De evaluatie van het gebruik van kwaliteitsindicatoren in Vlaamse woonzorgcentra

Derdelinckx Jutta, VUB

Promotor: Prof. Lieve Van den Block

Co-promotoren: Dr. Lieve Goeman Lieve, Mevr. Kathleen Leemans

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: [2020 – 2023]

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Inhoud

Voorwoord en dankwoord *3*

Afkortingen *4*

Definities *4*

Abstract *5*

Doelstellingen **5**

Methode **5**

Resultaten **5**

Conclusie **5**

Introductie *6*

Methode *7*

Doel van de studie **7**

Studiedesign **7**

Toelating Ethische Commissie **8**

Populatie **8**

De WZC's 8

Doelgroepen 8

De junior onderzoeker 9

De verantwoordelijke 9

Contactmomenten tussen de junior onderzoeker en de WZC's 9

Vragenlijsten **9**

Gebruikte vragenlijsten 9

Invullen van de vragenlijsten 10

(Elektronische) verspreiding van de vragenlijsten 10

Analyse van de vragenlijstgegevens 11

Het Kwaliteitsverbeterend Project **12**

Ethische overwegingen **12**

Resultaten *13*

Contacten WZC **13**

Demografische gegevens MM1 en MM2 ..... **14**

Gegevens bewoners 14

Gegevens overleden bewoners 15

Indicatorscores **16**

Open vragen 24

Bespreking in het WZC **24**

Bespreking MM1 24

Bespreking MM2 24

Evaluatie door het WZC 24

Limitaties **25**

Discussie *26*

Conclusie ***27***

Bronnen ***28***

Bijlagen ***30***

Voorwoord en dankwoord

Tijdens mijn laatste Master jaar in 2020 belandden we onverwachts in de COVID-19 pandemie waardoor pijnpunten in de zorg helaas heel duidelijk werden. Wat mij vooral aangreep waren de getuigenissen van woonzorgcentrum bewoners en familieleden van deze bewoners. Dit leidde tot de interesse om het onderwerp van mijn thesis naar Palliatieve Zorg in woonzorgcentra te richten. Graag bedank ik mijn promotor Prof. Dr. Lieve Van Den Block en copromotoren Mevr. Kathleen Leemans en Dr. Lieve Goeman voor de goede begeleiding binnen dit onderwerp en de waardevolle feedback tijdens de voorbije drie jaar. Ik heb veel bijgeleerd hierdoor. Ik ben ook heel dankbaar voor de fijne samenwerking met het WZC Mariëndal in Overijse en vooral voor het aangename contact met en enthousiasme van De verantwoordelijke en de andere hulpverleners. Ik kijk er naar uit om in de toekomst als afgestudeerd huisarts met dit WZC te kunnen samenwerken.

Verder wil ik mijn praktijkopleiders Dr. Ronald Sneijers, Dr. Lut De Ridder en Dr. Elke Hendrickx bedanken voor de flexibiliteit en steun tijdens mijn opleiding. Dankzij hen konden de vergaderingen met de woonzorgcentra en promotoren vlot gepland worden, zelfs op momenten dat ik in de praktijk aan het werk was. De occasionele motivatie speech werd ook enorm geapprecieerd!

Tot slot bedank ik mijn vrienden, familie, schoonfamilie en vriend voor het eindeloze geduld met mij op momenten dat ik het niet helemaal zag zitten, voor het maken van lekkere maaltijden zodat ik geen kostbare tijd zou verliezen, om voor ontspanning te zorgen, om er altijd voor mij te zijn en te steunen in alle situaties. Zij zijn de reden waarom ik streef de beste versie van mezelf te zijn.

Afkortingen

CRA	Coördinerend en Raadgevend Arts
HAIO	Huisarts In Opleiding
IC	Informed Consent
KCE	Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
KVP	Kwaliteitsverbeterend Project
MM	Meetmoment
PDCA	Plan Do Check Act
RR	Respons Rate
RVT	Rust- en Verzorgingstehuis
VZP	Vroegtijdige Zorgplanning
WZC	Woonzorgcentrum

Definities

Woonzorgcentrum (WZC)
Een WZC wordt omschreven als een omgeving die de thuissituatie vervangt en waar extra zorg en ondersteuning aangeboden kan worden aan 65+'ers [1,2].

Palliatieve zorg
Palliatieve zorg is een benadering die de kwaliteit van het leven verbetert van patiënten (en hun naasten) die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening, door het voorkomen en verlichten van lijden, door middel van vroegtijdige signalering en zorgvuldige beoordeling en behandeling van pijn en andere problemen van lichamelijke, psychosociale en spirituele aard [1,3].

Levenseindezorg
Met levenseindezorg bedoelen we de zorg en ondersteuning die beantwoordt aan de wensen van de persoon met een zorg- en ondersteuningsvraag, meer bepaald die wensen en zorg- en ondersteuningsvragen die gericht zijn op de laatste dagen en weken van het leven [1].

Vroegtijdige zorgplanning (VZP)
Vroegtijdige zorgplanning is een continu en dynamisch proces van reflectie en dialoog tussen de patiënt, zijn naasten en zorgverlener(s) met als doel het expliciteren van de waarden en voorkeuren van de patiënt over zijn toekomstige zorg en waarbij uiteindelijk toekomstige zorgdoelen of behandelingsmogelijkheden besproken en/of gepland kunnen worden. Dit kan de besluitvorming bevorderen op een later ogenblik indien er belangrijke beslissingen over zorg of behandeling moeten worden genomen of indien de patiënt niet meer in staat is zijn wil te uiten [4].

Indicatoren
Op basis van systematische waarnemingen worden cijfers verzameld die essentiële informatie bevatten en die kunnen worden geordend in statistische tabellen, ofwel gekwantificeerd op interval/ordinaal niveau, ofwel nominaal, en die verwerkt worden tot indicatoren die een uitdrukking geven van de structuur of de verandering in fenomenen die verband houden met wetenschappelijke en/of beleidsmatige bekommernissen [5].

Abstract

Doelstellingen

Het doel is het evalueren hoe Vlaamse woonzorgcentra het gebruik van de indicatoren in de vorm van vragenlijsten ervaren en of het een meerwaarde kan bieden voor de continue zorg in hun woonzorgcentrum.

Methode

Het gaat om een gemengd kwalitatief en kwantitatieve studie. De studie werd uitgevoerd in twee woonzorgcentra in Overijse in de periode van 2022-2023 waarvan het bedelen van de vragenlijsten slechts in één kon doorgaan. Vragenlijsten werden afgenomen via Lime Survey bij drie doelgroepen op twee meetmomenten met een termijn van vier weken en een periode van 11 maanden tussen beide meetmomenten. Eén vragenlijst werd gedurende de volledige periode tussen meetmoment 1 en 2 actief gehouden om de responsen te verhogen. De analyse van de resultaten gebeurde met reeds bestaand instrument met formules via Excel dewelke een vooraf opgestelde teller en noemer bevatten waardoor de resultaten procentueel weergegeven werden. De resultaten van de meetmomenten werden gepresenteerd aan het woonzorgcentrum in een PowerPoint presentatie en werden vergeleken tussen beide meetmomenten. De evaluatie van het gebruik van de vragenlijsten werd mondeling nagegaan op het einde van de PowerPoint presentatie aan de hand van open en gerichte vragen.

Resultaten

Het gebruik van de tool werd als positief ervaren met de intentie de tool te blijven gebruiken in de toekomst om de palliatieve zorg in het woonzorgcentrum te verbeteren. Een kwaliteitsverbeterend projcet kon niet uitgevoerd worden maar toch werd een verbetering van de resultaten van het tweede meetmoment verwacht door het Hawthorne effect. Dit werd grotendeels waargenomen doch niet bij alle resultaten waar soms een daling tot 15% werd gezien. Er kwamen enkele onverwachte resultaten naar voren waaronder de bevraging van het ervaren van pijn aan de bewoners en of er volgens naasten voldoende maatregelen werden genomen om de bewoner comfortabel te houden tijdens de laatste weken van zijn leven. Met beide resultaten wouden de hulpverleners aan de slag gaan om een kwaliteitsverbeterend project op te stellen hierrond in de toekomst. De tekstvakken met open vragen op het einde van de vragenlijsten toonden ook enkele onverwachte antwoorden van bewoners over andere aspecten van zorg die niet in de vragenlijsten aan bod kwamen.

Conclusie

Ondanks een beloftevol protocol kon niet elke stap uitgevoerd worden door verschillende obstakels. Toch werd in één woonzorgcentrum de tool op twee meetmomenten toegepast en positief geëvalueerd met intenties de tool in de toekomst te blijven gebruiken. Enkele voorstellen werden gedaan ter aanpassing van de methode na afloop van de studie om de responsgraad te verhogen. Aan de hand van literatuur werden belangrijke factoren aangehaald die de verbetering van de palliatieve zorg faciliteren. Een kwaliteitsverbeterend project werd niet uitgevoerd maar o.b.v. de onverwachte cijfers werden wel verbeterpunten blootgelegd. Deze verbeterpunten kunnen alsnog omgezet worden in één of meerdere kwaliteitsverbeterende projecten in de toekomst met een werklast die volledig bepaald kan worden door het woonzorgcentrum. Verder onderzoek waarin het gebruik van deze kwaliteitsverbeterende projecten wordt geëvalueerd, is dus nog nodig. Een grootschaligere toepassing van de studie is nodig om de tool te optimaliseren en te kunnen toepassen in heel Vlaanderen waarna vergelijkingen op nationaal en internationaal niveau mogelijk zullen zijn.

Introductie

Wanneer de zorg voor een persoon thuis niet meer haalbaar is, wordt de zorg in België gecentreerd in een Woonzorgcentrum (WZC). Tussen 2009 en 2016 verbleef 1,2% van de Vlaamse bevolking in een WZC (toen nog rust- en verzorgingstehuis (RVT) genoemd)[6], zij verbleven hier gemiddeld 1,5 jaar [7]. Van alle overlijdens in Vlaanderen in 2020 vond 34.97% plaats in een WZC [8], een stijgend getal in vergelijking met voorgaande jaren. Personen die in een WZC verblijven, hebben steeds meer nood aan zorg. Deze zorg wordt steeds complexer door het optreden van polypathologie bij een ouder wordende bevolking. Door dit laatste hebben ook steeds meer mensen de diagnose dementie [9] met een onvoorspelbare cognitieve achteruitgang tot gevolg. Door dit alles is duidelijk dat vroegtijdige zorgplanning (VZP) zeer belangrijk is en zo komt de nood aan palliatieve zorg meer voor [10].

Er wordt geschat dat op dit moment 10.000 tot 20.000 mensen in België nood hebben aan palliatieve zorg waarvan er ongeveer 5.500 in een WZC verblijven [11]. Dit aantal wordt door huisartsen onderschat, vaak omdat de definitie van een palliatieve patiënt niet eenduidig is. Een onderzoek vanuit het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) vergeleek de definitie van palliatieve zorg uit verschillende studies en bronnen maar kon geen eensgezindheid vinden hieromtrent [12]. Waar vroeger de levensverwachting van de patiënt de status 'palliatief' bepaalde, is de focus nu verschoven naar de noden van de patiënt dewelke zowel lichamelijk, psychologisch, sociaal en geestelijk zijn alsook gezondheidszorg-afhankelijk (bijvoorbeeld wanneer de patiënt thuis versus in een WZC verzorgd wordt) [7]. De huidige structuur van palliatieve zorg in WZC's heeft als doel de bewoner zo lang mogelijk in het WZC te verzorgen en ziekenhuisopnames te vermijden. Zo kan de bewoner zo lang mogelijk in een vertrouwde omgeving blijven en hier ook sterven. De meeste WZC's hebben hiervoor een palliatief supportteam aangesteld maar deze werking is afhankelijk van het WZC zelf [13].

Palliatieve zorg is complex en om rusthuizen en huisartsen te ondersteunen in het geven van kwaliteitsvolle palliatieve zorg zijn reeds verschillende organen aanwezig in België. Deze instanties worden echter door minder dan 10% van de huisartsen gebruikt. Een web enquête bij huisartsen toonde aan dat hier verschillende redenen voor zijn zoals de verkeerde definitie die door de huisarts wordt gebruikt, hun kennis vanuit de opleiding, de moeite met het inschatten van de levensverwachting van de patiënt en schroom. Verschillende huisartsen gaven aan terughoudend te zijn om een gesprek over levenseinde zorg met de patiënt en de familie aan te gaan [11]. Verder toont een recent Vlaams onderzoek dat de wensen van de patiënt in kader van levenseindezorg slechts bij 12% van de patiënten gekend is door de arts en 8% door de verpleegkundige [14].

Het omvormen van de palliatieve zorg die reeds aanwezig is, is niet gemakkelijk. Er worden verschillende obstakels waargenomen zoals een tekort aan personeel, tijd, ruimte en financiële middelen, mogelijkheden tot opleiding of de aanwezigheid van een leider die alles in goede banen stuurt en waarin men vertrouwen heeft en angst om de bewoners te storen of om de relatie met de huisarts te verstoren [15, 16, 17, 18]. Voor het overkomen van sommige van deze obstakels werden in België de voorbije jaren verschillende aanpassingen doorgevoerd die zullen zorgen voor verbetering van de huidige zorg. Zo werd in 2019 een decreet opgesteld waaraan woonzorgcentra zich moeten houden om erkenning te kunnen verkrijgen [19]. De doelstellingen van dit decreet zijn dat zorg op maat moet worden aangeboden, samenwerking vergemakkelijkt moet worden en dat de kwaliteit van wonen en zorg verhoogd moet worden. Op dit decreet werd een referentiekader voor palliatieve zorg gebaseerd dewelke de voorwaarden voor vroegtijdige zorgplanning, palliatieve zorg en levenseinde zorg beschrijft. Deze kan als leidraad gebruikt worden door de woonzorgcentra [20].

In dit decreet werd ook een tool opgenomen dewelke de woonzorgcentra verplicht zullen moeten gebruiken vanaf 1 juli 2023 en dewelke de interdisciplinaire samenwerking zal verbeteren. Deze tool is de BelRAI (Belgisch Resident Assessment Instrument), een instrument dat afgeleid is van de interRAI (international Resident Assessment Instrument). Deze werd ontwikkeld in de jaren '80 in kader van kwaliteit van zorg en werd vertaald naar de Belgische landstalen en aangepast aan de lokale structuren. Dit instrument bevat verschillende wetenschappelijk gevalideerde meetinstrumenten op basis van vragenlijsten. Hierbij wordt de zorg objectief geëvalueerd en kunnen de resultaten gebruikt worden om werkpunten of probleempunten bloot te leggen [21, 22]. Eenmaal deze werkpunten blootgelegd zijn, kunnen verbeterprojecten opgesteld worden met als doel de kwaliteit van de zorg te optimaliseren. Een bijkomend voordeel is het feit dat het gebruik van dit instrument leidt tot een betere interdisciplinaire samenwerking.

Ook werden onlangs kwaliteitsindicatoren voor palliatieve zorg ontwikkeld. Het doel van deze indicatoren is het meten van de kwaliteit van de toegepaste palliatieve zorg en dit ook te monitoren om zo de zorg te kunnen verbeteren. Experten bepaalden wat goede kwalitatieve zorg inhoudt en wat de uitkomsten zijn van deze goede zorg zoals een lage pijnervaring bij de patiënt. De indicatoren zijn dus meetbare zaken die op deze uitkomsten gebaseerd zijn en reflecteren goede of slechte zorg [23, 24]. De aspecten van goede palliatieve zorg werden bepaald en opgedeeld in acht verschillende domeinen in de *Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care, 4th edition,* (NCP Guidelines) opgesteld door de National Coalition for Hospice and Palliative Care [25].

Deze indicatoren worden reeds toegepast in ziekenhuissetting en multidisciplinaire begeleidingsequipes in de thuissetting [26]. Hierbij gebeurt de dataverzameling door de instelling en de data worden vervolgens doorgestuurd naar het Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg (VIKZ). Vervolgens worden hier de berekeningen uitgevoerd waarna de resultaten terug worden bezorgd aan deze instanties. Er zijn op dit moment nog geen streefwaarden opgesteld dus deze instellingen beslissen zelf hoe ze de resultaten interpreteren en wat ze ermee doen [27, 28, 29].

De palliatieve zorg in een WZC heeft echter een andere structuur waardoor er nood was aan kwaliteitsindicatoren die hieraan aangepast waren. In een recente studie door de onderzoeksgroep Zorg rond Levenseinde in samenwerking met de Vlaamse Overheid, het kabinet Zorg en gezondheid werden bovenstaande acht domeinen geherformuleerd en aangepast aan palliatieve zorg in WZC's (*Bijlage 1 en 2*). Deze worden echter op heden nog niet in de praktijk toegepast in België [27, 28, 29].

De acht domeinen zijn:

- Fysieke aspecten van zorg
- Psychische, sociale en spirituele aspecten van zorg
- Autonomie en waardigheid
- Communicatie met bewoners
- Zorgplanning
- Zorg voor en communicatie met de naaste
- Communicatie tussen zorgverleners
- Zorg en omstandigheden rond het overlijden

Aan de hand van deze acht domeinen werden dus 21 kwaliteitsindicatoren ontwikkeld die de kwaliteit van processen en de uitkomst van de palliatieve zorg aan bewoners in WZC's trachten na te gaan. Dit gebeurt aan de hand van subjectieve vragen. Ook werden richtlijnen voorgesteld rond het gebruik van de indicatoren (*Bijlage 3*).

Deze indicatoren kunnen een enorme aanwinst zijn voor de WZC's om de kwaliteit van hun palliatieve zorg te evalueren en te verbeteren. Bijkomend onderzoek naar het gebruik en de kwaliteit van de indicatoren in deze setting is nodig en meer hulpmiddelen zouden moeten aangereikt worden om de zorg te hervormen.

Methode

Doel van de studie

Het doel is het evalueren hoe Vlaamse WZC's het gebruik van de indicatoren in de vorm van vragenlijsten ervaren en of het een meerwaarde kan bieden voor de continue zorg in hun WZC.

Studiedesign

Deze studie omvat een gecombineerd kwantitatief en kwalitatief luik.
Het kwantitatieve luik omvat het meten van de kwaliteit van vroegtijdige zorgplanning, palliatieve zorg en levenseindezorg in twee Vlaams-Brabantse WZC's aan de hand van bestaande kwaliteitsindicatoren (o.b.v. vragenlijsten). Hierbij kunnen verbeterpunten worden geïdentificeerd o.b.v. de resultaten uit deze vragenlijsten waarmee dan actief aan de slag gegaan kan worden om de zorg te verbeteren. Dit vormt dan een kwaliteitsverbeterend project (KVP) dat opgesteld wordt aan de hand van de Plan-Do-Check-Act (PDCA) cyclus. Het effect hiervan kan achteraf geëvalueerd worden d.m.v. een tweede meting.

Het kwalitatief luikt omvat de evaluatie van het toepassen van de cijfers op de PDCA cyclus en het gebruik van de tool.

Toelating Ethische Commissie

Een tijdelijke toelating van de Ethische Commissie werd verkregen op 18/02/2022. Hierbij werd beslist dat de studie reeds van start mocht gaan maar dat de officiële toelating pas gegeven zou worden na enkele aanpassingen van verwoording in de aanvraag. De officiële toelating werd vervolgens verkregen op 14/09/2022. Het protocol dat opgesteld werd, is toegevoegd in bijlage (*Bijlage 4*).

Populatie

De WZC's

Er werd gepland dat twee WZC's zouden deelnemen aan de studie. In elk WZC werd een verantwoordelijke aangesteld die de contactpersoon van de junior onderzoeker (Jutta Derdelinckx, HAIO) van deze studie zou worden. Deze verantwoordelijke moest de hoofdverpleegkundige, een palliatief referent of een kwaliteitscoördinator zijn.

De twee WZC's die gevraagd werden deel te nemen aan dit onderzoek worden hieronder beschreven (de onderstaande cijfers werden aan het begin van de studie in juli 2021 bepaald) :

- WZC 1: Mariëndal te 3090 Overijse met een maximale bezettingscapaciteit van 90 kamers en vier extra kamers voor kortverblijvers waarvan bij het eerste contact 71 kamers bezet waren. De verantwoordelijke was de psycholoog en hoofd van de werkgroep palliatieve zorg in dit WZC.
- WZC 2: Hof ten Doenberghe te 1560 Hoeilaart met een maximale bezettingscapaciteit van 95 kamers waarvan bij het eerste contact 91 kamers bezet zijn.
-

Uiteindelijk nam slechts één WZC deel, dit zal hieronder toegelicht worden.

Doelgroepen

Om te bepalen wie de verschillende vragenlijsten in zal vullen, werden drie verschillende doelgroepen opgesteld:

1. *De bewoners van het WZC*
    - Dit is elke bewoner die minimum 1 maand in het WZC verblijft, ongeacht hun fysieke of cognitieve toestand. Indien de bewoner fysiek of cognitief niet in staat is om de vragenlijst in te vullen, wordt dit uitgevoerd door een verantwoordelijke proxy.
    - Onder proxy verstaan we de persoon die deze informatie het best kan inschatten, m.a.w. in deze volgorde: de contactpersoon van de bewoner, de echtgenoot/echtgenote of partner, een meerderjarig kind, een ouder, een meerderjarige broer of zus van de bewoner of de hulpverlener die niet bij de zorg voor de bewoner betrokken was, maar wel regelmatig contact had met de bewoner.
    - De proxy moet ouder zijn dan 18 jaar, betekenisvol zijn voor de bewoner en betrokken zijn bij zijn/haar zorg.
    - Volgende criteria worden gehanteerd door de betrokken hulpverleners om in te schatten of de bewoner in staat is zelf de vragenlijst in te vullen:
        - Fysieke criteria: de bewoner is in staat
            - Zelfstandig en begrijpend te lezen in het Nederlands
            - Zelfstandig een tablet te gebruiken (indien dit de gekozen methode is) en de vragen online met vragenlijsten op limesurvey in te vullen of zelfstandig het antwoord naar keuze in te vullen op een papieren versie
        - Cognitieve criteria: De bewoner kan, op het moment van invullen van de vragenlijst, adequaat zijn eigen situatie inschatten en erover rapporteren
2. *Zorgverleners in het WZC.*
   Dit zijn alle hulpverleners in het WZC, meer specifiek alle verpleegkundigen, zorgkundigen en paramedici. Zij zullen een vragenlijst invullen over een overleden bewoner en over een bewoner die op het moment van de studie in het WZC verblijft. Voor de keuze van welke zorgverlener over welke bewoner een vragenlijst zal invullen, wordt de zorgverlener gekozen die het nauwst in contact stond met de bewoner.

3. *Naasten van overleden bewoners.*
   Dit zijn alle naasten van bewoners die minimum vier weken en maximum zes maand voor afname van de vragenlijsten overleden zijn in het WZC en er minimum één maand voor hun overlijden verbleven. Deze naaste is vaak de contactpersoon in het dossier van de bewoner

De verantwoordelijke had als taak te bekijken wie binnen de inclusiecriteria van elke doelgroep viel en moest de gegevens van deze personen verzamelen. Deze gegevens moest hij in 1 document samenvatten en sturen naar de junior onderzoeker.

De junior onderzoeker

De taken van de junior onderzoeker zijn de volgende: zij zal aanwezig zijn op elke vergadering en volgende zaken noteren: de aanwezigen en hun taak binnen het WZC, de kernboodschappen en topics van de vergadering, de duur van de vergadering, wie de leiding neemt, welke acties ondernomen worden, het inplannen van een volgende vergadering, dataverwerking en bespreking van de resultaten met de verbeterpunten. Een minimum van vijf vergaderingen zullen voorzien worden. De hulpverleners kunnen de junior onderzoeker steeds bereiken bij vragen. Op de vergaderingen zullen volgende personen minimum aanwezig zijn: de junior onderzoeker, de verantwoordelijke, de hoofdverpleegkundige(n), de CRA, eventuele andere personen met een belangrijke rol binnen het WZC.

De verantwoordelijke

De taken van de verantwoordelijke zijn volgende: het opstellen van een lijst met huidige bewoners, overleden bewoners, hulpverleners, proxy's en naasten die in aanmerking komen voor het onderzoek, het bepalen van geschiktheid van de bewoner om de vragenlijst zelf in te vullen, het monitoren en verzamelen van het aantal papieren responsen, het versturen van de vragenlijsten via e-mail naar andere hulpverleners en proxy's. Verder is de verantwoordelijke het contactpunt bij vragen van bewoners, andere hulpverleners en proxy's en tussen het WZC en de junior onderzoeker. De taak van de andere hulpverleners wordt beperkt tot het invullen van de vragenlijsten die voor hen bestemd zijn, eventueel het invullen van bijkomende vragenlijsten samen met de bewoner indien de hulpverlener de proxy is.

Contactmomenten tussen de junior onderzoeker en de WZC's

De WZC's werden op verschillende momenten gecontacteerd via email, online meetings, fysieke meetings of telefonisch. Dit contact was bij voorkeur telkens tussen de junior onderzoeker en de verantwoordelijke van het betreffende WZC tenzij in specifieke situaties waarbij het wenselijk was dat andere personeelsleden aanwezig waren zoals bij het toelichten van de studie of het bespreken van de resultaten. Deze contacten werden telkens zorgvuldig gelogd met een korte samenvatting van de belangrijkste besproken punten en de aanwezigen (*zie Bijlage 5*).

De WZC's werden een eerste maal via e-mail gecontacteerd in februari 2021 en gaven toestemming om mee te werken aan deze masterthesis maar bij één woonzorgcentrum werd de studie uiteindelijk niet uitgevoerd. De reden hiervoor werd nooit duidelijk. Het WZC antwoordde namelijk plots niet meer op verschillende contactpogingen van de junior onderzoeker. Hierdoor zal in de rest van deze paper slechts over één WZC gesproken worden behalve in de bespreking van de contactmomenten.

Vragenlijsten

Gebruikte vragenlijsten

Zoals in de inleiding aangehaald werd, werden de indicatoren nagegaan door middel van vragenlijsten. In de reeds aangehaalde studie (*Bijlage 1 en 2*) werd een indicator-fiche (*Bijlage 6*) opgesteld met toelichting van elke indicator en zijn bijpassende vraag. Deze vragen werden in vragenlijsten per doelgroep gegoten. De vragenlijsten voor bewoners worden opgedeeld in drie verschillende vragenlijsten afhankelijk van wie de vragenlijst invult (de bewoner, de bewoner met een proxy of een proxy in naam van de bewoner). Voor de

hulpverleners werden vragenlijsten voorzien over overleden bewoners en bewoners die op het moment van de studie in het WZC verbleven. Zo werden zes vragenlijsten bekomen.

Tabel 1 bevat de verschillende vragenlijsten voor de respectievelijke respondenten met het aantal vragen die ingevuld zullen moeten worden. Elk van deze vragenlijsten werd in bijlage bijgevoegd in de volgorde zoals in de tabel hieronder weergegeven (*Bijlage 7 t.e.m. 12*).

Nummer vragenlijst	*Vragenlijst voor*	*Ingevuld door*	*Onderwerp*	*Aantal meerkeuzevragen*	*Minimum aantal keuzemogelijkheden*	*Maximaal aantal keuzemogelijkheden*
1	Bewoner	Bewoner	Bewoner	18	4	11
2	Bewoner	Bewoner met proxy	Bewoner	19	4	11
3	Bewoner	Proxy	Bewoner	19	2	12
4	Hulpverlener	Hulpverlener	Bewoner	8	2	6
5	Hulpverlener	Hulpverlener	Overleden Bewoner	7	2	6
6	Naaste	Naaste	Overleden Bewoner	11	2	8

Tabel 1: Soorten vragenlijsten.

Elke vragenlijst werd voorafgegaan door een informed consent (IC). Dit betekende een aparte IC voor de vragenlijst van elke doelgroep (*Bijlage 13 t.e.m. 15*). Op het einde van elke vragenlijst werd een bijkomende open vraag toegevoegd namelijk 'Heeft u in deze vragenlijst onderwerpen gemist die gaan over de kwaliteit van zorg en die voor u belangrijk zijn?' in alle vragenlijsten behalve deze voor de naasten, hier werd volgende vraag toegevoegd: 'Als er nog belangrijke informatie is over uw naaste en de geleverde zorg, die u niet kwijt kon in de vragenlijst, kan u dit hier noteren'. De resultaten van deze vragen worden bijgevoegd in *Bijlage 16.*

Invullen van de vragenlijsten

De verschillende vragenlijsten werden ingegeven in Lime Survey. Dit kwam neer op vier verschillende vragenlijsten waarvan één vragenlijst alle antwoorden bevatte van vragenlijst 1 t.e.m. 3 waarbij in het begin van de vragenlijst een keuzemenu verscheen over de identiteit van de persoon die de vragenlijst invulde. Elke vragenlijst bevatte een unieke link per deelnemend WZC. Deze unieke link werd bepaald door de toegewezen code van het WZC. WZC 1 kreeg de code O3090 en WZC 2 de code H1560. Uiteindelijk werd enkel de code van WZC 1 gebruikt door uitval van WZC 2. De link werd naar de verantwoordelijke doorgestuurd via mail.

Vragenlijsten 1 t.e.m. 3 werden aangeboden op tablets in het WZC. Indien tablets niet voorzien konden worden, werden papieren versies voorzien. Hiervoor werd een afgesloten doos voorzien op elke afdeling waarin de vragenlijsten anoniem achtergelaten konden worden. Deze werd dan leeg gemaakt door verantwoordelijke en de antwoorden werden ingegeven in Lime Survey.

Vragenlijsten 4 en 5 konden op verschillende manieren afgenomen worden. Een optie was het versturen van de vragenlijst via e-mail naar de hulpverlener, een andere optie was dat de hulpverlener de vragenlijst op de tablet zou invullen of op papier.

Vragenlijst 6 werd verstuurd via een link in een mail naar de naasten minimum zes weken na overlijden van de bewoner. De mailadressen waren reeds genoteerd in het dossier van de bewoner bij zijn/haar opname in het WZC.

(Elektronische) verspreiding van de vragenlijsten

De verspreiding van de vragenlijsten gebeurde tijdens een vooraf afgesproken meetmoment (MM). In totaal werden twee MM's voorzien met een tijdspanne van 11 maanden tussen MM1 en MM2. Deze tijdspanne werd op voorhand bepaald door de reeds aangehaald voorgaande studie alsook de gewenste Respons Rate (RR) en vormden een richtcijfer om de kwaliteit en betrouwbaarheid van de cijfers te garanderen (*Bijlage 3*). Hierbij

werd een respons rate van 50-70% bij de vragenlijsten van de bewoners, 70% bij de vragenlijsten voor over een huidige bewoner en 100 % bij de vragenlijsten voor naasten en hulpverleners over een overleden bewoner voorgesteld.

MM1 werd voorzien in december 2021 met dataverwerking in januari 2022 maar omwille van een uitbraak van COVID-19 in het rusthuis werd de startdatum verschoven naar maandag 04/04/2022. Op de afgesproken startdatum werden de vragenlijsten op Lime Survey geactiveerd door de junior onderzoeker gedurende vier weken. Deze termijn kon op elk moment handmatig aangepast worden door de junior onderzoeker. De respons van de vragenlijsten werd door de junior onderzoeker bekeken twee weken na start van MM1. Dit resultaat werd vervolgens meegedeeld aan de verantwoordelijke zodat deze de hulpverleners of bewoners opnieuw kon motiveren de vragenlijsten in te vullen. Na vier weken werd opnieuw geëvalueerd of een gewenst aantal respondenten werd bekomen.

Aangezien voor de vragenlijsten aan de naasten onvoldoende respons werd bekomen, werd de termijn voor deze vragenlijsten verlengd. In een vergadering met de promotor en copromotoren werd beslist deze vragenlijsten actief te houden tot en met MM2. Dit werd manueel aangepast in Lime Survey door de Junior onderzoeker. Hierdoor moest de verantwoordelijke de naaste van elke overleden bewoner in deze periode contacteren. De termijn van de andere vragenlijsten werd verlengd in Lime Survey door de junior onderzoeker waardoor MM1 werd uiteindelijk stopgezet op 10/05/2022.

MM2 werd voorzien in december 2022 met dataverwerking in maart 2023 maar ook deze startdatum werd verplaatst om aan de 11 maanden te voldoen tussen MM1 en MM2.

Analyse van de vragenlijstgegevens

Na het inactief maken van de vragenlijsten op de geplande einddatum van elk MM konden de beantwoorde vragenlijsten bekeken worden. Wanneer bleek dat een vragenlijst onvoldoende werd ingevuld, minder dan de helft van de vragen die ingevuld werden, werd deze niet geïncludeerd. Aangezien de vragenlijsten op Limesurvey dezelfde bleven op MM1 en MM2, moesten de responsen onderverdeeld worden in Excel volgens MM. Dit was zichtbaar aan de hand van de datum die bij elke ingevulde vragenlijst vermeld stond. Vervolgens konden de antwoorden geëxporteerd worden naar Excel. Hierbij werden de antwoorden omgezet naar codes gaande van A1 tot A11 en A01 tot A06 en dit werd op zich omgezet naar getallen respectievelijk tot 11 en 1 tot 6. Indien een antwoord blanco was, werd dit vakje in Excel manueel gevuld met het getal 99. Elke vraag dat niet ingevuld hoefde te zijn omdat het niet van toepassing was, werd aangeduid met 88.

Vervolgens werden de antwoorden gegroepeerd onder dezelfde vraag. Dit was nodig omdat de antwoorden die door naasten of bewoners ingevuld werden in aparte kolommen terecht kwamen in Excel maar deze betroffen eenzelfde indicator. Wanneer alle antwoorden gegroepeerd stonden, konden deze per vraag ingevuld worden per meetmoment in het vooraf opgestelde 'Analyse' document in Excel. Elke vraag hing samen met een bepaalde indicator. Het resultaat van de indicatorscore werd meteen zichtbaar na het invullen van de responsen dankzij achterliggende vaste formules. Deze formules bevatten een vooraf gedefinieerde teller en noemer. De teller bedroeg het aantal respondenten dat een bepaald antwoord gaf op de vraag en de noemer bedroeg het totaal aantal responsen op die vraag. Hierdoor werden percentages bekomen per indicator.
Van deze resultaten werd een rapport gemaakt met een overzicht van alle indicatorscores. Dit rapport werd door de junior onderzoeker bekend gemaakt en toegelicht aan het WZC via een PowerPoint presentatie in een vergadering na elk MM (Bijgevoegd in *Bijlage 17* voor MM1 en *Bijlage 18* voor MM2).

Na MM2 werden de resultaten van MM1 opnieuw boven gehaald worden om een vergelijking te maken en om samen met het WZC te evalueren of hun interventie het gewenste resultaat behaalde. Dit laatste is uiteraard een subjectief gegeven. Ook werd een papieren versie van de resultaten meegegeven aan elk aanwezig personeelslid en een Word versie via e-mail aan de verantwoordelijke. Tijdens de bespreking van de resultaten van MM1 werd meteen een richtdatum afgesproken om te starten aan het KVP. Er werd gemikt op september maar dit KVP is uiteindelijk nooit van start gegaan. Dit omwille van verschillende factoren zoals frequent ziek personeel waardoor vergaderingen niet door gingen, veranderende maatregelen i.k.v. COVID-19. Er werd toch besloten het tweede MM uit te voeren omwille van het Hawthorne Effect Er werd hierdoor dus verwacht dat er een verbetering in resultaten gezien zou worden bij MM2.

Het Kwaliteitsverbeterend Project

Tussen MM1 en MM2 werd gepland een KVP te organiseren. Dit is uiteindelijk, zoals hierboven aangehaald, niet kunnen doorgaan.

PDCA cyclus (Plan-do-check-act)

Na het eerste evaluatiemoment zullen 1 of meerdere KVP's opgesteld worden met als doel het verbeteren van de kwaliteit van de palliatieve zorg. De vragenlijsten kunnen een hiaat in de kwaliteit van zorg blootleggen en dit kan dan al dan niet gezien worden als een mogelijk probleem voor het respectievelijke WZC waarvoor een oplossing of verbetering gewenst is. Om dit probleem aan te pakken of verbetering te creëren, wordt de structuur van de PDCA-cyclus gehanteerd. De grootte van het KVP wordt volledig bepaald door het team en kan verschillen in beide WZC's naargelang het budget, de tijd en werkkrachten die ze hiervoor kunnen of willen inzetten. De rol van de junior onderzoeker hierbij is louter observerend. Zij zal enkel toelichting geven bij onduidelijkheden en zal bij elke vergadering aanwezig zijn om notities te maken ter verslaggeving maar zal geen voorstellen doen noch taken op zich nemen binnen dit verbeterproject. De notities zullen gebruikt worden om te beschrijven hoe elk WZC dit aanpakte. Hieronder volgt een beknopte beschrijving van de cyclus:

- Plan: er wordt een probleem gedefinieerd waarvoor een oplossing gezocht zal worden. Een hulpmiddel dat hiervoor gebruikt kan worden, is het SMART (Specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdgebonden) principe. Het doel hierbij is nagaan dat het probleem specifiek en meetbaar is maar ook dat het acceptabel en realistisch is en afgebakend in tijd.
- Do: hierbij wordt uitgevoerd wat er in de 'Plan' fase werd beschreven.
- Check: hier wordt gekeken of de acties uit de vorige fase het gewenste effect behaald hebben. Concreet betekent dit in dit onderzoek het herhalen van de vragenlijsten na één jaar.
- Act: De gevonden uitkomsten uit de vorige fase worden al dan niet permanent geïmplementeerd. Indien het gewenste effect niet behaald werd of nieuwe problemen blootgelegd werden, kan alsnog beslist worden om bij te sturen of de cyclus te herhalen.

Evaluatiemethoden (onderzoeker)

Dit is de 'Check' fase uit de PDCA cyclus: het effect van het project wordt nagegaan bij MM2, 11 maanden later. Ook wordt geëvalueerd hoe de betrokkenen het werken met deze indicatoren ervaren hebben en of het een meerwaarde is voor de continue zorg in WZC's. Dit zal mondeling op de laatste vergadering besproken worden waarbij iedereen vrij aan het woord gelaten zal worden.

Samenvattend: interventies van de onderzoeker in het verbeterproces

De onderzoeker zal aanwezig zijn op de vergaderingen om de structuur van de PDCA-cyclus te monitoren maar zal echter zelf geen input hebben in de uitwerking hiervan. De enige rol dewelke de junior onderzoeker zal vervullen is de data-analyse en bespreking van de resultaten uit dewelke zal blijken of de genomen maatregelen het gewenste effect bereikt hebben.

Ethische overwegingen

Om anonimiteit te garanderen waren verschillende maatregelen van kracht. De elektronische vragenlijsten werden afgenomen via Lime Survey. Hierbij werd anonimiteit gegarandeerd doordat IP-adressen niet bewaard werden. De gegevens op de vragenlijsten werden gepseudonimiseerd, er werd geen naam noch geboortedatum nagevraagd. Om verder te vermijden dat de identiteit van de persoon achterhaald kon worden, werd er in de vragenlijsten gewerkt met categorieën zoals leeftijdscategorieën.
Elke vragenlijst werd voorafgegaan door een IC voor de bewoner, de hulpverlener en de naasten (*zie bijlagen 11 t.e.m. 14*) bestaande uit twee stellingen:

- Ik bevestig dat ik de bovenstaande informatie over het invullen van de vragenlijst heb gelezen en hoe mijn persoonlijke gegevens daarin worden verwerkt. Ik begrijp volledig wat er van mij wordt verwacht bij deelname aan deze vragenlijst.
- Ik begrijp dat mijn deelname vrijwillig is en dat ik op elk moment en zonder het opgeven van reden kan stoppen met de vragenlijst.

Indien beide stellingen door de ondervraagde aangeduid werden, werd de vragenlijst gebruikt.

Resultaten

Contacten WZC

Hieronder volgt, per WZC, een overzicht van de gelogde contacten in chronologische volgorde met een gedetailleerde beschrijving van deze contacten in bijlage (*Bijlage 4*). Tabel 2.1 bevat de contactmomenten van WZC 1 en tabel 2.2 deze van WZC 2.

Datum	Soort contact	Duur	Aanwezigen
02/03/2021	Fysiek	10 minuten	Directrice
06/07/2021	Fysiek	15 minuten	Verantwoordelijke, directrice
22/07/2021	E-mail	/	De verantwoordelijke
23/09/2021	Fysiek	15 minuten	De verantwoordelijke, directrice, 2 hoofdverpleegkundigen, hoofd van animatie
25/11/2021	E-mail	/	De verantwoordelijke
01/12/2021	E-mail	/	De verantwoordelijke
09/02/2022	E-mail	/	De verantwoordelijke
16/02/2022	E-mail	/	De verantwoordelijke
24/02/2022	Fysiek	10 minuten	De verantwoordelijke
13/03/2022	E-mail	/	De verantwoordelijke
04/04/2022	E-mail	/	De verantwoordelijke
20/04/2022	E-mail	/	De verantwoordelijke
10/05/2022	E-mail	/	De verantwoordelijke
28/06/2022	Fysiek	30 minuten	De verantwoordelijke, 2 hoofdverpleegkundigen, 1 verpleegkundige, 1 animatrice
03/10/2022	E-mail	/	De verantwoordelijke
04/11/2022	E-mail	/	De verantwoordelijke
09/01/2023	E-mail	/	De verantwoordelijke
20/01/2023	Fysiek	15 minuten	De verantwoordelijke
01/02/2023	E-mail	/	De verantwoordelijke
14/02/2023	E-mail	/	De verantwoordelijke
23/02/2023	E-mail	/	De verantwoordelijke
05/04/2023	Fysiek	30 minuten	1 Hoofdverpleegkundige, verantwoordelijk persoon opnames, hoofd kinesitherapie, directrice

Tabel 2.1 : Gelogde contacten WZC 1

Datum	Soort contact	Duur	Aanwezigen
27/02/2021	E-mail	/	De CRA
06/06/2021	SMS-bericht	/	De CRA
10/06/2021	E-mail	/	De verantwoordelijke
14/06/2021	E-mail	/	De verantwoordelijke
24/06/2021	Fysiek	/	De CRA, de verantwoordelijke, 2 hoofdverpleegkundigen
26/06/2021	E-mail	/	De verantwoordelijke
29/06/2022	E-mail	/	De verantwoordelijke
25/11/2021	E-mail	/	De verantwoordelijke
01/12/2021	E-mail	/	De verantwoordelijke
09/02/2022	E-mail	/	De verantwoordelijke
16/02/2022	E-mail	/	De verantwoordelijke
01/03/2022	E-mail	/	De verantwoordelijke
01/03/2022	E-mail	/	De verantwoordelijke
14/03/2022	E-mail	/	De verantwoordelijke
21/03/2022	Telefonisch	/	De verantwoordelijke
12/04/2022	Fysiek	25 minuten	De verantwoordelijke, 2 hoofdverpleegkundigen , 2 verpleegkundigen, 1 zorgkundige
26/04/2022	E-mail	/	De verantwoordelijke
06/05/2022	E-mail	/	De verantwoordelijke

19/05/2022	Telefonisch	/	De verantwoordelijke
24/05/2022	Telefonisch	/	De verantwoordelijke
31/05/2022	E-mail	/	De verantwoordelijke
20/06/2022	Telefonisch	/	De verantwoordelijke
13/07/2022	Telefonisch	/	De verantwoordelijke
22/08/2022	Telefonisch	/	De verantwoordelijke
03/11/2022	E-mail	/	De verantwoordelijke

Tabel 2.2: Gelogde contacten WZC 2

Demografische gegevens MM1 en MM2

In *tabel 3.1* volgt een overzicht van het aantal geïncludeerde bewoners, hulpverleners en overleden bewoners op MM1 en MM2.

	MM 1	***MM 2***
Bewoners in WZC	56	64
Overleden bewoners	10	16

Tabel 3.1: Aantallen per doelgroep tijdens afname moment 1 en 2.

In tabel 3.2 wordt de RR van de vragenlijsten per doelgroep tijdens MM1 en MM2 weergegeven en vergeleken met de verwachtte RR. Hierbij is zichtbaar dat de RR in het algemeen hoger was tijdens MM2. Er werd een verhoging van RR gezien bij de vragenlijsten van de naasten na aanpassing van de termijn van activatie zoals hierboven reeds vermeld doch nog steeds niet de verwachte 100%.

Respons Rate	***MM1***	***MM2***	*Verwacht*
Bewoners (over zichzelf)	41.1%	46.9%	50-70%
Hulpverleners (over bewoners)	89.3%	90.6%	70%
Naasten (over overleden bewoners)	10%	43.8%	100%
Hulpverleners (over overleden bewoners)	100%	68.8%	100%

Tabel 3.2: Respons rate.

Gegevens bewoners

In onderstaande tabellen volgen de responsen op de vragen ingevuld over de huidige bewoners in het WZC. Tabel 3.3 bevat de verdeling volgens geslacht van de bewoners. Hieruit bleek dat het grootste deel, namelijk 78% en 74%, van de bewoners waarover de vragenlijsten werden ingevuld, vrouwelijk was. In een rapport van het KCE over palliatieve zorgen, werd een studie beschreven, uitgevoerd in 50 rusthuizen waaruit bleek dat gemiddeld 61% van de bewoners vrouwelijk is [11].

	Aantal MM1	***Aantal MM2***	***%0 MM1***	***0% MM2***
Man	11	14	22	24
Vrouw	39	43	78	74
X	0	1	0	2
Totaal	**50**	**58**	**100**	**100**

Tabel 3.3: Geslachtsverdeling bewoners.

In tabel 3.4 wordt de verdeling volgens de verschillende leeftijdscategorieën weergegeven. Hier zagen we dat 66% van de bewoners een leeftijd tussen 80 en 94 jaar had op MM1 en 63.8% op MM2. In de hierboven aangehaald KCE studie werd een gemiddelde leeftijd van 84 jaar gezien [11]. Aangezien in onze studie gebruik werd gemaakt van leeftijdscategorieën om de anonimiteit te garanderen, kon geen exacte gemiddelde leeftijd worden berekend.

Leeftijd	***Aantal MM1***	***Aantal MM2***	***%0 MM1***	***0% MM2***
<75 jaar	3	2	6.0	3.4
75-79	5	6	10.0	10.3
80-84	11	12	22.0	20.7
84-89	11	15	22.0	25.9
90-94	11	10	22.0	17.2
>94 jaar	9	13	18.0	22.5

Tabel 3.4: Leeftijdsverdeling bewoners.

Slechts 35% van de bewoner was in staat zelfstandig de vragenlijst in te vullen tijdens MM1 en 13% bij MM2 . Dit betekent dat respectievelijk 65% en 87% hulp nodig had van een proxy. Deze verdeling is terug te vinden in Tabel 3.5. De reden hiervoor kan misschien verklaard worden door het feit dat 50% bewoners waarover een vragenlijst werd ingevuld een diagnose had van dementie op dat moment en 59% op MM2. Wanneer dit opnieuw vergeleken werd met de KCE studie zagen we dat het gemiddelde in Belgische rusthuizen rond 40% ligt [11]. We bekwamen hier dus een cijfer dat respectievelijk 10% en 19% hoger lag.

Wijze van invullen	***Aantal MM1***	***Aantal MM2***	***%0 MM1***	***0% MM2***
Zelfstandig	8	4	35	13
Met hulp van een proxy	8	11	35	37
Volledig ingevuld door proxy	7	15	30	50

Tabel 3.5: Manier van invullen vragenlijst.

Bij het bekijken van de lengte van het verblijf van de bewoners in het WZC zagen we dat het grootste deel, 62% en 82%, tussen zes maanden en twee jaar verbleef in het WZC op dat moment. Dit wordt getoond in tabel 3.6.

Lengte van verblijf	***Aantal MM1***	***Aantal MM2***	***%0 MM1***	***0% MM2***
<3 maanden	0	3	0	5
3- 6 maanden	10	11	20	19
6 - 12 maanden	12	12	24	21
12 - 24 maanden	19	13	38	22
> 24 maanden	9	19	18	33

Tabel 3.6: Verblijfsduur bewoners.

Gegevens overleden bewoners

Er werden tijdens MM1 10 overleden bewoners geïncludeerd in de studie. Dit wil zeggen dat vanaf 6 tot 1 maanden voor start van MM1 er 10 bewoners overleden waren in het WZC. Zoals verwacht, aangezien het grootste deel van de bewoners vrouwelijk was, zagen we ook hier dat het grootste deel van de overleden bewoners het vrouwelijk geslacht had namelijk 80% (tabel 3.7). De sterftecijfers van Zorg en Gezondheid uit 2020 tonen dat van alle overlijdens in een WZC het in 65% van de gevallen ging om een vrouw die stierf [8]. Tijdens MM2 werden 16 overleden bewoners geïncludeerd maar slechts over 11 van deze bewoners werd een vragenlijst ingevuld. Van deze 11 bewoners was 73% vrouwelijk.

Geslacht	***Aantal MM1***	***Aantal MM2***	***%0 MM1***	***0% MM2***
Man	2	3	20	27
Vrouw	8	8	80	73

Tabel 3.7: Geslachtsverdeling overleden bewoners.

Ook bij de overleden bewoners werd gekeken naar de verdeling volgens leeftijdscategorie. Hierbij zagen we dat er geen overlijdens waren bij de bewoners jonger dan 80 jaar tijdens MM1. De verdere resultaten, afgebeeld in tabel 3.8, tonen dat respectievelijk 50% en 54 % tussen 80 en 90 jaar was en 50% en 27% ouder dan 90 jaar. Van deze overleden bewoners hadden 40% bij MM1 en 55% bij MM2 de diagnose dementie.

Leeftijd	***Aantal MM1***	***Aantal MM2***	***%0 MM1***	***0% MM2***
<75 jaar	0	0	0	0
75-79	0	2	0	18
80-84	3	2	30	18
84-89	2	4	20	36
90-94	2	1	20	9
>94 jaar	3	2	30	18

Tabel 3.8: Leeftijdsverdeling overleden bewoners.

Hieronder, in tabel 3.9, zien we dat respectievelijk 60% en 72% van de overleden bewoners reeds meer dan één jaar in het WZC verbleef. Zoals in de inleiding aangegeven, tonen de cijfers van 2009-2016 aan dat de gemiddelde verblijfsduur 18 maanden was in alle rusthuizen in België [7]. Deze vergelijking was uiteraard moeilijker te maken aangezien wij het hier enkel over overleden bewoners hebben en de algemene Belgische cijfers ook bewoners bevatten die terug naar huis zijn gegaan/naar het ziekenhuis/andere.

Lengte van verblijf	***Aantal MM1***	***Aantal MM2***	***%0 MM1***	***0% MM2***
< 3 maanden	0	0	0	0
< 6 maanden	1	0	10	0
6 – 12 maanden	3	3	30	27
12 – 24 maanden	2	5	20	45
> 24 maanden	4	3	40	27

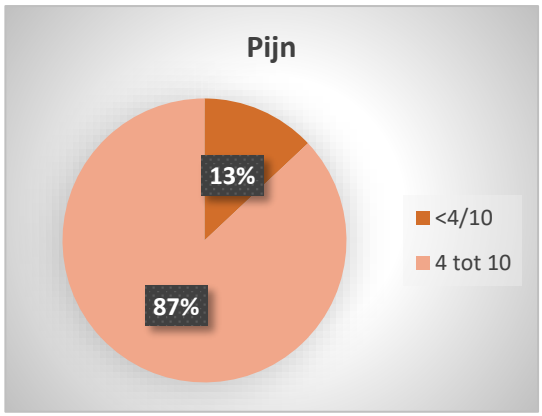
Tabel 3.9: Verblijfsduur overleden bewoners tijdens MM1.

Indicatorscores

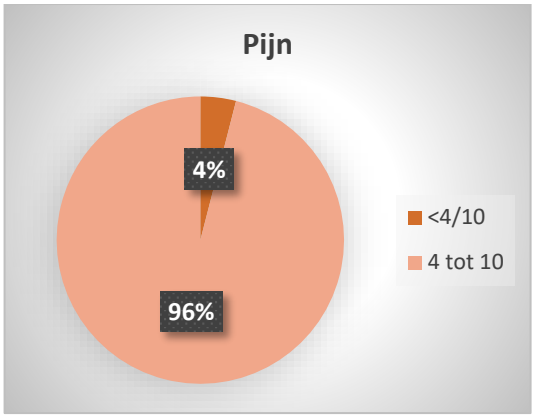
Hieronder volgen de resultaten van de indicatorscores, getoond per categorie. De beschrijving van elke indicator kan teruggevonden worden in de indicatorfiches (*Bijlage 5*). De resultaten MM1 en MM2 worden steeds naast elkaar gelegd ter vergelijking.

Fysieke aspecten van de zorg

De resultaten van de bevraging van deze indicator worden weergegeven in Grafiek 1.1 en 1.2. Deze toont aan dat een meerderheid van de bewoners aangeeft vaak pijn te ervaren (een score van vier of meer op een schaal van tien) en dat dit percentage zelf stijgt bij MM2.



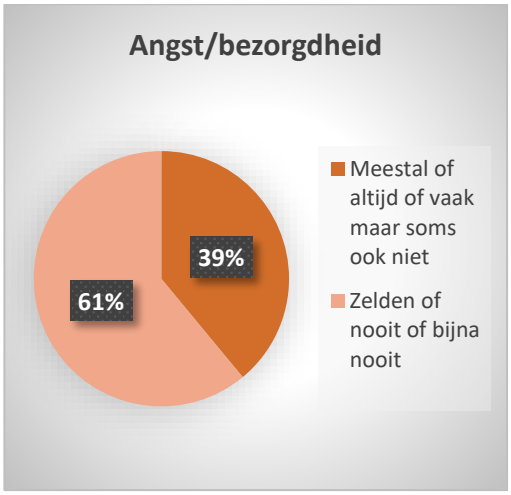
Grafiek 1.1: Ervaring pijn bij MM1.



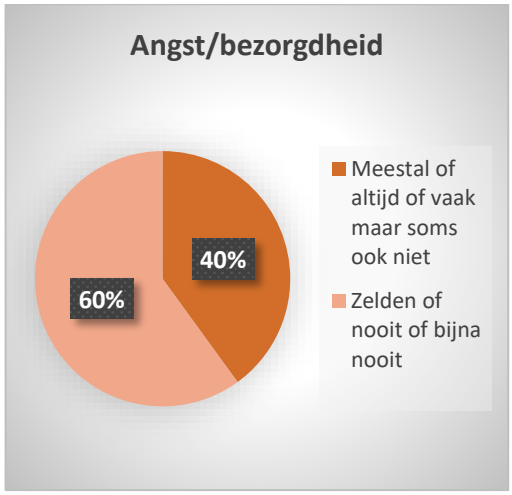
Grafiek 2.1: Ervaring pijn bij MM2.

Psychische, sociale en spirituele aspecten van de zorg

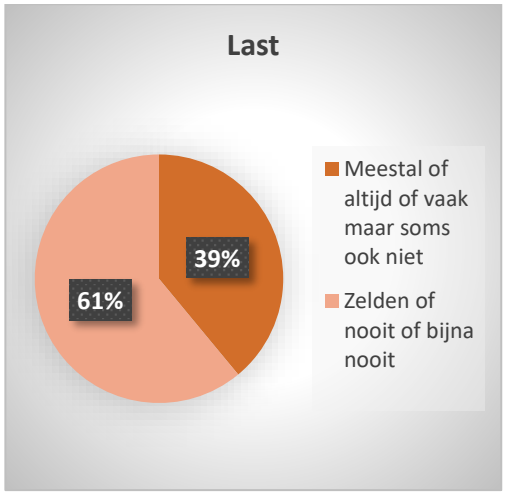
In volgende grafieken wordt weergegeven hoeveel bewoners zich bezorgd of angstig (Grafiek 1.2 en 2.2) of een last (Grafiek 1.3 en 2.3) voelen, alsook hoeveel bewoners zich omringd voelen door mensen die om hen geven (Grafiek 1.4 en 2.4) en hoeveel bewoners, indien gewenst, vonden dat ze bij de zorgverleners terecht konden met hun levensvragen (Grafiek 1.5 en 2.5). Bij al deze indicatoren waren de scores bij beide MM's zeer vergelijkbaar, enkel bij MM2 zagen we een daling van 12% in het aantal bewoners dat zich omringd voelde.



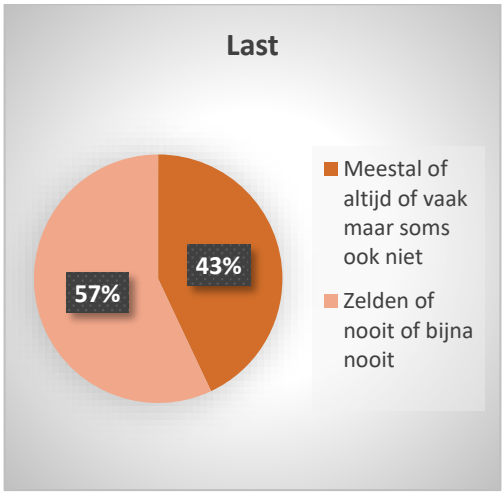
Grafiek 1.2: Ervaring angst/bezorgdheid bij MM1.



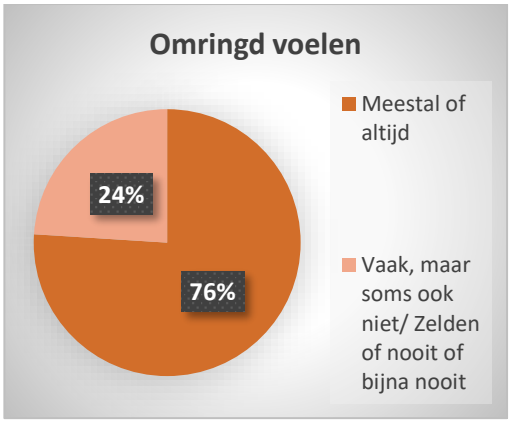
Grafiek 2.2: Ervaring angst/bezorgdheid bij MM2.



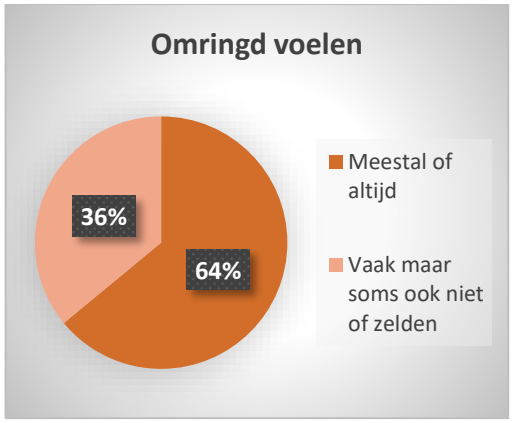
Grafiek 1.3: Ervaring last bij MM1.



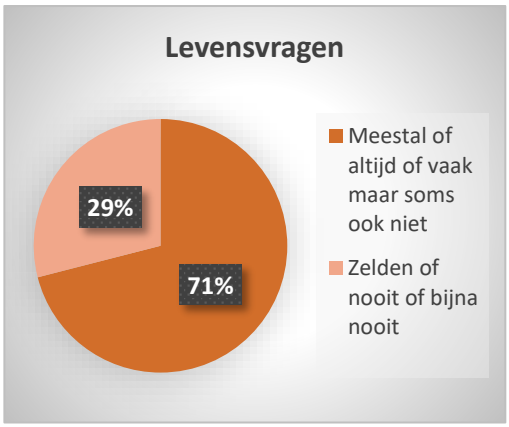
Grafiek 2.3: Ervaring last bij MM2



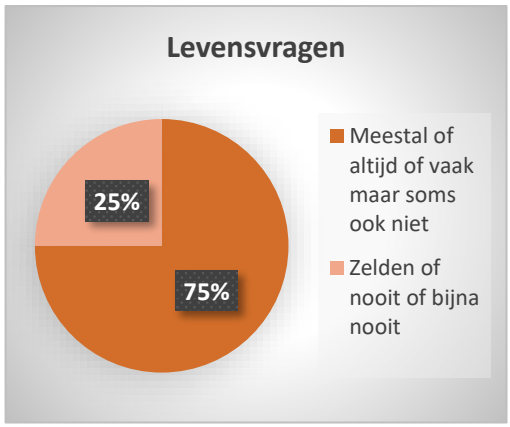
Grafiek 1.4: Ervaring zich omringd te voelen bij MM1.



Grafiek 2.4: Ervaring zich omringd te voelen bij MM2.



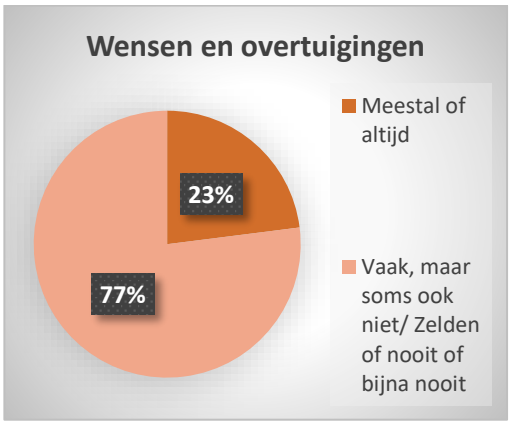
Grafiek 1.5: Ervaring stellen levensvragen bij MM1.



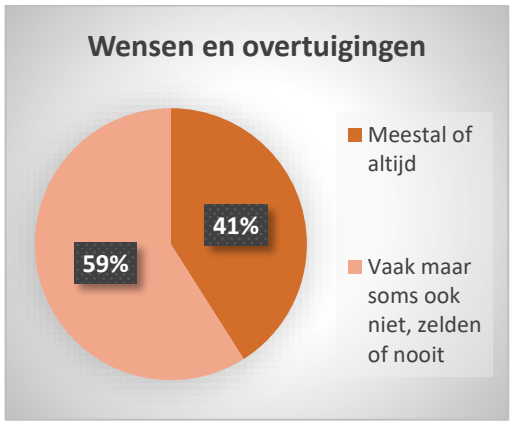
Grafiek 2.5: Ervaring stellen levensvragen bij MM2.

Autonomie en waardigheid

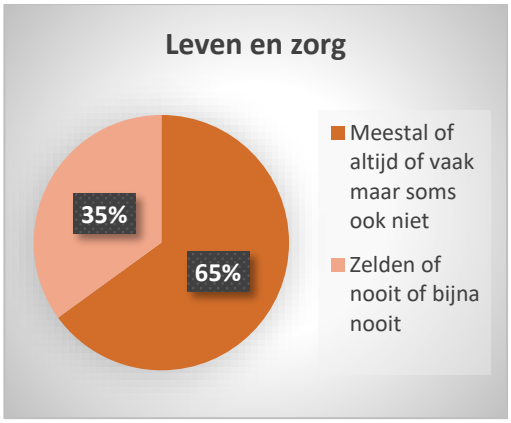
In onderstaande grafieken wordt weergegeven in welke mate de bewoners vinden dat de hulpverleners rekening houden met hun persoonlijke wensen en overtuigingen (Grafiek 1.6 en 2.6), dat ze zelf beslissingen kunnen nemen over hun leven en zorg (Grafiek 1.7 en 2.7) en of ze zich respectvol behandeld voelen (Grafiek 1.8 en 2.8). MM2 toonde dat er meer rekening gehouden werd met wensen en overtuiging (een stijging van 18%) en dat men zich meer gerespecteerd voelde (stijging van 14%).



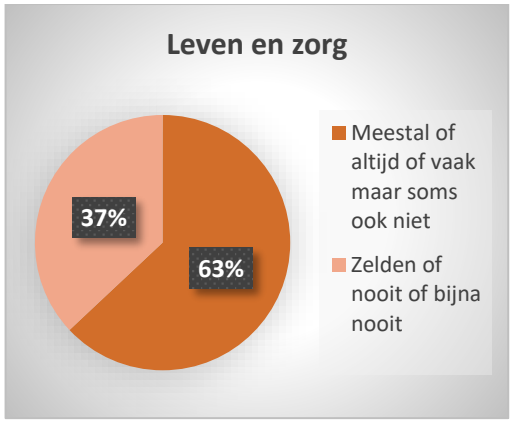
Grafiek 1.6: Persoonlijke wensen en overtuigingen MM1



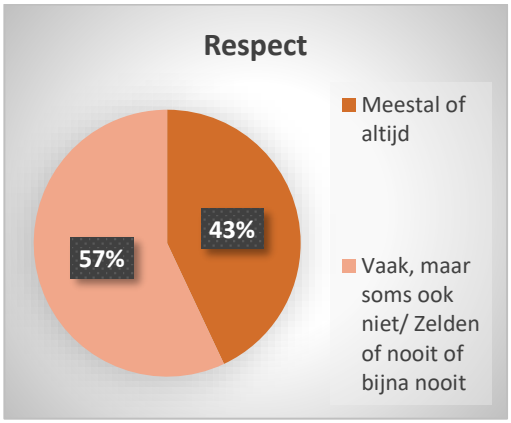
Grafiek 2.6: Persoonlijke wensen en overtuigingen MM2.



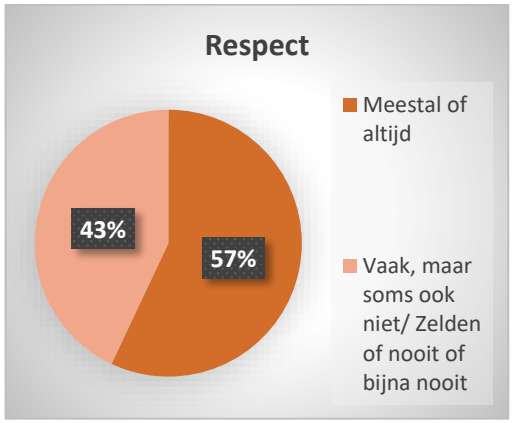
Grafiek 1.7: Beslissingen leven en zorg MM1.



Grafiek 2.7: Beslissingen leven en zorg MM2.



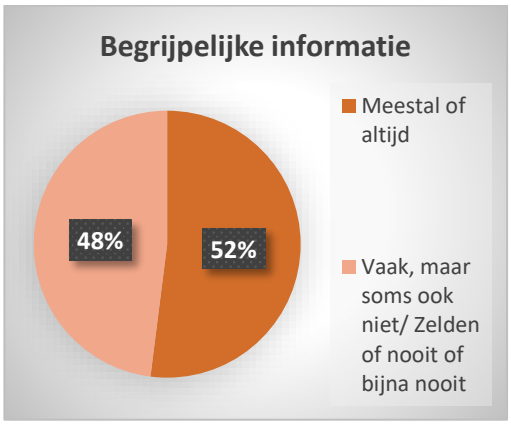
Grafiek 1.8: Ervaring respectvolle behandeling MM1.



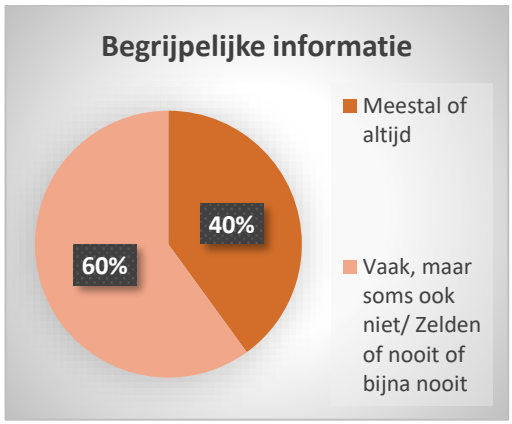
Grafiek 2.8: Ervaring respectvolle behandeling MM2.

Communicatie met bewoners

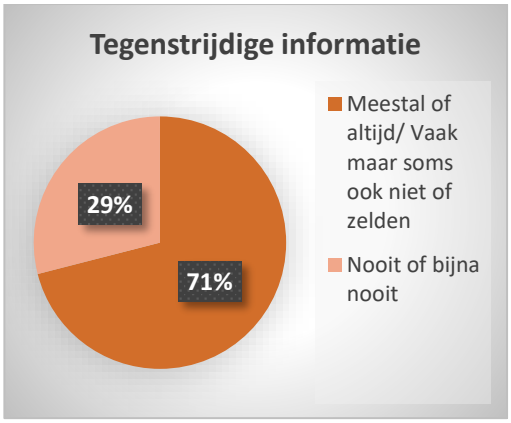
Volgende grafieken tonen hoeveel bewoners aangeven begrijpelijke informatie te krijgen over de zorg (Grafiek 1.9 en 2.9) en hoeveel bewoners tegenstrijdige informatie krijgen over de zorg (Grafiek 1.10 en 2.10). Hieruit blijkt dat minder bewoners begrijpelijke informatie kregen (daling met 12%) en meer bewoners tegenstrijdige informatie kregen (stijging met 10%).



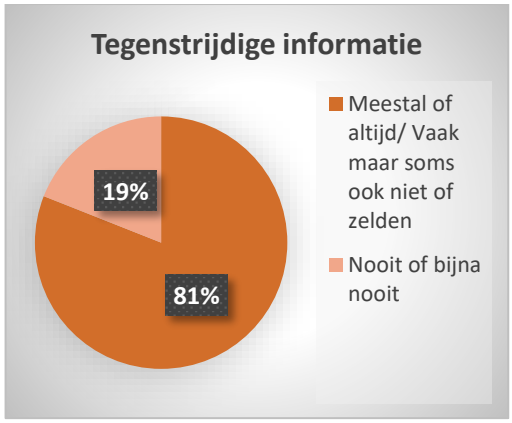
Grafiek 1.9: Krijgen van begrijpelijke informatie MM1



Grafiek 2.9: Krijgen van begrijpelijke informatie MM2.



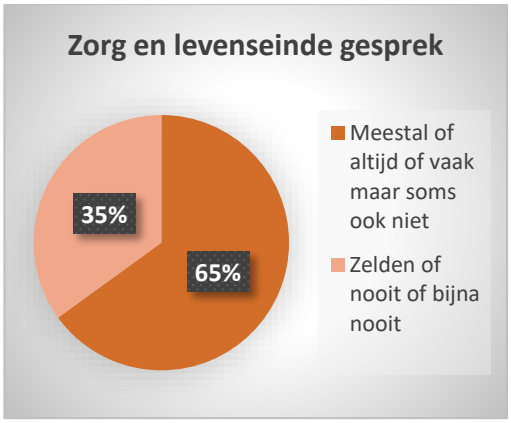
Grafiek 1.10: Krijgen van tegenstrijdige informatie MM1.

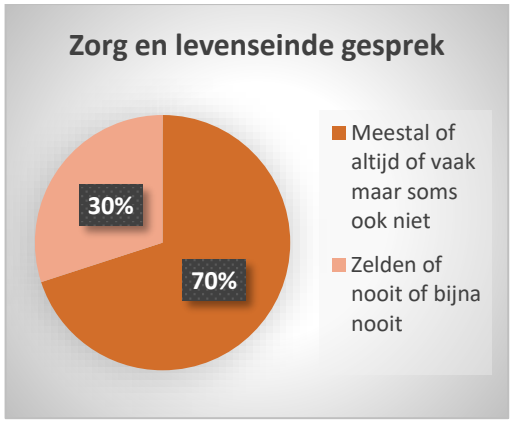


Grafiek 2.10: Krijgen van tegenstrijdige informatie MM2.

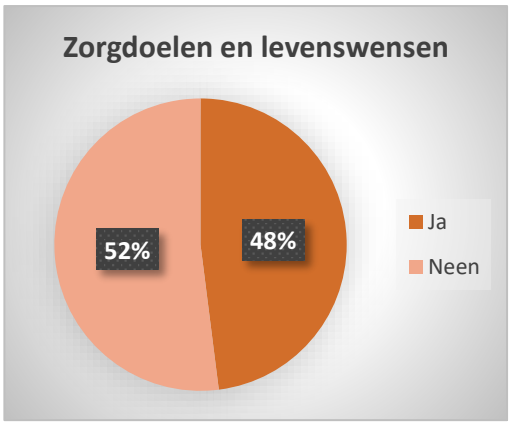
Zorgplanning

Deze grafieken tonen hoeveel bewoners aangeven dat er tijd en aandacht is van hun zorgverleners om, indien ze dat wensen, te spreken over hun zorg aan het levenseinde (Grafiek 1.11 en 2.11), hoeveel hulpverleners aangeven te weten wat de zorgdoelen en levenswensen zijn van de bewoners (Grafiek 1.12 en 2.12) en hoeveel hulpverleners de bewoner zelf of zijn familie aanmoedigen om aan vroegtijdige zorgplanning te doen (Grafiek 1.13 en 2.13). Grafiek 2.14 toont hoe vaak een overleg georganiseerd werd met meerdere hulpverleners, bewoner en naasten volgens de naasten van de overleden bewoners. Aangezien deze laatste uit de vragenlijst voor naasten komt, is hier enkel resultaat uit MM2. Meer bewoners vonden dat er tijd was om te spreken over hun zorg en levenseinde (stijging van 5%) en hulpverleners wisten bij MM2 minder goed wat de zorgdoelen van de bewoners waren (daling met 15%). Slechts 14% van de naasten gaf aan dat er meer dan eens een overleg werd georganiseerd.

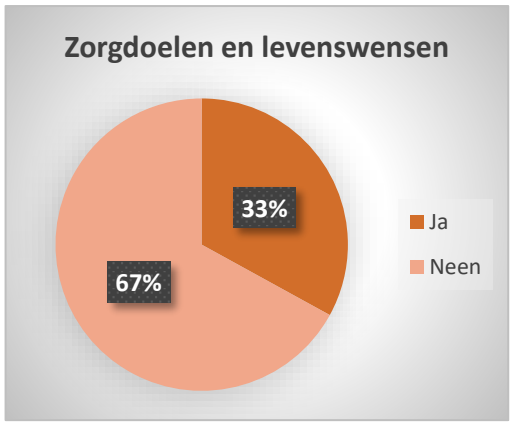




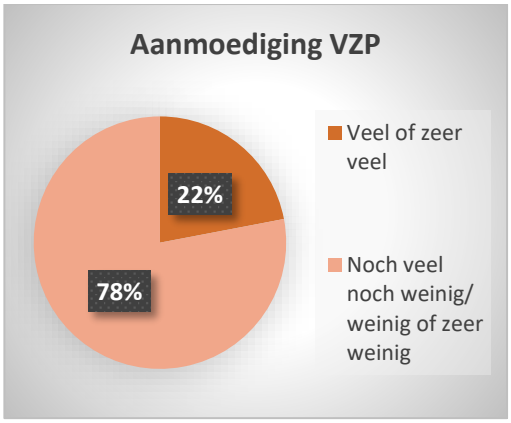
Grafiek 1.11: Tijd en aandacht levenseindezorg gesprek MM1. Grafiek 2.11: Tijd en aandacht levenseindezorg gesprek MM2



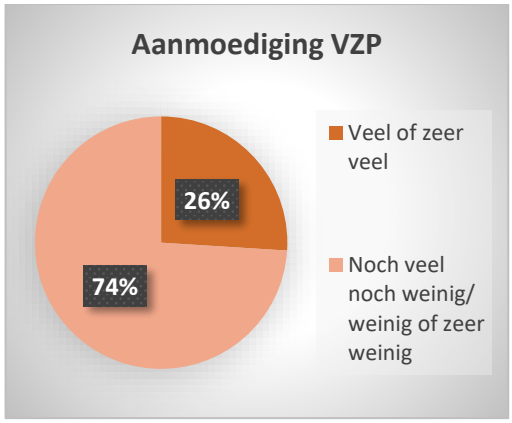
Grafiek 1.12: Kennis zorgdoelen en levenswensen MM1.



Grafiek 2.12: Kennis zorgdoelen en levenswensen MM2.

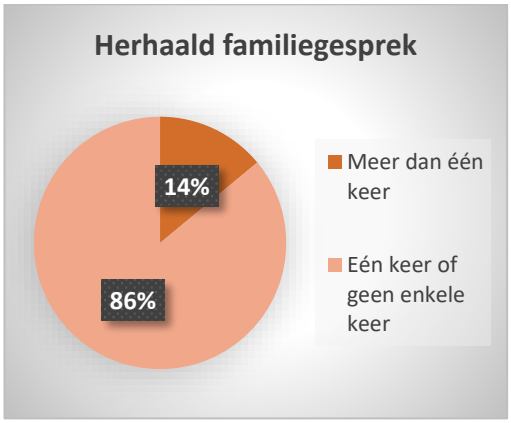


Grafiek 1.13: Aanmoediging tot VZP MM1.



Grafiek 2.13: Aanmoediging tot VZP MM2.

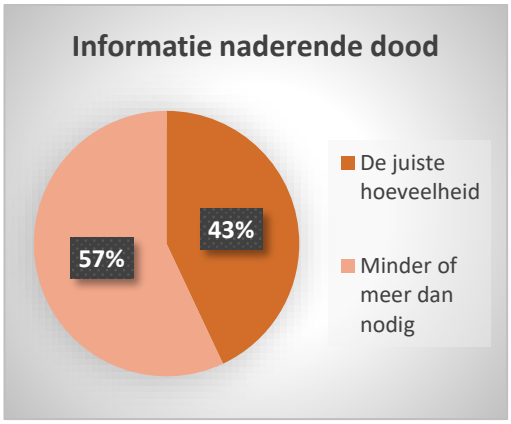
.



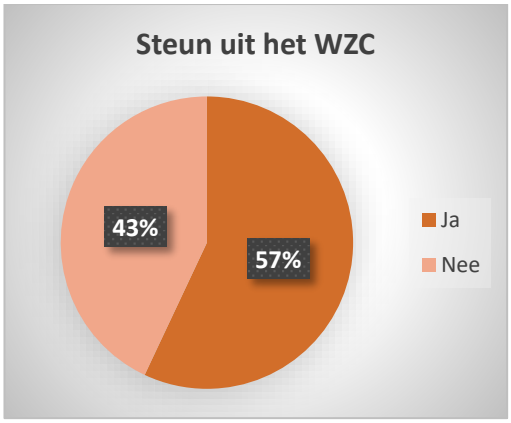
Grafiek 2.14: Overleg in het WZC met naasten MM2.

Zorg voor en communicatie met de naaste

Ook hier zijn enkel resultaten uit MM2 beschikbaar. Grafiek 2.15 toont aan hoeveel van de naasten vonden dat ze de juiste hoeveelheid informatie kregen over het naderende sterven van de bewoner. Grafiek 2.16 toont hoeveel naasten zich gesteund voelden na het overlijden van hun familielid.



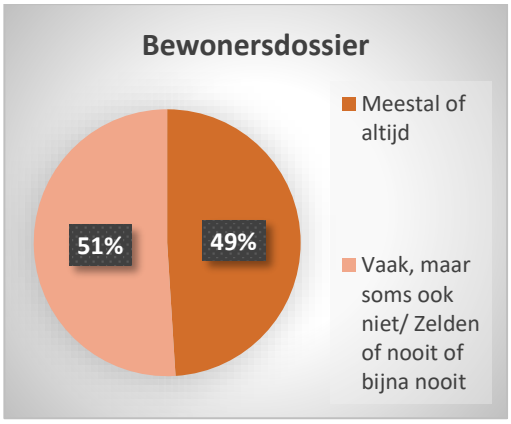
Grafiek 2.15: Informatie over de naderende dood MM2.



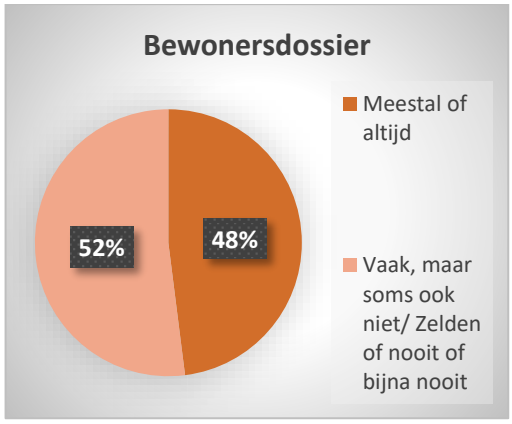
Grafiek 2.16: Steun ervaren door naasten MM2.

Communicatie tussen zorgverleners

In onderstaande Grafiek 1.14 en 2.17 wordt getoond van hoeveel bewoners de hulverleners aangeven voldoende informatie te vinden in het bewonersdossier wanneer ze deze nodig hebben.



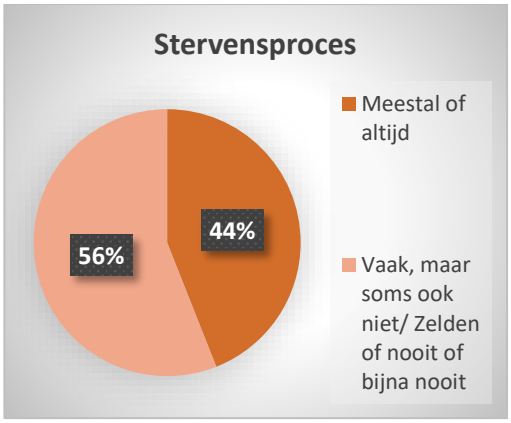
Grafiek 1.14: Informatie in bewonersdossier MM1.



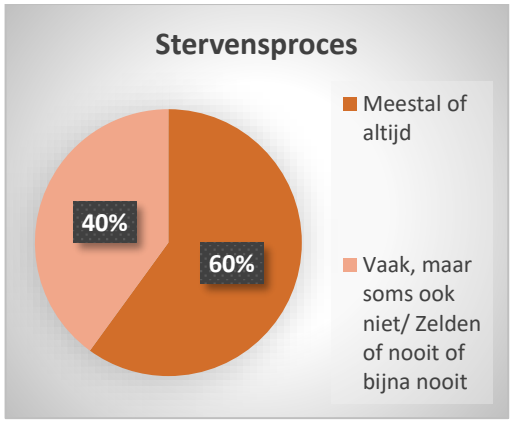
Grafiek 2.17: Informatie in bewonersdossier MM2.

Zorg en omstandigheden rond het overlijden

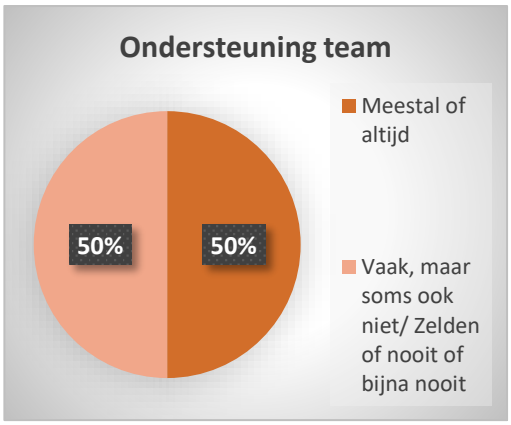
Hier wordt afgebeeld hoeveel hulpverleners zich bij de overleden bewoners competent voelde bij het begeleiden van het stervensproces van deze bewoner (Grafiek 1.15 en 2.18) en hoeveel zich ondersteund voelde door het team bij de zorg aan het levenseinde van deze bewoner (Grafiek 1.16 en 2.19). De derde grafiek toont aan bij hoeveel van de overleden bewoners ze de naderende dood konden herkennen aan fysieke veranderingen (Grafiek 1.17 en 2.20). Opnieuw wordt hier een grafiek getoond met enkel resultaat uit MM2 namelijk grafiek 2.21, dewelke toont dat 0% naasten aangaven dat zeer veel nodige maatregelen werden genomen opdat de bewoner comfortabel zou zijn tijdens de laatste week voor overlijden. Meer hulpverleners voelden zich competent tijdens MM2 (stijging van 16%), ze voelden zich ook meer ondersteund door het team (stijging van 41%) en konden de naderende dood beter herkennen (stijging van 32%).



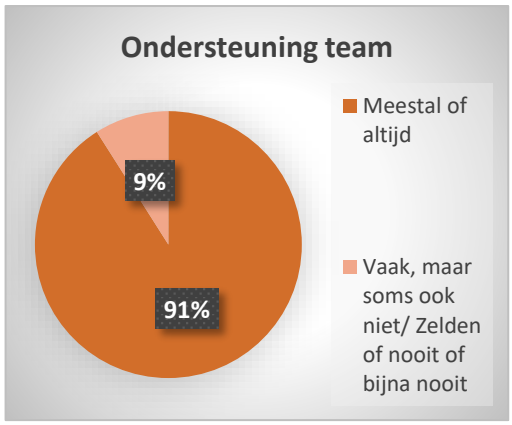
Grafiek 1.15: Competentiegevoel bij stervensproces MM1.



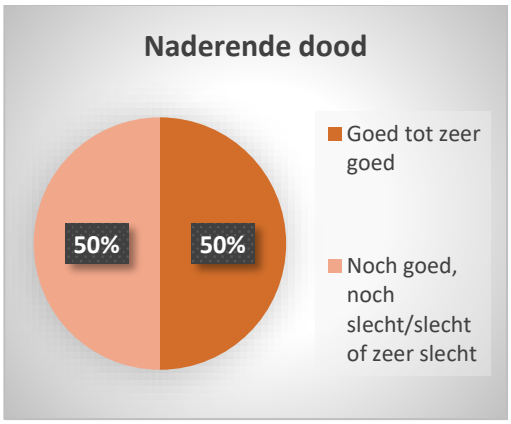
Grafiek 2.18: Competentiegevoel bij stervensproces MM2.



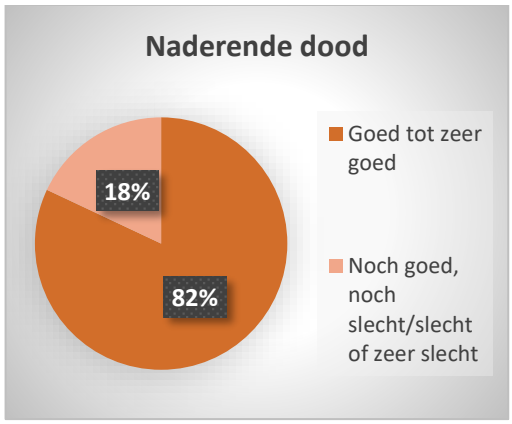
Grafiek 1.16: Gevoel van ondersteuning team MM1



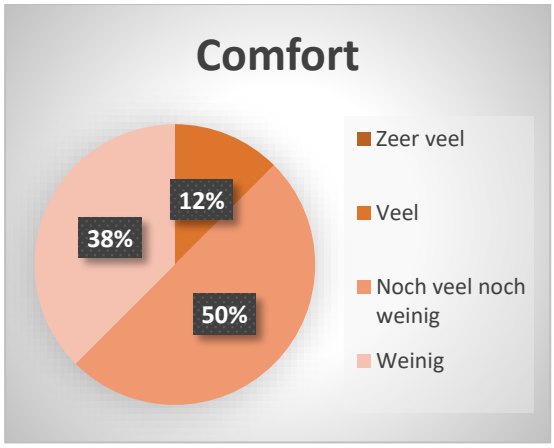
. Grafiek 2.19: Gevoel van ondersteuning team MM2.



Grafiek 1.17: Herkennen naderende dood MM1.



Grafiek 2.20: Herkennen naderende dood MM2.



Grafiek 2.21: Maatregelen voor comfort MM2.

Open vragen

Zoals eerder beschreven, bevindt zich op het einde van elke vragenlijst een bijkomende open vraag namelijk 'Heeft u in deze vragenlijst onderwerpen gemist die gaan over de kwaliteit van zorg en die voor u belangrijk zijn?' in alle vragenlijsten behalve deze voor de naasten waar volgende vraag werd toegevoegd: 'Als er nog belangrijke informatie is over uw naaste en de geleverde zorg, die u niet kwijt kon in de vragenlijst, kan u dit hier noteren'. De resultaten van deze vragen worden weergegeven in *Bijlage 16.* Er werd verwacht dat hier feedback ging volgen o.a. over welke onderwerpen gemist werden maar deze tekstboxen bleken voornamelijk voor bewoners, proxy's en naasten een manier om kwijt te spelen wat er op hun maag lag en hoe zij de zorg in het WZC hadden ervaren.

Bespreking in het WZC

Bespreking MM1

De resultaten lagen grotendeels in de lijn van de verwachtingen van het personeel. Een uitschieter die toch onverwacht bleek was het resultaat van de vraag aan de bewoners over ervaring van pijn. Hierbij liet het personeel blijken verbaasd te zijn en iedereen gaf aan dat ze dachten dat dit resultaat veel lager zou zijn. De afspraak werd gemaakt om vanaf oktober 2022 na te denken over een verbeterproject via de PDCA-cyclus aangezien er tijdens de schoolvakantie geen tot weinig vergaderingen zouden plaatsvinden in het WZC. *Bijlage* 17 bevat de PowerPoint die gebruikt werd om de resultaten te bespreken.

Bespreking MM2

De resultaten toonden opnieuw enkele onverwachte resultaten zoals de resultaten rond pijn en de maatregelen voor comfort. Alle aanwezige hulpverleners besloten dat dit resultaten zijn waarmee ze graag aan de slag willen gaan in de toekomst. Er kwamen ook enkele aangename resultaten naar boven zoals verbetering van de scores rond het stervensproces, naderende dood en ondersteuning van het team.

Bijlage 18 bevat de PowerPoint die gebruikt werd om de resultaten te bespreken. Een overzicht van de resultaten zoals meegegeven aan de hulpverleners tijdens deze bespreking is bijgevoegd (*Bijlage 19*) met de resultaten die niet berekend konden worden doordat er geen data waren (vragenlijsten van naasten bij MM1 die onvoldoende waren) weergegeven door '/'.

Evaluatie door het WZC

Na bespreking van de resultaten tijdens het fysieke contactmoment met WZC 1 na MM1 en na MM2 werd mondeling nagevraagd hoe de ervaring met de tool was. Dit gebeurde door het stellen van open vragen alsook meer gerichte vragen over de werklast, specifieke moeilijkheden met de vragenlijsten, de variatie aan onderwerpen en vragen en eventuele aanbevelingen of aanpassingen die het gebruik in de toekomst gemakkelijker zouden maken. Hier kwam unaniem naar voren dat de intentie er was om deze tool te blijven gebruiken in de toekomst. Er werd aangehaald dat het enkele aanknooppunten biedt om mee aan de slag te gaan om de huidige palliatieve zorg te verbeteren terwijl het ervoor moeilijker was om de werkpunten op te

sporen. Het werd ook duidelijk dat er verschillende resultaten waren die niet in de lijn met de verwachtingen lagen dewelke het zorgpersoneel verbaasden. Een voorbeeld hiervan is de pijnscore die bewoners gaven. Een tweede onverwacht resultaat is dat van de comfortzorg bij overleden bewoners. Men ging akkoord dat hieraan zeker een KVP gekoppeld kan worden in de toekomst. De werklast van de tool werd als zeer laag beoordeeld. Alle zorgverleners ervaarden de vragenlijsten als vlot te begrijpen en in te vullen. Het invullen van meerdere vragenlijsten door de zorgverleners door een discrepantie in het aantal bewoners en het aantal zorgverleners werd niet als een grote extra werklast beschouwd.

Enkele van deze vragen werden op de laatste slide van de PowerPoint presentatie genoteerd (*Bijlage 18*). De antwoorden van de hulpverleners werden genoteerd in het logboek. Aangezien de verantwoordelijke, De verantwoordelijke, niet meer aanwezig kon zijn op deze vergadering gebeurde zijn evaluatie via mail. Zowel de fysieke evaluatie als de evaluatie door De verantwoordelijke zijn beschreven in de gelogde contactmomenten (*Bijlage 4*).

Limitaties

Door verloop van de studie tijdens de COVID-19 pandemie is het mogelijk dat de resultaten niet vergelijkbaar zijn met de resultaten uit eventuele latere en vorige studies aangezien de maatregelen die op het moment van de studie van kracht zijn een impact hebben op de mentale status van de bewoners. Dit zal op zich een effect hebben op de beleving van de bewoners zoals studies steeds aangetoond hebben, een voorbeeld hiervan is dat de mentale status een invloed heeft op het ervaren van pijn [30]. Ook kan een uitbraak in het WZC een impact hebben op de werklast van de hulpverleners zoals bijvoorbeeld minder werkkracht door verplichte thuisisolatie van een werknemer.

Discussie

In deze studie werd geëvalueerd hoe hulpverleners in Vlaamse woonzorgcentra het gebruik van vooraf opgestelde kwaliteitsindicatoren voor palliatieve zorg ervaarden. Het opgestelde protocol was veelbelovend maar kon niet volledig uitgevoerd worden door verschillende onverwachte gebeurtenissen zoals het uitvallen van de deelname van één woonzorgcentrum, het niet kunnen uitvoeren van een kwaliteitsverbeterend project in het andere woonzorgcentrum en het ontslag van de verantwoordelijke contactpersoon in dit woonzorgcentrum. Desondanks hebben de uitgevoerde onderdelen wel verassende resultaten opgeleverd en werd het gebruik van de tool positief onthaald door de hulpverleners in het woonzorgcentrum.

Ookal kon er uiteindelijk geen kwaliteitsverbeterend project plaats vinden in het woonzorgcentrum, toch hadden we een verbetering van de resultaten uit de vragenlijsten verwacht bij het tweede meetmoment. Deze verwachting kan verklaard worden aan de hand van het Hawthorne effect. Dit hebben we inderdaad bij het grootste deel van de resultaten vastgesteld maar er kwamen ook enkele onverwachte cijfers naar boven. Zo toonden de cijfers van de kennis van de hulpverleners over de zorgdoelen van de bewoners een daling van 15%, minder bewoners voelden zich omringd (daling van 12%) en minder bewoners vonden dat ze begrijpelijke informatie kregen (daling met 12%). Hier kan eventueel retrospectief gekeken worden binnen het woonzorgcentrum of een verklaring te vinden is. Verder zagen we bij de bevraging van pijn bij bewoners dat 87% bij het eerste meetmoment en 96% bij het tweede meetmoment aangaven vaak een pijn te ervaren die ze een score van 4 of meer op een schaal van 10 gaven. Dit verbaasde de hulpverleners aangezien zij niet vaak de feedback van bewoners kregen dat ze pijn ervaarden. Een tweede onverwacht resultaat was dat niemand van de ondervraagde naasten aangaf dat ze vonden dat zeer veel maatregelen werden genomen om de bewoner comfortabel te houden tijdens zijn/haar laatste levensweken. Met beide resultaten wouden de hulpverleners aan de slag gaan om een kwaliteitsverbeterend project op te stellen in de toekomst.

De tekstvakken van de open vragen blijken een onverwacht waardevolle bijdrage te leveren. Hierin werden door bewoners, proxy's en naasten verschillende pijnpunten blootgelegd die niet aan bod waren gekomen in de vragenlijsten en niet per se gelinkt zijn aan palliatieve zorg maar eerder met de dagdagelijkse zorgen. Dit kan voor het woonzorgcentrum een bijkomende interessante, subjectieve, kijk geven op de zorg in hun woonzorgcentrum. Om te vermijden dat deze waardevolle feedback slechts éénmaal per jaar gegeven kan worden, tijdens de vragenlijsten, kan worden voorgesteld ook hierop in te spelen door bijvoorbeeld een ideeënbox te plaatsen binnen het woonzorgcentrum. Zo kan op anonieme wijze deze feedback het hele jaar door gegeven worden.

De Respons rates die bekomen werden in deze studie zijn vergelijkbaar met de respons rates uit een voorgaande studie [31] . Ookal werd er niet bij elke vragenlijst aan de verwachte respons rate voldaan, leek dit in overleg met de hulpverleners echter wel haalbaar voor bijna alle vragenlijsten mits extra motivatie en verlenging van de termijn van invullen van de vragenlijsten. Tijdens het eerste meetmoment werd deze termijn uiteindelijk met twee weken verlengd met hierdoor een betere respons bij de vragenlijsten van hulpverleners. Tijdens het tweede meetmoment is verlenging van de termijn niet gelukt aangezien de verantwoordelijke zijn laatste werkdag samenviel met de laatste dag van de termijn van vier weken die voorop gesteld werd. De verwachte 100% respons rate bij de vragenlijst aan naasten lijkt niet haalbaar en deze verwachting kan best aangepast worden in de toekomst.

Ter verbetering van de respons rate kunnen voorstellen gedaan worden dewelke toegepast kunnen worden in volgende studies die de tool op grotere schaal kunnen implementeren. De voorstellen zijn volgende:

- Op voorhand kan een mail gestuurd worden naar alle naasten van bewoners dat wanneer hun naaste komt te overlijden, er een vragenlijst verstuurd zal worden. Op deze manier komen zijn ze reeds op de hoogte dat wanneer hun naaste kot te overlijden, ze zich hieraan kunnen verwachten.
- Een aanpassing van de termijn voor het invullen van vragenlijsten voor naasten is nodig. De vragenlijst blijft best het hele jaar door actief met versturen van de vragenlijst zes weken na het overlijden van de bewoner. Een herinnering kan opnieuw enkele weken later verstuurd worden. Dit leidde in dit onderzoek naar een stijging in respons rate van 10% naar 43.8%. Dit toont aan dat de vooropgestelde verwachte respons rate van 100% niet reëel is.
- De vooropgestelde termijn van vier weken voor het invullen van de vragenlijsten is haalbaar maar vergt veel motivatie van de verantwoordelijke in het woonzorgcentrum doordat hij/zij het personeel op verschillende momenten opnieuw moet aanmoedigen om de vragenlijsten in te vullen of de bewoners

hier opnieuw attent op moet maken bij het halen van een onvoldoende respons. Dit kan op voorhand benadrukt worden dat indien na twee weken onvoldoende respons bekomen wordt, er opnieuw ingezet moet worden op het motiveren van de bewoners en hulpverleners.

Dat het uitvoeren van het protocol niet volgens plan verliep, hoeft niet als een falen van de studie gezien worden aangezien deze toestand de realiteit weerspiegelt. Niet elk woonzorgcentrum zal de tijd of ruimte hebben om de vragenlijsten rond te krijgen, de personeelsbezetting kan veranderen (door ontslagen/aanwervingen/vakantie) en in tijden van een COVID-19 pandemie kan een uitbraak voor onverwachte extra werkdruk zorgen waardoor andere zaken minder prioritair worden. Deze obstakels werden ook beschreven in andere studies zoals reeds aangehaald in de inleiding. Niet alleen hebben deze factoren op zich een invloed op de haalbaarheid maar ook de timing van implementatie van aanpassingen aan de zorg is belangrijk [23, 32].

Enkele studies zagen dat er hiertegenover ook verschillende bevorderende factoren waren. Hiermee bedoelen we: factoren die ervoor zouden zorgen dat aanpassingen aan het beleid en de structuur van de zorg makkelijker uitgevoerd zullen worden. Deze factoren zijn onder andere het ontvangen van vergoedingen voor het gebruik van de kwaliteitsindicatoren, het verlenen van accreditatie bij gebruik van de indicatoren, het terugkoppelen van de resultaten van de indicatoren naar de overheid, de aanwezigheid van elektronische patiëntendossiers, de aanwezigheid van één leider die de implementatie begeleid, interesse vanuit het management van de organisatie, voldoende personeel [15, 16, 17]. Hiermee kan rekening gehouden worden door de woonzorgcentra bij het organiseren van hun palliatieve zorg.

De ontwikkeling en verplichting van de BelRAI brengt een deel van deze bevorderende factoren samen. In de toekomst kunnen de verzamelde data van dit instrument gebruikt worden om kwaliteitsindicatoren te berekenen. De werking en het doel van de BelRAI liggen dus volledig in lijn met deze van de kwaliteitsindicatoren in deze studie. Hierdoor lijkt een wisselwerking tussen beide een interessant gegeven voor de toekomst: het opnemen van de tool uit deze studie in de BelRAI kan zorgen voor meer gebruik van de tool en deze data kunnen dan gebruikt worden om betere beslissingen te maken over het beleid van palliatieve zorg zoals de bestaffing, de kwaliteitsvereisten en de financiering [19, 20, 21, 33, 34]. Dit zijn echter plannen voor de toekomst aangezien eerst grotere studies van implementie en evaluatie van deze tool nodig zijn om te zorgen dat deze optimaal is aangepast om in de praktijk gebruikt te kunnen worden.

Conclusie

Ondanks een beloftevol protocol kon niet elke stap uitgevoerd worden door verschillende obstakels. Desondanks kwamen toch enkele verrassende resultaten naar voren en konden enkele voorstellen gedaan worden ter aanpassing van de methode na afloop van de studie om de responsgraad te verhogen. Aan de hand van literatuur werden belangrijke factoren aangehaald die de verbetering van de palliatieve zorg faciliteren. In één woonzorgcentrum werd de tool op twee meetmomenten toegepast en positief geëvalueerd met intenties de tool in de toekomst te blijven gebruiken. Een kwaliteitsverbeterend project kon niet worden uitgevoerd maar o.b.v. de onverwachte cijfers werden wel verbeterpunten blootgelegd. Deze verbeterpunten kunnen alsnog omgezet worden in één of meerdere kwaliteitsverbeterende projecten in de toekomst met een werklast die volledig bepaald kan worden door het woonzorgcentrum. Verder onderzoek waarin het gebruik van deze kwaliteitsverbeterende projecten wordt geëvalueerd, is dus nog nodig. Een grootschaligere toepassing van de studie is nodig om de tool te optimaliseren en te kunnen toepassen in heel Vlaanderen waarna vergelijkingen op nationaal en internationaal niveau mogelijk zullen zijn.

Bronnen

1. Werkgroep vroegtijdige zorgplanning, palliatieve zorg en levenseindezorg. *Referentiekader kwaliteit van zorg inzake vroegtijdige zorgplanning, palliatieve zorg en levenseindezorg in een woonzorgcentrum*. Agentschap Zorg en Gezondheid [Online publicatie]. [geraadpleegd op 7 maart 2023]. Beschikbaar op: https://zorg-en-gezondheid.be/publicaties-en-documenten/referentiekader-vroegtijdige-zorgplanning-palliatieve-zorg-en-levenseindezorg-in-een-woonzorgcentrum
2. Agentschap Zorg en Gezondheid. *Woonzorgcentra*. [Webpagina]. [geraadpleegd op 7 maart 2023]. Beschikbaar op: https://www.zorg-en-gezondheid.be/per-domein/ouderenzorg/woonzorgcentra
3. World Health organization (2002). *Palliative Care*. WHO. [Webpagina]. [geraadpleegd op 7 maart 2023]. Beschikbaar op: http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/
4. Van Mechelen W, Piers R, Van den Eynde J, & De Lepeleire J (mei 2021). *Richtlijn Vroegtijdige Zorgplanning*. Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen vzw. Richtlijnen Palliatieve Zorg. [Online publicatie]. Beschikbaar op: www.pallialine.be .
5. Agentschap Zorg en gezondheid. *Vlaams indicatorenproject woonzorgcentra: Handleiding.* [Webpagina]. [geraadpleegd op 28 april 2023]. Beschikbaar op: *https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/2022-04/HandleidingKwaliteitsindicatoren_versie1%208_0.pdf*
6. Agentschap Zorg en Gezondheid afdeling Informatie en Zorgberoepen (2017). *Zorgzwaarte in de ouderenzorg*. [Online publicatie]. Brussel [geraadpleegd op 26 juni 2021]. Beschikbaar op: http://www.zorg-en-gezondheid.be/Cijfers/GI2017zorgzwaarte_ouderenzorg..pdf
7. De Vlieger T, Dr Derycke N, Robbens D, Leuris I, Verdonck N, Vanassche V, et al. *Palliatieve zorg in de woonzorgcentra – een pad naar kwaliteitsverbetering*. Info PHA; 2018 April-mei-juni; 25: 6.
8. Agentschap Zorg en Gezondheid. *Plaats van overlijden*. [Webpagina]. [geraadpleegd op 7 maart 2023]. Beschikbaar op: https://www.zorg-en-gezondheid.be/cijfers/sterftecijfers-in-vlaanderen/plaats-van-overlijden
9. Podcasy, J., & Epperson, C. N. (2016). *Considering sex and gender in Alzheimer disease and other dementias*. Dialogues in Clinical Neuroscience, 18(4), 437–446. https://doi.org/10.31887/dcns.2016.18.4/cepperson
10. Albers G, Piers R, De Lepeleire J, Steyaert J, Van Mechelen W, Steeman E, Dillen L, Vanden Berghe P, Van den Block L (mei 2016). *Vroegtijdige zorgplanning bij personen met dementie – een richtlijn*. Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen, Pallialine.
11. Dr. Avonds W, Baro V, Dr. Bouckenaere D, Coeme A, Delbar P, Dr. Desmedt M, et al (december 2017). *Evaluatierapport palliatieve zorg*. Federale evaluatiecel Palliatieve Zorg. [Online publicatie]. Beschikbaar op: https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/pz_rapport_2017_.docx_.pdf
12. Keirse E, Beguin C, Desmedt M, Deveugele M, Menten J, Simoens S, et al (2009). *Organisatie van palliatieve zorg in België*. Health Services Research (HSR). Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). KCE reports 115A (D/2009/10.273/40)
13. Netwerk Palliatieve zorg in Vlaanderen - Palliatieve Zorg Info. *Palliatieve zorg in Vlaanderen*. Netwerk Palliatieve zorg; [Webpagina]. [geraadpleegd op 7 maart 2023]. Beschikbaar op: http://www.palliatieve.org/info/palliatieve-zorg-in-vlaanderen
14. Vandervoort A, Houttekier D, Van den Block L, van der Steen JT, Vander Stichele R, Deliens L (2014). *Advance care planning and physician orders in nursing home residents with dementia: a nationwide retrospective study among professional caregivers and relatives*. J Pain Symptom Manage. 2014;47(2):245-56.
15. Persson, H. Å., Ahlström, G., & Ekwall, A. K. (2022). *Professionals´ readiness for change to knowledge-based palliative care at nursing homes: a qualitative follow-up study after an educational intervention*. BMC Palliative Care, 21(1). https://doi.org/10.1186/s12904-022-01018-y
16. Nilsen, P., Wallerstedt, B., Behm, L., & Ahlström, G. (2018). *Towards evidence-based palliative care in nursing homes in Sweden: a qualitative study informed by the organizational readiness to change theory*. Implementation Science, 13(1). https://doi.org/10.1186/s13012-017-0699-0
17. Zhao, Y., Liao, L., Feng, H., MA, Chen, H., & Ning, H. (2021). *Enablers and barriers to implementing care quality improvement program in nursing homes in China*. BMC Geriatrics, 21(1). https://doi.org/10.1186/s12877-021-02488-0
18. Leemans, K., Van Den Block, L., Stichele, R. V., Francke, A. L., Deliens, L., & Cohen, J. (2015). *How to implement quality indicators successfully in palliative care services: perceptions of team members about facilitators of and barriers to implementation*. Supportive Care in Cancer, 23(12), 3503–3511. https://doi.org/10.1007/s00520-015-2687-8
19. BelRAI kennisportaal. *Documentatie en wetgeving*. [Webpagina]. Kwailteitscentrum diagnostiek. [geraadpleegd op 28 april 2023]. Beschikbaar op: https://belrai-kennisportaal.be/documentatie-wetgeving

20. Agentschap Zorg en Gezondheid. *Referentiekader vroegtijdige zorgplanning, palliatieve zorg en levenseindezorg in een woonzorgcentrum*. [Webpagina]. [geraadpleegd op 28 april 2023]. Beschikbaar op: https://zorg-en-gezondheid.be/publicaties-en-documenten/referentiekader-vroegtijdige-zorgplanning-palliatieve-zorg-en-levenseindezorg-in-een-woonzorgcentrum
21. Agentschap Zorg en Gezondheid. *BelRAI binnen de ouderenzorg*. [Webpagina]. [geraadpleegd op 28 april 2023]. Beschikbaar op: https://www.zorg-en-gezondheid.be/beleid/ezorgzaam-vlaanderen/belrai/belrai-binnen-de-ouderenzorg#paddle_components_text_block_9513763b-8a87-4603-bfae-6f4673e7850b
22. BelRAI kennisportaal. *Over BelRAI*. [Webpagina]. Kwailteitscentrum diagnostiek. [geraadpleegd op 28 april 2023]. Beschikbaar op: https://belrai-kennisportaal.be/over-belrai
23. Dupont, C., De Schreye, R., Cohen, J., De Ridder, M., Van Den Block, L., Deliens, L., & Leemans, K (2021). *Pilot Study to Develop and Test Palliative Care Quality Indicators for Nursing Homes*. International Journal of Environmental Research and Public Health ; 18(2), 829. https://doi.org/10.3390/ijerph18020829
24. Pasman HR, Brandt HE, Deliens L, Francke AL (Juli 2009). *Quality indicators for palliative care: a systematic review*. J Pain Symptom Manage; 38(1):145-156. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2008.07.008. PMID: 19615636.
25. National Consensus Project (2018). *Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care. 4th edition*. National Coalition for Hospice and Palliative Care. [Online publicatie]. Beschikbaar op: https://www.nationalcoalitionhpc.org/ncp
26. Palliatieve zorg Vlaanderen (April 2022). *Kwaliteitsindicatoren*. Palliatieve Zorg Vlaanderen; [Webpagina]. [Geraadpleegd op 26 juni 2021]. Beschikbaar op: https://palliatievezorgvlaanderen.be/zorgverlener/tools-en-documentatie/kwaliteitsindicatoren-palliatievezorg/
27. Agentschap Zorg en Gezondheid. *Vlaams indicatorenproject woonzorgcentra: kwaliteitsindicatoren 2021*. [Webpagina]. [geraadpleegd op 28 april 2023]. Beschikbaar op: https://zorgkwaliteit.be/sites/default/files/imports/Publieksrapport2021_Residenti%C3%ABle%20ouderenzorg.pdf
28. Agentschap Zorg en Gezondheid. *Objectieve kwaliteitsindicatoren voor woonzorgcentra registreren*. [Webpagina]. [geraadpleegd op 28 april 2023]. Beschikbaar op: https://www.zorg-en-gezondheid.be/beleid/campagnes-en-projecten/woonzorgcentra/kwaliteitsindicatoren-voor-woonzorgcentra-vip2/objectieve-kwaliteitsindicatoren-voor-woonzorgcentra-registreren
29. Vlaams instituut kwaliteit van zorg. *Kwaliteitsindicatoren woonzorgcentra*. [Webpagina]. [geraadpleegd op 28 april 2023]. Beschikbaar op: https://zorgkwaliteit.be/QI_WZC
30. Keefe, F. J., Wilkins, R. H., Cook, W. A., Jr., Crisson, J. E., & Muhlbaier, L. H. (1986). *Depression, pain, and pain behavior*. Journal of consulting and clinical psychology, 54(5), 665–669. https://doi.org/10.1037/0022-006X.54.5.665
31. Leemans, K., Deliens, L., Francke, A. L., Stichele, R. V., Van Den Block, L., & Cohen, J. (2015). *Quality indicators for palliative care services: Mixed-method study testing for face validity, feasibility, discriminative power and usefulness*. Palliative Medicine, 29(1), 71–82. https://doi.org/10.1177/0269216314546712
32. Yabroff, K. R., Mandelblatt, J. S., & Ingham, J. M. (2004). *The quality of medical care at the end-of-life in the USA: existing barriers and examples of process and outcome measures*. Palliative Medicine, 18(3), 202–216. https://doi.org/10.1191/0269216304pm880oa
33. Greenhalgh, T., Robert, G., Macfarlane, F., Bate, P., & Kyriakidou, O. (2004). *Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and Recommendations*. Milbank Quarterly, 82(4), 581–629. https://doi.org/10.1111/j.0887-378x.2004.00325.x
34. Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). *Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science*. Implementation Science, 4(1). https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50

Bijlagen

Bijlage 1

AGENTSCHAP
ZORG & GEZONDHEID

END-OF-LIFE CARE
RESEARCH GROUP
UNIVERSITEIT GENT
VUB

VLAAMS INDICATORENPROJECT WOONZORGCENTRA KWALITEITSINDICATOREN VOOR PALLIATIEVE ZORG, VROEGTIJDIGE ZORGPLANNING EN LEVENSEINDEZORG

BELEIDSRAPPORT

DR KATHLEEN LEEMANS

PROF DR JOACHIM COHEN

ROBRECHT DE SCHREYE

FILIP SCHRIERS

ENDOFLIFECARE.BE/KWALITEITSINDICATOREN

INHOUD

Woord vooraf 3

Over de uitvoerders van het project 3

Financiering van het project 4

1 Kwaliteitsindicatoren voor palliatieve zorg, vroegtijdige zorgplanning en levenseindezorg in woonzorgcentra 4

2 Wijze van meting en rapportering aan de woonzorgcentra 6

3 Resultaten van de ontwikkeling van de kwaliteitsindicatoren voor Vlaamse woonzorgcentra 9

Resultaat 1 – Een indicatorenset die alle belangrijkste domeinen van palliatieve zorg, levenseindezorg en vroegtijdige zorgplanning omvat 9

Resultaat 2 - Gemiddelde scores op alle indicatoren over 25 Vlaamse WZC heen tijdens de implementatiestudie (november 2019 – januari 2020) 12

Resultaat 3 – 6 tools om de woonzorgcentra te ondersteunen in hun metingen en hun cyclus van kwaliteitsverbetering 13

Resultaat 4 - Quality Assurance Manual en dataverwerkingssysteem 13

4 Beleidsaanbevelingen voor het Agentschap Zorg en Gezondheid voor toekomstige implementatie van het meetinstrument 14

Wat zijn onze beleidsaanbevelingen voor een verder gebruik van de kwaliteitsindicatoren? 14

WOORD VOORAF

In 2018 begon de VUB-UGent onderzoeksgroep Zorg rond het Levenseinde, in opdracht van het Agentschap Zorg en Gezondheid van de Vlaamse Overheid, aan een ambitieus project om **kwaliteitsindicatoren voor de palliatieve zorg, vroegtijdige zorgplanning en levenseindezorg** te ontwikkelen voor de Vlaamse woonzorgcentra. In 2019 werd het project voortgezet om de **implementatie van het zelfevaluatie-instrument**, dat woonzorgcentra gebruiken om de kwaliteitsindicatoren te meten, verder uit te werken. Met dit beleidsrapport willen we de ontwikkelde kwaliteitsindicatoren, het uitgewerkte meetinstrument, de behaalde resultaten en de voorwaarden voor verdere succesvolle implementatie voorstellen aan het beleid. Bovendien willen we aanbevelingen doen over hoe het programma kan worden bestendigd in functie van een optimale monitoring van kwaliteit op maat van de sector, de hulpverleners en de bewoners van onze woonzorgcentra.

OVER DE UITVOERDERS VAN HET PROJECT



Kathleen Leemans werkte als projectleider bij de ontwikkeling van de kwaliteitsindicatoren. In 2014 promoveerde ze op een doctoraatsproefschrift over kwaliteitsindicatoren en vanuit die expertise leidde ze het ontwikkelingstraject in goede banen.



Robrecht De Schreye werkte als uitvoerend onderzoeker aan het ontwikkelen en testen van de kwaliteitsindicatoren. Hij verzorgde de wetenschappelijke onderbouwing en selectie van de indicatoren en het meetinstrument. Hij werkt momenteel als doctoraatstudent aan de meting van kwaliteitsindicatoren van palliatieve zorg op populatieniveau in België.



Charlèss Dupont is verpleegkundige en was teambegeleider bij de ontwikkeling van de kwaliteitsindicatoren (2018-2019). Ze verzorgde onder andere de selectie van deelnemende woonzorgcentra en begeleidde de deelnemende woonzorgcentra tijdens de pilootstudie.



Filip Schriers is datamanager en was teambegeleider bij de implementatie van het kwaliteitsindicatoren zelfevaluatie-instrument (2019-2020). Hij verzorgde onder andere de rekrutering van deelnemende woonzorgcentra en begeleidde de deelnemende woonzorgcentra tijdens de pilootstudie.



Prof Joachim Cohen is als docent verbonden aan de onderzoeksgroep en begeleidde als promotor de ontwikkeling en implementatie van de kwaliteitsindicatoren.

Het project is mede gerealiseerd door de intensieve betrokkenheid van en begeleiding door **prof Luc Deliens** (bijzonder hoogleraar en hoofd van de onderzoeksgroep), **prof Lieve Van den Block** (als hoofddocent verbonden aan de onderzoeksgroep) en **prof Mark De Ridder** (Diensthoofd radiotherapie en palliatieve zorg in UZ Brussel). Hun expertise en inzichten waren onontbeerlijk voor het project.

FINANCIERING VAN HET PROJECT

Het project werd mogelijk gemaakt door de financiële steun van het **Agentschap Zorg en Gezondheid van de Vlaamse Overheid.**

1. KWALITEITSINDICATOREN VOOR PALLIATIEVE ZORG, VROEGTIJDIGE ZORGPLANNING EN LEVENSEINDEZORG IN WOONZORGCENTRA

Palliatieve zorg is een benadering die zich richt op het verbeteren van de kwaliteit van leven van bewoners en hun naasten die te maken krijgen met een levensbedreigende aandoening, op zowel fysiek, psychosociaal als spiritueel vlak. Het inzetten op **vroegtijdige zorgplanning** en kwaliteitsvolle **levenseindezorg** sluit aan bij deze benadering.

Palliatieve zorg wordt in woonzorgcentra voornamelijk verstrekt door de huisarts of CRA, de verpleegkundige, de zorgkundige en eventueel een specialist of een mantelzorger/vrijwilliger. Het kwaliteitsindicatoren project richt zich op de kwaliteit van de zorg in de setting van het WZC in het algemeen, door wie deze zorg ook geleverd wordt. Als uitgangspunt nemen we een palliatieve zorg cultuur voor alle bewoners in het WZC.

De kwaliteitsindicatoren die hier worden beschreven kaderen binnen het Vlaams indicatorenproject woonzorgcentra als een optionele module en maken deel uit van de inspanningen van de Vlaamse Overheid voor kwaliteitsmonitoring in de woonzorgcentra. Ze vormen een aanvulling bij de bestaande set kwaliteitsindicatoren voor woonzorgcentra. Voor meer informatie over de kwaliteitsindicatoren voor de woonzorgcentra kan u de handleiding en de website raadplegen.

Woonzorgcentra kunnen met deze set indicatoren op eigen initiatief de belangrijkste aspecten van kwaliteit van palliatieve zorg, vroegtijdige zorgplanning en levenseindezorg meten in hun woonzorgcentrum, met het oog op kwaliteitsverbetering. Om de eigen score beter te interpreteren, kunnen ze zich vergelijken met andere deelnemende woonzorgcentra, of met de eigen interne verwachtingen van de uitkomst. De Vlaamse Overheid kan de resultaten bovendien gebruiken voor kwaliteitsmonitoring. Sanctioneren van woonzorgcentra op basis van deze kwaliteitsindicatoren is echter uitgesloten. De meting van de indicatoren

is zuiver gericht op kwaliteitsverbetering voor de woonzorgcentra zelf, en gebeurt ook louter op initiatief van de deelnemende woonzorgcentra.

Het resultaat van ons ontwikkelingsproject is een **specifiek meetinstrument** dat in staat is de kwaliteit van palliatieve zorg, vroegtijdige zorgplanning en levenseindezorg te evalueren in de Vlaamse woonzorgcentra. Het bestaat uit 20 indicatoren, verdeeld over 8 domeinen:

- **Fysieke aspecten van de zorg (1 indicator)**
- **Psychische, sociale en spirituele aspecten van de zorg (4 indicatoren)**
- **Autonomie en waardigheid (3 indicatoren)**
- **Communicatie met bewoners (2 indicatoren)**
- **Zorgplanning (4 indicatoren)**
- **Communicatie met en zorg voor de naaste (2 indicatoren)**
- **Communicatie tussen zorgverleners (1 indicator)**
- **Zorg en omstandigheden rond het overlijden (3 indicatoren)**

De volledige kwaliteitsindicatoren set met een beschrijving van hoe elke indicator moet worden berekend is te raadplegen in deel 3 van dit rapport.

2. WIJZE VAN METING EN RAPPORTERING AAN DE WOONZORGCENTRA

☐ Bij wie wordt er gemeten?

Er worden 3 groepen bevraagd: **bewoners** die op het moment van de meting minstens 1 maand verblijven in het woonzorgcentrum, **hulpverleners** die werken in het woonzorgcentrum en **naasten van bewoners die overleden** in het woonzorgcentrum.

- Voor de huidige bewoners wordt gemeten bij de bewoner zelf en de meest betrokken hulpverlener;
- Voor de overleden bewoners wordt gemeten bij een nabestaande en bij de meest betrokken hulpverlener.

Door deze methode kan zowel de kwaliteit van zorg zoals ervaren door de bewoners als deze ervaren door de naaste in kaart worden gebracht en kunnen *kwaliteitsaspecten van de palliatieve zorg*, de *omstandigheden van het sterven* en de *nazorg* in kaart worden gebracht. Op die manier worden geen essentiële aspecten van palliatieve zorg, vroegtijdige zorgplanning en levenseindezorg over het hoofd gezien.

☐ Wanneer wordt er gemeten?

Voor de bevraging van bewoners en hulpverleners is gekozen voor een momentopname-benadering: de indicatoren set wordt **elk jaar tot 3 jaar** gemeten door de woonzorgcentra, afhankelijk van het verloop van de verbeteringscyclus (zie verder). Zij kiezen hiervoor zelf een datum uit in dezelfde periode. De indicatoren waarbij naasten van overleden bewoners bevraagd worden, worden het hele jaar door gemeten, telkens na een overlijden.

☐ Met welke instrumenten wordt er gemeten?

Er wordt gemeten aan de hand van **4 vragenlijsten**:

- Vragenlijst bij de bewoner (of vertegenwoordiger)
- Vragenlijst bij de meest betrokken hulpverlener van de bewoner
- Vragenlijst bij de nabestaande na overlijden van de bewoner
- Vragenlijst bij de hulpverlener na overlijden van de bewoner

Deze vragenlijsten kunnen bij voorkeur elektronisch, maar ook op papier worden ingevuld.

☐ Hoe worden de kwaliteitsindicatoren berekend?

De kwaliteitsindicatoren worden berekend aan de hand van een **deels geautomatiseerd dataverwerkingssysteem** in Excel. De data uit de vragenlijsten worden elektronisch ingegeven, door de bevraagde of door een personeelslid van het woonzorgcentrum; de scores van de kwaliteitsindicatoren worden vervolgens voor elk woonzorgcentrum automatisch berekend.

☐ Hoe worden de kwaliteitsscores teruggekoppeld naar de woonzorgcentra?

Door het geautomatiseerd dataverwerkingssysteem wordt per woonzorgcentrum een **gepersonaliseerd feedback rapport** uitgedraaid met alle eigen scores van de voorbije 3 meetmomenten en de spiegelscores van de gelijkaardige voorzieningen. Dit wordt bezorgd aan de verantwoordelijke in het woonzorgcentrum. Het feedbackrapport geeft hulp bij het interpreteren van de scores en het evalueren van kwaliteit van zorg. Bovendien worden enkele tools aangeboden als hulp bij de interpretatie van de resultaten en het aan de slag gaan om de kwaliteit van zorg te verbeteren.

☐ Hoe kunnen de woonzorgcentra de scores gebruiken ter verbetering van hun zorg?

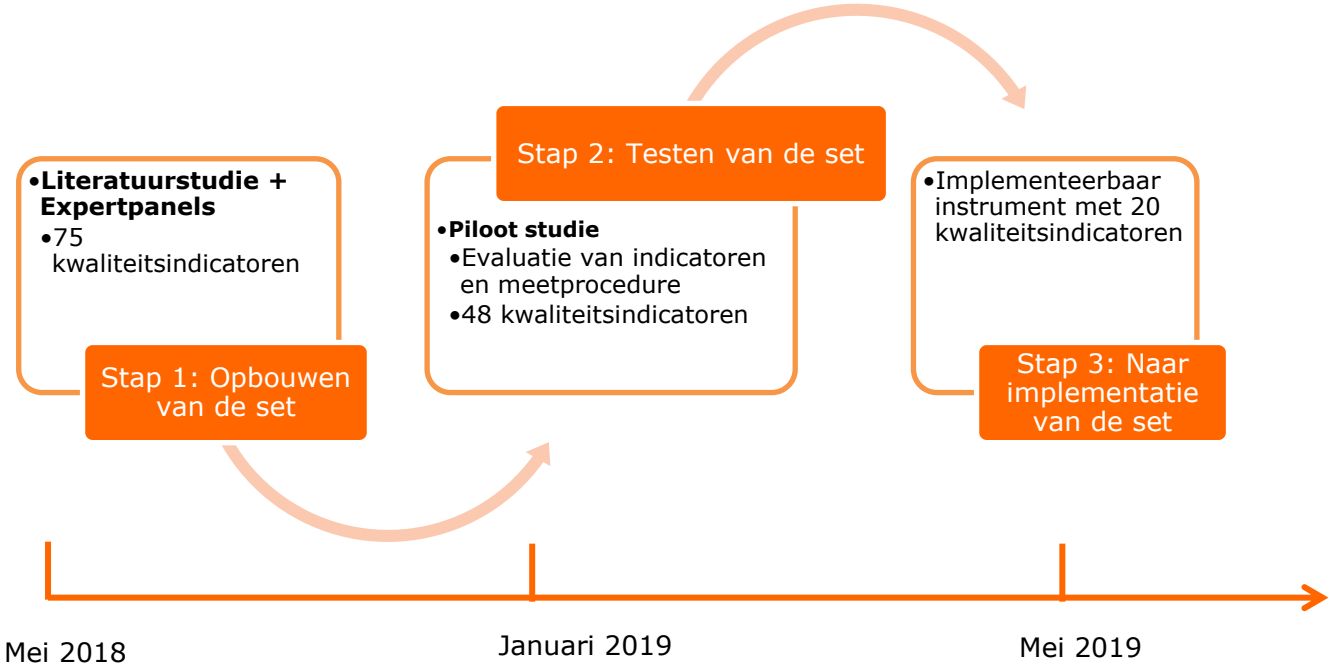
De woonzorgcentra kunnen de metingen van de kwaliteitsindicatoren gebruiken en de resultaten uit het feedback rapport toepassen in een Plan-Do-Check-Act (PDCA)-cyclus, ondersteund door de bijkomend aangeboden tools.



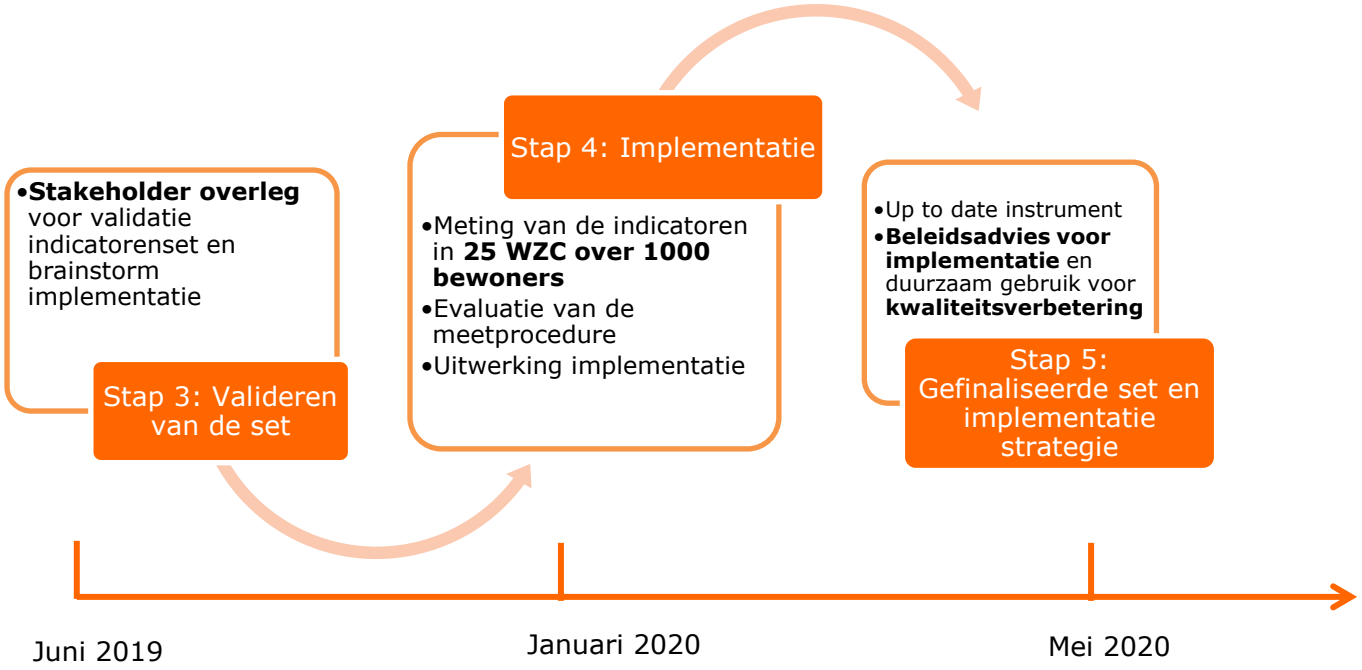
☐ Hoe kwamen de kwaliteitsindicatoren tot stand?

Onderstaande figuren vatten de ontwikkeling van de indicatorenset en bijbehorende implementatiestrategie samen.

Fase 1: (ontwikkeling)



Fase 2: (implementatie)



3. RESULTATEN VAN DE ONTWIKKELING EN IMPLEMENTATIE VAN DE KWALITEITSINDICATOREN VOOR VLAAMSE WOONZORGCENTRA

- **RESULTAAT 1: Een indicatorenset die alle belangrijkste domeinen van palliatieve zorg, levenseindezorg en vroegtijdige zorgplanning omvat**

Tabel 2: Overzichtstabel met de indicatorenset

Domein	Kwaliteitsindicator	Teller/Noemer	Bevraagden
A. Fysieke aspecten van de zorg	1. Pijn en ongemak	Het percentage bewoners met een pijnscore van 3 of meer op een schaal van 0 tot 10.	Bewoners
B. Psychische, sociale en spirituele aspecten van de zorg	2. Zich zorgen maken of angstig zijn	Het percentage bewoners dat aangeeft zich vaak, meestal of altijd bezorg of angstig te voelen.	Bewoners
	3. Zich een last voelen	Het percentage bewoners dat aangeeft zich vaak, meestal of altijd een last te voelen.	Bewoners
	4. Bij mensen zijn die om je geven: familie, vrienden of hulpverleners	Het percentage bewoners dat aangeeft dat ze, wanneer ze dat willen, vaak, meestal of altijd kunnen zijn bij mensen die om hen geven.	Bewoners
	5. Bij zorgverleners terecht kunnen met levensvragen	Het percentage bewoners dat aangeeft vaak, meestal of altijd met hun levensvragen bij zorgverleners terecht te kunnen, indien gewenst.	Bewoners
C. Autonomie en waardigheid	6. Persoonlijke wensen en overtuigingen gerespecteerd	Het percentage bewoners dat aangeeft dat hulpverleners meestal of altijd rekening houden met hun persoonlijke wensen en overtuigingen.	Bewoners
	7. Mee beslissen over de zorg	Het percentage bewoners dat aangeeft dat ze meestal of altijd zelf beslissingen kunnen nemen over zijn of haar leven en zorg.	Bewoners
	8. Zich waardig en respectvol behandeld voelen	Het percentage bewoners dat aangeeft dat ze zich meestal of altijd respectvol behandeld voelen.	Bewoners
D. Communicatie met bewoners	9. Begrijpelijke informatie over de zorg voor bewoners	Het percentage bewoners dat aangeeft dat ze meestal of altijd begrijpelijke informatie krijgen over de zorg	Bewoners

	10. Niet-tegenstrijdige informatie over de zorg voor bewoners	Het percentage bewoners dat aangeeft dat ze zelden of nooit tegenstrijdige informatie krijgen over de zorg	Bewoners
E. Zorgplanning	11. Herhaald familiegesprek	Het percentage bewoners waarvan de naaste aangeeft dat er meer dan één keer een gesprek werd georganiseerd met hulpverleners, naaste(n) en, indien mogelijk, de bewoner.	Naasten
	12. Kennis zorgdoelen en wensen	Het percentage bewoners waarbij personeelsleden die betrokken waren bij de zorg, aangeven te weten wat de zorgdoelen en levenswensen waren.	Hulpverleners
	13. Aanmoedigen vroegtijdige zorgplanning te doen	Het percentage bewoners waarbij personeelsleden die betrokken waren bij de zorg, aangeven de bewoner of zijn familie veel of zeer veel aan te moedigen om aan vroegtijdige zorgplanning te doen.	Hulpverleners
	14. Aandacht voor zorgplanning	Het percentage bewoners die aangeven dat er tijd en aandacht is van hun zorgverleners om, indien ze dat wensen, te spreken over hun zorg aan het levenseinde.	Bewoners
F. Zorg voor en communicatie met de naasten	15. Juiste hoeveelheid informatie over naderend sterven	Het percentage naasten dat aangeeft de juiste hoeveelheid informatie te hebben gekregen over het naderende sterven van de bewoner.	Naasten
	16. Gesteund na overlijden	Het percentage naasten dat aangeeft dat ze zich na het overlijden voldoende gesteund voelden vanuit het woonzorgcentrum waar hun naaste woonde.	Naasten
G. Communicatie tussen zorgverleners	17. Bewoner-specifieke documenten	Het percentage bewoners waarbij de betroken verpleegkundige aangeeft dat ze over deze bewoner meestal of altijd voldoende informatie vinden in het bewonersdossier wanneer ze die nodig hebben	Hulpverleners
H. Zorg en omstandigheden rond het overlijden	18. Comfortabel in de laatste week	Percentage naasten dat aangeeft dat veel of zeer veel nodige maatregelen werden genomen opdat de bewoner comfortabel zou zijn tijdens de laatste week voor overlijden	Naasten

	19. Kennis en ervaring personeel	Het percentage overleden bewoners waarbij de betrokken verpleegkundige aangeeft dat hij of zij de naderende dood goed of zeer goed kon herkennen aan fysieke veranderingen	Hulpverleners
	20. Personeel tevreden over geleverde zorg	Het percentage overleden bewoners waarvoor de betrokken verpleegkundige aangeeft dat hij of zij tevreden of helemaal tevreden is over de geleverde zorg	Hulpverleners

- **RESULTAAT 2: Gemiddelde scores op alle indicatoren over 25 Vlaamse WZC heen tijdens de implementatiestudie (november 2019 – januari 2020)**

Tabel 3: gemiddelde scores op alle indicatoren van deelnemende WZC in de pilootstudie*

Indicator	Percentage over alle woonzorgcentra heen	Bevraagde
1. Pijn en ongemak	54.4	Bewoners
2. Zich zorgen maken of angstig zijn	39.3	Bewoners
3. Zich een last voelen	26.6	Bewoners
4. Je omringd voelen door mensen die om je geven	75.1	Bewoners
5. Met je levensvragen bij zorgverleners terecht kunnen	84.4	Bewoners
6. Persoonlijke wensen en overtuigingen gerespecteerd	71.3	Bewoners
7. Mee beslissen over de zorg	76.0	Bewoners
8. Zich waardig en respectvol behandeld voelen	79.9	Bewoners
9. Begrijpelijke informatie ontvangen over de zorg	75.2	Bewoners
10. Niet-tegenstrijdige informatie ontvangen over de zorg	57.9	Bewoners
11. Tijd en aandacht om te spreken over zorg aan het levenseinde	66.4	Bewoners
12. Herhaald familiegesprek	38.1	Naasten
13. Kennis zorgdoelen en wensen	50.2	Hulpverleners
14. Aanmoedigen vroegtijdige zorgplanning te doen	36.1	Hulpverleners
15. Juiste hoeveelheid informatie over naderend sterven	70.1	Naasten
16. Gesteund na overlijden	88.7	Naasten
17. Bewoner-specifieke documenten	72.2	Hulpverleners
18. Nodige maatregelen voor comfort getroffen in de laatste week voor overlijden	67.0	Naasten
19. Zich competent voelen bij het begeleiden van het stervensproces	63.3	Hulpverleners
20. Zich ondersteund voelen door het team bij levenseindezorg	81.0	Hulpverleners

** Deze resultaten zijn gebaseerd op kleine aantallen en maken deel uit van de haalbaarheidsstudie, er kunnen dus geen conclusies uit getrokken worden ten aanzien van de kwaliteit van zorg, enkel ten aanzien van de haalbaarheid en bruikbaarheid van het meetinstrument*

- **RESULTAAT 3: 6 tools om de woonzorgcentra te ondersteunen in hun metingen en hun cyclus van kwaliteitsverbetering**

Deze tools kwamen tot stand in overleg met de woonzorgcentra zelf, in de vorm van een stakeholder overleg en interviews met verantwoordelijken van woonzorgcentra die het meetinstrument testten. Alle tools worden bij dit beleidsrapport gevoegd als bijlagen.

1. Een handleiding om woonzorgcentra te begeleiden in het afnemen van de vragenlijsten en hen te informeren over hoe te werken met kwaliteitsindicatoren.

2. In deze handleiding ook begeleidend materiaal:

- Checklists om de bewoners te selecteren beschikbaar digitaal en op papier.
- Een voorbeeldmail voor het versturen van de elektronische vragenlijst
- Een dagboek om de voortgang van de afname bij te houden en respons te registreren.

3. Een stapsgewijze **leidraad voor kwaliteitsverbetering**, de zogenaamde 'kwaliteitscirkel' die door WZC gevolgd kan worden tijdens een verbeteringscyclus.

4. Een Excel-bestand voor **gerandomiseerde selectie van een steekproef** van bewoners en hulpverleners om deel te nemen aan de bevraging.

5. Hulp voor interpretatie van de resultaten van de bevraging: het individuele rapport dat woonzorgcentra ontvangen met de resultaten van hun meting werd bijgewerkt om optimaal leesbaar te zijn voor het bredere publiek zonder statistische voorkennis. Dit maakt resultaten toegankelijk voor alle medewerkers van het WZC. Bovendien werden in de handleiding (resultaat 2) tips voor presentatie van de resultaten verwerkt.

6. Een flyer **'Sleutels voor succes'** voor implementatie van het meetinstrument, dat de belangrijkste aandachtspunten op één A4-blad samenvat en door het WZC zelf kan gebruikt en verspreid worden.

- **RESULTAAT 4: Quality Assurance Manual en dataverwerkingssysteem**

De **quality assurance manual** is een document ter ondersteuning van overname van het meetinstrument en de opvolging door het Agentschap Zorg en Gezondheid en het VIKZ. Het geeft aan **wat nodig is voor een succesvolle verdere uitrol** van het instrument en opvolging op lange termijn, op basis van bevindingen tijdens de implementatiefase.

Daarbij stellen we ook het deels geautomatiseerd **dataverwerkingssyteem** ter beschikking. Het bestaat uit een Excel-document dat voorziet in automatische berekening van zowel individuele rapporten per WZC als een algemeen rapport voor alle WZC, mits input van de online beschikbare resultaten van de vragenlijsten.

4. BELEIDSAANBEVELINGEN VOOR HET AGENTSCHAP ZORG EN GEZONDHEID VOOR TOEKOMSTIGE IMPLEMENTATIE VAN HET MEETINSTRUMENT

Wat zijn onze aanbevelingen voor een verder gebruik van de kwaliteitsindicatoren?

Op basis van de interviews tijdens de ontwikkeling van de indicatoren en de kwalitatieve en kwantitatieve analyse van de resultaten van de pilootstudie, formuleren we hieronder enkele aanbevelingen die verder gebruik van de kwaliteitsindicatoren ondersteunen. We formuleren dit als een advies aan de opdrachtgevers van dit project, het Agentschap Zorg en Gezondheid van de Vlaamse Overheid.

Wat is nodig voor verder gebruik van de kwaliteitsindicatoren?

1 Voor een realistische implementatie van de kwaliteitsindicatoren in de woonzorgcentra is een her-evaluatie van de financiering nodig. Alleen met meer en betere financiering krijgen zorgverleners ruimte om met kwaliteitsverbetering bezig te zijn.

Hierbij is bijzondere aandacht nodig voor het verzekeren van continuïteit in het personeelsbeleid van woonzorgcentra. Momenteel is er in veel WZC te veel verloop om een kwaliteitsbeleid op lange termijn uit te werken. Door het hoge verloop bij verzorgend personeel gaat opgebouwde expertise snel verloren, door het verloop bij kwaliteitsmedewerkers is het moeilijk een lange termijn beleid uit te werken.

2 Om de kwaliteit van de palliatieve zorg, vroegtijdige zorgplanning en levenseindezorg te monitoren, adviseren wij om een kwaliteitsmonitoringsprogramma op te stellen bestaande uit volgende onderdelen:

- Het ter beschikking stellen van de kwaliteitsindicatoren, vragenlijsten en dataverwerking aan alle Vlaamse woonzorgcentra;
- Het uitbouwen van een nationale database met kwaliteitsgegevens (a.d.h.v. de kwaliteitsindicatoren en bijbehorende vragenlijsten);
- Het uitvoeren van risicocorrecties om WZC correct te vergelijken;
- Het transparant maken van de kwaliteitsresultaten naar de sector, door middel van algemene rapporten en een kwaliteitslabel (zie hieronder).

Hoe kunnen de resultaten van de kwaliteitsmeting best gebruikt worden door de Vlaamse Overheid?

3 Het Agentschap kan het gebruik van de kwaliteitsindicatoren aanbevelen aan alle woonzorgcentra en nagaan of ze correct gebruikt worden. We raden daarbij 3 criteria aan om correct gebruik te beoordelen:

1) Werd er de afgelopen 2 jaar minstens 1 kwaliteitsmeting (dataverzameling) uitgevoerd met de kwaliteitsindicatoren?
2) Werden de resultaten van de kwaliteitsmeting(en) toegepast in een PDCA verbetercyclus?
3) Werd er in deze kwaliteitsindicatoren meting een voldoende grote groep van respondenten bereikt? (zie aanwijzingen in de handleiding voor de juiste aantallen)

Woonzorgcentra die aan alle drie criteria voldoen, worden positief geëvalueerd.

4 Hierbij kan best een kwaliteitslabel ontwikkeld en aangeboden worden aan de WZC die positief scoren voor een of meerdere van deze indicatoren.

Dit kan de WZC stimuleren om aan monitoring en verbetering te doen. De kwaliteitslabels kunnen volledig transparant gemaakt worden op een website. We raden af om de resultaten van de kwaliteitsindicatoren transparant te maken op een website.

Wat is nodig om van monitoren naar verbeteren te gaan?

5 Wij adviseren om de woonzorgcentra te ondersteunen bij het opstellen van verbeterdoelen en het uitzetten van verbeteracties.

Zo'n ondersteuning kan idealiter gebeuren door een kwaliteitscoach, maar ook workshops, trainingen, etc. behoren tot de mogelijkheden. De focus dient te liggen op zowel het meten van de kwaliteitsindicatoren als het toepassen van de resultaten in verbetertrajecten. Het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid kan hiertoe een studie uitzetten (of opdracht geven tot) om de noden van de voorzieningen te onderzoeken en een gepaste methode te ontwikkelen.

Ter ondersteuning van het verbetertraject werd een kwaliteitscirkel ontwikkeld, dat kan worden aangeboden aan WZC als leidraad, en bovendien nog verder uitgewerkt en getest kan worden door een samenwerkingsverband tussen Agentschap, VIKZ, kenniscentra (onderzoekers) en de sector.

6 Wij adviseren een kwaliteitsoverleg voor woonzorgcentra, zowel op meso- als macroniveau. Door overlegmomenten te organiseren rond kwaliteit van zorg die toegankelijk zijn voor de woonzorgcentra, creëer je een forum voor concrete vragen van teams en kunnen ze elkaar oplossingen aanreiken en concrete tips meegeven ter verbetering van de zorg.

Op die manier kunnen de WZC acties ondernemen om de zorg te verbeteren die aangeleverd werden 'door de best presterende WZC' en kan de palliatieve zorg in het algemeen verbeterd worden door het delen van de 'best practices'.
Bij het organiseren van zulk overleg kan er best zoveel mogelijk gebruik gemaakt worden van bestaande overlegstructuren en kan het initiatief best door de sector zelf gestuurd worden.

- Op Vlaams niveau adviseren we het ontwikkelen en opstarten van een gecentraliseerd platform voor vormingen en trainingen omtrent palliatieve zorg in Woonzorgcentra, samenwerking met de kenniscentra (onderzoekers) en de sector. Het Agentschap kan via dit platform alle bestaande opleidingen van organisaties zoals LEIF, Zorgnet-Icuro, palliatieve zorgnetwerken, onderzoeksinstellingen, … en nieuw te ontwikkelen opleidingen centraal en algemeen toegankelijk maken voor alle personeel in de woonzorgcentra.
- Op regionaal niveau adviseren we een het opstarten van een overlegplatform gelinkt aan de regionale en de eerstelijns netwerken. Hierbij dienen zeker de palliatieve actoren van de regio betrokken te worden. Op dit niveau kunnen vormingsmogelijkheden en verbeteracties uitgewisseld worden om elkaar op te leiden en te ondersteunen in de kwaliteitsmonitoring.
- Op lokaal niveau adviseren we om naar de kwaliteitsindicatoren ook een verbeterinstrument te implementeren dat het overleg stimuleert tussen de verschillende actoren van 1 woonzorgcentrum of 1 groep van woonzorgcentra. Hiertoe kan het concept van de kwaliteitscirkel gehanteerd worden (zie eerdere aanbeveling), alsook het verder ontwikkelen van een coachingsmodel bij het implementeren van deze kwaliteitscirkel.

MET DANK AAN

De deelnemende woonzorgcentra.

ENDOFLIFECARE.BE/KWALITEITSINDICATOREN

Beknopte handleiding meting kwaliteitsindicatoren palliatieve zorg, vroegtijdige zorgplanning en levenseindezorg in woonzorgcentra

Contactgegevens:
Filip.schriers@vub.be
rdeschre@vub.be

Inhoudsopgave

Verklarende woordenlijst **3**

Inleiding **5**

Starten met het meten **6**

Stap 1: Aanduiden van een verantwoordelijke in het woonzorgcentrum **6**

Stap 2: Dataverzameling met de kwaliteitsindicatoren **7**

A. Selectie bewoners die momenteel in het woonzorgcentrum wonen *9*

B. Selectie van de naasten *12*

C. Selectie van de hulpverleners *12*

D. Verdeling vragenlijsten aan de bewoners, nabestaanden en hulpverleners *12*

E. Beëindigen van de dataverzameling *14*

Stap 3: Analyse van resultaten voor het rapport met kwaliteitsscores **14**

Stap 4: Interpretatie resultaten door het woonzorgcentrum **14**

Bijlage 1: Tabel voor doorsturen geïncludeerde bewoners, naasten en medewerkers **16**

Bijlage 2: Voorbeeldtabel voor selectie bewoners, hulpverleners en naasten **15**

Bijlage 3: Voorbeeld email voor de naasten **16**

Verklarende woordenlijst

Ter verduidelijking worden hier een aantal termen uitgelegd.

Bewoner

Als er wordt gesproken over bewoners, bedoelen wij de personen die in het woonzorgcentrum wonen. Om een bewoner te includeren in deze bevraging, moet deze persoon minimaal 1 maand in het woonzorgcentrum wonen. In dit onderzoek maken we de veronderstelling dat alle bewoners in de woonzorgcentra nood hebben aan vroegtijdige zorgplanning, palliatieve zorg of levenseindezorg. Alle bewoners kunnen worden geïncludeerd in het onderzoek.

Het identificeren van bewoners in woonzorgcentra die een specifieke nood hebben aan vroegtijdige zorgplanning, palliatieve zorg of levenseindezorg is geen gemakkelijke procedure. De inclusie van alle bewoners die verblijven in woonzorgcentra maakt het gemakkelijker om de populatie te identificeren.

Kwaliteitsindicatoren

Een kwaliteitsindicator is een meetbaar aspect van de zorg dat een aanwijzing geeft over de geleverde kwaliteit van de zorg en dat is uit te drukken in een getal of percentage. Ze beschrijven de uitkomst, proces of structuur van de zorg die nodig is voor een bepaald type bewoner of een klinische omstandigheid.

In dit onderzoek ligt de nadruk op subjectieve indicatoren, die proces en uitkomst meten vanuit het perspectief van de bewoner, de familie en de hulpverleners. Ze sluiten aan bij de objectieve verplichte kwaliteitsindicatoren van de Vlaamse Overheid, die ingevuld worden door alle woonzorgcentra, maar vervangen ze niet.

Medewerker van het woonzorgcentrum

De term medewerker van het woonzorgcentrum en hulpverlener worden door elkaar gebruikt. De medewerkers in woonzorgcentra die worden bevraagd zijn verpleegkundigen en zorgkundigen.

Naaste

Met de naaste bedoelen we de persoon buiten het woonzorgcentrum die het meest betrokken is bij de bewoner. Dit kan familie zijn, bijvoorbeeld de partner of een kind, of het kan een vriend of vriendin zijn. Vaak komt dit overeen met de contactpersoon genoteerd in het bewonersdossier. Wie de naaste is die aangeschreven wordt in het onderzoek, wordt bepaald door de coördinator in het woonzorgcentrum. Als het op basis van het bewonersdossier en de kennis van het verzorgend personeel niet duidelijk is wie de meest betrokken naaste is, kan het wettelijk cascadesysteem gebruikt worden (dit wordt verder uitgelegd).

Proxy

De proxy of vertegenwoordiger van de bewoner is de persoon die het beste in staat is om de bewoner te helpen bij het invullen van de vragenlijst en eventueel zelf ook vragen in te vullen wanneer de bewoner dit niet kan. Onder de proxy verstaan we een naaste van de bewoner die nauw betrokken wordt bij de zorg en die dus het meest kan vertellen over de belevingen van de bewoner, wanneer die er zelf niet meer toe in staat is.

Oplijsten

Met het oplijsten bedoelen wij dat er een fysieke lijst wordt opgesteld van alle (mogelijk) te includeren bewoners, naasten of hulpverleners staan. Aan deze personen worden vragenlijsten overhandigd of opgestuurd.

Palliatieve zorg

De visie op palliatieve zorg in dit onderzoek is: *Alle zorg die wordt verstrekt aan de patiënt die zich, ongeacht zijn levensverwachting, bevindt in een vergevorderd of terminaal stadium van een ernstige evolutieve en levensbedreigende ziekte. Voor een begeleiding van deze patiënten wordt multidisciplinaire totaalzorg gewaarborgd op fysiek, psychisch, sociaal, moreel, existentieel en desgevallend spiritueel vlak. Palliatieve zorg biedt de zieke en zijn naasten een zo groot mogelijke levenskwaliteit en een maximale autonomie. Palliatieve zorg is erop gericht de kwaliteit van het leven van de patiënt en zijn naasten en mantelzorgers voor een zo lang mogelijke periode te waarborgen en te optimaliseren* [21 juli 2016. — Wet tot wijziging van de wet van 14 juni 2002 betreffende de palliatieve zorg, tot verruiming van de definitie van palliatieve zorg]

Inleiding

Deze handleiding is een begeleidend document om de medewerkers van woonzorgcentra die deelnemen aan de meting van de kwaliteitsindicatoren voor palliatieve zorg, vroegtijdige zorgplanning en levenseindezorg in woonzorgcentra wegwijs te maken in de meting van de kwaliteitsindicatoren. Het doel van de indicatoren is **zelfstandige evaluatie** van kwaliteit van palliatieve zorg, vroegtijdige zorgplanning en levenseindezorg. Dit project is in opdracht en samenwerking met de Vlaamse Overheid, het kabinet Zorg en Gezondheid.

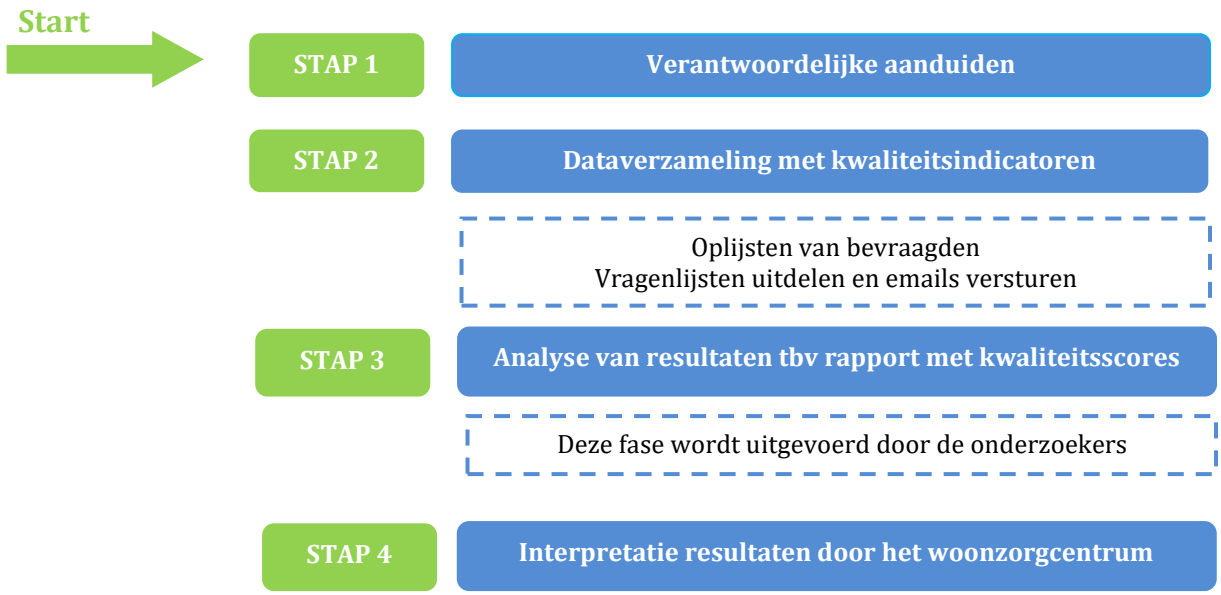
De kwaliteitsindicatoren zijn ontwikkeld door de onderzoekers van de Vrije Universiteit Brussel samen met experten uit de sector en het beleid. De kwaliteitsindicatoren worden gemeten via vragenlijsten, die afgenomen worden bij 3 verschillende doelgroepen:

- De bewoner zelf of zijn/haar proxy,
- De naasten van overleden bewoners,
- De hulpverleners.

Starten met het meten

Het gebruik van kwaliteitsindicatoren wordt samengevat weergegeven in onderstaand schema. Elke stap van de dataverzameling wordt in deze handleiding overlopen.

Figuur 1: schematische voorstelling van gebruik van kwaliteitsindicatoren



Stap 1: Aanduiden van een verantwoordelijke in het woonzorgcentrum

Het woonzorgcentrum duidt een verantwoordelijke aan.

- Wie?

Dit kan de kwaliteitscoördinator zijn, een directielid, een medewerker of een administratieve kracht van het woonzorgcentrum. Deze verantwoordelijke is het best iemand die positief staat tegenover de indicatormeting en die een centrale plaats inneemt binnen het woonzorgcentrum. De verantwoordelijke spreekt ook anderen aan hun verantwoordelijkheden voor de indicatormeting. De verantwoordelijke is binnen het woonzorgcentrum de persoon met kennis over hoe de meting dient te verlopen.

Tip: We raden aan om een back-up te voorzien voor de verantwoordelijke. Als hij of zij een periode onbeschikbaar is (bijvoorbeeld ziekte, zwangerschap, …) kan deze de verantwoordelijke vervangen. Daarvoor is het belangrijk dat de back-up ook de handleiding doorneemt en begrijpt.

- Verantwoordelijkheden?

De verantwoordelijke zal de afname van de vragenlijsten voor bewoners, naasten en verzorgend personeel (hulpverleners) in goede banen leiden en hiertoe een aantal taken op

zich nemen. De verantwoordelijke staat in voor de communicatie en informatieverstrekking naar de andere medewerkers van het woonzorgcentrum, de bewoners en de naasten tijdens de afname van de kwaliteitsindicatoren en kan hulp bieden bij eventuele problemen. Indien bepaalde problemen niet opgelost raken, kan de verantwoordelijke altijd contact opnemen met de onderzoekers. Je vindt de contactgegevens van de onderzoekers op de voorpagina.

De verantwoordelijke staat in voor volgende stappen:

- Oplijsten van de bewoners en eventueel kun proxy's die de vragenlijst krijgen
- Oplijsten de medewerkers van het woonzorgcentrum die de vragenlijst krijgen.
- Oplijsten van de naasten die de vragenlijst krijgen
- De aantallen bevraagden bijhouden zodat de responscijfers berekend kunnen worden
- Verdeling van vragenlijsten onder de bewoners, naasten en hulpverleners
- Opvolgen welke bewoners, hulpverleners en naasten al een vragenlijst hebben gekregen
- Na de meting en de analyse van de responsen, de resultaten presenteren aan de medewerkers in het woonzorgcentrum
- Enkel indien een meting op papier gebeurt voor bewoners: Plaatsen van een postbus in het woonzorgcentrum

Tip: Uit de voorgaande metingen is gebleken dat men best een volledige dag vrij maakt als verantwoordelijke om de lijsten op te stellen van bewoners en familie die bevraagd zullen worden. Het is belangrijk om hier voldoende tijd voor te voorzien zodat je voldoende respondenten kan betrekken en dus de resultaten bruikbaarder kan maken voor kwaliteitsverbetering. Voorzie ook voldoende tijdsblokken om de afname van de vragenlijsten op te volgen. Voldoende steun vanuit de directie kan je helpen om de nodige tijd vrij te maken voor de kwaliteitsmetingen.

Optioneel wordt ook iemand aangeduid voor de data-input. **Wanneer gewerkt wordt met papieren vragenlijsten** (zie verder) is het woonzorgcentrum zelf verantwoordelijk voor het ingeven van de antwoorden in elektronische vragenlijsten. Hiervoor dient iemand te worden aangeduid die neutraal staat tegenover de meting, bijvoorbeeld een stagiair, jobstudent of administratief medeweker.

Tip: we raden aan de papieren vragenlijsten tweezijdig af te drukken. De lay-out is hiervoor geoptimaliseerd en het verbruikt minder papier.

Stap 2: Dataverzameling met de kwaliteitsindicatoren

Er worden tijdens de meting drie doelgroepen bevraagd door middel van (online) vragenlijsten:

1. Bewoners

2. Naasten van overleden bewoners
3. Hulpverleners

Er worden vier soorten vragenlijsten uitgedeeld of verzonden.
Over de bewoners die verblijven in het woonzorgcentrum:

1. Vragenlijst voor bewoner of zijn/haar proxy: Bewoners zijn het best in staat hun eigen situatie en de kwaliteit van de zorg die ze krijgen te evalueren. Verschillende bewoners kunnen echter, om diverse redenen (o.a. door dementie of andere cognitieve beperkingen), niet of slechts beperkt informatie verschaffen over de kwaliteit van zorg. De proxy of vertegenwoordiger van de bewoner is dan de persoon die het beste in staat is om deze informatie te verschaffen. Bij voorkeur vult de proxy de vragenlijst in samen met de bewoner. Enkel wanneer de bewoner hier echt niet toe in staat is, kan de proxy de vragenlijst in naam van de bewoner invullen.
2. Vragenlijst voor hulpverlener: Hulpverleners (verpleegkundigen, zorgkundigen en paramedici, zoals ergo- of kinesitherapeuten) kunnen ons vooral informatie geven over hoe de zorg verloopt en hoe hij/zij zelf het contact heeft aangevoeld met de bewoner en de familie. Per bewoner wordt er 1 vragenlijst ingevuld door een hulpverlener (met een maximum van 3 vragenlijsten per hulpverlener of op zijn minst een beperkte werklast per hulpverlener).

Over de bewoners die overleden zijn in het woonzorgcentrum, minstens 4 weken tot maximum 6 maanden geleden:

3. Vragenlijst voor hulpverlener: Na het overlijden van een bewoner, vult de medewerker die het meest betrokken was bij de zorg tijdens de laatste weken van de overleden bewoner een vragenlijst in.
4. Vragenlijst voor naasten: Een naaste of familielid van een overleden bewoner kan navertellen wat de bewoner hem/haar verteld heeft, zijn/haar eigen observaties aangeven alsook ervaringen met de hulpverleners. Ook hier geldt dat dit in woonzorgcentra de persoon is die in het bewonersdossier is opgenomen als contactpersoon, of als een dergelijke persoon niet bekend is, de wettelijk vertegenwoordiger, zoals het hierboven beschreven cascade systeem.

Om uitspraken te doen over de palliatieve zorg in het hele woonzorgcentrum wordt er best zoveel mogelijk informatie verzameld. Hiermee bedoelen wij dat **hoe meer vragenlijsten ingevuld worden, hoe meer er kan worden gezegd over de kwaliteit van palliatieve zorg in het woonzorgcentrum op basis van de verzamelde data.** Het aantal bewoners per woonzorgcentrum loopt erg uiteen. In de tabel op de volgende bladzijde staat hoeveel bewoners, naasten en medewerkers jullie als woonzorgcentrum best bevragen in functie van de grootte van het woonzorgcentrum. De tabel is een indicatie. Je mag altijd meer bewoners, naasten en/of medewerkers includeren.

	Verdeling van aantal vragenlijsten			
Aantal bewoners in het WZC	Bewoners	Hulpverlener	Naasten	Hulpverleners (bij overlijden bewoner)
< 30	Alle	Alle	Alle	Alle
31-50	Minimum 30 personen	Alle	Alle	Alle
51-110	70%-50%	70%	Alle	Alle
110-150	40%-25%	50%	Alle	Alle
> 150	20%	50%	Alle	Alle

Voorbeeld: een woonzorgcentrum van 125 bewoners, neemt dus minimaal ongeveer 150*0,25 = 38 bewoners mee in de bevraging. Als het getal vanuit de berekening niet een rond getal is, kun je het beste naar boven afronden (we hebben hier 38 bewoners terwijl de berekening op 37,5 uitkomt).

Tip: Om de respons te verhogen kun je als woonzorgcentrum de bewoners en hun naasten herinneren aan de vragenlijst. Dit vraagt een extra tijdsinspanning, maar ze levert meestal veel extra respons op en wordt daarom ten zeerste aangeraden. Vorige studies leren dat het soms moeilijk is om naasten van overleden bewoners te bereiken. Het kan nuttig zijn hen niet alleen te mailen, maar ook telefonisch contact op te nemen met de vraag of ze willen deelnemen aan de bevraging, of hen op voorhand te vragen of er een vragenlijst mag worden gemaild.

A. Selectie bewoners die momenteel in het woonzorgcentrum wonen

De verantwoordelijke maakt een lijst van alle bewoners op die op het moment van de meting **één maand of langer in het WZC verblijven**. Dit kan gemakkelijk in Excel of in een andere tabel (voor een voorbeeld, zie bijlage 1). Deze lijst blijft in het WZC en wordt nooit doorgegeven aan onderzoekers of de Vlaamse Overheid. Enkel hoeveel bewoners bevraagd werden, wordt genoteerd in het logboek (bijlage 2) en doorgegeven aan de onderzoekers.

De verantwoordelijke duidt in de lijst aan welke bewoners de vragenlijst zelf kunnen invullen, welke bewoners hulp nodig zullen hebben van een naaste en bij welke bewoners hun naaste de vragenlijst best invult in plaats van de bewoner. (zie voorbeeld, bijlage 1) .
De verantwoordelijke bepaalt wie de naaste is voor elke bewoner die niet zelfstandig een vragenlijst kan invullen. Concreet is dit in een woonzorgcentrum meestal de persoon die in het bewonersdossier is opgenomen als contactpersoon. Als er niemand in het bewonersdossier als contactpersoon staat aangeduid, of als die persoon niet of slecht bereikbaar is, kan volgens het wettelijk cascadesysteem gewerkt worden: eerst de samenwonende echtgenoot of de

wettelijk/feitelijk samenwonende partner. Wanneer er geen echtgenoot of partner is of hij/zij dit niet wenst te doen, kan dit een meerderjarig kind, een ouder of een meerderjarige broer of zus van de bewoner zijn. Als ook deze personen niet beschikbaar zijn, kan een hulpverlener die niet bij de zorg voor de bewoner betrokken was, maar wel regelmatig contact heeft met de bewoner de vragenlijst beantwoorden. Dit kan iemand zijn die bijvoorbeeld de animatie verzorgt of stagiair of een vrijwilliger. Uiteindelijk is het aan de verantwoordelijke om hierin een verantwoorde keuze te maken welke naaste het meest betokken is bij de zorg en de wensen van de bewoner zo goed mogelijk kent.

Figuur 2: stroomdiagram voor de bevraging van bewoners



→ Wat als de bewoner zelf niet meer in staat is om een vragenlijst in te vullen?

Bij bewoners die:

- Fysiek niet in staat zijn om zelfstandig een vragenlijst in te vullen, nl.
  - niet zelfstandig en begrijpend kunnen lezen in het Nederlands
  - niet zelfstandig via een tablet zijn vragenlijst in kan vullen

  EN/OF
- Cognitief niet in staat zijn om een vragenlijst in te vullen, ie:
  - de bewoner kan zijn situatie niet op een adequate wijze overzien en erover rapporteren

zal er een vertegenwoordiger/proxy gezocht worden die in naam van de bewoner wil deelnemen aan het onderzoek en de vragenlijst wil invullen.

De verantwoordelijke bepaalt voor elke bewoner wie deze proxy is.

Hiervoor kan volgende volgorde gehanteerd worden:

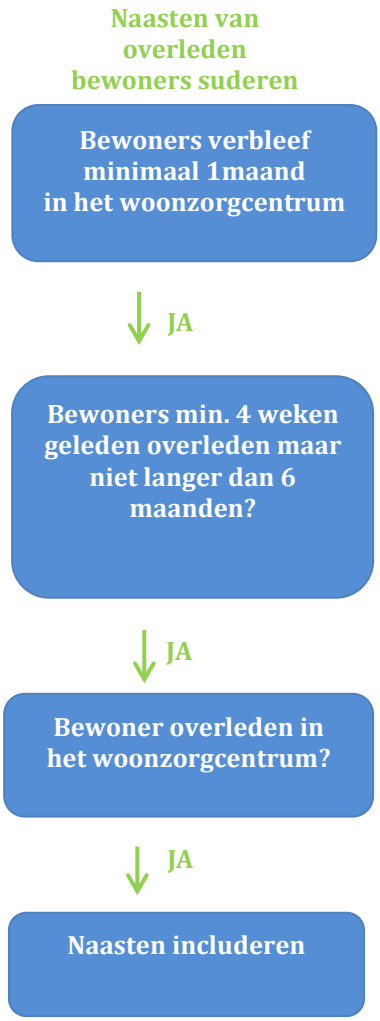
- Persoon die in het bewonersdossier is opgenomen als contactpersoon OF;
- Samenwonende echtgenoot of wettelijke/feitelijke samenwonende partner OF;
- opeenvolgende volgorde voorgelegd aan een meerderjarig kind, een ouder en een meerderjarige broer of zus van de bewoner ANDERS;
- hulpverlener die niet bij de zorg voor de bewoner betrokken was, maar wel regelmatig contact had met de bewoner

Selectiecriterium vertegenwoordigers/proxy:

- 18 jaar of ouder,
- betekenisvolle persoon voor de bewoner
- betrokken bij zijn of haar zorg

B. Selectie van de naasten

Voor de selectie van naasten die bevraagd worden over de kwaliteit van zorg na het overlijden van bewoners, wordt eerst een lijst opgemaakt van alle bewoners waarover je informatie wil verzamelen (voorbeeld zie bijlage 1). Het overlijden van de bewoners moet **minimaal 4 weken** geleden zijn maar mag niet verder terug dan **6 maanden** in het verleden. Sneller dan 4 weken een vragenlijst opsturen wordt afgeraden omwille van het rouwproces van de naaste. Verder dan 6 maanden teruggaan wordt afgeraden omwille van de fouten die dan mogelijks gemaakt worden in de herinnering aan de zorg.



Bij elke bewoner noteer je ook de naam en contactgegevens van de meest betrokken naaste. Nu heb je een overzicht van alle naasten die je een vragenlijst kan sturen. De vragenlijsten verzenden gaat via email. Het is dus van belang om de emailadressen te verzamelen zodat de vragenlijsten verzonden kunnen worden.

C. Selectie van de hulpverleners

Voor de selectie van hulpverleners die bevraagd worden over de kwaliteit van zorg, gebruiken we beide voorgaande lijsten, zowel die met bewoners die momenteel minstens 1 maand verblijven in het WZC, als de bewoners die tussen 4 weken en 6 maanden geleden zijn overleden. Je vult per bewoner aan wie de verpleegkundige of zorgkundige was die het meest persoonlijk betrokken was bij de zorg voor die bewoner (voorbeeld van de tabel opnieuw zie bijlage 1). Er wordt aangeraden dat elke verpleegkundige of verzorgende een maximum van 3 bewoners/vragenlijsten krijgt toegewezen.

De vragenlijsten zullen elektronisch worden afgenomen. Dat kan via email, of jullie kunnen een gezamenlijk invulmoment inrichten. De link naar de vragenlijst kun je doorsturen naar de medewerkers via email of de link kan op het bureaublad van tablets op computer/tablet worden geplaatst. Gelieve altijd duidelijk aan te geven over welke bewoner de hulpverlener de vragenlijst dient in te vullen.

D. Verdeling vragenlijsten aan de bewoners, nabestaanden en hulpverleners

Nu alle deelnemers zijn opgelijst, kunnen de vragenlijsten verdeeld worden. We werken met elektronische vragenlijsten, behalve voor bewoners die de elektronische vragenlijst niet kunnen invullen.

1. Klaarmaken van email met link naar vragenlijst voor naasten

Zoals hierboven vermeld, ontvangen de naasten hun vragenlijst via email. Hierdoor blijft de privacy van de naasten volledig gegarandeerd en kunnen de antwoorden sneller worden verwerkt. In bijlage 3 staat een voorbeeld email die jullie kunnen gebruiken.

Tip: Op voorhand de naasten opbellen om te vragen of ze willen deelnemen aan de bevraging, zorgt ervoor dat ze veel vaker de vragenlijst zullen invullen. Dit wordt ten zeerste aangeraden, aangezien het bereiken van naasten van overleden bewoners vaak moeilijk is.

2. Vragenlijsten voor de bewoners

De bewoners (zelf, met hun proxy, of hun proxy in hun plaats) gaan de vragenlijst via een tablet of computer in het woonzorgcentrum invullen. Het is dus belangrijk dat de link naar de vragenlijst op het bureaublad staat of te vinden is bij favorieten in de internetbrowser zodat de vragenlijst snel en gemakkelijk kan worden opgehaald. Als de bewoner in staat is om zelf een digitale vragenlijst in te vullen maar het moeilijk vindt om deze te openen, mag je daar als hulpverlener bij helpen. Je mag absoluut niet helpen met het beantwoorden van de vragen omdat dit sociale wenselijke antwoorden in de hand kan werken. Als de bewoner hulp nodig heeft bij het werken met een tablet of computer, of bij het lezen van de papieren vragenlijsten, gelieve dan aan een naaste te vragen hierbij te helpen, of een collega die niet betrokken is bij de zorg (een stagiair, jobstudent, administratief bediende, …).

Als de bewoner de vragenlijst niet zelf kan invullen, moet er alsnog een proxy worden aangeduid. Deze proxy vult bij voorkeur samen met de bewoner de vragenlijst in. Als de bewoner hier niet toe in staat is, mag de proxy de vragenlijst in de plaats van de bewoner invullen.

Als de bewoner, of de proxy van de bewoner, de vragenlijst niet elektronisch kan invullen, kan de papieren vragenlijst gebruikt worden. Bij het gebruik van de papieren vragenlijsten moet de verantwoordelijke erop toezien dat dit volledig anoniem gebeurt: bij het invullen zelf of vooraf wordt geen naam of ander herkenbaar teken op de vragenlijst genoteerd. Het inleveren van de vragenlijst gebeurt ook anoniem, bijvoorbeeld in een daartoe bestemde bus. Vervolgens zal een personeelslid dat niet betrokken is bij de zorg voor de bewoners (bijvoorbeeld een administratief medewerker, jobstudent of stagiair) de antwoorden van de bewoners op de papieren vragenlijst moeten ingeven in de elektronische vragenlijst, via dezelfde link die bewoners zelf gebruiken.

3. Vragenlijsten voor de hulpverleners

De vragenlijsten voor de hulpverleners worden ook digitaal ingevuld. De link naar de vragenlijst kunnen jullie via email verzenden naar de medewerkers of een link kan op computers of tablets worden gezet. Het is van belang dat de hulpverlener weet voor welke bewoners hij of zij een vragenlijst invult.

E. Beëindigen van de dataverzameling

Bij het beëindigen van de bevraging is het belangrijk dat de tabel in bijlage 2 correct wordt ingevuld en doorgegeven aan de onderzoekers. Hoeveel vragenlijsten jullie afgegeven hebben aan bewoners, naasten en medewerkers wordt samen met de resultaten van de bevraging gebruikt om jullie respons te berekenen. Gelieve de tabel dus nauwgezet in te vullen en via email te bezorgen aan de onderzoekers.

Uitermate belangrijk is **om de lijsten met de namen van de geselecteerde bewoners, de hulpverleners en de naasten te vernietigen** zodra de meting wordt afgesloten. Ze mogen niet bij de onderzoekers terecht komen of verder bewaard worden, om anonimiteit van de bevraagden te waarborgen.

Stap 3: Analyse van resultaten voor het rapport met kwaliteitsscores

Deze analyse gebeurt door de Vlaamse Overheid en de onderzoekers.

Stap 4: Interpretatie resultaten door het woonzorgcentrum

Na de analyse van de data krijgt de verantwoordelijke de resultaten gepresenteerd per email. Bij deze email zal een uitleg worden toegevoegd met hoe je de kwaliteitsscores kunt interpreteren. De verantwoordelijke zal de verkregen resultaten aan de directie en personeelsleden van het woonzorgcentrum te presenteren. Het is aangeraden om alle scores van de indicatoren samen te overlopen in een teammeeting. Tijdens deze bespreking worden prioriteiten ter verbetering opgesteld.

Tip: als je een overleg organiseert voor het presenteren van de resultaten, stuur dan bij de uitnodiging ook de vraag mee om per indicator aan te geven welk percentage de aanwezigen verwachten als resultaat in jullie woonzorgcentra. Dan kan je tijdens je presentatie de werkelijke scores vergelijken met hun verwachtingen en zie je onmiddellijk waar de grootste verschillen zitten!

Om deze stap succesvol te laten verlopen, is het belangrijk de directie van het woonzorgcentrum in een vroeg stadium te betrekken en hun volledige steun te hebben, zodat nadien met verbeteracties kan gestart worden en de resultaten van de meting nuttig gebruikt worden.

Bijlage 1: Voorbeeldtabel voor selectie bewoners, hulpverleners en naasten

Naam bewoner	Kan de vragenlijst zelf invullen ja/nee	Naam meest betrokken naaste	Emailadres meest betrokken naaste	Naam meest betrokken hulpverlener	Emailadres meest betrokken hulpverlener	Vragenlijst gegeven
Jos Peeters	Nee	Anja Peeters	Anja.p@gmail.com	Kamil Abeedjzan	kabee@gmail.com	ja
…						

Bijlage 2: Tabel voor doorsturen geïncludeerde bewoners, naasten en medewerkers

Naam woonzorgcentrum	.....	
Naam verantwoordelijke	.....	
	Totaal aanwezig in het woonzorgcentrum	Geïncludeerd
Bewoners	.....	.....
Hulpverleners	.....	.....
Naasten	.....	.....
Hulpverlener na overlijden	.....	.....

Bijlage 3: Voorbeeld email voor de naasten

Betreft: Vragenlijst voor de zorg die uw naaste heeft gehad in ons woonzorgcentrum

Beste mevrouw OF meneer [achternaam van de nabestaande]

Hierbij vragen wij uw medewerking aan een vragenlijstonderzoek naar de kwaliteit van zorg in ons woonzorgcentrum. De vragen gaan over de zorg aan uzelf en aan een naaste van u die recent overleden is. Wij bieden daarbij onze oprechte deelneming aan.

Waarom dit vragenlijstonderzoek?

Onlangs is er een vragenlijst ontwikkeld om inzicht te krijgen in de mening van nabestaanden over de kwaliteit van de zorg in woonzorgcentra. Deze vragenlijst willen we gebruiken om onze zorgverlening in de toekomst – waar nodig – nog te verbeteren.

Wat vragen wij van u?

Wij willen u graag vragen de bijgevoegde vragenlijst via onderstaande link in te vullen. Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer 5 minuten.

[LINK NAAR DE VRAGENLIJST HIER INVOEGEN]

In de vragenlijst wordt gevraagd om een viercijferige code van het woonzorgcentrum in te vullen. U kunt de volgende code gebruiken [CODE WOONZORGCENTRUM]

Nadere informatie

Als u nog vragen heeft, kunt u contact opnemen met [hoofdverpleegkundige of directeur woonzorgcentrum] op het nummer [telefoonnummer dat gebruikt kan worden]

Met vriendelijke groeten
[Naam verantwoordelijke]
[Functie en/of naam zorginstelling]

Quality assurance manual t.b.v. VIKZ

Uitgangspunt van het document: Hoe kunnen de data op een betrouwbare en kwaliteitsvolle manier verzameld worden? Wat is er nodig om de kwaliteitsindicatoren set in de toekomst te blijven gebruiken in de Vlaamse woonzorgcentra ter verbetering van kwaliteit van zorg?

Onderstaande punten zijn aanbevelingen voor het VIKZ teneinde de kwaliteitsindicatoren zoals ontwikkeld door de VUB in de toekomst op een betrouwbare en kwaliteitsvolle manier te blijven gebruiken in de Vlaamse woonzorgcentra ter verbetering van kwaliteit van zorg.

1. Inclusie van respondenten

1.1 Selectie van bewoners opvolgen om 'gatekeeping' te beperken

Uit de implementatiestudie blijkt dat bijna alle WZC zelf beslissen welke bewoners en familie gevraagd worden een vragenlijst in te vullen en welke niet. Dit noemen we ‘gatekeeping’. We willen dit zoveel mogelijk proberen te vermijden, omdat op die manier in sommige WZC enkel de meest cognitief gezonde bewoners bevraagd worden, of bewoners waarmee verantwoordelijken negatieve ervaringen hebben, worden uitgesloten van bevraging. Dit bemoeilijkt een eerlijke vergelijking tussen WZC en correcte benchmarking van de indicatorscores. We ontwikkelden daarom een tool zodat WZC met 30 of meer bewoners een toevals-steekproef kunnen nemen. Dit is een Excel-bestand, waarin de WZC een lijst met alle bewoners die op dat moment verblijven in het WZC invoeren. De programmatie in Excel neemt dan automatisch een steekproef. WZC met minder dan 30 bewoners, bevragen alle bewoners. Op die manier kunnen de WZC zelf ‘gatekeeping’ zoveel als mogelijk proberen te beperken.

Verder wordt via een vraag in de vragenlijst getrieerd tussen bewoners die zelf de vragenlijst ingevuld hebben, samen met een familielid of het familielid alleen in naam van de bewoner. Per WZC kan zo een ratio worden berekend van het aantal bewoners dat de vragenlijst zelf invulde, tegenover het totaal aantal bewoners. Via dit cijfer kan opgevolgd worden of alle groepen bewoners (ook deze met cognitieve beperkingen) voldoende rechtstreeks betrokken worden bij de kwaliteitsmonitoring.

Daarbij is het essentieel dat het gebruik van deze tool en het beperken van ‘gatekeeping’ blijvend opgevolgd worden door het VIKZ. Volgende zaken kunnen daartoe ondernomen worden:

- WZC bij elke meting informeren over het belang van het nemen van een steekproef voor de betrouwbaarheid van de resultaten van de kwaliteitsmeting;
- In elk WZC 1 aanspreekpunt of verantwoordelijke bepalen voor het nemen van de steekproef, liefst iemand die niet in de zorg zelf staat, bv de kwaliteitscoördinator of de directeur van het WZC en deze voldoende instrueren/opleiden (en eventueel achteraf contacteren per telefoon om proces te overlopen);
- Om de kwaliteit van meting en data te garanderen en eventuele ‘gatekeeping’ in kaart te brengen, kunnen er best een aantal parameters opgevolgd worden per WZC:

- Respons rate: aantal binnen gekregen responsen gedeeld door hoeveel er in dit WZC zouden moeten bevraagd zijn, automatisch berekend op basis van bewonerscapaciteit. (met de formule in onderstaande tabel)

	Verdeling van aantal vragenlijsten			
Aantal bewoners in het WZC	**Bewoners**	**Hulpverlener**	**Naasten**	**Hulpverleners (bij overlijden bewoner)**
< 30	Alle	Alle	Alle	Alle
31-50	Min 30 per.	Alle	Alle	Alle
51-110	70%-50%	70%	Alle	Alle
110-150	40%-25%	50%	Alle	Alle
> 150	20%	50%	Alle	Alle

- Dementie ratio: het aantal mensen die op de vragenlijst aangeven (zij zelf, naasten, of hulpverleners) dat de bewoner dementie heeft. Dit vergelijken met de Katz score. Bv: een Z-score berekenen van hun aantal bewoners met dementie t.o.v. gemiddelde in alle deelnemende WZC, idem met de Katz score, Z-score van aantal bewoners in een bepaalde Katz-categorie, of combinatie van categorieën.

1.2 Inclusie van nabestaanden

Uit de kwalitatieve interviews weten we dat WZC het moeilijk hebben om nabestaanden te contacteren voor het invullen van een vragenlijst, zeker via email. Vaak ontbreken de contactgegevens in het dossier.

Om voldoende nabestaanden te betrekken bij de kwaliteitsmonitoring van de omstandigheden rond het overlijden en de nazorg, raden we aan dat de metingen na het overlijden continu gebeuren in plaats van slechts 1 keer per meetmoment alle nabestaanden aan te schrijven. Dit wil zeggen dat na elk overlijden een vragenlijst klaargemaakt kan worden (met terugzendenvelop) en tijdens het opruimen van de kamer, dat vaak ook gepaard gaat met een afrondend gesprek, door de sociale dienst meegegeven kan worden om in te vullen door de nabestaande. Deze meetmethode werd wegens tijdsgebrek nog niet getest in de implementatiestudie, maar in het stakeholderoverleg wel realistisch bevonden door de deelnemende stakeholders. (o.a. directie WZC, verpleegkundigen, zorgkundigen)

Bovendien werd in de implementatiestudie duidelijk dat de grootte van het WZC waarin gemeten wordt maar zwakke samenhang vertoont met het aantal respondenten. Eerder dan van hoeveel bewoners beschikbaar zijn, is het aantal respondenten afhankelijk van de inspanningen van de verantwoordelijke in het WZC. Het is dus essentieel het engagement van de verantwoordelijke aan te wakkeren met voldoende feedback over resultaten en regelmatig contact.

2. Garanderen van stabiele infrastructuur

Om de bevraging op lange termijn te organiseren is betrouwbare en toegankelijke ICT-infrastructuur nodig. Door de onderzoekers in de implementatiestudie werd gewerkt met vragenlijsten van Limesurvey. Deze manier van werken kan overgenomen worden maar kan ook gelijkaardig ontwikkeld worden via andere kanalen en tools. Vereisten voor de ICT-infrastructuur zijn:

- Vragenlijsten moeten op een veilige manier opgeslagen worden;
- De infrastructuur moet toegankelijk zijn: vragenlijsten moeten vlot kunnen gedeeld worden via een link en in te vullen zijn door een in principe onbeperkt aantal gebruikers;
- De ICT-omgeving moet stabiel zijn;
- De vragenlijsten moeten minstens even gebruiksvriendelijk zijn als degene die ontwikkeld werden in Limesurvey;
- Vragenlijsten moeten gemakkelijk op papier gedeeld kunnen worden, dus een afdrukbare versie moet beschikbaar zijn.

3. Hoofddoel = interne kwaliteitsmonitoring

De meetmethode van het kwaliteitsindicatoren instrument bestaat voor een groot deel uit zelfmonitoring bij de WZC en de betrokken zorgverleners. Daarom is het belangrijk dat het doel van instrument interne kwaliteitsmonitoring is en blijft. Het instrument werd met dat doel ontwikkeld: de WZC meten kwaliteit van zorg voor zichzelf. Indien ze het gevoel krijgen dat ze meten voor de overheid, zullen ze gedemotiveerd raken om nog kwaliteitsmetingen op een goede manier uit te voeren of de resultaten van de metingen onbewust proberen te beïnvloeden.

Om de motivatie voor interne kwaliteitsmonitoring bij de WZC hoog te houden, kunnen volgende stappen ondernomen worden:

- Minimale ondersteuning door VIKZ bij de procesmatige uitvoering van de metingen (zie punt 3)
- **Snelle oplevering van het individueel feedbackrapport: binnen de 4 a 6 weken** (zie punt 4). We moeten er rekening mee houden dat het meten deel uitmaakt van een Plan-do-check-act cyclus, waarbij elk jaar of elke 2 jaar een nieuwe meting wordt uitgevoerd. Het is dus essentieel dat WZC op tijd aan de slag kunnen met hun resultaten, zodat de resultaten van hun inspanningen zichtbaar zijn in de volgende meting.
- Kwaliteitsmonitoring koppelen aan verbetertrajecten (zie punt 4)
- Geen zorginspectie/accreditatie op basis van de inhoudelijke resultaten van de indicatoren
- **Wel zorginspectie over het rigoureus gebruik van het instrument en het toepassen van de resultaten in verbetercyclus** (procesmatige indicatoren koppelen aan kwaliteitslabel, zie punt 5)

4. Twee-richtings communicatie initiëren over het instrument en de meetresultaten

De kwaliteitsmonitoring van de palliatieve zorg vraagt van WZC een aantal methodologische stappen die tijdig en accuraat moeten uitgevoerd worden om robuuste en betrouwbare kwaliteitsresultaten te bekomen. Bij bevraging van de zorgverleners blijkt dat de meetprocedure niet veel tijd in beslag neemt, eens men eraan kan beginnen en weet wat men moet doen. Het is vooral dat laatste dat een barrière blijkt te zijn in veel WZC. Dit wordt deels verklaard door de discontinuïteit in personeel waardoor de taken van de kwaliteitsmonitoring steeds verschoven worden. Langs de andere kant is men te weinig vertrouwd met metingen, zodanig dat directies de opstart vaak vertragen met de bedoeling het personeel te ontlasten.

Om deze barrières te tackelen kunnen volgende zaken ondernomen worden:

- Feedback verzamelen van deelnemende WZC via steekproefgewijs telefonisch contact. Dit kan door wekelijks gedurende 15 minuten één of twee deelnemende WZC op te bellen en te horen hoe de meting verloopt. Volgende topics kunnen bevraagd worden:

Thema	**Vraag**
Betrokkenheid	Is de verantwoordelijke nog dezelfde? Is de directie voldoende betrokken?
	Wat vinden de deelnemende hoofdverpleegkundigen van de meting?
	Is er al feedback gekomen van bewoners, familie of personeelsleden op de meting?
Handleiding	Is de handleiding duidelijk?
Meetprocedure	Hebben ze nog vragen over de meetprocedure? Weet iedereen wat er van hen verwacht wordt?
Selectie bevraagden	Verloopt de selectie van bewoners vlot?
	Hebben ze een steekproef genomen met de Excel?
	Hebben ze voldoende contactgegevens van naasten?
Elektronisch en papier	Hebben veel mensen de elektronische vragenlijsten kunnen gebruiken?
	Hoe verloopt het ingeven van de papieren vragenlijsten?
	Bedanken voor deelname en veel succes!

- Feedback verzamelen van deelnemende WZC via bestaande overlegorganen waar ze aan deelnemen. (overleg van de koepels, of ander stakeholder-overleg vanuit het VIKZ)
- Implementatie van het instrument stimuleren via bestaande overlegorganen, bv. via de koepels: hoe meer WZC meten, hoe beter vergelijkmateriaal om scores te kaderen. Hoe meer woonzorgcentra het instrument gebruiken, hoe meer vergelijkingsmateriaal er is voor de kwaliteitsindicator scores. Hoe dichter we komen bij een algemene monitoring door alle Vlaamse woonzorgcentra, hoe nuttiger het instrument wordt voor verbetering van de kwaliteit van palliatieve zorg, vroegtijdige zorgplanning en levenseindezorg in WZC. Hierbij kan ook nagegaan worden of er een koppeling mogelijk is met Prezo woonzorg.

5. Koppelen aan Vlaams initiatief om kwaliteit van zorg te verbeteren

Het belangrijk dat de WZC met de resultaten aan de slag kunnen om hun zorg te verbeteren. Om dit te bewerkstelligen is een overkoepeld initiatief nodig vanuit de Vlaamse overheid om WZC te ondersteunen in kwaliteitsverbetering.

Dit overkoepeld initiatief moet werken op 3 niveau's:

- Vlaams niveau (macro): een toolkit laten ontwikkelen (door sector en onderzoekers) en ter beschikking stellen van alle WZC met vormingsmogelijkheden en tools rond verschillend thema's in kwaliteitsbevordering;
- Regionaal niveau (meso): overlegplatformen en vormingsmogelijkheden creëren voor de verschillende WZC om kennis en skills uit te wisselen rond kwaliteitsbevordering;
- Lokaal niveau (micro): Individuele ondersteuning bij vragen van de WZC rond het opstellen van verbetertrajecten, via bv train-de-trainer, online training en andere tools.

Het uitvoeren van dit initiatief behoort niet tot het takenpakket van het VIKZ, maar het VIKZ kan de opstart van dit initiatief wel faciliteren door de stakeholders, het kabinet en de zorginspectie samen rond de tafel te zetten.

6. Kwaliteitslabel ontwikkelen voor WZC

Om de WZC blijvend te motiveren aan kwaliteitsmonitoring en verbetering te doen rond palliatieve zorg, kan er best een kwaliteitslabel ontwikkeld worden rond palliatieve zorg.

Dit label dient (in overeenstemming met de andere items in deze manual) te focussen op een aantal methodologische **criteria die kunnen afgetoetst worden door de zorginspectie**:

- Het woonzorgcentrum voert minstens 1 keer per 2 jaar een meting uit om bewoners en hulpverleners te bevragen. Dit wordt gecombineerd met een continue meting bij de naasten gedurende het hele jaar;
- Het gebruik van de kwaliteitsindicatoren wordt geïmplementeerd in een PDCA cyclus;
- Het woonzorgcentrum bereikt een voldoende grote groep van respondenten met deze meting.

7. Blijven evalueren en ontwikkelen van de indicatorenset

Via de indicatorenset geeft de Vlaamse Overheid de prioriteiten en belangrijkste aspecten aan van palliatieve zorg, vroegtijdige zorgplanning en levenseindezorg in Vlaamse woonzorgcentra. Meer dan een meetinstrument, is het ook een instrument om een visie uit te dragen over wat gepaste levenseindezorg is in woonzorgcentra. Bovendien is het belangrijk

dat het meetinstrument actueel relevant blijft. Om die redenen is het essentieel dat het VIKZ blijft werken aan meetinstrument, indicatoren en vragen blijft herzien en herwerken, in samenwerking met de stakeholders: WZC en koepels kunnen bevraagd worden over hun ervaringen met het instrument, en evaluatie en herwerking van de indicatorenset kan uitgevoerd worden door een wetenschappelijke partner. Idealiter wordt deze herevaluatie ingebed in de structuur van ontwikkelingsgroep, gebruikersgroep en bureau.

Bijlage 4

PALLIATIEVE ZORG IN WOONZORGCENTRA

INHOUD

Inhoud....1

Achtergrond....2

Objectieven....2

Doel....2

Bijkomende doelstellingen....3

Methodes....3

Populatie....3

Inclusie criteria....3

Datacollectie....4

Werkwijze....4

Studiedesign....6

Data analyse....7

Limitaties....7

Ethische Overwegingen....7

Project management....7

Deelnemende instellingen en personen....7

Junior onderzoeker....7

Senior Onderzoekers....7

Data ownership....8

References....8

ACHTERGROND

Van 2009-2016 verbleef 1,2% van de Vlaamse bevolking in een rust- en verzorgingstehuis [1], zij verbleven hier gemiddeld 1,5j [2]. De nood aan en complexiteit van de zorg stijgt met de leeftijd en dus komt de nood aan palliatieve zorg ook meer voor. Er wordt geschat dat op dit moment 10000 tot 20.000 mensen in België nood hebben aan palliatieve zorg [3]. Dit aantal wordt door huisartsen onderschat, vaak omdat de definitie van een palliatieve patiënt niet duidelijk is [4]. Waar vroeger de levensverwachting van de patiënt de status 'palliatief' bepaalde, is de focus nu verschoven naar de noden van de patiënt [2]. Palliatieve zorg is complex en om rusthuizen en huisartsen te ondersteunen in het geven van kwaliteitsvolle palliatieve zorg zijn reeds verschillende organen aanwezig in België. Deze instanties worden echter door minder dan 10% van de huisartsen gebruikt in de thuissetting. Dit is mede door de verkeerde definitie die door de huisarts wordt gebruikt maar zou ook door schroom kunnen komen om dit gesprek met de patiënt en de familie aan te gaan [4].

Om de kwaliteit van de palliatieve zorg te monitoren, bestaan reeds kwaliteitsindicatoren voor palliatieve zorg in ziekenhuissetting en multidisciplinaire begeleidingsequipes in de thuissetting en deze worden reeds toegepast door deze instanties. Nu zijn er recent ook kwaliteitsindicatoren ontwikkeld voor woonzorgcentra waarbij aan de hand van subjectieve vragen gepeild wordt naar de kwaliteit van de palliatieve zorg [5]. Deze indicatoren kunnen een enorme aanwinst zijn voor de woonzorgcentra om de kwaliteit van hun palliatieve zorg te kunnen evalueren.

De indicatoren gebruikt in deze studie, werden reeds ontwikkeld en toegepast in een voorgaande studie. Het gaat over 19 indicatoren die kwaliteit van proces en uitkomst van de zorg aan woonzorgcentra bewoners trachten na te gaan en omvatten 8 domeinen dewelke hier worden opgelijst:

- Fysieke aspecten van zorg
- Psychische, sociale en spirituele aspecten van zorg
- Autonomie en waardigheid
- Communicatie met bewoners
- Zorgplanning
- Zorg voor en communicatie met de naaste
- Communicatie tussen zorgverleners
- Zorg en omstandigheden rond het overlijden

Per domein werd een indicator-fiche (*Bijlage* 1) opgesteld met toelichting van elke indicator. De indicatoren worden nagegaan door middel van vragenlijsten. In de fiches wordt ook toegelicht welke vragen gesteld worden om de indicator te toetsen. [6,7]

OBJECTIEVEN

DOEL

Het meten van de kwaliteit van vroegtijdige zorgplanning, palliatieve zorg en levenseindezorg in verschillende Vlaams-Brabantse woonzorgcentra aan de hand van de bestaande kwalitateitsindicatoren (o.b.v. vragenlijsten).

BIJKOMENDE DOELSTELLINGEN

Het identificeren van verbeterpunten o.b.v. de resultaten voor de deelnemende woonzorgcentra samen met de Coördinerend Raadgevend Arts (CRA) en het personeel van het woonzorgcentrum net als de bewoners en hun naasten. Hiermee kan dan actief aan de slag gegaan worden om de zorg te verbeteren en het effect hiervan kan achteraf geëvalueerd worden d.m.v. een tweede meting. Verder wordt geëvalueerd hoe de betrokkenen het werken met deze indicatoren ervaren hebben en of het een meerwaarde kan bieden voor de continue zorg in hun woonzorgcentrum.

METHODES

POPULATIE

De twee woonzorgcentra die zullen deelnemen aan dit onderzoek zijn volgende:

- Woonzorgcentrum Mariëndal te 3090 Overijse met een maximale bezettingscapaciteit van 90 kamers en 4 extra kamers voor kortverblijvers waarvan op dit moment 71 kamers bezet zijn. De directrice is mevrouw Vandenbussche Ellen en de CRA is Dr. Saikali Samuel.
- Woonzorgcentrum Hof ten Doenberghe te 1560 Hoeilaart met een maximale bezettingscapaciteit van 95 kamers waarvan op dit moment 91 kamers bezet zijn. De directrice is mevrouw Vanderlinden Katrien en de CRA is Dr. Depraetere Saskia.

Deze woonzorgcentra werden reeds gecontacteerd en gaven toestemming om mee te werken aan deze masterthesis.

Volgens een reeds uitgevoerde pilootstudie [7] verwachten we een respons rate van 50-70% bij de bewoners, 90% bij de hulpverleners die een vragenlijst invullen over een overleden bewoner, 50-60 % bij de naasten en 80% bij huisartsen.

INCLUSIE CRITERIA

De drie verschillende doelgroepen:

- Elke bewoner die minimum 1 maand in het woonzorgcentrum verblijft, ongeacht hun cognitieve toestand. Indien de bewoner fysiek of cognitief niet in staat is om de vragenlijst in te vullen, wordt dit uitgevoerd door een verantwoordelijke. Onder proxy verstaan we de persoon die deze informatie het best kan inschatten, m.a.w. in volgende volgorde: de contactpersoon van de bewoner, de echtgenoot/echtgenote of partner, een meerderjarig kind, een ouder en een meerderjarige broer of zus van de bewoner of de hulpverlener die niet bij de zorg voor de bewoner betrokken was, maar wel regelmatig contact had met de bewoner. De proxy moet echter wel ouder zijn dan 18 jaar, betekenisvol zijn voor de bewoner en betrokken zijn bij zijn/haar zorg. Volgende criteria worden gehanteerd door de betrokken hulpverlenersom in te schatten of de bewoner in staat is zelf de vragenlijst in te vullen:
    - Fysieke criteria: de bewoner is in staat
        - Zelfstandig en begrijpend te lezen in het Nederlands
        - Zelfstandig een tablet te gebruiken (indien dit de gekozen methode is) en de vragen online met vragenlijsten op limesurvey in te vullen
        - Zelfstandig het antwoord naar keuze in te vullen op een papieren versie

- Cognitieve criteria:
  - De bewoner kan, op het moment van invullen van de vragenlijst, adequaat zijn eigen situatie inschatten en erover rapporteren
- Alle hulpverleners in het woonzorgcentrum, meer specifiek alle verpleging, zorgkundigen en paramedici.
- Alle naasten van bewoners die minimum 4 weken en maximum 6 maand voor afname van de vragenlijsten overleden zijn in het woonzorgcentrum en minimum 1 maand in het woonzorgcentrum verbleven.

DATACOLLECTIE

WERKWIJZE

Kwaliteitsmonitoring

1. **Selectie van respondenten**
   Een verantwoordelijke zal aangesteld worden in elk woonzorgcentrum. Dit is best de hoofdverpleegkundige, palliatief referent of kwaliteitscoördinator. Deze zal de gegevens van de personen in de studiepopulatie in één document samenvatten.

2. **Gebruikte vragenlijsten**
   De kwaliteit van de zorg wordt nagegaan aan de hand van verschillende vragenlijsten, dewelke reeds opgesteld zijn door de onderzoeksgroep Zorg rond Levenseinde in samenwerking met de Vlaamse Overheid, het kabinet Zorg en gezondheid en reeds werden goedgekeurd in een voorgaand protocol (*Bijlage 2*) Hiervoor werden ook aparte informed consents opgesteld voor de bewoners, hulpverleners en naasten (*Bijlage 3 t.e.m. 5*).
   Er zijn, zoals hierboven aangehaald, drie verschillende doelgroepen waarvoor zes verschillende vragenlijsten werden ontwikkeld om in te vullen. *Tabel 1* bevat de verschillende vragenlijsten voor de respectievelijke respondenten met het aantal vragen die ingevuld zullen moeten worden. Elk van deze vragenlijsten werd in bijlage bijgevoegd (*Bijlage 6 t.e.m. 11*).

Nummer vragenlijst	Vragenlijst voor	Ingevuld door	Onderwerp	Aantal meerkeuzevragen	Minimum aantal keuzemogelijkheden	Maximum aantal keuzemogelijkheden
1	Bewoner	Bewoner	Bewoner	18	4	11
2	Bewoner	Bewoner met proxy	Bewoner	19	4	11
3	Bewoner	proxy	Bewoner	19	2	12
4	Hulpverlener	Hulpverlener	Bewoner	8	2	6
5	Hulpverlener	Hulpverlener	Overleden bewoner	7	2	6
6	Naaste	Naaste	Overleden bewoner	11	2	8

Tabel 1: Soorten vragenlijsten.

3. **(Elektronische) verspreiding van de vragenlijsten**
   Vragenlijst 1 t.e.m. 3 worden ingevuld op tablets die aangeboden worden in het woonzorgcentrum. De vragenlijsten worden via LimeSurvey afgenomen. Indien tablets niet voorzien kunnen worden, zullen papieren versies voorzien worden. Hiervoor wordt een afgesloten doos voorzien op elke afdeling waarin de vragenlijsten achtergelaten kunnen worden. Deze wordt dan leeg gemaakt door de persoon die als verantwoordelijke werd aangeduid aan het begin van de studie. Vragenlijsten 4 en 5 kunnen op verschillende manieren afgenomen worden. Een optie is het versturen van de vragenlijst via e-mail naar de hulpverlener, een andere optie is dat de hulpverlener de vragenlijst op de tablet invult in het woonzorgcentrum of op papier. Vragenlijst 6 wordt verstuurd via een link in mail naar de naaste. De mailadressen zijn in beide woonzorgcentra reeds gekend in het dossier van de bewoner bij opname in het woonzorgcentrum. Elk woonzorgcentrum wordt voorzien van een unieke code dewelke op de vragenlijsten ingevuld zullen worden bij afname. Alle ingevulde vragenlijsten worden door de verantwoordelijke verzameld en deze houdt ook bij wat de respons is per doelgroep. Wanneer het gewenste aantal respondenten bereikt is, worden de vragenlijsten aan de junior onderzoeker bezorgd. Deze vragenlijsten worden tweemaal afgenomen met een tijdspanne van één jaar tussenin bij de volledige studiepopulatie. Het eerste afnamemoment wordt voorzien in december 2021 met dataverwerking in januari 2022. Het tweede afnamemoment wordt voorzien in december 2022 met dataverwerking in 2023.

4. **Dataverwerking**
   De data zullen uit limesurvey gehaald worden en in excell verwerkt worden aan de hand van vaste formules. Heermee worden de indicatorenscores berekend per WZC en per indicator met een vooraf gedefinieerde teller en noemer. Hiervan wordt een rapport gemaakt dewelke door de junior onderzoeker bekend gemaakt en toegelicht worden aan het betreffende WZC in een nieuwe vergadering.

5. **Samenvattend: verdeling taken tussen de onderzoeker en de hulpverleners**
   De taken van de onderzoeker zullen volgende zijn: zij zal aanwezig zijn op elke vergadering en volgende zaken noteren: de aanwezigen en hun taak binnen het woonzorgcentrum, de kernboodschappen en topics van de vergadering, de duur van de vergadering, wie de leiding neemt, welke acties ondernomen worden, het inplannen van een volgende vergadering, dataverwerking en bespreking van de resultaten met de verbeterpunten. Een minimum van 5 vergaderingen zullen voorzien worden. De hulpverleners kunnen de junior onderzoeker verder steeds bereiken bij vragen. Op de vergaderingen zullen volgende personen minimum aanwezig zijn: de junior onderzoeker, de verantwoordelijke, de hoofdverpleegkundige(n), de CRA, andere personen met belangrijke rol binnen het WZC. De taken van de verantwoordelijk zijn volgende: het opstellen van lijsten van bewoners, hulpverleners, proxy's en naasten die in aanmerking komen voor het onderzoek, het bepalen van geschiktheid van de bewoner om de vragenlijst zelf in te vullen, het monitoren van het aantal respondenten, het verzamelen van de papieren vragenlijsten, het versturen van de e-mails naar andere hulpverleners en proxy's. Verder is de verantwoordelijke het contactpunt bij vragen van bewoners, andere hulpverleners en proxy's en tussen het woonzorgcentrum en de onderzoeker. De taak van de andere hulpverleners wordt beperkt tot het invullen van de vragenlijsten die voor hen bestemd zijn, eventueel bijkomende vragenlijsten om in te vullen met de bewoner indien de hulpverlener de proxy is.

<u>Kwaliteitsverbetering</u>

1. **PDCA cylus (Plan-do-check-act)**

Na het eerste evaluatiemoment, gepland in januari, zullen één of meerdere projecten opgesteld worden met als doel het verbeteren van de kwaliteit van de palliatieve zorg. De vragenlijsten kunnen een hiaat in de kwaliteit blootleggen en dit kan dan al dan niet gezien worden als een mogelijk probleem voor het respectievelijke WZC waarvoor een oplossing of verbetering gewenst is. Om dit probleem aan te pakken of verbetering te creëren, wordt de structuur van de PDCA-cyclus gehanteerd. De grootte van het verbeterproject wordt volledig bepaald door dit team en zal verschillen in beide woonzorgcentra naargelang het budget, de tijd en werkkrachten die ze hiervoor kunnen inzetten. De rol van de junior onderzoeker hierbij is louter observerend. Zij zal enkel toelichting geven bij onduidelijkheden en zal bij elke vergadering aanwezig zijn om notities te maken ter verslaggeving maar zal geen voorstellen doen noch taken op zich nemen binnen dit verbeterproject. De notities zullen gebruikt worden om te beschrijven hoe elk woonzorgcentrum dit aanpakte. Hieronder volgt een beknopte beschrijving van de cyclus:

- Plan: er wordt een probleem gedefiniëerd waarvoor een oplossing gezocht zal worden. Een hulpmiddel dat hiervoor gebruikt kan worden, is het SMART (Specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdgebonden) principe. Het doel hierbij is nagaan dat het probleem specifiek en meetbaar is maar ook dat het acceptabel en realistisch is en afgebakend in tijd.
- Do: hierbij wordt uitgevoerd wat er in de 'Plan' fase werd beschreven.
- Check: hier wordt gekeken of de acties uit de vorige fase het gewenste effect behaald hebben. Concreet betekent dit in dit onderzoek het herhalen van de vragenlijsten na één jaar.
- Act: De gevonden uitkomsten uit de vorige fase worden al dan niet permanent geïmplementeerd. Indien het gewenste effect niet behaald werd of nieuwe problemen blootgelegd werden, kan alsnog beslist worden om bij te sturen of de cyclus te herhalen.

2. **Evaluatiemethoden (onderzoeker)**
   Dit is de 'Check' fase uit de PDCA cyslus: het effect van het project wordt nagegaan bij de tweede meting, één jaar later. Ook wordt geëvalueerd hoe de betrokkenen het werken met deze indicatoren ervaren hebben en of het een meerwaarde is voor de continue zorg in woonzorgcentra. Dit zal mondeling op de laatste vergadering besproken worden waarbij iedereen vrij aan het woord gelaten zal worden.

3. **Samenvattend: interventies van de onderzoeker in het verbeterproces**
   De onderzoeker zal aanwezig zijn op de vergaderingen om de structuur van de PDCA-cylcus te monitoren maar zal echter zelf geen input hebben in de uitwerking hiervan. De enige rol dewelke de onderzoeker zal vervullen is de data-analyse en bespreking van de resultaten uit dewelke zal blijken of de genomen maatregelen het gewenste effect bereikt zullen hebben.

STUDIEDESIGN

Een gecombineerde kwantitatief en kwalitatief onderzoek.

Het kwantitatief onderzoek omvat het meten van de kwaliteit van vroegtijdige zorgplanning, palliatieve zorg en levenseindezorg in de verschillende Vlaams-Brabantse woonzorgcentra aan de hand van de bestaande kwalitateitsindicatoren (o.b.v. vragenlijsten).

Het kwalitatief luikt omvat het identificeren van verbeterpunten o.b.v. deze resultaten voor de deelnemende woonzorgcentra samen met de CRA en het personeel van het woonzorgcentrum net als de bewoners en hun naasten. Hiermee kan dan actief aan de slag gegaan worden om de zorg te verbeteren. Verder omvat dit ook het evaluatiemoment met bespreking van de indicatoren.

DATA ANALYSE

Voor de verwerking van de data zal gebruik gemaakt worden van Excel waarin de data worden ingevuld. Deze data worden uit Limesurvey gehaald. Hierin zullen zo de indicatorenscores berekend worden per WZC en per indicator aan de hand van vaste formules. Hiervan wordt een rapport gemaakt dewelke door de junior onderzoeker bekend gemaakt en toegelicht worden aan het betreffende WZC in een nieuwe vergadering.

LIMITATIES

Door de huidige COVID-19 pandemie zullen de resultaten niet vergelijkbaar zijn met de resultaten uit eventuele latere en vorige studies aangezien de maatregelen die op dat moment van kracht zijn een impact zullen hebben op de mentale status van de bewoners. Dit zal op zich een effect hebben op de beleving van de bewoners zoals studies steeds aangetoond hebben, een voorbeeld hiervan is dat de mentale status een invloed heeft op het ervaren van pijn [8].

ETHISCHE OVERWEGINGEN

Om anonimiteit te garanderen zijn verschillende maatregelen van kracht. De elektronische vragenlijsten worden afgenomen via LimeSurvey. Hierbij wordt anonimiteit gegarandeerd doordat IP-adressen niet bewaard worden. De gegevens op de vragenlijsten worden gepseudonimiseerd, er wordt geen naam noch geboortedatum nagevraagd . Om verder te vermijden dat de identiteit van de persoon achterhaald kan worden, wordt er in de vragenlijsten gewerkt met catergorieën bijvoorbeeld leeftijdscategorieën.

Elke vragenlijst wordt voorafgegaan door een informed consent voor de bewoner, de hulpverlener en de naasten (zie bijlagen 3 t.e.m. 5) bestaande uit twee stellingen:

- Ik bevestig dat ik de bovenstaande informatie over het invullen van de vragenlijst heb gelezen en hoe mijn persoonlijke gegevens daarin worden verwerkt. Ik begrijp volledig wat er van mij wordt verwacht bij deelname aan deze vragenlijst.
- Ik begrijp dat mijn deelname vrijwillig is en dat ik op elk moment en zonder het opgeven van reden kan stoppen met de vragenlijst.

Indien beide stellingen door de ondervraagde aangeduid worden, wordt de vragenlijst gebruikt.

PROJECT MANAGEMENT

DEELNEMENDE INSTELLINGEN EN PERSONEN

Masterthesis in opdracht van de Vrije Universiteit Brussel (VUB).

JUNIOR ONDERZOEKER

Jutta Derdelinckx, Master-na-master Huisartsgeneeskunde, VUB

SENIOR ONDERZOEKERS

Prof. Dr. Lieve Van den Block

Dr. Kathleen Leemans

Dr. Lieve Goeman

DATA OWNERSHIP

Alle data zal door de junior onderzoeker worden verwerkt, om maximale confidentialiteit te garanderen. Zowel de onverwerkte data als de resultaten behoren toe aan de onderzoekers. Het afgeleverde werk zal terecht komen bij mevr. Petra Vandenborre en blijft gedurende enkele jaren eigendom van de VUB.

REFERENCES

1. Agentschap Zorg en Gezondheid. Zorgzwaarte in de ouderenzorg. [Online publicatie]. Brussel [geraadpleegd op 26 juni 2021]. Beschikbaar op: https://www.zorg-en-gezondheid.be/zorgzwaarte-in-de-ouderenzorg .

2. De Vlieger T, Dr Derycke N, Robbens D, Leuris I, Verdonck N, Vanassche V, et al. Palliatieve zorg in de woonzorgcentra – een pad naar kwaliteitsverbetering. Info PHA. 2018 April-mei-juni; 25: 6.

3. Dr. Avonds W, Baro V, Dr. Bouckenaere D, Coeme A, Delbar P, Dr. Desmedt M, et al. Evaluatierapport palliatieve zorg. 2017 December; 12.

4. Keirse E, Beguin C, Desmedt M, Deveugele M, Menten J, Simoens S, et al. Organisatie van palliatieve zorg in België. Health Services Research (HSR). Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2009. KCE reports 115A (D/2009/10.273/40)

5. Palliatieve zorg Vlaanderen. Kwaliteitsindicatoren. [Online publicatie]. Geraadpleegd op 26 juni 2021. Beschikbaar op: https://palliatievezorgvlaanderen.be/zorgverlener/tools-en-documentatie/kwaliteitsindicatoren-palliatieve-zorg/ . [Accessed 26th June 2021].

6. Schriers Filip, de Schreye Robrecht. Beknopte handleiding meting kwaliteitsindicatoren palliatieve zorg, vroegtijdige zorgplanning en levenseindezorg in woonzorgcentra.

7. Leemans Kathleen, Cohen Joachim, de Schreye Robrecht, Schriers Filip. Vlaams indicatorenproject woonzorgcentra: kwaliteitsindictoren voor palliatieve zorg, vroegtijdige zorgplanning en levenseindezorg. 2020;

8. Keefe, F. J., Wilkins, R. H., Cook, W. A., Jr., Crisson, J. E., & Muhlbaier, L. H. (1986). Depression, pain, and pain behavior. Journal of consulting and clinical psychology, 54(5), 665–669. https://doi.org/10.1037/0022-006X.54.5.665

Contacten WZC 1

02/03/2021, fysiek contact
Van: Jutta, naar: Secretariaat WZC
Duur: 10 minuten
Aangezien de directrice even tijd heeft, mag ik meteen kort uitleg geven aan haar rechtstreeks in haar kantoor. Ze is meteen geïnteresseerd en bevestigt deelname. Ze geeft mij contactgegevens van de persoon die als contactpersoon en vertegenwoordiger zal fungeren tijdens de studie. Er wordt een datum afgesproken waarop een uitgebreidere toelichting door mij wordt verwacht.

06/07/2021, fysiek contact
Duur: 15 minuten
Aanwezigen: De verantwoordelijke (hoofd van team palliatieve zorg en de vertegenwoordiger in dit WZC) + Jutta + de directrice
Er volgt een korte uitleg van de thesis met doelstellingen, verwacht beloop, verwachte werklast en afgedrukte voorbeelden van de vragenlijsten.
Er wordt door het WZC officieel ingestemd met de deelname aan de studie. De verantwoordelijke is de verantwoordelijke en verder contact zal met hem gebeuren. Hij zal mij ook de nodige informatie over aantal bewoners, hulpverleners en overledenen geven.

22/07/2021, e-mail
Van: De verantwoordelijke, naar: Jutta
De benodigde aantallen worden doorgestuurd alsook de data voor een nieuwe vergadering in het WZC met de hoofdverpleegkundigen erbij.

23/09/2021, fysiek contact
Duur: 15 minuten
Aanwezigen: Vertegenwoordiger De verantwoordelijke + directrice + 2 hoofdverpleegkundigen + Hoofd van animatie.
Er volgt opnieuw een uitleg van de studie. Afgedrukte vragenlijsten werden uitgedeeld ter voorbeeld en na het overleg via mail doorgestuurd. Er wordt gecommuniceerd dat de startdatum begin 2022 zal vallen na goedkeuring door de ethische commissie en dat ik hierover via mail contact zal opnemen.

25/11/2021, 01/12/2021 en 09/02/2022, e-mail
Van: Jutta, naar: De verantwoordelijke
Er wordt samengevat wat de huidige stand van zaken is omtrent de aanvraag aan de ethische commissie en verwachte start van het onderzoek.

16/02/2022, e-mail
Van: Jutta, naar: De verantwoordelijke
De toelating van de ethische commissie is verkregen. De verantwoordelijke wordt gecontacteerd met vraag of er in de komende weken een fysiek contact geregeld kan worden. Hierin zou opnieuw kort herhaald worden hoe de afname van de vragenlijsten zou verlopen, wanneer exact gestart zou worden en wat de taken van de vertegenwoordiger hierin zijn.

16/02/22, e-mail
Van: De verantwoordelijke, naar: Jutta
Afspraak van concrete datum fysiek contact.

24/02/2022, fysiek contact
Duur: 10 minuten
Aanwezigen: De verantwoordelijke en Jutta
Hier wordt opnieuw samenvatting gegeven van de werking van de studie voor officiële start.

De verantwoordelijke deelt mee dat voor een groot deel van de bewoners een papieren versie voorzien wordt. Ze hadden intern geëvalueerd en denken dat elektronisch niet zal lukken. Afspraak dat de verantwoordelijke deze anoniem verzamelt en converteert naar een digitale versie.

13/03/2022, e-mail
Van: De verantwoordelijke, naar: Jutta
De start van de afname van de vragenlijsten wordt uitgesteld omwille van een COVID uitbraak in het WZC.

04/04/2022, e-mail
Van: De verantwoordelijke, naar: Jutta
De verantwoordelijke bevestigt de start van de bedeling van de vragenlijsten. In totaal zijn er 56 bewoners en 8 overleden bewoners.

20/04/2022, e-mail
Verschillende emails tussen de verantwoordelijke en Jutta.
Hierbij wordt de tussentijdse evaluatie van vooruitgang besproken. 1/7 naasten heeft de vragenlijst ingevuld. Na een contact met de promotor en co-promotoren van de studie besluiten dat we nog even afwachten maar dat binnen 2 weken we 2 opties hebben indien er nog te weinig respons is:
1= verder in tijd terug om naasten te contacteren.
2= opnieuw een mail versturen naar de huidige naasten om te vragen de lijsten in te vullen en de naasten contacteren van bewoners die ondertussen overleden zijn en in de inclusie criteria vallen.
Verder zien we een zeer goede respons op vragenlijsten van bewoners en hulpverleners. We bekomen reeds 100% respons van verzorgers over overleden bewoners

10/05/2022, e-mail
Verschillende e-mails tussen de verantwoordelijke en Jutta.
Alle vragenlijsten hebben de vooropgestelde respons behaald, behalve de vragenlijsten van de naasten. Bij deze laatste zien we geen nieuwe responsen. We besluiten dat opnieuw de vraag uitgestuurd zal worden en familieleden van bewoners die ondertussen zijn overleden, zullen ook gecontacteerd worden. Na een overleg met de promotor en co-promotoren wordt beslist om niet verder terug in de tijd te gaan om Recall bias te vermijden. De afname van deze vragenlijst wordt dus verlengd met telkens 2 weken met hierna een herevaluatie. Deze vragenlijst kan dan afgesloten worden wanneer de gewenste respons behaald wordt. De andere vragenlijsten worden afgesloten.

09/06/2022, Zoom meeting.
Aanwezigen: Jutta, Lieve Van Den Block, Lieve Goeman en Kathleen Leemans.
O.w.v. de aanhoudende lage respons van de naasten, wordt beslist de data analyse reeds te starten bij de 3 andere vragenlijsten. De vragenlijst van naasten over overleden bewoner wordt open gelaten tot aan de volgende data-collectie begin 2023. De verantwoordelijke zal ondertussen telkens 6 weken na overlijden van een bewoner, de mail met de link naar vragenlijst doorsturen.

28/06/2022, fysiek
Duur: 30 minuten
Aanwezigen: De verantwoordelijke, 2 hoofdverpleegkundigen, 1 verpleegkundige, 1 animatrice.
Tijdens deze vergadering worden de resultaten van de vragenlijsten gepresenteerd via PowerPoint (Bijlage 17). Tijdens de bespreking achteraf komt naar voren dat de resultaten in de lijn van verwachtingen liggen doch werden enkele onverwachte uitschieters vastgesteld waarmee het personeel graag aan de slag zou willen gaan. De werklast werd nagevraagd en de respons van het personeel was dat dit heel goed mee viel, de vragenlijsten zijn kort en de werkdruk was minimaal. Ze zouden dit zeker opnieuw zien zitten.
Aangezien de zomervakantie eraan komt en er dus weinig personeel aanwezig zal zijn, zal in september een vergadering georganiseerd worden om een KVP op te starten. Het doel is om in oktober te beginnen met dit KVP en de vragenlijsten opnieuw af te nemen in februari.
De afspraak op het einde van de vergadering is dat De verantwoordelijke Jutta contacteert in September.

03/10/2022, e-mail
Van: Jutta, naar: De verantwoordelijke
In deze mail wordt gevraagd of er reeds een KVP werd bepaald/opgestart?

03/10/2022, email
Van: De verantwoordelijke, naar: Jutta
Aangezien de drukte in de voorgaande weken en slechts weinig vergaderingen, werd nog geen verbeterproject opgestart. Wel werd bepaald dat er van start gegaan zou worden met beleid rond pijnmedicatie.

4/11/2022, e--mail
Van De verantwoordelijke, naar: Jutta
De verantwoordelijke laat weten dat er nog steeds niet van start gegaan is met het KVP.

09/01/2023, e-mail
Van: Jutta, naar: De verantwoordelijke
Er wordt gevraagd naar een update en voor nieuwe fysieke afspraak voor start nieuwe afname vragenlijsten in februari.

09/01/2023, e-mail
Van: De verantwoordelijke, naar: Jutta
Het KVP is nooit van start gegaan door verschillende veranderingen in bestuur (nieuwe directie en ontslagname De verantwoordelijke). Wel is er nog veel interesse in nieuwe afname lijsten voor het vertrek van De verantwoordelijke eind februari.

20/01/2023, fysiek contact
Duur: 15 minuten
Aanwezigen: Jutta en De verantwoordelijke
Tijdens dit overleg worden de taken en het verloop van de afname van de vragenlijsten opnieuw overlopen. We besluiten dat het tweede meetmoment van start zal gaan begin februari.

01/02/2023, e-mail.
Van: De verantwoordelijke, naar: Jutta.
De verantwoordelijke bevestigt de start van het tweede meetmoment. Er zitten op dat moment 64 bewoners in het WZC en er zijn 16 bewoners overleden sinds de stop van het eerste meetmoment.

14/02/2023, e-mail.
Van: Jutta, naar: De verantwoordelijke.
De voorlopige respons rates worden meegedeeld. Op dit moment vulde 40% van de bewoners een vragenlijst in, 75% van de hulpverleners vulden een vragenlijst in over een bewoner, 68% van de hulpverleners vulde de vragenlijst in over een overleden bewoner en 60% van de naasten vulde hun vragenlijst in. We besluiten dan de bewoners nog extra gemotiveerd moeten worden en dat de respons van de hulpverleners ook nog niet op het gewenste aantal is.

23/02/2023, e-mail.
Van: De verantwoordelijke, naar: Jutta.
De verantwoordelijke rondt zijn laatste werkdag in het WZC af. Hij geeft contactgegevens door van collega's die de laatste weken van het project met mij zullen communiceren. Er volgt ook een lijst met evaluatie-/werkpunten omtrent de studie:

- Zoals vorig jaar reeds bleek is het niet eenvoudig om familie van overleden bewoners te betrekken in de bevraging. Ik denk dat het zeker belangrijk is dat er niet te veel tijd tussen het overlijden en de bevraging ligt. Ook heb ik de standaardmail vaak vervangen door een meer persoonlijke aanspreking, zeker bij bewoners die reeds lange tijd hier verbleven.
- Het is voor bewoners niet eenvoudig om zich iets voor te stellen bij vragen zoals 'kan je vragen rond het levenseinde bespreken met personeel' of 'kan u beslissingen nemen over uw leven en zorg'. Hier is zeker 'vertaling' door een naaste of professionele nodig, zelfs bij cognitief gezonde bewoners.
- De werkwijze met links voor de vragenlijsten werkt wel goed, hoewel sommige personeelsleden in de war waren omdat nergens de naam van de bewoner moet gezet worden. Het idee dat ze dus verschillende keren dezelfde vragenlijst invullen met een bewoner in gedachten door steeds dezelfde link te gebruiken is voor sommigen wennen, dit liep uiteindelijk wel vlot.

05/04/2023, Fysiek contact
Duur: 30 minuten
Aanwezigen: Hoofdverpleegkundige, verantwoordelijke opnames, hoofd kine, directrice, Jutta
Tijdens dit overleg worden de resultaten van het tweede MM gepresenteerd via PowerPoint (Bijlage 18) aan de aanwezigen. Opnieuw zijn er enkele resultaten die de zorgverleners verwonderen met name het resultaat rond pijn en het resultaat rond comfortzorg in de laatste levensweek van overleden bewoners. Ze besluiten dat aangezien De verantwoordelijke niet meer werkt in het WZC en er op dit moment geen hoofd palliatieve zorg is, het een uitdaging zal worden om hiermee aan de slag te gaan maar dat ze op basis van deze resultaten zeker actie willen ondernemen. De feedback van het verzorgend personeel in verband met de vragenlijst zijn volgende punten:

- Algemeen bleven de hulpverleners achter met een zeer positieve indruk. Ze zijn allen aangenaam verrast en vinden de tool zeer nuttig omdat de resultaten hen aanknooppunten geven om mee aan de slag te gaan alsook een doel om naar te werken: het verbeteren van de cijfers.
- De werklast werd als laag beschouwd. Het invullen van de vragenlijsten vormde geen probleem en ze vonden het dan ook niet nodig hier aanpassingen door te voeren.
- De hulpverleners vonden het heel interessant om discrepanties waar te nemen in de perceptie van het personeel en de bewoners, dit door het waarnemen van resultaten in de analyse die helemaal niet zoals verwacht zijn zoals veel bewoners die aangeven pijn te hebben doch weinig bewoners die dit actief aanhalen bij de hulpverleners.
- Over het uitvoeren van het KVP werd besproken dat het dit jaar door omstandigheden niet is kunnen doorgaan maar dat ze het zeker als haalbaar zien indien binnen het palliatief team iemand wordt aangesteld om dit project te leiden.
- De vragen in de vragenlijsten waren duidelijk. Hierover werden geen specifieke opmerkingen gegeven.
- Algemeen besloten ze dat ze deze tool zeer interessant vonden en indien toepassing in de praktijk voorzien wordt, ze niet zullen twijfelen deze tool te blijven gebruiken.

Contacten WZC 2

27/02/2021, e-mail.
Van: Jutta, naar: De CRA
De eerste mail wordt verzonden door mij naar de CRA van het WZC met een beknopte uitleg van de studie en de vraag of er interesse is deel te nemen aan de studie.

27/02/2021, e-mail.
Van: De CRA, naar: Jutta
De CRA communiceert dat er telefonisch contact opgenomen mag worden met haar.
Dezelfde dag nog neem ik contact op met een meer uitgebreide uitleg van mijn kant. De CRA laat weten dat er interesse is en dit overlegd zal worden binnen het WZC.

06/06/2021, SMS-bericht
Van: De CRA, naar: Jutta
Ik krijg gegevens van het hoofd bewonerszorg, zij zal de verantwoordelijke worden. Ik kan haar contacteren voor het vervolg van de studie.

10/06/2021, e-mail
Van: Jutta, naar: De verantwoordelijke
Ik geef een beknopte uitleg van de studie en stel de vraag of er interesse is deel te nemen aan de studie.

14/06/2021, e-mail.
Van: De verantwoordelijke, naar: Jutta
Er worden 2 data voorgesteld om de studie voor te komen stellen.

24/06/2021, fysiek contact.
Duur: 15 minuten
Aanwezigen: De CRA, de verantwoordelijke, 2 hoofdverpleegkundigen.
Ik geef een korte uitleg van de thesis met doelstellingen, het verwachte beloop, de verwachte werklast en afgedrukte voorbeelden van de vragenlijsten.
We besluiten dat intern gaat bekeken worden of er officieel geaccepteerd wordt deel te nemen aan de studie. Er wordt gevraagd de vragenlijsten nog eens online door te sturen zodat dit door elke aanwezige thuis nog eens bekeken kan worden

26/06/2021, e-mail
Van: De verantwoordelijke, naar: Jutta
Ze bevestigt de deelname van het WZC aan de studie.

29/06/2021, e-mail.
Van: Jutta, naar: De verantwoordelijke
Ik stuur een e-mail met alle vragenlijsten en de handleiding.

25/11/2021, 01/12/2021 en 09/02/2022, e-mail
Van: Jutta, naar: De verantwoordelijke
Ik geef een samenvatting van de huidige stand van zaken omtrent de aanvraag aan ethische commissie en verwachte start van het onderzoek.

16/02/2022, e-mail
Van: Jutta, naar: De verantwoordelijke
De toelating van de ethische commissie is verkregen. De verantwoordelijke wordt gecontacteerd met vraag of er in de komende weken een fysiek contact geregeld kan worden. Hierin zou opnieuw kort herhaald worden hoe de afname van de vragenlijsten zou verlopen, wanneer exact gestart zou worden en wat de taken van de vertegenwoordiger hierin zijn.

01/03/2022 en 14/03/2022, e-mail
Van: Jutta, naar: De verantwoordelijke
De verantwoordelijke wordt opnieuw gecontacteerd met een herinneringsmail aangezien op voorgaande mail geen antwoord kwam.

21/03/2022, telefonisch
Van: Jutta, naar: De verantwoordelijke
Er wordt geprobeerd telefonisch contact met de verantwoordelijke op te nemen. Er wordt verteld dat ze niet aanwezig is. De persoon aan de telefoon noteert mijn nummer en verzekert dat de verantwoordelijke zal terugbellen.

31/03/2022 e-mail
Van: Jutta, naar: De verantwoordelijke
Aangezien geen respons kwam op voorbijgaande 3 mails en telefonisch contact, wordt een nieuwe mail verstuurd met poging een fysiek contact te regelen. Ditmaal met antwoord en vastleggen datum.

12/04/22, fysiek contact
Duur: 25 minuten
Aanwezigen: De verantwoordelijke, 2 hoofdverpleegkundigen en 2 verpleegkundigen, 1 zorgkundige.
Er volgt een korte samenvatting van de vragenlijsten, uitleg van limesurvey en hoe de mails verstuurd zullen worden. Er wordt ook uitleg gegeven over de papieren versie van de vragenlijsten versus de tablet versie. De start van de bedeling van de vragenlijsten wordt uitgelegd met de update 2 weken later met beschrijving van de respons rate door mij.
Alle vragenlijsten worden doorgestuurd naar de verantwoordelijke. Er wordt afgesproken dat ze mij contacteert met de exacte datum waarop gestart zal worden.

26/04/22 en 06/05/2022, e-mail
Van: Jutta, naar: De verantwoordelijke

Ik stel de vraag of een concrete datum al werd vastgelegd.

19 en 24/05/2022, telefonisch
Van: Jutta, naar: De verantwoordelijke
Dit is een poging tot telefonisch contact met de verantwoordelijke. Er wordt verteld dat ze niet aanwezig is. De persoon aan de telefoon noteert mijn nummer en verzekert dat De verantwoordelijke zal terugbellen.

31/05/2022, e-mail
Van: De verantwoordelijke, naar: Jutta
Ze laat weten dat er nog geen tijd was om een concrete datum te bekijken. Ze zegt dat ze mij iets laat weten als dit wel gelukt is.

20/06, 13/07/2022 22/08/2022, telefonisch
Van: Jutta, naar: De verantwoordelijke
Hier waren verschillende pogingen tot telefonisch contact met de verantwoordelijke, telkens zonder resultaat. De opgegeven redenen waren: 'ze is op vakantie' of 'ze is niet aanwezig'. Telkens wordt het advies gegeven terug te bellen of mijn telefoonnummer achter te laten zodat ze mij kan terugbellen. Dit laatste gebeurt echter niet.

03/11/2022, e-mail
Van: Jutta, naar: De verantwoordelijke
Er volgt opnieuw een poging tot contact met de vraag voor feedback omtrent de reden waarom ze uiteindelijk niet hebben deelgenomen aangezien dit gegeven interessant kan zijn voor de studie. Ook wordt gevraagd of er interesse is om het opnieuw te proberen bij de volgende afname van de vragenlijsten die gepland staat in februari 2023.

Ontwikkelen van kwaliteitsindicatoren voor de palliatieve zorg, vroegtijdige zorgplanning en levenseindezorg in Vlaamse Woonzorgcentra

Jaar 2, Fase 1 – September 2019, voorbereiding implementatie

Indicatorenfiches

Hieronder volgt voor elke indicator een fiche met in detail de titel, het domein, een korte rationale waarom de indicator geschikt zou zijn om kwaliteit van levenseindezorg te meten, teller en noemer, eventuele exclusiecriteria, de meetprocedure, de specifieke vraag en de bron van de vraag. De vragen zijn nooit letterlijk overgenomen uit de bron, maar zijn vaak vertaald, of aangepast aan de context van woonzorgcentra, of aan de bevraagde. We hebben bovendien enkel afzonderlijke items overgenomen uit de gevalideerde instrumenten, nooit een volledige schaal, want dat zou zorgen voor een overvloed aan metingen waarvan we de informatie niet gebruiken. Dit betekent dat de gebruikte items niet als zodanig werden gevalideerd.

Domein A: fysieke aspecten van de zorg	
Indicator A.1	
Korte titel	Ervaren van pijn en ongemak
Titel	Het percentage bewoners met een score van meer dan 3 op een schaal van 0 tot 10 als antwoord op de vraag: "in welke mate ervaart u pijn die uw dagelijkse activiteiten verstoort?"
Domein	Fysieke aspecten van de zorg
Rationale	Adequate pijn- en symptoombestrijding zijn de basis voor goede fysieke zorg in woonzorgcentra. Bij mensen met dementie is het soms moeilijk in te schatten of ze pijn lijden, omdat ze het moeilijker kunnen communiceren. Daarom is het des te belangrijker dat pijn en symptomen gedetecteerd en adequaat behandeld worden. We meten hier hoeveel mensen last hebben van pijn of fysiek ongemak, in die mate dat het hun dagelijks functioneren vaak of altijd verstoort.
Teller en noemer	Teller: Het percentage bewoners met een pijnscore van meer dan 3 op een schaal van 0 tot 10. Noemer: Het totaal aantal bewoners in het WZC die werden bevraagd
Exclusie en correctors	(geen)
Meetprocedure	Bevraging bewoners
Vraag	In welke mate ervaart u regelmatig pijn en ongemak die uw dagelijkse activiteiten verstoort? (schaal van 0 "geen pijn en ongemak" t.e.m. 10 "zeer sterke pijn en ongemak")
Bron Vraag	

Domein B: Psychische, sociale en spirituele aspecten van de zorg	
Indicator B.1	
Korte titel	Zich zorgen maken of angstig zijn
Titel	Het percentage bewoners dat aangeeft zich vaak, meestal of altijd zorgen te maken, of angstig te zijn.
Domein	Psychische, sociale en spirituele aspecten van de zorg
Rationale	Angst en bezorgdheid zijn twee van de belangrijkste dimensies van psychisch lijden. Kwaliteitsvolle palliatieve zorg richt zich ook op psychische aspecten van de zorg en heeft onder andere als doel angst en bezorgdheid te beperken, in de mate van het mogelijke.
Teller en noemer	Teller: Het percentage bewoners dat aangeeft zich vaak, meestal of altijd bezorgd of angstig te voelen. Noemer: Het totaal aantal bevraagde bewoners in het WZC.
Exclusie en correctors	Exclusie: (geen)
Meetprocedure	Bewoners bevraging
Vraag	In welke mate voelt u zich bezorgd of angstig? • **Meestal of altijd** • **Vaak, maar soms ook niet** • Zelden • Nooit of bijna nooit
Bron vraag	ICECAP SCM, eigen vertaling

Indicator B.2	
Korte titel	Zich een last voelen
Titel	Het percentage bewoners dat aangeeft zich vaak, meestal of altijd een last te voelen.
Domein	Psychische, sociale en spirituele aspecten van de zorg
Rationale	Zich een last voelen is een van de belangrijkste dimensies van psychisch lijden voor mensen in WZC. Kwaliteitsvolle palliatieve zorg richt zich ook op psychische aspecten van de zorg en heeft onder andere als doel bewoners een gevoel van waarde en erkenning te geven.
Teller en noemer	Teller: Het percentage bewoners dat aangeeft zich vaak, meestal of altijd een last te voelen. Noemer: Het totaal aantal bevraagde bewoners in het WZC.
Exclusie en correctors	Exclusie: (geen)
Meetprocedure	Bewoners bevraging
Vraag	In welke mate voelt u zich een last? • **Meestal of altijd** • **Vaak, maar soms ook niet** • Zelden • Nooit of bijna nooit
Bron vraag	ICECAP SCM, eigen vertaling

Indicator B.3	
Korte titel	Je omringd voelen door mensen die om je geven: familie, vrienden of hulpverleners
Titel	Het percentage bewoners dat aangeeft dat ze voldoende omringd worden door mensen die om hen geven.
Domein	Psychische, sociale en spirituele aspecten van de zorg
Rationale	Kwaliteitsvolle palliatieve zorg richt zich ook op sociale aspecten van de zorg en heeft onder andere als doel eenzaamheid te beperken en sociaal welbevinden te ondersteunen, in de mate van het mogelijke.
Teller en noemer	Teller: Het percentage bewoners dat aangeeft dat ze voldoende omringd zijn door mensen die om hen geven. Noemer: Het totaal aantal bevraagde bewoners in het WZC.
Exclusie en correctors	Exclusie: (geen)
Meetprocedure	Bewoners bevraging
Vraag	Voelt u zich voldoende omringd door mensen die om u geven? • **Ja** • **Nee**
Bron vraag	ICECAP SCM, eigen vertaling, aangepast door stakeholder-overleg

Indicator B.4	
Korte titel	Bij zorgverleners terecht kunnen met levensvragen
Titel	Het percentage bewoners dat aangeeft vaak, meestal of altijd met hun levensvragen bij zorgverleners terecht te kunnen, indien gewenst.
Domein	Psychische, sociale en spirituele aspecten van de zorg
Rationale	Kwaliteitsvolle palliatieve zorg richt zich ook op existentiële aspecten van de zorg en dus is het ook nodig aandacht te hebben voor levensvragen van de bewoner.
Teller en noemer	Teller: Het percentage bewoners dat aangeeft zich vaak, meestal of altijd met hun levensvragen bij een zorgverlener terecht te kunnen, indien gewenst Noemer: Het totaal aantal bevraagde bewoners in het WZC.
Exclusie en correctors	Exclusie: (geen)
Meetprocedure	Bewoners bevraging
Vraag	In welke mate kan u met uw levensvragen bij uw zorgverleners terecht, als u dat wenst? • **Meestal of altijd** • **Vaak, maar soms ook niet** • Zelden • Nooit
Bron vraag	Ontworpen door het stakeholder-overleg

Domein C: Autonomie en waardigheid	
Indicator C.1	
Korte titel	Persoonlijke wensen en overtuigingen gerespecteerd
Titel	Het percentage bewoners dat aangeeft dat hulpverleners meestal of altijd rekening houden met hun persoonlijke wensen en overtuigingen
Domein	Autonomie en waardigheid
Rationale	Het respecteren van de wensen en overtuigingen van de bewoners is essentieel in een woonomgeving zoals een woonzorgcentrum.
Teller en noemer	Teller: Het percentage bewoners dat aangeeft dat hulpverleners meestal of altijd rekening houden met hun persoonlijke wensen en overtuigingen. Noemer: Het totaal aantal bevraagde bewoners in het WZC.
Exclusie en correctors	Exclusie: (geen)
Meetmethode	Bevraging bewoner
Vraag	Vraag: In welke mate houden uw hulpverleners rekening met uw persoonlijke wensen en uw overtuigingen? • **Meestal of altijd** • Vaak, maar soms ook niet • Zelden • Nooit of bijna nooit
Bron vraag	Q-PAC vragenlijst patiënten

Indicator C.2	
Korte titel	Mee beslissen over de zorg
Titel	Het percentage bewoners dat aangeeft dat ze meestal of altijd zelf beslissingen kunnen nemen over hun leven en zorg.
Domein	Autonomie en waardigheid
Rationale	Autonomie is een belangrijk thema in woonzorgcentra: het woonzorgcentrum is een nieuwe thuis voor bewoners, vaak tot aan het einde van hun leven, dus is het belangrijk dat ze kunnen mee beslissen over wie er voor hen zorgt, welke behandelingen ze krijgen en dergelijke.
Teller en noemer	Teller: Het percentage bewoners dat aangeeft dar ze meestal of altijd zelf beslissingen kunnen nemen over zijn of haar leven en zorg. Noemer: Het totaal aantal bevraagde bewoners in het WZC.
Exclusie en correctors	Exclusie: (geen)
Meetmethode	Bevraging bewoners
Vraag	Vraag: Kan u zelf de beslissingen nemen die nodig zijn over uw leven en uw zorg? • **Meestal of altijd** • Vaak, maar soms ook niet • Zelden • Nooit of bijna nooit
Bron vraag	ICECAP SCM, eigen vertaling

Indicator C.3	
Korte titel	Waardig en respectvol behandeld worden
Titel	Het percentage bewoners dat aangeeft dat ze zich meestal of altijd respectvol behandeld voelen.
Domein	Autonomie en waardigheid
Rationale	Een waardige en respectvolle behandeling is de basis voor elke kwaliteitsvolle zorg en is een abstracter concept dat verschillende aspecten van kwaliteitsvolle zorg samenvat, zoals pijn- en symptoombestrijding, sociale en psychische aspecten van de zorg en communicatie met de bewoner.
Teller en noemer	Teller: Het percentage bewoners dat aangeeft zich meestal of altijd respectvol behandeld te voelen. (respectvol aangesproken te voelen, zijn/haar overtuigingen gerespecteerd te voelen, zichzelf te kunnen zijn, netjes te kunnen zijn en privacy te hebben) Noemer: Het totaal aantal bevraagde bewoners in het WZC.
Exclusie en correctors	(geen)
Meetmethode	Bewonersbevraging
Vraag	Vraag: Voelt u zich respectvol behandeld? (respectvol aangesproken, uw overtuigingen gerespecteerd, dat u zichzelf kan zijn, netjes kan zijn en privacy heeft). • **Meestal of altijd** • Vaak, maar soms ook niet • Zelden • Nooit of bijna nooit
Bron vraag	ICECAP SCM, eigen vertaling

Domein D: Communicatie met bewoners	
Indicator D.1	
Korte titel	Begrijpelijke informatie over de zorg voor bewoners
Titel	Het percentage bewoners dat aangeeft dat ze meestal of altijd begrijpelijke informatie krijgen over de zorg
Domein	Communicatie met bewoners
Rationale	Begrijpelijke informatie krijgen over de zorg als bewoner is essentieel om zelf te kunnen mee beslissen om de realistische verwachtingen te hebben over de toekomst.
Teller en noemer	Teller: Het percentage bewoners die aangeven meestal of altijd begrijpelijke informatie te krijgen. Noemer: Het totaal aantal bevraagde bewoners in het WZC.
Exclusie en correctors	Exclusie: (geen)
Meetmethode	Bevraging bewoner
Vraag	Vraag: Leggen uw hulpverleners u op een begrijpelijke manier uit wat nodig is voor uw zorg? • **Meestal of altijd** • Vaak, maar soms ook niet • Zelden • Nooit of bijna nooit
Bron vraag	Q-PAC vragenlijst patiënt

Indicator D.2	
Korte titel	Niet-tegenstrijdige informatie over de zorg voor bewoners
Titel	Het percentage bewoners dat aangeeft dat zelden of nooit tegenstrijdige informatie kregen over de zorg
Domein	Communicatie met bewoners
Rationale	Niet-tegenstrijdige informatie krijgen over de zorg als bewoner is essentieel om zelf te kunnen mee beslissen om de realistische verwachtingen te hebben over de toekomst.
Teller en noemer	Teller: Het percentage bewoners die aangeven zelden of nooit tegenstrijdige informatie te krijgen. Noemer: Het totaal aantal bevraagde bewoners in het WZC.
Exclusie en correctors	Exclusie: (geen)
Meetmethode	Bevraging bewoner
Vraag	Vraag: Geven uw hulpverleners u tegenstrijdige informatie over wat nodig is voor uw zorg? • Meestal of altijd • Vaak, maar soms ook niet • **Zelden** • **Nooit of bijna nooit**
Bron vraag	Q-PAC vragenlijst patiënt

Domein E. Zorgplanning	
Indicator E.1	
Korte titel	Herhaald familiegesprek
Titel	Het percentage bewoners waarvan de naaste aangeeft dat er meer dan één keer een gesprek werd georganiseerd met hulpverleners, naaste(n) en, indien mogelijk, de bewoner.
Domein	Zorgplanning
Rationale	Regelmatig interdisciplinair overleg, waarbij ook de bewoner en eventuele naasten betrokken worden, zorgt voor voldoende informatie doorstroom tussen de hulpverleners onderling, maar ook open communicatie naar de bewoner.
Teller en noemer	Teller: Het percentage bewoners waarvan de naaste aangeeft dat er meerdere keren een gesprek werd georganiseerd met hulpverleners, naaste(n) en, indien mogelijk, de bewoner Noemer: Het totaal aantal bevraagde naasten
Exclusie en correctors	Exclusie: (geen)
Meetmethode	Bevraging naaste
Vraag	Vraag: Hoe vaak werd in het woonzorgcentrum waar uw naaste woonde, een overleg georganiseerd met meerdere hulpverleners, waarop u en uw naaste ook werden uitgenodigd? • **Meerdere keren** • Eén keer • Geen enkele keer
Bron vraag	Q-PAC vragenlijst hulpverlener, aangepast

Indicator E.2	
Korte titel	Kennis zorgdoelen en wensen
Titel	Het percentage bewoners waarbij personeelsleden die betrokken waren bij de zorg, aangeven te weten wat de zorgdoelen en levenswensen waren.
Domein	Zorgplanning
Rationale	Het is belangrijk dat zorgdoelen en wensen van bewoners niet enkel worden genoteerd in een bewonersdossier, maar dat de zorgverleners er ook van op de hoogte zijn en ze in de praktijk brengen.
Teller en noemer	Teller: Het percentage bewoners waarbij personeelsleden die betrokken waren bij de zorg, aangeven helemaal te weten wat hij of zij nog wil doen of meemaken in zijn of haar verdere leven en ook helemaal welke medische behandeling hij of zij wil krijgen en welke niet, wanneer het medisch slechter zou gaan. Noemer: Het totaal aantal bevraagde bewoners waarover personeelsleden bevraagd werden
Exclusie en correctors	Exclusie: (geen)
Meetmethode	Bevraging personeelsleden tijdens het verblijf
Vraag	Weet u van deze bewoner wat hij of zij nog wil doen of meemaken in zijn of haar verdere leven? • **Ja, helemaal** • Grotendeels, maar niet helemaal • Een beetje, maar niet in detail • Nee, eigenlijk niet Weet u van deze bewoner welke medische behandeling hij of zij wil krijgen en welke niet, wanneer het medisch slechter zou gaan? • **Ja, helemaal** • Grotendeels, maar niet helemaal • Een beetje, maar niet in detail • Nee, eigenlijk niet
Bron vraag	Ontwerp projectgroep

Indicator E.3	
Korte titel	Vroegtijdige zorgplanning aanmoedigen
Titel	Het percentage bewoners waarbij personeelsleden die betrokken waren bij de zorg, aangeven de bewoner of zijn familie veel of zeer veel aan te moedigen om aan vroegtijdige zorgplanning te doen.
Domein	Zorgplanning
Rationale	Het is belangrijk dat niet alleen wanneer bewoners het gesprek aangaan voor zorgplanning, alles goed opgevolgd wordt en genoteerd door het personeel, maar dat het personeel ook zelf het initiatief neemt om zorgplanning aan te moedigen, aangezien een aantal bewoners dit initiatief niet zelf zullen nemen, maar toch behoefte hebben aan planning om verzekerd te zijn van kwaliteitsvolle zorg.
Teller en noemer	Teller: Het percentage bewoners waarbij personeelsleden die betrokken waren bij de zorg, aangeven de bewoner of zijn familie veel of zeer veel aan te moedigen om aan vroegtijdige zorgplanning te doen. Noemer: Het totaal aantal bevraagde bewoners waarover personeelsleden bevraagd werden
Exclusie en correctors	Exclusie: (geen)
Meetmethode	Bevraging personeelsleden tijdens het verblijf
Vraag	In welke mate moedigt u deze bewoner en zijn of haar familie aan om aan vroegtijdige zorgplanning te doen? • **Zeer veel** • **Veel** • Noch veel, noch weinig • Weinig • Zeer weinig
Bron vraag	Ontwerp projectgroep

Indicator E.4	
Korte titel	Aandacht voor zorgplanning
Titel	Het percentage bewoners die aangeven dat er tijd en aandacht is van hun zorgverleners om, indien ze dat wensen, te spreken over hun zorg aan het levenseinde.
Domein	Zorgplanning
Rationale	Het is belangrijk dat wanneer bewoners het gesprek willen aangaan voor zorgplanning, dat opgepikt wordt door het personeel, en dat het personeel ruimte maakt en aandacht heeft voor zorgplanning.
Teller en noemer	Teller: Het percentage bewoners die aangeven dat er zeer veel of veel tijd en aandacht is van hun zorgverleners om, indien ze dat wensen, te spreken over hun zorg aan het levenseinde. Noemer: Het totaal aantal bevraagde bewoners waarover personeelsleden bevraagd werden
Exclusie en correctors	Exclusie: (geen)
Meetmethode	Bevraging bewoners
Vraag	In welke mate is er tijd en aandacht van uw zorgverleners om, indien u dit wenst, met u te spreken over uw zorg aan het levenseinde? • **Zeer veel** • **Veel** • Noch veel, noch weinig • Weinig • Zeer weinig
Bron vraag	Ontwerp onderzoekers, met aanpassing van stakeholderoverleg

Domein F: Communicatie met en zorg voor de naaste	
Indicator F.1	
Korte titel	Juiste hoeveelheid informatie over naderend sterven
Titel	Het percentage naasten dat aangeeft de juiste hoeveelheid informatie te hebben gekregen over het naderende sterven van de bewoner
Domein	Zorg voor en communicatie met de naaste
Rationale	In de holistische benadering van palliatieve zorg is het belangrijk ook de naasten te betrekken en geïnformeerd te houden, zeker over het naderende sterven, wanneer het zich voordoet. Dit ondersteunt hen tijdens de zorg voor de bewoner en nadien bij rouwverwerking.
Teller en noemer	Teller: Het percentage bewoners bij wie de naasten aangeven de juiste hoeveelheid informatie te hebben gekregen over het naderende sterven. Noemer: Het totaal aantal bevraagde naasten.
Exclusie en correctors	Exclusie: (geen)
Meetprocedure	Bevraging naasten
Vraag	Vraag: Kreeg u van de hulpverleners in het woonzorgcentrum voldoende informatie over het naderende sterven van uw naaste? • **Ja, ik kreeg voldoende informatie** • Nee, ik kreeg minder informatie dan nodig • Nee, ik kreeg meer dan nodig
Bron vraag	Q-PAC vragenlijst naaste

Indicator F.2	
Korte titel	Gesteund na overlijden
Titel	Het percentage naasten dat aangeeft dat ze zich na het overlijden voldoende gesteund voelden vanuit het woonzorgcentrum waar hun naaste woonde.
Domein	Zorg voor en communicatie met de naaste
Rationale	Steun na het overlijden is een essentieel aspect van kwaliteitsvolle levenseinde zorg, in een holistische benadering. Hoewel woonzorgcentra mogelijks niet over de faciliteiten of middelen beschikken om zelf aan nazorg te doen, is steun geven bij het overlijden van een bewoner wel aan de orde.
Teller en noemer	Teller: Het percentage nabestaanden dat zich zeer veel of veel gesteund voelde na het overlijden van de bewoner Noemer: Het totaal aantal bevraagde naasten
Exclusie en correctors	Exclusie: (geen)
Meetmethode	Bevraging naasten
Vraag	Vraag: In welke mate voelde u zich na het overlijden van uw naaste voldoende gesteund vanuit het woonzorgcentrum waar uw naaste woonde? • **Zeer veel** • **Veel** • Noch veel, noch weinig • Weinig • Zeer weinig
Bron vraag	Q-PAC vragenlijst naasten, aangepast door stakeholder-overleg

Domein G: Communicatie tussen zorgverleners	
Indicator G.1	
Korte titel	Bewoner specifieke documenten
Titel	Het percentage bewoners waarbij de betroken verpleegkundige aangeeft dat ze over deze bewoner meestal of altijd voldoende informatie vinden in het bewonersdossier wanneer ze die nodig hebben
Domein	Communicatie tussen zorgverleners
Rationale	Bewoner-specifieke documenten vormen een essentieel opslagmedium voor informatie over de bewoner, zoals wensen, zorgdoelen, zorggeschiedenis en dergelijke.
Teller en noemer	Teller: Het percentage bewoners waarbij de betroken verpleegkundige aangeeft dat ze over deze bewoner meestal of altijd voldoende informatie vinden in het bewonersdossier wanneer ze die nodig hebben Noemer: Het totaal aantal bevraagde bewoners waarover personeelsleden bevraagd werden.
Exclusie en correctors	Exclusie: (geen)
Meetmethode	Bevraging personeel tijdens de begeleiding
Vraag	Vindt u over deze bewoner voldoende informatie in het bewonersdossier, wanneer u die nodig heeft? • **Meestal of altijd** • Vaak, maar soms ook niet • Zelden • Nooit of bijna nooit
Bron vraag	Ontwerp onderzoekers

Domein H: Zorg en omstandigheden rond het overlijden	
Indicator H.1	
Korte titel	Comfortabel in laatste week
Titel	Percentage naasten dat aangeeft dat alle nodige maatregelen werden genomen opdat de bewoner comfortabel zou zijn tijdens de laatste week voor overlijden
Domein	Zorg en omstandigheden rond het overlijden
Rationale	Fysiek comfort is een basisvoorwaarde voor kwaliteitsvol en waardig overlijden.
Teller en noemer	Teller: Percentage naasten dat aangeeft dat alle nodige maatregelen werden genomen opdat de bewoner comfortabel zou zijn tijdens de laatste week voor overlijden Noemer: Het totaal aantal bevraagde naasten
Exclusie en correctors	Exclusie: (geen)
Meetmethode	Bevraging naasten
Vraag	In welke mate werden volgens u alle nodige maatregelen genomen opdat uw naaste comfortabel zou zijn tijdens de laatste week voor overlijden. • **Alle nodige maatregelen werden genomen** • Niet alle nodige maatregelen, maar wel veel • Noch veel, noch weinig maatregelen genomen • Weinig maatregelen genomen • Zeer weinig maatregelen genomen
Bron vraag	SWC EOLD, eigen vertaling

Indicator H.2	
Korte titel	Kennis en ervaring personeel
Titel	Het percentage overleden bewoners waarbij de betrokken verpleegkundige aangeeft dat hij of zij zich competent voelde bij het begeleiden van het stervensproces van deze bewoner.
Domein	Zorg en omstandigheden rond het overlijden
Rationale	Kennis, ervaring en empathie met het stervensproces zorgt voor meer kwaliteitsvolle begeleiding van het stervensproces door het personeel. Het herkennen van het naderende overlijden is een belangrijke toets voor kennis en ervaring.
Teller en noemer	Teller: Het percentage overleden bewoners waarbij de betrokken verpleegkundige aangeeft dat hij of zij zich competent voelde bij het begeleiden van het stervensproces van deze bewoner. Noemer: Het totaal aantal overleden bewoners waarbij betrokken verpleegkundigen bevraagd werden
Exclusie en correctors	Exclusie: (geen)
Meetmethode	Bevraging personeel: na overlijden
Vraag	In welke mate voelde u zich competent bij het begeleiden van het stervensproces van deze bewoner? • **Zeer goed** • **Goed** • Noch goed, noch slecht • Slecht • Zeer slecht
Bron vraag	PACE LTCF staff attitudes- communication and end-of-life care, aangepast door stakeholder-overleg

Indicator H.3	
Korte titel	Personeel tevreden over geleverde zorg
Titel	Het percentage overleden bewoners waarvoor de betrokken verpleegkundige aangeeft dat hij of zij zich ondersteund voelde door het team bij de zorg aan het levenseinde van deze bewoner
Domein	Zorg en omstandigheden rond het overlijden
Rationale	Hoe het personeel de zorg ervaart, of het hele zorgteam het gevoel heeft adequate zorg te hebben geleverd is een belangrijke indicatie voor de kwaliteit van zorg, zowel als een indicatie van de levende cultuur bij het personeel rond overlijden en zorg rond het levenseinde.
Teller en noemer	Teller: Het percentage overleden bewoners waarvoor de betrokken verpleegkundige aangeeft dat hij of zij zich ondersteund voelde door het team bij de zorg aan het levenseinde van deze bewoner Noemer: Het totaal aantal overleden bewoners waarover personeelsleden bevraagd werden
Exclusie en correctors	Exclusie: (geen)
Meetmethode	Bevraging personeel: na overlijden
Vraag	In welke mate voelde u zich ondersteund door het team bij de zorg aan het levenseinde van deze bewoner? Xx ontbreekt precies in excel? Vraag komt ook niet overeen met titel. En er ontbreken hier precies ook andere indicatoren?? • **Zeer goed** • **Goed** • Noch goed, noch slecht • Slecht • Zeer slecht
Bron vraag	PACE LTCF staff attitudes- communication and end-of-life care

V1.1 – 23/02/2022

Vragenlijst over de kwaliteit van zorg in Vlaamse woonzorgcentra

Onderzoek door de Vrije Universiteit Brussel, in opdracht van de Vlaamse Overheid en in samenwerking met uw woonzorgcentrum

Geachte meneer/mevrouw,

Waarom deze vragenlijst?

We willen graag uw mening weten over de zorg die u krijgt in ons woonzorgcentrum, om onze werking te verbeteren. De antwoorden uit deze vragenlijst zullen we gebruiken om meer zicht te krijgen op de zorg die we aanbieden aan onze bewoners.

Vrijwilligheid van deelname

U bent geheel vrij om al dan niet deel te nemen. U heeft steeds het recht om zonder opgave van redenen af te zien van verdere deelname of te stoppen met het invullen van de vragenlijst. Voor meer informatie, zie hieronder.

Vertrouwelijkheid van de gegevens

Uw antwoorden blijven vertrouwelijk en worden nooit op individuele basis onthuld. Ze zullen anoniem verzameld worden door de Vrije Universiteit Brussel en zijn voor het woonzorgcentrum enkel zichtbaar als percentages van alle antwoorden. Behalve uw leeftijdscategorie en geslacht wordt geen enkele identificerende informatie verzameld.

Uw toestemming

Wettelijk gezien zijn we verplicht u te vragen om, indien u wenst deel te nemen, onderstaande hokjes aan te vinken. Door beide

hokjes aan te vinken gaat u akkoord en geeft u aan dat u vrijwillig wil deelnemen aan het onderzoek rond verbetering van zorg in het woonzorgcentrum.

Voor meer informatie kunt u contact opnemen met de hoofdverpleegkundige of met de dienst gegevensbescherming van de Vrije Universiteit Brussel via dpo@vub.be

Vink het aan wat voor u van toepassing is. Enkel als u akkoord gaat met beide voorwaarden kunnen we uw antwoorden op de vragenlijst verwerken:

☐ 1. Ik bevestig dat ik de bovenstaande informatie over het invullen van de vragenlijst heb gelezen en hoe mijn persoonlijke gegevens daarin worden verwerkt. Ik begrijp volledig wat er van mij wordt verwacht bij deelname aan deze vragenlijst.

☐ 2. Ik begrijp dat mijn deelname vrijwillig is en dat ik op elk moment en zonder het opgeven van reden kan stoppen met de vragenlijst.

Wij danken u zeer voor uw deelname.

Aarzel niet om contact met ons op te nemen als u vragen heeft.

Dit onderzoek is een zelfevaluatie van het woonzorgcentrum. De gegevensverwerking wordt uitgevoerd door de Vrije Universiteit Brussel.

Uw deelname is vrijwillig en u kunt zich op elk moment terugtrekken zonder hiervoor een reden te geven. Uw ingevulde antwoorden zullen pas worden opgeslagen binnen de database zodra u de gehele vragenlijst heeft afgewerkt.

Elk onjuist gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden. Verslagen waarin u wordt geïdentificeerd zullen niet openlijk beschikbaar zijn. Als de resultaten van de studie worden gepubliceerd, zal uw identiteit vertrouwelijke informatie blijven. Deze studie werd goedgekeurd door de Commissie Medische Ethiek van het UZ Brussel en de VUB. Deze goedkeuring mag geen invloed hebben op uw beslissing om al dan niet deel te nemen aan de studie.

De gegevens worden 10 jaar opgeslagen op een veilige locatie met beperkte en weloverwogen toegangsvoorwaarden. Alleen de hoofdonderzoekers van de Vrije Universiteit Brussel (VUB) hebben toegang tot de gegevens. De relevante privacy- en gegevensbeschermingswetgeving zal worden gevolgd om de privacy en de bescherming van uw persoonlijke gegevens te garanderen. De VUB is de gegevensbeheerder van dit onderzoek en informatie over het privacy beleid van de VUB is hier te vinden (https://www.vub.ac.be/en/privacy-statement). De functionaris voor gegevensbescherming (DPO) van de VUB kan worden gecontacteerd via: dpo@vub.be.

De Belgische toezichthoudende instantie die verantwoordelijk is voor het handhaven van de wetgeving rond gegevensbescherming kan gecontacteerd worden op volgend adres:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)

Drukpersstraat 35, 1000 Brussel

Tel. +32 2 274 48 00

e-mail: contact@apd-gba.be

website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

Vragenlijst voor bewoners in het woonzorgcentrum

Hartelijk dank dat u deze vragenlijst invult!

1. Wie vult deze vragenlijst in?	□ Ik, de bewoner zelf □ Ik, de bewoner met hulp van een naaste □ Een naaste
2. Hoe wordt deze vragenlijst ingevuld?	□ Op papier □ Op een computer, een laptop of een tablet
3. Wat is uw leeftijd?	□ < 75 jaar □ 75-79 □ 80-84 □ 85-89 □ 90-94 □ > 94 jaar
4. Wat is uw geslacht?	□ Vrouw □ Man □ X
5. Hoe is uw gezondheid?	□ Zeer goed □ Goed □ Matig □ Slecht □ Zeer slecht
6. Wat is uw hoogst behaalde diploma?	□ Lager onderwijs (tot de leeftijd van ongeveer 12 jaar) □ Middelbaar of secundair onderwijs □ Hogeschool □ Universiteit □ Geen van deze diploma's behaald
7. Hoe lang woont u al in dit woonzorgcentrum?	□ Minder dan 3 maanden □ Tussen 3 maanden en een jaar □ Tussen een jaar en 3 jaar □ Tussen 3 jaar en 5 jaar □ Langer dan 5 jaar

8. Kan u zelf beslissingen nemen die nodig zijn over uw leven en zorg?	□ Meestal of altijd □ Vaak, maar soms ook niet □ Zelden □ Nooit of bijna nooit
9. Houden uw hulpverleners rekening met uw persoonlijke wensen en uw overtuigingen?	□ Meestal of altijd □ Vaak, maar soms ook niet □ Zelden □ Nooit of bijna nooit
10. Heeft u regelmatig pijn of ongemak die uw dagelijkse activiteiten verstoort?	□ 10 De ergste pijn die u ooit heeft gehad □ 9 □ 8 Zeer hevige pijn □ 7 □ 6 Erge pijn □ 5 □ 4 Matige pijn □ 3 □ 2 Weinige pijn □ 1 □ 0 Geen pijn
11. Geven uw hulpverleners u tegenstrijdige informatie?	□ Meestal of altijd □ Vaak, maar soms ook niet □ Zelden □ Nooit of bijna nooit
12. Voelt u zich respectvol behandeld? (respectvol aangesproken, uw overtuigingen gerespecteerd, dat u zichzelf kan zijn, netjes kan zijn en privacy heeft)	□ Meestal of altijd □ Vaak, maar soms ook niet □ Zelden □ Nooit of bijna nooit
13. Leggen uw hulpverleners u dingen op een begrijpelijke manier uit?	□ Meestal of altijd □ Vaak, maar soms ook niet □ Zelden □ Nooit of bijna nooit

14. Voelt u zich soms bezorgd of angstig?	□ Meestal of altijd □ Vaak, maar soms ook niet □ Zelden □ Nooit of bijna nooit
15. Voelt u zich soms een last?	□ Meestal of altijd □ Vaak, maar soms ook niet □ Zelden □ Nooit of bijna nooit
16. Voelt u zich voldoende omringd door mensen om wie u geeft?	□ Meestal of altijd □ Vaak, maar soms ook niet □ Zelden □ Nooit of bijna nooit
17. Is er tijd en aandacht van uw zorgverleners om met u te spreken over uw zorg aan het levenseinde indien u dit wenst?	□ Meestal of altijd □ Vaak, maar soms ook niet □ Zelden □ Nooit of bijna nooit
18. Kan u met uw levensvragen bij uw zorgverleners terecht, als u dat wenst?	□ Meestal of altijd □ Vaak, maar soms ook niet □ Zelden □ Nooit of bijna nooit

Belangrijke informatie over uzelf of de geleverde zorg, die u niet kwijt kon in de vragenlijst, kan u hier noteren.

Dit is het einde van de vragenlijst. Waren alle vragen in deze vragenlijst goed begrijpbaar voor u?

- ☐ **Ja**
- ☐ **Nee**

Datum ingevuld:

Hartelijk dank dat u deze vragenlijst invult!

V1.1 – 23/02/2022

Vragenlijst over de kwaliteit van zorg in Vlaamse woonzorgcentra

Onderzoek door de Vrije Universiteit Brussel, in opdracht van de Vlaamse Overheid en in samenwerking met uw woonzorgcentrum

Gelieve onderstaande tekst en de vragenlijst voor te lezen

Geachte meneer/mevrouw,

Waarom deze vragenlijst?

We willen graag uw mening weten over de zorg die u krijgt in ons woonzorgcentrum, om onze werking te verbeteren. De antwoorden uit deze vragenlijst zullen we gebruiken om meer zicht te krijgen op de zorg die we aanbieden aan onze bewoners.

Vrijwilligheid van deelname

U bent geheel vrij om al dan niet deel te nemen. U heeft steeds het recht om zonder opgave van redenen af te zien van verdere deelname of te stoppen met het invullen van de vragenlijst. Voor meer informatie, zie hieronder.

Vertrouwelijkheid van de gegevens

Uw antwoorden blijven vertrouwelijk en worden nooit op individuele basis onthuld. Ze zullen anoniem verzameld worden door de Vrije Universiteit Brussel en zijn voor het woonzorgcentrum enkel zichtbaar als percentages van alle antwoorden. Behalve uw leeftijdscatgeorie en geslacht wordt geen enkele identificerende informatie verzameld.

Uw toestemming

Wettelijk gezien zijn we verplicht u te vragen om, indien u wenst deel te nemen, onderstaande hokjes aan te vinken. Door beide

hokjes aan te vinken gaat u akkoord en geeft u aan dat u vrijwillig wil deelnemen aan het onderzoek rond verbetering van zorg in het woonzorgcentrum.

Voor meer informatie kunt u contact opnemen met de hoofdverpleegkundige of met de dienst gegevensbescherming van de Vrije Universiteit Brussel via dpo@vub.be

Vink het aan wat voor u van toepassing is. Enkel als u akkoord gaat met beide voorwaarden kunnen we uw antwoorden op de vragenlijst verwerken:

☐ 1. Ik bevestig dat ik de bovenstaande informatie over het invullen van de vragenlijst heb gelezen en hoe mijn persoonlijke gegevens daarin worden verwerkt. Ik begrijp volledig wat er van mij wordt verwacht bij deelname aan deze vragenlijst.

☐ 2. Ik begrijp dat mijn deelname vrijwillig is en dat ik op elk moment en zonder het opgeven van reden kan stoppen met de vragenlijst.

Wij danken u zeer voor uw deelname. Aarzel niet om contact met ons op te nemen als u vragen heeft.

Dit onderzoek is een zelfevaluatie van het woonzorgcentrum. De gegevensverwerking wordt uitgevoerd door de Vrije Universiteit Brussel.

Uw deelname is vrijwillig en u kunt zich op elk moment terugtrekken zonder hiervoor een reden te geven. Uw ingevulde antwoorden zullen pas worden opgeslagen binnen de database zodra u de gehele vragenlijst heeft afgewerkt.

Elk onjuist gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden. Verslagen waarin u wordt geïdentificeerd zullen niet openlijk beschikbaar zijn. Als de resultaten van de studie worden gepubliceerd, zal uw identiteit vertrouwelijke informatie blijven. Deze studie werd goedgekeurd door de Commissie Medische Ethiek van het UZ Brussel en de VUB. Deze goedkeuring mag geen invloed hebben op uw beslissing om al dan niet deel te nemen aan de studie.

De gegevens worden 10 jaar opgeslagen op een veilige locatie met beperkte en weloverwogen toegangsvoorwaarden. Alleen de hoofdonderzoekers van de Vrije Universiteit Brussel (VUB) hebben toegang tot de gegevens. De relevante privacy- en gegevensbeschermingswetgeving zal worden gevolgd om de privacy en de bescherming van uw persoonlijke gegevens te garanderen. De VUB is de gegevensbeheerder van dit onderzoek en informatie over het privacy beleid van de VUB is hier te vinden (https://www.vub.ac.be/en/privacy-statement). De functionaris voor gegevensbescherming (DPO) van de VUB kan worden gecontacteerd via: dpo@vub.be.

De Belgische toezichthoudende instantie die verantwoordelijk is voor het handhaven van de wetgeving rond gegevensbescherming kan gecontacteerd worden op volgend adres:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)

Drukpersstraat 35, 1000 Brussel

Tel. +32 2 274 48 00

e-mail: contact@apd-gba.be

website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

Vragenlijst voor bewoners in het woonzorgcentrum, ingevuld door de naaste samen met de bewoner

Vul samen met de bewoner de vragen in.
U doet dit het beste door de vragen en antwoorden voor te lezen aan de bewoner.

De vragen gaan altijd over de bewoner.
(dus als we vragen "wat is uw leeftijd?" willen we de leeftijd van de bewoner weten)

Hartelijk dank dat u deze vragenlijst invult!

1. Wie vult deze vragenlijst in?	☐ Ik, de bewoner zelf ☐ Ik, de bewoner met hulp van een naaste ☐ Een naaste
2. Hoe wordt deze vragenlijst ingevuld?	☐ Op papier ☐ Op een computer, een laptop of een tablet
3. Wat is uw leeftijd?	☐ < 75 jaar ☐ 75-79 ☐ 80-84 ☐ 85-89 ☐ 90-94 ☐ > 94 jaar
4. Wat is uw geslacht?	☐ Vrouw ☐ Man ☐ X
5. Hoe is uw gezondheid?	☐ Zeer goed ☐ Goed ☐ Matig ☐ Slecht ☐ Zeer slecht

6. Wat is uw hoogst behaalde diploma?	☐ Lager onderwijs (tot de leeftijd van ongeveer 12 jaar) ☐ Middelbaar of secundair onderwijs ☐ Hogeschool ☐ Universiteit ☐ Geen van deze diploma's behaald
7. Hoe lang woont u al in dit woonzorgcentrum?	☐ Minder dan 3 maanden ☐ Tussen 3 maanden en een jaar ☐ Tussen een jaar en 3 jaar ☐ Tussen 3 jaar en 5 jaar ☐ Langer dan 5 jaar
8. Kan u zelf beslissingen nemen die nodig zijn over uw leven en zorg?	☐ Meestal of altijd ☐ Vaak, maar soms ook niet ☐ Zelden ☐ Nooit of bijna nooit
9. Houden uw hulpverleners rekening met uw persoonlijke wensen en uw overtuigingen?	☐ Meestal of altijd ☐ Vaak, maar soms ook niet ☐ Zelden ☐ Nooit of bijna nooit
10. Heeft u regelmatig pijn of ongemak die uw dagelijkse activiteiten verstoort?	☐ 10 De ergste pijn die u ooit heeft gehad ☐ 9 ☐ 8 Zeer hevige pijn ☐ 7 ☐ 6 Erge pijn ☐ 5 ☐ 4 Matige pijn ☐ 3 ☐ 2 Weinige pijn ☐ 1 ☐ 0 Geen pijn
11. Geven uw hulpverleners u tegenstrijdige informatie?	☐ Meestal of altijd ☐ Vaak, maar soms ook niet ☐ Zelden ☐ Nooit of bijna nooit

12. Voelt u zich respectvol behandeld? (respectvol aangesproken, uw overtuigingen gerespecteerd, dat u zichzelf kan zijn, netjes kan zijn en privacy heeft)	□ Meestal of altijd □ Vaak, maar soms ook niet □ Zelden □ Nooit of bijna nooit
13. Leggen uw hulpverleners u dingen op een begrijpelijke manier uit?	□ Meestal of altijd □ Vaak, maar soms ook niet □ Zelden □ Nooit of bijna nooit
14. Voelt u zich soms bezorgd of angstig?	□ Meestal of altijd □ Vaak, maar soms ook niet □ Zelden □ Nooit of bijna nooit
15. Voelt u zich soms een last?	□ Meestal of altijd □ Vaak, maar soms ook niet □ Zelden □ Nooit of bijna nooit
16. Voelt u zich voldoende omringd door mensen om wie u geeft?	□ Meestal of altijd □ Vaak, maar soms ook niet □ Zelden □ Nooit of bijna nooit
17. Is er tijd en aandacht van uw zorgverleners om met u te spreken over uw zorg aan het levenseinde indien u dit wenst?	□ Meestal of altijd □ Vaak, maar soms ook niet □ Zelden □ Nooit of bijna nooit
18. Kan u met uw levensvragen bij uw zorgverleners terecht, als u dat wenst?	□ Meestal of altijd □ Vaak, maar soms ook niet □ Zelden □ Nooit of bijna nooit

Belangrijke informatie over uzelf of de geleverde zorg, die u niet kwijt kon in de vragenlijst, kan u hier noteren.

Dit is het einde van de vragenlijst. Waren alle vragen in deze vragenlijst goed begrijpbaar voor u?

- ☐ **Ja**
- ☐ **Nee**

Datum ingevuld:

Hartelijk dank dat u deze vragenlijst invult!

V1.1 – 23/02/2022

Vragenlijst over de kwaliteit van zorg in Vlaamse woonzorgcentra

Onderzoek door de Vrije Universiteit Brussel, in opdracht van de Vlaamse Overheid en in samenwerking met uw woonzorgcentrum

Geachte meneer/mevrouw,

Waarom deze vragenlijst?

We willen graag uw mening weten over de zorg die uw naaste krijgt in ons woonzorgcentrum, om onze werking te verbeteren. De antwoorden uit deze vragenlijst zullen we gebruiken om meer zicht te krijgen op de zorg die we aanbieden aan onze bewoners.

Vrijwilligheid van deelname

U bent geheel vrij om al dan niet deel te nemen. U heeft steeds het recht om zonder opgave van redenen af te zien van verdere deelname of te stoppen met het invullen van de vragenlijst. Voor meer informatie, zie hieronder.

Vertrouwelijkheid van de gegevens

Uw antwoorden blijven vertrouwelijk en worden nooit op individuele basis onthuld. Ze zullen anoniem verzameld worden door de Vrije Universiteit Brussel en zijn voor het woonzorgcentrum enkel zichtbaar als percentages van alle antwoorden. Behalve de leeftijdscategorie en geslacht wordt geen enkele identificerende informatie verzameld.

Uw toestemming

Wettelijk gezien zijn we verplicht u te vragen om, indien u wenst deel te nemen, onderstaande hokjes aan te vinken. Door beide hokjes aan te vinken gaat u akkoord en geeft u aan dat u vrijwillig wil deelnemen aan het onderzoek rond verbetering van zorg in het woonzorgcentrum.

Voor meer informatie kunt u contact opnemen met de hoofdverpleegkundige of met de dienst gegevensbescherming van de Vrije Universiteit Brussel via dpo@vub.be

Vink het aan wat voor u van toepassing is. Enkel als u akkoord gaat met beide voorwaarden kunnen we uw antwoorden op de vragenlijst verwerken:

☐ 1. Ik bevestig dat ik de bovenstaande informatie over het invullen van de vragenlijst heb gelezen en hoe mijn persoonlijke gegevens daarin worden verwerkt. Ik begrijp volledig wat er van mij wordt verwacht bij deelname aan deze vragenlijst.

☐ 2. Ik begrijp dat mijn deelname vrijwillig is en dat ik op elk moment en zonder het opgeven van reden kan stoppen met de vragenlijst.

Wij danken u zeer voor uw deelname. Aarzel niet om contact met ons op te nemen als u vragen heeft.

Dit onderzoek is een zelfevaluatie van het woonzorgcentrum. De gegevensverwerking wordt uitgevoerd door de Vrije Universiteit Brussel.

Uw deelname is vrijwillig en u kunt zich op elk moment terugtrekken zonder hiervoor een reden te geven. Uw ingevulde antwoorden zullen pas worden opgeslagen binnen de database zodra u de gehele vragenlijst heeft afgewerkt.

Elk onjuist gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden. Verslagen waarin u wordt geïdentificeerd zullen niet openlijk beschikbaar zijn. Als de resultaten van de studie worden gepubliceerd, zal uw identiteit vertrouwelijke informatie blijven. Deze studie werd goedgekeurd door de Commissie Medische Ethiek van het UZ Brussel en de VUB. Deze goedkeuring mag geen invloed hebben op uw beslissing om al dan niet deel te nemen aan de studie.

De gegevens worden 10 jaar opgeslagen op een veilige locatie met beperkte en weloverwogen toegangsvoorwaarden. Alleen de hoofdonderzoekers van de Vrije Universiteit Brussel (VUB) hebben toegang tot de gegevens. De relevante privacy- en gegevensbeschermingswetgeving zal worden gevolgd om de privacy en de bescherming van uw persoonlijke gegevens te garanderen. De VUB is de gegevensbeheerder van dit onderzoek en informatie over het privacy beleid van de VUB is hier te vinden (https://www.vub.ac.be/en/privacy-statement). De functionaris voor gegevensbescherming (DPO) van de VUB kan worden gecontacteerd via: dpo@vub.be.

De Belgische toezichthoudende instantie die verantwoordelijk is voor het handhaven van de wetgeving rond gegevensbescherming kan gecontacteerd worden op volgend adres:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)

Drukpersstraat 35, 1000 Brussel

Tel. +32 2 274 48 00

e-mail: contact@apd-gba.be

website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

Vragenlijst voor bewoners in het woonzorgcentrum, ingevuld door de naaste

Vul in naam van de bewoner, uw naaste, de vragen in. De antwoorden die u geeft komen overeen met de antwoorden die de bewoner, uw naaste, anders zelf zou geven.

Hartelijk dank dat u deze vragenlijst invult!

1. Wie vult deze vragenlijst in?	□ Ik, de bewoner zelf □ Ik, de bewoner met hulp van naaste □ Een naaste
2. Hoe wordt deze vragenlijst ingevuld?	□ Op papier □ Op een computer, een laptop of een tablet
3. Wat is de leeftijd van uw naaste?	□ < 75 jaar □ 75-79 □ 80-84 □ 85-89 □ 90-94 □ > 94 jaar
4. Wat is het geslacht van uw naaste?	□ Vrouw □ Man □ X
5. Heeft uw naaste naar uw weten dementie?	□ Ja □ Nee
6. Hoe schat u de gezondheidstoestand van uw naaste in?	□ Zeer goed □ Goed □ Matig □ Slecht □ Zeer slecht

7. Wat is het hoogst behaalde diploma van uw naaste?	☐ Lager onderwijs (tot de leeftijd van ongeveer 12 jaar) ☐ Middelbaar of secundair onderwijs ☐ Hogeschool ☐ Universiteit ☐ Geen van deze diploma's behaald
8. Hoe lang woont uw naaste al in dit woonzorgcentrum?	☐ Minder dan 3 maanden ☐ Tussen 3 maanden en een jaar ☐ Tussen een jaar en 3 jaar ☐ Tussen 3 jaar en 5 jaar ☐ Langer dan 5 jaar
9. Kan uw naaste zelf beslissingen nemen over zijn of haar leven en zorg?	☐ Meestal of altijd ☐ Vaak, maar soms ook niet ☐ Zelden ☐ Nooit of bijna nooit
10. Houden de hulpverleners rekening met de persoonlijke wensen en overtuigingen van uw naaste?	☐ Meestal of altijd ☐ Vaak, maar soms ook niet ☐ Zelden ☐ Nooit of bijna nooit ☐ Ik weet het niet
11. Heeft uw naaste regelmatig pijn of ongemak die zijn of haar dagelijkse activiteiten verstoort?	☐ 10 De ergste pijn die u ooit heeft gehad ☐ 9 ☐ 8 Zeer hevige pijn ☐ 7 ☐ 6 Erge pijn ☐ 5 ☐ 4 Matige pijn ☐ 3 ☐ 2 Weinige pijn ☐ 1 ☐ 0 Geen pijn ☐ Ik weet het niet
12. Geven hulpverleners uw naaste tegenstrijdige informatie?	☐ Meestal of altijd ☐ Vaak, maar soms ook niet ☐ Zelden ☐ Nooit of bijna nooit ☐ Ik weet het niet

13. Voelt uw naaste zich respectvol behandeld? (respectvol aangesproken, overtuigingen gerespecteerd, zichzelf kunnen zijn, netjes kunnen zijn en privacy hebben)	□ Meestal of altijd □ Vaak, maar soms ook niet □ Zelden □ Nooit of bijna nooit □ Ik weet het niet
14. Leggen de hulpverleners van het woonzorgcentrum uw naaste de dingen op een begrijpelijke manier uit?	□ Meestal of altijd □ Vaak, maar soms ook niet □ Zelden □ Nooit of bijna nooit □ Ik weet het niet
15. Voelt uw naaste zich soms bezorgd of angstig?	□ Meestal of altijd □ Vaak, maar soms ook niet □ Zelden □ Nooit of bijna nooit □ Ik weet het niet
16. Voelt uw naaste zich soms een last?	□ Meestal of altijd □ Vaak, maar soms ook niet □ Zelden □ Nooit of bijna nooit □ Ik weet het niet
17. Voelt uw naaste zich voldoende omringd door mensen om wie hij/zij geeft?	□ Meestal of altijd □ Vaak, maar soms ook niet □ Zelden □ Nooit of bijna nooit
18. Is er tijd en aandacht van de zorgverleners om met uw naaste te spreken over zijn of haar zorg aan het levenseinde indien uw naaste dit wenst?	□ Meestal of altijd □ Vaak, maar soms ook niet □ Zelden □ Nooit of bijna nooit
19. Kan uw naaste met levensvragen bij de zorgverleners terecht, als hij/zij dat wenst?	□ Meestal of altijd □ Vaak, maar soms ook niet □ Zelden □ Nooit of bijna nooit

Belangrijke informatie over uzelf of de geleverde zorg, die u niet kwijt kon in de vragenlijst, kan u hier noteren.

Dit is het einde van de vragenlijst. Waren alle vragen in deze vragenlijst goed begrijpbaar voor u?

- ☐ **Ja**
- ☐ **Nee**

Datum ingevuld:

Hartelijk dank dat u deze vragenlijst invult!

Vragenlijst voor hulpverleners van residenten in het woonzorgcentrum

(Type vragen: alle vragen moet worden ingevuld, ze kunnen enkel verder naar de volgende vraag als de vorige is ingevuld)

Hartelijk dank dat u deze vragenlijst invult!

(Vraag met 2 keuzemogelijkheden waarvan ze er maar één kunnen aanduiden)

1. Heeft de bewoner dementie?
   - ☐ Ja
   - ☐ Nee

(Vraag met twee antwoordvakjes, waar ze 1 of 2 cijfers kunnen invullen)

2. Hoe lang woont de bewoner in het woonzorgcentrum?
   - ☐ Minder dan 3 maanden
   - ☐ Tussen 3 maanden en een jaar
   - ☐ Tussen een jaar en 3 jaar
   - ☐ Tussen 3 jaar en 5 jaar
   - ☐ Langer dan 5 jaar

(Vraag met 4 keuzemogelijkheden waarvan ze er maar één kunnen aanduiden)

3. Vindt u over deze bewoner voldoende informatie in het bewonersdossier, wanneer u die nodig heeft?
   - ☐ Meestal of altijd
   - ☐ Vaak, maar soms ook niet
   - ☐ Zelden
   - ☐ Nooit of bijna nooit

(Vraag met 4 keuzemogelijkheden waarvan ze er maar één kunnen aanduiden)

4. Weet u van deze bewoner wat hij of zij nog wil doen of meemaken in zijn of haar verdere leven?
   - ☐ Ja, helemaal
   - ☐ Grotendeels, maar niet helemaal
   - ☐ Een beetje, maar niet in detail
   - ☐ Nee, eigenlijk niet

(Vraag met 4 keuzemogelijkheden waarvan ze er maar één kunnen aanduiden)

5. Weet u van deze bewoner welke medische behandeling hij of zij wil krijgen en welke niet, wanneer het medisch slechter zou gaan?
   - ☐ Ja, helemaal
   - ☐ Grotendeels, maar niet helemaal
   - ☐ Een beetje, maar niet in detail
   - Nee, eigenlijk niet ☐

(Vraag met 5 keuzemogelijkheden waarvan ze er maar één kunnen aanduiden)

6. In welke mate moedigt u deze bewoner en zijn of haar familie aan om aan vroegtijdige zorgplanning te doen?
   - ☐ Zeer veel
   - ☐ Veel
   - ☐ Noch veel, noch weinig
   - ☐ Weinig
   - ☐ Zeer weinig

(Vraag met 6 keuzemogelijkheden waarvan ze er maar één kunnen aanduiden)

7. Wat is de leeftijd van de bewoner?
   - ☐ < 75 jaar

	☐ 75-79 ☐ 80-84 ☐ 85-89 ☐ 90-94 ☐ > 94 jaar
(Vraag met 3 keuzemogelijkheden waarvan ze er maar één kunnen aanduiden)	
8. Wat is het geslacht van de bewoner?	☐ Vrouw ☐ Man ☐ X

Datum ingevuld: (wordt automatisch ingevuld in lime survey)

Vragenlijst voor hulpverleners van residenten die in het woonzorgcentrum zijn overleden

(Type vragen: alle vragen moet worden ingevuld, ze kunnen enkel verder naar de volgende vraag als de vorige is ingevuld)

Hartelijk dank dat u deze vragenlijst invult!

(Vraag met 2 keuzemogelijkheden waarvan ze er maar één kunnen aanduiden)

1. Had de bewoner dementie?
   - ☐ Ja
   - ☐ Nee

(Vraag met twee antwoordvakjes, waar ze 1 of 2 cijfers kunnen invullen)

2. Hoe lang heeft de bewoner in het woonzorgcentrum gewoond?
   - ☐ Minder dan 3 maanden
   - ☐ Tussen 3 maanden en een jaar
   - ☐ Tussen een jaar en 3 jaar
   - ☐ Tussen 3 jaar en 5 jaar
   - ☐ Meer dan 5 jaar

(Vraag met 5 keuzemogelijkheden waarvan ze er maar één kunnen aanduiden)

3. Kon u bij deze bewoner de naderende dood herkennen aan fysieke veranderingen?
   - ☐ Zeer goed
   - ☐ Goed
   - ☐ Noch goed, noch slecht
   - ☐ Slecht
   - ☐ Zeer slecht

(Vraag met 5 keuzemogelijkheden waarvan ze er maar één kunnen aanduiden)

4. Voelde u zich ondersteund door het team bij de zorg aan het levenseinde van deze bewoner??
   - ☐ Meestal of altijd
   - ☐ Vaak, maar soms ook niet
   - ☐ Zelden
   - ☐ Nooit of bijna nooit

(Vraag met 4 keuzemogelijkheden waarvan ze er maar één kunnen aanduiden)

5. Voelde u zich competent bij het begeleiden van het stervensproces van deze bewoner?
   - ☐ Meestal of altijd
   - ☐ Vaak, maar soms ook niet
   - ☐ Zelden
   - ☐ Nooit of bijna nooit

(Vraag met 6 keuzemogelijkheden waarvan ze er maar één kunnen aanduiden)

6. Welke leeftijd had de bewoner bij het overlijden?
   - ☐ < 75 jaar
   - ☐ 75-79
   - ☐ 80-84
   - ☐ 85-89
   - ☐ 90-94
   - ☐ > 94 jaar

(Vraag met 3 keuzemogelijkheden waarvan ze er maar één kunnen aanduiden)

7. Wat was het geslacht van de bewoner?

- ☐ Vrouw
- ☐ Man
- ☐ X

Datum ingevuld: (wordt automatisch ingevuld in lime survey)

coordinator van deze enquete

V1.1 – 23/02/2022

Vragenlijst over de kwaliteit van zorg in Vlaamse woonzorgcentra

Onderzoek door het woonzorgcentrum (vul naam WZC in), waar uw naaste verbleef, in samenwerking met Vrije Universiteit Brussel en de Vlaamse Overheid

Geachte meneer/mevrouw,

U ontvangt deze brief omdat uw naaste, die bij ons in het woonzorgcentrum (vul naam WZC in) verbleef, korte tijd geleden overleed. Nogmaals onze innige deelneming met het verlies van uw naaste. Onze excuses dat we u in deze moeilijke periode lastigvallen. We willen graag uw mening weten over de zorg die uw naaste kreeg in ons woonzorgcentrum. Daarom willen we u graag enkele vragen stellen, door middel van de vragenlijst die hier bij gevoegd werd. Uw antwoorden zullen we gebruiken om de zorg die we aanbieden aan onze bewoners te verbeteren.

U bent geheel vrij om al dan niet deel te nemen. U heeft steeds het recht om zonder opgave van redenen af te zien van verdere deelname of te stoppen met het invullen van de vragenlijst. Voor meer informatie, zie hieronder. Uw antwoorden blijven vertrouwelijk en worden nooit op individuele basis onthuld. Ze zullen anoniem verzameld worden door de Vrije Universiteit Brussel en zijn voor het woonzorgcentrum enkel zichtbaar als percentages van alle antwoorden. Behalve de leeftijdscategorie en geslacht wordt geen enkele identificerende informatie verzameld.

Wettelijk gezien zijn we verplicht u te vragen om, indien u wenst deel te nemen, onderstaande hokjes aan te vinken. Door beide hokjes aan te vinken gaat u akkoord en geeft u aan dat u vrijwillig wil deelnemen aan het onderzoek rond verbetering van zorg in het woonzorgcentrum.

Voor meer informatie kunt u contact opnemen met de hoofdverpleegkundige (vul mailadres en telefoonnummer in) of met de dienst gegevensbescherming van de Vrije Universiteit Brussel via dpo@vub.be

Vink aan wat voor u van toepassing is. Enkel als u akkoord gaat met beide voorwaarden kunnen we uw antwoorden op de vragenlijst verwerken:

☐ 1. Ik bevestig dat ik de bovenstaande informatie over het invullen van de vragenlijst heb gelezen en hoe mijn persoonlijke gegevens daarin worden verwerkt. Ik begrijp volledig wat er van mij wordt verwacht bij deelname aan deze vragenlijst.

☐ 2. Ik begrijp dat mijn deelname vrijwillig is en dat ik op elk moment en zonder het opgeven van reden kan stoppen met de vragenlijst.

Wij danken u zeer voor uw deelname. Aarzel niet om contact met ons op te nemen als u vragen heeft.

Met vriendelijke groet,

(vul naam en handtekening in van de verantwoordelijke)

Dit onderzoek is een zelfevaluatie van het woonzorgcentrum. De gegevensverwerking wordt uitgevoerd door de Vrije Universiteit Brussel.

Uw deelname is vrijwillig en u kunt zich op elk moment terugtrekken zonder hiervoor een reden te geven. Uw ingevulde antwoorden zullen pas worden opgeslagen binnen de database zodra u de gehele vragenlijst heeft afgewerkt.

Elk onjuist gegeven kan op uw verzoek verbeterd worden. Verslagen waarin u wordt geïdentificeerd zullen niet openlijk beschikbaar zijn. Als de resultaten van de studie worden gepubliceerd, zal uw identiteit vertrouwelijke informatie blijven. Deze studie werd goedgekeurd door de Commissie Medische Ethiek van het UZ Brussel en de VUB. Deze goedkeuring mag geen invloed hebben op uw beslissing om al dan niet deel te nemen aan de studie.

De gegevens worden 10 jaar opgeslagen op een veilige locatie met beperkte en weloverwogen toegangsvoorwaarden. Alleen de hoofdonderzoekers van de Vrije Universiteit Brussel (VUB) hebben toegang tot de gegevens. De relevante privacy- en gegevensbeschermingswetgeving zal worden gevolgd om de privacy en de bescherming van uw persoonlijke gegevens te garanderen. De VUB is de gegevensbeheerder van dit onderzoek en informatie over het privacy beleid van de VUB is hier te vinden (https://www.vub.ac.be/en/privacy-statement). De functionaris voor gegevensbescherming (DPO) van de VUB kan worden gecontacteerd via: dpo@vub.be.

De Belgische toezichthoudende instantie die verantwoordelijk is voor het handhaven van de wetgeving rond gegevensbescherming kan gecontacteerd worden op volgend adres:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)

Drukpersstraat 35, 1000 Brussel

Tel. +32 2 274 48 00

e-mail: Contact@apd-gba.be

website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

Vragenlijst voor de naasten van bewoners die overleden zijn in het woonzorgcentrum

Hartelijk dank dat u deze vragenlijst invult!

1. Was u de belangrijkste vertegenwoordiger van uw naaste in het woonzorgcentrum (meest betrokken bij de zorg)?	☐ Ja ☐ Nee, dat was ik niet, maar een ander, namelijk:
2. Wat was precies uw relatie tot uw naaste in het woonzorgcentrum?	☐ Echtgenoot/echtgenote ☐ Partner ☐ Zoon of dochter ☐ Kleinzoon of kleindochter ☐ Broer of zus ☐ Neef of nicht ☐ Door een rechter vastgestelde vertegenwoordiger (bewindvoerder) ☐ Anders, namelijk:
3. Hoe wordt deze vragenlijst ingevuld?	☐ Op papier ☐ Op een computer, een laptop of een tablet
4. Had uw naaste naar uw weten dementie?	☐ Ja ☐ Nee
5. Hoe lang heeft uw naaste in dit woonzorgcentrum gewoond?	☐ Minder dan 3 maanden ☐ Tussen 3 maanden en een jaar ☐ Tussen een jaar en 3 jaar ☐ Tussen 3 jaar en 5 jaar ☐ Langer dan 5 jaar
6. Hoe vaak werd in het woonzorgcentrum waar uw naaste woonde, een overleg georganiseerd met meerdere hulpverleners, waarop u en uw naaste ook werden uitgenodigd?	☐ Meerdere keren ☐ Eén keer ☐ Geen enkele keer

7. Kreeg u van de hulpverleners in het woonzorgcentrum voldoende informatie over het naderende sterven van uw naaste?	☐ De juiste hoeveelheid ☐ Minder dan nodig ☐ Meer dan nodig
8. Voelde u zich na het overlijden van uw naaste voldoende gesteund vanuit het woonzorgcentrum waar uw naaste woonde?	☐ Meestal of altijd ☐ Vaak, maar soms ook niet ☐ Zelden ☐ Nooit of bijna nooit
9. Werden volgens u alle nodige maatregelen genomen opdat uw naaste comfortabel zou zijn tijdens de laatste week voor overlijden?	☐ Alle nodige maatregelen werden getroffen ☐ Veel, maar niet alle ☐ Weinig ☐ Zeer weinig tot geen
10. Welke leeftijd had uw naaste bij het overlijden?	☐ < 75 jaar ☐ 75-79 ☐ 80-84 ☐ 85-89 ☐ 90-94 ☐ > 94 jaar
11. Wat was het geslacht van uw naaste?	☐ Vrouw ☐ Man ☐ X

Als er nog belangrijke informatie is over uw naaste en de geleverde zorg, die u niet kwijt kon in de vragenlijst, kan u die hier noteren.

Dit is het einde van de vragenlijst. Waren alle vragen in deze vragenlijst goed begrijpbaar voor u?

- ☐ **Ja**
- ☐ **Nee**

Datum:

Hartelijk dank dat u deze vragenlijst invult!

V 1.2 – 16/04/2022

Vragenlijst voor de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren voor de Vlaamse woonzorgcentra

Formulier voor bewoners in het woonzorgcentrum

Geachte meneer/mevrouw,

Waarom deze vragenlijst?
We willen graag uw mening weten over de zorg die uw naaste kreeg in ons woonzorgcentrum, om onze werking te verbeteren. De antwoorden uit deze vragenlijst zullen we gebruiken om meer zicht te krijgen op de zorg die we aanbieden aan onze bewoners.

Vrijwilligheid van deelname
U bent geheel vrij om al dan niet deel te nemen. U heeft steeds het recht om zonder opgave van redenen af te zien van verdere deelname of te stoppen met het invullen van de vragenlijst. Voor meer informatie klik hier.

Vertrouwelijkheid van de gegevens
Uw antwoorden blijven vertrouwelijk en worden nooit op individuele basis onthuld. Ze zullen anoniem verzameld worden door de Vrije Universiteit Brussel en zijn voor het woonzorgcentrum enkel zichtbaar als percentages van alle antwoorden. Behalve uw leeftijdscategorie en geslacht wordt geen enkele identificerende informatie verzameld.

Uw toestemming geven
Wettelijk gezien zijn we verplicht u te vragen om, indien u wenst deel te nemen, onderstaande hokjes aan te vinken. Door beide hokjes aan te vinken gaat u akkoord en geeft u aan dat u vrijwillig wil deelnemen aan het onderzoek rond verbetering van zorg in het woonzorgcentrum.

Voor meer informatie kunt u contact opnemen met de hoofdverpleegkundige [verantwoordelijke woonzorgcentrum] of met de dienst gegevensbescherming van de Vrije Universiteit Brussel via dpo@vub.be

Vink het aan wat voor u van toepassing is* en druk over VERDER (rechts onderaan pagina):

1. Ik bevestig dat ik de bovenstaande informatie over het invullen van de vragenlijst heb gelezen en hoe mijn persoonlijke gegevens daarin worden verwerkt. Ik begrijp volledig wat er van mij wordt verwacht bij deelname aan deze vragenlijst. ☐
2. Ik begrijp dat mijn deelname vrijwillig is en dat ik op elk moment en zonder het opgeven van reden kan stoppen met de vragenlijst. ☐

* Bij 1 vakje invullen of geen vakjes invullen als er op VERDER wordt geklik komt er een pop-up met: **Enkel als u akkoord gaat met beide voorwaarden kunt u verder gaan naar de vragenlijst**

Meer informatie **[bij het klikken op meer informatie wordt deze informatie weergegeven]**
---------- **UITKLAP VENSTER**

Dit onderzoek is een zelfevaluatie van het woonzorgcentrum. De gegevensverwerking wordt uitgevoerd door de Vrije Universiteit Brussel.

Uw deelname is vrijwillig en u kunt zich op elk moment terugtrekken zonder hiervoor een reden te geven. Uw ingevulde antwoorden zullen pas worden opgeslagen binnen de database zodra u de gehele vragenlijst heeft afgewerkt.

De gegevens worden 10 jaar opgeslagen op een veilige locatie met beperkte en weloverwogen toegangsvoorwaarden. Alleen de hoofdonderzoekers van de Vrije Universiteit Brussel (VUB) hebben toegang tot de gegevens.

---------- VOLGENDE PAGINA: BIJ TOESTEMMING GEGEVEN

Wij danken u zeer voor uw deelname. Aarzel niet om contact met ons op te nemen als u vragen heeft.

[contactgegevens verantwoordelijke woonzorgcentrum]

---------- NIEUWE PAGINA

Instructies vragenlijst

Wij willen u vragen deze online vragenlijst in te vullen. Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer 5 minuten. De enquête bestaat uit .. vragen in meerkeuze-vorm. Alle vragen laten slechts één antwoord toe.

V 1.2 – 16/04/2022

Vragenlijst voor de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren voor de Vlaamse woonzorgcentra

Formulier voor de hulpverleners in het woonzorgcentrum

Geachte collega,

Waarom deze vragenlijst?
We willen graag uw mening weten over de zorg die uw naaste kreeg in ons woonzorgcentrum, om onze werking te verbeteren. De antwoorden uit deze vragenlijst zullen we gebruiken om meer zicht te krijgen op de zorg die we aanbieden aan onze bewoners.

Vrijwilligheid van deelname
U bent geheel vrij om al dan niet deel te nemen. U heeft steeds het recht om zonder opgave van redenen af te zien van verdere deelname of te stoppen met het invullen van de vragenlijst. Voor meer informatie klik hier.

Vertrouwelijkheid van de gegevens
Uw antwoorden blijven vertrouwelijk en worden nooit op individuele basis onthuld. Ze zullen anoniem verzameld worden door de Vrije Universiteit Brussel en zijn voor het woonzorgcentrum enkel zichtbaar als percentages van alle antwoorden. Behalve uw leeftijdscategorie en geslacht wordt geen enkele identificerende informatie verzameld.

Uw toestemming geven
Wettelijk gezien zijn we verplicht u te vragen om, indien u wenst deel te nemen, onderstaande hokjes aan te vinken. Door beide hokjes aan te vinken gaat u akkoord en geeft u aan dat u vrijwillig wil deelnemen aan het onderzoek rond verbetering van zorg in het woonzorgcentrum.

Voor meer informatie kunt u contact opnemen met de hoofdverpleegkundige [verantwoordelijke woonzorgcentrum] of met de dienst gegevensbescherming van de Vrije Universiteit Brussel via dpo@vub.be

Vink het aan wat voor u van toepassing is* en druk over VERDER (rechts onderaan pagina):

1. Ik bevestig dat ik de bovenstaande informatie over het invullen van de vragenlijst heb gelezen en hoe mijn persoonlijke gegevens daarin worden verwerkt. Ik begrijp volledig wat er van mij wordt verwacht bij deelname aan deze vragenlijst. ☐
2. Ik begrijp dat mijn deelname vrijwillig is en dat ik op elk moment en zonder het opgeven van reden kan stoppen met de vragenlijst. ☐

* Bij 1 vakje invullen of geen vakjes invullen als er op VERDER wordt geklikt komt er een pop-up met: **Enkel als u akkoord gaat met beide voorwaarden kunt u verder gaan naar de vragenlijst**

Meer informatie **[bij het klikken op meer informatie wordt deze informatie weergegeven]**
---------- **UITKLAP VENSTER**

Dit onderzoek is een zelfevaluatie van het woonzorgcentrum. De gegevensverwerking wordt uitgevoerd door de Vrije Universiteit Brussel.

Uw deelname is vrijwillig en u kunt zich op elk moment terugtrekken zonder hiervoor een reden te geven. Uw ingevulde antwoorden zullen pas worden opgeslagen binnen de database zodra u de gehele vragenlijst heeft afgewerkt.

De gegevens worden 10 jaar opgeslagen op een veilige locatie met beperkte en weloverwogen toegangsvoorwaarden. Alleen de hoofdonderzoekers van de Vrije Universiteit Brussel (VUB) hebben toegang tot de gegevens.

---------- VOLGENDE PAGINA: BIJ TOESTEMMING GEGEVEN

Wij danken u zeer voor uw deelname. Aarzel niet om contact met ons op te nemen als u vragen heeft.

[contactgegevens verantwoordelijke woonzorgcentrum]

---------- NIEUWE PAGINA

Instructies vragenlijst

Wij willen u vragen deze online vragenlijst in te vullen. Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer 5 minuten. De enquête bestaat uit .. vragen in meerkeuze-vorm. Alle vragen laten slechts één antwoord toe.

V 1.2 – 16/04/2022

Vragenlijst voor de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren voor de Vlaamse woonzorgcentra

Formulier voor de naasten van bewoners in het woonzorgcentrum

Geachte meneer/mevrouw,

Waarom deze vragenlijst?
We willen graag uw mening weten over de zorg die uw naaste kreeg in ons woonzorgcentrum, om onze werking te verbeteren. De antwoorden uit deze vragenlijst zullen we gebruiken om meer zicht te krijgen op de zorg die we aanbieden aan onze bewoners.

Vrijwilligheid van deelname
U bent geheel vrij om al dan niet deel te nemen. U heeft steeds het recht om zonder opgave van redenen af te zien van verdere deelname of te stoppen met het invullen van de vragenlijst. Voor meer informatie klik hier.

Vertrouwelijkheid van de gegevens
Uw antwoorden blijven vertrouwelijk en worden nooit op individuele basis onthuld. Ze zullen anoniem verzameld worden door de Vrije Universiteit Brussel en zijn voor het woonzorgcentrum enkel zichtbaar als percentages van alle antwoorden. Behalve uw leeftijdscategorie en geslacht wordt geen enkele identificerende informatie verzameld.

Uw toestemming geven
Wettelijk gezien zijn we verplicht u te vragen om, indien u wenst deel te nemen, onderstaande hokjes aan te vinken. Door beide hokjes aan te vinken gaat u akkoord en geeft u aan dat u vrijwillig wil deelnemen aan het onderzoek rond verbetering van zorg in het woonzorgcentrum.

Voor meer informatie kunt u contact opnemen met de hoofdverpleegkundige [verantwoordelijke woonzorgcentrum] of met de dienst gegevensbescherming van de Vrije Universiteit Brussel via dpo@vub.be

Vink het aan wat voor u van toepassing is* en druk over VERDER (rechts onderaan pagina):

1. Ik bevestig dat ik de bovenstaande informatie over het invullen van de vragenlijst heb gelezen en hoe mijn persoonlijke gegevens daarin worden verwerkt. Ik begrijp volledig wat er van mij wordt verwacht bij deelname aan deze vragenlijst. ☐
2. Ik begrijp dat mijn deelname vrijwillig is en dat ik op elk moment en zonder het opgeven van reden kan stoppen met de vragenlijst. ☐

* Bij 1 vakje invullen of geen vakjes invullen als er op VERDER wordt geklik komt er een pop-up met: **Enkel als u akkoord gaat met beide voorwaarden kunt u verder gaan naar de vragenlijst**

Meer informatie **[bij het klikken op meer informatie wordt deze informatie weergegeven]**
---------- **UITKLAP VENSTER**

Dit onderzoek is een zelfevaluatie van het woonzorgcentrum. De gegevensverwerking wordt uitgevoerd door de Vrije Universiteit Brussel.

Uw deelname is vrijwillig en u kunt zich op elk moment terugtrekken zonder hiervoor een reden te geven. Uw ingevulde antwoorden zullen pas worden opgeslagen binnen de database zodra u de gehele vragenlijst heeft afgewerkt.

De gegevens worden 10 jaar opgeslagen op een veilige locatie met beperkte en weloverwogen toegangsvoorwaarden. Alleen de hoofdonderzoekers van de Vrije Universiteit Brussel (VUB) hebben toegang tot de gegevens.

---------- VOLGENDE PAGINA: BIJ TOESTEMMING GEGEVEN

Wij danken u zeer voor uw deelname. Aarzel niet om contact met ons op te nemen als u vragen heeft.

[contactgegevens verantwoordelijke woonzorgcentrum]

---------- NIEUWE PAGINA

Instructies vragenlijst

Wij willen u vragen deze online vragenlijst in te vullen. Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer 5 minuten. De enquête bestaat uit .. vragen in meerkeuze-vorm. Alle vragen laten slechts één antwoord toe.

Vragenlijst bewoners/Proxy

Heeft u in deze vragenlijst onderwerpen gemist die gaan over de kwaliteit van zorg en die voor u belangrijk zijn?

- Heel tevreden en positief over het WZC Mariëndal, helemaal geen opmerkingen !
- "De verzorging neemt niet voldoende tijd om het ochtendtoilet uit te voeren met als resultaat dat ze niet goed wordt aangekleed. Enkele voorbeelden: schoenen niet goed gesloten, bh gedraaid, pull of blouse verdraaid aan de mouwen, enz. Bij het avondtoilet vergeet men haar soms. Bij het opmaken van het bed laat men dit soms half opgemaakt achter. enz.enz."
- Neen
- Haar aankleden gelijk het hoort.
- Neen
- Dat er personeelstekort is, weet iedereen, en het moet steeds snel snel gaan... Dus zeker geen verwijt aan personeel, omdat ze de tijd niet hebben. Maar de zorg zou wel beter mogen en zijn, als er meer personeel zou zijn. Men betaalt tenslotte genoeg.
- Neen
- Ja
- Er is gebrek aan personeel. Voor de rest is het goed +/-.
- "Er is een blinde vrouw aan de tafel die wordt te veel aan haar lot overgelaten. Ik mag haar niet helpen alhoewel ik er nog bekwaam voor ben. Alle dagen lopen hier helpers rond en op het ogenblik van bediening is er niemand meer. Er wordt bingo gespeeld op dinsdag. Wie wint krijgt een bon, er wordt een briefje gemaakt dat wordt aan een ander persoon gegeven en vier weken later hebben die nog altijd niets gekregen in plaats van dat direct te doen."
- Meer groentes op het menu zou fijn zijn, meer variatie in het avondmaal ook gewenst.
- Heeft geen zin om te praten over euthanasie. Ik zou niet meer naar het rusthuis komen, ik zou een dame in huis nemen.
- (Te) Vaak is er te weinig zorgend personeel aanwezig om iedereen de zorg te geven die nodig is.
- Ik ben content over het personeel en de medebewoners.
- Er is te weinig aandacht voor de mentale gezondheid.
- Meestal heeft Michiel de psycholoog tijd om met mij te spreken. Ik zou ook graag willen dat ze mij komen halen met de rolstoel om te gaan eten, want ik heb pijn aan mijn arm als ik mij aan de bar moet voortduwen.
- Weinig groenten, altijd hard vlees.
- Nee
- Te weinig personeel, dus jammer genoeg te weinig tijd en gehaast, gestresseerd personeel.
- De zorgsector kampt met een ernstig personeelstekort. Dit is algemeen geweten. Ook hier wordt dat vastgesteld op sommige momenten. Maar het personeel doet zijn best om alles toch zo vlot mogelijk te laten verlopen (vanwege een naaste).
- Hulp komt niet altijd onmiddellijk. Het eten kan beter.
- In de cafetaria moet er gelet worden op een correcte omgang met de financiële middelen (gesjoemel door sommige vrijwilligers). Het personeel moet ook voorzichtiger zijn met hulpbehoevende bewoners. Zeker als iemand pijn heeft is een voorzichtige aanpak vereist.
- Ik heb spijt dat ik verhuisd ben naar het woonzorgcentrum. Ik voel dat dit mijn plaats niet is.
- Heeft u in deze vragenlijst onderwerpen gemist die gaan over de kwaliteit van zorg en die voor uw naaste belangrijk zijn?

- Aangezien ons moeder dement is en van niets meer op de hoogte is zou het wenselijk zijn dat de kinderen meer info krijgen .

Vragenlijst hulpverleners over bewoners

Heeft u in deze vragenlijst onderwerpen gemist die gaan over kwaliteit van zorg en die voor u belangrijk zijn?

- ja, over blindenzorg weet ik volgens mij weinig, en daar zou ik graag meer over weten
- in hoeverre moeten wij doen wat de familie vraagt
- neen
- neen
- neen
- "bewonergericht werken is niet echt van toepassing (bv uit laten slapen, kledij kiezen om volgende dag aan te doen...). Ook moeten 'dementerenden' altijd wachten door de 'mondige' bewoners (bewoners die wèl nog kunnen vragen wat ze willen)"
- Nee
- Nee
- Nee
- Neen
- Nee
- Nee
- Ik vind de vragenlijst nogal vaag om er een oordeel over te vellen.
- Nee
- Nee
- Nee
- Ja
- De vragenlijst is niet voldoend;
- Nvt
- vooral pschychologische problemen voor ons moeilijk op te volgen
- nee
- nee
- NEE
- NEE
- Nee
- Nee
- Informatie ter beschikking stellen is niet altijd een garantie om dit persoonsgericht toe te passen.
- Nvt
- Neen
- Neen
- Neen
- Wensen van bewoner.
- kwaliteit van zorg betekent meer dan enkel basisgegevens weten en vroegtijdige zorgplanning
- De zorg is veilig. De zorg is cliëntgericht: u krijgt de zorg op het juiste moment en de zorg sluit aan bij wat u nodig heeft. De zorg is beschikbaar voor iedereen die het nodig heeft. De zorg is effectief (heeft een goed resultaat) en doelmatig (is niet te duur)

- medezeggenschap regelen en een klachtenregeling en manieren van werken

Vragenlijst hulpverlener over overleden bewoners

Heeft u in deze vragenlijst onderwerpen gemist die gaan over kwaliteit van zorg en die voor u belangrijk zijn?

- Nee

(Geen andere responsen)

Vragenlijst naasten

Als er nog belangrijke informatie is over uw naaste en de geleverde zorg, die u niet kwijt kon in de vragenlijst, kan u dit hier noteren.

- Door de Corona was er veel personeelstekort, die werden dan vervangen door interims, maar gemiddeld 1 op de drie interims was volledig onbekwaam. Dit was een hel voor sommige bewoners vooral voor degene die vast in hun bed lagen. Tijdens de dagelijkse vergadering van het personeel was er regelmatig geen personeel aanwezig op het verdiep en dit soms gedurende meerdere uren. Volgens mijn bescheiden mening kan men uit de vraagstelling de problematiek niet vaststellen en hebben de vragen weinig zin om de de echte problemen naar boven te brengen. De vraagstelling is alleen nuttig voor statistieken. Voor de vraagstelling en de vooropgestelde bedoeling ervan geef ik dan ook een nul op tien."
- Bij het overlijden van mijn moeder, hebben we vanuit het rusthuis geen condoleances gekregen, geen kaartje, en dat in zo een moeilijke tijden.
- Er was normaal palliatieve zorg Omega voorzien maar er was geen enkele keer kontakt met die dienst.
- We werden helemaal niet betrokken bij de zorg die ze toedienden, moesten zelf op zoek naar een verpleegkundige om toch iets van info te krijgen. Geen kontakt met dokter of palliatieve zorg. Nooit samengezetten om de situatie te bespreken. Heb zelfs meerdere keren zelf naar de dokter gebeld zodat hij naar ons ma zou gaan. Helemaal niet tevreden over de gang van zaken . Er werd ons nochtans verzekerd dat ze alles zouden doen om het zo comfortabel mogelijk te maken,helaas niks van gemerkt. Ook na het overlijden werden wij aan ons lot overgelaten . Kamer zo snel mogelijk leegmaken zodat er iemand in kon. Echt teleurgesteld in iedereen.
- De 8 maanden die mijn papa doorbracht in het woonzorgcentrum zijn redelijk goed verlopen , iedereen heeft zijn best gedaan waarvoor veel dank ! Groetjes :-)
- "Het was een plots overlijden, na een isolatie van coronabesmetting van 10 dagen. Niemand kon zich voorbereiden op het plotse overlijden. isolatieperiode tijdens een corona besmetting kan beter, het is een heel eenzame periode voor de persoon omwille van gebrek aan contact met naasten. men zou toch elke dag iets met de persoon moeten doen, spelletje spelen, foto's bekijken, kiné bezoek, ... want tijdens die periode ging mijn naaste heel fel achteruit omwille van de isolatie op de kamer."

Bijlage 17



PALIATIEVE ZORG

Derdelinckx Jutta

VRIJE UNIVERSITEIT BRUSSEL

DOEL

- Aanzetten tot kritisch bekijken palliatieve zorg
- Cijfers zonder oordeel
- Werkpunten? → Verbeterproject
- Herevaluatie effect project

RESPONDENTEN

- Vragenlijst bewoners: 23
- Vragenlijst Zorgverleners over bewoners: 50
- Vragenlijst Zorgverleners over overleden bewoners: 10
- Vragenlijst Naasten over overleden bewoners: 1

ENKELE CIJFERS – HUIDIGE BEWONERS

- 78% Vrouw
- Voornamelijk 80+’ers
- 50% dementie
- 56% langer dan 12 maanden in WZC
- 65% had hulp nodig

ENKELE CIJFERS – OVERLADEN BEWONERS

- 80% Vrouw

- Enkel 80+’ers

- 40% dementie

- 60% langer dan 12 maanden in WZC

DE INDICATOREN

FYSIEKE ASPECTEN VAN DE ZORG

Het percentage bewoners met een pijnscore van 4 of meer op een schaal van 0 tot 10

87%

DE INDICATOREN

PSYCHISCHE, SOCIALE EN SPIRITUELE ASPECTEN VAN DE ZORG

- Het percentage bewoners dat aangeeft zich vaak, meestal of altijd zorgen te maken, of angstig te zijn.

39%

- Het percentage bewoners dat aangeeft zich vaak, meestal of altijd een last te voelen.

39%

- Het percentage bewoners dat aangeeft dat ze meestal of altijd omringd worden door mensen die om hen geven.

76%

- Het percentage bewoners dat aangeeft vaak, meestal of altijd met hun levensvragen bij zorgverleners terecht te kunnen, indien gewenst.

71%

DE INDICATOREN

AUTONOMIE EN WAARDIGHEID

- Het percentage bewoners dat aangeeft dat hulpverleners meestal of altijd rekening houden met hun persoonlijke wensen en overtuigingen

23%

- Het percentage bewoners dat aangeeft dat ze vaak, meestal of altijd zelf beslissingen kunnen nemen over zijn of haar leven en zorg.

65%

- Het percentage bewoners dat aangeeft dat ze zich meestal of altijd respectvol behandeld voelen.

43%

DE INDICATOREN

ZORGPLANNING

- Het percentage bewoners die aangeven dat er vaak, meestal of altijd tijd en aandacht is van hun zorgverleners om, indien ze dat wensen, te spreken over hun zorg aan het levenseinde.

65%

- Het percentage bewoners waarbij personeelsleden die betrokken waren bij de zorg, aangeven te weten wat de zorgdoelen en levenswensen waren.

48%

- Het percentage bewoners waarbij personeelsleden die betrokken waren bij de zorg, aangeven de bewoner of zijn familie veel of zeer veel aan te moedigen om aan vroegtijdige zorgplanning te doen.

22%

DE INDICATOREN

COMMUNICATIE TUSSEN ZORGVERLENERS

- Het percentage bewoners waarbij de betroken verpleegkundige aangeeft dat ze over deze bewoner meestal of altijd voldoende informatie vinden in het bewonersdossier wanneer ze die nodig hebben.

65%

DE INDICATOREN

ZORG EN OMSTANDIGHEDEN ROND HET OVERLIJDEN

- Het percentage overleden bewoners waarbij de betrokken verpleegkundige aangeeft dat hij of zij zich meestal of altijd competent voelde bij het begeleiden van het stervensproces van deze bewoner.

44%

- Het percentage overleden bewoners waarvoor de betrokken verpleegkundige aangeeft dat hij of zij zich meestal of altijd ondersteund voelde door het team bij de zorg aan het levenseinde van deze bewoner.

50%

- Het percentage overleden bewoners waarvoor de betrokken verpleegkundige goed tot zeer goed de naderende dood kon herkennen aan fysieke verandering.

50%



PALLIATIEVE ZORG

Derdelinckx Jutta

VRIJE UNIVERSITEIT BRUSSEL

DOEL

- Aanzetten tot kritisch bekijken palliatieve zorg
- Cijfers zonder oordeel
- Werkpunten? → Verbeterproject
- Herevaluatie effect project: vergelijking vorige cijfers

RESPONDENTEN

Respons Rate	MM1	MM2	Verwacht
Bewoners (over zichzelf)	41.1%	46.9%	50-70%
Hulpverleners (over bewoners)	89.3%	90.6%	70%
Naasten (over overleden bewoners)	10%	43.8%	100%
Hulpverleners (over overleden bewoners)	100%	68.8%	100%

ENKELE CIJFERS – HUIDIGE BEWONERS

- Vrouwelijke geslacht: 78% vs 74% (61% gemiddeld in Vlaanderen)
- Voornamelijk 80+’ers (84% vs 86%)
- Dementie= 50% vs 59% (40% gemiddeld in Vlaanderen)
- Langer dan 12 maanden in WZC: 56% vs 55%
- Hulp bij invullen vragenlijst: 65% vs 87%

ENKELE CIJFERS – OVERLEDEN BEWONERS

- Vrouwelijke geslacht: 80% vs 73% (65% in Vlaanderen in 2020)

- Voornamelijk 80+’ers (100% vs 82%)

- Dementie= 40% vs 55%

- Langer dan 12 maanden in WZC: 60% vs 72%

DE INDICATOREN

FYSIEKE ASPECTEN VAN DE ZORG

Het percentage bewoners met een pijnscore van 4 of meer op een schaal van 0 tot 10

87%

96%

DE INDICATOREN

PSYCHISCHE, SOCIALE EN SPIRITUELE ASPECTEN VAN DE ZORG

- Het percentage bewoners dat aangeeft zich vaak, meestal of altijd zorgen te maken, of angstig te zijn.

39% 40%

- Het percentage bewoners dat aangeeft zich vaak, meestal of altijd een last te voelen.

39% 43%

- Het percentage bewoners dat aangeeft dat ze meestal of altijd omringd worden door mensen die om hen geven.

76% 64%

- Het percentage bewoners dat aangeeft vaak, meestal of altijd met hun levensvragen bij zorgverleners terecht te kunnen, indien gewenst.

71% 75%

DE INDICATOREN

AUTONOMIE EN WAARDIGHEID

- Het percentage bewoners dat aangeeft dat hulpverleners meestal of altijd rekening houden met hun persoonlijke wensen en overtuigingen

23% 41%

- Het percentage bewoners dat aangeeft dat ze vaak, meestal of altijd zelf beslissingen kunnen nemen over zijn of haar leven en zorg.

65% 63%

- Het percentage bewoners dat aangeeft dat ze zich meestal of altijd respectvol behandeld voelen.

43% 57%

DE INDICATOREN

COMMUNICATIE MET BEWONERS

- Het percentage bewoners dat aangeeft dat ze meestal of altijd begrijpelijke informatie krijgen over de zorg

52% 40%

- Het percentage bewoners dat aangeeft dat nooit of bijna nooit tegenstrijdige informatie kregen over de zorg

29% 19%

DE INDICATOREN

ZORGPLANNING

- Het percentage bewoners die aangeven dat er vaak, meestal of altijd tijd en aandacht is van hun zorgverleners om, indien ze dat wensen, te spreken over hun zorg aan het levenseinde.

65% 70%

- Het percentage bewoners waarbij personeelsleden die betrokken waren bij de zorg, aangeven te weten wat de zorgdoelen en levenswensen waren.

48% 33%

- Het percentage bewoners waarbij personeelsleden die betrokken waren bij de zorg, aangeven de bewoner of zijn familie veel of zeer veel aan te moedigen om aan vroegtijdige zorgplanning te doen.

22% 26%

- Het percentage bewoners waarvan de naaste aangeeft dat er meer dan één keer een gesprek werd georganiseerd met hulpverleners, naaste(n) en, indien mogelijk, de bewoner.

14%

DE INDICATOREN

COMMUNICATIE MET DE NAASTE

- Het percentage naasten dat aangeeft de juiste hoeveelheid informatie te hebben gekregen over het naderende sterven van de bewoner

43%

- Het percentage naasten dat aangeeft dat ze zich na het overlijden meestal of altijd gesteund voelden vanuit het woonzorgcentrum waar hun naaste woonde

57%

DE INDICATOREN

COMMUNICATIE TUSSEN ZORGVERLENERS

- Het percentage bewoners waarbij de betroken verpleegkundige aangeeft dat ze over deze bewoner meestal of altijd voldoende informatie vinden in het bewonersdossier wanneer ze die nodig hebben.

49%

48%

DE INDICATOREN

ZORG EN OMSTANDIGHEDEN ROND HET OVERLIJDEN

- Het percentage overleden bewoners waarbij de betrokken verpleegkundige aangeeft dat hij of zij zich meestal of altijd competent voelde bij het begeleiden van het stervensproces van deze bewoner.

44% 60%

- Het percentage overleden bewoners waarvoor de betrokken verpleegkundige aangeeft dat hij of zij zich meestal of altijd ondersteund voelde door het team bij de zorg aan het levenseinde van deze bewoner.

50% 91%

- Het percentage overleden bewoners waarvoor de betrokken verpleegkundige goed tot zeer goed de naderende dood kon herkennen aan fysieke verandering.

50% 82%

- Percentage naasten dat aangeeft dat veel of zeer veel nodige maatregelen werden genomen opdat de bewoner comfortabel zou zijn tijdens de laatste week voor overlijden .

0%

FEEDBACK?

- Werklast
- Gebruiksvriendelijkheid
- Duidelijke vragen?
- KVP
- Toekomst?

Bijlage 19

	Titel		Totaal	MM1	MM2
	Domein A: fysieke aspecten van de zorg	**Hoeveelste item op QI Scores**	%		
A.1	Het percentage bewoners met een pijnscore van 4 of meer op een schaal van 0 tot 10	2	92	87	96
	Domein B: Psychische, sociale en spirituele aspecten van de zorg		%		
B.1	Het percentage bewoners dat aangeeft zich vaak, meestal of altijd zorgen te maken, of angstig te zijn.	3	40	39	40
B.2	Het percentage bewoners dat aangeeft zich vaak, meestal of altijd een last te voelen.	4	41	39	43
B.3	Het percentage bewoners dat aangeeft dat ze meestal of altijd omringd worden door mensen die om hen geven.	5	70	76	64
B.4	Het percentage bewoners dat aangeeft vaak, meestal of altijd met hun levensvragen bij zorgverleners terecht te kunnen, indien gewenst.	6	73	71	75
	Domein C: Autonomie en waardigheid				
C.1	Het percentage bewoners dat aangeeft dat hulpverleners meestal of altijd rekening houden met hun persoonlijke wensen en overtuigingen	7	33	23	41
C.2	Het percentage bewoners dat aangeeft dat ze vaak, meestal of altijd zelf beslissingen kunnen nemen over zijn of haar leven en zorg.	8	64	65	63
C.3	Het percentage bewoners dat aangeeft dat ze zich meestal of altijd respectvol behandeld voelen.	9	51	43	57
	Domein D: Communicatie met bewoners				
D.1	Het percentage bewoners dat aangeeft dat ze meestal of altijd begrijpelijke informatie krijgen over de zorg	10	45	52	40
D.2	Het percentage bewoners dat aangeeft dat nooit of bijna nooit tegenstrijdige informatie kregen over de zorg	11	23	29	19
	Domein E. Zorgplanning				
E.1	Het percentage bewoners die aangeven dat er vaak, meestal of altijd tijd en aandacht is van hun zorgverleners om, indien ze dat wensen, te spreken over hun zorg aan het levenseinde.	12	68	65	70
E.2	Het percentage bewoners waarvan de naaste aangeeft dat er meer dan één keer een gesprek werd georganiseerd met hulpverleners, naaste(n) en, indien mogelijk, de bewoner.	13	14	/	14
E.3	Het percentage bewoners waarbij personeelsleden die betrokken waren bij de zorg, aangeven te weten wat de zorgdoelen en levenswensen waren.	14	40	48	33
E.4	Het percentage bewoners waarbij personeelsleden die betrokken waren bij de zorg, aangeven de bewoner of zijn familie veel of zeer veel aan te moedigen om aan vroegtijdige zorgplanning te doen.	15	24	22	26
	Domein F: Zorg voor en communicatie met de naaste				
F.1	Het percentage naasten dat aangeeft de juiste hoeveelheid informatie te hebben gekregen over het naderende sterven van de bewoner	16	43	/	43
F.2	Het percentage naasten dat aangeeft dat ze zich na het overlijden meestal of altijd gesteund voelden vanuit het WZC waar hun naaste woonde.	17	57	/	57
	Domein G: Communicatie tussen zorgverleners				

G.1	Het percentage bewoners waarbij de betroken verpleegkundige aangeeft dat ze over deze bewoner meestal of altijd voldoende informatie vinden in het bewonersdossier wanneer ze die nodig hebben	18	49	49	48
	Domein H: Zorg en omstandigheden rond het overlijden				
H.1	Percentage naasten dat aangeeft dat veel of zeer veel nodige maatregelen werden genomen opdat de bewoner comfortabel zou zijn tijdens de laatste week voor overlijden	19	0	/	0
H.2	Het percentage overleden bewoners waarbij de betrokken verpleegkundige aangeeft dat hij of zij zich meestal of altijd competent voelde bij het begeleiden van het stervensproces van deze bewoner	20	53	44	60
H.3	Het percentage overleden bewoners waarvoor de betrokken verpleegkundige aangeeft dat hij of zij zich meestal of altijd ondersteund voelde door het team bij de zorg aan het levenseinde van deze bewoner	21	71	50	91
H.4	Het percentage overleden bewoners waarvoor de betrokken verpleegkundige goed tot zeer goed de naderende dood kon herkennen aan fysieke verandering.	22	67	50	82