

VAPH

VLAAMS AGENTSCHAP VOOR
PERSONEN MET EEN HANDICAP

Project “Optimalisatie ZZI Meerderjarigen”

EINDVERSLAG

25 augustus 2020

Susan Lagaert, team beleid, cluster wetenschappelijk onderzoek

Eindverslag project “Optimalisatie ZZI Meerderjarigen”

1. Management summary

Het zorgzwaarte-instrument (ZZI) voor meerderjarigen wordt gebruikt om de zorgzwaarte van meerderjarige personen met een handicap (pmh), i.e. de hoeveelheid ondersteuning die pmh nodig hebben bij verschillende activiteiten in het dagelijks leven, in te schatten. In de methodiek zoals die gebruikt werd tot maart 2020 worden de scores op een hele reeks van wetenschappelijke instrumenten via rekenregels vertaald in een beperkt aantal categorieën van Begeleidingsintensiteit (B-waarde) en Permanentienood (P-waarde). Het ZZI wordt afgenomen tijdens het toeleidingstraject in functie van het bepalen van de budgetcategorie van de pmh. Op basis van voorbije ervaringen en geïdentificeerde problemen werd beslist dat het noodzakelijk was om (a) af te stappen van het gebruik van rekenregels, (b) meer verfijnde B/P-waarden en bijbehorende omschrijvingen te creëren en (c) het ZZI bij te sturen om het korter, duidelijker en meer gebruiksvriendelijk te maken.

Deze drie krijtlijnen vormden de insteek van het project “Optimalisatie ZZI Meerderjarigen”, dat inspeelt op de operationele doelstelling “OOD 1.4 We hertekenen diagnostiek, indicatiestelling en zorgregie” van het VAPH. In dit project zijn drie grote fasen te onderscheiden:

- 1) Statistische, methodologische en inhoudelijke analyse van de bestaande data en instrumenten en trajecten met stakeholders uit het veld om tot een vernieuwd ZZI en vernieuwde B/P-waarden te komen;
- 2) Uittesten van vernieuwd instrumentarium en vernieuwde B/P-waarden in betrouwbaarheidsonderzoek;
- 3) Evaluatie van resultaten van het betrouwbaarheidsonderzoek en aanpassingen om tot het finale instrumentarium en de uiteindelijke B/P-waarden te komen.

Op basis van de kwantitatieve en kwalitatieve analyse van de gegevens van het betrouwbaarheidsonderzoek konden we concluderen dat er op zich voldoende basis was om met het vernieuwde instrument en de vernieuwde methodiek van start te gaan, omdat er geen indicatie is dat deze slechter werkt dan de huidige methodiek en bovendien gebruiksvriendelijker is. De methodiek werd in gebruik genomen in maart 2020.

Het onderzoek toonde echter ook aan dat er moeten (1) veiligheden en kwaliteitscontroles in de procedure ingebouwd worden en (2) een kwalitatief vervolgetraject uitgetekend worden om te zorgen dat de inschattingen niet ontsporen en dat het instrumentarium verder verbeterd kan worden (voor bepaalde doelgroepen). Dit betekent dat het VAPH voldoende tijd en middelen moet investeren in het creëren van de noodzakelijke randvoorwaarden om te zorgen dat de nieuwe

methodiek duurzaam, fair en geen kostendrijver is. Het is dan ook belangrijk om op dit vlak verdere stappen te ondernemen in de toekomst.

2. Aanleiding project

2.1. Contextschets

Het zorgzwaarte-instrument (ZZI) voor meerderjarigen wordt gebruikt om de zorgzwaarte van meerderjarige personen met een handicap (pmh), i.e. de hoeveelheid ondersteuning die pmh nodig hebben bij verschillende activiteiten in het dagelijks leven, in te schatten. In de methodiek zoals die gebruikt werd tot maart 2020 worden de scores op een hele reeks van wetenschappelijke instrumenten via rekenregels vertaald in een beperkt aantal categorieën van Begeleidingsintensiteit (B-waarde) en Permanentienood (P-waarde). Het ZZI wordt afgenomen tijdens het toeleidingstraject in functie van het bepalen van de budgetcategorie van de pmh. Op basis van voorbije ervaringen en geïdentificeerde problemen werd beslist dat het noodzakelijk was om (a) af te stappen van het gebruik van rekenregels, (b) meer verfijnde B/P-waarden en bijbehorende omschrijvingen te creëren en (c) het ZZI bij te sturen om het korter, duidelijker en meer gebruiksvriendelijk te maken.

Deze drie krijtlijnen vormden insteek van het project “Optimalisatie ZZI Meerderjarigen”, dat op zijn beurt gerelateerd was aan het project “Correctiefase 2” (hoewel de koppeling van de timing van beide projecten uiteindelijk werd losgelaten) en de vernieuwde budgetbepaling (timings ingebruikname werden gekoppeld). Het project houdt verband met de operationele doelstelling “OOD 1.4 We hertekenen diagnostiek, indicatiestelling en zorgregie”.

In dit eindverslag van het project “Optimalisatie ZZI Meerderjarigen” wordt weergegeven hoe de drie te ondernemen stappen werden uitgevoerd en wat de conclusies van dit traject zijn.

2.2. Geformuleerde kritieken op de oude methodiek zorgzwaartebeoordeling

Een aantal geformuleerde kritieken op de ‘oude’ methodiek zorgzwaartebeoordeling (ZZI versie 2012) vormden de contouren van dit project. Deze kritieken waren:

- Problemen met betrekking tot de differentiatie en omschrijving van de B/P-waardes:
 - de bestaande omschrijvingen van de parameters en de niveaus zijn te algemeen om een uniforme kijk te garanderen
 - de B-parameter differentieert onvoldoende in de hoge waarden
- De rekenregels werken globaal genomen goed, maar voor bepaalde profielen is de professionele inschatting van de inschaler beter. Het is deze professionele inschatting die de ‘gouden standaard’ is. De rekenregels proberen deze gouden standaard te benaderen, maar kunnen nooit beter zijn.
- De oude methodiek zorgzwaartebeoordeling is complex en omslachtig door verschillende protocollen en de combinatie van verschillende vragenlijsten met verschillende instructies. Dit is belastend voor alle betrokkenen. Het is nodig om ZZI korter, duidelijker en meer gebruiksvriendelijk te maken.

Deze kritieken werden tegen het licht gehouden via statistische, inhoudelijke en methodologische analyse om zo na te gaan of deze complexiteit wel noodzakelijk is en welke mogelijkheden er waren om de gepercipieerde problemen op te lossen.

3. Traject naar de vernieuwde methodiek zorgzwaartebeoordeling

De aanpassingen van de methodiek zorgzwaartebeoordeling voor meerderjarigen bestaan uit twee componenten: de aanpassingen aan het zorgzwaarte-instrument (ZZI) en de aanpassingen aan de B/P-waarden. Deze twee trajecten kwamen samen in het betrouwbaarheidsonderzoek in de lente van 2019 dat later in dit document zal worden toegelicht.

3.1. Zorgzwaarte-Instrument (ZZI)

Sinds de ingebruikname van het ZZI werd een grote hoeveelheid data over de ondersteuningsnoden van personen met een handicap verzameld in het kader van de procedure voor de aanvraag van een budget. Er werden statistische analyses uitgevoerd op deze gegevens, voornamelijk door externe statistici. Daarnaast werd er een methodologische analyse en inhoudelijke analyse van het bestaande instrumentarium uitgevoerd. In deze analyses werd nagegaan in hoeverre de instrumenten methodologisch sterk zijn (Meten we eigenlijk wat we willen meten? Leveren de instrumenten kwaliteitsvolle data op?) en inhoudelijk niet te veel overlap vertonen. Sommige onderdelen van het ZZI kregen namelijk de kritiek dat ze door de complexiteit van het instrument en instructies weinig kwaliteitsvolle informatie zouden opleveren. De grote inhoudelijke overlap tussen de verschillende onderdelen zou ook voor een erg lange afnametijd zorgen.

De statistische, methodologische en inhoudelijke analyse vormde de basis voor een eerste voorstel voor een verkort instrument, dat tijdens twee feedbackmomenten met inscalers in november en december 2018 module per module en vraag per vraag werd overlopen. Op basis van deze feedback werd het voorstel herwerkt. Dit voorstel voor het verkorte ZZI werd in de lente-zomer van 2019 uitgetest in het betrouwbaarheidsonderzoek. Op basis van de resultaten van dit onderzoek werd het instrumentarium verder aangepast, wat resulteerde in het ZZI versie 2020.

Het gelopen traject wordt in onderstaande figuur schematisch weergegeven:



3.2. B/P-waarden

De aanpassingen aan de B/P-waarden werden uitgewerkt in een werkgroep waarin verschillende stakeholders (VAPH, voorzieningen, MDT's en inscalers) vertegenwoordigd waren. In deze

werkgroep werden de problemen met de bestaande B/P-waarden geïdentificeerd (gebrekkige differentiatie bij de hoge B-waarden en onduidelijke omschrijvingen) en werden de structurerende dimensies voor de omschrijvingen van de B/P-waarden onderscheiden.

In de werkgroep werden de B-waarden meer gedifferentieerd door het toevoegen van een tussenliggende waarde tussen de originele scores 'B4' en 'B5' en tussen de originele scores 'B5' en 'B6'. De B-waarden, bestaande uit 9 categorieën of niveaus, werden beter omschreven door ze te structureren en te definiëren volgens verschillende hiërarchische dimensies, namelijk 'frequentie' van de nodige ondersteuning, 'reikwijdte' van de nodige ondersteuning en 'intensiteit/type van ondersteuning' (nl. het meest voorkomende type van ondersteuning en de mate van overname). Tot slot is de aanwezigheid van 'levensbedreigende medische en/of gedragsmatige problematieken' van belang voor de keuze voor de uitzonderingswaarde (de hoogste waarde). Ook voor de P-waarden werden onduidelijke formuleringen geïdentificeerd en de omschrijvingen verbeterd. Bij de P-parameter worden nog steeds 8 categorieën onderscheiden.

De omschrijvingen werden gaandeweg verder verduidelijkt en uitgetest in het betrouwbaarheidsonderzoek. Vervolgens werden verdere verduidelijkingen aangebracht.

3.3. Verschillen en gelijkenissen tussen de 'oude' en vernieuwde methodiek zorgzwaartebepaling

3.3.1. Verschillen

Er zijn enkele verschillen tussen het 'oude' ZZI (versie 2012) en het vernieuwde ZZI (versie 2020):

1. Rekenregels

De oude methodiek zorgzwaartebepaling (versie 2012) is gebaseerd op rekenregels. Afhankelijk van de keuze van protocol (A of B) en de scores op de verschillende items van het ZZI, kwam men bepaalde B/P-waarden uit.

Bij de vernieuwde methodiek zorgzwaartebepaling (versie 2020) vertrekken we niet meer van rekenregels, maar van de professionele inschatting van de inschaler. Het ZZI fungeert dan als basis van een semi-gestructureerd interview dat voldoende informatie biedt om de zorgzwaarte in te schatten.

2. Protocollen

In het oude ZZI (versie 2012) moest er bij elke inschaling een keuze gemaakt worden tussen protocol A en protocol B, afhankelijk van het profiel van de cliënt. De keuze van het juiste protocol was essentieel, omdat men bepaalde schalen al dan niet moest afnemen. Bovendien waren er andere rekenregels verbonden aan de verschillende protocollen.

Bij het vernieuwde ZZI (versie 2020) is dat niet meer aan de orde. Er is één set van schalen voorhanden die toelaat om de zorgnoden van alle profielen van pmh in te schatten.

3. Inschatting B, P, N

Het oude ZZI (versie 2012) resulteerde in een B-, P- en N-waarde. De B/P-waarden werden automatisch gegenereerd door de rekenregels toe te passen. De N-waarde of nood aan permanentie of ondersteuning 's nachts was dan weer gebaseerd op het klinisch oordeel van de inschaler via de checklist nachtpermanentie.

Bij het vernieuwde ZZI (versie 2020) is de inschatting van de N-waarde niet meer nodig. Er wordt enkel gebruik gemaakt van B/P-waarden om de ondersteuningsnood in te schatten. Er zijn wel nog steeds items in het nieuw ZZI die peilen naar de ondersteuning nodig 's nachts (bv. items over de regulatie van de slaap).

4. Keuze B/P-waarden

In het oude ZZI (versie 2012) konden volgende B/P-waarden worden toegekend: B0 t.e.m. B6 en P0 t.e.m. P7.

Voor het vernieuwde ZZI (versie 2020) heeft men de bestaande B-waarden gedifferentieerd (B0 t.e.m. B8) en de B/P-waarden beter omschreven.

In onderstaande figuur worden de verschillen tussen de oude methodiek en de vernieuwde methodiek schematisch weergegeven (*uit opleiding ZZI, cluster I&P ATH*):

ZZI (versie 2012)

- Rekenregels
- Protocollen A,B
- Inschatting B, P, N
- Keuze B0-B6 / P0-P7

Nieuw ZZI (versie 2020)

- Professionele inschatting
- Geen protocollen
- Inschatting B, P
- Keuze B0-B8 / P0-P7

3.3.2. Gelijkenissen

Heel wat aspecten blijven ook in het vernieuwde ZZI van toepassing:

1. Voor meerderjarigen

Een ZZI kan afgenomen worden bij elke meerderjarige persoon met een vraag naar ondersteuning door personen (geen hulpmiddelen). Er staat geen maximumleeftijd op.

2. Stabiele situatie

Het ZZI geeft een zicht op de ondersteuningsnood van de persoon op het ogenblik van de inschaling. Het is dus zinloos het instrument af te nemen bij personen waarvan kan worden aangenomen dat hun ondersteuningsnood binnen korte tijd sterk zullen veranderen (bv. wanneer de persoon na ongeval nog volop aan het revalideren is of op ogenblik van acute crisis).

3. In kaart brengen van de nood aan ondersteuning

Het instrument brengt alleen in kaart welke ondersteuning de cliënt nodig heeft, niet hoeveel ondersteuning de cliënt wil/vraagt. Er wordt geen rekening gehouden met de huidige ondersteuning. Personen kunnen nu namelijk minder of meer ondersteuning krijgen dan wat hun zorgwaarte aangeeft.

Het ZZI brengt in kaart hoeveel zorg door andere personen moet worden opgenomen. Het gaat hier dus niet om de nood aan hulpmiddelen. We brengen met het ZZI de totale ondersteuningsnoden van de persoon in kaart, ongeacht wie deze ondersteuning biedt of hoe alles georganiseerd wordt.

4. Context afname

De afname van het ZZI vindt idealiter plaats in de thuiscontext van de cliënt, tenzij hij/zij dit anders wenst. Bovendien observeert de inschaler de cliënt voor de afname van het ZZI gedurende een korte tijd (minimaal 30 minuten). Dit vergemakkelijkt de afname, omdat men zich zo onmiddellijk een beeld kan vormen van de algemene problematiek van de cliënt. Voor die observatie is niet steeds een apart moment nodig. De cliënt kan ook de inschaling (deels) bijwonen.

5. Doel en plaats binnen PVF

Er is niets veranderd aan het doel en plaats van het ZZI binnen PVF. Het ZZI wordt nog steeds afgenomen na het ondersteuningsplan en heeft als doel om de ondersteuningsnood van een persoon te objectiveren. Voor een zorgzwaarte van B3/P3 (inclusief) is een ZZI verplicht, maar er kan nog steeds een beschrijvende objectivering worden opgemaakt indien de ondersteuningsnoden beperkt zijn.

6. Voorwaarden informanten

De voorwaarden met betrekking tot de informanten blijven geldig. Er zijn minimaal twee informanten vereist. Bijkomende informanten zijn toegestaan (bv. telefonisch gesprek nadien met één van de broers/zussen van de cliënt om bepaalde antwoorden af te toetsen). De persoon met handicap kan ook zelf informant zijn, maar hij/zij moet objectief kunnen reflecteren over de eigen ondersteuningsnoden.

7. Vereisten qua voorkennis, certificaat en intervisie voor inscalers

Een inschaler moet nog steeds beschikken over de juiste voorkennis, namelijk een diploma bachelor of master in een menswetenschappelijke richting of bachelor/master in de ergotherapeutische wetenschappen (vbn: orthopedagogiek, psychologie, maatschappelijk werker, ...). Bovendien heeft de persoon idealiter reeds enige ervaring met het werken met psychodiagnostische methoden en met het bieden van ondersteuning aan personen met een handicap. Bepaalde voorkennis is dus belangrijk om antwoorden op een goede manier te interpreteren.

De persoon moet daarnaast ook een officiële opleiding volgen tot ZZI-inschaler en voldoen aan de inscalersvoorwaarden.

4. Betrouwbaarheidsonderzoek

4.1. Doelstelling van het onderzoek

Het doel van het betrouwbaarheidsonderzoek ter evaluatie van de voorgestelde vernieuwde methodiek zorgzwaartebepaling (dus: het vernieuwde ZZI met door de inschaler ingeschatte B/P-waarden) was tweeledig.

- 1) Is de professionele inschatting van de inschaler die gemaakt wordt binnen de vernieuwde methodiek betrouwbaar? Met andere woorden, maken twee inschalers onafhankelijk van elkaar dezelfde inschatting wat betreft de B/P-waarden en wat betreft de scores op de verschillende vragen van het ZZI? Deze vraag werd behandeld in het kwantitatieve, cijfermatige luik van het onderzoek.
- 2) Is de vernieuwde methodiek minder complex? Biedt het nog steeds voldoende informatie over de ondersteuningsnoden? Hoe ervaren inschalers het aangepaste instrument? Welke risico's en randvoorwaarden zijn er? Deze vragen werden behandeld in het kwalitatieve luik.

4.2. Uitwerking van het onderzoek

Hieronder worden een kort verslag van het onderzoek en de belangrijkste resultaten weergegeven.

4.2.1. Algemene beschrijving

Via verschillende kanalen (Bureau, in St*rk, website VAPH, via voorzieningen en via gebruikersorganisaties) werd een oproep gelanceerd gericht op personen met een handicap met de vraag om deel te nemen aan het onderzoek. Voorwaarde voor deelname was dat er al een persoonsvolgend budget werd toegewezen of ter beschikking gesteld en de vragenlijst in de periode april - juli twee keer kon worden afgenomen in aanwezigheid van de informanten. De deelnemers waren van bij het begin op de hoogte dat deelname aan het onderzoek geen effect had op het persoonlijke dossier, niet positief en niet negatief, niet naar het verleden toe en niet naar de toekomst toe.

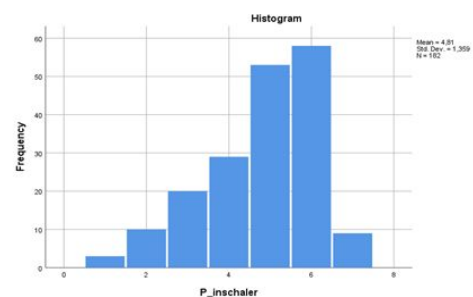
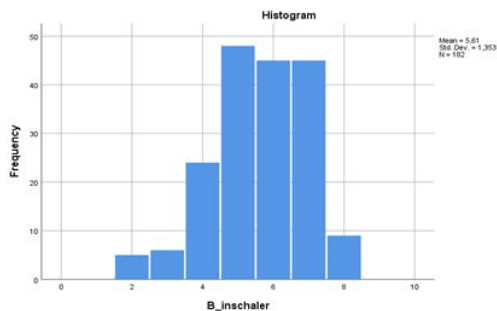
De kandidaat-deelnemers kregen een document met uitleg over de verschillende stappen in het onderzoek, de bescherming van hun persoonsgegevens en een invulformulier voor het geven van hun geïnformeerde toestemming toegestuurd. De kandidaat-deelnemers konden dan hun contactgegevens doorsturen voor verdere deelname; het geïnformeerde toestemmingsformulier konden ze doormailen of meegeven aan de inschaler bij de afname. Vervolgens werden er twee inschalers uit de regio van de persoon gezocht die beiden, onafhankelijk van elkaar de vragenlijst afnamen en een inschatting maakten van de B/P-waarde.

We konden uiteindelijk 92 personen met een handicap overtuigen om deel te nemen aan het onderzoek. Voor 90 personen ontvingen we twee inschalingen (van verschillende inschalers) binnen de looptijd van het onderzoek, voor de resterende twee personen slechts één afnameformulier. Dit aantal is dus iets lager dan het aantal van 100 deelnemers dat we hadden vooropgesteld, maar het is al bij al behoorlijk. De meeste analyses gebeurden op de gegevens van de personen van wie we twee inschalingen ontvingen, omdat we deze twee meetpunten vergelijken om de betrouwbaarheid van de methodiek zorgzwaartebepaling te evalueren. Door na te gaan in hoeverre de inschattingen van de B/P-waarden door de twee inschalers en hun gescoorde antwoorden op de vragenlijsten van het Zorgzwaarte-instrument voor dezelfde deelnemer overeenkomen, kunnen we de betrouwbaarheid van de methodiek nagaan.

4.2.1.1. Profiel deelnemende pmh

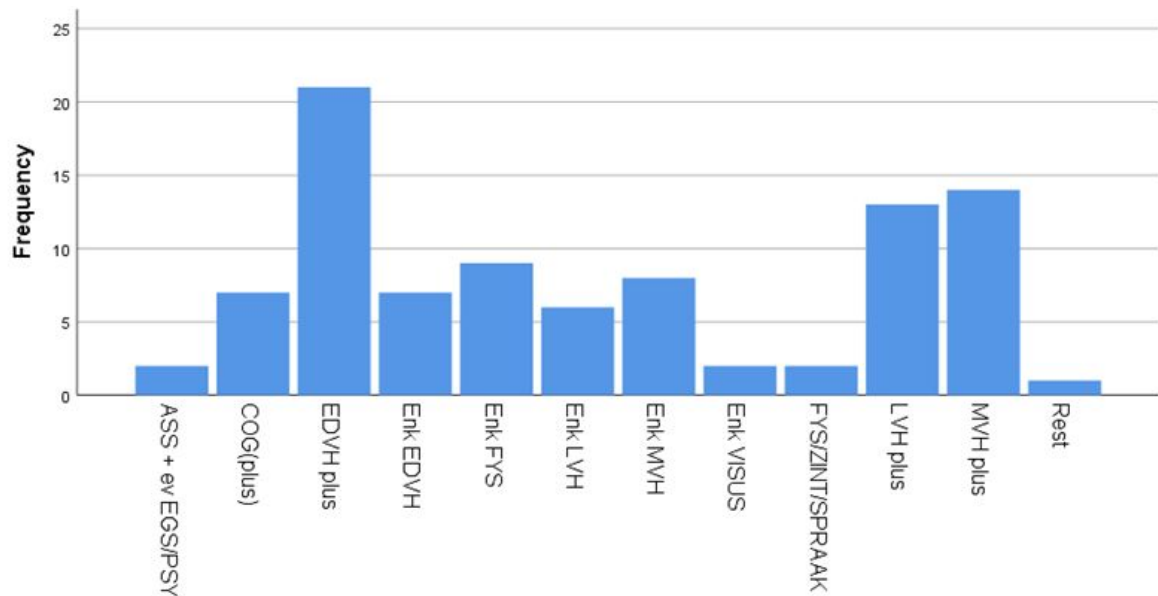
Er werd gepoogd om een goede variatie in de onderzochte profielen van personen met een handicap te bekomen. Hoewel we hier tot op zekere hoogte in geslaagd zijn, moeten we wel vaststellen dat er verhoudingsgewijs veel personen met relatief zware zorgprofielen en verblijvend in een residentiële setting bereid werden gevonden om deel te nemen aan het onderzoek. Er namen verhoudingsgewijs minder personen met een sensorische beperking of met ernstige bijkomende psychiatrische en gedragsmatige problematieken deel aan de studie, hoewel deze doelgroepen wel ten dele konden bereikt worden.

Het profiel van de deelnemende pmh wordt hieronder meer uitvoerig besproken. In onderstaande figuren worden de ingeschatte B- en P-waarden weergegeven.



De relatief hoge ingeschatte B- en P-waarden weerspiegelen het feit dat we met het onderzoek in de eerste plaats personen uit een residentiële setting hebben kunnen bereiken, ondanks oproep tot deelname via andere kanalen, zoals St*rk, de nieuwsbrief en via gebruikersorganisaties. Daarnaast merkten de inschalers op dat de deelnemende personen met handicap of hun context relatief vaak actief betrokken zijn bij gebruikersraden en gebruikersorganisaties of vinden dat hun huidige B/P-waarden te laag zijn en dat ze recht hebben op een hoger budget. Het lijkt dan ook niet aangewezen om de verzamelde gegevens zo maar te gebruiken om rekenregels mee te maken (los van de te kleine aantallen) en om deze casussen zo maar als voorbeeld te nemen van bepaalde B/P-waarden (bvb. de uitzonderingswaarde).

In onderstaande figuur worden de profielen van de deelnemende personen met handicap weergegeven.



Deze figuur toont aan dat er wel degelijk personen met verschillende profielen deelnamen aan de studie. Toch kunnen we er niet zomaar van uitgaan dat de steekproef een goede representatie van de populatie van personen met een handicap is. Bepaalde doelgroepen konden minder vlot bereikt worden. Wat betreft personen met een louter fysieke beperking en personen met NAH kon in de looptijd van het onderzoek een inhaalbeweging gedaan worden, maar personen met een sensoriele beperking (visus, auditief), personen met ASS (in combinatie met bepaalde psychiatrische problematieken) en personen met een fysieke in combinatie met sensoriele beperking konden minder bereikt worden in het onderzoek dan gehoopt.

4.2.1.2. Profiel deelnemende inscalers

Er namen 31 inscalers deel aan het onderzoek, die tussen de 3 en 16 afnames deden in kader van het onderzoek. De ervaring van de inscalers bij een MDT varieert van 3 maanden tot 35 jaar. Ongeveer 12% van de afnames zijn gebeurd door inscalers met minder dan een jaar ervaring bij het MDT en 11% van de afnames gebeurden door inscalers met erg beperkte ervaring met het oude ZZI (0-10 oude ZZI's ooit afgenomen).

De deelnemende inscalers aan het onderzoek waren voornamelijk inscalers met uitgebreide ervaring met het ZZI, hoewel er ook een (beperkt) aantal onervaren inscalers deelnamen. Alle inscalers waren ook erg betrokken. Dit is een kanttekening om in het achterhoofd te houden bij de interpretatie van de resultaten, omdat we niet zomaar kunnen aannemen dat de deelnemende inscalers de "gemiddelde" inscaler vertegenwoordigen.

4.2.2. Kwantitatief luik

Op basis van de verzamelde gegevens konden de betrouwbaarheid van (a) de ingeschatte B/P-waarden en (b) de antwoorden op de vragen uit het Zorgzwaarte-instrument nagegaan worden door de scores die geregistreerd werden door twee inscalers voor eenzelfde pmh te vergelijken.

4.2.2.1. Betrouwbaarheid B/P-waarden

Een vergelijking met de betrouwbaarheid van de B/P-waarden in de oude methodiek zorgzwaartebepaling (ZZI 2012) leek de beste manier om de betrouwbaarheid van de vernieuwde methodiek te kaderen. Ter herhaling, betrouwbaarheid gaat over de mate van overeenkomst tussen de twee inscalers wat betreft de scoring voor dezelfde deelnemer; zowel het percentage exacte overeenkomsten als de grootte van eventuele afwijkingen (bv. percentage van de gevallen waarbij de ene inscaler maximaal één categorie hoger of lager scoort dan de andere) zijn hierbij relevant. Aangezien er verschillende onderzoeken naar en analyses van de oude methodiek gebeurden, zijn er verschillende referentiepunten mogelijk. Er werd gekozen om een conservatieve vergelijking te maken en de beste scores van de oude methodiek (althans, de beste scores die terug te vinden waren) als referentiepunt te nemen¹.

Afhankelijk van de invalshoek zijn twee vergelijkingspunten gebaseerd op het oude ZZI relevant om de betrouwbaarheid van het vernieuwde ZZI tegen af te zetten (en te beoordelen). Een eerste mogelijke referentiewaarde bij het oude ZZI (versie 2012) is de mate van overeenkomst van de B/P-waarden berekend via rekenregels met de inschatting van de inscaler (wat de gouden standaard van de rekenregels is). In dit eerste geval nemen we dus de overeenkomst tussen het resultaat van de rekenregels en de inschatting door de inscaler als vergelijkingspunt (insch1 - RR1). Een tweede mogelijke referentiewaarde is de overeenkomst tussen de B/P-waarden berekend via rekenregels o.b.v. de ZZI-afname door een eerste inscaler en de B/P-waarden berekend via rekenregels o.b.v. de ZZI-afname door een tweede inscaler. In dit tweede geval nemen we dus de overeenkomst tussen het resultaat van de rekenregels bij afname door een inscaler en het resultaat van de rekenregels bij afname door een tweede inscaler als vergelijkingspunt (RR1 - RR2).

Onderstaande overzichtstabel² vergelijkt de betrouwbaarheid van de oude methodiek zorgzwaartebepaling (uit 2012) en de vernieuwde methodiek zorgzwaartebepaling, zoals uitgetest in het betrouwbaarheidsonderzoek. De referentiewaarden komen uit tabellen 12 en 18 van het verslag van het vorig onderzoek “Zorgzwaarte-instrument (ZZI): Een onderzoek naar validiteit en betrouwbaarheid” en hebben betrekking op het ZZI versie 2012³.

¹ Het betrouwbaarheidsonderzoek test of inscalers dezelfde inschatting maken, niet of ze de ‘juiste’ inschatting maken. Inscalers kunnen in theorie, maar in bepaalde gevallen ook in de praktijk, allemaal systematisch overschatten of onderschatten. We kunnen de validiteit van het instrument zelf wel afzetten tegen bepaalde andere zorgzwaarte-maten, maar het is moeilijk in te schatten of de link tussen het ZZI-profiel en de B/P-waarden de juiste is omdat hiervoor geen objectieve maatstaf bestaat.

² Bij de RR1-RR2 vergelijkingen van het ZZI 2012 valt voor protocol B op dat de reële range van de B- en P-waarden in de praktijk beperkt is tot de range P3-P5 en B3-B5. Dit verklaart voor een stuk waarom de overeenkomsten zo goed zijn: de reële range is beperkt tot drie waarden dus door louter toeval zullen de overeenkomsten sowieso hoog zijn. Dit gegeven en het feit dat protocol B voor een beperkte groep van personen met louter fysieke of sensorische beperking worden afgenomen, maakt dat we niet zo veel waarde kunnen hechten aan deze vergelijkingspunten. Daarom werden ze in tabel doorstreept, maar voor de volledigheid staan ze wel nog in de tabel.

³ De keuze werd gemaakt voor de waarden uit tabel 12 als referentiewaarde voor de vergelijking met ‘insch-RR’ en voor de gegevens over ‘berekende b/p-waarde ZZI versie 2012’ in tabel 18 omdat dat de meest conservatieve vergelijkingspunten zijn. Het zijn namelijk de beste scores voor het ZZI 2012 (m.a.w. waarop het oude ZZI het best presteerde) die terug te vinden waren. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen protocol A en B wat betreft de vergelijkingspunten voor het ZZI 2012 omdat de performantie van het oude ZZI verschilde naargelang het gekozen protocol. In het vernieuwde ZZI zijn er geen protocollen meer. De cijfers met een * waren niet beschikbaar in het verslag zelf en werden herberekend o.b.v. oude outputs teruggevonden op de studiecelschijf.

	B-waarde					P-waarde				
	ZZI 2019: B1 – B8		ZZI 2012 (protocol A-B): B1 – B6			ZZI 2019: P1 – P7		ZZI 2012 (protocol A-B): P1 – P7		
Exacte overeenkomst	Insch 1 – insch 2	61,1%	Insch1- RR1	62%	47%	Insch 1 – insch 2	60,0%	Insch1- RR1	41%	46%
			RR1-RR2	63%*	83%*			RR1-RR2	57%*	74%*
Maximum 1 waarde verschil	Insch 1 – insch 2	94,4%	Insch1- RR1	98%	94%	Insch 1 – insch 2	96,7%	Insch1- RR1	89%	88%
			RR1-RR2	98%*	100%*			RR1-RR2	96%*	100%*
Spearman correlatie	Insch 1 – insch 2	0,863	Insch1- RR1	0,901	0,810	Insch 1 – insch 2	0,848	Insch1- RR1	0,833	0,767
			RR1-RR2	0,863	0,902			RR1-RR2	0,906	0,844
Kappa statistic	Insch 1 – insch 2	0,506	Insch1- RR1	0,530	0,309	Insch 1 – insch 2	0,482	Insch1- RR1	/	/
			RR1-RR2	0,500*	0,754*			RR1-RR2	0,446*	0,632*

Uit deze tabel kunnen we de volgende **conclusie** trekken. De performantie (in termen van exacte overeenkomsten, overeenkomsten met maximum één waarde verschil, correlaties en Kappa statistics) van de vernieuwde methodiek zorgwaartebepaling (dus: het vernieuwde ZZI met ingeschatte B/P-waarden) ligt in lijn met de resultaten zoals genoteerd bij het oude ZZI (2012) o.b.v. rekenregels wat betreft de twee (hierboven beschreven) mogelijke vergelijkingspunten. Op basis van deze resultaten kunnen we zeker niet stellen dat de vernieuwde methodiek zorgwaartebepaling het slechter doet dan het oude ZZI (2012). Er zijn daarentegen indicaties dat het vernieuwde ZZI het even goed doet als het oude ZZI (2012) wat betreft de B-waarde en dat er winsten zijn geboekt wat betreft de P-waarde. Wat betreft de P-waarde lijkt het vernieuwde ZZI het op een aantal parameters namelijk zelfs iets beter te doen dan het oude ZZI versie 2012.

Dit vertrouwen in het standhouden van het vernieuwde ZZI in vergelijking met het oude ZZI heeft ook te maken met het feit dat we een **conservatieve evaluatie** van de betrouwbaarheid hebben gemaakt waarbij er bewust meerdere onzekerheden in de procedure werden opengelaten:

- conservatieve vergelijkingspunten: steeds werden de beste scores van het oude ZZI als vergelijkingspunt⁴ genomen voor het inschatten van de betrouwbaarheid.
- de test van de betrouwbaarheid van de vernieuwde methodiek zorgwaartebepaling is sowieso al conservatiever dan de testen voor het oude ZZI (2012) omdat er in de vernieuwde methodiek meer B-waarden zijn. De kans is dan ook veel kleiner dat er door louter toeval een overeenkomst is. Bovendien is het zo dat in het oude ZZI 2012 de resultaten voor het protocol B meestal slechter waren, terwijl de resultaten in dit onderzoek naar het vernieuwde ZZI (waarbij er geen protocollen meer zijn) aansluiten bij de resultaten van protocol A.
- er was geen tussentijdse intervisie (waarbij het logisch is dat inscalers consensus vinden over een bepaald dossier door onderlinge afstemming).

⁴ Kanttekening hierbij: we moeten wel beseffen dat de referentiepunten van het ZZI versie 2012 voldoende, maar ook niet extreem goed zijn.

- de informanten bij de twee afnames i.k.v. het betrouwbaarheidsonderzoek moesten niet dezelfde zijn.
- hoewel meer variatie in de profielen wenselijk was geweest, is er wel degelijk relatief veel variatie, zeker ook in vergelijking met de vroegere onderzoeken naar het ZZI versie 2012 die gebruikt werden als vergelijkingspunt en waar de gescoorde B/P-waarden veel dichter bij elkaar lagen.
- de twee afnames waren niet steeds kort op elkaar.
- inscalers hadden geen info over de cliënten voorafgaand aan de inschaling.
- inscalers moesten afnames doen bij personen uit een doelgroep waarmee ze geen ervaring hadden.
- er was geen communicatie over de gescoorde B/P-waarden zodat de informanten dit niet konden vermelden tijdens de tweede afname.
- er was een laag aantal inschalingen per inschaler en een grote pool van inscalers.

Anderzijds kunnen we ook een aantal **kanttekeningen** plaatsen bij bovenstaande conclusie:

- De overeenkomsten in de gescoorde B-waarden tussen de twee inscalers waren in het betrouwbaarheidsonderzoek beter bij de hogere B-waarden dan bij de lagere B-waarden. We moeten er dan ook rekening mee houden dat er veel personen met hoge ondersteuningsnoden meededen aan het onderzoek (zie ook hoger). Deze personen komen terecht in de hogere B-categorieën, waarvoor de omschrijvingen blijkbaar duidelijker zijn of waarvoor makkelijker een duidelijke B-waarde toe te kennen is. Dit heeft de globale scores omhoog getrokken.
- Vooral erg betrokken en ervaren inscalers deden mee en we kunnen ons afvragen in hoeverre de deelnemende inscalers representatief zijn voor de gemiddelde inschaler. Dit zal natuurlijk ook in de voorgaande onderzoeken het geval geweest zijn.
- Omdat we verdere (vaak wel beperkte) aanpassingen aan het ZZI en de B/P-waarden hebben gedaan op basis van de input uit het onderzoek kan men het betrouwbaarheidsonderzoek niet zien als een finale test van het instrumentarium en de omschrijvingen. Met andere woorden, dit betrouwbaarheidsonderzoek is eerder de pilootstudie en de finale test van het eindresultaat moet dus nog gebeuren. Er is sowieso nood aan een traject om dit verder op te volgen i.f.v. de kwaliteitsgarantie. Het instrument zal voortdurend gemonitord en bijgestuurd moeten kunnen worden. Daarnaast kunnen verdere wijzigingen in de organisatie van de procedure misschien gevolgen hebben⁵.
- De onderzoekssetting blijft een artificiële context:
 - minder druk door informanten omdat er weinig consequenties zijn; de dynamiek van het gesprek zal in de praktijk anders zijn.
 - minder zelfopgelegde druk bij inscalers omdat er weinig consequenties zijn.
 - inscalers kennen de budgetcategorieën nog niet.

⁵ Bijvoorbeeld: Geschatte B- en P-waarden door inscalers en informanten zijn geen onafhankelijke waarnemingen. De inschatting door de inschaler komt vaak in consensus tot stand. Doordat er beslist werd op de Permanente Werkgroep Toeleiding van 18 november 2019 dat inscalers niet over de B/P-waarden mogen communiceren werd ook een mogelijke informatiebron weggehaald, want inscalers gaven aan dat extra elementen naar boven komen bij het overlopen van de categorieën van de B/P-waarden. Deze aanpassing in de procedure heeft dus mogelijk een negatief effect op de kwaliteit van de ingeschatte B/P-waarden. Dit wijst erop dat een onderzoek een wat artificiële context is en dat de uiteindelijke methodiek met de uiteindelijke afspraken, het finale instrumentarium en de finale B/P-waarden nooit uitgetest werden in het onderzoek.

- Doordat er vooral deelnemers vanuit een residentiële setting deelnamen aan het onderzoek kan men zich afvragen in hoeverre de resultaten representatief zijn. We hebben niet voor alle profielen van pmh even goed kunnen inschatten of de methodiek goed werkt.
- Het betrouwbaarheidsonderzoek test of inscalers dezelfde inschatting maken, niet of ze de 'juiste' inschatting maken. Inschalers kunnen de ondersteuningsnoden in theorie (maar misschien in bepaalde gevallen ook in de praktijk) allemaal systematisch overschatten of onderschatten, wat leidt tot een hoge betrouwbaarheid maar een lage validiteit. We kunnen de validiteit van het instrument zelf wel afzetten tegen bepaalde andere zorgzwaarte-maten, maar het is moeilijk in te schatten of de link tussen het ZZI-profiel en de B/P-waarden de juiste is.

4.2.2.2. Betrouwbaarheid modules en vragen ZZI

Ook de betrouwbaarheid van de modules zelfredzaamheid, gedragsmatige problematieken en medische problematieken in het algemeen en de individuele vragen van het ZZI werd nagegaan, maar het zou te ver leiden hier in dit verslag in detail op in te gaan. De informatie met betrekking tot de betrouwbaarheid van de modules en de vragen van het ZZI werd gebruikt om het instrumentarium gericht te verbeteren tijdens de finalisering van het instrumentarium.

4.2.3. Kwalitatief luik

Naast de cijfermatige gegevens van het kwantitatieve luik van het onderzoek werd er ook ingegaan op de kwalitatieve appreciatie van de vernieuwde methodiek zorgzwaartebeoordeling door de inscalers. Deze werd verzameld via feedbackmomenten en individuele gesprekken in juni-juli 2020 en via de feedback ingevuld in de afnameformulieren. Samenvattend kunnen we onderstaande positieve elementen en risico's distilleren.

4.2.3.1. Kansen en positieve elementen

Er werden een aantal voordelen en positieve elementen van de vernieuwde methodiek zorgzwaartebeoordeling geformuleerd door de inscalers die deelnamen aan het onderzoek. Deze zijn sterk verbonden met de gemaakte aanpassingen aan het instrumentarium en zijn de volgende:

- Gebruiksvriendelijker instrumentarium
- Kortere afname- en verwerkingstijd
- Minder confronterend voor de familie
- Duidelijkere vragen
- Minder overlappende vragen
- Fysiek kunnen, inhoudelijk inzicht en aankunnen worden gescoord in één instrument
- Duidelijke opbouw
- Duidelijke scoringsmogelijkheden
- Globaal gezien goed overzicht van het functioneren en de ondersteuningsnoden van de pmh

4.2.3.2. Geïdentificeerde risico's vernieuwde methodiek zorgzwaartebeoordeling

Er werden een aantal risico's en negatieve elementen van de vernieuwde methodiek zorgzwaartebeoordeling geformuleerd door de inscalers die deelnamen aan het onderzoek.

Daarnaast werden ook binnen de werkgroep B/P-omschrijvingen een aantal kanttekeningen geformuleerd. Omdat de vernieuwde methodiek uitgaat van de professionele inschatting van de inschaler is het belangrijk om tijdens het verdere traject rekening te houden met de hieraan verbonden risico's.

- Zeer losse koppeling B/P-waarden met gescoorde ZZI-profiel: doordat de nieuwe methodiek uitgaat van de professionele inschatting door de inschaler i.p.v. rekenregels kan een inschaler eigenlijk gelijk welke B/P-waarde koppelen aan een bepaald ZZI-profiel en dit heeft een rechtstreekse impact op het budget als er geen controlemechanisme wordt ingebouwd. Rekenregels konden hier een stuk tegen beschermen. Inschalers hebben zelf schrik om inschattingfouten te maken.
- Als de inschatting door de inschaler niet op een kwaliteitsvolle wijze gebeurt, dan heeft dit budgettaire consequenties, zowel op micro-niveau voor de persoon zelf als macro-budgettair. Ook komt de gelijkberechtiging tussen personen met een handicap mogelijk in het gedrang. Inschalers geven aan schrik te hebben om mensen onrecht aan te doen door ze te laag in te schatten, waardoor ze een te laag budget zouden krijgen. Anderzijds geven ze aan schrik te hebben dat als er te veel inschalers een overschatting zouden maken, er nog grotere budgetten nodig zijn en de wachttijd van PmH op een budget alleen maar langer zal worden.
- Bepaalde factoren in het systeem kunnen ertoe leiden dat inschalers te hoge B/P-waarden toekennen. Deze belangrijke risico's die de kwaliteit van de inschaling hypotheekeren, zijn de volgende:
 - Druk vanuit informant en voorzieningen omwille van de budgettaire consequenties van de geselecteerde B/P-waarden. Het wegvallen van de rekenregels maakt het wellicht moeilijker voor inschalers om hier tegenin te gaan.
 - Mogelijke partijdigheid van inschalers (inschalers vanuit ziekenfondsen/MDT's gelieerd aan een voorziening zijn voor een stuk rechter en partij tegelijk omdat ze inschalingen doen voor de eigen klanten)
 - MDT's worden nu al tegen elkaar uitgespeeld en er zijn cliënten die 'shoppen' tussen MDT's, wat maakt dat MDT's er belang bij hebben om zich te profileren als een MDT waar men makkelijk een hoge score krijgt
 - Door het grote verloop bij inschalers zijn er ook veel weinig ervaren inschalers die de inschatting doen. Het risico bestaat dat ze door hun gebrek aan ervaring moeilijk kunnen ingaan tegen voorzieningen die druk opleggen.
 - De grote vrijheid en verantwoordelijkheid leidt tot een gevoel van onzekerheid bij inschalers, zeker bij inschalers met weinig ervaring. Het risico bestaat dat men bij twijfel 'voor het zekere' iets te hoog zal scoren.
 - Daarnaast bestaat het risico dat er meer klachten zullen zijn of er meer PmH in heroverweging zullen gaan tegen een toegekende score en dat dit strategisch gedrag bij de inschalers teweeg zal brengen waarbij ze hoger scoren dan nodig om te vermijden in opspraak te komen. Meer klachten en heroverwegingen zouden ook tot meer administratieve lasten in het VAPH leiden. Het is bovendien niet zeker dat het VAPH nog steeds quasi altijd in het gelijk gesteld zal worden bij procedures voor de arbeidsrechtbank.
- Methodologisch: aangezien de omschrijvingen van de B/P-waarden en het instrumentarium verder verbeterd zijn o.b.v. de resultaten van het onderzoek is het

betrouwbaarheidsonderzoek geen ultieme test van het instrument. Binnen de krappe timing van het project was het niet mogelijk een nieuwe test van de uiteindelijke methodiek uit te voeren. Het instrument zal dus voortdurend gemonitord en bijgestuurd moeten kunnen worden.

Maatregelen zullen moeten genomen worden om deze risico's te beheersen. De noodzakelijke randvoorwaarden zullen moeten gecreëerd worden om te zorgen dat er kwaliteitsvolle en betrouwbare inschattingen worden afgeleverd. Deze randvoorwaarden en mogelijke pistes worden hieronder toegelicht.

4.3. Randvoorwaarden goede werking methodiek

Aangezien de toegekende budgetten berusten op de ingeschatte B/P-waarden zijn de implicaties van de toegekende B/P-waarden omvangrijk, zowel op het niveau van de cliënt als macrobudgettair.

Voorname risico's kunnen beheerst worden door de betrouwbaarheid van het instrument te verbeteren en aan de omschrijvingen van de B/P-waarden te werken. Hiervoor zijn in de nasleep van het betrouwbaarheidsonderzoek een aantal stappen ondernomen. Belangrijk is ook dat een kwalitatief vervoltraject wordt uitgewerkt dat (1) de nodige ondersteuning voorziet bij de implementatie van het nieuwe instrument, (2) de randvoorwaarden garandeert waarin de zorgzwaarte-inschaling goed kan gebeuren en (3) waarbij de betrouwbaarheid van het instrument verder gemonitord kan worden.

Om de eerder vernoemde risico's te beheersen is het aangewezen om tijdens het verdere traject o.a. onderstaande maatregelen te nemen:

- a) Intensieve opleiding, frequente intervisie en nauwgezette opvolging van inscalers om te zorgen dat afnames gebeuren door goed gevormde en ervaren inscalers. Hierbij moet er ingezet worden op praktijkgerichte (eerder dan louter technische) opleiding (bv. door in te zetten op de bespreking van casussen en een vernieuwde en natuurlijke intervisiesetting o.b.v. concrete voorbeelden)⁶. Een mogelijk remmende factor die tegelijk de noodzaak van goede intervisie illustreert is de grote pool van inscalers (binnen groot aantal MDT's)⁷ waarvan sommigen weinig ervaring hebben met de sector en/of weinig inschalingen doen;
- b) Terugkoppeling van aanpassingen of antwoorden bij onduidelijkheden via platform, FAQ, ...;

⁶ Tijdens de opleidingen voor het nieuwe instrument begin 2020 werd gebruik gemaakt van casussen.

⁷ Het grote aantal MDT's en de grote pool van inscalers waarvan sommigen weinig ervaring hebben met de sector en/of weinig inschalingen doen staat haaks op de kennis en de haalbaarheid van diepgaande opleiding, intervisie en controle die nodig zijn om de kwaliteit van inschalingen te garanderen. Een meer beperkte pool van inscalers lijkt beter werkbaar (meer controleerbaar en intervisieerbaar), maar dit betekent een beperking van de keuzevrijheid wat betreft MDT, nog langere wachtlijsten en nog vaker invoeren van overmacht. Er is namelijk nu al een personeelstekort en groot verloop omwille van werkdruk en de aard van het werk. Een alternatief kan zijn om de inschatting te laten doen door iemand met een onafhankelijke rol (ambtenaren of onafhankelijk instituut), maar ook daarbij zijn er (politieke) gevoeligheden.

- c) Ondersteuning voor inscalers die twijfelen over de inschatting: bv. helpdesk-functie (eventueel gelinkt aan een “expertenpanel” van heel ervaren inscalers), buddysysteem⁸ voor nieuwe inscalers, gemodereerd forum (waarop vragen gepost worden die andere inscalers kunnen beantwoorden), afspraken over welke stappen moeten gevolgd worden als ook buddy en helpdesk twijfelen, ... ;
- d) Inzetten op algemene vorming (o.a. inzetten op interviewtechnieken (doorvragen, inconsistenties zien, omgaan met druk ...), kennis van de sector en specifieke problematieken, zoals NAH);
- e) Installeren van barrières tegen druk op inscalers vanuit voorzieningen/context pmh (bvb. beperken wie er bij mag zijn, evt. ook i.f.v. navolging GDPR-regelgeving; geen communicatie over gescoorde B/P-waarden door de inschaler⁹)
- f) De inscalersvoorwaarden legistiek verankeren (en controleren);
- g) Installeren van een monitoringsysteem (gebruik makend van de gegenereerde administratieve data¹⁰) en het uitvoeren van ex-post controles, zowel periodiek/systematisch (bv. eenmalige jaarlijkse controle van alle inscalers) als casus-specifiek bij indicaties van onregelmatigheden (naar aanleiding van klachten, knipperlichten bij kruisen van databanken of bij statistische controles, ...). Deze controles worden bij voorkeur intern uitgevoerd door inscalers van het VAPH zelf (dit is objectiever en wellicht ook goedkoper);
- h) Barrières inbouwen in de procedure die vermijden dat er te hoog wordt ingeschaald (bv. uitzonderingswaarde moet bevestigd worden op intervisie/na controle¹¹ of hoge scores kunnen pas toegekend worden na langere observatie, ...);
- i) Voorzien van procedures om om te gaan met klachten. Zijn de huidige procedures in staat om een verhoogd aantal klachten op te vangen? Welke nieuwe mogelijkheden moeten hiervoor uitgebouwd worden (bvb. mogelijkheid om second opinion te vragen van een inschaler uit een ander MDT of inscalers uit een expertenpanel van ‘elite-inscalers’ of VAPH’ers, evt. link met het nieuwe meldpunt)? Via welk kanaal moeten inscalers signaleren dat ze onder druk worden gezet door bepaalde voorzieningen? Via welk kanaal kunnen personen met een handicap of iemand in de context van deze persoon signaleren dat ze onvoldoende gehoord werden door een inschaler? Wat wordt er gedaan met systematische klachten over inscalers en voorzieningen?;
- j) Voorzien van procedures om om te gaan met (het wellicht groter aantal) heroverwegingen: als er in heroverweging wordt gegaan en een nieuwe afname wordt bevolen, wie kan een herinschaling doen (iemand van het VAPH, een andere inschaler (uit een ander MDT), inschaler uit een expertenpanel van ‘elite-inscalers’, inschaler in aanwezigheid van een VAPH’er)? En wiens oordeel weegt dan door? Het VAPH zal moeten aantonen dat het alles doet om de kwaliteit te waarborgen (bvb. naar arbeidsrechtbank toe);
- k) Periodieke herevaluatie en verdere ontwikkeling van het instrumentarium:

⁸ Het kunnen overleggen in groep leek een positief effect te hebben op het ‘juist’ kunnen inschatten van de BP-waarden tijdens de opleidingen. Dit pleit voor een doorgedreven intervisie als er gekozen wordt voor het vertrouwen op de professionele inschatting of het klinisch oordeel van de inschaler en het uitwerken van een buddysysteem. Het VVI lanceerde een oproep voor een buddysysteem in de lente van 2020.

⁹ Er werd afgesproken in de Permanente Werkgroep Toeleiding van 18 november 2019 dat dit zo zal worden toegepast.

¹⁰ Bv. controle op gescoorde B/P-waarden en ZZI profiel, controles op verhouding ZZI en module A en C.

¹¹ Nu werd er voor gekozen om inscalers te verplichten bijkomende toelichting en voorbeelden te geven bij de keuze voor een uitzonderingswaarde.

- Installeren monitoringsysteem en analyse verzamelde gegevens om in kaart te brengen op welke punten het instrumentarium en de volledige procedure verder verbeterd kunnen worden.
- In kaart brengen of we kunnen evolueren naar richtinggevende rekenregels (ter verlichting van bovengenoemde controlemechanismen), best in tandem met de methodiek zorgzwaartebepaling voor minderjarigen die in ontwikkeling is. Deze richtinggevende rekenregels houden in dat men de voordelen van de objectiviteit van de rekenregels en de professionele inschatting van inscalers zou combineren. Dit doet men door een range van mogelijke B/P-waarden te laten voorspellen o.b.v. het ingegeven ZZI-profiel en inscalers binnen deze range de correcte B-waarde en P-waarde te laten selecteren en beargumenteren o.b.v. hun professionele inschatting van de ondersteuningsnoden van de persoon die voor hen zit. Aangezien de uitgezette krijtlijnen voor de start van het project inhielden dat de methodiek zou berusten op de professionele inschatting door de inscalers (i.p.v. rekenregels), omdat het het project tijdig moest afgerond zijn omwille van linken met andere projecten en gemaakte afspraken voor oplevering en omdat de verzamelde gegevens bepaalde beperkingen (qua omvang en verscheidenheid van het bereikte doelpubliek) hadden, was het niet mogelijk om rekenregels te ontwikkelen binnen het kader van dit project. Niettemin is het ontwikkelen van richtinggevende rekenregels wellicht een belangrijk element om kwaliteitsvolle inschattingen te garanderen omdat het de voordelen van de objectiviteit van rekenregels en de meerwaarde van het subjectieve aanvoelen op basis van ervaring door de inscaler voor een groot stuk kan combineren. Idealiter wordt de 'gouden standaard' als basis van de rekenregels ontwikkeld o.b.v. een "elitekorps van inscalers" die veel onderling intervisie hebben en gezamenlijk beslissen over de B/P-waarde van een persoon.
- Ontwikkelen van een beter instrument voor het inschatten van de N-waarde en het sociaal-emotioneel functioneren

Over het algemeen kan men dus stellen dat aanpassingen aan de procedure een aantal randvoorwaarden veronderstellen, maar dat het niet realistisch is dat er op korte termijn volledig aan die randvoorwaarden voldaan kan worden zonder voldoende inspanningen. Het Zorgzwaarte-Instrument kan nog zo alomvattend zijn, de uiteindelijke kwaliteit van de inschatting staat of valt óók met de vervulling van bepaalde randvoorwaarden.

Niettegenstaande de voornoemde risico's en randvoorwaarden moeten we er ons daarnaast bewust van zijn dat de input voor het invullen van het instrument steeds moet komen van informanten die in meerdere of mindere mate betrokken partij zijn. Ook de inscalers zelf kunnen betrokken partij zijn. Daarnaast is het zo dat het cijfermatig uitdrukken van de ondersteuningsnood van een persoon steeds een kwalitatief element, een appreciatie van een situatie, inhoudt en de ondersteuningsnood dus nooit volledig objectief gemeten zal kunnen worden.

4.4. Verder traject en aanpassingen instrumentarium naar aanleiding van betrouwbaarheidsonderzoek

Aangezien het vernieuwde ZZI het niet slechter doet dan het oude ZZI en er dus geen kwantitatieve argumenten zijn om de oude methodiek te behouden, er kwalitatieve argumenten zijn voor het vernieuwde ZZI (o.a. kortere afnameduur en beperktere belasting voor de cliënt) en omwille van andere beleidsfactoren, werd beslist om verder te gaan met de vernieuwde methodiek zorgzwaartebepaling. Ter voorbereiding van de ingebruikname van de vernieuwde methodiek zorgzwaartebepaling werden op basis van de kwantitatieve en kwalitatieve input van het betrouwbaarheidsonderzoek een (beperkt) aantal verdere verbeteringen aangebracht aan het instrumentarium ten opzichte van de versie van het instrumentarium die werd uitgetest in het onderzoek. Het gaat voornamelijk over het toevoegen, opsplitsen of verder verduidelijken van bepaalde vragen in de handleiding. Ook de omschrijvingen van de B/P-waarden werden verder verduidelijkt in de handleiding.

De vernieuwde methodiek zorgzwaartebepaling werd in gebruik genomen vanaf 17 maart 2020.

4.5. Conclusie betrouwbaarheidsonderzoek

Op basis van het gelopen traject kunnen we concluderen dat er op zich voldoende basis is om met het vernieuwde instrument en de vernieuwde methodiek van start te gaan, omdat er geen indicatie is dat het slechter werkt dan de huidige methodiek en bovendien gebruiksvriendelijker is, **maar** er moeten (1) veiligheden en kwaliteitscontroles in de procedure ingebouwd worden en (2) een kwalitatief vervolgtraject uitgetekend worden om te zorgen dat de inschattingen niet ontsporen en het instrumentarium verder verbeterd kan worden, en **dus** moet het VAPH voldoende tijd en middelen investeren in het creëren van de noodzakelijke randvoorwaarden om te zorgen dat de nieuwe methodiek duurzaam, fair en geen kostendrijver is. Bijkomend kan men zich de vraag stellen of we binnen de methodiek zorgzwaartebepaling niet naar richtinggevende rekenregels moeten evolveren in functie van de kwaliteitsgarantie.

5. Toekomstige mogelijkheden en uitdagingen

Een aantal belangrijke uitdagingen die wachten in de toekomst hebben te maken met de creatie van de noodzakelijke randvoorwaarden voor de goede werking van de vernieuwde methodiek zorgzwaartebepaling. Aangezien het budget van de pmh afhangt van de ingeschatte B/P-waarden en er bepaalde risicofactoren zijn die de kwaliteit van de inschattingen mogelijk onder druk zetten zoals hiervoor behandeld, is dit uitermate belangrijk. Aangezien deze elementen reeds besproken werden, worden deze hier niet volledig hernoemen.

Er vallen daarnaast nog een aantal andere toekomstige mogelijkheden en uitdagingen voor de methodiek zorgzwaartebepaling te voorspellen:

- In het kader van de verdere ontwikkeling van het instrumentarium zal ook rekening gehouden moeten worden met ontwikkelingen buiten het VAPH, zoals het BelRAI-instrumentarium. In het regeerakkoord wordt er ingezet op de BelRAI als sectoroverschrijdend instrument voor de bepaling van ondersteuningsnoden. Er zal moeten bekeken worden in hoeverre het huidig beschikbare BelRAI-instrumentarium aangepast is voor het inschatten van de ondersteuningsnoden van pmh, gezien de huidige procedures van het VAPH en de definitie van zorgzwaarte binnen het VAPH, hoe het ZZI en het beschikbare BelRai-instrumentarium matcht, wat er nog ontwikkeld moet worden en welke randvoorwaarden gecreëerd zouden moeten worden om over te stappen van het ZZI naar een instrument uit het BelRAI/interRAI universum. Hiervoor werd intussen een onderzoek uitgeschreven, dat zal uitgevoerd worden door het steunpunt WVG.
- De verhouding van de vernieuwde methodiek zorgzwaartebepaling met de beschrijvende objectivering moet bekeken worden: wat is de meerwaarde van de beschrijvende objectivering nog als de inschatting in de nieuwe methodiek zorgzwaartebepaling toch door de inscalers gemaakt moet worden? Dit moet verder geëvalueerd worden.
- De methodiek zorgzwaartebepaling is een zware procedure bij degeneratieve aandoeningen. In de toekomst wordt er best bekeken op welke manier het mogelijk zou zijn om het ZZI periodiek te updaten.
- Zoals eerder aangegeven is het naar de toekomst toe wellicht zinvol om te bekijken of er bepaalde patronen in de verzamelde zorgzwaartegegevens te vinden zijn die toelaten om handvatten aan inscalers aan te reiken. Eerder dan harde rekenregels die op basis van antwoorden op vragen bepalen wat de score op de relevante parameters wordt, bekijken we best of er “richtinggevende” rekenregels opgesteld kunnen worden, waarbij inscalers informatie krijgen over welk B/P-profiel op basis van de data verwacht kan worden en wat de kans is voor bepaalde andere B/P-waarden. Op die manier kan de inschaler een “geïnformeerde” keuze maken en kan er bij grote afwijkingen tussen de verwachte en de ingeschatte waarde bijkomende argumentatie gevraagd worden. Gezien de grote ontwikkelingen op dit vlak lijkt het zinvol om gebruik te maken van Big Data analysetechnieken en zelflerende modellen (deep learning, neurale netwerken) die bij bijkomende informatie (= bijkomende zorgzwaartegegevens vanuit nieuwe dossiers) steeds verbeteren.