



VFD v.z.w.
Vlaams Forum voor Diagnostiek
in de psychologische en pedagogische begeleiding en hulpverlening v.z.w.

FACULTEIT PSYCHOLOGIE EN
PEDAGOGISCHE WETENSCHAPPEN

TESTPRACTICUM

Gent, maart 2009

ONDERZOEKSRAPPORT

**Actie-onderzoek in opdracht van het VAPH
door het VFD-UGent/Testpracticum**

***Optimaliseren van de interscorebetrouwbaarheid bij het toekennen
van urgentiecodes door multidisciplinaire teams***

Prof. Dr. Johnny Fontaine
Dr. Mark Schittekatte
Testpracticum PPW

Justine Callens
Wetenschappelijk medewerkster
VFD – Testpracticum Ugent
Project Urgentiecoding VAPH

Dhr. Jan Scheiris
Voorzitter VFD

Secretariaat VFD v.z.w., Blasberg 14, 3120 - Tremelo
Tel. 016/ 608.001 - Fax : 016/606.349 - E-mail : vfd@pandora.be - website <http://www.vfd-vzw.be>
Maatschappelijke zetel : Kloosterstraat 6, 9031 – Gent (Drongen)

Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen - Testpracticum
Henri Dunantlaan 2, B-9000 Gent
Website: www.UGent.be

ONDERZOEKSRAPPORT

VOORWOORD

Dit onderzoeksrapport is het verslag van het actie-onderzoek naar 'Urgentiecodering'. Het onderzoek is gevoerd in opdracht van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) door het Vlaams Forum voor Diagnostiek (VFD) in samenwerking met het Testpracticum van de Universiteit Gent, faculteit Psychologische en Pedagogische Wetenschappen. De onderzoeksopdracht is ontstaan in het kader van het Besluit van de Vlaamse Regering van 17 maart 2006 betreffende de regie van de zorg en bijstand tot sociale integratie van personen met een handicap en betreffende de erkenning en subsidiëring van een Vlaams Platform van verenigingen van personen met een handicap.

Het onderzoek verliep in twee fasen en wordt ook zo in het rapport gepresenteerd. In de bijlagen van het onderzoeksrapport worden de relevante documenten weergegeven waarnaar in het rapport gerefereerd werd.

In een periode van zes maanden is er intensief gewerkt om het onderzoek te volbrengen. Door de nauwe samenwerking van de verschillende betrokken partijen is men erin geslaagd het onderzoek tot een goed einde te brengen. Mijn dank wil ik dus ook voor alle betrokkenen betuigen. In het bijzonder wil ik Jan Scheiris (voorzitter van het VFD), Prof. Dr. Johnny Fontaine en Dr. Mark Schittekatte (Testpracticum) bedanken om mij deze opportuniteit te bieden, maar vooral voor hun wijze raad en bijsturing. Verder wil ik ook de overige leden van de VFD-stuurgroep bedanken (Prof. Dr. Peter Theuns, Ann Degezelle, Ilse Van Grimbergen en Patricia Holloway) omdat ik steeds op hen kon rekenen voor advies en steun. Daarnaast ben ik ook de leden van de VAPH-stuurgroep dankbaar voor hun vertouwen in ons. Uitdrukkelijk wil ik hierbij Marc Sevenhant en Lies Ouvry vriendelijk bedanken voor de intensieve overlegmomenten en hun bijdrage aan de ontwikkelingen van het onderzoek. Ten slotte gaat mijn dank uit naar de medewerkende leden van de multidisciplinaire teams, in het bijzonder voor hun opbouwende inbreng aan het onderzoek en hun bereidwillige medewerking.

Gent, maart 2009

Justine Callens

INHOUDSOPGAVE

INLEIDING	1
Situering van het onderzoeksproject	1
Probleemstelling	2
Doelstelling	2
METHODOLOGIE	2
Onderzoeksfase 1	2
Methodologie fase 1	3
A. De ontwikkeling van een leidraad voor toekennen van geobjectiveerde urgentiecodes	3
B. De ontwikkeling van de vragenlijsten voor onderzoeksfase 1	4
1) De casussen	4
2) De beoordeling	4
Procedure fase 1	5
Resultaten onderzoeksfase 1	6
1. Steekproefgegevens	6
2. Relevant factoren	7
3. Analyses van de casusbeoordeling	7
4. Inhoudelijke feedback van de MDT's	8
Gesprek met een focusgroep	9
A. Evaluatie onderzoeksfase 1: de onderzoeksprocedure	9
B. Resultaten: hypothesen over de bevindingen	9
1) Interne werking van de focusgroep	9
2) Evaluatie van de voorgelegde casussen	10
Besluit onderzoeksfase 1	11
Onderzoeksfase 2	12
Methodologie fase 2	13
A. De ontwikkeling van toekenningsrichtlijnen voor geobjectiveerde urgentiecodes	13
1) De toekenningsrichtlijnen	13
2) De geobjectiveerde urgentiecodes	14
B. De vragenlijsten voor onderzoeksfase 2	15
Procedure fase 2	17
A. De structuur van de toekenningsrichtlijnen voor geobjectiveerde urgentiecodes	17
B. De ontwikkeling van de digitale vragenlijsten voor onderzoeksfase 2	18
C. De steekproeftrekking	18
Resultaten fase 2	19
1. Steekproefgegevens	19
2. Interscorebetrouwbaarheid	21
2.1 Toekennen van urgentiecodes	21
2.2 Feedback van de beoordelaars/MDT-leden	24
Besluit onderzoeksfase 2	25
DISCUSSIE	25
Beperkingen van huidig onderzoek	26
Adviezen en implicaties voor de praktijk	27

BIJLAGEN

Bijlage 1: De ontwikkelingen van de toekenningsrichtlijnen

Bijlage 2: Tabel en beslissingsboom

Bijlage 3: Opsomming van de relevante factoren onderzoeksfase 1

Bijlage 4: Overzicht van de grafieken onderzoeksfase 1

Bijlage 5: Inhoudelijke feedback van de MDT-leden

Bijlage 6: Toekenningsrichtlijnen Versie 1 en Versie 2

Bijlage 7: Uitleg bijlage bij de toekenningsrichtlijnen

Bijlage 8: Overzicht van de grafieken onderzoeksfase 2

Bijlage 9: Feedback van de MDT-leden over de gehanteerde toekenningsversie

Bijlage 10: Rapportages van de deelnemende MDT-leden

Bijlage 11: Structuur van de beslisboom

Optimaliseren van de interscorebetrouwbaarheid bij het toekennen van urgentiecodes door multidisciplinaire teams: een actie-onderzoek

Abstract

In opdracht van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) werd een onderzoek gevoerd naar urgentiecodering door het Vlaams Forum voor Diagnostiek (VFD) in samenwerking met het Testpracticum van de Universiteit Gent, faculteit Psychologische en Pedagogische Wetenschappen. De doelstelling was het optimaliseren van de interscorebetrouwbaarheid in het toekennen van geobjectiveerde urgentiecodes (UC's) aan zorgvragen van personen met een handicap door multidisciplinaire teams (MDT's). Op basis van de bestaande uitvoeringsrichtlijnen werden de toekenningsrichtlijnen zowel inhoudelijk als vormelijk aangepast. De resultaten geven aan dat hierdoor geen verhoging van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid verkregen werd. Wel is het zo dat de omschrijving van de afzonderlijke urgentiecodes de wijze waarop de MDT's de toekenningsrichtlijnen hanteren significant beïnvloedt. Het is waarschijnlijk dat, meer dan de formele kenmerken van een toekenningsprocedure voor urgentiecodes, welbepaalde psychologische processen bij de beoordelaars, zoals de perceptie van de effectiviteit van de door hen toegekende urgentiecode, de voornaamste rol spelen bij het eenvormig hanteren van richtlijnen. Er moet dus meer aandacht besteed worden aan de motivering inzake het toekennen van urgentiecodes ten aanzien van de MDT's.

INLEIDING

Situering van het onderzoekproject

In maart 2006 verscheen het Besluit van de Vlaamse Regering (*BVR dd. 17/03/2006*) over de Zorgregie¹. Hierin wordt een gelijkvormige, transparante en regionaal aangestuurde zorgregie gedetailleerd beschreven. Zo moet voortaan elke zorgvraagregistratie² systematisch gekoppeld worden aan een urgentiecode³. Deze drukt uit in welke mate een zorgvraag dringend is vanuit een onafhankelijk derdeperspectief en op basis van vastgelegde criteria (cf. Bijlage 6.1 van de uitvoeringsrichtlijnen).

De doelstellingen van de zorgregie zijn (1) een transparant en rechtvaardig opname- en bemiddelingsbeleid, (2) het beter afstemmen van zorgaanbod en zorgvraag en (3) het onderbouwen van de planning van nieuw zorgaanbod. Het Besluit Zorgregie werd door het VAPH in samenwerking met de leden van de Permanente Cel Zorgregie⁴ vertaald in uitvoeringrichtlijnen die sinds maart 2008 worden toegepast. Zij bevatten onder meer richtlijnen voor het toekennen van urgentiecodes

¹ Het Besluit Zorgregie is het besluit van de Vlaamse Regering van 17 maart 2006 betreffende de regie van de zorg en bijstand tot sociale integratie van personen met een handicap en betreffende de erkenning en subsidiëring van een Vlaams Platform van verenigingen van personen met een handicap.

² De zorgvragen worden geregistreerd in de databank van de Centrale Registratie van Zorgvragen (CRZ).

³ Artikel 1, 13° Zorgregiebesluit, definitie van een urgentiecode: de code die de verwijzende instantie toekent en die de termijn aangeeft waarbinnen de zorgvraag beantwoord moet worden.

⁴ De Permanente Cel Zorgregie is het centraal adviesorgaan inzake zorgregie (art 1, 15°).

aan zorgvragen door multidisciplinaire teams (MDT's)⁵. Om beter tegemoet te komen aan de doelstellingen van het Zorgregiebesluit stelde het VAPH deze onderzoeksopdracht voor op 05/11/2007.

De uitvoering van het onderzoek werd gepland op 6 maanden (periode september 2008 tot maart 2009).

Probleemstelling

In de praktijk blijkt de toekenning van een urgentiecode (UC) een complex evaluatieproces te zijn waarbij zeer verschillende bronnen van informatie in rekening worden gebracht. Bronnen van onbetrouwbaarheid kunnen op elk niveau optreden. Om de doelstelling van een transparant en rechtvaardig opnamebeleid te bewerkstelligen moet men zicht krijgen op hoe de uitvoeringsrichtlijnen toegepast worden door de MDT's. In de praktijk zijn er moeilijkheden en onduidelijkheden met het inschatten van een urgentiecode aan de hand van de uitvoeringsrichtlijnen, waardoor de betrouwbaarheid van een urgentietoekenning in vraag wordt gesteld.

Doelstelling

De focus van deze studie is onderzoeken hoe de betrouwbaarheid van de toekenning van geobjectiverde urgentiecodes⁶ aan zorgvragen kan worden verhoogd. Op basis van de resultaten zou dan een handleiding kunnen geschreven worden die toelaat de urgentie van een zorgvraag correct en eenvormig toe te kennen.

METHODOLOGIE

Algemeen kan het proces van urgentietoekenning opgedeeld worden in drie fasen, namelijk (1) het identificeren van de factoren die bij dragen tot een beslissing van de urgentie, (2) het bepalen van de positie van een persoon met een handicap (Pmh) op elk van die factoren en (3) het combineren van deze informatie tot een globale uitspraak of urgentiecode.

Onderzoeksfase 1

Het doel van de eerste fase is het identificeren van de relevante factoren die bijdragen tot de inschatting van urgentie of dringendheid van een zorgvraag aan de hand van kwalitatief onderzoek. Deze fase kan aanzien worden als een pilootonderzoek waarbij het toekennen van geobjectiverde urgentiecodes geëxploreerd werd. Het uitgangspunt van deze onderzoeksfase wordt gevormd door de bestaande toekenningsrichtlijnen voor geobjectiverde urgentiecodes zoals beschreven in de uitvoeringsrichtlijnen van de zorgregie.

Voor de onderzoeksdoeleinden werd enkel rekening gehouden met de toekenningsrichtlijnen of criteria voor geobjectiverde urgentiecodes. De bestaande uitzonderingen en randvoorwaarden werden er niet in betrokken. De criteria '*instapbereidheid*' en '*exclusieve voorkeur*' werden voor het onderzoek wel weerhouden omdat ze noties van 'urgentie' bevatten. Het begrip instapbereidheid weerspiegelt de mate van bereidheid van de zorgvrager om in te gaan op een zorgaanbod. Het begrip

⁵ Een MDT is een door het VAPH erkend team van hulpverleners bestaande uit vertegenwoordigers van drie disciplines, namelijk de medische, psycho-pedagogische, en sociale discipline.

⁶ De term 'urgentietoekenning' zal hiervoor verder gehanteerd worden.

exclusieve voorkeur geeft aan dat de Pmh (of vertegenwoordigende cliëntensysteem) een voorkeur heeft voor uitsluitend één welbepaalde voorziening en onder geen beding naar een andere voorziening wil.

Methodologie fase 1

Informatie over de procedure of de werking van urgentietoekenningen in de praktijk werd verzameld aan de hand van twee overlegmomenten met MDT's (focusgroepen) en 1 overlegmoment met een lid van de zorgregie. Het verkennen van het werkveld leverde informatie op om het onderzoeksopzet te ontwikkelen. Concreet was het hoofddoel van de eerste onderzoeksfase het identificeren van de relevante factoren waar MDT's rekening mee houden bij de inschatting van de urgentie. Dit werd nagegaan door gebruik te maken van vragenlijsten bestaande uit verschillende casussen⁷ over Pmh.

A. De ontwikkelingen van een leidraad voor de toekenning van geobjectiveerde urgentiecodes

De eerste stap was een inhoudelijke vereenvoudiging van de toekenningsrichtlijnen voor het toekennen van urgentiecodes. Bijlage 1 geeft een overzicht van de wijzigingen in de toekenningsrichtlijnen. In de uitvoeringsrichtlijnen van de zorgregie staan de toekenningsrichtlijnen voor de vijf verschillende geobjectiveerde urgentiecodes voluit beschreven. Voor dit onderzoek werden de 'voorwaardelijke' toekenningsrichtlijnen weerhouden zonder rekening te houden met de uitzonderingen en de randvoorwaarden. Hiermee wordt bedoeld dat enkel de richtlijnen of voorwaarden behouden werden die vanuit het VAPH-beleid als noodzakelijk worden geacht voor het inschatten van de urgentie en bijgevolg voor het toekennen van een urgentiecode. Een tweede stap was het vormelijk⁸ opmaken van een handige leidraad zodat de MDT's een urgentiecode gericht kunnen toekennen. Twee versies van deze leidraad (zie Bijlage 2) werden voor de eerste onderzoeksfase ontwikkeld: (1) een tabelvorm en (2) een beslissingsboom. Inhoudelijk bevatten beide versies dezelfde toekenningsrichtlijnen maar volgen een verschillende structuur en vorm.

B. De ontwikkeling van de vragenlijsten voor de eerste onderzoeksfase

Bij het opstellen van de onderzoeksvragenlijsten werd rekening gehouden met het gegeven dat niet alle MDT's of verwijzende instanties met dezelfde doelgroep Pmh in contact komen⁹. Er werden drie versies vragenlijsten opgesteld: een versie met casussen over enkel minderjarige Pmh, een versie met casussen over enkel meerderjarigen Pmh, en een gecombineerde vragenlijst met beide doelgroepen. Het onderscheid in doelgroep werd behouden om eventuele verschillen in relevante factoren tussen de doelgroepen bij het inschatten van urgentiecodes op te sporen. Met het verschil in soorten verwijzende instanties werd geen rekening gehouden voor het opmaken van vragenlijsten. Dit omdat de toekenningsrichtlijnen voor het inschatten van geobjectiveerde urgentiecodes onafhankelijk zijn van de verschillende soorten verwijzende instanties. De criteria voor urgentietoekenning zijn dus voor elk MDT dezelfde.

⁷ Een 'casus' is de beschrijving van de situatie van een Pmh.

⁸ Verwijst naar de lay-out of structuur van de leidraden.

⁹ Er bestaan 8 soorten verwijzende instanties: CB, CLB, CAW, CGG, RC, OBC, COS en K-diensten. Deze verschillende instanties kunnen verder verschillen in leeftijdsdoelgroep, namelijk minderjarigen versus meerderjarigen.

Elke vragenlijst bestond uit 3 delen:

- Een bevraging van algemene gegevens
- Casusbeoordelingen
- Ruimte voor eigen mening

Het eerste deel van de vragenlijst bevroeg algemene gegevens: geslacht, soort instelling, functie van het MDT-lid¹⁰ en aantal jaren ervaring. Daaropvolgend werden telkens zes casussen gepresenteerd die de MDT-leden moesten beoordelen op de urgentie van de zorgvraag.

1. De casussen

De informatie voor het opstellen van de casussen werd verkregen via multidisciplinaire verslagen (MDV's) van verwijzende instanties (een CM, een RC en een CLB) uit de provincie Oost-Vlaanderen. In totaal werden er 13 casussen verzameld: zeven over minderjarigen en zes over meerderjarigen. De casussen werden niet beperkt tot de populatie Pmh van de verschillende soorten verwijzende instanties (wat bedoel je hier, zijn er PMH die buiten de populatie van de verwijzende instanties vallen? Wie zijn dat dan?). De informatie in de casussen bestond steeds uit:

- de handicap (met persoonsgegevens zoals geslacht en leeftijd)
- huidige ondersteuning: school, opvang thuis, revalidatiecentrum, geen bijstand...
- een uiting van ondersteuningsbehoefte (initiële zorgvraag)
- bijkomende informatie: gezinssituatie, huisvesting, zorggeschiedenis...
- informatie over de instapbereidheid: eenduidige uiting, geen expliciete informatie, incongruente informatie...
- de zorgvraag

Omdat de volgorde waarin de casussen gepresenteerd worden een invloed zou kunnen hebben op de beoordeling van een volgende casus en bijgevolg de toekenning van een urgentiecode, werden de casussen aan de helft van de onderzoeksfase van volgorde veranderd.

2. De beoordelingen

De instructies voor het beoordelen van de casussen werden voor alle MDT's gestandaardiseerd. Alle MDT-leden kregen dezelfde leidraad voor urgentietoekenning waarmee ze de urgentie van de verschillende casussen konden beoordelen. Hoewel de MDT's volgens de uitvoeringsrichtlijnen aangewezen zijn om na multidisciplinair overleg een urgentiecode toe te kennen, werd dit bewust niet gedaan in het onderzoek. Er werd de MDT-leden uitdrukkelijk gevraagd om elke casus individueel te beoordelen om zoveel mogelijk hun subjectieve inbreng te verkrijgen.

Bij de beoordeling van de casussen werden telkens drie aspecten van de toekenningsprocedure bevraagd:

a) Welke zijn de relevante factoren die een rol spelen bij het inschatten van een urgentiecode?

De MDT-leden kregen de instructie om in de beschrijving (of tekst) van de casus de zinsdelen of woorden aan te duiden waarmee ze zelf rekening houden bij het inschatten van de

¹⁰ De term MDT-lid verwijst naar één van de hulpverleners van het MDT.

urgentie. De verschillende aangeduide zinsdelen moesten ze dan linken met een urgentiecode en daar een percentage van relevantie aan toekennen. De percentages weerspiegelen het gewicht dat gegeven wordt aan relevante factoren.

b) Hoe groot is de diversiteit in het toekennen van urgentiecodes over de beoordelaars heen?

De MDT-leden kregen de opdracht om voor elke casus een geobjectiveerde urgentiecode toe te kennen die de uiteindelijke urgentie van de zorgvraag weerspiegelt. Hierbij moesten de MDT-leden ook aangeven in welke mate ze overtuigd waren dat de toegekende UC de 'correcte' beslissing was. Deze bevraging biedt de mogelijkheid om een maat te berekenen voor de betrouwbaarheid in urgentietoekenningen voor eenzelfde casus over de verschillende beoordelaars heen.

c) Welke informatie over de Pmh is voor een urgentietoekenning noodzakelijk?

Na elke casus hadden de MDT-leden de mogelijkheid om te reflecteren over de informatie vervat in de casus. Indien zij bijvoorbeeld onvoldoende informatie hadden om tot een eenduidige urgentietoekenning te komen, konden ze de vragen opschrijven die ze in de praktijk zouden gesteld hebben. Dit geeft een beeld over de informatie die MDT-leden als noodzakelijk achten om een urgentiecode in te schatten.

Vervolgens werd de MDT-leden gevraagd om aan te geven welke onderdelen van de leidraad voor urgentietoekenning zij het handigst vonden. Ter afronding hadden zij aan het eind van de vragenlijst de ruimte om eigen bedenkingen vanuit de praktijk of inhoudelijke opmerkingen over urgentiecoderingen aan te geven. Deze bedenkingen waren van belang om veel voorkomende knelpunten over urgentiecoderingen bij MDT's te achterhalen.

Procedure fase 1

Medewerking aan het onderzoek van MDT-leden werd verkregen via een oproepingsmail of door telefonisch contact. Verschillende soorten instellingen vanuit verschillende provincies in Vlaanderen namen deel. Ook het Vlaams Platform voor verwijzende instanties werd op de hoogte gebracht en gevraagd om medewerking aan het onderzoek te steunen. Het afnemen van de vragenlijsten bij MDT-leden was op afspraak en vond plaats in de maand oktober 2008. De kandidaat MDT-leden werden persoonlijk bezocht. Afhankelijk van de praktische haalbaarheid van de MDT-leden om binnen deze periode deel te nemen gebeurden de afnames zowel individueel als in groep. Naast het afnemen van de vragenlijsten werd er verder informatie verzameld over de gehanteerde procedures van de MDT's voor het toekennen van urgentiecodes.

Resultaten onderzoeksfase 1

1. Steekproefgegevens

Een overzicht van de steekproef wordt gegeven in Tabel 1. In totaal hebben 47 MDT-leden (87.2 % vrouwen en 12.8% mannen) deelgenomen aan het onderzoek. Omwille van praktische overwegingen is het aantal bezochte MDT's niet helemaal representatief voor de spreiding van de erkende MDT's over Vlaanderen. Het merendeel van de bezochte MDT's bevond zich in Oost-Vlaanderen (8 verwijzende instanties¹¹, in totaal 30 MDT-leden) en West-Vlaanderen (3 verwijzende instanties¹², in totaal 8 MDT-leden). In Antwerpen 1 (COS Kinsbergen, 4 MDT-leden), en 1 in Limburg (De Voorzorg,

¹¹ De verwijzende instanties voor Oost-Vlaanderen waren: RC Sint-Lievenspoort, CADOR (Gentbrugge, Lokeren, Aalst), vCLB Marialand, vCLB Deinze, COS UZ-Gent, CM Midden-Vlaanderen.

¹² De verwijzende instanties voor West-Vlaanderen waren: CB Kortrijk, CB Roeselare en CB Brugge.

5 MDT-leden). De representativiteit van de soorten verwijzende instanties is verhoudingsgewijs wel in overeenstemming met het aantal erkende instanties. De meeste deelnemers (58.7%) werken met een doelgroep van zowel minder- als meerderjarigen; zes beoordelaars werken met enkel minderjarigen en 14 met enkel meerderjarigen. Afhankelijk van de doelgroep waarmee MDT's werken, werd de gepaste vragenlijstversie beoordeeld: 17 MDT-leden beoordeelden casussen over kinderen/adolescenten, 22 over volwassenen en acht leden gecombineerde casussen over zowel kinderen/adolescenten als volwassenen. Het aantal jaren ervaring was zeer gespreid: sommigen MDT-leden werkten sinds kort in de praktijk met Pmh, terwijl anderen tot 35 jaar ervaring hadden. Gemiddeld aantal jaren ervaring van alle beoordelaars was 14,24 jaar.

Tabel 1. Steekproefindeling van onderzoeksfase 1: algemene gegevens.

Variabelen		Frequentie	Percentage
Geslacht	Vrouw	41	87.2%
	Man	6	12.8%
Verwijzende instantie	CLB	10	21.3%
	CAW/CM	13	27.7%
	CGG	0	0%
	RC	3	6.4%
	CB	17	36.2%
	OBC	0	0%
	COS	4	8.5%
	K-dienst	0	0%
Functie	Arts	1	2.1%
	Psycholoog	12	25.5%
	Orthopedagoog	3	6.4%
	Sociale discipline	24	51.1%
	Assistent psycho.	7	14.9%
Doelgroep	Minderjarigen	6	10.9%
	Meerderjarigen	14	30.4%
	Beide doelgroepen	27	58.7%
Leidraad	Geen houvast	5	8.7%
	Beide houvasten	14	30.4%
	Beslissingsboom	2	4.3%
	Tabelvorm	26	56.5%
Totaal		47	100%

2. Relevante factoren

De zinsdelen of woorden in de casussen die door meer dan 40% van de beoordelaars zijn aangeduid, worden beschouwd als relevant voor de inschatting van de urgentie. In Bijlage 3 worden de relevante factoren opgesomd per urgentiecode. Uit deze opsomming blijkt duidelijk dat er veel verschillende relevante bouwstenen zijn. Het gewicht dat toegekend wordt aan die factoren varieert ook sterk. De relevante factoren, die door meer dan twee derde (>66.66%) van de beoordelaars aangeduid werden, werden meestal onder verschillende urgentiecodes ondergebracht. Bijvoorbeeld het zinsdeel '*...heeft veel specifieke verzorging nodig dat een groot deel van de dag in beslag neemt*' werd door 80% van de beoordelaars aangeduid, waaronder 45.1% het als een factor voor UC 1 beschouwden, 33.3% voor UC 2, 4.2% voor UC 3 en 16.7% als een relevante factor zonder te linken aan een urgentiecode.

Uit de verzameling relevante factoren kunnen volgende patronen worden afgeleid:

- 1) Informatie in de casus dat gevaar of ernstige gevolgen impliceert, werd door de beoordelaars consistent als een UC 1 aanzien.
Bijvoorbeeld: *'... is destructief en heeft suïcidale gedachten', 'hij durft geweld te gebruiken als hij gefrustreerd is', 'zijn gedrag is ontremd en onvoorspelbaar', hij overziet de gevolgen niet van zijn daden', 'hij bleef daar uren liggen want was niet in staat om zelfstandig terug op te staan', 'ging 2 jaar geleden even in crisisopvang'...*
- 2) Informatie in de casus die erop wijst dat de Pmh al ondersteuning heeft, werd meestal (in 10 van de 14 gevallen) als een UC 3 beschouwd.
Bijvoorbeeld: *'hij wordt momenteel voltijds opgevangen in een dagcentrum', 'ze woont begeleid', 'gaat 3/week naar een revalidatiecentrum', 'kind volgt inmiddels bijzonder kleuteronderwijs', 'er is wekelijks thuisbegeleiding voorzien'...*
- 3) Het criterium 'instapbereidheid' wordt inconsistent gewaardeerd. Over de beoordelaars heen wordt informatie over de instapbereidheid van een Pmh ofwel genegeerd, ofwel niet eenduidig geïnterpreteerd.

De voornaamste bevinding is de grote diversiteit aan antwoorden. Enerzijds houden MDT-leden rekening met tal van kwalitatief verschillende factoren en anderzijds is er weinig overeenkomst tussen beoordelaars in de mate waarin elk van deze afzonderlijke factoren bijdraagt tot de urgentie. Wij willen er hier nog op wijzen dat in de realiteit de diversiteit nog groter zal zijn. De verzameling opgesomde factoren is niet exhaustief omwille van het bestaan van variaties in de contextuele informatie van casussen of Pmh in de realiteit.

3. Analyse van de casusbeoordelingen

In Bijlage 4 wordt een overzicht van de grafieken gegeven van de urgentietoekenningen over de 12 casussen. Er is een eenvoudige maat berekend voor de mate van betrouwbaarheid in urgentietoekenningen over de beoordelaars heen, namelijk het percentage MDT-leden die voor de modus (wat bedoel je precies met modus, kan je dat nog uitleggen) kiest. Dit percentage noemen we verder de *uniformiteit*. De waarde kan variëren tussen de 100% (alle beoordelaars zijn het roerend eens) en 20% (alle beoordelaars kozen voor een ander UC). De gemiddelde uniformiteit over de 12 casussen bedroeg 59.75%. Vier casussen (*Frederik, Liam, Nico en Karel*) hebben een grote uniformiteit in de urgentietoekenning over de beoordelaars heen (70 à 80%). Twee van 12 casussen hebben een lage uniformiteit (tussen de 35.3% en 43.3%) en een brede diversiteit over minstens 3 urgentiecodes (*Evy en Jan*). De overige 6 casussen hebben een uniformiteit tussen 48% en 60%. Drie casussen (*Bernard, Helena en Christianne*) hebben een urgentietoekenning gekregen over voornamelijk UC 1 en UC 2, en 3 casussen (*Gustaf, Geert en Fiona*) over voornamelijk UC 2 en UC 3.

Meer gesofisticeerde statistische analyses waren niet wenselijk op deze data omwille van de kleine steekproef (N = 47).

Tabel 1. Uniformiteit voor de verschillende casussen

	N	Modus	
		UC's	Uniform.
Casus Frederik	10	1	80
Casus Karel	30	1	70
Casus Liam	10	2	80
Casus Nico	17	2	80
Casus Evy	17	3	35.3
Casus Jan	30	2	43.3
Casus Bernard	22	1	59.1
Casus Helena	25	1	48
Casus Christianne	30	2	53.3
Casus Geert	30	2	60
Casus Fiona	10	3	60
Casus Gustaf	25	2	48

4. Inhoudelijke feedback van MDT's

De MDT-leden hadden de mogelijkheid om tijdens de afname van de vragenlijst eigen bedenkingen vanuit de praktijk of inhoudelijke opmerkingen over de urgentiecoderingen aan te geven. Bijlage 5 geeft de volledige rapporteringen weer. Uit alle rapporteringen komen zeven voor het onderzoek relevante vaststellingen:

- 1) De termijnbepalingen voor de verschillende UC's worden door veel MDT-leden als houvast gebruikt bij de toekenning van een urgentiecode.
- 2) Er wordt door de MDT's veelal weinig rekening gehouden met het criterium 'instapbereidheid' omdat hierover veel onduidelijkheid bestaat bij MDT's.
- 3) De kloof tussen huidige ondersteuning en de ondersteuningsbehoefte gebruiken sommige MDT-leden als richtlijn voor een urgentietoekenning.
- 4) De soort zorgvraag heeft een invloed op de toekenning van een UC. In de praktijk krijgt een zorgvorm met een lichtere ondersteuningszwaarte (bv thuisbegeleidingen) een hogere UC dan zwaardere ondersteuningsvormen zoals opname in een internaat.
- 5) De uitzonderingen en randvoorwaarden van de bestaande toekenningsrichtlijnen blijken door veel MDT-leden slechts weinig gekend te zijn.
- 6) De aanwezigheid van subjectiviteit bij het interpreteren van zowel de situatie van de Pmh als de toekenningsrichtlijnen (kan je hier ook zin met werkwoord maken, cfr andere puntjes).
- 7) De procedure die gevolgd wordt voor het toekennen van urgentiecodes blijkt sterk te verschillen tussen MDT's.

Uit de rapportering van de MDT's blijkt duidelijk dat verschillende MDT's heuristische (cf. punt 1, 2, 3) hebben gevormd om bij twijfel een beslissing te kunnen nemen. De beslissingsstrategieën kunnen leiden tot een daling van de betrouwbaarheid van de urgentietoekenningen.

Gesprek met een focusgroep¹³

Om meer inzicht te krijgen in de beslissingsstrategieën bij het toekennen van urgentiecodes werd er gewerkt met een focusgroep. Dit is een MDT dat deelnam aan de eerste onderzoeksfase en met wie samen gereflecteerd werd over het onderzoek.

¹³ Het was voor de in onderzoeksfase 1 bezochte MDT's praktisch niet haalbaar om op korte termijn opnieuw samen te zitten.

A. Evaluatie van onderzoeksfase 1: de onderzoeksprocedure

Het artificieel karakter van de geschreven casussen werd door de MDT-leden aangehaald. Binnen de werking van hun instelling zien zij steeds de Pmh (en/of cliëntensysteem) waardoor er gerichte vragen kunnen gesteld worden en testen kunnen afgenomen worden. Bij het beoordelen van een aantal casussen had de focusgroep het gevoel te beperkt te zijn in beschikbare informatie om een urgentie eenduidig te kunnen inschatten. In de realiteit zouden ze bijkomende vragen hebben gesteld.

De grootste moeilijkheid voor de focusgroep was het toekennen van UC's en bijbehorende percentages van overtuiging aan de afzonderlijke zinsdelen (bouwstenen) vervat in de casus. Over het algemeen worden situaties van Pmh (of casussen) in hun geheel beoordeeld om zich een beeld te vormen over de dringendheid van de zorgvraag. Tijdens het afnemen van de vragenlijsten werden de casussen meestal eerst volledig gelezen en onmiddellijk op de urgentie beoordeeld, waarna ze in de casus zelf de relevante bouwstenen aanduiden. De aanwezigheid van een onderzoekster leidde tot een bepaalde druk in het beantwoorden van de vragenlijst: verschillende MDT-leden hielden meer rekening met de toekenningsrichtlijnen dan ze in praktijk zouden doen.

B. Resultaten onderzoeksfase 1: hypothesen over de bevindingen

1) Interne werking van de focusgroep

In hun instelling wordt een Pmh en/of cliëntensysteem meestal aangemeld via een andere dienst (voornamelijk BW, thuiszorgdiensten en begeleiders). Zelden komt de Pmh op eigen initiatief tot het MDT voor het registreren van een zorgvraag. Van de aangemelde Pmh en/of cliëntensysteem gaat de meerderheid in op het voorstel van de aanmelder en komen ze zo tot bij het MDT. Volgens de focusgroep is dit hun 'filter' op het criterium 'instapbereidheid':

"Als de Pmh en/of cliëntensysteem, die door een dienst werd aangemeld, niet tot bij ons komt, wordt die verondersteld niet instapbereid te zijn. Maar indien de Pmh en/of cliëntensysteem daadwerkelijk tot het MDT komt om verder te gaan tot het invullen van de zorgvraag, dan kan worden aangenomen dat instapbereidheid aanwezig is. Ten slotte zetten de cliënten ook hun handtekening op het registratieformulier (maar dit is minder relevant)."

Het criterium 'instapbereidheid' lokte veel reacties uit. De focusgroep acht 'instapbereidheid' niet als een stabiel gegeven, eerder als een dynamisch proces dat doorlopen moet worden. *"Instapbereidheid kan groeien of plots veranderen. Iemand met een drempelvrees voor een opname in een dagcentrum, zal na het bezoeken van een aantal centra vertrouwer geraken met de werking ervan en dan meer bereid worden tot instappen. Terwijl iemand, die op moment van de registratie van de zorgvraag volledig 'instapbereid' beweert te zijn, tijdens het afwachten misschien via andere wegen ondersteuning heeft gevonden waardoor de instapbereidheid vervalft."*

De focusgroep geeft aan dat 'instapbereidheid' noties inhoudt van '(on)houdbaarheid' van de huidige situatie, maar vinden niet dat 'instapbereidheid' zoveel gewicht mag krijgen bij het inschatten van een geobjectiveerde urgentiecode.

In de verwijzende instantie waar de focusgroep werkzaam is, is het zo dat er steeds een multidisciplinair onderzoek en verslag (MDV) wordt opgemaakt vóór ze een UC toekennen aan een zorgvraag. Zij vinden het belangrijk om over voldoende contextuele informatie te

beschikken over de Pmh en diens huidige situatie om een inschatting te maken van de dringendheid van de ondersteuningsbehoefte. De focusgroep vindt de mogelijkheid om een urgentiecode in te schatten na het opmaken van een MDV "*niet volledig correct*". Als het MDV opgemaakt is, is er juist veel info voorhanden?, of bedoel je dat de teams dit MDV niet zelf hebben opgemaakt en niet over het MDV beschikken? Voor het opstellen van een MDV moeten MDT's bepaalde onderzoeken of testen afnemen waardoor meer contact en interactie ontstaat tussen hulpverlener en Pmh. Volgens de focusgroep dwingt het opmaken van een MDV het MDT ertoe de context van de Pmh verder te verkennen, wat ze anders misschien minder uitgebreid zouden doen.

De focusgroep beweert dat zij de algemene richtlijnen voor het toekennen van een UC, zoals opgesteld in het besluit van de zorgregie, zo goed mogelijk proberen te volgen. Dit doen ze vooral sinds de info- en oefensessie georganiseerd door het VAPH (in februari 2008) waar ze de uitleg kregen over de achtergrond van de urgentiecodes en toekenningsrichtlijnen, en zo het belang ervan hebben ingezien. Kennis hebben over de maatschappelijke context waaruit de richtlijnen en UC's ontstaan zijn, leidt tot meer begrip en meer aanhang van de toekenningsrichtlijnen. De focusgroep zal bijvoorbeeld enkel een UC 1 toekennen als het gaat om een crisissituatie. Zo hebben ze voor hun team ook kunnen vaststellen dat zij zelden een UC 1 toekennen. Zelf hebben ze naast de voorgeschreven toekenningsrichtlijnen geen alternatieve beslissingsstrategieën ontwikkeld. Wel bevestigen zij de vaststelling dat MDT-leden bij het beoordelen van de urgentie sterk rekening houden met de verschillende termijnbepalingen verbonden aan de verschillende UC's waarbinnen de zorgvraag beantwoord zou worden. Indien de focusgroep bijvoorbeeld merkt dat, ondanks de toekenningsrichtlijnen voor een welbepaalde UC, de Pmh de wachtermijn niet zal kunnen overbruggen, dan zal de focusgroep de neiging hebben om een hogere UC toe te kennen.

2) Evaluatie van de voorgelegde casussen

De focusgroep heeft in de praktijk een doelgroep meerderjarigen en kreeg daarom de bundel casussen over meerderjarigen. Bij elke casus had elk lid van de focusgroep nog bijkomende informatie willen bevragen. De beperking in informatie vormde de grootste bron van twijfel voor urgentie-inschatting. Hier volgen hypothesen over de diversiteit in urgentietoekenning.

- *Casus Christianne* :

Onvoldoende informatie aanwezig over de stand van zaken en de mening van de woonbegeleiders. Elk MDT-lid van de focusgroep heeft een UC 2 toegekend omdat er niet onmiddellijk een risico bestaat op ernstige gevolgen en het dus niet als crisissituatie beschouwd kan worden. Volgens hen werd door sommige beoordelaars een UC 1 toegekend omdat de gebrekkige zorg schrijnend overkomt.

- *Casus Jan*:

Elk lid van de focusgroep had aan de casus een verschillend UC toegekend (van UC 1 tot UC 3). Eén UC 1 werd toegekend door het gegeven dat *Jan* geweld durft te gebruiken (*'risico op ernstige gevolgen'*) in combinatie met de aanwezigheid van verschillende medebewoners (*een pasgeborene...*). Het MDT-lid, dat een UC 2 toekende, liet zich leiden door het gegeven dat er dagelijks ondersteuning is van de thuiszorgdiensten en achtte de situatie niet kritiek genoeg om een UC 1 toe te kennen. Het MDT-lid dat een UC 3

toekende ging op het gegeven af dat het voor de mantelzorger '*niet op lange termijn houdbaar*' is en de huidige situatie dus nog zeker een jaar vol te houden is.

- *Casus Karel:*

De focusgroep heeft unaniem een UC 1 toegekend wegens het criterium '*...risico op ernstige gevolgen...*'. Volgens hen hadden andere beoordelaars een UC 2 en UC 3 ingeschat omdat er geen eenduidigheid was over de instapbereidheid van de Pmh.

- *Casus Bernard:*

Deze casus zorgde voor veel vragen bij de focusgroep. Er werd zich de vraag gesteld of de zorgvraag in deze situatie wel gepast is. Een vraag voor opname in een RVT zou volgens hen adequater zijn. Voor de urgentietoekenning twijfelden ze allen tussen een UC 1 en UC 2 wegens de gebrekkige informatie over zijn fysieke en psychische toestand. Twee UC 1's werden toegekend omdat de Pmh niet in het ziekenhuis opgenomen kan blijven en dus zo snel mogelijk andere ondersteuning moet krijgen. Eén UC 2 werd toegekend omdat er onzekerheid is over de instapbereidheid van de Pmh.

- *Casus Geert:*

De leden van de focusgroep hebben allen een UC 2 toegekend op basis van de gegevens dat het niet om een crisissituatie gaat, de Pmh ondersteuning heeft voor zijn dagbesteding en door de vage informatie over de draagkracht van de mantelzorger. Zij lieten zich niet beïnvloeden door de positieve elementen vervat in de casus, maar geloven wel dat sommige daarom wel een lagere UC toekenden.

- *Casus Fiona:*

De focusgroep koos unaniem voor een UC 3 op basis van de onzekerheid over de instapbereidheid van de Pmh. Ze achten hier een ruimere bevraging van het cliëntsysteem en van de huidige hulpverleners noodzakelijk. Ook de instapbereidheid is in dit geval heel moeilijk te bepalen.

Besluit onderzoeksfase 1

Uit de bevindingen werden verschillende hypothesen gegenereerd over de diversiteit in de toekenning van urgentiecodes door MDT-leden. Deze hypothesen kunnen in drie groepen ingedeeld worden:

1. Diversiteit veroorzaakt door de onderzoeksprocedure

De representativiteit van de onderzoeksprocedure voor de realiteit van urgentietoekenning in de praktijk is gelimiteerd. De beperking komt voornamelijk door het gebruik van geschreven casussen in plaats van te werken met reële personen met een handicap. Tijdens het inschatten van de (on)houdbaarheid van de situatie van de verschillende casussen hadden de beoordelaars niet de mogelijkheid om bijkomende informatie aan het cliëntsysteem te vragen. Dit vormde vooral een moeilijkheid als de situatie/casus niet eenduidig te interpreteren was en kon aanleiding geven tot twijfel tussen verschillende UC's. De afnameprocedure van de vragenlijsten werd voor het onderzoek gestandaardiseerd voor alle MDT-leden. Toch komt dat niet noodzakelijk overeen met de toekenningsprocedure van de MDT's in de praktijk.

2. Diversiteit veroorzaakt door de toekenningsprocedure voor urgentiecodes

De toekenningsrichtlijnen voor geobjectiveerde urgentiecodes werden omgevormd tot twee verschillende leidraden. Beide lieten de beoordelaars vormelijk de vrijheid om de richtlijnen al dan niet te volgen. Zelfs indien de richtlijnen gevolgd werden, bleken er voor de beoordelaars inhoudelijk onduidelijkheden te bestaan. Bij twijfel in de beoordeling van de casussen vallen vele MDT-leden terug op eigen beslissingsstrategieën en heuristische zonder nog veel rekening te houden met de vooropgestelde toekenningsrichtlijnen.

Verder zijn er grote verschillen tussen de MDT's in de gevolgde procedure om tot een urgentiecode te komen. Sommige MDT's benadrukken bijvoorbeeld het belang van multidisciplinair overleg om de individuele subjectiviteit te beperken, terwijl anderen een urgentiecode op een meer individuele basis toekennen omdat ze bijvoorbeeld de Pmh het beste kennen. Dit verschil in toekenningsprocedure kon niet worden opgenomen in het onderzoek en kan een vertekening geven in de betrouwbaarheid van de urgentietoekenningen. Dit impliceert dat de bevindingen over de toekenningsprocedure van één MDT moeilijk naar andere MDT's kunnen veralgemeend worden.

3. Diversiteit veroorzaakt door interindividuele verschillen tussen MDT-leden

Ondanks het feit dat alle beoordelaars in de eerste onderzoeksfase dezelfde toekenningsrichtlijnen kregen als leidraad om een urgentiecode in te schatten, was er een grote subjectieve vrijheid in het hanteren van de toekenningsrichtlijnen en het beoordelen van dezelfde casussen. De verschillen in beoordelingen ontstonden voornamelijk door interindividuele verschillen in waarden en normen over hoe de Pmh verzorgd en behandeld moeten worden. Dit laatste gegeven is duidelijk merkbaar tijdens het multidisciplinair teamoverleg bij het bespreken van 'moeilijkere' casussen, waarbij elk MDT-lid zijn mening geeft vanuit professioneel en persoonlijk perspectief. Zo verschillen MDT-leden zowel in het interpreteren van de situatie van een Pmh als in de hantering van de toekenningsrichtlijnen en urgentiecodes.

De eerste onderzoeksfase kan worden beschouwd als een exploratieve fase waarbinnen het proces van 'urgentietoekenning' werd verkend. De uniformiteitswaarde van 60% kan als een baseline gehanteerd worden waarmee de resultaten van de tweede onderzoeksfase vergeleken kunnen worden.

Onderzoeksfase 2

De focus van de tweede onderzoeksfase is het onderzoeken van de mate waarin de herwerkte toekenningsrichtlijnen voor geobjectiveerde urgentiecodes hun betrouwbaarheid verhogen, d.i. leiden tot een hogere uniformiteit.

Methodologie fase 2

De bevindingen van de eerste onderzoeksfase maakten een afwijking van de vooropgestelde methodologie noodzakelijk. De 2^{de} en 3^{de} stap in de initiële methodologie was '*het bepalen van de positie van een persoon met een handicap (Pmh) op elk van de relevante factoren*' en '*het combineren van deze informatie tot een globale uitspraak of urgentiecode*'. Omdat er een te grote diversiteit bleek te bestaan in de soort en de relevantie van de factoren werd deze piste onhaalbaar binnen de bepaalde onderzoeksduur.

Om de doelstellingen van het onderzoek zoveel mogelijk tegemoet te komen, werd de toekenningsprocedure voor urgentiecodes meer gestroomlijnd. Voor het stroomlijnen van urgentietoekenningen tussen beoordelaars was het nodig de toekenningsrichtlijnen voor geobjectiverde urgentiecodes zowel inhoudelijk als vormelijk verder aan te passen. Deze aangepaste leidraden werden aan de hand van vragenlijstonderzoek empirisch getoetst op de betrouwbaarheid en gebruiksvriendelijkheid.

A. De ontwikkeling van de toekenningsrichtlijnen voor geobjectiverde urgentiecodes

In samenspraak met de heer Sevenhant en mevrouw Ouvry van de zorgregie-VAPH werd beslist om als leidraad twee verschillende versies op te stellen van de 'toekenningsrichtlijnen voor geobjectiverde urgentiecodes' (zie Bijlage 6).

1. De toekenningsrichtlijnen¹⁴

Beide versies van de 'toekenningsrichtlijnen voor geobjectiverde urgentiecodes' volgen dezelfde inhoudelijke criteria. Aan de bestaande criteria werd in overleg met de zorgregie een aantal richtlijnen toegevoegd en/of hergeformuleerd.

Vóór het inschatten van de urgentie aan de hand van de toekenningsrichtlijnen dienen de MDT-leden zich drie vragen te stellen:

- 1) *Door wie wordt de zorgvraag gesteld?*
- 2) *Wat is de initiële zorgvraag?*
- 3) *Waarom wordt de zorgvraag net nu gesteld?*

Deze vragen hebben als doel de MDT-leden bewust te maken over de aanleiding van het stellen van een zorgvraag. Het dwingt de beoordelaars om de context van de zorgvrager te verhelderen en dit kan essentiële informatie opleveren over de dringendheid ervan.

Daarop volgt de toekenningsprocedure die de beoordelaars moeten volgen voor het toekennen van een urgentiecode.

De criteria of toekenningsrichtlijnen werden voor elke urgentiecode geherformuleerd en geëxpliciteerd. De herwerkte toekenningsrichtlijnen voor UC 2, UC 3 en UC 4 dienen hierbij toegelicht te worden. Op basis van de vaststelling dat de criteria voor UC 1 en UC 2 sterk op elkaar gelijken, werden twee richtlijnen toegevoegd aan UC 2 om deze meer van UC 1 te onderscheiden.

Namelijk:

- *Worden/werden er tussentijds andere ondersteuningsmogelijkheden aangesproken buiten het VAPH?*
- *Kan er met zekerheid worden aangenomen dat de huidige situatie binnen 6 maanden onhoudbaar geworden is, met risico op ernstige gevolgen voor Pmh en/of de omgeving?*

Eveneens twee richtlijnen werden aan UC 3 toegevoegd om UC 3 meer van UC 2 te onderscheiden.

Namelijk:

- *Huidige ondersteuning is minstens nog 6 maanden houdbaar, maar niet langer dan 4 jaar OF kan op elk moment onhoudbaar worden?*

¹⁴ De toekenningsrichtlijnen zijn de voorwaarden of criteria voor het toekennen van de afzonderlijke urgentiecodes. De criteria zijn afgeleid uit de richtlijnen zoals beschreven in de uitvoeringsrichtlijnen van de zorgregie (VAPH, versie november 2008).

- *De Pmh wenst zich NIET ENKEL te registreren op de CRZ maar zal (bijkomende) VAPH-ondersteuning binnen de 4 jaar aannemen?*

De toekenningsrichtlijnen voor UC 4 werden geconcretiseerd door bijvoorbeeld de beschrijving 'huidige situatie is op halflange termijn niet houdbaar of bevredigend' te herformuleren naar 'huidige situatie is nog 4 jaar houdbaar maar er is onzekerheid over de ondersteuning/opvang erna?'.

Gekoppeld aan de toekenningsrichtlijnen voor geobjectiveerde urgentiecodes werd een document opgesteld, die de richtlijnen inhoudelijk ondersteunt (zie Bijlage 7). Dit document werd opgesteld in samenspraak met VAPH-zorgregie om de inhoudelijke impasses, die de MDT's rapporteerden over de toekenningsrichtlijnen, te overbruggen. Elke richtlijn wordt in deze bijlage verhelderd met onder meer voorbeelden. Dit document is een basis voor de explicitering van de afzonderlijke toekenningsrichtlijnen. De inhoudelijke bepalingen dienen verder in samenspraak met de leden van de zorgregie te gebeuren.

2. De geobjectiveerde urgentiecodes

De urgentiecodes beschreven in 1^e versie zijn inhoudelijk gekend door de MDT's. De bestaande beschrijving van de afzonderlijke UC's, zoals beschreven in de uitvoeringsrichtlijnen van de zorgregie, is als volgt:

UC 1: hoogst urgent, oplossing vereist binnen de 3 maanden

UC 2: urgent, oplossing gevraagd binnen de 12 maanden

UC 3: matig urgent, oplossing binnen de 2 jaar

UC 4: weinig urgent, oplossing binnen de 4 jaar

UC 5: passieve termijnvraag, niet urgent

UC -1: urgentie niet gekend

Bij de ontwikkeling van de 2^{de} versie werd er inhoudelijk een kleine maar belangrijke wijziging gemaakt in omschrijving van de urgentiecodes: de UC 1 werd uitgebreid naar 3 verschillende codes, en de UC 2 is weggelaten. De richtlijnen gaan als volgt:

UC 1: actuele vraag tijdens crisis

UC 1: actuele vraag met crisis binnen de 4 à 6 maanden

UC 1: actuele vraag voor vermijden van toekomstige crisis

UC 3: matig urgent

UC 4: weinig urgent

UC 5: niet urgent

UC -1: urgentie niet gekend

Er zijn verschillende argumenten voor deze wijziging:

1. De urgentiecodes UC 1 en UC 2 hebben dezelfde implicaties met betrekking tot de berekening van de wachttijden, opvolging van UC's, prioriteiten voor opname... Beide UC's verschillen voornamelijk van elkaar in de termijnbepaling waarbinnen een oplossing verwacht wordt, respectievelijk 3 maanden en 1 jaar.
2. De MDT-leden associëren de urgentiecodes sterk met de verschillende termijnbepalingen waarbinnen een oplossing voor de zorgvraag verwacht wordt. In de omschrijving van de urgentiecodes, zoals beschreven in de laatste uitvoeringsrichtlijnen van de zorgregie, kan een onderscheid worden gemaakt tussen twee dimensies. Er is een dimensie van 'dringendheid

of urgentie' en een dimensie van 'tijd'. Om hun 'juistheid' van een urgentietoekenning te toetsen gaan MDT-leden meestal het tijdsaspect hanteren. Vaak worden zich vragen gesteld in de zin van "kan huidige situatie nog x-aantal maanden/jaren volgehouden worden?".

3. Uit de bevindingen van onderzoeksfase één blijkt dat het inhoudelijk onderscheid tussen UC 1 en UC 2 voor veel MDT-leden te vaag is. Inhoudelijk lijken de criteria van UC 1 en UC 2 sterk op elkaar: het verschil in de toekenningsrichtlijnen voor beide urgentiecodes ligt voornamelijk in het tijdsaspect van de (on)houdbaarheid ¹⁵.

Bij de ontwikkeling van de 2^{de} versie van de toekenningsrichtlijnen werd met bovenstaande vaststellingen rekening gehouden: er werd een onderscheid gemaakt binnen UC 1 door deze in te delen in 3 gradueel verschillende urgentiecodes waarin UC 2 verwerkt is. Urgentiecode 2 is niet zomaar weggelaten maar zit vervat in het onderscheid binnen UC 1. Immers het verschil tussen UC 1 en UC 2 ligt voornamelijk in het tijdsaspect. De urgentiecode 1 behoudt in principe de label van 'crisiscode', maar wordt in de 2^{de} versie van de toekenningsrichtlijnen verder onderscheiden in het tijdsaspect van de crisis:

1. Tijdens crisissituaties: *UC 1, actuele vraag tijdens crisis.*
2. Verwachte crisissituatie: *UC 1, actuele vraag met crisis binnen de 4 à 6 maanden.*
3. Preventie van crisissituatie: *UC 1, actuele vraag voor vermijden van toekomstige crisis.*

Beide versies van de toekenningsrichtlijnen voor geobjectiveerde urgentiecodes volgen inhoudelijk dezelfde richtlijnen/criteria, maar verschillen dus enkel in de omschrijving van de urgentiecodes UC 1 en UC 2.

B. De vragenlijsten voor onderzoeksfase 2

Voor de 2^{de} onderzoeksfase werden opnieuw vragenlijsten opgesteld. In totaal zijn er vier verschillende versies van de vragenlijsten (zie Tabel 2).

Elke vragenlijst bestaat uit drie delen:

- 1) De bevraging van algemene gegevens
- 2) De casusbeoordelingen
- 3) De beoordeling van de toekenningsrichtlijnen

Het eerste deel van de vragenlijst bevraagt demografische gegevens zoals geslacht, soort instelling, provincie, aantal jaren ervaring... . Dit deel wordt afgerond met een vraag over de procedure van urgentietoekenning:

'Binnen de instelling waar u werkzaam bent, worden de urgentiecodes (UC) vóór of na het opmaken van een multidisciplinair verslag (mdv) toegekend aan zorgvragen zoals geregistreerd bij de CRZ?' (Kruis aan wat past):

- ... meestal **vóór** het opmaken van een mdv.
- ... meestal **na** het opmaken van een mdv.
- ... meestal **tijdens** het opmaken van een mdv
- ... afhankelijk van de cliënt/tijd/middelen

Volgens de huidige uitvoeringsrichtlijnen van de zorgregie hebben de MDT's de vrijheid om een urgentiecode toe te kennen zonder hiervoor eerst een multidisciplinair verslag op te maken. Deze

¹⁵ Urgentiecode 1: *de situatie is nu onhoudbaar = hoogst urgent*; Urgentiecode 2: *de situatie is nog even/aantal maanden houdbaar = urgent*.

vraag kan relevante informatie opleveren over de toekenningsprocedure dat MDT's moeten volgen om op een kwalitatieve wijze een geobjectiverde urgentiecode toe te kennen.

In het tweede deel van de vragenlijst worden achtereenvolgens 8 casussen gepresenteerd. Er kan een onderscheid worden gemaakt tussen 'oude' casussen en 'nieuwe' casussen.

De oude casussen zijn de casussen die reeds gebruikt werden in de eerste onderzoeksfase. In de 1^e onderzoeksfase werden in totaal 12 casussen gebruikt. Voor de 2^{de} onderzoeksfase zijn op basis van de inhoudelijke kenmerken van de casussen 8 van de 12 casussen geselecteerd (4 voor minderjarigen en 4 voor meerderjarigen). De casussen, die niet behouden werden voor onderzoeksfase twee (casussen *Bernard en Fiona*), zijn inhoudelijk van mindere kwaliteit: ontbreken van of oppervlakkige informatie over de instapbereidheid, of geen adequate zorgvraag voor de ondersteuningsbehoefte... De overige 2 casussen (*Liam en Frederik*) werden weggelaten omdat zij in onderzoeksfase 1 tot een grote uniformiteit leidden in urgentietoekenning, en vergelijkbaar zijn met de casussen *Nico en Karel*, die in de tweede onderzoeksfase wel opgenomen werden.

De 8 nieuwe casussen werden opgesteld met informatie vanuit bestaande multidisciplinaire verslagen met het oog op volledigheid. De informatie van die MDV's werd verkregen via het VAPH. Deze nieuwe casussen kunnen beschouwd worden als meer 'prototypische' casussen waarin de informatie, die noodzakelijk is om de verschillende toekenningsrichtlijnen te beantwoorden, vervat zit. Verder werd tijdens het opstellen van de casussen ervoor gezorgd deze te variëren in de soort handicap en de (on)houdbaarheid van de situatie zodat de verschillende stappen van de leidraad door de beoordelaars doorlopen zouden worden.

Tabel 2. Overzicht van de vier verschillende vragenlijstversies

VRAGENLIJSTVERSIES		Casussen	
		'Oude' casussen	'Nieuwe' casussen
Toekenningsrichtlijnen geobjectiverde urgentiecodes	Versie 1	O.V1: reeds beoordeelde casussen met de gekende toekenningsrichtlijnen	N.V1: nieuwe casussen met de gekende toekenningsrichtlijnen
	Versie 2	O.V2: reeds beoordeelde casussen met aangepaste toekenningsrichtlijnen	N.V2: nieuwe casussen met de aangepaste toekenningsrichtlijnen

Elke vragenlijst bestaat uit casussen over beide doelgroepen (minderjarigen en meerderjarigen) en zijn niet beperkt tot één soort instelling. Deze beslissing werd gemaakt op basis van het gegeven dat de populatie MDT-leden te beperkt is om binnen de populatie een onderscheid te maken in deze variabelen.

Naast de toekenning van een geobjectiverde urgentiecode werden bij elke casus telkens drie aspecten bevraagd:

1. De procedure van de toekenningsrichtlijnen voor geobjectiverde urgentiecodes

Er wordt de beoordelaars gevraagd of ze aan de hand van de aangepaste toekenningsrichtlijnen tot een urgentietoekenning gekomen zijn. Bij een negatief antwoord op deze vraag werd verder nagegaan welk criterium of stap van de richtlijnen ze niet eenduidig konden beantwoorden. Dit zijn relevante vragen om de bruikbaarheid van de aangepaste toekenningsrichtlijnen te toetsen en aan de hand van de gerapporteerde opmerkingen de toekenningsrichtlijnen verder te optimaliseren.

2. De minimale informatie noodzakelijk voor de beoordeling/inschatting van de urgentie

Er wordt de beoordelaars gevraagd of ze voldoende hadden met de informatie zoals vervat in de casus om tot een urgentietoekenning te komen. Indien ze hierop negatief antwoordden, werd verder bevraagd welke informatie ze nog nodig achten. Deze vragen zijn belangrijk om verschillen in urgentietoekenningen te onderzoeken wanneer MDT-leden al dan niet voldoende informatie hebben over de Pmh om een urgentie te beoordelen.

3. De congruentie in de inschatting van de toegekende urgentiecode door de beoordelaar

Er wordt aan de beoordelaars gevraagd of ze akkoord zijn met de toegekende urgentiecode. Indien ze niet akkoord zijn, wordt gevraagd welke urgentiecode zij los van de toekenningsrichtlijnen zouden inschatten en dit te motiveren. Deze vragen kunnen relevante informatie opleveren over verschillen in urgentietoekenning tussen het professioneel klinisch oordeel van de MDT-leden en een meer technische urgentie-inschatting volgens de voorgelegde toekenningsrichtlijnen.

De vragenlijsten eindigen met een vraag naar de gebruiksvriendelijkheid van de gehanteerde toekenningsrichtlijnen:

'Welk is uw mening over de toepassing van de aangepaste toekenningsrichtlijnen?'

... Positieve mening, omdat...

... Negatieve mening, omdat ...

... Geen expliciete mening ...

Deze vraag geeft de MDT-leden de kans om inhoudelijke en vormelijke moeilijkheden te rapporteren waarmee verder rekening kan gehouden worden bij de ontwikkeling van de handleiding voor urgentietoekenning.

Procedure fase 2

A. De structuur van de toekenningsrichtlijnen voor geobjectiverde urgentiecodes

De bevindingen uit de eerste onderzoeksfase hebben ertoe geleid een 'meer gedwongen en strengere' aanpak te zoeken om een hogere interscorebetrouwbaarheid trachten te behalen. Zo werden bestaande criteria/toekenningsrichtlijnen voor het inschatten van de dringendheid van een zorgvraag omgevormd naar een vragenlijststructuur (zie Bijlage 6). De structurele vorm van beide versies van de toekenningsrichtlijnen werd zo opgesteld dat de beoordelaar elke richtlijn moet bevragen om tot een urgentiecode te komen. Het doel was dat verschillende beoordelaars op een meer gestroomlijnde wijze dezelfde richtlijnen zouden volgen om de urgentie van een zorgvraag in te schatten. De afzonderlijke criteria werden onder elkaar geordend waarbij elke urgentiecode als een 'stap' werd vervat (in totaal 5 stappen). Elke richtlijn wordt dichotoom beantwoord (*ja/nee*). Indien het criterium met een '*nee*' beantwoord wordt, dan wordt men gedwongen om naar een volgende stap over te gaan. Als alle vragen van een stap met een '*ja*' beantwoord werden, dan komt men automatisch uit op een urgentiecode.

B. De ontwikkeling van de digitale vragenlijsten voor onderzoeksfase 2

Om een voldoende grote steekproef van deelnemers (MDT-leden) op korte termijn te bevragen, werd gekozen voor een digitale vragenlijst. Een digitale vragenlijst wordt op een internetserver (met *Lime-survey*) opgemaakt en beheerd. Dergelijke vragenlijsten bieden de mogelijkheid om via mailing op een korte tijd een groot aantal MDT-leden te bereiken. Ook de data worden hierbij gemakkelijk verzameld en bewaard.

Dit biedt ook voordelen voor de deelnemers zelf:

1. Zij waren vrij om zelf een moment uit te kiezen om de vragenlijst te beantwoorden.
2. Zij hoefden zich niet te verplaatsen maar konden aan hun computer blijven zitten.
3. Zij hadden de mogelijkheid om het invullen van de vragenlijst te onderbreken en later te hervatten.
4. Door de afwezigheid van een onderzoeker was er geen druk bij het invullen van de vragenlijst.

De digitale vragenlijst werd ook zo ingesteld dat de deelnemers anoniem bleven.

Voor het invullen van de vragenlijsten kregen de deelnemers allen dezelfde instructies. Concreet moesten ze aan de hand van de aangepaste toekenningsrichtlijnen alle casussen individueel beoordelen en een urgentiecode toekennen.

C. De steekproeftrekking

Er zijn 220 door het VAPH erkende MDT's, bestaande uit telkens 3 leden (arts, psycho-pedagogische discipline en sociale discipline). Ruw berekend zouden er een 600-tal potentiële deelnemers/MDT-leden zijn, die aan het onderzoek kunnen deelnemen. Doch blijkt uit de praktijk dat niet alle MDT-leden met urgentiecodering vertrouwd zijn en de uiteindelijke toekenning van een urgentiecode meestal de verantwoordelijkheid is van de maatschappelijke assistente of sociaal verpleegkundige. Zelden of nooit wordt een urgentiecode toegekend door een arts. Daarom werd de steekproefgrootte voorzichtiger ingeschat, met als minimaal doel 100 deelnemers.

De steekproef bestaat uit twee groepen. Er is een groep MDT-leden, die reeds aan de 1^{ste} onderzoeksfase deelnamen ('oude' MDT's), en een groep van nog niet bevraagde MDT's ('nieuwe' MDT's). De steekproefindeling wordt weergegeven in Tabel 3. De cijfers geven een indicatie van het aantal verstuurd mails. Mails werden zowel 'gericht' als 'verspreid' verstuurd. Met gerichte mails wordt bedoeld dat de mailadressen van MDT-leden die met urgentiecodes werken, beschikbaar waren en dus gericht naar het MDT-lid verstuurd kon worden. De verspreide mails werden verstuurd naar het algemene mailadres van de verwijzende instantie, en diende intern verder verstuurd te worden naar de MDT-leden. Mailadressen werden verkregen van het VAPH en deels opgezocht via het internet.

Tabel 3. Aantal verstuurd mails (soort MDT × vragenlijstversie) bij de 1^{ste} oproep tot medewerking

<u>Steekproefindeling</u>	<u>Vragenlijsten</u>				Totaal	
	N.V1	N.V2	O.V1	O.V2		
MDT's	'Oude'	21	24	/	/	45
	'Nieuwe'	69	75	87	79	310
Totaal	90	99	87	79	355	

Noot: het totaal weerspiegelt het aantal verstuurd mails bij een eerste oproep tot medewerking.

De toewijzing van enerzijds de verschillende vragenlijsten en anderzijds de twee versies van de toekenningsrichtlijnen gebeurde op basis van twee strategieën. Aan de reeds bevraagde ('oude') MDT-leden werd de vragenlijstversie met de nieuwe casussen toegewezen (N.V1 of N.V2). Deze toewijzing is gegrond op het gegeven dat er een risico bestaat op herinneringseffecten (bias) indien de MDT-leden op korte termijn dezelfde casussen opnieuw moeten beoordelen. Voor de toewijzing

van de verschillende toekenningsrichtlijnen werd erop gelet dat de MDT-leden binnen dezelfde instelling dezelfde versie kregen. Dit voornamelijk om verwarringen bij de MDT-leden over de toekenningsrichtlijnen te vermijden. Wel werd erop gelet dat de soorten instellingen, waarbinnen de 'oude' MDT-leden werkzaam zijn, verdeeld zijn over N.V1 en N.V2. De toewijzing van de vragenlijstversies over de nieuwe potentiële MDT-leden gebeurde willekeurig. Per soort instelling werden de mailadressen opgelijst waarna om de vijf mailadressen een andere vragenlijstversie toegekend werd.

Er werd een deadline (16/01/2009) voorgelegd waarbinnen de MDT-leden de vragenlijst moesten invullen. Na deze termijn bleken er onvoldoende deelnemers te zijn waardoor er op de stuurgroepvergadering van 20 januari 2009 beslist werd om via mail opnieuw een oproep te doen naar medewerking van de MDT's. Een tweede deadline was op 30/01/2009. Een mailinglijst bestaande uit ongeveer 155 adressen van erkende MDT's werd verkregen van het VAPH en er werd opnieuw opgeroepen om deel te nemen aan het onderzoek. Indien ze reeds deelnamen vóór 16 januari hoefden ze niet opnieuw de vragenlijst in te vullen. Voor de toewijzing van een vragenlijstversie aan de MDT-leden, die nog niet deelnamen, werd gebruikt gemaakt van een programma¹⁶ dat ad random de vragenlijstversie aan de nieuwe deelnemers toekende.

Resultaten onderzoeksfase 2

1. Steekproefgegevens

Er werden in totaal van 107 MDT-leden deelname verkregen. Tabel 4 geeft de verdeling van de deelnemers over de 4 condities heen.

Tabel 4. Aantal deelnemers per conditie

		Casussen		Totaal
		'Oude' casussen	'Nieuwe' casussen	
Toekenningsrichtlijnen geobjectiveerde urgentiecodes	VERSIE 1	O.V1: 26	N.V1: 26	52
	VERSIE 2	O.V2: 25	N.V2: 30	55
Totaal		51	56	107

Tabel 5 geeft een overzicht van de verdeling van de demografische variabelen binnen de steekproef. Vergelijkbaar met onderzoeksfase 1 bestaat de steekproef vooral uit vrouwelijke hulpverleners. De verdeling van de verwijzende instanties binnen de steekproef komt verhoudingsgewijs overeen met het aantal geleverde multidisciplinaire verslagen (MDV's) opgesteld per soort verwijzende instantie. Dit impliceert dus dat de verwijzende instanties, die de meeste urgentiecodes toekennen, ook het beste gerepresenteerd zijn in het onderzoek. Over de provincies heen is de deelname relatief gelijk verdeeld. Het gegeven dat er meer deelname was van MDT-leden uit de provincie Oost-Vlaanderen is omdat in de 1^{ste} onderzoeksfase voornamelijk MDT-leden van deze provincie deelnamen en opnieuw in de steekproef van de 2^{de} onderzoeksfase opgenomen werden.

¹⁶ Het 'programma' werd ingesteld door Prof. Dr. Peter Theuns van de Vrije Universiteit van Brussel.

Tabel 5. Steekproefindeling 2^{de} onderzoeksfase

	Variabelen	Frequentie	Percentage
Geslacht	Vrouw	90	84.1%
	Man	17	15.9%
Verwijzende instantie	CLB	35	32.7%
	CAW/CM	19	17.8%
	CGG	6	5.6%
	RC	8	7.5%
	CB	22	20.6%
	OBC	8	7.5%
	COS	3	2.8%
	K-dienst	6	5.6%
	Provincie	Antwerpen	19
Oost-Vlaanderen		35	32.7%
West-Vlaanderen		22	20.6%
Vlaams-Brabant/Brussel		11	10.3%
Limburg		20	18.7%
Functie	Lic. ortho(psycho-)pedagoog	7	6.5%
	Lic. psycholoog	21	19.6%
	Lic. pedagoog	4	3.7%
	Assist/Toegepaste psycholoog	8	7.5%
	Sociale discipline	65	60.7%
	Arts	0	0%
	Verpleegkundige	2	1.9%
Doelgroep	Minderjarigen	15	28%
	Meerderjarigen	46	20.6%
	Beide doelgroepen	42	51.4%
Moment van UC-toekenning	Vóór MDV opmaak	15	14.6%
	Na MDV opmaak	46	44.7%
	Tijdens MDV opmaak	42	40.8%
	Afhankelijk	4	3.7%
Totaal		107	100%

De functie van de deelnemende MDT-leden komt niet overeen met de vooropstelling dat een MDT moet bestaan uit verschillende hulpverleningdisciplines, namelijk een arts, een psycho- of pedagoog (licentiaat) en een hulpverlener uit de sociale discipline. Er hebben geen artsen deelgenomen aan onderzoeksfase 2; uit de medische discipline enkel twee verpleegkundigen. De sociale discipline vormde de grootste groep deelnemers en bestaat voornamelijk uit maatschappelijk/sociaal assistenten en sociaal verpleegkundigen. Meer dan één derde (37.3%) van de steekproef bestond uit deelnemers uit de psycho-pedagogische discipline. Overeenkomstig met de 1^{ste} onderzoeksfase bestond de huidige steekproef voornamelijk uit MDT-leden die met beide doelgroepen van zowel minder- als meerderjarigen Pmh werken.

Het gemiddeld aantal jaren ervaring in de praktijk met Pmh van de deelnemers is 11 jaar. De variatie in ervaring is groot, gaande van een aantal maanden ervaring tot 34 jaren praktijkervaring.

Een minderheid van de MDT's (14.6%) kennen in de praktijk urgentiecodes toe vóór het opstellen van een MDV of multidisciplinair onderzoek. De grote meerderheid (85.5%) kennen urgentiecodes toe tijdens of na multidisciplinair onderzoek.

2. Interscorebetrouwbaarheid onderzoeksfase 2

Om het effect van de aangepaste toekenningsrichtlijnen te kunnen vergelijken met de 1^{ste} onderzoeksfase werden opnieuw uniformiteitswaarden van de urgentietoekenningen berekend voor de verschillende casussen (zie Tabellen 6.1 en 6.2). De gemiddelde uniformiteitswaarde in de 1^{ste} onderzoeksfase van de 8 voor onderzoeksfase 2 geselecteerde casussen bedraagt 54.7%¹⁷. Deze waarde wordt als baseline aanzien voor de mate van betrouwbaarheid in het toekennen van geobjectiveerde urgentiecodes door MDT-leden. Procentueel gezien werd er geen significant¹⁸ verschil gevonden in gemiddelde uniformiteitswaarden tussen onderzoeksfase 1 en onderzoeksfase 2. Tegenover de baselinemeting is het duidelijk dat, afhankelijk van de casus en de versie van de toekenningsrichtlijnen, het aantal MDT-leden die voor de modus kiezen zowel kunnen stijgen als dalen. In het algemeen werd er geen significante stijging van gemiddelde interscorebetrouwbaarheid in urgentietoekenningen waargenomen.

2.1 Toekennen van urgentiecodes

Om de afwezigheid van een algemene stijging in interscorebetrouwbaarheid te begrijpen werden er nadere analyses uitgevoerd. De twee versies van de toekenningsrichtlijnen voor geobjectiveerde urgentiecodes werden vergeleken. In de Bijlage 8 wordt een overzicht gegeven van de grafieken per casus uit onderzoeksfase 2. Om significante verschillen tussen Versie 1 en Versie 2 na te gaan werden Chi-kwadraat toetsen (χ^2) uitgevoerd. Indien niet alle cellen voldoende aantallen observaties bevatten, werd de Fisher exact toets gebruikt als significantiemaat. Over de 16 in onderzoeksfase twee voorgelegde casussen blijken er 6 casussen significant van elkaar te verschillen in urgentietoekenningen afhankelijk van de gehanteerde versie van de toekenningsrichtlijnen, namelijk de casussen *Nico*, *Gustaf*, *Geert*, *Helena*, *Pieter* en *Ivan*. De significante grafieken van deze casussen worden hieronder weergegeven. De overige 10 casussen met niet-significante verschillen tussen de twee toekenningsversies nemen eenzelfde tendens aan (zie Bijlage 8).

¹⁷ De gemiddelde uniformiteitswaarde in onderzoeksfase 1 van 60% werd berekend over de 12 casussen. Herberekend voor de 8 geselecteerde casussen komt dat op een gemiddelde van ongeveer 55%.

¹⁸ Het betreft een kleine steekproef waardoor effecten sterker moeten zijn om als significant aanzien te worden ($p \leq .05$).

Tabellen 6.1 en 6.2 geven een overzicht van het maximum uniformiteitswaarden en modus per casus. Tabel 6.1 bestaat uit de resultaten over de 'oude' casussen zoals beoordeeld door de beide versies van de toekenningsrichtlijnen en wordt vergeleken met onderzoeksfase 1. Tabel 6.2 geeft een overzicht van de uniformiteitswaarden over de nieuwe prototypische casussen. De uniformiteitswaarden werden berekend voor verschillende condities: er werd rekening gehouden met het gegeven dat de beoordelaars al dan niet voldoende informatie hadden in de casussen en/of met het gegeven dat de beoordelaars al dan niet akkoord zijn met de urgentietoekenning.

Tabel 6.1 Oude casussen, Percentages MDT-leden die voor de modus gekozen heeft.

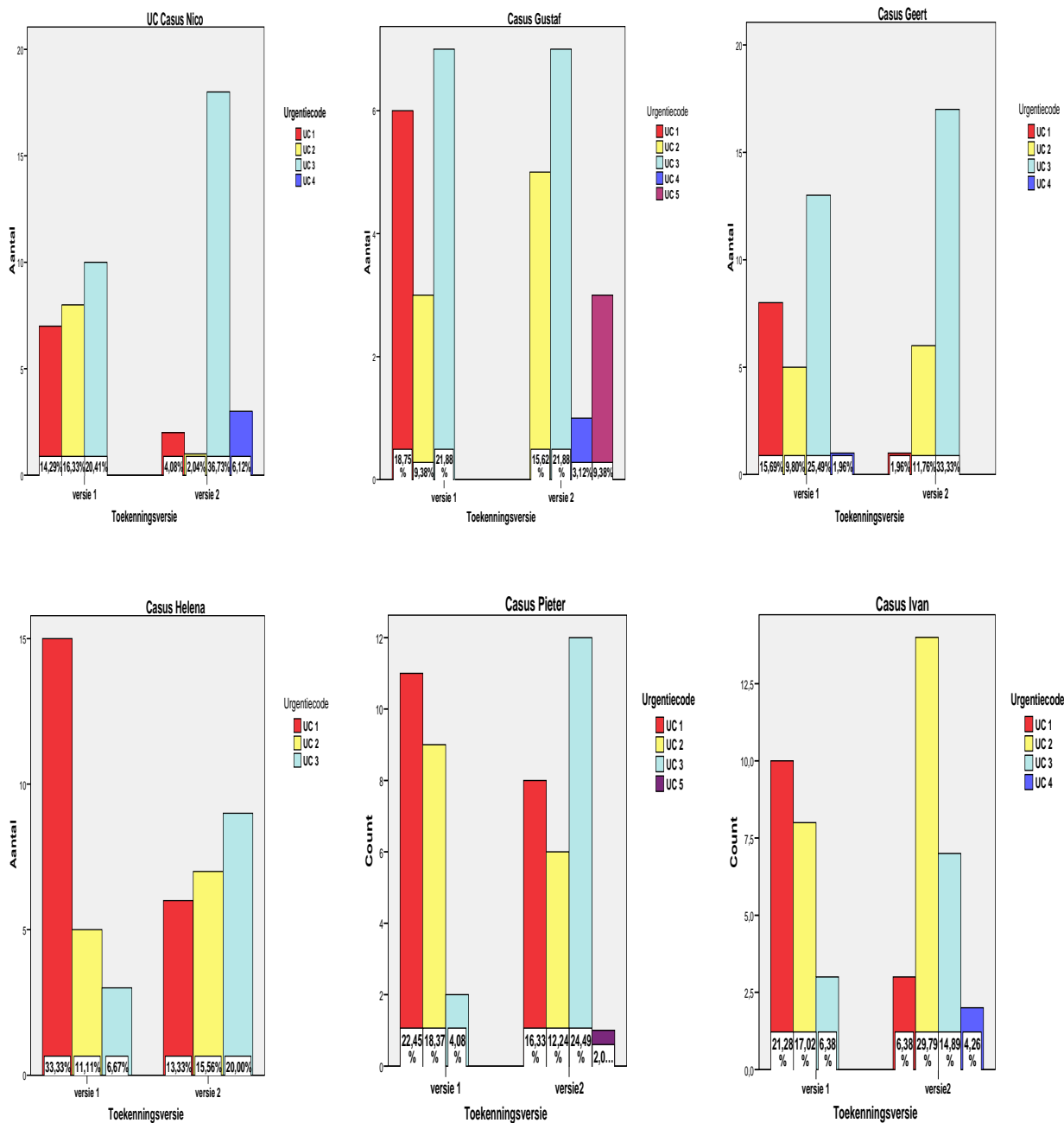
OUDE CASUSSEN	Onderzoeksfase 1		Onderzoeksfase 2 Versie 1				Onderzoeksfase 2 Versie 2					
	Modus UC	Max. uniform.%	Modus UC V1	V1:uniform	V1: met voldoende info	V1: met akkoord	V1: info en akkoord	Modus UC V2	V2: uniform	V2 met voldoende info	V2 met akkoord	V2 info en akkoord
Casus Jan	2	43.3%	2	41.7%	42.9%	43.5%	45%	3	54.1%	52.4%	50%	50%
Casus Nico	2	80%	3	40%	42.1%	39.9%	40%	3	62.5%	73.7%	73.9%	72.2%
Casus Christianne	2	53.3%	1	73.1%	70.8%	75%	72.7%	1	42.7%	*44.1%	42.1%	44.4%
Casus Gustaf	2	48%	3	43.8%	50%	42.9%	44.4%	2	43.8%	70%	58.3%	70%
Casus Geert	2	60%	3	48.1%	44%	45.5%	42.9%	3	66.7%	71.4%	68.2%	68.4%
Casus Evy	3	35.3%	3	57.7%	56.5%	55%	50%	3	45.8%	70%	66.7%	70.6%
Casus Karel	1	70%	1	66.7%	70%	73.7%	73.7%	1	68.4%	70.6%	72.2%	70.6%
Casus Helena	1	48%	1	65.2%	71.4%	61.2%	71.4%	3	40.9%	*35%	40.9%	*35%
GEMIDDELDE		54.7%		54.5%	55.9%	54.6%	55%		53.1%	60.9%	59%	60.2%

Legende:

- Geel:** baselinemeting
- Blauw:** stijging tov OZ-fase 1 onder de 60%
- Groen:** stijging (tov OZ-fase 1) boven 60%
- Grijs:** significante verschillen tussen de 2 toekenningsveries.
- * dubbele modi

Tabel 6.2 Nieuwe casussen, Percentages MDT-leden die voor de modus gekozen heeft.

NIEUWE CASUSSEN	Onderzoeksfase 2 Versie 1					Onderzoeksfase 2 Versie 2				
	Modus UC	V1: uniform	V1 met voldoende info	V1 met akkoord	V1 info en akkoord	Modus UC	V2: uniform	V2 met voldoende info	V2 met akkoord	V2 info en akkoord
Casus Julie	3	68%	62.2%	68.2%	65%	3	85.7%	82.6%	85.2%	84%
Casus Marc	2	43.5%	*40%	45%	47.1%	2	40%	37.5%	41.7%	39.1%
Casus Patrick	4	41.7%	43.5%	43.5%	45.5%	3	46.2%	50%	45.8%	50%
Casus Pieter	1	50%	52.4%	47.6%	50%	3	44.4%	52.2%	47.8%	52.4%
Casus Lennerd	3-4	50%	52.2%	54.6%	52%	3	69.2%	69.2%	73.9%	73.9%
Casus Igor	1	92%	92%	92%	92%	1	67.9%	69.2%	67.9%	69.2%
Casus Ivan	1	47.6%	*42.1%	50%	44.4%	2	53.9%	52%	52%	50%
Casus Christof	1-3	42.1%	47.1%	44.4%	50%	3	61.9%	64.7%	60%	62.5%
GEMIDDELDE		54.4%	54%	55.7%	55.8%		58.7%	59.7%	59.8%	60.1%



Bovenstaande grafieken tonen aan dat er een systematisch verschil is tussen Versie 1 en Versie 2 van de toekenningsrichtlijnen, namelijk een lagere urgentie-inschatting met Versie 2 vergeleken met Versie 1.

In lijn met bovenstaande bevinding zijn er belangrijke verschillen in modi afhankelijk van de gehanteerde toekenningsversie. Tabellen 6.1 en 6.2 geven een overzicht van de modi van de toegekende urgentiecodes per casus. Vergeleken met de eerste onderzoeksfase, waarbij de beoordelaars vrijer urgentiecodes konden toekennen, werd in de tweede onderzoeksfase met Versie 1 op 3 van de 8 oude casussen een lagere urgentiecode toegekend (casussen *Nico*, *Gustaf* en *Geert*) en 1 casus met een hogere urgentiecode toegekend (casus *Christianne*). De overige 4 casussen hebben met Versie 1 dezelfde urgentiecode toegekend gekregen. De tendens om een lagere UC in te schatten is bij gebruik van Versie 2 nog duidelijker: 5 van de 8 oude casussen kregen een lagere UC toegekend vergeleken met de eerste onderzoeksfase.

Het verschil in modi over de 8 prototypische casussen tussen Versie 1 en Versie 2 van de toekenningsrichtlijnen volgt dezelfde tendens. Op 5 van de 8 casussen werd een verschillende urgentiecode toegekend met Versie 2 dan met Versie 1. Indien met Versie 1 een hoge urgentiecode werd toegekend (UC 3 of hoger), dan daalt de urgentie van de toegekende code met Versie 2 (UC 3 of lager).

De verschillen tussen Versie 1 en Versie 2 van de toekenningsrichtlijnen wijzen op een belangrijk fenomeen bij het beoordelen van de urgentie door MDT-leden. Ondanks het feit dat beide versies dezelfde toekenningsrichtlijnen bevatten en alleen verschillen in de omschrijving van de urgentiecodes werd er toch een verschillend responspatroon uitgelokt bij MDT-leden. Indien MDT-leden zich enkel zouden baseren op de toekenningsrichtlijnen, zouden geen verschillen mogen optreden in responsgedrag tussen MDT's afhankelijk van de gehanteerde versies. Toch is dit hier het geval: de manipulatie in de omschrijving van urgentiecodes in Versie 2 leidde tot het toekennen van lagere urgentiecodes.

2.2 Feedback van de beoordelaars/MDT-leden

Het kwalitatief verschil tussen enerzijds de 'oude' en anderzijds 'nieuwe' prototypische casussen in onderzoeksfase 2 is aanwezig. In 87.6% van de gevallen hadden de beoordelaars voldoende aan de informatie zoals vervat in de prototypische casussen, tegenover 69.3% bij de 'oude' niet-prototypische casussen. Het kwalitatief verschil tussen de oude en prototypische casussen leidde dus niet tot een significant verschil in uniformiteit. Dat wijst erop dat de urgentie-inschattingen onafhankelijk gebeurde van de hoeveelheid informatie zoals vervat in de casussen.

De uniformiteitswaarde voor elke casus werd verder gezuiverd door te controleren op de variabelen '*onvoldoende informatie*' en '*akkoord van de beoordelaars*'. Dit betekent dat alle beoordelaars, die onvoldoende informatie en/of niet akkoord gingen met de toegekende urgentiecode uit de analyses werden gelaten. Na zowel afzonderlijke als gecombineerde controle op deze twee variabelen werd er geen systematisch significant effect waargenomen op de uniformiteit van de verschillende casussen (zie Tabellen 6.1 en 6.2). Afhankelijk van de casussen brengt de hoeveelheid informatie en de congruentie in urgentietoekenningen al dan niet een lichte stijging in uniformiteitswaarden¹⁹.

Doorheen de vragenlijst werden de bedenkingen en meningen van de deelnemende MDT-leden bevroegd om een beeld te krijgen van de werkbaarheid van de toekenningsrichtlijnen voor hulpverleners in de praktijk. Dit leverde een bron van informatie over de toekenningrichtlijnen en de aangebrachte aanpassingen. Een overzicht van alle opmerkingen per casus voor beide versies van de toekenningsrichtlijnen wordt weergegeven in Bijlage 9.

In Bijlage 10 wordt een overzicht gegeven van de meningen van de beoordelaars voor Versie 1 en Versie 2 van de toekenningsrichtlijnen. Het merendeel van de beoordelaars uitten een positieve mening. Positieve meningen werden vooral geuit over de vorm of structuur van de aanpassing, voornamelijk het feit dat het meer systematisch werkt om tot een toekenning te komen. De overige meningen zijn gevarieerder. Opvallend is het gegeven dat verschillende MDT-leden een uitspraak deden over de omschrijvingen van de urgentiecodes in plaats over de toekenningsrichtlijnen. Doorheen de rapportages blijkt ook dat beoordelaars zelf vaak termijnbepalingen hanteren om de (on)houdbaarheid uit te drukken.

¹⁹ Bij één casus (*Nico*) werd een significant verschil gevonden in het akkoord gaan met de toegekende urgentiecodes in het voordeel van Versie 2.

Besluit onderzoeksfase 2

De bevindingen uit de eerste onderzoeksfase leidden tot de aanpassing van de toekenningsrichtlijnen voor geobjectiveerde urgentiecodes. De verwachting was dat het meer structureren tot een verhoging in interscorebetrouwbaarheid zou leiden. Dit is niet het geval. Wel werd een ander relevant effect gevonden: de omschrijving van de urgentiecodes op zich heeft een invloed op de wijze van het hanteren van de toekenningsrichtlijnen door MDT-leden. Wij denken dit te kunnen verklaren vanuit het feit dat de omschrijving van de urgentiecode UC 1 in Versie 2 verwijst naar verandering in de situatie van de Pmh uitgedrukt in tijd (*oplossen van huidige crisis, vermijden van toekomstige crisis...*). Dit leidde tot een lagere urgentie-inschatting door MDT-leden. Veel MDT-leden lijken zich dus te laten beïnvloeden door de actieve formulering van de urgentiecodes.

DISCUSSIE

Algemeen

Het actie-onderzoek over urgentiecodering werd uitgevoerd in opdracht van het VAPH met als onderzoeksfocus de interscorebetrouwbaarheid bij het toekennen van urgentiecodes door multidisciplinaire teams (MDT's). Aan de hand van de bestaande uitvoeringsrichtlijnen werden verschillende aangepaste versies van toekenningsrichtlijnen voor geobjectiveerde urgentiecodes opgesteld. In een eerste onderzoeksfase werd een baselinemeting bekomen voor de interscorebetrouwbaarheid, namelijk 55% overeenkomst tussen beoordelaars (MDT-leden) in urgentietoekenning. Uit onderzoeksfase twee bleken de aangepaste toekenningsrichtlijnen de interscorebetrouwbaarheid tussen beoordelaars niet te verhogen. Het onderzoek toont aan dat het meer objectiveren en stroomlijnen van de toekenningsrichtlijnen in protocollen op zich niet leidt tot meer overeenkomst tussen MDT-leden. Het beoordelingsproces dat MDT-leden doorlopen om aan de zorgvraag van een Pmh een urgentiecode toe te kennen is een complex proces dat zich niet laat sturen door richtlijnen alleen. De vaststelling dat het beoordelen van mensen met problemen aan de hand van technische middelen niet alle beslissingsprocessen kan omvatten wordt in de literatuur bevestigd (Berg, Horstman, Plass, & van Heusden, 2000; Greenhalgh, Lang, Flynn, Tyson, 2008; Meershoek, Krumeich & Vos, 2007; Nutters, 2006; Witteman, 2003). Desondanks toont dit onderzoek aan dat de perceptie van de omschrijving van de verschillende urgentiecodes de wijze waarop MDT-leden de toekenningsrichtlijnen hanteren significant beïnvloedt: zij schatten de urgentie van een zorgvraag lager in als ze het gevoel hebben dat de toegekende urgentiecode tot de nodige 'actie' leidt.

We kunnen de onderzoeksbevindingen proberen verklaren vanuit de psychologie van de hulpverlener. Een belangrijk algemeen gegeven is de aanwezigheid van individuele verschillen. Deze bestaan zowel in waarden en normen van de beoordelaars –het eerste-persoonperspectief- als in de mate waarin deze een invloed hebben op hun beoordeling. Dit impliceert dat een objectief derde-persoonperspectief aanspraak maakt op het eerste-persoonperspectief van de hulpverlener zelf (Nutters, 2006) en dit vormt op zich al een bron van onbetrouwbaarheid.

Overige bronnen van onbetrouwbaarheid zijn enerzijds de belangenloze verschillen en anderzijds de belangenhebbende verschillen.

Belangenloze verschillen hebben te maken met de informatieverwerkingsprocessen van de beoordelaars. Beoordelaars verschillen van elkaar in de interpretaties die ze maken over de betekenis van de toekenningsrichtlijnen en de urgentiecodes. Deze interpretaties lijken ook te verschuiven volgens de

gestelde zorgvraag. Zo wordt de toekenningsrichtlijn *'de situatie is nu onhoudbaar'* door veel beoordelaars als manifester geïnterpreteerd als het gaat om lichtere zorgvormen dan om zwaardere ondersteuningsvormen. Voorts blijkt duidelijk uit de tweede onderzoeksfase dat MDT-leden rekening houden met de betekenis van de urgentiecodes bij het interpreteren van de toekenningsrichtlijnen.

Naast deze puur cognitieve verschillen zijn er ook de belanghebbende verschillen die een bron van onbetrouwbaarheid vormen. MDT-leden kunnen van elkaar verschillen omdat ze met de urgentiecodering iets anders willen bereiken, m.a.w. andere motieven hebben om een bepaalde urgentiecode toe te kennen. Deze verschillen ontstaan voornamelijk door de kloof tussen de theoretische implicaties van de urgentiecodes en de verwachtingen van de hulpverleners. Bijvoorbeeld als een hulpverlener verwacht dat in de praktijk hun cliënt langer zou moeten wachten dan aangegeven door de urgentiecode, dan kan hij/zij al dan niet een andere urgentiecode toekennen. Een ander voorbeeld is de verschillende manier waarop MDT-leden omgaan met het criterium *'instapbereidheid'*. Een laatst voorbeeld betreft het verschillend vertrouwen in het resultaat van urgentietoekenningen: *'Wat gebeurt er met mijn cliënt als ik UC x geef?'* Hoe lager dit vertrouwen is, hoe groter de kans dat MDT-leden zich zullen distantieëren van de toekenningsrichtlijnen en teruggrijpen naar heuristische of eigen beslissingsstrategieën.

Beperkingen van huidig onderzoek

Het onderzoek heeft een aantal beperkingen op het vlak van ecologische validiteit:

- 1) er werd in het onderzoek geen Pmh betrokken maar gebruik gemaakt van geschreven casussen. Dit zorgde ervoor dat het interactieproces van informatie-uitwisseling tussen een MDT-lid en het cliëntsysteem niet gevat werd. Dit werd ondervangen door de deelnemende MDT-leden te vragen of de beschrijvingen voldoende informatie bevatten om adequaat te kunnen oordelen.
- 2) de casussen werden individueel beoordeeld, daar waar MDT's een UC meestal toekennen na multidisciplinair overleg. Mogelijks leidt dit tot een onderschatting van de interscorebetrouwbaarheid maar dit hoeft niet zo te zijn: consensus binnen een specifiek MDT betekent niet dat er meer overeenkomsten zijn over de MDT's heen in Vlaanderen. Bovendien blijkt dat er in de praktijk niet altijd multidisciplinair wordt gewerkt.
- 3) de voorgelegde casussen bestreken verschillende doelgroepen (minderjarigen en meerderjarigen) en verschillende soorten verwijzende instanties. Dit is echter conform het feit dat de toekenningsrichtlijnen ook geen onderscheid maken tussen minderjarigen en meerderjarigen en de betrachting dezelfde toekenningsrichtlijnen te gebruiken voor elke doelgroep en soort verwijzende instantie.

Adviezen en implicaties voor de praktijk

Algemeen verhoogt het objectiveren van de toekenningsrichtlijnen voor urgentiecodes de interscorebetrouwbaarheid van urgentietoekenningen tussen MDT-leden niet. De vraag is hoe het protocolleren moet worden verbeterd om tot een grotere betrouwbaarheid te komen. De verbeteringen kunnen op verschillende niveaus worden bewerkstelligd.

Op het niveau van de uitvoeringsrichtlijnen zal er aandacht moeten besteed worden aan het uitklaren van de urgentiecodes enerzijds en toekenningsrichtlijnen anderzijds. Wij suggereren hierbij om de urgentiecodes zeer bevattelijk te omschrijven in termen van *'actieplannen'*. Met *'actieplannen'* wordt bedoeld dat de MDT-leden de onderliggende vragen van de zorgplanning concreet kunnen beantwoorden in termen van *'Pmh X heeft Y nodig binnen Z termijn'*. Een urgentiecode omschrijven in termen van een *'actie'* zou ervoor zorgen dat MDT-leden meer vertrouwen krijgen in het resultaat van de toegekende

urgentiecode waardoor ze minder geneigd zijn om gemotiveerd af te wijken van de toekenningsrichtlijnen. In huidig onderzoek leidde dat tot een lagere urgentie-inschatting. Belangrijk bij het uitklaren van de uitvoeringsrichtlijnen is dat dit in functie van de zorgvragen zou moeten gebeuren. Urgentie-inschattingen verschillen immers naargelang de zorgvraag zoals die wordt afgeleid uit de ondersteuningsbehoeften.

Bij het omschrijven van de urgentiecodes zijn termijnbepalingen noodzakelijk. MDT-leden gebruiken vaak termijnbepalingen om de zorgplanning te concretiseren. Immers het gebeuren van het toekennen van urgentiecodes aan zorgvragen gaat over de termijn waarbinnen ondersteuning of bijstand geboden dient te worden. Voor het verduidelijken van de toekenningsrichtlijnen kan gebruik worden gemaakt van de rapportering van MDT-leden uit onderzoeksfase twee (zie Bijlage 9 en 10).

De versies van protocollen voor urgentietoekenning zoals ontwikkeld voor het onderzoek zijn bruikbaar mits een aantal aanpassingen. De MDT-leden verwachten een verbetering en hebben hun inbreng gegeven over de toekenningsrichtlijnen (zie Bijlage 9 en 10). Dit kan op zijn beurt gebruikt worden om de toekenningprocedure meer af te stemmen op hun beoordelingsprocessen. In Bijlage 11 wordt een structureel voorbeeld gegeven van een beslissingsboom. Hierin wordt het professioneel oordeel van de MDT-leden gescheiden van het oordeel van het cliëntstelsel om de neutraliteit in het inschatten van geobjectiverde urgentiecode te behouden. Dit advies steunt op de vaststelling dat het criterium 'instapbereidheid' een terugkerend struikelblok is. Het is dus beter dit afzonderlijk te behandelen, los van de andere beslissingsprocessen die de MDT-leden doorlopen. Een andere mogelijkheid is het criterium 'instapbereidheid' te laten samenvallen met de subjectieve urgentiecode. Uit het onderzoek blijkt immers dat verschillende MDT-leden spontaan een subjectieve urgentiecode aanhalen als maat voor de instapbereidheid van de Pmh en/of cliëntstelsel. MDT-leden lijken de subjectieve urgentiecode meer als een logische aanvulling van de door hun toegekende geobjectiverde urgentiecode te zien dan 'instapbereidheid'.

Zoals aangegeven in de voorgestelde beslisboom (Bijlage 11) lijkt het ons beter de verantwoordelijkheid voor de uiteindelijke toekenning van een urgentiecode niet enkel te laten berusten bij de MDT's. Wij stellen voor om een onderscheid te maken tussen (A) het professioneel oordeel van de hulpverlener, (B) het oordeel van het cliëntstelsel, en (C) een integratie van beiden. MDT's zijn verantwoordelijk voor de informatieverzameling en het inschatten van de urgentie, maar de uiteindelijke toekenning van de urgentiecode (integratie van A en B) gebeurt elders.

Een laatst advies gaat over maatregelen die genomen kunnen worden om het vertrouwen bij MDT-leden in het systeem van urgentietoekenningen te vergroten zodat hun concrete verwachtingen meer samenvallen met de objectieve inhoud of implicaties van de urgentiecodes. Hiervoor hebben MDT-leden nood aan meer informatie en feedback over het resultaat van hun urgentietoekenningen. Feedback geven over de gevolgen van de door hen gegeven urgentiecode is van belang om een positievere attitude te bewerkstelligen tegenover urgentietoekenningen. Ook blijkt uit hun reacties op vroegere infosessies georganiseerd door het VAPH dat de aanvaarding van de toekenningsrichtlijnen en urgentiecodes hoger is wanneer inzicht wordt gegeven in de ontstaansgeschiedenis en maatschappelijke redenen van de uitvoeringsrichtlijnen.

Samengevat

1) Uitklaren van de urgentiecodes en toekenningsrichtlijnen

- Elke urgentiecode omschrijven in termen van acties (*Pmh X heeft Y nodig binnen Z termijn*)
- Verduidelijken van de urgentiecodes in functie van de zorgvraag

- Termijnen bepalen voor elke urgentiecode
- Verder specificeren van de toekenningsrichtlijnen

2) Uitklaren van het beslissingsproces om tot een urgentiecode te komen

- Bij de ontwikkeling van een beslisboom elke vraag en toekenningsrichtlijn expliciteren (zie Bijlage 11)
- Uit elkaar halen van het professioneel oordeel en het oordeel van het cliëntsysteem: het criterium instapbereidheid afzonderen of laten samenvallen met de subjectieve urgentiecode

3) Verdere maatregelen nemen om het vertrouwen in de 'actie' of resultaat van een toegekende urgentiecode bij MDT-leden te verhogen

Bijvoorbeeld: info- en oefensessies, feedback...

BIBLIOGRAFIE

- Berg, M., Horstman, K., Plass, S., & van Heusden M. (2000). Guidelines, professionals and the production of objectivity: standardisation and the professionalism of insurance medicine. *Sociology of Health & Illness*, 6, 765-791.
- Brace, N., Kemp, R., & Snelgar, R. (2003). *SPSS for Psychologist. A guide to data analysis using SPSS for Windows*. (second edition, revised and expanded). Hampshire: Palgrave MacMillan.
- Greenhalgh, J., Lang, A. F., Flynn, R., & Tyson, S. (2008). "It is hard to tell": The challengers of scoring patients on standardized outcome measures by multidisciplinary teams: a case study of neurorehabilitation. *BMC Health Services Research*, 8, 202-217.
- Meershoek, A., Krumeich, A., & Vos, R. (2007). Judging without criteria? Sickness certification in Dutch disability schemes. *Sociology of Health & Illness*, 4, 497-514.
- Nutters, D. (2006). De interne criticus en de hulpverlener. *Antenne*, juni, 31-37.
- Schreuder, F. (1991). *Handboek gegevens analyse met SPSS/PC+*. Schoonhoven: Academic Service.
- Swanborn, P.G. (1987). *Methoden van sociaal-wetenschappelijk onderzoek* (nieuwe editie). Boom: Meppel
- Witteveen, C. L. M. (2003). *De verbeelding van de diagnostiek*. Nijmegen: Janssen Print.

BIJLAGE 1: DE ONTWIKKELINGEN VAN DE TOEKENNINGSRICHTLIJNEN

De toekenningsrichtlijnen of criteria voor het toekennen van urgentiecodes zijn oorspronkelijk ontwikkeld en beschreven door het VAPH in de uitvoeringsrichtlijnen van de zorgregie¹.

De 1^{ste} kaders zijn de richtlijnen zoals beschreven door het VAPH. De 2^{de} kaders zijn de toekenningsrichtlijnen zoals gebruikt in onderzoeksfase één, en de 3^{de} kaders geven een overzicht van de herformuleringen van de toekenningsrichtlijnen voor onderzoeksfase twee.

UC 1

Beschrijving urgentiecode 1: hoogst urgent

*zorgvraag van een instapbereid persoon waarbij opname wordt gevraagd binnen 3 maand
Hoogst urgent, instapbereid, nood aan handicapspecifieke ondersteuning, vaak gevolg van een gebeurtenis,*

- *Onhoudbare situatie (vanuit de professionele inschatting)*
- *Ernstige gevolgen voor persoon zelf of zijn omgeving*



Code 1: hoogst urgent

- Persoon is instapbereid

EN

- Situatie is onhoudbaar en behoeft hoogst dringend handicapspecifieke ondersteuning.

EN

- Situatie kan ernstige gevolgen hebben voor persoon zelf en/of zijn omgeving.



Stap1:

- *Is de Pmh en/of cliëntsysteem instapbereid?*
- *De Pmh en/of cliëntsysteem uit GEEN exclusieve voorkeur voor een welbepaalde voorziening?*
- *Behoeft de huidige situatie handicapspecifieke ondersteuning?*
- *Is de huidige situatie NU onhoudbaar met risico op ernstige gevolgen voor de Pmh en/of zijn omgeving?*

¹ Voor de onderzoeksdoeleinden werd enkel rekening gehouden met de toekenningsrichtlijnen of criteria voor geobjectieerde urgentiecodes zonder inbegrip van de bestaande uitzonderingen en randvoorwaarden (migratie- en overgangsvragen, lijstpatiënten...). De criteria 'instapbereidheid' en 'exclusieve voorkeur' werden voor het onderzoek wel weerhouden omdat ze noties van 'urgentie' inhouden. Dit werd toegelicht in ...*Metho OZ fase-1*.

UC 2

Beschrijving urgentiecode 2: urgent

zorgvraag van een instapbereid persoon waarbij opname gevraagd binnen 12 maanden

Urgent, instapbereid, nood aan handicapspecifieke ondersteuning

Huidige situatie kan nog enkele maanden volgehouden worden, doch de gevraagde ondersteuning is dringend.



Code 2: urgent

- Persoon is instapbereid

EN

- Situatie behoeft dringend handicapspecifieke ondersteuning

MAAR

toch kan huidige situatie nog enkele maanden volgehouden worden.



Stap 2:

- Worden/werden er tussentijds andere ondersteuningsmogelijkheden aangesproken buiten het VAPH?*
- Kan er met zekerheid worden aangenomen dat de huidige situatie binnen 6 maanden onhoudbaar geworden is, met risico op ernstige gevolgen voor Pmh en/of de omgeving?*

UC 3

Beschrijving urgentiecode 3: matig urgent

Opname gevraagd binnen 2 jaar

De situatie is labiel en kan overgaan in "hoogst urgent" of "urgent"

Matig urgent, opname gewenst binnen 2 jaar

Actieve voorbereiding: aanvraag ticket, uitkijken naar een voorziening



Code 3: matig urgent

- Huidige situatie is labiel, maar niet onhoudbaar.

Kan wel plots overgaan in (hoogst) urgent.

- Situatie behoeft ondersteuning in nabije toekomst.

Actieve voorbereiding: PEC-ticket aanvragen, instappen wordt overwogen...



Stap 3

- Huidige ondersteuning is minstens nog 6 maanden houdbaar, maar niet langer dan 4 jaar OF kan op elk moment onhoudbaar worden?*
- De Pmh wenst zich NIET ENKEL te registreren op de CRZ maar zal (bijkomende) VAPH-ondersteuning binnen de 4 jaar aannemen?*
- Alle criteria van stap 3 werden met een 'ja' beantwoord EN er werd een exclusieve voorkeur geuit voor welbepaalde voorziening en geen ander?*

Beschrijving urgentiecode 4:

toekomstige opname, opname binnen vier jaar (> 4 jaar)

De huidige situatie is op halflange termijn niet houdbaar of bevredigend; er moet uitgekeken worden naar een geschikte(re) opvang/ondersteuning.

Actieve termijnvraag

Opname van personen met urgentiecode 4 is niet toegelaten



Code 4: toekomstige opname

Huidige situatie is op langere termijn niet houdbaar. Uitkijken naar geschikte opvang of ondersteuning over enkele jaren.

Actieve voorbereiding: PEC-ticket aanvragen



Stap 4:

- *Huidige situatie is nog 4 jaar houdbaar maar er is onzekerheid over de ondersteuning/opvang erna?*
- *Indien er een geschikte aanbod vrijkomt voor bijstand, zal het aanbod in overweging genomen worden?*
- *Alle criteria van stap 4 werden met een 'ja' beantwoord EN er werd een exclusieve voorkeur geuit voor welbepaalde voorziening en geen ander?*

UC 5

Beschrijving urgentiecode 5: passieve termijnvraag

niet urgent en persoon met een handicap zal niet ingaan op een geschikt aanbod

De persoon heeft geen actieve vraag. Hij wenst zich te registreren.



Code 5: passieve termijnvraag

Geen actieve vraag, enkel registratie.



Stap 5:

- *Pmh en/of cliëntsysteem wenst zich momenteel enkel te registreren?*

BIJLAGE 2:**Toekenningsrichtlijnen voor geobjectiveerde urgentiecodering**

Instapbereidheid = “indien er morgen een plaats vrijkomt voor opname, kan én zal de persoon instappen”. De persoon heeft zijn PEC-ticket aangevraagd en is bijvoorbeeld verschillende voorzieningen gaan bezoeken voor kennismaking.

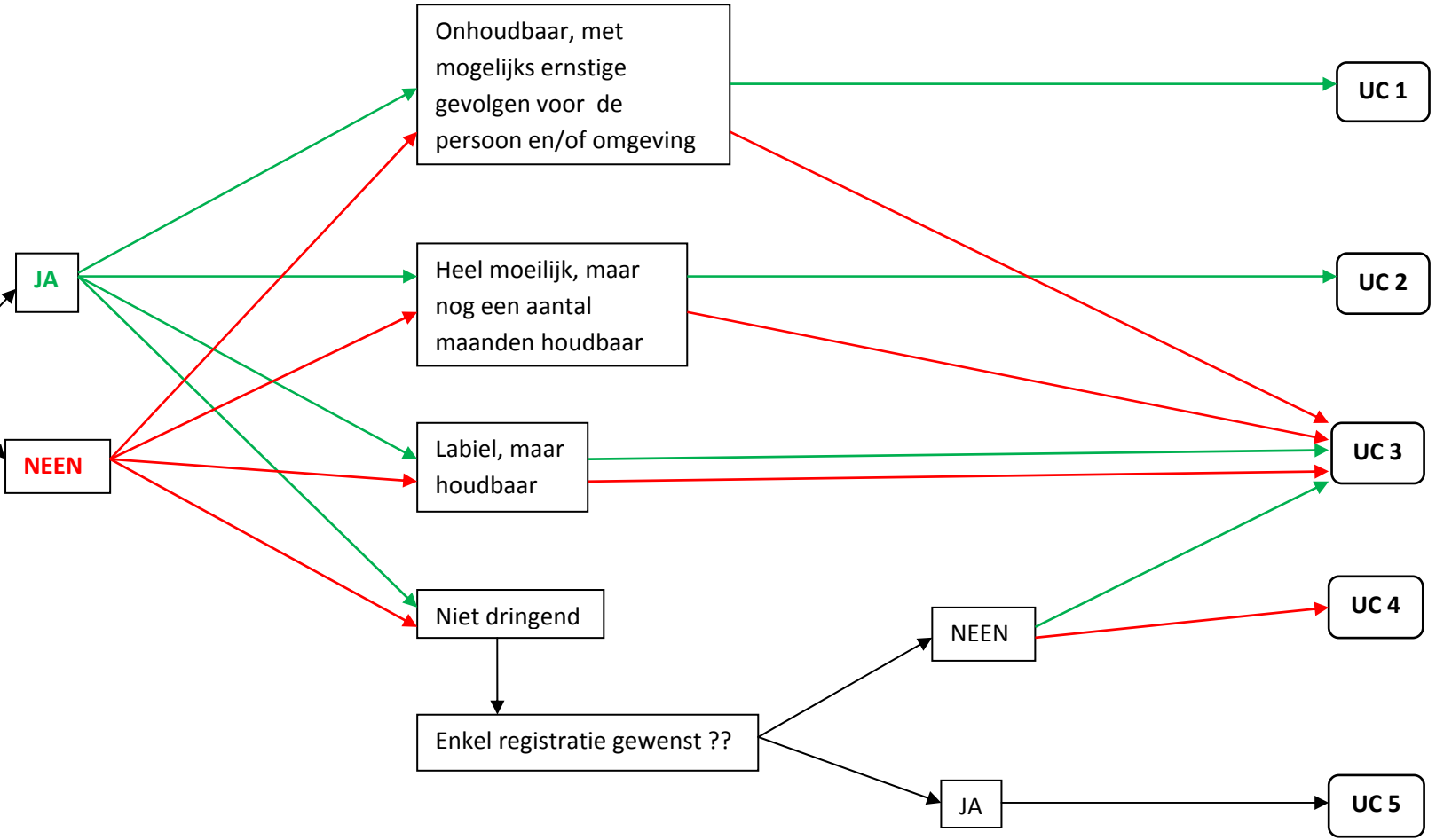
Instapbereidheid is niet hetzelfde als subjectieve urgentie !!

Objectieve Urgentiecode	Code 1: hoogst urgent	Code 2: urgent	Code 3: matig urgent	Code 4: toekomstige opname	Code 5: passieve termijnvraag
Criteria	- Persoon is <u>instapbereid</u> EN - Situatie is <u>onhoudbaar</u> en heeft hoogst dringend <u>handicapspecifieke</u> ondersteuning. EN - Situatie kan <u>ernstige gevolgen</u> hebben voor persoon zelf en/of zijn omgeving.	- Persoon is <u>instapbereid</u> EN - Situatie heeft <u>dringend</u> <u>handicapspecifieke</u> ondersteuning MAAR <u>toch</u> kan huidige situatie nog enkele maanden volgehouden worden.	- Huidige situatie is <u>labiel</u> , maar niet <u>onhoudbaar</u> . Kan wel plots overgaan in (hoogst) urgent. - Situatie heeft <u>ondersteuning in nabije toekomst</u> . Actieve voorbereiding: PEC-ticket aanvragen, instappen wordt overwogen...	Huidige situatie is op <u>langere termijn niet houdbaar</u> . Uitkijken naar geschikte opvang of <u>ondersteuning over enkele jaren</u> . Actieve voorbereiding: PEC-ticket aanvragen	Geen actieve vraag, <u>enkel registratie</u> .

Toekenningrichtlijnen voor urgentiecodering **zonder** randvoorwaarden en uitzonderingen

Dringendheid van huidige situatie ??

Instapbereid ??
"indien er morgen een plaats vrijkomt voor opname, kan én zal de persoon instappen".



BIJLAGE 3: Alle zinsdelen of woorden, die door meer dan 40% van de beoordelaars aangeduid werden.

Opsomming van de relevante factoren uit de casussen zoals aangeduid door de beoordelaars

Urgentiecode 1:

- 'Pmh wil echt niet meer thuis wonen'
- 'Pmh wordt niet meer in staat geacht om zelf te beslissen'
- 'Pmh heeft een groot verzorgingsbehoefte'
- 'Pmh is zwaarlijvig waarvoor hij/zij een dieet volgt'
- 'wegens onhandelbaar gedrag verbleef de Pmh onlangs 3 maanden in een psychiatrische instelling'
- 'twee jaar geleden ging de Pmh even in crisisopvang'
- 'Pmh zit in een rolstoel, heeft problemen met slikreflex, slaapt veel en heeft beginnende decubitusplekken'
- 'Pmh kan niet meer praten en heeft geen controle meer over haar spieren'
- 'Pmh heeft veel verzorging nodig dat een groot deel van de dag in beslag neemt'
- 'Pmh heeft een grote nood aan strakke omkadering en vaste gestructureerde dagindeling'
- 'Pmh heeft aanzienlijke cognitieve beperkingen ontwikkeld (MMSE = 16)'
- 'Pmh gaat fysiek sterk achteruit (met veel moeite stappen, krachtsverlies,...)'
- 'kind heeft een ontwikkelingsachterstand'
- 'Pmh geraakt soms in gevaarlijke situaties'
- 'Pmh heeft geen inzicht in de gevolgen van zijn daden'
- 'Pmh kan verbaal agressief zijn'
- 'Pmh is in staat oom geweld te gebruiken als hij/zij gefrustreerd is'
- 'Pmh heeft een depressieve stemming'
- 'Pmh heeft suïcidale gedachten'
- 'na een val bleef de Pmh daar uren liggen omdat hij/zij was niet onmiddellijk in staat om zelfstandig terug op te staan'
- 'Pmh is zelfdestructief'
- 'Pmh verloor alle controle over zichzelf'
- 'ouder zit met een depressie en heeft emotionele problemen door problematiek van kind'
- 'Pmh wordt thuis niet gewassen'
- 'moeder/ouder/verzorger heeft een alcoholprobleem'
- 'er is een zeer moeilijke relatie tussen de Pmh en zijn/haar moeder/ouder/verzorger'
- 'Pmh heeft geen familie meer'
- 'er is veel onwetendheid over de gezondheid en medische zorg dat de Pmh nodig heeft'

- 'de dienst beschikt niet over al het nodige materiaal om de Pmh een optimale zorg te verzekeren'
- 'de Pmh moet regelmatig gedraaid worden en luier laten verversen, maar dit wordt niet altijd gedaan'
- 'de thuissituatie ontspoorde volledig'
- 'de draagkracht van de ouders/verzorgers blijkt hiervoor onvoldoende te zijn'
- '...maar het extreem probleemgedrag bleef zich voordoen'
- 'de leefomstandigheden zijn erbarmelijk'
- 'verder zetten van reeds lopende ondersteuning'
- 'dringend nood aan gespecialiseerde pedagogische opvang thuis/opvoedingsondersteuning'/extra ontwikkelingsstimulatie'
- 'noodzakelijke verlenging van de hulpverlening'
- 'kind bij wie ASS werd vastgesteld, ouders vragen dringend bijstand'
- 'reguliere ondersteuning niet meer in staat Pmh verder te helpen'
- 'Pmh moet veranderen van werk wenst onder goede begeleiding te werken om zinvolle dagbezigheid te behouden'
- 'er is sprake van mishandeling tijdens de kinderjaren van de Pmh'
- 'syndroom van Down in combinatie met Alzheimer'
- 'in laatst stadium van de ziekte'

Urgentiecode 2:

- 'Pmh is zelf vragende partij voor de zorgvraag'
- 'ouders zijn vragende partij voor een opname'
- 'seksueel ontremd, waarvoor medicatie moet genomen worden'
- 'de Pmh heeft een behoefte aan voldoende stimulatie'
- 'Pmh stelt geregeld problemen tengevolge van zijn/haar psychisch handicap'
- 'de Pmh is steeds meer afhankelijk geworden'
- 'Pmh heeft een Gaf-score van 45: ernstige symptomen of beperkingen in het sociaal en beroepsmatig functioneren'
- 'op vlak van zelfzorg presteert de Pmh uitermate zwak'
- 'Pmh lijkt niet goed meer voor zichzelf te kunnen zorgen (verward en niet goed aanspreekbaar)'
- 'er is steeds een grote alertheid nodig voor de epileptische aanvallen'
- 'Pmh/kind heeft een ontwikkelingsachterstand opgelopen van 8 maanden tegenover leeftijdsgenoten'
- 'Pmh/kind is nog niet zindelijk'
- 'redzaamheid van Pmh is zwak tegenover leeftijdsgenoten'
- 'thuis stelt Pmh/kind ook soms moeilijk gedrag'
- 'structuur en consequente aanpak zijn sterk aangewezen voor Pmh'
- 'Pmh heeft een behoefte aan een intensievere opvang'
- 'Pmh heeft nood aan intensieve begeleiding op continue basis'

- 'in groep valt het onaangepast gedrag van de Pmh sterk op'
- 'Pmh heeft nood aan intensieve therapeutische en orthopedagogische begeleiding'
- 'behoefte aan handicapspecifieke ondersteuning is groot'
- 'moeder en zus van Pmh vinden meer toezicht op verzorging noodzakelijk'
- 'hygiëne is voor Pmh niet van belang'
- 'Pmh verloor alle impulsbeheersing'
- 'Pmh loopt risico's om thuis te vallen'
- 'verzorgers vrezen dat de Pmh grote moeilijkheden zal ondervinden'
- 'het pedagogisch klimaat is zwak'
- 'er is enkel aandacht voor de primaire behoeftes'
- 'er is geen zinvolle invulling van de Pmh zijn/haar vrije tijd'
- 'verzorgers willen minder verantwoordelijkheid opnemen over de zorg van de Pmh'
- 'Pmh krijgt revalidatie maar dit stopt eind het schooljaar'
- 'cliëntsysteem woont ondertussen met 4 generaties samen'
- 'verzorgers geeft aan dat de situatie op lange termijn niet houdbaar is'
- 'thuisverpleging vindt de zware situatie nogal ongehoord'
- 'Pmh leeft onder armoedige omstandigheden'
- 'Pmh heeft geen familie meer'
- 'Pmh probeert zoveel mogelijk zelfstandig te zijn'
- 'verzorgers heeft geen familie of mantelzorg die kan helpen bij de zorg over de Pmh'
- 'huidige ondersteuning boekt onvoldoende vooruitgang'
- 'zorg voor de betrokken komt steeds meer in gedrang'
- 'de draagkracht van de ouder/verzorgers wordt momenteel sterk bevraagd'
- 'Pmh heeft behoefte aan specifieke ondersteuning'
- 'de handicap van de Pmh is groot'
- 'Pmh krijgt nu ambulante revalidatie, maar dit blijkt niet te volstaan'
- 'huidige ondersteuning boekt onvoldoende vooruitgang'
- 'het huis van Pmh is een puinhoop'
- 'huidige voorziening vraagt Pmh over te plaatsen naar instelling die beter op zijn toestand is voorzien'
- 'ouders panikereren over kind met handicap'
- 'Pmh wil met vriend in een voorziening wonen maar kan nog thuis terecht'
- 'daarbovenop (de licht mentale handicap) heeft de Pmh ADHD en een reactieve hechtingsstoornis met kans op borderline persoonlijkheidsstreken'
- 'Pmh heeft een meervoudige handicap ten gevolge van een hersenletsel'
- 'ouders vrezen dat hij in de toekomst groten moeilijkheden zal ondervinden'

Urgentiecode 3:

- 'Pmh heeft bijkomende motorische beperkingen (motorisch B)'

- 'verzorgers hebben geen realistische kijk op het niveau van functioneren van de Pmh'
- 'over de jaren heen besteden de verzorgers/ouders steeds minder aandacht aan de zorg'
- 'thuis zal de Pmh niet de gepaste zorg krijgen'
- 'er zijn veel conflicten tussen de Pmh en verzorgers'
- 'Pmh wordt momenteel voltijds opgevangen (in een dagcentrum)'
- 'inmiddels volgt kind/Pmh bijzonder kleuteronderwijs (type 7)'
- 'Pmh werd doorverwezen naar een revalidatiecentrum'
- 'wekelijks is er thuisbegeleiding voorzien'
- 'Pmh krijgt momenteel ambulante revalidatie'
- 'ouders/verzorgers voelen zich sterk betrokken'
- 'Pmh woont momenteel begeleid'
- 'Pmh gaat driemaal per week naar een revalidatiecentrum'
- 'Pmh woont bij ouder thuis en stelt een vraag in functie van de toekomst'
- 'Pmh woont bij ouder en vraagt naar de toekomst maar niet op lange termijn'
- 'vrouw van Pmh vraagt om op korte termijn opvang voor haar man'
- 'Pmh gaat naar dagcentrum waarbij een opname op termijn noodzakelijk is'

Urgentiecode 4:

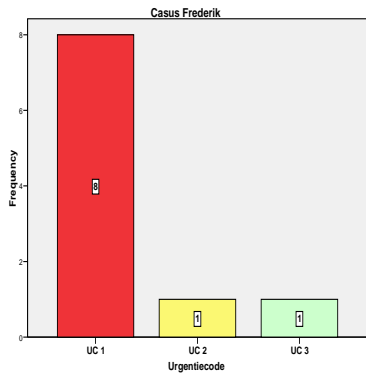
- 'er is een (zindelijkheid)training opgestart'
- 'momenteel heeft Pmh dagopvang en stelt een niet dringende vraag naar latere opvang als ouder thuis wegvalt'
- 'Pmh gaat naar een dagcentrum en vraagt naar latere toekomst'

Urgentiecode 5

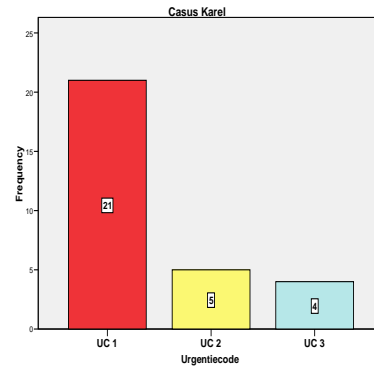
- 'Pmh denkt geen hulp nodig te hebben'
- 'enige bemoeienis wordt door Pmh duidelijk afgewezen'

BIJLAGE 4: CASUS ANALYSE: Overzicht van de grafieken onderzoeksfase 1

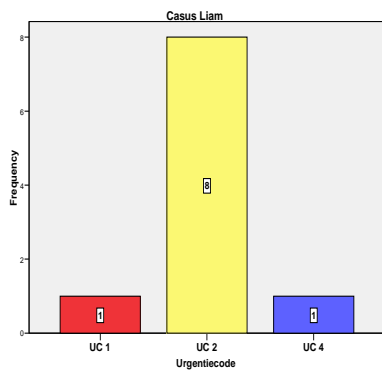
Frederik: modus = UC 1, met een uniformiteit² van max. 80%



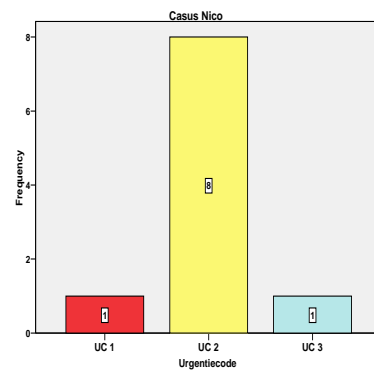
Karel: modus = UC 1, met een uniformiteit van max. 70%



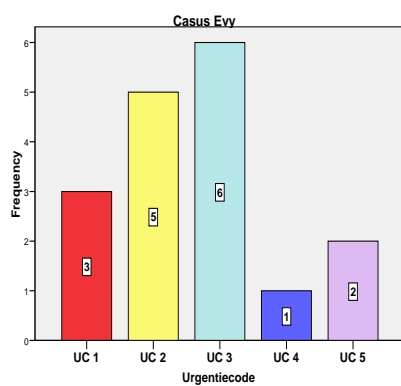
Liam: modus = UC 2, met een uniformiteit van max. 80%



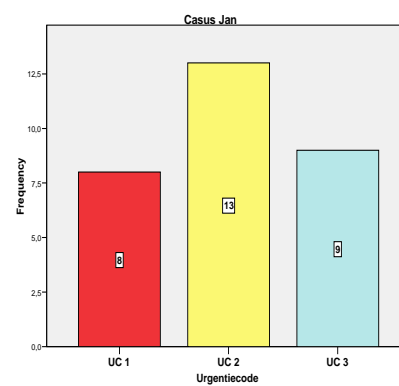
Nico: modus = UC 2, met een uniformiteit van max. 80%



Evy: modus = UC 3, met een uniformiteit van max. 35.3%

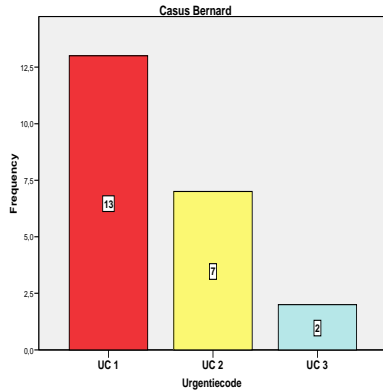


Jan: modus 2, met een uniformiteit van max. 43.3%

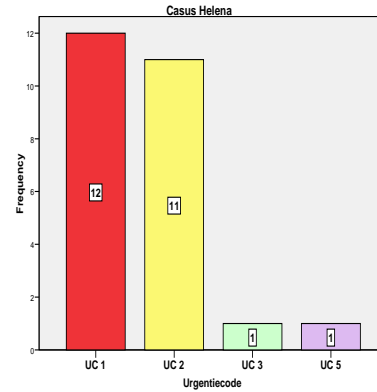


² Hoe groter de maximum uniformiteitswaarde, hoe meer beoordelaars eenzelfde UC hebben toegekend.

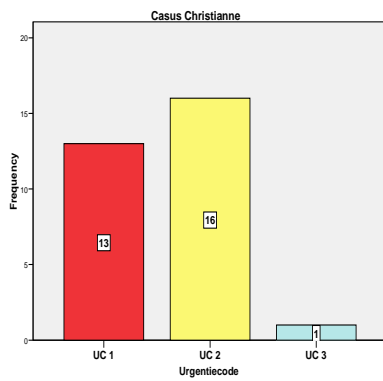
Bernard: modus = UC 1, met een uniformiteit van max. 59.1%



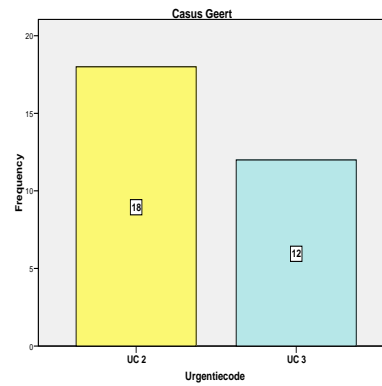
Helena: modus = UC 1, met een uniformiteit van max. 48%



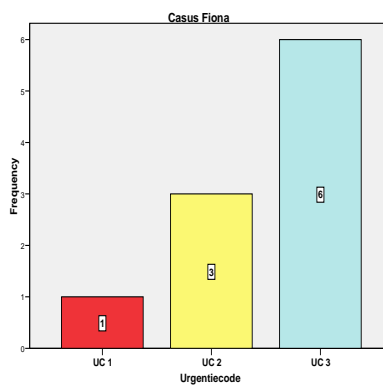
Christianne: modus = UC 2, met een uniformiteit van max. 53.3%



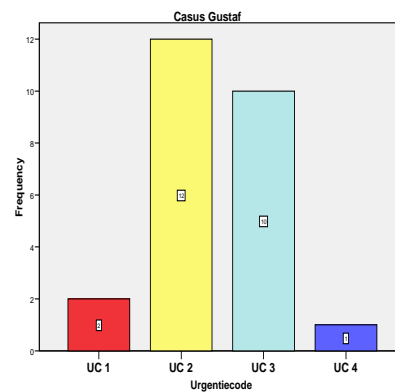
Geert: modus = UC 2, met een uniformiteit van max. 60%



Fiona: modus = UC 3, met een uniformiteit van max. 60%



Gustaf: modus = UC 2, met een uniformiteit van max. 48%



Het minimum uniformiteit is 3.33%, en maximum 80%. Het gemiddelde maximum uniformiteitswaarde over de 12 casussen bedraagt 59.75%.

BIJLAGE 5: INHOUDELIJKE FEEDBACK VAN MDT's TIJDENS ONDERZOEKSFASE 1

1. De termijnbepalingen voor de verschillende UC's gebruiken vele MDT-leden als houvast voor de toekenning. Eveneens omdat er rekening gehouden wordt met de soms lange wachtlijsten/wachttijden. Sommige beoordelaars zijn hierbij dan geneigd om sneller een UC 1 of UC 2 toe te kennen om toch enige zekerheid te hebben dat de zorgvraag (snel) beantwoord wordt. Anderen menen dat de UC 1 en UC 2 kwalitatief te dicht bij elkaar staan, indien er geen termijn wordt gehanteerd. Dus het termijn zou voor sommigen hiertussen een verschil maken.
2. De soort of keuze van de zorgvraag heeft een invloed op de toekenning van een UC. Bijvoorbeeld: thuisbegeleiding is een lichtere ondersteuning dan een opname in het semi-internaat, dus wordt deze zorgvraag ook dringender, en krijgen die meestal een hogere UC!
3. Er heerst veel onduidelijkheden rond het criterium 'instapbereidheid', vooral als de betrokkene en het cliëntsysteem een andere visie of motivatie hebben. Bij het toekennen van een geobjectiveerde urgentiecode wordt door de MDT's veelal weinig rekening gehouden met de instapbereidheid van het cliëntsysteem. Velen vinden het ook moeilijk om een geobjectiveerde UC toe te kennen als er geen duidelijkheid is over de instapbereidheid, of bij het aanvragen van een eerste zorgvraag. Bv *"instapbereidheid is niet steeds sociaal verdedigbaar", "de vraag van de ouders is sterk bepalend wanneer de opname van start gaat"...* Vooral indien het om minderjarigen (verlengd minderjarigen, handelingsonbekwaamheid...) gaat, is de onduidelijk wiens instapbereidheid wordt verwacht? Vanaf welke leeftijd wordt de vraag van het kind evenwaardig als deze van de ouders? Valt de instapbereidheid van zorgvragen bij minderjarigen terug op de instapbereidheid van de ouders? Voorbeelden: *'autistisch kind is weigerachtig voor een opname, volwassene heeft geen ziekte-inzicht en wil niet opgenomen worden... maar de familieleden willen wel de zorgvraag zo vlug mogelijk beantwoord zien'.* Verder hebben verschillende beoordelaars (MDT-leden) 'slechts' een UC 3 gegeven omdat ze onvoldoende zekerheid hadden over de instapbereidheid, of er geen instapbereidheid was. Anders zouden ze een UC 1 of UC 2 toegekend hebben. Sommigen zijn zelfs tegen het criteria van *'enkel UC1 en UC2 indien instapbereidheid aanwezig is'.*
4. De kloof tussen huidige ondersteuning en ondersteuningsbehoefte beïnvloedt de urgentietoekenning. Het gegeven dat een Pmh op het moment van het stellen van een zorgvraag toch reeds ondersteuning heeft speelt voor verschillende beoordelaar een belangrijke rol bij twijfel tussen UC 1 en UC 2: *"indien opvang/ondersteuning reeds aanwezig is, wordt meestal voor een UC 2 gekozen, ook al is de huidige ondersteuning minder gepast of niet optimaal".* Dit wordt getoetst tegenover de behoefte aan handicapspecifieke.
5. Hoewel de MDT-leden voor de beoordeling van de casussen geen moesten rekening houden met de uitzonderingen en randvoorwaarden van de bestaande toekenningsrichtlijnen, blijken die slechts weinig gekend te zijn. De meesten kennen de termen *'migratie- en overgangsvragen, lijstpatiënten...'*, maar kennen de procedures/criteria niet voor de toekenning van een urgentiecode.
6. Velen merken (van anderen en zichzelf) de subjectiviteit bij het interpreteren van zowel de situatie van de Pmh en als bij het volgens van de toekenningsrichtlijnen. Zelf de omschrijving

van de feiten zoals de het gebruik van termen zoals 'draagkracht', 'onhoudbaar' is feitelijk subjectief.

7. Uit de bevroegde MDT's blijkt dat de werking tot het toekennen van UC's sterk kan verschillen van MDT tot MDT. Een kleinere groep van beoordeelaars kennen UC's toe na gezamenlijk teamoverleg "om het individueel gevoel te objectiveren, anders is er gevaar voor subjectiviteit". Andere MDT's doen het meer individueel, want zij krijgen bijvoorbeeld het dossier toegekend of kennen de persoon het best (contactpersoon).
8. Er werd een voorstel gedaan om de code 4 en 5 samen te nemen, en dus te werken met enkel 4 verschillende UC's ipv 5. Dit omdat een UC 5 zelden toegekend wordt.
9. Velen stellen zich de vraag hoe de overgang van 'oudere naar nieuwere UC's' gebeurt? Want verschillende MDT-leden merken dat de medewerkers van bepaalde instellingen 'voorkeursbehandelingen' geven en dus in ieder geval enkel UC 1 of UC 2 toekennen aan een gekende Pmh, "anders maken hun cliënt geen kans op opname". Andersom merken sommigen dat eens de betrokkene opgenomen is, die ook moeilijk weggeraakt naar bijvoorbeeld een andere instelling. "Ze moeten bijna eerst op straat worden gezet vooraleer ze opnieuw UC1 mogen krijgen".
10. Er zijn veel vragen over hoe het organiseren van contactpersonen en de opvolging van UC's. Sommige MDT's hebben reeds voorgenomen om deze taak niet op zich te nemen.

De belangrijkste te weerhouden vaststellingen

- 1) De termijnbepalingen voor de verschillende UC's worden door vele MDT-leden als houvast gebruikt bij de toekenning van een urgentiecode.
- 2) De soort of keuze van de zorgvraag heeft een invloed op de toekenning van een UC.
- 3) Er wordt door de MDT's veelal weinig rekening gehouden met het criterium 'instapbereidheid' omdat hierover veel onduidelijkheden bestaan bij MDT's.
- 4) De kloof tussen huidige ondersteuning en ondersteuningsbehoefte gebruiken sommige MDT-leden als richtlijn voor de urgentietoekenning.
- 5) De uitzonderingen en randvoorwaarden van de bestaande toekenningsrichtlijnen blijken door veel MDT-leden slechts weinig gekend te zijn.
- 6) De aanwezigheid van subjectiviteit bij het interpreteren van zowel de situatie van de Pmh als bij het volgen van de toekenningsrichtlijnen.
- 7) Van de bevroegde MDT's blijkt dat de procedure, die gevolgd wordt voor het toekennen van urgentiecodes sterk kan verschillen tussen MDT's.

BIJLAGE 6:

(V1) Toekenningsrichtlijnen voor Geobjectiveerde Urgentiecodes

Vóór de inschatting van de urgentie van een zorgvraag, dienen zich 3 vragen te worden gesteld, die relevant zijn om de context en de dringendheid van de zorgvraag te verhelderen:

- 1) Door **wie** wordt de zorgvraag gesteld?
- 2) Wat is de **initiële** zorgvraag?
- 3) Waarom wordt de zorgvraag **nu** gesteld?

Volg de onderstaande stappen en beantwoord de vragen één voor één tot u op een urgentiecode uitkomt. Indien u onzeker bent over het antwoord op een van de vragen kunt u de inhoudelijke bijlage raadplegen voor verheldering en voorbeelden, of kiest u voor een 'NEEN'-antwoord. Bij het stellen van meerdere zorgvragen moeten voor elke zorgvraag de stappen doorlopen worden.

Stap 1:

Is de Pmh en/of cliëntsysteem instapbereid?

De Pmh en/of cliëntsysteem uit GEEN exclusieve voorkeur voor een welbepaalde voorziening?

Behoeft de huidige situatie handicapspecifieke ondersteuning?

Is de huidige situatie NU onhoudbaar met risico op ernstige gevolgen voor de Pmh en/of zijn omgeving?

JA	NEEN
	Ga naar stap 3
	Ga naar stap 3
	Ga naar stap 3
	Ga naar stap 2
UC 1	



Stap 2:

Worden/werden er tussentijds andere ondersteuningsmogelijkheden aangesproken buiten het VAPH?

Kan er met zekerheid worden aangenomen dat de huidige situatie binnen 6 maanden onhoudbaar geworden is, met risico op ernstige gevolgen voor Pmh en/of de omgeving?

JA	NEEN
	Ga naar stap 3
	Ga naar stap 3
UC 2	



Stap 3:

Huidige ondersteuning is minstens nog 6 maanden houdbaar, maar niet langer dan 4 jaar OF kan op elk moment onhoudbaar worden?

De Pmh wenst zich NIET ENKEL te registreren op de CRZ maar zal (bijkomende) VAPH-ondersteuning binnen de 4 jaar aannemen?

Alle criteria van stap 3 werden met een 'ja' beantwoord EN er werd een exclusieve voorkeur geuit voor welbepaalde voorziening en geen ander?

JA	NEEN
	Ga naar stap 4
	Ga naar stap 4
UC 3	
UC 3	Ga naar stap 4



Stap 4:

Huidige situatie is nog 4 jaar houdbaar maar er is onzekerheid over de ondersteuning/opvang erna?

Indien er een geschikt aanbod vrijkomt voor bijstand, zal het aanbod in overweging genomen worden?

Alle criteria van stap 4 werden met een 'ja' beantwoord EN er werd een exclusieve voorkeur geuit voor welbepaalde voorziening en geen ander?

JA	NEEN
	Ga naar stap 5
	Ga naar stap 5
UC 4	
UC 4	Ga naar stap 5



Stap 5:

Pmh en/of cliëntsysteem wenst zich momenteel enkel te registreren?

JA	NEEN
	UC-1?
UC 5	



Toegekende urgentiecode voor:

- voor zorgvraag = UC ...
- voor zorgvraag = UC ...
- voor zorgvraag = UC ...

Bent u het eens met de toekenning van de urgentiecode?

Indien niet, welke urgentiecode had u los van de richtlijnen ingeschat en waarom?

.....
.....

(V2) Toekenningsrichtlijnen voor Geobjectiverde Urgentiecodes

Vóór de inschatting van de urgentie van een zorgvraag, dienen zich 3 vragen te worden gesteld, die relevant zijn om de context en de dringendheid van de zorgvraag te verhelderen:

- 1) Door **wie** wordt de zorgvraag gesteld?
- 2) Wat is de **initiële** zorgvraag?
- 3) Waarom wordt de zorgvraag **nu** gesteld?

Volg de onderstaande stappen en beantwoord de vragen één voor één tot u op een urgentiecode uitkomt. Indien u onzeker bent over het antwoord op een van de vragen kunt u de inhoudelijke bijlage raadplegen voor verheldering en voorbeelden, of kiest u voor een 'NEEN'-antwoord. Bij het stellen van meerdere zorgvragen moet voor elke zorgvraag de stappen doorlopen worden.

Stap 1:

Is de Pmh en/of cliëntsysteem instapbereid?

De Pmh en/of cliëntsysteem uit GEEN exclusieve voorkeur voor een welbepaalde voorziening?

Behoeft de huidige situatie handicapspecifieke ondersteuning?

Is de huidige situatie NU onhoudbaar met risico op ernstige gevolgen voor de Pmh en/of zijn omgeving?

JA	NEEN
	Ga naar stap 3
	Ga naar stap 3
	Ga naar stap 3
	Ga naar stap 2
UC 1: Actuele vraag tijdens crisisperiode	



Stap 2:

Worden/werden er tussentijds andere ondersteuningsmogelijkheden aangesproken buiten het VAPH?

Kan er met zekerheid worden aangenomen dat de huidige situatie binnen 6 maanden onhoudbaar geworden is, met risico op ernstige gevolgen voor Pmh en/of de omgeving?

JA	NEEN
	Ga naar stap 3
	Ga naar stap 3
UC 1: Actuele vraag met crisis binnen de 4 à 6 maanden.	



Stap 3:

Huidige ondersteuning is minstens nog 6 maanden houdbaar, maar niet langer dan 4 jaar OF kan op elk moment onhoudbaar worden?

De Pmh wenst zich NIET ENKEL te registreren op de CRZ maar zal (bijkomende) VAPH-ondersteuning binnen de 4 jaar aannemen?

Alle criteria van stap 3 werden met een 'ja' beantwoord EN er werd een exclusieve voorkeur geuit voor welbepaalde voorziening en geen ander?

Stap 4:

Huidige situatie is nog 4 jaar houdbaar maar er is onzekerheid over de ondersteuning/opvang erna?

Indien er een geschikt aanbod vrijkomt voor bijstand, zal het aanbod in overweging genomen worden?

Alle criteria van stap 4 werden met een 'ja' beantwoord EN er werd een exclusieve voorkeur geuit voor welbepaalde voorziening en geen ander?

Stap 5:

Pmh en/of cliëntensysteem wenst zich momenteel enkel te registreren?

JA	NEEN
	Ga naar stap 4
	Ga naar stap 4



UC 1: actuele vraag voor vermijden van toekomstige crisis	
UC 3	Ga naar stap 4

JA	NEEN
	Ga naar stap 5
	Ga naar stap 5



UC 4	
UC 4	Ga naar stap 5

JA	NEEN
	UC-1?
UC 5	

Toegekende urgentiecode voor:

- voor zorgvraag = UC
- voor zorgvraag = UC

Bent u het eens met de toekenning van de urgentiecode?

Indien niet, welke urgentiecode had u los van de richtlijnen ingeschat en waarom?

.....
.....

BIJLAGE 7:

Bijlage met uitleg over de richtlijnen bij het toekennen van urgentiecodes.

Deze bijlage is het inhoudelijk luik met uitleg over de toekenningsrichtlijnen voor het toekennen van urgentiecodes. Om tot een betrouwbare en kwaliteitsvolle urgentiecode te komen, moet er minimale noodzakelijke informatie beschikbaar zijn over de huidige situatie van de zorgvrager. Indien de vragen niet eenduidig beantwoord kunnen worden, dient er meer informatie verzameld te worden of krijgt de zorgvraag voorlopig de code **UC -1** ('urgentie niet gekend') toegekend.

Door wie wordt de zorgvraag gesteld?

Deze vraag is relevant omdat het zicht kan geven op de achterliggende motivering van de persoon die de gevraagde ondersteuning als aanbevolen of noodzakelijk acht. De zorgvraag kan geuit worden door de Pmh zelf, het cliëntsysteem (familie of mantelzorg van de Pmh), huidige hulpverlening/voorziening, de contactpersoon en een MDT. Zo kan het gebeuren dat een hulpverlener de huidige ondersteuning van de Pmh of cliëntsysteem als inadequaats acht en een nieuw ondersteuningaanbod voorstelt dat door de betrokkenen overgenomen wordt. Omgekeerd kan de Pmh en/of cliëntsysteem zelf een behoefte hebben aan (meer) ondersteuning en zelf het initiatief neemt om een zorgvraag over te brengen naar een MDT of contactpersoon.

Wat is de initiële zorgvraag?

De initiële zorgvraag is de vraag waarmee de Pmh zich tot de aanmeldende contactinstantie (MDT, voorziening, contactpersoon...) heeft gewend. De initiële zorgvraag kan niet steeds vertaald worden in een beschikbaar zorgaanbod, maar wordt beschreven aan de hand van behoeften. Meestal kan een onderscheid worden gemaakt tussen enerzijds dagbestedingen en woonprofielen, en anderzijds tussen voltijdse of deeltijdse bijstand.

Voorbeelden: nood aan zinvolle vrijetijdsbesteding, zoeken naar arbeidsgerichte activiteiten, behoefte aan integrale gespecialiseerde voorziening met aangepaste infrastructuur, vraag naar toezicht over persoonlijke hygiëne, nood aan begeleiding bij zelfstandig wonen, hulp nodig bij administratieve en financiële aangelegenheden, nood aan zwaardere (voltijdse) ondersteuning....

Waarom wordt de zorgvraag nu gesteld?

Deze vraag kan leiden tot doorslaggevende informatie over de huidige situatie/ondersteuning dat leidt tot het stellen van een (bijkomende) zorgvraag. Doch is het meestal een samenloop van omstandigheden dat ervoor zorgt dat er een ondersteuningsbehoefte geuit wordt.

Voorbeelden: de zorgvraag wordt nu gesteld omdat...

- ... huidige ondersteuning binnenkort stopt/gestopt is, en verlengd moet worden.
- ... de handicap er op achteruitgaat (vb. degeneratieve ziekten) en bijkomende zorg heeft.
- ... de handicap net verworven is (vb. postaccidenteel) en de persoon sinds kort zorg heeft.
- ... huidige ondersteuning (vb. mantelzorg) kan de zorg niet meer adequaat vervullen.
- ...er zijn aanwijzingen dat de huidige situatie verslechtert en dat moet in alle gevallen vermeden worden.
- ... seizoensgebonden vragen voor opname in een (semi-)internaat

Wat is 'instapbereidheid'?

Het antwoord op dit criterium is tweedelig:

- Het aanvragen van een PEC-ticket: de Pmh moet van het Provinciaal Evaluatiecommissie een erkenning krijgen voor de gestelde zorgvraag. Dit gegeven is niet steeds onmiddellijk kenbaar wanneer de zorgvraag net werd gesteld. In de meeste gevallen is het voldoende om te weten dat de Pmh en/of cliëntstelsel op eigen initiatief stappen zet tot het bekomen van een PEC-ticket om het criterium van 'instapbereid' te gronden.
- De eigenlijke instapbereidheid wordt nagegaan aan de hand van het antwoord van de zorgvrager op de vraag:

'Indien er morgen een plaats vrijkomt voor opname in een voorziening, of iemand van de dienst (thuis)begeleiding voor de deur staat, zal u of zullen jullie ingaan op de aangeboden ondersteuning?'

In het geval van (verlengd) minderjarigen met een handicap moeten ouders 'instapbereid' zijn voor het kind. In geval dat de Pmh handelingsonbekwaam is, is het de wettelijke vertegenwoordiger dat de beslissingen in handen heeft (= ouders van (verlengd) minderjarigen met een handicap, en/of vertegenwoordigde cliëntstelsel van Pmh, of van handelingsbekwame Pmh)

Wat is een exclusieve voorkeur?

Indien de zorgvrager een voorkeur uit voor uitsluitend één welbepaalde voorziening en onder geen beding naar een andere voorziening wil, dan spreekt men van een exclusieve voorkeur waarbij men hoogstens een UC 3 mag toekennen aan de zorgvraag. Het beleid acht het stellen van een zeer urgente vraag (UC 1 of UC 2) en een exclusieve voorkeur voor één voorziening als tegenstrijdig. Wel belangrijk is zich steeds af te vragen waarom de zorgvrager een exclusieve voorkeur uit. Wanneer de zorgvrager echter omwille van zijn profiel (o.a. handicap, leeftijd, regio...) slechts in één enkele voorziening terecht kan, wordt dit **niet** beschouwd als een vraag met exclusieve voorkeur. Verder kan de zorgvrager ook een voorkeur uiten voor een bepaalde voorziening zonder uitsluiting van andere voorzieningen. In dit geval zal de zorgvrager een aanbod van een andere voorziening aanvaarden indien er in de gekozen voorziening geen plaats is.

Wat is handicapspecifieke ondersteuningbehoefte?

Een behoefte aan zorg/opvang/ondersteuning dat rechtstreeks of onrechtstreeks het gevolg is van de handicap. Een voorbeeld van een onrechtstreekse ondersteuningsbehoefte is een vraag naar thuisbegeleiding van ouders zodanig zij zelf thuis de zorg over hun kind kunnen opbouwen/volhouden.

Een behoefte aan bijstand door problemen, die niet rechtstreeks gerelateerd zijn aan de handicap, worden niet als handicapspecifieke ondersteuningsnoden aanzien. Bijvoorbeeld: problemen door leeftijdsadequate ontwikkeling van kinderen (vb. peuter- of pubergedrag), cognitieve of fysieke ouderdomsverschijnselen (vb. vergeetachtigheid en verminderde mobiliteit) of een verslavingsproblematiek.

Hoe moet men 'onhoudbaar' interpreteren?

In het kort hergeformuleerd betekent het dat een:

- negatieve situatie niet mag voortgezet worden (*maatschappelijk verantwoordelijkheid*)

- positieve situatie niet kan voortgezet worden (*zorgcontinuïteit*)

Wat behoudt het criterium 'risico op ernstige gevolgen voor de Pmh en/of zijn omgeving'?

- *Indien dringend geen bijstand wordt geboden aan het kind met een handicap komt de lichamelijke, psychische of sociale integratie in de samenleving ernstig in gevaar.*
- *Psychische gevolgen zoals het ontwikkelen van een depressie of medicatieproblematiek of ontwikkelen van negatieve ouder-kind/verzorger-Pmh relatie (verwaarlozing, risico tot mishandeling...).*
- *De situatie houdt het risico in dat Pmh geweld gebruikt tegenover anderen, of zichzelf schade berokkent.*
- *Een gelijkaardige situatie heeft in het verleden geleid tot een crisisopname in psychiatrische instelling, logeer- en/of kortverblijf, familie,...*
- *De situatie kan leiden tot ernstige implicaties op financieel, materieel of maatschappelijk vlak.*

Wat met het criterium 'werden er tussentijds andere ondersteuningsmogelijkheden aangesproken buiten het VAPH'?

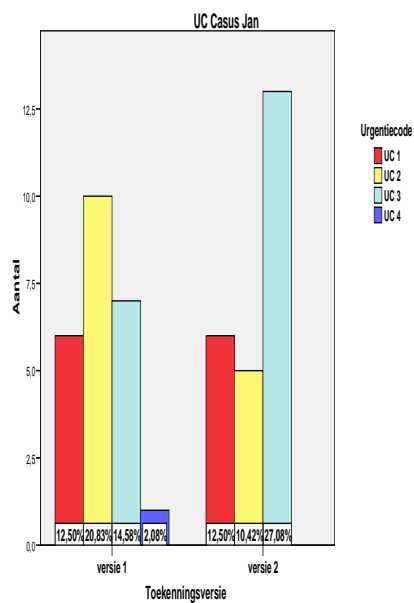
Werden er in de periode tussen de ontwikkeling van een (bijkomende/initiële) ondersteuningsbehoefte en het effectief registreren van de zorgvraag andere ondersteuningsmogelijkheden aangesproken. Hetzelfde geldt als er in afwachting van de invulling van de gestelde zorgvraag niet anders kan dan beroep doen op andere ondersteuningsmogelijkheden. De aangesproken ondersteuningmogelijkheden zijn voorlopige alternatieven van bijstand buiten het VAPH waardoor verder gezocht wordt naar ondersteuning.

Voorbeelden: *inschakeling van familie, bijstand van thuiszorgdiensten, tussentijdse (crisis)opnames in kortverblijf/logeerdagen/psychiatrische instelling/rust- en verzorgingstehuizen, aanvullende tijdelijke hulpverlening vanuit de huidige voorziening...*

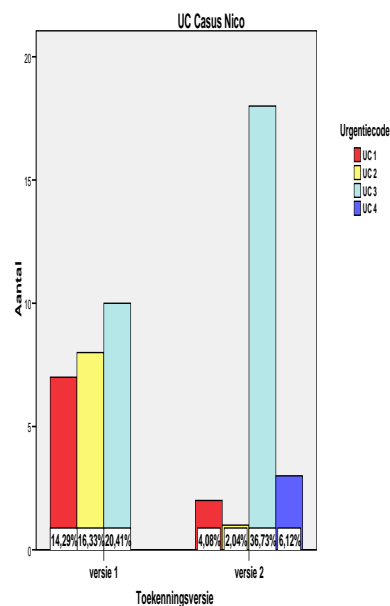
BIJLAGE 8: OVERZICHT VAN DE GRAFIEKEN ONDERZOEKSFASE 2

Oude casussen

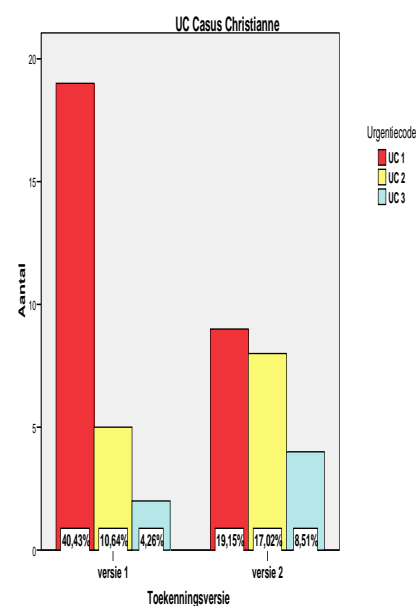
Niet sign. ($p = .194$)



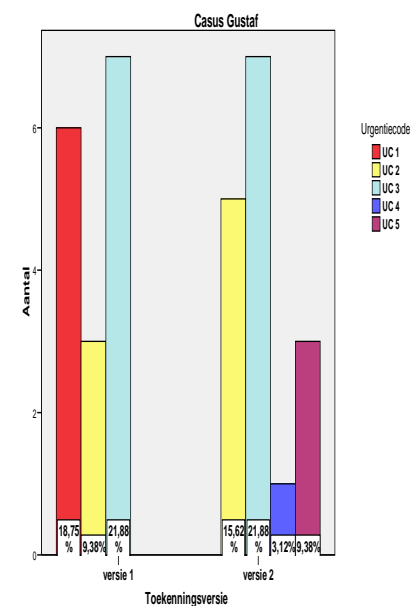
Sign. ($p = .003$)



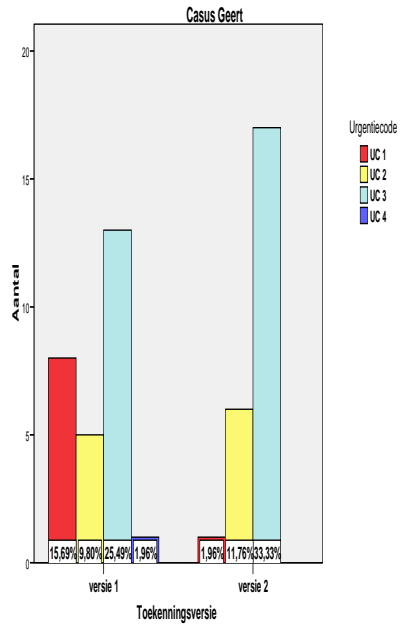
Niet sign. ($p = .122$)



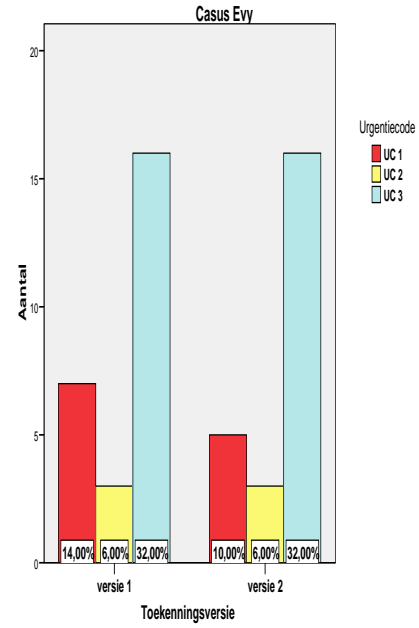
Sign. ($p = .018$)



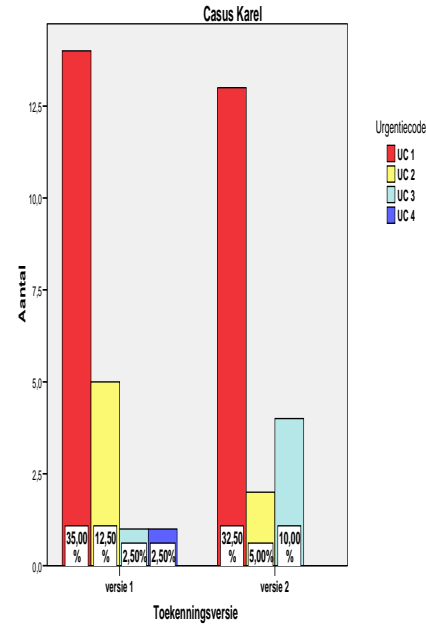
Subsign. ($p = .051$)



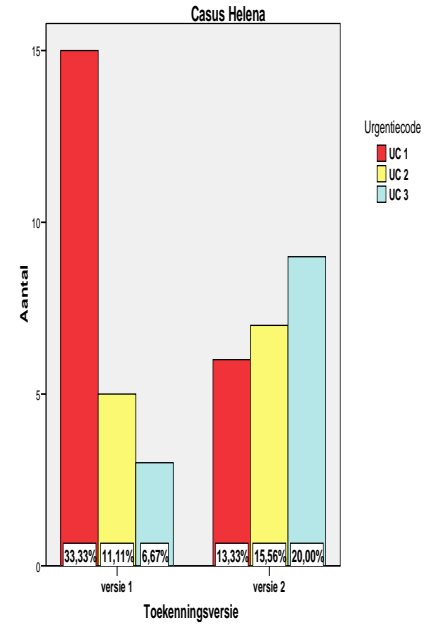
Niet sign. ($p = .914$)



Niet sign. ($p = .257$)

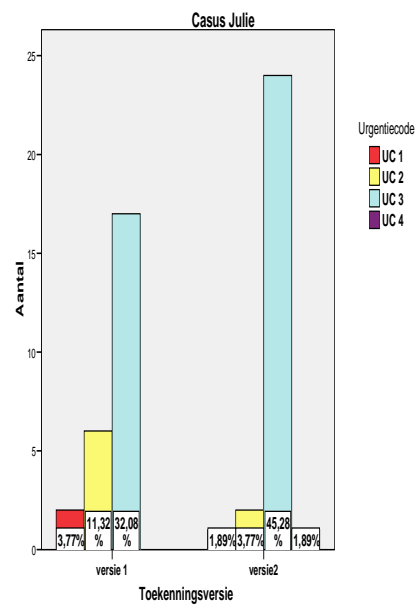


Sign. ($p = .028$)

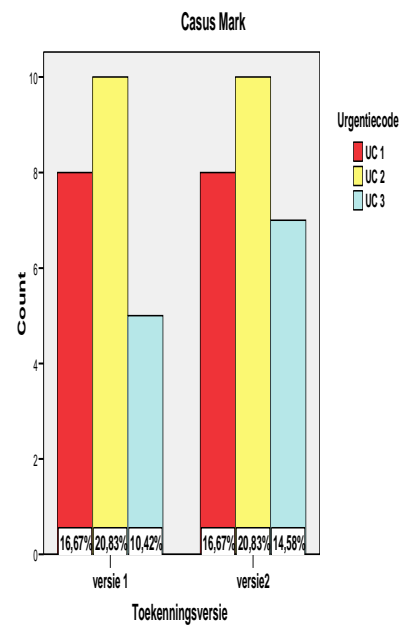


Nieuwe Casussen

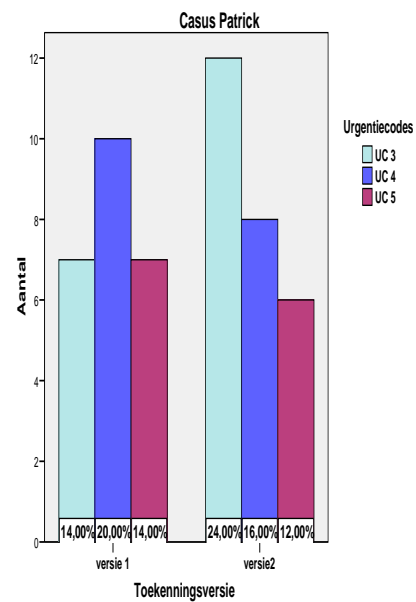
Niet sign. ($p = .18$)



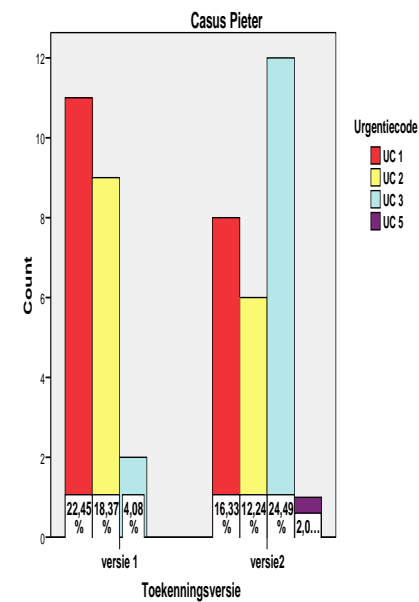
Niet sign. ($p = .881$)



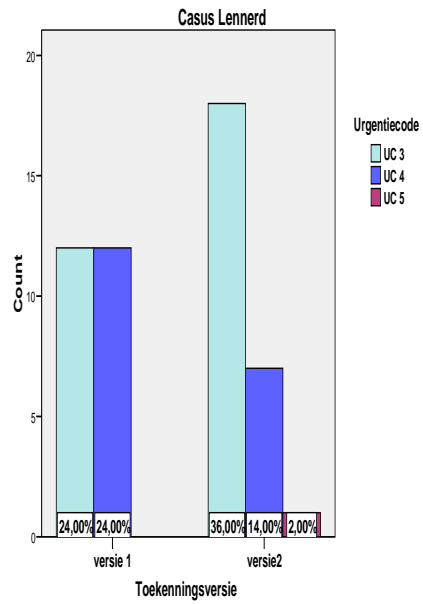
Niet sign. ($p = .464$)



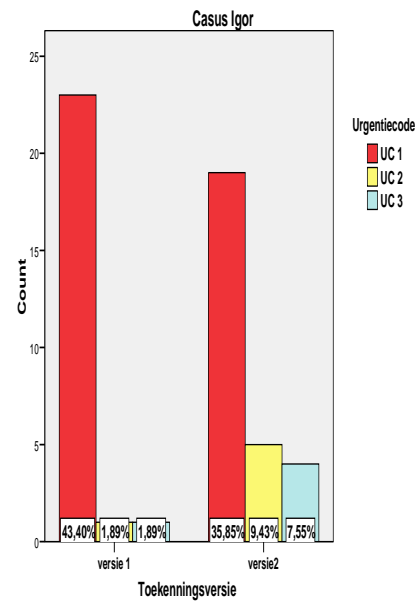
Sign. ($p = .019$)



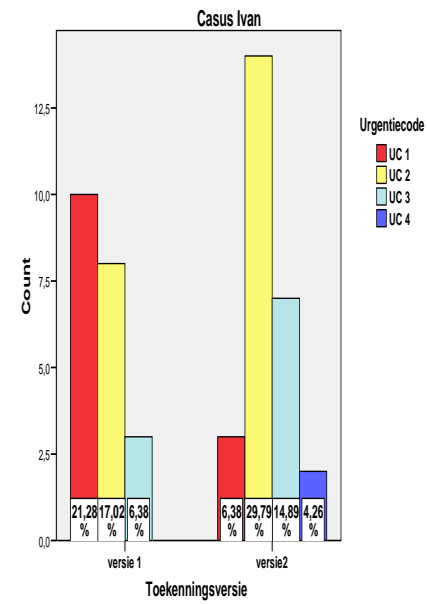
Niet sign. ($p = .145$)



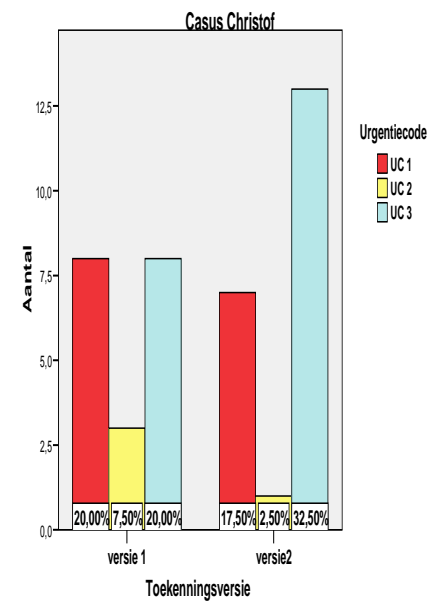
Niet sign. ($p = .111$)



Sign. ($p = .027$)



Niet sign. ($p = 0.303$)



BIJLAGE 9: FEEDBACK VAN DE MDT-LEDEN OVER DE GEHANTEERDE TOEKENNINGSVERSIE

Aan het eind van de vragenlijst werd de beoordelaars hun mening gevraagd over de gehanteerde toekenningsrichtlijnen. Zij konden kiezen (Y) tussen een 'positieve, negatieve, geen of een andere mening' en kun keuze eventueel te motiveren.

De uitspraken van de beoordelaars worden hieronder weergegeven voor elke versie van de toekenningsrichtlijnen.

VERSIE 1

'Positieve meningen'

- Y *deze richtlijnen eenduidiger zijn*
- Y *systematisch en overzichtelijk.*
- Y *dit systeem meer mogelijkheden biedt aan het MDT om objectiever tot een UC te komen, doch het is blijkbaar niet steeds volledig toepasbaar*
- Y *het zijn de 1ste richtlijnen die we krijgen. Ik vermoed dat er nog aan gewerkt zal worden, maar het is in ieder geval een stap in de goede richting*
- Y *kan een hulp zijn*
- Y
- Y *dit schema houvast biedt*
- Y *dit schema echt wel houvast biedt in het toekennen van een UC*
- Y *handig om mee te werken. Het geeft ook meer zekerheid en houvast*
- Y *Handig werkinstrument, alleen nog loskomen van ons vorig instrument ! Geeft een houvast tijdens het bepalen.*
- Y *Ik vind het een zeer handig instrument. Ik vind het wel moeilijk om het risico op ernstige gevolgen voor de Pmh of zijn omgeving duidelijk in te schatten*
- Y *de richtlijnen zijn een goede leidraad tot het toekennen van de codes*
- Y *er dringend nood is aan eenvormige handleidingwel bedenkingen over de vraagstelling stap 1 uiten van geen exclusieve voorkeur gaf in eerste instantie verwarring door negatie voor exclusieve voorkeur*
- Y *Heel bruikbaar instrument!*
- Y
- Y *goed hanteerbare leidraad ,met meestel juiste inschatting !*
- Y *De verschillende stappen zijn handig, maar sommige criteria zijn moeilijk in te schatten. Soms moeilijk te beoordelen hoelang een situatie nog houdbaar is*
- Y *De bijgestuurde documenten zijn overzichtelijk en handig in gebruik. Ze geven een beter houvast bij de toekenning van de UC's.*
- Y *Makkelijker om de toekenning te doen, maar in sommige zorgsituaties moet er echt duidelijkheid zijn omtrent instapbereidheid, exclusieve voorkeur. Verdere bevraging steeds noodzakelijk....*
- Y
- Y
- Y *het een houvast biedt.*
- Y *stappenplan is concreet en is een hulpmiddel om tot een beslissing te komen*
- Y

- Y *makkelijker is om tot een objectieve uc te komen*
- Y *concrete stappen zodat anderen eenzelfde UC inschatten*

26/52

'Negatieve mening'

- Y *Toekenningsrichtlijnen zijn onduidelijk.*
- Y *Vraagstelling is niet altijd duidelijk vb. vraag 2 bij stap 1. zou beter zijn: is er voorkeur voor een welbepaalde voorziening....Wij hadden de indruk dat wij vaak op code 3 uitkwamen terwijl wij het gevoeld hadden dat het code 2diende te zijn*
- Y *men iets probeert in cijfers te gieten dat niet meetbaar is. Hoe ernstig is een situatie- Hoe dringend is een vraag- Hoe onhoudbaar is een situatie- Het inschatten van potentieel gevaar als er niets gebeurd is niet altijd gemakkelijk. In dit systeem worden mensen die op hun tanden bijten en zo lang mogelijk zelf voor hun kind willen zorgen (maar dit niet altijd meer aankunnen door overvraging) in de steek gelaten want zij zullen altijd zeer lang moeten wachten op hulp. De mensen die het hardst roepen dat ze hulp nodig hebben (hoe objectief zijn wij echt- We weten allemaal dat deze personen snel geholpen worden) krijgen hulp.*
- Y *Ik blijf het zeer moeilijk vinden om een urgentiecode toe te kennen aan een zorgvraag. Aangezien een zorgvraag vaak multifactorieel, dynamisch en altijd subjectief blijft. Inschatting door hulpverleners versus beleving/inschatting ouders/patiënt. Ik ga ervan uit dat een kind, in volle ontwikkeling, altijd recht heeft op optimale ontwikkelingskansen (enkele maanden,jaren wachten op aangepast hulp vind ik maatschappelijk onverantwoord omdat het een serieuze hypotheek legt op de toekomst voor het kind, zijn gezin en de samenleving).Vandaag steeds UC 1 uitzonderlijk 2. Volgens mij gaat er veel te veel energie naar het zoeken naar een meetinstrument voor iets dat in wezen onmeetbaar is ipv middelen en energie in daadwerkelijke hulp.*
- Y *Omwille van het subjectieve karakter en soms het onvermogen van Pmh en/of cliëntensysteem om de handicap en de noodzaak tot ondersteuning correct in te schatten.*
- Y *persoon zonder gebruik van VAPH ondersteuning, kan nooit UC2 krijgen*

6/52

'Geen expliciete mening'

- Y
- Y
- Y
- Y *Ik hou reeds rekening met instapbereidheid en exclusieve voorkeur bij het toekennen van urgentiecodes*
- Y *Positief: de toekenningsrichtlijnen helpen ongetwijfeld om de gerechtvaardigde doelstellingen van het VAPH op het vlak van zorgregie te verwezenlijken. Anderzijds is het voor mij zo dat de casussen reeds impliciet stellingnames vertegenwoordigen, die ik niet kan delen. M.a.w mijn kijk op de dingen stelt de probleemstellingen in een ander daglicht, wat automatisch leidt tot een ander 'handelen', een kwestie van ethiek dus (en per definitie van referentiekader). Tegenover de uniformiserende tendensen aanwezig in het werkveld positioneert zich alleszins de creatieve vruchtbaarheid van het verschil, en gelukkig maar...*
- Y

Y *Moeilijk omdat in veel cases is de situatie reeds onhoudbaar maar men kan moeilijk iedereen een uc1 geven.*

Y

Y *af en toe nog twijfel over de interpretatie. vooral tussen code 2 en 3*

Y

Y

11/52

'Andere mening'

gemengd: risico op ernstige gevolgen voor de PMH of zijn omgeving blijft moeilijk in te schatten, wanneer zijn dingen echt ernstig-, hangt van persoon af hoe de situatie aangevoeld wordt

dubbel gevoel: Bij sommige casussen heb ik een dubbel gevoel. Soms is een UC 2 nodig volgens de richtlijnen, maar vind ik een UC 1 meer aangewezen om de ontplooiingskansen van betrokkene optimaal te stimuleren of de naaste omgeving te ontlasten van zorg alvorens een onophoudbare situatie zich voordoet

voorstel: eerste vraag van stap 2 verplaatsen naar stap 1

VERSIE 2

'Positieve mening'

Y *het ons wat oefent en doet nadenken*

Y *dit zorgt voor meer objectiviteit*

Y *doet ons nadenken over hoe handelen concrete casussen*

Y *Positief, ik mis enkel UC 2, waarom een opsplitsing UC 1-*

Y *het de toekenning objectiever maakt en makkelijker voor het personeel*

Y *Het is positief om deze richtlijnen hebben, het is een eerste leidraad en reeds duidelijker dan vroeger.*

Y

Y *Het toekennen van de UC-en verloopt meer gesystematiseerd en via de beslisboom is dit ook eenvoudiger. Op deze manier wordt het denkproces goed voorgestructureerd. Wel ontstaat soms nog verwarring rond de gebruikte terminologie of de vraagvorm. Eens wordt de vraag positief geformuleerd en een andere keer negatief wat verwarring met zich meebrengt. Ook lijkt de formulering "kan op elk moment onhoudbaar worden..." in bijna elke situatie toepasbaar.*

Y *komt overeen met aanvankelijke inschatting. Vlotte flow chart is praktisch in gebruik.*

Y

Y *er zit een systematiek in maar nog iets te onduidelijk*

11/56

'Negatieve mening'

- Y *Het blijft toch nog vaag en beetje subjectief.*
- Y *aflopen van de stappen niet altijd duidelijk (reeds score vooropgesteld in gedachten waarvan moeilijk af te wijken), ook vaak geen zicht op de al dan niet exclusieve voorkeur*
- Y *Voor mij was het vooral nog vaak twijfelen wanneer een crisissituatie NU onhoudbaar was of binnen een paar maanden.*
- Y *Het is niet altijd duidelijk of je nu ja of nee moet antwoorden op een vraag. Als alle stellingen affirmatief worden geformuleerd, zou het misschien duidelijker zijn.*
- Y *stappenplan ons begeleidt om een urgentiecode te kiezen. Het probleem dat ik ervaren heb, is wel dat ik geen keuze had om urgentiecode 2 te kiezen.*
- Y
- Y *onvoldoende omschrijving bij de begrippen zoals 'onhoudbare' situatie*
- Y
- Y *er zit een systematiek in maar nog iets te onduidelijk*

9/56

'Geen expliciete mening'

- Y *nog veel oefening nodig*
- Y
- Y *als Pmh niet instapbereid is, gaat men over naar stap 3. ok voor subj code, maar voor obj code kan een UC 1 dringende vraag wel noodzakelijk zijn.*
- Y *het schema vormt een handig overzicht maar de vragen zijn nog niet helemaal correct afgesteld. Vooral de bijkomende vraag bij stap 3 zorgt voor verwarring. Ook het ontbreken van UC is onduidelijk.*
- Y
- Y
- Y *ik heb het gevoel steeds op zelfde antwoord uit te komen*
- Y *Op sommige vragen is geen eenduidig antwoord mogelijk, waar door het niet helemaal duidelijk is naar welke stap moet worden overgeschakeld.*

Y

Y

10/56

'Andere mening'

- Ik heb nog een vraag. Wat is er gebeurd met UC 2- Is het de bedoeling dat deze wegvalt- veel UC 1 aangezien er geen UC 2 is*
- bedenking Positief over de stapsgewijze werkwijze. Ik denk dat er toch nog wat concrete oefening, automatisme nodig is om het door iedereen vlot te laten invullen*
- veel UC 1 aangezien er geen UC 2 is*

BIJLAGE 10: RAPPORTAGES VAN DE DEELNEMENDE MDT-LEDEN

Onderstaand overzicht van uitspraken zijn de rapportages van de deelnemende MDT-leden voor elke casus van onderzoeksfase 2, zowel voor Versie 1 als Versie 2 van de toekenningsrichtlijnen. De rapportages betreffen:

- Ervaren moeilijkheden met het inschatten van een UC adhv de toekenningsrichtlijnen
- Het hebben van voldoende informatie om een UC in te schatten
- Het toekennen van een UC los van de toekenningsrichtlijnen

Bedenkingen oude casussen

Casus Jan

VERSIE 1

a. Moeilijkheden bij de toekenningsrichtlijnen:

De vraag of Jan daadwerkelijk instapbereid is-- of Jan en familie een exclusieve voorkeur hebben voor een welbepaald dagcentrum-

Hoe onhoudbaar is de situatie thuis- Dit lijkt me een potentieel onhoudbare situatie binnen de 6 maanden dus UC 2 maar de draagkracht van mensen is moeilijk in te schatten op papier.

stap 2: Geen zekerheid, wel vermoeden dat situatie binnen 6 maanden onhoudbaar wordt

b. Meer informatie nodig over:

Onhoudbaarheid huidige situatie moet dieper bevraagd worden bij broer en schoonzus. Volgens verpleegster niet meer houdbaar maar voor de familie is er misschien tijd nodig om deze zorg over te dragen en is het verwerkingsproces nog maar net op gang gekomen

Wij weten niets over de instapbereidheid van betrokkene

Situatie houdbaar- subjectief

Meer achtergrondinformatie omtrent welbevinden van Jan binnen de huidige context van leven-- Zijn wensen en behoeften- Om deze te kunnen plaatsen tov de vraag van andere gezinsleden.

Hoe onhoudbaar is de situatie- Hoe lang zien de mensen dit nog zitten- Willen zij op wat langere termijn een oplossing of onmiddellijk-

Houdbaarheid van de huidige situatie

Visie andere gezinsleden. De verpleegkundige geeft aan: "ze vindt deze zware situatie nogal ongehoord: er ontstaan spanningen tussen de gezinsleden omdat ze zo dicht op elkaar leven", maar wat is het gevoel van de overige gezinsleden.

VERSIE 2

a. Moeilijkheden bij de toekenningsrichtlijnen:

Wat bedoelt met niet langer volhouden op 'lange termijn'. is dit 6m, 1jaar of nog langer.

Ik twijfelde of de UC 1 een actuele vraag tijdens crisis is of een crisis binnen 4 à 6 maanden. Ik vind dit onduidelijk in de vragenlijst.

Te weinig gegevens over hoe de broer en zijn vrouw deze situatie aanvoelen en hoe ze zelf iets wilden veranderen te weinig zicht op de houding van de broer en zijn vrouw

b. Urgentiecode los van de toekenningsrichtlijnen:

In het licht van de vroegere criteria vinden wij een UC1 heel zwaar. Wij merken echter op dat in de aangepaste richtlijnen geen sprake meer is van UC2, maar er een differentiatie voorzien is binnen UC1. Als dit de nieuwe criteria zijn, dan kunnen wij dit wel volgen.

Ik had toch nog urgentiecode 1 gekozen maar of de situatie echt op het ontploffen staat binnen de 6 maanden kan je niet inschatten. Ik had eerst UC 1 gekozen ivv het vermijden van toekomstige crisis

Casus Nico

VERSIE 1

a. Moeilijkheden bij de toekenningsrichtlijnen:

Stap 4 niet te beantwoorden

Huidige ondersteuningsvorm en reeds aangesproken ondersteuningsvormen

Instapbereidheid van ouders (naar haalbaarheid voor instap in semi-internaat naar plaats, uren, ...)

b. Meer informatie nodig over:

Opvang MPI valt best samen met de ingang van een schooljaar wanneer wordt deze vraag gesteld indien dit op het einde van het schooljaar is dan is dit dringender

Toestand houdbaar- Gesprek met ouders noodzakelijk

De thuissituatie ,de draagkracht van het gezin tov Nico

- Huidig onderwijstype- we halen de hoogdringendheid en de houdbaarheid van de huidige situatie er niet duidelijk uit, zelfs niet mits de nieuwe toekenningsrichtlijnen

Welke ondersteuning is er op dit moment aanwezig binnen het gezin- Is er thuisbegeleiding- Gaat hij naar een gewone school-

Huidige ondersteuningsvorm: welke reeds werden aangesproken, welke vormen onder het VAPH vallen, instapbereidheid van ouders verder uitklaren: welke ondersteuning zij noodzakelijk achten, in hoeverre zij bereid zijn om advies van het revalidatiecentrum te volgen, welke mogelijkheden zij zelf al overwogen hebben

Hoe zien de ouders dit - Kunnen ze het thuis nog dragen - is het dringend -

Wat hebben zij reeds gekregen van ondersteuning- welke vraag naast semi internaat is ook geëxploreerd geweest- welke ondersteuning kunnen de ouders al of niet geven- hebben zij een sociaal netwerk-

Wat is de expliciete reden dat de revalidatie vraagt voor opname semi internaat- welke objectieve feiten maken dat de ouders hier positief op reageren (naast hun grote betrokkenheid). Welke ontwikkelingskansen krijgt hij mogelijks meer bij semi internaat- Waar voelt de revalidatie zich tekort schieten-

c. Urgentiecode los van de toekenningsrichtlijnen:

Bij UC 3 zeer ruime inschatting gaande van 6 maanden tot 4 jaar tot op elk moment -

UC 1 aangezien het gaat over een kind met een ontwikkelingsstoornis met een duidelijke nood aan ontwikkelingsondersteuning. En de reeds ingeschakelde hulp blijkt onvoldoende.

UC3 gezien de problematiek van Nico is het van belang om niet teveel tijd verloren te laten gaan, zeker niet langer dan 2 jaar!

Afhankelijk wat meer info brengt

VERSIE 2

a. Meer informatie nodig over:

Heeft men voorkeur voor welbepaalde voorziening- (ifv praktische regeling-)

Ik wist niet wat ik moest antwoorden op: Worden er tussentijds andere ondersteuningsmogelijkheden aangesproken buiten het VAPH-

Volgt de jongen reeds een vorm van buitengewoon onderwijs- Dit gegeven kan zeker een invloed hebben op het inschatten van het risico. De term "met zekerheid" vinden wij moeilijk hanteerbaar. Wanneer is men 100% zeker dat iets binnen de 6 maanden onhoudbaar is geworden- Misschien zou het duidelijker zijn door te werken met de terminologie "met grote mate van zekerheid"....

Hoe wordt de urgentie door de ouders ervaren- Hoe zwaar weegt het gedrag van Nico op het gezin, en op broer/zus-

Is dit een schoolgaande jongen -Welke voorzieningen zijn er in de huidige schoolcontext- Urgentiecode 1, liever had ik het instapmoment verkort tot "niet langer dan 1 of 2 jaar"

Casus Christianne

VERSIE 1

a. Meer informatie nodig over:

Instapbereidheid?

Toestand houdbaar- Subjectief. Hoe lang kan deze situatie blijven duren-

Instapbereidheid: welke persoon kan deze beslissing nemen in het geval van mevrouw Christianne- hoe ziet de cliënt dit - is er een akkoord –

b. Urgentiecode los van de toekenningsrichtlijnen:

UC 1 Christianne heeft recht op zorg op maat, dit kan de huidige zorgvorm niet meer bieden. Dit is geen tijdelijke maar degeneratieve aandoening. Tevens is de extra zorg voor Christianne gaat ten koste van de zorg voor de andere bewoners. Hoe ernstig moeten de gevolgen zijn - Menselijk/wenselijk -

Bedenking: onduidelijkheid over bereidheid om in te stappen. Kan zij zelf beslissingen nemen, is er een bewindvoerder-

VERSIE 2

a. Moeilijkheden bij de toekenningsrichtlijnen:

Stap 1 handicapspecifiek

Is de wettelijk vertegenwoordiger instapbereid- Is er exclusieve voorkeur-

Alle administratieve formaliteiten zijn reeds een tijd in orde en ze wachten op een plaats...Is dit dan niet al geregeld

b. Meer informatie nodig over:

Wat wenst de Pmh zelf - is ze nog handelingsbekwaam - hoe erg dement is ze - kan ze nog mee beslissen -

Instapbereidheid en exclusieve voorkeur

Speelt plaats voorziening een rol- Huidige begeleiding is inderdaad té beperkt, maar geen sprake van echt ernstig gevaar gezien begeleiding (hoewel deze dus wel beter kan)

c. Urgentiecode los van de toekenningsrichtlijnen:

Indien er instapbereidheid is en geen exclusieve voorkeur zou ik uc 1 hebben toegekend ook UC1 maar actuele vraag met crisis binnen 4 a 6 maanden akkoord met urgentiecode 1 maar twijfel tussen 'tijdens crisis' en 'binnen 4 à 6 maanden' te meer omdat er verwezen werd naar een andere hulpverleningsdienst (nl die thuiszorg) Onduidelijke casus voor mij.

Casus Gustaf

VERSIE 1

a. Moeilijkheden bij de toekenningsrichtlijnen:

Instapbereidheid - geen informatie

- de instapbereid van de Pmh en/of cliëntstelsysteem is niet geweten-- het is ook niet geweten of er een exclusieve voorkeur is voor een welbepaalde voorziening

Er is geen info over de eventuele zorgvraag van de ouders voor Gustaf. Over de instapbereidheid.

De instapbereidheid van Pmh en/of cliëntstelsysteem

stap 1 eerste vraag: instapbereidheid van cliënt-

stap 2-binnen 6 maanden onhoudbaar-

Ik weet niet of er instapbereidheid is van de Pmh of cliëntstelsysteem.

- instapbereidheid van cliënt/cliëntstelsysteem- houdbaarheid huidige situatie

Vanaf stap 2 in de knoei: 'worden/werden er tussentijds andere ondersteuningsmogelijkheden aangesproken buiten het VAPH-' niet geweten en indien nee, dan verleeft men onmiddellijk naar Stap Stap 3 waarom-bij stap 3 eveneens rara combinatie; 'de PMH wenst zich niet enkel te reg. op CRZ MAAR zal VAPH ondersteuning binnen de 4 jaar aannemen'...hoe kunnen we dat nu al weten, hoe zal de evolutie zijn in de loop van deze 4 jaar met deze jongeman- Indien nee, dan direct naar stap 4....ook hier, als je het niet goed weet, dan schuif je door naar stap 5 en eindig je op UC-1 of UC5.....terwijl deze situatie wel zorgwekkend is, en vanaf stap 2 loopt het mis, omdat er bv nog geen andere ondersteuningsmogelijkheden aangesproken zijn buiten het VAPH...

b. Meer informatie nodig over:

Heb niet echt zekerheid over instapbereidheid cl en oudersom naadloze overgang zorg te krijgen

te weinig informatie tot de bron van behoefte/wat laat Pmh blijken - professionele thuiszorgmogelijkheden/wie de vraag stelt is onduidelijk

Welbevinden van Gustaf in het gezin- concretere bevraging naar ouders toe rond haalbaarheid ruimere zorg voor hun zoon-- hun eigen visie op tijdsinvulling voor Gustaf

Er is geen info over de eventuele zorgvraag van de ouders voor Gustaf. Over de instapbereidheid.

Kan een meerderjarige persoon met ernstige handicap hierover beslissen of is hij verlengd minderjarig en zijn de ouders verantwoordelijk voor hem- Wij zijn van mening dat we zouden proberen de ouders te overtuigen om ineens ook tehuis niet werkenden aan te vragen.

Instapbereidheid van cliëntstelsysteem; onduidelijk wat Pmh en/of ouders wensen

Instapbereidheid en wordt de Pmh als handelingsbekwaam of niet.

Wat denken de ouders-

- instapbereidheid cliënt/cliëntstelsysteem- houdbaarheid huidige situatie

Wat wil hij zelf-

Instapbereidheid: zowel van Gustaf als van zijn ouders onhoudbaarheid situatie: op welke gebieden kunnen de ouders nog ondersteuning bieden; op welke vlakken wensen/kunnen de ouders in hun thuissituatie ondersteuning krijgen van een prof. dienst-

Welke zijn andere ambulante mogelijkheden, buiten VAPH - bv thuisverpleging ivm hygiëne

c. Urgentiecode los van de toekenningsrichtlijnen:

UC 1 gevaar voor zichzelf en eventueel voor anderen. Maatschappelijke verantwoordelijkheid. Kan nog minimum een jaar of zelfs langer mits CABO verlenging naar school .Instapbereidheid -En gezien de enorme wachtlijsten voor dagcentra

UC 2 owv ouder dan 19jaar zijn

Ik zou graag UC 2 geven maar heb geen gegevens over de instapbereidheid en vermoed dat er wellicht geen instapbereidheid zal zijn omdat er weinig probleembewustzijn is in het cliëntsysteem.

UC1Omwille van de mogelijke risico's die betrokkene op gezondheidvlak en op gebied van veiligheid voor anderen kan betekenen./

Waarschijnlijk UC2: afhankelijk van ondersteuningsnood thuissituatie en afhankelijk van de mogelijkheden van Gustaf na het voltooien van zijn opleiding.

Zeker aanmelden met urgentie 3, om eerst andere mogelijkheden uit te zoeken. Dit goed opvolgen, en als dit niet lukt, wijzigen naar U1

2: urgent, oplossing binnen 6 maanden graag....ernstig mentale handicap, wat als de school stopt in juni...zwak pedagogisch klimaat....na juni geen begeleiding van de school meer....

VERSIE 2

a. Moeilijkheden bij de toekenningsrichtlijnen:

Instapbereidheid-

- hebben de ouders een exclusieve voorkeur voor een bepaalde voorziening

wat willen de ouders en de jongen zelf - is jongen verlengd minderjarig -

Is het systeem instapbereid-

Instapbereidheid en exclusieve voorkeur

Stap 1, de vraag omtrent instapbereidheid konden we niet beantwoorden. Uiteindelijk resulteerde dit in UC-1.

ouders akkoord- CLB doet aanvraag

b. Meer informatie nodig over:

Exclusieve voorkeur- Andere tussenkomsten-

Wat wil de Pmh en wat wenst de moeder -wil ze hem overdag naar een dagcentrum laten gaan - dit dienen we eerst nog bij hen te bevragen !

Gesprek met ouders: hoe zien zij toekomst- Zowel aanvraag voor dagcentrum als tehuis niet-werkenden-

Wat de moeder denkt en de wens van de jongen !

willen ze wel ondersteuning-

Na hoeveel maanden verlaat hij school-

of ze ondersteuning zullen aannemen en/of praktisch te organiseren indien geen exclusieve voorkeur

- Is cliëntsysteem instapbereid-- Heeft men een exclusieve voorkeur voor een welbepaalde voorziening-

Is er hier een vraag bij de cliënt zelf of zijn omgeving- En zo ja..., is de cliënt instapbereid-

Hoe gevaarlijk is de thuissituatie voor Gustaf ---Hoe goed is de verzorging nog van de ouders

Het is niet duidelijk hoe de ouders en de Pmh aankijken tegen het voorstel van het CLB tot opname in dagcentrum.

Instapbereidheid van Gustaf (en ouders). Wij menen UC 1 omwille van de nood aan begeleiding overdag.

instapbereidheid Pmh/ouders

c. Urgentiecode los van de toekenningsrichtlijnen:

Eerst nog gesprek met Pmh en met de ouders dan pas UC geven indien nodig -

Eerst moeder nog bevragen !

Indien betrokkene nog meer dan 6 maanden op school kan blijven wordt het UC 3, anders is de vraag dringender en zou ik 2 toekennen

UC1 vermijden toekomstige crisis

Geen idee aangezien de urgentie onvoldoende uit de casus blijkt.

UC 2 staat niet in het aankruislijstje

Casus Geert

VERSIE 1

a. Meer informatie nodig over:

Onhoudbaarheid van de situatie - Stap 2 : zekerheid - stap 3 te ruim

Zelfredzaamheid cliënt

b. Urgentiecode los van de toekenningsrichtlijnen:

Eerder UC 2 maar volgens het stappenplan UC 3

UC 2: we denken dat de toekenning van UC 1 in stap 3 niet correct is. (moet dit niet UC 2 zijn-)Er is nog geen crisissituatie maar draagkracht van moeder wordt op de proef gesteld en hij is zelf gemotiveerd.

UC2, gezien de draagkracht van moeder reeds langere tijd onder druk staat.

Bij stap 1: is de huidige situatie NU onhoudbaar met risico op ernstige gevolgen voor de PMH en/of zijn omgeving- als ik daar nee op antwoord, word ik weer doorgeschoven naar stap 2, en als ik daar nee antwoord op vraag van de andere ondersteuningsmogelijkheden buiten het VAPH dan zak ik naar 3...dat is toch wel vergaand. gezien de situatie en de expliciete vraag van de jongen, ga ik bij stap 1 geneigd zijn om bij de hoger vermelde vraag 'ja' te antwoorden, dus onhoudbaarheid NU, dan bekom ik UC 1

VERSIE 2

a. Meer informatie nodig over:

Heeft cliënt een exclusieve voorkeur voor een voorziening-- Werden er tussentijdse ondersteuningsmogelijkheden aangesproken buiten het VAPH- Hoe moet ik dit interpreteren- Deze ondersteuning is wel nodig maar grootmoeder wil niet.

andere mogelijkheden

De visie van de moeder- Alternatieven voor Geert-

b. Urgentiecode los van de toekenningsrichtlijnen:

UC 1 binnen 4 tot 6 maanden

Casus Evy

VERSIE 1

a. Moeilijkheden bij de toekenningsrichtlijnen:

Exclusieve voorkeur onvoldoende duidelijk, maar volgens ons als MDT is er hier geen sprake van een exclusieve voorkeur

Mogelijkheden tot thuisbegeleiding van de ouders, vrijetijdsinvulling, zicht krijgen op mantelzorgmogelijkheden. - rol van andere hulpverleners vb. CLB...

UC 1 -> ernstige gevolgen van verwaarlozing fysiek en mentaal, risico op persoonlijkheidsontwikkeling maar UC 2 want wordt reeds geholpen ook al is het niet ideaal. Wat kiezen-

Exclusieve voorkeur onvoldoende duidelijk, maar volgens ons als MDT is er hier geen sprake van een exclusieve voorkeur- is de situatie nog lang houdbaar--- worden er nog andere ondersteuningsmogelijkheden aangesproken buiten het VAPH- zal de persoon bijkomende VAPH-ondersteuning opnemen

Andere mogelijke ondersteuningsvormen die met de ouders werden besproken, om de dringendheid van vraag verder uit te klaren

b. Urgentiecode los van de toekenningsrichtlijnen:

UC 2 - gezondheid in het gedrang, echter volgens stappenplan overstap naar uc 3 omdat er nog geen andere ondersteuningsmogelijkheden aangesproken werden. Wij stellen deze richtlijn in vraag. code 2

UC 2 maar kan niet omdat bij stap 2 "nee" moet geantwoord worden op andere ondersteuningsmogelijkheden. Het onvoldoende zijn van semi internaat kan niet in rekening worden gebracht! Risico voor de verdere ontwikkeling, medische toestand en escalatie ouder-kindrelatie, (balans draagkracht/draaglast) wordt ook niet in aanmerking genomen

UC 2 omdat UC 1 een actuele vraag tijdens crisisperiode is binnen 3 maanden. wij menen dat een oplossing binnen 12 maanden wenselijk is. dus UC 2.

UC2: de zorgvraag is volgens ons dringend maar kan nog even volgehouden worden.

VERSIE 2

a. Moeilijkheden bij de toekenningsrichtlijnen:

Hoe lang denken de ouders dat ze Evy nog thuis kunnen opvangen-

Ik twijfelde of deze situatie NU reeds onhoudbaar is of dat we kunnen stellen dat het nog even kan volgehouden worden binnen de 4 à 6 maanden. Dit vind ik steeds moeilijk te interpreteren.

staat helemaal niets over CRZ

b. Meer informatie nodig over:

Heeft de oudste zus de mogelijkheden om Evy op te vangen in het W.E.- Kan zij deze zorg opnemen indien zij dit zou willen-

c. Urgentiecode los van de toekenningsrichtlijnen:

In de veronderstelling dat deze UC1 overeenkomt met UC 2, die hier niet meer ter sprake komt. UC 2 = oplossing binnen het jaar.

Aangezien UC 2 niet op de lijst staat, schatten we dit in bij UC 1. Op zich is de crisis er (ouders wensen niet langer de zorg op te nemen), hoewel deze slechts gevolgen op langere termijn heeft.

Waarom bestaat er eigenlijk geen UC 2. Lijkt mij nu vrij onlogisch..

Casus Karel

VERSIE 1

a. Moeilijkheden bij de toekenningsrichtlijnen:

Is er handicap specifieke ondersteuning nodig of psychiatrie

Aard van de problematiek/duidelijk diagnose past niet in de richtlijnen. - bijkomende psychiatrische diagnose/- doelgroep ps of doelgroep vaph

- Instapbereidheid: moeten we in deze zorgsituatie rekening houden met de instapbereidheid van de PMH of van beide ouders--- Wenst de PMH zich te registreren met een zorgvraag indien we van de Instapbereidheid moeten uitgaan van de Pmh

Stap 1 :Suicidegevaar is niet specifiek voor opvang door gehandicaptensector. Anderzijds zal psychiatrie wel vinden dat gehandicaptensector aangepaste opvang kan vinden ==> hiaat vanaf stap 1: is de Pmh instapbereid...kan niet beantwoord worden, aangezien we niet weten hoe hij na de bezoeken aan de dagcentra aankijkt tegen een verblijf in een dagcentrum

b. Meer informatie nodig over:

Psychiatrische problematiek?

Duidelijker omschrijving diagnose, peilen welke bereidheid hij wel heeft/wat wil hij - Welke ervaring met de bezochte voorzieningen -

Hebben ze iets gevonden waar Karel naartoe wil- Is hij instapbereid om in eender welke voorziening te worden opgenomen-

Karel staat weigerachtig...is vrij vaag. Als hij niet wil, is er geen reden om hem op U1 te plaatsen

c. Urgentiecode los van de toekenningsrichtlijnen:

Wij zijn niet tot toekenning gekomen stap 2 à 3. Situatie thuis kan ernstig ontsporen rekening houdend met de persoonlijkheidsstructuur van betrokkenen.

Urgentiecode 1 -> jongen is zelfdestructief, mogelijk agressief, mogelijk gaan slachtoffers vallen. Geen acceptatie en weigerachtig en niet instapbereid is volgens jullie UC 3 maar voor deze jongen is de situatie onthoudbaar dus UC 1 of 2.

1) UC1: indien we uitgaan van de instapbereidheid van beide ouders 2) UC5 of UC-1 afhankelijk van de keuze tot registratie van de PMH

te weinig info, maar ik denk UC 1

UC 1

U2 of U3 : er is niet echt een urgente vraag nu, ze zijn nog maar in de aftastende fase, betrokkenen moet precies nog overtuigd worden, er is dus geen echte instapbereidheid

2, urgent, gezien de ernst van het gedrag en problematiek autisme, die ook de psychiater uit. Volgens de richtlijnen en het verhaal, zal hij na diverse bezoeken dagcentra wel een exclusieve voorkeur KUNNEN uiten en worden zijn kansen tot opname geminimaliseerd, aangezien hij dan naar stap 3 en UC 3 wordt versast.

VERSIE 2

a. Moeilijkheden bij de toekenningsrichtlijnen:

Pmh is nog niet instapbereid - nog werken aan de motivatie - en verder psychiatrische ondersteuning nodig

- instapbereidheid cliënt

persoon is niet instapbereid, dus moet ik naar stap 3. maar opname noodzakelijk en ouders wel akkoord opname

Is er instapbereidheid- Wie heeft hier beslissingsbevoegdheid-

Onduidelijk instapbereidheid

b. Meer informatie nodig over:

Kan dagcentrum deze jongen met psychiatrische problemen en ASS de juiste begeleiding geven - past jongen in de groep - (= licht mentaal -) - is arbeidszorg via VDAB -werkwinkel niet mogelijk -

- hoe denkt Karel er nu over-

Wie is wettelijk vertegenwoordiger-

We weten niet of Karel instapbereid zal zijn op het moment dat er een plaats vrijkomt.

onvoldoende om te kijken of Karel instapbereid was

c. Urgentiecode los van de toekenningsrichtlijnen:

Eerst arbeidszorg (werkwinkel GTB)voorstellen en dan zien voor dagcentrum en UC

als objectieve UC zou ik UC1 (met crisis binnen 4à6m

UC1 actuele vraag tijdens crisisperiode

UC 1: actuele vraag tijdens crisis. Dit is momenteel een echte crisissituatie, het enige probleem is de instapbereidheid van Karel waardoor ik deze code niet durfde aanduiden.

Casus Helena

VERSIE 1

a. Moeilijkheden bij de toekenningsrichtlijnen:

Houdbaarheid huidige situatie

Bereid van mama wordt nergens vermeld, want mama is voogd over Helena en het is dus mama die instapbereidheid moet aantonen- exclusieve voorkeur is ook niet bevraagd bij mama-

stap 1- behoefte aan handicapspecifieke ondersteuning-

Huidige situatie NU onhoudbaar of binnen 6 maand- Dus twijfel tussen UC1 en 2

b. Meer informatie nodig over:

Positie van de vader- zijn mogelijkheden naar opvang- Is er aan het BUSO een MPI verbonden- Hoe lang kan het meisje nog op school blijven-

Mening van de cliënte

Welke andere begeleidingsvormen werden besproken of kunnen ingeschakeld worden : begeleid wonen, ambulante begeleiding vanuit CGZ, ...

Een ruim gesprek met mama rond functioneren van Helena en de noden van haar dochter proberen aan te kaarten waaronder contact papa, het niet meer willen thuis wonen, enz Hoe staat mama tegenover deze aspecten-

Onduidelijk of moeder instapbereid is en tegelijkertijd de vraag of dit nodig is (heb hieromtrent vanuit mijn werk met kinderen tot 13 jaar te weinig zicht op)

c. Urgentiecode los van de toekenningsrichtlijnen:

Eerst nood aan meer informatie!

Twijfel tussen UC 1 en 2

VERSIE 2

a. Moeilijkheden bij de toekenningsrichtlijnen:

Is de moeder akkoord- Is er dus instapbereidheid

Instapbereidheid van de cliënt is onduidelijk. Het is duidelijk dat ze niet meer wil thuis wonen, maar we weten niet of ze instapbereid is voor een VAPH-voorziening. Via de richtlijnen kwamen wij dus uit op UC-1 wat in deze casus correct is.

b. Meer informatie nodig over:

Hoe kijkt de moeder tegen de situatie aan- Zij is voogd dus moet mee beslissen.

Is er een exclusieve voorkeur- ik vermoed van niet...

Wat wil het meisje zelf- Wil zij een vorm van beschermd wonen of niet-

School : welk jaar volgt zij- Thuis : krijgt moeder ondersteuning- is moeder zelf in behandeling-

Bedenkingen nieuwe prototypische casussen

Casus Julie

Versie 1

a. Moeilijkheden bij de toekenningsrichtlijnen:

Stap 2: begrip 'onhoudbaar' is onvoldoende omschreven. Idem het begrip 'ernstige gevolgen'.

Stap 3: opmerking: sprong tussen 6 maand en 4 jaar is te groot.

b. Meer informatie nodig over:

Meer info over (therapeutische) ondersteuning binnen het BLO

Hoe snel wil de cliënt starten in een voorziening

c. Urgentiecode los van de toekenningsrichtlijnen:

UC 2 Gezien de grootte van het gezin en het feit dat de ouders aangeven dat ze onvoldoende ondersteuning kunnen bieden aan hun dochter.

UC1 Omwille van de belastende gezinssituatie ben ik van mening dat dit meisje meer ontwikkelingsmogelijkheden heeft als zij al op kortere termijn in een semi-internaat terecht kan.

UC 2 omdat de vraag mij toch dringender lijkt dan de UC 3 aangeeft

Versie 2

a. Moeilijkheden bij de toekenningsrichtlijnen:

Stap 1: 4de vraag: wat zijn 'ernstige gevolgen'- Het meisje zal in haar ontwikkeling beperkt worden, onvoldoende ontwikkelen,...

UC2 werd niet besproken of voorzien-

b. Meer informatie nodig over:

Welke ondersteuning is mogelijk vanuit de huidige school

Hoe lang het CLB de situatie nog haalbaar ziet zoals ze is.

c. Urgentiecode los van de toekenningsrichtlijnen:

Afhankelijk van antwoord op stap 1, 4de vraag, kom ik uit op UC 1 of UC 4

UC2: omwille van de matige dringendheid, 4jaar lijkt te lang, zeer acuut leek de casus ook niet.

UC 3, onvoldoende pedagogische opvang binnen het gezin maar dit is geen dringende zorgvraag dus een UC 1 lijkt niet echt aangewezen

Casus Mark

Versie 1

a. Moeilijkheden bij de toekenningsrichtlijnen:

Stap 1: instapbereidheid

Stap 2; kan hij nog 6 maand of langer in het RC verblijven in afwachting van...-neen; dan uc 2

Is betrokkene instapbereid- hoelang kan hij nog in de huidige instelling verblijven-

b. Meer informatie nodig over:

Geen idee of de moeder wettelijk beslissingsbevoegdheid heeft (wij vermoeden wel dat de Pmh handelingsonbekwaam is), bovendien onduidelijk of moeder instapbereid is.

Hoelang kan betrokkene nog in het revalidatiecentrum terecht, is er een limiet gesteld of niet

Hoe lang hij nog in het revalidatiecentrum terecht kan

Of er een exclusieve voorkeur is voor welke instelling

c. Urgentiecode los van de toekenningsrichtlijnen:

Of er een exclusieve voorkeur is voor een bepaalde voorziening

We zijn tot geen toekenning U-code gekomen omwille van onvoldoende info/

UC-1, revalidatiecentrum is een noodoplossing tot Mark kan starten in een gepaste voorziening ondanks dat de situatie nu niet onhoudbaar is.

zonder de juiste info kan ik geen uc geven

UC2: indien hij morgen uit het centrum moet vertrekken kan hij thuis niet terecht

UC2: gezien het revalidatiecentrum slechts een tussentijdse oplossing vormt. meer gespecialiseerde opvang is nodig.

Versie 2

a. Moeilijkheden bij de toekenningsrichtlijnen:

Stap 2 : werden alle mogelijkheden met de moeder bekeken - (gedeeltelijke thuiszorg, weekendopvang,...) Men geeft alleen de leeftijd van de moeder, heeft men met haar besproken wat Zij momenteel aankan - wat is haar draagkracht -

Stap 2, vraag 2

Is de Pmh en/of cliëntsysteem instapbereid -

Instapbereidheid van moeder is onduidelijk + invloed op urgentiecode van feit dat hij momenteel ondersteuning krijgt van een revalidatiecentrum. Vermoed UC 1 met crisis binnen 4 à 6 maanden-

Stap 2: tussentijds andere ondersteuningsmogelijkheden

b. Meer informatie nodig over:

Welke opvangmogelijkheid het RC kan bieden

Objectieve urgentiecode : ok ; is mening van het MDT -subjectieve UC : wat wil moeder, wat en hoever wil zij thuiszorg proberen, welk alternatief indien thuiszorg te zwaar wordt = dient veel verder uitgesproken te worden met haar ; wat wil vader -

Hoelang kan Mark nog in het revalidatiecentrum blijven-Is het tijdelijk naar huis gaan een realistische optie-

Instapbereidheid - hoelang kan hij nog in het revalidatiecentrum blijven -

Andere ondersteuningsmogelijkheden- kan het huis aangepast worden- hoe is de gezondheid van moeder

c. Urgentiecode los van de toekenningsrichtlijnen:

UC 1 actuele vraag tijdens crisis omdat de toekomst op zich in het revalidatiecentrum niet méér crisissen zal veroorzaken

Verschil ts objectieve en subjectieve urgentiecode wordt hier niet geduid : -objectief 1 -subjectief 3

Onvoldoende informatie om tot een UC te komen. Is er instapbereidheid -----

Casus Patrick

Versie 1

a. Moeilijkheden bij de toekenningsrichtlijnen:

Zal een aanbod in overweging genomen worden als een plaats vrij komt-

Stap1: instapbereidheid van cliënt zelf niet bekend.

b. Meer informatie nodig over:

Meer achtergrondinformatie over de familie die Patrick nu helpt, om zo beter te kunnen inschatten hoe lang zij deze bijstand nog op zich kunnen nemen.

Onvoldoende kijk op toekomstplanning van client en cliëntsysteem

UC4 gezien het een actieve termijnvraag is en er geen zekerheid is wanneer er gebruik van gemaakt zal worden.

Versie 2

a. Moeilijkheden bij de toekenningsrichtlijnen:

Stap 3, 2de item

Stap 3 (2e item)

Stap 2: tussentijdse andere ondersteuningsmogelijkheden

Niet duidelijk hoelang de huidige ondersteuning nog haalbaar zal zijn. Stap 3 (na 6 maanden maar binnen 4 jaar) of Stap 4 (pas ondersteuning nodig na 4 jaar)

b. Meer informatie nodig over:

Te weinig info over mantelzorg en hun verwachtingen

Zouden Patrick en zijn familie al ingaan op een aanbod, ook op het moment dat de familie zelf nog kan instaan voor de zorg-

Wensen van Patrick

Zouden betrokkene op ander aanbod van hulpvraag ingaan-

Wensen van Patrick

Hoe ziet Patrick deze situatie- zijn er nog andere ondersteuningsmogelijkheden-

Tijdstip van pensioen, wegvallen van arbeidsinvulling bevragen bij familie hoelang zij de ondersteuning nog haalbaar vinden en of ze op een aanbod zullen ingaan

c. Urgentiecode los van de toekenningsrichtlijnen:

UC3: vreemd dat je enkel uc3 kunt kiezen wanneer er bij UC1 (vermijden van crisis) een exclusieve voorkeur is.

UC 4, huidige situatie op lange termijn niet haalbaar.

urgentiecode 4 huidige situatie is op lange termijn niet houdbaar

UC 3, situatie is niet dringend, familie kan voorlopig nog de nodige ondersteuning bieden. Indien er een crisissituatie komt kan de code veranderd worden naar UC 1.

UC5 situatie moet nog duidelijker worden en misschien eerst andere mogelijkheden benutten, maar toch de mogelijkheid behouden van een overstap naar een voorziening zodra de familie wegvalt

Casus Pieter

Versie 1

a. Moeilijkheden bij de toekenningsrichtlijnen:

We kunnen de dringendheid van de situatie niet inschatten omdat we niet weten wat de ambulante begeleiding inhoudt/kan bieden, is het moeilijk in te schatten hoe dringend de opname in internaat wel is (maw: welke risico's loopt deze jongen nog: vindt de ambulante begeleiding een oplossing voor de verplaatsingen naar en van school

Is de huidige situatie nu reeds onhoudbaar-

Onvoldoende informatie om gevaar voor zichzelf en omgeving voldoende in te schatten

b. Meer informatie nodig over:

Exclusieve voorkeur

Dringendheid

Hoe dringend is deze vraag - Zijn er andere oplossingen -

Inschatten gevaarsituatie

Info over gevaar voor zichzelf en anderen

c. Urgentiecode los van de toekenningsrichtlijnen:

Twijfel tussen 2 en 3 omdat we de dringendheid van de situatie niet kunnen inschatten

Twijfel tussen UC 2 en 3 omdat we de dringendheid hier niet echt kunnen inschatten.

UC1 , mogelijke gevaarsituatie

Versie 2

a. Moeilijkheden bij de toekenningsrichtlijnen:

Stap 1, item 4.

Stap 1, laatste vraag

b. Meer informatie nodig over:

Is er sprake van een crisis op dit moment-

Bevragen of er momenteel sprake is van crisis

Instapbereidheid

Draagkracht moeder

Moeilijk om de ernst van de situatie goed in te schatten, geen info over het effect van de ambulante begeleiding.

Is de huidige situatie houdbaar of niet met de extra ambulante begeleiding-

c. Urgentiecode los van de toekenningsrichtlijnen:

UC 1: actuele vraag met crisis binnen de 4 à 6 maanden.

UC 1, actuele vraag met crisis binnen de -6 maanden

Ik vind het meestal onmogelijk met zekerheid te zeggen hoe lang een situatie nog houdbaar is en welke norm daarvoor te hanteren.

UC 1: actuele vraag tijdens crisis Er is wel extra begeleiding om periode voor internaat te overbruggen. Nog niet echt sprake van een onhoudbare crisis. Maar dit lijkt me toch ook geen ideale situatie.

"UC 1: actuele vraag tijdens crisis Er is wel extra begeleiding om periode voor internaat te overbruggen. Nog niet echt sprake van een onhoudbare crisis. Maar dit lijkt me toch ook geen ideale situatie.

UC 3 of 4, aangezien er toch wel een hulpvraag is die meteen moet beantwoord moet worden: in afwachting van internaat toch een ambulante begeleiding-

Casus Lennerd

Versie 1

a. Moeilijkheden bij de toekenningsrichtlijnen:

We kunnen niet inschatten hoelang zus deze steun kan bieden + er kan elk moment iets gebeuren met zus waardoor ondersteuning onhaalbaar blijkt

We kunnen niet inschatten hoelang de zus deze steun kan blijven bieden. Er kan elk moment iets gebeuren waardoor dit voor haar niet meer haalbaar blijft.

b. Meer informatie nodig over:

Het is niet duidelijk of er, in geval van nood, een 'tussentijdse' oplossing kan gevonden worden (via werk, Rode kruismakkers bvb)

Meer achtergrondinformatie over de zus om termijn waarop de zus de ondersteuning nog op zich kan nemen beter te kunnen inschatten

c. Urgentiecode los van de toekenningsrichtlijnen:

We twijfelen tussen urgentiecode 3 en 4

UC2, omwille van de relatie tussen beiden lijkt het meer aangewezen om zo snel mogelijk een onafhankelijk iemand de ondersteuning te laten op nemen. Op deze manier zou de relatie tussen broer en zus opnieuw wat 'gezonder' kunnen zijn

Situatie is niet urgent, maar max.2 jaar is te lang. Verschil tussen UC 2 en UC 3 is groot

Versie 2

a. Urgentiecode los van de toekenningsrichtlijnen:

Opnieuw eerder UC3

Op zich kan de situatie nog een tijd blijven bestaan en is er geen 'crisis', maar langer dan 4 jaar deze situatie behouden is noch voor cliënt, noch voor zus 'gezond', dus een hogere code is wenselijk.

UC 3, aangezien het toch een zware last is voor de zus en ook de cliënt zelf onafhankelijker wil worden. Het lijkt me niet zo dat ze zich alleen maar willen registreren.

Casus Igor

Versie 1

a. Moeilijkheden bij de toekenningsrichtlijnen:

Is die iemand die tot de doelgroep van VAPH behoort. Moet hij niet eerder beroep doen op 'beschut wonen' via de psychiatrie?

Versie 2

a. Moeilijkheden bij de toekenningsrichtlijnen:

Stap 1, vraag 3: handicapspecifieke ondersteuning-... mij niet duidelijk of dit tot VAPH-doelgroep behoort; ben ook niet thuis in werking OBC, gezien ik enkel met meerderjarigen werk...

b. Meer informatie nodig over:

Instapbereidheid van Igor-

Ervaart de moeder de situatie als een crisis. Heeft zij nood aan een onmiddellijke opvang.

Casus Ivan

Versie 1

a. Moeilijkheden bij de toekenningsrichtlijnen:

Zal deze situatie onhoudbaar worden binnen de 6 maanden-(stap 2)

Stap 1: instapbereidheid Pmh -

Instapbereidheid van Ivan

Is de Pmh en/of cliëntsysteem instapbereid-

b. Meer informatie nodig over:

Draagkracht van de echtgenote en de man zelf

Instapbereidheid Pmh zelf.

Wat Ivan zelf wil

Is de betrokkene zelf instapbereid

Ik had graag meer duidelijkheid omtrent de instapbereidheid. Ik ben er van uit gegaan dat hij instapbereid is.

c. Urgentiecode los van de toekenningsrichtlijnen:

UC 1 De draagkracht van zijn echtgenote wordt stilaan overschreden. Om te voorkomen dat de situatie escaleert en er wel risico's op ernstige gevolgen zullen ontstaan vind ik een hogere urgentiecode nodig.

Ik kan geen code toekennen aangezien ik niet weet of persoon zelf instapbereid is.

Kan geen code inschatten aangezien ik niet weet of betrokkene instapbereid is. Bovendien pas eerst woning aan zodat betrokkene zich beter voelt thuis en zie dan verder ...;

Versie 2

a. Moeilijkheden bij de toekenningsrichtlijnen:

Instapbereidheid vind ik tegenstrijdig: willen ze moeder ontlasten of zijn vinden ze dat Ivan thuis moet blijven- Je weet niet of hij zal instappen moest er morgen een plaats vrijkomen.

Stap 1: in hoever is Ivan hiervan op de hoogte en mag hij mee beslissen

b. Meer informatie nodig over:

Instapbereidheid

Is Ivan instapbereid-

Heeft Ivan weet van de vraag naar deeltijdse opvang. Mag Ivan mee beslissen

c. Urgentiecode los van de toekenningsrichtlijnen:

UC2, omdat het zo zou moeten zijn als je de stappen volgt.

Casus Christof

Versie 1

a. Moeilijkheden bij de toekenningsrichtlijnen:

Hulpverlening vanuit psychiatrie lijkt noodzakelijk; is dus niet handicapgerelateerd met cliënt zijn probleem

De hulpverlening waaraan nood is volgens mij niet a priori handicap-specifiek, maar hier is eerder wel hulpverlening aangewezen omwille van de psychiatrische problematiek van de vader. Deze hulpverlening is wel degelijk zeer dringend.

Onvoldoende informatie over verloop van bezoek van vader bij zoon en moeder. Waarom deze vraag van moeder-

Combinatie MPI (internaat) en thuisbegeleiding mogelijk-

Of vader instapbereid is

Stap 2: Vraag moeder is verschillend tov MPI. Hoe urgent is de situatie-

b. Meer informatie nodig over:

Er is sprake van een MPI, houdt dit in dat hij nu reeds in een (semi) internaat verblijft -Zo ja, dan is er geen aanvraag TB nodig en wordt de UC automatisch 3 of 4.

Hulp die eventueel kan komen van diensten en hulpverlening buiten het VAPH.

Is de vraag gesteld of eventueel andere diensten de vraag van moeder kan beantwoorden- Moeder haar vraag lijkt niet noodzakelijk beantwoord te worden vanuit een handicapspecieke ondersteuningsdienst.

Of vader instapbereid is

Het gedrag van vader tijdens het bezoekrecht

Vraagverkenning moeder.

c. Urgentiecode los van de toekenningsrichtlijnen:

UC2 Ons inziens dient in deze thuissituatie sneller gestart te worden met thuisbegeleiding o.a. omwille van de psychische gezondheid van moeder. Er is niet enkel thuisbegeleiding nodig tijdens het bezoekrecht van vader, doch ook voor moeder.

Ik dacht aan hoogdringendheid doch buiten VAPH, dus geen urgentiecode nodig

Er is hier sprake van hoogdringendheid, maar er is volgens ons geen vraag naar hulp vanuit het VAPH, wel vanuit de psychiatrie. Dus geen UC nodig ...

Onvoldoende info om UC te kunnen inschatten.

Versie 2

a. Moeilijkheden bij de toekenningsrichtlijnen:

Ik vraag me af of er vanuit het MPI geen thuisbegeleiding wordt geboden!

Wordt er geen thuisbegeleiding vanuit het MPI geboden-

Is de situatie NU onhoudbaar (zie stap 1): vervult grootmoeder nog een ondersteunende rol in afwachting-

Stap 1, laatste vraag: nu onhoudbaar-

De jongen is op internaat, dus handelt het momenteel over weekendopvang-

Zoekt men handicapspecifieke ondersteuning-

Stap 1: moeder wenst eigenlijk enkel thuisbegeleiding op moment dat vader op bezoek komt.

Hoeverre is ze akkoord met thuisbegeleiding om steun en advies aan haar te bieden bij de zorg van Christof

De zorgvraag van moeder verschilt met deze van het MPI. Is er dan wel sprake van een echte instapbereidheid van moeder

b. Meer informatie nodig over:

Kan grootmoeder het kind nog een tijd opvangen terwijl moeder verder herstelt van haar depressie. MAW te weinig nadruk op de dringendheid van de zaak.

Thuisbegeleiding vanuit MPI mogelijk-

Instapbereidheid van moeder OK, doch niet duidelijk van Christof.

onduidelijkheid over instapbereidheid van moeder. Ze wil enkel als vader er is-

Hoeveel steun kan de psychotherapie momenteel geven- worden de opvoedingsvragen daar ook opgenomen-

Moeilijk om in te schatten hoe de vader nu functioneert en of er gevaar is op geweld --- Afhankelijk hiervan is de situatie al dan niet dringend

Het is niet duidelijk of moeder op het aanbod van thuisbegeleiding zal ingaan, gezien haar vraag voornamelijk toezichtsgericht is.

Nagaan of er andere hulpverleningsdiensten aangesproken kunnen worden buiten het VAPH

Zijn er nog andere kinderen binnen het gezin- in welke mate is moeder wel of niet in staat om voor Christof te zorgen

c. Urgentiecode los van de toekenningsrichtlijnen:

UC -1

Indien grootmoeder inzetbaar is zou ik UC 1 met actuele vraag met crisis binnen 4 à 6 maanden toekennen

Die zou afhankelijk van extra info kunnen variëren tussen UC1: actuele vraag voor vermijden van toekomstige crisis tot UC 4, vind ik.

UC -1

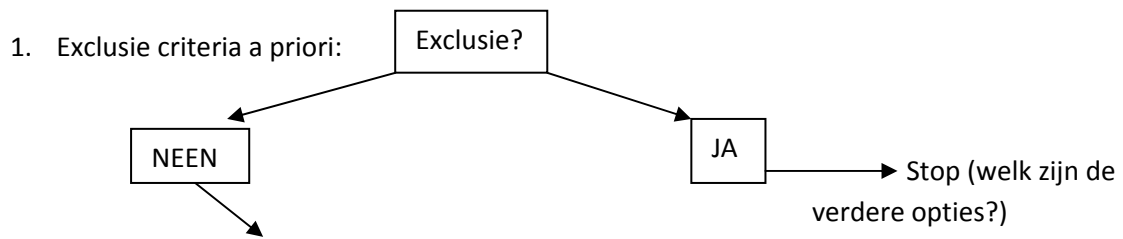
De problemen die de ouders ondervinden zijn die rechtstreeks gerelateerd aan de handicap van Christof- Volgens mij niet. Dus wordt de thuisbegeleiding niet aangevraagd in functie van de handicap van het kind.

Onvoldoende informatie

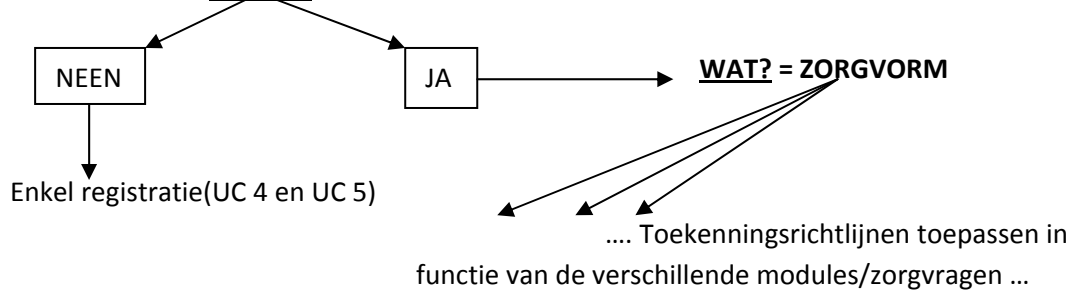
BIJLAGE 11: STRUCTUUR VAN DE BESLISBOOM

Elke 'beslispunt' moet hierbij nog verder geëxpliciteerd worden met de verschillende mogelijkheden.

A. Professioneel oordeel



2. Moeten er nu stappen worden ondernomen?



3. WANNEER? = Binnen welk termijn moet aan de zorgvraag voldaan worden?



B. Oordeel van de hulpvrager/cliëntensysteem

====> Instapbereidheid en/of subjectieve urgentiecode = ...

C. Finale code

(integratie van A en B)

A }
B } info weergeven aan VAPH
C }

