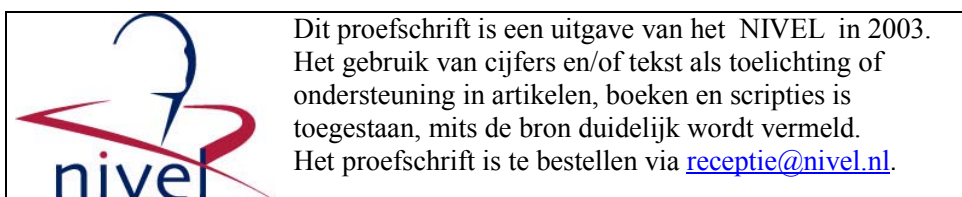


Effects of the Resident Assessment Instrument on *Quality of Care* and *Quality of Life* in Nursing Homes



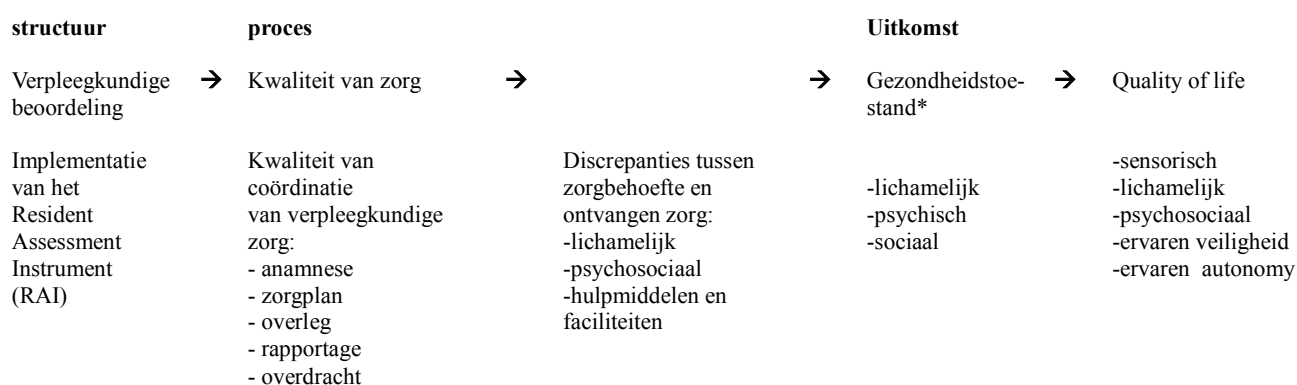
Chantal C. M. Holtkamp



Dit proefschrift beschrijft een onderzoek waarin de verpleegkundige beoordeling van het functioneren van verpleeghuisbewoners is bestudeerd in Nederlandse verpleeghuizen. In deze samenvatting worden de belangrijkste resultaten en conclusies beschreven.

In het eerste hoofdstuk, de introductie, wordt het onderzoeksmodel gepresenteerd. Dit model vormde de leidraad van het onderzoek. Het model illustreert de verwachte relaties tussen de verpleegkundige beoordeling van de bewoners, kwaliteit van zorg, gezondheidstoestand en kwaliteit van leven van de bewoners.

Figuur 1. Conceptueel model



* In dit onderzoek is alleen de lichamenlijke dimensie van gezondheidstoestand geoperationaliseerd en gemeten.

Het model is gebaseerd op de dimensies van kwaliteit van zorg van Donabedian (1985) welke zijn onderverdeeld in structuur (zoals personeelsbezetting en budgetten), proces (zoals anamnese en zorgplan)

en uitkomst (zoals welbevinden en gezondheidstoestand). De beoordeling van verpleeghuisbewoners wordt hierin gezien als een structuurkenmerk dat invloed heeft op het proces, in dit geval de kwaliteit van coördinatie van zorg en de discrepanties tussen zorgbehoefte en ontvangen zorg. Het proces zal vervolgens de uitkomsten beïnvloeden, te weten gezondheidstoestand en kwaliteit van leven. In deze studie werden de relaties tussen de genoemde concepten onderzocht. Centraal hierbij stond de studie naar de effecten van de implementatie van het Resident Assessment Instrument (RAI). Dit is een beoordelingsinstrument voor het functioneren van verpleeghuisbewoners. De effecten zijn geëvalueerd op proces en uitkomstmaten. De operationalisatie van proces is de kwaliteit van coördinatie van zorg en de ervaren discrepanties tussen zorgbehoefte en ontvangen zorg van bewoners. De operationalisatie van uitkomst is de lichamelijke gezondheidstoestand en de ervaren kwaliteit van leven van verpleeghuisbewoners.

Om meer inzicht te krijgen in eerder verricht onderzoek naar de verpleegkundige beoordeling van oudere patiënten in instellingen voor langdurige zorg, is een literatuurstudie uitgevoerd. In dit literatuuroverzicht, beschreven in hoofdstuk twee, stond de volgende onderzoeksvraag centraal:

Welke multidimensionale beoordelingsinstrumenten zijn beschreven in de literatuur, gebruikt door verpleegkundigen voor de beoordeling van oudere patiënten in zorginstellingen voor langdurige zorg en wat zijn de effecten van de beoordeling?

In de literatuurstudie zijn uiteindelijk twintig publicaties geïncludeerd die elf verschillende beoordelingsinstrumenten beschrijven. Studies naar de kwaliteit van beoordelingsinstrumenten zijn, voor wat betreft het aantal en de methodologische kwaliteit, beperkt. De studies hadden geen van allen een gecontroleerd onderzoeksdesign. Bovendien ontbrak het perspectief van de patiënt bij het meten van de effecten van de beoordeling. De resultaten die gerapporteerd zijn ten aanzien van de effecten van beoordeling op diverse proces- en uitkomstmaten, zijn hoofdzakelijk positief.

Ondanks dat de behoefte aan multidimensionele beoordeling erkend werd door de verschillende auteurs, heeft dit nauwelijks geleid tot publicaties van goede kwaliteit waarin de betrouwbaarheid en validiteit van verschillende instrumenten uiteengezet werd. Over het Resident Assessment Instrument zijn de meeste publicaties gevonden en dit instrument is ook het meest uitgebreid getest op betrouwbaarheid en validiteit. Positieve effecten van RAI op het proces zijn voornamelijk gevonden met betrekking tot samenhang en nauwkeurigheid van zorgplannen. Ten aanzien van uitkomstmaten, laat RAI met name effect zien op lichamelijke en mentale gezondheidscondities. Op psychosociale uitkomstmaten zijn positieve effecten van RAI niet aangetroffen. Concluderend kan gesteld worden dat tot nu toe overwegend positieve effecten zijn gevonden van multidimensionele beoordeling van oudere verpleeghuisbewoners.

Bij aanvang van de studie zijn de verwachte effecten van beoordeling met RAI uitgeschreven in een conceptueel model (figuur 1). In hoofdstuk drie zijn de relaties binnen het model geëxploreerd. Het betreft een cross-sectioneel onderzoek op basis van de data uit de voormeting, behorend bij de studie naar de effecten van RAI (hoofdstuk 4 t/m 6). De onderzoeksvraag die in hoofdstuk drie centraal stond is de volgende:

Wat is het verband tussen kwaliteit van coördinatie van zorg, de ervaren discrepanties tussen zorgbehoefte en ontvangen zorg, en de gezondheidstoestand en kwaliteit van leven van verpleeghuisbewoners?

Op basis van een steekproef namen 337 bewoners afkomstig uit tien verschillende verpleeghuizen deel aan het onderzoek. Uit de resultaten bleek dat er een verband bestaat tussen de kwaliteit van coördinatie van verpleegkundige zorg, de discrepanties tussen zorgbehoefte en ontvangen zorg en de kwaliteit van leven van de bewoners. Discrepanties tussen zorgbehoefte en ontvangen zorg worden minder ervaren naarmate de kwaliteit van coördinatie van zorg hoger is. Bovendien bleek uit de resultaten dat naarmate er minder discrepanties zijn, de kwaliteit van leven hoger wordt ervaren. De directe relatie tussen coördinatie van zorg en kwaliteit van leven is moeilijker te interpreteren omdat er zowel positieve als negatieve

verbanden gevonden werden. Het sterkste verband werd gevonden tussen patiënttoewijzing en kwaliteit van leven: de ervaren kwaliteit van leven wordt hoger naarmate er meer sprake is van patiënttoewijzing. Er werden geen verbanden gevonden tussen de kwaliteit van coördinatie van zorg en de gezondheidstoestand van de bewoners. De verwachte relaties tussen de concepten in het onderzoeksmodel worden derhalve voor het merendeel bevestigd in de resultaten van het onderzoek. Dit heeft er toe geleid dat het model gehandhaafd is gebleven en als leidraad geldt voor de studie naar de effecten van de implementatie van RAI. In de hoofdstukken vier t/m zes zijn de effecten van RAI op verschillende terreinen onderzocht, te weten:

- Kwaliteit van coördinatie van zorg;
- Discrepanties tussen zorgbehoefte en ontvangen zorg;
- De gezondheidstoestand en ervaren kwaliteit van leven van de bewoners.

In hoofdstuk 4 wordt de volgende onderzoeksvraag beantwoord:

Wat zijn de effecten van de implementatie van RAI op de kwaliteit van coördinatie van verpleegkundige zorg?

RAI is een beoordelingsinstrument dat speciaal ontwikkeld is voor de zorg voor oudere patiënten (Morris et al. 1990). Het belangrijkste doel van RAI is het vaststellen van de individuele zorgbehoefte. Het instrument geeft een samenhangende en gestandaardiseerde beoordeling van het lichamelijk, psychisch en sociaal functioneren van de bewoner. RAI bestaat uit twee delen, namelijk de Minimum Data Set (MDS) en de speciale Resident Assessment Protocols (RAPs). De MDS is een gestructureerde vragenlijst waarin het merendeel van de items wordt beoordeeld en ingevoerd door de verzorgenden. Door middel van een algoritme genereert de computer een lijst met aandachtspunten voor de zorg. Dit zijn potentiële of bestaande gezondheidsproblemen. De RAPs zijn ontworpen voor een verdere analyse van de zorgproblemen. Ze zijn onderverdeeld in 18 probleemgebieden en leveren directe handvatten voor verdere

analyse en aanpak van het probleem. De beoordeling moet resulteren in individuele zorgplannen. Op dit moment is het gebruik van RAI verplicht in de Verenigde Staten. Vanaf 1997 wordt RAI eveneens gebruikt door verschillende Europese landen. Sinds de invoering van RAI zijn er verschillende studies uitgevoerd in de Verenigde Staten, Zweden en Japan naar de effecten er van. Desondanks is het perspectief van de patiënt niet betrokken in het wetenschappelijk onderzoek naar de effecten van RAI. Vanwege deze reden hebben we een onderzoek uitgevoerd waarin de effecten van RAI eveneens zijn geëvalueerd vanuit het perspectief van de patiënt. De verwachting was dat een nauwkeurige beoordeling met behulp van RAI zou leiden tot een betere aansluiting van de zorg op de zorgbehoefte. Vervolgens zal dit leiden tot een betere gezondheidstoestand en kwaliteit van leven van de bewoners.

Het effect van de implementatie van RAI is geëvalueerd in een gecontroleerd, niet-gerandomiseerd onderzoeksdesign en is uitgevoerd in 10 verschillende verpleeghuizen. Na de voormeting gingen de experimentele verpleeghuisafdelingen van start met de implementatie van RAI. Na acht maanden vond de nameting plaats. Tijdens de studie zijn er in totaal 380 bewoners geïnccludeerd, waarvan 337 bewoners bij aanvang van de studie, en nog eens 43 bewoners tijdens de nameting. De inclusiecriteria waren dat de bewoners opgenomen moesten zijn op een somatische afdeling met een verwachte resterende opnameduur van minimaal negen maanden. Verder moesten ze in staat zijn om eenvoudige vragen met ja of nee te beantwoorden of ze moesten een vertegenwoordiger (bijvoorbeeld een familielid) hebben aangewezen die bereid was om de vragen te beantwoorden. Ten slotte moesten alle bewoners in staat zijn toe te stemmen in deelname aan het onderzoek. Van de 337 bewoners hebben er 26 om verschillende redenen niet deelgenomen aan de voormeting, zoals overlijden, ziekte en weigering van verdere deelname. Van de totale groep zijn er uiteindelijk 175 bewoners die zowel aan de voormeting als de nameting hebben deelgenomen. De bewoners werden geïnterviewd door een onderzoeksassistent om de kwaliteit van coördinatie van zorg (Lingen et al., 1990), de discrepanties tussen zorgbehoefte en ontvangen zorg en de ervaren kwaliteit van leven (Campen van & Kerkstra, 1998) in kaart te brengen. Tegelijkertijd vulden de verzorgenden een vragenlijst in over de kwaliteit van coördinatie van zorg (Lingen et al., 1990) en over de

gezondheidstoestand van de bewoner (Morris et al., 1990). De onderzoeksassistent analyseerde de zorgplannen voor de beoordeling van de kwaliteit van coördinatie van verpleegkundige zorg en onderzocht de voedingstoestand van de bewoners. De zorgmanagers van alle participerende afdelingen werden ten slotte geïnterviewd door de onderzoeker om achtergrondinformatie te verzamelen over variabelen die de effecten van de implementatie van RAI mogelijk beïnvloed zouden kunnen hebben. Ook werd tijdens het interview het proces van de implementatie geëvalueerd.

Uit de resultaten blijkt dat de acht experimentele afdelingen een verbetering lieten zien tussen de voor en de nameting in coördinatie van verpleegkundige zorg op de volgende aspecten: anamnese bij opname, inhoud van het zorgplan, patiënttoewijzing, rapportage, verpleegkundige overdracht en overleg. Echter, alleen de verbetering in de kwaliteit van het zorgplan was significant.

Wat betreft het verschil tussen beide groepen in de verandering van kwaliteit van zorg was alleen de anamnese bij opname significant verschillend in het voordeel van de experimentele groep.

De positieve effecten van RAI die in eerder onderzoek aangetoond zijn wat betreft kwaliteit van zorg, in het bijzonder de kwaliteit van de documentatie (Hawes et al., 1997, Ikegami et al., 1998, Hansebo et al., 1998;1999), worden derhalve deels bevestigd door de resultaten van dit onderzoek.

Vanuit het onderzoeksmodel wordt in hoofdstuk vijf de volgende vraagstelling beantwoord:

Wat zijn de effecten van de implementatie van RAI op de ervaren discrepanties tussen zorgbehoefte en ontvangen zorg van de bewoners?

De ervaren discrepanties van de bewoners tussen zorgbehoefte en ontvangen zorg zijn in kaart gebracht door middel van een interview. In de analyse zijn de 175 bewoners die zowel aan de voor- als de nameting hadden deelgenomen geïnccludeerd. De ervaren zorgbehoeften werden onderverdeeld in drie

verschillende categorieën: lichamelijke zorgbehoeften, zorgbehoeften bij het gebruik van hulpmiddelen en faciliteiten, en psychosociale zorgbehoeften. De resultaten laten zien dat de meeste behoeften van de bewoners van lichamelijke aard waren. Ondanks dit gegeven, werden de meeste discrepanties gevonden tussen de psychosociale zorgbehoeften en ontvangen psychosociale zorg.

Tijdens de nameting werden minder discrepanties gemeten ten opzichte van de voormeting, zowel voor de experimentele als voor de controle groep. De vermindering in het totaal van ervaren discrepanties was echter significant sterker in de experimentele groep vergeleken met de controle groep. Dit verschil was echter niet significant voor de afzonderlijke categorieën. De resultaten indiceren dat de beoordeling met RAI leidt tot een betere aansluiting van de zorg op de ervaren zorgbehoefte van de bewoners.

Op basis van het onderzoeksmodel zouden we nu verwachten dat de verbetering in de aansluiting van de zorg op de ervaren zorgbehoeften van de bewoners zou leiden tot een verbetering in de gezondheidstoestand en ervaren kwaliteit van leven. Daarom zijn in hoofdstuk 6 de effecten van de implementatie van RAI onderzocht aan de hand van de volgende onderzoeksvraag:

Wat is het effect van de implementatie van RAI op de gezondheidstoestand (voedingstoestand, decubitus, urine incontinentie, dehydratie en vallen) en de ervaren kwaliteit van leven van de bewoners?

De effecten op de ervaren kwaliteit van leven zijn onderzocht met behulp van een kwaliteit van leven instrument voor somatische verpleeghuisbewoners. Het instrument brengt vijf dimensies van kwaliteit van leven in kaart: pijnbeleving, lichamelijk functioneren, psychisch functioneren, ervaren veiligheid en ervaren autonomie (Campen van & Kerkstra, 1998). De effecten zijn onderzocht in de groep bewoners die zowel aan de voor- als aan de nameting hadden deelgenomen (n=175). De verandering in de ervaren kwaliteit van leven verschilde niet significant tussen de experimentele en controle-groep. De ervaren kwaliteit van leven daalde in beide groepen tussen de voor- en de nameting. Kijkend naar de afzonderlijke dimensies van kwaliteit van leven, werd een significant verschil gevonden tussen de experimentele en

controle groep op het lichamelijk functioneren. De experimentele groep ging achteruit in het lichamelijk functioneren terwijl de controle groep op hetzelfde niveau bleef. Er werd geen positief effect gevonden van RAI op de lichamelijke gezondheidstoestand van de bewoners. De verandering in de lichamelijke gezondheidstoestand was klein in beide groepen tussen de voor- en de nameting. In het algemeen gingen beide groepen iets achteruit in de lichamelijke gezondheidstoestand. Naar aanleiding van dit onderzoek kan geconcludeerd worden dat er geen positieve effecten zijn gevonden van de implementatie van RAI op de lichamelijke gezondheidstoestand en de ervaren kwaliteit van leven van de bewoners. Er zijn verschillende redenen denkbaar voor het achterwege blijven van positieve effecten. Voor de hand liggende redenen zijn in het design van de studie, de mate van uitval, de tijd tussen de voor- en de nameting en het proces van de implementatie van RAI. Deze factoren worden bediscussieerd in de algemene discussie (hoofdstuk 9).

Om positieve effecten te bewerkstelligen van de beoordeling met RAI op de lichamelijke gezondheidstoestand en de ervaren kwaliteit van leven, moeten de verpleegkundige beoordelingen over het functioneren van de bewoners, aansluiten op het oordeel van de bewoners. In ons onderzoek zijn we niet in staat geweest positieve effecten aan te tonen op de lichamelijke gezondheidstoestand en de ervaren kwaliteit van leven. Een mogelijke reden zou kunnen zijn dat de verpleegkundige beoordelingen met behulp van de MDS niet overeenkomen met de ervaren kwaliteit van leven van de bewoners. Om hier meer inzicht in te krijgen hebben we in een volgende explorerend onderzoek gekeken in hoeverre RAI de domeinen van kwaliteit van leven en zorgbehoeften omvat. Tevens hebben we de resultaten uit de beoordeling met RAI vergeleken met het oordeel van de bewoners over hun ervaren zorgbehoeften en kwaliteit van leven. De resultaten zijn in hoofdstuk 7 beschreven. Het onderzoek werd gedaan aan de hand van de volgende onderzoeksvraag:

Is er een relatie tussen de uitkomsten van de verpleegkundige beoordeling met behulp van RAI en de zorgbehoefte zoals ervaren door de bewoners?

Het doel van deze studie was de construct validiteit van de MDS te exploreren. Bewoners uit de experimentele groep (n=90) die deel hadden genomen aan het interview van de voormeting en binnen twee weken beoordeeld waren door de verzorgenden met behulp van de MDS, werden in de studie geïnccludeerd. De ervaren kwaliteit van leven, onderverdeeld in vijf dimensies (ervaren pijn, lichamelijk functioneren, psychisch functioneren, ervaren veiligheid en ervaren autonomie) (Campen van & Kerkstra, 1998) werden gerelateerd aan een selectie van items en schalen afkomstig uit de MDS: pijn frequentie (Morris et al., 1995), de 'Hierarchic ADL Performance Scale' (Morris et al., 1999), de 'Depression Rating Scale' (DRS) (Burrows et al., 2000) en de 'Social Engagement Scale' (SES) (Mor et al., 1995). De ervaren zorgbehoeften van de bewoners, onderverdeeld in lichamelijke zorgbehoeften, psychosociale zorgbehoeften en zorgbehoeften bij hulpmiddelen en faciliteiten werden eveneens gerelateerd aan selectie van items van de MDS; horen en zien, de ADL Performance Scale, de DRS, en de SES. Uit de resultaten blijkt dat de verpleegkundige beoordelingen aan de hand van de MDS van het lichamelijk functioneren beter correspondeerden met de percepties van de bewoners vergeleken met het psychosociale functioneren. De sterkste relatie werd gevonden tussen de ervaren lichamelijke autonomie van de bewoners en de uitkomsten van de RAI beoordeling aan de hand van de ADL schaal. Ten aanzien van de ervaren zorgbehoeften van de bewoners werd eveneens de sterkste relatie gevonden tussen de ervaren lichamelijke zorgbehoefte en de RAI beoordelingen aan de hand van de ADL schaal.

Twee dimensies van de kwaliteit van leven vragenlijst, ervaren veiligheid en ervaren autonomie zijn niet vertegenwoordigd in de MDS, ondanks dat het belangrijke dimensies van kwaliteit van leven zijn van verpleeghuisbewoners. We relateerden deze dimensies aan de beschikbare, theoretisch gerelateerde constructen uit de MDS: depressie, angst en sociale betrokkenheid. Zoals verwacht, werd een verband aangetoond tussen ervaren veiligheid en de mate van depressie gemeten met behulp van de depressie schaal. De ervaren mate van autonomie was gerelateerd aan de mate van sociale betrokkenheid zoals beoordeeld door de verzorgenden met RAI. De ervaren psychosociale zorgbehoeften van de bewoners

lieten echter geen verband zien met de mate van depressie en sociale betrokkenheid, beoordeeld aan de hand van RAI.

Door het hele onderzoeksproject heen, laten de resultaten zien dat psychosociale zorgbehoeften van bewoners opmerkelijk moeilijker in kaart te brengen zijn dan lichamelijke zorgbehoeften. Ten aanzien van het psychosociaal functioneren werden er weinig overeenkomsten gevonden tussen het oordeel van de bewoners en de verzorgenden. Tevens laten de resultaten zien dat de aansluiting van de zorg op de ervaren psychosociale zorgbehoeften van de bewoners minder is in vergelijking tot de lichamelijke zorgbehoeften. Het laatste deel van het onderzoek heeft zich daarom helemaal gericht op het psychosociaal functioneren van verpleeghuisbewoners. Hoofdstuk 8 beschrijft een onderzoek waarin de prevalentie van depressie onder verpleeghuisbewoners is vergeleken tussen drie landen (Canada, Zweden en Nederland) en één staat van de Verenigde Staten (Missouri). Hierbij is gecorrigeerd voor verschillen in relevante andere kenmerken van de bewonerspopulaties. De onderzoeksvraag die centraal stond was:

Wat is de prevalentie van depressie onder verpleeghuisbewoners in verschillende landen en kunnen verschillen verklaard worden door gegevens over de zorg die in verband staan met depressie?

Voor dit onderzoek werden gegevens gebruikt van bewoners die opgenomen waren in verpleeghuizen. De eerste beoordelingen van de bewoners werd geïnccludeerd in de studie van Canada (n=1437), Missouri (n=40138), Zweden (n=1267) en Nederland (n=1274). De prevalentie van depressie is gemeten met behulp van de Depression Rating Scale (DRS) (Burrows et al., 2000). Mogelijke verklaringen voor eventuele verschillen werden gemeten met behulp van de items over de zorg afkomstig uit de MDS: de frequenties van het gebruik van anti-depressiva, de frequentie van het voorkomen van depressie zonder behandeling met anti-depressiva (Zimmerman et al., 1995) en kenmerken van bewoners die gerelateerd zijn aan depressie: sociale betrokkenheid van bewoners en hun betrokkenheid in activiteiten binnen het verpleeghuis (Mor et al., 1995; Morris et al., 1995).

Er werden opmerkelijke verschillen gevonden in de prevalentie van depressie bij verpleeghuisbewoners, zelfs na gecontroleerd te hebben voor verschillen in het recente verlies van ADL functies tussen de groepen verpleeghuisbewoners. In Nederland werd een veel hogere prevalentie van depressie gevonden ten opzichte van de prevalentie in Missouri. Voor een deel kunnen de verschillen worden verklaard door de mate waarin anti-depressiva worden gebruikt. De relatie tussen enerzijds depressie en anderzijds de sociale betrokkenheid van de bewoners en hun deelname aan activiteiten, was niet helder. Dit verdient dan ook meer aandacht in volgend onderzoek.

In het laatste hoofdstuk zijn de resultaten bediscussieerd, onderverdeeld in een theoretische en een methodologische reflectie. Ten slotte zijn aanbevelingen gegeven voor toekomstig onderzoek en aanbevelingen voor de praktijk.

Methodologische en theoretische reflectie

In de methodologische reflectie werd geconcludeerd dat de belangrijkste bedreigingen van de validiteit en de betrouwbaarheid van het onderzoek gelegen zijn in de vergelijkbaarheid van de onderzoeksgroepen, de omvangrijke, structurele interventie, de korte follow-up tijd en de grote mate van uitval van bewoners. In de theoretische reflectie is de validiteit van het onderzoeksmodel geëxploreerd. Hierbij is gekeken naar de relaties tussen structuur, proces en uitkomsten (Donabedian, 1985). In het algemeen kan gesteld worden dat de relaties binnen het onderzoeksmodel gedeeltelijk bevestigd zijn in ons onderzoek. Binnen het model (zie figuur 1.) zijn de sterkste relaties gevonden tussen de verandering in structuur en het effect op het proces; het effect op de kwaliteit van coördinatie van zorg. Binnen het model is dit de kleinste afstand tussen de verandering in structuur en het effect. Het is waarschijnlijk lastig om het precieze effect van een verandering in structuur aan te tonen op uitkomsten vanwege de multicausaliteit die daarbij een rol speelt. Hoe langer de keten van de interventie naar het effect, hoe complexer het meten van de effecten wordt.

Aanbevelingen voor toekomstig onderzoek en de praktijk

Aanbevolen wordt om omvangrijke structurele interventies en het onderzoek naar de effecten van die interventies op te splitsen in verschillende deelinterventies om de haalbaarheid van de implementatie en het onderzoek te vergroten. Voor onderzoek naar de effecten van RAI zou de implementatie en de evaluatie van de effecten kunnen worden onderverdeeld in de verschillende secties waar het instrument uit bestaat. Meer onderzoek is nodig naar de psychosociale zorg voor verpleeghuisbewoners. Het onderzoek moet zich richten op succesvolle beoordelingsmethoden, het trainen in het beoordelen van psychosociaal functioneren en de interventies ten aanzien van psychosociaal functioneren.

Ondanks de matige effecten van RAI die zijn aangetoond in ons onderzoek, bevelen we aan RAI op grotere schaal te gaan gebruiken in de verpleeghuizen. Er zijn drie redenen voor deze aanbeveling. Ten eerste is gebleken op basis van literatuuronderzoek, dat er op dit moment geen betere alternatieven zijn voor een multidimensionele beoordeling van het functioneren van verpleeghuisbewoners. Veel verschillende auteurs benadrukken het belang van een multidimensionele beoordeling als eerste stap van het verpleegproces. Ten tweede leveren de RAPs die gegenereerd worden na de beoordeling met de MDS belangrijke informatie voor een accurate planning van de zorg van kwetsbare oudere verpleeghuisbewoners. Tenslotte zijn in voorgaand onderzoek al positieve effecten aangetoond van RAI (Achterberg et al., 1999). Wij zijn van mening dat het bemoedigend is dat er binnen ons onderzoek toch positieve effecten gevonden zijn op de kwaliteit van de coördinatie van zorg en de aansluiting van de zorg op de ervaren zorgbehoefte van de bewoners. Te meer omdat de omstandigheden waaronder het onderzoek plaatsvond niet ideaal waren. Complicerende factoren waren bijvoorbeeld de korte follow-up periode, de complexiteit van de interventie en omstandigheden als een te lage personeelsbezetting en afwezigheid van leidinggevenden tijdens de implementatie van RAI. Dit indiceert dat RAI een hoog potentieel heeft voor individuele planning van zorg, zoals eerder gedemonstreerd in voorgaand onderzoek (Achterberg et al., 1999).

Verder wordt aanbevolen om meer aandacht te besteden aan ondersteuning en coaching tijdens de implementatie periode van RAI, in het bijzonder door leidinggevenden van de verpleeghuizen. De trainingsprocedure moet uitgebreid worden met meerdere trainingsuren op verschillende momenten. Het moet worden onderverdeeld in verschillende delen. Training ‘on the job’ moet de transformatie van het aanleren van vaardigheden naar het toepassen van die vaardigheden in de dagelijkse praktijk, bevorderen. Ten aanzien van de algemene ontwikkeling van informatiesystemen binnen gezondheidszorgorganisaties, moet worden opgemerkt dat de dossiervorming over patiënten meer en meer zal worden uitgevoerd in een digitale vorm. Het RAI kan een waardevol instrument zijn dat richting kan geven aan de ontwikkeling van een toekomstig persoonlijk digitaal patiëntendossier, dat alle relevante informatie bevat en meegenomen kan worden door verschillende velden van gezondheidszorg. Dit zal de efficiëntie van de zorg en de volledigheid van de informatie bevorderen en de dubbele verzameling van gegevens voorkomen.

Dit onderzoek heeft ons meer inzicht gegeven in de psychosociale zorgbehoeften van verpleeghuisbewoners en de psychosociale zorg die geboden wordt. Het blijkt dat psychosociale zorgbehoeften abstract, minder concreet en moeilijker te observeren zijn dan lichamelijke zorgbehoeften. Er was beduidend minder overeenstemming tussen de ervaren psychosociale zorgbehoeften van bewoners en de observaties van de verzorgenden, vergeleken met de overeenstemming op het terrein van lichamelijke zorgbehoeften. Bovendien lijken lichamelijke zorgbehoeften een hogere prioriteit te hebben, vooral op somatische verpleeghuisafdelingen. De consequentie is dat de meeste discrepanties tussen zorgbehoeften en ontvangen zorg werden ervaren ten aanzien van de psychosociale aspecten van zorg. Naar aanleiding hiervan bevelen we aan om de beoordeling van psychosociaal functioneren en de interventies die daarop zijn gericht meer aandacht te geven in de verpleegkundige zorg. Het RAI bevat schalen voor het beoordelen van het psychosociaal functioneren. Verzorgenden spenderen een groot deel van de tijd met de bewoners. Vanwege deze reden kunnen ze een belangrijke rol spelen in de signalering van symptomen van depressie en een matige sociale betrokkenheid. Het betrekken van bewoners bij het beoordelen van het psychosociaal functioneren kan een manier zijn om meer

overeenstemming te bereiken tussen het oordeel van de bewoners en de verzorgenden. Het is belangrijk meer aandacht te besteden aan de behandeling van depressie binnen de multidisciplinaire zorg omdat het onderzoek heeft aangetoond dat depressie in de Nederlandse verpleeghuizen onder-behandeld is. Het onderwerp psychosociale zorg moet meer worden ondergebracht in training en het dagelijks gebruik van RAI, bijvoorbeeld door de psychosociale RAPs vaker te gebruiken bij het vaststellen van de zorgbehoeften en het plannen van de zorg.