

C. Wagner  
M. Ribbe

# Het RAI: een beoordelingsinstrument

Het RAI (Resident Assessment Instrument) vormt een adequate basis voor kwaliteitsverbetering op de werkvloer. Door de sterke en zwakke punten van cliënten nauwkeurig te inventariseren, kan een goed onderbouwd multidisciplinair zorgplan worden opgesteld. Het RAI ondersteunt niet alleen het methodisch werken, maar verwijst via protocollen naar mogelijke oorzaken van problemen. Wat het RAI niet doet, is het aanreiken van een standaard zorgplan voor elke cliënt; dit moeten de betrokken disciplines zelf in overleg met de cliënt doen.

Het RAI is afkomstig uit Amerika, waar het verplicht door de overheid in alle verpleeghuizen wordt gebruikt. In Nederland is het instrument tot nu toe minder bekend: vijf verpleeghuizen hebben het instrument geheel of gedeeltelijk ingevoerd, vijf verpleeghuizen zijn begonnen met het trainen van medewerkers, en twee verpleeghuizen en één verzorgingshuis zullen hiermee begin 1998 van start gaan. De eerste ervaringen zijn positief, reden te meer om de voor- en nadelen nader te bekijken.

Het RAI is een patiëntbeoordelingsmethode die de gezondheidstoestand van patiënten met een langdurige zorgbehoefte in kaart brengt (Frijters, 1996; Ribbe e.a., 1996). Het gaat om verpleeghuispatiënten en cliënten van verzorgingshuizen. Voor patiënten in de thuiszorg wordt op dit moment gewerkt aan een thuiszorg-RAI. Met het RAI worden per patiënt gegevens vastgelegd zoals bijvoorbeeld de diagnose/gezondheidsproblemen, de gewoonten en routines van de patiënt, en het fysiek, cognitief, emotioneel en sociaal functioneren. De gegevens worden voor het eerst verzameld bij opname en bijgesteld per kwartaal, per jaar of bij significante veranderingen in de gezondheidstoestand. Het RAI structureert en standaardiseert het onderzoek van de arts en verpleegkundigen/verzorgenden en biedt daarmee de basis voor een multidisciplinair zorgplan. Door de periodieke evaluaties kan het beloop van gezondheidsproblemen worden gevolgd en kan de gegeven zorg worden beoordeeld.

Het bijzondere van het RAI is dat het instrument in eerste instantie ontwikkeld is om het zorgproces op de werkvloer aan te sturen. Pas in tweede instantie kan de verzamelde informatie op afdelings- of

instellingsniveau worden gebruikt door het management.

Het RAI-systeem bestaat uit: 1) een Minimum Data Set (MDS) met 119 items verdeeld over 21 domeinen, 2) een signaleringsschema dat problemen bij bewoners signaleert als vragen of combinaties van vragen positief scoren en 3) patiëntbeoordelingsrichtlijnen die, als een probleem gesignaleerd is, wijzen op mogelijke oorzaken van dit probleem. In de instelling of binnen de beroepsgroep bestaande protocollen kunnen hieraan worden gekoppeld. De beoordelingsprotocollen hebben betrekking op probleemgebieden die herkenbaar zijn in de dagelijkse praktijk. Voorbeelden zijn een protocol voor decubitus, delier, psychosociaal welbevinden, voedingstoestand en mogelijkheden voor revalidatie. In totaal kent het RAI 18 protocollen die probleemsignaleringschema's worden genoemd. Voor alle cliënten wordt bij opname een MDS ingevuld. De MDS wordt vervolgens binnen het multidisciplinaire overleg van het verpleeghuis besproken en een gezamenlijk zorgplan wordt opgesteld. Tevens vinden er beoordelingen plaats als de situatie van de cliënt wezenlijk verandert of bij heropname. Om ook cliënten te kunnen monitoren bij wie weinig veranderingen optreden in de gezondheidstoestand, wordt per kwartaal een verkorte beoordeling en een jaarevaluatie gedaan.

Probleemgebieden op het niveau van de patiënt en in geaggregeerde vorm op het niveau van de organisatie kunnen tijdig worden gesignaleerd en aanleiding zijn voor veranderingen respectievelijk verbeteringen in de zorgverlening. Een ander wordt vergemakkelijkt doordat de

gegevens in de computer worden opgeslagen waardoor gemakkelijk overzichten per cliënt, per afdeling of voor het hele verpleeghuis kunnen worden uitgedraaid. Het RAI instrument voor verpleeghuizen is inmiddels in volledig geautomatiseerde vorm beschikbaar.

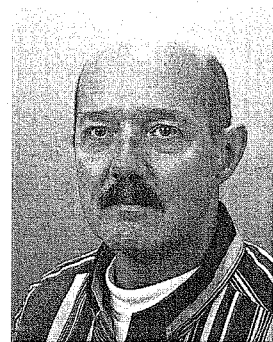
## Gebbruiksmogelijkheden RAI

Het RAI kan voor verschillende doeleinden in instellingen worden gebruikt:

- Standaardisatie probleembeoordeling, procedures voorafgaand aan zorgplanning en onderscheid in relevante probleemgebieden
- Transparant maken van de kwaliteit van zorg via kwaliteitsindicatoren, afgeleid uit RAI
  - Indelen van cliënten in zorgzwaartegroepen
  - Wetenschappelijk onderzoek
    - meetbaar maken van uitkomsten van zorg
    - ontwikkelen van protocollen voor medische en verpleegkundige/verzorgende hulpverlening
  - Dwarsverbandingen met SIVIS of LZV-gegevens (de landelijke registraties binnen de verpleeghuiszorg)
  - Scholing en bijscholing van verpleegkundigen/verzorgenden, artsen en andere therapeuten.



C. Wagner



M. Ribbe

Op enkele gebruiksmogelijkheden zullen wij nader ingaan. De gegevens uit de Minimum Data Set (MDS) van het RAI worden in bijna alle landen die met RAI werken, gebruikt voor het bepalen van zorgzwaartegroepen. In de VS worden in 10 van de 50 Staten op basis van deze indeling in zorgzwaartegroepen de kosten van de zorgverlening vergoed. Verder worden de MDS gegevens gebruikt voor wetenschappelijk onderzoek naar het beloop van ziekten en aandoeningen. Een andere mogelijkheid is het zichtbaar maken van uitkomsten van zorg met behulp van kwaliteitsindicatoren. In de volgende paragraaf wordt hierop nader ingegaan.

In Italië en de VS zijn medisch/verpleegkundige protocollen ontwikkeld voor onder andere urine-incontinentie en delier. In Italië is het RAI een belangrijk onderdeel in de opleiding tot verpleegkundige/verzorgende. Elders, waaronder

Nederland, wordt het geleidelijk in verschillende curricula opgenomen. Zo wordt in de opleiding tot Geriatrich Verplegende in Amsterdam in een module over zorgplanning de RAI-methode als uitgangspunt genomen. De cursisten, veelal werkzaam in verpleeg- of verzorgingshuizen moeten in een praktijkopdracht de manier van gegevens verzamelen en registreren in de instelling beoordelen en vergelijken met de RAI-methode. De cursisten leren op deze manier kritisch naar de eigen registratie te kijken en er wordt ervaring opgedaan in het toepassen van de RAI-methode.

#### Kwaliteitsindicatoren

Uit de MDS-kunnen zonder extra registratie kwaliteitsindicatoren worden afgeleid. Dit betekent dat zonder extra inspanningen van hulpverleners een database met kwaliteitsindicatoren kan worden opgezet aan de hand waarvan afdelingen of instellingen de kwaliteit van zorg met

elkaar kunnen vergelijken of afzetten tegen een algemeen geaccepteerde standaard.

Op dit moment worden in Amerika in de verpleeghuissector 30 kwaliteitsindicatoren gebruikt die informatie geven over 12 domeinen aangaande de gezondheid van de cliënt en zijn/haar fysiek, cognitief, emotioneel en sociaal functioneren (Zimmerman e.a., 1995). In tabel 1 ziet u hiervan een overzicht.

Bij de meeste indicatoren gaat het om onwenselijke situaties die men door een goede zorgverlening of aparte behandelprogramma's zoveel mogelijk zou willen voorkomen omdat zij van invloed zijn op de kwaliteit van leven van bewoners. Voorbeelden zijn valpartijen, urineweg-infecties, incontinentie of decubitus. Gezien de leeftijd en gezondheidstoestand van de bewoner kunnen deze onwenselijke situaties weliswaar niet altijd worden voorkomen, maar wel tot een minimum worden beperkt.

Domein	Omschrijving kwaliteitsindicator	Domein	Omschrijving kwaliteitsindicator
<b>Fysieke gezondheid</b>		<b>Cognitief functioneren</b>	
Ongevallen	1 prevalentie van letsel 2 prevalentie van valpartijen	Cognitief functioneren	1 incidentie van cognitieve beperkingen
Medicijngebruik	1 gebruik van negen of meer voorgeschreven medicijnen	Psychofarmaca-gebruik	1 prevalentie van antipsychoticum zonder indicatie 2 prevalentie van een groter dagelijks gebruik van antipsychoticum dan voorgeschreven 3 prevalentie gebruik van anxiolyticum of slaapmiddel 4 prevalentie gebruik van slaapmiddel meer dan twee keer per week 5 prevalentie langdurig gebruik van benzodiazepine
Continentie	1 prevalentie van incontinentie voor urine of faeces 2 prevalentie van incidentele incontinentie zonder toilet training 3 prevalentie van verblijfs catheter 4 prevalentie van faecale verstopping	<b>Emotioneel functioneren</b>	
Infecties	1 prevalentie van urineweginfecties 2 prevalentie van gebruik van antibiotica	Stemmings- en gedragspatronen	1 prevalentie van probleemgedrag t.a.v. anderen 2 prevalentie van symptomen van depressie 3 prevalentie van symptomen van depressie zonder behandeling
Voedings-toestand	1 prevalentie van gewichtsverlies 2 prevalentie van sondevoeding 3 prevalentie van uitdroging	Kwaliteit van leven	1 prevalentie van beperkende maatregelen 2 prevalentie van weinig of geen activiteit van cliënten
Conditie van de huid	1 prevalentie van fase 1-4 decubitus 2 insuline-afhankelijke diabetes zonder voetverzorging	<b>Sociaal functioneren</b>	
<b>Fysiek functioneren</b>		Communicatie	1 ontbreken van behandeling van sensorische of communicatieve problemen bij cliënten
Fysiek functioneren	1 prevalentie van bedlegerige cliënten 2 incidentie of afname in ADL 3 incidentie van contracturen 4 bij indicatie ontbreken van training voor cliënten met beperkingen in de mobiliteit		

Tabel 1: Kwaliteitsindicatoren voor de kwaliteit van het zorgproces en de uitkomst van de zorg

Voorbeelden van vragen uit het MDS-formulier

Psychosociaal welbevinden

1.	GEVOEL VAN INITIATIEF- BETROKKENHEID	Op gemak in omgang met anderen	a.		
		Op gemak bij geplande of gestructureerde activiteiten	b.		
		Op gemak bij zelf-opgezette activiteiten	c.		
		Stelt eigen doelen	d.		
		Zoekt betrokkenheid in instelling (maakt/houdt vrienden; neemt deel aan groeps-activiteiten, nieuwe activiteiten, helpt bij activiteiten van godsdienstige aard)	e.		
		Neemt uitnodigingen aan voor de meeste groepsactiviteiten	f.		
		GEEN VAN BOVENSTAANDE	g.		
		2.	ONGEMAKKELIJKE OM- GANG MET ANDEREN	Bedekt/openlijk conflict met of herhaalde kritiek op zorgverleners	a.
				Niet blij met kamergenoot	b.
Niet blij met andere patiënten dan kamergenoot	c.				
Uit openlijk conflict/boosheid met familie/vrienden	d.				
Geen persoonlijk contact met familie/vrienden	e.				
Recent verlies van naast familie	f.				
Past zich niet gemakkelijk aan aan veranderende routines	g.				
GEEN VAN BOVENSTAANDE	h.				
3.	VROEGERE ROLLEN			Sterke vereenzelviging met vroegere rollen en status	a.
		Uit droefheid/boosheid/leegte over verloren rollen/status	b.		
		Patiënt ervaart de dagelijkse routine (gewoonten, activiteiten) als geheel verschillend van vroeger thuis	c.		
		GEEN VAN BOVENSTAANDE	d.		

Dagelijks functioneren

Codeer over de afgelopen 7 dagen  
 0. Zelfstandig - Geen hulp nodig  
 1. Toezicht - Alleen maar toekijk-hulp  
 2. Lichamelijke hulp beperkt tot transfers  
 3. Lichamelijke hulp bij gedeelte van activiteit  
 4. Totale afhankelijkheid  
 5. Activiteit kwam de gehele 7 dagen niet voor

Item	Omschrijving	score
1.	BEWEEGLIJKHEID IN BED Hoe patiënt uit/in de lighouding komt, zich omdraait, en in bed de lichaamshouding aanneemt	
2.	TRANSFER Hoe de patiënt tussen oppervlakten beweegt - in/uit bed, stoel, rolstoel, staan (NIET in uit bad/toilet)	
3.	LOPEN IN DE KAMER Hoe de patiënt van plek naar plek in zijn/haar kamer loopt	
4.	LOPEN OP DE GANG Hoe de patiënt op de gang van de afdeling loopt	
5.	VERPLAATSEN OP AFDELING Hoe de patiënt zich van plaats tot plaats in zijn/haar kamer en de gang ernaast op dezelfde verdieping begeeft. Bij gebruik van rolstoel, hoe zelfstandig daarmee	
6.	VERPLAATSEN BIJ- TEN DE AFDELING Hoe de patiënt zich naar buiten de afdeling begeeft en terugkeert (bv., eet-, activiteiten-, of behandelruimten). Als er maar één verdieping is, hoe de patiënt dan naar veratgelegene ruimten gaat. Bij gebruik van rolstoel, hoe zelfstandig de patiënt daarmee is	
7.	KLEDEN Hoe de patiënt alle uitgaanskledingstukken aantrekt, dichtknoopt, uittrekt, inclusief het aan/uitdoen van een prothese	
8.	ETEN Hoe de patiënt eet en drinkt (ongeacht vaardigheid). Dit omvat ook het nuttigen van voedsel op andere manieren (bv., sondevoeding, totale parenterale voeding)	

De kwaliteitsindicatoren zijn ontwikkeld op basis van empirische analyses, klinische reviews en de resultaten van pilot studies. De komende jaren zal in 20 studies onderzoek plaatsvinden naar de sensitiviteit en specificiteit van de kwaliteitsindicatoren (Zimmerman e.a., 1995). De responsiviteit (de gevoeligheid voor het meten van veranderingen in de tijd) en de voorspellende waarde van de kwaliteitsindicatoren is in Amerika nog niet onderzocht.

In Nederland bestaat eveneens een toenemende interesse in indicatoren om de kwaliteit van zorg te meten. Om te kunnen beoordelen of er sprake is van verantwoorde zorg, gemeten met kwaliteitsindicatoren, dient men rekening te houden met het perspectief van de patiënt, de professional en de organisatie respectie-

velijk het management. Indicatoren moeten derhalve betrekking hebben op klinische uitkomsten, de gezondheidstoestand van de patiënt, de tevredenheid van de patiënt en de kosten van de zorgverlening. Tot nu toe ontbreekt het echter aan algemeen geaccepteerde valide en betrouwbare kwaliteitsindicatoren. Vergelijkbaar onderzoek als in Amerika heeft in Nederland nog niet plaatsgevonden.

De relatie tussen RAI en MIK-V

Het MIK-V is het Model Intern Kwaliteitsstelsel voor verpleeghuizen in Nederland (Wolfs en Hoeksma, 1996). Het model bestaat uit dertien onderwerpen die geordend zijn in een kwaliteitsmanagement-piramide (zie kader). De piramide bestaat uit vijf lagen met bovenaan de cliënt als vrager en ontvanger van de

zorgverlening. De eerste laag bestaat uit activiteiten die aangeven wat een instelling wil bereiken, de tweede laag geeft aan wat het verpleeghuis cliënten biedt, de derde laag gaat in op de organisatie- en communicatiestructuur, en de vierde laag heeft betrekking op de deskundigheid en motivatie van de medewerkers. Alle activiteiten die het management of uitvoerenden in verpleeghuizen toepassen om de kwaliteit van zorg te bewaken of verbeteren kunnen bij een van de onderwerpen van de piramide worden geplaatst. Het RAI is in eerste instantie van belang bij het onderwerp 'Multidisciplinaire zorgverlening', maar heeft eveneens relaties met de onderwerpen productbeschrijving, procedures zorgverlening, organisatiestructuur en communicatiestructuur. We zullen kort op de relatie met de afzonderlijke onderwerpen ingaan.

Een van de kenmerken van verpleeghuiszorg is het multidisciplinaire karakter van de zorgverlening. Om deze goed op elkaar afgestemd te laten verlopen, moeten de werkwijzen en procedures binnen de zorg zodanig gestructureerd zijn dat de inbreng van de diverse disciplines is gewaarborgd en tot uiting komt in een *multidisciplinair zorgplan* (basiskwaliteitscriterium verpleeghuiszorg). Hier sluit het centrale doel van RAI naadloos aan op de eisen die aan multidisciplinaire zorgverlening worden gesteld, namelijk het in kaart brengen van de algehele gezondheidstoestand van verpleeghuispatiënten en het integraal beoordelen van de benodigde zorg.

In een *product-/procesbeschrijving* staan de specifieke doelgroep, de te realiseren (zorg)doelen, het procesverloop en de voorwaarden voor een goed verloop van het proces beschreven. Voorbeelden van producten zijn reactivering, long stay of dagbehandeling. Het RAI kan in het kader van product-/procesbeschrijvingen op twee manieren worden gebruikt. Ten eerste kan na verloop van tijd de omvang en aard van de hulp die specifieke patiëntengroepen ontvangen, worden beschreven met behulp van gegevens uit het RAI. Hieruit kunnen zorgprofielen worden afgeleid. Daarnaast bestaat er de mogelijkheid om elke cliënt een product op maat te bieden door uit te gaan van de met het RAI geanalyseerde individuele behoefte van de cliënt. Door aan te geven wanneer een beoorde-

ling van de zorgbehoefte van cliënten plaats moet vinden (bij opname, per kwartaal, jaarlijks, enzovoorts), structureert het RAI het zorgverleningsproces en kan in deze zin worden opgevat als een *werkprocedure*.

Bij het implementeren van RAI moet duidelijk worden afgesproken wie de gegevens van de cliënt verzamelt en welke onderdelen door welke disciplines moeten worden beoordeeld. Deze afspraken kunnen gevolgen hebben voor de *organisatiestructuur* en de taakverdeling tussen de medewerkers.

Ten slotte heeft het RAI ook een relatie met het onderwerp *communicatiestructuur* en dan vooral met het multidisciplinair overleg. Na de inventarisatie van de zorgbehoefte van de cliënt en de analyse ervan aan de hand van de beoordelingsprotocollen wordt een uitdraai gemaakt met de probleemgebieden die bij de cliënt gesignaleerd zijn. Elke deelnemer van het multidisciplinair overleg ontvangt deze informatie van te voren.

Tijdens het overleg wordt de mogelijke samenhang van problemen besproken en het zorgplan opgesteld. Het RAI structureert hiermee de onderlinge communicatie.

#### Professionalisering

Het RAI ondersteunt het methodisch werken waaronder het systematisch verzamelen van gegevens, het leren analyseren van deze gegevens, het presenteren van de analyse in het multidisciplinair overleg (MDO) en het maken van een zorgplan. Met behulp van het RAI kunnen verpleegkundigen/verzorgenden een veel grotere inbreng hebben tijdens het MDO omdat zij in overleg met andere disciplines de gegevens van de cliënten bijhouden. Tevens wordt het helder formuleren van de sterke en zwakke punten van de cliënt voor verpleegkundigen/verzorgenden vergemakkelijkt door de probleemanalyse aan de hand van de beoordelingsprotocollen.

#### Kosten van implementatie

Aan het implementeren van het RAI zijn een aantal kosten verbonden. Indien een verpleeghuis of verzorgingshuis besluit om met het RAI te gaan werken, is het noodzakelijk de medewerkers in het gebruik ervan te scholen. Meestal worden vier medewerkers van een instelling extern geschoold (bij SIG-zorginformatie), de overige medewerkers van de instelling worden intern door deze vier geschoold.

#### Mensenwerk

#### Organiseren

#### Wat we bieden

#### Wat we willen



Kwaliteitsmanagement - piramide MIK-V (Wolfs en Hoeksma, 1996)

Ten tweede kost het beoordelen en analyseren van de zorgbehoefte van een cliënt aan het begin relatief veel tijd. Vindt de beoordeling eenmaal routinematig plaats, dan moet per cliënt een half uur worden uitgetrokken. Deze investeringen verdienen zich later terug door een efficiënter patiëntoverleg en een betere kwaliteit van zorg door een goed onderbouwd zorgplan.

#### Voordelen voor de instelling

- RAI structureert de eigen werkwijze en maakt dit door de organisatie heen inzichtelijk
- RAI geeft niet alleen de organisatie gegevens maar levert ook gegevens voor zorg en behandeling
- RAI helpt bij het signaleren van probleemgebieden op individueel en organisatie-niveau
- RAI levert gegevens op grond waarvan een goed zorgplan kan worden gemaakt en geëvalueerd
- RAI-gegevens kunnen gebruikt worden om de kwaliteit van zorg te monitoren
- RAI maakt de zorgverlening zowel intern als extern inzichtelijk

#### Mogelijke nadelen voor de instelling

- het toepassen van het instrument moet via scholing aangeleerd worden
- het instrument kan niet door een enkele hulpverlener worden gebruikt; minimaal één afdeling moet zich committeren
- het invoeren kost tijd en geld

#### Tot slot

In een volgend nummer van Kwaliteit in Beeld zullen de eerste ervaringen worden beschreven die op de werkvloer in verpleeghuizen met het RAI zijn opgedaan. Zoals zal blijken is het RAI op het eerste gezicht een omvangrijk instrument dat niet van de ene dag op de andere dag is geïmplementeerd. Eenmaal ingevoerd

biedt het daarentegen veel mogelijkheden om op de behoefte van de bewoner afgestemde zorg te bieden, waarbij de tijd die besteed wordt om de sterke en zwakke punten van de bewoner in kaart te brengen later terug wordt verdiend.

#### Literatuur

- Frijters D., Gebruikershandboek Patiëntbeoordelingsinstrument (RAI) voor instellingen met langdurende zorg. Utrecht: SIG Zorginformatie, 1996.
- Wolfs M en Hoeksma BH. Model Intern Kwaliteitssysteem voor Verpleeghuizen (MIK-V). Utrecht:NVVz, 1996.
- Zimmerman DR, Karon SL, Arling G, Ryther Clark B, Colling T, Ross R, Saingfort F. Development and testing of nursing home quality indicators. Health Care Financing Review 1995;4:107-128.
- Ribbe MW, Frijters DHM, Hertogh CMPM, Houten P van, Wiersma L. Resident Assessment Instrument RAI: Een nieuwe patiëntbeoordelingsmethode als voorwaarde voor kwaliteitsverbetering van de zorg. Tijdschrift voor Verpleeghuis-geneeskunde 1996;20:9-13.

#### Auteurs

- Drs. C. Wagner is als onderzoeker verbonden aan de vakgroep Huisarts-, Verpleeghuis- en Sociale Geneeskunde van de Vrije Universiteit te Amsterdam en het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) te Utrecht.
- Prof.dr. M. Ribbe is hoogleraar verpleeghuisgeneeskunde aan de Vrije Universiteit te Amsterdam en als verpleeghuisarts verbonden aan verpleeghuis 'Het Zonnehuis' te Amstelveen.

#### Informatie

- Vrije Universiteit Amsterdam, afd. Sociale Geneeskunde, mevr. Drs.C. Wagner, Van der Boechorststraat 7, 1081 BT Amsterdam