

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:

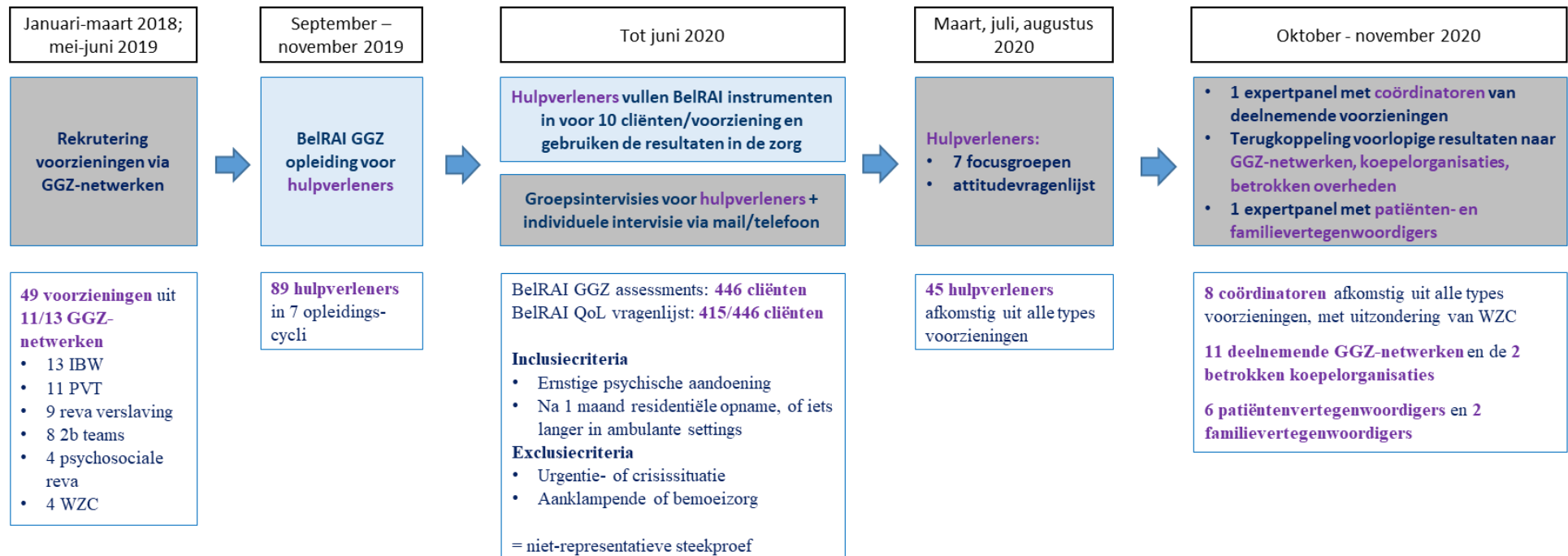
1. A. Hoe kan de steekproef van cliënten beschreven worden op basis van de BelRAI GGZ-output? B. Wat is de relevantie van deze output op het meso- en macroniveau van de Vlaamse GGZ wanneer representatieve data beschikbaar zullen zijn?
2. Welke gebruiksmogelijkheden biedt het BelRAI GGZ-instrumentarium 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 bevraagd 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 bevraagd 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.