals thuiszorg, woonzorgcentra en ziekenhuizen. Elk instrument bestaat uit een uitgebreide set items die betrekking hebben op het functioneren van de persoon op meerdere domeinen: lichamelijke zorgbehoefte, cognitie, stemming en gedrag, pijn, mobiliteit, sociale participatie, risico op ondervoeding, continentie, medicatiegebruik enzovoort (Kwaliteitscentrum Diagnostiek, 2025). Op basis van de antwoorden worden automatische schaalwaarden berekend. Bijvoorbeeld voor ADL-afhankelijkheid, cognitieve status of depressieve symptomen.

Naast de resultaten van deze schalen genereert BelRAI, Clinical Assessment Protocols (CAPS). Dit zijn beslissingsondersteunende algoritmen die op basis van combinatiepatronen in de antwoorden aangeven in welke domeinen er een verhoogd risico, een bestaand probleem of een kans op verbetering aanwezig is. Een opgelichte CAP wijst dus niet automatisch op een diagnose, maar signaleert dat een bepaald thema verdere analyse of actie vraagt. Anderzijds betekent een niet opgelichte CAP niet per se dat er niet rond dat thema gewerkt kan worden. CAPS zijn bedoeld als startpunt voor een klinische reflectie. Tijdens het interpreteren van een CAP moet onder andere rekening gehouden worden met volgende bedenkingen: moeten we hier een doel rond formuleren, is bijkomende informatie nodig, wat vertelt het bewonersperspectief ons? (BelRAIWiki: CAPS, z.d.).

Binnen de Vlaamse ouderenzorg wordt voornamelijk gebruikgemaakt van het BelRAI-LTCF-instrument (Long-Term Care Facilities). Dit instrument is specifiek ontwikkeld voor bewoners van woonzorgcentra en residentiële voorzieningen. De beoordeling gebeurt volgens wettelijke richtlijnen op vaste momenten. Binnen de 8 weken na opname en nadien minstens één keer per jaar. Richtlijnen raden daarnaast bijkomende inschalingen aan bij een belangrijke wijziging in de gezondheidstoestand van de betrokkene. Elke inschaling levert een gestructureerde output van zorgschalen en CAPS waarmee een persoonlijk zorgplan kan worden opgebouwd en opgevolgd. Verder krijgen enkel personen die deelgenomen hebben aan een erkende BelRAI opleiding toegang tot het platform om inschalingen uit te voeren. Opleidingen georganiseerd omtrent BelRAI gaan uit van het train-the-trainer principe. (Departement Zorg, z.d.-a; Departement Zorg, z.d.-b).

In theorie biedt BelRAI drie grote kansen. Ten eerste maakt het mogelijk om het functioneren van bewoners op een gestandaardiseerde manier in kaart te brengen, zodat disciplines op dezelfde taal kunnen terugvallen. Recente Vlaamse studies tonen aan dat BelRAI hiervoor betrouwbare en consistente gegevens oplevert. Verschillende, goed opgeleide, zorgverleners komen bij dezelfde persoon doorgaans tot vergelijkbare inschattingen, waardoor informatie vlot gedeeld en besproken kan worden binnen het team (Van Doren et al., 2021; Van Doren et al., 2022). Ten tweede ondersteunt BelRAI het opstellen van een individueel zorgplan. CAPS tonen waar verbetering mogelijk is of waar preventieve acties nodig zijn. Internationale ervaringen tonen dat BelRAI-gegevens pas zinvol worden wanneer teams ze actief bespreken en gebruiken om hun zorg bij te sturen. In dat geval kunnen ze bijdragen aan betere zorgkwaliteit (Hirdes et al., 2020). Ten derde creëert BelRAI een gemeenschappelijk informatieplatform waarmee zorgverleners gegevens kunnen delen en evoluties kunnen opvolgen (Kwaliteitscentrum Diagnostiek, 2025). BelRAI verbindt gestandaardiseerde observaties en zorgplanning met opvolging in de tijd, doordat alle zorgverleners werken met dezelfde centrale informatie. Dat is nodig om kwaliteit van zorg zichtbaar te maken en bij te sturen (Osińska et al., 2022; Caughey et al., 2025;)

In de praktijk blijkt die vertaalslag echter onvolledig. Het Kwaliteitscentrum Diagnostiek (2025) rapporteert dat ongeveer 90% van de bewoners in Vlaamse woonzorgcentra beschikt over een actuele BelRAI-inschaling, maar verschillende auteurs geven aan dat de resultaten van deze beoordelingen slechts beperkt worden gebruikt om zorgplannen aan te sturen. Defoor en Hauspie (2025) beschrijven dat multidisciplinaire overleggen in zorgvoorzieningen nog grotendeels plaatsvinden zoals vóór de invoering van BelRAI. De bespreking vertrekt vanuit losse signalen, terwijl CAP-uitkomsten nauwelijks systematisch aan bod komen. De Ruyck (2023) stelt vast dat BelRAI-inschalingen wel uitgevoerd worden, maar dat de verkregen informatie weinig terug te vinden is in de formulering van zorgdoelen.

Ook internationaal onderzoek rond interRAI-instrumenten wijst op een gelijkaardig spanningsveld. De toepassing van interRAI in zorgplanning varieert sterk, en de stap van registratie naar concrete, doelgerichte acties blijkt vaak onvoldoende gestandaardiseerd (Iduye et al., 2021). Dellefield en Corazzini (2015) benadrukken dat dergelijke inschalingssystemen pas kwaliteitsverhogend zijn wanneer vastgestelde problemen effectief worden omgezet in specifieke, evalueerbare doelstellingen. Een werkwijze die aansluit bij de SMART-methodiek (specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdsgebonden). Met andere woorden: zonder een duidelijk proces dat leidt van CAP-signalen naar SMART-zorgdoelen blijven BelRAI-beoordelingen vooral registraties, zonder directe impact op de dagelijkse zorg.

Die spanning is ook zichtbaar binnen de eigen voorziening. Het BelRAI-LTCF-instrument wordt er toegepast volgens de wettelijke bepalingen, maar de resultaten worden nog niet systematisch geïntegreerd in de individuele zorgplannen. De inschalingen leveren wel schaalwaarden en CAPS op, maar deze output wordt niet structureel gebruikt als basis voor multidisciplinaire doelvorming of opvolging. Hierdoor blijft het potentieel van BelRAI, om persoons- en doelgerichte zorg te ondersteunen, grotendeels onbenut. De organisatie wil evolueren naar een geïntegreerde werkwijze waarin BelRAI niet alleen een beoordelingsinstrument is, maar ook een basis voor zorgplanning die aansluit bij de principes van doelgerichte zorg en bij het beleid van het Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid.

Tegen deze achtergrond heeft dit onderzoek als doel te verkennen hoe de resultaten van de BelRAI-inschalingen systematisch kunnen worden omgezet in SMART-zorgdoelstellingen en acties voor bewoners in een woonzorgcentrum. Concreet wil het werk zichtbaar maken welke processtappen vandaag ontbreken of onvoldoende ontwikkeld zijn in de eigen BelRAI-workflow, leren uit praktijken van andere voorzieningen waar BelRAI reeds gebruikt wordt als basis voor zorgplanning en op basis van literatuur en praktijkbevindingen een praktisch bruikbare workflow uitwerken die binnen de eigen voorziening implementeerbaar waarbij CAP-resultaten effectief uitmonden in SMART-zorgdoelen en evaluatie.

Deze doelstelling is relevant voor alle medewerkers binnen de eigen organisatie, omdat een duidelijke BelRAI-workflow hen moet helpen om observaties, CAP-signalen en bewonerswensen te vertalen naar concrete zorgdoelen in het elektronisch dossier. Voor de organisatie kan een dergelijke werkwijze bijdragen aan meer transparante, traceerbare en persoonsgerichte zorgplanning, in lijn met de Vlaamse verwachtingen rond BelRAI-gebruik. Indirect komt dit ook bewoners en hun naasten ten goede, doordat zorgdoelstellingen explicieter, opvolgbaar en beter afgestemd worden op wat voor hen betekenisvol is.

De centrale onderzoeksvraag luidt daarom:

“Hoe kunnen de resultaten van de BelRAI-inschaling systematisch vertaald worden naar SMART-zorgdoelstellingen en acties voor bewoners in een woonzorgcentrum?”

2 Methode

Het onderzoek vertrekt vanuit de nood aan een gestructureerde werkwijze om de resultaten van de BelRAI om te zetten naar SMART-zorgdoelstellingen binnen de eigen zorgorganisatie. Het doel is een onderbouwde en praktisch bruikbare methode te ontwikkelen die de vertaalslag tussen inschaling en zorgplanning versterkt.

Het onderzoek bestaat uit 5 luiken. In een eerste fase wordt een literatuurstudie uitgevoerd om de BelRAI grondiger te begrijpen. Aansluitend volgt een praktijkgericht onderzoek binnen de eigen organisatie, waarbij de bestaande BelRAI-workflow wordt geobserveerd en geanalyseerd. Deze interne analyse wordt vervolgens aangevuld met een praktijkonderzoek in twee externe zorgorganisaties, met als doel de eigen werking te spiegelen aan andere voorzieningen waar BelRAI op een meer mature wijze wordt ingezet in de zorgplanning.

De inzichten uit zowel de literatuurstudie als het praktijkonderzoek vormen samen de basis voor het uitwerken van een werkstroomvoorstel, aangevuld met ondersteunende werkinstrumenten die de vertaalslag van BelRAI-resultaten naar (SMART-)zorgdoelstellingen moeten faciliteren. Tot slot wordt een verkennend oefenmoment georganiseerd waarin CAP-uitkomsten in team worden besproken, met als doel de bruikbaarheid van deze werkwijze te exploreren en de mogelijke meerwaarde voor toekomstig multidisciplinair overleg te onderzoeken.

2.1 Literatuurstudie

De literatuurstudie heeft als doel in kaart te brengen welke kennis er beschikbaar is over het gebruik van BelRAI- en interRAI-instrumenten in de zorgplanning en over het formuleren van (SMART-) zorgdoelen. Er wordt systematisch gezocht in LIMO, Google Scholar, Open evidence en PubMed met combinaties van zoektermen zoals “BelRAI”, “interRAI”, “care planning”, “zorgplanning”, “clinical assessment protocols”, “CAPs”, “long-term care”, “nursing home” en “SMART goals”. De zoekperiode wordt in eerste instantie beperkt tot publicaties vanaf 2020. Oudere bronnen worden enkel opgenomen wanneer zij conceptueel relevant zijn. Nederlandstalige en Engelstalige publicaties worden geïnccludeerd. Artikels die enkel focussen op technische of financieringsaspecten van BelRAI, zonder link met zorgplanning of doelstellingen, worden geëxcludeerd.

De selectie zal in twee stappen verlopen. Eerst worden titel en samenvatting gescreend op relevantie ten aanzien van de onderzoeksvraag. Daarna worden de overblijvende artikels volledig gelezen, waarbij enkel bronnen behouden worden die informatie bevatten over het gebruik van CAPS, de vertaling naar zorgplannen, multidisciplinair overleg of doelvorming.

Naast wetenschappelijke artikels zullen ook beleidsdocumenten van het Vlaams Agentschap Zorg & Gezondheid, het Kwaliteitscentrum Diagnostiek en de officiële BelRAI-documentatie geraadpleegd worden. De cursusmaterialen van de opleiding BelRAI-trainer en het boek, Doelgestuurd behandelen in de cognitieve gedragstherapie, geschreven door Colin van der Heiden & Kees Korrelboom (2024), worden gebruikt als praktijkgerichte referenties. Bachelorproeven en andere relevante literatuur over BelRAI in Vlaamse woonzorgcentra worden toegevoegd wanneer zij concrete beschrijvingen bevatten van knelpunten of werkbare praktijken rond doelvorming.

2.2 Praktijkonderzoek in de eigen organisatie

Het praktijkonderzoek vindt enerzijds plaats binnen de eigen voorziening. Hierbij ligt de focus op de BelRAI-workflow. De doelgroep van het onderzoek zijn de zorgverleners die betrokken zijn bij BelRAI-inschalingen en vertalen van de resultaten naar de zorgplanning (indicatiestellers, hoofdverpleegkundigen, verpleegkundigen, ergotherapeuten, kinesitherapeuten). Het praktijkonderzoek bestaat uit vier onderdelen: het volgen van één volledige BelRAI-LTCF-inschaling, een documentanalyse, een interne intervisie en een sterkte-zwakte analyse.

Eén volledige BelRAI-LTCF-inschaling wordt niet-participerend geobserveerd. De observatie vindt plaats op 23 september 2025 omstreeks 14 uur en betreft één bewoner waarvoor een inschaling wordt uitgevoerd conform de geldende richtlijnen. De inschaling wordt uitgevoerd door één erkende indicatiesteller, die gedurende het volledige inschalingsproces wordt gevolgd. De observatie omvat het volledige traject van gegevensverzameling en het invullen van de BelRAI, met een totale duur van ongeveer twee uur. Tijdens deze observatie wordt nagegaan hoe informatie verzameld wordt, welke bronnen geraadpleegd worden, hoe CAP-signalen worden bekeken en in welke mate er al een koppeling gebeurt naar zorgplanning. Aansluitend vindt een nabespreking met de indicatiesteller plaats om de gebruikte methode(s) en onduidelijkheden in het proces te bespreken.

Daarnaast worden bestaande interne documenten geanalyseerd, zoals procedures, sjablonen, opleidingsmateriaal en relevante gegevens uit het elektronisch bewonersdossier. Deze documentanalyse moet duidelijk maken welke stappen formeel voorzien zijn tussen inschaling, zorgplanning en opvolging.

Tot slot wordt een interne intervisie georganiseerd met medewerkers die betrokken zijn bij het BelRAI-proces. Aan deze intervisie nemen alle indicatiestellers en een interne BelRAI-trainer deel. Het overleg wordt geleid door de interne BelRAI-trainer en vindt plaats tijdens een gepland overlegmoment. De duur van de intervisie bedraagt ongeveer één uur.

Tijdens deze intervisie wordt bevraagd hoe medewerkers de huidige BelRAI-workflow ervaren, in welke mate CAP-informatie wordt gebruikt binnen multidisciplinair overleg en zorgplannen, en welke knelpunten of verwachtingen bestaan met betrekking tot de vertaling van BelRAI-resultaten naar zorgdoelen. De onderzoeker neemt niet actief deel aan deze intervisie, maar maakt gebruik van het achteraf opgestelde samenvattende verslag als gegevensbron voor het onderzoek. Het gesprek wordt niet woordelijk getranscribeerd.

De sterkte- en zwakteanalyse wordt uitgevoerd door de onderzoeker op basis van semigestructureerde interviews, een niet-participerende observatie van een BelRAI-inschaling en de inzichten die tijdens intervisie werden verzameld en het gebruikte draaiboek (bijlage 6.3: draaiboek eigen voorziening).

2.3 Praktijkonderzoek in externe organisaties

Ter vergelijking worden twee andere zorgorganisaties, behorend tot hetzelfde woonzorgnetwerk, bezocht waar BelRAI reeds op een mature wijze gebruikt wordt als basis voor zorgplanning. Er wordt bewust gekozen voor zorgorganisaties met een VZW-ondernemingsvorm die qua schaal en visie vergelijkbaar zijn met de eigen voorziening. Dit zorgt ervoor dat de werkwijze niet wordt beïnvloed

door de randvoorwaarden van een commercieel beleid of OCMW-bestuur, maar aansluit bij een gelijkaardig beleids- en kwaliteitskader. De potentiële zorgorganisaties worden vooraf per e-mail benaderd met uitleg over het doel en de opzet van het onderzoek en met het verzoek om mee te werken aan een praktijkbezoek.

De praktijkbezoeken vinden plaats in het najaar van 2025 en worden vooraf ingepland in overleg met de betrokken voorzieningen. Elk bezoek heeft een duur van ongeveer één tot anderhalf uur. Bij elk praktijkbezoek is daarnaast telkens één indicatiesteller uit de eigen voorziening aanwezig. Het betreft bij elk bezoek een andere indicatiesteller, zodat meerdere interne perspectieven worden meegenomen in de observatie en bevraging.

Tijdens deze bezoeken worden semigestructureerde gesprekken gevoerd met de voorzieningseigen referentiepersoon voor BelRAI. Er wordt gewerkt met een vooraf opgesteld draaiboek (bijlage 6.4: draaiboek participerende voorziening A en bijlage 6.5: draaiboek participerende voorziening B), waarin vragen opgenomen zijn over triggers voor inschaling, observatieperiode, multidisciplinaire inschaling, gebruik van CAPS, organisatie van MDO's, registratie van doelen en acties, opvolging en opleiding.

Waar mogelijk worden interne procesdocumenten, observatiebundels, sjablonen voor MDO-voorbereiding en fragmenten uit het elektronisch zorgdossier ingezien worden. De onderzoeker maakt van elk bezoek een gestructureerd verslag, waarin de antwoorden op het draaiboek beschreven worden.

De gegevens uit de eigen voorziening in combinatie met de gegevens uit de twee praktijkbezoeken, worden eerst per voorziening samengebracht in een narratieve beschrijving van de BelRAI-workflow. Vervolgens zal een cross-case vergelijking worden gemaakt. De beschrijvingen worden daarvoor naast elkaar gelegd in een matrix met kernitems zoals observatieperiode, betrokken disciplines, wijze van CAP-analyse, rol en inhoud van MDO, formulering van doelen, registratie in het elektronisch bewonersdossier, opvolging en opleiding. Op basis van overeenkomsten en verschillen worden processtappen geïdentificeerd die essentieel lijken om BelRAI-resultaten te kunnen vertalen naar zorgdoelstellingen.

2.4 Ontwerpen werkstroomvoorstel en ondersteunende documenten

De inzichten uit de literatuurstudie worden in een volgende fase naast deze praktijkbevindingen gelegd. De bedoeling is om na te gaan in welke mate de gevonden werkpraktijken overeenkomen met, of afwijken van wat in richtlijnen en studies wordt beschreven. Op basis van deze gecombineerde inzichten wordt een werkstroomvoorstel uitgewerkt dat beschrijft hoe BelRAI-resultaten binnen de eigen voorziening systematisch kunnen worden vertaald naar zorgdoelstellingen.

Het ontwerp van dit werkstroomvoorstel gebeurt door de onderzoeker en is gebaseerd op de verzamelde onderzoeksgegevens. Er wordt geen bijkomend multidisciplinair overleg georganiseerd. De voorgestelde workflow wordt daarom uitgewerkt als een aanbevelend en richtinggevend voorstel, en niet als een reeds afgestemde of geïmplementeerde werkwijze.

Het is de bedoeling dat de zorgorganisatie deze voorstellen gebruikt als uitgangspunt voor verdere bespreking, verfijning en eventuele implementatie, rekening houdend met de eigen werking en beschikbare randvoorwaarden.

2.5 Try-outbespreking CAP-uitkomsten

In een daaropvolgende teamvergadering wordt een oefenmoment georganiseerd waarbij enkele recente CAP-uitkomsten gezamenlijk besproken worden. Dit oefenmoment vindt plaats tijdens een geplande teamvergadering op 25 november 2025 en heeft een duur van ongeveer twee uur. Aan de vergadering nemen in totaal vijftien medewerkers deel, bestaande uit verpleegkundigen en zorgkundigen van de betrokken afdeling. Inschalingen die ouder zijn dan 6 maanden worden geëxcludeerd, aangezien deze vermoedelijk niet langer een actueel beeld geven van de huidige situatie van de betrokkene. De medewerkers worden opgesplitst in vier groepen van telkens drie tot vier personen, samengesteld uit zowel verpleeg- als zorgkundigen. Per groep worden één of meerdere bewoners besproken. De deelnemers kijken na welke CAP-signalen zij herkennen in de dagelijkse zorg, welke observaties deze uitkomsten kunnen verklaren en waar nog bijkomende informatie ontbreekt.

Er worden tijdens deze oefening bewust geen formele doelen vastgelegd en er wordt niets geregistreerd in het elektronisch dossier. Het oefenmoment wordt georganiseerd om na te gaan wat de meerwaarde is van het in team bespreken van CAP-signalen, en om te verkennen of de teamvergadering in de toekomst kan dienen als moment om BelRAI-gestuurde (SMART-)doelstellingen opnieuw te bekijken wanneer het team vastloopt. Tegelijk wordt verkend hoe medewerkers het werken met CAPS ervaren met het oog op hun latere betrokkenheid bij inschalingen en MDO's.

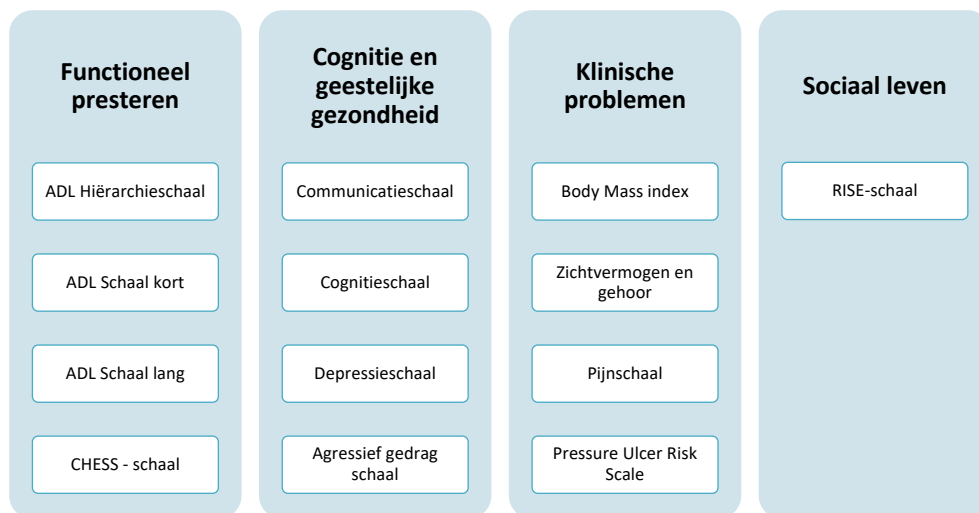
Tijdens het volledige onderzoek worden geen persoonsgegevens van bewoners verzameld. Observaties en documentanalyses hebben uitsluitend betrekking op werkprocessen en geanonimiseerde voorbeelden. Medewerkers die deelnemen aan gesprekken of interviews worden vooraf mondeling geïnformeerd over het doel en gebruik van de gegevens. Deelname aan het onderzoek is vrijblijvend. De directie en de externe voorzieningen geven vooraf mondelinge of schriftelijke toestemming voor observaties en documenteninzage. Aangezien er geen interventies bij bewoners plaatsvinden en er enkel procesinformatie wordt verzameld, is geen formele goedkeuring van een Medisch Ethisch Comité vereist.

3 Resultaten

3.1 Literatuurstudie

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de literatuurstudie en het praktijkonderzoek weergegeven. Eerst worden kerninzichten uit de literatuur over het BelRAI-proces, CAPs en randvoorwaarden voor implementatie samengevat. Vervolgens wordt de huidige werkwijze in de eigen organisatie beschreven op basis van observaties, gesprekken en interne documenten. Daarna worden de workflows van twee externe zorgorganisaties weergegeven, gevolgd door een cross-case vergelijking weergegeven in tabel 1. Tot slot worden de ontwikkelde ondersteunende instrumenten en de bevindingen uit de try-outbespreking van CAP-uitkomsten weergegeven.

De geraadpleegde literatuur omschrijft BelRAI LTCF als een wetenschappelijk gevalideerd beoordelingsinstrument dat bestaat uit verschillende zorgschalen zoals geïllustreerd in figuur 1.



Figuur 1 BelRAI zorgschalen.

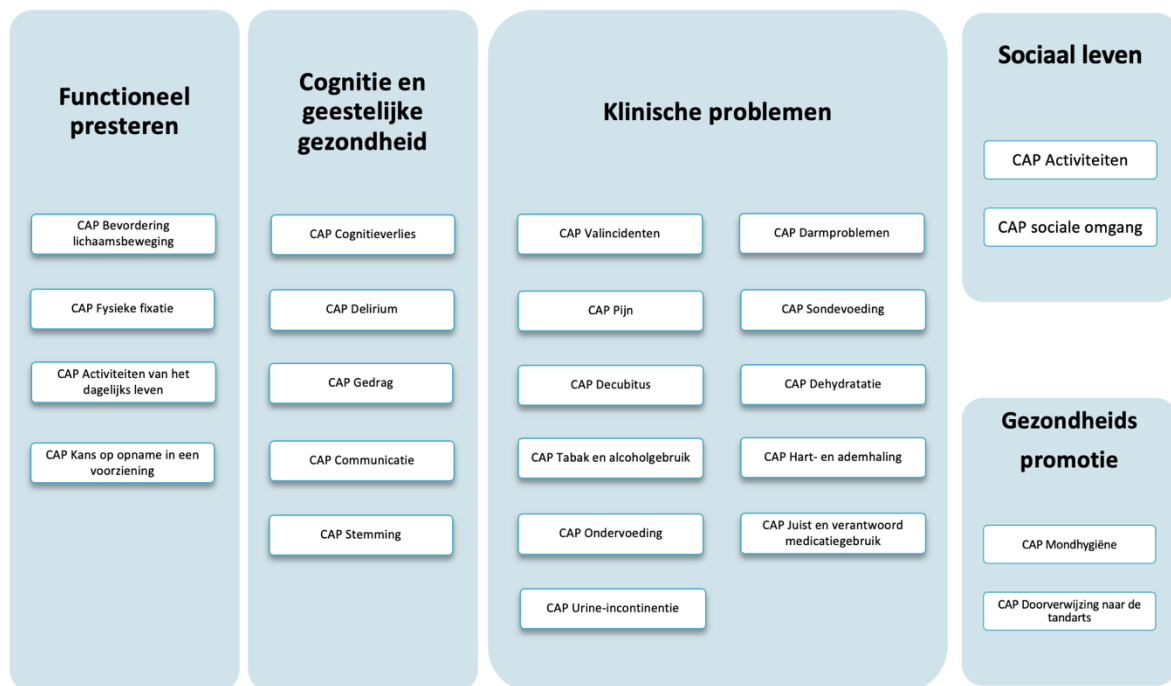
Noot: Aangepast overgenomen van BelRAI LTCF – Overzicht Zorgschalen (Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek, 2025). Schriftelijke toestemming voor gebruik werd verkregen van het Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek (KCD).

De geraadpleegde literatuur beschrijft BelRAI-LTCF als een wetenschappelijk gevalideerd beoordelingsinstrument dat resulteert in zorgschalen en Clinical Assessment Protocols (CAP's) (Kwaliteitscentrum Diagnostiek, 2025). Zorgschalen geven een gestructureerd beeld van het functioneren van bewoners op meerdere domeinen, waaronder ADL-afhankelijkheid, cognitie, stemming en gedrag, pijn en mobiliteit.

CAP's worden omschreven als beslissingsondersteunende protocollen die op basis van antwoordpatronen in de inschaling "triggers" genereren voor potentiële probleem- of verbeterdomeinen (InterRAI, 2025). Een opgelichte CAP wordt daarbij niet gelijkgesteld aan een diagnose, maar fungeert als signaal dat verdere klinische interpretatie, aanvullende informatie of actie kan vereisen (BelRAIWiki, z.d.). Een niet-opgelichte CAP sluit verdere aandacht voor een bepaald domein niet uit.

In verschillende bronnen wordt benadrukt dat CAP's bedoeld zijn als startpunt voor klinische reflectie, waarbij observaties, contextinformatie en het perspectief van de bewoner essentieel

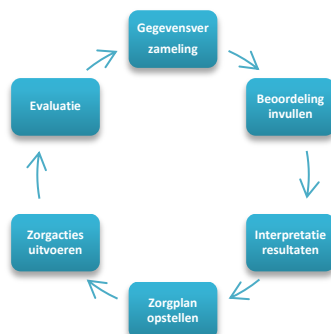
blijven om te bepalen of en hoe acties worden ondernomen (Kwaliteitscentrum Diagnostiek, z.d.). InterRAI hanteert daarom steeds vaker de term *Collaborative Action Plan* om te benadrukken dat de persoon zelf deel uitmaakt van het proces van doelbepaling en opvolging (InterRAI, 2025).



Figuur 2 BelRAI CAPS.

Noot: Aangepast overgenomen van BelRAI LTCF – Overzicht CAPS (Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek, 2025). Schriftelijke toestemming voor gebruik werd verkregen van het Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek (KCD).

Volgens het Kwaliteitscentrum Diagnostiek (KCD) is de BelRAI een cyclisch proces met vijf kernstappen: gerichte gegevensverzameling, het invullen van de beoordeling, interpretatie van de resultaten, het opstellen en uitvoeren van het zorgplan, zorgacties uitvoeren en een systematische evaluatie weergegeven in figuur 3. Na iedere evaluatie ontstaan nieuwe gegevens en aandachtspunten. Deze kunnen opnieuw worden meegenomen naar een volgende herinschaling.



Figuur 3 BelRAI Cyclus.

Noot: Aangepast overgenomen van BelRAI (Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek, 2025). Schriftelijke toestemming voor gebruik werd verkregen van het Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek (KCD).

BelRAI-coördinator Vlaanderen, Karen Jutten, benadrukt dat het aantal afgenomen inschalingen weinig zegt over de zorgkwaliteit. Pas wanneer de inschalingsresultaten besproken worden in multidisciplinair overleg, CAPS worden omgezet in acties in het zorgplan en de uitvoering geëvalueerd, kan BelRAI echt kwaliteitsverbetering ondersteunen (*BelRAI LTCF: Wat Na De Zachte Opstart?* / Kwaliteitscentrum Diagnostiek, n.d.).

Meerdere bronnen verwijzen naar het belang van multidisciplinaire samenwerking bij het uitvoeren van het BelRAI-proces, en de nood aan een gestructureerde koppeling tussen inschalingsresultaten en zorgplanning. Het KcD bevestigt in officiële communicatie deze visie. In de ontvangen e-mail wordt beschreven dat een zorgplan op basis van BelRAI idealiter steunt op drie informatiebronnen: de wensen en noden van de betrokkene, de resultaten van de beoordeling (zorgschalen en CAPS) en bijkomende relevante informatie zoals gegevens uit het zorgdossier, observaties van het team en inbreng van de familie. Volgens het KcD kunnen twee identieke BelRAI-inschalingen toch uitmonden in verschillende zorgplannen. Dit is het gevolg van een persoonsgebonden context en hulpvragen (L. Verdonck, persoonlijke communicatie, 13 november 2025).

Colin van der Heiden & Kees Korrelboom (2024) beschrijven in hun boek, *Doelgestuurd behandelen in de cognitieve gedragstherapie*, dat doelgerichte zorg vraagt om expliciete zorgdoelstellingen. Zij benadrukken de noodzaak aan gekoppelde acties, termijnen en verantwoordelijkheden. Echter wordt aangegeven dat opvolging, registratie en rapportering nodig zijn om evolutie zichtbaar te maken. Evaluatie is enkel mogelijk wanneer duidelijk is welke uitkomst wordt nagestreefd en op welk moment wordt nagekeken of deze werd bereikt. Zichtbaarheid in het zorgdossier en structurele evaluatiemomenten zijn eveneens voorwaarden om doelrealisatie te kunnen beoordelen.

Internationale literatuur beschrijft dat traditionele zorgplannen vaak beperkt rekening houden met de voorkeuren en behoeften van bewoners. Daarnaast wordt gerapporteerd dat interRAI-gedreven zorgplannen niet automatisch geassocieerd zijn met betere uitkomsten wanneer zij niet adequaat worden geïmplementeerd. Iduye et al. (2021) rapporteerden geen sterk bewijs dat interRAI-gebaseerde zorgplannen op zichzelf consistente gezondheidswinst opleveren. In dezelfde review wordt aangegeven dat zorgplannen in woonzorgcentra dikwijls beperkt geïntegreerd zijn in de dagelijkse zorgpraktijk. De auteurs beschrijven dat het benutten van inschalingsgegevens samenhangt met de mate waarin deze worden vertaald naar concrete en opvolgbare doelen, acties en evaluaties, waarbij betrokkenheid van het zorgteam en de bewoner als relevante factor wordt vermeld.

In de literatuur worden meerdere randvoorwaarden beschreven voor de implementatie van een werkwijze rond BelRAI, waaronder voldoende geschoold personeel en eigenaarschap, tijd en structurele planning, integratie van IT-infrastructuur en multidisciplinaire samenwerking.

Voldoende geschoold personeel en eigenaarschap: Adequate staffing en training worden in internationale implementatiestudies frequent benoemd als kritieke factoren. In de implementatiecase van zeven landen (België, Ierland, Finland, e.a.) geven gebruikers aan dat continue opleiding nodig is, niet alleen voor indicatiestellers maar voor alle teamleden die met de BelRAI-resultaten werken. De auteurs rapporteren dat wanneer de kwaliteit van de training onvoldoende is, de betrouwbaarheid van data en zorgplannen onder druk kan komen te staan (De Almeida Mello et al., 2023). Daarnaast wordt in dezelfde studies beschreven dat interne trekkers of coördinatoren worden ingezet om de implementatie op te volgen. In Vlaamse pilootprojecten wordt

gerapporteerd dat BelRAI-trainers werden opgeleid en dat een kerngroep van gemotiveerde medewerkers werd gevormd om kennis intern te verspreiden (Zorg en Gezondheid, 2021).

De literatuur beschrijft dat het creëren van een cultuur waarin zorgverleners het nut van BelRAI herkennen op de eigen werkvloer een belangrijke randvoorwaarde vormt voor implementatie. Als terugkerend obstakel wordt vermeld dat zorgprofessionals standaardisering wantrouwen of ervaren als een “extra administratieve last”. In verschillende landen wordt gerapporteerd dat er vrees bestaat voor verlies van klinische autonomie bij het werken met vaste assessmentprotocollen. Internationale implementatiestudies beschrijven dat deze weerstand samenhangt met de mate waarin zorgverleners ervaren dat de instrumenten ondersteuning bieden bij klinische besluitvorming en kwaliteitsopvolging, bijvoorbeeld door zichtbare verbeteringen of concrete toepassingen in de praktijk (De Almeida Mello et al., 2023).

Verder tonen studies aan dat wanneer zorgverleners een systeem als bruikbaar ervaren, passend binnen hun workflow en relevant voor de patiëntenzorg, hun bereidheid tot gebruik toeneemt (De Almeida Mello et al., 2023). In dit kader wordt in de literatuur verwezen naar het betrekken van teams bij het ontwikkelen van nieuwe werkwijzen, zoals het gezamenlijk vormgeven van MDO-structuren, als een beschreven aanpak om draagvlak te vergroten.

Tijd en structurele inplanning: Meerdere bronnen beschrijven het vrijmaken van tijd en het voorzien van structurele inplanning als terugkerende randvoorwaarden voor alle stappen van het BelRAI-proces. Vlaamse pilootprojecten rapporteren dat voldoende tijd nodig is voor opleiding van medewerkers, interpretatie van de inschalingen en het bijsturen van zorgprocessen in functie van BelRAI (BelRAI LTCF: Wat na de zachte opstart? | Kwaliteitscentrum Diagnostiek, n.d.). Daarnaast wordt beschreven dat sommige voorzieningen de frequentie van multidisciplinair overleg verhoogden om de doorstroom van BelRAI-informatie naar de dagelijkse zorgpraktijk te ondersteunen (Zorg en Gezondheid, 2021).

IT-infrastructuur en integratie: Internationale implementatiestudies beschrijven technische barrières als een terugkerend knelpunt bij de implementatie van BelRAI. In de literatuur wordt gesteld dat een elektronische integratie van BelRAI-inschalingen in het bestaande elektronisch zorgdossier (EZD/EPD) als wenselijk wordt beschouwd. Gebruikers rapporteren echter vaak gebrekkige koppelingen tussen interRAI-software en bestaande systemen, waardoor gegevens dubbel geregistreerd moeten worden en het uitvoeren van assessments als tijdsintensief wordt ervaren. Daarnaast wordt vermeld dat veel voorzieningen te maken hebben met een beperkte beschikbaarheid van hardware, zoals laptops of tablets op de afdelingen, of met het ontbreken van toegang tot elektronische dossiers aan het bed (De Almeida Mello et al., 2023).

In dezelfde studies wordt beschreven dat dergelijke technische beperkingen samenhangen met de mate waarin BelRAI-gegevens worden gebruikt in de dagelijkse zorgpraktijk, waarbij medewerkers aangeven dat het systeem soms als losstaand van de reguliere zorg wordt ervaren. Vlaamse beleidsdocumenten rapporteren dat de Vlaamse overheid EPD-leveranciers aanmoedigt om koppelingen te voorzien, terwijl voorzieningen tegelijk aangeven dat de huidige IT-integratie in de praktijk als een uitdaging wordt ervaren (BelRAI LTCF: Wat na de zachte opstart? | Kwaliteitscentrum Diagnostiek, n.d.).

Interoperabiliteit wordt in de literatuur benoemd als een belangrijk aandachtspunt. Studies geven aan dat de toegankelijkheid van BelRAI-gegevens, voor verschillende disciplines binnen hun vertrouwde dossier, samenhangt met het daadwerkelijk gebruik van deze gegevens in zorgplanning. Daarnaast rapporteren auteurs dat IT-problemen niet enkel technische gevolgen hebben, maar ook invloed hebben op het vertrouwen van gebruikers in het systeem, waarbij wordt aangegeven dat ondersteuning wordt ingezet om het gebruik van de software te faciliteren (De Almeida Mello et al., 2023).

Multidisciplinaire samenwerking en betrokkenheid van artsen: In internationale implementatiestudies wordt beschreven dat het implementeren van interRAI vaak gepaard gaat met een verschuiving naar meer multidisciplinair en data-gedreven werken. Verschillende bronnen geven aan dat geïntegreerde zorg samenhangt met de mate waarin zorgverleners bereid zijn informatie te delen en gezamenlijk beslissingen te nemen over de zorg. In woonzorgcentra wordt gerapporteerd dat dit onder meer impliceert dat artsen (CRA, wondarts of huisarts) betrokken worden bij het BelRAI-proces. Internationale studies signaleren dat de betrokkenheid van artsen in de praktijk vaak beperkt blijft, bijvoorbeeld in de thuiszorgsetting waar huisartsen frequent complexe situaties detecteren maar minder betrokken zijn bij het gebruik van BelRAI-instrumenten (De Almeida Mello et al., 2023).

Daarnaast wordt beschreven dat BelRAI-inschalingen in woonzorgcentra veelal door verpleegkundigen worden uitgevoerd. Sommige voorzieningen rapporteren dat de resultaten nadien gedeeld worden met de behandelende arts, met name wanneer CAPS betrekking hebben op medische aandachtspunten zoals polyfarmacie of pijn. Andere instellingen beschrijven dat artsen worden uitgenodigd voor (delen van) multidisciplinair overleg of dat besluiten schriftelijk worden teruggekoppeld. Deze vormen van informatie-uitwisseling worden in de literatuur benoemd als elementen die bijdragen aan het afstemmen van zorgplannen tussen disciplines.

Bewonersparticipatie wordt eveneens beschreven. Bronnen vermelden dat structurele betrokkenheid van bewoners en familie soms gepaard gaat met bijkomende ondersteuning, zoals training in gespreksmethodieken en een open houding van het team. Wanneer bewonersparticipatie wordt gerealiseerd, rapporteren studies dat zorgplannen nauwer aansluiten bij de individuele voorkeuren en doelen van bewoners (De Almeida Mello et al., 2023; BelRAI LTCF: Wat na de zachte opstart? | Kwaliteitscentrum Diagnostiek, n.d.).

In Vlaanderen wordt gerapporteerd dat het Kwaliteitscentrum Diagnostiek ondersteunende materialen ontwikkelt om BelRAI in de praktijk te verankeren, waaronder een BelRAI-toolkit voor woonzorgcentra. Deze materialen worden beschreven als middelen om teams te ondersteunen in consistent observeren volgens de BelRAI-basisprincipes en om interne afspraken over het BelRAI-proces te communiceren. Daarnaast wordt vermeld dat e-learningmodules beschikbaar zijn gesteld om gebruikers te ondersteunen bij het gebruik van BelRAI en zorgplanning (BelRAI in de praktijk: Nieuwe ondersteunende materialen | Kwaliteitscentrum Diagnostiek, 2025).

Tot slot beschrijft internationale literatuur dat interRAI-gegevens niet uitsluitend worden gebruikt op individueel zorgniveau, maar ook op organisatieniveau. In internationale studies wordt gerapporteerd dat managers samengevoegde interRAI-gegevens gebruiken voor benchmarking, ondersteuning van resourceplanning en evidence-based besluitvorming. Daarnaast wordt vermeld dat deze gegevens kunnen worden ingezet voor prestatie monitoring en kwaliteitsbewaking. De

auteurs geven aan dat dergelijke toepassingen gepaard gaan met aanzienlijke organisatorische inspanningen en specifieke competenties op het vlak van data-analyse en kwaliteitsmanagement (De Almeida Mello et al., 2023).

3.2 Praktijkonderzoek in de eigen organisatie

Uit de observaties, gesprekken en het interne document blijkt dat binnen de eigen voorziening alle bewoners volgens de wettelijke bepalingen met de BelRAI-LTCF worden ingeschaald. Een eerste inschaling gebeurt binnen de 8 weken na opname en een herinschaling op jaarbasis.

De inschalingen worden uitgevoerd door twee erkende indicatiestellers. Zij baseren zich hoofdzakelijk op gegevens die routinematig door zorg- en verpleegkundigen worden geregistreerd in het zorgdossier. Indien nodig kan bijkomende informatie mondeling worden bevraagd bij teamleden of de betrokkene zelf. Er wordt geen afzonderlijk observatieformulier gebruikt dat expliciet aan de BelRAI is gekoppeld.

De indicatiesteller bepaalt drie referentiedagen waarover wordt teruggekeken bij het invullen van de BelRAI. Er wordt geen aparte observatieperiode georganiseerd die vooraf aan de inschaling wordt aangekondigd. De observaties die gebruikt worden voor de inschaling, komen voort uit de gewone zorgverlening en registratie in het zorgdossier. Er gebeurt geen bijkomende communicatie naar het team waarbij observatieopdrachten of -rollen in functie van de BelRAI worden vastgelegd.

Na de inschaling worden de opgelichte CAP-signalen bekeken door de indicatiesteller. In de geanalyseerde dossiers werden echter geen zorgdoelen, acties of opvolgingsdocumenten teruggevonden die rechtstreeks verwijzen naar specifieke CAPS of naar resultaten van de BelRAI-inschaling. Ook in de verslaggeving van multidisciplinair overleg worden BelRAI-resultaten niet systematisch vermeld. Jaarlijkse MDO's vinden wel plaats, maar worden niet standaard gekoppeld aan een recente BelRAI-inschaling of aan een gestructureerde bespreking van CAP-uitkomsten.

Tijdens een interne BelRAI-intervisie werd met de indicatiestellers en de trainer gebrainstormd over gegevensverzameling, inschaling en verwerking van BelRAI-resultaten. Tijdens de interventie kwam naar voren dat BelRAI-gerelateerde taken in de huidige werkorganisatie moeilijk in te plannen zijn naast de reguliere zorgmomenten. Participanten gaven aan dat zij het wenselijk vinden dat toekomstige indicatiestellers geselecteerd worden op basis van competentie en motivatie. Daarnaast gaven aanwezigen ook aan dat er momenteel geen expliciete communicatie plaatsvindt naar collega's op de werkvloer over het uitvoeren van BelRAI-inschalingen. Hierdoor zijn betrokken zorgverleners zich vaak niet bewust van het feit dat een inschaling loopt, waardoor observaties niet doelgericht of binnen een afgebakende periode worden aangeleverd. Indicatiestellers baseren zich hierdoor hoofdzakelijk op eigen, dagdagelijkse observaties. Daarnaast werd aangegeven dat de huidige werkwijze sterk persoonsgebonden is, waarbij één indicatiesteller instaat voor een volledige inschaling. Observaties en input van andere disciplines worden daarbij niet structureel of systematisch betrokken, hetzij via het zorgdossier. Verder kwam tijdens de interventie naar voren dat aan de BelRAI-outcome momenteel geen expliciete actiepunten worden gekoppeld. De gegenereerde resultaten, waaronder CAPS en schalen, worden niet vastgelegd in concrete acties, noch opgevolgd binnen de zorgplanning. Inspraak van het team in het formuleren van actiepunten wordt als belangrijk ervaren. Verder werd aangegeven dat een gebruiksvriendelijk elektronisch

zorgdossier, waarin BelRAI-informatie (CAPS, schalen, observaties) overzichtelijk en toegankelijk is, noodzakelijk wordt geacht om met de resultaten te kunnen werken.

De sterkte/zwakte-analyse die in de eigen voorziening werd opgesteld, vermeldt als sterktes dat alle bewoners tijdig worden ingeschaald, dat observaties consequent in het zorgdossier worden geregistreerd en dat er interne expertise aanwezig is via een BelRAI-trainer en indicatiestellers. Als zwaktes wordt onder meer benoemd dat BelRAI in de praktijk vooral wordt ervaren als een beoordelingsinstrument, dat de resultaten niet verder worden gebruikt voor doelvorming, dat er geen afzonderlijke observatieperiode of visueel uitgewerkte workflow bestaat, dat MDO's niet aan CAP-analyse zijn gekoppeld en dat er geen SMART-geformuleerde doelen, termijnen of formele evaluatiedocumentatie aanwezig zijn.

Tabel 1

Sterkte/zwakte-analyse van de eigen praktijk.

Sterktes	Zwaktes
– Alle bewoners worden volgens de wettelijke bepalingen ingeschaald (opname binnen de 8 weken en jaarlijks). – Observaties worden routineus geregistreerd in het elektronisch bewonersdossier. Dit zorgt voor voldoende basisinformatie tijdens de inschaling. – Er is interne basisexpertise aanwezig via een trainer en indicatiestellers, waardoor de inschalingen correct verlopen. – Er is een bereidheid tot engagement binnen de voorziening.	– BelRAI wordt vandaag vooral als beoordelingsinstrument gebruikt. De resultaten worden niet vertaald naar doelen, afspraken of acties. Hierdoor blijft de inschaling zonder structurele zorgsturing. – Er is geen observatieperiode gekoppeld aan inschalingen, geen bijkomende monitoring en geen visuele workflow-communicatie naar het team. Observaties gebeuren vanuit routinezorg, waardoor minder gericht wordt gekeken. – Er worden geen MDO's gekoppeld aan CAP-analyse. Doelvorming, prioriteiten, multidisciplinaire besluitvorming en follow-up ontbreken. Hierdoor is er geen systematische vertaling van inschalingsresultaten naar een individueel zorgplan. – Er zijn geen SMART-doelen, geen eigenaarschap, geen termijnen, geen residentiegebonden opvolging, geen afsluitmechanisme en geen evaluatiedocumentatie. Hierdoor kan verbetering of achteruitgang niet worden aangetoond. – Er is geen structurele opleiding of intervisie rond BelRAI, en er is geen multidisciplinaire werkgroep of kwaliteitsmonitoring. Het proces is afhankelijk van een beperkt aantal indicatiestellers. Dit maakt de werking kwetsbaar.

3.3 Praktijkonderzoek in externe organisaties

Tijdens de praktijkbezoeken aan de twee participerende zorgorganisaties werd de bestaande BelRAI-workflow in beide voorzieningen in kaart gebracht aan de hand van observaties, interviews en analyse van geanonimiseerde interne documenten, sjablonen en draaiboeken.

In beide voorzieningen wordt elke eerste inschaling en herinschaling voorafgegaan door een afgebakende observatieperiode van drie dagen. Deze referentiedagen worden gepland door de dienstverantwoordelijke. De observatieperiode wordt expliciet kenbaar gemaakt aan het team via instrumenten zoals een observatiebundel bij de werkplanning, vermelding op een whiteboard in de verpleegpost, een notitie in het elektronisch dossier of een melding in de agenda. In de observatiebundels is per discipline aangeduid welke aspecten geobserveerd worden, zoals bijvoorbeeld mobiliteit, ADL-zelfstandigheid, cognitie, stemming, voeding, communicatie en contextfactoren.

Observaties worden tijdens deze drie dagen zowel in een observatiebundel als in het elektronisch dossier geregistreerd. In beide voorzieningen werd bijkomend vastgesteld dat voor bepaalde items de afspraak geldt dat een aangekruiste observatie in de bundel diezelfde dag traceerbaar moet zijn in het elektronisch bewonersdossier. De observatiebundel betreft een papieren document waarin items zijn opgenomen die rechtstreeks betrekking hebben op de BelRAI-inschaling. Deze bundel wordt gedurende de observatieperiode ter beschikking gesteld, naast de werkplanning, van alle betrokken medewerkers. Op deze manier is voor het team zichtbaar welke aandachtspunten tijdens de observatieperiode opgevolgd moeten worden en wordt verzekerd dat elk item dagelijks een observatie krijgt. Aan de observatiebundel wordt de naam van een medewerker gekoppeld die de observatie die dag coördineert, wat zorgt voor traceerbaarheid van de input en eigenaarschap. De ingevulde observatiebundel wordt na afloop van de observatieperiode gebruikt door de indicatiesteller bij het invoeren en verwerken van de gegevens op het digitale BelRAI-platform.

De inschalingen zelf verlopen in beide voorzieningen multidisciplinair. Meerdere indicatiestellers vullen elk de onderdelen in die aansluiten bij hun discipline. De rolverdeling werd vooraf schriftelijk vastgelegd in een procedure en gecommuniceerd. Via het digitale platform worden de betrokken indicatiestellers uitgenodigd om hun sectie rechtstreeks in te vullen.

Na afronding worden de opgelichte CAP-signalen tijdens informele gesprekken doorgenomen met betrokken collega's uit het multidisciplinaire team. In de interviewverslagen wordt beschreven dat bij onduidelijkheden of opvallende resultaten bijkomende informatie wordt opgevraagd bij de bewoner en/of zijn context. Bijvoorbeeld via informele gesprekken op de afdeling of telefonisch contact.

Bij één zorgorganisatie wordt expliciet verwezen naar het BAM-principe (Betekenisvolle Activiteiten Methode). Deze methode vertrekt vanuit het perspectief van de bewoner en focust op wat door de bewoner zelf als betekenisvol wordt ervaren in het dagelijkse leven. Binnen BAM wordt nagegaan welke activiteiten, handelingen of momenten voor de bewoner waardevol zijn, rekening houdend met diens levensverhaal, interesses, gewoonten en mogelijkheden. De methode benadrukt het belang van participatie en eigen regie, waarbij betekenisvolle activiteiten niet beperkt blijven tot georganiseerde activiteiten, maar ook vervat zitten in dagelijkse zorg- en leefmomenten. De toepassing van het BAM-principe maakt zichtbaar welke elementen bijdragen aan het welbevinden

van de bewoner en kan richting geven aan de afstemming van zorg en begeleiding op individuele noden en voorkeuren (*Betekenisvolle Activiteiten Methode (BAM)*, n.d.).

Voor de voorbereiding van het multidisciplinair overleg wordt in beide voorzieningen gebruikgemaakt van een vast sjabloon. Dat sjabloon bundelt onder meer de BelRAI-resultaten, een vergelijking met eerdere inschalingen, kernobservaties uit de observatieperiode, KATZ-score, medicatieschema, relevante medische gegevens en contextinformatie. Ook vroegtijdige zorgplanning en andere schaalinstrumenten worden door één voorziening in het sjabloon verwerkt. De sociale dienst contacteert voorafgaand aan de inschaling en in overleg met de bewoner, en indien dit gewenst is, de familie om een geschikt moment voor het MDO vast te leggen. In één van de bezochte voorzieningen wordt de datum door de organisatie vastgelegd en krijgen potentiële participanten een uitnodiging. Afwezige betrokkenen ontvangen achteraf een terugkoppeling.

Tijdens het MDO zijn in beide voorzieningen meerdere disciplines aanwezig, waaronder dienstverantwoordelijken, verpleeg- of zorgkundigen, kinesitherapeuten, ergotherapeuten, sociale dienst en indicatiestellers. In één voorziening nemen ook logopedie en diëtetiek standaard deel. De bewoner en familie worden uitgenodigd wanneer dit wenselijk of haalbaar is.

In beide zorgorganisaties wordt tijdens het overleg eerst een overzicht gegeven van de BelRAI-resultaten en belangrijke wijzigingen ten opzichte van de vorige inschaling. Daarna worden CAP-signalen en observaties besproken. In één voorziening worden op basis van deze bespreking een beperkt aantal afspraken geformuleerd die per discipline worden toegewezen. In de andere organisatie worden doelen en acties rechtstreeks in het elektronisch dossier ingevoerd en gekoppeld aan bijhorende prestaties. In de documenten van beide voorzieningen wordt vermeld dat doelen momenteel nog niet systematisch volgens de SMART-criteria worden geformuleerd. Er wordt wel gewerkt met duidelijke afspraken en evaluatiemomenten.

Wat registratie en opvolging betreft, tonen de geanonimiseerde ingeziene dossiers dat in één zorgorganisatie afspraken en herevaluaties worden vastgelegd in het elektronisch bewonersdossier onder de rubriek “multidisciplinair overleg” en dat er maandelijks naar deze afspraken wordt teruggegrepen. In de andere voorziening worden doelen en acties gekoppeld aan prestaties, waarbij zorgmedewerkers evaluatie-pop-ups krijgen en de dienstverantwoordelijke doelen kan afsluiten. De verslaggeving van de praktijkbezoeken toont dat herevaluaties volgens de vastgelegde frequentie in het dossier worden genoteerd. In beide voorzieningen wordt herinschaling uitgevoerd op basis van wettelijke termijnen en bijkomende triggers zoals ziekenhuisopname of een duidelijke wijziging in gezondheidstoestand.

Uit interviews en beleidsdocumenten blijkt dat beide organisaties inzetten op opleiding rond BelRAI. Er zijn verschillende interne trainers aanwezig. Indiciestellers worden geselecteerd op basis van motivatie en interesse. Een interne opleiding vindt plaats wanneer er voldoende participanten zijn of er een duidelijke nood aan nieuwe indicatiestellers wordt vastgesteld. Niet-indicatiestellers krijgen basisuitleg over het doel van BelRAI, het belang van gerichte observaties en de link met zorgplanning. Nieuwe medewerkers krijgen dezelfde informatie tijdens geplande onthaalmomenten. In één voorziening wordt daarnaast expliciet verwezen naar betrokkenheid van directie en teamcoaches bij het bewaken van tijd en ruimte voor MDO en opvolging.

3.3.1 Conclusie cross-case study

De vergelijking in tabel 2 toont verschillen in de manier waarop de BelRAI wordt ingezet binnen de zorgpraktijk. In de eigen voorziening wordt de BelRAI correct toegepast voor inschalingen, maar zonder koppeling aan doelvorming, multidisciplinaire besluitvorming of opvolging. Hierdoor heeft het instrument geen sturende waarde binnen de individuele zorgplanning.

In beide participerende zorgorganisaties is de maturiteit aanzienlijk hoger. Beide voorzieningen werken met een vaste observatieperiode, een gestructureerd MDO, duidelijke afspraken en maandelijkse of geïntegreerde opvolging in het elektronisch bewonersdossier. Hierdoor worden BelRAI-resultaten vertaald naar concrete zorgafspraken die multidisciplinair gedragen zijn én opnieuw geëvalueerd kunnen worden.

Een gemeenschappelijke sterkte bij deze voorzieningen is dat de BelRAI gebruikt wordt als kwaliteitsinstrument. Een gezamenlijk zwakte is dat doelen nog niet systematisch SMART geformuleerd worden.

Tabel 2*Cross-case study overzicht*

De eigen voorziening	Participerende voorziening A	Participerende voorziening B
Inschaling		
– Wettelijke inschaling volgens opname + jaarlijks. – Geen extra inschalingen op klinische wijziging. – Inschaling gebeurt door indicatiesteller op basis van routine-observaties, bestaande dossiergegevens en bewonersinterview.	– Inschaling volgens wettelijke bepalingen én bij klinische wijziging (bv. na ziekenhuisopname binnen 2–3 weken). – Multidisciplinaire invulling (indicatiestellers vullen samen in, niet indicatiestellers leveren systematisch informatie aan).	– Inschaling volgens wetgeving én bij klinische wijziging. – Multidisciplinaire inschaling via VIP-platform, waarbij alle betrokken indicatiestellers rechtstreeks hun deel kunnen invullen. Niet indicatiestellers leveren systematisch informatie aan.
Resultaten		
– CAPS worden enkel bekeken tijdens de inschaling door de indicatiesteller maar leiden niet tot prioriteiten of afspraken. – Geen multidisciplinaire analyse of toetsing.	– CAP-resultaten worden altijd meegenomen naar de MDO-voorbereiding. – Er wordt nagegaan of de CAPS herkenbaar zijn voor bewoner/context (informele bevraging). – Observatiegegevens + CAPS worden inhoudelijk nagekeken en besproken.	– CAP-resultaten worden altijd meegenomen naar de MDO-voorbereiding, met sterke focus op “wat is betekenisvol voor de bewoner?” (BAM-principe). – Actiegerichtheid wordt bepaald in functie van noden en haalbaarheid. – Resultaten worden vergeleken met vorige inschalingen.

Individuele zorgplanning

- Er zijn momenteel geen doelen, geen acties, geen eigenaarschap en geen opvolging vanuit BelRAI.
- Jaarlijks MDO gebeurt zonder structurele koppeling met CAPS of BelRAI-resultaten.
- Tijdens het MDO worden afspraken gekozen (beperkt aantal, multidisciplinair gedragen). Alleen relevante CAPS worden gekoppeld aan afspraken.
- Eigenaarschap per discipline en gezamenlijke verantwoordelijkheid.
- Maandelijks herevaluatie en bijsturing via het elektronisch bewonersdossier.
- CAPS worden standaard besproken tijdens het MDO, met sterke focus op “wat is betekenisvol voor de bewoner?” (BAM-principe).
- Na het MDO worden doelen en acties onmiddellijk in het elektronisch bewonersdossier ingevoerd en gekoppeld aan prestaties (met evaluatiepop-ups).
- Zorgplanning vertrekt vanuit het bewonerperspectief en is teamgedragen.

Evalueren en plannen van een herbeoordeling

- Geen opvolging, geen monitoring en geen evaluatiemomenten specifiek rond BelRAI.
- Herinschaling jaarlijks volgens wetgeving.
- Maandelijks opvolging via MDO-afspraken, telkens geregistreerd.
- Herinschaling via roulement of door trigger (bv. opname, wijziging, klinisch signaal).
- Doorlopende opvolging via het elektronisch bewonersdossier-prestaties, observaties en intern verplichte evaluaties.
- Herinschaling volgens wetgeving + klinische triggers.

Opleiding en training

- Geen systematische opleidingen voorzien.
- Niet-indicatiestellers worden momenteel niet betrokken.
- De voorziening is gemotiveerd om dit in de nabije toekomst te organiseren.
- opleiding vindt plaats wanneer er voldoende participanten zijn of er een duidelijke nood aan nieuwe indicatiestellers wordt vastgesteld
- Niet-indicatiestellers krijgen basisuitleg over BelRAI
- opleiding vindt plaats wanneer er voldoende participanten zijn of er een duidelijke nood aan nieuwe indicatiestellers wordt vastgesteld
- Niet-indicatiestellers krijgen basisuitleg over BelRAI.

3.4 Werkstroomvoorstel en ondersteunende documenten

Op basis van deze inzichten werden vijf ondersteunende instrumenten uitgewerkt, die in de bijlagen zijn opgenomen: een volledige BelRAI-workflow van trigger tot herevaluatie, een observatiebundel die aan de werkplanning gekoppeld kan worden, een aanbevelende rolverdeling voor multidisciplinaire inschaling, een gestandaardiseerd voorbereidingsformulier voor het MDO en een sjabloon voor SMART-doelformulering. Samen beschrijven deze outcomes hoe BelRAI-screenings in een woonzorgcentrum stapsgewijs kunnen uitmonden in SMART-zorgdoelen en opvolgbare acties. De voorgestelde workflow en bijhorende ondersteunende documenten zijn niet bedoeld als bindende procedures, maar als aanbevelende instrumenten. Het is de bedoeling dat de eigen voorziening deze documenten gebruikt als uitgangspunt en, waar nodig, verder verfijnt of afstemt op de eigen werking. De praktische implementatie en uittesting van deze documenten vielen buiten de scope van dit onderzoek.

Een volledige BelRAI-workflow van trigger tot herevaluatie: een gestructureerde werkwijze waarbij het proces start vanuit een duidelijke trigger (eerste opname, herinschaling of significante verandering in gezondheidstoestand), gevolgd door observatie, multidisciplinaire inschaling, bespreking in het MDO, het vastleggen van eventuele zorgdoelen en acties, en afgesloten wordt met opvolging en herevaluatie. Het document werd opgenomen in bijlage 6.2.1: Voorgestelde werkstroomvoorstel voor BelRAI inschalingen.

Een observatiebundel die aan de werkplanning gekoppeld kan worden: De observatiebundel is een ondersteunend instrument dat tijdens de vooraf vastgelegde observatieperiode wordt gebruikt om gerichte observaties te registreren die relevant zijn voor de BelRAI-inschaling. De bundel bevat aankruisbare items die overeenkomen met de BelRAI-domeinen en wordt fysiek gekoppeld aan de werkplanning op de afdeling. Op deze manier krijgen alle medewerkers, ook zij die geen indicatiesteller zijn, de mogelijkheid om observaties vast te leggen. Door het registreren van de naam van een medewerker op het document wordt traceerbaarheid en eigenaarschap gewaarborgd. Een aangekruisd item op de observatiebundel moet steeds op dezelfde dag terug te vinden zijn in het EPD. De ingevulde observatiebundel wordt nadien gebruikt door de indicatiesteller bij het invoeren van de inschaling op het digitale BelRAI-platform. Het document werd opgenomen in bijlage 6.2.2: Observatiebundel die aan de werkplanning gekoppeld kan worden.

Een aanbevelende rolverdeling voor multidisciplinaire inschaling: Om multidisciplinaire inschaling te ondersteunen, werd een aanbevelende rolverdeling opgesteld waarin per BelRAI-sectie wordt aangegeven welke discipline primair verantwoordelijk is voor het aanleveren van observaties en informatie. Deze rolverdeling is gebaseerd op een document verkregen tijdens het praktijkbezoek in participerende voorziening A en werd aangepast aan de context van het onderzoek en de eigen voorziening. Het document werd opgenomen in bijlage 6.2.3: Voorstel tot rolverdeling voor multidisciplinaire inschaling

Een gestandaardiseerd voorbereidingsformulier voor het MDO: Het gestandaardiseerd voorbereidingsformulier voor het MDO bundelt alle relevante informatie die nodig is om BelRAI-resultaten multidisciplinair te bespreken. Het formulier bevat administratieve gegevens, een overzicht van de BelRAI-resultaten, de CAP-analyse, relevante bijlagen en een expliciete keuzemogelijkheid om al dan niet CAPS te selecteren voor actieve opvolging. Het formulier fungeert

als leidraad tijdens het MDO en ondersteunt een gestructureerde besluitvorming. Het document werd opgenomen in bijlage 6.2.4: Gestandaardiseerd voorbereidingsformulier voor het MDO.

Een sjabloon voor SMART-doelformulering: Het sjabloon voor SMART-doelformulering en opvolgbare acties ondersteunt het vertalen van geselecteerde CAPS naar SMART-zorgdoelen. Het maakt het mogelijk om verantwoordelijkheden vast te leggen, evaluatiemomenten te bepalen en de opvolging van acties te structureren. Het document werd opgenomen in bijlage 6.2.5: Een sjabloon voor SMART-doelformulering en opvolgbare acties.

3.5 Try-outbespreking CAP-uitkomsten

Tijdens de oefenmomenten in de teamvergadering, waarin CAP-uitkomsten van enkele bewoners gezamenlijk werden besproken, gaven participanten aan dat deze manier van werken hen helpt om aandachtspunten beter te zien. Zo werd onder meer een bewoner besproken die weinig wordt betrokken bij activiteiten, terwijl er volgens het team wel een duidelijke nood is aan structuur en sociale contacten. Medewerkers benoemden dat dergelijke signalen door de CAPS explicieter op tafel komen terwijl dit anders wel opgemerkt, maar niet besproken wordt. Tegelijk werd door de participanten aangegeven dat in deze oefensituatie het bewonersperspectief ontbrak, omdat bewoners zelf niet betrokken waren bij het beoordelen van mogelijke doelstellingen. Tijdens de nabespreking gaven verschillende participanten aan dat zij voldoening zouden halen uit een meer actieve betrokkenheid bij het volledige BelRAI-proces en bij de multidisciplinaire overleggen (MDO's).

4 Discussie

De resultaten bevestigen wat in de literatuur al langer beschreven wordt. BelRAI is een krachtig beoordelingsinstrument, maar het levert op zichzelf geen zorgplan op. De communicatie van het Kwaliteitscentrum Diagnostiek geeft dit expliciet aan door te stellen dat een zorgplan pas ontstaat wanneer drie bronnen samenkomen: de wensen en noden van de bewoner, de CAP- en schaalresultaten en bijkomende klinische informatie uit het zorgdossier, observaties en context-inbreng (L. Verdonck, persoonlijke communicatie, 13 november 2025).

Binnen de eigen voorziening werd vastgesteld dat de tweede bron (CAP-uitkomsten) wel aanwezig is via de inschalingen, maar dat de eerste en derde bron niet systematisch aan de BelRAI worden gekoppeld. Wensen en noden van bewoners worden besproken in de zorg, maar niet in een vast proces rond de inschaling. Bijkomende informatie wordt niet gebundeld in een voorbereidingssjabloon. Daardoor blijft BelRAI vooral een beoordelingsmoment zonder directe impact op zorgplanning.

De centrale onderzoeksvraag luidde hoe de resultaten van de BelRAI-screening systematisch vertaald kunnen worden naar SMART-zorgdoelstellingen en acties voor bewoners in een woonzorgcentrum. Opvallend is dat in geen van de drie voorzieningen SMART-doelstellingvorming al volledig is uitgewerkt. Beide participerende zorgorganisaties formuleren wel duidelijke afspraken en evaluatiemomenten, maar benoemen zelf dat doelen nog niet consequent volgens de SMART-criteria worden opgesteld. Dit komt overeen met eerdere studies waarin wordt beschreven dat interRAI-resultaten wel worden besproken op MDO, maar dat de stap naar evalueerbare doelstellingen vaak onvoldoende gestructureerd verloopt (De Ruyck, 2023). De eigen studie vult hier een leemte door niet alleen te signaleren dat SMART-doelen ontbreken, maar ook een praktisch voorstel te ontwikkelen om ze in de workflow in te bouwen.

De vergelijking tussen de eigen voorziening en de twee participerende voorzieningen, in combinatie met de literatuur en de KcD-richtlijnen, wijst dan ook in dezelfde richting. BelRAI-resultaten kunnen alleen consequent tot SMART-doelen leiden wanneer zij verweven zijn in een samenhangend proces. In dat proces zijn minstens vier sleutelementen noodzakelijk: een vooraf bepaalde observatieperiode met zichtbare opdrachten en rolverdeling voor het team, een multidisciplinaire interpretatie van de CAPS, een gestructureerd MDO waarin bewonersperspectief en klinische informatie worden samengelegd en een elektronisch dossier waarin doelen, acties, termijnen en evaluaties duidelijk zichtbaar en opvolgbaar zijn. Binnen de eigen voorziening zijn de inschalingen tijdig en wettelijk correct, maar ontbreekt een deel van deze schakels. De vergelijking met de participerende voorzieningen toont concreet welke processtappen nodig zijn om van beoordeling naar doelgerichte zorg te evolueren.

De praktijk in de participerende zorgorganisaties sluiten trouwens veel nauwer aan bij wat het Kwaliteitscentrum diagnostiek en Colin van der Heiden & Kees Korrelboom (2024) beschrijven. In beide voorzieningen wordt gewerkt met een duidelijke observatieperiode, een multidisciplinaire inschalingspraktijk, een vast MDO-sjabloon en expliciete opvolging in het elektronisch bewonersdossier. Daarmee brengen zij in één workflow precies de vier eerder vermelde sleutelementen samen die door de literatuur als noodzakelijk worden benoemd. De

observatiebundel naast de werkplanning en de rolverdeling per discipline maken zichtbaar dat BelRAI niet los staat van de dagelijkse zorg, maar erin verweven zit.

Observatieperiode met zichtbare opdrachten en rolverdeling: De literatuur benadrukt dat betrouwbare BelRAI-inschalingen steunen op gerichte observaties binnen een afgebakende periode, waarbij meerdere disciplines input leveren (Kwaliteitscentrum Diagnostiek, n.d.; De Almeida Mello et al., 2023). In de participerende voorzieningen werd dit vertaald naar de wettelijke vaste observatieperiodes van drie dagen die vooraf gecommuniceerd werden via de werkplanning, observatiebundels, whiteboards, mondelinge communicatie en agenda's. Deze aanpak verhoogt de gerichtheid van observaties en maakt duidelijk wie wanneer welke informatie aanlevert.

Binnen de eigen voorziening wordt geen expliciete observatieperiode georganiseerd. De indicatiesteller bepaalt wel referentiedagen, maar observaties komen hoofdzakelijk voort uit routinezorg en bestaande dossierregistraties. Er gebeurt geen bijkomende communicatie naar het team over lopende inschalingen, waardoor observaties niet doelgericht of binnen een afgebakende periode worden verzameld. Dit verhoogt het risico dat relevante informatie ontbreekt, ondanks correcte wettelijke inschalingen. De interne intervisie binnen de eigen voorziening toont dat medewerkers de huidige BelRAI-werking zelf ook als onvolledig ervaren. Indiciestellers en trainer gaven aan dat BelRAI-taken moeilijk in te plannen zijn naast de reguliere zorg en dat selectie van toekomstige indicatiestellers op basis van competentie en motivatie wenselijker is. Er werd expliciet gevraagd naar duidelijke afspraken over de observatieperiode, de rolverdeling tussen disciplines, coördinatie van MDO's en de opvolging van actiepunten.

Op basis van deze vaststellingen wordt aanbevolen om vaste observatiedagen en inschalingsmomenten te plannen. Indiciestellers hebben baat bij duidelijke momenten waarop zij met een inschaling kunnen starten. Idealiter gebeurt dit op donderdag en vrijdag, zodat op maandag, dinsdag en woensdag observatiedagen plaatsvinden. Op die dagen zijn de meeste disciplines aanwezig, wat de multidisciplinaire observatie vergemakkelijkt. Een observatieperiode op vrijdag opstarten wordt afgeraden, omdat de weekendbezetting anders is en bijgevolg minder representatief. Door vaste observatiedagen te hanteren ontstaat voorspelbaarheid en duidelijkheid voor het team. Een observatieperiode dient aangekondigd te worden en zichtbaar te zijn voor het team. Het registreren van de observatieperiode in het elektronisch bewonersdossier en in de afdelingsagenda kan hier duidelijk aan bijdragen. Het observatieblad uit de bijlage kan daarnaast gekoppeld worden aan de werkplanning en vergemakkelijkt opvolging. Het koppelen van het observatieblad aan de werkplanning maakt zichtbaar wie op welk moment observeert. Hierdoor ontstaat aanspreekbaarheid binnen het team, wat de kans verhoogt dat observaties effectief worden uitgevoerd en opgevolgd.

Multidisciplinaire interpretatie van CAP-uitkomsten: Internationale literatuur beschrijft dat CAPS bedoeld zijn als beslissingsondersteuning en pas betekenis krijgen wanneer ze multidisciplinair geïnterpreteerd worden (InterRAI, 2025; Dash et al., 2018). In de participerende voorzieningen worden CAP-signalen systematisch besproken met verschillende disciplines, waarbij enkel relevante CAPS worden omgezet in acties.

In de eigen voorziening worden CAP-signalen wel bekeken door de indicatiesteller, maar leiden zij niet tot concrete doelstellingen, afspraken of multidisciplinaire analyse. De manier waarop een

inschaling gebeurd is sterk persoonsgebonden en input van andere disciplines wordt niet structureel betrokken, behalve via het zorgdossier. Hierdoor blijft de interpretatie beperkt en weinig gedragen.

De vraag stelt zich in welke mate de huidige BelRAI-inschaling binnen de eigen voorziening als volledig en betrouwbaar kan worden beschouwd. Wanneer de inschaling hoofdzakelijk wordt ingevuld door monodisciplinaire indicatiestellers. Zonder systematische input van de multidisciplinaire teamleden die de bewoner dagelijks opvolgen, ontstaat het risico dat relevante informatie onvoldoende wordt meegenomen.

Binnen de nieuwe workflow is daarom een duidelijke taakafbakening nodig. Iedere discipline moet weten welke observaties verwacht worden, wie de inschaling voorbereidt, wie het MDO leidt en wie de registratie opvolgt. Een vastgelegde rolverdeling voorkomt onduidelijkheden en verhoogt het draagvlak. Hiervoor werd een sjabloon opgesteld die kan dienen als inspiratie bij het verdelen van de rollen.

Gestructureerd MDO met bewonersperspectief: De literatuur beschrijft dat zorgplanning pas persoonsgericht wordt wanneer CAP-uitkomsten, klinische informatie en bewonersperspectief samen worden besproken in een gestructureerd MDO (Van der Heiden & Korrelboom, 2024; KcD, n.d.). In de participerende voorzieningen wordt gewerkt met vaste MDO-sjablonen waarin BelRAI-resultaten, observaties, medische gegevens en contextinformatie worden gebundeld. Bewoners en familie worden actief betrokken wanneer dit wenselijk of haalbaar is.

Binnen de eigen voorziening vinden jaarlijkse MDO's plaats, maar deze zijn niet systematisch gekoppeld aan recente BelRAI-inschalingen of CAP-analyses. In de geanalyseerde dossiers werden geen BelRAI-gerelateerde doelen of afspraken teruggevonden. Dit toont een duidelijk gebrek aan een structurele vertaalslag van inschalingsresultaten naar zorgplanning.

Elke BelRAI-inschaling wordt idealiter standaard gevolgd door een multidisciplinair overleg waarin CAPS, trends, observaties, medicatie, KATZ-score, klinische informatie en bewonersperspectief worden samengelegd. Het voorbereidingsformulier en het sjabloon voor het opstellen van SMART-zorgdoelstellingen in de bijlage ondersteunen dit proces. Het overleg vertrekt op deze manier niet langer vanuit losse indrukken, maar vanuit een gedeeld en overzichtelijk kader. De bewoner en of zijn familie worden hierbij voldoende betrokken.

Elektronisch dossier als drager van doelen, acties en evaluaties: De literatuur beschrijft dat doelgerichte zorg enkel evalueerbaar is wanneer doelen, acties en evaluatiemomenten zichtbaar en traceerbaar zijn in het elektronisch dossier (Dellefield & Corazzini, 2015). In de participerende voorzieningen worden doelen en acties geregistreerd in het dossier, gekoppeld aan prestaties en opgevolgd via vaste evaluatiemomenten.

In de eigen voorziening werden geen SMART-doelen, termijnen of formele evaluaties teruggevonden die gekoppeld zijn aan BelRAI-resultaten. Hierdoor is het niet mogelijk om evolutie, verbetering of achteruitgang systematisch aan te tonen. Daarnaast wezen medewerkers op de nood aan een gebruiksvriendelijk elektronisch dossier waarin CAPS, schalen en relevante observaties overzichtelijk beschikbaar zijn. Deze signalen sluiten aan bij de literatuur die benadrukt dat digitale ondersteuning, duidelijke verantwoordelijkheden, multidisciplinair teamwork en een herkenbare zorgcyclus

voorwaarden zijn voor een duurzame en kwaliteitsvolle implementatie van BelRAI-instrumenten (Dellefield & Corazzini, 2015; Iduye et al., 2021; Kwaliteitscentrum Diagnostiek, 2025).

Doelgerichte zorg vraagt om expliciet geformuleerde doelen met acties, verantwoordelijken, termijnen en evaluatiecriteria. Evaluatie is alleen mogelijk wanneer duidelijk is welke uitkomst wordt nagestreefd en wanneer gemaakte afspraken terug te vinden zijn in de dagelijkse registratie (Van der Heiden & Korrelboom, 2024). Verslagen van inschaling, MDO en doelstellingen moeten daarom terug te vinden zijn in het elektronisch dossier. De resultaten van de inschaling, het voorbereidingsformulier en de SMART-doelen kunnen hier geüpload worden. Hierdoor zijn resultaten, acties, registraties en evaluaties traceerbaar voor alle betrokken disciplines.

Duurzaamheid, sociaal, economisch en ethisch perspectief

Het implementeren van een gestructureerde workflow rond BelRAI draagt bij aan duurzame zorg, door gegevens, observaties en doelstellingen beter te bundelen en op te volgen. Door met vaste observatieperiodes, multidisciplinaire overlegmomenten en traceerbare doelstellingen te werken, wordt kennis minder afhankelijk van individuele medewerkers. Dit ondersteunt continuïteit van zorg, ongeacht personeelwissels, afwezigheid of dienstwissels. Een uniforme aanpak en duidelijke rolverdeling, vermindert bovendien dubbel werk en vergroot de efficiëntie van gegevensverzameling, wat op langere termijn organisatorisch en ecologisch duurzamer is.

Verder versterken de voorgestelde procesaanpassingen de inspraak, samenwerking en gedeelde verantwoordelijkheid binnen het team. Door multidisciplinaire observatie en het structureel betrekken van bewoners en familie in het MDO worden zorgdoelen breder gedragen en beter afgestemd op de beleving en noden van de betrokkene. Dit kan bijdragen aan bewonersparticipatie, meer persoonsgerichte zorg en aan een verhoogde werktevredenheid bij zorgmedewerkers, doordat signalen niet langer individueel moeten worden gedragen maar gezamenlijk besproken en opgevolgd worden.

Op economisch vlak vraagt een duidelijke workflow in eerste instantie tijdsinvestering voor opleiding, voorbereiding en afstemming. Anderzijds kan een gestructureerde koppeling tussen BelRAI-resultaten, observaties en zorgdoelen op termijn efficiënter zijn. Registraties worden beter traceerbaar, informatie gaat minder verloren en zorgdoelstellingen kunnen beter worden geëvalueerd. Hierdoor ontstaat minder tijdverlies door zoekwerk, dubbele gegevensverzameling of herhaald overleg. Een efficiënter zorgproces kan bovendien leiden tot kwalitatief betere zorg, minder escalaties en preventie van zorgbelasting, wat indirect ook economische voordelen heeft.

Ten slotte sluit een zorgplanning die expliciet rekening houdt met bewonersperspectief, noden en betekenisvolle doelen aan bij de fundamentele waarden van waardige ouderenzorg. Het proces voorkomt dat beslissingen uitsluitend vertrekken vanuit klinische gegevens, en versterkt het recht van bewoners op inspraak en duidelijke zorgafspraken. Een gestructureerd MDO bevordert transparantie, aanspreekbaarheid en onpartijdigheid in besluitvorming. Het digitaal zichtbaar maken van afspraken en evaluaties ondersteunt niet alleen verantwoording naar mantelzorg en familie, maar verhoogt ook de interne traceerbaarheid. Dit komt de continuïteit en kwaliteit van de zorg ten goede, mits zorgvuldig wordt omgegaan met privacy en vertrouwelijkheid.

4.1 Aanbevelingen voor de praktijk en het beleid

De resultaten tonen aan dat de knelpunten in de huidige BelRAI-werking niet louter inhoudelijk zijn, maar zich situeren op procesniveau. Een duurzame verandering vraagt daarom een doordacht

implementatieproces, waarbij observatie, inschaling, overleg en opvolging expliciet worden hertekend en ondersteund. Op basis van de vaststellingen in de eigen voorziening, de good practices uit de participerende zorgorganisaties en de literatuur worden hieronder insteken voor implementatie besproken, opgebouwd rond de vier noodzakelijke proceselementen.

Maak van BelRAI een cyclus, niet enkel een inschalingsmoment: Leg BelRAI vast als een cyclisch proces met vaste stappen: gegevensverzameling, beoordeling invullen, interpretatie resultaten, zorgplan opstellen, zorgacties uitvoeren en evaluatie. Het aantal uitgevoerde inschalingen zegt op zichzelf weinig over zorgkwaliteit. Kwaliteitswinst ontstaat pas wanneer resultaten multidisciplinair worden besproken, omgezet worden in acties en vervolgens opgevolgd en geëvalueerd (BelRAI, n.d.; Kwaliteitscentrum Diagnostiek, n.d.; BelRAI LTCF: Wat na de zachte opstart?, n.d.).

Concreet betekent dit dat intern wordt afgesproken wanneer het BelRAI-proces als “afgerond” wordt beschouwd, namelijk pas wanneer de gekozen prioriteiten zijn vertaald naar doelen en acties, met een vastgelegd evaluatiemoment dat ook effectief terug te vinden is in het dossier. Elke inschaling krijgt daarbij een vaste vervolgstap zodat BelRAI niet eindigt na het invullen van de vragenlijst, maar automatisch doorloopt naar overleg, zorgplanning en opvolging.

Introduceer een aangekondigde observatieperiode met zichtbare observatieopdrachten: Organiseer voorafgaand aan elke (her)inschaling een afgebakende observatieperiode die voor het team zichtbaar is en waarin gericht geobserveerd wordt per discipline. Gerichte observaties binnen een afgebakende periode en multidisciplinaire input vormen volgens de literatuur een belangrijke basis voor betrouwbare gegevensverzameling en bruikbare resultaten. (Kwaliteitscentrum Diagnostiek, n.d.; De Almeida Mello et al., 2023)

Concreet betekent dit dat de observatieperiode idealiter systematisch wordt aangekondigd via de werkplanning en/of agenda en dat er gewerkt wordt met het observatieblad of de observatiebundel zoals in de good practices. Tevens wordt er best afgesproken dat relevante observaties niet enkel in de bundel blijven staan, maar dezelfde dag ook traceerbaar zijn in het elektronisch bewonersdossier, zodat de informatie niet los komt te staan van de dagelijkse registratie.

Verdeel de inschaling multidisciplinair en leg rollen vast: Schakel over naar een multidisciplinaire inschalingspraktijk waarbij meerdere indicatiestellers, elk vanuit hun discipline, bijdragen aan de BelRAI-inschaling en waarbij teamleden systematisch input aanleveren. Implementatiestudies benadrukken dat training en eigenaarschap nodig zijn om datakwaliteit te waarborgen en om resultaten effectief te kunnen benutten in de zorgpraktijk. (De Almeida Mello et al., 2023)

Concreet houdt dit in dat de rolverdeling vooraf schriftelijk wordt vastgelegd: wie verzamelt en bundelt observaties, wie start de inschaling op, wie bereidt CAPS voor, wie leidt het overleg en wie bewaakt de registratie en opvolging. Door deze taakafbakening wordt het proces minder persoonsafhankelijk en ontstaat duidelijkheid over verantwoordelijkheden in elke stap van de cyclus.

Maak van CAPS een beslissingsmoment: selecteer en prioriteer: Na elke inschaling moet een vaste interpretatiestap worden ingebouwd waarin CAPS worden beoordeeld op relevantie, herkenbaarheid, urgentie en haalbaarheid, telkens gekoppeld aan het bewonersperspectief. Hierdoor wordt bewust gekozen welke CAPS effectief leiden tot doelen en acties, en wordt vermeden dat het team overspoeld raakt door een lange lijst van triggers zonder praktische vertaling.

Koppel elke inschaling aan een gestructureerd MDO met bewoners- en familieperspectief: Het MDO mag niet langer los staan van BelRAI, maar is idealiter een vaste scharnierfase binnen de cyclus, ondersteund door een voorbereidingssjabloon dat CAPS, observaties, klinische gegevens, medicatie en context bundelt. Bewoners en familie worden hierbij betrokken wanneer dit wenselijk of haalbaar is; wanneer dit niet kan, wordt het bewonersperspectief vooraf doelgericht verzameld zodat doelen niet uitsluitend vanuit professionele interpretatie vertrekken.

Werk met expliciete doelen, acties, termijnen en evaluatiecriteria in het EPD: Het elektronisch bewonersdossier moet een vaste, herkenbare plaats bevatten waar BelRAI-resultaten, het MDO-verslag en de doel- en actieafspraken samen terug te vinden zijn. De SMART-structuur wordt hierbij gebruikt als standaard voor doelnotatie zodat per doel duidelijk is wie verantwoordelijk is, welke acties lopen, tegen wanneer wordt geëvalueerd en op basis waarvan een doel kan worden bijgestuurd of afgesloten.

Bouw opleiding, intervisie en draagvlak structureel in: Concreet betekent dit dat een kerngroep of trekkersgroep wordt aangeduid die de workflow bewaakt en periodiek terugkoppelt. Ook dat er korte, herhaalbare opleidingsmomenten worden voorzien rond observatie, CAP-interpretatie en SMART - doelvorming. Nieuwe medewerkers krijgen binnen een afgebakende termijn een introductie in de interne BelRAI-werking en intervisiemomenten worden ingepland om knelpunten vroeg te detecteren en afspraken te verfijnen.

Veranker het proces beleidsmatig en maak tijd vrij: Tijdsblokken voor observatiecoördinatie, CAP-bespreking/MDO en registratie/evaluatie moeten expliciet worden opgenomen in de werkorganisatie. Idealiter worden er beleidskeuzes gemaakt rond rolverdeling en continuïteit zodat het proces niet afhankelijk blijft van een beperkt aantal indicatiestellers. Dit sluit aan bij de bevindingen uit de interne intervisie waarin planning, rolafspraken en selectie op motivatie en competentie als noodzakelijke voorwaarden werden benoemd.

Pak IT-integratie en toegankelijkheid praktisch aan: Er moet voldoende toegang zijn tot de relevante digitale toepassingen tijdens observatie- en registratiemomenten terwijl de interne EPD-structuur zo wordt ingericht dat BelRAI-resultaten, observaties, doelen en evaluaties zonder zoekwerk terug te vinden zijn. Door duidelijke afspraken te maken over waar documenten worden opgeslagen en hoe opvolging zichtbaar wordt gemaakt, vermindert dubbelregistratie en groeit de kans dat BelRAI effectief een stuurinstrument wordt in plaats van een losstaand beoordelingssysteem.

4.2 Aanbevelingen voor verder onderzoek en onderwijs

Toekomstig onderzoek kan zich toespitsen op de daadwerkelijke implementatie en evaluatie van de voorgestelde BelRAI-workflow binnen een woonzorgcentrum. Het is belangrijk om na te gaan of de structurering van observatieperiodes, multidisciplinair overleg en doelgerichte verslaggeving leidt tot een betere registratie, efficiëntere opvolging en meer persoonsgerichte zorg. Daarbij lijkt het zinvol om de ervaren werkbaarheid, registratielast en teamdynamiek in kaart te brengen na invoering van deze instrumenten. Ook de mogelijke impact op de kwaliteit van zorg, bewonersbeleving en mantelzorgtevredenheid zou zinvol kunnen zijn.

Daarnaast is bijkomend onderzoek nodig naar het perspectief van bewoners, familieleden en huisartsen, aangezien hun ervaringen en noden in dit onderzoek niet systematisch zijn bevraagd. Hun

inzichten kunnen waardevolle informatie opleveren over hoe BelRAI-gestuurde zorgdoelen in de praktijk worden ervaren en welke elementen bijdragen aan betrokkenheid, autonomie en emotionele veiligheid.

Binnen het onderwijs is het aangewezen om BelRAI niet uitsluitend te benaderen als beoordelingsinstrument, maar als onderdeel van een geïntegreerd zorgproces. Opleidingen zorg- en verpleegkunde, ergo- en kinesitherapie en andere disciplines kunnen studenten al reeds introduceren in het BelRAI gebeuren. Tevens kan het onderwijs deze studenten laten oefenen met observatie-opdrachten, multidisciplinair overleg, doelvorming en verslaggeving op basis van CAP-signalen. Op deze manier kunnen studenten niet alleen technische BelRAI-vaardigheden ontwikkelen, maar ook samenwerken rond zorgplanning en een bewonersperspectief meenemen in besluitvorming. Een structurele verankering van deze elementen in het onderwijs kan de toekomstige zorgprofessional voorbereiden op een meer mature manier van werken met BelRAI.

4.3 Sterktes en beperkingen van de studie

Een duidelijke sterkte van dit onderzoek is de sterke inbedding in de praktijk. De gegevens zijn verzameld via observaties, dossieranalyse, interne procesdocumenten, een intervisieverslag, oefenmomenten met het team en praktijkbezoeken in twee voorzieningen met een meer mature BelRAI-werking. Deze combinatie van bronnen geeft een breed beeld van hoe BelRAI vandaag gebruikt kan worden en waar de knelpunten zich situeren. Het afstemmen en vergelijken van resultaten uit de verschillende bronnen en methoden verhoogt de betrouwbaarheid van de vaststellingen.

Een bijkomende sterkte is dat de workflow werd opgebouwd met gebruik van officiële materialen en richtlijnen van het Kwaliteitscentrum Diagnostiek. Hierdoor ligt de inhoud in lijn met hun visie op BelRAI-gestuurde zorgplanning. Er was geen formele afstemming met het KCD bij het opstellen van de workflow. Er werd wel toestemming gegeven voor het gebruik van hun visuele voorstelling van het cyclisch BelRAI-proces.

Tegelijk zijn er belangrijke beperkingen. De studie betreft één eigen woonzorgcentrum en twee participerende voorzieningen die als referentie optreden. Andere organisaties kunnen met andere randvoorwaarden kampen. Bijvoorbeeld qua personeelsbezetting, digitale systemen, beleidskeuzes of ondernemingsvorm. Hoewel de resultaten mogelijk relevant zijn voor andere zorgorganisaties, blijven de bevindingen contextgebonden. Daarom kunnen ze niet worden veralgemeend. Bovendien werden bewoners, familieleden en huisartsen niet systematisch bevraagd naar hun ervaring en beleving. De focus ligt op processen en teamervaringen. Daardoor blijft onduidelijk hoe bewoners zelf de impact van BelRAI-gestuurde doelen op hun dagelijks leven ervaren en hoe artsen de koppeling tussen medische besluitvorming en CAP-informatie beoordelen. Hier kan verder onderzoek naar gedaan worden.

Een derde beperking is dat de voorgestelde workflow en ondersteunende instrumenten nog niet in de praktijk werden geïmplementeerd en geëvalueerd. Er is op dit moment geen informatie beschikbaar over de daadwerkelijke impact op kwaliteit van zorg, ervaren werkbaarheid, registratielast of teamdynamiek in kader van het gebruik van deze instrumenten. Daarom moeten deze hulpmiddelen gezien worden als onderbouwde ontwerpvoorstellen, niet als bewezen interventies.

5 Bibliografie

- BelRAIWiki. (z.d.). CAPs. Geraadpleegd op 9 november 2025, van <https://belraiwiki.health.belgium.be/nl/Wiki.jsp?page=CAPS>
- Betekenisvolle Activiteiten Methode (BAM). (z.d.). *Betekenisvolle activiteiten methode*. Arteveldehogeschool Gent. <https://www.arteveldehogeschool.be/nl/opleidingen/bijscholingen-en-studiedagen/betekenisvolle-activiteiten-methode-bam-0>
- Caughey, G. E., Rahja, M., Fernando, R., & Inacio, M. C. (2025). Quality indicators to monitor care in long-term care facilities: A scoping review. *Journal of the American Medical Directors Association*. Advance online publication.
- De Almeida Mello, J., Wellens, N. I., Hermans, K., De Stampa, M., Cerase, V., Vereker, N., Jónsson, P. V., Finne-Soveri, H., Meehan, B., & Declercq, A. (2023). The implementation of integrated health information systems – Research studies from 7 countries involving the interRAI assessment system. *International Journal of Integrated Care*, 23(1), 8. <https://doi.org/10.5334/ijic.6968>
- Defoor, M., & Hauspie, F. (2025). *Optimalisatie van BelRAI-LTCF binnen de woonzorgcontext*. Katholieke Hogeschool VIVES.
- De Ruyck, S. (2023). *Implementatie van de BelRAI-LTCF in WZC De Meers*. Katholieke Hogeschool VIVES.
- Dellefield, M. E., & Corazzini, K. (2015). Comprehensive care plan development using resident assessment instrument framework: Past, present, and future practices. *Healthcare*, 3(4), 1031–1053. <https://doi.org/10.3390/healthcare3041031>
- Departement Zorg. (z.d.-a). *BelRAI in Vlaanderen*. Geraadpleegd op 9 november 2025, van <https://www.departementzorg.be/nl/belrai-vlaanderen>
- Departement Zorg. (z.d.-b). *BelRAI binnen de ouderenzorg*. Geraadpleegd op 9 november 2025, van <https://www.departementzorg.be/nl/belrai-binnen-de-ouderenzorg>
- Hirdes, J. P., Retalic, T., Muskat, C., Morris, J. N., & Katz, P. R. (2020). The Seniors Quality Leap Initiative (SQLI): An international collaborative to improve quality in long-term care. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(12), 1931–1936. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.07.024>
- Hogeschool VIVES. (z.d.). *Huisstijl – logo*. Geraadpleegd op 1 november 2025, van <https://www.vives.be/nl/huisstijl/logo>
- Iduye, S., Risling, T., McKibbin, S., & Iduye, D. (2021). Optimizing the interRAI assessment tool in care planning processes for long-term residents: A scoping review. *Clinical Nursing Research*, 31(1), 5–19. <https://doi.org/10.1177/10547738211020373>
- Iduye, V. N., Harrison, D., Finlayson, K., & Jones, C. (2021). Optimizing the interRAI assessment tool in care planning processes for long-term residents: A

- scoping review. *Clinical Nursing Research*, 31(3), 367–383.
<https://doi.org/10.1177/10547738211020373>
- InterRAI. (2025, June 24). *Collaborative action plans (CAPs)*. <https://interrai.org/applications/clinical-assessment-protocols-caps/>
- Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek. (2025, 13 juni).
BelRAI LTCF: Wat na de zachte opstart? <https://kcdvzw.be/nieuws/belrai-ltcf-wat-na-de-zachte-opstart>
- Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek. (2025, 25 augustus).
BelRAI LTCF – Overzicht zorgschalen (Versie 25/08/2025).
- Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek. (2025, 25 augustus).
BelRAI LTCF – Overzicht CAP's: Collaborative Action Plans (Versie 25/08/2025).
- Osińska, M., Favez, L., & Zúñiga, F. (2022).
 Evidence for publicly reported quality indicators in residential long-term care: A systematic review. *BMC Health Services Research*, 22, Article 1226. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08625-1>
- Participerende voorziening A. (2025, 12 november).
Procedure: Screening en herscreening (BelRAI) [Intern document].
- Van der Heiden, C., & Korrelboom, K. (2024).
Doelgestuurd behandelen in de cognitieve gedragstherapie: Een praktische handleiding. Bohn Stafleu van Loghum. <https://doi.org/10.1007/978-90-368-2992-2>
- Van Doren, S., Hermans, K., & Declercq, A. (2021).
 Towards a standardized approach of assessing social context of persons receiving home care in Flanders, Belgium: The development and test of a social supplement to the interRAI instruments. *BMC Health Services Research*, 21, Article 1093. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07129-0>
- Van Doren, S., De Coninck, D., Hermans, K., & Declercq, A. (2022).
 Interrater reliability of the BelRAI social supplement in Flanders, Belgium: Simultaneous rating of community-dwelling adults with care needs during COVID-19. *Frontiers in Psychology*, 13, Article 843547. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.843547>
- Zorg en Gezondheid. (2021, 9 december).
Informatiesessie BelRAI LTCF – 09 12 2021 [Presentatie]. <https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/2022-04/Presentatie%20Informatiesessie%20BelRAI%20LTCF%20-%2009122021.pdf>

6 Bijlagen

6.1 Annex weergave gebruikte AI-Tools

Tabel 3

Annex weergave gebruikte AI-Tools

ANNEX: WEERGAVE GEBRUIKTE AI-TOOLS				
TOOL	PROMPT	GEBRUIK VAN DE OUTPUT + eventueel kort een concreet voorbeeld van de output	OPDRACHTDEEL	Wat heb ik met deze stap in mijn zoekstrategie geleerd?
Chat GPT 5.1	Controleer mijn tekst op taal- en schrijffouten.	De AI-output werd niet rechtstreeks overgenomen. Ik gebruikte de suggesties om mijn eigen tekst te verbeteren. De toegepaste suggesties hebben louter betrekking op taalondersteuning.	De volledige opdracht	AI hielp mij om mijn zinnen vloeiender te maken en taalfouten te verwijderen. Het werd ingezet voor taalondersteuning. AI is een handig hulpmiddel maar het blijft belangrijk om zelf de controle te houden en de output kritisch te bekijken.
Open evidence	bewijs dat de BelRAI LTCF werkt en tot zorgverbetering leidt met wetenschappelijk onderzoek dat niet ouder dan 5 jaar is?	De AI-output bevatte een algemeen antwoord en enkele mogelijke referenties. Ik heb deze inhoud niet letterlijk of rechtstreeks overgenomen in de literatuurstudie, maar gebruikte ze als startpunt om bronnen op te sporen. Vervolgens heb ik de voorgestelde publicaties zelf opgezocht en beoordeeld op relevantie en bruikbaarheid voor de onderzoeksvraag. Op basis	Resultaten - literatuurstudie	Deze werkwijze maakte duidelijk dat AI kan helpen bij het sneller identificeren van potentiële literatuur, maar dat kritische evaluatie noodzakelijk blijft. Ik leerde dat AI vooral nuttig is als oriëntatie-instrument, terwijl het controleren van kwaliteit, actualiteit en toepasbaarheid

		daarvan werd één bron geselecteerd en verder aangevuld via de sneeuwbalmethode, waarna ze effectief werden opgenomen in de literatuurstudie.		steeds door de onderzoeker zelf moet gebeuren. Daarom bleef ik, waar mogelijk, actief verder zoeken en verifiëren via eigen literatuuronderzoek en de sneeuwbalmethode.
--	--	--	--	---

6.2 Ontwikkelde ondersteunende instrumenten

6.2.1 Voorgestelde werkstroomvoorstel voor BelRAI inschalingen

Het voorgestelde werkstroomvoorstel is gebaseerd op de bestaande procedure screening en herscreening (BelRAI) van de participerende voorziening A en werd aangepast op basis van de verzamelde onderzoeksgegevens.

Een BelRAI-beoordeling wordt ingevuld door meerdere medewerkers, vastgelegd in bijlage 6.2.3: voorstel tot rolverdeling voor multidisciplinaire inschaling, die een interne of externe opleiding tot indicatiesteller hebben gevolgd. De dienstverantwoordelijke van de afdeling maakt voor nieuwe bewoners een dossier aan op het Vlaamse BelRAI-platform. De sociale dienst licht het informed consent toe en voegt een ondertekend exemplaar toe aan het elektronisch zorgdossier onder de sectie multidisciplinair. Verder maakt de sociale dienst een afspraak, minimum acht weken na opname, voor het MDO en geeft de afgesproken datum door aan de betrokken dienstverantwoordelijke.

De dienstverantwoordelijke plant de inschaling in, rekening houdend met de planning van het MDO en de werkdruk op de afdeling. De coördinatie van de inschaling kan door de dienstverantwoordelijke zelf worden opgenomen of, in overleg, worden toegewezen aan een indicatiesteller die als coördinator optreedt. De coördinator maakt de beoordeling aan en zet deze klaar op het online-platform. De indicatiesteller blijft eindverantwoordelijk voor de inhoudelijke correctheid van de BelRAI-inschaling.

Bij alle nieuwe bewoners wordt uiterlijk acht weken na opname een eerste inschaling uitgevoerd. Vervolgens vindt minstens jaarlijks een herinschaling plaats, die gekoppeld is aan het MDO. Daarnaast wordt bij elke significante verandering in de gezondheidstoestand een bijkomende inschaling uitgevoerd.

De gekozen observatieperiode wordt door de dienstverantwoordelijke of aangeduide coördinator expliciet gecommuniceerd naar het team. Dit gebeurt via mondelinge toelichting tijdens overdracht, schriftelijke vermelding in de afdelingsagenda en registratie in het elektronisch zorgdossier van de bewoner onder de sectie multidisciplinair. Daarnaast worden de betrokken indicatiestellers uitgenodigd via het Vlaamse BelRAI-platform en wordt een observatiebundel voorzien naast de werkplanning voor medewerkers die geen indicatiesteller zijn.

De beoordeling wordt multidisciplinair ingevuld volgens de afgesproken rolverdeling. Observaties worden gebaseerd op eigen waarnemingen of vastgelegd in de observatiebundel (bijlage 6.2.2: Observatiebundel die aan de werkplanning gekoppeld kan worden) gedurende drie voorafgaande dagen en aangevuld met informatie uit het elektronisch zorgdossier, gesprekken met de bewoner en overleg met familie en/of mantelzorgers.

De BelRAI-resultaten, samen met het medicatieschema, de vroegtijdige zorgplanning en een eventueel intern fixatiedocument, worden door de dienstverantwoordelijke of door de gekozen coördinator verzameld in het gestandaardiseerd voorbereidingsformulier voor het MDO (bijlage 6.2.4: gestandaardiseerd voorbereidingsformulier voor het MDO). Deze resultaten worden tijdens het MDO aan de hand van hetzelfde document besproken. De CAP's worden multidisciplinair overlopen en beoordeeld. Indien probleemstellingen worden weerhouden, worden deze verder

uitgediept en vertaald naar zorgdoelen en opvolgbare acties aan de hand van het sjabloon voor SMART-doelformulering (bijlage 6.2.5: sjabloon voor SMART-doelformulering).. Indien op basis van de beschikbare informatie geen CAP's geselecteerd worden voor actieve opvolging, wordt dit expliciet vastgelegd en wordt de bestaande zorg als passend beschouwd.

Het individueel zorgplan wordt aangepast op basis van de gemaakte afspraken en de nodige evaluatiemomenten worden ingepland en afgestemd met de bewoner en/of diens netwerk. De afgesproken zorgdoelen en acties worden opgevolgd en geëvalueerd aan de hand van de afspraken die gemaakt werden in het sjabloon voor SMART-doelformulering. Bij herinschaling of bij een significante verandering in de gezondheidstoestand worden huidige trends vergeleken met vorige resultaten en zorgdoelen.

Het ingevulde gestandaardiseerd voorbereidingsformulier voor het MDO wordt door de dienstverantwoordelijke geüpload in het elektronisch zorgdossier onder de sectie multidisciplinair.

6.2.2 Observatiebundel die aan de werkplanning gekoppeld kan worden

Dit document kan worden ingevuld door collega's op dienst om tot een volledige observatie te komen in kader van een BelRAI-inschaling. Het vervangt het elektronisch zorgdossier niet tijdens deze observatieperiode maar fungeert als een aanvulling. Aanwezigheid van een element in dit document moet steeds terug te vinden zijn in het elektronisch zorgdossier. Deze observatiebundel werd gebaseerd op een voorbeeld van participerende voorziening B.

Wij danken iedereen voor de samenwerking en betrokkenheid.

Naam bewoner	.....					
Voornaam bewoner	.....					
Geboortedatum	.....					
Observatiedagen	DAG 1		DAG 2		DAG 3	
Referentiepersoon 1						
Referentiepersoon 2						

Sectie E – Stemming en gedrag

Kwam onderstaand gedrag voor? JA (+) / NEE (-)

Item	DAG 1	DAG 2	DAG 3
Deed negatieve uitspraken			
Voortdurend boos op zichzelf of anderen			
Onrealistische angsten			
Herhaaldelijk bezorgd over maaltijden, was, ...			
Droevige gelaatsuitdrukking			
Huilen			
Zeggen dat er iets vreselijks gaat gebeuren			
Zich terugtrekken uit belangrijke activiteiten			
Uitingen van gebrek aan plezier in het leven			
Ronddolen			
Verbaal geweld			
Lichamelijk geweld			

Storend gedrag			
Ongepast openbaar seksueel gedrag			
Verzet zich tegen zorg			

Sectie F – Psychosociaal welzijn

Kwam onderstaand gedrag voor? JA (+) / NEE (-)

Item	DAG 1	DAG 2	DAG 3
Voelt zich goed bij de medewerkers			
Zoekt zelf contact met de medebewoners			
Gaat naar activiteiten			
Maakt vrienden			
Voelt zich gemakkelijk bij verandering van routine			
Bezoek van vrienden/familie gehad			
Telefonisch contact met vrienden/familie			

Zelf gemelde stemming

Vul in op basis van een gesprek met de bewoner: “Hoe vaak, in de laatste 3 dagen voelde u...”

... weinig belangstelling voor plezier in dingen waar u gewoon van geniet?		
Niet in de laatste 3 dagen	Niet in de laatste 3 dagen, maar voelt zich vaak zo.	Op 1 – 2 van de laatste 3 dagen
Dagelijks in de laatste 3 dagen	Persoon kon (wilde) niet antwoorden	
... Zich angstig, rusteloos of ongemakkelijk?		
Niet in de laatste 3 dagen	Niet in de laatste 3 dagen, maar voelt zich vaak zo.	Op 1 – 2 van de laatste 3 dagen
Dagelijks in de laatste 3 dagen	Persoon kon (wilde) niet antwoorden	
... Zich bedroefd, depressief of hulpeloos?		
Niet in de laatste 3 dagen	Niet in de laatste 3 dagen, maar voelt zich vaak zo.	Op 1 – 2 van de laatste 3 dagen
Dagelijks in de laatste 3 dagen	Persoon kon (wilde) niet antwoorden	

Sectie J – Gezondheidstoestand

Kwam onderstaand gedrag voor? JA (+) / NEE (-)

Item	DAG 1	DAG 2	DAG 3
Kan niet zonder hulp gaan staan			
Kan zich niet omdraaien vanuit staande positie			
Stapt in schokjes, schuifelend,...			
Duizeligheid			
Pijn in de borststreek			
Moeite om slijmen op te hoesten			
Abnormale gedachten			
Wanen			
Hallucinaties			
Maagzuuroprispingen			
Constipatie			
Diarree			
Overgeven			
Te vroeg wakker, rusteloze slaap			
Te veel slaap			
Verslikking			
Koorts			
Bloed in de stoelgang of urine			
Onverzorgd voorkomen			
Perifeer oedeem			
pijn			

Sectie G – ADL

Kwam onderstaand gedrag voor? JA (+) / NEE (-)

DAG 1	DAG 2	DAG 3																																																																																										
☐ wekelijks bad/douche ☐ dagelijks toilet (ochtend) / intiem toilet avond	☐ wekelijks bad/douche ☐ dagelijks toilet (ochtend) / intiem toilet avond	☐ wekelijks bad/douche ☐ dagelijks toilet (ochtend) / intiem toilet avond																																																																																										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Ochtend</th> <th>Avond</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Zelfstandig</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Louter klaargezet</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Toezicht</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Hulp geboden (zie verder)</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Item	Ochtend	Avond	Zelfstandig			Louter klaargezet			Toezicht			Hulp geboden (zie verder)			<table border="1"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Ochtend</th> <th>Avond</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Zelfstandig</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Louter klaargezet</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Toezicht</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Hulp geboden (zie verder)</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Item	Ochtend	Avond	Zelfstandig			Louter klaargezet			Toezicht			Hulp geboden (zie verder)			<table border="1"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Ochtend</th> <th>Avond</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Zelfstandig</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Louter klaargezet</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Toezicht</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Hulp geboden (zie verder)</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Item	Ochtend	Avond	Zelfstandig			Louter klaargezet			Toezicht			Hulp geboden (zie verder)																																															
Item	Ochtend	Avond																																																																																										
Zelfstandig																																																																																												
Louter klaargezet																																																																																												
Toezicht																																																																																												
Hulp geboden (zie verder)																																																																																												
Item	Ochtend	Avond																																																																																										
Zelfstandig																																																																																												
Louter klaargezet																																																																																												
Toezicht																																																																																												
Hulp geboden (zie verder)																																																																																												
Item	Ochtend	Avond																																																																																										
Zelfstandig																																																																																												
Louter klaargezet																																																																																												
Toezicht																																																																																												
Hulp geboden (zie verder)																																																																																												
Hulp geboden? Wat deed jij als zorgverlener?	Hulp geboden? Wat deed jij als zorgverlener?	Hulp geboden? Wat deed jij als zorgverlener?																																																																																										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Wassen</th> <th>Drogen</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Gezicht</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Handen</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Armen</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Borst(en)</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Buik</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Rug</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Stuit</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Benen</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Voeten</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Item	Wassen	Drogen	Gezicht			Handen			Armen			Borst(en)			Buik			Rug			Stuit			Benen			Voeten			<table border="1"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Wassen</th> <th>Drogen</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Gezicht</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Handen</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Armen</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Borst(en)</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Buik</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Rug</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Stuit</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Benen</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Voeten</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Item	Wassen	Drogen	Gezicht			Handen			Armen			Borst(en)			Buik			Rug			Stuit			Benen			Voeten			<table border="1"> <thead> <tr> <th>Item</th> <th>Wassen</th> <th>Drogen</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Gezicht</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Handen</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Armen</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Borst(en)</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Buik</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Rug</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Stuit</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Benen</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Voeten</td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Item	Wassen	Drogen	Gezicht			Handen			Armen			Borst(en)			Buik			Rug			Stuit			Benen			Voeten		
Item	Wassen	Drogen																																																																																										
Gezicht																																																																																												
Handen																																																																																												
Armen																																																																																												
Borst(en)																																																																																												
Buik																																																																																												
Rug																																																																																												
Stuit																																																																																												
Benen																																																																																												
Voeten																																																																																												
Item	Wassen	Drogen																																																																																										
Gezicht																																																																																												
Handen																																																																																												
Armen																																																																																												
Borst(en)																																																																																												
Buik																																																																																												
Rug																																																																																												
Stuit																																																																																												
Benen																																																																																												
Voeten																																																																																												
Item	Wassen	Drogen																																																																																										
Gezicht																																																																																												
Handen																																																																																												
Armen																																																																																												
Borst(en)																																																																																												
Buik																																																																																												
Rug																																																																																												
Stuit																																																																																												
Benen																																																																																												
Voeten																																																																																												

Wie deed onderstaande detailzorgen?			Wie deed onderstaande detailzorgen?			Wie deed onderstaande detailzorgen?					
Item	Bewoner	Zorgverlener	Item	Bewoner	Zorgverlener	Item	Bewoner	Zorgverlener			
Haren kammen			Haren kammen			Haren kammen					
Tanden poetsen			Tanden poetsen			Tanden poetsen					
Scheren			Scheren			Scheren					
Shminken			Shminken			Shminken					
Waarin hielp je de bewoner met het aan- en / of uitkleden?			Waarin hielp je de bewoner met het aan- en / of uitkleden?			Waarin hielp je de bewoner met het aan- en / of uitkleden?					
Item	Ochtend	Avond	Item	Ochtend	Avond	Item	Ochtend	Avond			
BH			BH			BH					
Onderbroek			Onderbroek			Onderbroek					
Onderhemd			Onderhemd			Onderhemd					
Hemd/trui/blouse			Hemd/trui/blouse			Hemd/trui/blouse					
Rok/broek			Rok/broek			Rok/broek					
Knopen/rits			Knopen/rits			Knopen/rits					
Kousen			Kousen			Kousen					
Schoenen			Schoenen			Schoenen					
Prothesen			Prothesen			Prothesen					
Toilettransfer: toilet of toiletstoel			Toilettransfer: toilet of toiletstoel			Toilettransfer: toilet of toiletstoel					
Item	Zonder hulp	Toezicht	Met hulp	Item	Zonder hulp	Toezicht	Met hulp	Item	Zonder hulp	Toezicht	Met hulp
Gaan zitten				Gaan zitten				Gaan zitten			
Rechtkomen				Rechtkomen				Rechtkomen			

Toiletgebruik: waar heb je hulp geboden?				Toiletgebruik: waar heb je hulp geboden?				Toiletgebruik: waar heb je hulp geboden?			
Item	Ochtend	Middag	Avond	Item	Ochtend	Middag	Avond	Item	Ochtend	Middag	Avond
Stuit reinigen				Stuit reinigen				Stuit reinigen			
Inco verwijderen + vervangen				Inco verwijderen + vervangen				Inco verwijderen + vervangen			
Kledij op orde brengen				Kledij op orde brengen				Kledij op orde brengen			
Wandelen: Stappen op dezelfde afdeling. Hoe vaak? = cijfer invullen				Wandelen: Stappen op dezelfde afdeling. Hoe vaak? = cijfer invullen				Wandelen: Stappen op dezelfde afdeling. Hoe vaak? = cijfer invullen			
Item	Ochtend	Middag	Avond	Item	Ochtend	Middag	Avond	Item	Ochtend	Middag	Avond
Zelfstandig				Zelfstandig				Zelfstandig			
Met rollator /wandelstok				Met rollator /wandelstok				Met rollator /wandelstok			
Aan de arm				Aan de arm				Aan de arm			
Andere?				Andere?				Andere?			
Beweeglijkheid in bed ☐ Kan zelfstandig draaien/rechtkomen in bed ☐ hulp gekregen bij draaien/rechtkomen in bed				Beweeglijkheid in bed ☐ Kan zelfstandig draaien/rechtkomen in bed ☐ hulp gekregen bij draaien/rechtkomen in bed				Beweeglijkheid in bed ☐ Kan zelfstandig draaien/rechtkomen in bed ☐ hulp gekregen bij draaien/rechtkomen in bed			

Eten				Eten				Eten			
Item	Ochtend	Middag	Avond	Item	Ochtend	Middag	Avond	Item	Ochtend	Middag	Avond
Potjes openen / vlees snijden				Potjes openen / vlees snijden				Potjes openen / vlees snijden			
Toezicht houden				Toezicht houden				Toezicht houden			
Hulp geboden				Hulp geboden				Hulp geboden			
Is de bewoner buiten / in de tuin geweest? JA / NEE				Is de bewoner buiten / in de tuin geweest? JA / NEE				Is de bewoner buiten / in de tuin geweest? JA / NEE			

Sectie H – Continentie

Kwam onderstaand element voor? JA (+) / NEE (-)

Item	Ochtend			Middag			Avond			Nacht		
	DAG 1	DAG 2	DAG 3	DAG 1	DAG 2	DAG 3	DAG 1	DAG 2	DAG 3	DAG 1	DAG 2	DAG 3
Urine												
Continent												
Stoma												
Incontinent / Nat												
Stoelgang												
Continent												
Stoma												
Stoelgangverlies												

Sectie M - Ontspanningsactiviteiten

1. Tijd gemiddeld bezig met ontspanningsactiviteiten

Opgelet: Wanneer men wakker is en geen ADL – activiteiten doet of behandelingen ontvangt.

- ☐ Geen
 ☐ Enige – van 1/3 tot 2/3 van de tijd
☐ Weinig – minder dan 1/3 van de tijd
 ☐ Meeste – Meer dan 2/3 van de tijd

2. Activiteiten voorkeuren en betrokkenheid

Geef de gepaste score	0: Geen voorkeur, niet betrokken in de laatste 3 dagen.	2: Voorkeur maar niet betrokken	4: Voorkeur in de laatste 3 dagen
	1: Geen, in de laatste 3 betrokken	3: Voorkeur, regelmatig betrokken maar niet in de laatste 3 dagen	

Kwam onderstaand gedrag voor? JA (+) / NEE (-)

Item	DAG 1	DAG 2	DAG 3
Kaarten, spelletjes of puzzels			
Gebruik van computer, smartphone, tablet en of andere			
Praten via de telefoon of via andere elektronisch apparaat			
Handwerk of creatieve activiteiten			
Dansen			
Herinneringen ophalen over het leven			
Oefeningen of sport			
Tuinieren of planten verzorgen			
Anderen helpen			
Muziek zingen			
Huisdieren			

Lezen schrijven, of kruiswoordpuzzels			
Geestelijke of religieuze activiteiten			
Uitstapjes of winkelen			
Wandelen of in rolstoel naar buiten			
TV-kijken of naar radio luisteren			

3. Slaap gedurende de dag

Item	DAG 1	DAG 2	DAG 3
De gehele tijd of meestal wakker			
Dut veel			
Meestal in slaap soms wakker en oplettend (bv. tijdens de maaltijd)			
Meestal in slaap of niet reagerend			

Sectie O – Behandeling en procedures

Beperkende maatregelen

Geef de gepaste score	0: Niet gebruikt	2: Dagelijks gebruikt	4: Dag en Nacht gebruikt, maar niet continue
	1: Minder dan dagelijks gebruikt	3: Dagelijks gebruikt maar alleen overdag	5: Continue gebruikt (omvat ook periodiek losmaken)

Kwam onderstaand gedrag voor? JA (+) / NEE (-)

Item	DAG 1	DAG 2	DAG 3
Onrusthekkens aan alle open kanten van het bed			
Fixatie van het bovenlichaam			
Stoel waaruit de persoon niet kan opstaan			

Document vrijheidsbeperkende maatregelen aanwezig / getekend? JA /. NE

6.2.3 Voorstel tot rolverdeling voor multidisciplinaire inschaling

Sectie	Item vraag	Wie
A. Persoonlijke gegevens	1. Brugerlijke staat	Sociale dienst
	2. Reden voor beoordeling	Sociale dienst
	3. Tijd sinds laatste ziekenhuisverblijf	Sociale dienst
	4. Beoordelingsreferentiedatum	Sociale dienst
B. Opname en voorgeschiedenis	1. Mate van inspraak van de persoon over opnamebeslissing	Sociale dienst
	2. Datum waarop deze persoon in de zorgorganisatie werd opgenomen	Sociale dienst
	3. Verblijfplaats voor de opname en gebruikelijk woonverblijf	Sociale dienst
	4. Woonsituatie voor opname	Sociale dienst
	5. Opgenomen geweest in de afgelopen 5 jaar	Sociale dienst
	6. Geestelijke gezondheid	Sociale dienst
C. Cognitie	1. Cognitieve vaardigheden voor dagelijkse besluitvorming	Zorg- of verpleegkundige / ergotherapeut - animatie
	2. Geheugen/herinneringsvermogen	Zorg- of verpleegkundige / ergotherapeut - animatie
	3. Periodiek verward denken of bewustzijn	Zorg- of verpleegkundige
	4. Acute verandering in geestelijk functioneren ten opzichte van het gewone functioneren	Zorg- of verpleegkundige
	5. Verandering in de beslissingsbekwaamheid ten opzichte van 90 dagen geleden	Zorg- of verpleegkundige

D. Communicatie en gezichtsvermogen	1. Uiting – zichzelf duidelijk maken	Zorg- of verpleegkundige
	2. Begrip – anderen kunnen begrijpen	Zorg- of verpleegkundige
	3. Gehoor	Zorg- of verpleegkundige
	4. Zicht	Zorg- of verpleegkundige
E. Stemming en gedrag	1. Indicatoren van mogelijke depressie, angst, droefenis	Zorg- of verpleegkundige / ergotherapeut - animatie
	2. Zelf gemelde stemming	Zorg- of verpleegkundige / ergotherapeut - animatie
	3. Gedragssymptomen	Zorg- of verpleegkundige / ergotherapeut - animatie
F. Psychosociaal welzijn	1. Sociale omgang	Zorg- of verpleegkundige / Ergotherapeut – animatie
	2. Gevoel van betrokkenheid	Zorg- of verpleegkundige / Ergotherapeut – animatie
	3. Conflicterende omgang met anderen	Zorg- of verpleegkundige / Ergotherapeut – animatie
	4. Stresserende gebeurtenis in de laatste 90 dagen	Zorg- of verpleegkundige / Ergotherapeut – animatie
	5. Sterke punten	Zorg- of verpleegkundige / Ergotherapeut – animatie
G. Algemeen dagelijks functioneren	1. ADL functioneren	Zorg- of verpleegkundige / ergotherapeut – animatie
	2. Voortbeweging	Kinesitherapeut
	3. Activiteitsniveau	Kinesitherapeut
	4. Potentieel voor lichamelijke verbetering	Kinesitherapeut

	5. ADL toestand ten opzichte van 90 dagen geleden	Kinesitherapeut / Zorg- of verpleegkundige
H. Continentie	1. Urinecontinentie	Zorg- of verpleegkundige
	2. Urineopvangsysteem	Zorg- of verpleegkundige
	3. Stoelgangcontinentie	Zorg- of verpleegkundige
	4. Incontinentiemateriaal	Zorg- of verpleegkundige
	5. Stoma	Zorg- of verpleegkundige
I. Ziektebeelden	1. Selectielijst van ziektebeelden	Arts / Sociale dienst
J. Gezondheidstoestand	1. Valincidenten	Kinesitherapeut / Zorg- of verpleegkundige
	2. Recente valincidenten	Kinesitherapeut / Zorg- of verpleegkundige
	3. Frequentie van gezondheidsproblemen	Arts / Zorg- of verpleegkundige
	4. Dyspnoe	Arts / Zorg- of verpleegkundige
	5. Vermoeidheid	Arts / Zorg- of verpleegkundige
	6. Pijnsymptomen	Arts / Zorg- of verpleegkundige
	7. Instabiliteit van gezondheidsproblemen	Arts / Zorg- of verpleegkundige
	8. Zelf gemelde gezondheid	Arts / Zorg- of verpleegkundige
	9. Tabak en alcohol	Arts / Zorg- of verpleegkundige
K. Toestand van mond en voeding	1. Lengte en gewicht	Zorg- of verpleegkundige
	2. Voedingsproblemen	Zorg- of verpleegkundige / ergotherapeut – animatie

	3. Manier van voedselinname	Zorg- of verpleegkundige / ergotherapeut – animatie
	4. Parenterale of enterale inname	Zorg- of verpleegkundige
	5. Gebit en mond	Zorg- of verpleegkundige
L. Toestand van de huid	1. Doorligwonde met hoogste ernstgraad	verpleegkundige
	2. Voetproblemen	Verpleegkundige
M. Ontspanningsactiviteiten	1. Tijd gemiddeld bezig met ontspanningsactiviteiten	ergotherapeut – animatie / Zorg- of verpleegkundige
	2. Activiteitenvoorkeuren en betrokkenheid	ergotherapeut – animatie / Zorg- of verpleegkundige
	3. Slaap gedurende de dag	ergotherapeut – animatie / Zorg- of verpleegkundige
N. Geneesmiddelen	1. Allergie voor geneesmiddelen	Arts
	2. Houding van de persoon ten opzichte van voorgeschreven geneesmiddelen	Arts / verpleegkundige
	3. Totaal aantal geneesmiddelen	Arts / verpleegkundige
	4. Totaal aantal geneeskrachtige kruiden en voedingssupplementen	Arts / verpleegkundige
	5. Onlangs gewijzigde geneesmiddelen	Arts / verpleegkundige
	6. Zelf gemelde behoefte aan geneesmiddelengebruik	Arts / verpleegkundige
O. Behandelingen en procedures	1. Preventie	Arts / DV
	2. Ontvangen of geplande behandelingen en programma's in de laatste drie dagen	Arts / DV

	3. Deskundige zorgen door of onder supervisie van gediplomeerde zorgverleners	DV / Verpleegkundige
	4. Ziekenhuisverblijf en bezoek aan spoeddienst	Arts / DV / Sociale dienst bij eerste inschaling
	5. Raadpleging arts	DV / Verpleegkundige
	6. Voorschriften arts	DV / Verpleegkundige
	7. Beperkende maatregelen	DV / Kinesitherapeut
P. Verantwoordelijkheden en beschikkingen	1. Verantwoordelijkheid	DV
	2. Schriftelijke wilsverklaringen	DV
Q. Ontslagmogelijkheden	1. Ontslagmogelijkheden	DV in overleg met de behandelende arts
	2. Periode waarin de persoon wordt verondersteld in de huidige dienstverlening of setting te verblijven alvorens naar huis te gaan	DV
R. Ontslaginformatie	1. Laatste dag van de zorgverlening	DV in overleg met de behandelende arts
	2. Ontslagen naar	DV
S. Beoordelingsinformatie	1. Naam beoordelingsverantwoordelijke	DV
	2. Datum waarop de beoordeling volledig was afgerond	DV

Noot: De basis gevormd voor deze tabel is gebaseerd op een document verkregen tijdens het praktijkbezoek in participerende voorziening A.

6.2.4 Gestandaardiseerd voorbereidingsformulier voor het MDO

Het document start om praktische redenen op de volgende pagina.

Gestandaardiseerd MDO verslag

1. Voorbereiding

Persoonlijke gegevens bewoner

Naam	.....
Voornaam	.....
Geboortedatum	.....

Algemene gegevens

Kamernummer	.....	
Afdeling	.....	
Soort inschaling	☐ Eerste inschaling	
	☐ Herinschaling	☐ na 1 jaar ☐ na significante verandering in de gezondheidstoestand
Datum inschaling	.....	
Observatieperiode	Van/...../..... tot en met/...../.....	
Voorziene datum volgende inschaling	.....	

MDO gegevens

Datum MDO	.....
Aanwezigen	..... ..... .....
Werden uitgenodigd maar exuseren zich	..... ..... .....
Verslag ingevuld en upgeload in EPD door	.....

Toe te voegen bijlagen

- ☐ Voeg een pdf versie van de BelRA-resultaten toe in de bijlage van dit document.
- ☐ Voeg het medicatieschema toe in de bijlage van dit document.
- ☐ Voeg de huidige vroegtijdige zorgplanning toe in de bijlage van dit document.
- ☐ Voeg een eventueel intern fixatiedocument toe in de bijlage van dit document.

2. Uitvoering

a. Stel doelen aan de hand van de CAPS □

1. Duid in onderstaande tabel de CAPS aan die geactiveerd werden.
2. Duid aan of de bewoner, zijn context en / of de organisatie zelf, al dan niet gemotiveerd is om rond de geactiveerde CAP te werken.
3. Doe hetzelfde voor niet geactiveerde CAPS waar er wel een vragende partij gemotiveerd is om rond deze CAP te werken.
4. Legende van de pictogrammen in de tabel:



Deze CAP heeft potentieel om te verbeteren.



Deze CAP heeft geen potentieel om te verbeteren, we kunnen achteruitgang Voorkomen.

B

Bewoner

C

Context

O

Organisatie

CAPS	Trend	Gemotiveerd	Niet gemotiveerd
☐ CAP bevordering lichaamsbeweging	☐ ☐	☐ B ☐ C ☐ O	☐ B ☐ C ☐ O
☐ CAP Fysieke fixatie	☐ ☐	☐ B ☐ C ☐ O	☐ B ☐ C ☐ O
☐ CAP Activiteiten van het dagelijkse leven	☐ ☐	☐ B ☐ C ☐ O	☐ B ☐ C ☐ O
☐ CAP kans tot opname in een voorziening	☐ ☐	☐ B ☐ C ☐ O	☐ B ☐ C ☐ O
☐ CAP cognitieverlies	☐ ☐	☐ B ☐ C ☐ O	☐ B ☐ C ☐ O
☐ CAP Delirium	☐ ☐	☐ B ☐ C ☐ O	☐ B ☐ C ☐ O
☐ CAP Gedrag	☐ ☐	☐ B ☐ C ☐ O	☐ B ☐ C ☐ O
☐ CAP Communicatie	☐ ☐	☐ B ☐ C ☐ O	☐ B ☐ C ☐ O
☐ CAP Stemming	☐ ☐	☐ B ☐ C ☐ O	☐ B ☐ C ☐ O
☐ CAP Valincidenten	☐ ☐	☐ B ☐ C ☐ O	☐ B ☐ C ☐ O
☐ CAP Pijn	☐ ☐	☐ B ☐ C ☐ O	☐ B ☐ C ☐ O
☐ CAP Decubitus	☐ ☐	☐ B ☐ C ☐ O	☐ B ☐ C ☐ O

☐ CAP Tabak en alcoholgebruik	☐  ☐ 	☐ B ☐ C ☐ O	☐ B ☐ C ☐ O
☐ CAP Ondervoeding	☐  ☐ 	☐ B ☐ C ☐ O	☐ B ☐ C ☐ O
☐ CAP Urine-incontinentie	☐  ☐ 	☐ B ☐ C ☐ O	☐ B ☐ C ☐ O
☐ CAP darmproblemen	☐  ☐ 	☐ B ☐ C ☐ O	☐ B ☐ C ☐ O
☐ CAP Sondevoeding	☐  ☐ 	☐ B ☐ C ☐ O	☐ B ☐ C ☐ O
☐ CAP Dehydratatie	☐  ☐ 	☐ B ☐ C ☐ O	☐ B ☐ C ☐ O
☐ CAP Hart en ademhaling	☐  ☐ 	☐ B ☐ C ☐ O	☐ B ☐ C ☐ O
☐ CAP Juist en verantwoord medicatiegebruik	☐  ☐ 	☐ B ☐ C ☐ O	☐ B ☐ C ☐ O
☐ CAP Activiteiten	☐  ☐ 	☐ B ☐ C ☐ O	☐ B ☐ C ☐ O
☐ CAP Sociale omgang	☐  ☐ 	☐ B ☐ C ☐ O	☐ B ☐ C ☐ O
☐ CAP Mondhygiëne	☐  ☐ 	☐ B ☐ C ☐ O	☐ B ☐ C ☐ O
☐ CAP Doorverwijzing naar de tandarts	☐  ☐ 	☐ B ☐ C ☐ O	☐ B ☐ C ☐ O

5. Maak een keuze

- ☐ Op basis van de huidige informatie werden CAPS geselecteerd voor actieve opvolging en uitgewerkt in het sjabloon voor SMART-doelformulering en opvolgbare acties. Deze werden toegevoegd aan dit document als bijlage.
- ☐ Op basis van de huidige informatie werden geen CAPS geselecteerd voor actieve opvolging. De huidige zorg wordt als passend beschouwd.

b. Controleer het medicatieschema

☐

Bekijk het medicatieschema en ga na of er eventuele aanpassingen nodig zijn. Bijvoorbeeld kan pijnmedicatie worden afgebouwd of is er nood aan meer pijnmedicatie?.

c. Bespreek de vroegtijdige zorgplanning

☐

Ga na of de voorkeuren en wensen omtrent de vroegtijdige zorgplanning nog actueel zijn. Indien nodig wordt er best een vervolgesprek ingepland met de arts om wijzigingen door te voeren.

d. Bekijk de nood aan eventuele fixatie en breng het fixatiedocument in orde.

☐

6.2.5 Een sjabloon voor SMART-doelformulering en opvolgbare acties

CAP		Score	Motivatatie (Acceptabel)	Extra notitie bij motivatie
			Bewoner	Gemotiveerd / niet gemotiveerd
			Familie	Gemotiveerd / niet gemotiveerd
			Organisatie	Gemotiveerd / niet gemotiveerd
Plan van aanpak				
Specifiek	Wat wil je bereiken ? Wie ? wat? Waar?			
	Waarom wil je het bereiken?			
	Hoe zal je het bereiken?			
Meetbaar	Hoe weet je dat jouw doel bereikt is?			
	Wanneer zal je evalueren? Wie zal er evalueren?			
Realistisch	Is het doel haalbaar en realistisch? Zijn er voldoende middelen? Laten de omstandigheden het toe?			
Tijdgebonden	Binnen welke termijn zal je dit doel proberen halen?			

6.3 Draaiboek eigen voorziening

 hogeschool
VIVES



Reflectie eigen voorziening

draaiboek

Reflectie eigen voorziening

draaiboek

Datum: Donderdag 1 november 2025

Locatie: Eigen voorziening

Moderator: Guillian Vanhaelst

Onderzoek: *"Hoe kunnen de resultaten van de BelRai-screening systematisch vertaald worden naar SMART-zorgdoelstellingen en acties voor bewoners in een woonzorgcentrum?"*

Doel van dit bezoek

Door het uitvoeren van deze reflectie wordt gehoopt een duidelijk beeld te kunnen schetsen over de manier van werken met de BelRAI binnen de eigen voorziening. Er wordt gestreefd naar het ontdekken van de huidige workflow en het vertalen van de BelRAI-output naar SMART-zorgdoelen. Hierbij is er extra aandacht voor de specifieke rolverdeling, momenten en tools die ingezet worden. Daarnaast wordt gehoopt te leren van de valkuilen en successen van deze voorziening zodat er later een geoptimaliseerde workflow ontwikkeld kan worden.

Praktisch

Contactpersoon

[Redacted]

Bezoekdraaiboek Eigen voorziening

Confidentialiteit

Uit respect voor de zorgvoorziening en omwille van de bedrijfsgevoelige aard van de interne documenten worden geen toevertrouwde stukken als bijlage toegevoegd. In deze scriptie wordt uitsluitend gewerkt met eigen samenvattingen en geanonimiseerde beschrijvingen. Indien nodig kan inzage ter plaatse of op verzoek gebeuren, mits toestemming van de betrokken voorziening.

Interviewgids

Implementatie

1. In welke implementatiefase zitten jullie nu? Is er een formeel implementatieplan?

De BelRAI werd binnen de voorziening geïmplementeerd maar beperkt zich tot het inschalen van de bewoners. We kunnen dus concluderen dat er een gedeeltelijke implementatie heeft plaatsgevonden maar de BelRAI werking nog niet verweven zit doorheen de werking van de voorziening.

2. Wie zit in de BelRAI-werkgroep? Taken, mandaat, vergaderfrequentie?

De voorziening beschikt over één trainer en drie indicatiestellers, waarvan twee medewerkers effectief inschalingen uitvoeren. Jaarlijks wordt een intervisiemoment georganiseerd met als doel ervaring uit te wisselen en casussen te bespreken. Buiten deze intervisie bestaat er geen vaste werkgroepstructuur of vergaderfrequentie.

3. Welke disciplines zijn betrokken?

Momenteel beperkt het BelRAI verhaal zich tot zorgmedewerkers. Concreet gaat dit over 2 verpleegkundigen, 1 dienstverantwoordelijke en 2 zorgmanagers.

4. Hoe is de visie rond BelRAI verwoord? Is die intern gedeeld/gedragen?

De BelRAI maakt op dit moment geen onderdeel uit van de visietekst van de voorziening. Er is wel bereidheid om dit verder uit te werken, maar er bestaat nog geen formeel kader waarin de BelRAI gekoppeld wordt aan visie, kwaliteitswerking of zorgplanning.

Proces & workflow

5. Wanneer wordt de BelRAI afgenomen (instroom, periodiek, event-triggered)?

De BelRAI wordt uitgevoerd volgens de wettelijke bepalingen: binnen acht weken na opname en jaarlijks via een herinschaling. Er worden momenteel geen extra inschalingen uitgevoerd bij klinische wijziging.

6. Wordt de familie en ZO hierin betrokken?

Tijdens de inschaling wordt de bewoner zo goed mogelijk bevraagd. Indien de bewoner dit toestaat of wanneer er sprake is van cognitieve achteruitgang, kan de context geïnformeerd of bevraagd worden. Deze betrokkenheid vindt vooral ad hoc plaats en maakt geen deel uit van een gestructureerde doelbespreking.

7. Hoe verloopt de vertaalslag van BelRAI-output (triggers/CAP's) naar zorgdoelen? (stappen, formulieren, sjablonen)

De CAP-output van de BelRAI wordt op dit moment niet vertaald naar individuele zorgdoelstellingen of acties. De resultaten worden bekeken tijdens de inschaling, maar leiden niet tot prioritering, SMART-doelvorming of multidisciplinaire besluitvorming.

8. Waar en wanneer gebeurt dit (7)? (MDO, teamoverleg, individueel)

Er bestaat geen formele structuur waarin CAP-resultaten worden besproken of verwerkt. Er is geen MDO gekoppeld aan een inschaling.

9. Wanneer wordt een CAP een doel? Wie beslist?

Dit is momenteel niet van toepassing, aangezien er geen doelvorming gebeurt op basis van CAP-analyse.

10. Wie formuleert het SMART-doel?

Niet van toepassing.

11. Hoe worden acties toegewezen aan disciplines? (eigenaar, deadline, prioriteit)

Binnen de voorziening wordt niet multidisciplinair gewerkt rond BelRAI-doelen. Eigenaarschap, termijnen en prioriteiten worden dus niet vastgelegd.

12. Hoe prioriteer je bij meerdere CAPS?

Niet van toepassing.

13. Wanneer herevalueren jullie doelen? (termijn/trigger) .

Niet van toepassing.

Observatieperiode

14. Komt er standaard een observatieperiode? ☒ Ja ☐ Nee → *Wanneer wel/niet?* ...

Voor elke inschaling worden drie referentiedagen geselecteerd. Er wordt geen afzonderlijke observatieperiode opgestart en het team wordt niet gevraagd om extra alert te zijn op observaties. De inschaling gebeurt voornamelijk op basis van bestaande registraties in het elektronisch bewonersdossier.

15. Wie start die op? (rol) ...

De indicatiesteller bepaalt welke dagen als referentieperiode zullen dienen.

Bezoekdraaiboek Eigen voorziening

16. Hoe communiceer je dit naar collega's? (rapport, briefing, taak in EPD, poster)

Visueel? ...

Er wordt geen extra communicatie gedaan, waardoor observaties deel uitmaken van de routinezorg.

17. Wie observeert mee? (disciplines/rollen/shifts) ...

Zorgmedewerkers registreren observaties op de manier waarop zij dit gewoon zijn. Indien bijkomende informatie nodig is, kan de indicatiesteller dit opvragen bij andere disciplines, zoals kinesithérapie of ergotherapie.

18. Instrumenten (observatielijst, score, dagrapport) ...

Er worden geen aparte observatie-instrumenten gebruikt. De inschaling gebeurt op basis van het elektronisch bewonersdossier en het online BelRAI-platform.

19. Waar registreer je de observaties? (EPD?) ...

Observaties worden steeds geregistreerd in het elektronisch bewonersdossier.

Dossiervoering & tools

20. Waar en hoe worden doelen en acties geregistreerd?

Niet van toepassing.

21. Hoe wordt dit geïntegreerd in het bewonersdossier (prestaties)

Niet van toepassing.

22. Zijn er sjablonen of keuzelijsten (CAP-specifiek) voor doelen/interventies?

Niet van toepassing.

23. Hoe gebeurt de opvolging van de opgestelde doelen (status, evaluatiedata, herbeoordeling)?

Niet van toepassing.

Multidisciplinair & ZO-perspectief

24. Hoe borgen jullie het perspectief van de zorgontvanger/familie in doelen?

Dit gebeurt niet binnen een BelRAI-kader, aangezien er geen doelvorming plaatsvindt. Bewoners en familie worden wel betrokken bij dagelijkse zorgbeslissingen, maar niet binnen een gestructureerde BelRAI-workflow.

25. Hoe bewaak je proportionaliteit/autonomie/ethiek bij bv. gedragsinterventies?
Omdat er geen doelvorming is, vinden ethische afwegingen niet plaats binnen een CAP-gestuurde besluitvorming.
26. Hoe worden MDO's gestructureerd? Rol van referentiepersoon/coach?
Er worden geen MDO's georganiseerd in functie van een BelRAI-inschaling. Het jaarlijks MDO vertrekt vanuit signalen uit de dagelijkse zorg en niet vanuit CAP-analyse.
27. Indien een MDO van toepassing, hoe uitgenodigd? Wie aanwezig?
Niet van toepassing.
28. Doorlooptijd CAP-uitkomst → MDO: ... dagen
Niet van toepassing.
29. Agenda-sjabloon (punten) ...
Niet van toepassing.
30. Besluitvorming: consensus/mandaat? ...
Niet van toepassing.
31. Output: verslag + actielijst met eigenaars & deadlines? ☐ Ja ☒ Nee
Niet van toepassing.
32. Waar vind je verslag/acties in EPD? (sectie/veld) ...
Niet van toepassing.

Dementie/verminderde wilsbekwaamheid

33. Vertrek je vanuit de bewoner bij CAP-keuze? Hoe bij dementie? ...
Niet van toepassing, aangezien er geen CAP-prioritering of doelvorming plaatsvindt.
34. Bronnen: contextsignalen, familie, zorgdossier, observaties ...
Informeel en ad hoc, maar niet gestructureerd gekoppeld aan BelRAI-doelen.
35. Ethiek/proportionaliteit: wie weegt af? ...
Niet van toepassing binnen BelRAI-context.
36. Vertegenwoordiging: wie tekent/gaat akkoord? ...
Niet van toepassing.

Kennis/opleiding & change 1

37. Welke training kregen medewerkers? Onboarding van nieuwkomers/stagiairs?

De indicatiestellers kregen een officiële BelRAI-opleiding. Door afwezigheid van de trainer werd interne vorming tijdelijk stopgezet. De voorziening wil opnieuw inzetten op opleiding en brede betrokkenheid, zodat het draagvlak vergroot en het BelRAI-proces verder uitgebouwd kan worden.

38. Wat werkte niet? Grootste valkuilen, quick wins, tips voor startende teams.

De inschaling gebeurt correct, maar door gebrek aan opleiding, multidisciplinair overleg en doelvorming blijft de BelRAI vooral een beoordelingsinstrument en geen sturend hulpmiddel voor zorgplanning.

39. Welke documenten mogen we inzage in krijgen? (sjablonen, flows, handleiding)

Alle relevante documenten kunnen intern worden geraadpleegd, aangezien het de eigen voorziening betreft.

Outcome & evaluatie

40. Hoe volgen jullie de kwaliteit van jullie BelRAI beleid (bv. doelconversie, doorlooptijd, CAP-resolutie, incidenten)?

De kwaliteit wordt niet systematisch geëvalueerd. Er is wel zicht op wie is ingeschaald en wanneer, maar er bestaat geen opvolging van CAP-resolutie, doelconversie, multidisciplinaire besluitvorming of zorgimpact.

41. Wat zouden jullie anders doen als je opnieuw zou starten?

Niet geformuleerd.

42. Is iedereen ingeschaald? % 100 / uitzonderingen bewoners opgenomen < 8 weken

Alle bewoners worden ingeschaald volgens wettelijke richtlijnen.

43. Wanneer herinschalen BelRAI en waarom? (criteria: klinische wijziging, wettelijk schema, opnames/val, ...) ...

Herinschaling gebeurt jaarlijks volgens wetgeving. Er wordt geen extra klinische trigger gebruikt.

44. Wie triggert herinschaling? ...

De indicatiesteller.

45. Doorlooptijd: besluit → nieuwe inschaling: ...

/

Bezoekdraaiboek Eigen voorziening

Notities

De eigen voorziening voldoet aan alle wettelijke inschalingsverplichtingen, maar benut de BelRAI nog niet als hulpmiddel voor doelvorming, multidisciplinair overleg of structurele opvolging. Hierdoor fungeert het instrument vandaag vooral als registratietool met correcte uitvoering, maar zonder systematische zorgsturing of evaluatie.

- De eigen voorziening telt 108 woongelegenheden woonzorg, 5 woongelegenheden centrum voor kortverblijf, 5 woongelegenheden oriënterend kortverblijf, 26 serviceflats

Workflowmapping

1. Triggers

- Nieuwe opname: inschalen binnen 8 weken.
- Jaarlijkse herinschaling
- Palliatief géén herinschaling.

2. Observatieperiode (voor elke (her)inschaling)

- Opstart & afsluit: Indicatiesteller bepaalt de drie referentiedagen.
- Timing: De referentiedagen worden intern vastgelegd. Er wordt geen aparte observatieperiode opgezet.
- Wie observeert: Observaties komen uit routine-registraties van zorgmedewerkers. Bij nood kan bijkomende informatie opgevraagd worden.
- Communicatie: Er wordt geen extra communicatie gedaan naar het team. observatie gebeurt niet expliciet in functie van de BelRAI.
- Registratie: Observaties worden genoteerd in het elektronisch bewonersdossier. er worden geen aanvullende observatieformulieren gebruikt.

3. Inschaling & CAP-analyse

- Inschaling wordt uitgevoerd door de indicatiesteller op basis van dossierregistratie en, indien nodig, bijkomende bevraging.
- CAP's worden bekeken tijdens de inschaling, maar worden niet verder vertaald naar doelen, prioriteiten of afspraken.
- Er is geen multidisciplinaire inputprocedure rond CAP-analyse.

4. Voorbereiding MDO

Niet van toepassing. Er wordt geen MDO gevoerd in het kader van de BelRAI inschaling.

5. MDO

Niet van toepassing. Er wordt geen MDO gevoerd in het kader van de BelRAI inschaling.

6. Registratie

- Inschaling wordt ingevoerd in het BelRAI-platform.
- Observaties worden geregistreerd in het elektronisch bewonersdossier.
- Er is geen koppeling tussen CAP-resultaten en doelstellingen, acties of opvolgingsdocumenten.

7. Opvolging & herevaluatie

Niet van toepassing. Er worden geen doelen vastgelegd op basis van de BelRAI, waardoor er geen opvolging, herevaluatie of monitoring plaatsvindt.

6.4 Draaiboek participerende voorziening A



Good practice participerende voorziening A bezoekdraaiboek

Good practice participerende voorziening A

bezoekdraaiboek

Datum: woensdag 12 november 2025

Locatie: participerende voorziening A

Bezoeker: Guillian Vanhaelst, indicatiesteller van de eigen voorziening die wenst anoniem te blijven.

Onderzoek: *"Hoe kunnen de resultaten van de BelRai-screening systematisch vertaald worden naar SMART-zorgdoelstellingen en acties voor bewoners in een woonzorgcentrum?"*

Doel van dit bezoek

Door het uitvoeren van dit bezoek wordt gehoopt een duidelijk beeld te kunnen schetsen over de manier van werken met de BelRAI binnen participerende voorziening A. Er wordt gestreefd naar het ontdekken van de huidige workflow en het vertalen van de BelRAI-output naar SMART-zorgdoelen. Hierbij is er extra aandacht voor de specifieke rolverdeling, momenten en tools die ingezet worden. Daarnaast wordt gehoopt te leren van de valkuilen en successen van deze voorziening zodat er later een eigen workflow ontwikkeld kan worden.

Praktisch

Contactpersoon

[Redacted]

BelRAI Trainer, Teamcoach [Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

Aankomst/vertrek: Aankomst omstreeks 9u30. Vertrek omstreeks 11u00.

Bezoekdraaiboek Participerende voorziening A

Confidentialiteit

Uit respect voor de deelnemende zorgvoorzieningen en omwille van de bedrijfsgevoelige aard van hun interne documenten worden geen toevertrouwde stukken als bijlage toegevoegd. In deze scriptie wordt uitsluitend gewerkt met eigen samenvattingen en geanonimiseerde beschrijvingen. Indien nodig kan inzage ter plaatse of op verzoek gebeuren, mits toestemming van de betrokken voorziening.

Interviewgids

Participerende voorziening A heeft deelgenomen aan het pilootproject van de Vlaamse overheid. Hierdoor werken zij reeds al geruimere tijd met de BelRAI en hebben zij een dergelijke voorsprong op de inschalingen.

Implementatie

1. In welke implementatiefase zitten jullie nu? Is er een formeel implementatieplan?

De implementatie van BelRAI is volledig afgerond. Uiteraard is het een continue proces dat steeds om bijsturing en evaluatie vraagt. Echter zit participerende voorziening A in de fase waarin er uitgevoerd en gemonitord wordt.

2. Wie zit in de BelRAI-werkgroep? Taken, mandaat, vergaderfrequentie?

/

3. Welke disciplines zijn betrokken?

DV (dienstverantwoordelijke/Teamcoach), verpleegkundigen, zorgkundigen, ergotherapeuten, kinestherapeuten, sociale dienst.

4. Hoe is de visie rond BelRAI verwoord? Is die intern gedeeld/gedragen?

De Indicatiestellers dragen binnen de organisatie het ambassadeurschap. De BelRAI heeft een centrale plaats in de werking gekregen en is verweven binnen de dagdagelijkse werking. Tijdens het gesprek merken we het enthousiasme waarmee over de BelRAI gesproken wordt. Alsook wordt aangegeven dat de directie voor de volle 100% achter het project staat. Echter was het ook de directie die aangedrongen heeft om zeker contact op te nemen tot deelname voor deze Good Practice.

Proces & workflow

5. Wanneer wordt de BelRAI afgenomen (instroom, periodiek, event-triggered)?

De BelRAI wordt uiteraard afgenomen zoals wettelijk vastgelegd werd. Dit betekent bij iedere opname binnen de 8 weken. Ook bij een significante toestandsverandering van de bewoner of na een ziekenhuisopname wordt een belRAI inschaling uitgevoerd. Na een ziekenhuisopname is het zelfs zo dat de inschaling gebeurt binnen de eerste twee tot drie weken na opname. Er word geen BelRAI herinschaling gedaan bij bewoners die een palliatief stadium bereiken. Meestal gaat de bewoner in dit stadium te snel achteruit en kan een herinschaling niet optimaal benut worden.

6. Wordt de familie en ZO hierin betrokken?

4

De Bewoner wordt bevraagd door de indicatiesteller. De familie wordt bij voorkeur gecontacteerd via e-mail. Dit gebeurt omwille van praktische redenen. Het is vanzelfsprekend dat er wel geluisterd wordt of de vraag wel gesteld wordt wanneer familie langs komt. Dan wordt er geluisterd of er bijzonderheden zijn die zij willen aanhalen. De bewoner krijgt indien mogelijk de keuze om zelf te bepalen in hoever de eigen context betrokken wordt. Indien de context betrokken wordt gebeurt er steeds een terugkoppeling van de resultaten en afspraken naar zowel de bewoner als de context en zullen beide partijen ook steeds uitgenodigd worden bij een bewonersoverleg en/of MDO.

7. Hoe verloopt de vertaalslag van BelRAI-output (triggers/CAP's) naar zorgdoelen? (stappen, formulieren, sjablonen)

De resultaten van de BelRAI worden bekeken en de opgelichte CAPS worden nagegaan. De situatie van de bewoner wordt bekeken en er wordt gepolst bij de bewoner of de context of een opgelichte CAP al eerder opgevallen is. Bv. oplichten van de CAP ondervoeding kan bevraagd worden op volgende manier: "is het jullie reeds opgevallen dat bewoner minder eet dan voorheen?". Dit kan tussendoor informeel bevraagd worden ter voorbereiding op het MDO. Uiteindelijk wordt het MDO voorbereid en wordt de output samen met alle gekregen informatie samengevat in 1 gestandaardiseerd document dat tevens ook als naslagwerk van het MDO zal dienen.

8. Waar en wanneer gebeurt dit (7)? (MDO, teamoverleg, individueel)

Na het inschalen van de bewoner wordt er een MDO gepland. De bewoner en context worden hier van op de hoogte gebracht aan de hand van een standaard brief en worden uitgenodigd. Aanwezigheid is geen verplichting maar wel aangeraden. Dit gebeurt aan de hand van een standaard brief. Ook de arts ontvangt een uitnodiging tot het MDO. Het is het WZC die een datum bepaalt waarop het MDO zal doorgaan. Er wordt hierbij geen rekening gehouden met de beschikbaarheid van de context en of de arts. De datum wordt niet verplaatst indien één partij niet aanwezig kan zijn. Er wordt wel een terugkoppeling gedaan van wat er besproken werd. Het MDO gaat door in het WZC.

9. Wanneer wordt een CAP een doel? Wie beslist?

Het is een gezamenlijke beslissing rekening houdend met verschillende factoren.

10. Wie formuleert het SMART-doel?

Het doel wordt geformuleerd als een afspraak. Dit gebeurt binnen participerende voorziening A niet aan de hand van de SMART methode. Dit doet ons nadenken over de noodzaak om dit via de SMART methode te doen.

11. Hoe worden acties toegewezen aan disciplines? (eigenaar, deadline, prioriteit)

Het naleven van afspraken en behalen van doelen is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van alle disciplines en elke medewerker individueel. Het is de bedoeling om op een zo danige manier samen te werken dat het doel bereikt wordt. Natuurlijk zal de ene discipline meer vat en invloed hebben op een bepaalde afspraak dan de andere. Zo wordt verwacht dat de kinesitherapeut het voortouw zal nemen bij afspraken rond bewegen en de ergotherapeut bij activiteiten.

12. Hoe prioriteer je bij meerdere CAPS?

Er wordt steeds vertrokken vanuit wat de bewoner wenst. Een CAP die oplicht krijgt de eerste aandacht. Wat niet wil zeggen dat de bewoner hier aan wil werken. Dit wordt dan gerespecteerd. Anderzijds kan het ook zijn dat er een CAP niet oplicht maar de bewoner toch liever rond een bepaalde CAP werkt. Het gaat erom wat voor de bewoner belangrijk is. Er is een beperking op het aantal te stellen doelen. Het is niet de bedoeling dat de medewerker, bewoner en zijn familie overvuld raken.

13. Wanneer herevalueren jullie doelen? (termijn/trigger) ...

Doelen en afspraken krijgen maandelijks een herevaluatie. Dit komt als melding bij taken in de huidige software. Notitie: Binnen WZC Sint-Vincentius zou dit in de agenda van de bewoner als afspraak geplaatst kunnen worden.

Observatieperiode

14. Komt er standaard een observatieperiode? ☒ Ja ☐ Nee → *Wanneer wel/niet?* ...

Er wordt altijd een observatieperiode gekoppeld voorafgaand aan een inschaling. Dit omvat 3 dagen meestal maandag, dinsdag, woensdag. Donderdag en vrijdag dient de BelRAI dan op een multidisciplinaire manier ingevuld te worden.

15. Wie start die op? (rol) ...

De DV start de observatieperiode op en sluit deze ook weer af.

16. Hoe communiceer je dit naar collega's? (rapport, briefing, taak in EPD, poster)

Visueel? ...

Er wordt een gestandaardiseerd formulier naast de werkplanning gelegd door de DV. Er wordt verwacht dat iedere medewerker naar de werkplanning kijkt bij aanvang van de shift. Dit is noodzakelijk om te weten welke sectie zij toegewezen krijgen. Het formulier is een gekend document (zie 18.).

17. Wie observeert mee? (disciplines/rollen/shifts) ...

Iedere discipline observeert mee. De rollen werden vooraf vastgelegd in de procedure. Zo wordt de 5 meter wandeltest bijvoorbeeld steeds uitgevoerd door de kinesitherapeut. De zorgkundige en of verpleegkundige vult het sjabloon bij de werkplanning in. Echter mag iedere medewerker het observatieblad aanvullen.

18. Instrumenten (observatielijst, score, dagrapport) ...

Er wordt een gestandaardiseerd document naast de werkplanning neergelegd met sectie E: stemming en gedrag, sectie F: psychosociaal welzijn, sectie G: ADL en sectie K: toestand mond en voeding. Bovenaan staat een legende met in te vullen codes bij Vroegdienst, Laatdienst en Nachtdienst.

19. Waar registreer je de observaties? (EPD?) ...

Observaties worden dus op het observatie blad genoteerd maar ook in het EPD afhankelijk van de discipline. Uiteraard wordt ieder document die ingevuld wordt met betrekking tot de bewoner toegevoegd aan het EPD.

Dossiervoering & tools

20. Waar en hoe worden doelen en acties geregistreerd?

Doelen en acties worden vastgelegd in het verslag van het MDO. Dit wordt toegevoegd aan het EPD onder de sectie multidisciplinair overleg.

21. Hoe wordt dit geïntegreerd in het bewonersdossier (prestaties)

Het bewonersdossier wordt aangepast indien dit nodig blijkt. Het MDO wordt toegevoegd aan het EPD. Prestaties worden aangepast, toegevoegd of verwijderd.

Zijn er sjablonen of keuzelijsten (CAP-specifiek) voor doelen/interventies?

De BelRAI wordt ingevuld in Pyxicare. Daar kunnen resultaten en opgelichte CAP's duidelijk weergegeven worden waarbij per CAP aanbevelingen gedaan worden die te vergelijken zijn met de informatie en aanbeveling terug te vinden op de website www.belraiwiki.be.

22. Hoe gebeurt de opvolging van de opgestelde doelen (status, evaluatiedata, herbeoordeling)?

Zie eerder (13).

Multidisciplinair & ZO-perspectief

Notitie: Een MDO van 1 bewoner duurt gemiddeld 30 minuten indien deze goed voorbereid werd.

23. Hoe borgen jullie het perspectief van de zorgontvanger/familie in doelen?

De bewoner neemt indien deze het wenst steeds deel aan het MDO. Ook de context en de huisarts krijgt hier de kans toe. Er wordt steeds een gesprek gevoerd met de bewoner. De familie wordt op voorhand gecontacteerd om hun eigen input te kunnen leveren indien de bewoner dit toestaat.

24. Hoe bewaak je proportionaliteit/autonomie/ethiek?

De bewoner kan steeds zelf beslissen of hij/zij al dan niet meewerkt aan een bepaald doel. Indien de bewoner weigert of geen noodzaak ziet krijgt deze de nodige informatie om op een geïnformeerde manier een gegronde beslissing te nemen die vervolgens gerespecteerd wordt. Indien eerst deelgenomen wordt aan een vooropgesteld doel en achteraf blijkt dat de bewoner afhaakt en de medewerking staakt, wordt dit zo genoteerd bij de herevaluatie van de doelen. Op die manier wordt duidelijk gemaakt dat het doel opgevolgd wordt, maar dat de bewoner geen medewerking meer verleent. Bij bewoners die een cognitieve achteruitgang hebben wordt er vooral in gesprek gegaan met de context en de huisarts. Er wordt verder gekeken naar het gedrag van de bewoner, gelaatsuitdrukkingen en reacties. Indien er opgemerkt wordt dat de doelen voor te veel stress, onrust of een negatief effect hebben op het welzijn van de bewoner wordt ook hier het doel aangepast of indien nodig gestaakt. Ook hier wordt dit opnieuw gedocumenteerd.

25. Hoe worden MDO's gestructureerd? Rol van referentiepersoon/coach?

Er wordt steeds één maand op voorhand een uitnodiging verstuurd naar de verwachte aanwezigen. Een datum wordt op voorhand bepaald door degene die de uitnodiging verstuurd. Er wordt niet van deze datum afgeweken. Het MDO wordt voorbereid door een verslag te maken, in een gestandaardiseerd sjabloon, waarbij alle resultaten gedocumenteerd worden en eventueel al kort vergeleken worden met voorgaande inschalingen. Zo kan er bijvoorbeeld een opmerking zijn dat een CAP van 6 naar 7 verhoogde. Dat wassen bijvoorbeeld eerst gescoord werd met gedeeltelijke hulp maar nu met volledige hulp. Alle resultaten worden kort overlopen alsook de relevante wijzigingen. Daarna wordt multidisciplinair beslist welke afspraken gemaakt zullen worden.

26. Indien een MDO van toepassing, hoe uitgenodigd? Wie aanwezig?

Bij een MDO is de teamcoach, indicatiesteller, verpleegkundige of zorgkundige, ergotherapeut, kinesitherapeut, bewoner (indien cognitief mogelijk en een meerwaarde; opt-in) + context (indien toegestaan door de bewoner; opt-in) en huisarts (opt-in) aanwezig.

Notitie: binnen participerende voorziening A werden alle artsen bevraagd of zij al dan niet wensen uitgenodigd te worden bij een MDO en of zij al dan niet wensen op de hoogte gebracht te worden van een MDO. Dit was een uitdaging om van elke arts een antwoord te krijgen maar ondertussen is dat in orde en geregistreerd.

27. Doorlooptijd CAP-uitkomst → MDO: / dagen

Dit gebeurt zo snel mogelijk. Liefst in dezelfde maand of idealiter de week er na.

28. Agenda-sjabloon (punten) ...

Er wordt gebruik gemaakt van een standaard sjabloon voor het opmaken van het verslag en het voorbereiden van een MDO.

29. Besluitvorming: consensus/mandaat? ...

/

30. Output: verslag + actielijst met eigenaars & deadlines? ☒ Ja ☐ Nee

31. Waar vind je verslag/acties in EPD? (sectie/veld) ...

Het verslag wordt toegevoegd aan het bewonersdossier in het EPD onder de sectie multidisciplinair overleg.

Dementie/verminderde wilsbekwaamheid

32. Vertrek je vanuit de bewoner bij CAP-keuze? Hoe bij dementie? ...

Er wordt steeds vertrokken vanuit de input van de bewoner en zijn context. Indien daar duidelijke wensen zijn waaraan gewerkt kan worden gaat dit voor op de CAPS. Indien er een duidelijk belichte CAP is die noodzakelijk aandacht vergt wordt deze uiteraard ook meegenomen. De opgelichte CAP's worden altijd bekeken en besproken.

33. Bronnen: contextsignalen, familie, zorgdossier, observaties ...

Alle genoemde bronnen worden in acht genomen.

34. Ethiek/proportionaliteit: wie weegt af? ...

Het bepalen van afspraken wordt steeds multidisciplinair uitgevoerd.

35. Vertegenwoordiging: wie tekent/gaat akkoord? ...

Er wordt vanuit gegaan dat iedereen die aanwezig is op het MDO akkoord gaat met de opgestelde afspraken. Familie en bewoner worden steeds in kennis gesteld indien zij afwezig zijn of indien er een herinschaling plaatsvond zonder MDO (bv na een ZH opname). Op deze manier krijgen ook zij de kans om te reageren en eventuele feedback te geven.

Kennis/opleiding & change 1

36. Welke training kregen medewerkers? Onboarding van nieuwkomers/stagiairs?

Eerst werden 3 trainers opgeleid, waarna ook de teamcoaches en alle ergo-/kinesitherapeuten indicatiesteller werden. Er werden per afdeling nog 3 à 4 extra medewerkers (zorg-/verpleegkundigen) uitgekozen om de opleiding te volgen. Deze personen werden uitgekozen door de directie en of teamcoach op basis van hun capaciteiten. De organisatie erkent dat dit niet de juiste manier was om zomaar personen aan te duiden zonder naar hun motivatie te kijken, maar het was een noodzakelijkheid om met de belRAI van start te kunnen gaan en te werken.

Participerende voorziening A herzag de selectieprocedure waardoor medewerkers nu opgeleid worden op basis van hun motivatie en interesse in de belRAI. Indien er voldoende aanmeldingen zijn, wordt een opleiding aangeboden door de interne Trainer. Er wordt steeds rekening gehouden met de al reeds aanwezige indicatiestellers per afdeling. Het is niet de bedoeling een overdaad aan indicatiestellers te hebben maar net die balans te bewaken.

37. Wat werkte niet? Grootste valkuilen, quick wins, tips voor startende teams.

Eerst werden inschalingen vooral op basis van observaties gedaan. Hierbij werd opgemerkt dat de observaties vaak subjectief waren. Verder werd er veel tijd besteed aan het opmaken van het verslag ter voorbereiding van het MDO, toch wordt de meerwaarde hiervan gezien (betere opvolging en duidelijke evolutie). Ook het inplannen en uitvoeren van het MDO was een struikelpunt. Hoe moet dit aangepakt worden wat wordt besproken? Uiteindelijk werd er voor gekozen om wel alle resultaten te bespreken en de CAPS. Het EPD was eerst niet aangepast aan de noden van de belRAI. De huidige software waar het WZC mee werkt laat toe om eigen secties en velden aan te maken zodat alle relevante informatie kon worden ingeput in functie van de belRAI. Ook werd er vaak gezegd dat er te weinig of geen tijd is. Dit lijkt nu, eenmaal ingeburgerd, geen verder probleem te zijn.

38. Welke documenten mogen we inzage in krijgen? (sjablonen, flows, handleiding)

Volgende documenten werden ons toevertrouwd:

- rolverdeling afname belrai
- observatieblad om naast de werkplanning te leggen
- procedure screening – en herscreening (BelRAI)
- vragenlijst bij opname
- brief die verstuurd wordt als uitnodiging naar MDO of bewonersoverleg

Wij kregen ook de kans om een verslag in te kijken die opgesteld werd na een MDO. Het was niet mogelijk dit document mee te nemen aangezien dit om bewonersgegevens gaat en de GDPR wetgeving ten allen tijde gerespecteerd dient te worden.

Outcome & evaluatie

39. Hoe volgen jullie de kwaliteit van jullie BelRAI beleid (bv. doelconversie, doorlooptijd, CAP-resolutie, incidenten)?

/

40. Wat zouden jullie anders doen als je opnieuw zou starten?

Het aanstellen van de BelRAI-indicatiestellers.

41. Is iedereen ingeschaald? % 100 / uitzonderingen: bewoners opgenomen < 8 weken

42. Wanneer herinschalen BelRAI en waarom? (criteria: klinische wijziging, wettelijk schema, opnames/val, ...) ...

- Na een ziekenhuisopname (informele bevraging bij bewoner en/of familie maar geen MDO(tenzij MDO binnekort sowieso ingepland werd), wel terugkoppeling van de resultaten naar bewoner en/of familie)
- Nieuwe opname
- Jaarlijkse herinschaling (gekoppeld aan het jaarlijks MDO)
- Bij een significatie toestandsverandering van de bewoner

Bij een palliatieve bewoner wordt niet altijd een herinschaling gedaan, zeker niet wanneer er al sprake is van een pijnpomp.

Notitie: dit zegt niks over het feit wanneer iemand bijvoorbeeld een palliatief statuut krijgt. Dan lijkt volgens mezelf een inschaling wel wenselijk. Dit werd niet bevraagd tijdens het gesprek maar is een persoonlijke subjectieve bedenking na verwerking van de verzamelde gegevens.

43. Wie triggert herinschaling? ...

De DV.

44. Doorlooptijd: besluit → nieuwe inschaling: ...

Na een ziekenhuisopname wordt een inschaling zo snel mogelijk gedaan. Bij een nieuwe opname binnen de wettelijke termijn. Een herinschaling gebeurt aan de hand van een roulement. Iedere week wordt minstens 1 inschaling gedaan. De afdeling wordt zo afgelopen tot ze opnieuw bij de eerste zijn. Alles wordt bijgehouden in een document.

Notities

- een afdeling heeft ± 20 werknemers en ± 51 bewoners
- iedere ergo, kiné en DV is indicatiesteller...
- indicatiestellers die zich zelf presenteerden voelen zich trots en gewaardeerd dat er effectief aan de slag wordt gegaan met hun gegevens.
- Er werd voor niet indicatiestellers een korte BelRAI introductie voorzien tijdens het teamoverleg. Hierbij kwam aan bod wat de belrai is, wat verwacht wordt en bij wie ze terecht kunnen. Ook bepaalde vakjargon werd verduidelijkt.
- ma di woe zijn observatiedagen, do vrij zijn input van de gegevens op multidisciplinair niveau.
- het observatieblad wordt bijgehouden in het EPD en het passief dossier van de bewoner.
- Teamcoach draagt de verantwoordelijkheid en is moderator
- rolverdeling is duidelijk, er zijn duidelijke afspraken en een procedure.
- er is een sterke terugkoppeling naar bewoner en familie
- soms blijkt er geen nood aan doelen of afspraken te zijn na een MDO. Dit word dan ook zo genoteerd in het verslag van het MDO.
- Indien er geen CAP oplicht kan steeds gewerkt worden met de input van de bewoner of de familie. Daarom is het ook belangrijk om steeds alle resultaten te overlopen. Soms licht

Bezoekdraaiboek Participerende voorziening A

een CAP niet op maar is het toch belangrijk om rond een bepaald deel te werken om retardatie te voorkomen.

- Een herevaluatie wordt toegevoegd aan hetzelfde document tot er een nieuw MDO plaats vind.
- Participerende voorziening A telt ± 300 bewoners, 16 kortverblijven en enkele serviceflats.

Workflowmapping

1. Triggers

- Nieuwe opname: inschalen binnen 8 weken.
- Na ZH-opname: herinschalen binnen 2–3 weken.
- Significante wijziging in toestand.
- Jaarlijks (gekoppeld aan jaarlijks MDO volgens roulement).
- Palliatief: meestal géén herinschaling (tenzij statuutbepaling zinvol is).

2. Observatieperiode (voor elke (her)inschaling)

- Opstart & afsluit: Dienstverantwoordelijke (DV).
- Timing: ma–wo observeren; do–vr gegevens invoeren.
- Communicatie: observatieblad naast werkplanning = verantwoordelijkheid DV; iedereen ziet dit bij shiftstart.
- Wie observeert: alle disciplines; vaste rolverdeling (bv. 5-m wandeltest = kine).
- Registratie: observatieblad + andere relevante notities ook in EPD.

3. Inschaling & CAP-analyse

- Indicatiestellers vullen multidisciplinair in (Pyxacare); rolverdeling ligt vast.
- Resultaten + opgelichte CAP's worden nagekeken.
- Informele bevraging bewoner/context tussendoor: “valt X op?”

4. Voorbereiding MDO

- Bundeling in één standaard voorbereidings-/verslag-sjabloon: resultaten, vergelijking met vorige inschalingen (bv. CAP 6→7, ADL-wijzigingen), kernobservaties.
- Uitnodigingen (± 1 maand vooraf): bewoner (indien zinvol; opt-in), context (met eventuele toestemming bewoner; opt-in), huisarts (opt-in), kernteam (zie 5. MDO). Datum wordt door WZC vastgelegd en niet verplaatst; afwezig zijn krijgen terugkoppeling.

5. MDO (± 30 min, indien goed voorbereid)

- Aanwezig: teamcoach (moderator), indicatiesteller(s), verpl./zorgk., ergo, kine, bewoner (+/-), context (+/-), huisarts (+/-).
Verloop kort:
 - Resultaten overlopen (wijzigingen vs. vorige).

- CAP's bespreken vanuit bewoner/context (geen CAP of geen trigger kan ook → werken rond vraag van bewoner).
- Afspraken kiezen (doelen worden als afspraak geformuleerd, beperkt in aantal; geen afspraken kan ook → registratie in verslag).
- Eigenaarschap per discipline (kine = bewegen, ergo = activiteiten, ...); uiteindelijk gezamenlijke verantwoordelijkheid behalen doelen en naleven afspraken.
- Ethiek/autonomie: bewoner beslist mee waar aan gewerkt wordt en aan wat niet gewerkt wordt;
- Output: MDO-verslag + afspraken verzenden naar Team via bewonersdossier.

6. Registratie

- Verslag en afspraken in EPD onder “multidisciplinair overleg”.
- Observatieblad blijft bewaard (EPD + passief dossier).

7. Opvolging & herevaluatie

- Maandelijks herevalueren (reminder via taken).
- Afspraken bijstellen/stoppen indien nodig; steeds terugkoppeling naar bewoner/context en registratie van herevaluatie in verslag (uploaden in epd)
- Herinschaling via roulement (min. 1/week per afdeling) + door triggers. Teamcoach triggert/volgt op.
- Na ZH-opname: snelle inschaling; geen extra MDO tenzij al gepland; wel terugkoppeling.

6.4.1 Sterkte zwakte analyse

Tabel 4

Sterkte zwakte analyse BelRAI participerende voorziening A.

Sterktes	Zwaktes
– De BelRAI is volledig geïntegreerd in de dagelijkse werking. Het proces gaat verder dan louter inschalen: er wordt systematisch gewerkt met observatie, multidisciplinaire inschaling en opvolging via een MDO. – Voor elke (her)inschaling geldt een vaste observatieperiode van drie dagen. Het observatieblad ligt naast de werkplanning en is voor iedereen zichtbaar. Medewerkers weten wat er verwacht wordt en kunnen aanvullingen noteren. Dit verhoogt de betrouwbaarheid van de inschaling. – Er is aandacht voor het perspectief van de bewoner en zijn context. Voorafgaand aan het MDO wordt informeel gepolst of opgelichte CAPS herkenbaar zijn. Dit helpt om resultaten te interpreteren vanuit de realiteit van de bewoner. – Na de inschaling volgt steeds een gestructureerd MDO. De voorbereiding gebeurt via een standaard verslag, waarin alle informatie wordt samengebracht. De bespreking is multidisciplinair en goed afgelijnd, waardoor doelen en afspraken duidelijk gedragen zijn. – Afspraken en opvolging worden geregistreerd in het elektronisch bewonersdossier. Elke maand worden afspraken herbekeken en opnieuw gedocumenteerd. Dit zorgt voor continuïteit en traceerbaarheid. – De organisatie beschikt over meerdere indicatiestellers en interne expertise, wat de continuïteit van het proces versterkt. Medewerkers voelen dat hun observaties effectief worden gebruikt, wat het draagvlak vergroot. – Er is sterke betrokkenheid van directie en teamcoaches. Dit zorgt voor tijd, ruimte en ondersteuning om het proces kwalitatief uit te voeren.	– Doelen worden niet volgens de SMART-methodiek geformuleerd. Daardoor blijft de evaluatie deels subjectief en moeilijker aantoonbaar. – Het voorbereiden van een MDO-verslag vraagt veel tijd en nauwkeurigheid. Bij hogere werkdruk of personeelsswissels kan dit moeilijk vol te houden zijn. – In de beginfase werden indicatiestellers geselecteerd zonder motivatie of interesse. Dit bemoeilijkte het draagvlak. Ondertussen is dit verbeterd, maar het toont het belang van een doordachte selectieprocedure.

Noot.

6.5 Draaiboek participerende voorziening B

 hogeschool
VIVES



Good practice participerende voorziening B

bezoekdraaiboek

Good practice participerende voorziening B

bezoekdraaiboek

Datum: Donderdag 20 november 2025

Locatie: participerende voorziening B

Bezoeker: Guillian Vanhaelst, indicatiesteller van de eigen voorziening die wenst anoniem te blijven.

Onderzoek: *"Hoe kunnen de resultaten van de BelRai-screening systematisch vertaald worden naar SMART-zorgdoelstellingen en acties voor bewoners in een woonzorgcentrum?"*

Doel van dit bezoek

Door het uitvoeren van dit bezoek wordt gehoopt een duidelijk beeld te kunnen schetsen over de manier van werken met de BelRAI binnen participerende voorziening B. Er wordt gestreefd naar het ontdekken van de huidige workflow en het vertalen van de BelRAI-output naar SMART-zorgdoelen. Hierbij is er extra aandacht voor de specifieke rolverdeling, momenten en tools die ingezet worden. Daarnaast wordt gehoopt te leren van de valkuilen en successen van deze voorziening zodat er later een eigen workflow ontwikkeld kan worden.

Praktisch

Contactpersoon

[Redacted]

BelRAI Trainer en Teamcoach [Redacted]

[Redacted]

Aankomst/vertrek: Aankomst omstreeks 14u00. Vertrek omstreeks 16u10

Confidentialiteit

Uit respect voor de deelnemende zorgvoorzieningen en omwille van de bedrijfsgevoelige aard van hun interne documenten worden geen toevertrouwde stukken als bijlage toegevoegd. In deze scriptie wordt uitsluitend gewerkt met eigen samenvattingen en geanonimiseerde beschrijvingen. Indien nodig kan inzage ter plaatse of op verzoek gebeuren, mits toestemming van de betrokken voorziening.

Interviewgids

Implementatie

1. In welke implementatiefase zitten jullie nu? Is er een formeel implementatieplan?

De implementatie van BelRAI is volledig afgerond. Uiteraard is het een continue proces dat steeds om bijsturing en evaluatie vraagt. Echter zit participerende voorziening B in de fase waarin er uitgevoerd en gemonitord wordt.

2. Wie zit in de BelRAI-werkgroep? Taken, mandaat, vergaderfrequentie?

/

3. Welke disciplines zijn betrokken?

Psycholoog assistent, kinesitherapeut, ergotherapeut, logopedist, zorgverleners waaronder zorgkundigen en verpleegkundigen, indicatiesteller, maatschappelijk assistent, sociale dienst, DV.

4. Hoe is de visie rond BelRAI verwoord? Is die intern gedeeld/gedragen?

Binnen de voorziening wordt BelRAI gezien als het fundament van de zorg. Observeren en registreren zijn een deel van het dagelijks werk. Dit is exact wat BelRAI inhoud. Zorg wordt verleend vanuit het BAM-principe en de keuze van de bewoner. Het totaal wordt gezien als een teamverhaal, geen ik-verhaal.

Proces & workflow

5. Wanneer wordt de BelRAI afgenomen (instroom, periodiek, event-triggered)?

Er wordt gestreefd naar een inschaling binnen de 6 weken na opname, een jaarlijkse herinschaling, na een ziekenhuisopname en bij een significante wijziging in de gezondheidstoestand van de bewoner. De inschaling gebeurt via het Vlaams IT-platform BelRAI (VIP BelRAI)

6. Wordt de familie en ZO hierin betrokken?

De bewoner kiest zelf of de familie al dan niet betrokken wordt, uitgezonderd bij ontbrekende wilsbekwaamheid.

7. Hoe verloopt de vertaalslag van BelRAI-output (triggers/CAP's) naar zorgdoelen? (stappen, formulieren, sjablonen)

De resultaten van de BelRAI worden bekeken en de opgelichte CAPS worden nagegaan. Doelen vertrekken vanuit het BAM principe Uiteindelijk wordt het MDO voorbereid en wordt de output samen met de KATZ en alle gekregen informatie

samengevat in 1 gestandaardiseerd document dat tevens ook als naslagwerk van het MDO zal dienen. Dit wordt opgemaakt door de maatschappelijk werker.

8. Waar en wanneer gebeurt dit (7)? (MDO, teamoverleg, individueel)

Een MDO is al reeds op voorhand ingepland door de sociale dienst. Deze belt de familie op en zoekt een gepaste datum. Pas daarna gebeurt de inschaling. De arts wordt niet standaard uitgenodigd om deel te nemen aan het MDO. Het MDO gaat steeds door in het woonzorghuis.

9. Wanneer wordt een CAP een doel? Wie beslist?

Wanneer het betekenisvol is voor de bewoner (BAM). De beslissing is multidisciplinair.

10. Wie formuleert het SMART-doel?

SMART-formulering wordt momenteel niet standaard toegepast. De voorziening erkent dit en neemt dit mee naar de toekomst.

11. Hoe worden acties toegewezen aan disciplines? (eigenaar, deadline, prioriteit)

Doelen/acties worden in het EPD (Feliën) ingevoerd en aan prestaties gekoppeld. Zorgmedewerkers krijgen verplichte evaluatie-pop-ups. De DV kan doelen afsluiten. Eigenaarschap is multidisciplinair.

12. Hoe prioriteer je bij meerdere CAPS?

Er wordt steeds gewerkt op basis van het BAM-principe: wat het meest betekenisvol is voor de bewoner. Een CAP die oplicht krijgt de eerste aandacht. Wat niet wil zeggen dat de bewoner hier aan wil werken. Dit wordt dan gerespecteerd.

13. Wanneer herevalueren jullie doelen? (termijn/trigger) ...

Zorgmedewerkers krijgen verplichte evaluatie-pop-ups. De DV kan doelen afsluiten indien deze vindt dat het doel bereikt werd. Er werd geen specifieke termijn vermeld.

Observatieperiode

14. Komt er standaard een observatieperiode? ☒ Ja ☐ Nee → *Wanneer wel/niet?* ...

Er wordt altijd een observatieperiode gekoppeld voorafgaand aan een inschaling. Dit omvat 3 dagen die bepaald worden door de DV op basis van huidige werklast en bezetting op de afdeling.

15. Wie start die op? (rol) ...

De sociale dienst houdt bij welke inschalingen moeten gebeuren en geeft dit tijdig door naar de afdeling. De DV start de observatieperiode op en sluit deze ook weer af.

16. Hoe communiceer je dit naar collega's? (rapport, briefing, taak in EPD, poster)

Visueel? ...

Er wordt een geplastificeerde BelRAI-LTCF observatiebundel in de verpleegpost gelegd. Op de werkplanning wordt duidelijk gemaakt wie die dag de eindverantwoordelijkheid draagt voor het invullen van de observatiebundel. Er wordt verwacht dat iedere medewerker naar de werkplanning kijkt bij aanvang van de shift. Dit is noodzakelijk om te weten welke sectie zij toegewezen krijgen. De bundel is een gekend document. Verder wordt er gebruik gemaakt van de outlook-agenda van de dienst, het whiteboard-bord in de verpleegpost, vermelding in het EPD en mondelinge overdracht om de observatieperiode kenbaar te maken.

17. Wie observeert mee? (disciplines/rollen/shifts) ...

Iedere discipline observeert mee. Wie welke sectie kan invullen werd op voorhand vastgelegd in een tabel. De rolverdeling vind je terug op het voorblad van de observatiebundel en omvat onder meer: vroegdienst, laatsdienst, nacht, DV, woon-leefbegeleider, diëtist/logopedist, kinesitherapeut en sociale dienst.

18. Instrumenten (observatielijst, score, dagrapport) ...

Er wordt een geplastificeerde BelRAI-LTCF observatiebundel in de verpleegpost gelegd (invulbaar met alcoholstift).

19. Waar registreer je de observaties? (EPD?) ...

Observaties worden dus aangekruist in de observatiebundel maar wat wordt aangekruist, moet die dag traceerbaar zijn in de EPD-observaties.

Dossiervoering & tools

20. Waar en hoe worden doelen en acties geregistreerd?

Doelen en acties worden vastgelegd in het verslag van het MDO. Dit wordt toegevoegd aan het EPD onder de sectie multidisciplinair overleg. Ze worden ook in het EPD als effectieve doelen ingevoerd. Acties kunnen gekoppeld worden aan de doelen.

21. Hoe wordt dit geïntegreerd in het bewonersdossier (prestaties)

Het bewonersdossier wordt aangepast indien dit nodig blijkt. Het MDO wordt toegevoegd aan het EPD. Prestaties worden aangepast, toegevoegd of verwijderd.

22. Zijn er sjablonen of keuzelijsten (CAP-specifiek) voor doelen/interventies?

Er wordt momenteel geen gebruik gemaakt van sjablonen of keuzelijsten (CAP-specifiek. Dit wordt wel als interessante piste gezien.

23. Hoe gebeurt de opvolging van de opgestelde doelen (status, evaluatiedata, herbeoordeling)?

Via EPD-observaties en prestaties met verplichte evaluatie-pop-ups. De DV bepaald of een doel al dan niet behaald werd en sluit deze indien nodig af.

Multidisciplinair & ZO-perspectief

24. Hoe borgen jullie het perspectief van de zorgontvanger/familie in doelen?

Er word steeds vertrokken vanuit het BAM-principe. De bewoner neemt indien deze het wenst steeds deel aan het MDO. De familie wordt betrokken volgens de wens en het akkoord van de bewoner of bij ontbrekende wilsbekwaamheid. Indien de bewoner niet kan deelnemen, dan wordt de familie betrokken als vertegenwoordiger. Indien de familie deze rol niet kan opnemen zal het team deze taak overnemen. Er wordt dan steeds beslist in het belang van de bewoner. Er is altijd terugkoppeling naar de bewoner en naar de familie wanneer zij betrokken zijn en of contact houden. Er is geen standaard terugkoppeling naar de huisarts.

25. Hoe bewaak je proportionaliteit/autonomie/ethiek bij bv. gedragsinterventies?

Autonomie van de bewoner staat centraal. Bij conflict tussen familie-wens en teaminschatting primeert de nood van de bewoner (BAM). Doelen die stress of onrust veroorzaken worden bijgesteld of gestaakt.

26. Hoe worden MDO's gestructureerd? Rol van referentiepersoon/coach?

De sociale dienst plant het MDO in en nodigt de betrokken partijen uit. Na de inschaling maakt de maatschappelijk werker een verslag op naar aanloop van het MDO. Dit gebeurt in een standaardsjabloon en betreft de algemene informatie van de bewoner, de aanwezigen de KATZ-schaal, de resultaten van de inschaling, het medicatieschema en alle opmerkingen die werden toegevoegd aan de BelRAI. De DV neemt de moderatorrol op.

27. Indien een MDO van toepassing, hoe uitgenodigd? Wie aanwezig?

Bij een MDO is de DV, indicatiesteller, verpleegkundige of zorgkundige, ergotherapeut, kinesitherapeut, bewoner (indien cognitief mogelijk en een meerwaarde; opt-in) + context (indien toegestaan door de bewoner; opt-in). De Huisarts wordt niet standaard op de hoogte gebracht omdat deze meestal afhaken. Ze worden wel gecontacteerd wanneer medische CAP's toelichting vragen

28. Doorlooptijd CAP-uitkomst → MDO: ... dagen

Er werd geen specifieke doorlooptijd vermeld aangezien het MDO al reeds gepland staat alvorens de inschaling plaatsvindt.

29. Agenda-sjabloon (punten) ...

Er wordt gebruik gemaakt van een standaard sjabloon voor het opmaken van het verslag en het voorbereiden van een MDO.

30. Besluitvorming: consensus/mandaat? ...

/

31. Output: verslag + actielijst met eigenaars & deadlines? ☒ Ja ☐ Nee

32. Waar vind je verslag/acties in EPD? (sectie/veld) ...

Het verslag wordt toegevoegd aan het bewonersdossier in het EPD onder de sectie multidisciplinair overleg. Acties worden toegevoegd onder de sectie doelen. Deze acties worden gekoppeld aan het desbetreffende doel.

Dementie/verminderde wilsbekwaamheid

33. Vertrek je vanuit de bewoner bij CAP-keuze? Hoe bij dementie? ...

Er wordt steeds vertrokken vanuit de bewoner zijn behoeften en wensen. Bij onvoldoende cognitie wordt familie betrokken als vertegenwoordiger.

34. Bronnen: contextsignalen, familie, zorgdossier, observaties ...

Alle genoemde bronnen worden in acht genomen.

35. Ethiek/proportionaliteit: wie weegt af? ...

Het bepalen van doelen en acties wordt steeds multidisciplinair uitgevoerd.

36. Vertegenwoordiging: wie tekent/gaat akkoord? ...

Er wordt vanuit gegaan dat iedereen die aanwezig is op het MDO akkoord gaat met de opgestelde afspraken. De bewoner wordt steeds in kennis gesteld. Familie wordt in kennis gesteld indien zij betrokken zijn bij de bewoner.

Kennis/opleiding & change 1

37. Welke training kregen medewerkers? Onboarding van nieuwkomers/stagiairs?

Trainingen worden gegeven aan kandidaten die geselecteerd worden op basis van hun interesse en motivatie. Voor de selectie wordt er rekening gehouden met de dienstnoden. De opleiding wordt gegeven door een interne trainer met BelRAI-portaalmaterialen zoals de cursus en powerpoint die ter beschikking worden

gesteld. Niet indicatiestellers krijgen een korte uitleg over de BelRAI op de onthaaldag die twee keer per jaar door gaat. Daarnaast was er vooraleer men begon met BelRAI een algemene infosessie. Er werd duidelijk gemaakt dat BelRAI de basis is voor elke medewerker.

38. Wat werkte niet? Grootste valkuilen, quick wins, tips voor startende teams.

Eerst werkte men met disciplinespecifieke invulformulieren per sectie. Die werden na invulling verzameld door de indicatiesteller, die vervolgens de inschaling uitvoerde. Deze werkwijze bleek omslachtig en tijdrovend en is vervangen door een observatiebundel: een vereenvoudigde set waarop enkel moet worden aangevinkt. Doelstellingen worden voorlopig nog niet systematisch als SMART geformuleerd.

39. Welke documenten mogen we inzage in krijgen? (sjablonen, flows, handleiding)

Volgende documenten werden ons toevertrouwd:

- rolverdeling afname belrai
- observatiebundel om naast de werkplanning te leggen
- sjabloon die gebruikt wordt voor het MDO verslag (geanonimiseerd).

Wij kregen ook de kans om het EPD in te kijken om de visuele zichtbaarheid van de doelen binnen het EPD te kunnen ervaren. Het EPD werd geanonimiseerd nemen aangezien dit om bewonersgegevens gaat en de GDPR wetgeving ten allen tijde gerespecteerd dient te worden.

Outcome & evaluatie

40. Hoe volgen jullie de kwaliteit van jullie BelRAI beleid (bv. doelconversie, doorlooptijd, CAP-resolutie, incidenten)?

/

41. Wat zouden jullie anders doen als je opnieuw zou starten?

Niet vermeld.

42. Is iedereen ingeschaald? % 100 / uitzonderingen bewoners opgenomen < 6 weken

43. Wanneer herinschalen BelRAI en waarom? (criteria: klinische wijziging, wettelijk schema, opnames/val, ...) ...

- Na een ziekenhuisopname.
- Nieuwe opname

- Jaarlijkse herinschaling (gekoppeld aan het jaarlijks MDO)
- Bij een significanteficatie toestandsverandering van de bewoner

Bij een palliatieve bewoner wordt geen herinschaling gedaan.

44. Wie triggert herinschaling? ...

De sociale dienst bewaakt wie een (her)inschaling moet krijgen. De DV bepaalt de observatieperiode (Andere signalen door het team zijn).

45. Doorlooptijd: besluit → nieuwe inschaling: ...

Na een ziekenhuisopname wordt een inschaling zo snel mogelijk gedaan. Bij een nieuwe opname binnen de 6 weken.

Notities

- Tijdens het MDO is er is aandacht om familie te bedanken wanneer zij zich engageren (bv. helpen bij maaltijden).
- Het woonzorghuis beschikt over 156 woongelegenheden en 9 erkende assistentiewoningen.

Workflowmapping

1. Triggers

- Nieuwe opname: inschalen binnen 6 weken.
- Na ZH-opname
- Significante wijziging in gezondheidstoestand
- Jaarlijks (gekoppeld aan jaarlijks MDO)
- Palliatief géén herinschaling.

2. Observatieperiode (voor elke (her)inschaling)

- Opstart & afsluit: DV
- Timing: 3 observatiedagen, gekozen in functie van werkbelasting/bezetting nadat de sociale dienst meldt dat een MDO nodig is en de MDO-datum vastligt, of bij andere triggers.
- Wie observeert: alle disciplines volgens rolverdeling op het voorblad van de observatiebundel.
- Communicatie: geplastificeerde BelRAI-LTCF observatiebundel in de verpleegpost en op de werkplanning, outlook agenda, whiteboard, EPD-vermelding en mondelinge overdracht.
- Registratie: observatiebundel en EPD-observaties.

3. Inschaling & CAP-analyse

- Indicatiestellers vullen multidisciplinair in. Betrokken indicatiestellers worden via het VIP-BelRAI platform uitgenodigd om eigen secties rechtstreeks in te vullen.
- Resultaten + opgelichte CAP's worden nagekeken.
- na afronding afdrukversie online bewaren (gedeelde map + EPD).

4. Voorbereiding MDO

- Bundeling in één standaard voorbereidings-/verslag-sjabloon: resultaten, vergelijking met vorige inschalingen (bv. CAP 6→7, ADL-wijzigingen), kernobservaties, KATZ, medicatieschema, algemene persoonsgegevens, relevante informatie.
- De sociale dienst plant het MDO voor de inschaling plaats vindt en belt de familie op om de meest geschikte datum vast te leggen. Alles gebeurt conform de wensen van de bewoner indien deze wilsbekwaam is.
- De huisarts wordt niet standaard uitgenodigd (haken meestal af). Deze worden wel gecontacteerd wanneer medische CAP's toelichting vragen.

5. MDO

- Aanwezig: DV (moderator/indicatiesteller), indicatiesteller(s), verpl./zorgk., ergotherapeut, diëtist, logopedist, kinesitherapeut, bewoner (+/-), context (+/-).
Verloop kort:
 - Resultaten overlopen (wijzigingen vs. vorige).
 - CAP's bespreken vanuit bewoner/context (BAM-gesprek, wat is betekenisvol voor de bewoner?)
 - Doelen en acties kiezen (doelen worden momenteel niet standaard SMART geformuleerd).
 - Gezamenlijke verantwoordelijkheid wat het behalen van doelen en naleven van afspraken betreft.
 - Ethiek/autonomie: bewoner beslist mee waar aan gewerkt wordt en aan wat niet gewerkt wordt;
 - KATZ schaal en vroegtijdige zorgplanning worden besproken en indien nodig aangepast.
 - Output: MDO-verslag + uploaden van het verslag in het bewonersdossier.
-

6. Registratie

- Verslag en afspraken in EPD onder “multidisciplinair overleg”.
- Doelen en acties in EPD invoeren. Prestaties eventueel aanpassen.

7. Opvolging & herevaluatie

- Dagelijkse opvolging via observaties en prestaties in EPD. Er verschijnen pop-ups die verplicht in te vullen zijn.
- Herinschaling volgens de wetgeving en triggers zoals eerder vermeld.

6.5.1 Sterkte zwakte analyse

Tabel 5

Sterkte zwakte analyse BelRAI binnen participerende voorziening B.

Sterktes	Zwaktes
– De BelRAI wordt gebruikt als basis voor zorgverlening en niet als bijkomende administratie. Er wordt systematisch vertrokken vanuit het BAM-principe: afspraken en doelen moeten betekenisvol zijn voor de bewoner. Dit creëert betrokkenheid en voorkomt dat doelvorming puur scoregestuurd gebeurt. – De observatieperiode is praktisch uitgewerkt. De geplastificeerde observatiebundel ligt zichtbaar in de verpleegpost en bevat een vaste rolverdeling per discipline. Aangekruiste observaties moeten diezelfde dag traceerbaar zijn in het elektronisch bewonersdossier. Dit verhoogt de kwaliteit en transparantie van de registratie. – De sociale dienst plant het MDO vooraf en stemt af met de familie. Hierdoor verloopt het proces mensgericht en in dialoog. Familieparticipatie is optioneel en gebeurt volgens de wens van de bewoner. – Tijdens het MDO worden doelen en acties onmiddellijk ingevoerd in het elektronisch bewonersdossier en gekoppeld aan prestaties. Zorgmedewerkers krijgen verplichte evaluatiepop-ups. De DV kan doelen afsluiten, wat zorgt voor duidelijke verantwoordelijkheid en borging. – Het overleg is breed multidisciplinair en omvat onder meer zorg, kinesithérapie, ergotherapie, psychosociaal luik, logopedie en sociale dienst. Hierdoor ontstaan zorgafspraken die vanuit verschillende invalshoeken gedragen zijn. – De organisatie werkt met interne trainers en selecteert indicatiestellers op basis van motivatie. Dit versterkt draagvlak en kwaliteit van uitvoering.	– Doelen worden nog niet systematisch SMART geformuleerd. De organisatie erkent deze nood en wil hier verder in groeien. Opvolging kan nu al goed, maar zou sterker zijn bij SMART-structurering. – Huisartsen worden niet standaard uitgenodigd op het MDO. Hierdoor kan medische besluitvorming soms minder geïntegreerd verlopen, tenzij er gericht contact wordt opgenomen. – De voorbereiding en verslagvorming van het MDO ligt vooral bij de maatschappelijk werker. Dit maakt de procesuitvoering kwetsbaarder bij afwezigheden of uitstroom.