

“Met RAI schets je het complete plaatje”

Geplaatst op 17 maart 2021



Marijke Boorsma promoveerde op RAI (zie kader onderaan), een meetinstrument om de zorgbehoefte van kwetsbare personen in kaart te brengen. Ze is nu de drijvende kracht achter RAI in Nederland. Hbo-verpleegkundige Angeline van Duyn werkt als teammanager bij DSV | verzorgd leven. Zij is betrokken bij de uitrol van RAI binnen deze zorgorganisatie.

Marijke, hoe ben je begonnen met RAI?

“In het verleden had ik een huisartsenpraktijk, samen met een collega-huisarts, Giel Nijpels. Leuk, maar ik miste het werken in een team. Op een gegeven moment heb ik toen de overstap gemaakt naar een verpleeghuis.

Ik merkte als huisarts al, dat ik eigenlijk onvoldoende wist van de ouderenzorg. Vervolgens heb ik, samen met Giel en een collega-onderzoeker op de Vrije Universiteit, mijn promotieonderzoek bedacht. Daarvoor kreeg ik subsidie van ZonMw.”



Marijke Boorsma

Je wilde de ouderenzorg positief beïnvloeden?

“Ja. Ik merkte dat er destijds nog erg vanuit de professional werd gedacht en dat de nadruk vooral lag op de aandoeningen van een cliënt. Terwijl: het gaat om de handicaps die mensen ervaren van hun chronische ziekte en niet om die chronische ziekte zelf. Je bent niet je ziekte, maar je hebt hinder van de gevolgen ervan. Daar hadden we toen weinig oog voor. Ik dacht: dit moet toch beter kunnen. Maar er ontbrak een instrument om het complete plaatje mee te kunnen schetsen. Een voorbeeld. Stel, een oudere persoon komt niet meer goed uit z'n stoel, doordat hij veel zit. Dan wordt hij vervolgens incontinent, want hij haalt het toilet niet meer op tijd. Daarvan wordt hij depressief en eenzaam. Dit voorbeeld maakt duidelijk dat dingen niet op zichzelf staan, maar dat je een heel plaatje nodig hebt als je iemand goed wil ondersteunen.”

Angeline, herken jij die drive van Marijke?

“Zeker. Marijke en ik hebben er ook vaak over gesproken hoe je nu zo goed mogelijk de behoeften van een bewoner of een cliënt in kaart kunt brengen. Wat vindt de mens met een hulpvraag belangrijk? Als professional kijk je soms anders dan de bewoner. Als verpleegkundige of verzorgende ben je bijvoorbeeld in eerste instantie gefocust op de bloedsuikervwaarden. Terwijl de bewoner vooral prettig wil leven. Dit speelt trouwens niet alleen in het verpleeghuis, maar ook in de wijk. Met de RAI hebben we een instrument in handen om de behoeften goed in beeld te brengen. Alle facetten van de persoon worden belicht.”

Marijke, als je kort en bondig moet uitleggen wat RAI is, wat antwoord je dan?

“Een beoordeling van die ene, unieke cliënt. Het instrument RAI geeft je daarbij ook nog eens beslisondersteuning, dat vind ik heel sterk. Dat je samen met de cliënt kunt zeggen: ‘Goh, we hebben nu alle onderdelen van de RAI ingevuld en dit komt eruit. Herkent u dat? Is het voor u ook een probleem?’ Vervolgens staat er in de RAI ook aangegeven wat je zou kunnen doen. Dan kun je samen bekijken wat passend is.”

Marijke, RAI is niet bedacht in Nederland, toch?

“Klopt. Het instrument is eind jaren negentig ontwikkeld in de VS toen de verpleeghuiszorg daar zeer negatief in het nieuws kwam. Er was sprake van verwaarlozing, misbruik, mishandeling. Toen heeft de

regering opdracht gegeven aan de Medische Associatie om een instrument te ontwikkelen dat verpleegkundigen helpt een totaalbeeld te geven van de cliënt. Een instrument, waarmee ze de kwaliteit van de zorg konden verbeteren. Dat werd de RAI.

Toen het instrument was geïmplementeerd, leverde dat een geweldige verbetering op. Een voorbeeld: meer dan 60 procent van de cliënten zat dag en nacht vastgebonden. Na de invoering van de RAI was dit nog minder dan 1 procent. Domweg, doordat je als zorgprofessional door RAI getriggerd wordt om je af te vragen waarom je eigenlijk iets doet en of het ook anders kan. Inmiddels is RAI het meest gebruikte instrument ter wereld; het algoritme is ontzettend veel uitgetest, waardoor we weten dat de uitkomsten kloppen. Met andere woorden: het is een valide en betrouwbaar instrument.”

Er bestaan natuurlijk meer kwaliteitsinstrumenten. Zo wordt Omaha in Nederland veel gebruikt. Marijke, wat is in jouw optiek het verschil met RAI?

“Omaha is echt een classificatiesysteem. Eigenlijk, een beetje gechargeerd gezegd, bepaalt de verpleegkundige waar zij naar kijkt. Het geeft een eenzijdige uitkomst. Een voorbeeld. Bij Omaha moet je op een schaal van 0-5 aangeven hoe ernstig een wond is. Maar wat jij een ‘matig ernstige wond’ vindt, noemt je collega misschien een ‘ernstige wond’. RAI heeft dit aangepakt door te werken met ankerpunten. Stel, je moet het zicht van een cliënt beoordelen. Dan zegt RAI: “Goed zien is alle letters in de krant kunnen lezen met je bril op je neus en goed licht.” Dankzij deze ankerpunten zullen alle verzorgenden en verpleegkundigen hetzelfde invullen. Zo krijg je betrouwbare data.”



Angeline van Duyn

Angeline, vind jij ook dat RAI meer is dan een classificatiesysteem?

“Ja. Zowel verzorgenden als verpleegkundigen kunnen de RAI invullen, omdat je stap voor stap wordt meegenomen door de vragen. En doordat de ankerpunten heel duidelijk zijn, zijn de uitkomsten niet afhankelijk van degene die de antwoorden invult. Kijk, wij hebben voor RAI gekozen, omdat we het belangrijk vinden om goede indicaties te stellen voor Zorg Thuis. We zochten een instrument waarmee je dit zo volledig en efficiënt mogelijk kunt doen. En toen kwamen we uit bij RAI. Het fijne is namelijk, dat het instrument ook een inschatting geeft van de tijd aan zorg die een cliënt nodig heeft.”

Angeline, klopt het dat RAI een goed beeld geeft van de behoeften van de individuele

zorgvrager? En past het instrument daarom goed bij de missie en visie van DSV, waarin het immers ook draait om het welzijn van het individu?

“Zeker. Je neemt het assessment bij de individuele zorgvrager af, het is dus altijd cliëntgebonden. Het is een middel om je cliënt beter te leren kennen. Een leidraad voor intake en evaluatie, om continu te kijken: oké, wat is de zorgvraag nu, zijn er misschien nog dingen veranderd? Je kunt met dit systeem dus goed afstemmen op de individuele wensen en behoeften.”

Soms wordt er van kwaliteitssystemen gezegd: het zijn van die papieren tijgers ... Hoe zien jullie dat?

Angeline: “Ik bemerk dat de verzorgenden die de RAI invullen dit vaak erg tijdsintensief vinden, want je moet veel vragen doornemen in het gesprek. Een eerste gesprek duurt al gauw één tot anderhalf uur. Maar het levert ook veel op. Het is daarom belangrijk dat het management benadrukt: gun jezelf nu ook de tijd die je nodig hebt om goed te starten met de cliënt. En om later weer te evalueren. Zo onderhoud je ook de relatie.”

Marijke: “Je moet vertrouwen verdienen, daar moet je aandacht aan besteden. Als je dat goed doet, kun je mensen ook beter begeleiden later in het proces, als er zich ongetwijfeld nog moeilijke situaties zullen voordoen.

Doordat je RAI op een tablet afneemt, is er niet echt een barrière tussen jou en de cliënt.”

RAI meet onder meer kwaliteit?

Marijke: “Klopt, RAI berekent kwaliteitsindicatoren. Deze corrigeren voor de situatie. Stel, dat een van de huizen van DSV drie mensen met decubitus uit het ziekenhuis heeft gekregen. Dan kun je daar als organisatie slecht op scoren. Maar dat is eigenlijk niet eerlijk. Daarom tellen deze drie mensen de eerste drie maanden in de berekening van de kwaliteitsindicatoren niet mee. Ander voorbeeld: je hebt bewoners met ernstige dementie en je gebruikt voor hen veel psychofarmaca. Dan zou je daar op afgerekend kunnen worden. Maar RAI zegt dan: ‘Nee, jij hebt deze populatie, dus dan gaan we daarvoor corrigeren.’ Dus er worden echt appels met appels vergeleken.”

Angeline: “Die kwaliteitsindicatoren zijn voor ons wel belangrijk. Het is fijn dat ze in de RAI worden meegenomen, zodat je niet weer een aparte set met formulieren daarvoor moet invullen bij alle cliënten.”

RVWO steekt sterk in op leefplezier, de biografie van mensen, op hun waarden. RAI sluit daar naadloos bij aan. Angeline, herken jij dit?

“Jazeker! Maar tegelijkertijd merk ik dat studenten RAI best lastig vinden om te begrijpen. Dat vinden medewerkers soms ook, ook al werken we al sinds 2015 met RAI. Daarom kunnen ze een e-learning volgen over dit instrument.”

Marijke, jij hebt deze-learning ontwikkeld?

Marijke: “Klopt, samen met Wiebe en Maaike Boorsma. In de e-learning maken zorgprofessionals kennis met RAI aan de hand van video-tutorials en animatiefilmpjes. Zij doen eerst de e-learning en daarna geef ik

eventueel nog een training.”

Angeline: “In de e-learning wordt toegelicht wat RAI is en hoe het werkt. Bij DSV willen we met deze achterliggende informatie bereiken dat zorgmedewerkers weten dat RAI een instrument is dat hen ondersteunt bij het opstellen van het zorgplan.”

Wat is RAI?

RAI staat voor *Resident Assessment Instrument*. Met RAI worden professionals en organisaties ondersteund om veilige en passende beslissingen te nemen voor kwetsbare personen. De basis vormen systematische observaties door verpleegkundigen en verzorgenden. Professionals krijgen een overzicht van aandachtsgebieden voor verbetering van het functioneren op zowel fysiek, psychosociaal en medisch vlak. Evidence based suggesties helpen bij het kiezen voor passende acties, inclusief passende indicering (ZZP). Meer informatie: www.nedrai.org.

OVER RVWO

Radicale Vernieuwing Waarde-Vol Onderwijs® vernieuwt het zorgonderwijs, zodat de zorg en ondersteuning duurzaam kunnen aansluiten bij de waarde(n) van mensen met een zorgvraag en hun naasten én zorgprofessionals hun werk met plezier doen. De praktijk-leerroute wordt uitgevoerd door zorgorganisaties ActiVite, DSV | verzorgd leven en Topaz. (Meer informatie over RVWO lees je in de [RVWO-nieuwsbrief](#)).

Interview: Mieke Hollander. Tekst: Femke van den Berg. Foto's: Marijke Boorsma/ Fransje Productions en Angeline van Duyn. Animaties en openingsbeeld: Fransje Productions / NedRAI.

Meer artikelen over de thema's met trefwoorden:

Thema's: [Vernieuwing onderwijs](#), [Radicale Vernieuwing Waarde-vol Onderwijs®](#)

Trefwoorden: [DSV Verzorgd Leven](#), [Onderwijs](#), [Waarde-vol onderwijs Leiden](#)