

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

**BelRAI in de geestelijke gezondheidszorg:
Gebruiksmogelijkheden en randvoorwaarden voor implementatie**

Hanne Van Horebeek
Dr. Kathleen De Cuyper
Dr. Anja Daems
Dr. Kirsten Hermans
Caroline Dejonghe
Dr. Sabine Nelis
Liza Van Eenoo
Prof. dr. Anja Declercq
Prof. dr. Chantal Van Audenhove



Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
 Minderbroedersstraat 8 – B-3000 Leuven
 Tel 0032 16 37 34 32
 E-mail: swvg@kuleuven.be
 Website: <http://www.steunpuntwvg.be>



Publicatie nr. 2021/03

SWVG-Rapport 49

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Titel rapport: BelRAI in de geestelijke gezondheidszorg: Gebruiksmogelijkheden en randvoorwaarden voor implementatie

Promotor: Prof. dr. Chantal Van Audenhove¹

Copromotor: Prof. dr. Anja Declercq¹

Onderzoekers: Hanne Van Horebeek¹, dr. Kathleen De Cuyper¹, dr. Anja Daems¹, dr. Kirsten Hermans¹, Caroline Dejonghe², dr. Sabine Nelis², Liza Van Eenoo¹

¹ LUCAS – Centrum voor Zorgonderzoek & Consultancy KU Leuven

² Thomas More Hogeschool

Dit rapport kwam tot stand met de steun van de Vlaamse Overheid. In deze tekst komen onderzoeksresultaten van de auteur(s) naar voor en niet die van de Vlaamse Overheid. De Vlaamse Overheid kan niet aansprakelijk gesteld worden voor het gebruik dat kan worden gemaakt van de meegedeelde gegevens.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt zonder uitdrukkelijk te verwijzen naar de bron.

No material may be made public without an explicit reference to the source.

Het consortium SWVG

<i>Deelnemende instellingen - Dagelijks bestuur</i>	
KU Leuven	
· LUCAS, Centrum voor zorgonderzoek en consultancy	Prof. dr. Chantal Van Audenhove Prof. dr. Anja Declercq
· Instituut voor Sociaal Recht	Prof. dr. Johan Put
· HIVA - Onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving	Prof. dr. Tine Van Regenmortel
· Leuvens Instituut voor Gezondheidsbeleid	
· Faculteit Economie en Bedrijfswetenschappen	Prof. dr. Erik Schokkaert
UGent	
· Vakgroep Marketing, Innovatie en Organisatie	Prof. dr. Paul Gemmel
· Vakgroep Publieke Governance, Management & Financiën	Prof. dr. Joris Voets
· Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg	Prof. dr. An De Sutter
Vrije Universiteit Brussel	
· Faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen	Prof. dr. Dominique Verté
Universiteit Antwerpen	
· CRESC, UAntwerpen	Prof. dr. Peter Raeymaeckers
<i>Partnerinstellingen</i>	
Universiteit Hasselt	
· Centrum voor Statistiek	
Thomas More Hogeschool	
· Opleiding Toegepaste Psychologie	Dr. Peter De Graef
Arteveldehogeschool	
· Dienst onderzoek en dienstverlening	
Hogeschool Gent	
· Faculteit Mens en Welzijn	
UC Leuven-Limburg	
· Groep Gezondheid en Welzijn	
<i>Coördinatie en secretariaat</i>	
Coördinator SWVG Administratieve ondersteuning	Dr. Kathleen De Cuyper Manuela Schröder Lut Van Hoof

Rapport 49

Maart 2021

BelRAI in de geestelijke gezondheidszorg: Gebruiksmogelijkheden en randvoorwaarden voor implementatie

Onderzoekers: Hanne Van Horebeek¹, dr. Kathleen De Cuyper¹, dr. Anja Daems¹, dr. Kirsten Hermans¹, Caroline Dejonghe², dr. Sabine Nelis², Liza Van Eenoo¹

Promotor: Prof. dr. Chantal Van Audenhove¹

Copromotor: Prof. dr. Anja Declercq¹

¹ LUCAS – Centrum voor Zorgonderzoek & Consultancy KU Leuven

² Thomas More Hogeschool

Samenvatting

Probleemstelling en onderzoeksvragen

Persoonsgerichte en geïntegreerde zorg en ondersteuning vormen belangrijke hedendaagse visies op goede zorg voor kwetsbare personen (e.g., Strategische Adviesraad Welzijn, Gezondheid en Gezin, 2012, 2018; WHO, 2015). Persoonsgerichte zorg – of *person centered care* – omhelst vier principes: (1) personen met waardigheid, medeleven en respect behandelen, (2) gecoördineerde zorg en ondersteuning aanbieden, (3) gepersonaliseerde zorg en ondersteuning aanbieden, en (4) personen ondersteunen bij de ontwikkeling van hun eigen sterktes en mogelijkheden om een onafhankelijk en zinvol leven te kunnen leiden (The Health Foundation, 2016). De **coördinatie van formele en informele zorg en ondersteuning** – zowel longitudinaal als transversaal – is noodzakelijk opdat de zorg en ondersteuning naadloos zou kunnen aansluiten op de zorgnoden van kwetsbare personen.

Zowel de World Health Organization (WHO) als de Hoge Gezondheidsraad beschouwen de **continuïteit en coördinatie** van zorg tussen deelsectoren van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en andere gezondheids- en welzijnssectoren als belangrijke kwaliteitsindicatoren van de GGZ (Hoge Gezondheidsraad, 2016). Wetenschappelijk onderzoek toont het grote belang van deze continuïteit en coördinatie van zorg aan voor onder meer personen met een **ernstige psychische aandoening** (EPA) die zorg en ondersteuning krijgen in de samenleving (Hermans, Sevenants, & Van Audenhove, 2020). Kwalitatief onderzoek in Vlaanderen leert ons dat alle GGZ-stakeholders de verbetering van de continuïteit van zorg fundamenteel achten in de verdere hervorming van het geestelijke gezondheidsaanbod. Zowel GGZ-coördinatoren, GGZ-hulpverleners, patiënten- en familievertegenwoordigers, gezondheids- en welzijnsvoorzieningen buiten de GGZ, GGZ-onderzoekers als organen die betrokken zijn bij het GGZ-beleid delen deze visie (De Cuyper, Van Ingelgom, & Van Audenhove, 2018).

Het gebruik van een comprehensief assessment systeem, waardoor de zorgverstrekkers over de sectoren heen dezelfde taal en hetzelfde registratiesysteem gebruiken om zorgnoden in kaart te brengen, is een sleutelement in het realiseren van continuïteit en coördinatie (Haggerty et al., 2003; Naert, Roose, Rapp, & Vanderplasschen, 2017; Saultz, 2003; Sweeney et al., 2015; Weaver, Coffey, & Hewitt, 2017; Wierdsma, Mulders, de Vries, & Systema, 2009). De implementatie van **BelRAI** in de Vlaamse GGZ is te situeren in deze doelstelling. BelRAI – de Belgische versie van het internationale interRAI systeem - is een uniform assessment systeem dat bestaat uit instrumenten voor verschillende sectoren van de gezondheidszorg. Deze instrumenten zijn via een *core set* van items met elkaar gelinkt. BelRAI brengt de zorgnoden binnen verschillende levensdomeinen in kaart, geeft input voor coördinatie en continuïteit van zorg (inclusief zorgplanning) en voor kwaliteitsmanagement op het niveau van de organisaties, netwerken en overheden.

Implementatie van complexe innovaties in zorg- en welzijnssystemen – zoals BelRAI er één is - vormt steeds een lange weg met verschillende uitdagingen (Moullin et al., 2015; Damschroder et al., 2009; Flottorp et al., 2013). Bij de hervorming van de Belgische GGZ in 2010 naar minder residentiële en méér ambulante en mobiele zorg – de zogenaamde artikel 107-hervorming – bleken de systemen die de interRAI-logica hanteren het meest geschikt te zijn als monitoringsysteem om de zorg en begeleiding van personen met een ernstige psychische aandoening te coördineren en om zorg- en begeleidingsresultaten op te volgen (De Jaegere, De Smet, & Van Audenhove, 2011). Het was echter pas in 2016 dat de Vlaamse overheid de opdracht aan het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin gaf om een eerste pilootstudie uit te voeren in de zorgpraktijk. In 2018 legde de Vlaamse overheid het gebruik van BelRAI vast in het decreet omtrent de Vlaamse Sociale Bescherming. Hierdoor veranderde de focus van de BelRAI GGZ-studies van het *exploreren* van de gebruiksmogelijkheden naar de realisatie van een *implementatieproces* in de praktijk.

Tijdens de **eerste fase van het implementatieproces** zijn de beschikbare interRAI instrumenten naar het Vlaams-Nederlands vertaald, en voor het eerst – op papier - getest in een kleine groep van voorzieningen en cliënten (Van Eenoo, De Cuyper, Declercq, & Van Audenhove, 2017). Vervolgens vond de ontwikkeling plaats van aanvullingen die nodig bleken voor de specifieke Vlaamse context (Van Horebeek et al., 2019). De **tweede fase van het implementatieproces** bestond uit een eerste test van de BelRAI GGZ-instrumenten en bijhorende output – aan de hand van software - in de zorgpraktijk. Voor de forensische GGZ vond dit plaats tijdens de BelRAI-DUNDRUM forensische GGZ-pilootstudie die in de zomer van 2020 afgerond is (Van Horebeek et al., 2020). Voor de reguliere GGZ en verslavingssector is de tweede BelRAI GGZ-studie bij personen met een ernstige psychische aandoening (inclusief verslaving) hiertoe uitgevoerd. Deze studie lichten we toe in dit rapport.

De studie had een **dubbele doelstelling** (hoofdstuk 1 van het rapport):

- Een eerste set van BelRAI data verzamelen in de Vlaamse GGZ. De resultaten van deze steekproef maken het mogelijk de relevantie van de BelRAI output op meso- en macroniveau¹ na te gaan;
- Het gebruik testen van het voorliggende BelRAI GGZ-instrumentarium én de BelRAI resultaten in de zorg voor personen met een ernstige psychische aandoening, inclusief verslaving.

¹ Het meso-niveau verwijst naar het niveau van de organisatie, het netwerk of de sector. Het macroniveau focust op regio's en landen.

Vier onderzoeksvragen zijn onderzocht in de studie:

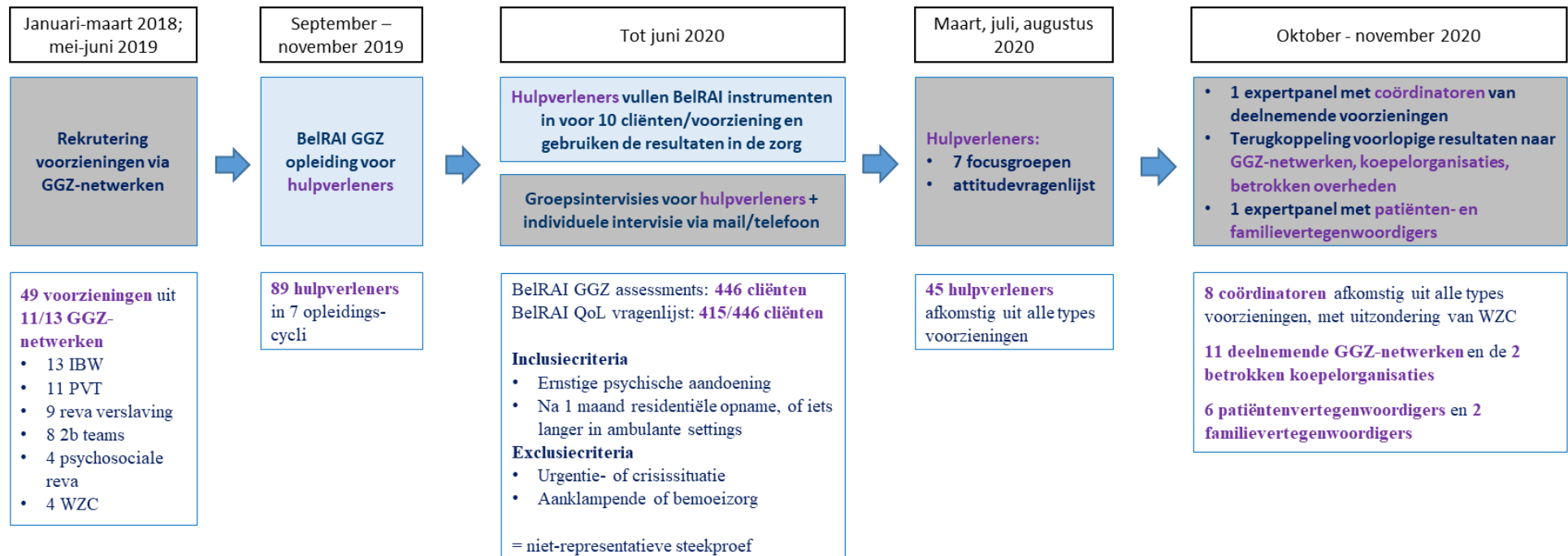
1. A. Hoe kan de steekproef van cliënten beschreven worden op basis van de BelRAI GGZ-output? B. Wat is de relevantie van deze output op het meso- en macroniveau van de Vlaamse GGZ wanneer representatieve data beschikbaar zullen zijn?
2. Welke gebruiksmogelijkheden biedt het BelRAI GGZ-instrumentarium voor de hulpverleners in de zorg voor personen met EPA en/of verslaving op cliëntniveau?
Het betreft (a) de geschiktheid van de instrumenten en (b) de haalbaarheid van het gebruik van de instrumenten voor de hulpverleners.
3. Welke gebruiksmogelijkheden bieden de resultaten van het BelRAI GGZ-instrumentarium op cliëntniveau bij het opstellen of evalueren van het begeleidingsplan binnen het team waar de hulpverlener deel van uitmaakt?
4. Welke randvoorwaarden dienen vervuld te worden om het BelRAI GGZ-instrumentarium te implementeren in de Vlaamse GGZ?

Methode

We hanteerden voor deze studie een **multistakeholdersperspectief** (hoofdstuk 2 van het rapport). Dit houdt in dat de onderzoeksvragen beantwoord worden op basis van de visie van verschillende actoren, namelijk hulpverleners, coördinatoren van voorzieningen, GGZ-netwerken, betrokken koepelorganisaties en patiënten- en familievertegenwoordigers.

Negenenveertig voorzieningen uit 11 GGZ-netwerken namen deel aan de studie: 13 initiatieven voor beschut wonen, 11 psychiatrisch verzorgingstehuizen, 9 revalidatiecentra verslaving, 8 mobiele 2b teams, 4 psychosociale revalidatiecentra en 4 woonzorgcentra met (een) afdeling(en) voor personen met een EPA. Na het volgen van een BelRAI GGZ-opleiding (hoofdstuk 3 van het rapport) includeerden de hulpverleners tien cliënten met een EPA per deelnemende voorziening. Gedurende verschillende maanden vulden zij – en ook de cliënten – het BelRAI GGZ-instrumentarium in. Daarna zijn de verschillende actoren over de gebruiksmogelijkheden van het instrumentarium en over de randvoorwaarden voor implementatie bevraagd. Figuur 1 geeft de procedure van en participatie aan de studie weer.

De hulpverleners vulden het BelRAI GGZ-instrumentarium in voor **446 cliënten** met een EPA – 195 uit residentiële settings, 251 uit ambulante settings - die minstens één maand in opname of behandeling waren. De studie legde enkele exclusiecriteria op waardoor cliënten in een urgentie- of crisissituatie en cliënten die aanklappende of bemoeizorg ontvingen, werden uitgesloten uit de studie. Het werkgroepentraject dat voorafging aan de studie gaf aan dat (de structuur van) het instrumentarium (nog) niet geschikt is om het bij deze doelgroepen te gebruiken. Daarnaast konden hulpverleners – in het licht van de test van de gebruiksmogelijkheden van het instrumentarium - zelf redenen aangeven waarom ze cliënten niet konden includeren in de studie, bv. omwille van (de gevolgen van) hun specifieke psychische toestand (bv. psychose), praktische redenen (bv. onvoldoende kennis van het Nederlands) of doordat ze weigerden om deel te nemen aan de studie. De steekproef van cliënten voor wie het BelRAI GGZ-instrumentarium is ingevuld tijdens deze studie is bijgevolg niet representatief voor alle cliënten met een EPA (inclusief verslaving) die behandeling en begeleiding krijgen in de betrokken types van GGZ-voorzieningen.



Figuur 1 Procedure van en participatie aan de BelRAI GGZ-studie

Nota: IBW = initiatief voor beschut wonen, PVT = psychiatrisch verzorgingstehuis, reva verslaving = revalidatiecentrum voor verslaving, 2b team = mobiel 2b team, psychosociale reva = psychosociale revalidatiecentrum, WZC = woonzorgcentrum

Na de verzameling van de BelRAI data zijn **vijfenvertig hulpverleners** via focusgroepen en een attitudelijst bevestigd omtrent de gebruiksmogelijkheden van het geteste instrumentarium in de zorg voor cliënten met een EPA (inclusief verslaving) op cliëntniveau (onderzoeksvraag 2 en 3). Deze topic is ook voorgelegd aan **acht coördinatoren** uit alle types van deelnemende voorzieningen via een online expertpanel (zie hoofdstuk 5 van het rapport).

Aan de hand van de BelRAI GGZ-output is de **steekproef** van 446 cliënten vervolgens **kwantitatief beschreven**, ook ingedeeld per type voorziening (onderzoeksvraag 1A). Deze beschrijving omvat de resultaten op de zorgschalen, clinical assessment protocols (CAP's), een aantal individuele items van de BelRAI GGZ-instrumenten, -supplementen, de Quality of Life-subschalen, en het correlatieve verband tussen een aantal van deze variabelen (zie hoofdstuk 4 van het rapport).

Patiënt- en familievertegenwoordigers zijn eveneens via een online expertpanel betrokken bij de studie. Zij zijn bevestigd omtrent de randvoorwaarden die dienen vervuld te worden om het BelRAI GGZ-instrumentarium in de toekomst te implementeren in de Vlaamse GGZ (onderzoeksvraag 4). Ook bij de hulpverleners en coördinatoren is hiernaar gepeild (zie hoofdstuk 5 van het rapport).

Tijdens de focusgroepen en expertpanels viel op dat er bij de verschillende actoren nog misverstanden bestonden over het BelRAI assessment systeem en de gebruiksmogelijkheden ervan binnen de GGZ, ondanks het werkgroepentraject dat voorafging aan de studie en de opleiding die alle hulpverleners volgden. Respondenten verwoordden soms opvattingen die objectief niet correct zijn of die getuigen van een eenzijdige kijk op het assessment systeem en de resultaten die het oplevert. Mogelijks is dit te wijten aan het gebrek aan duidelijke communicatie over de doelstellingen van BelRAI en het gebruik ervan in de Vlaamse GGZ, waardoor foutieve informatie circuleert in de sector. De onderzoekers besloten – in overleg met de opdrachtgevers – om de studie af te ronden met een terugkoppelingssessie voor de deelnemende **GGZ-netwerken** en de betrokken **koepelorganisaties**. Deze onlinebijeenkomst had tot doel:

- Een overzicht te geven van de kwantitatieve beschrijving van de steekproef van 446 cliënten (onderzoeksvraag 1A; zie hoofdstuk 4)
- De relevantie van deze gegevens voor het meso- en macroniveau van de Vlaamse GGZ te bevragen (onderzoeksvraag 1B; zie hoofdstuk 4)
- Te peilen naar de randvoorwaarden voor implementatie van BelRAI in de GGZ (onderzoeksvraag 4; zie hoofdstuk 5).

Conclusies en beleidsaanbevelingen

De **conclusies** van de studie kunnen als volgt samengevat worden (zie hoofdstuk 6 van het rapport):

- Met betrekking tot onderzoeksvraag 1B: de BelRAI data zullen op **het niveau van de GGZ-netwerken** (1) input kunnen geven voor de strategische doelstellingen van de netwerken, (2) zullen vergelijkingen tussen netwerken mogelijk maken waardoor goede praktijken kunnen uitgewisseld worden, en (3) hebben het potentieel om een managementtool te worden. De GGZ-netwerken en betrokken koepelorganisaties maken zich tegelijkertijd zorgen over het gebruik van BelRAI output door de Vlaamse overheid, bv. om vat te krijgen op de patiëntenstromen in de GGZ of om budgetten te bepalen voor de voorzieningen.
- Met betrekking tot onderzoeksvraag 2: op **cliëntniveau** brengt BelRAI verschillende levensdomeinen in kaart, en genereert zo een breed beeld van de zorgnoden van de cliënt. De sector vindt het een

gemiste kans dat BelRAI de sterktes en mogelijkheden van de cliënt niet uitgebreider in beeld brengt en dat voornamelijk het hulpverlenersperspectief gehanteerd wordt. De BelRAI Quality of Life vragenlijst - die door de cliënt wordt ingevuld - wordt daarom als een belangrijke aanvulling ervaren bij de BelRAI (C)MH en de supplementen.

Gezien de problematieken van personen met een EPA erg verscheiden zijn en evolueren doorheen de tijd, verschilt het van cliënt tot cliënt welke zorgnoden op een bepaald moment in zijn zorgtraject uitgebreide inventarisatie nodig hebben. Hiermee houdt de structuur van het BelRAI GGZ-instrumentarium op dit moment geen rekening. Dat BelRAI ook delicate thema's bevroegt, helpt hulpverleners om deze aan te kaarten bij de cliënten. Bij een aantal cliënten is het bevroegen van delicate thema's – in een bepaalde fase van zijn zorgtraject - niet opportuun omdat het hun precaire psychische toestand extra onder druk zet.

Tijdens de studie waren de hulpverleners van oordeel dat de tijd die ze investeerden in (de voorbereiding van) het invullen van de instrumenten en de informatie die ze eruit haalden, niet in balans waren. Hierbij dient in rekening genomen te worden dat de hulpverleners het instrumentarium vaak ingevuld hebben voor cliënten die ze reeds lange tijd kenden (in tegenstelling tot wat gevraagd werd in het protocol van de studie; zie deel 1 van hoofdstuk 5). Dit zou mee kunnen verklaren waarom de BelRAI-resultaten weinig relevante input gaven voor de begeleidingsplannen.

- Met betrekking tot onderzoeksvraag 3: als input voor de **begeleidingsplannen** zijn de BelRAI resultaten als minder relevant beoordeeld. Dit heeft te maken met het eigen assessment instrumentarium dat verschilt van voorziening tot voorziening, maar dat ook meer gericht is op de eigen patiëntenpopulatie en dat het cliëntperspectief meer in beeld brengt. Daarnaast zijn begeleidingsplannen in de GGZ meestal gebaseerd op het verloop van het therapeutisch proces in de laatste weken of maanden. BelRAI brengt veel zorgnoden echter op basis van de laatste drie dagen in kaart.
- Met betrekking tot onderzoeksvraag 4: de **randvoorwaarden voor implementatie** van BelRAI in de Vlaamse GGZ hebben betrekking op (1) duidelijkheid verschaffen over de doelstellingen die de Vlaamse overheid met BelRAI heeft in de GGZ, (2) de toegang regelen van de cliënt en zijn vertegenwoordiger en/of vertrouwenspersoon tot het BelRAI dossier, (3) omvorming van het instrumentarium tot een gebruiksvriendelijke online tool die overzichtelijke resultaten geeft voor alle gebruikers, (4) de coördinatie van BelRAI dossiers uitwerken zodat het instrumentarium multidisciplinair ingevuld wordt en enkele need-to-know informatie gedeeld wordt met de bevoegde hulpverleners, (5) voldoende opleidingscapaciteit voorzien, en (6) herwerking van (de structuur van) het BelRAI GGZ-instrumentarium opdat het BelRAI GGZ-assessment meer op maat van de cliënt en van de behandeling/begeleiding zou kunnen uitgevoerd worden.

Op basis van deze conclusies van de studie en de conclusies van de pilootstudie in de forensische GGZ (Van Horebeek et al., 2020) bieden onderstaande **zes beleidsaanbevelingen** een antwoord op de vraag wat er nodig is voor een volledige uitrol van BelRAI in de Vlaamse GGZ zoals voorzien is in de regelgeving (zie hoofdstuk 6 van het rapport).

1. Duidelijke en correcte informatie over de doelstellingen en de timing van BelRAI

Eerst en vooral is het belangrijk dat alle koepels en organisaties de duidelijke boodschap krijgen dat BelRAI in de GGZ wordt ingevoerd zoals decretaal is vastgelegd. Voor sommigen is niet duidelijk wat precies de meerwaarde van BelRAI is en aan welke verwachtingen deze instrumenten *niet* tegemoetkomen. De mogelijkheden van BelRAI op vlak van continuïteit en coördinatie van zorg – wat vooral noodzakelijk is voor

EPA-patiënten - dienen verder geduid te worden. Daarnaast is het belangrijk om duidelijkheid te bieden over de manier waarop een eventuele koppeling van financiering met BelRAI data mogelijk zou zijn, en welke stappen noodzakelijk zijn alvorens dit realiseerbaar is. Hoe BelRAI andere registratiesystemen zoals MPG en de B4-registratie zal vervangen, dient eveneens verhelderd te worden.

2. Online BelRAI platform en coördinatie

Het BelRAI dossier kan gebruiksvriendelijk intersectoraal ingevuld worden indien het opgenomen is in het Vlaams en/of federaal BelRAI platform. Dit faciliteert het interdisciplinair karakter van BelRAI en het gebruik van de handboeken die bij de instrumenten horen. Daarnaast kan een gedetailleerde weergave van de scores op item-niveau voor de items van een bepaalde zorgschaal/CAP de interpretatie van de output binnen het kader van de begeleiding van de cliënt vergemakkelijken. Verder draagt het gebruik van een BelRAI platform bij tot de integratie in de software van de patiëntendossiers, wat een belangrijke meerwaarde oplevert qua tijdswinst tijdens consultaties. Ook de verdere afstemming met de forensische GGZ, waar de DUNDRUM een specifieke aanvulling op het GGZ-instrumentarium vormt, verdient aanbeveling. De link tussen het Vlaamse en federale BelRAI platform is van groot belang voor de informatie-uitwisseling tussen Vlaams en federaal gesubsidieerde voorzieningen, zeker in de GGZ.

Een online BelRAI platform voorziet dat er voor elk BelRAI dossier een coördinator aangesteld is die toegangsrechten geeft aan andere zorgverstrekkers en die de geïnformeerde toestemming van de cliënt voor het delen van de BelRAI data opvolgt. De coördinator is van dichtbij betrokken in de zorg en geeft opdracht aan de andere zorgverstrekkers om het dossier tijdig aan te vullen.

Door de wetenschappelijke begeleiding van het implementatietraject (zie punt 6) zal het ook mogelijk zijn om - na (her)testing – kleine aanpassingen door te voeren aan het BelRAI GGZ-instrumentarium via software-updates.

3. Afspraken over de inzage door de persoon zelf en de vertrouwenspersoon

In principe heeft de persoon recht op inzage in zijn dossiergegevens. Dit is de bedoeling, en de grote transparantie stemt ook overeen met basisprincipes van goede zorg. Toch is het in de context van de GGZ ook nodig om in sommige situaties de dossiergegevens niet open te stellen voor de persoon zelf. Sommige patiënten hebben – inherent aan hun problematiek en eventueel tijdelijk – geen ziekte-inzicht en zullen de assessments ook betwisten. Op deze wijze zou de vanzelfsprekende transparantie de therapeutische relatie en het genezings- en herstelproces van een patiënt op bepaalde momenten kunnen verstoren. Het dossier voor de patiënt en zijn vertrouwenspersoon en/of vertegenwoordiger openstellen zonder meer, is bijgevolg niet vanzelfsprekend. De keuze van het juiste moment om een dossier open te stellen vereist dus klinische afwegingen. Dit geldt in het bijzonder ook voor de forensische GGZ waar de DUNDRUM mee opgenomen wordt. Hierover zou best een richtlijn worden opgesteld die door de coördinator van het BelRAI-dossier gehanteerd kan worden.

4. Ontwikkeling van een kader voor de informatiedeling tussen gezondheidssectoren

Het sectoroverschrijdend delen van informatie over GGZ-gebruikers is een delicate kwestie. Vooral omwille van het stigma en de discriminatie van mensen met psychische problemen is het belangrijk dat er voorzichtig mee omgegaan wordt. Tegelijk is het grote taboe op de bespreekbaarheid contraproductief omdat het de noodzakelijke goede samenwerking tussen teams en disciplines voor EPA-patiënten verhindert en hiermee ook hun kansen op een goede kwaliteit van leven in de samenleving. Het is bijgevolg belangrijk dat de beschikbare denkoefeningen die over informatiedeling in de welzijnssectoren aanwezig

zijn, ook verder geconcretiseerd worden naar hun toepassing in de sectoroverschrijdende werking met de GGZ.

5. Afspraken over het werken met een BelRAI GGZ-core instrument

In januari 2021 zijn twee nieuwe BelRAI GGZ-projecten van start gegaan binnen het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin². Eén daarvan (EF75) focust op de ontwikkeling van een BelRAI GGZ-core instrument, en de bijhorende modules, voor gebruik in de GGZ in Vlaanderen. Het core instrument zal voorzien in een beperkt - maar zorgvuldig geselecteerd - aantal items uit het BelRAI GGZ-instrumentarium dat bepalend is voor de toeleiding naar de modules. Deze selectie zal bepaald worden op basis van wetenschappelijke en klinische criteria. Zo is het bijvoorbeeld nodig dat er ook aandacht gaat naar, en kennis beschikbaar is over, de lichamelijke problemen van personen met EPA in de GGZ (Jespers, Christiaens, Kohn, Savoye, & Mistiaen, 2021).

Met deze herwerking van de structuur van het BelRAI GGZ-instrumentarium komen we tegemoet aan de vraag om bij de opstart van een BelRAI dossier te voorkomen dat begeleiders het hele instrumentarium moeten doorlopen met vele items die mogelijk niet relevant zijn voor een bepaalde cliënt in een bepaalde fase van zijn zorgtraject. Enkel de relevante modules worden op een wetenschappelijke wijze geselecteerd voor de opstart. Daarnaast zal het toch ook nodig zijn om de coördinator van BelRAI-dossiers te voorzien van richtlijnen om het volledige instrument bij bepaalde personen verder af te werken met het oog op de standaardisatie die nodig is voor de vergelijkbaarheid tussen dossiers en tussen teams, sectoren en netwerken. Dit proces kan in dialoog met de sector verlopen omdat het vooral moet afgestemd worden op doorlooptrajecten in de zorg en haalbaarheid voor personeel.

6. De rol van onderzoekers en het Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek vzw

Voor toekomstig onderzoek zou het interessant zijn om te focussen op GGZ-netwerken en netwerken internering die bereid zijn om als koplopers te functioneren in het implementatietraject in de GGZ; hierbij ook rekening houdend met de federaal gesubsidieerde voorzieningen. Na enkele jaren mag men verwachten dat de data ertoe leiden dat ook de winsten op vlak van continuïteit en coördinatie vanzelfsprekend zijn en dat BelRAI een vaste waarde wordt. Eens een representatief staal van BelRAI assessments verzameld is, zullen de interRAI GGZ-kwaliteitsindicatoren (Perlman et al., 2013) en zorgzwaartecategorieën (Canadian Institute for Health Information, 2017) aangepast en ontwikkeld kunnen worden naar de Vlaamse context.

De ondersteuning door een onafhankelijke wetenschappelijke equipe garandeert een evidence-based internationaal gevalideerde tool. LUCAS KU Leuven participeert op het hoogste niveau aan de uitbouw en aanpassingen in het wereldwijd interRAI netwerk en bewaakt op deze wijze de wederzijdse uitwisseling van goede praktijken en aanpassingen aan het systeem. Aan het Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek vzw (KCD) wordt een belangrijke rol toegekend vanuit Vlaanderen. Concreet betekent dit dat het KCD de vormingspakketten ontwikkelt waarmee de trainers aan de slag gaan en ook de inhoud voor intervisie achteraf.

² Het tweede project (EF74) bouwt verder op de BelRAI-DUNDRUM forensische GGZ-pilootstudie (Van Horebeek et al., 2020) en richt zich op de aanpassen van het BelRAI Forensic supplement op basis van het Risk-Need-Responsivity model en het afstemmen van de DUNDRUM voor personen met een verstandelijke beperking.

Tot slot

Met het geheel van deze beleidsaanbevelingen betekenen de BelRAI GGZ-studie en de BelRAI-DUNDRUM forensische GGZ-pilootstudie (Van Horebeek et al., 2020) een belangrijke stap vooruit in het implementatieproces van BelRAI in de Vlaamse GGZ. De randvoorwaarden die uitwerking nodig hebben, zijn geconcretiseerd. De realisatie ervan door de Vlaamse overheid, het KCD en de onderzoekspartners is nu primordiaal. Daarna kan het implementatieproces een nieuwe fase ingaan. Een mogelijk scenario bestaat erin dat een GGZ-netwerk en een netwerk internering die willen fungeren als koplopers de implementatie opstarten. De daadwerkelijke uitrol van BelRAI in de GGZ in Vlaanderen zal sowieso een gefaseerd en uitdagend proces worden waarbij de bijdrage van alle stakeholders noodzakelijk zal zijn.

Inhoud

Lijst van afkortingen	21
Hoofdstuk 1 Inleiding en doelstelling van de BelRAI GGZ-studie	23
1 Situering van het onderzoek	23
2 InterRAI en BelRAI: een comprehensief assessment systeem	24
3 BelRAI GGZ-instrumentarium	25
4 Gebruik van het BelRAI GGZ-instrumentarium	27
4.1 Invullen van het BelRAI GGZ-instrumentarium	27
4.2 BelRAI GGZ-output	29
5 De BelRAI projecten in de Belgische en Vlaamse GGZ	32
6 Doelstelling en onderzoeksvragen van de BelRAI GGZ-studie in de reguliere GGZ en verslavingssector ter voorbereiding van implementatie	34
Hoofdstuk 2 Methode van de BelRAI GGZ-studie	37
1 Design en procedure van de studie	37
1.1 Studiedesign	37
1.2 Procedure van de studie	39
2 Rekrutering	41
2.1 Rekrutering van de voorzieningen	41
2.2 Hulpverleners en coördinatoren van voorzieningen	42
2.3 Cliënten met een ernstige psychische aandoening, inclusief verslaving	42
2.4 Vertegenwoordigers van GGZ-netwerken en koepelorganisaties, en patiënten- en familieorganisaties	43
3 Dataverzameling	43
3.1 Verzameling van de BelRAI GGZ-dataset bij cliënten met een EPA, inclusief verslaving	43
3.2 Dataverzameling bij de hulpverleners van deelnemende voorzieningen	47
3.3 Dataverzameling bij de coördinatoren van deelnemende voorzieningen	49
3.4 Dataverzameling bij vertegenwoordigers van GGZ-netwerken en koepelorganisaties, en bij patiënten- en familieorganisaties	49
4 Dataverwerking	50
4.1 Dataverwerking onderzoeksvraag 1	50
4.2 Dataverwerking onderzoeksvragen 2 en 3	51
4.3 Dataverwerking onderzoeksvraag 4	53
Hoofdstuk 3 De ontwikkeling en uitvoering van een BelRAI GGZ-opleiding voor hulpverleners	55
1 Organisatie van de BelRAI GGZ-opleidingscycli	55
2 Inhoud van de BelRAI GGZ-opleiding	56
2.1 Eerste opleidingsdag	56
2.2 Tweede opleidingsdag	58
2.3 Intervisies	58

3	Evaluatie van de BelRAI GGZ-opleiding door de deelnemende hulpverleners	59
3.1	Ervaringen van de deelnemers/hulpverleners m.b.t. inhoud van de BelRAI GGZ-opleiding	59
3.2	Ervaringen van de deelnemers/hulpverleners m.b.t. praktische aspecten van de BelRAI GGZ-opleiding	61
4	Reflecties van de trainers over de BelRAI GGZ-opleiding	62
Hoofdstuk 4 Resultaten van de BelRAI GGZ-studie: BelRAI output op groepsniveau		65
1	De BelRAI GGZ-output op groepsniveau	65
1.1	Samenstelling van de steekproef	65
1.2	Aantal respondenten per instrument	66
1.3	Missing values per instrument	69
1.4	Psychiatrische diagnoses en mate van ziekte-inzicht	71
1.5	Fysieke gezondheidstoestand en somatische diagnoses	73
1.6	Opnamegeschiedenis in het kader van de psychische problematiek	75
1.7	Zorgschalen en Clinical assessment protocols	76
1.8	Kwaliteit van leven volgens de cliënt	85
2	Relevantie van BelRAI GGZ-output voor het meso- en macroniveau van de Vlaamse GGZ	89
2.1	Mogelijkheden van de BelRAI GGZ-output voor het meso- en macroniveau van de Vlaamse GGZ	90
2.2	Kritische kanttekeningen en bezorgdheden bij de BelRAI GGZ-output voor het meso- en macroniveau van de Vlaamse GGZ	91
Hoofdstuk 5 Resultaten van de BelRAI GGZ-studie: Gebruiksmogelijkheden van BelRAI op cliëntniveau en randvoorwaarden voor de implementatie in de Vlaamse GGZ		93
1	De gebruiksmogelijkheden van het BelRAI GGZ-instrumentarium volgens hulpverleners en coördinatoren van GGZ-voorzieningen	93
2	Randvoorwaarden voor de implementatie van BelRAI in de Vlaamse GGZ	106
Hoofdstuk 6 Conclusies, discussie en beleidsaanbevelingen		113
1	Onderzoeksvraag 1.B: de gebruiksmogelijkheden van het BelRAI GGZ-instrumentarium op het meso- en macroniveau van de Vlaamse GGZ	113
2	Onderzoeksvragen 2 en 3: de gebruiksmogelijkheden van het BelRAI GGZ-instrumentarium op cliëntniveau	114
3	Onderzoeksvraag 4: de randvoorwaarden voor implementatie in de Vlaamse GGZ	116
4	Beleidsaanbevelingen	117
4.1	Duidelijke en correcte informatie over de doelstellingen en de timing van BelRAI	118
4.2	Online BelRAI platform en coördinatie	119
4.3	Afspraken over de inzage door de persoon zelf en de vertrouwenspersoon	119
4.4	Ontwikkeling van een kader voor de informatiedeling tussen gezondheidssectoren	119
4.5	Afspraken over het werken met een BelRAI GGZ-core instrument	120
4.6	De rol van onderzoekers en het Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek vzw	120

Referenties		123
Bijlagen		129
Bijlage 1	BelRAI GGZ-studie – informatiebrochure BelRAI GGZ-studie hulpverlener, cliënt, naastbetrokkenen	131
Bijlage 2	Informed consent formulier – cliënten met een EPA (inclusief verslaving)	139
Bijlage 3	Informed consent formulier – coördinatoren/ beleidsmedewerkers	149
Bijlage 4	Informed consent formulier – patiënten- en familievertegenwoordigers	155
Bijlage 5	Richtvragen (online-)focusgroep met hulpverleners (1 t.e.m. 4)	161
Bijlage 6	Richtvragen online-focusgroep met hulpverleners (5 t.e.m. 7)	163
Bijlage 7	Vragen expertpanel met coördinatoren van de deelnemende voorzieningen	165
Bijlage 8	Nota terugkoppeling BelRAI GGZ-studie voor de deelnemende GGZ-netwerken, koepelorganisaties en betrokken overheden	167
Bijlage 9	Expertpanel met patiënten- en familievertegenwoordigers	171
Bijlage 10	Voorbeeld opleidingswebsite	175
Bijlage 11	Resultaten van de BelRAI GGZ-studie: Bijkomende BelRAI output op groepsniveau	177
Bijlage 12	Overzicht van de BelRAI items die in meer dan 5% van de assessments niet zijn ingevuld	191
Bijlage 13	Bijkomende informatie zorgschalen BelRAI (C)MH	201
Bijlage 14	Bijkomende informatie CAP's BelRAI (C)MH	209
Bijlage 15	Attitudelijst hulpverleners: Attitude ten opzichte van eigenschappen en gebruiksmogelijkheden van het BelRAI assessment systeem in de zorg voor personen met een ernstige psychische aandoening, inclusief verslaving	231

Lijst Tabellen

Tabel 1	Overzicht van de beschikbare BelRAI GGZ-clinical assessment protocols (CAP's) onderverdeeld in vijf levensdomeinen	31
Tabel 2	Schematische weergave van de groepen deelnemers waarbij (of waarover) we data verzamelden om de onderzoeksvragen te beantwoorden	38
Tabel 3	Schematische weergave van het hoofdstuk en de bijlage waarin de resultaten van de dataverwerking per onderzoeksvraag en per groep deelnemers kan teruggevonden worden	54
Tabel 4	Verdeling van de deelnemers/hulpverleners over de vier opleidingslocaties en volgens type van voorziening	56
Tabel 5	Aantal en percentage residentiële cliënten voor wie de BelRAI MH werd ingevuld, weergegeven per type residentiële voorziening	66
Tabel 6	Aantal en percentage ambulante cliënten voor wie de BelRAI CMH werd ingevuld, weergegeven per type ambulante voorziening	67
Tabel 7	Aantal (en percentage) cliënten voor wie elk van de supplementen diende ingevuld te worden en voor wie ze effectief ingevuld zijn	67
Tabel 8	Aantal en percentage residentiële en ambulante cliënten die de BelRAI Quality of Life vragenlijst invulden	68
Tabel 9	Aantal residentiële en ambulante cliënten die de Nederlandse Empowerment Vragenlijst invulden	68
Tabel 10	Percentage van de 12 meest voorkomende categorieën van DSM-IV diagnoses per type van voorziening	71
Tabel 11	Percentage cliënten met astma, diabetes mellitus, hypothyreoïdie, migraine en een traumatisch hersenletsel, ingedeeld per type voorziening	75
Tabel 12	Beschrijvende statistieken van de BelRAI GGZ-zorgschalen voor cliënten die verblijven in een PVT	77
Tabel 13	Beschrijvende statistieken van de BelRAI GGZ-zorgschalen voor cliënten die verblijven in een residentieel revalidatiecentrum voor verslaving	78
Tabel 14	Beschrijvende statistieken van de BelRAI GGZ-zorgschalen voor cliënten die verblijven in een ambulante revalidatiecentrum voor verslaving	79
Tabel 15	Voorlopige Cronbach's alpha voor de subschalen van de BelRAI Quality of Life vragenlijst	85
Tabel 16	Correlaties tussen de vier subschalen levenskwaliteit en de relatie met het behandelteam, ingedeeld volgens residentiële en ambulante cliënten en voor de volledige steekproef	87
Tabel 17	Visie van hulpverleners en coördinatoren op de gebruiksmogelijkheden van het BelRAI GGZ-instrumentarium op cliëntniveau, in de zorg voor personen met EPA (inclusief) verslaving	96

Tabel 18	Nota's van de onderzoekers bij bepaalde visies van hulpverleners en coördinatoren op de gebruiksmogelijkheden van het BelRAI GGZ-instrumentarium op cliëntniveau (zie Tabel 17)	102
Tabel 19	Visie van hulpverleners en coördinatoren op de gebruiksmogelijkheden van de resultaten van het BelRAI GGZ-instrumentarium op cliëntniveau, bij het opstellen of evalueren van het begeleidingsplan van de cliënt binnen het team waar de hulpverlener deel van uitmaakt	104
Tabel 20	Nota's van de onderzoekers bij bepaalde visies van hulpverleners en coördinatoren op de gebruiksmogelijkheden van de resultaten van het BelRAI GGZ-instrumentarium op cliëntniveau, bij het opstellen of evalueren van het begeleidingsplan van de cliënt (zie Tabel 19)	105
Tabel 21	Visie van hulpverleners, coördinatoren, GGZ-netwerken, koepelorganisatie en patiënten- en familievertegenwoordigers op de randvoorwaarden voor implementatie van BelRAI in de Vlaamse GGZ	107
Tabel 22	Nota's van de onderzoekers bij bepaalde visies van hulpverleners, coördinatoren, GGZ-netwerken, koepelorganisatie en patiënten- en familievertegenwoordigers op de randvoorwaarden voor implementatie van BelRAI in de Vlaamse GGZ (zie Tabel 21)	112
Tabel 23	Percentage cliënten die extrapiramidale symptomen ervaren ingedeeld volgens type voorziening	179
Tabel 24	Beschrijvende statistieken van de BelRAI GGZ-zorgschalen voor cliënten die wonen binnen een Initiatief voor Beschut Wonen	180
Tabel 25	Beschrijvende statistieken van de BelRAI GGZ-zorgschalen voor cliënten die begeleiding krijgen van een mobiel 2b team	181
Tabel 26	Beschrijvende statistieken van de BelRAI GGZ-zorgschalen voor cliënten die ambulante begeleiding krijgen in een psychosociaal revalidatiecentrum	182
Tabel 27	Beschrijvende statistieken van de BelRAI GGZ-zorgschalen voor bewoners van woonzorgcentra met (een) afdeling(en) voor personen met een EPA	183
Tabel 28	Items uit de BelRAI MH met meer dan 5% missing values	191
Tabel 29	Items uit het BelRAI Forensic supplement met meer dan 5% missing values	192
Tabel 30	Items uit het BelRAI Intellectual Disability supplement met meer dan 5% missing values	192
Tabel 31	Items uit het BelRAI Addictions supplement-extended version met meer dan 5% missing values	192
Tabel 32	Items uit het Maatschappelijk Herstel supplement met meer dan 5% missing values	194
Tabel 33	Items uit de BelRAI CMH met meer dan 5% missing values	194
Tabel 34	Items uit het BelRAI Forensic supplement met meer dan 5% missing values	194

Tabel 35	Items uit het BelRAI Intellectual Disability supplement met meer dan 5% missing values	194
Tabel 36	Items uit het BelRAI Addictions supplement met meer dan 5% missing values	195
Tabel 37	Items uit het BelRAI Addictions supplement-extended version met meer dan 5% missing values	195
Tabel 38	Items uit het Maatschappelijk Herstel supplement met meer dan 5% missing values	199

Lijst Figuren

Figuur 1	Procedure van en participatie aan de BelRAI GGZ-studie	6
Figuur 2	Fasen van het implementatieproces van BelRAI in de gezondheidszorgsectoren en de situering hierin van het BelRAI GGZ-onderzoek van het Steunpunt Welzijn Volksgezondheid en Gezin	36
Figuur 3	Procedure van de BelRAI GGZ-studie	40
Figuur 4	BelRAI GGZ-instrumentarium dat getest is tijdens de BelRAI GGZ-studie	45
Figuur 5	Zinvolheid van de opleidingsdagen en intervisies m.b.t. het invullen van het BelRAI GGZ-instrumentarium volgens de deelnemers/hulpverleners	60
Figuur 6	De moeilijkheidsgraad van de opleiding	60
Figuur 7	Zinvolheid van het opleidingsmateriaal voor het invullen van het BelRAI GGZ-instrumentarium	61
Figuur 8	Percentage cliënten met een stemmingsstoornis ingedeeld volgens belangrijkheid van diagnose en type voorziening	72
Figuur 9	Percentage cliënten ingedeeld volgens mate van ziekte-inzicht, per type voorzieningen	72
Figuur 10	Percentage cliënten met een bepaalde mate van algemene fysieke gezondheid zoals beoordeeld door de cliënt zelf, ingedeeld volgens type voorziening	73
Figuur 11	Percentage cliënten bij wie (1) slaperigheid of versuftheid overdag, (2) hoofdpijn, (3) toename of afname van eetlust, (4) duizeligheid en (5) onzekere pas in de laatste drie dagen aanwezig was (en al dan niet vertoond op één of meerdere dagen), ingedeeld volgens het type voorziening	74
Figuur 12	Percentage cliënten met een bepaalde mate van vermoeidheid, ingedeeld volgens type voorziening	74
Figuur 13	Percentage cliënten met aantal voorgaande opnames in residentiële GGZ-voorzieningen, ingedeeld volgens type voorziening	75
Figuur 14	Percentage cliënten met leeftijdscategorie waarin ze voor het eerst overnachtten in een residentiële GGZ-voorziening	76
Figuur 15	Percentage cliënten uit Initiatieven voor Beschut Wonen voor wie de CAP's resulteren in score 0 (donkerblauw), 1 (groen) of 2 (lichtblauw)	81
Figuur 16	Percentages cliënten per type voorziening voor wie de CAP's Persoonlijke financiën en Opleiding en werk resulteren in score 0, 1 of 2	84
Figuur 17	Gemiddelde scores op de vier subschalen kwaliteit van leven van de BelRAI Quality of Life vragenlijst, ingedeeld volgens residentiële en ambulante cliënten en voor de volledige steekproef	86
Figuur 18	Gemiddelde score op de subschaal relatie met behandelteam, ingedeeld volgens residentiële en ambulante cliënten en voor de volledige steekproef	86

Figuur 19	Verband tussen de vier subschalen levenskwaliteit en de fysieke gezondheid voor de volledige steekproef	87
Figuur 20	Verband tussen de vier subschalen levenskwaliteit en financiële problemen voor de volledige steekproef	88
Figuur 21	Percentages cliënten volgens leeftijdscategorie, ingedeeld volgens type voorziening	177
Figuur 22	Percentages volgens burgerlijke staat, ingedeeld volgens type voorziening	177
Figuur 23	Percentages cliënten volgens woonsituatie*, ingedeeld volgens type voorziening	178
Figuur 24	Percentages cliënten per type voorziening voor wie de CAP's Schade aan anderen, Zelfmoordgedrag en opzettelijke verwonding en Zelfzorg resulteren in score 0, 1 of 2	184
Figuur 25	Percentages cliënten per type voorziening voor wie de CAP's Sociale relaties, Intermenselijke conflicten, Mantelzorg en Traumatische levensgebeurtenissen resulteren in score 0, 1 of 2	185
Figuur 26	Percentages cliënten per type voorziening voor wie de CAP's Criminele activiteiten en Ondersteuningskader bij ontslag resulteren in score 0 of 1	186
Figuur 27	Percentages cliënten per type voorziening voor wie de CAP's Geneesmiddelenbeheer en therapietrouw, Heropname en Vrijheidsbeperkende maatregelen resulteren in score 0, 1 of 2	187
Figuur 28	Percentages cliënten per type voorziening voor wie de CAP's Roken, Middelengebruik, Gewichtsmanagement en Beweging resulteren in score 0, 1 of 2	188
Figuur 29	Percentages cliënten per type voorziening voor wie de CAP's Slaapstoornissen, Pijn en Valincidenten resulteren in score 0, 1 of 2	189
Figuur 30	Percentage cliënten over alle types voorzieningen heen voor wie Intellectual Disability CAP's Sociale relaties, Zinnvolle activiteiten, Schadelijk gedrag en Misbruik door anderen resulteren in score 0, 1 of 2, en voor wie de Intellectual Disability CAP's Continuitie en Communicatie resulteren in score 0 of 1	190
Figuur 31	Attitude hulpverleners t.o.v. de geschiktheid van het BelRAI GGZ-instrumentarium in het algemeen (onderdeel van onderzoeksvraag 2)	231
Figuur 32	Attitude hulpverleners t.o.v. de geschiktheid van de BelRAI GGZ-supplementen (onderdeel van onderzoeksvraag 2)	232
Figuur 33	Attitude hulpverleners t.o.v. de haalbaarheid van het gebruik van het BelRAI GGZ-instrumentarium (onderdeel van onderzoeksvraag 2)	233
Figuur 34	Attitude van de hulpverleners t.o.v. de gebruiksmogelijkheden van de BelRAI GGZ-resultaten voor het begeleidingsplan (onderzoeksvraag 3)	234
Figuur 35	Attitude t.o.v. gebruiksmogelijkheden van BelRAI na implementatie in de Vlaamse (G)GZ (onderdeel van onderzoeksvraag 4)	235

Lijst van afkortingen

ADL	Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen
BelRAI CMH-instrument	BelRAI Community Mental Health instrument
BelRAI MH-instrument	BelRAI Mental Health instrument
BMI	Body Mass Index
CAGE	De letter C, A, G en E verwijzen naar de vier criteria: (1) Have you ever felt you needed to Cut down on your drinking? (2) Have people Annoyed you by criticizing your drinking? (3) Have you ever felt Guilty about drinking? (4) Have you ever felt you needed a drink first thing in the morning (Eye-opener) to steady your nerves or to get rid of a hangover?
CAP	Clinical Assessment Protocol
CGG	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg
CoBRHA register	Common Base Registry for HealthCare Actor
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DUNDRUM	Dangerousness Understanding, Recovery and Urgency Manual
EPA	Ernstige Psychische Aandoening
EPD	Elektronisch Patiëntendossier
FOD	Federale Overheidsdienst
GAF	Global Assessment of Functioning
GDPR	General Data Protection Regulation
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
HOPE-framework	Home, Opportunity, People, Empowerment
IADL	Instrumentele Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen
(I)BW	(Initiatieven voor) Beschut Wonen
ICD	International Classification of Diseases
ICF	Informed Consent Form
interRAI CMH	interRAI Community Mental Health
interRAI MH	interRAI Mental Health
I.ROC	Individual Recovery Outcomes Counter
KB	Koninklijk Besluit
KCD	Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek
KeFor	Kenniscentrum Forensisch Psychiatrische Zorg

Afkortingen

MPG	Minimale Psychiatrische Gegevens
MT	Mobiele 2b Teams
NEL	Nederlandse Empowerment Lijst
OPGanG	Open Patiëntenkoepel Geestelijke Gezondheid
Psycho reva	Psychosociaal revalidatiecentrum
PVT	Psychiatrische Verzorgingstehuizen
PZ	Psychiatrische Ziekenhuizen
QoL-vragenlijst	Quality of Life vragenlijst
Reva versla	Revalidatiecentrum voor verslaving
VIP ²	Vlaams Indicatorenproject voor Patiënten en Professionals
VVBV	Vlaamse Vereniging voor Behandelingscentra Verslaafdenzorg
WHO	World Health Organization
WVG	Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
WZC	Woonzorgcentra

Hoofdstuk 1

Inleiding en doelstelling van de BelRAI GGZ-studie

1 Situering van het onderzoek

Persoonsgerichte en geïntegreerde zorg en ondersteuning belangrijke hedendaagse visies op goede zorg voor kwetsbare personen (e.g., Strategische Adviesraad Welzijn, Gezondheid en Gezin, 2012, 2018; WHO, 2015). Persoonsgerichte zorg – of *person centered care* – omhelst vier principes: (1) personen met waardigheid, medeleven en respect behandelen, (2) gecoördineerde zorg en ondersteuning aanbieden, (3) gepersonaliseerde zorg en ondersteuning aanbieden, en (4) personen ondersteunen bij de ontwikkeling van hun eigen sterktes en mogelijkheden om een onafhankelijk en zinvol leven te kunnen leiden (The Health Foundation, 2016). De coördinatie van formele en informele zorg en ondersteuning – zowel longitudinaal als transversaal – is noodzakelijk opdat de zorg en ondersteuning naadloos zou kunnen aansluiten op de zorgnoden van kwetsbare personen.

Zowel de World Health Organization (WHO) als de Hoge Gezondheidsraad beschouwen de continuïteit en coördinatie van zorg tussen deelsectoren van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en andere gezondheids- en welzijnssectoren als belangrijke kwaliteitsindicatoren van de GGZ. De zesde WHO-doelstelling met betrekking tot het verbeteren van de kwaliteit van de GGZ in Europese landen betreft ‘het goed gecoördineerd samenwerken van systemen voor geestelijke gezondheidszorg met andere sectoren’. Meer bepaald dient er gezorgd te worden voor (1) geïntegreerde zorg en continuïteit van de geestelijke gezondheidszorg; en (2) een goed gecoördineerde overgang van diensten voor geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en adolescenten naar diensten voor volwassenen (Hoge Gezondheidsraad, 2016). Wetenschappelijk onderzoek toont het grote belang van continuïteit en coördinatie van zorg aan voor onder meer personen met een ernstige psychische aandoening die zorg en ondersteuning krijgen in de samenleving (Hermans, Sevenants, & Van Audenhove, 2020).

Continuïteit van zorg situeert zich op drie niveaus. Relationale continuïteit verwijst naar de aanhoudende samenwerkingsrelatie tussen de cliënt en een *key-hulpverlener*. Management continuïteit houdt in dat een georganiseerd team van (in)formele hulpverleners de verantwoordelijkheid neemt om goede kwaliteit van zorg voor de cliënt te leveren. Het gebruik van een gedeeld begeleidingsplan ondersteunt management continuïteit. Informatie continuïteit verwijst naar het verzamelen en delen van medische en sociale informatie over de cliënt. Wanneer deze drie vormen van continuïteit gerealiseerd worden, ervaart de cliënt de zorg als continu, verbonden en gecoördineerd. Dit houdt in dat er geen “gaten” vallen tussen de verschillende zorgepisodes (Haggerty et al., 2003; Naert, Roose, Rapp, & Vanderplasschen, 2017; Saultz, 2003; Sweeney et al., 2015; Weaver, Coffey, & Hewitt, 2017; Wierdsma, Mulders, de Vries, & Systema, 2009). Kwalitatief onderzoek in Vlaanderen leert ons dat GGZ-netwerken, GGZ-hulpverleners, patiënten- en familievertegenwoordigers, gezondheids- en welzijnsvoorzieningen buiten de GGZ, GGZ-onderzoekers en organen die betrokken zijn bij het GGZ-beleid de verbetering van de continuïteit van zorg primordiaal vinden in de verdere hervorming van het geestelijke gezondheidsaanbod (De Cuyper, Van Ingelgom, & Van Audenhove, 2018).

Het gebruik van een comprehensief assessment systeem, waardoor de zorgverstrekkers over de sectoren heen dezelfde taal en registratiesystemen gebruiken om zorgnoden en zorgzwaarte in kaart te brengen, is een sleutelement in het realiseren van continuïteit en coördinatie. Zo heeft ook Vlaanderen de

implementatie van BelRAI in de Vlaamse GGZ als doelstelling. In wat volgt komt eerst een beschrijving van het interRAI en BelRAI assessment systeem aan bod en daarna volgt een overzicht van de eerder gezette stappen op weg naar implementatie. We sluiten dit hoofdstuk af met de doelstelling en onderzoeksvragen van de laatste BelRAI GGZ-studie die de onderzoekers in opdracht van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin uitvoerden ter voorbereiding van de implementatie van BelRAI in de Vlaamse GGZ.

2 InterRAI en BelRAI: een comprehensief assessment systeem

De interRAI instrumenten zijn internationaal gevalideerde, generieke assessment instrumenten waarmee hulpverleners op een gestandaardiseerde wijze de zorgnoden en het functioneren van zorgbehoevende personen in kaart brengen binnen alle gezondheidssectoren. Momenteel worden de interRAI instrumenten in meer dan 35 landen gebruikt. InterRAI instrumenten zijn in principe geen diagnostische instrumenten. De term “**diagnostiek**” wordt in bepaalde contexten echter in een *brede betekenis* gebruikt waarbij men verschillende doelstellingen nastreeft, zoals problemen verkennen, verklaren, classificeren (bv. in DSM) of indicatiestelling. In deze context wordt ieder assessment of meting/inschatting – waartoe ook het interRAI assessment systeem behoort - beschouwd als een vorm van diagnostiek. In de GGZ en andere medische contexten heeft het begrip een meer *specifieke betekenis* waarbij het sterk gelinkt wordt aan het begrip “diagnose”. In deze betekenis is het zo dat vele zorgverstrekkers wettelijk geen diagnose mogen stellen. Daarenboven verloopt een diagnostisch proces hier volgens een op maat gesneden cyclus met als startpunt een “aanvraag” van de zorggebruiker en/of zijn omgeving, vervolgens een operationele vraagstelling van de diagnosticus, omgezet in de keuze voor bepaalde methodes in functie van het toetsen van bepaalde hypothesen die aansluiten bij de doelstellingen van de diagnostiek (De Bruyn & Ruijsenaars, 2015; De Bruyn, Ruijsenaars, Pameijer, & van Aarle, 2003). De interRAI instrumenten vallen bijgevolg – als assessment instrumenten - wel onder de brede betekenis van diagnostiek en niet onder de specifieke betekenis ervan.

De BelRAI instrumenten zijn de vertalingen van de interRAI instrumenten in de drie Belgische landstalen waarbij ook rekening werd gehouden met de landcontext. De regionale en federale overheden hebben ervoor gekozen om de BelRAI instrumenten te implementeren als uniform assessment instrument in alle sectoren van de gezondheidszorg (actiepunt 8 van het plan e-Gezondheid, Protocolakkoord BelRAI, 26 maart 2018). De implementatie van BelRAI als comprehensief assessment systeem heeft verschillende doelstellingen. Zo biedt BelRAI een **gemeenschappelijke taal** met een consistente terminologie waardoor alle hulpverleners die betrokken zijn bij de zorg voor een zorgbehoevend persoon - onafhankelijk van het type zorgvoorziening waarin de persoon verblijft of de discipline van de zorgverlener - aspecten van functioneren op eenzelfde manier meten. Verschillende levensdomeinen van de cliënt worden hierbij belicht (zie deel 4.1 van dit hoofdstuk). De zorgnoden worden dan ook op een **holistische wijze** in kaart gebracht. Dezelfde taal spreken komt de onderlinge communicatie tussen zorgprofessionals ten goede. Een goede communicatie en samenwerking tussen zorgprofessionals zijn essentiële voorwaarden om **continuïteit van zorg** te garanderen. BelRAI maakt een efficiënte informatieoverdracht van cliëntgegevens binnen en tussen verschillende zorgvoorzieningen mogelijk. Zeker voor personen met complexe zorgnoden die in verschillende types van zorgvoorzieningen – vaak ook meermaals – zorg nodig hebben, biedt dit een meerwaarde. **Dubbele registraties** en assessments door verschillende hulpverleners – die niet op elkaar afgestemd zijn – worden **vermeden**, en de zorggebruikers hoeven niet steeds hun verhaal opnieuw te vertellen. Waar momenteel het gebruik van verschillende inschalingsinstrumenten coördinatie en

continuïteit van zorg bemoeilijkt, biedt BelRAI een breed scala aan instrumenten die elk geschikt zijn voor specifieke settings en doelgroepen en die op elkaar afgestemd zijn.

Door in verschillende sectoren met eenzelfde assessment systeem te werken, zullen hulpverleners die achtereenvolgens zorg bieden aan een persoon **minder tijd** moeten besteden aan de **registratie** van de zorgnoden en het functioneren van de cliënt. Het is immers de bedoeling dat elke hulpverlener die instaat voor de zorg van een persoon toegang heeft tot de (need-to-know) informatie die de vorige hulpverlener(s) verzamelde(n). Het multidisciplinaire zorgteam vult samen een BelRAI assessment voor een cliënt in. Elke discipline vervolledigt een welbepaalde sectie, of disciplines vullen samen bepaalde secties van het instrumentarium in.

BelRAI vormt niet enkel een registratiesysteem. De gegevens die op gestructureerde en gestandaardiseerde wijze verzameld zijn, resulteren in Clinical Assessment Protocols (CAP's) en zorgschalen (zie deel 4.2 van dit hoofdstuk) die **input** kunnen bieden voor het opstellen van een **kwaliteitsvol zorgplan**, of om dit aan te passen of te evalueren. BelRAI creëert niet automatisch een zorg-, begeleidings- of behandelplan. De wetenschappelijk onderbouwde output die BelRAI biedt, moet geïnterpreteerd worden binnen het kader van de expertise van het multidisciplinair zorgteam en de visie en wensen van de cliënt en eventueel zijn naaste omgeving.

Eens BelRAI (longitudinaal) voor alle cliënten binnen een team, voorziening of netwerk gebruikt wordt, kunnen de **gegevens op groepsniveau** geanalyseerd worden. Deze BelRAI output geeft onderbouwing aan leidinggevendenden voor hun zorgbeleid binnen de voorziening of netwerk. Het biedt ook mogelijkheden om supra-regionaal of internationaal vergelijkingen tussen populaties te maken. Op termijn kan BelRAI ook bijdragen tot de onderbouwing van het kwaliteitsmanagement van zorgvoorzieningen en netwerken.

3 BelRAI GGZ-instrumentarium

In dit rapport gebruiken de onderzoekers regelmatig de term 'BelRAI GGZ-instrumentarium'. Deze term verwijst naar het geheel van alle BelRAI GGZ-instrumenten en -supplementen: de BelRAI GGZ-hoofdinstrumenten, de vijf supplementen en de BelRAI Quality of Life vragenlijst.

Voor de geestelijke gezondheidszorg zijn er **twee BelRAI hoofdinstrumenten** (Hirdes et al., 2020):

- het BelRAI Community Mental Health (CMH) instrument, dat ontwikkeld is om te gebruiken in ambulante GGZ-settings (Hirdes et al., 2010), inclusief diensten voor beschut wonen;
- het BelRAI Mental Health (MH) instrument, dat ontwikkeld is om te gebruiken in residentiële GGZ-settings (Hirdes, Smith et al., 2002).

Drie van de **vijf BelRAI GGZ-supplementen** zijn pilotsupplementen binnen interRAI (Hirdes et al., 2020). Twee supplementen zijn ontwikkeld in overleg met de betrokken *Vlaamse* GGZ-subsectoren in het kader van het voorbereidende werkgroepentraject (zie deel 5 van dit hoofdstuk); en maken derhalve (nog) geen deel uit van het internationale interRAI systeem.

Pilootversies binnen interRAI:

- Addictions supplement: een supplement dat getest wordt om het functioneren en de zorgnoden van personen met een verslaving te evalueren en op te volgen in reguliere GGZ-voorzieningen (<http://www.interrai.org/mental-health.html>).
- Forensic supplement: een supplement dat getest wordt om het functioneren en de specifieke zorgnoden van justitiabelen³ met een psychische problematiek te evalueren en op te volgen. Het betreft hier bijvoorbeeld geïnterneerden, veroordeelden vrij onder voorwaarden en veroordeelden onder voorlopige invrijheidsstelling. (<http://www.interrai.org/mental-health.html>).
- Intellectual Disability supplement: een supplement dat getest wordt om het functioneren en de zorgnoden van personen met een aangeboren verstandelijke beperking te evalueren en op te volgen.

Ontwikkeld tijdens het werkgroepentraject met de betrokken *Vlaamse* GGZ-subsectoren (Van Horebeek et al., 2019):

- BelRAI Addictions supplement – extended version⁴: een supplement dat getest wordt binnen de revalidatiecentra voor verslaving en de forensische GGZ-voorzieningen ter vervanging van het reeds vernoemde standaard Addictions supplement.
- BelRAI Maatschappelijk Herstel supplement⁵: een supplement dat getest wordt binnen de psychosociale revalidatiecentra, de initiatieven voor beschut wonen (IBW) en de mobiele teams (MT).

De BelRAI GGZ-hoofdinstrumenten en supplementen kunnen in de praktijk multidisciplinair ingevuld worden door de hulpverleners (psychiatrisch verpleegkundige, psycholoog, maatschappelijk assistent, psychiater, ...) aan de hand van informatie die zij verzamelen op basis van observaties, het dossier van de cliënt, gesprekken met de cliënt, de mantelzorgers, de familie en andere hulpverleners die betrokken zijn bij de cliënt.

Tenslotte is ook de Self-Reported Quality of Life Survey for Mental Health (**BelRAI Quality of Life vragenlijst**) vertaald in de drie Belgische landtalen (<http://www.interrai.org/quality-of-life.html>; Naus & Hirdes, 2013). Dit is het enige BelRAI GGZ-instrument dat de cliënt volledig zelf invult, zo veel als mogelijk zonder tussenkomst van een hulpverlener.

De software die momenteel in Vlaanderen gebruikt kan worden om de BelRAI GGZ-hoofdinstrumenten in te vullen, is de BelRAI 2.0 webapplicatie die de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu ter beschikking stelt. Deze software kent momenteel een individuele toegang, gekoppeld aan het RIZIV-nummer of het visum van de zorgverlener, via het CoBRHA register (Common Base Registry for HealthCare Actor). Hierdoor kunnen nog niet alle disciplines uit de GGZ deze webapplicatie gebruiken. Voor bijvoorbeeld maatschappelijk werkers, pedagogen, criminologen en opvoeders is dit momenteel (nog) niet mogelijk. De vijf supplementen zijn momenteel nog niet ter beschikking op software dat binnen de zorg kan gebruikt worden.

³ Een justitiabele is een persoon die in contact is met het gerecht als dader.

⁴ Het BelRAI Addictions supplement – extended version werd in samenwerking met de werkgroep 'revalidatiecentra voor verslaving' ontwikkeld.

⁵ Het Maatschappelijk Herstel supplement is tot stand gekomen met de medewerking van de werkgroep 'psychosociale revalidatiecentra'.

4 Gebruik van het BelRAI GGZ-instrumentarium

Het gebruik van het BelRAI GGZ-instrumentarium bestaat grotendeels uit twee fasen. In een eerste fase worden de instrumenten ingevuld. In een tweede fase kunnen de hulpverleners, de cliënt en zijn naasten een persoonsgericht zorg- of begeleidingsplan opmaken of aanpassen met behulp van de BelRAI resultaten die berekend zijn op basis van de ingevulde gegevens en internationaal gevalideerde algoritmes.

4.1 Invullen van het BelRAI GGZ-instrumentarium

De noodzakelijke informatieverzameling voor het invullen van het BelRAI GGZ-instrumentarium kan via verschillende kanalen gebeuren bv. cliënt, dossiergegevens, raadplegen van hulpverleners of naaste omgeving van de cliënt. Indien er een verschil is tussen de visie van de hulpverlener en één van de informatiebronnen, dient de **hulpverlener** zijn eigen **visie** te noteren over de situatie. De hulpverlenersvisie wordt gevolgd voor het merendeel van de items uit het BelRAI GGZ-instrumentarium, met uitzondering van enkele items uit de hoofdinstrumenten en de BelRAI QoL-vragenlijst. Indien het item en/of de antwoordmogelijkheden geen expliciete tijdsaanduiding bevat(ten), dient de zorgnood van de cliënt over de **afgelopen drie dagen** ingeschat te worden. Hierbij moet men de objectieve situatie in kaart brengen, geen waarden- of normenoordeel.

In eerste instantie vullen hulpverleners een **BelRAI GGZ-hoofdinstrument** in. Op basis van de antwoorden op specifieke items uit dit hoofdinstrument – en/of op basis van het type voorziening waarbinnen de cliënt behandeling en/of begeleiding krijgt - wordt bepaald of **één (of meerdere) van de supplement(en)** ook dienen ingevuld te worden. Via de supplementen beoordeelt men nieuwe domeinen of worden bepaalde domeinen, die reeds aangehaald zijn in het BelRAI GGZ-hoofdinstrument, uitgebreider bevraagd. Bijkomend vult de cliënt de BelRAI QoL-vragenlijst in. Indien de cliënt hierbij hulp nodig heeft, dient de hulpverlener steeds het perspectief van de cliënt te noteren.

In de instrumenten komen volgende domeinen aan bod:

- In de BelRAI GGZ-hoofdinstrumenten: het BelRAI Mental Health en Community Mental Health instrument:
 - A. Persoonlijke gegevens (CMH: 8 items, MH: 6 items)
 - B. Opname en voorgeschiedenis (CMH: 5 items, MH: 8 items)
 - C. Indicatoren van psychisch functioneren (4 items)
 - D. Middelengebruik of extreem gedrag (CMH: 10 items, MH: 8 items)
 - E. Schade aan zichzelf en anderen (CMH: 12 items, MH: 7 items)
 - F. Gedrag (1 item)
 - G. Cognitie (5 items)
 - H. Algemeen dagelijks functioneren (5 items)
 - I. Communicatie- en gezichtsvermogen (4 items)
 - J. Gezondheidstoestand (13 items)
 - K. Stress en trauma (4 items)
 - L. Geneesmiddelen (CMH: 10 items, MH: 9 items)
 - M. Zorgconsumptie en behandelingen (5 items)
 - N. Vrijheidsbeperkende maatregelen en observaties (enkel in MH-instrument: 4 items)
 - O. Toestand van voeding (3 items)
 - P. Sociale omgang (CMH: 10 items, MH: 4 items)
 - Q. Werk, opleiding en financiën (6 items)

- R. Ontslagmogelijkheden (enkel in MH-instrument: 4 items)
 - S. Beoordeling van de omgeving (enkel in het CMH-instrument: 1 item)
 - T. Diagnostische informatie (CMH: 3 items, MH: 5 items)
 - U. Ontslaginformatie (CMH: 4 items, MH: 3 items)
- In het BelRAI Addictions supplement:
 - A. Persoonlijke gegevens (2 items)
 - B. Voorgeschiedenis rond verslaving (6 items)
 - C. Toestand van mond en fysieke gezondheid (3 items)
 - D. Videogaming en internetgebruik (1 item)
 - E. Bereidheid, noodzaak en ondersteuning tot verandering (2 items)
 - F. Patronen van middelengebruik (2 items)
 - In het BelRAI Addictions supplement – extended version:
 - A. Persoonlijke gegevens (6 items)
 - B. Voorgeschiedenis (10 items)
 - C. Beschrijving van het verslavingsprofiel (4 items)
 - D. Toestand van mond en fysieke gezondheid (3 items)
 - E. Bereidheid en ondersteuning tot verandering (3 items)
 - In het BelRAI Forensic supplement:
 - A. Identificatiegegevens (2 items)
 - B. Indicatoren van psychisch functioneren (1 item)
 - C. Betrokkenheid bij criminele activiteiten (4 items)
 - D. Gedrag (2 items)
 - E. Levensgebeurtenissen (1 item)
 - F. Sociale relaties (2 items)
 - G. Argumenten voor ontslag (2 items)
 - In het BelRAI Intellectual Disability supplement:
 - A. Persoonlijke gegevens (2 items)
 - B. Opname en voorgeschiedenis (5 items)
 - C. Gemeenschapsleven en sociale betrokkenheid (3 items)
 - D. Sterktes, relaties en mantelzorg (bij MH: 6 items, bij CMH: 4 items)
 - E. Communicatie en cognitie (2 items)
 - F. Stemming en gedrag (2 items)
 - G. Geneesmiddelen (1 item)
 - H. Ondersteuning en dienstverlening (1 item)
 - In het BelRAI Maatschappelijk Herstel supplement:
 - A. Persoonlijke gegevens (2 items)
 - B. Beoordeling woonomgeving (4 items)
 - C. Dagelijks functioneren en cognitie (7 items)
 - D. Gezondheidstoestand (15 items)
 - E. Mantelzorg en steun (7 items)
 - F. Dagbesteding (28 items)
 - G. Financiële toestand (4 items)
 - H. Ontslag en verwijzing (5 items)

- In de BelRAI Quality of Life vragenlijst:
 - A. Persoonlijke kijk op het leven (4 items)
 - B. Autonomie en zelfbeschikking (4 items)
 - C. Dagelijkse activiteiten (3 items)
 - D. Vrienden en familie (5 items)
 - E. Gemeenschap (4 items)
 - F. Relatie met het personeel (4 items)
 - G. Privacy (3 items)
 - H. Empowerment en ondersteuning (4 items)
 - I. Discriminatie en levensomstandigheden (5 items)
 - J. Toegang tot diensten (5 items)
 - K. Diversen (5 items)

4.2 BelRAI GGZ-output

Op basis van het interRAI GGZ-assessment worden verschillende resultaten berekend: zorgschalen, ‘Clinical Assessment Protocols’ (CAP’s; Hirdes et al., 2011), kwaliteitsindicatoren (Perlman et al., 2013) en een case-mix classificatiesysteem (Hirdes, Fries et al., 2002). Zorgschalen en CAP’s geven input om een begeleidingsplan voor een individuele cliënt op te stellen, bij te sturen of te evalueren. Bij periodieke afname geven de zorgschalen ook de evolutie van het functioneren in de levensdomeinen weer. Kwaliteitsindicatoren en het case-mix classificatiesysteem ondersteunen het kwaliteitsbeleid. Kwaliteitsindicatoren kunnen input bieden voor de kwaliteitsmonitoring binnen voorzieningen. Zorgzwaartecategorieën kunnen zowel binnen voorzieningen gebruikt worden, als voor regionale en internationale benchmarking. In de BelRAI GGZ-studie die in dit rapport wordt toegelicht was het nog niet mogelijk om de kwaliteitsindicatoren en de zorgzwaartecategorieën van het case-mix classificatiesysteem te berekenen. Het interRAI-consortium publiceerde recent een internationaal overzichtartikel van de interRAI instrumenten voor de GGZ, met enkele voorbeelden van hoe men de kwaliteitsindicatoren en zorgzwaartecategorieën ook op het niveau van de voorzieningen en regio’s kan gebruiken (Hirdes et al., 2020).

Zorgschalen

Zorgschalen zijn wetenschappelijk onderbouwde schalen die – via gevalideerde algoritmes - worden berekend op basis van items uit het BelRAI (C)MH-instrument. Ze geven een indicatie van de huidige klinische en functionele status van een persoon. Voor de BelRAI GGZ-hoofdinstrumenten worden momenteel volgende zorgschalen berekend (Hirdes et al., 2011):

- Met betrekking tot veiligheid:
 - De ‘Severity of Self-harm Scale’ weerspiegelt het risico op zelfverwonding.
 - De ‘Risk of Harm to Others Scale’ weerspiegelt het risico op het toebrengen van schade aan anderen.
 - De ‘Aggressive Behaviour Scale’ bepaalt de mate van agressief gedrag dat de persoon vertoont.
 - De ‘Self-care Index’ weerspiegelt het risico op het onvermogen om voor zichzelf te zorgen omwille van psychiatrische symptomen.
- Met betrekking tot het sociaal leven van de persoon:
 - De ‘Social Withdrawal Scale’ identificeert sociale terugtrekking van de persoon.
- Met betrekking tot de cognitie en het psychisch functioneren van de persoon:

- De 'Depression Rating Scale' geeft een indicatie van de aanwezigheid van depressieve symptomen (maar stelt geen diagnose).
- De 'Depressive Severity Index' geeft een indicatie van de ernst van de depressieve symptomen.
- De 'Mania Scale' meet de frequentie van symptomen gerelateerd aan manie.
- De 'Positive Symptoms Scale Long' en de 'Positive Symptoms Scale Short' weerspiegelen de aanwezigheid en de frequentie van positieve symptomen.
- De CAGE screent het middelengebruik in de laatste 90 dagen a.d.h.v. vier criteria⁶.
- De 'Cognitive Performance Scale' meet het cognitief functioneren van de persoon.
- De 'Communication Scale' geeft aan in welke mate de persoon problemen heeft om te communiceren.
- Met betrekking tot somatische complicaties:
 - De 'Pain Scale- Revised' geeft een indicatie van de ernst en de frequentie van pijn.
 - De 'Body Mass Index' is een manier om de verhouding tussen het gewicht en de lengte van een persoon weer te geven. Op die wijze vormt het een indicatie om na te gaan of de persoon al dan niet overgewicht heeft.
 - De 'Deafblind Severity Index' weerspiegelt in welke mate de persoon problemen ervaart met zijn/haar gehoor en/of zicht.
- Met betrekking tot het functioneel presteren van de persoon:
 - De 'ADL Hierarchy Scale' en de 'ADL Short Format Scale' geven aan in welke mate de persoon zelfstandig is bij het uitvoeren van zijn ADL taken zoals persoonlijke hygiëne, zich verplaatsen en eten.
 - De 'IADL Capacity Hierarchy Scale' weerspiegelt in welke mate de persoon de mogelijkheden heeft om zijn/haar instrumentele activiteiten van het dagelijkse leven uit te voeren (maaltijdbereiding, huishoudelijk werk, financieel beheer, geneesmiddelenbeheer, telefoongebruik, trappen doen, boodschappen doen en vervoer).
 - De 'ADL-IADL Functional Hierarchy Scale' geeft het functioneren weer en combineert ADL en IADL taken (maaltijdbereiding, winkelen etc.) van lage naar hoge uitval.

De Clinical Assessment Protocols (CAP's)

De Clinical Assessment Protocols geven de mogelijkheid weer dat het functioneren van de cliënt binnen een bepaald domein in positieve zin kan veranderen indien er (bijkomende) behandeling/begeleiding wordt aangeboden. Deze verandering kan een verbetering van het functioneren inhouden, het vermijden/stagneren/verminderen van achteruitgang of het oplossen van het probleem. De CAP's van de BeIRAI GGZ-hoofdinstrumenten hebben betrekking op vijf levensdomeinen: veiligheid, sociaal leven, economische factoren, autonomie en gezondheidspromotie (Hirdes et al., 2011). Tabel 1 geeft een overzicht van de beschikbare CAP's per zorgdomein. De tabel geeft eveneens weer op basis van welk hoofdinstrument de CAP's berekend kunnen worden.

De CAP's en de schalen zijn geen diagnostische tools. Ze genereren ook geen automatisch begeleidingsplan. CAP's en zorgschalen zijn wetenschappelijk onderbouwde tools die beslissingsondersteunend zijn bij het opstellen van het individueel begeleidingsplan. Een begeleidingsplan komt tot stand op basis van de

⁶ De letter C, A, G en E verwijzen naar de vier criteria: (1) Have you ever felt you needed to Cut down on your drinking? (2) Have people Annoyed you by criticizing your drinking? (3) Have you ever felt Guilty about drinking? (4) Have you ever felt you needed a drink first thing in the morning (Eye-opener) to steady your nerves or to get rid of a hangover?

interactie tussen (1) de visie en wensen van de cliënt en eventueel zijn naaste omgeving, (2) de expertise van het multidisciplinair zorgteam, en (3) de wetenschappelijk onderbouwde output die BelRAI biedt.

Tabel 1 Overzicht van de beschikbare BelRAI GGZ-clinical assessment protocols (CAP's) onderverdeeld in vijf levensdomeinen

	MH	CMH
VEILIGHEID		
Schade aan anderen	X	X
Zelfmoordgedrag en opzettelijke zelfverwonding	X	X
Zelfzorg	X	X
SOCIAAL LEVEN		
Sociale relaties	X	X
Mantelzorg		X
Ondersteuningskader bij ontslag	X	
Intermenselijke conflicten	X	X
Traumatische levensgebeurtenissen	X	X
Criminele activiteiten	X	X
ECONOMISCHE FACTOREN		
Persoonlijke financiën	X	X
Opleiding en werk	X	X
AUTONOMIE		
Vrijheidsbeperkende maatregelen	X	
Geneesmiddelenbeheer en therapietrouw	X	X
Heropname	X	X
GEZONDHEIDSPROMOTIE		
Roken	X	X
Middelengebruik	X	X
Gewichtsmanagement	X	X
Beweging	X	X
Slaapstoornissen	X	X
Pijn	X	X
Valincidenten	X	X

5 De BelRAI projecten in de Belgische en Vlaamse GGZ

Exploratie van BelRAI als comprehensief assessment systeem voor de Vlaamse en Belgische GGZ (2009-2017)

Reeds in 2009 zijn voor het eerst de mogelijkheden van de BelRAI instrumenten in de GGZ-sector bevestigd. Dit gebeurde in het kader van de evolutie naar werken in netwerken (artikel 107) bij acht Vlaamse en acht Waalse GGZ-voorzieningen in opdracht van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. De doelstelling was om na te gaan of het gebruik van de interRAI MH en CMH interessant en wenselijk zou kunnen zijn in de Belgische GGZ-netwerken. De BelRAI MH en CMH zijn toen voor het eerst in het Nederlands vertaald. Zowel directieleden, stafmedewerkers als hulpverleners zijn in expertpanels bevestigd geweest na het doornemen van de instrumenten. Als belangrijkste positieve aspecten gaven de deelnemers aan dat de instrumenten een globaal beeld van de cliënt weergeven, dat ze communicatie met andere voorzieningen kunnen verbeteren en dat er wetenschappelijk onderbouwd advies uit resulteert voor de begeleidingsplannen. De punten van kritiek hadden betrekking op de tijdsbesteding ten gevolge van de registraties in meerdere systemen naast de BelRAI, de gevolgen die de datadeling zou kunnen hebben voor de cliënt en het ontbreken van de bevestiging van de cliënt zelf. Tenslotte kwam de bezorgdheid dat de sector gesubsidieerd zou worden op basis van de BelRAI aan bod (De Groof, Bianchi, Jacob, Declercq, & Van Audenhove, 2009).

In 2011 is – eveneens in opdracht van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, en in het kader van de artikel 107-hervorming – een overzicht gemaakt van alle registratie- en monitoringsystemen die als vereisten hadden om een continue opvolging van de cliënten en van de zorgcoördinatie toe te laten over verschillende sectoren en (zorg)contexten heen. De conclusie van deze studie luidde dat enkel een systeem met de logica van het interRAI systeem tegemoet kan komen aan deze vereisten. Daarnaast levert het interRAI systeem ook zorginhoudelijke input die de zorgverleners kunnen deze zorginhoudelijke input mee gebruiken bij het bepalen van behandelingen en begeleidingen (De Jaeghere et al., 2011).

In 2017 vond – deze keer in opdracht van het Vlaamse Steunpunt WVG - een pilootstudie plaats in de zorgpraktijk, met als doelstelling de geschiktheid, haalbaarheid en attitude ten aanzien van de BelRAI GGZ-instrumenten in de zorg voor personen met een ernstige psychische aandoening en/of verslaving te onderzoeken. Hiervoor zijn de Nederlands-Vlaamse vertalingen van de BelRAI MH en CMH geoptimaliseerd; het Addictions supplement en de QoL-vragenlijst vertaald en een eerste pilootversie van het Intellectual Disability supplement samengesteld. Aangezien er nog geen BelRAI GGZ-software beschikbaar was, zijn de BelRAI GGZ-instrumenten toen door hulpverleners uit 13 voorzieningen op papier ingevuld, en dit voor in totaal 61 cliënten. Als conclusie zijn verschillende sterktes en bezwaren met betrekking tot het gebruik van de BelRAI GGZ-instrumenten door de deelnemende hulpverleners, coördinatoren van GGZ-voorzieningen en -netwerken, patiënten- en familievertegenwoordigers en beleidsmakers aangehaald.

Betreffende de geschiktheid van de BelRAI GGZ-instrumenten gaven de hulpverleners aan dat het instrumentarium een uitgebreid beeld biedt van de zorgnoden van de cliënt. Het instrumentarium helpt bovendien om persoonsgevoelige informatie te bespreken met de cliënten, zo luidde het. Echter gaven bepaalde hulpverleners aan dat sommige thema's niettemin te confronterend en/of privacygevoelig zijn om te bevestigen bij de cliënt. Het Addictions supplement werd te summier bevonden om de zorgnoden van personen in de gespecialiseerde verslavingszorg in kaart te brengen. De Quality of Life vragenlijst is zeer positief ontvangen, vooral omdat dit het cliëntperspectief op de zorgnoden in beeld brengt.

Met het oog op de haalbaarheid van het gebruik van het instrumentarium, meldden de hulpverleners dat het invullen zeer tijdsintensief is. Een multidisciplinaire aanpak, waarbij het invullen van de secties verdeeld wordt tussen de disciplines, zou hier een meerwaarde kunnen betekenen. Met betrekking tot het toekomstig gebruik zagen de betrokken stakeholders zowel sterktes als zwaktes. Het werd als positief beschouwd dat toekomstige software onmiddellijk een overzicht zou bieden van de resultaten waarmee de hulpverlener en cliënt aan de slag kunnen. Een belangrijke aanvulling hierbij was dat het delen van deze resultaten met de nodige voorzichtigheid en de toestemming van de cliënt moet gebeuren.

De hulpverleners vonden het ook positief dat de uitkomsten bruikbaar zijn op een organisatie- en beleidsniveau, met het oog op kwaliteitsindicatoren, groepsstatistieken en benchmarking. Hier tegenover stond de bezorgdheid dat het instrumentarium hoofdzakelijk vertrekt vanuit het hulpverlenersperspectief. Dit gaat volgens de betrokken stakeholders lijnrecht in tegen de herstelvisie van waaruit de Vlaamse GGZ meer en meer werkt en die vertrekt vanuit de sterktes en capaciteiten van de cliënt. Tot slot was er ook ongerustheid over de eventuele koppeling tussen de BelRAI GGZ-data en zorgfinanciering (Van Eenoo et al., 2017).

Decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming

In 2018 legde de Vlaamse overheid het gebruik van BelRAI vast in het decreet houdende de Vlaamse sociale bescherming. Artikel 63 van het decreet gaat als volgt:

§1. Met behoud van de toepassing van artikel 108, wordt de zorg-gebonden financiering bepaald op basis van de zorgbehoefte van de gebruiker.

§2. De zorgbehoefte van de gebruiker wordt geëvalueerd aan de hand van BelRAI, ingevolge de toepassing van een indicatiestelling door een indicatiesteller, zonder dat de indicatiestelling het verlenen van dringende zorg in de weg mag staan.

Artikel 4 specificeert dat dit artikel ook op de Vlaamse gesubsidieerde GGZ-voorzieningen van toepassing is:

De Vlaamse sociale bescherming heeft onder meer betrekking op de volgende pijlers: 1° het zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden; 2° het zorgbudget voor ouderen met een zorgnood; 3° het basisondersteuningsbudget; 4° de residentiële ouderenzorg; 5° de geestelijke gezondheidszorg, met inbegrip van revalidatie die voornamelijk gericht is op de psychosociale aspecten; 6° de revalidatie die voornamelijk gericht is op het herstel van fysieke functies; 7° de thuiszorg; 8° de transmurale zorg; 9° de mobiliteitshulpmiddelen.

Dat de invoering van BelRAI met dit decreet op sporen is gezet, betekende dat de twee BelRAI GGZ-studies die daarop gevolgd zijn niet meer als doelstelling hadden om de gebruiksmogelijkheden van BelRAI in de GGZ te *exploreren*, maar wel om uit te klaren *hoe* BelRAI in de GGZ geïmplementeerd kan worden. De studie die in dit rapport wordt toegelicht is één van beide BelRAI GGZ-studies, en richt zich op de reguliere GGZ en verslavingssector. In de forensische GGZ is een pilootstudie uitgevoerd om de gebruiksmogelijkheden van niet alleen BelRAI maar ook DUNDRUM te testen (Van Horebeek et al., 2020; zie hieronder).

Participatief traject ter voorbereiding van twee BelRAI GGZ-studies (2018-2020)

Beide studies konden in 2018 echter niet van start gaan. De Vlaamse GGZ uitte - bij monde van de koepelorganisaties – in de zomer een aantal bezwaren met betrekking tot het toekomstig gebruik van BelRAI binnen de Vlaamse GGZ en de geplande BelRAI GGZ-studies. Deze bezwaren hadden betrekking op de inhoud en het gebruik van het BelRAI GGZ-instrumentarium en de gegevensdeling (Van Horebeek et al., 2019). Als reactie op deze tussenkomst van de koepelorganisaties, startte in het najaar van 2018 een participatief traject waaraan 42 GGZ-voorzieningen deelnamen in zeven BelRAI GGZ-werkgroepen (één werkgroep per type voorziening dat gerekruteerd was voor de BelRAI GGZ-studies, waaronder ook de forensische GGZ). Dit werkgroepentraject resulteerde in een uitgebreider BelRAI GGZ-instrumentarium om de zorgnoden van alle verschillende doelgroepen die in de GGZ behandeling/begeleiding krijgen, in kaart te brengen. Zo werden het Addictions supplement – extended version en Maatschappelijk Herstel supplement ontworpen en toegevoegd aan het instrumentarium. Tijdens het traject is ook op vraag van de sector onderzocht of er items zijn in het BelRAI GGZ-instrumentarium die verwijzen naar zorgnoden of -inhouden die amper of niet voorkomen in de caseload van de betrokken voorzieningen. Dit zou een idee kunnen geven van de mogelijke reductie van het BelRAI GGZ-instrumentarium. Het werd echter duidelijk dat hierover geen eensgezindheid bestond tussen de verschillende sub-sectoren onderling. Tenslotte leverde dit participatief traject een aantal beleidsaanbevelingen op met betrekking tot het gebruik van BelRAI (en DUNDRUM) in de Vlaamse GGZ. Deze aanbevelingen focusten op de nood aan een BelRAI GGZ-core instrument en een BelRAI self-assessment instrument voor de cliënten, het uitwerken van de regulering rond gegevensdeling en de behoefte aan een implementatieplan rond BelRAI in de GGZ en dit op zowel het niveau van de voorzieningen als de Vlaamse overheid. Een uitgebreid overzicht van de resultaten van het traject van de werkgroepen is beschreven in het tussentijds rapport (Van Horebeek et al., 2019). De BelRAI GGZ-studies konden vervolgens van start gaan in september 2019.

BelRAI-DUNDRUM forensische GGZ-pilootstudie

De BelRAI-DUNDRUM forensische GGZ-pilootstudie is in de zomer van 2020 afgerond (Van Horebeek et al., 2020). Het Forensic supplement is in het Vlaams vertaald. Op basis van een literatuurstudie, een test in acht voorzieningen en de bevraging van hulpverleners en beleidsactoren uit de sector en de betrokken overheden concludeerden de onderzoekers dat de DUNDRUM en het geteste BelRAI GGZ-instrumentarium een generiek assessment instrumentarium vormt voor de Vlaamse forensische GGZ, mits (de structuur van) het instrumentarium een aantal aanpassingen ondergaat. Daarnaast resulteerde de pilootstudie in een aantal andere randvoorwaarden die gerealiseerd dienen te worden vooraleer de implementatie van DUNDRUM en BelRAI in de forensische GGZ van start kan gaan. Deze randvoorwaarden hebben betrekking op de integratie van het instrumentarium in een online BelRAI platform, datadeling, opleidingscapaciteit en integratie met het federale registratiesysteem. De BelRAI-DUNDRUM forensische GGZ-pilootstudie is uitgebreid beschreven in het rapport van Van Horebeek et al. (2020).

6 Doelstelling en onderzoeksvragen van de BelRAI GGZ-studie in de reguliere GGZ en verslavingssector ter voorbereiding van implementatie

Figuur 2 toont het implementatieproces van BelRAI voor elke sector in verschillende fasen. Tijdens de **eerste fase van het implementatieproces** worden de beschikbare interRAI instrumenten naar het Vlaams-Nederlands vertaald, en vindt de ontwikkeling plaats van aanvullingen die nodig zijn voor de specifieke Vlaamse context. Voor de GGZ maakten (1) de BelRAI GGZ-pilootstudie in de reguliere GGZ en verslavingssector (Van Eenoo et al., 2017), (2) het werkgroepentraject met 42 voorzieningen (Van Horebeek

et al., 2019) en (3) het eerste deel van de BelRAI-DUNDRUM forensische GGZ-pilootstudie (Van Horebeek et al., 2020) deze eerste fase uit van het implementatieproces.

De **tweede fase van het implementatieproces** bestaat uit een eerste test van de instrumenten, en van de output die resulteert uit de instrumenten, in de zorgpraktijk. Voor de forensische GGZ gebeurde dit in het tweede deel van BelRAI-DUNDRUM forensische GGZ-pilootstudie. De volledige studie komt in een ander rapport van het Steunpunt aan bod (Van Horebeek et al., 2019). Voor de reguliere GGZ en verslavingssector is nu een BelRAI GGZ-vervolgstudie uitgevoerd met een dubbele doelstelling:

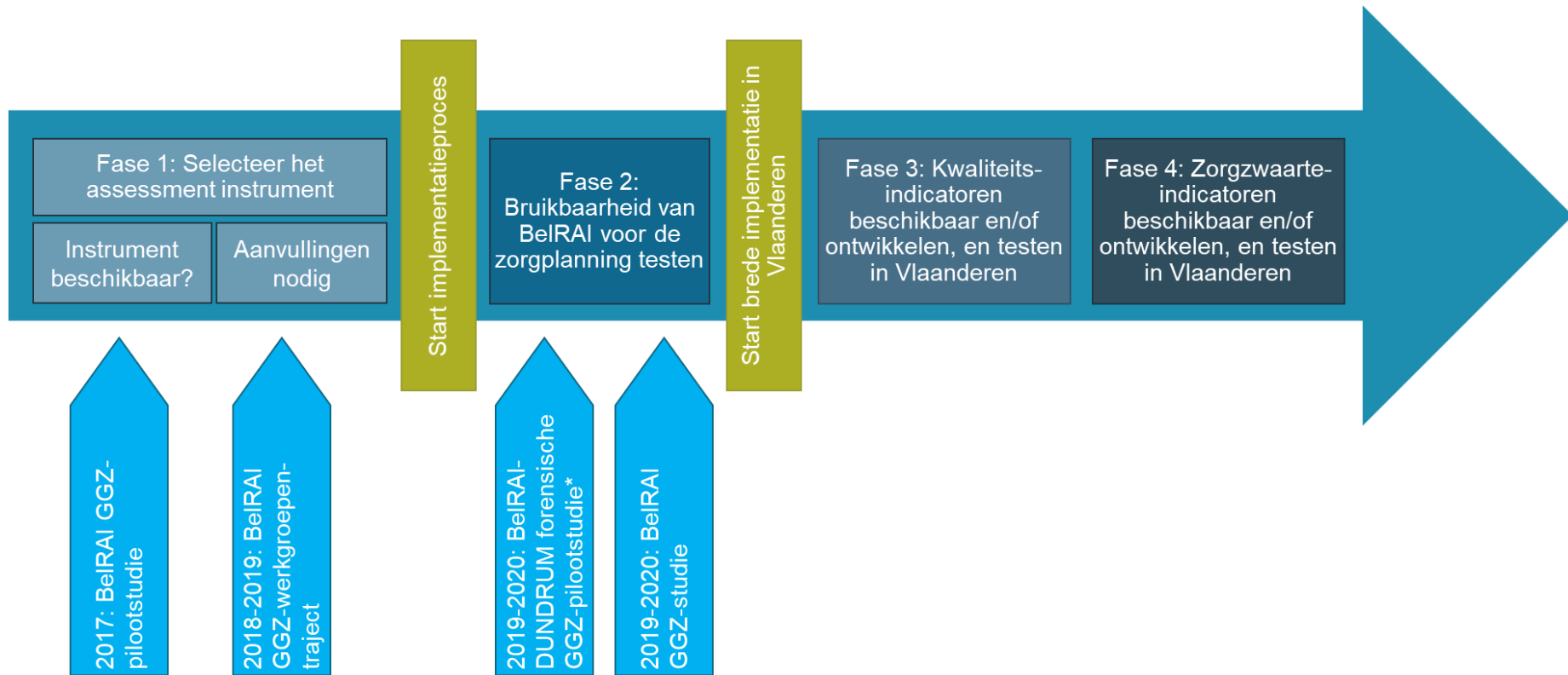
- Een eerste set van BelRAI data verzamelen in de Vlaamse GGZ. De resultaten van deze steekproef maken het mogelijk de relevantie van de BelRAI output op meso- en macroniveau⁷ na te gaan;
- Het gebruik testen van het voorliggende BelRAI GGZ-instrumentarium én de BelRAI resultaten in de zorg voor personen met een ernstige psychische aandoening, inclusief verslaving. Naast de gebruiksmogelijkheden zijn ook de randvoorwaarden die op korte of lange termijn gerealiseerd moeten worden om het BelRAI GGZ-instrumentarium breed te kunnen implementeren in de GGZ in Vlaanderen, geëxpliciteerd.

Bij deze studie hanteerden we een multistakeholdersperspectief. Dit houdt in dat we de randvoorwaarden invulden op basis van de visies van hulpverleners, coördinatoren van voorzieningen, GGZ-netwerken, de betrokken koepelorganisaties en patiënten- en familievertegenwoordigers. Van zodra deze randvoorwaarden uitgewerkt zijn, kan de brede implementatie van BelRAI in de Vlaamse GGZ van start gaan.

De onderzoeksvragen van deze studie zijn:

1. Hoe kan de steekproef van cliënten beschreven worden op basis van de BelRAI GGZ-output? B. Wat is de relevantie van deze output op het meso- en macroniveau van de Vlaamse GGZ wanneer representatieve data beschikbaar zullen zijn?
2. Welke gebruiksmogelijkheden biedt het BelRAI GGZ-instrumentarium voor de hulpverleners in de zorg voor personen met EPA en/of verslaving op cliëntniveau?
Het betreft (a) de geschiktheid van de instrumenten en (b) de haalbaarheid van het gebruik van de instrumenten voor de hulpverleners.
3. Welke gebruiksmogelijkheden bieden de resultaten van het BelRAI GGZ-instrumentarium op cliëntniveau bij het opstellen of evalueren van het begeleidingsplan binnen het team waar de hulpverlener deel van uitmaakt?
4. Welke randvoorwaarden dienen vervuld te worden om het BelRAI GGZ-instrumentarium te implementeren in de Vlaamse GGZ? Het antwoord op deze onderzoeksvraag wordt *ook* onderbouwd door de antwoorden op onderzoeksvragen 1B, 2 en 3.

⁷ Het meso-niveau verwijst naar het niveau van de organisatie, het netwerk of de sector. Het macroniveau focust op regio's en landen.



Figuur 2 Fasen van het implementatieproces van BelRAI in de gezondheidszorgsectoren en de situering hierin van het BelRAI GGZ-onderzoek van het Steunpunt Welzijn Volksgezondheid en Gezin

* Het eerste deel van de pilootstudie bestond uit een literatuurstudie met als doel een generiek assessment instrumentarium voor de forensische GGZ te selecteren. Dit eerste deel maakte bijgevolg deel uit van de eerste fase van het implementatieproces van BelRAI in de Vlaamse GGZ.

Hoofdstuk 2

Methodie van de BelRAI GGZ-studie

In dit hoofdstuk lichten we de rekrutering van de deelnemende voorzieningen toe en de verzameling van kwantitatieve en kwalitatieve data bij cliënten, hulpverleners, coördinatoren, patiënten- en familievertegenwoordigers, en vertegenwoordigers van GGZ-netwerken en koepelorganisaties. Vervolgens leggen we per onderzoeksvraag uit hoe we de verzamelde data verwerkten.

De studie werd goedgekeurd door de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven na raadpleging van de ethische comités van de deelnemende centra (S61488).

1 Design en procedure van de studie

1.1 Studiedesign

We hanteerden een cross-sectioneel, mixed-method design om de gebruiksmogelijkheden van het BelRAI GGZ-instrumentarium en de bijhorende resultaten te onderzoeken in de zorg voor personen met een ernstige psychische aandoening (EPA), inclusief verslaving. Om de vier onderzoeksvragen te beantwoorden (zie deel 5 van hoofdstuk 1), verzamelden we data bij cliënten, hulpverleners, coördinatoren van deelnemende voorzieningen, patiënten- en familievertegenwoordigers, en vertegenwoordigers van deelnemende GGZ-netwerken en de betrokken koepelorganisaties. In Tabel 2 geven we schematisch weer bij welke (of over welke) groep deelnemers we data verzamelden om de onderzoeksvragen te beantwoorden.

Na het volgen van een BelRAI GGZ-opleiding includeerden de hulpverleners tien cliënten met een EPA per deelnemende voorziening in de studie. Aan de hand van het BelRAI GGZ-instrumentarium verzamelden de hulpverleners de BelRAI GGZ-data tijdens de routinezorg. Ook de cliënten vulden één of meerdere vragenlijsten in (zie 3.1.3 in dit hoofdstuk). De verzamelde BelRAI data werden kwantitatief geanalyseerd (onderzoeksvraag 1A). De relevantie van de BelRAI GGZ-output op het meso- en macroniveau, in het geval het een representatieve steekproef zou betreffen (onderzoeksvraag 1B), bespraken we met deelnemende GGZ-netwerken en de betrokken koepelorganisaties tijdens een online terugkoppelmoment.

Daarnaast hebben de onderzoekers de hulpverleners die het BelRAI GGZ-instrumentarium invulden, bevraagd over de gebruiksmogelijkheden van het geteste instrumentarium in de zorg voor cliënten met een EPA (inclusief verslaving) op cliëntniveau. Dit betrof zowel de geschiktheid van de instrumenten als de haalbaarheid van het gebruik ervan (onderzoeksvraag 2). De hulpverleners zijn ook bevraagd over de gebruiksmogelijkheden die de BelRAI resultaten bieden bij het opstellen of evalueren van het begeleidingsplan binnen het team waar de hulpverlener deel van uitmaakt (onderzoeksvraag 3). Deze bevraging van de hulpverleners gebeurde enerzijds kwalitatief via focusgroepen en anderzijds kwantitatief via een attitudelijst. Deze tweede en derde onderzoeksvraag legden we ook voor aan enkele coördinatoren van deelnemende voorzieningen via een online expertpanel.

Tabel 2 Schematische weergave van de groepen deelnemers waarbij (of waarover) we data verzamelden om de onderzoeksvragen te beantwoorden

	cliënten (n=446)	hulpverleners (n=45)	coördinatoren voorzieningen (n=8)	patiënten- en familievertegenwoordigers (n=8)	GGZ-netwerken en koepelorganisaties (n=11)
Onderzoeksvraag 1A: BelRAI GGZ-output op steekproefniveau	X	-	-	-	-
Onderzoeksvraag 1B: relevantie van de BelRAI GGZ-output op meso- en macroniveau	-	-	-	-	X
Onderzoeksvragen 2 en 3: geschiktheid, haalbaarheid en onderbouwing van begeleidingsplan	-	X	X	-	-
Onderzoeksvraag 4: randvoorwaarden voor implementatie	-	X	X	X	X
	↓	↓	↓	↓	↓
Dataverzameling	BelRAI GGZ-data (zie 3.1)	Focusgroepen (zie 3.2.1) Attitudelijst (zie 3.2.2)	Expertpanel (zie 3.3)	Expertpanel (zie 3.4.1)	Terugkoppelingsmoment (zie 3.4.2)

Patiënt- en familievertegenwoordigers zijn bevestigd over de randvoorwaarden die dienen ingevuld te zijn om het BelRAI GGZ-instrumentarium in de toekomst te implementeren in de Vlaamse GGZ (onderzoeksvraag 4). Dit gebeurde tijdens een online expertpanel. Ook bij de hulpverleners, coördinatoren, GGZ-netwerken en koepelorganisaties is input over de randvoorwaarden verzameld tijdens de focusgroepen, het expertpanel en het terugkoppelingsmoment die hierboven staan vermeld.

1.2 Procedure van de studie

Figuur 3 geeft de procedure van de BelRAI GGZ-studie schematisch weer.

Elke deelnemende voorziening – gerekruteerd via de Nederlandstalige GGZ-netwerken – heeft één of twee hulpverlener(s) aangeduid die de BelRAI GGZ-instrumenten hebben ingevuld. De deelnemende hulpverleners kregen vanaf september 2019 anderhalve dag BelRAI GGZ-opleiding aangeboden vooraleer ze van start gingen met de dataverzameling voor tien van hun cliënten per voorziening (zie 2.3). De BelRAI GGZ-opleiding is ontwikkeld en aangeboden door de Thomas More hogeschool in samenwerking met LUCAS KU Leuven. In hoofdstuk 3 lichten we de inhoud en de evaluatie van de BelRAI GGZ-opleiding toe.

Voor hulpverleners en cliënten werd een informatiebrochure voorzien met meer informatie over BelRAI en het onderzoek (zie bijlage 1). Hulpverleners includeerden cliënten in de studie na het ondertekenen van een geïnformeerd toestemmingsformulier (zie bijlage 2). Van zodra de persoon toestemming tot deelname aan de studie had gegeven, vulden de hulpverleners het hulpverlenersgedeelte van het BelRAI GGZ-instrumentarium in. De cliënt vulde de BelRAI Quality of Life vragenlijst in en eventueel een herstelvragenlijst (zie 3.1.3) indien de deelnemende voorziening daartoe besliste. De hulpverleners en cliënten maakten hiervoor gebruik van Qualtrics-software⁸. Na het invullen van de items genereerde de Qualtrics-software de BelRAI resultaten. We vroegen de hulpverleners om deze resultaten met de betreffende cliënt te bespreken. De hulpverleners dienden voor minstens drie cliënten de BelRAI resultaten ook te bespreken tijdens een teamvergadering waarin men evalueerde in hoeverre de informatie uit de BelRAI nuttig was voor het opstellen of bijsturen van het persoonlijke begeleidingsplan (onderzoeksvraag 3). De deelnemende voorzieningen waren vrij in hun keuze om dit uit te testen binnen hun organisatie. Slechts één van de 49 participerende GGZ-voorzieningen gaf aan dat ze dit *niet* zouden doen. Deze voorziening was net gestart met een nieuw elektronisch patiëntendossier dat ook de mogelijkheid bood om een uitgebreid(er) zorgplan te destilleren uit de ingegeven data.

Tijdens de periode van de dataverzameling zijn twee halve dagen intervisie georganiseerd. Tijdens deze intervisiemomenten kwam aan bod hoe ver de hulpverleners gevorderd waren met het verzamelen van de data en waar er zich nog onduidelijkheden of moeilijkheden voordeden bij het invullen van de BelRAI items en/of het gebruik van de resultaten. Op deze wijze kon het gebruik van de instrumenten en resultaten tijdig bijgestuurd worden indien nodig. De periode van dataverzameling hebben de onderzoekers omwille van de corona-crisis verlengd tot 30 juni 2020.

⁸ Tijdens het werkgroepentrajec dat voorafging aan de start van deze studie beslisten we op vraag van de deelnemende voorzieningen om af te zien van het gebruik van de BelRAI 2.0 webapplicatie van de Vlaamse overheid om het instrumentarium in te vullen. Die wordt toegelicht in het rapport van Van Horebeek en collega's (2019). Om de studie alsnog te laten doorgaan programmeerden de onderzoekers het volledige instrumentarium en de BelRAI output in Qualtrics. Zodoende kwamen de BelRAI data enkel terecht bij de onderzoekers en kunnen ze enkel voor onderzoeksdoeleinden gebruikt worden.



Figuur 3 Procedure van de BelRAI GGZ-studie

Na de dataverzamingsperiode zijn zeven focusgroepen georganiseerd waaraan telkens één hulpverlener per voorziening kon deelnemen. Coördinatoren van een aantal deelnemende voorzieningen zijn in een online expertpanel bevroegd (geïnformeerde toestemmingsformulier in bijlage 3). In november 2020 vond een terugkoppeling van de voorlopige resultaten plaats voor de deelnemende GGZ-netwerken en koepelorganisaties. Tot slot werd in diezelfde maand nog een online expertpanel met patiënten- en familievertegenwoordigers georganiseerd (geïnformeerde toestemmingsformulier in bijlage 4).

2 Rekrutering

2.1 Rekrutering van de voorzieningen

Voor de rekrutering van de doelgroep van personen met een EPA, inclusief verslaving, kwamen verschillende types van GGZ-voorzieningen in aanmerking: woonzorgcentra met een aparte afdeling voor personen met een EPA, psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT), psychosociale revalidatiecentra, revalidatiecentra voor verslaving, initiatieven voor beschut wonen (IBW) en mobiele 2b teams (MT). De psychiatrische ziekenhuizen (PZ) konden niet deelnemen aan deze studie aangezien deze voornamelijk onder federale bevoegdheid vallen, terwijl dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de Vlaamse overheid. De onderzoekers kozen ervoor om ook de Centra Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) niet te betrekken omdat zij ook zorg aanbieden aan cliënten met een milde, matige en ernstige psychische problematiek, terwijl de studie zich enkel richtte tot de zorg voor personen met ernstige en complexe psychische problemen.

Om de voorzieningen te rekruteren zijn de netwerkcoördinatoren van de 13 Nederlandstalige GGZ-netwerken aangeschreven met een korte uitleg over de studie en een uitnodiging tot deelname. De netwerkcoördinatoren nodigden op hun beurt de voorzieningen uit en verzamelden de gegevens van de voorzieningen die wilden deelnemen aan de studie. Zij gaven de contactgegevens van de geïnteresseerde voorzieningen door aan de onderzoekers. Deze rekruteringsfase vond reeds plaats in het voorjaar van 2018. De start van de studie moesten we vervolgens uitstellen naar aanleiding van een tussenkomst van de koepelorganisaties in de zomer van 2018 en het traject met de werkgroepen dat daarop volgde. De resultaten van het werkgroepentraject is beschreven in een eerder rapport (Van Horebeek et al., 2019). In mei 2019 herstartte de rekrutering van de voorzieningen.

Negenenveertig GGZ-voorzieningen uit 11 Nederlandstalige GGZ-netwerken gaven zich in de zomer van 2019 uiteindelijk op voor deelname aan de studie:

- Vier woonzorgcentra met een aparte afdeling voor personen met een EPA,
- Elf psychiatrische verzorgingstehuizen,
- Vier psychosociale revalidatiecentra,
- Negen revalidatiecentra voor verslaving,
- Dertien initiatieven voor beschut wonen,
- Acht mobiele 2b teams.

Gezien de PZ en CGG niet betrokken zijn bij deze studie is de steekproef van cliënten voor wie het BelRAI GGZ-instrumentarium is ingevuld, niet representatief voor alle cliënten met een EPA (inclusief verslaving) die behandeling en begeleiding krijgen in de GGZ in Vlaanderen.

2.2 Hulpverleners en coördinatoren van voorzieningen

Elke deelnemende voorziening duidde zelf één of twee hulpverleners aan die de BelRAI GGZ-opleiding volgden en het BelRAI GGZ-instrumentarium invulden voor een aantal van hun cliënten. Op basis van een korte bevraging over de werkcontext en het gebruik van BelRAI hierbinnen in het kader van de focusgroepen (zie 3.2), kan worden geconcludeerd dat volgende functies het meeste voorkwamen bij de deelnemende hulpverleners: (1) woon-, traject-, individuele, psychosociale of ambulante begeleiders, (2) psychologen, (3) team- of dienstverantwoordelijken en psychiatrische of hoofdverpleegkundigen. Hierbij aansluitend zijn psychologie, (psychiatrische) verpleegkunde en maatschappelijk/sociaal werk de meest voorkomende beroepsdisciplines waarin de hulpverleners zijn opgeleid. De hulpverleners werden tijdens de studie ondersteund door een coördinator die vanuit de voorziening het BelRAI GGZ-project mee opvolgde. In sommige gevallen was de coördinator ook de hulpverlener die het BelRAI GGZ-instrumentarium invulde voor enkele cliënten. Iedere deelnemende voorziening was in de focusgroepen vertegenwoordigd door één hulpverlener.

De rekrutering voor het online expertpanel met de coördinatoren van de voorzieningen gebeurde bij de deelnemers aan het BelRAI GGZ-werkgroepentraject (Van Horebeek et al., 2019). Logischerwijs betrof het enkel werkgroepleden van voorzieningen die effectief deelnamen aan de studie. Daarnaast sloten we coördinatoren uit die ook hadden deelgenomen aan de dataverzameling bij de cliënten (zie 3.2). Op deze manier waren de focusgroepen met de hulpverleners en het expertpanel met de coördinatoren duidelijk van elkaar onderscheiden op vlak van de expertise wat betreft het gebruik van BelRAI. Rekening houdend met deze exclusiecriteria beslisten de werkgroepen zelf welke coördinatoren deelnamen aan het expertpanel.

2.3 Cliënten met een ernstige psychische aandoening, inclusief verslaving

Uit voorgaand onderzoek (Declercq et al., 2011) is gebleken dat hulpverleners een tiental BelRAI assessments moeten invullen vooraleer ze de BelRAI instrumenten onder de knie hebben. Om een antwoord te krijgen op de vraag naar de gebruiksmogelijkheden van BelRAI, was het dan ook belangrijk dat de hulpverleners voldoende ervaring zouden opdoen met het gebruik van de instrumenten. Daarom zijn de aangeduide hulpverlener(s) uitgenodigd om het BelRAI GGZ-instrumentarium per deelnemende voorziening in te vullen voor tien personen met een EPA, inclusief verslaving. Volgende inclusiecriteria stonden voorop:

- lijden aan een ernstige psychische aandoening, inclusief verslaving (Bachrach, 1988, 1991; Delespaul & de consensusgroep EPA, 2013; Dieterich et al., 2017; Parabiaghi, Bonetto, Ruggeri, Lasalvia, & Leese, 2006; Ruggeri, Leese, Thornicroft, Bisoffi, & Tansella, 2000; Schinnar, Rothbard, Kanter, & Jung, 1990; Slade, Powell, & Strathdee; 1997; Van Audenhove, Van Humbeek, & Van Meerbeek, 2005).

Dit houdt in:

- één of meerdere DSM-diagnoses hebben (of ICD),
- reeds méér dan twee jaar te kampen hebben met deze psychische problematiek,
- beperkingen in het psychische én sociaal functioneren ervaren die het gevolg zijn van deze psychische problematiek,

- minimaal een maand in opname/behandeling zijn. We vroegen aan de hulpverleners om vanaf de start van de dataverzamelingsperiode de eerste tien cliënten te includeren die een maand in residentiële opname waren, of enkele weken langer in ambulante begeleiding afhankelijk van de frequentie van de sessies.

Daarnaast waren er drie exclusiecriteria:

- cliënt bevond zich in een urgentie- of crisissituatie,
- de hulpverlener verleende aanklampende of bemoeizorg aan de cliënt,
- de cliënt is geïnterneerd.

Op basis van deze criteria beslisten de hulpverleners zelf welke cliënten ze includeerden in de studie. Het was hierbij niet de bedoeling om een representatieve steekproef te verzamelen van cliënten met een EPA (inclusief verslaving) die in de betrokken types van GGZ-voorzieningen zorg en begeleiding krijgen aangeboden. Er werd gevraagd om te noteren voor welke cliënten/zorgvormen het instrumentarium moeilijk of niet kon ingevuld worden, en wat de reden hiervoor was (één van de exclusiecriteria of een andere reden). Dit is belangrijke informatie met het zicht op toekomstige implementatiestudies.

2.4 Vertegenwoordigers van GGZ-netwerken en koepelorganisaties, en patiënten- en familieorganisaties

Op het terugkoppelingsmoment in november 2020 zijn volgende actoren uitgenodigd:

- de netwerkcoördinatoren en voorzitters van de 11 deelnemende GGZ-netwerken
- vertegenwoordigers van de koepelorganisaties (Vlaamse Vereniging voor Behandelingscentra Verslaafdenzorg en Zorgnet-Icuro)
- vertegenwoordigers van de betrokken overheden, nl. de Afdeling Eerste Lijn en Gespecialiseerde Zorg van het Agentschap Zorg en Gezondheid, het kabinet Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding en de FOD Volksgezondheid.

Daarnaast vond een expertpanel plaats met patiënten- en familievertegenwoordigers. Voor het rekruteren van de deelnemers zijn vier organisaties aangesproken: het Vlaams Patiëntenplatform (OPGanG), UilenSpiegel, Familieplatform GGZ en Similes. Drie van de vier organisaties verzamelden patiënten- of familievertegenwoordigers voor deelname aan het expertpanel.

3 Dataverzameling

Voor de schematische weergave van de groepen deelnemers bij wie (of over wie) we data verzamelden om de onderzoeksvragen te beantwoorden, verwijzen we naar Tabel 2 op p. 38.

3.1 Verzameling van de BelRAI GGZ-dataset bij cliënten met een EPA, inclusief verslaving

Het BelRAI GGZ-instrumentarium is uitgebreid toegelicht in hoofdstuk 1. Hieronder geven we een kort overzicht van het BelRAI GGZ-instrumentarium dat op zijn gebruiksmogelijkheden getest is in deze studie. Figuur 4 geeft er een overzicht van. De cliënten dienden hun geïnformeerde toestemming te geven vooraleer de hulpverleners het instrumentarium mochten invullen in het kader van deze studie.

3.1.1 BelRAI GGZ-hoofdinstrumenten

Voor cliënten met een EPA (inclusief verslaving) die minimaal een maand in behandeling waren, vulden de hulpverleners in eerste instantie een BelRAI GGZ-hoofdinstrument in. Voor personen die in een residentiële setting verbleven, is dit de BelRAI Mental Health (MH). Voor personen die in een ambulante setting in behandeling waren, is dit de BelRAI Community Mental Health (CMH).

3.1.2 BelRAI GGZ-supplementen

Het **BelRAI Forensic supplement** diende ingevuld te worden indien:

- de cliënt een gerechtelijk statuut had op het moment van de afname, EN/OF
- de CAP Criminele activiteiten van de BelRAI MH of CMH oplichtte.

Het **Intellectual Disability supplement** diende ingevuld te worden voor cliënten met een IQ lager dan 70. Dit dient aangeduid te worden in het BelRAI GGZ-hoofdinstrument.

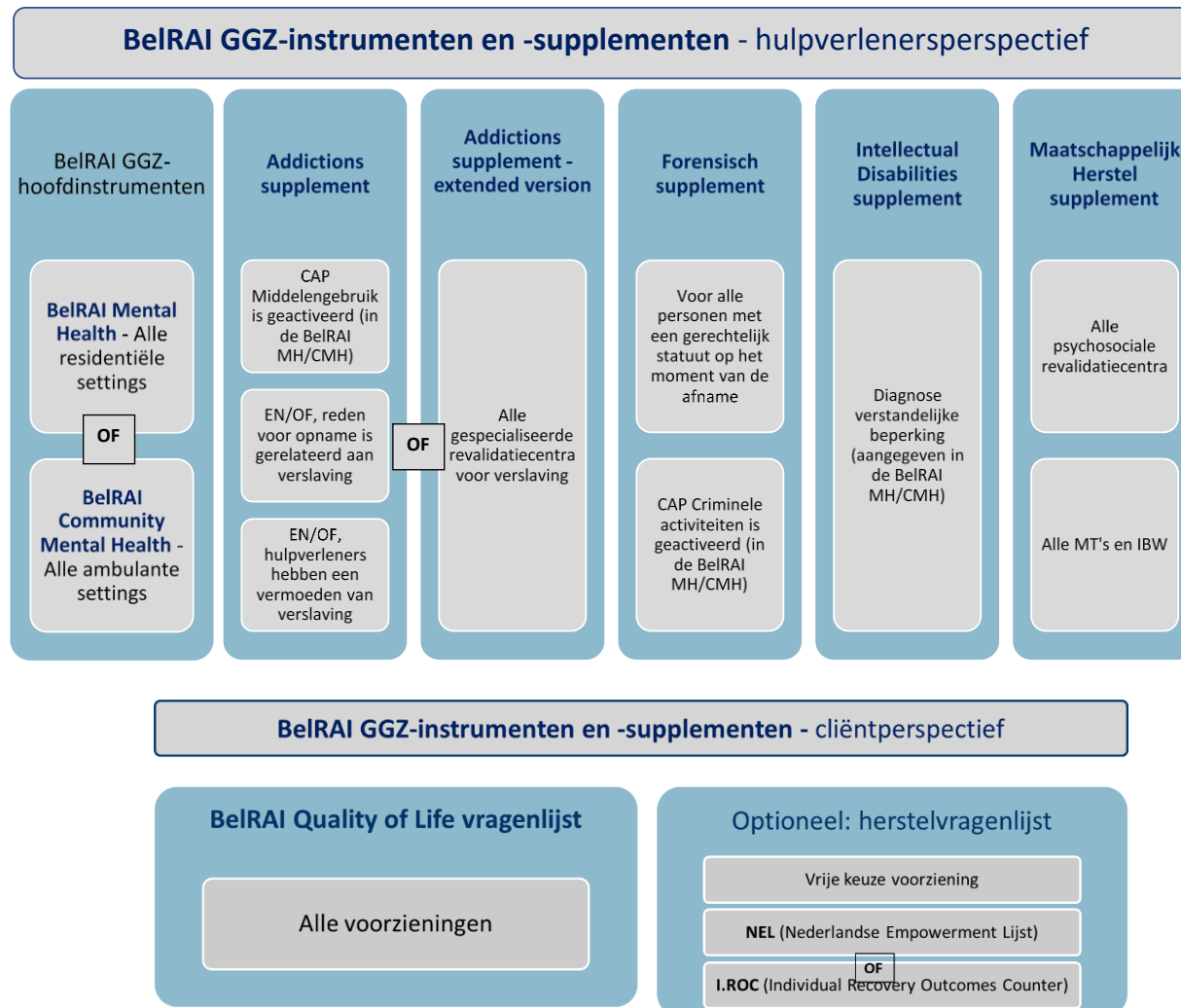
Het **BelRAI Addictions supplement** (gewone versie) diende ingevuld te worden voor cliënten die in andere settings dan de centra voor verslaving verbleven indien:

- de CAP Middelengebruik van de BelRAI MH of CMH geactiveerd werd met code 1 of met code 2;
EN/OF
- de reden van opname gerelateerd was aan een verslaving. Dit kon gaan om een verslaving aan alcohol, (genees)middelen, gaming en/of gokken;
EN/OF
- de zorgverleners vermoedden dat de persoon een verslaving heeft. Dit kon gaan om een verslaving aan alcohol, (genees)middelen, gaming en/of gokken.

Het **BelRAI Addictions supplement – extended version** diende ingevuld te worden voor alle cliënten die in behandeling/opname waren in een gespecialiseerd centrum voor verslaving.

Het **Maatschappelijk Herstel supplement** diende ingevuld te worden voor cliënten die in behandeling/opname waren in een psychosociaal revalidatiecentrum, IBW of MT.

Qualtrics gaf automatisch aan of één of meerdere supplementen diende(n) ingevuld te worden voor de betreffende cliënt.



Figuur 4 BelRAI GGZ-instrumentarium dat getest is tijdens de BelRAI GGZ-studie

3.1.3 BelRAI Quality of Life vragenlijst en de Nederlandse Empowerment Vragenlijst of de I.ROC

Elke cliënt vulde – al dan niet met de ondersteuning van een hulpverlener – de BelRAI Quality of Life vragenlijst in. Indien de deelnemende voorziening hiertoe zelf besliste, vulden de cliënten ook de Nederlandse Empowerment Lijst of de I.ROC in. Tijdens het werkgroepentraject met alle types voorzieningen die deelnamen aan de studie is dit zo beslist. De bedoeling was na te gaan of de combinatie van het BelRAI GGZ-instrumentarium en de herstelvragenlijst relevante input zou bieden voor het begeleidingsplan.

De **Nederlandse Empowerment Lijst** (Boevink, Kroon, & Giesen, 2008; Boevink, 2009; De Jaeghere et al., 2011; van Lijstelaar & Wolf; 2012; Boevink, Kroon, Delespaul, & Van Os, 2017) is een vragenlijst die bestaat uit 41 items, en uit volgende subschalen:

- Zelfvertrouwen en hoop
- Bereidheid om hulp te vragen
- Doel- en succesgerichtheid
- Steun aanvaarden van anderen
- Niet gedomineerd worden door symptomen

Alle subschalen bestaan uit uitspraken over hoe mensen zich soms voelen over zichzelf en hun leven. De cliënten geven aan in hoeverre ze het eens zijn met die uitspraken. Per item zijn er vijf antwoordcategorieën die gaan van “sterk oneens” tot “sterk mee eens”.

De **Individual Recovery Outcomes Counter** (Monger, Hardie, Ion, Cumming, & Henderson, 2013; Rudd, Karatzias, Bradley, Fyvie, & Hardie, 2020) brengt het welzijn en herstel vanuit het cliëntenperspectief in kaart aan de hand van het HOPE-framework. HOPE staat voor:

- **Home:** een veilige plek om te leven
- **Opportunity:** nastreven van zinvolle invulling van vrije tijd, opleiding en werk
- **People:** vrienden, vertrouwelingen en zij die steun bieden
- **Empowerment:** volledige betrokkenheid bij besluiten over eigen leven

Twaalf items (drie per domein) peilen naar levenskwaliteit en herstel van de cliënt over de afgelopen drie maanden. De cliënt beantwoordt deze stellingen aan de hand van zes antwoordcategorieën die gaan van “nooit” tot “altijd”. De antwoorden worden voorgesteld via een spindigram. De HOPE-toolkit biedt tools en plannen aan die gelinkt zijn aan de I.ROC en die herstel kunnen ondersteunen.

De I.ROC is een betalend instrument dat ontwikkeld werd door Penumbra. Omwille van de copyright protection die rust op het instrument, kon het niet worden opgenomen in de Qualtrics software. Negen voorzieningen die gebruik wilden maken van I.ROC, hebben het instrument via Penumbra aangekocht. Een lid van de werkgroep psychosociale revalidatiecentra – die reeds allemaal werken met I.ROC – gaf een opleiding omtrent het gebruik van het instrument in de zorgpraktijk. Deze opleiding viel buiten de BelRAI GGZ-opleiding (zie hoofdstuk 3).

3.2 Dataverzameling bij de hulpverleners van deelnemende voorzieningen

Bij één hulpverlener per deelnemende voorziening zijn kwalitatieve data verzameld tijdens (online) focusgroepen, en kwantitatieve data (1) via een korte bevraging over de werkcontext en het gebruik van de BelRAI en (2) via een attitudelijst (zie 3.2.2). Hulpverleners gaven hun geïnformeerde toestemming vooraf ze aan de focusgroep deelnamen. Alvorens met de focusgroepen te starten, kregen de hulpverleners informatie over de studie en het belang van de attitudelijst, de focusgroep en de verwerking ervan.

3.2.1 Focusgroepen

Vijfenvertig van de 49 voorzieningen waren vertegenwoordigd in de focusgroepen, telkens door één hulpverlener. Drie van de elf PVT's en één van de acht MT's die deelnamen aan de studie, participeerden niet aan de focusgroepen. De eerste focusgroep vond plaats in maart aan de Thomas More hogeschool te Antwerpen. De zes resterende focusgroepen dienden we omwille van de COVID-19 crisis uit te stellen naar juli en augustus en werden online georganiseerd (via Zoom). Van de 45 deelnemende hulpverleners vulden er 43 de attitudelijst in en 44 de beknopte bevraging over BelRAI in de werkcontext en het gebruik ervan tijdens de studieperiode (zie verder).

Tijdens de focusgroepen hebben we de visie van de hulpverleners bevestigd omtrent:

- de geschiktheid van het instrumentarium in de zorg voor hun cliënten met een EPA (inclusief verslaving) en de haalbaarheid van het gebruik ervan (onderzoeksvraag 2),
- de gebruiksmogelijkheden van de BelRAI GGZ-resultaten bij het opstellen of evalueren van het begeleidingsplan binnen het team waar de hulpverlener deel van uitmaakt (onderzoeksvraag 3),
- wat er nodig is om het instrumentarium in de toekomst te implementeren in de Vlaamse GGZ (onderzoeksvraag 4).

Concreet kwamen volgende onderwerpen aan bod in focusgroep één t.e.m. vier:

1. de gegevensverzameling die nodig is om de BelRAI GGZ-items te kunnen scoren
2. het invullen van de BelRAI GGZ-items
3. de inhoud van het BelRAI GGZ-instrumentarium
4. de BelRAI GGZ-resultaten
5. het gebruik van BelRAI in de Vlaamse GGZ in de toekomst

De leidraad met vragen is na de vierde focusgroep herbekeken en licht aangepast. Vragen die weinig variatie in antwoord opleverden werden aangepast of vervangen door topics die op basis van de ervaringen van de onderzoekers met de eerste focusgroepen ook van belang waren om te bevragen bij de hulpverleners. Op die manier konden we in focusgroep vijf t.e.m. zeven ook ingaan op hoe de behandel-/begeleidingstrajecten er in de voorzieningen uitzien en wat de plaats van assessment daarin is. Beide leidraden zijn terug te vinden in bijlage 5 en 6.

3.2.2 Attitudelijst

Om de attitude ten opzichte van het gebruik van BelRAI in de GGZ op een kwantitatieve manier te bevragen, ontwikkelden we een attitudelijst in het kader van de eerste pilootstudie in de reguliere GGZ en verslavingssector (Van Eenoo et al., 2017). De attitudelijst is een opsomming van eigenschappen en gebruiksmogelijkheden van het BelRAI assessment systeem toegepast op de populatie van mensen met een ernstige psychische aandoening en/of verslaving. Aan de respondenten wordt gevraagd om aan te duiden welke

eigenschappen van het BelRAI assessment systeem ze op dat moment ervaren als (eerder) een sterkte dan wel (eerder) een zwakte.

Op basis van de resultaten van de pilootstudie werden een aantal items toegevoegd en enkele items weggelaten. Ook de verwoording van enkele items is aangepast. De nieuwe versie van de attitudelijst bestaat uit 31 stellingen. Het eerste deel van de schaal verwijst naar eigenschappen en gebruiksmogelijkheden van de BelRAI GGZ-instrumenten die werden ervaren tijdens de studie. Het tweede deel focust op de gebruiksmogelijkheden van het BelRAI GGZ-instrumentarium wanneer deze gedurende een langere tijd gebruikt zouden worden in de GGZ. De respondenten scoren elke stelling op een 11-punten Likertschaal, die gaat van -5 tot +5. De respondent omcirkelt bij elke stelling het cijfer dat overeenkomt met zijn mening:

- -5 en -4 = de eigenschap wordt ervaren als een expliciete zwakte van het BelRAI GGZ-instrumentarium,
- -3 tot -1 = de eigenschap wordt eerder als een zwakte van het BelRAI GGZ-instrumentarium ervaren,
- 0 = de eigenschap wordt als neutraal ervaren,
- 1 tot 3 = de eigenschap wordt eerder als een sterkte van het BelRAI GGZ-instrumentarium ervaren,
- 4 en 5 = de eigenschap wordt ervaren als een expliciete sterkte van het BelRAI GGZ-instrumentarium.

De attitudelijst sluit af met een open vraag waarbij de respondenten nog bijkomende sterktes en zwaktes van BelRAI en van de BelRAI GGZ-instrumenten kunnen aanvullen.

3.2.3 Bevraging van werkcontext en gebruik van BelRAI tijdens de studieperiode

In een beknopte bevraging zijn enkele professionele karakteristieken bevraagd (type GGZ-setting, functie van de hulpverlener, opleidingsachtergrond), alsook het gebruik van de BelRAI-instrumenten tijdens de studieperiode (aantal ingevulde BelRAI assessments, aantal besprekingen van BelRAI resultaten met de cliënt en in het teamoverleg). Op basis van deze bevraging zijn de deelnemers aan de focusgroep in het werkveld gesitueerd en hun vertrouwdheid met en gebruik van de BelRAI instrumenten en de resultaten ingeschat.

3.2.4 Oplijsting cliënten/zorgvormen waarvoor BelRAI GGZ-instrumentarium moeilijk of niet kon ingevuld worden

Desondanks de vooropgestelde inclusie- en exclusiecriteria vonden de hulpverleners het voor bepaalde cliënten en zorgvormen moeilijk of niet haalbaar om het BelRAI GGZ-instrumentarium in te vullen. Voor toekomstig implementatieonderzoek is het belangrijk om zicht te krijgen op het type cliënten en zorgvormen waarover dit gaat. Daarom is aan de deelnemende hulpverleners gevraagd om te noteren voor welke cliënten/zorgvormen het instrumentarium moeilijk of niet kon ingevuld worden, en wat de reden hiervoor was (één van de exclusiecriteria of een andere reden). De onderzoekers ontvingen van hulpverleners uit 24 organisaties - van de 45 die vertegenwoordigd waren in de focusgroepen - een ingevuld inclusie- en exclusieformulier.

3.3 Dataverzameling bij de coördinatoren van deelnemende voorzieningen

Acht coördinatoren namen deel aan het expertpanel dat omwille van de COVID-19 maatregelen online (via Zoom) plaatsvond. Met uitzondering van de woonzorgcentra met een aparte afdeling voor cliënten met een EPA, was elk type voorziening vertegenwoordigd door minstens één coördinator⁹. Vóór de start van het expertpanel ondertekenden de coördinatoren het geïnformeerde toestemmingsformulier.

Het expertpanel begon met een korte introductie over interRAI en BelRAI, gevolgd door een opfrissing van de BelRAI GGZ-studie (deelnemende types van voorzieningen, onderzoeksvragen, BelRAI GGZ-instrumentarium). Hierna zijn de tussentijdse resultaten van de focusgroepen met de hulpverleners voorgesteld met betrekking tot onderzoeksvraag 2 en 3. De coördinatoren kregen de mogelijkheid om hierop te reageren en zo hun eigen visie met betrekking tot deze onderzoeksvragen toe te lichten. Tot slot beantwoordden de coördinatoren enkele vragen omtrent de implementatie van BelRAI in de toekomst in de Vlaamse GGZ. Hierbij kwamen zowel ondersteunende factoren als barrières aan bod wanneer BelRAI geïmplementeerd zou worden, als ook gegevensdeling (zie bijlage 7).

3.4 Dataverzameling bij vertegenwoordigers van GGZ-netwerken en koepelorganisaties, en bij patiënten- en familieorganisaties

Een kwalitatieve bevraging vond plaats bij vertegenwoordigers van GGZ-netwerken en van koepelorganisaties en bij patiënten- en familieorganisaties tijdens respectievelijk een terugkoppelingsmoment en een expertpanel. Omwille van de COVID-19 maatregelen vonden beide meetings online plaats. Tijdens het terugkoppelingsmoment was de opdrachtgevende overheidsadministratie ook vertegenwoordigd, in een observerende rol.

3.4.1 Terugkoppeling studie naar vertegenwoordigers van GGZ-netwerken en van koepelorganisaties

Tijdens het terugkoppelingsmoment waren negen van de 11 deelnemende GGZ-netwerken vertegenwoordigd, alsook de twee betrokken koepelorganisaties (VVBV en Zorgnet-Icuro). Een vertegenwoordiger van het Agentschap Zorg en Gezondheid dat opdrachtgever is van de studie was ook – als observator – aanwezig tijdens de vergadering.

De doelstelling van dit terugkoppelingsmoment bestond erin feedback te krijgen over de relevantie van de BelRAI GGZ-output op meso- en macroniveau (onderzoeksvraag 1B) en de randvoorwaarden waaraan voldaan dient te worden om het BelRAI GGZ-instrumentarium te kunnen implementeren in de Vlaamse GGZ (onderzoeksvraag 4). De concrete richtvragen zijn terug te vinden in bijlage 8.

Alvorens deze vragen voor te leggen aan de aanwezigen gaven de onderzoekers een overzicht van de BelRAI GGZ-output op het niveau van de steekproef die tijdens de studie verzameld werd. Deze resultaten illustreren de BelRAI GGZ-output die in de toekomst kan verkregen worden op organisatie- en regionaal niveau, na verzameling van een representatieve steekproef.

⁹ MT (1 coördinator), IBW (3 coördinatoren), PVT (2 coördinatoren), psychosociale revalidatiecentra (1 coördinator), revalidatiecentra voor verslaving (1 coördinator)

3.4.2 Expertpanel met patiënten- en familievertegenwoordigers

Het online expertpanel bestond uit acht participanten, waarvan zes patiëntenvertegenwoordigers en twee familievertegenwoordigers. Zij gaven hun geïnformeerde toestemming vooraleer ze aan het expertpanel deelnamen. Zij maken deel uit van een herstelgroep, vertegenwoordigen patiënten of familie binnen GGZ-netwerken, werken als ervaringsdeskundigen binnen een GGZ-voorziening en/of hebben een bestuurlijke functie binnen een patiënten- of familieorganisatie.

Als introductie is de werking van BelRAI toegelicht aan de hand van een casus. Daarna zoomden we in op hoe BelRAI continuïteit van zorg kan ondersteunen en stelden we enkele resultaten van de BelRAI GGZ-studie bij 446 cliënten voor. De doelstelling van dit expertpanel bestond erin na te gaan wat er volgens de patiënten- en familievertegenwoordigers nodig is opdat BelRAI de (continuïteit van) zorg op een goede manier zou ondersteunen. Op deze manier bood het expertpanel input voor de vierde onderzoeksvraag: wat is er nodig om het BelRAI GGZ-instrumentarium in de toekomst te implementeren op de verschillende niveaus van de Vlaamse GGZ? We bespraken vier specifieke topics met de patiënten- en familievertegenwoordigers:

1. Op welk moment in de begeleiding/behandeling wordt het BelRAI dossier best ingevuld?
2. Visie op hoe een BelRAI dossier in te vullen
3. Wie is de coördinator van het BelRAI dossier?
4. Delen van het BelRAI dossier

De concrete richtvragen zijn terug te vinden in bijlage 9.

4 Dataverwerking

4.1 Dataverwerking onderzoeksvraag 1

4.1.1 Onderzoeksvraag 1A: beschrijving van de steekproef aan de hand van de BelRAI GGZ-output

Op deze niet-representatieve steekproef zijn een aantal statistische analyses uitgevoerd om te illustreren hoe de BelRAI output eruit kan zien op groepsniveau wanneer een representatieve dataset verzameld wordt.

Voor de steekproeven van de residentiële en ambulante cliënten is het aantal en percentage missing values per item van het instrumentarium berekend. Voor items die enkel dienen ingevuld te worden wanneer op een voorgaand item een bepaalde respons gegeven wordt, is het percentage bepaald ten opzichte van het aantal assessments waarvoor die specifieke respons op het voorgaande item was gegeven. De items waarvoor het hoge aantal missing values te wijten is aan een constructiefout in het supplement, zijn niet opgenomen in de tabellen. Dit geldt voor de eerste pilootversies van het Maatschappelijk Herstel supplement en het Addictions supplement – extended version. Deze supplementen zijn in het kader van deze studie voor het eerst ontwikkeld. De BelRAI items die in meer dan 5% van de gevallen niet werden ingevuld, zijn wel weergegeven in tabellen.

Voor variabelen die gerelateerd zijn aan persoonskenmerken, gezondheidstoestand, diagnostische informatie, opnamegeschiedenis, CAP's en zorgschalen zijn beschrijvende kwantitatieve analyses uitgevoerd (frequenties, medianen, gemiddelde, standaarddeviaties, minimum en maximum score) per type voorziening. In Vlaanderen zijn er twee residentiële psychosociale revalidatiecentra waarvan er één heeft deelgenomen aan de studie. Om de privacy van deze voorziening niet te schenden, zijn de kwantitatieve

resultaten voor dit type voorziening niet gerapporteerd bij de weergave van de resultaten per type voorziening.

Voor de subschalen van de BelRAI QoL-vragenlijst zijn beschrijvende kwantitatieve analyses uitgevoerd voor enerzijds de residentiële cliënten en anderzijds de ambulante cliënten. De interne consistentie is berekend via de Cronbach's alpha coëfficiënt. Voor de zorgschalen is dit niet berekend omdat de meeste schalen bestaan uit items met verschillende antwoordcategorieën, waarvoor de Cronbach's alpha niet berekend kan worden.

Ten slotte zijn voor de vier subschalen levenskwaliteit van de BelRAI QoL-vragenlijst univariate en multivariate analyses uitgevoerd om na te gaan of kenmerken en zorgnoden van de cliënten en hun relatie met het behandelteam (onderling) samenhangen met de levenskwaliteit van de cliënten. Zoals dit het geval is voor alle kwantitatieve analyses die in dit hoofdstuk gerapporteerd worden, deden we dit bij wijze van oefening om te illustreren welke output het BelRAI GGZ-instrumentarium kan genereren bij implementatie. Dit impliceert dat deze onderzoeksresultaten geen uitspraak doen over de levenskwaliteit van alle cliënten met een EPA (inclusief verslaving) in de GGZ in Vlaanderen. Om die reden analyseerden we de interactie-effecten tussen de onafhankelijke variabelen niet en rapporteren we enkel de eindresultaten van deze oefening en niet de resultaten van alle tussenstappen van de multivariate statistische analyses.

4.1.2 Onderzoeksvraag 1B: Relevantie van de BelRAI GGZ-output op meso- en macroniveau in het geval van een representatieve steekproef

Het tweede deel van de eerste onderzoeksvraag - betreffende de relevantie van de BelRAI GGZ-output op meso- en macroniveau wanneer we over representatieve data beschikken - werd besproken op het terugkoppelingsmoment met de GGZ-netwerken en koepelorganisaties. De dataverwerking van deze online-bijeenkomst gebeurde in eerste instantie door het beluisteren van de Zoom-opnames. Het discussie-gedeelte werd at verbatim getranscribeerd om vervolgens de informatie in enkele stappen tot een nota te herleiden. In deze nota geven we de standpunten en visies weer van de vertegenwoordigers van de netwerken en de koepelorganisaties die tijdens de meeting naar voor zijn gebracht. In deel 2 van hoofdstuk 4 geven we een synthese van deze nota.

4.2 Dataverwerking onderzoeksvragen 2 en 3

De gebruiksmogelijkheden van het BelRAI GGZ-instrumentarium en resultaten op cliëntniveau in de zorg voor cliënten met een ernstige psychische aandoening (geschiktheid, haalbaarheid en in het kader van het begeleidingsplan) is bij hulpverleners bevraagd via zeven focusgroepen en met de attitudelijst en bij acht coördinatoren tijdens een expertpanel.

4.2.1 Focusgroepen met hulpverleners en expertpanel met coördinatoren

De dataverwerking van de zeven focusgroepen gebeurde in eerste instantie door het beluisteren van de Zoom-opnames. Er werd at verbatim getranscribeerd. Om het materiaal volledig te begrijpen, zijn de verslagen van de focusgroepen herhaaldelijk doorgenomen en de belangrijke citaten zijn aangeduid in functie van de onderzoeksvraag waarop ze een antwoord boden. Deze citaten werden korter geformuleerd en in een Excel-file per onderzoeksvraag en later per thema gecategoriseerd. Deze file werd uiteindelijk herleid tot een samenvattende tabel die de resultaten van de focusgroepen op onderzoeksvraag 2 en 3 overzichtelijk weergeeft. Een samenvatting van de nota's die de hulpverleners bijhielden over de cliënten die ze omwille van hun problematiek niet wilden includeren in de studie, is ook toegevoegd aan deze tabel.

Het expertpanel met de coördinatoren van de voorzieningen is eveneens at verbatim getranscribeerd. Ook hier duiden we de belangrijkste citaten aan in functie van de onderzoeksvraag waarop deze een antwoord boden. De citaten zijn korter geformuleerd en in een document per onderzoeksvraag samengevat. Op deze manier kon de tabel die de visie van de hulpverleners op onderzoeksvraag 2 en 3 omvat, worden aangevuld met de visie van de coördinatoren. Deze kon zowel aanvullend als in tegenstelling tot de visie van de hulpverleners zijn, wat ook als dusdanig werd aangegeven.

Op enkele plaatsen vervulde de onderzoekers de gebruiksmogelijkheden op basis van hun ervaring met BelRAI onderzoek in verschillende gezondheidssectoren. De toevoegingen die van de onderzoekers afkomstig zijn, werden als zodanig benoemd in de resultaten-sectie (hoofdstuk 5, deel 1).

4.2.2 Attitudelijst van hulpverleners

Om de attitude van de hulpverleners ten opzichte van de gebruiksmogelijkheden op het niveau van de cliënt na te gaan, werden ook de data van de attitudelijst geanalyseerd die betrekking hebben op onderzoeksvraag 2 en 3 (eerste deel van de attitudelijst). De analyses zijn voornamelijk descriptief van aard. Voor elk item van de attitudelijst is de mediaanscore berekend. De mediaanscores zijn ingedeeld in vijf categorieën die de attitude van hulpverleners t.o.v. de betrokken stelling beschrijven:

- mediaanscores van -5 tot -4 (inclusief -4) = minstens de helft van de hulpverleners ervaart de beschreven eigenschap als een expliciete zwakte van het BelRAI beoordelingssysteem,
- mediaanscores van -4 tot -1 (exclusief -4 en inclusief -1) = minstens de helft van de hulpverleners ervaart de beschreven eigenschap (eerder) als een zwakte van het BelRAI beoordelingssysteem,
- mediaanscores van -1 tot 1 (exclusief -1 en 1) = minstens de helft van de hulpverleners heeft hoogstens of minimaal een neutrale houding ten opzichte van de eigenschap die beschreven staat in de stelling. Dit houdt in dat het merendeel van de respondenten ofwel een tegengestelde houding heeft ten opzichte van de eigenschap ofwel een neutrale houding,
- mediaanscores van 1 tot 4 (inclusief 1 en exclusief 4) = minstens de helft van de hulpverleners ervaart de beschreven eigenschap (eerder) als een sterkte van het BelRAI beoordelingssysteem,
- mediaanscores van 4 tot 5 (inclusief 4) = minstens de helft van de hulpverleners ervaart de eigenschap die beschreven staat in de stelling als een expliciete sterkte van het BelRAI beoordelingssysteem.

Per item hebben we de frequentie van de antwoorden in een figuur weergegeven. De elf antwoordmogelijkheden zijn daarbij ingedeeld in vijf categorieën, zoals uiteengezet onder 3.2.2.

De tabel die een synthese weergeeft van de visies van de hulpverleners en coördinatoren op de gebruiksmogelijkheden van het BelRAI GGZ-instrumentarium (zie 4.2.1) is aangevuld met de resultaten op de attitudelijst, met name de items die betrekking hebben op onderzoeksvraag 2 en 3. Dit gebeurde wanneer:

- het betreffende item een topic bevraagt dat nog niet als bevinding was opgenomen in de tabel,
- het resultaat voor het betreffende item een reeds vermelde bevinding in de tabel nuanceerde.

4.3 Dataverwerking onderzoeksvraag 4

Om te komen tot de randvoorwaarden voor implementatie van BelRAI in de Vlaamse GGZ, integreerden we de resultaten van volgende bevragingen:

- de visie van de hulpverleners en coördinatoren over hetgeen nodig is om BelRAI in de toekomst in de Vlaamse GGZ te kunnen implementeren. De input hierover die resulteerde uit respectievelijk de zeven focusgroepen en het expertpanel verwerkten we op dezelfde manier als hierboven uiteengezet onder 4.2.1;
- de attitude van de hulpverleners over de gebruiksmogelijkheden van de BelRAI GGZ-instrumenten wanneer deze gedurende een langere tijd gebruikt zullen worden in de GGZ; zoals dit resulteert uit de attitudelijst. De items van de attitudelijst die hierop betrekking hebben (deel 2 van de schaal) verwerkten we op dezelfde manier als hierboven uiteengezet onder 4.2.2;
- de visie van de GGZ-netwerken en koepelorganisaties op de randvoorwaarden zoals dit resulteerde uit het terugkoppelingsmoment. Deze input verwerkten we op dezelfde manier als hierboven uiteengezet onder 4.1.2;
- de visie van de patiënten- en familievertegenwoordigers over deze randvoorwaarden zoals dit resulteerde uit het expertpanel met hen. Ook dit expertpanel werd at verbatim geanalyseerd om vervolgens in enkele fases tot een nota te komen waarin de standpunten en visies van de patiënten- en familievertegenwoordigers staan opgelijst.

Op enkele plaatsen vervulde de onderzoekers de randvoorwaarden op basis van hun ervaring met BelRAI onderzoek in verschillende gezondheidssectoren. De toevoegingen die van de onderzoekers afkomstig zijn, werden als zodanig benoemd in de resultaten-sectie (hoofdstuk 5, deel 2).

Tabel 3 geeft op een schematische manier weer in welk hoofdstuk en in welke bijlage de resultaten van de dataverwerking per onderzoeksvraag en per groep deelnemers teruggevonden kunnen worden.

Tabel 3 Schematische weergave van het hoofdstuk en de bijlage waarin de resultaten van de dataverwerking per onderzoeksvraag en per groep deelnemers kan teruggevonden worden

	cliënten (n=446)	hulpverleners (n=45)	coördinatoren voorzieningen (n=8)	patiënten- en familievertegenwoordigers (n=8)	GGZ-netwerken en koepelorganisaties (n=11)
Onderzoeksvraag 1A: BelRAI GGZ-output op steekproefniveau	Hfst 4 deel 1	-	-	-	-
Onderzoeksvraag 1B: relevantie van de BelRAI GGZ-output op meso- en macroniveau	-	-	-	-	Hfst 4 deel 2 + bijlage 8
Onderzoeksvragen 2 en 3: geschiktheid, haalbaarheid en onderbouwing van begeleidingsplan	-	Hfst 5 deel 1	Hfst 5 deel 1	-	-
Onderzoeksvraag 4: randvoorwaarden voor implementatie	-	Hfst 5 deel 2	Hfst 5 deel 2	Hfst 5 deel 2 + bijlage 9	Hfst 5 deel 2 + bijlage 8

Nota: Hfst = hoofdstuk

Hoofdstuk 3

De ontwikkeling en uitvoering van een BelRAI GGZ-opleiding voor hulpverleners

In dit hoofdstuk komen de inhoud en de organisatie van de BelRAI GGZ-opleidingen aan bod, alsook de evaluatie ervan door de deelnemers/hulpverleners en door de trainers. Eén of twee hulpverlener(s) per voorziening die deelnamen aan de BelRAI GGZ-studie volgden een BelRAI GGZ-opleiding. Pas na deelname aan het eerste deel van de opleidingscyclus startten de hulpverleners met de dataverzameling bij hun cliënten.

1 Organisatie van de BelRAI GGZ-opleidingscycli

Van september 2019 tot februari 2020 hebben acht trainingscycli plaatsgevonden van elk 2,5 dag. Eén trainingscyclus was specifiek voorbehouden voor de hulpverleners die deelnamen aan de BelRAI-DUNDRUM forensische GGZ-pilootstudie (Van Horebeek et al., 2020). De zeven andere opleidingscycli richtten zich tot hulpverleners uit de verschillende types van GGZ-voorzieningen uit de reguliere GGZ en verslavingssector¹⁰ die deelnamen aan de BelRAI GGZ-studie. In dit hoofdstuk beschrijven we de ervaringen met de laatste zeven opleidingscycli. Enkel in deel 3 is de evaluatie van de ene opleidingscyclus voor de forensische GGZ ook vervat in de evaluatie door de deelnemers.

De opleidingscycli werden geografisch gespreid over heel Vlaanderen, met uitzondering van Oost-Vlaanderen. Drie cycli vonden plaats aan de KU Leuven, campus Kulak te Kortrijk, twee cycli aan de Thomas More Hogeschool te Antwerpen, één cyclus aan de UHasselt, campus Diepenbeek en tot slot één cyclus aan de KU Leuven te Leuven. Op deze manier konden de deelnemers – afkomstig uit heel Vlaanderen – een cyclus kiezen die hen geografisch en qua data het best paste.

In totaal namen 89 hulpverleners uit 49 reguliere GGZ-voorzieningen deel aan de opleiding. Tabel 4 geeft een overzicht van de spreiding van de hulpverleners over de vier opleidingslocaties en – verder opgedeeld – volgens setting. Aangezien het de doelstelling is om één BelRAI GGZ-instrumentarium te ontwikkelen voor gebruik in de volledige GGZ-sector, zijn de opleidingsgroepen heterogeen samengesteld. Dit betekent dat hulpverleners uit verschillende zorgdisciplines en uit diverse types GGZ-voorzieningen deelnamen aan eenzelfde opleidingscyclus.

De opleidingscycli zijn gegeven door een docent van de Thomas More Hogeschool. Zij werkte zich gedurende verschillende maanden in in het BelRAI GGZ-instrumentarium en de BelRAI resultaten. Daarnaast volgde zij – samen met één van de BelRAI onderzoekers - de BelRAI train-the-trainer basis-opleiding van de FOD Volksgezondheid die in totaal vijf volledige dagen bedroeg. Tijdens de verschillende opleidings- en intervisiemomenten van de zeven cycli waren er eveneens één of meerdere BelRAI onderzoekers aanwezig – in het verdere verloop van dit hoofdstuk eveneens aangeduid als trainers – voor extra inhoudelijke ondersteuning.

¹⁰ Woonzorgcentra met een aparte afdeling voor personen met een EPA, psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT), psychosociale revalidatiecentra, revalidatiecentra voor verslaving, initiatieven voor beschut wonen (IBW) en mobiele 2b teams (MT).

Tabel 4 Verdeling van de deelnemers/hulpverleners over de vier opleidingslocaties en volgens type van voorziening

Plaats opleiding (n = aantal hulpverleners)	Verdeling hulpverleners volgens setting					
	WZC	PVT	BW	MT	Reva versla	Psycho reva
Kortrijk ¹¹ (n= 37)	2	6	11	7	7	3
Antwerpen (n=30)	5	7	5	5	6	2
Diepenbeek (n=17)	0	4	4	2	7	0
Leuven (n=5)	0	1	1	2	0	1
	7	18	21	16	20	6

Nota: WZC = woonzorgcentra, PVT = psychiatrisch verzorgingstehuis, BW = initiatief voor beschermt wonen, MT = mobiel 2b team, reva verslaving = revalidatiecentrum voor verslaving, psycho reva = psychosociaal revalidatiecentrum

2 Inhoud van de BelRAI GGZ-opleiding

Elke BelRAI GGZ-opleidingscyclus bestond uit anderhalve dag opleiding en twee halve dagen intervisie. De anderhalve dag opleiding was opgedeeld in één volledige dag en één halve dag. De intervisiemomenten vonden ongeveer één en twee maanden na de tweede opleidingsdag plaats. Op die manier hadden de hulpverleners de mogelijkheid om in de tussentijd ervaring op te doen met het invullen van de instrumenten.

De opleiding had tot doel om de hulpverleners kennis bij te brengen over de interRAI en BelRAI instrumenten. Tijdens de opleiding gingen de trainers dieper in op de oorsprong, het doel en de inhoud van de instrumenten. Bovendien lichtten de trainers toe hoe men de instrumenten invult en hoe de resultaten te interpreteren in functie van het opstellen van een individueel begeleidingsplan van de cliënt. Bijkomend kregen de hulpverleners ook informatie over de studie en het studieprotocol.

2.1 Eerste opleidingsdag

Bij aanvang van de eerste opleidingsdag stonden de trainers stil bij de ruimere context waarin de opleidingscyclus plaatsvond. Zo kregen de hulpverleners meer informatie over de beslissing van de Vlaamse en de federale overheden om de BelRAI instrumenten nationaal in te voeren als 'uniform beoordelingsinstrument' in alle gezondheids- en welzijnssectoren. In dit kader werd tevens het belang van studies

¹¹ Eén hulpverlener volgde de opleiding vanuit zowel een PVT als een BW om hierna ook BelRAI GGZ-beoordelingen te kunnen invullen voor cliënten uit beide settings.

naar de bruikbaarheid van de verschillende BelRAI instrumenten - waaronder het BelRAI GGZ-instrumentarium - benadrukt.

Vervolgens lichtten de trainers de specifieke kenmerken van de interRAI instrumenten toe, namelijk dat het generieke beoordelingsinstrumenten zijn die een gestandaardiseerde gegevensverzameling over de zorgnoden van zorgafhankelijke personen garanderen wat resulteert in resultaten op verschillende niveaus en uniform gebruik over verschillende gezondheidszorgsectoren heen. Hierop verdergaand stelden de trainers BelRAI en de reeds beschikbare BelRAI instrumenten voor.

De hulpverleners kregen vervolgens ook uitgebreid informatie over de doelstellingen en onderzoeksvragen van de BelRAI GGZ-studie, het in te vullen BelRAI GGZ-instrumentarium, de planning en de verwachtingen naar de hulpverleners toe in het kader van de studie.

Hoe men een BelRAI instrument kan inzetten in de praktijk en welke fasen (invullen, toestemming cliënt voor gegevensdeling, ...) men hiervoor moet doorlopen, duiden de trainers aan de hand van een didactische casus.

Tijdens de BelRAI GGZ-studie is gebruik gemaakt van Qualtrics om de BelRAI GGZ-instrumenten in te vullen. Qualtrics is een online-tool om surveyonderzoek, evaluaties of andere online-dataverzameling uit te voeren in het kader van wetenschappelijk onderzoek. De voordelen van het gebruik van deze software binnen de huidige studie-context¹², ten opzichte van BelRAI 2.0 webapplicatie van de federale overheid, zijn ten eerste dat de BelRAI cliëntgegevens niet opgenomen werden in de BelRAI databank. Op deze manier kon men het gebruik van de data beperken tot de doeleinden van deze studie en dus niet verder delen in kader van zorg. Een tweede voordeel was dat alle GGZ-medewerkers – ongeacht hun discipline - toegang hadden tot de software en dat alle instrumenten en supplementen hierin waren opgenomen (zie hoofdstuk 2 – 1.2, voetnoot). Tijdens het werkgroepentraject ter voorbereiding van de studie vonden de voorzieningen het erg belangrijk om omwille van deze voordelen tijdens de studie te werken met deze onderzoekssoftware i.p.v. met de BelRAI 2.0 webapplicatie. Een nadeel van het gebruik van de onderzoekssoftware was dat deze niet volledig overeenstemt met de software die men in de praktijk zal gebruiken. Bovendien was de software minder gebruiksvriendelijk dan professioneel ontwikkelde software die in de toekomst in de zorg zal gebruikt worden. De trainers toonden de hulpverleners hoe de Qualtrics-software te gebruiken.

De trainers stonden vervolgens stil bij enkele algemene principes die belangrijk zijn bij het invullen van de instrumenten bv. de algemene drie-dagen-regel. Daarna leerden de hulpverleners aan de hand van meerdere voorbeelden en oefeningen hoe de verschillende secties en items van de BelRAI GGZ-instrumenten in te vullen.

Een BelRAI beoordeling kan resultaten op verschillende niveaus opleveren: de zorgschalen, CAP's en individuele statistieken als informatiebron voor hulpverleners om het begeleidingsplan op te stellen; de groepsstatistieken, kwaliteitsindicatoren en zorgzwaartecategorieën als informatiebron voor zorgmanagers en beleidsmakers om de kwaliteit van zorg te monitoren. Gezien dit een training betrof voor het gebruik van BelRAI GGZ door hulpverleners zijn enkel de zorgschalen en CAP's meer in detail besproken.

¹² Zoals reeds aangehaald, was dit een noodzakelijke uitkomst van het werkgroepentraject om de studie alsnog te kunnen laten doorgaan (Van Horebeek et al., 2019). Door gebruik te maken van de Qualtrics-software kwamen de BelRAI data enkel terecht bij de onderzoekers en kunnen ze enkel voor onderzoeksdoeleinden gebruikt worden. Naar de toekomst toe is het uiteraard wel de bedoeling om – mits een strikt kader rond gegevensdeling – BelRAI data te delen binnen en tussen (G)GZ-voorzieningen om de continuïteit en coördinatie van zorg te ondersteunen.

Om de eerste opleidingsdag af te ronden, lichtten de trainers het studieprotocol toe om duidelijk te maken wat van de hulpverleners tijdens de studie verwacht werd. Voorbeelden hiervan zijn: (1) voor hoeveel en welke cliënten dient men de BelRAI GGZ-instrumenten in te vullen? (2) Hoe gaat men vervolgens aan de slag met de resultaten? Verder zoemden de trainers in op de ontwikkelde webpagina's waarop hulpverleners het nodige opleidingsmateriaal steeds konden consulteren. Hulpverleners kregen toegang tot één van vier opleidingspagina's die elk voor specifieke types van voorzieningen ontwikkeld waren. Zodoende kreeg elke hulpverlener enkel het materiaal te zien dat relevant is voor gebruik in het type van voorziening waarin hij werkzaam is. De webpagina's waren beveiligd – gezien het beschermde materiaal dat ze omvatten - zodat enkel de deelnemende hulpverleners toegang hadden. De webpagina's bevatten o.a. de presentaties van de opleidingsdagen, de templates en handboeken van het BelRAI GGZ-instrumentarium en bijkomende informatie over de studie waaronder het onderzoeksprotocol en het informed consentformulier voor de cliënten. Een volledig overzicht van de documenten op de webpagina's is terug te vinden in bijlage 10. De eerste opleidingsdag werd afgesloten met het doorgeven van de contactgegevens van de trainers zodat hulpverleners ook tussen de opleidingsdagen door bijkomende vragen konden stellen omtrent de opleiding of de dataverzameling.

2.2 Tweede opleidingsdag

De tweede (halve) dag opleiding stond voornamelijk in het teken van de interpretatie van de resultaten op cliëntniveau, namelijk de CAP's en de zorgschalen (zie hoofdstuk 1 – 4.2), en hoe deze mee input kunnen bieden voor het begeleidingsplan van de cliënt. Bovendien werden de hulpverleners gevraagd om verschillende secties zelfstandig in te vullen op basis van de informatie uit een casus. Op basis van de resultaten van deze casus stelden de hulpverleners – bij wijze van oefening - een mogelijk begeleidingsplan op. In de praktijk zijn het niet enkel de BelRAI resultaten, maar evenzeer de zorgvragen van de cliënt en de expertise van het behandelteam, die het begeleidingsplan onderbouwen.

Na deze tweede opleidingsdag startten de hulpverleners met het invullen van het BelRAI GGZ-instrumentarium voor tien van hun cliënten met een EPA (inclusief verslaving).

2.3 Intervisies

Elke hulpverlener is uitgenodigd om deel te nemen aan twee intervisies die in het teken stonden van de ervaringen die de hulpverleners ondertussen hadden opgebouwd met het invullen van het instrumentarium. De eigen vragen, onduidelijkheden en moeilijkheden met betrekking tot het invullen van de instrumenten en supplementen en het interpreteren van de resultaten stonden centraal tijdens de intervisie. De intervisies werden dus op een vraaggestuurde manier opgebouwd. De hulpverleners bezorgden hun vragen vooraf aan de trainers. Op die manier was de inhoud van de intervisie goed afgestemd op de noden van de hulpverleners. Tijdens de interactieve intervisies werden de hulpverleners gestimuleerd om elkaars vragen mee te beantwoorden.

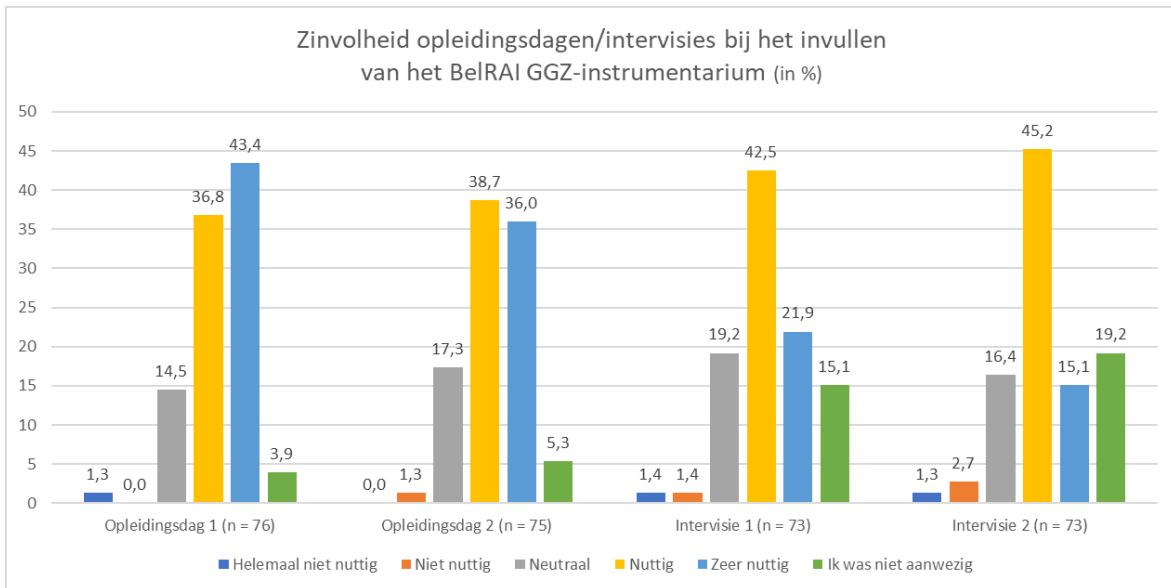
3 Evaluatie van de BelRAI GGZ-opleiding door de deelnemende hulpverleners

Na afloop van de opleidingscyclus vulden de hulpverleners een evaluatieformulier in. De ervaringen van de hulpverleners omtrent de inhoud en praktische aspecten van de BelRAI GGZ-opleiding zijn via open en gesloten vragen in kaart gebracht. Hulpverleners die deelnamen aan de BelRAI GGZ-studie en de DUNDRUM-BelRAI Forensische GGZ-pilootstudie werden uitgenodigd om het formulier in te vullen. Zesenzeventig van de 102 hulpverleners (inclusief hulpverleners uit de forensische GGZ) vulden het formulier in (= 74,5% van de hulpverleners). Onderstaande resultaten lichten dus de ervaringen van de hulpverleners uit beide studies toe.

3.1 Ervaringen van de deelnemers/hulpverleners m.b.t. inhoud van de BelRAI GGZ-opleiding

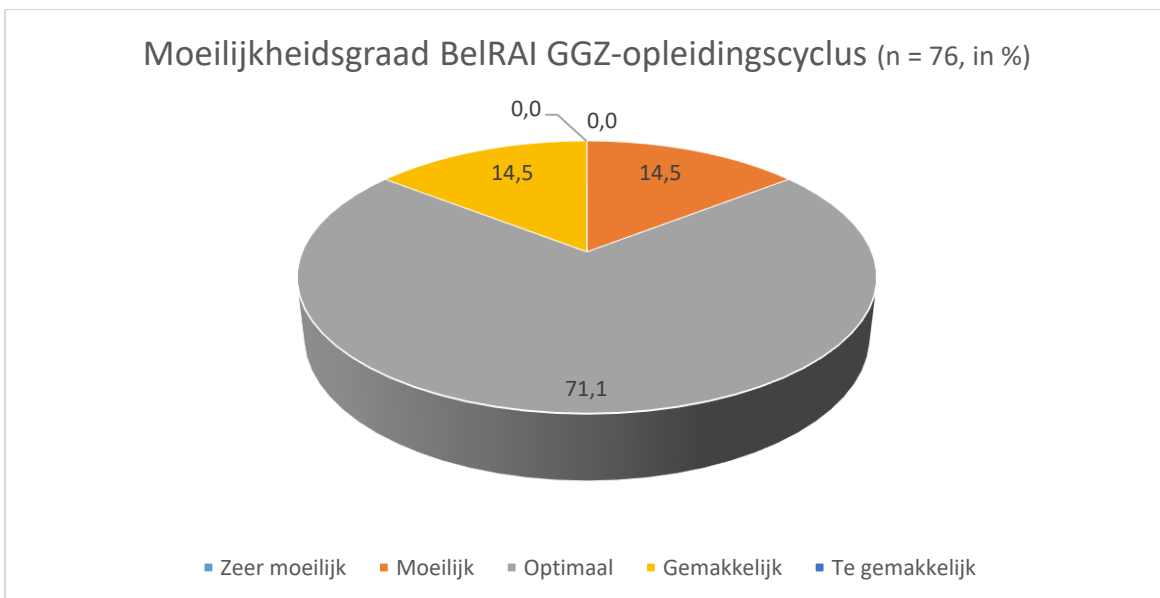
Uit de resultaten (Figuur 5) blijkt dat de meeste hulpverleners de opleidingsdagen als nuttig tot zeer nuttig beoordeelden met het oog op het invullen van het BelRAI GGZ-instrumentarium. Verschillende hulpverleners benadrukten dat de afwisseling tussen theorie en praktijkvoorbeelden een meerwaarde was. Daarnaast vond men de ruimte die er was om moeilijkere zaken te verduidelijken en bezorgdheden te bespreken belangrijk. Dat men zowel tijdens als na de opleiding vragen kon stellen, vond men eveneens een meerwaarde. Enkele hulpverleners gaven ook suggesties om de inhoud van de opleiding te optimaliseren. Zo vonden sommigen dat er (1) nog verder mocht ingegaan worden op het bredere BelRAI-kader, (2) meer oefeningen mochten zijn rond het concreet invullen van instrumenten/supplementen (met de gebruikte software) om de onduidelijkheden waarop men tijdens het invullen zelf gestoten was, te verminderen en (3) een grotere focus mocht zijn op hoe aan de slag te gaan met de BelRAI resultaten.

Het aandeel hulpverleners dat de intervisies zeer nuttig vond, lag lager dan voor de opleidingsdagen, maar nog steeds vond 64% van de hulpverleners de eerste intervisie nuttig tot zeer nuttig, en vond 60% van de hulpverleners de tweede intervisie nuttig tot zeer nuttig. Voor enkele hulpverleners mochten de intervisies nog meer gespreid in de tijd plaatsvinden en (sterker) gekoppeld zijn aan reeds afgewerkte beoordelingen bv. minstens x-aantal beoordelingen afgewerkt tegen de eerste intervisie. Zoals reeds aangegeven, gebeurde de opbouw van de intervisiemomenten aan de hand van vragen of problemen die de hulpverleners zelf reeds waren tegengekomen tijdens de dataverzameling tot dusver. Verschillende hulpverleners vonden deze vraaggestuurde manier van werken een meerwaarde. Hierdoor was de inhoud van de intervisie echter ook sterk afhankelijk van hoever de andere hulpverleners gevorderd waren met hun dataverzameling. Daarnaast waren vragen die specifiek voor een (bepaald type van) GGZ-voorziening gelden, niet altijd van toepassing voor de andere hulpverleners die deelnamen aan dezelfde cyclus. Verschillende hulpverleners gaven in de evaluatie aan de voorkeur te geven aan een indeling van de opleidingsgroepen volgens type van GGZ-voorziening.



Figuur 5 Zinvolheid van de opleidingsdagen en intervisies m.b.t. het invullen van het BelRAI GGZ-instrumentarium volgens de deelnemers/hulpverleners

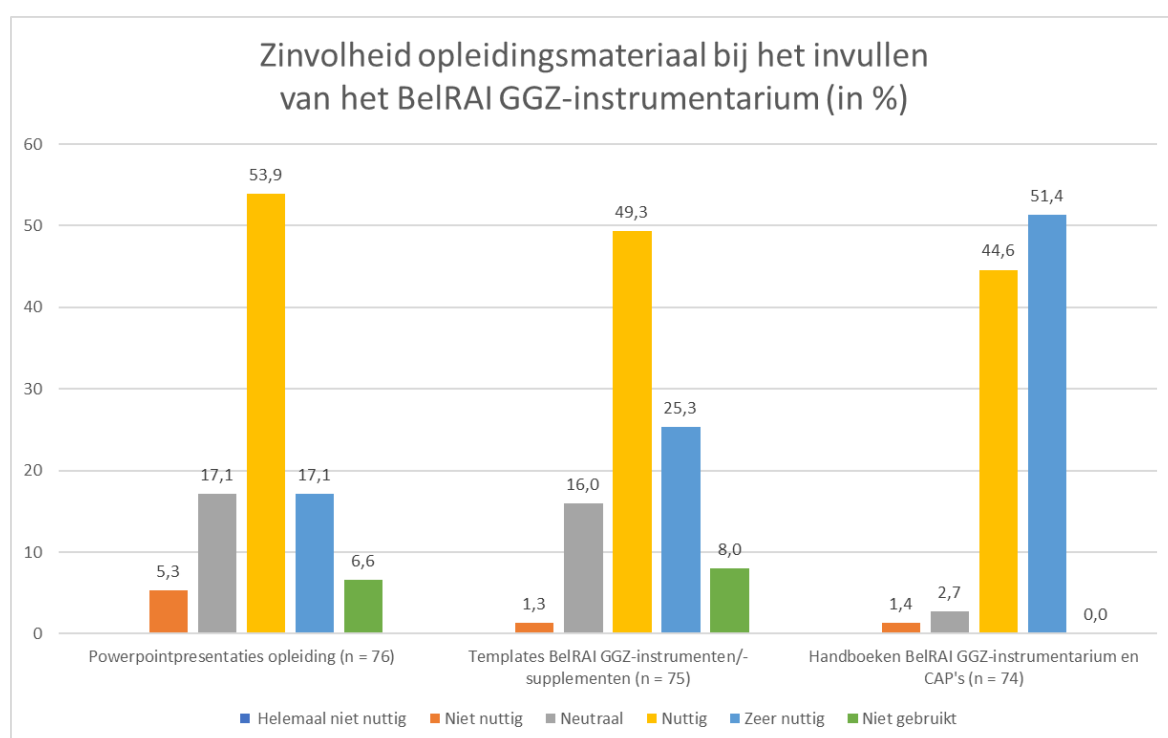
De grote meerderheid (71,1%) van hulpverleners die het evaluatieformulier invulden, vond de moeilijkheidsgraad van de opleidingscyclus optimaal. Een even groot aandeel van hulpverleners – 14,5% - vond de opleiding moeilijk dan wel gemakkelijk. Niemand vond de opleiding zeer moeilijk of te gemakkelijk (Figuur 6).



Figuur 6 De moeilijkheidsgraad van de opleiding

3.2 Ervaringen van de deelnemers/hulpverleners m.b.t. praktische aspecten van de BelRAI GGZ-opleiding

Vervolgens werd aan de hulpverleners gevraagd in welke mate het opleidingsmateriaal – dat ze konden terugvinden op de webpagina's – hielp bij het invullen van het BelRAI GGZ-instrumentarium (Figuur 7). De meerderheid van de hulpverleners vond de PowerPointpresentaties nuttig (53,9%) tot zeer nuttig (17,1%). Voor de templates van de GGZ-instrumenten kon men een gelijkaardig patroon vaststellen. Negentig procent van de hulpverleners beoordeelden de handboeken als nuttig tot zeer nuttig voor het leren invullen van het BelRAI instrumentarium. Bovendien had elke hulpverlener die het evaluatieformulier invulde, gebruik gemaakt van de handboeken tijdens het invullen van de BelRAI instrumenten. Hoewel de hulpverleners bevestigden dat er veel informatie was terug te vinden in de handboeken, wees men ook op de optimalisatiemogelijkheden die er nog zijn op dit gebied, bv. gebruiksvriendelijker maken.



Figuur 7 Zinvolheid van het opleidingsmateriaal voor het invullen van het BelRAI GGZ-instrumentarium

Vierenzestig procent van de hulpverleners beoordeelde de duurtijd van de totale opleiding als goed. Bijna één derde van de hulpverleners (30,3%) vond de opleiding te lang. Drie hulpverleners vermeldden dat er te veel herhaling in de opleiding zat. Belangrijke nuance hierbij is dat twee van hen reeds aan de eerste BelRAI GGZ-pilootstudie (Van Eenoo et al., 2017) hadden deelgenomen. Een andere hulpverlener die eveneens aan de pilootstudie had deelgenomen, bevestigde de herhaling die in de opleidingsdagen zat, maar vond dit een goede opfrissing.

Zesenzestig procent van de hulpverleners vond de logistieke ondersteuning (o.a. lokalen, pc's, catering) goed tot zeer goed. De drie hulpverleners (3,9%) die de ondersteuning als matig beschouwden, kwamen allen uit dezelfde opleidingsgroep. De meerderheid van de hulpverleners (67,1%) was in het algemeen tevreden over de opleiding. Hulpverleners uit één psychosociaal revalidatiecentrum, één forensische GGZ-voorziening en één PVT waren niet tevreden.

4 Reflecties van de trainers over de BelRAI GGZ-opleiding

Naast de inhoud van de training – de zogenaamde leerstof – schuiven de trainers volgende sterke punten van de opleiding naar voor:

- De samenstelling van het trainersteam: een hogeschool-docent met ruime ervaring in lesgeven gaf de trainingen. Daarnaast zorgden steeds één of twee BelRAI onderzoekers voor ondersteuning bij de inhoudelijke en praktische voorbereiding, en tijdens de opleidingsdagen en intervisies. Dit resulteerde in een duidelijke, onderbouwde en vlotte manier van lesgeven waarbij het mogelijk was om in de diepte in te gaan op vragen en bezorgdheden van deelnemers;
- Tijdens de opleiding ging veel tijd naar uitleg geven over hoe BelRAI items geïnterpreteerd en ingevuld moeten worden; dit om een gestandaardiseerd assessment van zorgnoden te realiseren. De BelRAI handboeken zijn hierbij een belangrijk hulpmiddel. Daarnaast leerden de trainers op basis van de reacties van de deelnemers op welke punten de handboeken verder geoptimaliseerd kunnen worden. Op deze manier leerden niet alleen de deelnemers van de trainers, maar ook andersom;
- De twee halve dagen groepsintervisie waren aangevuld met individuele intervisie via mail of telefonisch. Eén van de BelRAI onderzoekers nam dit voor haar rekening. De deelnemers maakten hier vrij uitgebreid gebruik van. Dit bleek een belangrijke aanvulling om de deelnemers goed te kunnen ondersteunen met het leren werken met het BelRAI GGZ-instrumentarium;
- De ontwikkeling en het gebruik van de webpagina's met het opleidingsmateriaal voor de deelnemers zorgden ervoor dat al het opleidingsmateriaal op een gestructureerde manier met hen gedeeld kon worden. Dit liet een vlot gebruik van het opleidingsmateriaal toe en ondersteunde daardoor ook de individuele intervisie via mail of telefonisch;
- De evaluatie van de training was een meerwaarde voor de trainers. Verschillende punten die de deelnemers hierin aangaven nemen de trainers en onderzoekers mee voor de optimalisatie van de BelRAI GGZ-training (zie hieronder).

Daarnaast zien de trainers volgende verbeterpunten:

- De voorkennis over de doelstelling van BelRAI in de zorg was soms erg verschillend tussen deelnemers/hulpverleners, alhoewel de coördinator of directie van sommigen onder hen reeds deelgenomen had aan het werkgroepentraject om de BelRAI studie voor te bereiden. Deze verschillen in gebrek aan voorkennis maakten dat meer uitleg hierover voor verschillende deelnemers nuttig was geweest; voor anderen was dat overbodig geweest. Dit zou opgevangen kunnen worden door elke BelRAI GGZ-opleidingscyclus te laten voorafgaan door een halve dag toelichting voor de directies en coördinatoren van de hulpverleners die de opleiding zullen volgen. Enerzijds zou hierdoor de doelstelling van BelRAI op een systematische manier beter bekend kunnen worden in de GGZ. Anderzijds zouden de directies en coördinatoren hun hulpverleners beter kunnen voorbereiden op deelname aan de opleiding. Dat de deelnemers zich gesteund voelen door hun directie of coördinatoren doordat ze het belang ervan onderstrepen, heeft logischerwijs impact op het engagement van de hulpverleners tijdens de opleiding en op de tijd die ze steken in de verwerking van het opleidingsaanbod. De opleiding voor het leren werken met de instrumenten zou ook kunnen opgesteld worden voor coördinatoren die hieraan wensen deel te nemen;
- Naast een tekort aan voorkennis over BelRAI merkten de trainers bij verschillende hulpverleners bezorgdheden over de implementatie van BelRAI in de Vlaamse GGZ. Deze bezorgdheden hadden

voornamelijk betrekking op de werkbelasting, het delen van informatie over zorgnoden tussen (G)GGZ-voorzieningen en het principe van financiering van voorzieningen op basis van zorgzwaarte. Daarnaast hadden verschillende hulpverleners bedenkingen bij de samenstelling van het instrumentarium omdat ze meenden dat het niet past bij hun manier van werken met hun cliënten (zie hoofdstuk 5 deel 1 over de gebruiksmogelijkheden van het BelRAI GGZ-instrumentarium). Alhoewel deze bezorgdheden en bedenkingen los staan van de BelRAI GGZ-opleiding zelf leidde dit in sommige opleidingscycli met momenten tot verwarring en weerstand bij de deelnemers, niet zozeer tegen de opleiding, maar wel tegen het implementatieproces van BelRAI in de Vlaamse GGZ. Dit had onvermijdelijk een invloed op het verloop van de opleiding en op de evaluatie ervan. Voor de trainers vormde het een uitdaging om enerzijds voldoende ruimte te geven aan de vragen en bezorgdheden van de hulpverleners, en om er anderzijds op toe te zien dat de doelstelling van de opleiding en studie gevrijwaard bleven.

Bij de start van de implementatie van BelRAI zal het van groot belang zijn dat de Vlaamse overheid duidelijkheid verschaft voor de sector over de doelstellingen die ze met BelRAI heeft. Daarnaast zullen de onderzoekers de structuur van het instrumentarium aanpassen om zodoende de gebruiksmogelijkheden ervan te verbeteren. Hierop wordt verder ingegaan in hoofdstuk 5 en 6 van dit rapport.

- De heterogeniteit van de opleidingsgroepen, zowel op vlak van disciplines als op vlak van type setting waarin de deelnemers werkzaam waren, zorgde voor een andere uitdaging voor de trainers. Beide aspecten bleken gelinkt te zijn aan de visie op BelRAI, het verloop van het leerproces en (bijgevolg) de evaluatie van de opleiding. Aangezien één van de doelstellingen van BelRAI is om dezelfde instrumenten te gebruiken over types GGZ-voorzieningen heen en de instrumenten in de toekomst multidisciplinair zullen ingevuld worden, opteerden de trainers ervoor om de opleidingsgroepen heterogeen samen te stellen. Voor toekomstige opleidingscycli zouden de trainers – omwille van dezelfde redenen - grotendeels aan dit principe willen vasthouden. Eventueel zou ervoor geopteerd kunnen worden om de groepsintervisies homogeen samen te stellen op het vlak van type setting waarin de deelnemers tewerkgesteld zijn.

Hoofdstuk 4

Resultaten van de BelRAI GGZ-studie: BelRAI output op groepsniveau

In dit hoofdstuk komen de resultaten van de BelRAI GGZ-studie aan bod. Hierbij ligt de focus op de output die BelRAI kan opleveren op groepsniveau zoals bijvoorbeeld per team, per netwerk of per regio. Aangezien de data niet verzameld zijn in een volledige populatie en ook niet in een representatieve steekproef, mogen op basis van deze resultaten geen conclusies getrokken worden met betrekking tot de huidige GGZ in Vlaanderen. Toch is het zinvol om deze resultaten te presenteren. In de eerste plaats geven de analyses een beeld van hoe de (representatieve) output er in werkelijkheid zou kunnen uit zien en dit is nieuw voor de respondenten. Het is immers des te meer relevant voor de meeste clinici om tijd te investeren en nauwkeurig met eigen kennis, input aan te leveren in een registratiesysteem dat interessante feedback oplevert voor de organisatie. Daarnaast is de output op groepsniveau een belangrijke vertrekbasis voor netwerkcoördinatoren, GGZ-managers en beleidsfiguren om zich een idee te vormen over de bruikbaarheid van BelRAI voor hun doeleinden.

In dit hoofdstuk geven we eerst een selectie weer van de kwantitatieve analyses die we uitgevoerd hebben. In bijlage 11 rapporteren we de resultaten van de overige kwantitatieve analyses. In het tweede deel komen de visies van GGZ-netwerken en koepelorganisaties op deze output aan bod.

1 De BelRAI GGZ-output op groepsniveau

1.1 Samenstelling van de steekproef

De hulpverleners werden gevraagd om voor elke cliënt met een EPA en/of verslaving binnen hun voorziening/afdeling aan te geven of het al dan niet mogelijk was om het BelRAI GGZ-instrumentarium in te vullen. Indien dit niet mogelijk was, gaven de hulpverleners de reden hiervoor op. Verschillende cliënten zijn geëxcludeerd omwille van een exclusiecriteria dat is opgelegd door de onderzoekers, nl.:

- Cliënt bevindt zich in een urgentie- of crisissituatie ($n=23$)
- De hulpverlener biedt aanklappende of bemoeizorg aan de cliënt ($n=16$)
- De cliënt is geïnterneerd¹³ ($n=1$)

De hulpverleners gaven via het exclusieformulier nog andere redenen op – naast de exclusiecriteria van de onderzoekers – waarom ze cliënten uitsloten uit de studie. Voor sommige cliënten werden meerdere motieven aangegeven. Deze redenen hadden te maken met (I) de psychische toestand van de cliënt, (II) praktische overwegingen, of (III) een weigering tot deelname van de cliënt.

- I. **Psychische toestand** van de cliënt ($n=65$). Concreet zijn cliënten geëxcludeerd omwille van:
 - Een specifieke diagnose ($n=29$), bijvoorbeeld: psychose, depressie, (licht) verstandelijke beperking, ...

¹³ De gebruiksmogelijkheden van het BelRAI GGZ-instrumentarium en de DUNDRUM bij cliënten uit de forensische GGZ zijn in een aparte pilootstudie getest (Van Horebeek et al., 2020). Daarom werd dit exclusiecriteria in deze studie opgenomen.

- De gevolgen van een bepaalde psychische toestand ($n=27$), bijvoorbeeld: moeilijke communicatie, moeilijk om langere tijd te focussen, ...
 - Andere prioriteiten in de begeleiding/behandeling op dat moment ($n=7$), bijvoorbeeld: motivationeel werk, therapeutische relatie verstevigen, ...
 - De mogelijke gevolgen die deelname aan het onderzoek zou kunnen hebben op de toestand van de cliënt ($n=2$), bijvoorbeeld: te veel stress, decompensatie.
- II. **Praktische overwegingen** ($n=49$). Concreet zijn cliënten geëxcludeerd omwille van:
- Cliënt-specifieke redenen ($n=12$), bijvoorbeeld: cliënt spreekt onvoldoende Nederlands, komt onregelmatig op afspraken, haakt af na intake, ...
 - Context-specifieke redenen ($n=29$), bijvoorbeeld: programma/ behandeling liep (bijna) af, te beperkt aantal contacten, gebrek aan tijd/personeel, ...
 - COVID-19 gerelateerde redenen ($n=8$), bijvoorbeeld: hulpverleners hadden geen tijd of geen toegang tot cliënt, cliënten waren telefonisch moeilijker te bereiken, ...
- III. **Cliënt weigert deelname** ($n=43$). Bijvoorbeeld: zonder expliciete reden op te geven ($n=38$), achterdochtig, ...

Tot slot noteerden de hulpverleners nog de exclusie van negen cliënten zonder een expliciete reden op te geven. De verdeling van de cliënten over de drie exclusie-groepen (en verdere subgroepen) is sterk verschillend tussen de deelnemende voorzieningen.

1.2 Aantal respondenten per instrument

In totaal werd een steekproef van 446 cliënten verzameld: 195 residentiële cliënten (BelRAI MH) en 251 ambulante cliënten, inclusief cliënten die wonen binnen Beschut Wonen (BelRAI CMH). Tabel 5 en Tabel 6 tonen het aantal cliënten per type voorziening, als ook het percentage ten opzichte van respectievelijk het totale aantal residentiële en ambulante cliënten voor wie BelRAI MH of CMH is ingevuld.

Tabel 5 Aantal en percentage residentiële cliënten voor wie de BelRAI MH werd ingevuld, weergegeven per type residentiële voorziening

Type residentiële voorziening	Aantal	%
PVT	99	50,8
Revalidatiecentrum voor verslaving	46	23,6
WZC	40	20,5
Psychosociaal revalidatiecentrum	10	5,1
Totaal	195	100

Tabel 6 Aantal en percentage ambulante cliënten voor wie de BelRAI CMH werd ingevuld, weergegeven per type ambulante voorziening

Type ambulante voorziening	Aantal	%
Initiatief voor Beschut Wonen	118	47,0
Mobiel team 2B	70	27,9
Revalidatiecentrum voor verslaving	34	13,5
Psychosociaal revalidatiecentrum	29	11,6
Totaal	251	100

Tabel 7 Aantal (en percentage) cliënten voor wie elk van de supplementen diende ingevuld te worden en voor wie ze effectief ingevuld zijn

	Voorspelde respons	Effectieve respons	
	Aantal	Aantal	%
Forensic supplement	Aantal	Aantal	%
BelRAI MH	59	47	79,7
BelRAI CMH	67	54	80,6
Intellectual Disability supplement	Aantal	Aantal	%
BelRAI MH	24	23	95,8
BelRAI CMH	8	8	100
Addictions supplement	Aantal	Aantal	%
BelRAI MH	58	51	87,9
BelRAI CMH	129	113	87,6
Addictions supplement – extended version	Aantal	Aantal	%
BelRAI MH	46	45	97,8
BelRAI CMH	34	27	79,4
Maatschappelijk Herstel supplement	Aantal	Aantal	%
BelRAI MH	10	10	100,0
BelRAI CMH	217	212	97,7

Nota: Voorspelde respons = aantal cliënten waarvoor het desbetreffende supplement zou ingevuld moeten worden op basis van de voorwaarden van het supplement. Effectieve respons = Aantal cliënten waarvoor het desbetreffende supplement effectief is ingevuld.

Tabel 7 geeft allereerst een overzicht van het aantal cliënten voor wie elk van de supplementen had moeten ingevuld worden volgens de voorwaarden voor het invullen van de supplementen (zie hoofdstuk 2, 3.1.2). De volgende kolom toont het aantal cliënten voor wie het supplement effectief is ingevuld. Daarnaast staat het percentage van cliënten voor wie het supplement is ingevuld ten opzichte van het aantal cliënten voor wie het supplement – volgens de voorwaarden - had moeten ingevuld worden. Deze percentages geven een indicatie van welke supplementen volgens de hulpverleners het meest relevant waren. Dit was het

geval voor het Maatschappelijk Herstel supplement, het Intellectual Disability supplement en het Addictions supplement-extended version, althans bij de residentiële cliënten. Het Intellectual Disability supplement is niet vaak ingevuld. Dit komt doordat verschillende hulpverleners cliënten met een verstandelijke beperking excludeerden uit de studie.

Tabel 8 toont dat respectievelijk 93% en 92% van de residentiële en ambulante cliënten voor wie de hulpverlener het BelRAI GGZ-assessment vervolledigde, de BelRAI QoL-vragenlijst invulden. In totaal gaat dit om 415 van de 446 cliënten.

Tabel 8 Aantal en percentage residentiële en ambulante cliënten die de BelRAI Quality of Life vragenlijst invulden

BelRAI Quality of Life vragenlijst	Aantal	t.o.v. ingevulde MH/CMH (in %)
Residentiële cliënten	181	92,8
Ambulante cliënten	234	92,0
Totaal	415	93,0

Tenslotte vulden 105 van de 446 cliënten de Nederlandse Empowerment Lijst (NEL) in (zie Tabel 9). We hebben geen zicht op hoe veel cliënten de I.ROC hebben ingevuld, aangezien dit gebeurde met software van Penumbra, de organisatie die eigenaar is van de I.ROC (<http://www.penumbra.org.uk/innovation/iroc/>). Negen voorzieningen lieten wel weten dat één of meer van hun cliënten de I.ROC in het kader van de studie hadden ingevuld. In dit hoofdstuk zullen we de resultaten van de NEL niet bespreken omdat uit de focusgroepen met de hulpverleners bleek dat het gebruik van de NEL de gebruiksmogelijkheden van BelRAI als onderbouwing voor het begeleidingsplan niet verbeterde.

Tabel 9 Aantal residentiële en ambulante cliënten die de Nederlandse Empowerment Vragenlijst invulden

NEL	Aantal
Residentiële cliënten	60
Ambulante cliënten	45
Totaal	105

1.3 Missing values per instrument

Slechts uitzonderlijk is een BelRAI item voorzien van de antwoordcategorie “niet gekend” (= 888) of “niet van toepassing” (= 999). Eén van de uitzonderingen is het item waarin gevraagd wordt de GAF-score in te voeren. De interRAI-ontwikkelaars hebben dit bewust zo gedaan om de hulpverleners aan te zetten om zoveel mogelijk informatie over de cliënt te verzamelen. In de tabellen in bijlage 12 geven we de BelRAI-items weer die in meer dan 5% van de gevallen niet werden ingevuld. De items waarvoor het hoge aantal missing values te wijten is aan een constructiefout in een supplement, geven we niet weer in de tabellen. Dit geldt voor items uit de eerste pilootversies van het Maatschappelijk Herstel supplement en het Addictions supplement – extended version.

Van zodra alle BelRAI supplementen finaal herwerkt zullen zijn en wanneer een representatieve steekproef verzameld is, is het relevant om de items met missing values te analyseren. Dit kan dan bijvoorbeeld een beeld geven van de informatie over de zorgnoden van cliënten die nog te weinig in voorzieningen gekend zijn, en/of die – om een bepaalde reden - niet geregistreerd worden in de dossiers. Tijdens deze studie zijn de redenen voor het niet invullen van items niet systematisch geregistreerd. Om de implementatie van BelRAI te optimaliseren zal het belangrijk zijn om deze redenen tijdens toekomstige intervisiemomenten te inventariseren en bespreken.

De topics die één of meer items omvatten met meer dan 5% missing values in de steekproef van de studie, waren de volgende:

- Cliënten in residentiële voorzieningen:
 - BelRAI MH:
 - Aantal keren dat de cliënt de voorziening heeft verlaten in de laatste 3 dagen
 - Hulp van mantelzorgers, of de bereidheid daartoe om dit na het ontslag te doen
 - Terug thuis willen gaan wonen en de steun die men van anderen hierover ervaart
 - De plaats waarnaar de persoon ontslagen is
 - BelRAI supplementen¹⁴ (in te vullen voor specifieke groepen van cliënten en/of door specifieke types van voorzieningen):
 - Het forensisch statuut van de cliënt
 - Alternatieve oplossingen voor opname gevonden of over nagedacht
 - Soorten financiële steun bij personen met een verslaving
 - Totaal aantal jaren regelmatig druggebruik (of gokken, gamen) in het hele leven van de cliënt
 - Vragen in verband met het primair probleemmiddel of primaire gedragsprobleem
 - Diagnose van kanker
- Cliënten in ambulante voorzieningen:
 - BelRAI CMH:
 - Vermoedelijke tijd tot ontslag en oplossingen voor alternatieve hulp of woonsituatie
 - Lengte en gewicht

¹⁴ Items met missing values uit het Maatschappelijk Herstel supplement worden voor de cliënten uit residentiële voorzieningen niet weergegeven omdat deze data maar door 1 voorziening verzameld zijn.

- BelRAI supplementen (in te vullen voor specifieke groepen van cliënten en/of door specifieke types van voorzieningen):
 - (Gedrags)problematiek vóór de leeftijd van 12 of 18 jaar
 - Het forensisch statuut van de cliënt
 - Lichamelijke toestand gerelateerd aan verslaving
 - Intentionaliteit van de meest recente overdosis
 - Middelen gerelateerde veroordelingen
 - Aanwezigheid van mantelzorgnetwerk bij personen met een verslaving
 - Soorten financiële steun bij personen met een verslaving
 - Injectie van psychoactieve substanties
 - Aantal dagen en hoeveelheid druggebruik in de laatste 30 dagen
 - Totaal aantal jaren regelmatig druggebruik (of gokken, gamen) in het hele leven van de cliënt
 - Vragen in verband met het primair probleemmiddel of -gedragsprobleem
 - Problematische vorm van gaming of internetgebruik volgens de persoon zelf of volgens de begeleidend hulpverlener
 - Toestand van gebit en mond bij personen met een verslaving
 - Zwangerschap bij personen met een verslaving
 - Gezondheidsaandoeningen gerelateerd aan verslaving
 - Bereidheid tot verandering m.b.t. druggebruik/probleemgedrag bij de persoon zelf
 - Begeleidend hulpverlener vindt verandering in druggebruik/probleemgedrag noodzakelijk
 - Beperkt gebruik van openbaar vervoer
 - Emoties van de persoon over het verlies van functioneren
 - Ondersteuning door informele hulpverleners
 - Betrokkenheid bij scholingsprogramma of dagprogramma
 - Sociale betrokkenheid buiten de voorziening/organisatie

1.4 Psychiatrische diagnoses en mate van ziekte-inzicht

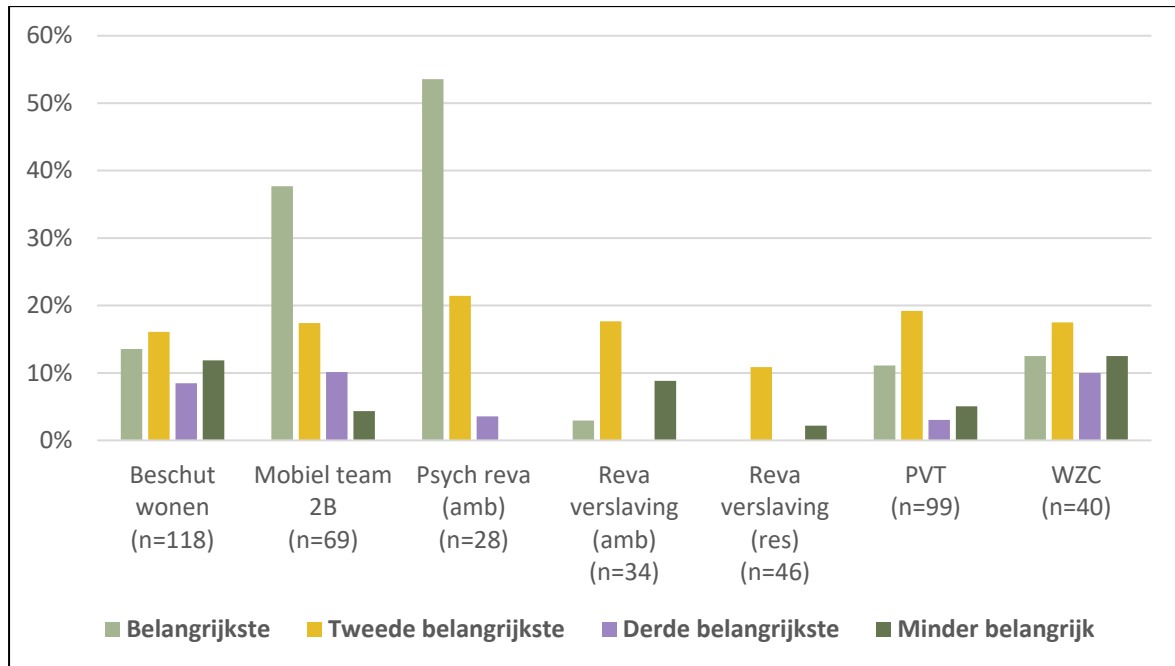
Tabel 10 geeft een overzicht van de 12 meest voorkomende categorieën van DSM-IV diagnoses in de steekproef. In de BelRAI MH en CMH duiden hulpverleners aan welke de belangrijkste diagnose is en welke de tweede en derde belangrijkste diagnoses en minder belangrijke diagnoses van een cliënt zijn.

Tabel 10 Percentage van de 12 meest voorkomende categorieën van DSM-IV diagnoses per type van voorziening

DSM-diagnose aanwezig (belangrijkste tot minder belangrijke diagnose)	Beschut wonen	Mobiel Team 2B	Psych. reva (amb)	Reva verslaving (amb)	Reva verslaving (res)	PVT	WZC
Aan middelen gebonden stoornissen	50,0%	37,1%	10,7%	79,4%	100,0%	31,3%	46,2%
Stemmingsstoornissen	50,0%	69,6%	78,6%	29,4%	13,0%	38,4%	52,5%
Persoonlijkheidsstoornissen	29,9%	46,4%	10,7%	17,6%	19,6%	33,3%	32,5%
Angststoornissen	33,1%	40,6%	32,1%	20,6%	4,3%	23,2%	20,0%
Schizofrenie e.a. psychotische stoornissen	45,8%	30,0%	10,7%	5,9%	0,0%	46,5%	20,0%
Slaapstoornissen	17,8%	24,6%	10,7%	26,5%	10,9%	13,1%	10,0%
Stoornissen in impulsbeheersing	7,6%	13,0%	10,7%	14,7%	19,6%	18,2%	12,5%
Delirium, dementie, ... e.a. cognitieve stoornissen	11,9%	2,9%	3,6%	5,9%	0,0%	24,2%	47,5%
Ontwikkelingsstoornissen	12,7%	10,0%	17,9%	5,9%	8,7%	15,2%	10,0%
Aanpassingsstoornissen	13,6%	10,1%	0,0%	20,6%	4,3%	18,2%	7,5%
Psychische stoornissen door somatische aandoening	9,3%	4,3%	3,6%	8,8%	0,0%	9,1%	22,5%
Somatoforme stoornissen	7,6%	4,3%	3,6%	8,8%	2,2%	8,1%	15,0%

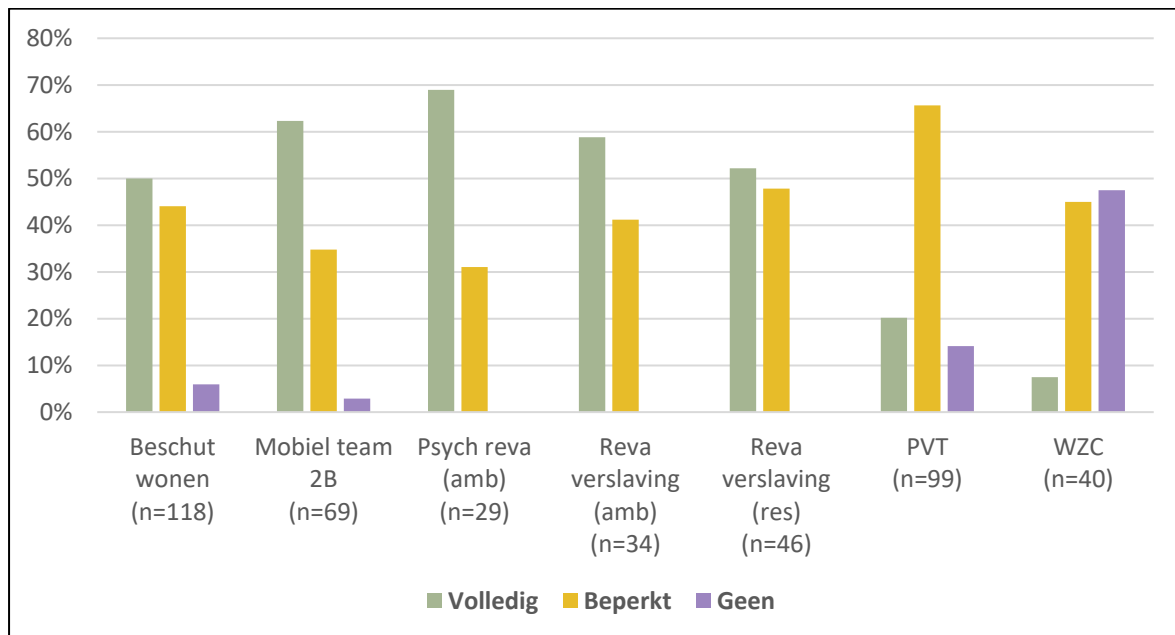
> 50%	> 33%	> 20%	> 10%	< 10%
-------	-------	-------	-------	-------

De verdeling van de categorieën van DSM-diagnoses in de belangrijkste, tweede en derde belangrijkste en minder belangrijke diagnoses kan ook in detail weergegeven worden. In Figuur 8 hebben we dit gedaan voor de categorie stemmingsstoornissen en ook per type van voorziening dat meegedaan heeft aan de studie.



Figuur 8 Percentage cliënten met een stemmingsstoornis ingedeeld volgens belangrijkheid van diagnose en type voorziening

Figuur 9 toont de mate van ziekte-inzicht in de eigen psychische problematiek, ingedeeld volgens het type van voorzieningen.

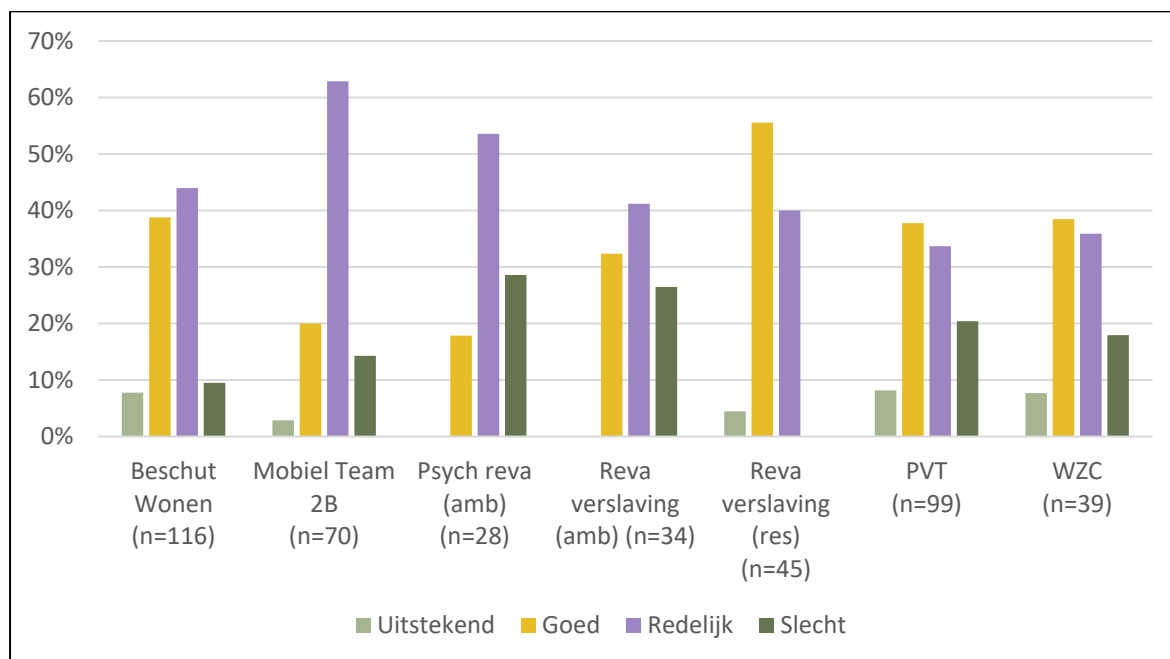


Figuur 9 Percentage cliënten ingedeeld volgens mate van ziekte-inzicht, per type voorzieningen

1.5 Fysieke gezondheidstoestand en somatische diagnoses

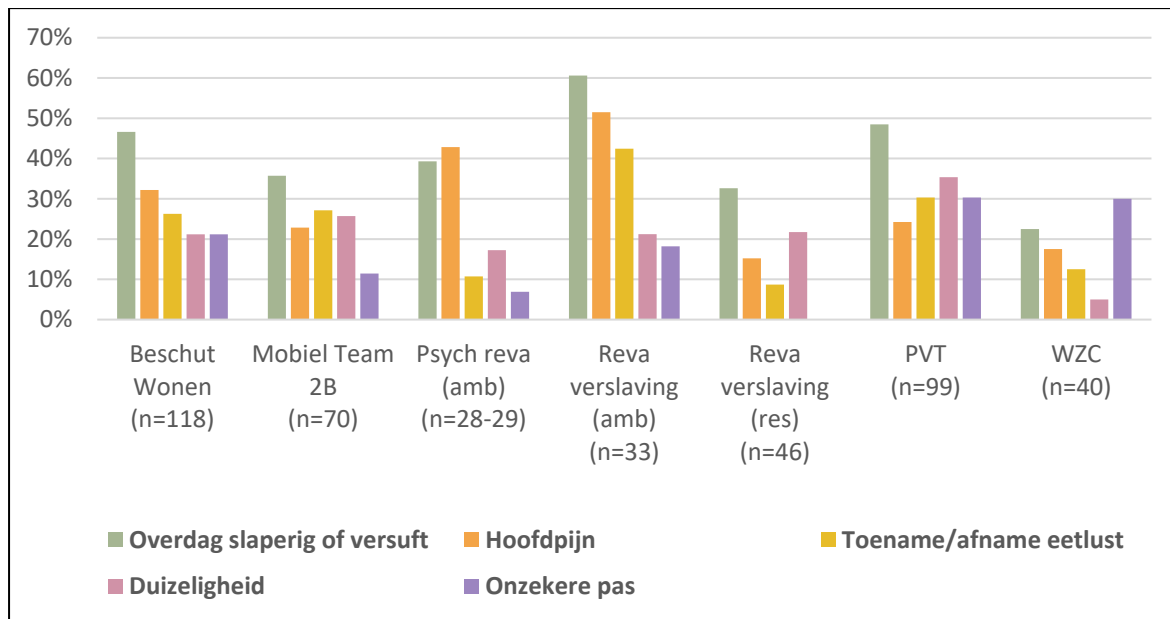
Het BelRAI GGZ-instrumentarium inventariseert de fysieke gezondheidstoestand van de cliënten vrij uitgebreid. Dit is belangrijk aangezien onderzoek aantoonde dat “diagnostic overshadowing” in de GGZ regelmatig voorkomt (e.g., Shefer, Henderson, Howard, Murray, & Thornicroft, 2014). Dit houdt in dat fysieke symptomen die cliënten rapporteren, begrepen worden als een psychische klacht, waardoor de fysieke klachten ondergediagnosticeerd en onderbehandeld blijven.

De BelRAI (C)MH vraagt naar de algemene fysieke gezondheid van de cliënt, zoals de cliënt dit zelf aangeeft. Figuur 10 toont de resultaten ingedeeld volgens het type voorziening.



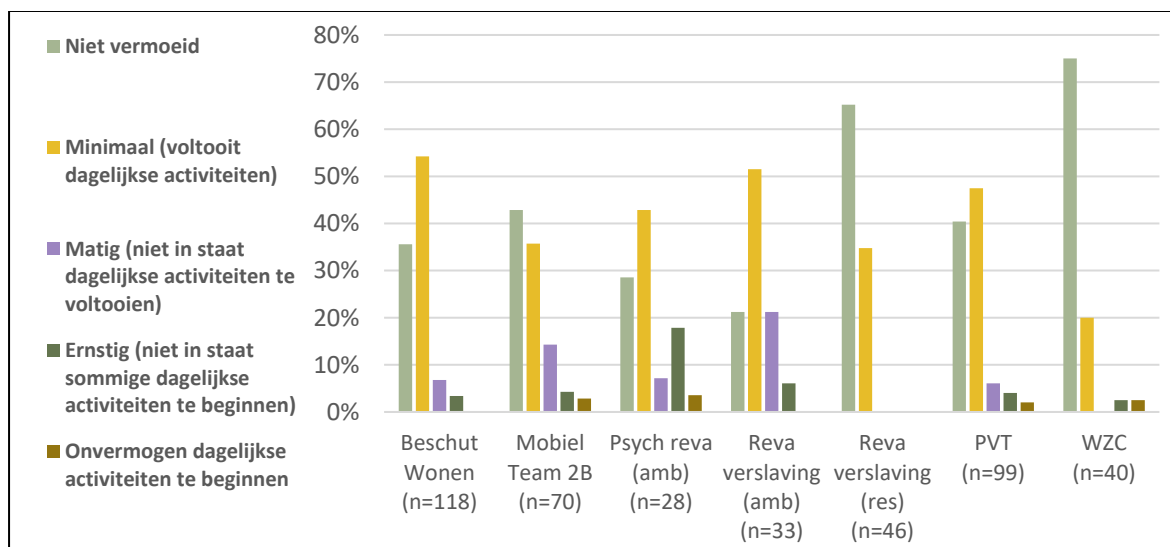
Figuur 10 Percentage cliënten met een bepaalde mate van algemene fysieke gezondheid zoals beoordeeld door de cliënt zelf, ingedeeld volgens type voorziening

De BelRAI (C)MH vraagt ook de beoordeling van verschillende fysieke symptomen - ingevuld door de hulpverlener - waaronder duizeligheid, pijn in de borststreek, onzekere pas, reflux, constipatie, diarree, droge mond, hypersalivatie, toename/afname eetlust, misselijkheid, overgeven, troebel zicht, overdag slaperig of versuft, moeite met urineren, ontwikkelende aandoening, hoofdpijn, perifeer oedeem, aanvallen, dyspneu, vermoeidheid, voetproblemen, valincidenten, extrapiramidale symptomen (acathisie, tremor, bradykinesie, spierstijfheid, dystonie, trage schuifelpas), seksuele problemen en huidproblemen. Voor enkele van deze symptomen geven we in Figuur 11 de frequentie weer waarin ze in de laatste drie dagen aanwezig waren (en al dan niet vertoond op één of meerdere dagen), ingedeeld volgens het type van voorziening.



Figuur 11 Percentage cliënten bij wie (1) slaperigheid of versuftheid overdag, (2) hoofdpijn, (3) toename of afname van eetlust, (4) duizeligheid en (5) onzekere pas in de laatste drie dagen aanwezig was (en al dan niet vertoond op één of meerdere dagen), ingedeeld volgens het type voorziening

De frequentie van gezondheidsproblemen kunnen ook meer gedetailleerd weergegeven worden. In Figuur 12 doen we dit voor de mate van vermoeidheid ingedeeld volgens het type voorziening.



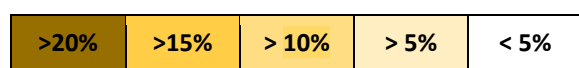
Figuur 12 Percentage cliënten met een bepaalde mate van vermoeidheid, ingedeeld volgens type voorziening

De BelRAI (C)MH inventariseert ook ernstige somatische ziektebeelden.

Tabel 11 geeft een overzicht van het percentage cliënten met diagnoses van ernstige somatische aandoeningen, ingedeeld per type voorziening. Het betreft hier gediagnosticeerde aandoeningen, al dan niet gekoppeld aan een actieve behandeling.

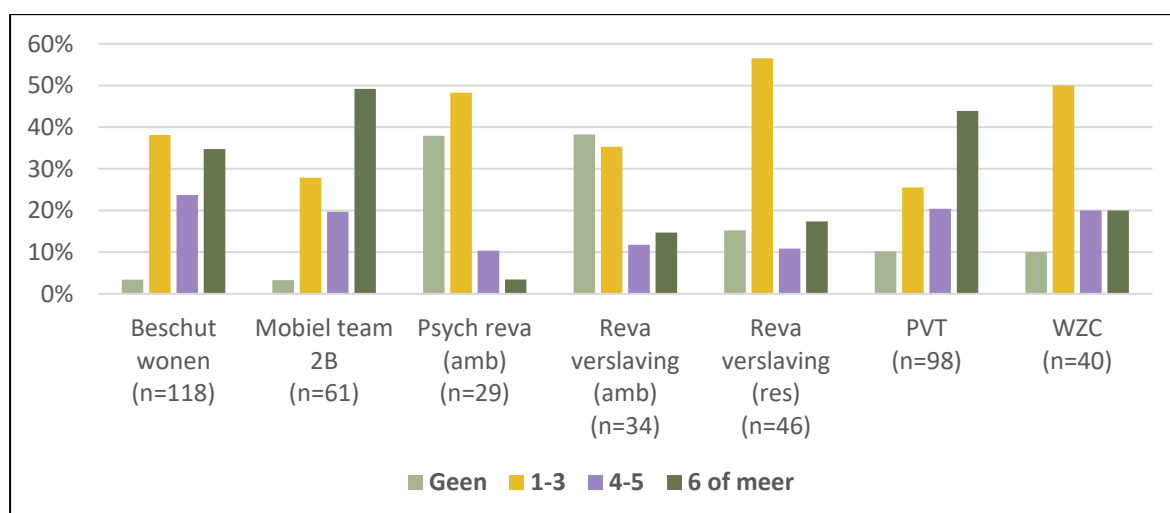
Tabel 11 Percentage cliënten met astma, diabetes mellitus, hypothyreoïdie, migraine en een traumatisch hersenletsel, ingedeeld per type voorziening

Diagnose	Beschut wonen (n=118)	Mobiel team 2B (n=70)	Psych reva (amb) (n=28)	Reva verslaving (amb) (n=34)	Reva verslaving (res) (n=46)	PVT (n=98-99)	WZC (n=39-40)
Astma	9,3%	8,6%	3,6%	5,9%	15,2%	6,1%	0,0%
Diabetes mellitus	8,5%	8,6%	10,7%	2,9%	0,0%	14,1%	27,5%
Hypothyreoïdie	1,7%	5,7%	0,0%	0,0%	4,3%	10,1%	5,1%
Migraine	7,6%	4,3%	14,3%	14,7%	0,0%	5,1%	7,5%
Traumatisch hersenletsel	5,9%	2,9%	3,6%	2,9%	0,0%	6,1%	5,0%

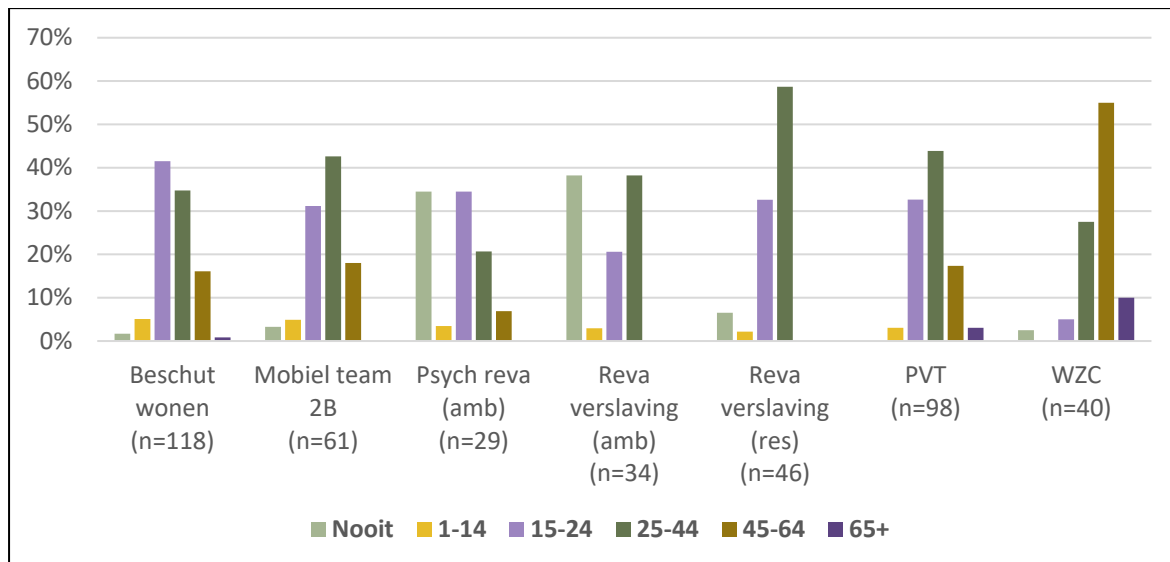


1.6 Opnamegeschiedenis in het kader van de psychische problematiek

BelRAI (C)MH inventariseert de behandelgeschiedenis van de cliënt. Figuur 13 toont dit aan de hand van het aantal voorgaande opnames in residentiële GGZ-voorzieningen, ingedeeld volgens type voorziening. Figuur 14 geeft een beeld van de leeftijd waarop de cliënten voor het eerst opgenomen waren in een GGZ-voorziening, ingedeeld volgens type voorziening.



Figuur 13 Percentage cliënten met aantal voorgaande opnames in residentiële GGZ-voorzieningen, ingedeeld volgens type voorziening



Figuur 14 Percentage cliënten met leeftijdscategorie waarin ze voor het eerst overnachtten in een residentiële GGZ-voorziening

1.7 Zorgschalen en Clinical assessment protocols

1.7.1 Zorgschalen

Het BelRAI GGZ-instrumentarium genereert momenteel 20 zorgschalen. Deze geven een indicatie van de actuele klinische en functionele status van de cliënt of geven enkele risico's weer. Tabel 12 toont de beschrijvende statistieken van de zorgschalen voor de cliënten die verblijven in een PVT. Tabel 13 en Tabel 14 geven dit overzicht enerzijds voor residentiële cliënten van revalidatiecentra voor verslaving en anderzijds voor ambulante cliënten van revalidatiecentra voor verslaving. Hogere scores wijzen op een slechter niveau van functioneren, met uitzondering van de BMI waarbij ook lage scores wijzen op een ernstige toestand. Al de zorgschalen - inclusief de items die ze omvatten, range en betekenis van de scores - zijn terug te vinden in bijlage 13. In de tabellen wijzen de groen en geel ingekleurde cellen op een (eerder) goed niveau van functioneren. De oranje en rood ingekleurde cellen wijzen op een (eerder) slecht niveau van functioneren.

Bij de vergelijking van Tabel 13 met Tabel 14 valt op dat residentiële cliënten met een verslavingsproblematiek – gemiddeld genomen en voor een aantal domeinen¹⁵ – een betere klinische toestand vertonen in vergelijking met ambulante cliënten met een verslavingsproblematiek. Mocht dit resultaat voorkomen in de output van een representatieve groep of op het niveau van de volledige populatie van voorzieningen, dan kan dit aanleiding geven tot hypothesen over het zorgaanbod in ambulante en residentiële voorzieningen in relatie tot de ernst van de zorgnoden van de cliënten die er behandeling krijgen. Op zijn beurt kan de conclusie aanleiding zijn tot de ontwikkeling van meer aangepaste zorg voor alle cliënten.

Voor de andere types van voorzieningen kunnen gelijkaardige tabellen teruggevonden worden in bijlage 11.

¹⁵ Met uitzondering van de CAGE.

Tabel 12 Beschrijvende statistieken van de BelRAI GGZ-zorgschalen voor cliënten die verblijven in een PVT

PVT (n=93-99)	Mediaan	Gemidd.	Interpretatie	Min	Max	SD
Veiligheid						
Severity of Self-Harm (0-6)	1	1,4	Hoe hoger, hoe meer risico	0	5	1,05
Risk of Harm to Others Scale (0-6)	1	1,4	Hoe hoger, hoe meer risico	0	5	1,54
Agressive Behavior Scale (0-12)	0	1,1	Algemeen geen (0) tot milde/matige agressie (1-4)	0	10	1,88
Self Care Index (0-6)	3	2,8	Hoe hoger, hoe minder capaciteit tot zelfzorg	0	6	1,63
Sociaal leven						
Social Withdrawal Scale (0-12)	2	2,7	Hoe hoger, hoe meer sociale terugtrekking	0	12	3,11
Cognitie en psychisch functioneren						
Depression Rating Scale (0--14)	3	3,2	Hoe hoger, hoe waarschijnlijker depressie	0	12	2,90
Depressive Severity Index (0-15)	2	3,0	Hoe hoger, hoe ernstiger depressiesymptomen	0	12	2,84
Mania Scale (0-20)	2	3,5	Hoe hoger, hoe ernstiger manie symptomen	0	18	3,74
Positive Symptoms Scale Long (0-24)	3	3,9	Hoe hoger, hoe ernstiger positieve symptomen	0	18	4,40
Positive Symptoms Scale Short (0-12)	1	2,1	Hoe hoger, hoe ernstiger positieve symptomen	0	12	3,03
Cage Scale (0-4)	0	0,3	Algemeen weinig potentieel middelengebruik (<2)	0	3	0,74
Cognitive Performance Scale (0-6)	1	1,4	Algemeen borderline intact (1) tot licht verstoord (2)	0	5	1,26
Communication Scale (0-8)	0	1,0	Algemeen intact (0) tot borderline intact (1)	0	6	1,47
Somatische complicaties						
Pain Scale (0-4)	0	0,6	Algemeen geen (0) tot < dagelijks pijn (1)	0	4	0,97
BMI (5-70)	27,2	28,7	Algemeen overgewicht (25-30)	17,1	51,7	7,24
Deaf Blind Severity Index (0-5)	0	0,2	Algemeen zintuigen intact (0) tot mild verstoord	0	3	0,54
Functioneel presteren						
ADL Hierarchy Scale (0-6)	0	0,5	Algemeen zelfstandig (0) of weinig toezicht (1)	0	5	0,92
ADL Short Format Scale (0-16)	0	0,8	Hoe hoger, hoe moeilijker uitvoeren activiteiten	0	12	2,09
IADL Capacity Hierarchy Scale (0-6)	4	3,8	Algemeen soms afhankelijk voor uitvoering IADL (4)	0	6	1,52
ADL-IADL Functional Hierarchy Scale (0-11)	3	3,9	Hoe hoger, hoe meer afhankelijkheid	1	10	1,93

Tabel 13 Beschrijvende statistieken van de BeIRAI GGZ-zorgschalen voor cliënten die verblijven in een residentieel revalidatiecentrum voor verslaving

Reva verslaving (res) (n=42-46)	Mediaan	Gemidd.	Interpretatie	Min	Max	SD
Veiligheid						
Severity of Self-Harm (0-6)	0	0,8	Hoe hoger, hoe meer risico	0	4	1,13
Risk of Harm to Others Scale (0-6)	2	1,9	Hoe hoger, hoe meer risico	0	4	1,25
Aggressive Behaviour Scale (0-12)	0	0,6	Algemeen geen (0) tot milde agressie	0	4	1,06
Self Care Index (0-6)	0	1,0	Hoe hoger, hoe minder capaciteit tot zelfzorg	0	5	1,45
Sociaal leven						
Social Withdrawal Scale (0-12)	0	1,1	Hoe hoger, hoe meer sociale terugtrekking	0	9	1,80
Cognitie en psychisch functioneren						
Depression Rating Scale (0-14)	2	2,2	Hoe hoger, hoe waarschijnlijker depressie	0	8	1,97
Depressive Severity Index (0-15)	2	2,8	Hoe hoger, hoe ernstiger depressiesymptomen	0	11	2,75
Mania Scale (0-20)	3	3,7	Hoe hoger, hoe ernstiger manie symptomen	0	12	3,16
Positive Symptoms Scale Long (0-24)	2	2,3	Hoe hoger, hoe ernstiger positieve symptomen	0	12	2,99
Positive Symptoms Scale Short (0-12)	0	0,6	Hoe hoger, hoe ernstiger positieve symptomen	0	5	1,31
Cage Scale (0-4)	3	2,6	Algemeen potentieel probleem middelengebruik	0	4	1,07
Cognitive Performance Scale (0-6)	0	0,3	Algemeen intact tot borderline intact (1)	0	2	0,60
Communication Scale (0-8)	0	0,5	Algemeen intact (0) tot borderline intact (1)	0	4	0,94
Somatische complicaties						
Pain Scale (0-4)	0	0,6	Algemeen geen (0) tot < dagelijks pijn (1)	0	3	0,77
BMI (5-70)	24,3	24,6	Algemeen normaal gewicht	18,9	33,6	3,43
Deaf Blind Severity Index (0-5)	0	0,0	Algemeen zintuigen intact (0)	0	1	0,21
Functioneel presteren						
ADL Hierarchy Scale (0-6)	0	0,0	Algemeen zelfstandig (0)	0	0	0,00
ADL Short Format Scale (0-16)	0	0,0	Hoe hoger, hoe moeilijker uitvoeren activiteiten	0	0	0,00
IADL Capacity Hierarchy Scale (0-6)	1	0,7	Algemeen bepaalde moeilijkheden met 0-1 IADL	0	3	0,79
ADL-IADL Functional Hierarchy Scale (0-11)	1	0,7	Hoe hoger, hoe meer afhankelijkheid	0	3	0,79

Tabel 14 Beschrijvende statistieken van de BelRAI GGZ-zorgschalen voor cliënten die verblijven in een ambulant revalidatiecentrum voor verslaving

Reva verslaving (amb) (n=29-34)	Mediaan	Gemidd.	Interpretatie	Min	Max	SD
Veiligheid						
Severity of Self-Harm (0-6)	0	1,1	Hoe hoger, hoe meer risico	0	5	1,55
Risk of Harm to Others Scale (0-6)	2	1,8	Hoe hoger, hoe meer risico	0	4	1,49
Aggressive Behaviour Scale (0-12)	1	1,0	Algemeen geen (0) tot milde/matige agressie (1-4)	0	4	1,21
Self Care Index (0-6)	2	1,8	Hoe hoger, hoe minder capaciteit tot zelfzorg	0	5	1,42
Sociaal leven						
Social Withdrawal Scale (0-12)	3	3,7	Hoe hoger, hoe meer sociale terugtrekking	0	12	3,24
Cognitie en psychisch functioneren						
Depression Rating Scale (0-14)	4	3,6	Hoe hoger, hoe waarschijnlijker depressie	0	10	2,69
Depressive Severity Index (0-15)	5	4,6	Hoe hoger, hoe ernstiger depressiesymptomen	0	13	3,38
Mania Scale (0-20)	4	3,8	Hoe hoger, hoe ernstiger manie symptomen	0	9	2,74
Positive Symptoms Scale Long (0-24)	2	2,8	Hoe hoger, hoe ernstiger positieve symptomen	0	13	3,00
Positive Symptoms Scale Short (0-12)	0	0,7	Hoe hoger, hoe ernstiger positieve symptomen	0	8	1,60
Cage Scale (0-4)	2	2,1	Algemeen potentieel probleem middelengebruik	0	4	1,11
Cognitive Performance Scale (0-6)	0	0,5	Algemeen intact (0) tot borderline intact (1)	0	2	0,75
Communication Scale (0-8)	0	0,7	Algemeen intact (0) tot borderline intact (1)	0	4	1,04
Somatische complicaties						
Pain Scale (0-4)	0	0,5	Algemeen geen (0) tot < dagelijks pijn (1)	0	3	0,87
BMI (5-70)	24,8	24,8	Algemeen normaal gewicht	15,4	33,0	4,51
Deaf Blind Severity Index 0-5)	0	0,2	Algemeen zintuigen intact (0) tot mild verstoord	0	3	0,58
Functioneel presteren						
ADL Hierarchy Scale (0-6)	0	0,2	Algemeen zelfstandig (0) of weinig toezicht (1)	0	3	0,63
ADL Short Format Scale (0-16)	0	0,2	Hoe hoger, hoe moeilijker uitvoeren activiteiten	0	3	0,69
IADL Capacity Hierarchy Scale (0-6)	1	1,1	Algemeen bepaalde moeilijkheden met 1-2 IADL	0	4	1,28
ADL-IADL Functional Hierarchy Scale (0-11)	1	1,3	Hoe hoger, hoe meer afhankelijkheid	0	8	1,83

1.7.2 Clinical Assessment Protocols (CAP's)

De CAP's geven de mogelijkheid weer dat het functioneren van de cliënt binnen een bepaald domein in positieve zin kan veranderen indien er (bijkomende) behandeling/begeleiding wordt aangeboden. Deze verandering kan een verbetering van het functioneren inhouden, het vermijden/stagneren/verminderen van achteruitgang of het oplossen van het probleem. De meeste BelRAI GGZ-CAP's hebben drie mogelijke uitkomsten:

- **Code 0** = CAP is geen aandachtspunt.
 - Er is geen mogelijkheid tot verandering in positieve zin voor de desbetreffende cliënt op een welbepaald gebied, ook al zou er (bijkomende) behandeling/begeleiding geboden worden.

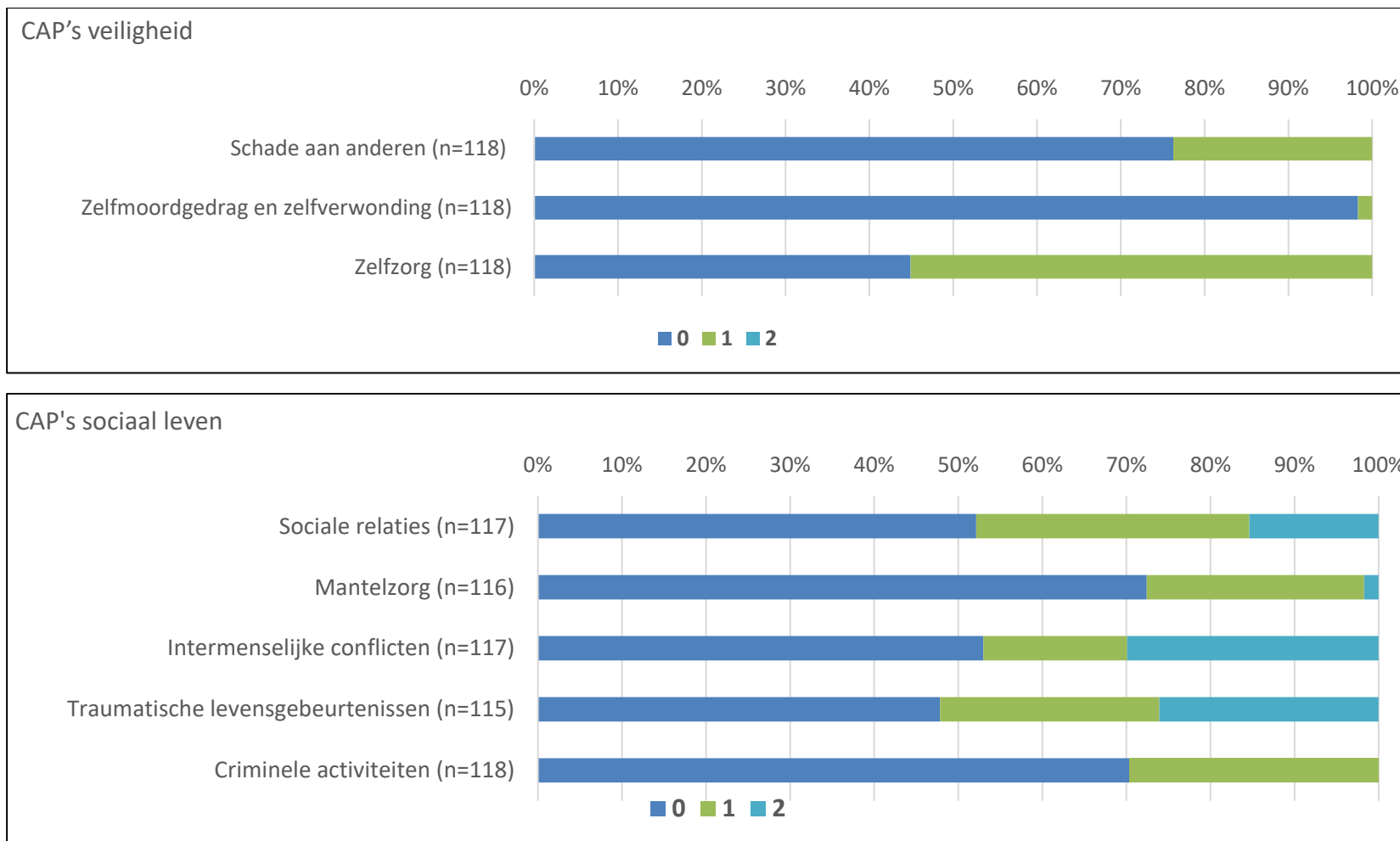
OF

- Er is geen probleem voor de desbetreffende cliënt op dit gebied.
- **Code 1** = CAP vormt een aandachtspunt. Er is een mogelijkheid tot verandering in positieve zin voor de desbetreffende cliënt op een welbepaald gebied, indien er (bijkomende) behandeling/begeleiding wordt geboden.
- **Code 2** = CAP vormt een aandachtspunt. Er is een mogelijkheid tot verandering in positieve zin voor de desbetreffende cliënt op een welbepaald gebied, indien er (bijkomende) behandeling/begeleiding wordt geboden. De noodzaak aan verandering is (nog) groter dan bij een 1-score.¹⁶

De CAP's geven wetenschappelijk onderbouwde input voor het begeleidingsplan van de cliënt. Daarbij is het belangrijk om de uitkomsten van de CAP's te interpreteren in het licht van de kennis over (de problematiek en sterke punten van) de cliënt en zijn zorgvragen. De CAP's genereren dus geen automatisch begeleidingsplan.

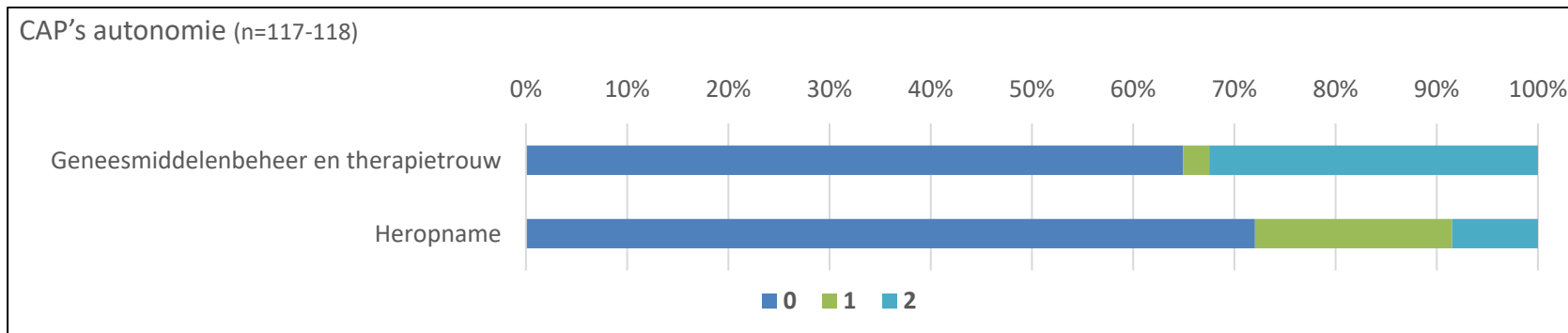
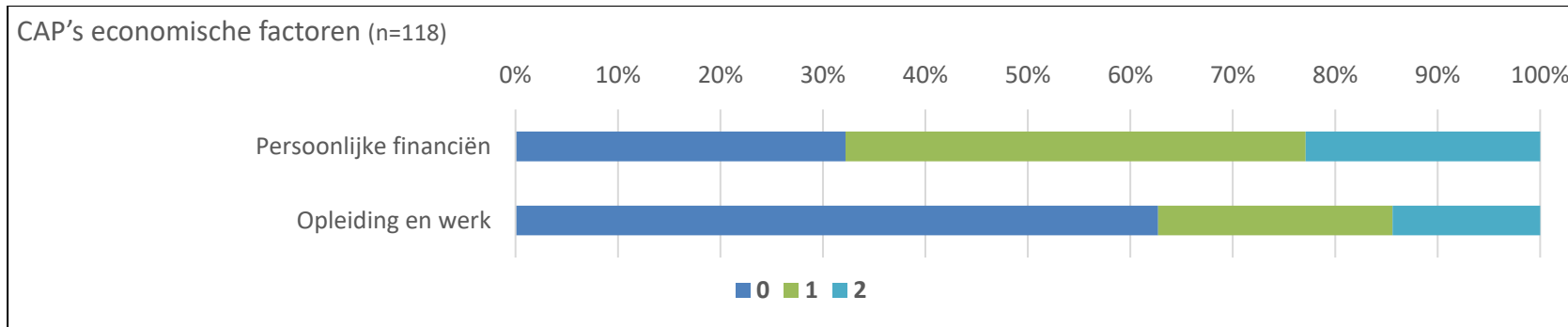
Figuur 15 geeft het percentage cliënten uit Initiatieven voor Beschut Wonen weer voor wie de CAP's resulteren in code 0 (donkerblauw), 1 (groen) of 2 (lichtblauw). De CAP criminele activiteiten heeft maar twee uitkomsten. Voor meer uitleg over hoe de CAP's geïnterpreteerd dienen te worden, verwijzen we naar bijlage 14. Indien de steekproef representatieve data zou bevatten, zouden deze resultaten relevant zijn in het kader van het kwaliteitsbeleid binnen dit type van voorziening binnen een netwerk of regio. De scores op de CAP's kunnen ook vergeleken worden *tussen* types voorzieningen. In Figuur 16 doen we dit voor de CAP Persoonlijke financiën en de CAP Opleiding en werk. Voor de vergelijking van andere CAP's tussen types van voorzieningen kunnen deze resultaten teruggevonden worden in bijlage 11.

¹⁶ Hoe groot het inhoudelijk verschil is tussen een 1- of 2-score, en dus de noodzaak aan (bijkomende) ondersteuning om in te zetten op een positieve verandering in het functioneren van de cliënt, is CAP-afhankelijk. Zoals reeds aangegeven, hebben sommige CAP's uit het BelRAI (C)MH-instrument of ID-supplement geen score 2 als uitkomst.

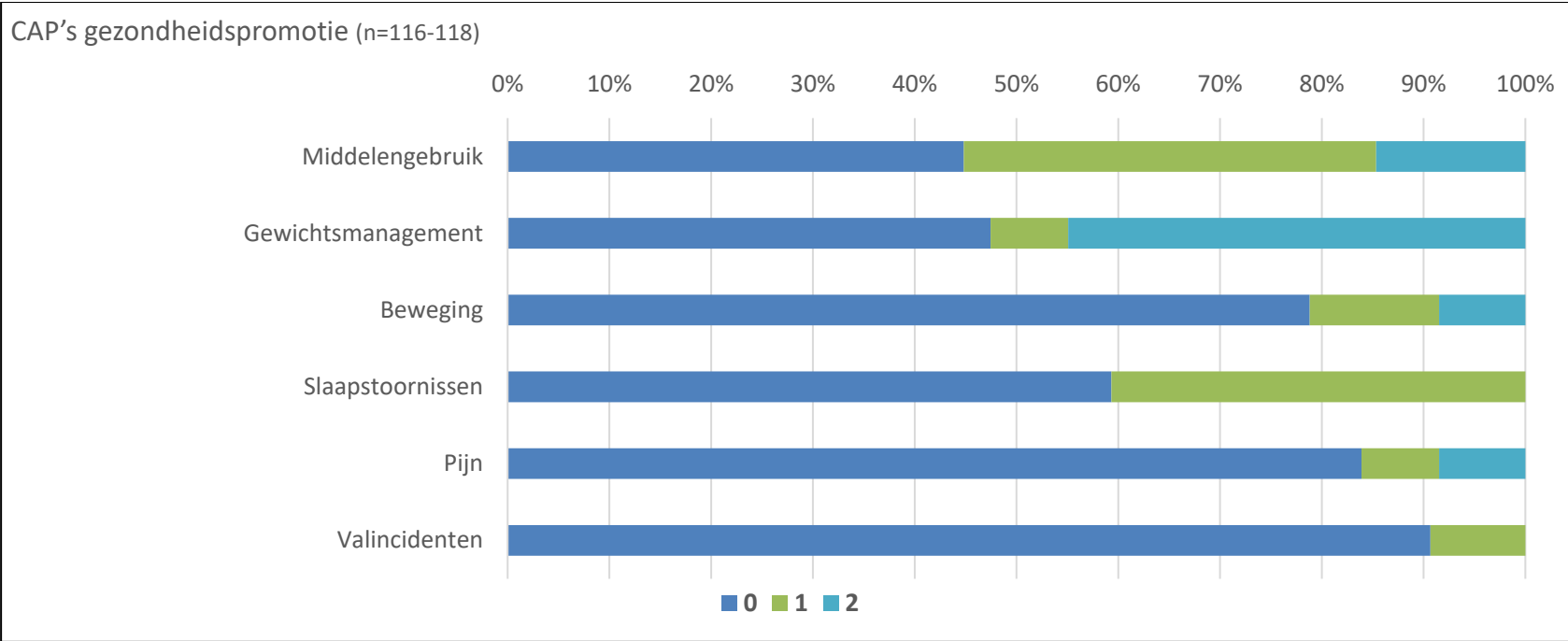


Figuur 15 Percentage cliënten uit Initiatieven voor Beschut Wonen voor wie de CAP's resulteren in score 0 (donkerblauw), 1 (groen) of 2 (lichtblauw)

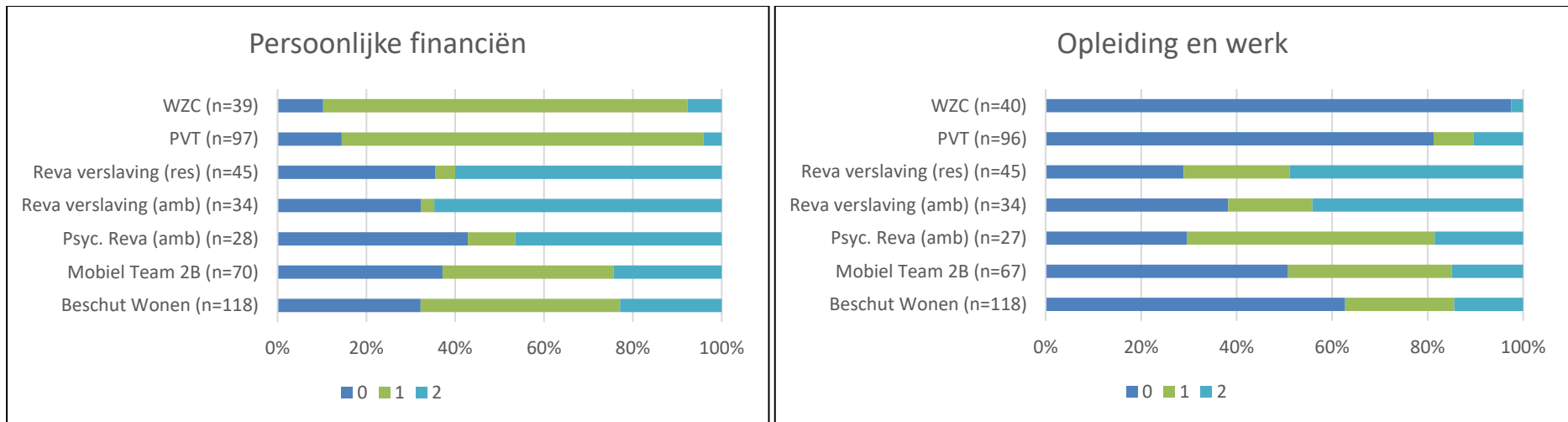
Nota: De CAP Criminele activiteiten heeft uitsluitend een code 0 of 1 als uitkomst.



Vervolg Figuur 15



Vervolg Figuur 15



Figuur 16 Percentages cliënten per type voorziening voor wie de CAP's Persoonlijke financiën en Opleiding en werk resulteren in score 0, 1 of 2

1.8 Kwaliteit van leven volgens de cliënt

1.8.1 Beschrijvende statistieken kwaliteit van leven

Volgens recente analyses op internationaal verzamelde data met de BelRAI Quality of Life vragenlijst binnen het interRAI Network of Mental Health (iNMH)¹⁷ bestaat de vragenlijst uit vijf subschalen:

- Vier subschalen voor levenskwaliteit
 - Relaties: cliënt ervaart zinvolle relaties met familie, vrienden, dichte omgeving
 - Hoop: cliënt ziet het leven hoopvol tegemoet
 - Ondersteuning: cliënt ervaart ondersteuning van anderen in moeilijke situaties
 - Activiteiten: cliënt neemt deel aan zinvolle activiteiten in de eigen gemeenschap
- Relatie met het behandelteam, hetgeen onderdeel uitmaakt van de kwaliteit van zorg.

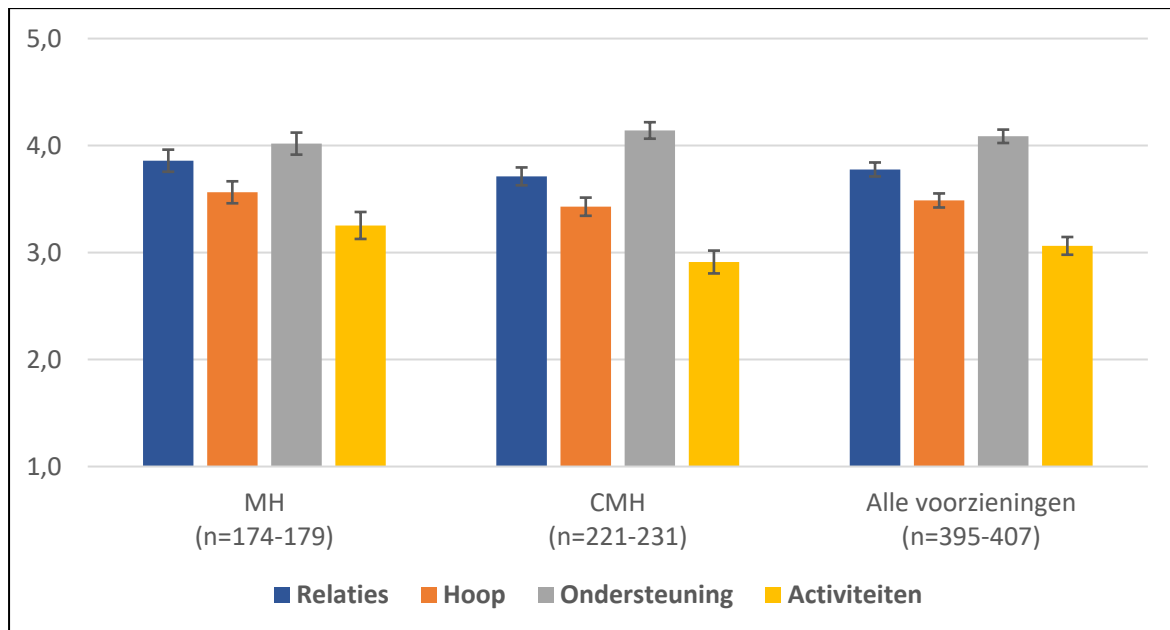
Tabel 15 toont de voorlopige Cronbach's alpha voor de subschalen, en Figuur 17 en Figuur 18 de gemiddelde scores, voor de residentiële en ambulante cliënten en voor de volledige steekproef.

Per item zijn er vijf antwoordcategorieën die gaan van “sterk oneens” (= 1) tot “sterk eens” (= 5). De Cronbach's alpha van de subschaal Activiteiten is net voldoende. In het interRAI onderzoek bedraagt de Cronbach's alpha van deze subschaal 0,66 (voorlopige resultaten).

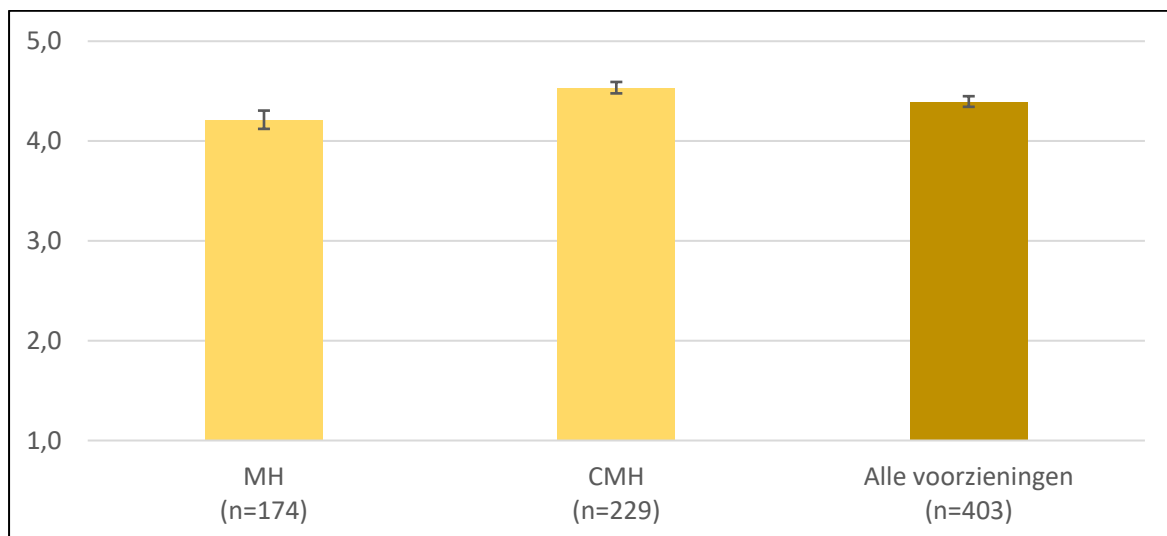
Tabel 15 Voorlopige Cronbach's alpha voor de subschalen van de BelRAI Quality of Life vragenlijst

Subschalen BelRAI QoL-vragenlijst	N items	N	Cronbach's α
Relaties	8	395	0,80
Hoop	8	407	0,84
Ondersteuning	4	404	0,72
Activiteiten	3	405	0,61
Relatie met behandelteam	7	403	0,85

¹⁷ Wetenschappelijke publicatie in ontwikkeling: Luo, H., Hirdes, A., Heikilla, J., De Cuyper, K., Van Audenhove, Ch., Saari, M., & Hirdes, J. (in preparation). InterRAI subjective quality of life scale for mental health settings: A self-reported measure developed form a multi-national study.



Figuur 17 Gemiddelde scores op de vier subschalen kwaliteit van leven van de BelRAI Quality of Life vragenlijst, ingedeeld volgens residentiële en ambulante cliënten en voor de volledige steekproef



Figuur 18 Gemiddelde score op de subschaal relatie met behandelteam, ingedeeld volgens residentiële en ambulante cliënten en voor de volledige steekproef

1.8.2 Verbanden tussen kwaliteit van leven en persoonskenmerken en zorgnoden van de cliënt

In het geval een longitudinale en representatieve dataset verzameld wordt, kan nagegaan worden welke variabelen de levenskwaliteit van de cliënten verklaren die behandeling krijgen binnen bijvoorbeeld een netwerk of (type) voorziening. Univariate en multivariate verbanden met persoonskenmerken en de levenssituatie van de cliënt, met zorgnoden zoals gemeten door de zorgschalen en met variabelen die gerelateerd zijn aan de behandeling kunnen geïnspecteerd worden. Tabel 16, Figuur 19 en Figuur 20 tonen de univariate verbanden tussen de vier subschalen levenskwaliteit enerzijds en respectievelijk de relatie met het behandelteam, fysieke gezondheid en financiële problemen anderzijds, zoals gerapporteerd door

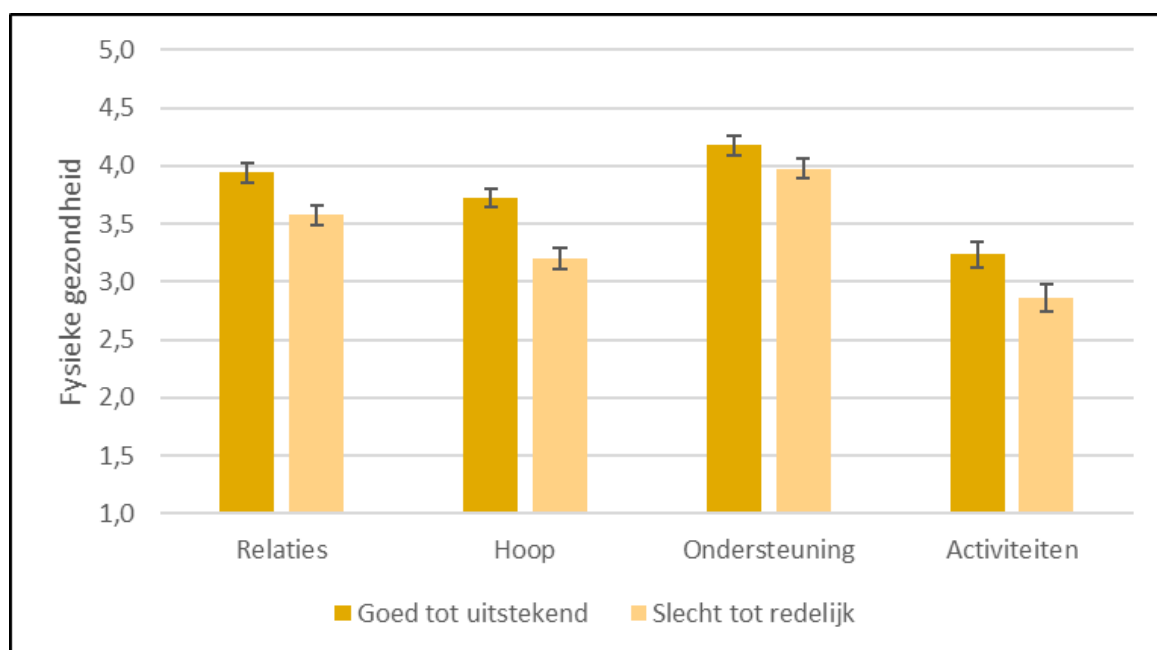
de cliënt. De verbanden gaan in de verwachte richting in die zin dat een betere relatie met de staf, een betere algemene fysieke gezondheid en afwezigheid van financiële problemen samenhangt met (1) meer zinvolle relaties ervaren in de dichte omgeving, (2) het leven meer hoopvol tegemoetzien, (3) meer ondersteuning van anderen ervaren in moeilijke situaties, en (4) meer deelnemen aan zinvolle activiteiten in de eigen gemeenschap. Enkel het verband tussen financiële problemen en ervaren ondersteuning is niet significant.

Tabel 16 Correlaties tussen de vier subschalen levenskwaliteit en de relatie met het behandelteam, ingedeeld volgens residentiële en ambulante cliënten en voor de volledige steekproef

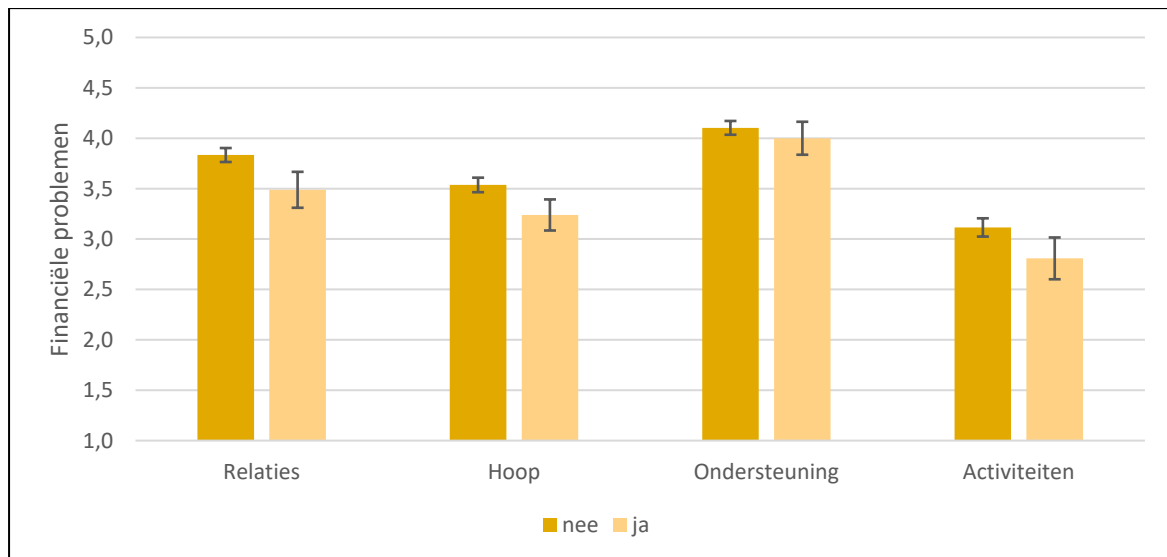
	Relatie met staf		
	Alle voorzieningen	MH	CMH
Relaties	0,31	0,44	0,30
Hoop	0,25	0,42	0,18
Ondersteuning	0,57	0,66	0,46
Activiteiten	0,07	0,17	0,09

correlatie <.30 geen tot zwak
correlatie >.30 zwak tot middelmatig
correlatie >.50 middelmatig tot sterk

Nota: correlaties die vetgedrukt zijn, zijn significant voor $p < 0,01$ (m.u.v. activiteiten – MH, waar de p-waarde $< 0,05$).



Figuur 19 Verband tussen de vier subschalen levenskwaliteit en de fysieke gezondheid voor de volledige steekproef



Figuur 20 Verband tussen de vier subschalen levenskwaliteit en financiële problemen voor de volledige steekproef

Voor de vier subschalen levenskwaliteit en apart voor de residentiële en ambulante cliënten zijn multivariate analyses uitgevoerd om te illustreren hoe BelRAI data input kunnen geven over mogelijke relaties tussen de gepercipieerde levenskwaliteit van cliënten en aspecten van het zorg- en ondersteuningsaanbod. Vele aspecten van de context kunnen al dan niet bepalend zijn voor een slechte kwaliteit van leven zoals:

- de leefsituatie van de cliënt zoals slechte woonomstandigheden, al dan niet een partner hebben, financiële problemen hebben,
- zorgnoden van de cliënt zoals depressieve symptomen, risico om schade toe te brengen aan anderen, middelengebruik, IADL-capaciteiten en fysieke gezondheid,
- variabelen die gerelateerd zijn aan de behandeling zoals de relatie met het behandelteam, type voorziening en duur van de behandeling/begeleiding.

Voor de steekproef verzameld in de studie leidden de analyses tot een aantal verbanden. Deze associaties zijn niet noodzakelijk oorzakelijk van aard en voor zover ze dat wel zouden zijn, is de richting van het oorzakelijk verband niet meteen vanzelfsprekend. Om hypothesen over oorzakelijke verbanden te testen dienen longitudinale data verzameld te worden, hetgeen in deze fase van het implementatieproces nog niet aan de orde was. Bovendien kunnen intermediaire variabelen een rol spelen in de associaties die gevonden worden. Wanneer bijvoorbeeld een aspect van levenskwaliteit geassocieerd is met het type voorziening dat instaat voor de zorg, dan is het mogelijk dat deze associatie verklaard wordt door bepaalde kenmerken van de populatie van dat type van voorziening. Dergelijke hypothese zou dan verder geëxploreerd kunnen worden. De interpretatie van de vastgestelde verbanden kunnen bijgevolg een vertrekbasis vormen in de vergelijking tussen voorzieningen en teams met als doel kwaliteit van leven en optimale randvoorwaarden te realiseren met respect voor diverse subdoelgroepen en teams. Enkele resultaten hieronder illustreren de mogelijke output:

- Voor de residentiële cliënten is vastgesteld dat
 - zij meer ondersteuning ervaren in moeilijke situaties naarmate ze een betere relatie ervaren met het behandelteam ($\beta = .72$), indien ze verblijven in een PVT of WZC ten opzichte van residentiële zorg te krijgen in een revalidatiecentrum ($\beta = -.25$), en naarmate ze minder risico vertonen om schade toe te brengen aan anderen ($\beta = -.12$; $R^2 = 58\%$)

- zij het leven meer hoopvol tegemoet zien naarmate ze een betere relatie ervaren met het behandelteam ($\beta = .38$), naarmate ze minder depressieve symptomen ervaren ($\beta = -.26$), naarmate ze een betere fysieke gezondheid hebben ($\beta = .22$), en naarmate ze zich minder terugtrekken uit sociaal contact ($\beta = -.15$; $R^2 = 42\%$)
- zij meer zinnvolle relaties ervaren in de dichte omgeving naarmate ze een betere relatie ervaren met het behandelteam ($\beta = .44$), indien ze residentiële zorg krijgen in een revalidatiecentrum ten opzichte van te verblijven in een PVT of WZC ($\beta = -.23$) en naarmate ze een betere fysieke gezondheid hebben ($\beta = .22$; $R^2 = 35\%$)
- zij meer aan zinnvolle activiteiten in de eigen gemeenschap deelnemen naarmate ze een betere relatie ervaren met het behandelteam ($\beta = .16$) en indien ze verblijven in een PVT ($\beta = .35$) of een WZC ($\beta = .10$) ten opzichte van residentiële zorg te krijgen in een revalidatiecentrum ($R^2 = 12\%$).
- Voor de ambulante cliënten is vastgesteld dat
 - zij meer ondersteuning ervaren in moeilijke situaties naarmate ze een betere relatie ervaren met het behandelteam ($\beta = .48$), indien ze verblijven binnen beschut wonen ($\beta = .55$), ambulante zorg krijgen van een mobiel team ($\beta = .26$) of van een revalidatiecentrum verslaving ($\beta = .13$) ten opzichte van een psychosociaal revalidatiecentrum en naarmate ze minder risico vertonen om schade toe te brengen aan anderen ($\beta = -.15$; $R^2 = 43\%$)
 - zij het leven meer hoopvol tegemoet zien indien ze verblijven binnen Beschut Wonen ($\beta = .38$) of ambulante zorg krijgen van een mobiel team ($\beta = .07$) of van een revalidatiecentrum verslaving ($\beta = .16$) ten opzichte van een psychosociaal revalidatiecentrum, naarmate ze minder depressieve symptomen ervaren ($\beta = -.30$), naarmate ze een betere fysieke gezondheid hebben ($\beta = .25$) en naarmate ze een betere relatie met het behandelteam ervaren ($\beta = .19$; $R^2 = 46\%$)
 - zij meer zinnvolle relaties ervaren in de dichte omgeving indien ze verblijven binnen Beschut Wonen ($\beta = .34$) of ambulante zorg krijgen van een mobiel team ($\beta = .15$) of van een revalidatiecentrum verslaving ($\beta = .11$) ten opzichte van een psychosociaal revalidatiecentrum, naarmate ze een betere relatie ervaren met het behandelteam ($\beta = .31$), naarmate ze minder depressieve symptomen ervaren ($\beta = -.17$), en indien ze geen problematische woonsituatie hebben ($\beta = -.14$; $R^2 = 31\%$)
 - zij meer aan zinnvolle activiteiten in de eigen gemeenschap deelnemen indien ze verblijven binnen Beschut Wonen ($\beta = .50$) of ambulante zorg krijgen van een mobiel team ($\beta = .28$) of van een revalidatiecentrum verslaving ($\beta = .17$) ten opzichte van een psychosociaal revalidatiecentrum, naarmate ze zich minder terugtrekken uit sociaal contact ($\beta = -.30$), indien ze een partner hebben ($\beta = .17$), en naarmate ze een betere fysieke gezondheid hebben ($\beta = .13$; $R^2 = 29\%$).

2 Relevantie van BelRAI GGZ-output voor het meso- en macroniveau van de Vlaamse GGZ

Op het einde van de studie koppelden we de BelRAI GGZ-output die hierboven beschreven staat, terug naar de GGZ-netwerken waarvan voorzieningen deelgenomen hadden aan de studie en naar de twee betrokken koepelorganisaties. We vroegen de vertegenwoordigers naar de relevantie van deze BelRAI GGZ-output voor het organisatie- en regionaal niveau van de Vlaamse GGZ. Enerzijds gaven ze een aantal mogelijkheden aan en anderzijds een aantal kritische bedenkingen.

2.1 Mogelijkheden van de BelRAI GGZ-output voor het meso- en macroniveau van de Vlaamse GGZ

- Mits “de kinderziektes” eruit gehaald worden, zou BelRAI op netwerkniveau input kunnen geven voor het **opstellen van strategische doelstellingen van netwerken**. Voorbeelden uit de studie:
 - Cliënten uit de ambulante voorzieningen ervaren significant minder deelname aan zinvolle activiteiten in de eigen gemeenschap in vergelijking met de cliënten uit de residentiële voorzieningen (BelRAI QoL-vragenlijst ingevuld door de cliënten, subschaal activiteiten). Indien een dergelijk resultaat gebaseerd zou zijn op een representatieve groep van cliënten dan zou dit aanleiding kunnen geven tot de doelstelling om bij cliënten uit de ambulante voorzieningen van het netwerk meer in te zetten op deelname aan zinvolle activiteiten in de samenleving.
 - Een goede kwaliteit van leven zoals cliënten dit ervaren, blijkt in onze dataset sterk samen te gaan met een positieve relatie met het behandelteam (BelRAI QoL-vragenlijst ingevuld door de cliënten, subschalen ondersteuning, hoop, relatie met behandelteam). Bij toekomstige (longitudinale) data op populatieniveau kan men zich bijgevolg relevante vragen stellen bij teams of organisaties die slechte scores halen voor de relatie met het behandelteam. Misschien kan een verklaring voor uitschieters in de data liggen bij de aard van de problematiek van een bepaalde groep of bij de motivatie of opleiding van het personeel in dit team of voorziening. De antwoorden op deze vragen kunnen vervolgens leiden tot de nodige stappen op organisatieniveau om de relatie te verbeteren en desgevallend ook de kwaliteit van leven van de bewoners. Deze resultaten doen ook de vraag rijzen in welke mate cliënten afhankelijk zijn van de relatie met hun hulpverlener voor hun kwaliteit van leven. Deze observatie doet nadenken over hoe behandelingen/begeleidingen in de GGZ vorm te geven.
 - Andere BelRAI output kan relevant zijn voor het opstellen van strategische doelstellingen, maar deze resulteerden - omwille van een eerste gebruik van de instrumenten voor de geïncludeerde cliënten - niet uit deze studie:
 - Data over de in- en doorstroom van en tussen verschillende organisaties in een netwerk. BelRAI kan deze data genereren op voorwaarde dat BelRAI in alle subsectoren van GGZ wordt ingevuld. Deze data kunnen duidelijk maken waar zorgtrajecten vastlopen. De betrokken actoren kunnen vervolgens hypotheses genereren over wat hiervoor de redenen zouden kunnen zijn. Dit kan aanleiding geven tot nieuwe strategische doelstellingen voor een netwerk.
 - Het zou relevant zijn om op het niveau van Vlaanderen data te hebben over de zorgnoden van de cliënten, de zorg die reeds aangeboden wordt en de zorgdoelen die nog niet bereikt worden. Zodra BelRAI GGZ voor de volledige GGZ-populatie toegepast is, beschikken alle stakeholders hier wel over.
- De BelRAI GGZ-output zou niet alleen vergelijkingen tussen teams of organisaties toelaten, maar ook vergelijkingen tussen netwerken zijn mogelijk. Dit kan bijvoorbeeld op vlak van het aandeel van cliënten zonder financiële problemen of het aandeel van cliënten die een zinvolle dagbesteding ervaren. Ook vergelijkingen met het buitenland zijn mogelijk. Deze vergelijkingen kunnen tot inspirerende discussies leiden waarbij **netwerken van elkaar kunnen leren en goede praktijken kunnen uitwisselen**.
- De BelRAI GGZ-output zou een managementtool kunnen worden. Momenteel hebben de netwerken dergelijke data niet standaard voor handen, waardoor er veel tijd en energie moet geïnvesteerd worden als ze dergelijke data toch willen verzamelen.

2.2 Kritische kanttekeningen en bezorgdheden bij de BelRAI GGZ-output voor het meso- en macroniveau van de Vlaamse GGZ

- De BelRAI GGZ-output leidt op het eerste zicht **niet rechtstreeks tot concrete actiepunten** waarop kan ingezet worden op regionaal/landelijk niveau. De koepelorganisaties hebben nood aan data die dergelijke concrete punten kunnen aangeven.
- GGZ-netwerken en koepelorganisaties vinden dat BelRAI vooral relevant dient te zijn op het **niveau van de cliënt**, zijn zorgnoden en zijn behandelplan.
- Er bestaat in de GGZ-sector ongerustheid over de idee dat de Vlaamse overheid de BelRAI data zou gebruiken om vast te leggen welke cliënten met welke zorgnoden in welk type van voorzieningen zorg kunnen of mogen krijgen, om zo **meer vat te krijgen op de patiëntenstromen in de GGZ**. Dit is niet wat de GGZ-netwerken en betrokken koepelorganisaties willen.
- Er bestaat in de GGZ-sector ongerustheid over de idee dat de Vlaamse overheid **budgetten voor de voorzieningen** zal koppelen aan zorgzwaartecategorieën waarin cliënten op basis van BelRAI worden ingeschaald.

Hoofdstuk 5

Resultaten van de BelRAI GGZ-studie: Gebruiksmogelijkheden van BelRAI op cliëntniveau en randvoorwaarden voor de implementatie in de Vlaamse GGZ

Dit hoofdstuk geeft allereerst een overzicht van de gebruiksmogelijkheden van het BelRAI GGZ-instrumentarium dat getest is tijdens deze studie. Het betreft de visie van hulpverleners die BelRAI voor een aantal van hun cliënten hebben gebruikt, aangevuld met de visie van coördinatoren van voorzieningen die deelgenomen hebben aan de studie.

In het tweede deel van dit hoofdstuk lijsten we de randvoorwaarden op voor de implementatie van BelRAI in de Vlaamse GGZ volgens alle betrokken stakeholders.

1 De gebruiksmogelijkheden van het BelRAI GGZ-instrumentarium volgens hulpverleners en coördinatoren van GGZ-voorzieningen

Om de gebruiksmogelijkheden van het BelRAI GGZ-instrumentarium te kunnen optimaliseren voor toekomstig gebruik was het belangrijk om de hulpverleners die het instrumentarium hadden ingevuld hierover te bevragen. Reeds tijdens het werkgroepentraject ter voorbereiding van de BelRAI GGZ-studie (Van Horebeek et al., 2019) en ook tijdens de BelRAI GGZ-opleidingscycli bleken er verschillende bezwaren, maar ook misverstanden te bestaan over de gebruiksmogelijkheden van BelRAI in de sector. Daarom hebben de onderzoekers ervoor gekozen om elke deelnemende voorziening de kans te geven bij de bevraging betrokken te worden. Uit de grote opkomst van de hulpverleners voor de focusgroepen – 45 van de 49 deelnemende voorzieningen waren vertegenwoordigd – leiden we af dat de voorzieningen het belangrijk vonden om hun visie kenbaar te maken. De bevraging van de gebruiksmogelijkheden van het instrumentarium tijdens deze studie heeft als keerzijde dat de bevraging plaatsvond in de beginfase van het implementatieproces van BelRAI in de GGZ. We wijzen op een aantal elementen.

Allereerst was het BelRAI GGZ-instrumentarium voor gebruik in de Vlaamse GGZ nog gedeeltelijk in ontwikkeling. Tijdens het werkgroepentraject met de betrokken sub-sectoren dat voorafging aan de studie (Van Horebeek et al., 2019) vroegen de deelnemers enerzijds naar toevoegingen aan het instrumentarium en anderzijds naar reductie van de omvang. Op beide vragen zijn de onderzoekers ingegaan. Over de wijze waarop een reductie van het aantal items zou kunnen plaatsvinden, is geen eensgezindheid tussen de sub-sectoren en de deelnemers bereikt. Het resultaat was dat een zeer uitgebreid instrumentarium gebruikt is tijdens de studie.

Ten tweede is het eigen aan de studiecontext dat het BelRAI systeem nog niet volledig uitgerold is en nog niet breed gebruikt wordt in de (G)GZ. Het gevolg hiervan is dat de hulpverleners die deelnamen aan de studie niet al de potentiële voordelen konden ervaren van het BelRAI systeem. Zoals in hoofdstuk 1 toegelicht, heeft BelRAI tot doel de continuïteit en coördinatie van zorg over voorzieningen heen te ondersteunen door informatie over de zorgnoden van de cliënt doorheen zijn zorgtraject te delen tussen professionals die betrokken zijn bij die zorg. Indien BelRAI al breder in gebruik was geweest en indien de datadeling tussen hulpverleners reeds op punt had gestaan en mogelijk gemaakt via software, dan hadden de hulpverleners informatie kunnen krijgen over de zorgnoden en de kenmerken van de cliënt van voorgaande hulpverleners. Omdat deze randvoorwaarden nog niet uitgewerkt waren, dienden de hulpverleners

de instrumenten voor elke cliënt voor het eerst volledig in te vullen. Dit vroeg veel tijd, te meer omdat de hulpverleners nog met het instrumentarium moesten leren werken. Tijdens de focusgroepen hoorden we dat de hulpverleners daarom vaak cliënten includeerden die al lang in begeleiding waren waardoor ze hen goed kenden. Voor die cliënten konden ze de BelRAI data sneller verzamelen en invoeren. Dit bracht met zich mee dat de BelRAI resultaten regelmatig weinig nieuwe info bevatten. Ook op deze manier misten de hulpverleners input die BelRAI mogelijk kan opleveren, terwijl ze wel veel tijd moesten investeren in het invullen van het instrumentarium.

Ten derde weten we uit het werkgroepentraject dat de sector verschillende bezwaren heeft bij de implementatie van BelRAI in de GGZ door de Vlaamse overheid. Deze bezwaren hebben betrekking op de werkbelasting voor de professionals door een (bijkomend) registratiesysteem, het delen van informatie over zorgnoden tussen (G)GZ-voorzieningen en het principe van financiering van voorzieningen op basis van zorgnoden en zorgzwaarte (Van Horebeek et al., 2020). Omwille van de bezwaren in verband met datadeling hebben we het BelRAI GGZ-instrumentarium en de BelRAI resultaten voor deze studie geprogrammeerd in onderzoekssoftware Qualtrics. Zodoende kwamen de verzamelde data enkel bij de onderzoekers terecht. Dit bracht met zich mee dat de software minder gebruiksvriendelijk was voor de hulpverleners en dat het invullen van de instrumenten niet verdeeld kon worden tussen verschillende hulpverleners met verschillende expertise, zoals dit wel de bedoeling is. Uiteraard kon informatie wel ingewonnen worden bij (onder meer) collega's, maar enkel de hulpverlener die hadden deelgenomen aan de BelRAI GGZ-opleiding konden het instrumentarium invullen via Qualtrics.

De gebruiksmogelijkheden van het BelRAI GGZ-instrumentarium die hieronder gerapporteerd staan, dienen begrepen te worden tegen de achtergrond van deze elementen die eigen zijn aan het feit dat het implementatieproces van BelRAI in de GGZ nog beginnende is. Het betreft de gebruiksmogelijkheden van een instrumentarium dat volop in ontwikkeling is, voor een sector die minstens ongerust is over de implementatie van BelRAI door de Vlaamse overheid en dit soms ook als bedreigend ervaart.

Volgende gebruiksmogelijkheden van het geteste BelRAI GGZ-instrumentarium hebben we bij hulpverleners en coördinatoren van deelnemende voorzieningen bevroegd:

- De geschiktheid van het instrumentarium en de haalbaarheid van het gebruik ervan (onderzoeksvraag 2; zie Tabel 17)
- De gebruiksmogelijkheden van de BelRAI GGZ-resultaten bij het opstellen of evalueren van het begeleidingsplan binnen het team waar de hulpverlener deel van uitmaakt (onderzoeksvraag 3; zie Tabel 19).

Tabel 17 en Tabel 19 geven met betrekking tot respectievelijk onderzoeksvraag 2 en 3 een synthese weer van (1) de kwalitatieve bevraging van 45 hulpverleners in zeven focusgroepen en de samenvatting van de kwantitatieve resultaten op de attitudelijst die zij hebben ingevuld, aangevuld met (2) de kwalitatieve bevraging van acht coördinatoren in een expertpanel. De visie van de hulpverleners staat weergegeven in gewone, **zwarte tekst**. De aanvullende of tegenstrijdige visie van de coördinatoren is toegevoegd in **blauwe tekst**. Een gedetailleerd overzicht van de kwantitatieve resultaten op de attitudelijst die ingevuld is door de hulpverleners die deelnamen aan de focusgroepen is te vinden in bijlage 15.

Tijdens de focusgroepen en het expertpanel merkten de onderzoekers dat de respondenten een aantal opvattingen verwoordden met betrekking tot (het gebruik van) BelRAI die objectief niet correct zijn of die getuigen van een eenzijdige kijk op het assessment systeem en de resultaten die het oplevert. Omdat de onderzoekers willen voorkomen dat foutieve of eenzijdige visies op (het gebruik van) BelRAI zich zouden

verspreiden, is bij een aantal resultaten van de focusgroepen en expertpanels een nota van de onderzoekers toegevoegd. Deze nota's van de onderzoekers geven de objectief correcte informatie of aanvullende informatie weer, al dan niet gebaseerd op eerder en lopend onderzoek. Deze nota's zijn telkens gebundeld in een aparte tabel (Tabel 18 en Tabel 20) die volgt op de tabel met de resultaten van de focusgroepen en het expertpanel m.b.t. respectievelijk onderzoeksvraag 2 en 3. De nota's van de onderzoekers zijn in aparte tabellen opgenomen omdat ze geen deel uitmaken van de resultaten van de focusgroepen en het expertpanel.

Tabel 17 Visie van hulpverleners en coördinatoren op de gebruiksmogelijkheden van het BelRAI GGZ-instrumentarium op cliëntniveau, in de zorg voor personen met EPA (inclusief) verslaving

<p>Geschiktheid van het instrumentarium in zijn geheel</p>	<ul style="list-style-type: none"> - BelRAI brengt verschillende levensdomeinen van de cliënt in kaart. Hierdoor krijg je een breed beeld van de cliënt en zinvolle achtergrondinformatie die je anders niet of minder gespecificeerd voor handen zou hebben. <ul style="list-style-type: none"> • Niet alle informatie is relevant in het kader van gepaste zorg op een bepaald moment in het behandeltraject.¹ • Niettegenstaande delicatere thema's (bv. traumatische levensgebeurtenissen, justitiële vragen) niet altijd gemakkelijk te bevragen zijn bij de cliënten, ervaart ongeveer de helft van de hulpverleners het als een sterkte dat het BelRAI GGZ-instrumentarium ook deze thema's in kaart brengt. Twee belangrijke kanttekeningen hierbij zijn: (1) het vroegtijdig bevragen van deze thema's in de behandeling of het gebrek aan tijd om er tijdens een gesprek verder op in te gaan, kan de precare psychische toestand van de cliënt extra onder druk zetten; (2) het bevragen van deze thema's kan verwachtingen scheppen bij de cliënt om er verder te kunnen op ingaan. Dit is niet altijd opportuun of mogelijk tijdens de behandeling. • Mogelijke nadelen van het bevragen van verschillende levensdomeinen (in één gesprek): aantasting laagdrempeligheid setting, cliënten staan niet altijd open om hierover te spreken, kan precare psychische toestand van de cliënt onder druk zetten, - Bepaalde GGZ-voorzieningen werken minder/niet herstelgericht. Een groot deel van de voorzieningen hanteert wel de herstelvisie en vindt het van hieruit moeilijk om aansluiting te vinden bij BelRAI. Men mist een (grotere) focus op de mogelijkheden/krachten/sterktes van cliënten in het instrumentarium. <ul style="list-style-type: none"> • Het hulpverlenersperspectief op de zorgnoden en beperkingen van personen met EPA is – naast dat van de cliënt – eveneens van significant belang binnen de begeleiding van een cliënt. Beperkingen en kwetsbaarheden van de cliënt dienen benoemd te worden, weliswaar met het vooruitzicht op een herstelgerichte zorg en ondersteuning. - Het BelRAI GGZ-instrumentarium brengt de zorgnoden van personen met een EPA (inclusief verslaving) in kaart, wat het merendeel van de hulpverleners als een sterkte ziet. Deze zorgnoden worden ingeschat in de context van de begeleiding/behandeling die op dat moment wordt aangeboden. De problemen/noden van cliënten die resulteren uit BelRAI lijken hierdoor soms minder ernstig te zijn dan hoe de hulpverleners de zorgnoden inschatten bv. binnen de context van constante ondersteuning en hulpverlening in een WZC, is het functioneren van bepaalde cliënten goed.² - Verschillende GGZ-voorzieningen focussen op het behandelen van de psychische aandoening van hun cliënten met klinisch herstel als doel. Voor bepaalde cliënten is toewerken naar klinisch herstel echter niet meer aan de orde, zoals bij cliënten in een PVT of cliënten die enkel nog ondersteuning krijgen vanuit een psychosociaal revalidatiecentrum in het kader van hun herintegratie in de maatschappij. Deze vormen van ondersteuning moeten ook aan te vinken zijn in de BelRAI MH of CMH.
---	---

	<ul style="list-style-type: none"> - De genuanceerdheid van de begeleiding zou men (meer) moeten kunnen aangeven. Zo gaat er bijvoorbeeld veel tijd naar het geven van aanwijzingen, stimuleren van cliënten, ... Het instrumentarium focust weinig op wat er reeds ondernomen is in het kader van het zorgaanbod voor de cliënt.³ - Het BelRAI GGZ-instrumentarium brengt de complexiteit van de psychische toestand in kaart. Daarnaast kunnen psychische en verslavingsproblematieken van dag tot dag sterk fluctueren, ook bij personen met een EPA (inclusief verslaving). Bij een volatiel beeld verkiezen de hulpverleners om de zorgnoden over een langere periode dan 3 dagen te beoordelen. Sommige hulpverleners zien zich genoodzaakt om de drie-dagen regel die bij veel BelRAI items gehanteerd moet worden, los te laten. Deze hulpverleners hebben het instrumentarium ingevuld op basis van hun algemene visie op het functioneren, het basisniveau van functioneren, o.b.v. input uit het vorige gesprek met de ambulante cliënt. - Er zijn uiteenlopende visies – of een neutrale houding - over het feit dat zorgnoden voornamelijk vanuit het hulpverlenersperspectief worden geïnventariseerd. Ongeveer de helft van de hulpverleners heeft hier moeite mee omwille van het reeds vermelde belang van de herstellvisie, waar de focus voornamelijk op de zorgvragen van de cliënt, zijn sterktes en mogelijkheden en zijn empowerment ligt.⁴ - Dat BelRAI een gestandaardiseerd assessment systeem is, vindt de helft van de hulpverleners een meerwaarde. De andere helft stond hier neutraal tegenover of zag deze eigenschap als een (expliciete) zwakte. In de praktijk ondervinden enkele hulpverleners geen discussie onderling wat betreft scoring/interpretatie van items, bij andere was dit wel meer het geval. - Enkele hulpverleners stellen zich de vraag of het mogelijk/zinvol is om met eenzelfde instrument over één sector - met verschillende sub-sectoren die hun eigen karakter hebben - te werken. “We spreken niet dezelfde taal.” Iets minder dan de helft van de hulpverleners ziet het wel als een meerwaarde dat BelRAI-instrumenten in verschillende soorten van voorzieningen (ook buiten de GGZ) zorgnoden op een uniforme manier inventariseren.⁵
<p>Geschiktheid van de supplementen</p>	<p>A. Supplementen die ingevuld worden door de hulpverleners</p> <p>1) <u>BelRAI Addictions supplement (extended version)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Er zijn uiteenlopende visies omtrent de relevantie van het BelRAI Addictions supplement (extended version). Voor verschillende hulpverleners geeft het supplement beperkte/geen nieuwe info.⁶ - Het supplement moet ook ingevuld worden bij experimenteel gebruik in het verleden. Dit is in dergelijke gevallen niet relevant.⁷ - Ontbreekt in het supplement: <ul style="list-style-type: none"> • Mogelijkheid om meer te nuanceren • De meer achterliggende vragen: ‘In welke context vindt gebruik plaats?’, ‘Wat maakt dat iemand clean kan blijven?’, ... • Grotere focus op gedragsverslaving - Aanvullend zijn er ook verschillende opmerkingen bij de uitgebreide versie van het Addictions supplement (in te vullen door gespecialiseerde centra verslaving), voornamelijk bij de gedetailleerde bevraging van het verslavingsprofiel bv. veel informatie

om in te vullen en beperkte meerwaarde, info is al gekend en soms zelfs op een uitgebreidere manier, onderwerp is interessant maar concrete bevraging moet anders, ... [De coördinator van de verslavingssector ervaart het uitgebreide verslavingssupplement nog als te beperkt.](#)

2) Forensic supplement⁸

- Voor verschillende hulpverleners geeft het supplement beperkte/geen nieuwe info.
- Omwille van de justitiële focus kan het supplement ook stigmatiserend of confronterend overkomen bij de cliënt.
- Het supplement moet reeds ingevuld worden wanneer de cliënt in een ver verleden een winkeldiefstal heeft gepleegd of bij politiecontact bij gedwongen opname. Dit is in die gevallen niet relevant.⁹

3) Intellectual Disability supplement

- Het merendeel van de hulpverleners heeft dit supplement niet moeten invullen omdat mensen met een verstandelijke beperking vaak zijn geëxcludeerd uit de studie. Redenen:
 - Deze cliënten zijn in bepaalde settings niet of minder aanwezig. [De coördinatoren van de PVT's vullen aan dat deze groep binnen hun setting wel sterk vertegenwoordigd is.](#)
 - Te moeilijk om deze doelgroep te interviewen.¹⁰
 - Enkel een vermoeden van een verstandelijke beperking, geen officiële diagnose, wat noodzakelijk is opdat het supplement geactiveerd wordt.¹¹

4) Maatschappelijk Herstel supplement

- Dit supplement is in het kader van deze studie ontworpen om zorgnoden die gerelateerd zijn aan maatschappelijk herstel uitgebreider te bevragen. Omwille van de meer herstelgerichte focus is dit supplement positiever ontvangen dan sommige andere supplementen. De items die het meest als een meerwaarde worden beschouwd, focussen op dagbesteding, opleiding, arbeid en sociaal functioneren.
- Enkele suggesties ter aanpassing: Overbodige items schrappen (bv. blind typen, internetvaardigheden), herhaling van (soortgelijke) items vermijden, mogelijkheid om thema's over te slagen indien niet van toepassing, handboek voorzien.

B. Supplementen die ingevuld worden door de cliënt

1) BelRAI Quality of Life (QOL) vragenlijst

- De BelRAI QOL vragenlijst is positief ontvangen door de meerderheid van de hulpverleners. Dit is voornamelijk omdat het cliëntrapportage betreft. Sommige hulpverleners ontdekten meer nieuwe informatie dan ze hadden verwacht. Voornamelijk de items omtrent privacy en de relatie t.o.v. het personeel ziet men als een meerwaarde. [Desondanks de QoL-vragenlijst blijft het aandeel items dat binnen BelRAI vanuit het cliëntperspectief moet ingevuld worden, te beperkt.](#)
- Er zijn soms vragen omtrent de waarheidsgetrouwheid van de antwoorden en de sociale wenselijkheid die kan spelen bij de cliënten bij het beantwoorden van de vragen, zeker wanneer de vragenlijst samen met een hulpverlener is ingevuld.

	<ul style="list-style-type: none"> - De mate waarin cliënten hulp nodig hebben om de vragenlijst in te vullen, varieert sterk. - Naar de toekomst toe kan de vragenlijst geoptimaliseerd worden op vlak van de toegankelijkheid van het taalgebruik. <p>2) Herstelvragenlijst: NEL of I.ROC</p> <ul style="list-style-type: none"> - Herstelvragenlijsten zijn een meerwaarde omwille van de aansluiting op de herstelvisie. De herstelgerichte focus ontbreekt echter doorheen het volledige BelRAI GGZ-instrumentarium, wat men niet kan opvangen door toevoeging van één vragenlijst. - Zeker de I.ROC is toegankelijk voor de cliënten, zowel inhoudelijk als visueel.
<p>De haalbaarheid van het gebruik van het instrumentarium</p>	<p>A. Gegevensverzameling en invullen BelRAI GGZ-instrumentarium</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verskillende bronnen zijn gebruikt om het instrumentarium in te vullen: <ul style="list-style-type: none"> • Dossier van de cliënt • Andere collega's <ul style="list-style-type: none"> ○ Wie? Zorgkundigen, verpleegkundigen, artsen, psychologen, ...¹² • Cliënt zelf: <ul style="list-style-type: none"> ○ De mate van informatieverzameling bij de cliënt zelf is afhankelijk van verschillende factoren, bv. hoeveel informatie de hulpverlener vanuit zichzelf en via andere bronnen dan de cliënt reeds weet, hoe lang de cliënt al in opname is, of men de thema's buiten de studiecontext wel/niet bevraagt, ... ○ De cliënt kan de primaire bron van informatie zijn of er worden eerst andere bronnen geraadpleegd en de cliënt vult hierna aan waar er hiaten/twijfels zijn. Sommige items moeten steeds vanuit het cliëntperspectief ingevuld worden. • De hulpverleners (met uitzondering van één hulpverlener) hebben de naaste omgeving (familie, ...) niet betrokken bij de informatieverzameling. Redenen: reeds voldoende informatie, geen tijd, familie is er niet altijd of komen niet op bezoek, of kan therapeutische relatie verstoren. - Sommige informatie is moeilijker ... <ul style="list-style-type: none"> • ...te verzamelen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Informatie die nergens terug te vinden is bv. nuttige informatie uit het verleden die nergens gedocumenteerd staat.¹³ ○ Lichamelijke problemen, medische en diagnostische info is niet altijd gekend en dokters/psychiaters die over deze informatie beschikken, zijn niet altijd gemakkelijk te raadplegen. ○ Cliënt is wantrouwig om zaken naar waarheid/open te bespreken bv. omdat er huisregels rond alcohol zijn. ○ Delicate info (zie geschiktheid). ○ Omwille van de drie-dagen-regel. In een 24h-setting loopt de informatieverzameling binnen dit tijdsbestek gemakkelijker. In ambulante settings, waar men cliënten minder frequent/langdurig zien, is dit geen evidentie.

	<ul style="list-style-type: none"> • ...in te vullen: <ul style="list-style-type: none"> ○ Door onduidelijkheid rond de interpretatie van items bv. ‘Kan niet voor zichzelf zorgen door psychische aandoening.’ ○ Items die omwille van andere redenen moeilijk in te vullen zijn bv. scores van de IADL-mogelijkheden is steeds een inschatting. Zeker bij iemand die in een residentiële setting verblijft, waar routine-taken zoals eten maken en administratie bijhouden (deels) overgenomen wordt van de cliënten. - Tijdsinvestering: <ul style="list-style-type: none"> • Er is veel tijd geïnvesteerd om te leren werken met het BelRAI GGZ-instrumentarium, alsook voor het verzamelen van de informatie en het invullen van het instrumentarium. Per cliënt nam dit twee uren tot anderhalve dag in beslag. Deze extra (tijds)investering kan niet bovenop de gewone dagtaken genomen worden. • Deze tijdsinvestering kan sterk fluctueren en is afhankelijk van verschillende factoren¹⁴: <ul style="list-style-type: none"> ○ Cliënt: Problematiek, persoonlijkheid, ... ○ Hulpverlener: Begeleidt hij cliënt zelf? Weet hij uit zichzelf al veel? ... ○ Moet(en) er één of meerdere supplement(en) voor de cliënt ingevuld worden? ○ De manier waarop de hulpverleners (praktisch) info verzamelen en invullen: Veel bij collega’s vragen? Verplaatsen? Cliënt in één of meerdere keren bevragen? • Verschillende hulpverleners geven aan dat de tijdsinvestering in positieve zin evolueerde doorheen de tijd, hetgeen grotendeels te maken had met het feit dat men het instrumentarium en de handboeken beter leert kennen.
	<p>B. Cliënten die de hulpverleners includeerden in de studie</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cliënten moesten volgens de inclusiecriteria van het onderzoeksprotocol minstens één maand in begeleiding/opname zijn om deel te kunnen nemen aan de studie. <ul style="list-style-type: none"> • Het merendeel van de hulpverleners bevestigt dat de cliënt al enkele weken in begeleiding/opname moet zijn alvorens men het BelRAI GGZ-instrumentarium kan invullen. • Bij cliënten die nog niet zo lang in opname/behandeling zijn, verloopt het assessment moeilijker omwille van de nog op te bouwen therapeutische relatie. Men bevraagt meer bij de cliënt zelf waardoor men sneller in interview-stijl vervalst. <i>Er is niet altijd een andere optie dan het assessment in te vullen via interview met de cliënt om de nodige gegevens te verzamelen.</i>¹⁵ • Verschillende cliënten die deelnamen aan de studie waren nog maar enkele maanden in begeleiding/opname, maar een groot aandeel was al minstens een jaar tot verschillende jaren in begeleiding/opname. Dit was voordelig naar het vlottere verloop van het invullen toe en de hoeveelheid gekende informatie, maar beperkte de hoeveelheid nieuwe informatie die men uit het BelRAI-instrumentarium haalde. • Andere factoren waar hulpverleners rekening mee hielden bij inclusie van cliënten: Verbaal sterke cliënt, niet achterdochtig, psychisch stabielere periode, goede vertrouwensband, <i>therapietrouw</i>, ...

	<ul style="list-style-type: none">- Cliënten zijn geëxcludeerd indien ze aan één of meerdere van de exclusiecriteria uit het studieprotocol voldeden. Daarnaast konden hulpverleners nog andere motieven voor exclusie aangeven. In hoofdstuk 4 (1.1) is aangegeven hoeveel cliënten geëxcludeerd werden en omwille van welke reden(en). Tijdens de focusgroepen benadrukten de hulpverleners nog enkele van deze redenen:<ul style="list-style-type: none">• Psychische toestand bv. psychose, argwanend, angstklachten<ul style="list-style-type: none">○ Cliënten in crisissituaties zijn niet opgenomen in de studie (opgelegd exclusie criterium), maar vormen wel een grote/groeiende groep binnen bepaalde settings op een bepaald moment.• Specifieke populatie bv. personen met een zware persoonlijkheidsproblematiek, personen met verslaving die snel aan- maar ook afhaken, cliënten waar men aanklampend mee werkt, cliënten met kleine vragen bv. die voor methadon naar de voorziening komen maar geen verdere begeleiding wensen, ...• Het moment in behandeling bv. nog in onthaalfase.
--	--

Kleurenlegende: de visie van de hulpverleners staan weergegeven in gewone, zwarte tekst. De aanvullingen van coördinatoren van deelnemende voorzieningen zijn toegevoegd in **blauwe tekst**. De visies van de coördinatoren zijn enkel in de tabel toegevoegd indien deze verschillend of aanvullend waren op de visies van de hulpverleners.

Nota: de cijfers in superscript geven aan dat in Tabel 18 een nota van de onderzoekers is opgenomen m.b.t. het betreffende resultaat uit de focusgroepen en het expertpanel.

Tabel 18 Nota's van de onderzoekers bij bepaalde visies van hulpverleners en coördinatoren op de gebruiksmogelijkheden van het BelRAI GGZ-instrumentarium op cliëntniveau (zie Tabel 17)

Geschiktheid van het instrumentarium in zijn geheel

¹ Informatie die nu niet relevant is in het kader van de zorg kan dat later wel zijn. In het kader van continuïteit en coördinatie van zorg is het belangrijk om zoveel mogelijk informatie up-to-date te houden in het BelRAI dossier. Daarnaast hadden de onderzoekers de indruk dat bepaalde domeinen niet als relevant werden benoemd omdat de hulpverleners niet de gewoonte hebben om deze te inventariseren (bv. m.b.t. lichamelijke klachten).

² Als er na implementatie longitudinale data verzameld zijn, zal het BelRAI dossier tonen hoe de zorgnoden evolueren doorheen het zorgtraject.

³ De doelstelling van BelRAI is om zorgnoden op een gestandaardiseerde manier in kaart te brengen en de evolutie van de cliënt longitudinaal te kunnen opvolgen. De onderzoekers hebben de indruk dat deze feedback vooral is ingegeven door de bezorgdheid over de financiering van de sector aan de hand van BelRAI data.

⁴ De onderzoekers merken bij verschillende hulpverleners dat ze de expertise vanuit het hulpverlenersperspectief minder relevant achten dan de expertise van de cliënt m.b.t. zijn zorgtraject. De onderzoekers zijn van mening dat de expertise vanuit het cliënt- en hulpverlenersperspectief geïntegreerd dienen te worden om tot gepaste - herstelgerichte - zorg te komen.

⁵ BelRAI wil er juist toe bijdragen dat hulpverleners uit verschillende sectoren ten dele meer dezelfde taal gaan spreken om continuïteit en coördinatie van zorg over sectoren heen te verbeteren.

Geschiktheid van de supplementen

A. Supplementen die ingevuld worden door de hulpverleners

1) BelRAI Addictions supplement (extended version)

⁶ Dit is mede te wijten aan het feit dat geïnccludeerde cliënten regelmatig al langere tijd in begeleiding zijn (zie de haalbaarheid van het gebruik van het instrumentarium – B. Cliënten die de hulpverleners includeerden in de studie) en/of bij het begin van de begeleiding het thema verslaving al uitgebreid geïnventariseerd was.

⁷ Het AS (extended version) moest ingevuld worden bij experimenteel gebruik in het verleden, dit zal naar de toekomst toe aangepast worden.

2) Forensic supplement

⁸ Doordat cliënten met een forensisch statuut geïnccludeerd zijn in een andere studie (Van Horebeek et al., 2020) is dit supplement slechts voor een klein aandeel cliënten ingevuld in de huidige studie.

⁹ Het Forensic supplement diende ingevuld te worden wanneer de cliënt in een ver verleden een winkeldiefstal heeft gepleegd of bij politiecontact bij gedwongen opname. Dit zal worden aangepast in de toekomst.

3) Intellectual Disability supplement

¹⁰ De BelRAI instrumenten zijn geen (semi-)gestructureerde interviews. Informatie kan ook verzameld worden bij familieleden, andere hulpverleners, in het dossier.

¹¹ Het Intellectual Disability supplement kon enkel ingevuld worden wanneer er een officiële diagnose van een verstandelijke beperking was. Naar de toekomst toe zal ook een vermoeden van een verstandelijke beperking voldoende zijn om het supplement te kunnen invullen.

4) Maatschappelijk Herstel supplement

Geen aanvullende nota's van de onderzoekers.

B. Supplementen die ingevuld worden door de cliënt

Geen aanvullende nota's van de onderzoekers.

De haalbaarheid van het gebruik van het instrumentarium

A. Gegevensverzameling en invullen BelRAI GGZ-instrumentarium

¹² Deze multidisciplinaire aanpak van gegevensverzameling is soms noodzakelijk bv. als de hulpverleners die het instrumentarium invult minder dicht bij de cliënt staat. Een groot aandeel van de hulpverleners stond echter dicht bij de cliënt (bv. persoonlijke begeleiders) en beschikten zo vaak al over meer informatie.

¹³ Sommige informatie was moeilijker te verzamelen doordat ze nergens terug te vinden is. Het longitudinaal gebruik van BelRAI zou dit deels kunnen oplossen.

¹⁴ Hulpverleners vulden tijdens de studie voor de eerste keer een BelRAI assessment in voor een cliënt; hierdoor konden ze niet rekenen op (antwoorden uit) voorgaande assessments. Uit voorgaand onderzoek (Declercq et al., 2011) is gebleken dat hulpverleners een tiental BelRAI assessments moeten invullen vooraleer ze de BelRAI instrumenten onder de knie hebben, wat de tijdsinvestering eveneens ten goede zal komen.

B. Cliënten die de hulpverleners includeerden in de studie

¹⁵ De bevraging kan – indien ze op een persoonsgerichte wijze verloopt – bijdragen tot de ontwikkeling van een vertrouwensrelatie.

Tabel 19 Visie van hulpverleners en coördinatoren op de gebruiksmogelijkheden van de resultaten van het BelRAI GGZ-instrumentarium op cliëntniveau, bij het opstellen of evalueren van het begeleidingsplan van de cliënt binnen het team waar de hulpverlener deel van uitmaakt

- De overgrote meerderheid van de hulpverleners vindt het een meerwaarde dat de achterliggende software voor een **automatisch overzicht van de resultaten** (CAP's en zorgschalen) zorgt.
- De **BelRAI GGZ-resultaten zijn slechts beperkt gebruikt voor onderbouwing van het begeleidingsplan/zorgacties**.
 - Bijna de helft van de hulpverleners heeft een neutrale houding ten aanzien van het feit dat BelRAI een evidence-based assessment systeem is. Een gelijkaardig aandeel vindt dat BelRAI op deze manier een extra bron van - wetenschappelijke - input kan vormen ter onderbouwing van de behandel- of begeleidingsplannen. De individuele context van de cliënt speelt een grote rol bij de interpretatie van resultaten die op wetenschappelijk onderzoek gebaseerd zijn.
 - Hulpverleners zijn het soms wel en soms niet eens met de resultaten van de CAP's en de zorgschalen voor individuele cliënten. Wanneer ze het niet eens zijn met de resultaten, stellen ze het instrumentarium in vraag.¹
 - Het is moeilijk om de BelRAI output een plaats te geven in de **huidige manier van begeleidingsplannen opbouwen**.
 - GGZ-voorzieningen hebben hiervoor reeds hun vaste instrumenten, die aansluiten bij hun werking/cliënten en die BelRAI niet kan vervangen.
 - De zorgvraag van de cliënt staat vaak centraal binnen deze begeleidingsplannen (herstelvisie).
 - De handvatten die BelRAI biedt zijn niet concreet genoeg om snel mee aan de slag te gaan. Zeker in acutere situaties is er echter nood aan meer oplossingsgerichte denkpijlers.
 - Een begeleidingsplan wordt opgebouwd of geëvalueerd op basis van de evaluatie van zorgnoden over een aantal weken en maanden heen. Veel BelRAI items dienen gescoord te worden op basis van de voorbije 3 dagen.
 - Belang van context, nuances, verklarende factoren die BelRAI niet inventariseert.
 - Hoewel de hulpverleners over het algemeen positief staan tegenover de inhoud van de **BelRAI QOL-vragenlijst en de NEL**, vinden ze het niet evident om een begeleidingsplan van een cliënt ermee te onderbouwen, bv. omwille van het algemene karakter van de NEL-resultaten.
- De onderzoekers vroegen de hulpverleners om de BelRAI resultaten te bespreken met de betrokken cliënten en voor minstens drie van hen de resultaten ook voor te leggen in teamverband om zo na te gaan wat de gebruiksmogelijkheden zijn ten aanzien van het opstellen en/of aanpassen van het begeleidingsplan van de cliënt.
 - Bespreking resultaten met **cliënten**:
 - Een deel van de hulpverleners heeft de resultaten van het assessment (deels) met de cliënt besproken. Sommige cliënten zijn hierin geïnteresseerd, terwijl anderen méér verwachten van de resultaten of er niet in geïnteresseerd zijn.
 - Verschillende hulpverleners hebben de resultaten niet besproken met de cliënt. Redenen hiervoor zijn:
 - Reeds vermelde opmerkingen omtrent geschiktheid, beperkte nieuwe info, niet altijd een correct beeld van de zorgnoden/problemen van de cliënt volgens de hulpverlener.

- Tijdsgebrek, bespreking is niet altijd prioritair binnen het traject op dat moment, resultaten bespreken met de cliënt houdt ook in dat er verwachtingen kunnen komen van de cliënt naar begeleiding toe, terwijl het inwilligen van deze verwachtingen volgens de hulpverlener niet opportuun is
- Bespreking resultaten in **teamverband**:
 - Enkele hulpverleners hebben de resultaten in teamverband besproken of met een andere collega (begeleider, coördinator, ...). Maar ook in team lijkt het momenteel nog moeilijk om er mee aan de slag te gaan.²
 - Reeds vermelde bemerkingen (omtrent geschiktheid, beperkte nieuwe info, niet altijd een correct beeld van de cliënt volgens hulpverlener) zijn redenen waarom resultaten niet besproken zijn in teamverband. Ook tijdsgebrek, geen concrete handvatten om mee aan de slag te gaan en de eigen ontwikkelde manier om met begeleidingsplannen te werken, kunnen hierin een rol spelen.

Kleurenlegende: de visie van de hulpverleners staan weergegeven in gewone, zwarte tekst. De aanvullingen van coördinatoren van deelnemende voorzieningen zijn toegevoegd in **blauwe tekst**. De visies van de coördinatoren zijn enkel in de tabel toegevoegd indien deze verschillend of aanvullend waren op de visies van de hulpverleners.

Nota: de cijfers in superscript geven aan dat in Tabel 20 een nota van de onderzoekers is opgenomen m.b.t. het betreffende resultaat uit de focusgroepen en het expertpanel.

Tabel 20 Nota's van de onderzoekers bij bepaalde visies van hulpverleners en coördinatoren op de gebruiksmogelijkheden van de resultaten van het BelRAI GGZ-instrumentarium op cliëntniveau, bij het opstellen of evalueren van het begeleidingsplan van de cliënt (zie Tabel 19)

¹ Wanneer een CAP een ander resultaat geeft dan verwacht, kan het zinvol zijn om op te zoeken hoe de CAP-score resulteert uit de BelRAI data, door te kijken naar de scores op de items die vervat zijn in de CAP. Tijdens deze studie was dit moeilijk haalbaar aangezien de onderzoekssoftware dit niet mogelijk maakte.

² Om met BelRAI aan de slag te gaan binnen een voorziening/team, is het naar de toekomst toe ook belangrijk dat de teamleden minstens een BelRAI introductie gehad hebben.

2 Randvoorwaarden voor de implementatie van BelRAI in de Vlaamse GGZ

De randvoorwaarden voor de implementatie van BelRAI in de Vlaamse GGZ (onderzoeksvraag 4) is bevestigd bij alle stakeholdersgroepen die betrokken zijn in de studie: hulpverleners die aan de slag zijn gegaan met het BelRAI GGZ-instrumentarium, coördinatoren van deelnemende voorzieningen, deelnemende GGZ-netwerken en de twee betrokken koepelorganisaties, en patiënten- en familievertegenwoordigers.

Tabel 21 geeft met betrekking tot onderzoeksvraag 4 een synthese weer van (1) de kwalitatieve bevraging van 45 hulpverleners in zeven focusgroepen en de samenvatting van de kwantitatieve resultaten van de attitudelijst bij 43 van hen (**zwarte tekst**), aangevuld met (2) de kwalitatieve bevraging van coördinatoren (**blauwe tekst**), van deelnemende GGZ-netwerken en de twee betrokken koepelorganisaties (**oranje tekst**), en van patiënten- en familievertegenwoordigers (**paarse tekst**). Bijlage 15 geeft een gedetailleerd overzicht van de kwantitatieve resultaten op de attitudelijst die ingevuld is door de hulpverleners die deelnamen aan de focusgroepen. Bijlage 8 geeft een overzicht van de resultaten van de kwalitatieve bevraging van de deelnemende GGZ-netwerken en de twee betrokken koepelorganisaties. In bijlage 9 is een overzicht te vinden van het expertpanel met de patiënten- en familievertegenwoordigers.

Ook met betrekking tot de randvoorwaarden voor de implementatie van BelRAI in de Vlaamse GGZ verwoordden de respondenten een aantal opvattingen die objectief niet correct zijn of die getuigen van een eenzijdige kijk op (de implementatie van) BelRAI in de GGZ. Omdat de onderzoekers willen voorkomen dat foutieve of eenzijdige visies op (de implementatie van) BelRAI zich zouden verspreiden, is bij een aantal resultaten van de focusgroepen en de expertpanels een nota van de onderzoekers toegevoegd. Deze nota's van de onderzoekers geven de objectief correcte informatie of aanvullende informatie weer, al dan niet gebaseerd op eerder en lopend onderzoek. De nota's van de onderzoekers zijn in een apart tabel opgenomen (Tabel 22) omdat ze geen deel uitmaken van de resultaten van de focusgroepen en het expertpanel.

Tabel 21 Visie van hulpverleners, coördinatoren, GGZ-netwerken, koepelorganisatie en patiënten- en familievertegenwoordigers op de randvoorwaarden voor implementatie van BelRAI in de Vlaamse GGZ

<p>1. <u>Antwoorden geven op onduidelijkheden en bezorgdheden over de doelstellingen en de timing van de implementatie van BelRAI</u></p> <p>Er leven verschillende onduidelijkheden en/of bezorgdheden over de doelstellingen van BelRAI binnen de Vlaamse GGZ. Het betreft onder meer de doelstellingen (1) om op basis van BelRAI data de scores op de kwaliteitsindicatoren voor de voorzieningen te berekenen, (2) om BelRAI zorgzwaartecategorieën te koppelen aan financiering, alsook (3) om BelRAI als ondersteunend instrument voor geïntegreerde zorg te gebruiken.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Er leeft sterk de vraag of en wanneer de Vlaamse overheid BelRAI data zal gebruiken voor de onderbouwing van een nieuw financieringssysteem in de GGZ. Dat BelRAI de schatting van zorg-gerelateerde kosten op basis van zorgzwaartecategorieën toelaat, ervaart een groot aandeel van de hulpverleners dan ook als een minpunt. Hun bezorgdheden omtrent de geschiktheid van het instrumentarium (zie Tabel 17) spelen hier ook mee. Zo vragen ze zich af hoe een financieringssysteem dat gebaseerd is op een kwantitatieve beoordeling van zorgnoden - voornamelijk gebaseerd op de afgelopen drie dagen – zal resulteren in een correcte financiële vergoeding voor voorzieningen die zorg bieden aan cliënten met wisselende zorgnoden. - De helft van de hulpverleners staat positief tegenover het feit dat BelRAI kwaliteitsmonitoring kan ondersteunen. Scores op kwaliteitsindicatoren bepalen aan de hand van BelRAI data wordt met de nodige voorzichtigheid bekeken, onder meer omdat BelRAI geen volledig beeld geeft van de behandeling/begeleiding die aangeboden wordt aan de cliënten (zie Tabel 19).¹ - Bijna de helft van de hulpverleners vindt het positief dat BelRAI toelaat de evolutie van de zorgnoden van een cliënt te inventariseren. Ondanks de erkenning van het belang van (meer) geïntegreerde samenwerking binnen de GGZ, betwijfelen de coördinatoren of BelRAI – in de vorm die in de studie getest is - hier een ondersteunende rol in kan spelen. Dit heeft onder meer met de registratielast te maken die de hulpverleners tijdens de studie ervaren hebben. <ul style="list-style-type: none"> • Wanneer BelRAI in de verschillende GGZ-subsectoren zal ingevoerd zijn om geïntegreerde zorg te ondersteunen, zal elk BelRAI dossier een coördinator moeten hebben (zie ook punt 3 hieronder over het invullen van het instrumentarium). • Er moet bij de hulpverleners meer draagvlak komen voor het ontschotten van de zorg. Zij moeten ook de mogelijkheid krijgen om in de praktijk vlot samen te werken met partners uit het netwerk om op deze manier gevolg te geven aan BelRAI uitkomsten die betrekking hebben op het samenwerken met/doorverwijzen naar andere (G)GZ-voorzieningen. - Er gaat reeds veel tijd naar het registreren van gegevens die ten koste gaat van de rechtstreeks zorg. Tijdens de studie zorgde BelRAI daarenboven voor dubbele registraties.² <ul style="list-style-type: none"> • Eén registratiesysteem is nodig. Dit vraagt om afstemming met andere instrumenten die voorzieningen moeten invullen vanuit de overheid (bv. VIP², MPG). De integratie van BelRAI in het EPD is ook nodig. • De meerderheid van de hulpverleners heeft geen uitgesproken – positieve of negatieve – mening over BelRAI als alternatief voor de MPG-registratie. • De GGZ-netwerken en koepelorganisaties benadrukken het belang van een directe return on investment nadat hulpverleners de BelRAI assessments hebben ingevuld. BelRAI mag niet enkel een meerwaarde bieden op beleids- of netwerkniveau. Ook hulpverleners moeten op basis van de BelRAI output zaken kunnen analyseren die voor hun eigen werk relevant zijn.³ - Meer dan de helft van de hulpverleners beschouwen het als een sterkte van BelRAI dat het – van zodra er representatieve en longitudinale BelRAI data ter beschikking zijn – de studie van praktijk- en beleidsgerichte onderzoeksvragen mogelijk maakt. Dat BelRAI toelaat om groepen van kwetsbare personen te karakteriseren m.b.t. hun zorgnoden vindt bijna de helft van de hulpverleners een sterkte.

2. Aanpassingen nodig aan (de structuur van) het BelRAI GGZ-instrumentarium en de software

Voorstellen met betrekking tot (de structuur van) het BelRAI GGZ-instrumentarium en de software om het geheel geschikter voor de populatie, haalbaarder voor de hulpverleners en ook gebruiksvriendelijker te maken:

- Het BelRAI GGZ-instrumentarium moet **meer op maat van de GGZ-voorzieningen en de cliënt** ingevuld kunnen worden. Enkele concrete voorbeelden:
 - (1) Meer vrijheid in het bepalen van welke secties de hulpverlener op welk moment in de behandeling/begeleiding invult, om de cliënt op het moment van het assessment niet onnodig te hoeven bevragen over topics die erg gevoelig liggen en/of mogelijks een negatieve invloed zouden hebben op zijn (precaire) psychische toestand.
 - (2) Indien het antwoord op een hoofdittem 'nee' is, overslagen van verdere items omtrent dit onderwerp bv. indien geen problemen op ADL-vaardigheden in het algemeen, de sub-vaardigheden niet verder bevragen.
 - (3) Items bundelen volgens het perspectief van waaruit ze moeten ingevuld worden: hulpverlener vs. cliënt.⁴
- Ook m.b.t. de **supplementen** komen er suggesties om de bruikbaarheid en geschiktheid naar de toekomst toe te verbeteren (zie Tabel 17).
- De coördinatoren staan alvast positief tegenover het voorstel van de onderzoekers om een **BelRAI GGZ-core instrument** te ontwikkelen en de andere items van het instrumentarium op te delen in modules (zie hoofdstuk 6), voornamelijk vanuit de mogelijkheid om het assessment beter te kunnen afstemmen op de begeleidingsfase waarin de cliënt zich op het moment van het assessment bevindt, en met het oog op gegevensdeling (zie punt 4 hieronder over informatiedeling).
- BelRAI moet voor elke cliënt **verstaanbaar** zijn. Het gebruik van moeilijke taal en Engelse woorden (zie zorgschalen) vragen om herziening.
- Suggesties m.b.t. de gebruiksvriendelijkheid van de **software**:
 - Het mogelijk maken om terug/verder te gaan naar vorige/volgende items (over instrumenten/supplementen heen).⁵
 - Het integreren van het handboek in de software.
 - Feitelijke informatie (bv. overlijden van een ouder) over opeenvolgende BelRAI assessments heen behouden.⁶
 - **Output moet in een helder overzicht verschijnen, dat op een snelle manier en door alle actoren te raadplegen is.**

3. Praktische aspecten uitwerken aangaande het invullen van het BelRAI GGZ-instrumentarium

- **Wanneer invullen?**
 - Eénzelfde geschikt moment bepalen voor het eerste assessment van alle cliënten is moeilijk. Dit is **sterk afhankelijk van de cliënt zelf** (persoonlijkheid, problematiek, ...) **en de setting** (crisisafdeling of 24-h setting, ...).
 - Bij het **begin van de behandeling beschikt** een hulpverlener nog **niet** over de nodige informatie voor een eerste assessment, en de **cliënt is nog niet klaar** is om deze informatie door te geven aan de hulpverlener. Het is belangrijk dat de cliënt zelf kan aangeven wanneer hij graag het cliënt-gedeelte (bv. BelRAI QOL-vragenlijst) invult. Anders kan dit resulteren in een vertekend beeld waar andere drijfveren kunnen meespelen bv. cliënt antwoordt met het oog op een zo snel mogelijk ontslag of een hogere uitkering. Andere cliënten vullen vragenlijst in zonder te weten waarom ze bepaalde zaken aankruisen.

- De BelRAI output brengt **zorgnoden** in kaart, **rekening houdend met de huidige zorg en behandeling** die aangeboden wordt (die minstens al een maand bezig was) en niet bij opname. **Wanneer hulpverleners de BelRAI assessments in de dagelijkse praktijk best invullen, zal men verder moeten bekijken.**
- De patiënten- en familievertegenwoordigers vinden het belangrijk dat ook het hulpverlenersgedeelte meer wordt ingevuld **in samenspraak met de cliënt**. Daarnaast moet de cliënt ook een andere mening kunnen hebben en die ook kunnen aanpassen in het dossier. Ook een eventuele **mantelzorg en familie** dienen betrokken te zijn bij het BelRAI-dossier.
- De hulpverleners zien voordelen aan het **multidisciplinair invullen** van het BelRAI GGZ-instrumentarium (was niet mogelijk tijdens de studie omwille van gebruik van onderzoekssoftware), maar stellen zich ook verschillende praktische vragen. Bijvoorbeeld:
 - Wie zal dit **coördineren**?
 - Is het haalbaar om met verschillende hulpverleners de zorgnoden van een cliënt over eenzelfde periode van drie dagen te inventariseren?
 - Hoe psychiaters en dokters betrekken, rekening houdend met hun drukke agenda?
 - **Het interdisciplinair overleg kan een moment zijn om BelRAI gezamenlijk in te vullen. Echter heeft men wel bedenkingen naar tijdinvestering toe. Daarnaast weet men niet hoe in een dergelijke situatie om te gaan met de aanwezigheid van de cliënt tijdens een dergelijk interdisciplinair overleg.**⁷
- **Hoe vaak het BelRAI GGZ-instrumentarium dient ingevuld te worden** gezien de kritische kanttekening die geplaatst werden bij de gebruiksmogelijkheden van BelRAI (zie Tabel 17 en Tabel 19)
 - Verschillende hulpverleners wijzen op de tijdsinvestering, zeker bij herhaaldelijke afname en met het oog op reeds bestaande registraties.⁸
 - Hoe vaak een herbeoordeling dient plaats te vinden, is ook afhankelijk van de doelstelling van het gebruik van BelRAI. Zo zal men frequenter een assessment moeten doen indien men BelRAI in de zorg voor de cliënt wil gebruiken dan wanneer men het voor financiering zou gebruiken.
 - De hulpverleners zouden liever kijken naar **wanneer het voor een individuele cliënt interessant zou zijn om** – met het oog op zijn doelstelling(en) en traject - **een BelRAI assessment opnieuw in te vullen**, in plaats van een vaste tijdsperiode op een herbeoordeling te plakken. Dit kan n.a.v. reeds bestaande evaluatiemomenten zoals bv. een jaarlijks(e) evolutieverslag of trajectbespreking, of bij bepaalde levensgebeurtenissen (bv. verhuis naar een andere voorziening, gestart met werken).
 - **Het intakemoment en de overgang naar een andere voorziening zijn mogelijk momenten voor het invullen van BelRAI.**
- **Aanstellen van een coördinator/vertrouwenspersoon** voor de coördinatie van het BelRAI-dossier
 - Taken: Aangeven wanneer een nieuw BelRAI assessment nodig is, beslissingen nemen i.v.m. gegevensdeling (zie onder punt 4), ...
 - Wie?
 - Verschilt van cliënt tot cliënt, aangesteld door cliënt zelf waardoor deze mee de regie behoudt.
 - Bij voorkeur één en dezelfde persoon doorheen het hele zorgtraject van de cliënt.
 - Iemand uit de nabije omgeving van de cliënt (familie of vriend) of hulpverlener van de cliënt. Beide opties hebben hun voor- en nadelen:
 - Familie of vriend: (Vaker) continu aanwezig, best geplaatst om in te schatten welke gebeurtenissen een impact hebben, niet iedereen heeft zo een persoon in zijn omgeving, ...
 - Hulpverlener:
 - Professionele achtergrond, ziet cliënt niet dagelijks, hulpverleners veranderen vaak van post, ...

- Voorkeur dat een hulpverlener coördinator is van het BelRAI-dossier en dat hij hier middelen voor krijgt, en betrokken hulpverleners ook kan aansporen om hun bijdrage te leveren voor een nieuw assessment.

4. De ontwikkeling van een kader voor informatiedeling voor de (G)GZ

Om te kunnen starten met de implementatie van BelRAI in de volledige Vlaamse GGZ, is het noodzakelijk dat de Vlaamse overheid een **kader voor gegevensdeling** ontwikkelt.

- Voordelen van het delen van BelRAI gegevens: bv. de cliënt moet niet altijd zijn volledige verhaal opnieuw doen, hulpverleners die betrokken zijn bij de zorg voor een cliënt beschikken over al de noodzakelijke informatie om goede begeleiding te bieden.
- Nadelen van het delen van BelRAI gegevens: voor cliënten is het moeilijker om met een **propere lei** te beginnen in een nieuwe voorziening, zonder dat de betrokken hulpverleners (van bij aanvang) weet hebben van alle informatie uit het BelRAI (GGZ)-dossier. Men is van mening dat het fijn is om met een open kijk van start te gaan met een cliënt en deze geleidelijk aan te leren kennen.
- De **geïnformeerde toestemming van de cliënt** is in het kader van gegevensdeling essentieel. Volgende zaken verdienen hierbij aandacht:
 - (1) Men moet cliënten bewust maken van de mogelijke consequenties van het geven van hun toestemming voor gegevensdeling.
 - (2) Mogelijkheden creëren om te nuanceren in toestemming, bv. BelRAI data over bepaalde topic wel/niet delen, met die hulpverlener wel/niet delen.
 - (3) Toestemming van de cliënt is niet alleen noodzakelijk om gegevens door te geven, maar ook om ze te ontvangen.
 - (4) Een cliënt moet zijn toestemming kunnen herbekijken wanneer hij dit wenst.
 - (5) **De vertrouwenspersoon van de cliënt kan ook een rol spelen bij het geven van toestemming voor gegevensdeling, indien nodig.**
- Hulpverleners vinden het zeer belangrijk om bij het **delen van BelRAI-resultaten de nodige kadering** te kunnen geven, zeker wanneer men denkt aan het delen van gegevens met andere voorzieningen, al dan niet binnen de GGZ. Men vreest dat het gebruik van BelRAI ervoor kan zorgen dat deze goede praktijk zal wegvallen.⁹
- Men is zeer bevreesd voor een **overheidsbeleid dat enkel op basis van BelRAI-resultaten bepaalt** of een cliënt al dan niet toegang heeft tot een bepaald type voorziening.¹⁰
- **Welke informatie uit het BelRAI GGZ-instrumentarium delen en met wie?**
 - Voorkeur voor het delen van informatie op een need-to-know basis. **Maar hoe is dit principe te rijmen met een assessment instrument dat juist een breed beeld van de cliënt wil geven?**
 - **De cliënt is mede-eigenaar van de data. Het zijn gegevens van de cliënt waar de hulpverleners ook gebruik van mogen maken.**
 - **De cliënt heeft het recht om te beslissen welke info hij al dan niet wil delen en met wie of welke organisatie. De positie van de cliënt op verschillende andere vlakken ten aanzien van het BelRAI-dossier en gegevensdeling vraagt verdere aandacht. Bv. Wat kan de cliënt zelf inkijken van het BelRAI dossier? De patiënten- en familievertegenwoordigers duiden erop dat een cliënt zijn eigen dossier moet kunnen inkijken en veranderingen moet kunnen toevoegen indien hij een andere kijk heeft op zorgnoden.**
 - De hulpverleners lijken kritischer te staan ten aanzien van het delen van BelRAI gegevens buiten de GGZ, dan tussen GGZ-voorzieningen.
 - **Het werken met een core instrument dat ingedeeld is in modules kan gericht BelRAI data delen mogelijk maken.**
- **Hoe lang gegevens opgeslagen blijven** in een BelRAI-dossier, en zo ook gedeeld kunnen worden, zijn belangrijke vragen om verder mee te nemen en duidelijkheid rond te creëren. **Clënten moeten kunnen beslissen om gegevens van voor een bepaalde datum niet (meer) te delen.**

5. Opleidingscapaciteit

- Naar de toekomst toe zal het noodzakelijk zijn dat al de hulpverleners uit de GGZ – en de bredere gezondheidssector – een officiële opleiding volgen. Naast het feit dat dit een grote (tijds)investering zal vragen, moet men ook rekening houden met de verschillende soorten beroepsdisciplines en verschillen in opleidingsniveau die er binnen de voorzieningen zijn.
- Daarnaast is – naast een uitgebreide initiële opleiding – ook verdere bijscholing en praktijkervaring nodig om ervoor te zorgen dat hulpverleners het instrumentarium grondig genoeg (blijven) kennen en correct invullen.

Kleurenlegende:

- De visie van de hulpverleners staan weergegeven in gewone, zwarte tekst.
- De visie van de coördinatoren – aanvullend of tegenstrijdig aan die van de hulpverleners - werd toegevoegd in **blauwe tekst**.
- De visie van de GGZ-netwerken en koepelorganisaties – aanvullend of tegenstrijdig aan die van de hulpverleners - werd toegevoegd in **oranje tekst**.
- De visie van de patiënten- en familievertegenwoordigers – aanvullend of tegenstrijdig aan die van de hulpverleners - werd toegevoegd in **parse tekst**.

Nota: de cijfers in superscript geven aan dat in Tabel 22 een nota van de onderzoekers is opgenomen m.b.t. het betreffende resultaat uit de focusgroepen en het expertpanel.

Tabel 22 Nota's van de onderzoekers bij bepaalde visies van hulpverleners, coördinatoren, GGZ-netwerken, koepelorganisatie en patiënten- en familievertegenwoordigers op de randvoorwaarden voor implementatie van BelRAI in de Vlaamse GGZ (zie Tabel 21)

1. Antwoorden geven op onduidelijkheden en bezorgdheden over de doelstellingen en de timing van de implementatie van BelRAI

¹ Hier gaat men er vanuit dat BelRAI kwaliteitsindicatoren (ook) berekend worden op basis van het aantal uur dat bepaalde behandelingen aangeboden werden, maar dit zal niet het geval zijn.

² BelRAI heeft de doelstelling om dubbele registraties en assessments in de praktijk te vermijden. In de studiecontext was het onmogelijk om deze doelstelling te realiseren. Ook in een overgangsfase naar de daadwerkelijke implementatie in de GGZ zal dit nog een moeilijkheid blijven.

³ Voor de hulpverleners resulteert BelRAI op cliëntniveau in zorgschalen en CAP's.

2. Aanpassingen nodig aan (de structuur van) het BelRAI GGZ-instrumentarium en de software

⁴ Dit is geen evidentie omdat de hulpverleners grotendeels zelf inschatten welke persoon of bron hen het best informatie kan bieden voor een welbepaald item/thema. Een uitzondering hierop vormen enkele items waar verplicht het cliëntperspectief dient genoteerd te worden.

⁵ In de onderzoekssoftware was het enkel mogelijk om binnen een instrument/supplement terug te keren naar vorige items of door te gaan naar volgende items. Wanneer BelRAI GGZ zal opgenomen zijn in het federale en/of Vlaamse BelRAI platform, is het de bedoeling dat de gebruiksvriendelijkheid van de software zal verbeteren.

⁶ Wanneer hulpverleners BelRAI zouden invullen via het federale en/of Vlaamse BelRAI platform, zijn bij de opstart van een assessment de antwoorden van een vorig assessment reeds zichtbaar, wat helpend kan werken voor de hulpverlener bij het invullen van een nieuw assessment.

3. Praktische aspecten uitwerken aangaande het invullen van het BelRAI GGZ-instrumentarium

⁷ Een BelRAI assessment tijdens een interdisciplinair overleg in-/aanvullen zou er juist voor zorgen dat de visie van de cliënt en zijn context meegenomen worden in de inventarisatie van de zorgnoden.

⁸ Tijdens de studie vulden de hulpverleners voor enkele cliënten voor de eerste maal een volledig BelRAI assessment in. In de software die de hulpverleners in de praktijk zullen gebruiken, kunnen ze ook de antwoorden uit het vorige assessment raadplegen. Daarnaast is het de bedoeling om over te schakelen op multidisciplinair invullen. Hierbij kunnen secties verdeeld worden volgens de hulpverlener(s) met de meeste expertise op het desbetreffende domein.

4. De ontwikkeling van een kader voor informatiedeling voor de (G)GZ

⁹ BelRAI heeft niet de intentie om alle andere communicatiekanalen - bv. bij een overdracht - te vervangen, maar wel om hierbij ondersteuning te bieden. Indien een hulpverlener de inschatting maakt dat het mondeling kaderen van de BelRAI-resultaten nodig is, blijft dit uiteraard aan te raden.

¹⁰ Het is af te raden om patiëntenstromen in de GGZ uitsluitend op BelRAI data te baseren. Bepalen welke cliënten toegang hebben tot welk type voorziening is geen doelstelling van BelRAI.

5. Opleidingscapaciteit

Geen aanvullende nota's van de onderzoekers.

Hoofdstuk 6

Conclusies, discussie en beleidsaanbevelingen

Dit hoofdstuk brengt de conclusies van de BelRAI GGZ-studie samen, vertrekkende vanuit de vier onderzoeksvragen. Daarna volgen de beleidsaanbevelingen om de brede implementatie van BelRAI in de Vlaamse GGZ mogelijk te maken. Voor de subsector van de forensische GGZ zijn de voorwaarden voor brede implementatie onderzocht in een aparte pilootstudie van het Steunpunt WVG (Van Horebeek et al., 2020). Waar nodig vermelden we in dit hoofdstuk voorwaarden waarvoor de uitwerking specifiek voor de forensische GGZ tot aanbeveling strekt.

1 Onderzoeksvraag 1.B: de gebruiksmogelijkheden van het BelRAI GGZ-instrumentarium op het meso- en macroniveau van de Vlaamse GGZ

Op basis van de resultaten van de studie (hoofdstuk 4) komen de onderzoekers tot volgende conclusies met betrekking tot de gebruiksmogelijkheden van BelRAI in de GGZ op organisatie-, netwerk- en regionaal niveau:

- BelRAI zal op netwerkniveau input kunnen geven voor het opstellen van **strategische doelstellingen van GGZ-netwerken**. BelRAI output die in dat verband bijvoorbeeld relevant zou zijn, maakt de vergelijking tussen kwaliteit van leven van cliënten in ambulante versus residentiële voorzieningen, toont aan met welke zorg-variabelen kwaliteit van leven samenhangt¹⁸, brengt de in- en doorstroom van en tussen verschillende organisaties in het netwerk in beeld, geeft input over de zorgnoden van de cliënten, de zorg die reeds aangeboden wordt en de zorgdoelen die nog niet bereikt worden op netwerk- en Vlaams niveau.
- Door de populatie die in zorg is tussen netwerken te vergelijken kunnen netwerken van elkaar leren en **goede praktijken uitwisselen**, bijvoorbeeld met betrekking tot het realiseren van een zinvolle dagbesteding voor de cliënten, de aanpak van somatische zorgnoden en van financiële problemen van de cliënten.
- De BelRAI output heeft het potentieel om een **managementtool** te worden. Momenteel hebben de netwerken dergelijke data niet standaard voor handen, waardoor er veel tijd en energie moet geïnvesteerd worden als ze dergelijke data toch willen verzamelen.

De GGZ-netwerken en betrokken koepelorganisaties maken zich tegelijkertijd zorgen over het gebruik van BelRAI output door de Vlaamse overheid. Er bestaat in de GGZ-sector ongerustheid over de idee dat de Vlaamse overheid de BelRAI data zou gebruiken om vast te leggen welke cliënten met welke zorgnoden in welk type van voorzieningen zorg kunnen of mogen krijgen, om zo **meer vat te krijgen op de patiëntenstromen in de GGZ**. Tenslotte staan de GGZ-netwerken en de betrokken koepelorganisaties kritisch ten opzichte van de idee dat de Vlaamse overheid **budgetten voor de voorzieningen** zal koppelen aan zorgzwaartecategorieën waarin cliënten op basis van BelRAI worden ingeschaald. Deze ongerustheid was

¹⁸ Om oorzakelijke relaties aan te tonen moeten longitudinale data verzameld worden. In deze studie werden cross-sectionele data verzameld.

ook bij de andere stakeholders die betrokken zijn in de studie – hulpverleners, coördinatoren en in mindere mate bij de patiënten- en familievertegenwoordigers - te horen.

Dit neemt niet weg dat de onderzoekers verschillende redenen zien om de financiering van zorg op basis van zorgzwaarte – die BelRAI in kaart brengt – verder te onderzoeken (Carpenter & Hirdes, 2013; Costa, Poss, & McKillop, 2015; Hirdes et al., 2020). Financiering op basis van zorgzwaarte kan tot een meer fair systeem van financiering leiden wanneer aan een aantal voorwaarden voldaan is. Onder meer dienen personen die meer zorg nodig hebben een hogere financiering te krijgen, en die financiering moet hoog genoeg zijn om de zorg en ondersteuning die nodig is, te kunnen aanbieden. Om het tot een fair financieringssysteem te maken, zal het ook vraaggestuurd moeten zijn. Daarenboven leidt het gebruik van eenzelfde registratiesysteem voor zowel de onderbouwing van de continuïteit en kwaliteit van zorg als voor financiering tot minder “gaming” bij diegenen die het instrumentarium invullen (Carpenter & Hirdes, 2013; Hirdes et al., 2020). Dit wil zeggen dat het invullen van het instrumentarium minder vaak wordt afgestemd op het binnenhalen van een zo hoog mogelijk budget omdat de resultaten van het instrumentarium ook input leveren om de kwaliteit van zorg te verbeteren, zowel op cliënt- als op voorzienings- en netwerk-niveau.

2 Onderzoeksvragen 2 en 3: de gebruiksmogelijkheden van het BelRAI GGZ-instrumentarium op cliëntniveau

Op basis van de resultaten van de studie (Tabel 17 en Tabel 19) en op basis van de knowhow van de BelRAI onderzoekers komen we tot volgende conclusies met betrekking tot de gebruiksmogelijkheden van BelRAI op cliëntniveau in de GGZ:

- BelRAI genereert een **breed beeld van de cliënt** en zinvolle achtergrondinformatie die hulpverleners anders niet of minder gespecificeerd voor handen zouden hebben. Het inventariseren van algemene, niet-delictgerelateerde zorgnoden is volgens het Good Lives model ook in de forensische GGZ belangrijk.
- BelRAI brengt verschillende levensdomeinen van de cliënt in kaart. Dit gebeurt voornamelijk vanuit het **hulpverlenersperspectief**. De sector vindt dat de BelRAI MH en CMH het cliëntperspectief te weinig in beeld brengt. De BelRAI Quality of Life vragenlijst – die de cliënt invult – wordt dan ook als een belangrijke aanvulling ervaren bij het BelRAI MH- of CMH-instrument en de supplementen (zie ook verder). De sector vindt het een gemiste kans dat BelRAI de **sterktes en mogelijkheden** van de cliënt niet uitgebreider in beeld worden gebracht dan momenteel het geval is.
- Gezien de problematieken van personen met een EPA erg verscheiden zijn en evolueren doorheen de tijd, verschilt het van cliënt tot cliënt **welke zorgnoden op een bepaald moment in zijn zorgtraject uitgebreide inventarisatie** nodig hebben. Hiermee houdt de huidige structuur van het BelRAI GGZ-instrumentarium geen rekening. Dat BelRAI ook **delicate thema's** bevroegt, helpt hulpverleners om deze aan te kaarten bij de cliënten. Bij een aantal cliënten is het bevroegen van delicate thema's – in een bepaalde fase van zijn zorgtraject - niet opportuun omdat het hun precaire psychische toestand extra onder druk zet.
- Als input voor de **begeleidingsplannen** zijn de BelRAI resultaten als minder relevant beoordeeld. Dit heeft voornamelijk met drie redenen te maken. Allereerst beschikken voorzieningen veelal over een **eigen assessment instrumentarium**. Dit kan zowel gaan over tools en methodieken die aansluiten bij hun begeleidingsvisie, alsook (psycho-)diagnostische instrumenten voor de eigen specifieke doelgroep.

De hulpverleners ervaren vooral bij de eerste groep van assessment instrumenten een meerwaarde ten opzichte van BelRAI te duiden. Zo geeft men bijvoorbeeld de voorkeur aan instrumenten en methodieken die dichter aanleunen bij de herstellvisie (zie ook het volgende punt) bv. de herstelkaart en de SRH-ladekast? De hulpverleners vinden hun eigen instrumentarium een meerwaarde ten aanzien van BelRAI op vlak van specificiteit (ten opzichte van de cliënt, setting of fase in een behandeling), kwalitatieve in plaats van kwantitatieve informatie, tijdsefficiëntie en het includeren van het cliëntperspectief. Voorzieningen verschillen sterk ten opzichte van elkaar m.b.t. (1) of specifieke instrumenten al dan niet gebruikt worden bij het opstellen van een begeleidingsplan, (2) welke instrumenten dit juist zijn en (3) de keuzevrijheid van de hulpverleners om deze al dan niet te gebruiken. Ten tweede zijn de begeleidingsplannen in veel van de bevraagde voorzieningen voornamelijk gebaseerd op de **herstellvisie** waarbij de mogelijkheden, krachten, sterktes van de cliënt en de zorgvragen van de cliënt centraal staan. Hierdoor oordeelden de hulpverleners dat de BelRAI resultaten weinig concrete handvatten bieden om een begeleidingsplan op te stellen. Ten derde zijn BelRAI resultaten vaak gebaseerd op de situatie van de **laatste drie dagen**, terwijl de opmaak of aanpassing van een begeleidingsplan gebaseerd zijn op het therapeutisch proces van de cliënten van de voorbije weken of maanden.

Bij deze visie op de gebruiksmogelijkheden van BelRAI m.b.t. het begeleidingsplan dient in rekening genomen te worden dat de hulpverleners het instrumentarium vaak ingevuld hebben voor cliënten die ze reeds lange tijd kenden (zie deel 1 van hoofdstuk 5). Dit zou mee kunnen verklaren waarom de BelRAI-resultaten weinig relevante input gaven voor de begeleidingsplannen.

- De nieuw ontwikkelde **supplementen** – het Maatschappelijk Herstel supplement en de uitgebreide versie van het BelRAI Addictions supplement – zijn eerder positief onthaald, en hebben deels herwerking nodig. De voorwaarden voor het invullen van de supplementen zullen herbekeken worden.
- De **BelRAI Quality of Life vragenlijst** die de cliënt invult, maakt een belangrijk deel uit van het BelRAI assessment, voornamelijk omdat dit cliënt-rapportage betreft. Binnen interRAI is onderzoek lopende naar de factorstructuur van de vragenlijst. Binnenkort zal de vragenlijst dus resulteren in scores op vijf subschalen (zie hoofdstuk 4, deel 1). De onderzoekers verwachten dat dit de gebruiksmogelijkheden van de vragenlijst in het kader van het begeleidingsplan zal verbeteren.
- Tijdens de studie waren de hulpverleners van oordeel dat de **tijd** die ze investeerden in (de voorbereiding van) het invullen van de instrumenten en de **informatie** die ze eruit haalden, **niet in balans** waren. Het is eigen aan de studiecontext dat het BelRAI systeem nog niet volledig uitgerold is en nog niet breed gebruikt wordt in de (G)GZ. Het gevolg hiervan is dat de hulpverleners die deelnamen aan de studie niet de mogelijke voordelen konden ervaren van het BelRAI systeem.

Om het BelRAI GGZ-instrumentarium meer op maat van de cliënt en van de behandeling te kunnen invullen, zullen de onderzoekers een **BelRAI GGZ-core instrument** ontwikkelen en de overige items van het BelRAI GGZ-instrumentarium opdelen in **modules**. Enerzijds zal het core instrument items bevatten die voor de zorg voor de cliënt en/of voor het kwaliteitsmanagement van de organisatie minimaal noodzakelijk zijn om regelmatig te inventariseren en aan te vullen. Anderzijds is het de bedoeling dat het BelRAI GGZ-core instrument aangeeft welke modules ook relevant zijn om in te vullen voor een specifieke cliënt op basis van de zorgnoden die in het core instrument geïnventariseerd zijn. Hulpverleners zullen het invullen van bepaalde modules ook kunnen afstemmen op de fase van de behandeling van de cliënt. Het core instrument en de modules zullen evenwel ook aangevuld worden met een praktijkrichtlijn over wanneer het volledige instrumentarium dient ingevuld te worden. Deze werkwijze zal het gebruik van het BelRAI GGZ-instrumentarium ook haalbaarder maken voor de hulpverleners.

Naast de aanpassing van de structuur van het BelRAI GGZ-instrumentarium heeft de BelRAI GGZ-studie input gegeven voor de herwerking van een aantal **BelRAI supplementen**. Het betreft:

- Het BelRAI Forensic supplement: dit supplement wordt op basis van het Risk-Need-Responsivity model aangepast zodat het supplement een overzichtelijk beeld geeft van de central eight risicofactoren (Bonta, Blais, & Wilson, 2014);
- De eerste pilootversie van het Maatschappelijk Herstel supplement wordt herwerkt;
- Het BelRAI Addictions supplement en het BelRAI Addictions supplement – extended version worden herwerkt tot één enkel supplement voor verslavingsproblematiek dat minimaal het interRAI Addictions supplement omvat.

In de forensische GGZ vormt de **DUNDRUM** een aanvulling op het BelRAI GGZ-instrumentarium om het correcte beveiligingsniveau waarin de cliënt dient te zitten, vast te leggen. (Van Horebeek et al., 2020). DUNDRUM-1 geeft input omtrent de beveiligingsnoden van een forensische patiënt die nodig zijn om de betreffende persoon behandeling te kunnen bieden. DUNDRUM-3 en DUNDRUM-4 – die ook door de cliënt wordt ingevuld - geven input omtrent behandelvoortgang en mate van herstel, met eventuele verwijzing naar een voorziening met een ander beveiligingsniveau. De cliënt-versie van DUNDRUM-3 en 4 zal herwerkt worden zodat deze ook geschikt zal zijn voor cliënten met een verstandelijke beperking

Na deze herwerking van (de structuur van) het BelRAI GGZ-instrumentarium is het klaar om geïmplementeerd te worden in de brede GGZ, weliswaar op een gefaseerde manier en mits de nodige randvoorwaarden gerealiseerd zijn.

3 Onderzoeksvraag 4: de randvoorwaarden voor implementatie in de Vlaamse GGZ

De BelRAI GGZ-studie toont aan dat de realisatie van volgende randvoorwaarden essentieel is om de brede implementatie van BelRAI in de Vlaamse GGZ te kunnen opstarten (zie Tabel 21).

- De sector heeft duidelijkheid nodig aangaande de **doelstellingen die de Vlaamse overheid heeft met BelRAI in de GGZ**. Twee doelstellingen zijn reeds duidelijk op basis van de missie en de visie van het interRAI-consortium (<https://www.interrai.org/organization/>). BelRAI ondersteunt enerzijds de continuïteit en kwaliteit van zorg op cliëntniveau, en informeert anderzijds beleidsmakers om hun beleidskeuzes op organisatie-, netwerk- en regionaal niveau te kunnen onderbouwen. Bij alle stakeholders die betrokken waren bij de studie leefde daarnaast sterk de vraag of de Vlaamse overheid haar financieringssysteem zal enten op BelRAI data, of de Vlaamse overheid aan de hand van de BelRAI data meer vat wil krijgen op patiëntenstromen in de GGZ (welke cliënten toegang hebben tot welk type voorziening), en in mindere mate of de kwaliteitsmonitoring erop gebaseerd zal zijn. De onduidelijkheid hierover kleurde tijdens de studie de visie van alle stakeholders op de gebruiksmogelijkheden van BelRAI op cliënt-, organisatie- en netwerkniveau.
- Opdat BelRAI een plaats zou krijgen in het model van geïntegreerde en persoonsgerichte zorg (WHO, 2015) in Vlaanderen, is een zo groot mogelijke transparantie van het BelRAI dossier voor de cliënt noodzakelijk. Het ziekte-inzicht van bepaalde cliënten in de GGZ kan omwille van de psychische problematiek (tijdelijk) beperkt of afwezig zijn. Rekening houdend hiermee moet de **toegang van de cliënt en zijn vertegenwoordiger en/of vertrouwenspersoon** tot het BelRAI dossier uitgewerkt worden.

- Opdat BelRAI continuïteit en kwaliteit van zorg zou kunnen ondersteunen - zowel op cliënt-, organisatie- als netwerkniveau – is de uitwerking en uitklaring van een aantal **praktische topics** noodzakelijk:
 - Omvorming van het instrumentarium tot een **gebruiksvriendelijke online tool** die **multidisciplinair** en over voorzieningen heen kan ingevuld worden;
 - Het longitudinaal bijhouden van BelRAI data veronderstelt **coördinatie** van elk BelRAI dossier;
 - **Wanneer en hoe vaak** BelRAI assessments worden uitgevoerd is enerzijds afhankelijk van het zorgtraject en de toestand van de cliënt. Anderzijds dient duidelijk te worden of de Vlaamse overheid BelRAI assessments op bepaalde momenten in het zorgtraject verwacht, afhankelijk van de doelstellingen die de Vlaamse overheid met BelRAI heeft naast de verbetering van continuïteit en kwaliteit van zorg;
 - Hulpverleners en beleidsmedewerkers van voorzieningen en netwerken hebben een directe *return on investment* nodig onder de vorm van toegankelijke en overzichtelijke **individuele en groepsstatistieken**;
 - Voor de cliënten en hun vertrouwenspersoon/vertegenwoordiger is de ontwikkeling van een **cliëntvriendelijke rapportage** van de BelRAI resultaten een must.
- Opdat BelRAI continuïteit van zorg zou ondersteunen op cliëntniveau is **informatiedeling** tussen hulpverleners onontbeerlijk. De uitwerking van een kader voor informatiedeling binnen de (G)GZ is noodzakelijk waarbij aandacht is voor:
 - Enkel **need-to-know informatie** delen met de betrokken hulpverleners;
 - **Geïnformeerde toestemming** van de cliënt, of indien nodig van zijn vertegenwoordiger of vertrouwenspersoon;
 - De reeds bestaande **GDPR-wetgeving** en de wetgeving omtrent het **beroepsgeheim**.

In de **forensische GGZ** kunnen zich specifieke situaties voordoen die veel minder voorkomen in de reguliere GGZ. Denken we aan situaties waarin de cliënt niet akkoord is om need-to-know informatie te delen met nieuwe hulpverlening, terwijl dit delen noodzakelijk is gezien de mogelijke impact van de forensische problematiek op de nieuwe hulpverleningssituatie. Hierbij dient opgemerkt te worden dat de vrijwilligheid van de toestemming door de cliënt in een dergelijk geval eerder relatief is, aangezien er de overgang naar een voorziening met minder beveiligingsmaatregelen van afhangt.

- Voldoende **opleidingscapaciteit** voorzien voor alle (G)GZ-sectoren en (G)GZ-disciplines is noodzakelijk opdat BelRAI geïntegreerde zorg zou kunnen ondersteunen. De BelRAI GGZ-studie heeft duidelijk gemaakt dat het belangrijk is om de opleiding van hulpverleners te laten voorafgaan door duidelijke communicatie naar de directies en beleidsmedewerkers van voorzieningen toe over de doelstellingen van BelRAI in en buiten de GGZ.
- Zoals onder deel 2 van dit hoofdstuk reeds is toegelicht is een **herwerking van (de structuur van) het BelRAI GGZ-instrumentarium** noodzakelijk opdat het BelRAI GGZ-assessment meer op maat van de cliënt en van de behandeling/begeleiding zou kunnen uitgevoerd worden.

4 Beleidsaanbevelingen

De invoering van BelRAI is in de vorige legislatuur op sporen gezet in de Vlaamse sectoren. De eerste twee fasen van het implementatieproces in de GGZ gingen gepaard met opleiding, ondersteuning en evaluatie door het Steunpunt WVG. De vraag die nu voorligt is: wat is er nodig voor een volledige uitrol zoals voorzien is in de regelgeving?

Op basis van de resultaten van de BelRAI GGZ-studie en de BelRAI-DUNDRUM forensische GGZ-pilootstudie (Van Horebeek et al., 2020) formuleren we volgende prioriteiten: (1) Duidelijke informatie over de doelstellingen van BelRAI, (2) Online BelRAI platform en coördinatie, (3) Afspraken over de inzage door de persoon zelf en de vertrouwenspersoon en/of vertegenwoordiger, (4) Ontwikkeling van een kader voor informatiedeling tussen de (G)GZ-sectoren, (5) Werken met een BelRAI GGZ-core instrument, en (6) Opleiding en verder onderzoekswerk.

4.1 Duidelijke en correcte informatie over de doelstellingen en de timing van BelRAI

Eerst en vooral is het belangrijk dat alle koepels en organisaties een duidelijke boodschap krijgen dat BelRAI in de GGZ wordt ingevoerd zoals decretaal is vastgelegd. Voor sommigen is niet duidelijk wat precies de meerwaarde van BelRAI is en aan welke verwachtingen deze instrumenten *niet* tegemoetkomen. Kort samengevat komt het hierop neer dat de interRAI instrumenten bijdragen tot continuïteit en coördinatie in de zorg. Dit is vooral nodig voor mensen met complexe en langdurige problemen. In de GGZ spreken we over EPA-patiënten (personen met een ernstige psychiatrische aandoening). Onder andere het gebruik van een comprehensief assessment zoals BelRAI kan de continuïteit en coördinatie van de zorg verbeteren. Tegelijk draagt dit bij tot de efficiëntie van de zorg aangezien men in verschillende sectoren niet met andere instrumenten dezelfde kenmerken steeds opnieuw weer in kaart brengt, maar voortbouwt op wat er eerder en elders geregistreerd is.

Over het belang van continuïteit en coördinatie als belangrijke ingrediënten van een persoonsgerichte zorg en ondersteuning en van integrale zorg, is men het eens. De stap naar dit instrumentarium moet veel sterker vooropgesteld worden als middel om dit doel te bereiken. Presentaties met syntheses over de output op team-, sector- en netwerkniveau dragen bij tot dit inzicht.

BelRAI wordt door sommigen als bedreigend gezien omdat men verwacht dat met de BelRAI data de financiering meer zou afgestemd worden op de zorgzwaarte en zorgnoden. Een dergelijke doelstelling is inderdaad een vooruitzicht voor de toekomst, met name op het moment waarop de zorgzwaarte van volledige populaties in kaart gebracht zijn over sectoren heen. In het kader van de persoonsvolgende financiering is dit ook een rechtvaardige inzet van middelen. Maar de weg naar betrouwbare en valide data is nog lang en ook hierover dient het nodige studiewerk verricht te worden (zie 4.6 hieronder). Het gebruik van BelRAI data voor financiering wordt veel meer aanvaardbaar en begrijpelijk voor de betrokkenen op het moment dat BelRAI in de praktijk aantoonbaar helpt voor de continuïteit en de coördinatie van de zorg. Dit inzicht komt dus pas nadat BelRAI is ingevoerd. Duidelijkheid over hoe BelRAI andere registratiesystemen zoals MPG en de B4-registratie zal vervangen, zal tenslotte nodig zijn.

4.2 Online BelRAI platform en coördinatie

Het BelRAI dossier kan gebruiksvriendelijk intersectoraal ingevuld worden indien het opgenomen is in het Vlaams en/of federaal BelRAI platform. Dit faciliteert het interdisciplinair karakter van BelRAI en het gebruik van de handboeken die bij de instrumenten horen. Daarnaast kan een gedetailleerde weergave van de scores op item-niveau voor de items van een bepaalde zorgschaal/CAP de interpretatie van de output binnen het kader van de begeleiding van de cliënt vergemakkelijken. Verder draagt het gebruik van een BelRAI platform bij tot de integratie in de software van de patiëntendossiers, wat een belangrijke meerwaarde oplevert qua tijdswinst tijdens consultaties. Ook de verdere afstemming met de forensische GGZ, waar de DUNDRUM een specifieke aanvulling op het GGZ-instrumentarium vormt, verdient aanbeveling. De link tussen het Vlaamse en federale BelRAI platform is van groot belang voor de informatie-uitwisseling tussen Vlaams en federaal gesubsidieerde voorzieningen, zeker in de GGZ.

Een online BelRAI platform voorziet dat er voor elk BelRAI dossier een coördinator aangesteld is die toegangsrechten geeft aan andere zorgverstrekkers en die de geïnformeerde toestemming van de cliënt voor het delen van de BelRAI data opvolgt. De coördinator is van dichtbij betrokken in de zorg en geeft opdracht aan de andere zorgverstrekkers om het dossier tijdig aan te vullen.

Door de wetenschappelijke begeleiding van het implementatietraject (zie 4.6) zal het ook mogelijk zijn om - na (her)testing – kleine aanpassingen door te voeren aan het BelRAI GGZ-instrumentarium via software-updates.

4.3 Afspraken over de inzage door de persoon zelf en de vertrouwenspersoon

In principe heeft de persoon recht op inzage in zijn dossiergegevens. Dit is de bedoeling, en de grote transparantie stemt ook overeen met basisprincipes van goede zorg. Toch is het in de context van de GGZ ook nodig om in sommige situaties de dossiergegevens niet open te stellen voor de persoon zelf. Sommige patiënten hebben – inherent aan hun problematiek en eventueel tijdelijk – geen ziekte-inzicht en zullen de assessments ook betwisten. Op deze wijze zou de vanzelfsprekende transparantie de therapeutische relatie en het genezings- en herstelproces van een patiënt op bepaalde momenten kunnen verstoren.

De therapeutische relatie en het welbevinden van de patiënt blijven richtinggevend voor de wijze waarop men gegevens uit assessments ter sprake brengt op een manier die bijdraagt tot genezing en herstel. Het dossier voor de patiënt en zijn vertrouwenspersoon en/of vertegenwoordiger openstellen zonder meer, is bijgevolg niet vanzelfsprekend. Dit geldt ook voor de andere GGZ-dossiers van patiënten waarin diagnostische informatie is opgenomen. De keuze van het juiste moment om een dossier open te stellen vereist dus klinische afwegingen. Dit geldt in het bijzonder ook voor de forensische GGZ waar de DUNRUM mee opgenomen wordt. Hierover zou best een richtlijn worden opgesteld die door de coördinator van het BelRAI-dossier gehanteerd kan worden.

4.4 Ontwikkeling van een kader voor de informatiedeling tussen gezondheidssectoren

Het sectoroverschrijdend delen van informatie over GGZ-gebruikers is een delicate kwestie. Vooral omwille van het stigma en de discriminatie van mensen met psychische problemen is het belangrijk dat er voorzichtig mee omgegaan wordt. Tegelijk is het grote taboe op de bespreekbaarheid contraproductief omdat het de noodzakelijke goede samenwerking tussen teams en disciplines voor EPA-patiënten verhindert en hiermee ook hun kansen op een goede kwaliteit van leven in de samenleving. Het is bijgevolg belangrijk dat

de beschikbare denkoefeningen die over informatiedeling in de welzijnssectoren gerealiseerd zijn, ook verder geconcretiseerd worden naar hun toepassing in de sectoroverschrijdende werking met de GGZ.

4.5 Afspraken over het werken met een BelRAI GGZ-core instrument

In januari 2021 zijn twee nieuwe BelRAI GGZ-projecten van start gegaan binnen het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin¹⁹. Eén daarvan (EF75) focust op de ontwikkeling van een BelRAI GGZ-core instrument, inclusief modules, voor gebruik in de Vlaamse GGZ. Dit instrument zal voorzien in een beperkt - maar zorgvuldig geselecteerd - aantal items uit het BelRAI GGZ-instrumentarium dat bepalend is voor de toeleiding naar modules. Deze selectie zal bepaald worden op basis van wetenschappelijke en klinische criteria. Zo is het bijvoorbeeld nodig dat er ook aandacht gaat naar, en kennis beschikbaar is over de lichamelijke problemen van personen met EPA in de GGZ (Jespers et al., 2021).

Hiermee komen we tegemoet aan de vraag om voor de opstart van een BelRAI dossier te voorkomen dat begeleiders het hele instrumentarium moeten doorlopen met vele items die mogelijk niet relevant zijn voor een bepaalde cliënt in een bepaalde fase van zijn zorgtraject. Enkel de relevante modules worden op een wetenschappelijke wijze geselecteerd voor de opstart. Daarnaast zal het toch ook nodig zijn om de coördinator van BelRAI-dossiers te voorzien van richtlijnen om het volledige instrument bij bepaalde personen verder af te werken met het oog op de standaardisatie die nodig is voor de vergelijkbaarheid tussen dossiers en tussen teams, sectoren en netwerken. Dit proces kan in dialoog met de sector verlopen omdat het vooral moet afgestemd worden op doorlooptrajecten in de zorg en haalbaarheid voor personeel.

4.6 De rol van onderzoekers en het Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek vzw

Een proces van verdere implementatie in netwerken van voorzieningen zou bijvoorbeeld op projectmatige basis kunnen plaatsvinden met enkele GGZ-netwerken en netwerken internering die bereid zijn om als koploper te functioneren. Ook psychiatrische ziekenhuizen en psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen zijn belangrijke partners in het zorgtraject voor personen met een EPA. Daarom is het van groot belang dat ook deze federaal gesubsidieerde voorzieningen verder betrokken worden bij het implementatieproject. De evaluatie van de implementatie zou vervolgens leiden tot een haalbaar stappenplan voor de algemene implementatie. Een dergelijke benadering met koplopers en geïnteresseerde regio's die als eersten een implementatietraject doorlopen is in de GGZ gekend vanuit de invoering van de netwerken in 2010.

De algemene invoering - sectoroverschrijdend - zal ertoe leiden dat de geregistreerde data voor volledige populaties van EPA-patiënten in een netwerk kunnen gepresenteerd worden en de basis kunnen vormen voor beleidskeuzes in eerste instantie in het netwerk zelf. Na enkele jaren mag men verwachten dat de data ertoe leiden dat ook de winsten op vlak van continuïteit en coördinatie vanzelfsprekend zijn en dat BelRAI een vaste waarde wordt. Eens een representatief staal van BelRAI assessments verzameld zal zijn, kunnen bovendien de interRAI GGZ-kwaliteitsindicatoren (Perlman et al., 2013) en zorgzwaartecategorieën (Canadian Institute for Health Information, 2017) voor Vlaanderen aangepast en ontwikkeld worden.

¹⁹ Het tweede project (EF74) bouwt verder op de BelRAI-DUNDRUM forensische GGZ-pilootstudie (Van Horebeek et al., 2020) en richt zich op de aanpassen van het BelRAI Forensic supplement op basis van het Risk-Need-Responsivity model en het afstemmen van de DUNDRUM voor personen met een verstandelijke beperking.

De ondersteuning door een onafhankelijke wetenschappelijke equipe garandeert een evidence-based internationaal gevalideerde tool. LUCAS KU Leuven participeert op het hoogste niveau aan de uitbouw en aanpassingen in het wereldwijd interRAI netwerk en bewaakt op deze wijze de wederzijdse uitwisseling van goede praktijken en aanpassingen aan het systeem.

Aan het Kwaliteitscentrum voor Diagnostiek vzw (KCD) wordt een belangrijke rol toegekend vanuit Vlaanderen. Concreet betekent dit dat het KCD de vormingspakketten ontwikkelt waarmee de trainers aan de slag gaan en ook de inhoud voor intervisie achteraf. Aan het KCD worden o.m. volgende taken toevertrouwd:

- Ontwikkeling van de opleidingspakketten BelRAI die in Vlaanderen verplicht gebruikt worden i.k.v. opleiding van gespecialiseerde trainers, gewone trainers en indicatiestellers. Deze opleidingspakketten worden overeenkomstig het samenwerkingsprotocol gecertificeerd door het team van BelRAI experts bij de FOD Volksgezondheid;
- Inhoudelijke voorbereiding van de intervisiesessies in Vlaanderen met het oog op het uniform hanteren van BelRAI, conform de internationale richtlijnen van interRAI;
- Aanbieding van een helpdesk voor het beantwoorden van vragen van gespecialiseerde en gewone trainers en bouwt daartoe een kennisdelingsplatform uit (<https://belrai-kennisportaal.be/>).

Met het geheel van deze beleidsaanbevelingen betekenen de BelRAI GGZ-studie en de BelRAI-DUNDRUM forensische GGZ-pilootstudie (Van Horebeek et al., 2020) een belangrijke stap vooruit in het implementatieproces van BelRAI in de Vlaamse GGZ (zie ook Figuur 2 in hoofdstuk 1). De randvoorwaarden die uitwerking nodig hebben, zijn geconcretiseerd. De realisatie ervan door de Vlaamse overheid, het KCD en de onderzoekspartners is nu primordiaal. Daarna kan het implementatieproces een nieuwe fase ingaan. Een mogelijk scenario bestaat erin dat een GGZ-netwerk en een netwerk internering die willen fungeren als koplopers de implementatie opstarten. De daadwerkelijke uitrol van BelRAI in de GGZ in Vlaanderen zal sowieso een gefaseerd en uitdagend proces worden waarbij de bijdrage van alle stakeholders noodzakelijk zal zijn.

Referenties

- Bachrach, L. L. (1988). Defining chronic mental illness: A concept paper. *Hospital and Community Psychiatry*, 39(4), 383-388. doi: <https://doi.org/10.1176/ps.39.4.383>
- Bachrach, L. L. (1991). Service planning for chronic mental patients: Some principles. *International Journal of Group Psychotherapy*, 41(1), 23-31. doi: 10.1080/00207284.1991.11490630
- Boevink, W., Kroon, H., & Giesen, F. (2008). *Empowerment: constructie en validatie van een Vragenlijst*. Utrecht: Trimbos-instituut
- Boevink, W. (2009). *Nederlandse Empowerment Lijst*. Geraadpleegd via Trimbos-instituut website: <https://www.trimbos.nl/docs/fc317cfa-9bd1-414a-a633-804948a0d036.pdf>
- Boevink, W., Kroon, H., Delespaul, P., & Van Os, J. (2017). Empowerment according to persons with severe mental illness: Development of the Netherlands Empowerment List and Its Psychometric Properties. *Open Journal of Psychiatry*, 7(1), 18-30. doi: 10.4236/ojpsych.2017.71002
- Bonta, J., Blais, J., & Wilson, H. A. (2014). A theoretically informed meta-analysis of the risk for general and violent recidivism for mentally disordered offenders. *Aggression and Violent Behavior*, 19(3), 278-287. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.avb.2014.04.0141359-1789>
- Costa, A. P. C., Poss, J. W., & McKillop, I. (2015). Contemplating case mix: A primer on cas mix classification and management. *Healthcare Management Forum*, 28, 12-15. doi: 10.1177/0840470414551866
- Canadian Institute for Health Information (2017). Information sheet: SCIPP grouping and weighting methodology. Geraadpleegd via https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/infosheet_casemix_scipp_overview_2016_en.pdf
- Carpenter, I., & Hirdes, J. P. (2013). Using interRAI assessment systems to measure and maintain quality of long-term care. In OECD/European Commission (Red.), *A good life in old age? Monitoring and improving quality in long-term care* (pp. 93-139). Paris: OECD Publishing.
- Damschroder L.J., Aron D.C., Keith R.E., Kirsh S.R., Alexander J.A., & Lowery J.C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science*, 4(1), 50. doi: 10.1186/1748-5908-4-50
- De Bruyn, E. E. J., & Ruijsenaars, A. J. J. M. (2015). *De diagnostische cyclus in de praktijk. Casuïstiek, achtergronden, beschouwingen en context*. Leuven: Acco Uitgeverij.
- De Bruyn, E. E. J., Ruijsenaars, A. J. J. M., Pameijer, N. K., & van Aarle, E. J. M. (2003). *De diagnostische cyclus: Een praktijkleer*. Leuven: Acco Uitgeverij.
- Declercq, A., Flamaing, J., Gosset, C., Milisen, K., Moons, P., Collard, J., ...Wellens N. (2011). BelRAI VI: Wetenschappelijk onderzoek met betrekking tot de pilootprojecten voor het transmuraal gebruik van het BelRAI instrument.
- De Cuyper, K., Van Ingelgom S., & Van Audenhove, Ch. (2018). *Uitwerking van een ontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid* (Onderzoeksrapport). Geraadpleegd via LUCAS, KU Leuven website: <https://steunpuntwvg.be/images/swvg-3-rapporten/ef16-uitwerking-van-een-ontwerp-van-decreet-betreffende-de-geestelijke-gezondheid>

- De Groof, M., Bianchi, J., Jacob, B., Declercq, A., & Van Audenhove, C. (2009). *Onderzoek naar de mogelijkheid tot implementatie van de instrumenten RAI Mental Health en Community Mental Health / Estimation des possibilités d'implémentation des outils RAI Mental Health et Community Mental Health* (Onderzoeksrapport). Geraadpleegd via LUCAS, KU Leuven website: https://www.kuleuven.be/lucas/nl/Publicaties/publi_upload/2009_7_MDG_BJ_AD_CVA_RAI_Mental_Health.pdf
- De Jaeghere, V., De Smet, A., & Van Audenhove, C. (2011). *Registratie en monitoring systemen*. (Onderzoeksrapport). Geraadpleegd via LUCAS, KU Leuven website: https://www.kuleuven.be/lucas/nl/Publicaties/publi_upload/2011_7_VDJ_ADS_CVA_Monitoringssystemen_en_indicatoren.pdf
- Delespaul, P. & de consensusgroep EPA (2013). Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 55(6), 427-438.
- Dieterich, M., Irving, C.B., Bergman, H., Khokhar, M.A., Park, B., & Marshall, M. (2017). Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11(1). doi: <https://doi-org.kuleuven.ezproxy.kuleuven.be/10.1002/14651858.CD007906.pub3>
- Flottorp S.A., Oxman A.D., Krause J., Musila N.R., Wensing M., Godycki-Cwirko, M., Baker, R., & Eccles, M.P. (2013). A checklist for identifying determinants of practice: a systematic review and synthesis of frameworks and taxonomies of factors that prevent or enable improvements in healthcare professional practice. *Implementation Science*, 8(1), 35. doi: 10.1186/1748-5908-8-35
- For-Care. (2020). *For-Care project: A "realist evaluation" of a reform programme in a multisectoral framework- Final report*.
- Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E., & McKendry, R. (2003). Continuity of care: A multidisciplinary review. *British Medical Journal*, 327(7425), 1219 – 1221. doi: <https://doi-org.kuleuven.ezproxy.kuleuven.be/10.1136/bmj.327.7425.1219>
- Hermans, S., Sevenants, A., & Van Audenhove, Ch. (2020). *Referentiekader continuïteit in de zorg voor personen met geestelijke gezondheidsproblemen* (Onderzoeksrapport). Geraadpleegd via de Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin website: https://steunpuntwvg.be/images/swvg-3-rapporten/2020_13-rapport_43-ef57-continuïteit-van-zorg
- Hirdes, J., Curtin-Telegdi, N., Mathias, K., Perlman, C. M., Saarela, T., Kolbeinsson, H., ... Szczerbinska, K. (2011). *interRAI Mental Health Clinical Assessment Protocols (CAP's) for Use with Community and Hospital-Based Mental Health Assessment Instruments*. Version 9.1. Washington, DC: interRAI.
- Hirdes, J., P., Curtin-Telegdi, N., Rabinowitz, T., Fries, B. E., Morris, J., Ikegami, N., ... Szczerbinska, K. (2010). *interRAI Community Mental Health (CMH) Assessment Form and User's Manual*. Version 9.2. Washington, DC: interRAI.
- Hirdes J. P., Fries, B. E., Botz, C., Ensley, C., Marhaba, M., & Pérez, E. (2002). *The system of Classification of In-Patient Psychiatry (SCIPP): A new case-mix methodology for mental health*. Canada: University of Waterloo.
- Hirdes, J. P., Smith, T. F., Rabinowitz, T., Yamauchi, K., Perez, E., Telegdi, N. C., ... Fries, B. E. (2002). The Resident Assessment Instrument-Mental Health, Group. The Resident Assessment Instrument-Mental Health (RAI-MH): inter-rater reliability and convergent validity. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 29(4), 419-432. doi: 10.1007/BF02287348

- Hirdes, J. P., van Everdingen, C., Ferris, J., Franco-Martin, M., Fries, B. E., Heillilä, J., ... Van Audenhove Ch. (2020). The interRAI suite of mental health assessment instruments: An integrated system for the continuum of care. *Frontiers in Psychiatry, 10*(926). doi: 10.3389/fpsy.2019.00926
- Hoge Gezondheidsraad (2016). Naar een algemeen kader voor de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren in de geestelijke gezondheidszorg van België. Brussel: HGR. Advies nr. 9204
- Jespers V., Christiaens W., Kohn L., Savoye I., & Mistiaen P. (2021). *Somatic health care in a psychiatric setting* (Onderzoeksrapport). Geraadpleegd via Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) website: https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_338_Psychosomatic_Report_0.pdf
- Monger, B., Hardie, S.M., Ion, R., Cumming, J., & Henderson, N. (2013). The Individual Recovery Outcomes Counter: Preliminary validation of a personal recovery measure. *The Psychiatrist, 37*(7), 221-227. doi: 10.1192/pb.bp.112.041889
- Moullin J.C., Sabater-Hernández D., Fernandez-Llimos F., & Benrimoj S.I. (2015). A systematic review of implementation frameworks of innovations in healthcare and resulting generic implementation framework. *Health research policy and systems, 13*(1), 16. doi: 10.1186/s12961-015-0005-z
- Naert, J., Roose, R., Rapp, R. C., & Vanderplasschen, W. (2017). Continuity of care in youth services: A systematic review. *Children and youth services review, 75*, 116-126. doi: 10.1016/j.chilyouth.2017.02.027
- Naus, T. E., & Hirdes, J. P. (2013). Psychometric properties of the interRAI subjective quality of life instrument for mental health. *Health, 5*(3), 637–642. doi: 10.4236/health.2013.53A084
- Parabiaghi, A., Bonetto, C., Ruggeri, M., Lasalvia, A., & Leese, M. (2006). Severe and persistent mental illness: a useful definition for prioritizing community-based mental health service interventions. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 41*(6), 457-463. doi: 10.1007/s00127-006-0048-0
- Perlman, C. M., Hirdes, J. P., Barbaree, H., Fries, B. E., McKillop, I., Morris, J.N., & Ribanowitz, T. (2013). Development of mental health quality indicators (MHQIs) for inpatient psychiatry based on the interRAI mental health assessment. *BMC Health Services Research, 13*(1), 15. doi:10.1186/1472-6963-13-15
- Protocolakkoord BelRAI (2018, 26 maart). Geraadpleegd van https://www.belrai.org/sites/default/files//content/2018_03_26_imc_protocol_belrai_vs2_approved.pdf
- Rudd, B., Karatzias, T., Bradley, A., Fyvie, C., & Hardie, S. (2020). Personally meaningful recovery in people with psychological trauma: Initial validity and reliability of the Individual Recovery Outcomes Counter (I.ROC). *International Journal of Mental Health Nursing, 29*(3), 387-398. doi: 10.1111/inm.12671
- Ruggeri, M., Leese, M., Thornicroft, G., Bisoffi, G., & Tansella, M. (2000). Definition and prevalence of severe and persistent mental illness. *British Journal of Psychiatry, 177*(2), 149-155. doi: 10.1192/bjp.177.2.149
- Saultz, J. W. (2003). Defining and measuring interpersonal continuity of care. *Annals of Family Medicine, 1*(3), 134–143. doi: <https://doi.org/10.1370/afm.23>
- Schinnar, A.P., Rothbard, A.B., Kanter, R., & Jung, Y.S. (1990). An empirical literature review of definitions of severe and persistent mental illness. *American Journal of Psychiatry, 147*(12), 1602-1608. doi: 10.1176/ajp.147.12.1602

- Shefer, G., Henderson, C., Howard, L. M, Murray, J., & Thornicroft, G. (2014). Diagnostic overshadowing and other challenges involved in the diagnostic process of patients with mental illness who present in emergency departments with physical symptoms: A qualitative study. *PloS One*, *9*(11), e111682. doi:10.1371/journal.pone.0111682
- Slade, M., Powell, R., & Strathdee, G. (1997). Current approaches to identifying the severely mentally ill. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *32*(4),177-184. doi:10.1007/BF00788236
- Strategische Adviesraad Welzijn, Gezondheid en Gezin (2012). *Visienota Integrale zorg en ondersteuning in Vlaanderen*. Geraadpleegd via https://www.sarwgg.be/sites/default/files/documenten/SARWGG_ADV_20121207_Visienota_IntegraleZorgEnOndersteuning.pdf
- Strategische Adviesraad Welzijn, Gezondheid en Gezin (2018). *Visienota Maatschappelijk verantwoorde zorg en ondersteuning*. Geraadpleegd via https://www.sarwgg.be/sites/default/files/documenten/SARWGG_RAAD_20181220_Visienota%20MVZO_ADV_DEF.pdf
- Sweeney, A., Davies, J., McLaren, S., Whittock, M., Lemma, F., Belling, R., ...Wykes, T. (2015). Defining continuity of care from the perspectives of mental health service users and professionals: an exploratory, comparative study. *Health Expectations*, *19*(4), 973-987. doi:10.1111/hex.12435
- The Health Foundation (2016). *Person-centered care made simple. What everyone should know about person-centered care*. Geraadpleegd via The Health Foundation website: <https://www.health.org.uk/sites/default/files/PersonCentredCareMadeSimple.pdf>
- Van Audenhove, C., Van Humbeeck, G., & Van Meerbeeck, A. (2005). *De vermaatschappelijking van zorg voor psychisch kwetsbare mensen*. Leuven, België: Uitgeverij Lannoo.
- Van Eenoo, M., De Cuyper, K., Declercq, A., & Van Audenhove, C. (2017). *Exploratieve studie naar de toepasbaarheid van de interRAI GGZ-instrumenten in de zorg voor mensen met een ernstige psychische aandoening en/of verslaving in Vlaanderen* (Onderzoeksrapport). Geraadpleegd via Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin website: <https://steunpuntwvg.be/images/swvg-3-rapporten/ef06-04-1-belrai-ggz>
- Van Horebeek, H., De Cuyper, K., Habets, P., Van Eenoo, L., Jeandarme, I., Declercq, A., & Van Audenhove, Ch. (2019). *Tussentijds rapport BelRAI GGZ-studies: Resultaten van een participatief traject ter voorbereiding van de tweede BelRAI GGZ-studie en de BelRAI forensische GGZ-pilootstudie* (Onderzoeksrapport). Geraadpleegd via Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin website: <https://steunpuntwvg.be/images/swvg-3-rapporten/ef06-04-2-en-ef06.07-tussentijds-rapport>
- Van Horebeek, H., Habets, P., De Cuyper, K., Hermans, K., Schouten, B., Van Eenoo, L., Derclercq, I., Van Audenhove, Ch., & Jeandarme, I. (2020). *Exploratieve studie naar de gebruiksmogelijkheden van het BelRAI GGZ-instrumentarium en de DUNDRUM in de Vlaamse forensische geestelijke gezondheidszorg* (Onderzoeksrapport). Geraadpleegd via Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin website: <https://steunpuntwvg.be/images/swvg-3-rapporten/2020-12-rapport-42-ef-06-07-2-belrai-dundrum-for.pdf>
- van Lijstelaar, M., & Wolf, J. (2012). *Participatie, empowerment en herstel; een inventarisatie van meetinstrumenten* (Onderzoeksrapport). Geraadpleegd via https://www.researchgate.net/publication/320628706_Participatie_empowerment_en_herstel_een_inventarisatie_van_meetinstrumenten

- Weaver, N., Coffey, M., & Hewitt, J. (2017). Concepts, models and measurement of continuity of care in mental health services: A systematic appraisal of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24(6), 431-450. doi: 10.1111/jpm.12387
- Wierdsma, A., Mulder, C., de Vries, S., & Sytema, S. (2009). Reconstructing continuity of care in mental health services: a multilevel conceptual framework. *Journal of Health Services Research & Policy*, 14(1), 52-57. doi: 10.1258/jhsrp.2008.008039
- WHO, 2015. *WHO global strategy on people-centered and integrated health services: Interim report*. Geraadpleegd via World Health Organization website: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/155002/WHO_HIS_SDS_2015.6_eng.pdf;jsessionid=970DEA22BBCB7191D5EF71A58E69A143?sequence=1

Bijlagen

Bijlage 1 BelRAI GGZ-studie – informatiebrochure BelRAI GGZ-studie hulpverlener, cliënt, naastbetrokkenen

Informatiebrochure BelRAI geestelijke gezondheidszorg (GGZ) studie

De evaluatie van de BelRAI GGZ-instrumenten en resultaten in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen

Waarom dit onderzoek?

Om de **kwaliteit van zorg** voor kwetsbare personen te kunnen verbeteren, hebben de federale overheid en de gemeenschappen beslist om BelRAI²⁰ in te voeren in alle sectoren van welzijn en gezondheid. BelRAI is een geïntegreerd beoordelingssysteem. De term 'geïntegreerd' verwijst hier naar het feit dat BelRAI bestaat uit verschillende BelRAI instrumenten die allen ontwikkeld zijn voor gebruik in een specifieke sector van welzijns- of gezondheidszorg.

Via **BelRAI instrumenten** verzamelen hulpverleners gegevens over het fysiek, verstandelijke, sociaal-maatschappelijk en psychisch **functioneren van kwetsbare personen**. Dit gebeurt op zo'n manier dat alle hulpverleners dezelfde taal gebruiken; of ze nu werken in een algemeen ziekenhuis, in een woonzorgcentrum, in de thuiszorg, in de geestelijk gezondheidszorg of in de palliatieve zorg. Dit is nodig opdat hulpverleners afkomstig uit verschillende voorzieningen nog beter zouden kunnen samenwerken in de zorg voor hun cliënten. Aan de hand van BelRAI gegevens worden BelRAI resultaten berekend die kunnen gebruikt worden om een persoonlijk **begeleidingsplan** op te stellen of bij te sturen. Hoe hulpverleners BelRAI instrumenten invullen en hoe de instrumenten ondersteuning kunnen geven bij het opstellen van een begeleidingsplan wordt verder in deze informatiefolder toegelicht.

Het gebruik van BelRAI is al uitvoerig getest in de ouderenzorg. In deze BelRAI geestelijke gezondheidszorg studie onderzoeken we de **bruikbaarheid van de BelRAI GGZ-instrumenten** in de zorg voor personen met een ernstige psychische aandoening (inclusief verslaving) in Vlaanderen. Dit onderzoek gaat na wat er nodig is opdat BelRAI instrumenten gebruikt kunnen worden in de zorg voor deze populatie, op zo'n manier dat de kwaliteit van de zorg erdoor kan verbeteren.

Specifiek in de *forensische* GGZ-voorzieningen zal niet alleen de bruikbaarheid van de BelRAI GGZ-instrumenten bestudeerd worden, maar ook de **bruikbaarheid van de DUNDRUM**. Dit is de Dangerousness, Understanding, Recovery and Urgency Manual. In de forensische GGZ moet immers ook het **veiligheidsniveau** bepaald worden dat gegarandeerd moet kunnen worden door de voorziening waarbinnen een bepaalde cliënt behandeld wordt. De DUNDRUM structureert het proces dat nodig is om dit veiligheidsniveau te bepalen.

²⁰ BelRAI is de Belgische vertaling van 'interRAI', waarbij 'RAI' verwijst naar 'Resident Assessment Instrument'. Hoewel BelRAI ondertussen niet enkel in de residentiële zorg wordt gebruikt, is de oorspronkelijke naam behouden.

Door wie wordt het onderzoek uitgevoerd?

Dit onderzoek wordt in Vlaanderen voor het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin uitgevoerd door LUCAS KU Leuven, in samenwerking met het Kenniscentrum Forensisch Psychiatrische Zorg (KeFor) voor de forensische populatie. Ook de Thomas More hogeschool is betrokken om de hulpverleners op te leiden in het gebruik van de BelRAI. De BelRAI GGZ-studie wordt uitgevoerd in opdracht van en gesubsidieerd door de Vlaamse overheid.

Wat houdt het onderzoek in?

Hulpverleners vullen BelRAI GGZ-instrumenten in voor cliënten die reeds twee jaar of meer psychische en sociale gevolgen ervaren van een psychische aandoening, hetgeen ook een verslaving kan zijn. Vervolgens bekijken deze hulpverleners samen met de cliënt, en eventueel ook in de teamvergadering, of de bekomen BelRAI resultaten een hulp kunnen bieden bij het opstellen of het bijsturen van een persoonlijk begeleidingsplan. In de forensische GGZ-voorzieningen wordt eveneens de DUNDRUM afgenomen.

1. BelRAI GGZ-instrumenten

Het gebruik van BelRAI GGZ-instrumenten bestaat grotendeels uit twee fasen. In een eerste fase worden er instrumenten ingevuld. In een tweede fase worden er BelRAI resultaten berekend om het opstellen of bijsturen van een persoonlijk begeleidingsplan te ondersteunen.

Fase 1: Invullen van BelRAI GGZ-instrumenten

Via BelRAI GGZ-instrumenten worden gegevens verzameld over het fysiek, verstandelijk, sociaal-maatschappelijk en psychisch functioneren van personen met een psychische kwetsbaarheid. Verschillende domeinen van de persoon worden in kaart gebracht met als doel een zo volledig mogelijk beeld te krijgen van het functioneren van de persoon. Daarenboven gebeurt dit op een gelijkaardige manier in alle sectoren van welzijn en gezondheidszorg. Hierdoor kan het functioneren van een persoon met een psychische kwetsbaarheid opgevolgd worden ongeacht de voorziening waar hij of zij (eventueel achtereenvolgens) in behandeling of begeleiding is. Daarenboven kan dit de verschillende voorzieningen helpen om nog beter samen te werken in de zorg voor hun cliënt. De tabel in bijlage geeft een overzicht van de verschillende domeinen die aan bod komen in de BelRAI GGZ-instrumenten.

De gegevensverzameling gebeurt voornamelijk op basis van observatie door de hulpverleners, aangevuld met informatie uit gesprekken met de persoon en diens familie, vrienden of mantelzorgers, en met informatie uit patiëntendossiers. Hulpverleners vullen volgende instrumenten in:

- de BelRAI Mental Health als de cliënt opgenomen is in een GGZ voorziening, of de BelRAI Community Mental Health als de cliënt behandeld wordt in een ambulante voorziening
- het BelRAI Forensic Supplement indien de cliënt in contact is met het gerecht als dader
- het BelRAI Verstandelijke beperking supplement indien de cliënt een verstandelijke beperking heeft
- het BelRAI Verslavings supplement indien de cliënt verslaafd is (geweest) aan bepaalde middelen.

De meeste BelRAI instrumenten zijn dus beoordelingsinstrumenten die door de hulpverleners worden ingevuld. Het zijn geen vragenlijsten die door cliënten worden ingevuld, met uitzondering van de BelRAI Kwaliteit van Leven vragenlijst waarbij de persoon zelf kan aangeven hoe hij/zij de eigen kwaliteit van leven en de gekregen zorg ervaart. Mogelijk wordt ook gevraagd om een tweede vragenlijst in te vullen die niet tot het BelRAI instrumentarium behoort: de Nederlandse Empowerment Lijst of de I.ROC.

Fase 2: BelRAI GGZ-resultaten

Van zodra BelRAI GGZ-instrumenten zijn ingevuld, worden BelRAI resultaten berekend. Om deze resultaten te berekenen, is gespecialiseerde software nodig die door de onderzoekers werd voorzien. Alle instrumenten en vragenlijsten dienen ingevuld te worden via deze software.

De BelRAI resultaten die worden berekend zijn zorgschalen en Clinical Assessment Protocols, kortweg CAP's genoemd. Zorgschalen zorgen voor scores met betrekking tot verschillende aspecten van het functioneren van de persoon, zoals de mate van depressie, de mate van sociale terugtrekking, risico op zelfverwondend gedrag en mate van pijn. Lage scores weerspiegelen een goed niveau van functioneren, hogere scores geven aan dat er zich problemen voordoen op het betreffende domein. Op die wijze wordt de huidige klinische en functionele status van de persoon in beeld gebracht.

De CAP's zijn een soort 'alarmpjes' die de aandachtspunten bij het opstellen of bijsturen van een begeleidingsplan weergeven. Van zodra een CAP geactiveerd wordt of zodra een alarmpje opgelicht wordt, kan met het hele team, inclusief de cliënt en diens naasten, bekeken worden of dit aandachtspunt moet meegenomen worden bij het opstellen of evalueren van het individueel begeleidingsplan. De CAP's die berekend worden, hebben betrekking op vijf levensdomeinen: veiligheid, sociaal leven, economische factoren, autonomie en gezondheidspromotie.

2. DUNDRUM (enkel voor de forensische GGZ)

De DUNDRUM-toolkit kan gebruikt worden om ondersteuning te bieden bij het bepalen van het beveiligingsniveau van de voorziening waarin de behandeling kan gegeven worden (DUNDRUM-1) en opname prioriteit (DUNDRUM-2). De subschaal DUNDRUM-3 meet de vooruitgang die een cliënt maakt tijdens zijn behandeling, terwijl de DUNDRUM-4 de mate van herstel in kaart brengt.

Net zoals bij de BelRAI GGZ-instrumenten wordt de gegevensverzameling voor de DUNDRUM voornamelijk gedaan op basis van observatie door de hulpverleners, aangevuld met informatie uit dossiers en uit gesprekken met de persoon en diens familie, vrienden of mantelzorgers. De DUNDRUM kan ingevuld worden door elk lid van het multidisciplinaire team.

Van de DUNDRUM zal men gebruik maken van: DUNDRUM-1 (11 items), DUNDRUM-3 (7 items) en DUNDRUM-4 (6 items). Voor de DUNDRUM-3 en 4 is er naast de hulpverleners versie ook een versie die moet ingevuld worden door cliënten. Beide versies van de DUNDRUM worden ingevuld via de software.

3. Cliënten die deelnemen aan dit onderzoek

Voor dit onderzoek zoeken we personen die reeds twee jaar of meer psychische en sociale gevolgen ervaren van een psychische aandoening én die daarvoor in behandeling zijn in een Vlaamse GGZ-voorziening. Cliënten kunnen met hun naaste betrokkenen overleggen alvorens te beslissen om al dan niet deel te nemen aan de studie. Voor de personen die besluiten deel te nemen aan het onderzoek worden de BelRAI GGZ-instrumenten éénmalig ingevuld door één of meerdere van zijn/haar hulpverleners. Voor cliënten van een forensische GGZ-voorziening wordt eveneens de DUNDRUM ingevuld. Het is mogelijk dat hulpverleners

extra vragen gaan stellen, bovenop de begeleiding die cliënten normaal gezien krijgen binnen de voorziening. Deze vragen kunnen gaan over zijn/haar gezondheid, zorggebruik en zorgbehoeften. Ook naasten van deelnemende cliënten kunnen extra bevraagd worden indien de cliënt hiermee akkoord is (zie formulier voor geïnformatiseerd toestemming).

Bijkomend zullen cliënten zelf de BelRAI Kwaliteit van Leven vragenlijst invullen, al dan niet met hulp van een hulpverlener, afhankelijk van of dit nodig is of niet. Daarnaast is het mogelijk dat aan cliënten gevraagd wordt om de I.ROC of de Nederlandse Empowerment Lijst in te vullen. De BelRAI Kwaliteit van Leven vragenlijst geeft een beeld van hoe de persoon zelf de kwaliteit van zijn leven en van de behandeling/begeleiding die hij hier krijgt, ervaart. De Nederlandse Empowerment Lijst geeft een beeld van de sterktes en de mogelijkheden van cliënten. De I.ROC peilt naar levenskwaliteit en herstel van cliënten. Binnen de forensische GGZ-voorzieningen zullen deze drie vragenlijsten vervangen worden de twee modules van de DUNDRUM die cliënten zelf zullen invullen.

Vervolgens bespreekt de hulpverlener de resultaten op de verschillende instrumenten met de cliënt. Samen bekijken zij of de resultaten bijkomende informatie geven voor het opstellen of evalueren van het begeleidingsplan van de cliënt.

Voor enkele cliënten gaan de hulpverleners tenslotte ook in de teamvergadering aan de slag met de verzamelde data en de BelRAI resultaten om een persoonlijk begeleidingsplan op te stellen of bij te sturen.

4. Hulpverleners en beleidsmedewerkers die deelnemen aan dit onderzoek

Per deelnemende GGZ-voorziening worden één of twee hulpverleners betrokken bij de studie. Vooraleer de hulpverleners de BelRAI GGZ-instrumenten gaan gebruiken, volgen ze eerst een opleiding met betrekking tot de BelRAI instrumenten (en de DUNDRUM). De hulpverleners vullen voor 10 cliënten BelRAI GGZ-instrumenten (en de DUNDRUM) in met de vraag om de resultaten met de betrokken cliënten te bespreken. Vervolgens kunnen de voorzieningen ervoor kiezen om voor minimum drie cliënten de BelRAI resultaten in de teamvergadering te bespreken als hulpmiddel om het begeleidingsplan op te stellen of bij te sturen. Op het einde van de studie nemen de hulpverleners deel aan een focusgroep en vullen ze een vragenlijst in. Op die wijze geven de hulpverleners hun mening over de gebruiksmogelijkheden van de BelRAI GGZ-instrumenten (en de DUNDRUM) binnen de begeleiding die zijn aanbieden. De hulpverleners worden zoveel mogelijk begeleid aan de hand van intervisiesessies – aangeboden in groep – en individuele, telefonische intervisie.

Op het einde van de studie worden tenslotte ook enkele beleidsmedewerkers van de deelnemende voorzieningen bevraagd in een gelijkaardige focusgroep die handelt over de gebruiksmogelijkheden van de BelRAI GGZ-instrumenten (en de DUNDRUM) binnen de begeleiding die in hun type van voorziening wordt aangeboden.

Zijn er voor- of nadelen aan dit onderzoek?

Het systematisch gebruik van de BelRAI GGZ-instrumenten heeft als doel de kwaliteit van de zorg voor personen met een psychische kwetsbaarheid en/of verslaving te verbeteren. Dit onderzoek bestudeert het gebruik van deze BelRAI instrumenten (en de DUNDRUM) in de dagdagelijkse praktijk in Vlaanderen. Zodoende kan aan de hand van deze studie informatie verzameld worden over hoe de BelRAI GGZ-instrumenten bruikbaar kunnen worden in de GGZ, op zo'n manier dat de kwaliteit van de zorg erdoor kan verbeteren.

Deelname aan deze studie brengt niet noodzakelijk een persoonlijk voordeel met zich mee. Wel is het mogelijk dat, door het gebruik van de BelRAI instrumenten (en DUNDRUM), zorgnoden in beeld worden gebracht die voordien geen of minder aandacht kregen. Deze extra inzichten kunnen vervolgens besproken worden en een bijdrage leveren aan het persoonlijk begeleidingsplan.

Afgezien van de tijdsinvestering zijn er geen directe nadelen aan dit onderzoek verbonden.

Duur van het onderzoek?

De BelRAI GGZ-studie start in het najaar van 2019. De periode waarin de BelRAI instrumenten ingevuld wordt voor en door 10 cliënten van de voorziening zal vijf maanden duren.

Vrijwillige deelname aan het onderzoek

Deelname aan dit onderzoek – zowel voor cliënten als voor hulpverleners – is geheel vrijwillig. Als u niet wil deelnemen, hoeft u daarvoor geen reden te geven. Wanneer een cliënt of hulpverlener niet wil meedoen of halverwege het onderzoek wil stoppen, kan dat altijd. Dit heeft geen gevolgen voor de behandeling die een cliënt krijgt of voor de werksituatie van de hulpverlener. Eénmaal u uw toestemming hebt gegeven, kan deze altijd - zonder dat de reden vermeld hoeft te worden - weer ingetrokken worden.

Vertrouwelijkheid van de gegevens

In dit wetenschappelijke onderzoek verzamelen hulpverleners persoonsgegevens over cliënten, die daarna overgemaakt worden aan de onderzoekers van LUCAS KU Leuven en door hen verwerkt worden. Deze gegevens hebben betrekking op de huidige klinische situatie van cliënten, maar ook op hun medische voorgeschiedenis en op de resultaten van onderzoeken die werden uitgevoerd voor de behandeling van hun (geestelijke) gezondheid volgens de geldende zorgstandaard.

Alle instrumenten en vragenlijsten worden door hulpverleners en cliënten ingevuld aan de hand van Qualtrics-software. Dit is nodig om de BelRAI resultaten te kunnen berekenen. De onderzoekers van LUCAS KU Leuven stellen deze software ter beschikking aan de hulpverleners die de gegevens voor deze studie verzamelen.

De hulpverleners zijn verplicht om deze verzamelde gegevens vertrouwelijk te behandelen. Dit betekent dat zij zich ertoe verbinden om de naam van cliënten nooit bekend te maken (bv. in het kader van een publicatie of een conferentie) en dat zij de gegevens van cliënten zullen coderen (uw identiteit zal worden vervangen door een identificatiecode in de studie) voordat zij ze doorgeven aan de onderzoekers van LUCAS KU Leuven.

De databank wordt beheerd door de onderzoekers van LUCAS KU Leuven. Deze beheerder werd aangesteld door de opdrachtgever van deze studie, zijnde de Vlaamse overheid. De onderzoekers zullen de gegevens verwerken overeenkomstig de Europese Algemene Verordening inzake Gegevensbescherming (AVG/GDPR) en de Belgische Wetgeving (Belgische wet 30 Juli 2018) betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens.

Hulpverleners en hun team zullen gedurende de volledige klinische studie de enige personen zijn die een verband kunnen leggen tussen de overgedragen gegevens en het medisch dossier van cliënten. De

onderzoekers van LUCAS KU Leuven, kunnen de cliënten niet identificeren op basis van de overgedragen gegevens. Alleen de onderzoekers bewaren de gecodeerde data voor zolang dit nodig is in het kader van de studie, en maximum vijf jaar.

Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven

De studie werd goedgekeurd door de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven *na raadpleging van het Ethisch comité van de deelnemende centra (S61488)*. Deze commissies hebben beoordeeld dat het onderzoek voldoet aan alle gestelde eisen en dat het onderzoek voldoende nut zal opleveren. *In geen geval dient u de goedkeuring door deze instanties te beschouwen als een aansporing tot deelname aan deze studie.*

Heeft u vragen?

We hopen u met deze folder voldoende te hebben geïnformeerd over de BelRAI GGZ-studies. Mocht u nog vragen over het onderzoek hebben, dan kunt u altijd contact opnemen met uw hulpverlener of met een wetenschappelijk medewerker van Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Gegevens van uw hulpverlener:

Naam:

Telefoonnummer:

E-mail:

Gegevens onderzoekers Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin:

Hanne Van Horebeek, LUCAS KU Leuven – hanne.vanhorebeek@kuleuven.be of 016/19.43.99

dr. Petra Habets, KeFor Rekem en LUCAS KU Leuven – petra.habets@opzcrekem.be

dr. Kathleen De Cuyper, LUCAS KU Leuven - kathleen.decuypere@kuleuven.be

Mede namens prof. Chantal Van Audenhove en prof. Anja Declercq, promotoren van deze studie, LUCAS KU Leuven

Bijlage Informatiebrochure: Overzicht van de domeinen die in beeld worden gebracht met de BelRAI GGZ-instrumenten

De items die per domein in de instrumenten aan bod komen, overlappen nooit over de BelRAI GGZ-instrumenten heen.

BelRAI (Community) Mental Health instrument	BelRAI Addictions supplement (uitgebreide versie)	BelRAI Forensic supplement	BelRAI Intellectual Disability supplement	BelRAI Maatschappelijk Herstel supplement	BelRAI Kwaliteit van Leven vragenlijst
Persoonsgegevens	Persoonsgegevens	Persoonsgegevens	Persoonsgegevens	Persoonlijke gegevens	Persoonlijke kijk op het leven
Opname en voorgeschiedenis	Studie-, werk- en woongegevens (enkel in uitgebreide versie)	Indicatoren van psychisch functioneren	Opname en voorgeschiedenis	Beoordeling woonomgeving	Autonomie en zelfbeschikking
Indicatoren van psychisch functioneren	Voorgeschiedenis rond verslaving (uitgebreider in de uitgebreide versie)	Betrokkenheid bij criminele activiteiten	Gemeenschap en sociale betrokkenheid	Dagelijks functioneren en cognitie	Dagelijkse activiteiten
Middelengebruik of extreem gedrag	Beschrijving van het verslavingsprofiel (enkel in uitgebreide versie)	Gedrag	Sterke punten, sociale omgang en mantelzorg	Gezondheidstoestand	Vrienden en familie
Schade aan zichzelf en anderen	Toestand van mond en fysieke gezondheid	Levensgebeurtenissen	Communicatie en cognitie	Mantelzorg en steun	Gemeenschap
Gedrag	Videogaming en internet	Sociale relaties	Stemming en gedrag	Dagbesteding	Relatie met het personeel
Cognitie	Bereidheid en ondersteuning tot verandering	Ontslagmogelijkheden	Geneesmiddelen	Financiële toestand	Privacy
Algemeen dagelijks functioneren			Ondersteuning en dienstverlening	Ontslag en verwijzing	Empowerment en ondersteuning

Communicatie- en gezichtsvermogen					Discriminatie en levensomstandigheden
Gezondheidstoestand					Toegang tot diensten
Stress en trauma					Diversen
Geneesmiddelen					Opmerkingen die de persoon kan toevoegen
Zorgconsumptie en behandelingen					
Vrijheidsbeperkende maatregelen en observaties (enkel in BelRAI MH)					
Toestand van voeding					
Sociale omgang (uitgebreider in BelRAI CMH)					
Werk, opleiding en financiën					
Ontslagmogelijkheden					
Beoordeling van de omgeving (enkel in BelRAI CMH)					
Diagnostische informatie					
Ontslaginformatie					

Bijlage 2 Informed consent formulier – cliënten met een EPA (inclusief verslaving)

Onderwerp: Deelname aan het BelRAI GGZ-onderzoek in reguliere GGZ-voorzieningen en hulpverlening bij verslaving

Geachte mevrouw/meneer,

Via deze weg willen wij u graag informeren en uitnodigen om deel te nemen aan een wetenschappelijk onderzoek van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin met als titel: 'De evaluatie van de BelRAI GGZ-instrumenten en resultaten in de geestelijke gezondheidszorg', in het kort BelRAI GGZ-studie genoemd.

In deze brief en in de bijgevoegde folder vindt u alle informatie over het onderzoek en over wat deelname voor u inhoudt. Nadat u alle informatie gelezen en begrepen hebt, kunt u beslissen of u wil deelnemen aan de BelRAI GGZ-studie.

Wat is het doel van dit onderzoek?

Om de kwaliteit van zorg voor kwetsbare personen te kunnen verbeteren, hebben de federale overheid en de gemeenschappen beslist om BelRAI²¹ in te voeren in alle sectoren van welzijn en gezondheid. BelRAI is een geïntegreerd beoordelingssysteem. De term 'geïntegreerd' verwijst hier naar het feit dat BelRAI bestaat uit verschillende BelRAI instrumenten die allen ontwikkeld zijn voor gebruik in een specifieke sector van welzijns- of gezondheidszorg. Denk hierbij aan de thuiszorg, de acute zorg in ziekenhuizen, de woonzorgcentra voor ouderen, de geestelijke gezondheidszorg of de palliatieve zorg. Kenmerkend voor BelRAI is daarbij dat een onderdeel van al de bestaande BelRAI instrumenten identiek is. Bijgevolg kunnen aan de hand van deze instrumenten bepaalde zorgnoden op *dezelfde* wijze bevraagd worden in alle (sub-)sectoren van welzijns- en gezondheidszorg.

Via BelRAI instrumenten verzamelen hulpverleners dus gegevens over het functioneren en de zorgnoden van kwetsbare personen. Dit gebeurt op zo'n manier dat alle hulpverleners dezelfde taal gebruiken; of ze nu werken in een algemeen ziekenhuis, in een woonzorgcentrum, in de thuiszorg, in de geestelijk gezondheidszorg of in de palliatieve zorg. Dit is nodig opdat hulpverleners afkomstig uit verschillende voorzieningen nog beter zouden kunnen samenwerken in de zorg voor hun cliënten.

Voor het invullen van BelRAI instrumenten baseren hulpverleners zich op hun observaties, aangevuld met informatie uit patiëntendossiers en gesprekken met andere hulpverleners, de cliënt zelf en diens familie, vrienden of mantelzorgers (indien de cliënt hiermee akkoord is). De meeste BelRAI instrumenten zijn dus beoordelingsinstrumenten die door de hulpverleners worden ingevuld. Het zijn geen vragenlijsten die door cliënten worden ingevuld.

²¹ BelRAI is de Belgische vertaling van 'interRAI', waarbij 'RAI' verwijst naar 'Resident Assessment Instrument'. Hoewel BelRAI ondertussen niet enkel in de residentiële zorg wordt gebruikt, is de oorspronkelijke naam behouden.

Aan de hand van de BelRAI gegevens worden BelRAI resultaten berekend die kunnen gebruikt worden om een persoonlijk begeleidingsplan op te stellen of bij te sturen. Hoe hulpverleners BelRAI instrumenten invullen en hoe ze ondersteuning kunnen geven bij het opstellen van een begeleidingsplan wordt toegelicht in bijgevoegd informatiefolder.

Het gebruik van BelRAI is al uitvoerig getest in de ouderenzorg. In deze BelRAI geestelijke gezondheidszorg studie onderzoeken we de bruikbaarheid van de BelRAI GGZ-instrumenten in de zorg voor personen met een ernstige psychische aandoening (inclusief verslaving) in Vlaanderen. Dit onderzoek gaat na wat er nodig is opdat BelRAI instrumenten gebruikt kunnen worden in de zorg voor deze populatie, op zo'n manier dat de kwaliteit van de zorg erdoor kan verbeteren.

Dit onderzoek wordt in Vlaanderen uitgevoerd voor het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin uitgevoerd door LUCAS KU Leuven, in samenwerking met het Kenniscentrum Forensisch Psychiatische Zorg (KeFor) voor de forensische populatie. De BelRAI GGZ-studie wordt uitgevoerd in opdracht van en gesubsidieerd door de Vlaamse overheid.

Voor wie?

Het onderzoek richt zich tot personen die reeds twee jaar of meer psychische en sociale gevolgen ervaren van een psychische aandoening (hetgeen ook een verslaving kan zijn) en die opgenomen zijn of behandeld worden in een GGZ-voorziening in Vlaanderen.

Wat houdt het onderzoek voor u in?

Een hulpverlener van de voorziening waarbinnen u in behandeling bent, zal BelRAI instrumenten invullen om uw fysiek, verstandelijk, sociaal-maatschappelijk en psychisch functioneren en zorgnoden in kaart te brengen. Dit houdt in dat de hulpverlener volgende BelRAI GGZ-instrumenten invult:

- de BelRAI Mental Health als u opgenomen bent in een GGZ voorziening, of de BelRAI Community Mental Health als u behandeld wordt in een ambulante voorziening
- het BelRAI Forensisch Supplement indien u in contact bent met het gerecht als dader
- Het BelRAI Verstandelijke beperking supplement indien u een verstandelijke beperking hebt
- het BelRAI Verslavings supplement indien u verslaafd bent (geweest) aan bepaalde middelen (zie infobrochure voor meer uitleg).

Om deze instrumenten in te vullen, zal uw hulpverlener gegevens verzamelen over uw (psychische) gezondheid, over de zorg die u in de afgelopen periode heeft ontvangen (bijvoorbeeld hoe vaak er een verpleegkundige bij u is langs geweest of hoe vaak u naar het ziekenhuis bent geweest) en over hoe het in het algemeen met u gaat. Hiervoor is het mogelijk dat uw hulpverlener u extra vragen stelt bovenop de normale begeleiding. Tijdens deze studie worden deze gegevens éénmalig verzameld.

Bijkomend zal u gevraagd worden om éénmalig de BelRAI Kwaliteit van Leven vragenlijst in te vullen. Mogelijk vraagt uw hulpverlener ook om de I.ROC of de Nederlandse Empowerment Lijst in te vullen.

Vervolgens bespreekt de hulpverlener – indien u wenst - de resultaten van alle instrumenten samen met u. Samen kunnen jullie bekijken of de resultaten bijkomende informatie geven voor het opstellen of evalueren van uw begeleidingsplan.

Voor enkele cliënten gaan de hulpverleners tenslotte in de teamvergadering aan de slag met de verzamelde data en de BelRAI resultaten om een persoonlijk begeleidingsplan op te stellen of bij te sturen. U kan aan uw hulpverlener vragen of dit ook voor uw persoonlijke situatie gebeurt.

Waarom deelnemen?

Dit onderzoek gaat na wat er nodig is opdat BelRAI instrumenten gebruikt kunnen worden in de GGZ in Vlaanderen met als doel de zorgkwaliteit voor personen met een psychische kwetsbaarheid en/of verslaving te verbeteren. De bekomen inzichten kunnen bijdragen aan de wetenschappelijke evaluatie van de instrumenten en aan toekomstige ontwikkelingen in de klinische praktijk.

Vrijwillige deelname

De deelname aan de BelRAI GGZ-studie is vrijwillig. U kan overleggen met uw naaste betrokkenen alvorens te beslissen om al dan niet deel te nemen aan de studie. Weigering heeft geen enkele invloed op de behandeling en begeleiding die u krijgt. Voordat het onderzoek start, zal u gevraagd worden om een geïnformeerd toestemmingsformulier te ondertekenen. Door dit formulier te ondertekenen geeft u toestemming om uw gegevens voor dit onderzoek te gebruiken. Ook wanneer u het toestemmingsformulier heeft ondertekend, kunt u op elk moment met het onderzoek stoppen, zonder dat dit gevolgen heeft voor de behandeling en begeleiding die u krijgt.

Vergoeding

Er is geen (financiële of andere) vergoeding voorzien voor deelname aan deze studie.

Het onderzoek stap voor stap:

1. Als u deelneemt aan deze BelRAI GGZ-studie, ondertekent u dit **toestemmingsformulier**. Ook de hulpverlener die u geïnformeerd heeft over deze studie, zal dit formulier ondertekenen. U en de hulpverlener krijgen beiden een ondertekende versie van het toestemmingsformulier.
2. Een hulpverlener van de voorziening waarbinnen u in behandeling bent, zal BelRAI GGZ-instrumenten invullen aan de hand van de software. Om deze instrumenten in te vullen is het mogelijk dat de hulpverlener extra vragen stelt, bovenop de normale begeleiding. Al deze instrumenten zullen éénmalig ingevuld worden tijdens de studie.
3. U zal gevraagd worden om de BelRAI Kwaliteit van Leven vragenlijst in te vullen. Daarnaast wordt u mogelijk ook gevraagd om de I.ROC of de Nederlandse Empowerment Lijst in te vullen. Ook deze vragenlijsten worden ingevuld aan de hand van software.
4. Tenzij u dit niet wenst, bespreekt uw hulpverlener de resultaten van de instrumenten met u, zodat jullie samen kunnen bekijken of deze resultaten bijkomende informatie oplevert in het kader van uw persoonlijk begeleidingsplan.
5. Voor enkele cliënten gaan de hulpverleners vervolgens ook in de teamvergadering aan de slag met de verzamelde data en de BelRAI resultaten om een persoonlijk begeleidingsplan op te stellen of bij te sturen. U kan aan uw hulpverlener vragen of dit ook voor uw persoonlijke situatie gebeurt.

Gegevensverwerking, gegevensopslag en vertrouwelijkheidsgarantie

Uw deelname aan de studie betekent dat u ermee akkoord gaat dat uw hulpverlener voor de onderzoekers LUCAS KU Leuven gegevens over u verzamelt en dat die gebruikt worden voor onderzoek en in het kader van wetenschappelijke publicaties. Alle instrumenten en vragenlijsten worden door uw hulpverlener en door uzelf ingevuld aan de hand van Qualtrics-software. Dit is nodig om de BelRAI resultaten te kunnen berekenen. De onderzoekers van LUCAS KU Leuven stellen deze software ter beschikking aan de hulpverleners die de gegevens voor deze studie verzamelen.

Uw gegevens zullen worden verwerkt overeenkomstig de Europese Algemene Verordening 2016/679 inzake Gegevensbescherming (AVG) en de Belgische Wetgeving betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens. Als opdrachtgever van het onderzoek, is de Vlaamse overheid de verwerkingsverantwoordelijke van uw persoonlijke gegevens die verwerkt worden in het kader van het onderzoek.

U hebt het recht om aan uw hulpverlener te vragen welke gegevens hij/zij over u heeft verzameld en waarvoor ze gebruikt worden in het kader van de studie. Deze gegevens hebben betrekking op uw huidige klinische situatie maar ook op uw medische voorgeschiedenis en op de resultaten van onderzoeken die werden uitgevoerd voor de behandeling van uw gezondheid volgens de geldende zorgstandaard. U hebt

het recht om deze gegevens in te kijken en om verbeteringen te laten aanbrengen indien ze foutief zouden zijn²².

Uw hulpverlener is verplicht om deze verzamelde gegevens vertrouwelijk te behandelen.

Dit betekent dat hij/zij zich ertoe verbindt om uw naam nooit bekend te maken, bv. in het kader van een publicatie of een conferentie en dat hij/zij uw gegevens zal coderen (uw identiteit zal worden vervangen door een identificatiecode in de studie) voordat hij/zij ze doorgeeft aan de beheerder van de databank. De databank wordt beheerd door de onderzoekers van LUCAS KU Leuven, Centrum voor Zorgonderzoek en Consultancy (Minderbroedersstraat 8 postbus 5310, 3000 Leuven). Deze beheerder werd aangesteld door de opdrachtgever van deze studie, zijnde de Vlaamse overheid (Agentschap Zorg en Gezondheid, Koning Albert II-laan 35 bus 33, 1030 Brussel).

Uw hulpverlener en zijn/haar team zullen gedurende de volledige klinische studie de enige personen zijn die een verband kunnen leggen tussen de overgedragen gegevens en uw medisch dossier²³.

De overgedragen persoonlijke gegevens omvatten geen combinatie van elementen waarmee het mogelijk is u te identificeren²⁴.

De door de opdrachtgever aangestelde beheerder van de onderzoeksgegevens, zijnde de onderzoekers van LUCAS KU Leuven, kunnen u niet identificeren op basis van de overgedragen gegevens. Deze personen zijn verantwoordelijk voor het verzamelen van de gegevens die door alle hulpverleners die deelnemen aan de studie zijn verzameld en voor de verwerking en de bescherming van die gegevens in overeenstemming met de Belgische wet betreffende de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

Om de kwaliteit van de studie te controleren, kan uw medisch dossier worden ingekeken door personen die gebonden zijn aan het beroepsgeheim zoals vertegenwoordigers van de ethische comités, van de opdrachtgever van de studie of een extern auditbureau. Dit kan enkel gebeuren onder strikte voorwaarden, onder de verantwoordelijkheid van de hulpverlener en onder zijn/haar toezicht (of van één van de onderzoekers van LUCAS KU Leuven).

De gecodeerde onderzoeksgegevens kunnen doorgegeven worden aan onderzoeksinstellingen die samenwerken met de onderzoekers van LUCAS KU Leuven. Dit kunnen ook onderzoeksinstellingen zijn in andere landen waar de normen inzake de bescherming van persoonsgegevens verschillend of minder strikt kunnen zijn²⁵. Dit gebeurt dan steeds in gecodeerde vorm zoals hierboven uitgelegd.

²² Deze rechten zijn bepaald door de Europese Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG), de Belgische Wetgeving betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens en door de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt.

²³ Voor klinische studies verplicht de wet om het verband met uw dossier gedurende 20 jaar te behouden. In geval van een studiegeneesmiddel voor een innoverende therapie waarbij gebruik wordt gemaakt van menselijk lichaamsmateriaal, bedraagt deze periode minimaal 30 jaar en maximaal 50 jaar in overeenstemming met de Belgische wet van 19 december 2008 inzake het gebruik van menselijk lichaamsmateriaal en de geldende Koninklijke Besluiten.

²⁴ De gegevensbank met onderzoeksresultaten bevat dus geen verband met elementen zoals uw initialen, uw geslacht en uw volledige geboortedatum (dd/mm/jjjj).

²⁵ De opdrachtgever verbindt er zich toe om de voorwaarden in de Europese Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) en de Belgische Wetgeving betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens te eerbiedigen.

Uw toestemming om aan deze studie deel te nemen betekent dus ook dat u akkoord gaat dat uw gecodeerde medische gegevens gebruikt worden voor doeleinden die in dit informatieformulier beschreven staan en dat ze overgedragen worden aan bovenvermelde personen en/of instellingen.

De onderzoekers van LUCAS KU Leuven zullen de verzamelde gegevens gebruiken in het kader van de studie waaraan u deelneemt, maar wil ze ook kunnen aanwenden in het kader van andere studies over BelRAI instrumenten. Buiten de context die beschreven wordt in dit document, kunnen uw gegevens enkel gebruikt worden als een ethisch comité haar goedkeuring heeft gegeven.

Uw ondertekend geïnformeerde toestemmingsformulier wordt bewaard in de voorziening waar u nu in behandeling bent. Indien u uw toestemming tot deelname aan de studie intrekt, zullen de gecodeerde gegevens die al verzameld waren vóór uw terugtrekking, bewaard worden. Hierdoor wordt de geldigheid van de studie gegarandeerd. Er zal geen enkel nieuw gegeven aan de onderzoekers van LUCAS KU Leuven, de beheerder van de databank, worden doorgegeven.

Indien u vragen hebt over hoe de onderzoekers van LUCAS KU Leuven uw gegevens gebruiken, dan kan u hiervoor steeds terecht bij uw hulpverlener en de onderzoekers zelf. Ook de functionaris voor gegevensbescherming van het onderzoekcentrum staan ter uwer beschikking.

De contactgegevens van deze laatste zijn als volgt: DPO - UZ Leuven, Herestraat 49, 3000 Leuven, e-mail dpo@uzleuven.be.

Tot slot, indien u een klacht heeft over de verwerking van uw gegevens, kunt u contact opnemen met de Belgische toezichthoudende instantie die toeziet op de naleving van de grondbeginselen van de bescherming van persoonsgegevens:

De Belgische toezichthoudende instantie heet:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)

Drukpersstraat 35,

1000 Brussel

Tel. +32 2 274 48 00

e-mail: [contact\(at\)apd-gba.be](mailto:contact(at)apd-gba.be)

Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

Verzekering

Elke deelname aan een studie houdt een risico in, hoe klein ook. De opdrachtgever is - ook indien er geen sprake is van fout - aansprakelijk voor de schade die de deelnemer of in geval van overlijden zijn/haar rechthebbenden, oplopen en die rechtstreeks of onrechtstreeks verband houdt met diens deelname aan de studie. U moet hiervoor dus geen fout aantonen. De opdrachtgever dient hiervoor een verzekering af te sluiten. De opdrachtgever kan het voorzien van de verplichte verzekering echter ook delegeren naar een derde partij. Voor deze studie heeft UZ Leuven daarom een verzekering afgesloten om de aansprakelijkheid

van de opdrachtgever te dekken.^[1] De verzekeringspolis werd afgesloten bij verzekeringsmakelaar Amlin Insurance SE, met adres Koning Albert II-laan 37, 1030 Brussel, onder Polisnummer 299.053.700.

Goedkeuring Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven

De studie werd goedgekeurd door de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven na raadpleging van het Ethisch comité van de deelnemende centra (S61488). Deze studie wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en volgens de meest recente versie van de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen die deelnemen aan wetenschappelijke studies. In geen geval dient u de goedkeuring door de lokale ethische commissie waartoe de voorziening waarbinnen u in behandeling bent behoort en/of de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven te beschouwen als een aansporing tot deelname aan deze studie.

Vragen?

Hebt u na het lezen en het krijgen van deze informatie nog vragen? Dan kunt u contact opnemen met een hulpverlener van de voorziening waarbinnen u in behandeling bent, met Hanne Van Horebeek, wetenschappelijk medewerker van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (016/19.43.99 of hanne.vanhorebeek@kuleuven.be), of met prof. dr. Chantal Van Audenhove, eindverantwoordelijke van deze studie (016/37.34.31 of chantal.vanaudenhove@kuleuven.be).

Wij hopen u hiermee voldoende geïnformeerd te hebben.

Met vriendelijke groet,

Hanne Van Horebeek, wetenschappelijk medewerker, LUCAS KU Leuven

Mede namens dr. Kathleen De Cuyper, projectleider van deze studie, LUCAS KU Leuven

Mede namens prof. Chantal Van Audenhove en prof. Anja Declercq, promotoren van deze studie, LUCAS KU Leuven

[1] In overeenstemming met artikel 29 van de Belgische Wet inzake experimenten op de menselijke persoon (7 mei 2004)

Toestemmingsformulier BelRAI GGZ-studie:

De evaluatie van de BelRAI GGZ-instrumenten en resultaten in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen

Door het ondertekenen van dit formulier geef ik aan dat ik akkoord ben om deel te nemen aan de BelRAI GGZ-studie. Hierbij verklaar ik dat:

- Ik voldoende geïnformeerd ben over het doel en de inhoud van de BelRAI GGZ-studie.
- Ik de schriftelijke informatie over de studie heb ontvangen.
- Ik de mogelijkheid heb gehad om vragen over de studie te stellen. Mijn vragen zijn duidelijk beantwoord.
- Ik voldoende tijd heb gekregen om na te denken over een eventuele deelname.
- Ik weet dat mijn deelname volledig vrijwillig is en dat ik mijn deelname op ieder moment mag en kan beëindigen zonder dat dit gevolgen heeft voor de zorg en de behandeling die ik ontvang.
- Ik begrijp dat in het kader van dit onderzoek persoonlijke gegevens over mij worden verzameld en verwerkt, en ga hier vrijwillig mee akkoord.
- Ik weet dat mijn hulpverlener en zijn/haar team gedurende de volledige studie de enige personen zullen zijn die een verband kunnen leggen tussen mijn gegevens die doorgegeven worden aan de onderzoekers en mijn medisch dossier. Daarnaast weet ik dat het wettelijke verplicht is dat mijn hulpverlener en zijn/haar team het verband tussen de onderzoeksgegevens en mijn medisch dossier gedurende 20 jaar behouden.
- Ik weet dat mijn hulpverlener mijn gegevens zal coderen (mijn identiteit zal worden vervangen door een identificatiecode in de studie) voordat hij/zij ze doorgeeft aan de beheerder van de databank. De databank wordt enkel beheerd door de onderzoekers van LUCAS KU Leuven, Centrum voor Zorgonderzoek en Consultancy. Deze beheerder werd aangesteld door de opdrachtgever van deze studie, zijnde de Vlaamse overheid (Agentschap Zorg en Gezondheid).
Ik weet dat de persoonlijke gegevens die overgedragen worden aan de onderzoekers van LUCAS KU Leuven geen combinatie van elementen omvatten waarmee het mogelijk is mij te identificeren.
- Ik toestemming geef voor de overdracht naar en verwerking van mijn gecodeerde gegevens in onderzoeksinstellingen in andere landen dan België.
- Ik toestemming geef/geen toestemming geef (*schrap wat niet past*) dat mijn naaste betrokkenen kunnen bevrraagd worden om extra informatie te verzamelen zodat de BelRAI GGZ-instrumenten kunnen ingevuld worden. Dit zal bij voorkeur gebeuren in mijn bijzijn. Indien dit niet mogelijk is, laat mijn hulpverlener me op voorhand weten welke naaste betrokkene hij wil bevragen om de BelRAI GGZ-instrumenten te kunnen invullen.
- Ik akkoord ga met deelname aan deze BelRAI GGZ-studie.

Datum ___ / ___ / _____

Naam deelnemer:

Handtekening van de deelnemer:

Naam wettelijke vertegenwoordiger²⁶ van de deelnemer (indien nodig):

Ik, ondergetekende, verklaar dat men mij heeft geïnformeerd over de vraag om een beslissing te nemen over deelname aan de klinische studie door de persoon die ik in diens beste belang vertegenwoordig, rekening houdend met zijn of haar mogelijke wens. Mijn toestemming is van toepassing op alle items opgenomen in het toestemmingsformulier voor de deelnemer.

Ik ben eveneens geïnformeerd dat zodra de klinische situatie het toelaat, de persoon die ik vertegenwoordig op de hoogte zal worden gesteld van zijn/haar deelname aan een klinisch studie en op dat moment vrij is om toestemming te geven voor een verdere deelname of om deelname stop te zetten door het huidige toestemmingsformulier al dan niet te ondertekenen.

Datum ___ / ___ / ___

Handtekening vertegenwoordiger van de deelnemer:

Naam hulpverlener die de informatie heeft gegeven:

Ik, ondergetekende bevestig dat ik mondeling de nodige informatie heb gegeven over deze studie, dat ik een kopie heb gegeven van de informatie- en toestemmingsfolder die door de verschillende partijen werd getekend, dat ik bereid ben om zo nodig alle aanvullende vragen te beantwoorden en dat ik geen druk op de cliënt heb uitgeoefend om aan de studie deel te nemen. Ik verklaar dat ik werk volgende de ethische principes die worden beschreven in de Verklaring van Helsinki en de Belgische wet van 7/5/2004 over proeven op mensen.

Datum ___ / ___ / ___

Handtekening hulpverlener:

²⁶ De toestemming van de wettelijke vertegenwoordiger van de deelnemer wordt verkregen in overeenstemming met art. 8 van de Belgische wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon. De cliënt dient zelf toestemming te geven voor deelname aan de studie indien of van zodra hij hiertoe in staat is.

Bijlage 3 Informed consent formulier – coördinatoren/ beleidsmedewerkers

Onderwerp: Deelname aan het BelRAI GGZ-onderzoek

Geachte mevrouw/meneer,

Via deze weg willen wij u graag informeren en uitnodigen om deel te nemen aan een focusgroep in het kader van een wetenschappelijk onderzoek van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin met als titel: 'De evaluatie van de BelRAI GGZ-instrumenten en resultaten in de geestelijke gezondheidszorg', in het kort BelRAI GGZ-studie genoemd.

In deze brief vindt u alle informatie over het onderzoek en over wat deelname aan de focusgroep voor u inhoudt. Nadat u alle informatie gelezen en begrepen hebt, kunt u beslissen of u wil deelnemen aan deze focusgroep van de BelRAI GGZ-studie.

Wat is het doel van dit onderzoek?

Om de kwaliteit van zorg voor kwetsbare personen te kunnen verbeteren, hebben de federale overheid en de gemeenschappen beslist om het generiek beoordelingssysteem BelRAI in te voeren in alle sectoren van welzijn en gezondheid. Via BelRAI instrumenten verzamelen hulpverleners gegevens over het functioneren en de zorgnoden van kwetsbare personen. Dit gebeurt op zo'n manier dat alle hulpverleners dezelfde taal gebruiken; of ze nu werken in een algemeen ziekenhuis, in een woonzorgcentrum, in de thuiszorg, in de geestelijk gezondheidszorg of in de palliatieve zorg. Dit is nodig opdat hulpverleners afkomstig uit verschillende voorzieningen nog beter zouden kunnen samenwerken in de zorg voor hun cliënten.

Voor het invullen van BelRAI instrumenten baseren hulpverleners zich op hun observaties, aangevuld met informatie uit patiëntendossiers en gesprekken met andere hulpverleners, de cliënt zelf en diens familie, vrienden of mantelzorgers. Aan de hand van BelRAI gegevens worden BelRAI resultaten berekend die kunnen gebruikt worden om een persoonsgericht begeleidingsplan op te stellen of bij te sturen. Dit hebt u de voorbije maanden ook gedaan voor een aantal van uw cliënten.

Het gebruik van BelRAI is al uitvoerig getest in de ouderenzorg. In deze BelRAI geestelijke gezondheidszorg studie onderzoeken we de bruikbaarheid van de BelRAI GGZ-instrumenten in de zorg voor personen met een ernstige psychische aandoening (inclusief verslaving) in Vlaanderen. Bij personen die geïnterneerd zijn wordt ook de bruikbaarheid van de DUNDRUM onderzocht. Dit onderzoek gaat na wat er nodig is opdat BelRAI instrumenten (en de DUNDRUM) gebruikt kunnen worden in de zorg voor deze populatie, op zo'n manier dat de kwaliteit van de zorg erdoor kan verbeteren.

Dit onderzoek wordt in Vlaanderen uitgevoerd voor het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin uitgevoerd door LUCAS KU Leuven, in samenwerking met het Kenniscentrum Forensisch Psychiatrische Zorg (KeFor) voor de forensische populatie. De BelRAI GGZ-studie wordt uitgevoerd in opdracht van en gesubsidieerd door de Vlaamse overheid.

Wat houdt het onderzoek voor u als beleidsmedewerker in?

In voorbereiding tot deelname aan deze focusgroep hebt u als beleidsmedewerker mogelijk reeds deelgenomen aan een werkgroep en/of de hulpverleners die de BelRAI GGZ-opleiding hebben gevolgd en de instrumenten ingevuld, ondersteund.

Nu wordt u gevraagd om deel te nemen aan een focusgroep en om een attitudelijst en een korte vragenlijst in te vullen. Tijdens de focusgroep zit u samen met andere hulpverleners en wordt er in groep gepeild naar gebruiksmogelijkheden van de BelRAI GGZ-instrumenten. Er wordt een audio-opname gemaakt van dit groepsgeprek, die vernietigd zal worden op het einde van de studie. Via de attitudelijst wordt uw mening rond de gebruiksmogelijkheden en andere eigenschappen van de BelRAI GGZ-instrumenten en de BelRAI GGZ-resultaten gevraagd aan de hand van een aantal stellingen. U wordt gevraagd om bij elke stelling een score te geven tussen -5 en +5.

- -5 wil zeggen dat u de gebruiksmogelijkheid die beschreven wordt in de stelling ervaart als een zwakte van BelRAI GGZ.
- 0 wil zeggen dat u een neutrale houding heeft wat betreft de gebruiksmogelijkheid die beschreven staat in de stelling
- +5 wil zeggen dat u de gebruiksmogelijkheid die beschreven staat in de stelling ervaart als een sterkte van BelRAI GGZ.

Waarom deelnemen?

Dit onderzoek gaat na wat er nodig is opdat BelRAI instrumenten (en de DUNDRUM) gebruikt kunnen worden in de zorg voor personen met een ernstige psychische aandoening (inclusief verslaving) in Vlaanderen, met als doel de zorgkwaliteit voor personen met een psychische kwetsbaarheid en/of verslaving te verbeteren. De bekomen inzichten kunnen bijdragen aan de wetenschappelijke evaluatie van de instrumenten en aan toekomstige ontwikkelingen in de klinische praktijk.

Vrijwillige deelname

De deelname aan deze focusgroep van de BelRAI GGZ-studie is vrijwillig. Vóór uw deelname aan de focusgroep en vooraleer u de attitudelijst invult, zal u gevraagd worden om een geïnformeerd toestemmingsformulier te ondertekenen. Door dit formulier te ondertekenen geeft u toestemming om de gegevens die u aanbrengt over het gebruik van de BelRAI GGZ-instrumenten voor dit onderzoek te gebruiken.

Vergoeding

Er is geen (financiële of andere) vergoeding voorzien voor deelname aan deze studie.

Vertrouwelijkheid van gegevens

Uw deelname aan de studie betekent dat u ermee akkoord gaat dat de onderzoekers van LUCAS KU Leuven gegevens over u verzamelen, die gebruiken voor onderzoek en in het kader van wetenschappelijke publicaties. Deze gegevens betreffen uw visie op de gebruiksmogelijkheden van de BelRAI instrumenten en de BelRAI resultaten binnen de voorziening waarin u werkzaam bent.

Uw gegevens zullen worden verwerkt overeenkomstig de Europese Algemene Verordening 2016/679 inzake Gegevensbescherming (AVG) en de Belgische Wetgeving betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens. Als opdrachtgever van het onderzoek, is de Vlaamse overheid de verwerkingsverantwoordelijke van uw persoonlijke gegevens die verwerkt worden in het kader van het onderzoek.

U hebt het recht om aan de onderzoekers te vragen welke gegevens zij over u hebben verzameld en waarvoor ze gebruikt worden in het kader van de studie. U hebt het recht om deze gegevens in te kijken en om verbeteringen te laten aanbrengen indien ze foutief zouden zijn²⁷.

De onderzoekers van LUCAS KU Leuven zijn verplicht om deze verzamelde gegevens vertrouwelijk te behandelen.

Dit betekent dat zij zich ertoe verbinden om uw naam nooit bekend te maken, bv. in het kader van een publicatie of een conferentie en dat zij uw gegevens zullen coderen (uw identiteit zal worden vervangen door een identificatiecode in de studie) voordat zij opgenomen worden in de databank. De databank wordt beheerd door de onderzoekers van LUCAS KU Leuven, Centrum voor Zorgonderzoek en Consultancy (Minderbroedersstraat 8 postbus 5310, 3000 Leuven). Deze beheerder werd aangesteld door de opdrachtgever van deze studie, zijnde de Vlaamse overheid (Agentschap Zorg en Gezondheid, Koning Albert II-laan 35 bus 33, 1030 Brussel).

De onderzoekers van LUCAS KU Leuven zijn verantwoordelijk voor het verzamelen van de gegevens en voor de verwerking en de bescherming van die gegevens in overeenstemming met de Belgische wet betreffende de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

Uw toestemming om aan deze studie deel te nemen betekent ook dat u akkoord gaat dat uw gecodeerde gegevens gebruikt worden voor doeleinden die in dit informatieformulier beschreven staan en dat ze overgedragen worden aan bovenvermelde personen.

Indien u uw toestemming tot deelname aan de studie intrekt, zullen de gecodeerde gegevens die al verzameld waren vóór uw terugtrekking, bewaard worden. Hierdoor wordt de geldigheid van de studie gegarandeerd. Er zal geen enkel nieuw gegeven aan de onderzoekers van LUCAS KU Leuven, de beheerder van de databank, worden doorgegeven.

Indien u vragen hebt over hoe de onderzoekers van LUCAS KU Leuven uw gegevens gebruiken, dan kan u hiervoor steeds terecht bij uw hulpverlener en de onderzoekers zelf. Ook de functionaris voor gegevensbescherming van het onderzoekcentrum staan te uwer beschikking.

De contactgegevens van deze laatste zijn als volgt: DPO - UZ Leuven, Herestraat 49, 3000 Leuven, e-mail dpo@uzleuven.be.

Tot slot, indien u een klacht heeft over de verwerking van uw gegevens, kunt u contact opnemen met de Belgische toezichthoudende instantie die toeziet op de naleving van de grondbeginselen van de bescherming van persoonsgegevens:

²⁷ Deze rechten zijn bepaald door de Europese Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG), de Belgische Wetgeving betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens en door de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt.

De Belgische toezichthoudende instantie heet:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)
Drukpersstraat 35,
1000 Brussel
Tel. +32 2 274 48 00
e-mail: [contact\(at\)apd-gba.be](mailto:contact(at)apd-gba.be)
Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

Verzekering

Elke deelname aan een studie houdt een risico in, hoe klein ook. De opdrachtgever is - ook indien er geen sprake is van fout - aansprakelijk voor de schade die de deelnemer of in geval van overlijden zijn/haar rechthebbenden, oplopen en die rechtstreeks of onrechtstreeks verband houdt met diens deelname aan de studie. U moet hiervoor dus geen fout aantonen. De opdrachtgever dient hiervoor een verzekering af te sluiten. De opdrachtgever kan het voorzien van de verplichte verzekering echter ook delegeren naar een derde partij. Voor deze studie heeft UZ Leuven daarom een verzekering afgesloten om de aansprakelijkheid van de opdrachtgever te dekken.^[1] De verzekeringspolis werd afgesloten bij verzekeringsmakelaar Amlin Insurance SE, met adres Koning Albert II-laan 37, 1030 Brussel, onder Polisnummer 299.053.700.

Goedkeuring Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven

De studie werd goedgekeurd door de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven *na raadpleging van het Ethisch comité van de deelnemende centra (S61488)*. Deze studie wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en volgens de meest recente versie van de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen die deelnemen aan wetenschappelijke studies. In geen geval dient u de goedkeuring door de lokale ethische commissie waartoe de voorziening waartoe u behoort en/of de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven te beschouwen als een aansporing tot deelname aan deze studie.

Vragen?

Hebt u na het lezen en het krijgen van deze informatie nog vragen? Dan kunt u contact opnemen met Hanne Van Horebeek wetenschappelijk medewerker van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (016/19.43.99 of hanne.vanhorebeek@kuleuven.be) of met prof. dr. Chantal Van Audenhove, eindverantwoordelijke van deze studie (016/37.34.31 of chantal.vanaudenhove@kuleuven.be).

Wij hopen u hiermee voldoende geïnformeerd te hebben.

Met vriendelijke groet,

Hanne Van Horebeek, wetenschappelijk medewerker LUCAS KU Leuven

dr. Petra Habets, wetenschappelijk medewerker KeFor Rekem en LUCAS KU Leuven

Mede namens dr. Kathleen De Cuyper, projectleider van deze studie, LUCAS KU Leuven

Mede namens prof. Chantal Van Audenhove en prof. Anja Declercq, promotoren van deze studie, LUCAS KU Leuven

[1] In overeenstemming met artikel 29 van de Belgische Wet inzake experimenten op de menselijke persoon (7 mei 2004)

Toestemmingsformulier BelRAI GGZ-studie

De evaluatie van de BelRAI GGZ-instrumenten en resultaten in de zorg voor personen met een ernstige psychische aandoening en/of verslaving

Door het ondertekenen van dit formulier geef ik aan dat ik mijn medewerking wil verlenen aan de BelRAI GGZ-studie. Hierbij verklaar ik dat:

- Ik voldoende geïnformeerd ben over het doel en de inhoud van de BelRAI GGZ-studie.
- Ik de schriftelijke informatie over het onderzoek heb ontvangen.
- Ik in de gelegenheid ben geweest om vragen over het onderzoek te stellen. Mijn vragen zijn duidelijk beantwoordt.
- Ik voldoende tijd heb gehad om na te denken over een eventuele deelname.
- Ik weet dat mijn deelname geheel vrijwillig is.
- Ik begrijp dat in het kader van dit onderzoek de gegevens die ik aanbreng over het gebruik van de BelRAI GGZ-instrumenten worden verzameld en verwerkt, en ga hier vrijwillig mee akkoord.
- Ik begrijp dat er een audio-opname wordt gemaakt van het groepsgesprek tijdens de focusgroep, dat vernietigd zal worden bij het einde van het onderzoek. Dit is gepland voor december 2020.
- Ik weet dat de onderzoekers mijn gegevens zullen coderen (mijn identiteit zal worden vervangen door een identificatiecode in de studie) voordat zij opgenomen worden in de databank. De databank wordt beheerd door de onderzoekers van LUCAS KU Leuven, Centrum voor Zorgonderzoek en Consultancy. Deze beheerder werd aangesteld door de opdrachtgever van deze studie, zijnde de Vlaamse overheid (Agentschap Zorg en Gezondheid).
- Ik akkoord ga met deelname aan deze focusgroep in het kader van de BelRAI GGZ-studie.

Naam beleidsmedewerker die de informatie heeft gekregen:

Handtekening beleidsmedewerker:

Datum ___ / ___ / ____

Ik, ondergetekende, _____ (naam onderzoeker), bevestig dat ik mondeling de nodige informatie heb gegeven over deze studie, dat ik een kopie heb gegeven van de informatie- en toestemmingsfolder die door de verschillende partijen werd getekend, dat ik bereid ben om zo nodig alle aanvullende vragen te beantwoorden en dat ik geen druk op de beleidsmedewerker heb uitgeoefend om aan de studie deel te nemen. Ik verklaar dat ik werk volgende de ethische principes die worden beschreven in de Verklaring van Helsinki en de Belgische wet van 7/5/2004 over proeven op mensen.

Datum ___ / ___ / ____

Naam onderzoeker die de informatie heeft gegeven:

Handtekening onderzoeker:

Bijlage 4 Informed consent formulier – patiënten- en familievertegenwoordigers

Onderwerp: Deelname aan het BelRAI GGZ-onderzoek

Geachte mevrouw/meneer,

Via deze weg willen wij u graag informeren en uitnodigen om deel te nemen aan een expertpanel in het kader van een wetenschappelijk onderzoek van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin met als titel: 'De evaluatie van de BelRAI GGZ-instrumenten en resultaten in de geestelijke gezondheidszorg', in het kort BelRAI GGZ-studie genoemd.

In deze brief vindt u alle informatie over het onderzoek en over wat deelname aan het expertpanel voor u inhoudt. Nadat u alle informatie gelezen en begrepen hebt, kunt u beslissen of u wil deelnemen aan dit expertpanel van de BelRAI GGZ-studie.

Wat is het doel van dit onderzoek?

Om de kwaliteit van zorg voor kwetsbare personen te kunnen verbeteren, hebben de federale overheid en de gemeenschappen beslist om het generiek beoordelingssysteem BelRAI in te voeren in alle sectoren van welzijn en gezondheid. Via BelRAI instrumenten verzamelen hulpverleners gegevens over het functioneren en de zorgnoden van kwetsbare personen. Dit gebeurt op zo'n manier dat alle hulpverleners dezelfde taal gebruiken; of ze nu werken in een algemeen ziekenhuis, in een woonzorgcentrum, in de thuiszorg, in de geestelijk gezondheidszorg of in de palliatieve zorg. Dit is nodig opdat hulpverleners afkomstig uit verschillende voorzieningen nog beter zouden kunnen samenwerken in de zorg voor hun cliënten.

Voor het invullen van BelRAI instrumenten baseren hulpverleners zich op hun observaties, aangevuld met informatie uit patiëntendossiers en gesprekken met andere hulpverleners, de cliënt zelf en diens familie, vrienden of mantelzorgers. Aan de hand van BelRAI gegevens worden BelRAI resultaten berekend die kunnen gebruikt worden om een persoonsgericht begeleidingsplan op te stellen of bij te sturen.

Het gebruik van BelRAI is al uitvoerig getest in de ouderenzorg. In deze BelRAI geestelijke gezondheidszorg studie onderzoeken we de bruikbaarheid van de BelRAI GGZ-instrumenten in de zorg voor personen met een ernstige psychische aandoening (inclusief verslaving) in Vlaanderen. Bij personen die geïnterneerd zijn wordt ook de bruikbaarheid van de DUNDRUM onderzocht. Dit onderzoek gaat na wat er nodig is opdat BelRAI instrumenten (en de DUNDRUM) gebruikt kunnen worden in de zorg voor deze populatie, op zo'n manier dat de kwaliteit van de zorg erdoor kan verbeteren.

Dit onderzoek wordt in Vlaanderen uitgevoerd voor het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin uitgevoerd door LUCAS KU Leuven, in samenwerking met het Kenniscentrum Forensisch Psychiatrische Zorg (KeFor) voor de forensische populatie. De BelRAI GGZ-studie wordt uitgevoerd in opdracht van en gesubsidieerd door de Vlaamse overheid.

Wat houdt het onderzoek voor u als patiënt- of familievertegenwoordiger in?

Ter voorbereiding van uw deelname aan dit expertpanel heeft u de nota 'Informatie over het BelRAI GGZ-instrumentarium' doorgenomen.

Tijdens het expertpanel zit u online samen met andere patiënt- en familievertegenwoordigers en wordt er in groep gepeild naar gebruiksmogelijkheden van de BelRAI GGZ-instrumenten. Er wordt een video- en audio-opname gemaakt van dit groepsgesprek, die vernietigd zal worden op het einde van de studie.

Waarom deelnemen?

Dit onderzoek gaat na wat er nodig is opdat BelRAI instrumenten gebruikt kunnen worden in de zorg voor personen met een ernstige psychische aandoening (inclusief verslaving) in Vlaanderen, met als doel de zorgkwaliteit voor personen met een psychische kwetsbaarheid en/of verslaving te verbeteren. De bekomen inzichten kunnen bijdragen aan de wetenschappelijke evaluatie van de instrumenten en aan toekomstige ontwikkelingen in de klinische praktijk.

Vrijwillige deelname

De deelname aan dit expertpanel van de BelRAI GGZ-studie is vrijwillig. Vóór uw deelname zal u gevraagd worden om een geïnformeerd toestemmingsformulier te ondertekenen. Door dit formulier te ondertekenen geeft u toestemming om de gegevens die u aanbrengt over het gebruik van de BelRAI GGZ-instrumenten voor dit onderzoek te gebruiken.

Vergoeding

Er is geen (financiële of andere) vergoeding voorzien voor deelname aan deze studie.

Vertrouwelijkheid van gegevens

Uw deelname aan de studie betekent dat u ermee akkoord gaat dat de onderzoekers van LUCAS KU Leuven gegevens over u verzamelen, die gebruiken voor onderzoek en in het kader van wetenschappelijke publicaties. Deze gegevens betreffen uw visie op de gebruiksmogelijkheden van de BelRAI instrumenten en de BelRAI resultaten binnen de voorziening waarin u werkzaam bent.

Uw gegevens zullen worden verwerkt overeenkomstig de Europese Algemene Verordening 2016/679 inzake Gegevensbescherming (AVG) en de Belgische Wetgeving betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens. Als opdrachtgever van het onderzoek, is de Vlaamse overheid de verwerkingsverantwoordelijke van uw persoonlijke gegevens die verwerkt worden in het kader van het onderzoek.

U hebt het recht om aan de onderzoekers te vragen welke gegevens zij over u hebben verzameld en waarvoor ze gebruikt worden in het kader van de studie. U hebt het recht om deze gegevens in te kijken en om verbeteringen te laten aanbrengen indien ze foutief zouden zijn²⁸.

De onderzoekers van LUCAS KU Leuven zijn verplicht om deze verzamelde gegevens vertrouwelijk te behandelen.

Dit betekent dat zij zich ertoe verbinden om uw naam nooit bekend te maken, bv. in het kader van een publicatie of een conferentie en dat zij uw gegevens zullen coderen (uw identiteit zal worden vervangen door een identificatiecode in de studie) voordat zij opgenomen worden in de databank. De databank wordt beheerd door de onderzoekers van LUCAS KU Leuven, Centrum voor Zorgonderzoek en Consultancy (Minderbroedersstraat 8 postbus 5310, 3000 Leuven). Deze beheerder werd aangesteld door de opdrachtgever van deze studie, zijnde de Vlaamse overheid (Agentschap Zorg en Gezondheid, Koning Albert II-laan 35 bus 33, 1030 Brussel).

De onderzoekers van LUCAS KU Leuven zijn verantwoordelijk voor het verzamelen van de gegevens en voor de verwerking en de bescherming van die gegevens in overeenstemming met de Belgische wet betreffende de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

Uw toestemming om aan deze studie deel te nemen betekent ook dat u akkoord gaat dat uw gecodeerde gegevens gebruikt worden voor doeleinden die in dit informatieformulier beschreven staan en dat ze overgedragen worden aan bovenvermelde personen.

Indien u uw toestemming tot deelname aan de studie intrekt, zullen de gecodeerde gegevens die al verzameld waren vóór uw terugtrekking, bewaard worden. Hierdoor wordt de geldigheid van de studie gegarandeerd. Er zal geen enkel nieuw gegeven aan de onderzoekers van LUCAS KU Leuven, de beheerder van de databank, worden doorgegeven.

Indien u vragen hebt over hoe de onderzoekers van LUCAS KU Leuven uw gegevens gebruiken, dan kan u hiervoor steeds terecht bij uw hulpverlener en de onderzoekers zelf. Ook de functionaris voor gegevensbescherming van het onderzoekcentrum staan ter uwer beschikking.

De contactgegevens van deze laatste zijn als volgt: DPO - UZ Leuven, Herestraat 49, 3000 Leuven, e-mail dpo@uzleuven.be.

Tot slot, indien u een klacht heeft over de verwerking van uw gegevens, kunt u contact opnemen met de Belgische toezichthoudende instantie die toeziet op de naleving van de grondbeginselen van de bescherming van persoonsgegevens:

De Belgische toezichthoudende instantie heet:

Gegevensbeschermingsautoriteit (GBA)
Drukpersstraat 35,
1000 Brussel
Tel. +32 2 274 48 00
e-mail: [contact\(at\)apd-gba.be](mailto:contact(at)apd-gba.be)
Website: www.gegevensbeschermingsautoriteit.be

²⁸ Deze rechten zijn bepaald door de Europese Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG), de Belgische Wetgeving betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens en door de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt.

Verzekering

Elke deelname aan een studie houdt een risico in, hoe klein ook. De opdrachtgever is - ook indien er geen sprake is van fout - aansprakelijk voor de schade die de deelnemer of in geval van overlijden zijn/haar rechthebbenden, oplopen en die rechtstreeks of onrechtstreeks verband houdt met diens deelname aan de studie. U moet hiervoor dus geen fout aantonen. De opdrachtgever dient hiervoor een verzekering af te sluiten. De opdrachtgever kan het voorzien van de verplichte verzekering echter ook delegeren naar een derde partij. Voor deze studie heeft UZ Leuven daarom een verzekering afgesloten om de aansprakelijkheid van de opdrachtgever te dekken.^[1] De verzekeringspolis werd afgesloten bij verzekeringsmakelaar Amlin Insurance SE, met adres Koning Albert II-laan 37, 1030 Brussel, onder Polisnummer 299.053.700.

Goedkeuring Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven

De studie werd goedgekeurd door de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven *na raadpleging van het Ethisch comité van de deelnemende centra (S61488)*. Deze studie wordt uitgevoerd volgens de richtlijnen voor de goede klinische praktijk (ICH/GCP) en volgens de meest recente versie van de verklaring van Helsinki opgesteld ter bescherming van mensen die deelnemen aan wetenschappelijke studies. In geen geval dient u de goedkeuring door de lokale ethische commissie waartoe de voorziening waartoe u behoort en/of de Ethische Commissie Onderzoek UZ/KU Leuven te beschouwen als een aansporing tot deelname aan deze studie.

Vragen?

Hebt u na het lezen en het krijgen van deze informatie nog vragen? Dan kunt u contact opnemen met Hanne Van Horebeek wetenschappelijk medewerker van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (016/19.43.99 of hanne.vanhorebeek@kuleuven.be) of met prof. dr. Chantal Van Audenhove, eindverantwoordelijke van deze studie (016/37.34.31 of chantal.vanaudenhove@kuleuven.be).

Wij hopen u hiermee voldoende geïnformeerd te hebben.

Met vriendelijke groet,

Hanne Van Horebeek, wetenschappelijk medewerker LUCAS KU Leuven

Mede namens dr. Kathleen De Cuyper, projectleider van deze studie, LUCAS KU Leuven

Mede namens prof. Chantal Van Audenhove en prof. Anja Declercq, promotoren van deze studie, LUCAS KU Leuven

[1] In overeenstemming met artikel 29 van de Belgische Wet inzake experimenten op de menselijke persoon (7 mei 2004)

Toestemmingsformulier BelRAI GGZ-studie

De evaluatie van de BelRAI GGZ-instrumenten en resultaten in de zorg voor personen met een ernstige psychische aandoening en/of verslaving

Door het ondertekenen van dit formulier geef ik aan dat ik mijn medewerking wil verlenen aan de BelRAI GGZ-studie. Hierbij verklaar ik dat:

- Ik voldoende geïnformeerd ben over het doel en de inhoud van de BelRAI GGZ-studie.
- Ik de schriftelijke informatie over het onderzoek heb ontvangen.
- Ik in de gelegenheid ben geweest om vragen over het onderzoek te stellen. Mijn vragen zijn duidelijk beantwoord.
- Ik voldoende tijd heb gehad om na te denken over een eventuele deelname.
- Ik weet dat mijn deelname geheel vrijwillig is.
- Ik begrijp dat in het kader van dit onderzoek de gegevens die ik aanbreng over het gebruik van de BelRAI GGZ-instrumenten worden verzameld en verwerkt, en ga hier vrijwillig mee akkoord.
- Ik begrijp dat er een video- en audio-opname wordt gemaakt van het groepsgesprek tijdens het expertpanel, dat vernietigd zal worden bij het einde van het onderzoek. Dit is gepland voor december 2020.
- Ik weet dat de onderzoekers mijn gegevens zullen coderen (mijn identiteit zal worden vervangen door een identificatiecode in de studie) voordat zij opgenomen worden in de databank. De databank wordt beheerd door de onderzoekers van LUCAS KU Leuven, Centrum voor Zorgonderzoek en Consultancy. Deze beheerder werd aangesteld door de opdrachtgever van deze studie, zijnde de Vlaamse overheid (Agentschap Zorg en Gezondheid).
- Ik akkoord ga met deelname aan dit expertpanel in het kader van de BelRAI GGZ-studie.

Naam patiënt- of familievertegenwoordiger die de informatie heeft gekregen:

Handtekening patiënt- of familievertegenwoordiger:

Datum ___ / ___ / ____

Ik, ondergetekende, Hanne Van Horebeek (naam onderzoeker), bevestig dat ik de nodige informatie heb gegeven over deze studie, dat ik een kopie heb gegeven van de informatie- en toestemmingsfolder die door de verschillende partijen werd getekend, dat ik bereid ben om zo nodig alle aanvullende vragen te beantwoorden en dat ik geen druk op de patiënt- of familievertegenwoordiger heb uitgeoefend om aan de studie deel te nemen. Ik verklaar dat ik werk volgende de ethische principes die worden beschreven in de Verklaring van Helsinki en de Belgische wet van 7/5/2004 over proeven op mensen.

Datum: 27/10/2020

Naam onderzoeker die de informatie heeft gegeven: Hanne Van Horebeek

Handtekening onderzoeker:

A handwritten signature in blue ink that reads "Van Horebeek". The signature is written in a cursive style and is positioned above a horizontal line.

Bijlage 5 Richtvragen (online-)focusgroep met hulpverleners (1 t.e.m. 4)

1. Gegevensverzameling die nodig is om de BelRAI GGZ-items te kunnen scoren

- Hoe zijn jullie te werk gegaan om **gegevens te verzamelen** die nodig zijn om de BelRAI instrumenten in te vullen?
- Hoe lang moet de **kennismakingsperiode** met de cliënt zijn opdat de BelRAI GGZ-instrumenten kunnen ingevuld worden?
 - ~ inclusiecriteria: minstens 1 maand in opname/behandeling
- In welke mate was er **multidisciplinair overleg** nodig om alle gegevens te kunnen verzamelen?
- Welke gegevens zijn **moeilijk te verzamelen**?

2. Invullen van de BelRAI GGZ-items

- Hoe zijn jullie te werk gegaan om de BelRAI GGZ-instrumenten **in te vullen**?
- Welke items zijn **moeilijk** in te vullen?
- Kunnen **alle items** van de BelRAI GGZ-instrumenten op een bepaald moment in de zorg **bespreekbaar** gemaakt worden door de hulpverlener naar de zorggebruiker toe?
- Zijn er specifieke topics uit de BelRAI (C)MH-instrumenten waarover **meer discussie** bestaat **tussen zorgverleners** dan over andere topics, en waarbij het bijgevolg moeilijker is om te weten wat er best ingevuld wordt bij die BelRAI-items?
- Hoe is de **tijdsinvestering** per beoordeling geëvolueerd doorheen het project?
 - **Wanneer** in het weekschema werd een beoordeling ingevuld?
- Kwam er tijdens het invullen van de BelRAI GGZ-instrumenten informatie naar voren waar u **nog niet van op de hoogte** was/die u voordien nog niet geobserveerd had?

3. Inhoud BelRAI GGZ-instrumentarium

- In welke mate is het **BelRAI (C)MH-instrument** geschikt om de zorgnoden en het functioneren te beoordelen van de populatie waarmee jullie werken?
- In welke mate geeft het bijkomende informatie m.b.t. de zorgnoden en het functioneren van je cliënten, aanvullen op het BelRAI hoofdinstrument?
 - **Addictions supplement**
 - **Forensic supplement**
 - **Intellectual Disability supplement**
 - **Maatschappelijk Herstel supplement**

4. BelRAI GGZ-resultaten

- **Wanneer** werden de BelRAI GGZ-resultaten besproken?
 - **Met de cliënt**
 - **Met de familie**
 - **Met het team**
- Hoe hebben jullie **gebruik gemaakt van de BelRAI GGZ-resultaten**?
- In welke mate hebben de **CAP's/zorgschalen** een meerwaarde geboden?
- Bringen de BelRAI GGZ-resultaten zaken naar boven die jullie **voordien nog niet geobserveerd** hadden?
- In welke mate heeft de **BelRAI Quality of Life vragenlijst** een meerwaarde geboden om het begeleidingsplan mee op te stellen of bij te sturen?
- In welke mate heeft de **Nederlandse Empowerment Lijst/I.ROC** een meerwaarde geboden om het begeleidingsplan mee op te stellen of bij te sturen?

- In welke mate heeft de **herstellvragenlijst** een meerwaarde geboden om het begeleidingsplan mee op te stellen of bij te sturen?

5. **Gebruik van BelRAI in de Vlaamse GGZ in de toekomst**

- Wat zijn de **barrières en facilitatoren** om de BelRAI GGZ-instrumenten in te vullen in de GGZ?
- **Welke informatie** uit de BelRAI (C)MH-instrumenten kan op welk niveau gedeeld worden?
 - Met de volledige gezondheidszorg
 - Enkel binnen de GGZ
 - Enkel binnen eigen voorziening
 - Niet gedeeld met andere zorgverleners
- **Hoe vaak** dienen de BelRAI (C)MH-instrumenten **afgenomen** te worden om een goed zicht te krijgen op de evolutie van het functioneren van de zorggebruiker?
 - Bij **welke belangrijke veranderingen** in het functioneren van de cliënt is dit ook nodig?

Bijlage 6 Richtvragen online-focusgroep met hulpverleners (5 t.e.m. 7)

1. Voorstelling behandel-/begeleidingstrajecten voorzieningen

- Welke aanpak wordt gebruikt tijdens de **kennismakingsfase** om zicht te krijgen op het functioneren van de cliënt en om te weten waar de begeleiding dient op in te zetten?
 - Hoeveel tijd is nodig om hier zicht op te krijgen?
 - Worden hiervoor methodieken, vragenlijsten, assessment instrumenten, psychodiagnostisch onderzoek gebruikt?
 - Wordt hiervoor een structuur aangeboden/vastgelegd vanuit de dienst?
- Hoe en wanneer gebeurt de evaluatie van het **begeleidingsplan**?
 - Wordt hiervoor een bepaalde methodiek, structuur, assessment gebruikt?
- Wanneer in dit traject heb je de **BelRAI GGZ-assessments** ingevuld?

2. Gegevensverzameling voor en invullen van het BelRAI GGZ-instrumentarium

- Via wie of wat werd de **informatie aangeleverd** om het instrumentarium in te vullen?
- **Voor welke cliënten** heb je het instrumentarium ingevuld en waarom?
 - Hoe lang moet de **kennismakingsperiode** met de cliënt zijn opdat de BelRAI GGZ-instrumenten kunnen ingevuld worden?
- Kunnen **alle items** van de BelRAI GGZ-instrumenten op een bepaald moment in de zorg **bespreekbaar** gemaakt worden door de hulpverlener naar de zorggebruiker toe?
 - Zijn er bepaalde items/thema's die op een **later moment** dienen bevestigd te worden?
- Hoe is de **tijdsinvestering** per beoordeling geëvolueerd doorheen het project?

3. Inhoud BelRAI GGZ-instrumentarium

- In welke mate brengt het **BelRAI (C)MH-instrument** de zorgnoden en het functioneren van de populatie in kaart?
 - Gaf het hoofdinstrument informatie die je **reeds op een andere manier verzameld** binnen de voorziening?
 - Zo ja, welke informatie & op welke manier momenteel verzameld?
 - Gaf het hoofdinstrument **nieuwe informatie** aan?
 - Zo ja, vind je deze informatie noodzakelijk? Waarom wel/niet?
- Bespreking supplementen:
 - **Addictions supplement (extended version)**
 - Voor welke personen moest dit supplement worden ingevuld?
 - Indien het terecht ingevuld diende te worden, gaf het supplement dan informatie over de cliënt die je nog niet wist?
 - **Forensic supplement**
 - Voor welke personen moest dit supplement worden ingevuld?
 - Indien het terecht ingevuld diende te worden, gaf het supplement dan informatie over de cliënt die je nog niet wist?
 - **Intellectual Disability supplement**
 - Voor welke personen moest dit supplement worden ingevuld?
 - Indien het terecht ingevuld diende te worden, gaf het supplement dan informatie over de cliënt die je nog niet wist?
 - **Maatschappelijk Herstel supplement**
 - Gaf het supplement informatie over de cliënt die je nog niet wist?

4. **BelRAI GGZ-resultaten**

- Ben je op een bepaalde manier aan de slag gegaan met de **BelRAI GGZ-resultaten**?
 - Resultaten besproken met: **cliënt/familie/team?**
- Geven de resultaten eerder aan **op welke domeinen** diende ingezet te worden in de begeleiding/behandeling, **dan hoe** dit **concreet** diende te gebeuren?
- In welke mate heeft de **BelRAI Quality of Life vragenlijst** nieuwe informatie geboden?
- In welke mate heeft de **Nederlandse Empowerment Lijst/I.ROC** nieuwe informatie geboden?
- **Wanneer** zou je het BelRAI GGZ-instrumentarium **invullen** opdat je de evolutie in het functioneren van de cliënt kan volgen?

5. **Gebruik van BelRAI in de Vlaamse GGZ in de toekomst**

- Wat zijn zaken die **ondersteunend** zouden kunnen werken als BelRAI daadwerkelijk in de Vlaamse GGZ gebruikt zou worden?
 - In welke mate zou het een mogelijkheid/meerwaarde zijn om in de toekomst het BelRAI GGZ-instrumentarium **multidisciplinair** in te vullen?
- Wat zijn zaken die een **barrière** zouden vormen als BelRAI daadwerkelijk in de Vlaamse GGZ gebruikt zou worden?
- **Welke informatie** uit het BelRAI GGZ-instrumentarium kan **op welk niveau gedeeld** worden?
 - Welzijnswerk (CAW, OCMW, Diensten Maatschappelijk Werk van mutualiteiten, ...)
 - Volledige gezondheidszorg
 - Enkel binnen de GGZ
 - Enkel binnen de eigen voorziening
 - Niet gedeeld met andere zorgverleners

Bijlage 7 Vragen expertpanel met coördinatoren van de deelnemende voorzieningen

Implementatie van BelRAI in de toekomst in de Vlaamse GGZ

- Wat zijn **barrières en ondersteunende factoren** om BelRAI te gebruiken in de GGZ?
 - Op organisatieniveau?
 - Hoe kan het invullen van de instrumenten zijn plaats krijgen binnen de voorziening?
 - Op sectorniveau, binnen de Vlaamse GGZ?
 - Wat is er nodig opdat de BelRAI gebruikt zou kunnen worden om geïntegreerde zorg binnen een zorgregio te ondersteunen?
 - Visie op multidisciplinair invullen?
 - Met verschillende personen - van eenzelfde of verschillende voorzieningen - samen invullen in de toekomst.
 - Niet in alle voorzieningen mogelijk? Omwille van tijdsgebrek of andere redenen?

- **Gegevensdeling**
 - Belangrijke factoren waarmee rekening moet gehouden worden bij ontwikkeling van een kader rond gegevensdeling?
 - Welke informatie uit de BelRAI (C)MH-instrumenten kan op welk niveau gedeeld worden?
 - Met de volledige gezondheidszorg
 - Enkel binnen de GGZ
 - Zorgpad cliënt?
 - Enkel binnen de eigen voorziening
 - Informatie die tussen cliënt – 1 hulpverlener blijft

Bijlage 8 Nota terugkoppeling BelRAI GGZ-studie voor de deelnemende GGZ-netwerken, koepelorganisaties en betrokken overheden

Aanwezig: Vertegenwoordigers van Netwerk GGZ Noord-West-Vlaanderen, Netwerk GGZ Zuid-West-Vlaanderen, Netwerk GGZ Aalst-Dendermonde-Sint-Niklaas, Emergo, SaRA, Reling, Noolim, Diletti, het PAKT, VVBV, Zorgnet-Icuro, Afdeling gespecialiseerde zorg Agentschap Zorg en Gezondheid en het BelRAI GGZ-onderzoeksteam van LUCAS KU Leuven

1. Doelstelling en methode van de online-bijeenkomst

Als introductie lichtten de onderzoekers de doelstellingen van BelRAI toe als ook de onderzoeksvragen en methode van de BelRAI GGZ-studie (zie presentatie in bijlage). De doelstelling van dit terugkoppelingsmoment bestond erin van met de GGZ-netwerken en koepelorganisaties ervaringen te delen over

- de relevantie van de BelRAI GGZ output op meso- en macroniveau
- de randvoorwaarden waaraan voldaan dient te worden om het BelRAI GGZ-instrumentarium te implementeren in de GGZ in Vlaanderen.

Hiertoe gaven de onderzoekers een overzicht van de BelRAI GGZ-output als illustratie van de output die in de toekomst met data van de cliëntenpopulaties zal verkregen worden op het team-, organisatie- en regionaal niveau, eens een *representatieve* steekproef verzameld zal zijn.

Vervolgens werden onderstaande richtvragen voorgelegd aan de deelnemers:

- Wat is de relevantie van dit soort output voor de GGZ? Denk hierbij aan volgende niveaus:
 - o teams en afdelingen
 - o (sub-)sectoren
 - o netwerken
 - o regionaal/landelijk
- Welke suggesties heeft u voor de verdere implementatie?

De standpunten van de deelnemers zullen de conclusies van de BelRAI GGZ-studie en de aanbevelingen mee onderbouwen. Dit geldt ook voor de visies van hulpverleners, coördinatoren en patiënten- en familievertegenwoordigers die de onderzoekers tijdens de studie in focusgroepen en expertpanels hebben bevroegd.

2. Resultaten van de bijeenkomst

Hieronder geven we de standpunten en visies weer van de vertegenwoordigers van de netwerken en de koepelorganisaties die tijdens de meeting naar voor zijn gebracht.

2.1. Mogelijkheden en relevantie van de BelRAI GGZ-output op meso- en macroniveau

- Mits “de kinderziektes” eruit gehaald worden, zou BelRAI op netwerkniveau input kunnen geven voor het **opstellen van strategische doelstellingen van netwerken**. Voorbeelden uit de studie:

- Cliënten uit de ambulante voorzieningen ervaren significant minder deelname aan zinvolle activiteiten in de eigen gemeenschap in vergelijking met de cliënten uit de residentiële voorzieningen (QoL-vragenlijst ingevuld door de cliënten, subschaal activiteiten). Indien een dergelijk resultaat gebaseerd zou zijn op een representatieve groep van cliënten dan zou dit aanleiding kunnen geven tot de doelstelling om bij cliënten uit de ambulante voorzieningen van het netwerk meer in te zetten op deelname aan zinvolle activiteiten in de samenleving.
- Een goede kwaliteit van leven zoals cliënten dit ervaren blijkt in onze dataset sterk samen te gaan met een positieve relatie met het behandelteam (QoL-vragenlijst ingevuld door de cliënten, subschalen ondersteuning, hoop, relatie met behandelteam). Bij toekomstige data op populatieniveau kan men zich bijgevolg relevante vragen stellen bij teams of organisaties die slechte scores halen voor de relatie met het behandelteam. Misschien ligt een verklaring voor uitschieters in de data bij de aard van de problematiek van een bepaalde groep of bij de motivatie of opleiding van het personeel in dit team of voorziening, of ... De antwoorden op deze vragen kunnen vervolgens leiden tot de nodige stappen op organisatieniveau om de relatie te verbeteren en desgevallend ook de kwaliteit van leven van de bewoners. Deze resultaten doen ook de vraag rijzen in welke mate cliënten afhankelijk zijn van de relatie met hun hulpverlener voor hun kwaliteit van leven.
- Andere BelRAI output kan relevant zijn voor het opstellen van strategische doelstellingen, maar deze resulteerde - omwille van een eerste gebruik van de instrumenten - niet uit deze studie:
 - Data over de in- en doorstroom van en tussen verschillende organisaties in het netwerk. BelRAI kan deze data genereren op voorwaarde dat de BelRAI in alle subsectoren van GGZ wordt ingevuld. Deze data kunnen duidelijk maken waar zorgtrajecten vastlopen. De betrokken actoren kunnen vervolgens hypothesen genereren over wat hiervoor de redenen zouden kunnen zijn. Dit kan aanleiding geven tot nieuwe strategische doelstellingen voor een netwerk.
 - Het zou relevant zijn om op het niveau van Vlaanderen data te hebben over de zorgnoden van de cliënten, de zorg die reeds aangeboden wordt en de zorgdoelen die nog niet bereikt worden. Zodra BelRAI GGZ voor de volledige GGZ-populatie toegepast is, beschikken alle stakeholders hier wel over.
- De BelRAI GGZ-output zou niet alleen vergelijkingen tussen teams of organisaties toelaten, maar ook vergelijkingen tussen netwerken zijn mogelijk. Dit kan bijvoorbeeld op vlak van het aandeel van cliënten zonder financiële problemen of het aandeel van cliënten die een zinvolle dagbesteding ervaren. Ook vergelijkingen met het buitenland zijn zinvol. Deze vergelijkingen kunnen tot inspirerende discussies leiden waarbij **netwerken van elkaar kunnen leren en goede praktijken kunnen uitwisselen**.
- De BelRAI GGZ-output zou een managementtool kunnen worden. Momenteel hebben de netwerken dergelijke data niet standaard voor handen, waardoor er veel tijd en energie moet geïnvesteerd worden als ze dergelijke data toch willen verzamelen.

2.2. Kritische kanttekeningen bij de relevantie van de BelRAI GGZ-output op meso- en macroniveau

- De BelRAI GGZ-output op regionaal/landelijk niveau leidt op het eerste zicht **niet rechtstreeks tot actiepunten** waarop kan ingezet worden. Dat is wel wat koepelorganisaties willen te weten komen.
- BelRAI dient vooral relevant te zijn op het **niveau van de cliënt**, zijn zorgnoden en zijn behandelplan.
- Er bestaat in de GGZ-sector ongerustheid over de idee dat de Vlaamse overheid de BelRAI data zou gebruiken om vast te leggen welke cliënten met welke zorgnoden in welk type van voorzieningen zorg

kunnen of mogen krijgen, om zo **meer vat te krijgen op de patiëntenstromen in de GGZ**. Dit is niet wat de deelnemers van deze bijeenkomst willen.

- Er bestaat in de GGZ-sector ongerustheid over de idee dat de Vlaamse overheid **budgetten voor de voorzieningen** zal koppelen aan zorgzwaartecategorieën waarin cliënten op basis van BelRAI worden ingeschaald.

2.3. Randvoorwaarden om het BelRAI GGZ-instrumentarium te implementeren in de GGZ in Vlaanderen

- Als BelRAI zicht wil geven op de **zorgnoden en zorgzwaarte van cliënten bij opname**, dan dient de BelRAI daarvoor op het juiste moment ingevuld te worden. Tijdens de studie moesten cliënten minstens een maand opgenomen zijn vooraleer het instrumentarium mocht ingevuld worden. Daardoor brengen deze assessments niet de zorgnoden bij opname in kaart, maar wel de zorgnoden rekening houdend met de zorg en behandeling die de cliënten reeds kregen. Daarom dient nog vastgelegd te worden wanneer BelRAI assessments in de reguliere zorg zullen moeten ingevuld worden.
Tussenkost van de onderzoekers: Wanneer de BelRAI in alle subsectoren van de GGZ gebruikt zal worden zal dit probleem opgelost zijn.
- Hulpverleners moeten voor het invullen van de BelRAI assessments een **directe return on investment** hebben. Alleen dan werkt registratie. BelRAI mag niet enkel een meerwaarde bieden op beleids- of netwerkniveau.
 - o De hulpverleners moeten op basis van de BelRAI output ook zaken kunnen analyseren die voor hun eigen werk relevant zijn;
 - o De output moet in een overzichtelijk dashboard op een snelle manier door alle actoren geraadpleegd kunnen worden.
 - o Tussenkost van de onderzoekers: tijdens deze studie hadden hulpverleners terecht nog veel vragen bij de relevantie van de BelRAI data voor hun eigen werk. Dit was niet alleen het gevolg van een nieuwe manier van werken, maar ook moesten veel tijd investeren om het volledige BelRAI instrumentarium in te vullen. Ze brachten informatie in het systeem die ze over de cliënt reeds kenden, zonder dat ze baat te hebben bij reeds eerder ingebrachte informatie. In de toekomstige situatie zal een hulpverlener wel de resultaten te zien krijgen van eerdere BelRAI assessments die door voorgaande hulpverleners zijn uitgevoerd. De meerwaarde zal dan niet enkel uit de statistieken blijken, maar rechtstreeks in de omgang met een individuele cliënt.
- Er moet ingezet worden op het **ontschotten van de zorg**. Dit houdt in dat er gewerkt wordt aan het draagvlak bij de hulpverleners, en dat zij in de mogelijkheid zijn om met partners uit het netwerk samen te werken. Alleen op die manier kunnen hulpverleners gevolg geven aan bepaalde BelRAI-uitkomsten die betrekking hebben op samenwerken met/doorverwijzen naar andere (G)GZ-voorzieningen.
- Het is niet zinvol om te blijven onderzoek uitvoeren. Het is zinvoller dat de **overheid nu beslist om de BelRAI** in alle subsectoren van GGZ **te implementeren**, vervolgens een **evaluatie** te houden na bv. 5 jaar, en dan te beslissen of het gebruik van BelRAI wordt verdergezet of wordt afgevoerd.
- Er dient nagegaan te worden of dezelfde info op een **minder tijdsintensieve manier** verkregen kan worden.

De **cliënt is mede-eigenaar van de data**. Het zijn de gegevens van de cliënt waar de hulpverleners ook gebruik van mogen maken. Ook het **delen van BelRAI-data** tussen verschillende hulpverleners en (G)GZ-voorzieningen, en de toestemming van de cliënt in dit verhaal, dient verder onderzocht te worden.

Bijlage 9 Expertpanel met patiënten- en familievertegenwoordigers

Aanwezig: 6 GGZ-cliëntvertegenwoordigers vanuit Uilenspiegel en OPWEGG, 2 GGZ-familievertegenwoordigers vanuit Similes en 2 onderzoekers van het BelRAI GGZ-onderzoeksteam, LUCAS KU Leuven

1. Doelstelling en methode van het online expertpanel

Als introductie legden de onderzoekers aan de hand van een casus de werking van BelRAI uit. Daarna werd ingezoomd op hoe BelRAI continuïteit van zorg kan ondersteunen en bespraken de onderzoekers enkele resultaten van de BelRAI GGZ-studie op het niveau van de steekproef van 446 cliënten.

De doelstelling van dit expertpanel bestond erin visies van patiënten- en familievertegenwoordigers te verzamelen over **wat er nodig is opdat BelRAI de (continuïteit van) zorg op een goede manier zou ondersteunen**. Concreet bespraken de onderzoekers drie topics met de cliënten- en familievertegenwoordigers:

- Wanneer het BelRAI-dossier invullen?
- Hoe het BelRAI-dossier invullen?
- Coördinatie en delen van het BelRAI-dossier

2. Resultaten van het expertpanel: Visies van patiënten- en familievertegenwoordigers over wat er nodig is om het BelRAI GGZ-instrumentarium in de toekomst te implementeren op de verschillende niveaus van de Vlaamse geestelijke gezondheidszorg

Hieronder geven we de standpunten en visies weer van de patiënten- en familievertegenwoordigers die tijdens het expertpanel naar voor zijn gebracht. Standpunten over topics die niet expliciet bevroegd werden, maar toch aan bod zijn gekomen, geven we hier ook weer.

Deze standpunten zullen de conclusies van de BelRAI GGZ-studie en de aanbevelingen mee onderbouwen. Dit geldt ook voor de visies van hulpverleners, coördinatoren en vertegenwoordigers van GGZ-netwerken en koepelorganisaties die de onderzoekers tijdens de studie ook hebben bevroegd.

2.1. Inhoud van het BelRAI GGZ-instrumentarium

- Vragenlijsten zijn niet de beste manier om het mentaal welzijn van een persoon in kaart te brengen. De ervaring bestaat dat hulpverleners vragenlijsten **dogmatisch** kunnen **hanteren**. Hiermee wordt bedoeld dat het voor de cliënt niet altijd mogelijk is om correct te antwoorden op de vragen. Hulpverleners zien de cliënt dan soms als een dwarsligger en pathologiseren dat gedrag.
- BelRAI vertrekt vanuit een **deficit-model** dat focust op problemen. Het voelt alsof BelRAI de gebreken van een cliënt afvinkt. Er zou meer vertrokken moeten worden vanuit een krachten-model. Wat zijn de sterktes van de cliënt? Wat loopt er nog goed? Positieve aspecten benadrukken werkt motiverend voor de cliënt en zal meer vooruitgang helpen boeken dan een probleemgerichte focus.
- BelRAI **focust vooral op het individu, en te weinig op de maatschappij**. Sommige zaken dienen op het niveau van de maatschappij te veranderen en zijn geen ‘probleem’ van het individu.
- BelRAI hanteert soms moeilijk **taalgebruik** en Engelse termen (zorgschalen), die niet voor elke cliënt begrijpbaar zijn. De BelRAI-zorgschalen zouden, minstens, in de drie landstalen moeten vertaald worden.

2.2. Coördinatie van het BelRAI dossier

Er is algemene consensus over het feit dat best de **vertrouwenspersoon** van de cliënt de coördinatie van het BelRAI-dossier op zich neemt. De vertrouwenspersoon is het beste geplaatst om aan te geven wanneer een nieuw BelRAI assessment nodig is.

- Doordat het BelRAI dossier wordt gecoördineerd door een persoon die de cliënt verkiest en aanduidt, blijft de **regie bij cliënt**.
- Wie de vertrouwenspersoon is, kan best vastgelegd worden in bv. het **signaleringsplan of crisiskaart**. De cliënt kan mogelijks niet in staat zijn om die beslissing te nemen wanneer het nodig is.
- **Wie** kan de vertrouwenspersoon zijn?
 - o Dit **verschilt** van cliënt tot cliënt
 - o Het dient **één en dezelfde persoon** te zijn doorheen het hele traject van de cliënt. Bv. niet de ene hulpverlener wanneer de cliënt in crisis wordt opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis, en een andere hulpverlener bij een somatische crisis.
 - o Het dient iemand uit de **nabije omgeving van de cliënt** te zijn, bv. familie of een vriend
 - Voordelen:
 - Deze persoon is continu aanwezig. De omgeving van de cliënt kan sneller dan een hulpverlener signalen oppikken van de cliënt;
 - Deze persoon is het beste geplaatst om in te schatten welke gebeurtenissen al dan niet een impact kunnen hebben op de cliënt.
 - Bedenkingen
 - Niet iedereen heeft een vaste vertrouwenspersoon;
 - Familie is mogelijks nooit betrokken geweest in het traject of de problematiek van de cliënt;
 - De nauwe band van een cliënt met zijn familie, wilt niet noodzakelijk zeggen dat deze cliënt, bv. bij opname, ervoor kiest om een familielid zijn vertrouwenspersoon te laten zijn.
 - o Het kan een **hulpverlener** van de cliënt zijn.
 - Voordelen:
 - Op moeilijkere momenten, bv. bij een acute psychose, kan deze beslissen om een BelRAI assessment in te vullen en zo nog bepaalde symptomen extra vast te stellen;
 - ⇒ De cliënt moet achteraf wel kunnen aanvullen hoe hij deze toestand zelf ervaren heeft.
 - Een belangrijke voorwaarde is dat de hulpverlener continu in contact is met de cliënt, alsook met de begeleiding thuis.
 - ⇔ Continuïteit in hulpverlening is vaak een probleem. Hulpverleners veranderen vaak van post. Dan is het moeilijker voor cliënten om een vertrouwensband op te bouwen.
 - De professionele achtergrond van de hulpverlener is een meerwaarde;
 - Soms is een hulpverlener, bv. de psychiater, meer een constante in het leven/traject van de cliënt dan familie/vrienden.
 - Bedenkingen:
 - Een hulpverlener zie je niet dagelijks;
 - Niet iedereen heeft één en dezelfde hulpverlener doorheen zijn hele traject, bv. door verhuis.

2.3. Wanneer het BelRAI dossier invullen?

- **Aan het begin van de behandeling** weet de hulpverlener de nodige info nog **niet** allemaal, en de cliënt is er dan nog niet klaar voor om al deze info te geven aan de hulpverlener.
- **Quality of Life (QOL) vragenlijst:**
 - o De vraag wordt gesteld of het invullen van de QoL-vragenlijst steeds gekoppeld moet zijn aan het invullen van de rest van het instrumentarium. De vertrouwenspersoon van de cliënt kan soms sneller dan een hulpverlener aangeven of het minder goed gaat met de cliënt. Dan kan het invullen van de QOL bij de cliënt inzicht brengen over de ernst van zijn situatie.
 - o De cliënt vult de QoL-vragenlijst in wanneer hij dat zelf relevant vindt. Anders kan de vragenlijst resulteren in een vertekend beeld. Bv. wanneer de cliënt in opname de vragen op zo'n manier beantwoordt dat hij zo snel mogelijk op ontslag kan gaan.
 - o Concreet:
 - 6 maanden of jaar na ontslag
 - 1 maand na ontslag
 - o Niet elke cliënt heeft toegang tot een computer en/of kan er mee werken.
- **Hulpverleners-gedeelte** van het BelRAI dossier: cliënten hebben de ervaring dat hulpverleners soms info verzamelen waar ze van opkijken of waar ze niet van op de hoogte zijn. Het invullen van het hulpverleners-gedeelte zou vaker **samen/meer in samenspraak met cliënt** moeten gebeuren. De cliënt moet een andere mening kunnen hebben en dit moet ook aangepast kunnen worden in het BelRAI dossier. Deze manier van werken sluit ook meer aan bij de praktijk van het multidisciplinair overleg waar de cliënt bij aanwezig is en zijn inbreng kan doen.
- **Afhankelijk van de SETTING:** bij bv. een eerste opname in een psychiatrisch ziekenhuis is het invullen van het BelRAI dossier bij opname helemaal niet mogelijk. In Beschut Wonen zou dat misschien wel mogelijk zijn omdat deze cliënten al een heel traject hebben afgelegd.

2.4. Hoe het BelRAI dossier invullen?

Wanneer een cliënt de QoL-vragenlijst heeft ingevuld, is het belangrijk om voorzichtig te zijn met de interpretatie van de resultaten. Dit heeft met twee zaken te maken:

- Cliënten willen weten waarom de hulpverleners deze informatie willen verzamelen. Vervolgens beantwoorden ze de vragenlijst **volgens wat ze willen dat er gebeurt**. Bv. in het licht van zo snel mogelijk op ontslag te kunnen gaan, kan een cliënt een beter beeld creëren dan hoe hij zich werkelijk voelt. Als er koppeling met **financiering** zou zijn, gaan mensen ook antwoorden in functie van een hogere uitkering en niet naar waarheid.
- Mensen kruisen soms zaken aan **zonder goed te weten waarom**.

2.5. Plaats van de visie van de mantelzorger of familie in het BelRAI dossier

- Wat als de **mantelzorger een andere mening** heeft dan de cliënt? Dit zou ergens apart moeten kunnen ingevuld worden in het BelRAI dossier. Het is belangrijk om naar de familie te luisteren: hun situatie, verdriet, problemen.
- Het is belangrijk om ook de **familie** te betrekken bij het BelRAI dossier. (De familie is niet noodzakelijk ook de vertrouwenspersoon).
 - De familie vormt mee de context van de patiënt, dus hun visie is ook belangrijk om op te nemen in het BelRAI dossier. Een BelRAI in het begin van een opname invullen is heel moeilijk. Het is belangrijk om de familie dan toch al te horen om alvast een aantal zaken te kunnen invullen. Idem bij ontslag (kennis voor opvolging, ondersteuning).
 - Zowel informatie *voor* familie als *van* familie is belangrijk.

2.6. Toegang tot BelRAI-dossier en gegevensdeling

2.6.1. Toegang van de cliënt tot zijn BelRAI dossier

- Een cliënt moet zijn eigen dossier kunnen **inkijken**.
- En cliënt moet **veranderingen** kunnen aanbrengen in zijn BelRAI dossier (over zaken die in zijn ogen anders zijn of gewoon foutief).

2.6.2. Gegevensdeling

- De cliënt moet kunnen aangeven welke gegevens hij wil delen met welke hulpverlener.
- De cliënt moet kunnen beslissen dat hij gegevens van vóór een bepaalde datum niet meer wil delen met hulpverleners.
- Ook bij het toestemming geven voor gegevensdeling is het belang van **vertrouwenspersoon** als coördinator van het dossier groot. Bv. bij een zware depressie kan de cliënt misschien toestemming geven om te delen en dan daarna beseffen dat ze dit liever niet gedaan had. De vertrouwenspersoon kan dit dan voorkomen.
- Als cliënt wordt het uiteindelijk ook moeilijk om te zien welke info je met wie wilt delen en hoe dit praktisch kan verwezenlijkt worden. Soms wil je als cliënt liever je verhaal even opnieuw kort schetsen in plaats van gegevens over jou via een dergelijk dossier tussen hulpverleners te laten delen.

Bijlage 10 Voorbeeld opleidingswebsite

Beste hulpverlener,

Via deze website kan u het **opleidingsmateriaal** terugvinden van de BelRAI GGZ-opleiding waaraan u deelneemt in het kader van de BelRAI GGZ-studies.

De doelstelling van deze studie is het evalueren van de gebruiksmogelijkheden van de BelRAI GGZ-instrumenten en resultaten in de zorg voor personen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en/of verslaving, inclusief geïnterneerden, in Vlaanderen.

Voor elke deelnemende voorziening volgen één of twee hulpverleners de BelRAI GGZ opleiding. Deze hulpverleners vullen het BelRAI GGZ-instrumentarium in voor 10 cliënten met een EPA en/of verslaving binnen hun voorziening. Ook de deelnemende cliënten vullen, al dan niet met de ondersteuning van de hulpverlener, enkele vragenlijsten in.

Hieronder kan u het opleidingsmateriaal van de BelRAI GGZ-opleiding downloaden.

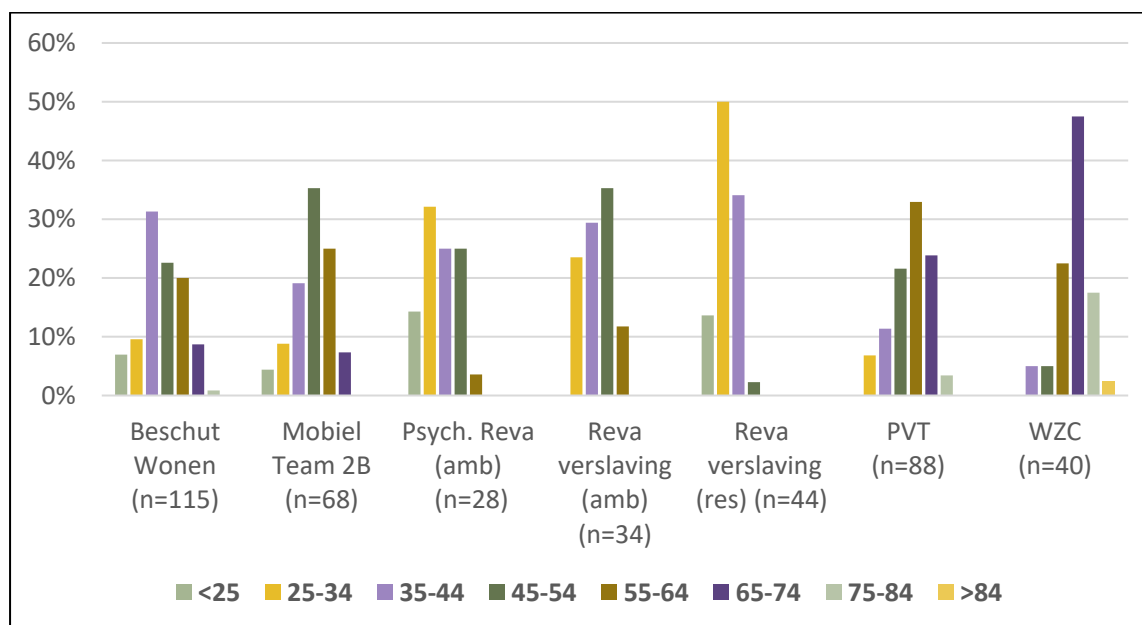
- **De presentaties** van de **opleidingsdagen**
- Qualtrics testversie BelRAI GGZ-opleiding: Via deze **testversie** kan u oefenen met het invullen van het BelRAI GGZ-instrumentarium.
- **De instrumenten en supplementen**
 - Instrumenten: het BelRAI Mental Health instrument (voor residentiële settings) en het BelRAI Community Mental Health instrument (voor ambulante settings)
 - Supplementen: het BelRAI Forensic supplement, het BelRAI Intellectual Disability supplement, het BelRAI Addictions supplement (extended version) en Maatschappelijk Herstel supplement
 - Instrumenten in te vullen door de cliënt:
 - BelRAI Quality of Life vragenlijst
 - Herstelvragenlijst: NIET VERPLICHT
 - **Nederlandse Empowerment Lijst (NEL)**: In te vullen door alle deelnemende cliënten via de Qualtrics link.
 - I.ROC: In te vullen voor alle deelnemende cliënten via de software aangekocht via Penumbra.
- **De handboeken**
 - Handboek BelRAI Mental Health instrument
 - Handboek BelRAI Community Mental Health instrument
 - Handboek BelRAI Forensic supplement
 - Handboek BelRAI Addictions supplement (extended version)
 - Handboek BelRAI ID supplement (bij Mental Health en bij Community Mental Health)
 - CAP's handboek bij het BelRAI (Community) Mental Health instrument
 - CAP's handboek bij het BelRAI ID-supplement
- **Ander opleidingsmateriaal**
 - Informed consentformulier voor de cliënten (BelRAI GGZ-studie)
 - Informatiebrochure over de BelRAI GGZ-studie voor cliënten, hulpverleners en naastbetrokkenen

- Document inclusie en exclusie cliënten
- Bijkomende informatie zorgschalen BelRAI (C)MH
- Beslissingsboom ADL-functioneren
- Protocol BelRAI GGZ-studie

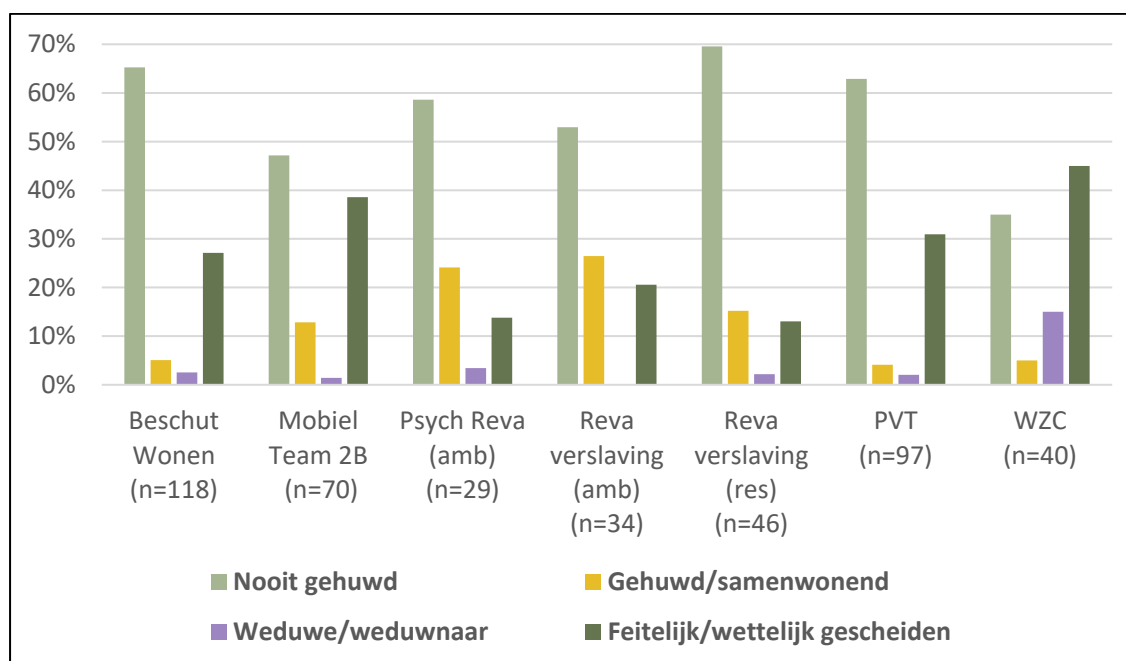
Indien u nog vragen heeft, mag u deze steeds stellen via mail (hanne.vanhorebeek@kuleuven.be) of telefonisch (+32 16 19 43 99).

Bijlage 11 Resultaten van de BelRAI GGZ-studie: Bijkomende BelRAI output op groepsniveau

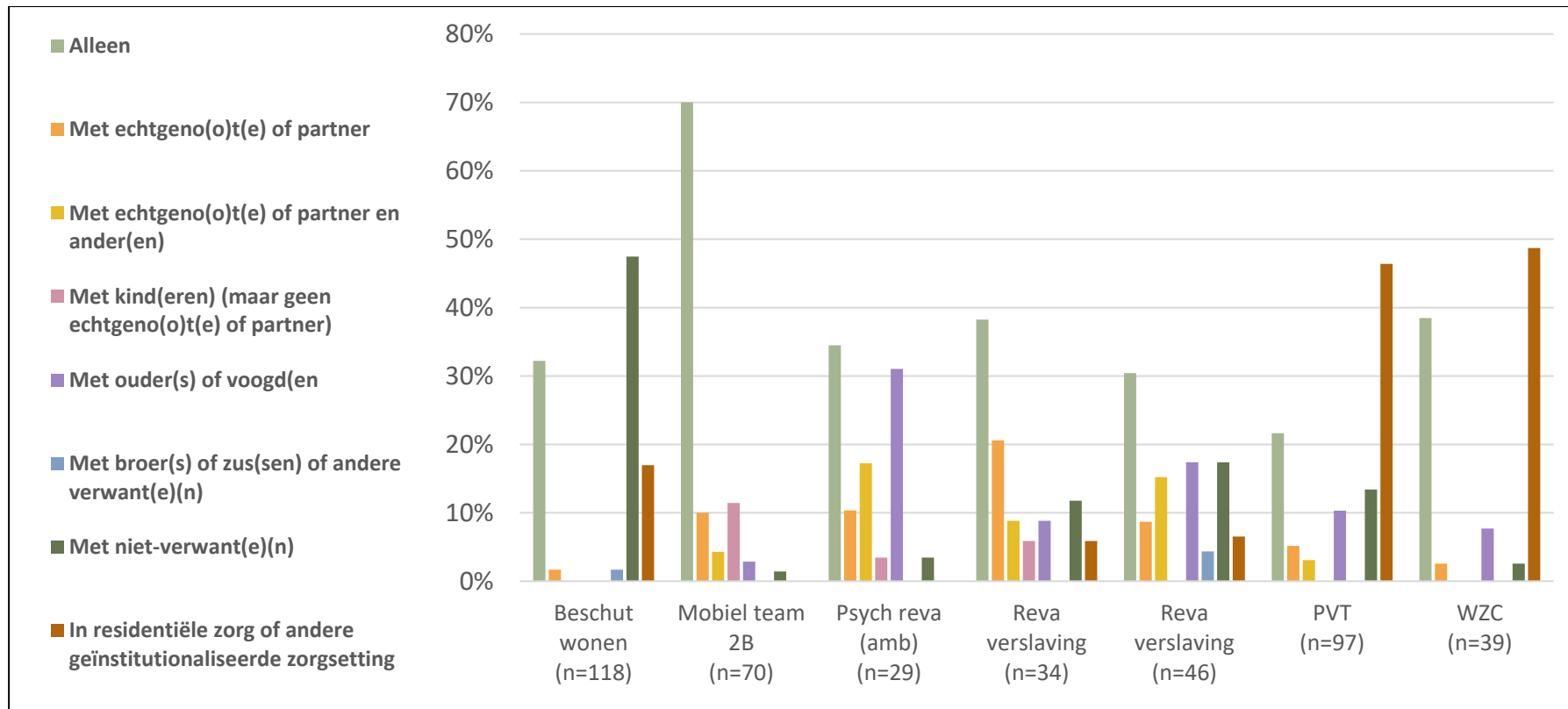
1 Demografische gegevens



Figuur 21 Percentages cliënten volgens leeftijds categorie, ingedeeld volgens type voorziening



Figuur 22 Percentages volgens burgerlijke staat, ingedeeld volgens type voorziening



Figuur 23 Percentages cliënten volgens woonsituatie*, ingedeeld volgens type voorziening

* Bij residentiële cliënten betreft dit de woonsituatie vóór opname.

2 Fysieke gezondheidstoestand

Tabel 23 Percentage cliënten die extrapiramidale symptomen ervaren ingedeeld volgens type voorziening

Extrapiramidaal symptoom	Beschut wonen (n=118)	Mobiel team 2B (n=70)	Psych reva (amb) (n=29)	Reva verslaving (amb) (n=33-34)	Reva verslaving (res) (n=46)	PVT (n=98-99)	WZC (n=40)
Acatheisie	14,4%	7,1%	3,4%	15,2%	15,2%	18,2%	17,5%
Dyskinesie	3,4%	2,9%	6,9%	3,0%	0,0%	8,1%	7,5%
Tremor	6,8%	7,1%	3,4%	12,1%	2,2%	17,2%	15,0%
Bradykinesie	2,5%	0,0%	0,0%	5,9%	0,0%	7,1%	0,0%
Spierstijfheid	12,7%	4,3%	0,0%	9,1%	2,2%	8,1%	5,0%
Dystonie	7,6%	1,4%	0,0%	9,1%	6,5%	7,1%	5,0%
Trage schuifelpas	8,5%	2,9%	0,0%	6,1%	0,0%	12,1%	7,5%

> 15%	> 10%	≥ 5%	< 5%
-------	-------	------	------

3 Zorghalen

Tabel 24 Beschrijvende statistieken van de BelRAI GGZ-zorghalen voor cliënten die wonen binnen een Initiatief voor Beschut Wonen

Beschut Wonen (n=112-118)	Mediaan	Gemidd.	Interpretatie	Min	Max	SD
Veiligheid						
Severity of Self-Harm (0-6)	1	0,9	Hoe hoger, hoe meer risico	0	4	0,96
Risk of Harm to Others Scale (0-6)	2	1,6	Hoe hoger, hoe meer risico	0	4	1,49
Aggressive Behaviour Scale (0-12)	0	0,8	Algemeen geen (0) tot milde/matige agressie (1-4)	0	5	1,12
Self Care Index (0-6)	2	1,9	Hoe hoger, hoe minder capaciteit tot zelfzorg	0	5	1,65
Sociaal leven						
Social Withdrawal Scale (0-12)	2	2,4	Hoe hoger, hoe meer sociale terugtrekking	0	12	2,70
Cognitie en psychisch functioneren						
Depression Rating Scale (0-14)	3	3,0	Hoe hoger, hoe waarschijnlijker depressie	0	10	2,47
Depressive Severity Index (0-15)	2	2,8	Hoe hoger, hoe ernstiger depressiesymptomen	0	11	2,82
Mania Scale (0-20)	2	2,6	Hoe hoger, hoe ernstiger manie symptomen	0	10	2,59
Positive Symptoms Scale Long (0-24)	2	2,7	Hoe hoger, hoe ernstiger positieve symptomen	0	15	3,26
Positive Symptoms Scale Short (0-12)	0	1,5	Hoe hoger, hoe ernstiger positieve symptomen	0	12	2,38
Cage Scale (0-4)	0	0,5	Algemeen weinig potentieel middelengebruik (<2)	0	4	0,97
Cognitive Performance Scale (0-6)	0	0,6	Algemeen intact (0) tot borderline intact (1)	0	3	0,79
Communication Scale (0-8)	0	0,7	Algemeen intact (0) tot borderline intact (1)	0	4	1,00
Somatische complicaties						
Pain Scale (0-4)	0	0,7	Algemeen geen (0) tot < dagelijks pijn (1)	0	4	1,02
BMI (5-70)	28,5	29,0	Algemeen overgewicht (25-30)	15,1	47,9	5,96
Deaf Blind Severity Index (0-5)	0	0,3	Algemeen zintuigen intact (0) tot mild verstoord	0	3	0,64
Functioneel presteren						
ADL Hierarchy Scale (0-6)	0	0,2	Algemeen zelfstandig (0) tot weinig toezicht (1)	0	4	0,72
ADL Short Format Scale (0-16)	0	0,3	Hoe hoger, hoe moeilijker uitvoeren activiteiten	0	6	0,94
IADL Capacity Hierarchy Scale (0-6)	1	1,8	Algemeen bepaalde moeilijkheden met 1-2 IADL	0	6	1,62
ADL-IADL Functional Hierarchy Scale (0-11)	2	1,8	Hoe hoger, hoe meer afhankelijkheid	0	9	1,84

Tabel 25 Beschrijvende statistieken van de BelRAI GGZ-zorgschalen voor cliënten die begeleiding krijgen van een mobiel 2b team

Mobiel team 2B (n=61-70)	Mediaan	Gemidd.	Interpretatie	Min	Max	SD
Veiligheid						
Severity of Self-Harm (0-6)	0	0,9	Hoe hoger, hoe meer risico	0	4	1,23
Risk of Harm to Others Scale (0-6)	1	1,1	Hoe hoger, hoe meer risico	0	4	1,32
Aggressive Behaviour Scale (0-12)	0	0,6	Algemeen geen (0) tot milde/matige agressie (1-4)	0	4	1,03
Self Care Index (0-6)	1	1,3	Hoe hoger, hoe minder capaciteit tot zelfzorg	0	4	1,24
Sociaal leven						
Social Withdrawal Scale (0-12)	3	3,5	Hoe hoger, hoe meer sociale terugtrekking	0	12	3,34
Cognitie en psychisch functioneren						
Depression Rating Scale (0-14)	3	3,1	Hoe hoger, hoe waarschijnlijker depressie	0	11	2,55
Depressive Severity Index (0-15)	3	3,6	Hoe hoger, hoe ernstiger depressiesymptomen	0	15	3,73
Mania Scale (0-20)	2	2,2	Hoe hoger, hoe ernstiger manie symptomen	0	13	2,85
Positive Symptoms Scale Long (0-24)	0	1,7	Hoe hoger, hoe ernstiger positieve symptomen	0	13	2,71
Positive Symptoms Scale Short (0-12)	0	0,9	Hoe hoger, hoe ernstiger positieve symptomen	0	9	1,80
Cage Scale (0-4)	0	0,6	Algemeen weinig potentieel middelengebruik (<2)	0	4	1,10
Cognitive Performance Scale (0-6)	0	0,2	Algemeen intact (0) tot borderline intact (1)	0	2	0,53
Communication Scale (0-8)	0	0,3	Algemeen intact (0) tot borderline intact (1)	0	3	0,66
Somatische complicaties						
Pain Scale (0-4)	0	0,7	Algemeen geen (0) tot < dagelijks pijn (1)	0	4	1,09
BMI (5-70)	28,7	30,1	Algemeen overgewicht (25-30)	18,6	54,2	7,61
Deaf Blind Severity Index (0-5)	0	0,2	Algemeen zintuigen intact (0) tot mild verstoord	0	3	0,47
Functioneel presteren						
ADL Hierarchy Scale (0-6)	0	0,2	Algemeen zelfstandig (0) tot weinig toezicht (1)	0	3	0,68
ADL Short Format Scale (0-16)	0	0,2	Hoe hoger, hoe moeilijker uitvoeren activiteiten	0	3	0,68
IADL Capacity Hierarchy Scale (0-6)	1	1,3	Algemeen bepaalde moeilijkheden met 1-2 IADL	0	5	1,38
ADL-IADL Functional Hierarchy Scale (0-11)	1	1,5	Hoe hoger, hoe meer afhankelijkheid	0	8	1,85

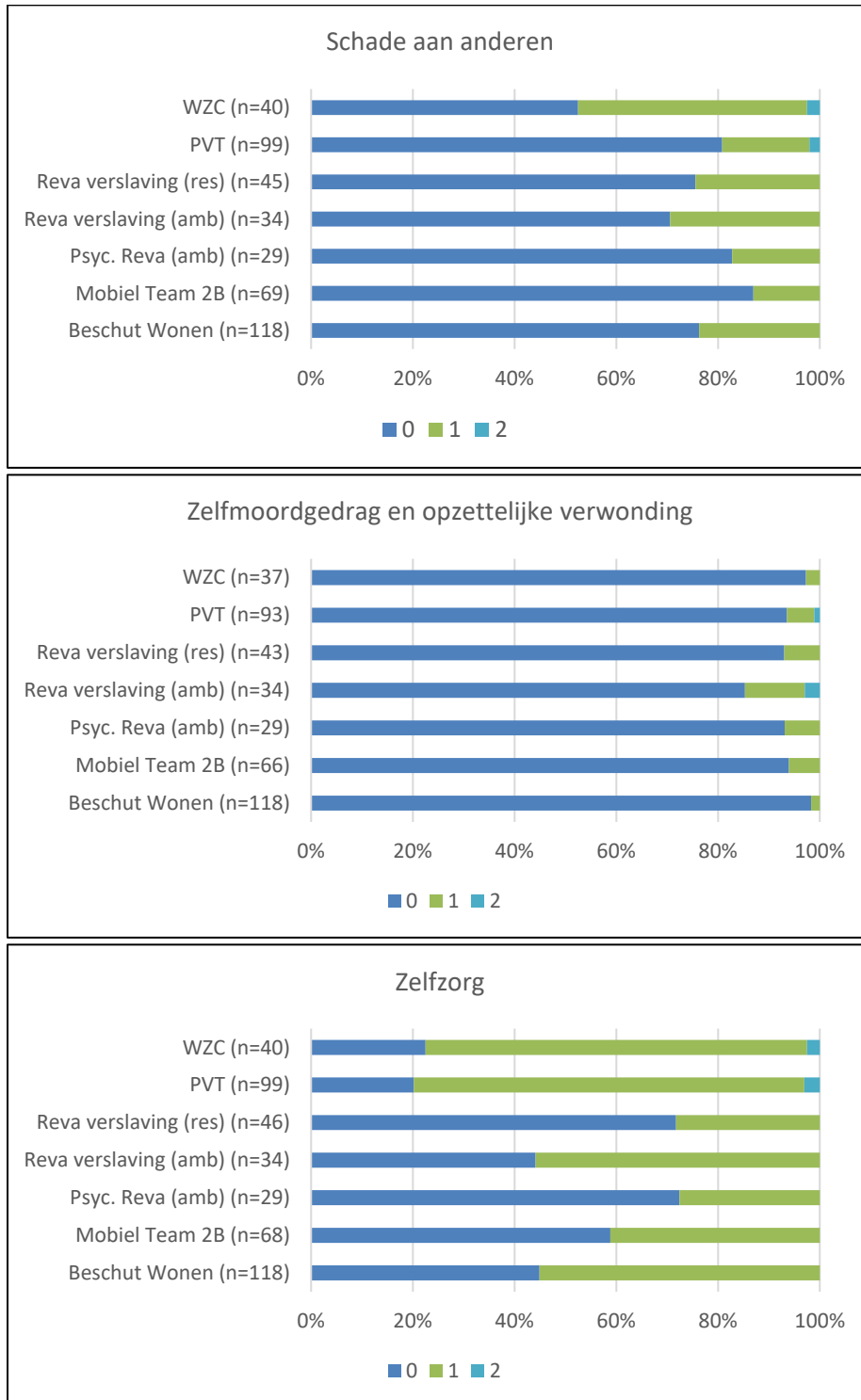
Tabel 26 Beschrijvende statistieken van de BeIRAI GGZ-zorgschalen voor cliënten die ambulante begeleiding krijgen in een psychosociaal revalidatiecentrum

Psych reva (amb) (n=26-29)	Mediaan	Gemidd.	Interpretatie	Min	Max	SD
Veiligheid						
Severity of Self-Harm (0-6)	1	1,2	Hoe hoger, hoe meer risico	0	4	1,23
Risk of Harm to Others Scale (0-6)	1	1,2	Hoe hoger, hoe meer risico	0	4	1,38
Aggressive Behaviour Scale (0-12)	0	0,3	Algemeen geen (0) tot milde agressie	0	2	0,54
Self Care Index (0-6)	0	0,9	Hoe hoger, hoe minder capaciteit tot zelfzorg	0	4	1,27
Sociaal leven						
Social Withdrawal Scale (0-12)	0	1,8	Hoe hoger, hoe meer sociale terugtrekking	0	7	2,28
Cognitie en psychisch functioneren						
Depression Rating Scale (0-14)	1	2,5	Hoe hoger, hoe waarschijnlijker depressie	0	11	2,71
Depressive Severity Index (0-15)	3	4,0	Hoe hoger, hoe ernstiger depressiesymptomen	0	15	4,06
Mania Scale (0-20)	3	3,6	Hoe hoger, hoe ernstiger manie symptomen	0	18	4,24
Positive Symptoms Scale Long (0-24)	0	2,2	Hoe hoger, hoe ernstiger positieve symptomen	0	12	3,27
Positive Symptoms Scale Short (0-12)	0	0,7	Hoe hoger, hoe ernstiger positieve symptomen	0	5	1,44
Cage Scale (0-4)	0	0,2	Algemeen weinig potentieel middelengebruik (<2)	0	3	0,64
Cognitive Performance Scale (0-6)	0	0,4	Algemeen intact (0) tot borderline intact (1)	0	2	0,69
Communication Scale (0-8)	0	0,3	Algemeen intact (0) tot borderline intact (1)	0	2	0,67
Somatische complicaties						
Pain Scale (0-4)	1	1,0	Algemeen geen (0) tot < dagelijks pijn (1)	0	3	0,94
BMI (5-70)	25,7	27,2	Algemeen overgewicht (25-30)	17,5	44,9	6,49
Deaf Blind Severity Index (0-5)	0	0,2	Algemeen zintuigen intact (0) tot mild verstoord	0	1	0,41
Functioneel presteren						
ADL Hierarchy Scale (0-6)	0	0,1	Algemeen zelfstandig (0)	0	1	0,26
ADL Short Format Scale (0-16)	0	0,1	Hoe hoger, hoe moeilijker uitvoeren activiteiten	0	1	0,26
IADL Capacity Hierarchy Scale (0-6)	1	0,9	Algemeen bepaalde moeilijkheden met 0-1 IADL	0	3	0,88
ADL-IADL Functional Hierarchy Scale (0-11)	1	1,0	Hoe hoger, hoe meer afhankelijkheid	0	5	1,10

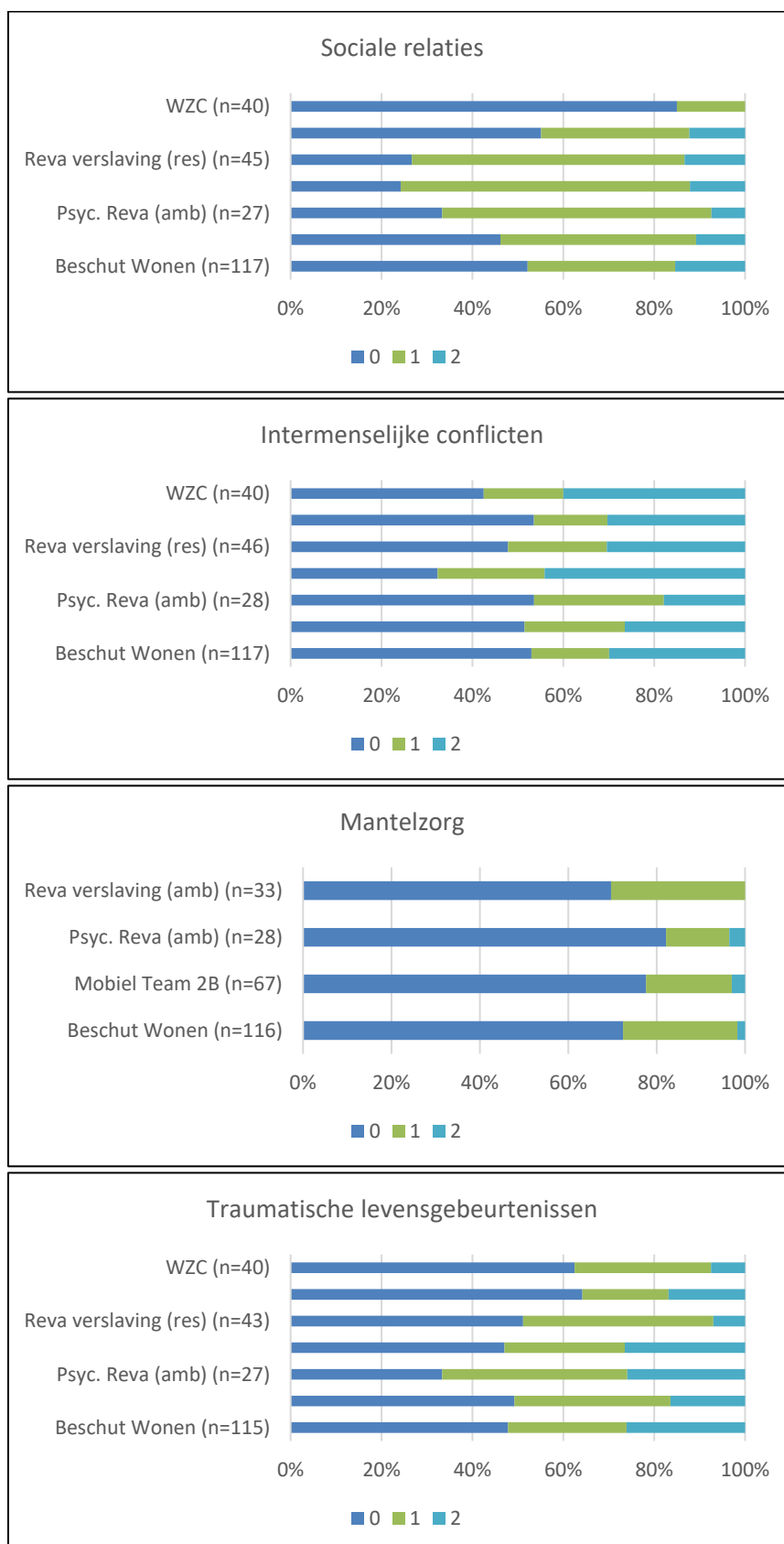
Tabel 27 Beschrijvende statistieken van de BelRAI GGZ-zorgschalen voor bewoners van woonzorgcentra met (een) afdeling(en) voor personen met een EPA

WZC (n=37-40)	Mediaan	Gemidd.	Interpretatie	Min	Max	SD
Veiligheid						
Severity of Self-Harm (0-6)	1	1,1	Hoe hoger, hoe meer risico	0	4	0,86
Risk of Harm to Others Scale (0-6)	2	2,1	Hoe hoger, hoe meer risico	0	6	1,66
Aggressive Behaviour Scale (0-12)	3	2,9	Algemeen milde/matige agressie (1-4)	0	11	2,89
Self Care Index (0-6)	2	2,5	Hoe hoger, hoe minder capaciteit tot zelfzorg	0	6	1,54
Sociaal leven						
Social Withdrawal Scale (0-12)	1	2,0	Hoe hoger, hoe meer sociale terugtrekking	0	6	2,31
Cognitie en psychisch functioneren						
Depression Rating Scale (0-14)	3	3,3	Hoe hoger, hoe waarschijnlijker depressie	0	10	2,85
Depressive Severity Index (0-15)	2	2,8	Hoe hoger, hoe ernstiger depressiesymptomen	0	12	3,08
Mania Scale (0-20)	2	2,8	Hoe hoger, hoe ernstiger manie symptomen	0	10	2,90
Positive Symptoms Scale Long (0-24)	3	3,1	Hoe hoger, hoe ernstiger positieve symptomen	0	12	3,33
Positive Symptoms Scale Short (0-12)	0	1,3	Hoe hoger, hoe ernstiger positieve symptomen	0	6	1,98
Cage Scale (0-4)	0	0,1	Algemeen weinig potentieel middelengebruik (<2)	0	3	0,52
Cognitive Performance Scale (0-6)	1	1,4	Algemeen borderline intact (1) tot licht verstoord (2)	0	5	1,39
Communication Scale (0-8)	0	0,7	Algemeen intact (0) tot borderline intact (1)	0	4	1,12
Somatische complicaties						
Pain Scale (0-4)	1	0,9	Algemeen geen (0) tot < dagelijks pijn (1)	0	4	1,10
BMI (5-70)	25,1	26,3	Algemeen overgewicht (25-30)	17,6	41,0	5,43
Deaf Blind Index (0-5)	0	0,3	Algemeen zintuigen intact (0) tot mild verstoord	0	4	0,79
Functioneel presteren						
ADL Hierarchy Scale (0-6)	1	1,5	Algemeen weinig toezicht (1) tot beperkte hulp (2)	0	4	1,32
ADL Short Format Scale (0-16)	2	2,5	Hoe hoger, hoe moeilijker uitvoeren activiteiten	0	12	2,93
IADL Capacity Hierarchy Scale (0-6)	5	4,3	Algemeen soms tot meestal afhankelijk voor IADL	1	6	1,64
ADL-IADL Functional Hierarchy Scale (0-11)	6	5,7	Hoe hoger, hoe meer afhankelijkheid	1	9	2,42

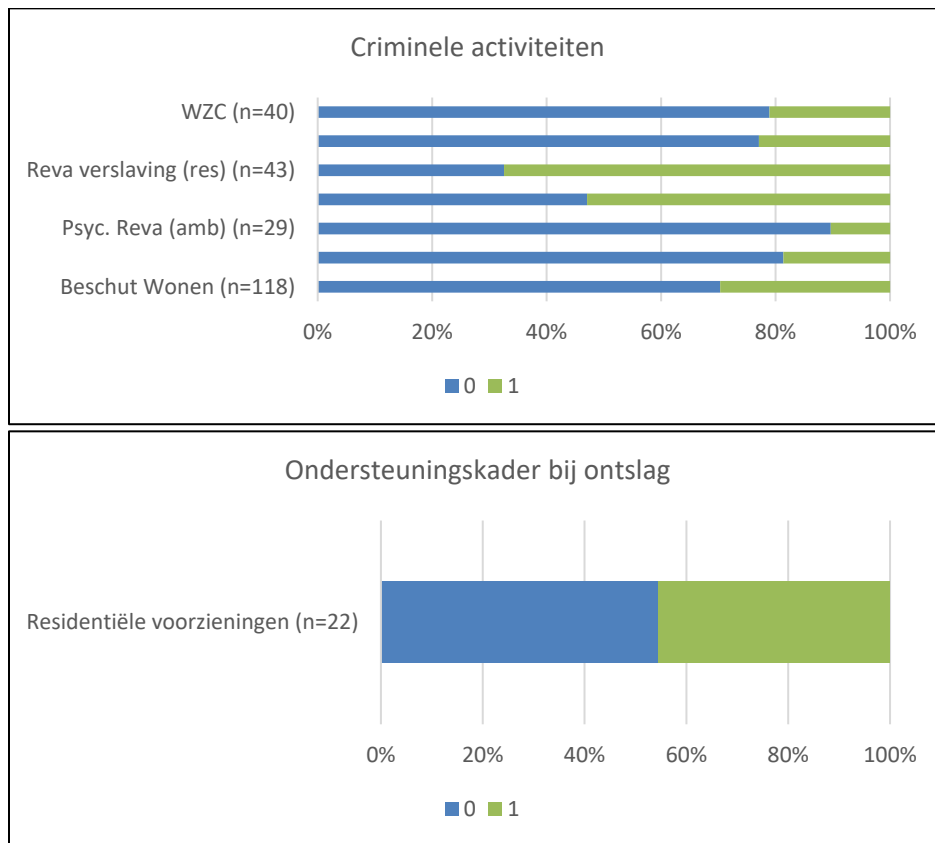
4 Clinical Assessment Protocols (CAP's)



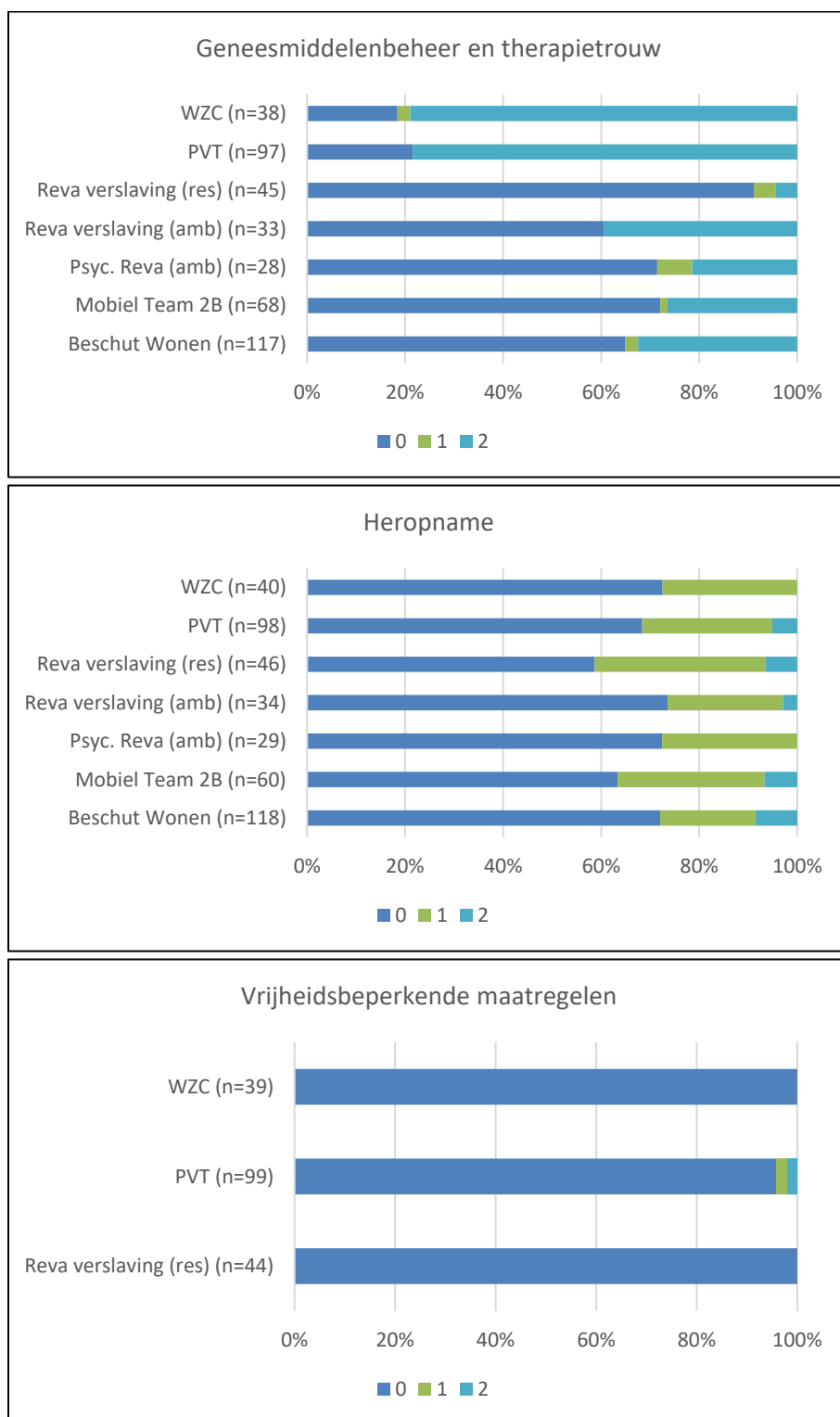
Figuur 24 Percentages cliënten per type voorziening voor wie de CAP's Schade aan anderen, Zelfmoordgedrag en opzettelijke verwonding en Zelfzorg resulteren in score 0, 1 of 2



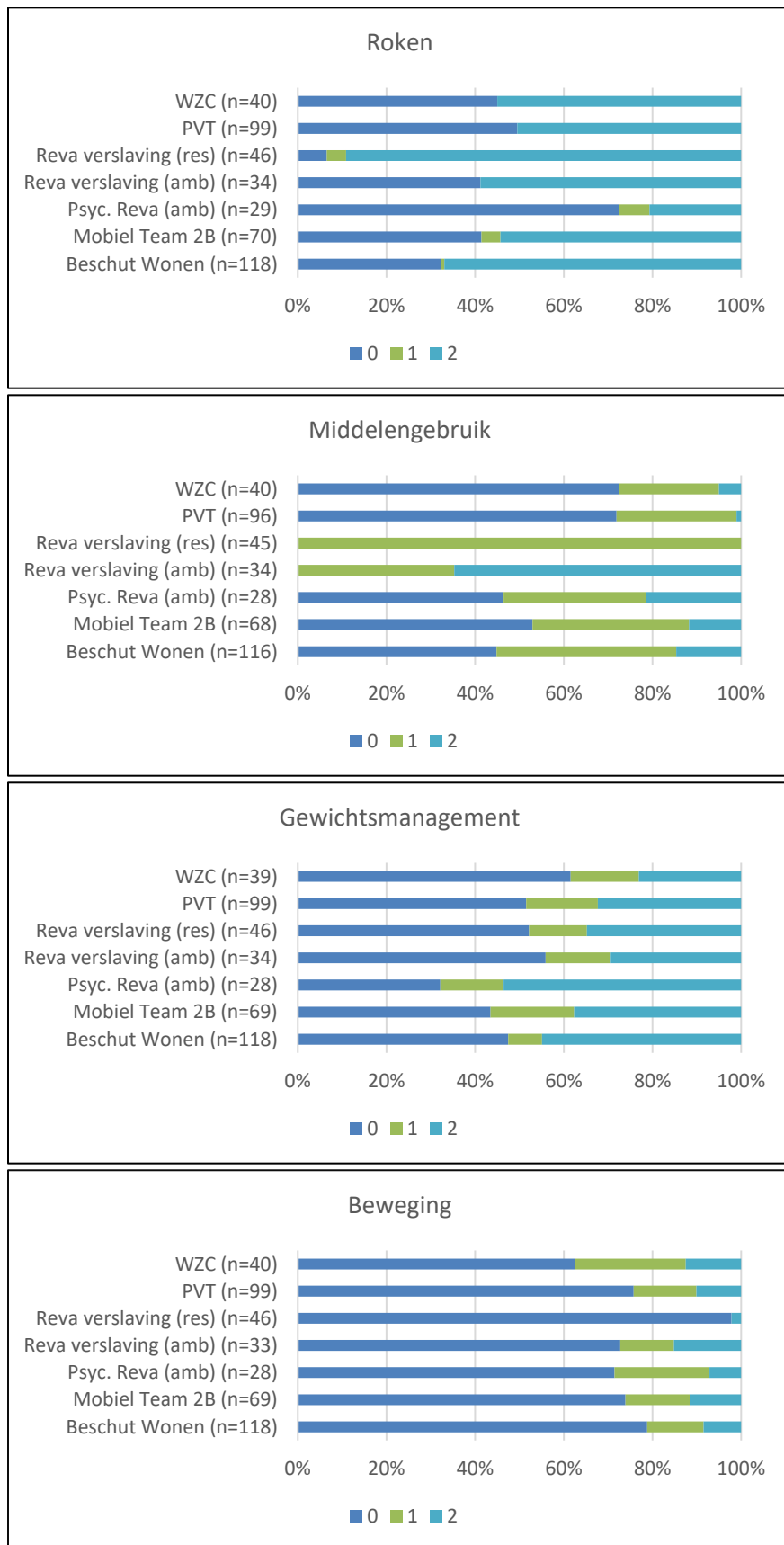
Figuur 25 Percentages cliënten per type voorziening voor wie de CAP's Sociale relaties, Intermenselijke conflicten, Mantelzorg en Traumatische levensgebeurtenissen resulteren in score 0, 1 of 2



Figuur 26 Percentages cliënten per type voorziening voor wie de CAP's Criminele activiteiten en Ondersteuningskader bij ontslag resulteren in score 0 of 1



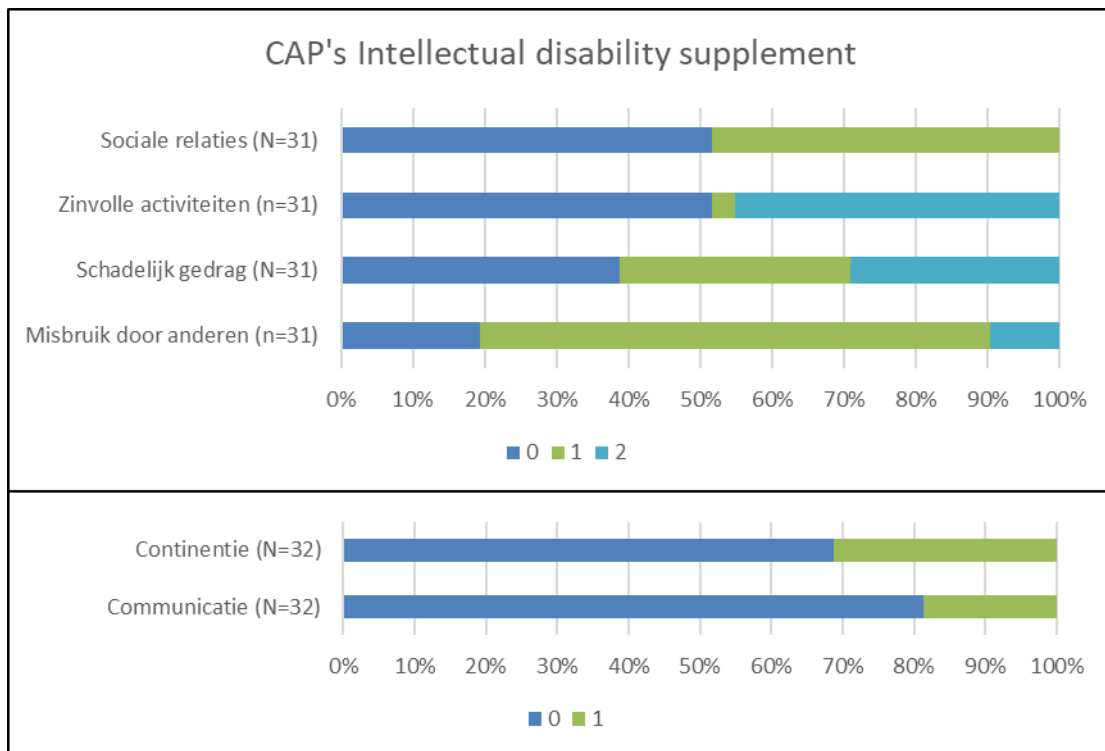
Figuur 27 Percentages cliënten per type voorziening voor wie de CAP's Geneesmiddelenbeheer en therapietrouw, Heropname en Vrijheidsbeperkende maatregelen resulteren in score 0, 1 of 2



Figuur 28 Percentages cliënten per type voorziening voor wie de CAP's Roken, Middelengebruik, Gewichtsmanagement en Beweging resulteren in score 0, 1 of 2



Figuur 29 Percentages cliënten per type voorziening voor wie de CAP's Slaapstoornissen, Pijn en Valincidenten resulteren in score 0, 1 of 2



Figuur 30 Percentage cliënten over alle types voorzieningen heen voor wie Intellectual Disability CAP's Sociale relaties, Zinnige activiteiten, Schadelijk gedrag en Misbruik door anderen resulteren in score 0, 1 of 2, en voor wie de Intellectual Disability CAP's Continentie en Communicatie resulteren in score 0 of 1

Bijlage 12 Overzicht van de BelRAI items die in meer dan 5% van de assessments niet zijn ingevuld

Kleurenlegende percentage missing values:

Groen: 5% < missing values < 10%
Geel: 10% < missing values < 20%
Roze: 20% < missing values < 30%
Oranje: 30% < missing values < 40%
Roest: 40% < missing values < 50%
Rood: missing values > 50%

1 Overzicht van de BelRAI-items die in meer dan 5% van de assessments van residentiële cliënten niet zijn ingevuld

Tabel 28 Items uit de BelRAI MH met meer dan 5% missing values

BelRAI MH (N=195)	N Missing	% missing values
Leeftijd cliënt [geen iCode]	13	6,7
Toegestane activiteiten buiten de zorgvoorziening: a. Verliet de zorgvoorziening/gesloten afdeling onder begeleiding van zorgverlener(s) [iAA4a]	10	5,1
Toegestane activiteiten buiten de zorgvoorziening: b. Verliet de zorgvoorziening/gesloten afdeling zonder begeleiding van zorgverlener(s) [iAA4b]	11	5,6
Aanwezigheid van één of meerdere familieleden of naaste vrienden die bereid en in staat zijn om de persoon de volgende soorten hulp te verlenen na ontslag uit een formeel zorgprogramma of een formele zorgsetting: a. Hulp bij zorg voor kind of andere afhankelijke personen [iR8a]	18	9,2
Aanwezigheid van één of meerdere familieleden of naaste vrienden die bereid en in staat zijn om de persoon de volgende soorten hulp te verlenen na ontslag uit een formeel zorgprogramma of een formele zorgsetting: b. Toezicht op persoonlijke veiligheid [iR8b]	24	12,3
Aanwezigheid van één of meerdere familieleden of naaste vrienden die bereid en in staat zijn om de persoon de volgende soorten hulp te verlenen na ontslag uit een formeel zorgprogramma of een formele zorgsetting: c. Crisishulp [iR8c]	24	12,3
Aanwezigheid van één of meerdere familieleden of naaste vrienden die bereid en in staat zijn om de persoon de volgende soorten hulp te verlenen na ontslag uit een formeel zorgprogramma of een formele zorgsetting: d. Hulp bij ADL of IADL [iR8d]	26	13,3
Persoon verkiest om naar huis terug te keren of om thuis te wonen [iR6a]	17	8,7

Persoon krijgt steun van iemand die positief staat tegenover ontslag (naar lichtere zorgsetting) of zelfstandig wonen (naar eigen woonst) [iR6b]	20	10,3
Voer de huidige GAF-score in [iCC4]	18	9,2
Persoon vertrok tegen medisch advies in [iT5]*	2	10,5
Ontslagen naar [iT2]*	6	31,6

*Nota: * = percentage missing items berekend ten opzichte van het aantal assessments waarbij een specifiek antwoord op een voorgaand item werd gegeven*

Tabel 29 Items uit het BelRAI Forensic supplement met meer dan 5% missing values

Forensic supplement (N=47)	N Missing	% missing values
Residentiële behandeling ter naleving van een strafrechtelijke voorwaarde (probatie, voorwaardelijke invrijheidstelling van of veroordeelde, invrijheidstelling op proef van een geïnterneerde, ...)	4	8,5
Ambulante behandeling van een geplaatste geïnterneerde persoon	4	8,5

Tabel 30 Items uit het BelRAI Intellectual Disability supplement met meer dan 5% missing values

Intellectual Disability supplement (N=23)	N Missing	% missing values
Mantelzorg verleend in de laatste 3 dagen door mantelzorger 1: Algemeen toezicht of actieve monitoring [iP1i1]	6	26,1
Mantelzorg verleend in de laatste 3 dagen door mantelzorger 1: Sociale inclusie en deelname [iP1n1]	6	26,1
Mantelzorg verleend in de laatste 3 dagen door mantelzorger 1: Gezelschap [iP1o1]	6	26,1
Mantelzorg verleend in de laatste 3 dagen door mantelzorger 2: Algemeen toezicht of actieve monitoring [iP1i2]	6	26,1
Mantelzorg verleend in de laatste 3 dagen door mantelzorger 2: Sociale inclusie en deelname [iP1n2]	6	26,1
Mantelzorg verleend in de laatste 3 dagen door mantelzorger 2: Gezelschap [iP1o2]	6	26,1
Oplossing voor toekomstige noden: Persoon of mantelzorger(s) heeft (hebben) alternatieve oplossingen voor hulp of woonsituaties in de toekomst, indien nodig (bv. als de huidige mantelzorger niet langer in staat is om hulp te verlenen) [iP9]	7	30,4

Tabel 31 Items uit het BelRAI Addictions supplement-extended version met meer dan 5% missing values

Addictions supplement - extended version (N=45)	N Missing	% missing values
3. Soorten financiële steun - a. Gewaarborgd loon	5	11,1
Soorten financiële steun - b. Primaire arbeidsongeschiktheid/invaliditeit (inclusief progressieve tewerkstelling)	4	8,9
Soorten financiële steun - b.1. Tegemoetkoming voor hulp van derden	8	17,8
Soorten financiële steun - c. Moederschapsuitkering/moederschapsrust-vaderschapsverlof-adoptieverlof of gelijke stelsels	6	13,3
Soorten financiële steun - d. Beroepsziekte	5	11,1

Soorten financiële steun - e. Privé-verzekering, waartoe ook een ziekteverzekering van de mutualiteit behoort	6	13,3
Soorten financiële steun - f. Leefloon	5	11,1
Soorten financiële steun - g. Werkloosheidsuitkering inclusief stelsels van werkloosheid met bedrijfstoelag (voormalige brugpensioen)	6	13,3
Soorten financiële steun - h. Tegemoetkoming Vlaamse Overheid (persoonsvolgende financiering)	6	13,3
Soorten financiële steun - h.1. Basisondersteuningsbudget	6	13,3
Soorten financiële steun - h.2. Persoonsvolgend budget (PVB)	6	13,3
Soorten financiële steun - h.3. Zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden	6	13,3
Soorten financiële steun - h.4. Budget voor niet-rechtstreeks toegankelijke hulp	6	13,3
Soorten financiële steun - i. Tegemoetkoming FOD	6	13,3
Soorten financiële steun - i.1. Inkomensvervangende tegemoetkoming	6	13,3
Soorten financiële steun - i.2. Integratietegemoetkoming	6	13,3
Soorten financiële steun - j. (Medisch/overlevings-) pensioen	6	13,3
Soorten financiële steun - k. Kinderbijslag	6	13,3
Soorten financiële steun - l. Studiebeurs	6	13,3
Wanneer heeft de cliënt voor het laatst een psychoactieve substantie geïnjecteerd? *	1	7,1
Overzicht gebruik van middelen (MATE) en probleemgedrag - LAATSTE 30 DAGEN - Hoeveelheid op een kenmerkende gebruiksday: Cocaïne - Crack, gekookte (base) coke	3	6,7
Overzicht gebruik van middelen (MATE) en probleemgedrag - HET HELE LEVEN - Totaal aantal jaren regelmatig gebruik: Cannabis, Hasjiesj, Marihuana, Weed	3	6,7
Overzicht gebruik van middelen (MATE) en probleemgedrag - HET HELE LEVEN - Totaal aantal jaren regelmatig gebruik: Opiaten- Methadon	3	6,7
Overzicht gebruik van middelen (MATE) en probleemgedrag - HET HELE LEVEN - Totaal aantal jaren regelmatig gebruik: Cocaïne - Crack, gekookte (base) coke	3	6,7
Overzicht gebruik van middelen (MATE) en probleemgedrag - HET HELE LEVEN - Totaal aantal jaren regelmatig gebruik: Cocaïne - Cocaïne, snuifcoke	3	6,7
Overzicht gebruik van middelen (MATE) en probleemgedrag - HET HELE LEVEN - Totaal aantal jaren regelmatig gebruik: Ecstasy/XTC - MDMA of andere psychedelische amfetaminen zoals MDEA, MDA of 2CB, Mephedrone	3	6,7
Overzicht gebruik van middelen (MATE) en probleemgedrag - HET HELE LEVEN - Totaal aantal jaren regelmatig gebruik: Andere middelen (drugs) Bijvoorbeeld: hallucinogenen, inhalantia, poppers, paddo's, ketamine en NPS (Nieuwe Psychoactieve Stoffen)	4	8,9
Overzicht gebruik van middelen (MATE) en probleemgedrag - HET HELE LEVEN - Totaal aantal jaren regelmatig gebruik: Gokken	4	8,9
Overzicht gebruik van middelen (MATE) en probleemgedrag - HET HELE LEVEN - Totaal aantal jaren regelmatig gebruik: Gamen	5	11,1
De voorbij 30 dagen, wat was het primaire probleemmiddel of probleemgedrag?	6	13,3
De voorbij 30 dagen, op welke manier gebruikte de cliënt dit primaire probleemmiddel gewoonlijk? - Selected Choice	9	20,0
Kanker (uitgezonderd huidkanker)	3	6,7

Nota: * = percentage missing items berekend ten opzichte van het aantal assessments waarbij een specifiek antwoord op een voorgaand item werd gegeven

Tabel 32 Items uit het Maatschappelijk Herstel supplement met meer dan 5% missing values

Maatschappelijk Herstel supplement (N=10)	N Missing	% missing values
<i>De items met meer dan 5% missing values hebben we niet opgelijst omdat slechts 1 residentiële voorziening dit supplement heeft ingevuld.</i>		

2 Overzicht van de BelRAI-items die in meer dan 5% van de assessments van ambulante cliënten niet zijn ingevuld

Tabel 33 Items uit de BelRAI CMH met meer dan 5% missing values

BelRAI CMH (N=251)	N Missing	% missing values
Datum waarop de persoon in deze (thuis)zorgorganisatie werd opgenomen [dag-maand-jaar] [iB2]	14	5,6
Lengte (cm) [iK1ab]	18	7,2
Gewicht (kg) [iK1bb]	23	9,2
Oplossingen voor toekomstige behoeften: Persoon of mantelzorger(s) heeft (hebben) alternatieve oplossingen voor hulp of woonsituaties in de toekomst, indien nodig (bv. als de huidige mantelzorger niet langer in staat is om hulp te verlenen) [iP9]	20	8,0
Vermoedelijke tijd tot ontslag: Hoelang wordt de persoon verwacht in de huidige dienstverlening of setting te blijven alvorens ontslagen te worden? Reken vanaf de beoordelingsreferentiedatum, inclusief die dag. [iT3]	33	13,1

Tabel 34 Items uit het BelRAI Forensic supplement met meer dan 5% missing values

Forensic supplement (N=54)	N Missing	% missing values
Was er sprake van een gedragsprobleem voor de leeftijd van 12 jaar? Bv. brandstichting, geschorst op school, pesten, weglopen van huis, dierenmishandeling, wapendracht ...	3	5,6
Werd hij/zij voor de leeftijd van 18 jaar uit huis geplaatst door de jeugdbescherming of de rechtbank?	3	5,6
Residentiële behandeling ter naleving van een strafrechtelijke voorwaarde (probatie, voorwaardelijke invrijheidstelling van of veroordeelde, invrijheidstelling op proef van een geïnterneerde, ...)	3	5,6
Ambulante behandeling ter naleving van een strafrechtelijke voorwaarde (probatie, voorwaardelijke invrijheidstelling van of veroordeelde, invrijheidstelling op proef van een geïnterneerde, ...)	3	5,6

Tabel 35 Items uit het BelRAI Intellectual Disability supplement met meer dan 5% missing values

Intellectual Disability supplement (N=8)	N Missing	% missing values
/	/	/

Tabel 36 Items uit het BelRAI Addictions supplement met meer dan 5% missing values

Addictions supplement (N=113)	N Missing	% missing values
Was de meest recente overdosis intentioneel? *	5	10,2
Middelengerelateerde veroordelingen: rijden onder invloed	6	5,3
Levercirrose	6	5,3
Vitaminetekort (B1, B12, D of foliumzuur)	7	6,2
Tuberculose	6	5,3
Problematisch gamen (zelfverklaarde bereidheid veranderen)	6	5,3
Mantelzorgnetwerk De persoon heeft één of meer familieleden of vrienden die bereid zijn om een actieve rol te spelen in de inspanningen om het gebruik te stoppen of te minderen	9	8,0

Nota: * = percentage missing items berekend ten opzichte van het aantal assessments waarbij een specifiek antwoord op een voorgaand item werd gegeven

Tabel 37 Items uit het BelRAI Addictions supplement-extended version met meer dan 5% missing values

Addictions supplement - extended version (N=27)	N Missing	% missing values
Soorten financiële steun - b.1. Tegemoetkoming voor hulp van derden	2	7,4
Soorten financiële steun - h.1. Basisondersteuningsbudget	3	11,1
Soorten financiële steun - h.2. Persoonsvolgend budget (PVB)	3	11,1
Soorten financiële steun - h.3. Zorgbudget voor zwaar zorgbehoevenden	3	11,1
Soorten financiële steun - h.4. Budget voor niet-rechtstreeks toegankelijke hulp	3	11,1
Soorten financiële steun - i.1. Inkomensvervangende tegemoetkoming	3	11,1
Soorten financiële steun - i.2. Integratietegemoetkoming	3	11,1
Op welke leeftijd heeft de cliënt voor het eerst een psychoactieve substantie geïnjecteerd? *	1	7,1
Wanneer heeft de cliënt voor het laatst een psychoactieve substantie geïnjecteerd? *	1	7,1
De overdosis was intentioneel *	1	6,3
Middelengerelateerde veroordelingen: middelenbezit	2	7,4
Middelengerelateerde veroordelingen: verspreiding of productie van middelen	2	7,4
Middelengerelateerde veroordelingen: rijden onder invloed	3	11,1
Overzicht gebruik van middelen (MATE) en probleemgedrag - Aantal dagen gebruikt in de laatste 30 dagen: Alcohol - gewoonlijk gebruik	9	33,3
Overzicht gebruik van middelen (MATE) en probleemgedrag - Aantal dagen gebruikt in de laatste 30 dagen: Nicotine Bv. Sigaretten, shag, sigaren, pijp, snuifpruimtabak	9	33,3
Overzicht gebruik van middelen (MATE) en probleemgedrag - Aantal dagen gebruikt in de laatste 30 dagen: Cannabis Hasjiesj, Marihuana, Weed	8	29,6
Overzicht gebruik van middelen (MATE) en probleemgedrag - Aantal dagen gebruikt in de laatste 30 dagen: Opiaten- Methadon	8	29,6
Overzicht gebruik van middelen (MATE) en probleemgedrag - Aantal dagen gebruikt in de laatste 30 dagen: Opiaten - Heroïne	10	37,0

Overzicht gebruik van middelen (MATE) en probleemgedrag - Aantal dagen gebruikt in de laatste 30 dagen: Opiaten - Overige opiaten zoals codeïne, Darvon, Demerol, Dilaudid, Morfine, MSContin, Opium, Palfium, Percodan, Buprenorfine, Fentanyl	13	48,1
Overzicht gebruik van middelen (MATE) en probleemgedrag - Aantal dagen gebruikt in de laatste 30 dagen: Cocaïne - Crack, gekookte (base) coke	11	40,7
Overzicht gebruik van middelen (MATE) en probleemgedrag - Aantal dagen gebruikt in de laatste 30 dagen: Cocaïne - Cocaïne, snuifcoke	12	44,4
Overzicht gebruik van middelen (MATE) en probleemgedrag - Aantal dagen gebruikt in de laatste 30 dagen: Stimulantia - Amfetamines, khat, pepmiddelen, Ponderal, Ritalin, speed	11	40,7
Overzicht gebruik van middelen (MATE) en probleemgedrag - Aantal dagen gebruikt in de laatste 30 dagen: Ecstasy/XTC - MDMA of andere psychedelische amfetaminen zoals MDEA, MDA of 2CB, Mephedrone	13	48,1
Overzicht gebruik van middelen (MATE) en probleemgedrag - Aantal dagen gebruikt in de laatste 30 dagen: Andere middelen (drugs), bijvoorbeeld: hallucinogenen, inhalantia, poppers, paddo's, ketamine en NPS (Nieuwe Psychoactieve Stoffen)	14	51,9
Overzicht gebruik van middelen (MATE) en probleemgedrag - Aantal dagen gebruikt in de laatste 30 dagen: Sedativa - Barbituraten, GBL, GHB, benzodiazepines kalmeringsslaapmiddelen, tranquilizers, bv. Dalmadorm, Librium, Mogadon, Normison, Rohypnol, Seresta, Temesta, Valium, Xanax	11	40,7
Overzicht gebruik van middelen (MATE) en probleemgedrag - Aantal dagen gebruikt in de laatste 30 dagen: Gokken	13	48,1
Overzicht gebruik van middelen (MATE) en probleemgedrag - Aantal dagen gebruikt in de laatste 30 dagen: Gamen	15	55,6
Overzicht gebruik van middelen (MATE) en probleemgedrag - LAATSTE 30 DAGEN - Hoeveelheid op een kenmerkende gebruiksday: Alcohol - gewoonlijk gebruik	9	33,3
Overzicht gebruik van middelen (MATE) en probleemgedrag - LAATSTE 30 DAGEN - Hoeveelheid op een kenmerkende gebruiksday: Nicotine Bv. Sigaretten, shag, sigaren, pijp, snuifpruimtabak	8	29,6
Overzicht gebruik van middelen (MATE) en probleemgedrag - LAATSTE 30 DAGEN - Hoeveelheid op een kenmerkende gebruiksday: Cannabis Hasjiesj, Marihuana, Weed	10	37,0
Overzicht gebruik van middelen (MATE) en probleemgedrag - LAATSTE 30 DAGEN - Hoeveelheid op een kenmerkende gebruiksday: Opiaten- Methadon	10	37,0
Overzicht gebruik van middelen (MATE) en probleemgedrag - LAATSTE 30 DAGEN - Hoeveelheid op een kenmerkende gebruiksday: Opiaten - Heroïne	10	37,0
Overzicht gebruik van middelen (MATE) en probleemgedrag - LAATSTE 30 DAGEN - Hoeveelheid op een kenmerkende gebruiksday: Opiaten - Overige opiaten zoals codeïne, Darvon, Demerol, Dilaudid, Morfine, MSContin, Opium, Palfium, Percodan, Buprenorfine, Fentanyl	13	48,1
Overzicht gebruik van middelen (MATE) en probleemgedrag - LAATSTE 30 DAGEN - Hoeveelheid op een kenmerkende gebruiksday: Cocaïne - Crack, gekookte (base) coke	11	40,7
Overzicht gebruik van middelen (MATE) en probleemgedrag - LAATSTE 30 DAGEN - Hoeveelheid op een kenmerkende gebruiksday: Cocaïne - Cocaïne, snuifcoke	12	44,4

Overzicht gebruik van middelen (MATE) en probleemgedrag - LAATSTE 30 DAGEN - Hoeveelheid op een kenmerkende gebruiksday: Stimulantia - Amfetamines, khat, pepmiddelen, Ponderal, Ritalin, speed	11	40,7
Overzicht gebruik van middelen (MATE) en probleemgedrag - LAATSTE 30 DAGEN - Hoeveelheid op een kenmerkende gebruiksday: Ecstasy/XTC - MDMA of andere psychedelische amfetaminen zoals MDEA, MDA of 2CB, Mephedrone	13	48,1
Overzicht gebruik van middelen (MATE) en probleemgedrag - LAATSTE 30 DAGEN - Hoeveelheid op een kenmerkende gebruiksday: Andere middelen (drugs) Bijvoorbeeld: hallucinogenen, inhalantia, poppers, paddo's, ketamine en NPS (Nieuwe Psychoactieve Stoffen)	14	51,9
Overzicht gebruik van middelen (MATE) en probleemgedrag - LAATSTE 30 DAGEN - Hoeveelheid op een kenmerkende gebruiksday: Sedativa - Barbituraten, GBL, GHB, benzodiazepines kalmeringslaapmiddelen, tranquilizers, bv. Dalmadorm, Librium, Mogadon, Normison, Rohypnol, Seresta, Temesta, Valium, Xanax	11	40,7
Overzicht gebruik van middelen (MATE) en probleemgedrag - LAATSTE 30 DAGEN - Hoeveelheid op een kenmerkende gebruiksday: Gokken	14	51,9
Overzicht gebruik van middelen (MATE) en probleemgedrag - HET HELE LEVEN - Totaal aantal jaren regelmatig gebruik: Alcohol - gewoonlijk gebruik	9	33,3
Overzicht gebruik van middelen (MATE) en probleemgedrag - HET HELE LEVEN - Totaal aantal jaren regelmatig gebruik: Nicotine Bv. Sigaretten, shag, sigaren, pijp, snuifpruimtabak	10	37,0
Overzicht gebruik van middelen (MATE) en probleemgedrag - HET HELE LEVEN - Totaal aantal jaren regelmatig gebruik: Cannabis Hasjiesj, Marihuana, Weed	10	37,0
Overzicht gebruik van middelen (MATE) en probleemgedrag - HET HELE LEVEN - Totaal aantal jaren regelmatig gebruik: Opiaten- Methadon	9	33,3
Overzicht gebruik van middelen (MATE) en probleemgedrag - HET HELE LEVEN - Totaal aantal jaren regelmatig gebruik: Opiaten - Heroïne	10	37,0
Overzicht gebruik van middelen (MATE) en probleemgedrag - HET HELE LEVEN - Totaal aantal jaren regelmatig gebruik: Opiaten - Overige opiaten zoals codeïne, Darvon, Demerol, Dilaudid, Morfine, MSContin, Opium, Palfium, Percodan, Buprenorfine, Fentanyl - Answer 1	14	51,9
Overzicht gebruik van middelen (MATE) en probleemgedrag - HET HELE LEVEN - Totaal aantal jaren regelmatig gebruik: Cocaïne - Crack, gekookte (base) coke	11	40,7
Overzicht gebruik van middelen (MATE) en probleemgedrag - HET HELE LEVEN - Totaal aantal jaren regelmatig gebruik: Cocaïne - Cocaïne, snuifcoker	12	44,4
Overzicht gebruik van middelen (MATE) en probleemgedrag - HET HELE LEVEN - Totaal aantal jaren regelmatig gebruik: Stimulantia - Amfetamines, khat, pepmiddelen, Ponderal, Ritalin, speed - Answer 1	11	40,7
Overzicht gebruik van middelen (MATE) en probleemgedrag - HET HELE LEVEN - Totaal aantal jaren regelmatig gebruik: Ecstasy/XTC - MDMA of andere psychedelische amfetaminen zoals MDEA, MDA of 2CB, Mephedrone	13	48,1
Overzicht gebruik van middelen (MATE) en probleemgedrag - HET HELE LEVEN - Totaal aantal jaren regelmatig gebruik: Andere middelen (drugs) Bijvoorbeeld: hallucinogenen, inhalantia, poppers, paddo's, ketamine en NPS (Nieuwe Psychoactieve Stoffen)	15	55,6

Overzicht gebruik van middelen (MATE) en probleemgedrag - HET HELE LEVEN - Totaal aantal jaren regelmatig gebruik: Sedativa - Barbituraten, GBL, GHB, benzodiazepines kalmeringsslaapmiddelen, tranquilizers, bv. Dalmadorm, Librium, Mogadon, Normison, Rohypnol, Seresta, Temesta, Valium, Xanax	13	48,1
Overzicht gebruik van middelen (MATE) en probleemgedrag - HET HELE LEVEN - Totaal aantal jaren regelmatig gebruik: Gokken	14	51,9
Overzicht gebruik van middelen (MATE) en probleemgedrag - HET HELE LEVEN - Totaal aantal jaren regelmatig gebruik: Gamen	15	55,6
De voorbij 30 dagen, wat was het primaire probleemmiddel of probleemgedrag?	4	14,8
De voorbij 30 dagen, op welke manier gebruikte de cliënt dit primaire probleemmiddel gewoonlijk? - Selected Choice	5	18,5
Problematische vorm van gaming volgens de persoon zelf	3	11,1
Problematische vorm van gaming volgens de begeleidend hulpverlener	3	11,1
Problematische vorm van internetgebruik volgens de persoon zelf	3	11,1
Problematische vorm van internetgebruik volgens de begeleidend hulpverlener	3	11,1
Heeft gebroken, gebarsten of niet-intacte eigen tanden	3	11,1
Heeft ontstoken tandvles of bloedingen bij natuurlijke tanden of tandfragmenten	3	11,1
Is de persoon op dit moment zwanger?	4	14,8
HIV/aids	4	14,8
Andere seksueel overdraagbare infecties (bv. syfilis, gonorrhoe)	4	14,8
Hepatitis B, C	3	11,1
Kanker (uitgezonderd huidkanker)	3	11,1
Levercirrose	3	11,1
Episodes van geheugenverlies	3	11,1
Vitaminetekort (B1, B12, D of foliumzuur)	3	11,1
Tuberculose	3	11,1
Alcoholgebruik: zelfverklearde bereidheid verandering	3	11,1
Middelengebruik: zelfverklearde bereidheid verandering	3	11,1
Problematisch gokgedrag: zelfverklearde bereidheid verandering	4	14,8
Problematisch gamen: zelfverklearde bereidheid verandering	3	11,1
Problematisch internetgebruik: zelfverklearde bereidheid verandering	3	11,1
Alcoholgebruik: hulpverlener meent verandering noodzakelijk	4	14,8
Middelengebruik: hulpverlener meent verandering noodzakelijk	3	11,1
Problematisch gokgedrag: hulpverlener meent verandering noodzakelijk	4	14,8
Problematisch gamen: hulpverlener meent verandering noodzakelijk	4	14,8
Problematisch internetgebruik: hulpverlener meent verandering noodzakelijk	4	14,8
Welke persoon/instelling heeft de cliënt ertoe aangezet om deze behandeling te volgen?	3	11,1
Mantelzorgnetwerk De persoon heeft één of meer familieleden of vrienden die bereid zijn om een actieve rol te spelen in de inspanningen om het gebruik te stoppen of te minderen	3	11,1

Nota: * = percentage missing items berekend ten opzichte van het aantal assessments waarbij een specifiek antwoord op een voorgaand item werd gegeven

Tabel 38 Items uit het Maatschappelijk Herstel supplement met meer dan 5% missing values

Maatschappelijk Herstel supplement (N=212)	N Missing	% missing values
Indien beperkt gebruik van het openbaar vervoer, wat is de reden hiervoor? *	5	6,8
Emoties en gevoelens van de persoon over het verlies in functioneren a. Machteloosheid en hulpeloosheid *	11	6,0
Emoties en gevoelens van de persoon over het verlies in functioneren b. Boosheid en verdriet *	12	6,5
Emoties en gevoelens van de persoon over het verlies in functioneren c. Onbegrip, twijfel en onzekerheid *	12	6,5
Emoties en gevoelens van de persoon over het verlies in functioneren d. Wantrouwen, neerslachtigheid, isolement en eenzaamheid *	12	6,5
Emoties en gevoelens van de persoon over het verlies in functioneren e. Stress, zenuwachtigheid, rusteloosheid, angst en frustratie *	12	6,5
Emoties en gevoelens van de persoon over het verlies in functioneren f. Ontkenning, droefheid, schaamte en onzekerheid *	12	6,5
Emoties en gevoelens van de persoon over het verlies in functioneren g. Afhankelijkheid: hulp voor meest elementaire behoefte *	12	6,5
Emoties en gevoelens van de persoon over het verlies in functioneren h. Relatieomkering *	13	7,1
Emoties en gevoelens van de persoon over het verlies in functioneren i. Zelfbeeld en eigenwaarde *	12	6,5
Voldoende ondersteund door informele hulpverleners *	6	7,3
Familie of vrienden leggen ongebruikelijk veel beslag op tijd van zorgverleners	12	5,7
Betrokkenheid bij scholingsprogramma	19	9,0
Betrokkenheid bij dagprogramma	20	9,4
Sociale betrokkenheid buiten de voorziening - a. Op gemak in omgang met anderen	19	9,0
Sociale betrokkenheid buiten de voorziening - b. Op gemak bij geplande of gestructureerde activiteiten	21	9,9
Sociale betrokkenheid buiten de voorziening - c. Neemt uitnodigingen aan voor de meeste groepsactiviteiten	25	11,8
Sociale betrokkenheid buiten de voorziening - d. Zoekt betrokkenheid in de instelling	39	18,4
Sociale betrokkenheid buiten de voorziening - e. Zoekt contact met andere(n)	23	10,8
Sociale betrokkenheid buiten de voorziening - f. Gaat positief in op contact zoeken door anderen	25	11,8
Sociale betrokkenheid buiten de voorziening - g. Voelt zich gemakkelijk bij verandering van routines <input type="checkbox"/>	24	11,3

Nota: * = percentage missing items berekend ten opzichte van het aantal assessments waarbij een specifiek antwoord op een voorgaand item werd gegeven

Bijlage 13 Bijkomende informatie zorgschalen BelRAI (C)MH

SCHAAL 1. SEVERITY OF SELF-HARM

= Geeft het risico op zelfverwonding weer.

- Input voor de schaal:
 - Overwoog automutilatie of deed poging ertoe
 - Doel van automutilatie was zelfdoding
 - Familielid, vriend of zorgverlener uit bezorgdheid dat de persoon risico op automutilatie zou lopen
 - Zelfmoordplan
 - Cognitive performance scale (schaal 12)
 - Depressive severity index (schaal 7)
 - Positive symptoms scale short (schaal 10)
- Range: 0 – 6.
- Betekenis scores: Hogere scores duiden op een verhoogd risico op zelfverwonding.

SCHAAL 2. RISK OF HARM TO OTHERS SCALE

= Geeft het risico op het toebrengen van schade aan anderen weer.

- Input voor de schaal:
 - Waanideeën
 - Inslaap- of doorslaapproblemen, te vroeg wakker worden, rusteloze slaap, geen rustgevende slaap
 - Slaapproblemen ten gevolge van hypomanie of manie
 - Mate van ziekte-inzicht in geestelijk gezondheidsprobleem
 - Geweld tegenover anderen
 - Intimidatie of dreigen met geweld
 - Overwegen van geweld
 - Extreme gedragsstoornissen
 - Politietussenkomst wegens gewelddadig geweld
 - Aggressive behaviour scale (schaal 3)
 - Positive symptoms scale long (schaal 9)
- Range: 0 – 6.
- Betekenis scores: Een hogere score komt overeen met een hoger risico op het toebrengen van schade aan anderen.

SCHAAL 3. AGGRESSIVE BEHAVIOUR SCALE

= Meet de frequentie en diversiteit van agressief gedrag.

- Input voor de schaal:
 - Verbaal geweld
 - Lichamelijk geweld
 - Sociaal ongepast of storend gedrag
 - Verzet zich tegen zorg
- Range: 0 – 12.
- Betekenis scores:

Hoge score wijzen op een grotere frequentie en diversiteit in agressief gedrag.

 - Score 0: geen tekens van agressief gedrag

- Score 1-4: mild tot matig agressief gedrag
- Vanaf score 5: ernstig agressief gedrag en hoe hoger de score, hoe ernstiger het agressief gedrag.

SCHAAL 4. SELF CARE INDEX

= Weerspiegelt het risico op verminderde capaciteit om voor zichzelf te zorgen door psychiatrische symptomen.

- Input voor de schaal:
 - Cognitieve vaardigheden voor dagelijkse besluitvorming
 - Uiting – zichzelf duidelijk maken
 - Abnormale gedachtegang
 - Hygiëne – Ongewoon slechte hygiëne, onverzorgd uiterlijk
 - Uitingen, ook non-verbale, van een gebrek aan plezier in het leven (anhedonie)
 - Verminderde energie – Geeft uiting van een verminderd energieniveau
 - Mate van ziekte-inzicht in geestelijk gezondheidsprobleem
 - MANIA-schaal (schaal 8)
 - Positive symptoms scale short (schaal 10)
- Range: 0 – 6.
- Betekenis scores: De score varieert van 0 tot 6. Hogere scores duiden op verminderde capaciteit om voor zichzelf te zorgen door psychiatrische symptomen.

SCHAAL 5. SOCIAL WITHDRAWAL SCALE

= Weerspiegelt de mate van sociale terugtrekking.

- Input voor de schaal:
 - Gebrek aan motivatie
 - Zich terugtrekken uit belangrijke activiteiten
 - Verminderde sociale omgang
 - Uitingen, ook non-verbale, van een gebrek aan plezier in het leven (anhedonie)
- Range: 0 – 12.
- Betekenis scores: Hogere scores duiden op een hogere mate van sociale terugtrekking.

SCHAAL 6. DEPRESSION RATING SCALE

= Meet de frequentie van indicatoren die verwijzen naar een negatieve gemoedstoestand.

- Input voor de schaal:
 - Deed negatieve uitspraken
 - Voortdurend boos op zichzelf of op anderen
 - Uitingen, ook non-verbale, van wat onrealistische angsten lijken te zijn
 - Herhaaldelijk klagen over de gezondheid
 - Herhaaldelijk angstig klagen/bezorgd zijn (niet in verband met de gezondheid)
 - Droevige, pijnlijke of bezorgde gelaatsuitdrukkingen
 - Huilen, gemakkelijk in tranen uitbarsten
- Range: 0 – 14.
- Betekenis scores:

Hoe hoger de score hoe waarschijnlijker de aanwezigheid van een depressie.

 - Vanaf score 3: Indicatie van een mogelijke depressie
 - Vanaf score 6: Indicatie voor een meer ernstige depressie

SCHAAL 7. DEPRESSIVE SEVERITY INDEX

= Alternatief voor de Depression Rating scale om symptomen van depressie te meten.

- Input voor de schaal:
 - Deed negatieve uitspraken
 - Droevige, pijnlijke of bezorgde gelaatsuitdrukkingen
 - Zelfverachting
 - Uitingen van schuld- of schaamtegevoelens
 - Uitingen van hopeloosheid
- Range: 0-15.
- Betekenis scores: Hoe hoger de score, hoe meer en hoe frequenter de cliënt depressieve symptomen vertoont.

SCHAAL 8. MANIA SCALE

= Meet de frequentie van symptomen van manie.

- Input voor de schaal:
 - Overdreven gevoel van eigenwaarde
 - Hyperarousel
 - Prikkelbaarheid
 - Toegenomen sociabiliteit of hyperseksualiteit
 - Druk spreken of gedachten die door het hoofd razen
 - Affectlabiliteit
 - Slaapproblemen ten gevolge van hypomanie of manie
- Range: 0 - 20.
- Betekenis scores: Hogere scores wijzen op meer symptomen gerelateerd aan manie.

SCHAAL 9. POSITIVE SYMPTOMS SCALE LONG

= Meet de frequentie van positieve symptomen.

- Input voor de schaal:
 - Overdreven gevoel van eigenwaarde
 - Hyperarousel
 - Druk spreken of gedachten die door het hoofd razen
 - Hallucinaties
 - Imperatieve hallucinaties
 - Waanideeën
 - Abnormale gedachtegang
 - Ongewone of abnormale lichaamsbewegingen
- Range: 0 – 24.
- Betekenis scores: Hogere scores duiden op hogere niveaus van positieve symptomen.

SCHAAL 10. POSITIVE SYMPTOMS SCALE SHORT

= Meet de frequentie van positieve symptomen.

- Input voor de schaal:
 - Hallucinaties
 - Imperatieve hallucinaties
 - Waanideeën
 - Abnormale gedachtegang

- Range: 0 – 12.
- Betekenis scores: Hogere scores duiden op hogere niveaus van positieve symptomen.

SCHAAL 11. CAGE SCALE

= Screent het middelengebruik van de persoon.

- Input voor de schaal
 - Persoon voelde de behoefte of werd door anderen aangespoord om minder alcohol of drugs te gebruiken, of anderen waren bezorgd over het middelengebruik van de persoon (Felt need to Cut down on substance use)
 - Persoon ergerde zich aan kritiek van anderen op zijn/haar alcohol- of drugsgebruik (Angered bij criticisms from others)
 - Persoon uitte schuldgevoelens over zijn/haar alcohol- of drugsgebruik (Guilt about substance use)
 - Persoon had na het opstaan onmiddellijk alcohol of drugs nodig om de zenuwen te bedaren – bv. een ‘opkikkertje’ (“Eye-opener”, drinking/using substances in the morning)
- Range: 0 – 4.
- Betekenis scores: Een score van 2 of hoger wijst op een potentieel probleem van middelengebruik.

SCHAAL 12. COGNITIVE PERFORMANCE SCALE

= Beschrijft de cognitieve status van de persoon.

- Input voor de schaal:
 - Cognitieve vaardigheden voor dagelijkse besluitvorming
 - Kortetermijngeheugen
 - Uiting – zichzelf duidelijk maken
 - ADL-functioneren - eten
- Range: 0 – 6.
- Betekenis scores:
 - 0 = intact
 - 1 = borderline intact
 - 2 = licht verstoord
 - 3 = matig verstoord
 - 4 = matig ernstig verstoord
 - 5 = ernstig verstoord
 - 6 = zeer ernstig verstoord

SCHAAL 13. COMMUNICATION SCALE

= Samenvatting van twee communicatiemetingen.

- Input voor de schaal:
 - Uiting – zichzelf duidelijk maken
 - Begrip – anderen kunnen begrijpen
- Range 0 – 8.
- Betekenis scores: Hoge scores duiden op een slechte communicatie.
 - 0 = intact
 - 1 = borderline intact
 - 2 = licht verstoord
 - 3 = licht tot matig verstoord

- 4 = matig verstoord
- 5 = matig tot ernstig verstoord
- 6 = ernstig verstoord
- 7 = ernstig tot zeer ernstig verstoord
- 8 = zeer ernstig verstoord

SCHAAL 14. PAIN SCALE

= Meet de frequentie en intensiteit van pijn.

- Input voor de schaal:
 - Frequentie waarmee over pijn wordt geklaagd of pijn wordt getoond, inclusief grimassen, tanden op elkaar klemmen, kreunen, zich terugtrekken bij aanraking of andere non-verbale tekenen die op pijn wijzen
 - Intensiteit van de ergste pijn
- Range: 0 – 4.
- Betekenis scores:
 - 0 = geen pijn
 - 1 = minder dan dagelijks pijn
 - 2 = dagelijks matige pijn
 - 3 = dagelijks ernstige pijn
 - 4 = dagelijks vreselijke of ondraaglijke pijn

SCHAAL 15. BMI

- Input voor de schaal:
 - Lengte (in cm)
 - Gewicht (in kg)
- Range: 5 – 70.
- Betekenis scores: Een hoge BMI (> 35) wijst bij volwassenen op obesitas, een lage BMI (<20) wijst bij volwassenen op een kwetsbaar gewicht.

SCHAAL 16. DEAFBLIND SEVERITY INDEX

= Meet de mate waarin het hoorvermogen en het gezichtsvermogen verstoord zijn.

- Input voor de schaal:
 - Hoorvermogen (met hoorapparaat indien gebruikt)
 - Gezichtsvermogen bij voldoende licht (met bril of ander visueel hulpmiddel indien gebruikt)
- Range: 0 – 5.
- Betekenis scores: Hogere scores wijzen op een slechter functioneren van de zintuiglijke waarnemingen.
 - 0 = Beide zintuigen intact
 - 1 = Eén van de zintuigen in tact en de andere mild/matig verstoord
 - 2 = Eén van de zintuigen in tact en de andere ernstig verstoord
 - 3 = Beide zintuigen mild/matig verstoord
 - 4 = Eén van de zintuigen mild/matig en de andere ernstig verstoord
 - 5 = Beide zintuigen ernstig verstoord

SCHAAL 17. ADL HIERARCHY SCALE (sADLH)

= Meet functionele performantie, weerspiegelt een persoon zijn/haar capaciteit om activiteiten van het dagelijkse leven te verrichten.

- Input voor de schaal:
 - ADL- functioneren - persoonlijke hygiëne
 - ADL- functioneren – zich verplaatsen
 - ADL- functioneren - toiletgebruik
 - ADL-functioneren - eten
- Range: 0 – 6.
- Betekenis scores:

Een hoge score geeft met grote zekerheid aan dat de cliënt meer hulpbehoevend is dan wanneer de score lager zou zijn.

 - 0 = zelfstandig bij de 4 ADL-functies
 - 1 = tenminste toezicht bij één ADL-functie (en minder dan beperkte hulp bij alle 4 ADL-functies)
 - 2 = beperkte hulp vereist bij 1 of meer van de 4 ADL-functies (en minder dan uitgebreide hulp bij alle 4 ADL-functies)
 - 3 = tenminste uitgebreide hulp vereist bij de persoonlijke hygiëne en het toiletgebruik (en minder dan uitgebreide hulp vereist bij het eten en het zich verplaatsen)
 - 4 = uitgebreide hulp vereist bij het eten of het zich verplaatsen (geen totale afhankelijkheid bij het eten en het zich verplaatsen)
 - 5 = totale afhankelijkheid bij het eten en/of het zich verplaatsen
 - 6 = totale afhankelijkheid bij de 4 ADL-functies

SCHAAL 18. ADL SHORT FORMAT SCALE (sADLSF)

- Input voor de schaal:
 - ADL- functioneren - persoonlijke hygiëne
 - ADL- functioneren – zich verplaatsen
 - ADL- functioneren - toiletgebruik
 - ADL-functioneren - eten
- Range: 0 – 16.
- Betekenis scores: Hogere scores wijzen op een grotere moeilijkheid bij het uitvoeren van activiteiten.

SCHAAL 19. IADL CAPACITY HIERARCHY SCALE (sIADLCH)

= Meet het functioneren van een persoon op een hoger niveau. Weerspiegelt de inschatting van anderen met betrekking tot de persoon zijn/haar capaciteit om IADL-taken uit te voeren.

- Input voor de schaal:
 - IADL-mogelijkheden – maaltijdbereiding
 - IADL-mogelijkheden – huishoudelijk werk
 - IADL-mogelijkheden – financieel beheer
 - IADL-mogelijkheden – geneesmiddelenbeheer
 - IADL-mogelijkheden – boodschappen
- Range: 0 – 6.
- Betekenis scores:
 - 0 = Geen moeilijkheden met uitvoering IADL-activiteiten
 - 1 = Bepaalde moeilijkheden met de uitvoering van 1 IADL-activiteit

- 2 = Bepaalde moeilijkheden met de uitvoering van 2 - 3 IADL-activiteiten
- 3 = Bepaalde moeilijkheden met de uitvoering van meer dan 4 IADL-activiteiten
- 4 = Soms afhankelijk voor de uitvoering van IADL-activiteiten
- 5 = Meestal afhankelijk voor de uitvoering van IADL-activiteiten
- 6 = Altijd afhankelijk voor de uitvoering van IADL-activiteiten

SCHAAL 20. ADL – IADL FUNCTIONAL HIERARCHY SCALE (sFUNH)

- Input voor de schaal:
 - ADL hierarchy scale (schaal 17)
 - IADL capacity hierarchy scale (schaal 19)
- Range: 0 – 11.
- Betekenis scores: Hogere scores verwijzen naar een hogere mate van afhankelijkheid bij het uitvoeren van instrumentele activiteiten van het dagelijks leven.

Bijlage 14 Bijkomende informatie CAP's BelRAI (C)MH

Deel I Veiligheid

1. CAP Schade aan anderen

Triggers

- Geweld tegenover anderen
- Intimidatie of dreigen met geweld
- Overwegen van geweld
- Risk of harm to others scale
 - Waanideeën
 - Inslaap- of doorslaapproblemen, te vroeg wakker worden, rusteloze slaap, geen rustgevende slaap
 - Slaapproblemen ten gevolge van hypomanie of manie
 - Mate van ziekte-inzicht in geestelijk gezondheidsprobleem
 - Geweld tegenover anderen
 - Intimidatie of dreigen met geweld
 - Overwegen van geweld
 - Extreme gedragsstoornissen
 - Politietussenkomst wegens gewelddadig geweld
 - Aggressive behaviour scale (zie document 'Bijkomende informatie zorgschalen')
 - Positive symptoms scale (zie document 'Bijkomende informatie zorgschalen')

Betekenis uitkomst

Code 0	<p>NIET GEACTIVEERD</p> <p>Deze groep omvat personen die</p> <ul style="list-style-type: none"> • 0 tot 2 scoren op de Risk of Harm to Others (RHO)-schaal <p>EN</p> <ul style="list-style-type: none"> • geen gewelddadige gedachten, handelingen of intimiderend gedrag hebben vertoond in de voorbije zeven dagen.
Code 1	<p>GEACTIVEERD OP MATIG RISICO OP SCHADE AAN ANDEREN</p> <p>Deze groep omvat personen die</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 of 4 scoren op de RHO-schaal; <p>OF</p> <ul style="list-style-type: none"> • gewelddadige gedachten, handelingen of intimiderend gedrag hebben vertoond in de voorbije zeven dagen.
Code 2	<p>GEACTIVEERD OP HOOG RISICO OP SCHADE AAN ANDEREN</p> <p>Deze groep omvat personen die 5 of 6 scoren op de RHO-schaal</p>

2. CAP Zelfmoordgedrag en opzettelijke zelfverwonding

Triggers

- Severity of Self-harm Scale
 - Overwoog automutilatie of deed poging ertoe
 - Doel van automutilatie was zelfdoding
 - Familielid, vriend of zorgverlener uit bezorgdheid dat de persoon risico op automutilatie zou lopen
 - Zelfmoordplan
 - Cognitive performance scale (zie document 'Bijkomende informatie zorgschalen')
 - Depressive severity index (zie document 'Bijkomende informatie zorgschalen')
 - Positive symptoms scale short (zie document 'Bijkomende informatie zorgschalen')

Betekenis uitkomst

Code 0	NIET GEACTIVEERD Deze groep omvat personen die 0 tot 3 scores op de Severity of Self-harm (SoS)-schaal.
Code 1	GEACTIVEERD OP EEN MATIG RISICO OP ZELFVERWONDING Deze groep omvat personen die 4 scores op de SoS-schaal.
Code 2	GEACTIVEERD OP EEN HOOG RISICO OP ZELFVERWONDING Deze groep omvat personen die 5 of 6 scores op de SoS-schaal.

3. CAP Zelfzorg

Triggers

- Self Care Index (zie document 'Bijkomende informatie zorgschalen')
 - Cognitieve vaardigheden voor dagelijkse besluitvorming
 - Uiting – zichzelf duidelijk maken
 - Abnormale gedachtegang
 - Hygiëne – Ongewoon slechte hygiëne, onverzorgd uiterlijk
 - Uitingen, ook non-verbale, van een gebrek aan plezier in het leven (anhedonie)
 - Verminderde energie – Geeft uiting van een verminder energieniveau
 - Mate van ziekte-inzicht in geestelijk gezondheidsprobleem
 - MANIA-schaal (zie document 'Bijkomende informatie zorgschalen')
 - Positivesymptomscale short (zie document 'Bijkomende informatie zorgschalen')

Betekenis uitkomst

Code 0	NIET GEACTIVEERD Deze groep omvat personen die 0 of 1 scores op de SCI (Self Care Index)
Code 1	GEACTIVEERD OP EEN MATIG RISICO OP ONVERMOGEN TOT ZELFZORG Deze groep omvat personen die 2 tot 5 scores op de SCI
Code 2	GEACTIVEERD OP EEN HOOG RISICO OP ONVERMOGEN TOT ZELFZORG Deze groep omvat personen die 6 scores op de SCI

Deel II Sociaal leven

1. CAP Sociale relaties

Triggers

- Zich terugtrekken uit belangrijke activiteiten
- Verminderde sociale omgang
- Deelname aan sociale activiteiten die de persoon al lang interesseren
- Bezoek van familie of oude vrienden/kennissen
- Andere omgang, bv. Via telefoon, of e-mail, met familie of vrienden/kennissen
- Familie of naaste vrienden geven aan erg van streek te zijn door de ziekte van de persoon
- Overtuiging dat relatie met naast(e) familielid(-leden) verstoord is
- Zegt een vertrouwenspersoon te hebben
- Relatieproblemen, ook scheiding

Betekenis uitkomst

Code 0	<p>NIET GEACTIVEERD</p> <p>Deze groep omvat personen die momenteel geen tekenen vertonen van problematische interacties met familie en vrienden.</p>
Code 1	<p>GEACTIVEERD OM NAUWE VRIENDSCHAPPEN EN HET FAMILIALE FUNCTIONEREN TE VERBETEREN</p> <p>Deze groep omvat personen met problemen in nauwe vriendschappen en het familiale functioneren, gebaseerd op <u>een of meer</u> van de volgende tekenen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • de familieleden of naaste vrienden zijn overweldigd door de ziekte van de persoon; • de familierollen worden als verstoord ervaren door de persoon of door anderen; • de relatie verloopt moeilijk of was bijzonder conflictueus in het voorbije jaar.

Code 2	<p>GEACTIVEERD OM SOCIAAL ISOLEMENT EN VERSTOORDE FAMILIERELATIES TE REDUCEREN</p> <p>Deze groep omvat personen die</p> <ul style="list-style-type: none"> • een van de volgende drie vormen van een verstoorde familierelatie ervaren: <ul style="list-style-type: none"> – de familieleden of naaste vrienden zijn overweldigd door de ziekte van de persoon; – de familierollen worden als verstoord ervaren door de persoon of door anderen; – de relatie verloopt moeilijk of was bijzonder conflictueus in het voorbije jaar; <p>EN</p> <ul style="list-style-type: none"> • geen vertrouwenspersoon hebben; <p>EN</p> <ul style="list-style-type: none"> • een van de volgende vier tekenen van sociaal isolement vertonen: <ul style="list-style-type: none"> – heeft in de afgelopen dertig dagen niet meer deelgenomen aan activiteiten die hem of haar lange tijd hebben geboeid; – neemt niet meer deel aan activiteiten in de interessegebieden; – heeft minder sociale interactie; – heeft in de afgelopen dertig dagen geen contact gehad met familieleden of vrienden (persoonlijk, telefonisch of via e-mail).
--------	---

2. CAP Mantelzorg

Enkel voor BelRAI CMH

Triggers

- Gebruikelijk woonverblijf
- Woonsituatie
- Mate van ziekte-inzicht in geestelijk gezondheidsprobleem
- IADL-mogelijkheden – maaltijdbereiding
- IADL-mogelijkheden – financieel beheer
- IADL-mogelijkheden – geneesmiddelenbeheer
- IADL-mogelijkheden – telefoongebruik
- IADL-mogelijkheden – vervoer
- Relatie tot persoon – mantelzorger 1
- Relatie tot persoon – mantelzorger 2
- ADL hierarchy scale (zie document 'Bijkomende informatie zorgschalen')
- Cognitive performance scale (zie document 'Bijkomende informatie zorgschalen')
- Depression rating scale (zie document 'Bijkomende informatie zorgschalen')
- Positive symptom scale long (zie document 'Bijkomende informatie zorgschalen')

Betekenis uitkomst

Code 0	<p>NIET GEACTIVEERD</p> <p>Personen in deze groep</p> <ul style="list-style-type: none"> • hebben een geïdentificeerde mantelzorgver voor hulp bij functionele beperkingen en psychische aandoeningen; <p>OF</p> <ul style="list-style-type: none"> • hebben geen behoefte aan de hulp zoals beschreven in de BelRAICMH.
Code 1	<p>GEACTIVEERD OM DE BEHOEFTE AAN ONDERSTEUNING OMWILLE VAN PSYCHISCHE SYMPTOMEN AAN TE PAKKEN</p> <p>Dit activeringsniveau omvat personen die</p> <ul style="list-style-type: none"> • ondersteuning nodig hebben naar aanleiding van psychische symptomen, maar die geen beroep kunnen doen op mantelzorgers die willen of kunnen voorzien in deze behoefte; <p>EN</p> <ul style="list-style-type: none"> • een of meer van de volgende tekenen vertonen: <ul style="list-style-type: none"> – gebrek aan inzicht; – positieve symptomen; – depressieve symptomen.
Code 2	<p>GEACTIVEERD OM DE BEHOEFTE AAN FUNCTIONELE ONDERSTEUNING OMWILLE VAN EEN FYSIEKE BEPERKING OF EEN COGNITIEF ONVERMOGEN AAN TE PAKKEN</p> <p>Dit activeringsniveau omvat personen die</p> <ul style="list-style-type: none"> • functionele ondersteuning nodig hebben, maar die geen beroep kunnen doen op mantelzorgers die willen of kunnen voorzien in deze behoefte; <p>EN</p> <ul style="list-style-type: none"> • een of meer tekenen vertonen van: <ul style="list-style-type: none"> – cognitieve beperking(en); – ADL-beperking(en); – IADL-beperking(en).

3. CAP Ondersteuningskader bij ontslag

Enkel voor BelRAI MH

Triggers

- Reden voor beoordeling
- Opgenomen vanuit
- Persoon krijgt steun van iemand die positief staat tegenover ontslag (naar lichtere zorgsetting) of zelfstandig wonen (naar eigen woonst)
- Mantelzorg en steun – hulp bij zorg voor kind of andere afhankelijke personen
- Mantelzorg en steun – toezicht op persoonlijke veiligheid
- Mantelzorg en steun – crisishulp
- Mantelzorg en steun – hulp bij ADL of IADL
- Ontslagen naar

Betekenis uitkomst

Code 0	<p>NIET GEACTIVEERD</p> <p>Deze groep omvat personen:</p> <ul style="list-style-type: none"> die geen ondersteuning nodig hebben; <p>OF</p> <ul style="list-style-type: none"> die met zekerheid ondersteuning krijgen op het gebied van (I)ADL, kinderopvang, crisisondersteuning, toezicht op de persoonlijke veiligheid na het ontslag, en die naar verwachting niet dakloos zullen zijn op het moment van ontslag.
Code 1	<p>GEACTIVEERD</p> <p>Deze groep omvat personen:</p> <ul style="list-style-type: none"> die geen familielid of vriend hebben die bereid is hulp te bieden op het gebied van (I)ADL, kinderopvang, crisisondersteuning, toezicht op de persoonlijke veiligheid na het ontslag; <p>OF</p> <ul style="list-style-type: none"> wiens woonsituatie (permanent of initieel) op het moment van ontslag 'dakloos' is; OF die geen beroep kunnen doen op een mantelzorger die positief staat tegenover de herintegratie in de gemeenschap.

4. CAP Intermenselijke conflictenTriggers

- Voortdurend boos op zichzelf of op anderen
- Conflict met of herhaaldelijke kritiek op andere zorgontvangers
- Zorgverleners melden blijvende frustratie in omgang met de persoon
- Conflict met of herhaaldelijke kritiek op familie of vrienden

Betekenis uitkomst

Code 0	<p>NIET GEACTIVEERD</p> <p>Deze groep vertegenwoordigt personen die momenteel geen aanhoudende woede of intermenselijke conflicten ervaren ten opzichte van familieleden, vrienden, andere cliënten of zorgmedewerkers.</p>
Code 1	<p>GEACTIVEERD OM CONFLICTEN BINNEN SPECIFIEKE RELATIES TE BEPERKEN</p> <p>Deze groep omvat personen die <u>één van de volgende tekenen</u> vertoont:</p> <ul style="list-style-type: none"> Aanhoudende woede tegenover zichzelf of anderen Conflicten met of herhaalde bekritisering van familieleden of vrienden Conflicten met of herhaalde bekritisering van andere personen en zorgmedewerkers Zorgmedewerkers melden aanhoudende frustratie in de omgang met de persoon

Code 2	<p>GEACTIVEERD OM WIJDVERSPREIDE CONFLICTEN TE BEPERKEN</p> <p>Deze groep omvat personen die <u>twee of meer van de volgende tekenen</u> vertonen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aanhoudende woede tegenover zichzelf of anderen • Conflicten met of herhaalde bekritisering van familieleden of vrienden • Conflicten met of herhaalde bekritisering van andere personen en zorgmedewerkers • Zorgmedewerkers melden aanhoudende frustratie in de omgang met de persoon
--------	---

5. CAP Traumatische levensgebeurtenissen

Triggers

- Minstens één van de bovenstaande levensgebeurtenissen roept bij de persoon een gevoel van afschuw of intense angst op
- Ernstig ongeval of lichamelijke beperking
- Dood van naast familielid of goede vriend
- Leefde in een oorlogs- of conflictgebied (als soldaat of als burger)
- Getuige van ernstig ongeval, ramp, terrorisme, geweld of misbruik
- Slachtoffer van misdad –bijv. diefstal (uitgezonderd aanranding)
- Slachtoffer van seksueel geweld of misbruik
- Slachtoffer van lichamelijk geweld of misbruik
- Slachtoffer van emotioneel misbruik
- Bang voor een familielid of naast kennis
- Persoon is bezorgd over zijn/haar veiligheid – niet in rekening genomen bij BelRAIMH
- Familielid (-leden) werd(en) slachtoffer van lichamelijk, emotioneel of seksueel geweld of misbruik

Betekenis uitkomst

Code 0	<p>NIET GEACTIVEERD</p> <p>Deze groep omvat personen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • die geen van in de opgesomde levensgebeurtenissen hebben meegemaakt; • die een ingrijpende gebeurtenis hebben meegemaakt, maar geen intens gevoel van afschuw of angst ervaren naar aanleiding van die gebeurtenis; in sommige gevallen omvat deze groep ook personen die emotioneel onbewogen blijven bij de traumatische gebeurtenis maar niettemin negatieve gevolgen ervaren; • die een stresserende levensgebeurtenis hebben meegemaakt die deze CAP niet triggeren (bv. verlies van inkomen, financiële problemen, scheiding); • die een stresserende levensgebeurtenis hebben meegemaakt, maar deze CAP niet activeren dankzij positieve verwerkingsvaardigheden en een sterk sociaal netwerk.
--------	--

Code 1	<p>GEACTIVEERD OM DE IMPACT VAN EERDERE TRAUMATISCHE LEVENSGEBEURTENISSEN TE BEPERKEN</p> <p>Deze groep omvat personen</p> <ul style="list-style-type: none"> • die een of meer van de volgende traumatische levensgebeurtenissen hebben meegemaakt: <ul style="list-style-type: none"> – ernstig ongeval of fysieke beperking – overlijden van een naast familielid of een naaste vriend – verblijf in een oorlogsgebied of een regio met hevige conflicten – getuige van een ernstig ongeval, een ramp, een terreuraanval, een gewelddaad of misbruik – slachtoffer van een misdaad – slachtoffer van seksuele geweldpleging of seksueel misbruik – slachtoffer van fysieke geweldpleging of fysiek misbruik – slachtoffer van emotionele geweldpleging of emotioneel misbruik <p>EN</p> <ul style="list-style-type: none"> • die deze gebeurtenis(sen) omschrijven als de oorzaak van een intens gevoel van angst of afschuw. <p>Dit activeringsniveau houdt rekening met zowel het plaatsvinden van de traumatische gebeurtenis als de persoonlijke reactie erop.</p>
Code 2	<p>GEACTIVEERD OM EEN ACUTE BEKOMMERNIS OM DE VEILIGHEID VAN DE PERSOON AAN TE PAKKEN</p> <p>Dit activeringsniveau is gericht op personen die in onmiddellijk gevaar verkeren omdat het misbruik nog plaatsvindt. Deze groep omvat personen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • die in de voorbije zeven dagen een of meerdere traumatische gebeurtenissen hebben meegemaakt (seksueel, fysiek of emotioneel misbruik) of het slachtoffer zijn geworden van een criminele geweldpleging; <p>OF</p> <ul style="list-style-type: none"> • die bang zijn van anderen en bezorgd zijn om hun persoonlijke veiligheid.

6. CAP Criminele activiteiten

Triggers

- Opgenomen vanuit – niet in rekening genomen bij BelRAI CMH
- Gebruikelijk woonverblijf – niet in rekening genomen bij BelRAI MH
- Op het tijdstip van de opname – niet in rekening genomen bij BelRAI CMH
- In aanraking met het criminele rechtssysteem of forensische opname
- Politietussenkomst wegens gewelddadig gedrag
- Politietussenkomst wegens niet-gewelddadig gedrag
- Soort opname – niet in rekening genomen bij BelRAI CMH

Betekenis uitkomst

Code 0	<p>NIET GEACTIVEERD</p> <p>Deze groep omvat personen die niet in aanraking zijn gekomen met de politie naar aanleiding van al dan niet gewelddadig crimineel gedrag in het voorbije jaar. Deze groep vertegenwoordigt mogelijk ook personen die wel een crimineel verleden hebben, maar die niet in aanraking zijn gekomen met de politie. Hoewel deze CAP niet geactiveerd wordt bij de personen uit deze groep, kunnen wel andere CAPs (bv. CAP Schade aan anderen) oplichten.</p>
Code 1	<p>GEACTIVEERD OM HET RISICO OP AL DAN NIET GEWELDDADIG CRIMINEEL GEDRAG TE BEPERKEN</p> <p>Deze groep omvat personen</p> <ul style="list-style-type: none">• die in aanraking zijn gekomen met de politie naar aanleiding van al dan niet gewelddadig crimineel gedrag in het voorbije jaar; <p>OF</p> <ul style="list-style-type: none">• die zijn doorverwezen via een strafinstelling, of wiens opname wordt beschouwd als een forensische opname.

Deel III Economische factoren

1. CAP Persoonlijke financiën

Triggers

- Bekwaam om met zijn/haar bezittingen om te gaan
- IADL- mogelijkheden - financieel beheer
- Financiën
- Zwaar inkomensverlies of serieuze financiële problemen

Betekenis uitkomst

Code 0	<p>NIET GEACTIVEERD</p> <p>Dit activeringsniveau omvat personen die geen financiële moeilijkheden ervaren, noch formeel onbekwaam zijn verklaard om hun bezittingen te beheren, noch ondersteuning nodig hebben om hun financiën te beheren.</p>
Code 1	<p>GEACTIVEERD OP ONVERMOGEN OM DE PERSOONLIJKE FINANCIËN TE BEHEREN</p> <p>Dit activeringsniveau omvat personen die geen financiële moeilijkheden ervaren, maar</p> <ul style="list-style-type: none"> • die formeel onbekwaam zijn verklaard om hun bezittingen te beheren; OF • die beperkte tot volledige ondersteuning nodig hebben om hun financiën te beheren.
Code 2	<p>GEACTIVEERD OP FINANCIËLE MOEILIKHEDEN</p> <p>Dit activeringsniveau omvat alle personen</p> <ul style="list-style-type: none"> • die een ernstig inkomensverlies hebben geleden of ernstige financiële moeilijkheden ervaren door armoede; <p>OF</p> <ul style="list-style-type: none"> • die in de voorbije dertig dagen economische afwegingen hebben gemaakt door een gebrek aan financiële middelen.

2. CAP Opleiding en werk

Triggers

- Mate van ziekte-inzicht in de psychische aandoening
- Gefaald voor een opleiding of opleiding niet voltooid
- Werkstatuut
- Vaker te laat of afwezig in de laatste 6 maanden
- Lage productiviteit of andere problemen op school of werk
- Is van plan om met werk of school te stoppen
- Voortdurend werkloos of vaak veranderende werksituatie in de laatste 2 jaar
- ADL hierarchy scale (zie document 'Bijkomende informatie zorgschalen')
- Aggressive behaviour scale (zie document 'Bijkomende informatie zorgschalen')
- Age scale (zie document 'Bijkomende informatie zorgschalen')
- Cognitive performance scale (zie document 'Bijkomende informatie zorgschalen')
- Positive symptom scale long (zie document 'Bijkomende informatie zorgschalen')

Betekenis uitkomst

Code 0	<p>NIET GEACTIVEERD</p> <p>Personen in deze groep</p> <ul style="list-style-type: none"> • hebben een baan of volgen een opleiding en lopen geen zichtbaar risico om hun baan te verliezen of te stoppen met school; • zijn gepensioneerd; • zijn werkloos en zoeken geen baan, maar hebben een ernstige psychische aandoening of beperking.
Code 1	<p>GEACTIVEERD OP HULP OM EEN JOB TE VINDEN OF AAN EEN OPLEIDINGSPROGRAMMA DEEL TE NEMEN</p> <p>Dit activeringsniveau omdat drie subgroepen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personen van elke leeftijd die werkloos zijn, maar die wel een baan zoeken. • Personen tussen 15 en 65 jaar die werkloos zijn en GEEN baan zoeken, met minieme beperkingen op het gebied van ADL en cognitieve vaardigheden, een volledig inzicht in hun psychische aandoening en minieme tekenen van problematisch gedrag. • Personen tussen 10 en 30 jaar die onlangs gestopt zijn met school of niet geslaagd zijn voor hun opleiding.
Code 2	<p>GEACTIVEERD OM HET RISICO OP WERKLOOSHEID OF SCHOOLMOEHEID TE VERMINDEREN</p> <p>Deze groep omvat personen die een of meer van de volgende vier risicofactoren vertonen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toenemend te laat komen of afwezigheid in de voorbije zes maanden • Lage productiviteit of desinteresse op het werk of op school • Uitgesproken plannen om te stoppen met werk of school • Aanhoudende werkloosheid of onstabiele werksituatie in de voorbije twee jaar

Deel IV Autonomie

1. CAP Vrijheidsbeperkende maatregelen

Enkel voor BelRAI MH.

Triggers

- Imperatieve hallucinaties
- Acuut gebruik van geneesmiddelen ter controle van het toebrengen van schade aan zichzelf en anderen
- Stoel waaruit de persoon niet kan opstaan
- Meest recente poging tot automutilatie
- Doel van automutilatie was zelfdoding
- Geweld tegenover anderen
- Extreme gedragsstoornissen
- Mechanische fixatie
- Fysieke interventie door zorgverlener(s)
- Afzonderingskamer
- Aggressive behaviour scale (zie document 'Bijkomende informatie zorgschalen')
- Positive symptom scale long (zie document 'Bijkomende informatie zorgschalen')

Betekenis uitkomst

Code 0	<p>NIET GEACTIVEERD AFWEZIGHEID VAN MECHANISCHE FIXATIE, FYSIEKE INTERVENTIE, AFZONDERINGSKAMER OF FIXATIE DOOR MIDDEL VAN ACUUT GEBRUIK VAN MEDICATIE</p> <p>Hoewel de CAP vrijheidsbeperkende maatregelen niet geactiveerd werd, moet aandacht besteed worden aan problemen die zouden kunnen leiden tot het gebruik ervan, met inbegrip van schade aan anderen (cf. CAP Schade aan anderen), zelfverwonding (cf. CAP Zelfmoordgedrag en opzettelijke zelfverwonding), en valincidenten (cf. CAP Valincidenten).</p>
Code 1	<p>GEACTIVEERD OM VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELLEN TE ELIMINEREN PERSONEN DIE NIET IN EEN PSYCHISCHE NOODSITUATIE VERKEREN</p> <ul style="list-style-type: none"> • mechanische fixatie, fysieke interventie, afzondering of fixatie door middel van het acuut gebruik van medicatie hebben ervaren in de 3 dagen voorafgaand aan de beoordeling, maarniet in een psychische noodsituatie verkeerd en zoals hierboven beschreven; <p>OF</p> <ul style="list-style-type: none"> • een langetermijngeschiedenis hebben van voortdurend gebruik van fixatie, eventueel in een andere zorginstelling.

Code 2	<p>GEACTIVEERD OM DE BEHOEFTE AAN VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELEN TE ELIMINEREN — PERSONEN IN EEN PSYCHIATRISCHE NOODSITUATIE</p> <p>Dit activeringsniveau omvat personen die</p> <ul style="list-style-type: none"> • mechanische fixatie of fysieke interventie hebben ervaren (mechanisch, stoel die het opstaan verhindert, of fysieke of handmatige fixatie door het personeel), afzondering of fixatie door middel van het acuut gebruik van medicatie in de 3 dagen voorafgaand aan de beoordeling; <p>EN</p> <ul style="list-style-type: none"> • in een psychische noodsituatie verkeerden, zoals aangegeven door een of meer van de volgende factoren: <ul style="list-style-type: none"> – zelfmoordpoging in de 3 dagen voorafgaand aan de beoordeling – geweld naar anderen toe in de 3 dagen voorafgaand aan de beoordeling – score van 13 of hoger op de lange versie van de Positive Symptoms Scale Long (sPSSL) – extreme gedragsstoornis in de 7 dagen voorafgaand aan de beoordeling – hallucinaties in de 3 dagen voorafgaand aan de beoordeling – score van 6 of hoger op de Aggressive Behaviour Scale (sABS)
--------	--

2. CAP Geneesmiddelenbeheer en therapietrouw

Triggers

- Gemakkelijk afgeleid
- Episodes van onsamenhangend praten
- Cognitief functioneren wisselt in de loop van de dag
- Inslaap- of doorslaapproblemen; te vroeg wakker worden; rusteloosheid; geen rustige slaap
- Te veel slaap
- IADL-mogelijkheden – geneesmiddelenbeheer
- Duizeligheid
- Onzekere pas
- Constipatie
- Diarree
- Overgeven
- Misselijkheid
- Droge mond
- Toename of afname van normale eetlust
- Overdag slaperig of versuft
- Problemen die kunnen wijzen op een zich ontwikkelende aandoening
- Vermoeidheid
- Zelfgemelde toestand
- Acathisie
- Dyskinesie
- Tremor
- Bradykinesie
- Spierstijfheid
- Dystonie

- Trage schuifelpas
- Verleende seksuele diensten in ruil voor geld, gewenste voorwerpen of gunsten (ook participatie in sekshandel) in de laatste 90 dagen – niet in rekening genomen bij BelRAI MH
- Meldt aanhoudende seksuele problemen in de laatste 30 dagen
- Houding van de persoon ten opzichte van voorgeschreven geneesmiddelen – niet in rekening genomen bij BelRAI MH
- Weigerde om sommige of alle voorgeschreven geneesmiddelen in te nemen in de laatste 3 dagen – niet in rekening genomen bij BelRAI CMH
- Stopte in de laatste 90 dagen met het nemen van psychotrope geneesmiddelen omwille van neveneffecten
- Cognitive performance scale (zie document 'Bijkomende informatie zorgschalen')
- Positive symptom scale long (zie document 'Bijkomende informatie zorgschalen')

Betekenis uitkomst

Code 0	<p>NIET GEACTIVEERD</p> <p>De groep bestaat uit personen die</p> <ul style="list-style-type: none"> • zich niet houden aan hun medicatieregime of medicatie weigeren, maar die niet cognitief aangetast zijn noch positieve symptomen ervaren. • al eerder stopten met hun medicatie vanwege gezondheidsgerelateerde bijwerkingen, maar die momenteel geen gezondheidsproblemen ervaren. • momenteel geen problemen ervaren met therapietrouw, niet weigeren om medicatie te nemen noch problemen ervaren met geneesmiddelenbeheer. Deze groep vormt het grootste gedeelte van de niet-geactiveerde groep
Code 1	<p>GEACTIVEERD OMDAT ZE VROEGTIJDIG STOPTEN MET HUN MEDICATIE ALS GEVOLG VAN BIJWERKINGEN</p> <p>Deze groep bestaat uit personen die:</p> <ul style="list-style-type: none"> • vroeger reeds met hun medicatie gestopt hebben als gevolg van bijwerkingen; EN • momenteel een of meer van de volgende potentiële geneesmiddel-gerelateerde bijwerkingen ervaren (of negatieve effecten op de gezondheid): <ul style="list-style-type: none"> – extrapiramidale symptomen (bv. dystonie, akathisie, dyskinesie) – slaapstoornis – duizeligheid, vertigo, licht gevoel in het hoofd – anticholinerge effecten (bv. droge mond, constipatie, wazigzicht) – aanvallen – acute omstandigheden (bv. huiduitslag, maligne neurolepticasyndroom) – gewichtstoename – diabetes – hypersalivatie, kwijlen – seksuele disfunctie

Code 2	<p>GEACTIVEERD VOOR PROBLEMEN MET GENEESMIDDELENBEHEER EN THERAPIETROUW IN VERBAND MET COGNITIEVE STOORNISSEN EN POSITIEVE SYMPTOMEN</p> <p>Het gaat hierbij om personen die</p> <ul style="list-style-type: none"> • een verminderde cognitieve functie hebben (gebaseerd op de Cognitive Performance Scale [CPS]) OF positieve symptomen ervaren in verband met psychose of manie; <p>EN</p> <ul style="list-style-type: none"> • aan een van de volgende drie voorwaarden voldoen: <ul style="list-style-type: none"> – minder dan 80% van de tijd hun medicatieregime volgen – medicatie hebben geweigerd in de laatste 3 dagen – een verminderde capaciteit hebben voor geneesmiddelenbeheer en daarom toezicht of hulp van anderen nodig hebben
--------	---

3. CAP Heropname

Triggers

- Woonsituatie
- Mate van ziekte-inzicht in geestelijk gezondheidsprobleem
- Aantal opnames in een residentiële geestelijke gezondheidszorgvoorziening in de laatste 2 jaar
- Cognitive performance scale (zie document 'Bijkomende informatie zorgschalen')
- Positive symptom scale short (zie document 'Bijkomende informatie zorgschalen')

Betekenis uitkomst

Code 0	<p>NIET GEACTIVEERD</p> <p>Deze groep bestaat uit alle personen die in de voorbije 2 jaar niet opgenomen werden.</p>
Code 1	<p>GEACTIVEERD ALS GEVOLG VAN EEN MATIG RISICO OP HEROPNAME</p> <p>Deze groep bestaat uit personen die</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>drie of meer</u> keer werden opgenomen in de voorbije 2 jaar, maar die <u>geen</u> van onderstaande kenmerken vertoont: <ul style="list-style-type: none"> – ziekenhuisopname in de afgelopen 2 jaar – score op de Positive Symptom Scale van 3 of hoger – score op de Cognitive Symptom Scale van 3 of hoger – geen inzicht in de geestelijke gezondheidstoestand – alleen wonen <p>OF</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>een of tweemaal</u> opgenomen werden in de voorbije 2 jaar EN <u>een of meer</u> van onderstaande kenmerken vertoont. <ul style="list-style-type: none"> – ziekenhuisopname in de afgelopen 2 jaar – score op de Positive Symptom Scale van 3 of hoger – score op de Cognitive Symptom Scale van 3 of hoger – geen inzicht in de geestelijke gezondheidstoestand – alleen wonen

Code 2	<p>GEACTIVEERD ALS GEVOLG VAN EEN HOOG RISICO OP HEROPNAME</p> <p>Deze groep omvat personen die</p> <ul style="list-style-type: none">• drie keer of meer werden opgenomen in de voorbije 2 jaar; <p>EN</p> <ul style="list-style-type: none">• een of meer van de van onderstaande kenmerken vertoont<ul style="list-style-type: none">– ziekenhuisopname in de afgelopen 2 jaar– score op de Positive Symptom Scale van 3 of hoger– score op de Cognitive Symptom Scale van 3 of hoger– geen inzicht in de geestelijke gezondheidstoestand– alleen wonen
--------	--

Deel V Gezondheidspromotie

1. CAP Roken

Triggers

- Rookt dagelijks tabak

Betekenis uitkomst

Code 0	<p>NIET GEACTIVEERD</p> <p>Dit activeringsniveau bestaat personen die geen tabak gebruiken.</p>
Code 1	<p>GEACTIVEERD OM STOPPEN OF MINDEREN MET ROKEN AAN TE MOEDIGEN</p> <p>Dit activeringsniveau betreft personen die</p> <ul style="list-style-type: none"> • dagelijkse rokers zijn en de voorbije 3 dagen gerookt hebben. <p>Deze groep moet worden gewezen op de voordelen van stoppen of minderen met roken en tijdens alle standaard bezoeken van de zorgverstreker worden aangemoedigd om dat te doen. Zodra de persoon klaar is om te stoppen of minderen met roken, moeten passende behandelstrategieën uit richtlijnen toegepast worden door de zorgverstreker.</p>
Code 2	<p>GEACTIVEERD VOOR HET AANPAKKEN VAN ONTWENNINGSVERSCIJNSELEN</p> <p>Dit activeringsniveau betreft personen die</p> <ul style="list-style-type: none"> • normaal dagelijkse tabakgebruikers zijn, maar die geen tabak gebruikt hebben in de voorbije 3 dagen. <p>Deze groep kan een verhoogd risico lopen op ontwenningsverschijnselen van tabak en moet onmiddellijk worden geëvalueerd op de ernst van ontwenningsverschijnselen en deze dienen aangepakt te worden. Zodra ontwenningsverschijnselen op passende wijze behandeld worden, moeten de strategieën uit richtlijnen ter bevordering van het stoppen of minderen met roken worden toegepast door de zorgverstreker</p>

2. CAP Middelengebruik

Triggers

- Opzettelijk verkeerd gebruik van voorgeschreven of vrij verkrijgbare geneesmiddelen in de laatste 90 dagen
- Alcohol
- Vluchtige snuifmiddelen
- Hallucinogenen
- Cocaïne of crack
- Stimulerende middelen
- Opiaten (ook synthetische producten)
- Cannabis
- Intraveneus drugsgebruik (uitgezonderd voorgeschreven geneesmiddelen)

- Persoon voelde de behoefte of werd door anderen aangespoord om minder alcohol of drugs te gebruiken, of anderen waren bezorgd over het middelengebruik van de persoon
- Persoon ergerde zich aan kritiek van anderen op zijn/haar alcohol- of drugsgebruik
- Persoon uitte schuldgevoelens over zijn/haar alcohol- of drugsgebruik
- Persoon had na het opstaan onmiddellijk alcohol of drugs nodig om de zenuwen te bedaren – bijv. een ‘opkikkertje’
- Persoon vindt dat zijn/haar sociale omgeving alcohol- of drugsmisbruik aanmoedigt of vergemakkelijkt – niet in rekening genomen bij BelRAI MH

Betekenis uitkomst

Code 0	<p>NIET GEACTIVEERD</p> <p>Deze groep bestaat uit personen zonder huidig of vorig problematisch middelenmisbruik.</p>
Code 1	<p>GEACTIVEERD TEN GEVOLGE VAN EEN VOORGESCHIEDENIS VAN PROBLEMATISCH MIDDELENGEBRUIK</p> <p>Deze groep bestaat uit personen met een voorgeschiedenis van middelenmisbruik die geen middelen gebruikt hebben in de voorbije 90 dagen, maar met een risico op terugval, vooral als er in de sociale omgeving factoren zijn die een terugval stimuleren. Personen activeren de CAP op dit niveau op basis van een van de volgende omstandigheden:</p> <ul style="list-style-type: none"> • een voorgeschiedenis van het gebruik van illegale middelen, maar geen gebruik in de voorbije 90 dagen • een voorgeschiedenis van een geïnjecteerd middel, maar geen gebruik in de voorbije 30 dagen • een van de vier gedragsindicatoren van potentiële middelengerelateerde verslaving, gebaseerd op de CAGE-vragenlijst in verband met verslaving • een sociale omgeving die middelen- of alcoholmisbruik bevordert of aanmoedigt (een extra CAP-trigger in het interRAI CMH-instrument)
Code 2	<p>GEACTIVEERD ALS GEVOLG VAN HUIDIG PROBLEMATISCH MIDDELENGEBRUIK</p> <p>Deze groep bestaat uit personen in een van de volgende situaties:</p> <ul style="list-style-type: none"> • gebruik van illegale middelen in de voorbije 90 dagen (bijvoorbeeld inhaleerbare middelen, hallucinogenen, cocaïne en crack, stimulerende middelen, opiaten en cannabis) • gebruik van injecteerbare middelen in de voorbije 30 dagen • consumptie van vijf of meer alcoholische dranken na elkaar in de voorbije 14 dagen • doelbewust misbruik van medicatie in de voorbije 90 dagen

3. CAP Gewichtmanagement

Triggers

- Gewichtsverlies van 5% of meer in de laatste 30 dagen of 10% of meer in de laatste 180 dagen
- At 1 maaltijd of minder op minstens 2 van de laatste 3 dagen
- Gewichtstoename van 5% of meer in de laatste 30 dagen of 10% of meer in de laatste 180 dagen
- Consumeert minder voedsel of drank dan gewoonlijk
- Eetbuien, zelf opgewekt braken of boulimie
- Onrealistische angst voor gewichtstoename; uitingen die een vertekend lichaamsbeeld doen vermoeden
- Vasten of streng dieet volgen, uitgezonderd religieuze gebruiken
- Body Mass Index (zie document 'Bijkomende informatie zorgschalen')

Betekenis uitkomst

Code 0	<p>NIET GEACTIVEERD</p> <p>Deze groep omvat personen zonder problematisch eetgedrag en met een normale lichaamssamenstelling.</p>
Code 1	<p>GEACTIVEERD VOOR PROBLEMATISCH EETGEDRAG</p> <p>Deze groep bestaat uit personen met een normale lichaamsbouw, maar die een van de volgende problematische gedragingen vertonen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • vasten (niet om religieuze redenen) • eetbuien • onrealistische angst voor gewichtstoename
Code 2	<p>GEACTIVEERD VOOR LICHAAMSSAMENSTELLING</p> <p>Deze groep omvat personen met een van de volgende symptomen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Body Mass Index (BMI) van 30 of hoger • BMI lager dan 18,5 • een lage BMI en een snel gewichtsverlies

4. CAP Beweging

Triggers

- Totaal aantal uur lichamelijke activiteit of oefening in de laatste 3 dagen
- Valincidenten
- Duizeligheid
- Pijn in de borststreek
- Onzekere pas
- Overgeven
- Perifeer oedeem
- Problemen die kunnen wijzen op een zich ontwikkelende aandoening
- Dyspneu
- Dyskinesie
- Bradykinesie
- Spierstijfheid
- Trage schuifelpas
- ADL hierarchy scale (zie document 'Bijkomende informatie zorgschalen')
- Cognitive performance scale (zie document 'Bijkomende informatie zorgschalen')

Betekenis uitkomst

Code 0	<p>NIET GEACTIVEERD</p> <p>Personen in deze groep</p> <ul style="list-style-type: none"> • deden één uur of meer aan lichaamsbeweging in de voorbije 3 dagen; • hebben een ernstige cognitieve stoornis (op basis van een score op de Cognitive Performance Scale [CPS] van 5 tot 6) of ADL-beperking (op basis van een score op de ADL Hierarchy Scale van 5 tot 6). Deze personen zijn niet altijd in staat om aan een gestructureerd programma voor lichaamsbeweging deel te nemen. Er moeten echter andere mogelijkheden bekeken worden om lichaamsbeweging op te nemen in de dagelijkse routine van de persoon.
Code 1	<p>GEACTIVEERD OM DE FYSIEKE ACTIVITEIT TE VERHOGEN, MAAR MET NOOD AAN EXTRA AANDACHT WEGENS EEN MEDISCHE AANDOENING</p> <p>Deze groep omvat personen die</p> <ul style="list-style-type: none"> • niet of minder dan een uur aan lichaamsbeweging gedaan hebben in de voorbije 3 dagen; <p>EN</p> <ul style="list-style-type: none"> • geen of een matige cognitieve stoornis (op basis van een score op de Cognitive Performance Scale [CPS] van 0 tot 4) of ADL-beperking hebben (op basis van een score op de ADL Hierarchy Scale van 0 tot 4). <p>EN</p> <ul style="list-style-type: none"> • een van de volgende medische aandoeningen hebben: duizeligheid, braken, vermoeidheid, ataxie of evenwichtsproblemen, acute gezondheidsaandoeningen, oedeem, extrapiramidale bijwerkingen, pijn en matige of ernstige ontweningsverschijnselen na middelengebruik.

Code 2	<p>GEACTIVEERD OM DE FYSIEKE ACTIVITEIT TE VERHOGEN BIJ PERSONEN DIE TOT FYSIEKE ACTIVITEIT IN STAAT ZIJN</p> <p>Deze groep omvat personen die</p> <ul style="list-style-type: none"> niet of minder dan een uur aan lichaamsbeweging gedaan hebben in de voorbije 3 dagen; <p>EN</p> <ul style="list-style-type: none"> geen of een matige cognitieve stoornis (op basis van een score op de Cognitive Performance Scale [CPS] van 0 tot 4) of ADL-beperking hebben (op basis van een score op de ADL Hierarchy Scale van 0 tot 4).
--------	--

5. CAP Slaapstoornissen

Triggers

- Inslaap- of doorslaapproblemen, te vroeg wakker worden, rusteloze slaap, geen rustgevende slaap
- Te veel slaap
- Cognitive performance scale (zie document 'Bijkomende informatie zorgschalen')

Betekenis uitkomst

Code 0	<p>NIET GEACTIVEERD</p> <p>Tot dit activeringsniveau behoren personen</p> <ul style="list-style-type: none"> Zonder slaapproblemen <p>OF</p> <ul style="list-style-type: none"> Met een vastgestelde slaapprobnis, maar die op het moment van de beoordeling geen slaapproblemen hebben. Voor die personen kan worden aangenomen dat de manier waarop ze hun slaapproblemen momenteel zelf aanpakken doeltreffend is.
Code 1	<p>GEACTIVEERD TEN GEVOLGE VAN SLAAPSTOORNISSEN EN EEN COGNITIEVE STOORNIS DIE NIET ERGER DAN MATIG IS</p> <p>Dit activeringsniveau omvat personen</p> <ul style="list-style-type: none"> zonder cognitieve stoornis of met een matige cognitieve stoornis (gebaseerd op een score op de Cognitive Performance Scale [CPS] van 0 tot 4); <p>EN</p> <ul style="list-style-type: none"> die slaapproblemen ervaren zoals te vroeg wakker worden of moeilijk in slaap vallen, onrustige of niet-rustgevende slaap, onderbroken slaap of te veel slaap.
Code 2	<p>GEACTIVEERD TEN GEVOLGE VAN SLAAPSTOORNISSEN EN EEN ERNSTIGE COGNITIEVE STOORNIS</p> <p>Dit activeringsniveau omvat personen</p> <ul style="list-style-type: none"> met een ernstige cognitieve stoornis (op basis van een score op de Cognitive Performance Scale [CPS] van 5 of 6); <p>EN</p> <ul style="list-style-type: none"> die problemen ervaren zoals te vroeg wakker worden of moeilijk in slaap vallen, onrustige of niet-rustgevende slaap, onderbroken slaap of te veel slaap.

6. CAP Pijn

Triggers

- Pain scale
 - Frequentie waarmee over pijn wordt geklaagd of pijn wordt getoond, inclusief grimassen, tanden op elkaar klemmen, kreunen, zich terugtrekken bij aanraking of andere non-verbale tekenen die op pijn wijzen
 - Intensiteit van de ergste pijn

Betekenis uitkomst

Code 0	NIET GEACTIVEERD Personen in deze groep hebben geen pijn of minder dan dagelijks milde tot matige pijn.
Code 1	GEACTIVEERD MET MIDDELHOGE PRIORITEIT Dit activeringsniveau omvat personen met dagelijkse pijn die als mild of matig omschreven wordt.
Code 2	GEACTIVEERD MET HOGE PRIORITEIT Dit activeringsniveau omvat personen met pijn die omschreven wordt als ernstig, afschuwelijk of ondraaglijk (ongeacht of de pijn dagelijks of minder vaak voorkomt).

7. CAP Valincidenten

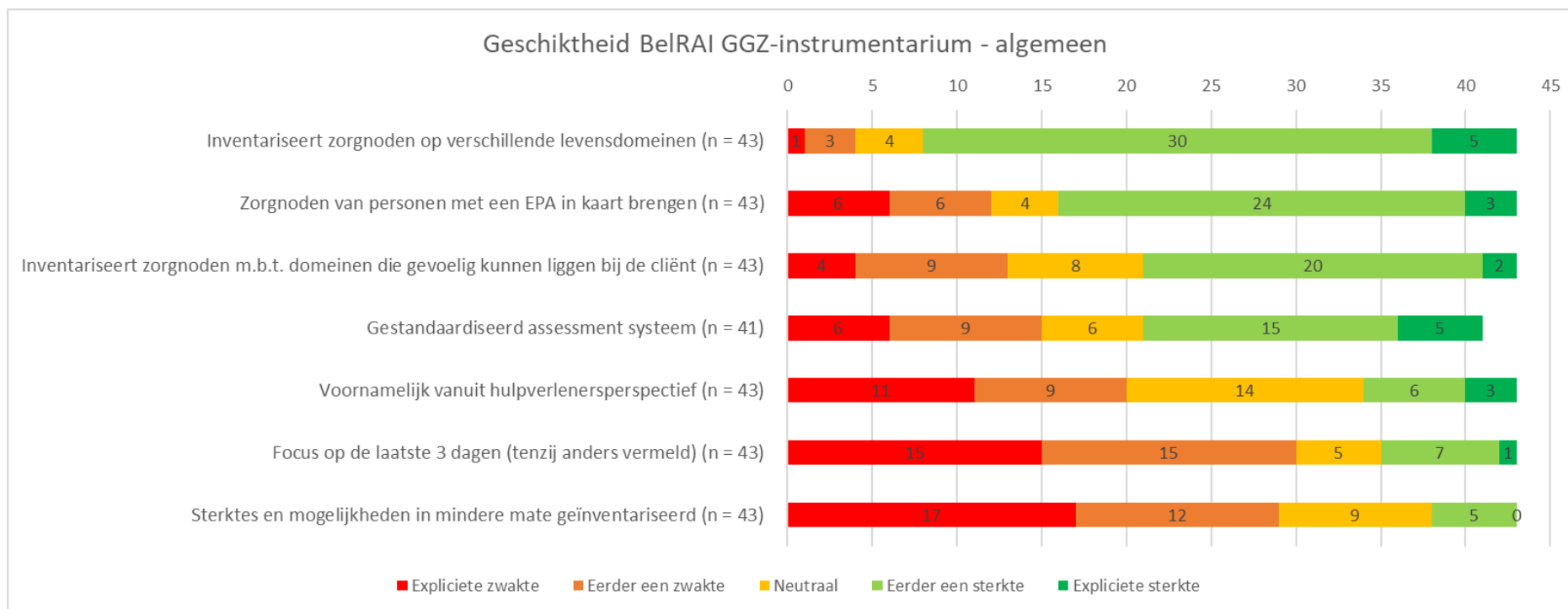
Triggers

- Valincidenten

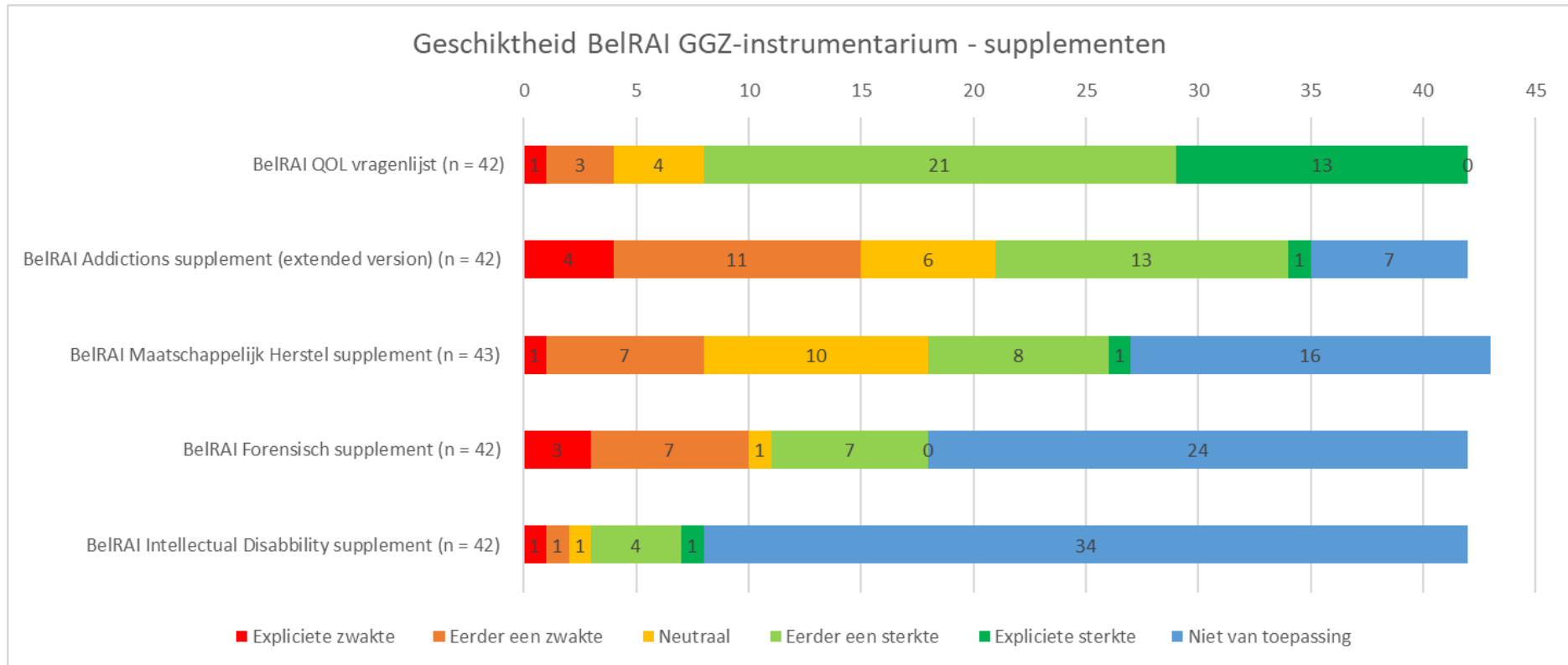
Betekenis uitkomst

Code 0	NIET GEACTIVEERD Deze groep bestaat uit personen die in de voorbije 90 dagen niet gevallen zijn.
Code 1	GEACTIVEERD TEN GEVOLGE VAN EEN MIDDELHOOG RISICO OP TOEKOMSTIGE VALINCIDENTEN Deze groep omvat personen die in het verleden één keer gevallen zijn.
Code 2	GEACTIVEERD TEN GEVOLGE VAN EEN HOOG RISICO OP TOEKOMSTIGE VALINCIDENTEN Deze groep omvat personen die in het verleden meermaals gevallen zijn.

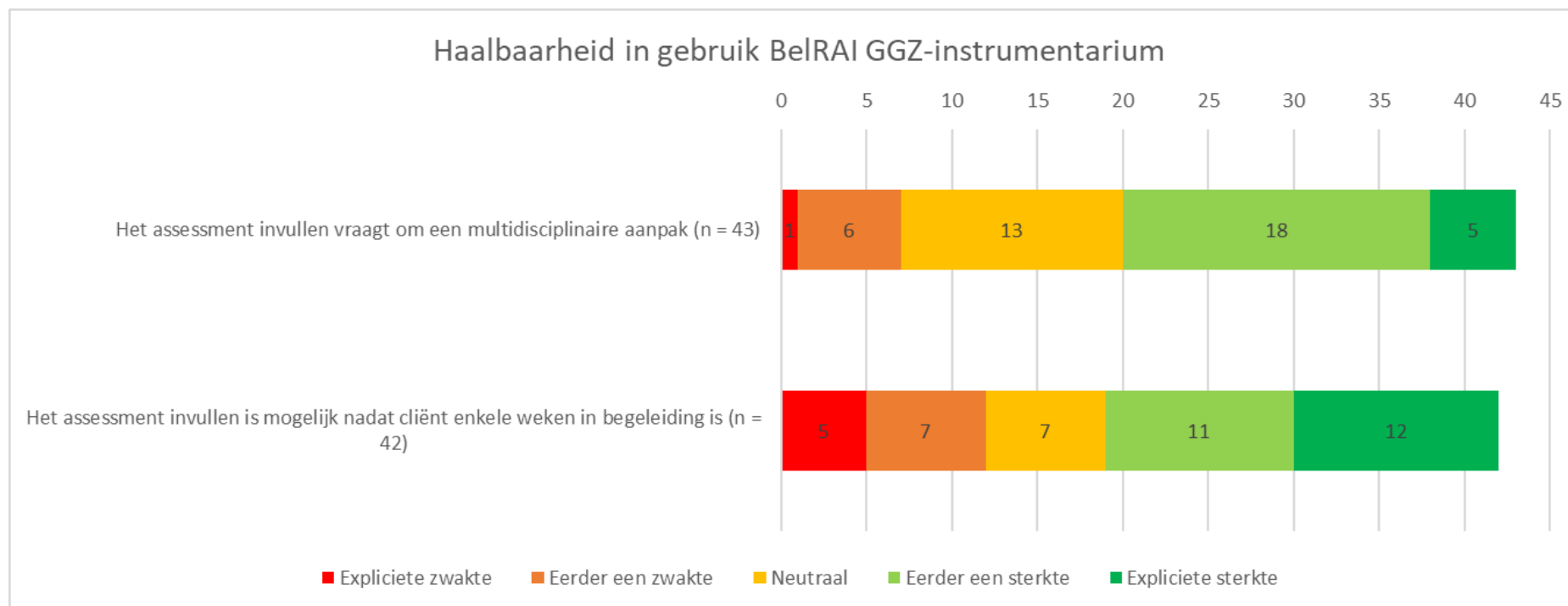
Bijlage 15 Attitudelijst hulpverleners: Attitude ten opzichte van eigenschappen en gebruiksmogelijkheden van het BelRAI assessment systeem in de zorg voor personen met een ernstige psychische aandoening, inclusief verslaving



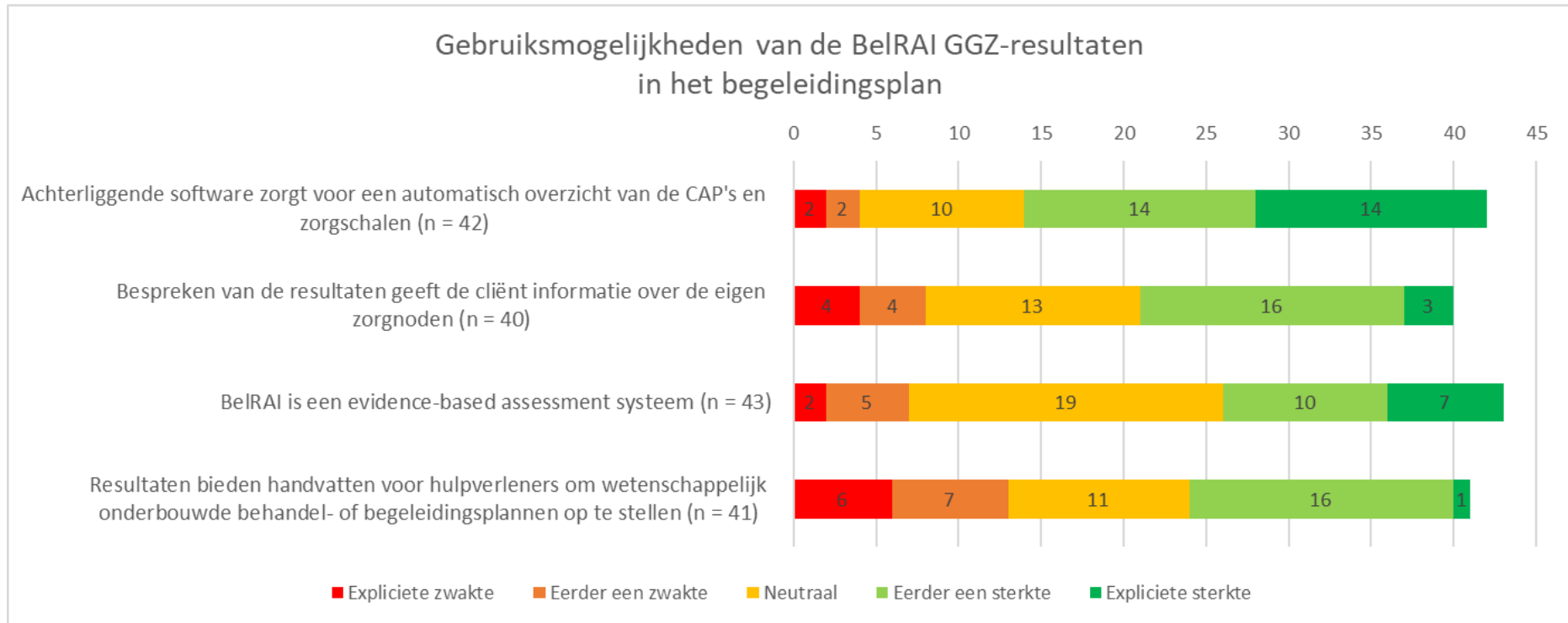
Figuur 31 Attitude hulpverleners t.o.v. de geschiktheid van het BelRAI GGZ-instrumentarium in het algemeen (onderdeel van onderzoeksvraag 2)



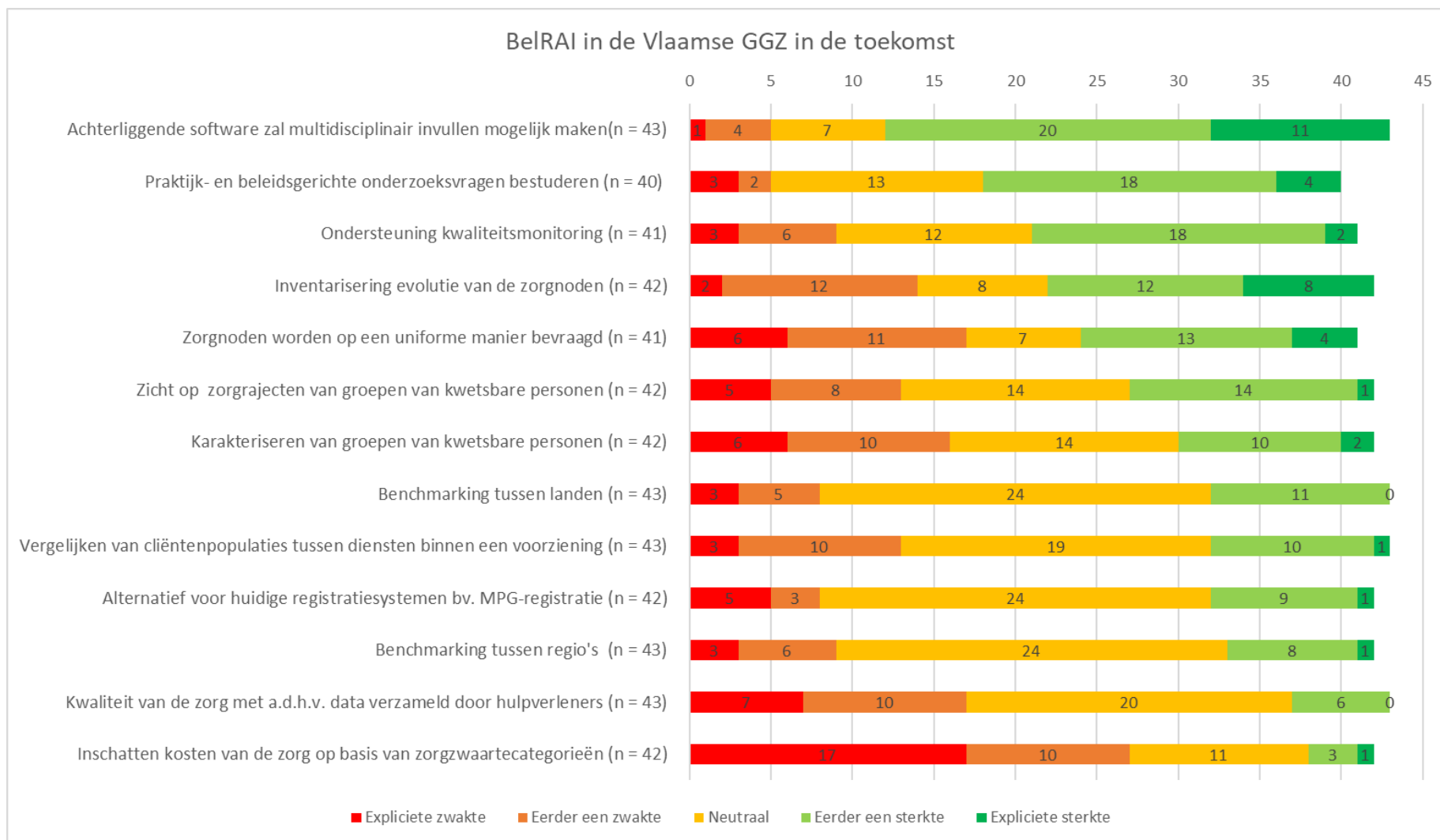
Figuur 32 Attitude hulpverleners t.o.v. de geschiktheid van de BelRAI GGZ-supplementen (onderdeel van onderzoeksvraag 2)



Figuur 33 Attitude hulpverleners t.o.v. de haalbaarheid van het gebruik van het BelRAI GGZ-instrumentarium (onderdeel van onderzoeksvraag 2)



Figuur 34 Attitude van de hulpverleners t.o.v. de gebruiksmogelijkheden van de BelRAI GGZ-resultaten voor het begeleidingsplan (onderzoeksvraag 3)



Figuur 35 Attitude t.o.v. gebruiksmogelijkheden van BelRAI na implementatie in de Vlaamse (G)GZ (onderdeel van onderzoeksvraag 4)

