

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

**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**

Liza Van Eenoo
dr. Kathleen De Cuyper
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. 2017/03
SWVG-Rapport 03

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Titel rapport: 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

Promotors: Prof. dr. Chantal Van Audenhove, prof. dr. Anja Declercq

Onderzoekers: Liza Van Eenoo & dr. Kathleen De Cuyper

Coördinatie SWVG: Hilde Lauwers

Administratieve ondersteuning SWVG: Lut Van Hoof, Manuela Schröder

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</i>	<i>Dagelijks bestuur</i>
KU Leuven <ul style="list-style-type: none">· LUCAS, Centrum voor zorgonderzoek en consultancy· Instituut voor Sociaal Recht· HIVA - Onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving· Leuvens Instituut voor Gezondheidsbeleid· Faculteit Economie en Bedrijfswetenschappen	Prof. dr. Chantal Van Audenhove Prof. dr. Anja Declercq Prof. dr. Johan Put Prof. dr. Tine Van Regenmortel Prof. dr. Erik Schokkaert
UGent <ul style="list-style-type: none">· Vakgroep Innovatie, Ondernemerschap en Dienstenmanagement· Vakgroep Publieke Governance, Management & Financiën· Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg	Prof. dr. Paul Gemmel Prof. dr. Joris Voets Prof. dr. An De Sutter
Vrije Universiteit Brussel <ul style="list-style-type: none">· Faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen	Prof. dr. Dominique Verté
Universiteit Antwerpen <ul style="list-style-type: none">· Centrum OASeS, Departement Sociologie	Prof. dr. Peter Raeymaeckers
<i>Partnerinstellingen</i>	
Universiteit Hasselt <ul style="list-style-type: none">· Centrum voor Statistiek	
Thomas More Hogeschool <ul style="list-style-type: none">· Opleiding Toegepaste Psychologie	dr. Peter De Graef
Arteveldehogeschool <ul style="list-style-type: none">· Dienst onderzoek en dienstverlening	
Hogeschool Gent <ul style="list-style-type: none">· Faculteit Mens en Welzijn	
UC Leuven-Limburg <ul style="list-style-type: none">· Groep Gezondheid en Welzijn	

Rapport 03

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

Onderzoekers: Liza Van Eenoo & dr. Kathleen De Cuyper

Promotors: Prof. dr. Anja Declercq, prof. dr. Chantal Van Audenhove

Samenvatting

Deze pilootstudie maakt deel uit van een reeks SWVG projecten die de vraag behandelen naar de bruikbaarheid van een generiek beoordelingsstelsel in de brede Vlaamse welzijns- en gezondheidssector. Een dergelijk instrument is nodig (1) om de geïntegreerde zorg en ondersteuning voor kwetsbare groepen te versterken, (2) om dubbele registraties en assessments van verschillende zorgverleners – die niet op elkaar afgestemd zijn - te vermijden en (3) om tot een vereenvoudiging van de registratiesystemen te komen. Een belangrijk doel hierbij is dat alle zorgverleners die betrokken zijn bij de zorg voor een cliënt dezelfde aspecten van functioneren telkens op dezelfde manier meten, en dat deze informatie tussen deze zorgverleners gedeeld kan worden voor zover dit nodig is om kwaliteitsvolle zorg voor de cliënt te realiseren. Op deze manier de geïntegreerde zorg versterken is voornamelijk een belangrijke doelstelling in de zorg voor personen met een ernstige psychische aandoening en/of verslaving. Het interRAI assessment systeem - BelRAI genoemd in België wanneer het over de Belgische vertalingen in het Nederlands, Frans en Duits gaat - biedt hiertoe mogelijkheden.

interRAI instrumenten zijn internationaal gevalideerde, generieke beoordelingsinstrumenten waarmee zorgverleners op een gestandaardiseerde wijze de zorgnoden en het functioneren van zorgbehoevende personen in kaart brengen. Het zijn evenwel geen diagnostische instrumenten. Voor verschillende doelgroepen en zorgvormen bestaan in totaal een twintigtal interRAI instrumenten. Op basis van de informatie die de instrumenten verzamelen over de zorgnoden en het functioneren van een persoon worden interRAI resultaten berekend. Deze resultaten omvatten allereerst:

- scores op zorgschalen, om de klinische toestand van de persoon in kaart te brengen op verschillende levensdomeinen,
- clinical assessment protocols (CAPs) die al dan niet oplichten. Dit zijn zogenaamde 'alarmpjes' die aangeven in welke levensdomeinen van de persoon er extra begeleiding nodig is opdat hij beter zou kunnen functioneren, of opdat achteruitgang verminderd of stopgezet zou kunnen worden,
- bij periodieke afname: individuele statistieken die de evolutie van het functioneren in de levensdomeinen weergeven.

Deze informatie geeft input aan de zorgverlener, het team van de zorgverlener, de cliënt en zijn naasten voor de opstelling of aanpassing van het begeleidingsplan.

Wanneer de interRAI instrumenten worden afgenomen van groepen van personen kunnen ook volgende interRAI resultaten berekend worden:

- groepsstatistieken die groepen van personen en hun zorgpad kunnen karakteriseren. Dit kan de (netwerken van) voorzieningen input geven voor de organisatie van de zorg, voor personeelsmanagement, etc.
- kwaliteitsindicatoren die input geven voor de kwaliteitsmonitoring binnen voorzieningen,
- zorgzwaartecategorieën die regionale en internationale benchmarking – of binnen de voorzieningen - mogelijk maken.

Voor wat België betreft zijn de BelRAI instrumenten reeds uitvoerig getest binnen de ouderenzorg (Declercq et al., 2007, 2008, 2009, 2010a, 2010b, 2010c, 2011; Vermeulen et al., 2015; Hermans et al., 2017). In de Vlaamse geestelijke gezondheidszorg (GGZ) is BelRAI echter nog niet goed bekend en werd het tot nog toe ook nog niet gebruikt. De algemene doelstelling van deze pilotstudie bestaat er dan ook in de toepasbaarheid van verschillende BelRAI GGZ instrumenten te onderzoeken voor het gebruik in de zorg voor personen met een ernstige psychische aandoening en/of verslaving in de Vlaamse GGZ. De drie criteria voor een ernstige psychische aandoening zijn binnen Europa “disease, duration and disability” – de 3 D’s: (1) aanwezigheid van één of meerdere psychiatrische diagnoses volgens DSM of ICD, (2) de psychische problematiek bestaat reeds minstens 2 jaar en (3) aanwezigheid van beperkingen in het psychisch én het sociaal functioneren (Delespaul & Consensusgroep EPA, 2013; Parabiagi, Bonetto, Ruggeri, Lasalvia, & Leese, 2006; Ruggeri, Leese, Thornicroft, Bisoffi, & Tansella, 2000; Van Audenhove, Van Humbeeck, & Van Meerbeeck, 2005). Bijkomend stellen de betrokken overheden zich de vraag of de huidige MPG registratie kan vervangen worden door de BelRAI GGZ instrumenten te gebruiken binnen Vlaanderen. Om deze doelstellingen te onderzoeken, werden volgende drie onderzoeksvragen geformuleerd:

1. Hoe staan de verschillende groepen van stakeholders ten opzichte van het gebruik van het BelRAI generiek beoordelingssysteem in de GGZ in Vlaanderen, meer bepaald in de zorg voor personen met ernstige psychische aandoeningen (EPA) en/of verslaving?
2. Welke gebruiksmogelijkheden bieden, volgens de zorgverleners, de BelRAI GGZ instrumenten in de zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen en/of verslaving in Vlaanderen?
3. In welke mate worden de items van de MPG registratie bevraagd in de BelRAI (Community) Mental Health instrumenten?

Omdat de zorg voor personen met een ernstige psychische aandoening en/of verslaving de focus vormt van deze pilotstudie, werden voor deelname aan deze studie psychiatrisch verzorgingstehuizen, initiatieven voor beschut wonen, mobiele 2b teams, psychosociale revalidatiecentra en revalidatiecentra voor verslaving gerekruteerd. De eerste onderzoeksvraag werd bestudeerd in vier groepen:

- tweeëntwintig directies en coördinatoren van de voorzieningen die zich aangemeld hadden voor deelname aan de studie, de coördinatoren van de netwerken waarin deze voorzieningen gelegen zijn, en de coördinatoren van het patiënten- en familieplatform. Deze groep wordt hier aangeduid met de term ‘coördinatoren’. Deze coördinatoren kregen uitleg over BelRAI en over de studie tijdens een workshop waarna ze een attitudeschaal invulden. Deze schaal peilt naar de attitude van mensen ten opzichte van de verschillende functies van BelRAI eens het systeem volledig operationeel is. Dit wil zeggen: eens de software voor de GGZ instrumenten ondersteuning

beschikbaar is en eens de instrumenten gebruikt zouden worden bij alle cliënten in voorzieningen.

- vier vertegenwoordigers van patiënten (n = 2) en hun familie (n = 2). In een expertpanel kregen zij uitleg over BelRAI en werden de reacties van de vertegenwoordigers besproken. Nadien vulden ze dezelfde attitudeschaal in als de coördinatoren.
- dertien zorgverleners uit de hierboven vernoemde voorzieningen die de BelRAI GGZ instrumenten op papier hebben ingevuld voor in het totaal 61 cliënten. Aangezien er nog geen software-ondersteuning bestond voor de BelRAI GGZ instrumenten op het moment van deze studie hebben de zorgverleners binnen deze studie enkel kennis gemaakt met de verschillende items van de instrumenten en nog niet met de BelRAI GGZ resultaten. Voor alle cliënten werd een BelRAI Community Mental Health ingevuld en indien nodig een BelRAI Intellectual Disability supplement, een BelRAI Functional supplement en/of een BelRAI Addictions supplement. Bijkomend werd aan de cliënten gevraagd om een BelRAI Quality Of Life (QOL) instrument in te vullen. Deze zorgverleners hebben – de meesten samen met een collega – opleiding gekregen in het invullen van de BelRAI GGZ instrumenten. De dertien deelnemende voorzieningen hebben ook elk een halve dag supervisie gekregen. Nadat zij de BelRAI GGZ instrumenten hadden ingevuld voor 3-5 cliënten werden de 13 zorgverleners in een focusgroep bevestigd over hun ervaringen hiermee. Zorgverleners van 10 voorzieningen hebben deelgenomen aan deze focusgroep. Op het einde van de focusgroep hebben de zorgverleners dezelfde attitudeschaal ingevuld als de drie andere groepen. Eén zorgverlener van elk van de drie voorzieningen die niet aanwezig waren op de focusgroep heeft de ingevulde attitudeschaal achteraf via mail bezorgd.
- zes beleidsmakers die tijdens het expertpanel op het einde van de studie uitleg kregen over de resultaten van deze studie. Concreet gaat het om beleidsmakers, organen betrokken bij het beleid zoals verenigen en koepels, het Vlaams Patiëntenplatform en het GGZ Familieplatform. Op het einde van dit expertpanel vulden zij de attitudeschaal in.

De tweede onderzoeksvraag naar de gebruiksmogelijkheden van de BelRAI GGZ instrumenten in de zorg voor mensen met EPA en/of verslaving in Vlaanderen, werd beantwoord op basis van de input die verzameld werd tijdens de 13 supervisies en de focusgroep met de 10 zorgverleners. Het nut van de BelRAI GGZ instrumenten in de zorg voor personen met EPA en/of verslaving, de haalbaarheid van het gebruik van de instrumenten en de indrukvaliditeit van de BelRAI GGZ instrumenten werd bevestigd bij de zorgverleners.

Om een antwoord te formuleren op de derde onderzoeksvraag werden alle items en onderdelen van de huidige MPG registratie vergeleken met de items uit de BelRAI (Community) Mental Health instrumenten.

Op basis van de data die op deze manier verzameld werden, kan besloten worden dat de vier doelgroepen vrij positief tot soms zeer positief staan ten opzichte van verschillende functies van het BelRAI systeem, in het geval dit volledig operationeel zou zijn. Het betreft hier voornamelijk (1) het overzicht van de BelRAI resultaten dat onmiddellijk na het invullen van de instrumenten zichtbaar wordt voor de zorgverleners, de cliënten en hun naasten, (2) de evidence-based BelRAI resultaten die input vormen voor het opstellen van het begeleidingsplan, (3) het delen van de BelRAI resultaten tussen de zorgverleners die betrokken zijn bij de zorg voor de persoon, *op voorwaarde dat* dit op een professionele en omzichtige manier gebeurt en in overleg met de cliënt, (4) de berekening van groepsstatistieken voor het karakteriseren van cliëntengroepen en de zorgpaden ervan, (5) de berekening van kwaliteits-indicatoren, en (6) de berekening van zorgzwaartecategorieën voor regionale en internationale

benchmarking, of benchmarking binnen de GGZ voorzieningen. Wat de zorgzwaartecategorieën betreft staan alle vier de doelgroepen het minst positief ten opzichte van de idee dat deze de basis zouden vormen voor de berekening van de kosten van de zorg voor een voorziening of voor de samenleving. De vier doelgroepen hebben deze functies van het BelRAI systeem beoordeeld op basis van informatie die ze daarover van de onderzoekers gekregen hebben. Deze functies van het BelRAI systeem konden tijdens deze exploratieve studie nog niet in de praktijk uitgetest worden aangezien er nog geen software ondersteuning voor de BelRAI GGZ instrumenten voor handen was, en de instrumenten ook nog niet ingevuld werden voor een voldoende aantal cliënten om groepsstatistieken, kwaliteitsindicatoren en zorgzwaartecategorieën te kunnen berekenen.

Vervolgens hebben de zorgverleners enkele gebruiksmogelijkheden van de BelRAI GGZ instrumenten ervaren door deze op papier voor een vijftal personen in te vullen. Het werd tegelijkertijd ook duidelijk dat de gebruiksmogelijkheden van de BelRAI GGZ instrumenten mee bepaald worden door de visies die de zorgverleners hebben op goede zorg. De zorgverleners halen bijvoorbeeld aan dat het gebruik van de BelRAI GGZ instrumenten verschillende cliënten ertoe aanzetten om spontaan hun verhaal te vertellen. Een aantal zorgverleners vindt dit positief en vindt het een sterkte dat de BelRAI instrumenten een leidraad bieden om gevoelige materie of problemen te bespreken met cliënten en hun familie. Andere zorgverleners daarentegen vinden het juist moeilijk dat sommige cliënten hun verhaal willen vertellen omdat ze deze cliënten dan af en toe moeten afbreken.

Daarnaast geven de zorgverleners aan dat het gebruik van de BelRAI GGZ instrumenten een uitgebreid beeld geeft van het functioneren van de persoon. Niet alleen het psychisch en cognitief functioneren, maar ook het fysiek functioneren, traumatische ervaringen, sociale omgang, werk/opleiding en financiën worden beoordeeld. Ook hier bepaalt de visie op goede zorg van de zorgverlener hoe deze gebruiksmogelijkheid van de BelRAI GGZ instrumenten wordt ervaren. Een aantal zorgverleners ervaren dit als zeer positief. Ze geven aan dat ze daardoor zicht krijgen op de "blinde vlekken" die ze hebben m.b.t. bepaalde cliënten en dat dit goed is voor de verdere behandeling en begeleiding die ze aanbieden. Zeker m.b.t. complexe zorgsituaties wordt dan ook verwacht dat de BelRAI instrumenten zullen helpen om de problemen en de noden met betrekking tot het functioneren van de persoon in kaart te brengen. Andere hulpverleners daarentegen vinden dat het gebruik van de BelRAI GGZ instrumenten leiden tot "overshooting". Ze vinden een aantal bevroegde thema's te confronterend of privacy-gevoelig om met de cliënt te bespreken. Of ze vinden dat ze bepaalde zaken m.b.t. de cliënt liever niet weten omdat dit "hun beeld van de cliënt zou kunnen beïnvloeden" hetgeen de verdere behandeling en begeleiding niet ten goede zou komen.

Vooraf het Quality Of Life instrument werd positief tot zeer positief onthaald bij de zorgverleners. Diegenen die werkzaam zijn in een residentiële setting verkiezen het Mental Health instrument boven het Community Mental Health instrument. De zorgverleners ervoeren geen meerwaarde van de eerste versies van het Intellectual Disability supplement en het Functional supplement. De verdere ontwikkeling van deze supplementen moet eerst in nieuw nationaal en internationaal onderzoek uitgewerkt worden, vooraleer de bruikbaarheid van de instrumenten in Vlaanderen verder kan worden getest. Het Addictions supplement had een meerwaarde voor een aantal voorzieningen die niet gespecialiseerd zijn in de behandeling van personen met verslaving, maar niet voor de voorzieningen die daarin wel gespecialiseerd zijn. Het gebruik van de BelRAI GGZ instrumenten is vooral aangewezen voor personen met langdurige en complexe zorgnoden. Voor personen met een acute zorgvraag of die zich in crisis bevinden, is het gebruik van de BelRAI GGZ instrumenten volgens de zorgverleners niet haalbaar.

Daarnaast zijn er ook nog andere duidelijke bedenkingen en bezorgdheden naar boven gekomen, vooral bij de zorgverleners, maar ook bij de andere groepen. De vier doelgroepen geven allereerst aan dat de herstelvisie ontbreekt binnen de BelRAI instrumenten. Volgens sommige zorgverleners staan de BelRAI instrumenten zelf haaks op de herstelvisie die de voorbije jaren opgang kent binnen de GGZ. BelRAI is voornamelijk bedoeld om zorgnoden en problemen in het functioneren van de persoon in kaart te brengen vanuit het hulpverlenersperspectief. De herstelvisie vertrekt vanuit de kracht en de mogelijkheden van de persoon en stelt het cliëntenperspectief dus centraal. Echter, deze twee perspectieven hoeven niet haaks op elkaar te staan. Ze kunnen complementair werken om een passend en gedeeld begeleidingsplan op te stellen, zoals door de patiënten- en familievertegenwoordigers en de beleidsmakers aangehaald werd. Een tweede bedenking betreft de tijdsinvestering die het werken met BelRAI instrumenten inderdaad vraagt. Deze tijdsinvestering zal dalen naarmate men de BelRAI instrumenten beter onder de knie zal krijgen. Ook zal de tijdsinvestering dalen bij een correct gebruik van de instrumenten, met name - voor het grootste gedeelte - als observatie-instrumenten. Tijdens deze studie zijn de BelRAI instrumenten door de meeste zorgverleners echter gehanteerd als gestructureerde interviews. Een goede opleiding en ervaring zal nodig zijn om de BelRAI instrumenten correct te leren gebruiken. Het is overigens zo dat de meeste functies van het BelRAI systeem die zeer positief beoordeeld zijn via de attitudeschaal, zoals het overzicht en het delen van de resultaten, in deze praktijktest nog niet aan bod zijn gekomen.

De resultaten van deze studie zijn in lijn met internationaal wetenschappelijk onderbouwde kaders waarin de factoren worden samengebracht die invloed hebben op de manier waarop bestaande instrumenten of interventies geïmplementeerd worden in de praktijk (bijvoorbeeld Damschroder et al., 2009; Kirk et al., 2016; Peters, Adam, Alonge, Agyepong & Tran, 2013). Deze exploratieve studie heeft voor de implementatie van de BelRAI GGZ instrumenten in de zorg voor personen met een ernstige psychische aandoening en/of verslaving enkele van deze factoren voor de eerste keer geïdentificeerd:

- Karakteristieken die te maken hebben met de BelRAI GGZ instrumenten zelf:
 - het feit dat de BelRAI GGZ instrumenten voornamelijk zorgnoden en –behoefte meten en veel minder de sterktes en de mogelijkheden van de cliënten bemoeilijkt de implementatie van de instrumenten binnen de voorzieningen in Vlaanderen,
 - het feit dat de BelRAI GGZ instrumenten in hoofdzaak ingevuld worden vanuit het hulpverlenersperspectief bemoeilijkt de implementatie binnen de voorzieningen in Vlaanderen,
- Karakteristieken van de zorgverleners/voorzieningen: sommige zorgverleners vinden het positief dat het gebruik van de instrumenten aanzetten tot het bespreken van vele levensdomeinen van de cliënt; anderen vinden dit niet nodig of ook niet aangewezen,
- Karakteristieken van het implementatieproces: in de opleiding moet veel duidelijker besproken worden op welke wijze de BelRAI GGZ instrumenten dienen ingevuld en gebruikt te worden.

Ten slotte heeft de vergelijking van de inhoud van de MPG registratie met de inhoud van de BelRAI (Community) Mental Health [(C)MH] instrumenten aangetoond dat - voor wat de cliëntgebonden kenmerken betreft – beiden instrumenten een grote overlap vertonen. Tachtig procent van de MPG items die cliëntgebonden kenmerken bevragen van alle cliënten, worden ook bevraagd in de BelRAI (C)MH instrumenten, zij het niet op dezelfde manier. Meestal komen deze MPG items op een uitgebreidere manier aan bod in de BelRAI (C)MH instrumenten, of soms wordt er maar een onderdeel van bevraagd. Voor de specifieke doelgroepen – de personen met een middelen-gerelateerde problematiek en een forensische problematiek – is de bevraging binnen de MPG registratie een stuk uitgebreider dan in de BelRAI (C)MH instrumenten, ook wanneer de piloot versie van het addictions en

het forensic supplement mee in rekening wordt genomen. Het belangrijk verschil tussen beide instrumenten is dat de cliënt toestemming moet geven voor het invullen van de BelRAI instrumenten, en niet voor het bijhouden van de MPG registratie.

De resultaten van deze studie moeten naar hun juiste waarde geschat worden, namelijk als eerste exploratieve resultaten afkomstig uit een pilootstudie. Deze resultaten hebben echter ook geleid tot een aantal aanbevelingen die de onderzoekers meenemen naar vervolgstudies en verdere implementatie van de BelRAI GGZ instrumenten. Zo dient de opleiding voor de zorgverleners verder uitgewerkt te worden. De manier waarop gegevens verzameld worden, de instrumenten ingevuld worden, gegevens tussen de zorgverleners uitgewisseld worden, en de BelRAI resultaten gebruikt kunnen worden als input voor het opstellen van een begeleidingsplan zullen uitgebreid aan bod moeten komen in deze opleiding. Het lijkt aangewezen dat ook coördinatoren en zorgmanagers kunnen deelnemen aan de opleiding, zodat de zorgverleners binnen hun voorziening optimaal ondersteund kunnen worden bij het gebruik van de BelRAI GGZ instrumenten. Daarnaast zal bij volgende studies de software ondersteuning er moeten voor zorgen dat de zorgverleners, cliënten en hun familie aan de slag kunnen gaan met de BelRAI resultaten. Dit zal nodig zijn om te kunnen uitmaken in hoeverre en onder welke randvoorwaarden het BelRAI systeem toepasbaar kan worden in de zorg voor mensen met een ernstige psychische aandoening en/of verslaving in de Vlaamse GGZ.

Beleidsaanbevelingen voor de Belgische overheden betreffen allereerst de uitwerking van een actieplan voor de verdere implementatie van de BelRAI GGZ instrumenten binnen de GGZ. De sensibilisering van bepaalde sectoren uit de GGZ met betrekking tot de complementariteit van de herstelvisie en het hulpverlenersperspectief dat gehanteerd wordt binnen BelRAI, lijkt aangewezen. Daarnaast adviseren we een stappenplan te ontwikkelen dat duidelijk maakt voor welke personen die zorg krijgen binnen de GGZ een BelRAI GGZ beoordeling dient ingevuld te worden, en binnen welke voorzieningen dit dient te gebeuren. Tenslotte wordt geadviseerd in te zetten op de vermindering van de administratieve lasten voor de zorgvoorzieningen. We vragen de Belgische overheden om na te gaan of en in hoeverre de BelRAI (C)MH resultaten ook op het niveau van het beleid kunnen gebruikt worden om beleidsaanbevelingen te doen voor de sector. Indien dit zo is, stelt de vraag zich of de MPG registratie dan (volledig) moet behouden blijven.

Voor de vervolgstudies die momenteel gepland zijn, werd ervoor gekozen als hoofdinstrument niet enkel meer het BelRAI Community Mental Health instrument te gebruiken, maar ook het BelRAI Mental Health instrument in de residentiële voorzieningen. Zoals hierboven aangegeven zullen deze instrumenten ingevuld worden op de BelRAI 2.0 webapplicatie zodat de resultaten onmiddellijk voor handen zijn voor de zorgverleners en cliënten, en zodat het multidisciplinair invullen van de BelRAI GGZ hoofdinstrumenten mogelijk wordt. De huidige versie van het Intellectual Disabilities en het Functional supplement zullen voorlopig niet verder getest worden in Vlaanderen.

Om het gebruik van de BelRAI GGZ instrumenten beter te kunnen combineren met de herstelvisie wordt het Quality of Life instrument aangevuld met een herstellvragenlijst., zoals bijvoorbeeld de Mental Health Recovery Measure. Aan de BelRAI GGZ hoofdinstrumenten werd daarenboven een item toegevoegd die vraagt naar de domeinen waartoe de behandeldoelen van de persoon zelf behoren. Een aantal termen werden in de BelRAI GGZ hoofdinstrumenten aangepast. Het addictions supplement zal opnieuw getest worden in de vervolgstudies. Er zal nagegaan worden of deze voor gespecialiseerde voorzieningen aangevuld dient te worden met een ander instrument. Tenslotte zal er in de vervolgstudies uitgebreidere opleiding gegeven worden en meer intervisiemomenten voorzien worden, in kleine groepjes van voorzieningen. In de vervolgstudies zal dan nagegaan worden of en hoe deze

aanpassingen aan de BeIRAI GGZ instrumenten en het onderzoeksprotocol de implementatie van de instrumenten al dan niet kan bevorderen in de zorg voor personen met een ernstige psychische aandoening en/of verslaving.

Inhoud

Inleiding	15
HOOFDSTUK 1 Situering	17
1 Ontstaan van de interRAI instrumenten	17
2 BelRAI instrumenten: stand van zaken	17
3 BelRAI GGZ instrumenten	18
4 Gebruik van de BelRAI GGZ instrumenten	19
4.1 Invullen van de BelRAI GGZ instrumenten	19
4.2 BelRAI GGZ resultaten	21
Hoofdstuk 2 Onderzoeksdoelstelling en onderzoeksvragen	25
Hoofdstuk 3 Methode	27
1 Steekproef	27
1.1 Rekrutering van GGZ voorzieningen	27
1.2 Selectie van de GGZ voorzieningen	27
1.3 Deelnemende GGZ voorzieningen	28
1.4 Groepen van deelnemers	29
2 Dataverzameling	30
2.1 Kwantitatief onderzoek	31
2.2 Kwalitatief onderzoek	32
3 Analyse	35
3.1 Analyse voor de eerste onderzoeksvraag: Hoe staan de betrokken doelgroepen ten opzichte van het gebruik van het BelRAI beoordelingssysteem in de GGZ in Vlaanderen	35
3.2 Analyse voor de tweede onderzoeksvraag: Wat zijn de gebruiksmogelijkheden van de BelRAI GGZ instrumenten in de zorg voor mensen met een ernstige psychische aandoening en/of verslaving in Vlaanderen	37
3.3 Analyse van de inhoud van de MPG registratie: In welke mate correspondeert de inhoud van de MPG registratie met de inhoud van de BelRAI (Community) Mental Health instrumenten?	37
Hoofdstuk 4 Resultaten en discussie	39
1 Responsegraad	39
1.1 Beleidsmakers	39
1.2 Coördinatoren	39
1.3 Zorgverleners	39
1.4 Vertegenwoordigers van patiënten en hun familie	40

2	Resultaten en discussie onderzoeksvraag 1: Hoe staan de betrokken doelgroepen ten opzichte van het gebruik van het BelRAI beoordelingssysteem in de GGZ in Vlaanderen?	40
2.1	Resultaten op de attitudeschaal met betrekking tot het gebruik van het BelRAI beoordelingssysteem in de GGZ in Vlaanderen	40
2.2	Resultaten van de expertpanels en de focusgroep met betrekking tot onderzoeksvraag 1: Hoe staan de betrokken doelgroepen ten opzichte van het gebruik van het BelRAI beoordelingssysteem in de GGZ in Vlaanderen	60
2.3	Discussie met betrekking tot onderzoeksvraag 1: Hoe staan de verschillende doelgroepen ten opzichte van het gebruik van de BelRAI beoordelingssysteem in de GGZ in Vlaanderen?	64
3	Resultaten en discussie onderzoeksvraag 2: Wat zijn de gebruiksmogelijkheden van de BelRAI GGZ instrumenten in de zorg voor mensen met een ernstige psychische aandoening en/of verslaving in Vlaanderen.	68
3.1	Aantal ingevulde BelRAI GGZ instrumenten en methode van invullen tijdens deze studie	68
3.2	Nut van de BelRAI GGZ instrumenten	69
3.3	Haalbaarheid van de BelRAI GGZ instrumenten	71
3.4	Indruksvaliditeit van de BelRAI GGZ instrumenten	71
3.5	Discussie over de gebruiksmogelijkheden van de BelRAI GGZ instrumenten	73
4	Resultaten en discussie onderzoeksvraag 3: In welke mate wordt de inhoud van de MPG registratie bevraagd door de BelRAI (Community) Mental Health instrumenten?	76
Hoofdstuk 5 Conclusie en aanbevelingen		79
1	Conclusie	79
2	Sterktes en beperkingen van de studie	81
3	Aanbevelingen voor vervolgstudies	82
4	Beleidsaanbevelingen	83
5	Planning vervolgstudies	84
Referenties		87
Bijlagen		91

Lijst Tabellen

Tabel 1	Overzicht van de beschikbare BelRAI GGZ clinical assessment protocols (CAP's) onderverdeeld in vijf levensdomeinen	23
Tabel 2	Overzicht van de beschikbare BelRAI GGZ kwaliteitsindicatoren	24
Tabel 3	Mediaanscores per doelgroep op de stellingen van het eerste deel van de attitudeschaal: Het gebruik van de BelRAI GGZ instrumenten	45
Tabel 4	Mediaanscores per doelgroep op de stellingen van het tweede deel van de attitudeschaal: De ondersteuning van de continuïteit en integratie van zorg(planning)	50
Tabel 5	Mediaanscores per doelgroep op de stellingen van het derde deel van de attitudeschaal: Groepsstatistieken, kwaliteitsmonitoring en zorgzwaartecategorieën	55
Tabel 6	Mediaanscores per doelgroep op de stellingen van het vierde deel van de attitudeschaal: Zes extra items	59
Tabel 7	Bijkomende sterktes en zwaktes van het gebruik van de BelRAI GGZ instrumenten volgens één of meerdere van de vier doelgroepen	60
Tabel 8	Bijkomende aandachtspunten in verband met het gebruik van de BelRAI GGZ instrumenten volgens één van de vier doelgroepen	61
Tabel 9	Bijkomende sterktes en zwaktes van het BelRAI systeem met betrekking tot de ondersteuning van de continuïteit en integratie van de zorg(planning)	62
Tabel 10	Bijkomende aandachtspunten in verband met de ondersteuning van de continuïteit en integratie van de zorg(planning) aan de hand van het BelRAI systeem	63
Tabel 11	Bijkomende sterkte en zwakte van het BelRAI systeem met betrekking tot de groepsstatistieken, de kwaliteitsindicatoren en de zorgzwaartecategorieën die berekend kunnen worden op basis van de BelRAI data	64
Tabel 12	Aanvullende sterkte en zwakte aangehaald door de beleidsmakers	64

Lijst Figuren

Figuur 1	Overzicht en tijdslijn van de gevolgde procedure	34
Figuur 2	Indeling van de mediaan-scores op de attitudeschaal in vijf categorieën	36
Figuur 3	De frequentieverdeling van de scores van de coördinatoren (n = 22) voor deel 1 van de attitudeschaal: Het gebruik van de BelRAI GGZ instrumenten	41
Figuur 4	De frequentieverdeling van de scores van de patiënten- en familievertegenwoordigers (n = 4) voor deel 1 van de attitudeschaal: Het gebruik van de BelRAI GGZ instrumenten	42
Figuur 5	De frequentieverdeling van de scores van de zorgverleners (n = 13) voor deel 1 van de attitudeschaal: Het gebruik van de BelRAI GGZ instrumenten	44

Figuur 6	De frequentieverdeling van de scores van de beleidsmakers (n = 6) voor deel 1 van de attitudeschaal: Het gebruik van de BelRAI GGZ instrumenten	44
Figuur 7	De frequentieverdeling van de scores van de coördinatoren (n = 22) voor deel 2 van de attitudeschaal: De ondersteuning van de continuïteit en integratie van zorg(planning)	46
Figuur 8	De frequentieverdeling van de scores van de patiënten- en familievertegenwoordigers (n = 4) voor deel 2 van de attitudeschaal: De ondersteuning van de continuïteit en integratie van zorg(planning)	47
Figuur 9	De frequentieverdeling van de scores van de zorgverleners (n = 13) voor deel 2 van de attitudeschaal: De ondersteuning van de continuïteit en integratie van zorg(planning)	48
Figuur 10	De frequentieverdeling van de scores van de beleidsmakers (n = 6) voor deel 2 van de attitudeschaal: De ondersteuning van de continuïteit en integratie van zorg(planning)	49
Figuur 11	De frequentieverdeling van de scores van de coördinatoren (n = 22) voor deel 3 van de attitudeschaal: Groepsstatistieken, kwaliteitsmonitoring en zorgzwaartecategorieën	51
Figuur 12	De frequentieverdeling van de scores van de patiënten- en familievertegenwoordigers (n = 4) voor deel 3 van de attitudeschaal: Groepsstatistieken, kwaliteitsmonitoring en zorgzwaartecategorieën.	52
Figuur 13	De frequentieverdeling van de scores van de zorgverleners (n = 13) voor deel 3 van de attitudeschaal: Groepsstatistieken, kwaliteitsmonitoring en zorgzwaartecategorieën	53
Figuur 14	De frequentieverdeling van de scores van de beleidsmakers (n = 6) voor deel 3 van de attitudeschaal: Groepsstatistieken, kwaliteitsmonitoring en zorgzwaartecategorieën	54
Figuur 15	De frequentieverdeling van de scores van de coördinatoren (n = 22) voor deel 4 van de attitudeschaal: Zes extra items	56
Figuur 16	De frequentieverdeling van de scores van de patiënten- en familievertegenwoordigers (n = 4) voor deel 4 van de attitudeschaal: Zes extra items	57
Figuur 17	De frequentieverdeling van de scores van de zorgverleners (n = 13) voor deel 4 van de attitudeschaal: Zes extra items	58
Figuur 18	De frequentieverdeling van de scores van de beleidsmakers (n = 6) voor deel 4 van de attitudeschaal: Zes extra items	59

Inleiding

Het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (SWVG) is een samenwerkingsverband van KU Leuven, Universiteit Gent, Vrije Universiteit Brussel en Universiteit Antwerpen (www.steunpuntwvg.be). Het SWVG voert wetenschappelijk onderzoek uit om de Vlaamse minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin te ondersteunen bij het voeren van een slagvaardig, innovatief, effectief, inclusief en integraal beleid inzake welzijn en gezondheid. De hoofdlijnen voor de periode 2016-2021 zijn voornamelijk gericht naar onderzoek rond het thema ‘Vlaamse Sociale Bescherming’ (VSB). Daarnaast beantwoordt het expertisenetwerk nieuwe actuele beleidsvragen. Op die wijze wordt er onderzoek verricht binnen vijf hoofdthema’s:

1. Vlaamse sociale bescherming: persoonsvolgende financiering en budgettering
2. Vlaamse sociale bescherming: ontwikkeling en implementatie van BelRAI
3. Samenwerking in welzijn en zorg
4. Onderzoek inzake wet- en regelgeving en beleidsevaluatie
5. Indicatoren en monitoring

Dit rapport hoort binnen het tweede hoofdthema ‘Vlaamse sociale bescherming: ontwikkeling en implementatie van BelRAI’. Binnen dit thema behandelen verschillende projecten de vraag naar de mogelijkheid om een generiek beoordelingsinstrument te introduceren dat in elk van de verschillende Vlaamse sectoren welzijns- en gezondheidszorg kan gebruikt worden. Een dergelijk instrument is nodig (1) om de geïntegreerde zorg en ondersteuning van kwetsbare groepen te versterken, (2) om dubbele registraties en assessments van verschillende zorgverleners – die niet op elkaar afgestemd zijn - te vermijden en (3) om tot een vereenvoudiging van de registratiesystemen te komen. Een belangrijk doel hierbij is dat alle zorgverleners die betrokken zijn bij de zorg voor een cliënt dezelfde aspecten van functioneren telkens op dezelfde manier meten, en dat deze informatie tussen deze zorgverleners gedeeld kan worden voor zover dit nodig is om kwaliteitsvolle zorg voor de cliënt te realiseren. Het interRAI assessment systeem (BelRAI genoemd in België, wanneer het over de Belgische vertalingen in het Nederlands, Frans en Duits gaat) biedt hiertoe mogelijkheden. Ook in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) is het gebruik van een dergelijk beoordelingssysteem nodig, om dezelfde redenen als hierboven aangegeven. Zodoende werd er binnen deze onderzoekslijn de studie EF06.04 (1) ‘BelRAI Geestelijke Gezondheidszorg: evaluatie en uittesten van interRAI instrumenten GGZ voor toepassing in Vlaanderen’ opgezet. Deze studie wil een eerste antwoord formuleren op de volgende drie onderzoeksvragen:

1. Hoe staan de verschillende groepen van stakeholders (beleidsmakers, coördinatoren, zorgverleners en vertegenwoordigers van patiënten en hun familie) ten opzichte van het gebruik van het BelRAI¹ generiek beoordelingssysteem in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen, meer bepaald in de zorg voor personen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en/of verslaving?
2. Welke gebruiksmogelijkheden bieden, volgens de zorgverleners, de BelRAI GGZ instrumenten in de zorg voor mensen met EPA en/of verslaving in Vlaanderen?
3. In welke mate corresponderen de items van de MPG registratie met de inhoud van de BelRAI (Community) Mental Health instrumenten? De betrokken overheden stellen zich de vraag of de

¹ De BelRAI instrumenten zijn de Belgische vertalingen van de interRAI instrumenten. Inhoudelijk gaat het om dezelfde instrumenten.

MPG registratie zou kunnen afgeschaft worden indien zij in de toekomst zouden beslissen om het gebruik van de BelRAI GGZ instrumenten te verplichten binnen de GGZ. De betrokken overheden willen de administratieve overlast in de GGZ immers verminderen. De combinatie van een registratiesysteem zoals MPG en een assessmentsysteem zoals BelRAI lijkt in dit opzicht onwenselijk. Daarom werd deze onderzoeksvraag ook opgenomen in deze studie.

In dit rapport beschrijven we het onderzoeksproces en de resultaten van bovenstaande studie. In een eerste hoofdstuk wordt stilgestaan bij het ontstaan en het gebruik van de interRAI en BelRAI GGZ instrumenten. Vervolgens bespreken we de doelstellingen, de onderzoeksvragen en de methode. Dit is een eerste pilootstudie over het gebruik en de implementatie van de BelRAI GGZ instrumenten in de zorg voor personen met een EPA en/of verslaving in Vlaanderen. De deelnemers van deze studie zijn beleidsmakers, coördinatoren, vertegenwoordigers van patiënten en hun familie en zorgverleners die BelRAI GGZ instrumenten voor cliënten hebben ingevuld op papier. In hoofdstuk vier worden de resultaten van de pilootstudie beschreven. Alle resultaten worden bediscussieerd in hoofdstuk 5, om tenslotte tot een algemeen besluit en enkele aanbevelingen te komen in hoofdstuk 6.

Hoofdstuk 1

Situering

Vooraleer in te gaan op de doelstelling en onderzoeksvragen van deze studie, staan we stil bij het interRAI generieke beoordelingssysteem – of kortweg interRAI - en de BelRAI instrumenten. We lichten toe hoe interRAI is ontstaan en wat de stand van zaken is wat betreft de BelRAI instrumenten. Nadien beschrijven we hoe zorgverleners de BelRAI GGZ instrumenten dienen te gebruiken en welke resultaten ze genereren voor cliënten, zorgverleners, zorgorganisaties en het beleid.

1 Ontstaan van de interRAI instrumenten

De interRAI instrumenten zijn ontstaan in de jaren '80 in de USA, met als doel de kwaliteit van zorg in woonzorgcentra te verbeteren. Ondertussen worden de interRAI instrumenten niet enkel gebruikt in woonzorgcentra, maar ook in andere sectoren zoals de thuiszorg, de palliatieve zorg en de geestelijke gezondheidszorg, en dit in de verschillende werelddelen. Momenteel zijn er meer dan 20 interRAI instrumenten beschikbaar (<http://www.interrai.org/instruments/>).

interRAI instrumenten zijn gevalideerde generieke beoordelingsinstrumenten waarmee zorgverleners op een gestandaardiseerde wijze het functioneren van zorgbehoevende personen in kaart brengen. interRAI instrumenten zijn geen diagnostische instrumenten. We kunnen er geen diagnoses mee stellen. Op basis van deze informatie worden vervolgens interRAI resultaten berekend. Deze resultaten kunnen gedeeld worden tussen de verschillende zorgverleners die betrokken zijn bij de zorg voor een cliënt, voor zover dit nodig is om kwaliteitsvolle zorg te realiseren. Deze resultaten bieden handvaten voor het opstellen van het individueel – en gedeeld – zorgplan of begeleidingsplan van de cliënt. Ze kunnen tevens gebruikt worden voor het kwaliteitsbeleid van de organisatie. Aangezien kerndomeinen en kernitems terugkomen in de verschillende interRAI instrumenten, kan basisinformatie over de gezondheidssectoren heen gedeeld worden. Op deze manier vormen de interRAI instrumenten een geschikte tool voor de opvolging van personen met langdurige en complexe zorgnoden (Carpenter & Hirdes, 2013) en dragen ze bij tot de levenskwaliteit van kwetsbare groepen.

De interRAI instrumenten worden ontwikkeld en bijgestuurd door een groep van onderzoekers uit meer dan 70 landen (www.interrai.org). Zij zorgen ervoor dat het interRAI assessment systeem steeds verder ontwikkeld, geactualiseerd en gevalideerd wordt. De interRAI instrumenten worden wereldwijd gebruikt (zie www.interrai.org/worldwide.html), zo ook in België waar ze de BelRAI instrumenten worden genoemd.

2 BelRAI instrumenten: stand van zaken

De BelRAI instrumenten zijn de vertalingen van de interRAI instrumenten in de drie landstalen. Aangezien de instrumenten internationaal gevalideerd zijn, mag er weinig of niets aan worden veranderd. Kleine aanpassingen aan de (terminologie van) de lokale context zijn wel mogelijk.

De Vlaamse en de federale overheden hebben ervoor gekozen hebben om de BelRAI instrumenten in te voeren als uniform beoordelingsinstrument in alle sectoren van welzijn en gezondheid (actiepunt 8 van

het plan e-gezondheid). Bij aanvang van deze studie (2016) werden volgende BelRAI instrumenten reeds gebruikt in de praktijk:

- De BelRAI Long Term Care Facilities (BelRAI LTCF), om bewoners te beoordelen en op te volgen in woonzorgcentra.
- De BelRAI Home Care (BelRAI HC) voor de thuiszorgsetting.
- De BelRAI Acute Care (BelRAI AC) om geriatrische cliënten te beoordelen en op te volgen tijdens hun opname in het ziekenhuis.
- De BelRAI Palliative Care (BelRAI PC) om cliënten met palliatieve zorgnoden te beoordelen en op te volgen.
- De BelRAI screener om te bepalen of een cliënt in aanmerking komt voor de tegemoetkoming voor de zorgverzekering (Vlaanderen) én om te bepalen of een persoon voldoende zorgbehoevend is om een volledig BelRAI instrument in te vullen.

Deze BelRAI instrumenten zijn uitvoerig getest binnen de ouderenzorg (Declercq et al., 2007, 2008, 2009, 2010a, 2010b, 2010c, 2011; Vermeulen et al., 2015; Hermans et al., 2017). Voor de geestelijke gezondheidszorg zijn in 2008-2009 vertalingen gemaakt van de gevalideerde interRAI Community Mental Health (ambulante GGZ) en de interRAI Mental Health (residentiële GGZ) instrumenten. Binnen deze studie werden de vertalingen van deze gevalideerde BelRAI GGZ instrumenten geüpdatet en verder geëvalueerd en geïmplementeerd in de zorg voor personen met EPA en/of verslaving in Vlaanderen. Daarnaast wordt binnen het expertisenetwerk van het Steunpunt WVG ook onderzoek verricht naar een BelRAI screener instrument voor kinderen, een BelRAI revalidatie instrument en een sociaal module voor de BelRAI screener en de BelRAI Home Care (www.steunpuntwvg.be).

3 BelRAI GGZ instrumenten

De BelRAI GGZ instrumenten omvatten twee zogenaamde 'hoofdinstrumenten':

- het BelRAI Community Mental Health (CMH) instrument, dat ontwikkeld is om te gebruiken in ambulante GGZ settings;
- het BelRAI Mental Health (MH) instrument, dat ontwikkeld is om te gebruiken in residentiële GGZ settings.

Als supplement bij de BelRAI GGZ hoofdinstrumenten bestaat er een pilootversie van het Addictions supplement. Dit werd als onderdeel van deze studie vertaald. Daarnaast werden – ook als onderdeel van deze studie – een eerste versie gemaakt van twee nieuwe supplementen bij de twee BelRAI GGZ hoofdinstrumenten: het Functional supplement en het Intellectual Disability supplement. De ontwikkeling van de eerste versie van deze twee supplementen bestond erin om reeds gevalideerde interRAI items uit andere interRAI instrumenten te kiezen, samen te voegen tot één supplement en te vertalen. Ten slotte werd het bestaande Self-Reported Quality of Life Survey for Mental Health vertaald.

Binnen deze studie werden deze BelRAI GGZ instrumenten, met uitzondering van de BelRAI MH, geëvalueerd en geïmplementeerd in een aantal voorzieningen in Vlaanderen. Aangezien deze instrumenten nog niet op punt stonden bij de start van de studie, was er nog geen software beschikbaar om deze instrumenten in te vullen. Bijgevolg hebben de zorgverleners de instrumenten ingevuld op papier.

4 Gebruik van de BelRAI GGZ instrumenten

Het gebruik van de BelRAI GGZ instrumenten bestaat grotendeels uit twee fasen. In een eerste fase worden de instrumenten ingevuld door zorgverleners. In een tweede fase kunnen deze zorgverleners, de cliënt en zijn naasten kennis nemen en gebruik maken van resultaten die worden berekend op basis van de ingevulde gegevens. Tijdens deze pilootstudie is het gebruik van de BelRAI GGZ instrumenten beperkt gebleven tot het invullen van de instrumenten op papier aangezien er nog geen software beschikbaar was. Bijgevolg konden er geen resultaten berekend worden.

4.1 Invullen van de BelRAI GGZ instrumenten

De BelRAI GGZ instrumenten zijn generieke beoordelingsinstrumenten om op een gestandaardiseerde en een systematische wijze gegevens te verzamelen over het functioneren van psychisch kwetsbare personen. In eerste instantie vullen zorgverleners een BelRAI GGZ 'hoofdinstrument' in. Op basis van de antwoorden op specifieke items uit het BelRAI GGZ hoofdinstrument wordt bepaald of één (of meerdere) van de supplementen ook wordt ingevuld. Voor een persoon met bijvoorbeeld een diagnose van een middelen gebonden stoornis, vullen de zorgverleners ook een BelRAI Addictions supplement in. Bij de supplementen worden er nieuwe domeinen beoordeeld of worden bepaalde domeinen, die reeds beoordeeld worden in een BelRAI GGZ hoofdinstrument, uitgebreid. Bijkomend vult de psychische kwetsbare persoon de BelRAI QOL in. Op die wijze werden volgende domeinen in beeld gebracht:

- In de BelRAI GGZ hoofdinstrumenten, de BelRAI (Community) Mental Health instrumenten:
 - A. Persoonsgegevens
 - B. Opname en voorgeschiedenis
 - C. Indicatoren van psychisch functioneren
 - D. Middelengebruik of extreem gedrag
 - E. Schade aan zichzelf en anderen
 - F. Gedrag
 - G. Cognitie
 - H. Algemeen dagelijks functioneren
 - I. Communicatie- en gezichtsvermogen
 - J. Gezondheidstoestand
 - K. Stress en trauma
 - L. Geneesmiddelen
 - M. Zorgconsumptie en behandelingen
 - N. Toestand van voeding
 - O. Sociale omgang
 - P. Werk, opleiding en financiën
 - Q. Beoordeling van de omgeving
 - R. Diagnostische informatie
 - S. Ontslaginformatie

- In het BelRAI Intellectual Disability supplement:
 - A. Persoonsgegevens
 - B. Opname en voorgeschiedenis over de intellectuele beperking
 - C. Gemeenschap en sociale betrokkenheid
 - D. Sterke punten, sociale omgang en mantelzorg
 - E. Cognitie
 - F. Gezondheidstoestand
 - G. Onafhankelijkheid bij alledaagse activiteiten
 - H. Toestand van mond en voeding
 - I. Stemming en gedrag
 - J. Geneesmiddelen
 - K. Ondersteuning en dienstverlening
 - L. Diagnostische informatie

- In het BelRAI Functional supplement:
 - A. Persoonsgegevens
 - B. Opname en voorgeschiedenis
 - C. Cognitie
 - D. Stemming en gedrag
 - E. Psychosociaal welzijn
 - F. Algemeen dagelijks functioneren
 - G. Continentie
 - H. Ziektebeelden
 - I. Gezondheidstoestand
 - J. Toestand van mond en voeding
 - K. Toestand van de huid
 - L. Behandelingen en procedures
 - M. Mantelzorg en steun
 - N. Beoordeling van de woonomgeving
 - O. Ontslagmogelijkheden en algemene toestand

- In het BelRAI Addiction supplement:
 - A. Persoonsgegevens
 - B. Voorgeschiedenis rond verslaving
 - C. Toestand van mond en fysieke gezondheid
 - D. Videogaming en internet
 - E. Bereidheid, noodzaak en ondersteuning tot verandering

- In de BelRAI QOL vragenlijst
 - A. Persoonlijke kijk op het leven
 - B. Autonomie en zelfbeschikking
 - C. Dagelijkse activiteiten
 - D. Vrienden en familie
 - E. Gemeenschap
 - F. Relatie met het personeel
 - G. Privacy
 - H. Empowerment en ondersteuning
 - I. Discriminatie en levensomstandigheden
 - J. Toegang tot diensten
 - K. Diversen

De gegevensverzameling gebeurt voornamelijk op basis van observatie door de zorgverleners, aangevuld met informatie uit zorgdossiers en uit gesprekken met de persoon en diens familie, vrienden of mantelzorgers. De BelRAI instrumenten zijn assessment instrumenten. Het is dus niet de bedoeling om de BelRAI instrumenten te hanteren als gestructureerde interviews of als vragenlijsten die samen met de persoon ingevuld worden. De BelRAI instrumenten worden voornamelijk ingevuld vanuit het zorgverlenersperspectief door verpleegkundigen, psychiaters, psychologen, huisartsen, psychomotorisch therapeuten, ergotherapeuten, maatschappelijk werkers, etc.

De BelRAI QOL vragenlijst vormt hier een uitzondering op. Dit instrument wordt ingevuld door de persoon zelf om een beeld te vormen over zijn/haar kwaliteit van leven. Dit is op dit moment het enige instrument dat wordt ingevuld vanuit het cliëntenperspectief.

4.2 BelRAI GGZ resultaten

Van zodra een BelRAI beoordeling is ingevuld, worden er BelRAI resultaten berekend. Dit gebeurt in de praktijk via gespecialiseerde software. Zoals eerder aangegeven, was tijdens deze pilootstudie dergelijke software nog niet beschikbaar voor de BelRAI GGZ instrumenten. Op basis van een BelRAI (C)MH beoordeling worden volgende resultaten berekend: zorgschalen, 'Clinical Assessment Protocols' of CAP's, kwaliteitsindicatoren en een case-mix classificatiesysteem.

4.2.1 Zorgschalen

Zorgschalen zijn wetenschappelijk onderbouwde schalen die worden berekend op basis van items uit het BelRAI (C)MH instrument. Het zijn geen diagnostische schalen. Ze geven een indicatie van de huidige klinische en functionele status van een persoon. Voor de BelRAI (C)MH instrumenten worden momenteel volgende zorgschalen berekend (Hirdes et al, 2011):

- Met betrekking tot veiligheid:
 - De 'Ernst van de Zelfschade-schaal' weerspiegelt het risico op zelfverwonding.
 - De 'Risico op het toebrengen van schade aan anderen Schaal'.
 - De 'Agressief Gedrag Schaal', bepaalt de mate van agressief gedrag dat de persoon vertoont.
 - De 'Zelfzorgindex-schaal' 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 'Sociale terugtrekking schaal' identificeert sociale terugtrekking van de persoon.
- Met betrekking tot de cognitie en het psychisch functioneren van de persoon:
 - De 'Depressieschaal' geeft een indicatie van de aanwezigheid van depressieve symptomen (maar stelt geen diagnose).
 - De 'Depressie Ernst Index' geeft een indicatie van de ernst van de depressieve symptomen.
 - De 'Manieschaal' meet de frequentie van symptomen gerelateerd aan manie.
 - De 'Positieve Symptomen Schaal' weerspiegelt de aanwezigheid en de frequentie van positieve symptomen.
 - De CAGE schaal screent het middelengebruik in de laatste 90 dagen a.d.h.v. vier criteria².
 - De 'Cognitieve Performantie Schaal' meet het cognitief functioneren van de persoon.
 - De 'Communicatieschaal' geeft aan in welke mate de persoon problemen heeft om te communiceren.
- Met betrekking tot klinische complicaties:
 - De 'Pijnschaal' geeft een indicatie van de ernst en de frequentie van pijn.
- Met betrekking tot het functioneel presteren van de persoon:
 - De 'Hiërarchische Activiteiten van het Dagelijkse Leven (ADL)-schaal' geeft aan in welke mate de persoon zelfstandig is bij het uitvoeren van zijn ADL taken zoals persoonlijke hygiëne, zich verplaatsen en eten.
 - De 'Hiërarchische Functioneren Schaal' geeft het functioneren weer en combineert ADL en IADL taken (maaltijdbereiding, winkelen etc.) van lage naar hoge uitval.

4.2.2 De Clinical Assessment Protocols (CAP's)

De Clinical Assessment Protocols of CAP's zijn een soort 'alarmpjes' die worden getriggerd van zodra (1) preventieve acties in een bepaald domein wenselijk zijn; (2) vooruitgang of beterschap mogelijk is in een bepaald domein op voorwaarde dat de persoon hierbij ondersteuning krijgt, en (2) een risico op achteruitgang bestaat indien er geen bijkomende hulp geboden wordt in het desbetreffende domein. Binnen BelRAI GGZ, hebben de CAP's betrekking op 5 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. Tevens wordt weergegeven op basis van welk BelRAI GGZ instrument de CAP's berekend kunnen worden.

² 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?

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

CAP	BeRAI GGZ instrument	
	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		
Vrijheidsbepalende 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

Net zoals de zorgschalen zijn de CAP's geen diagnostische tools. Ze genereren ook geen automatisch zorgplan. De CAP's en de schalen zijn beslissingsondersteunende tools die input kunnen bieden bij de interactie tussen de persoon en zijn/haar zorgverleners. Ze reiken een wetenschappelijk onderbouwde toolbox aan om het individueel zorgplan met de persoon op te stellen of bij te sturen.

4.2.3 Kwaliteitsindicatoren

De kwaliteitsindicatoren worden berekend voor groepen van personen waarbij rekening wordt gehouden met de zorgzwaarte van de personen. Ze geven informatie over het aandeel personen bij wie de indicator voorgekomen is in een bepaalde periode en over hoe die indicator al dan niet verbeterd is in die periode. De kwaliteitsindicatoren laten toe om vergelijkingen te maken tussen de resultaten van afdelingen of voorzieningen. Op basis van het BelRAI (C)MH instrumenten kunnen 22 kwaliteitsindicatoren berekend worden. Tabel 2 geeft een overzicht van de beschikbare kwaliteitsindicatoren voor de BelRAI CMH (Perlman et al, 2013):

Tabel 2 Overzicht van de beschikbare BelRAI GGZ kwaliteitsindicatoren

interRAI Community Mental Health Kwaliteitsindicatoren	Verbetering	Incidentie / geen verbetering
Depressieve symptomen	X	X
Aggressief gedrag	X	X
Storend gedrag	X	X
Gewelddadig gedrag	X	X
Positieve symptomen	X	X
Cognitie	X	X
ADL-functioneren	X	X
Mogelijkheid om financiën te beheren	X	X
Mogelijkheid om medicatie te beheren	X	X
Pijn	X	X
Sociaal functioneren	X	X

4.2.4 Een case-mix classificatiesysteem

Een case-mix classificatiesysteem deelt personen op in relatieve zorgzwaartecategorieën op basis van de BelRAI beoordeling. Een case-mix index is een relatieve maat van de nood aan zorg van een bepaalde persoon ten opzichte van de gemiddelde nood aan zorg van alle zorggebruikers in de voorziening. (Hirdes et al., 2002a). Het interRAI case-mix classificatiesysteem voor de GGZ wordt SCIPP genoemd - System of Classification of In-Patient Psychiatry (Hirdes et al., 2002a). SCIPP verdeelt de personen in groepen, in eerste instantie op basis van de psychiatrische diagnoses en vervolgens op basis van een groot aantal klinische kenmerken en van het aantal opnamedagen. Momenteel bestaat het SCIPP systeem enkel voor de residentiële GGZ (BelRAI MH instrument) en nog niet voor de ambulante geestelijke gezondheidszorg (BelRAI CMH instrument).

Hoofdstuk 2 Onderzoeksdoelstelling en onderzoeksvragen

Internationale richtlijnen en wetenschappelijk onderzoek onderstrepen de nood aan het gebruik van een gedeeld assessment systeem in de geïntegreerde zorg voor personen met psychische zorgnoden (bijvoorbeeld, American Psychiatric Association/Academy of Psychosomatic Medicine, 2016; Valentijn, Schepman, Opheij, & Bruijnzeels, 2013). Voornamelijk voor de meest kwetsbare groepen zoals personen met een langdurige en complexe psychische zorgnoden is de evolutie naar meer geïntegreerde zorg van groot belang. Zoals toegelicht in het eerste hoofdstuk, vormen de BelRAI instrumenten een dergelijk gedeeld assessment systeem. In de Vlaamse GGZ is dit systeem echter nog niet goed bekend en werd het tot nog toe ook nog niet gebruikt. De algemene doelstelling van deze studie bestaat er dan ook in de toepasbaarheid van verschillende BelRAI GGZ instrumenten te onderzoeken voor het gebruik in de zorg voor personen met EPA en/of verslaving in de Vlaamse geestelijke gezondheidszorg. De drie criteria voor een ernstige psychische aandoening zijn binnen Europa “disease, duration and disability” – de 3 D’s: (1) aanwezigheid van één of meerdere psychiatrische diagnoses volgens DSM of ICD, (2) de psychische problematiek bestaat reeds minstens 2 jaar en (3) aanwezigheid van beperkingen in het psychisch én het sociaal functioneren (Delespaul & Consensusgroep EPA, 2013; Parabiagi, Bonetto, Ruggeri, Lasalvia, & Leese, 2006; Ruggeri, Leese, Thornicroft, Bisoffi, & Tansella, 2000; Van Audenhove, Van Humbeeck, & Van Meerbeeck, 2005). Bijkomend stellen de betrokken overheden zich de vraag of de huidige MPG registratie kan vervangen worden door de BelRAI GGZ instrumenten te gebruiken binnen Vlaanderen.

Om deze doelstellingen te onderzoeken, werden volgende drie onderzoeksvragen geformuleerd:

1. Hoe staan de verschillende groepen van stakeholders binnen de GGZ ten opzichte van het gebruik van het BelRAI generiek beoordelingssysteem in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen, meer bepaald in de zorg voor personen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en/of verslaving?
2. Welke gebruiksmogelijkheden bieden, volgens de zorgverleners, de BelRAI GGZ instrumenten in de zorg voor mensen met EPA en/of verslaving in Vlaanderen?
3. In welke mate worden de items van de MPG registratie bevraagd in de BelRAI (Community) Mental Health instrumenten?

De eerste onderzoeksvraag werd onderzocht bij vier doelgroepen (1) beleidsmakers, (2) directies en coördinatoren van psychiatrisch verzorgingstehuizen, initiatieven voor beschut wonen, mobiele 2b teams, psychosociale revalidatiecentra en revalidatiecentra voor verslaving, bij netwerkcoördinatoren, en de coördinatoren van het patiënten- en familieplatform, (3) zorgverleners uit de hierboven vernoemde voorzieningen die de BelRAI GGZ instrumenten op papier hebben ingevuld voor vijf van hun cliënten, en (4) vertegenwoordigers van patiënten en hun familie. Aan de vier doelgroepen werd gevraagd om een attitudeschaal in te vullen. Bijkomend werd er kwalitatieve informatie verzameld via expertpanels, supervisies en een focusgroep. Al deze aspecten worden verder toegelicht in het volgend hoofdstuk.

Om de tweede onderzoeksvraag naar de gebruiksmogelijkheden van de BelRAI GGZ instrumenten in de zorg voor mensen met een EPA en/of verslaving in Vlaanderen te evalueren, werden er supervisies en een focusgroep georganiseerd met zorgverleners. De zorgverleners hadden voor vijf cliënten BelRAI GGZ

instrumenten ingevuld op papier. Bijgevolg hadden de zorgverleners binnen deze studie enkel kennis gemaakt met de verschillende items van de instrumenten en nog niet met de BelRAI GGZ resultaten. Voor alle cliënten werd een BelRAI Community Mental Health ingevuld en indien nodig een BelRAI Intellectual Disability supplement, een BelRAI Functional supplement en/of een BelRAI Addictions supplement. Bijkomend werd aan de cliënten gevraagd om een BelRAI Quality Of Life in te vullen. In hoofdstuk 3 wordt de methodologie verder uitgewerkt.

Om een antwoord te formuleren op de derde onderzoeksvraag werden alle items en onderdelen van de huidige MPG registratie vergeleken met de items uit de BelRAI (Community) Mental Health instrumenten.

Hoofdstuk 3

Methode

De studie is exploratief van aard, met een mixed-method design. We bespreken achtereenvolgens de steekproef, de dataverzameling en de analysemethodes.

1 Steekproef

Om de toepasbaarheid van verschillende BelRAI GGZ instrumenten te onderzoeken voor het gebruik in de zorg voor personen met EPA en/of verslaving in de Vlaamse geestelijke gezondheidszorg hebben we gegevens verzameld bij vier groepen van deelnemers: beleidsmakers, coördinatoren, zorgverleners die bij personen met een EPA en/of verslaving de BelRAI GGZ instrumenten hebben ingevuld, en vertegenwoordigers van patiënten en hun familie. Om deze doelgroepen te bereiken, hebben we in eerste instantie GGZ voorzieningen gerekruteerd.

1.1 Rekrutering van GGZ voorzieningen

Psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven voor beschut wonen, mobiele 2B teams, psycho-sociale revalidatiecentra en revalidatiecentra voor verslaving werden geïncludeerd in de studie. Om voorzieningen te rekruteren voor deelname werden alle netwerkcoördinatoren van de GGZ 107-netwerken³ uit Vlaanderen persoonlijk aangeschreven met een korte uitleg over de studie en een uitnodiging tot deelname. Netwerken waarvan voorzieningen wilden deelnemen aan de studie, werden gevraagd zich aan te melden bij de onderzoekers en te laten weten welke GGZ voorzieningen van het betreffende netwerk wilden deelnemen aan de studie.

1.2 Selectie van de GGZ voorzieningen

Veertig voorzieningen meldden zich aan voor deelname. Dit aantal was helaas te hoog binnen het opzet van en het tijdsbestek voor deze exploratieve studie. Daarom werden dertien voorzieningen geselecteerd op basis van onderstaande criteria:

- a) een streven naar het in gelijke mate includeren van de vier types van voorzieningen in de studiegroep opdat de BelRAI GGZ instrumenten zouden worden gebruikt voor zoveel mogelijk deelpopulaties van mensen met EPA en/of verslaving.
- b) een streven om zoveel mogelijk zorgvormen die aangeboden worden door de betrokken voorzieningen te includeren aangezien we de gebruiksmogelijkheden van de BelRAI GGZ instrumenten willen bestuderen voor deze verschillende zorgvormen. Specifiek gaat dit over:
 - a. voor de psychiatrisch verzorgingstehuizen (PVT):
 - zorg voor mensen met EPA zonder een cognitieve beperking
 - zorg voor mensen met EPA in combinatie met een cognitieve beperking

³ GGZ 107-netwerken zijn de GGZ netwerken voor volwassenen die opgericht zijn op basis van artikel 107 uit de federale ziekenhuiswet.

- b. voor de Initiatieven Beschut Wonen (IBW):
 - woonbegeleiding
 - activering: vorming en arbeid, vrije tijd en ontmoeting
- c. voor de revalidatiecentra:
 - psychosociale revalidatie voor volwassenen met EPA: ambulante en residentiele behandeling
 - revalidatie voor mensen met verslaving: ambulante en residentiele behandeling.
- c) het enkel includeren van netwerken waarbinnen minstens drie verschillende types van voorzieningen zich hebben aangemeld.
- d) de geografische spreiding over Vlaanderen.

1.3 Deelnemende GGZ voorzieningen

Volgende voorzieningen werden geselecteerd:

- a) Netwerk Noord-West-Vlaanderen
 - PVT De Knop, PC Sint-Amandus
 - Mobiel 2b-team MBT
 - Psychosociaal revalidatiecentrum Inghelburch
- b) Netwerk Aalst-Dendermonde-Sint-Niklaas
 - PVT Zoete Nood Gods – locaties Nieuwemeers en Leilinde
 - IBW vzw Reymeers
 - Mobiel Team Langdurige Zorg Netwerk GG ADS Noord
- c) Netwerk SaRA
 - IBW Antwerpen
 - Mobiel Team Antwerpen De Link
 - Psychosociaal revalidatiecentrum Tsedek
- d) Netwerk Reling
 - IBW West-Limburg
 - PVT Asster
 - Revalidatiecentrum voor verslaving CAD/Msoc
 - Revalidatiecentrum voor verslaving Katarsis

Om de toepasbaarheid van de verschillende BelRAI GGZ instrumenten in Vlaanderen na te gaan, werd aan de geselecteerde voorzieningen gevraagd om de instrumenten in te vullen voor vijf van hun cliënten. Hiervoor werden enkel cliënten gekozen met een EPA en/of verslaving. Met de revalidatiecentra voor verslaving werd afgesproken om de BelRAI GGZ instrumenten niet in te vullen voor cliënten die een acute ontwenningfase doormaakten. De vijf cliënten werden beoordeeld aan de hand van de volgende BelRAI GGZ instrumenten:

1. voor iedereen: het BelRAI Community Mental Health (CMH) instrument. In de residentiële settings werd er dus ook voor geopteerd om het CMH en niet het MH instrument in te vullen. Deze keuze kadert binnen het proces van de intensifiëring van de vermaatschappelijking van zorg dat sinds 2010 – op initiatief van de federale overheid – in de GGZ op gang is gekomen. Dit proces houdt o.a. in dat voor alle opgenomen cliënten in de GGZ nagegaan wordt op welke manier ze op een bepaald moment in de maatschappij zouden kunnen functioneren. De brede focus van het BelRAI CMH instrument sluit goed aan bij de zorgnoden en het functioneren van personen met een langdurige en complexe problematiek. De onderzoekers verwachtten dat de inspanningen van de zorgverleners in verhouding zouden staan met de nood aan gedeelde

informatie tussen teamleden over diverse ambulante en residentiële settings heen bij deze populatie

2. indien van toepassing: het BelRAI Intellectual Disability supplement, dat zorgnoden inventariseert bij cliënten met een verstandelijke beperking die reeds van bij de geboorte aanwezig is,
3. indien van toepassing: het BelRAI Functional supplement, dat zorgnoden inventariseert bij cliënten die zwaardere functionele problemen hebben,
4. indien van toepassing: het BelRAI Addictions supplement, dat zorgnoden inventariseert bij cliënten die een verslavingsproblematiek hebben,
5. voor iedereen: het BelRAI Self-Reported Quality of Life Survey for Mental Health (BelRAI QOL vragenlijst), dat door de personen zelf wordt ingevuld en dat een beeld geeft van hun kwaliteit van leven.

Volgens de richtlijnen van het interRAI beoordelingssysteem worden de eerste vier instrumenten voornamelijk ingevuld vanuit het zorgverlenersperspectief. De BelRAI QOL vragenlijst wordt ingevuld door de persoon zelf en weerspiegelt het cliëntenperspectief. Aangezien de software die ter beschikking wordt gesteld door de federale overheid op het moment van de studie nog niet operationeel was, werden de BelRAI instrumenten ingevuld op papier.

1.4 Groepen van deelnemers

Zorgverleners vulden de BelRAI GGZ instrumenten in. Om na te gaan hoe ook andere betrokken partijen staan ten opzichte van het gebruik van BelRAI in de zorg voor personen met EPA en/of verslaving in Vlaanderen, werden ook drie andere groepen van stakeholders bevraagd: beleidsmakers, coördinatoren, en vertegenwoordigers van patiënten en hun familie van patiënten en hun familie.

1.4.1 Beleidsmakers

De beleidsmakers werden uitgenodigd door de opdrachtgever. Binnen deze studie doelen we met de term beleidsmakers op volgende vier groepen:

- 1) Beleidsmakers
 - Agentschap Zorg & Gezondheid: Afdeling Gespecialiseerde Zorg en Afdeling Vlaamse Sociale Bescherming
 - Federale overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu
 - Raadgevers GGZ van Vlaams kabinet Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en van Federaal kabinet Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu
- 2) Organen betrokken bij het beleid
 - a. Verenigingen
 - Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie
 - Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen
 - b. Koepels
 - Federatie van Diensten voor Geestelijke Gezondheidszorg
 - Zorgnet-Icuro
 - Vlaamse Vereniging van Behandelingscentra Verslaafdenzorg
 - Federatie voor Beschut Wonen
- 3) Het Vlaams Patiëntenplatform
- 4) Het GGZ Familieplatform

1.4.2 Coördinatoren

Directieleden en coördinatoren van de 40 voorzieningen die zich hadden aangemeld voor deelname aan de studie, werden uitgenodigd voor de workshop op 14/03/2017, evenals de coördinatoren van de betrokken GGZ netwerken. De coördinatoren van het Vlaams patiëntenplatform en het GGZ familieplatform hebben ook deelgenomen aan deze workshop aangezien ze niet aanwezig konden zijn op het eerste expertenpanel van de beleidsmakers (zie Figuur 1 op p. 30). Tijdens deze workshop werden het interRAI beoordelingssysteem, de BelRAI GGZ instrumenten en de studie voorgesteld.

1.4.3 Zorgverleners

De deelnemende voorzieningen duiden twee zorgverleners aan om mee te werken aan de studie. Vooraleer de zorgverleners de BelRAI instrumenten invulden, volgden ze een BelRAI opleiding op 25 april 2017 (zie Figuur 1). Tijdens deze opleiding lichtten we het verloop van de studie toe en het praktisch gebruik van de BelRAI instrumenten. De focus lag hierbij op het invullen van de BelRAI instrumenten en nog niet zozeer op het gebruik van de resultaten.

1.4.4 Vertegenwoordigers van patiënten en hun familie

Vertegenwoordigers van patiënten en hun familie werden via mail en persoonlijk contact door het familie- en patiëntenplatform en de verenigingen Similes en UilenSpiegel gevraagd om deel te nemen aan de studie. Op die wijze werden vier patiëntvertegenwoordigers en vier familievertegenwoordigers gerekruteerd voor deelname aan de studie:

- Een patiëntvertegenwoordiger van werkgroep DENK, Leuven
- Patiëntvertegenwoordiger netwerk SaRA
- Patiëntvertegenwoordiger NW-Vlaanderen
- Patiëntvertegenwoordiger Reling
- Familievertegenwoordiger netwerk SaRA
- Familievertegenwoordiger netwerk Reling
- Familievertegenwoordiger PAKT
- Familievertegenwoordiger Vlaamse Vereniging Autisme

2 Dataverzameling

Voor het beantwoorden van de eerste onderzoeksvraag over hoe de verschillende betrokken stakeholdersgroepen staan ten opzichte van het gebruik van het BelRAI beoordelingssysteem in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen, werden zowel kwantitatieve als kwalitatieve data verzameld. Kwantitatieve data werd verzameld via een attitudeschaal ontwikkeld binnen deze studie. De kwalitatieve dataverzameling gebeurde via expertpanels, supervisies en een focusgroep.

Om een antwoord te kunnen formuleren op de tweede onderzoeksvraag wat betreft de gebruiksmogelijkheden van de BelRAI GGZ instrumenten in de zorg voor mensen met EPA en/of verslaving in Vlaanderen werden kwalitatieve data verzameld bij de zorgverleners tijdens supervisies en een focusgroep.

De derde vraag wordt beantwoord door de inhoud van de MPG registratie te vergelijken met de inhoud van de BelRAI (Community) Mental Health instrumenten.

2.1 Kwantitatief onderzoek

Om na te gaan hoe de verschillende groepen van stakeholders staan ten opzichte van het BelRAI assessment systeem – kortweg BelRAI genoemd - voor de GGZ, werd door de onderzoekers een attitudeschaal ontwikkeld. Deze attitudeschaal bestaat uit 30 stellingen die alle functies van het BelRAI beoordelingssysteem beschrijven wanneer het systeem volledig operationeel is (zie hoofdstuk 1). Elke stelling kan gescoord worden tussen -5 en +5. De respondent omcirkelt bij elke stelling het cijfer dat overeenkomt met zijn mening:

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

-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5
Ik ervaar dit als een zwakte				Neutrale houding			Ik ervaar dit als een sterkte			

De 30 stellingen zijn ingedeeld in vier subgroepen:

1. (Het gebruik van) de instrumenten: beoordeling van de zorgnoden en het functioneren van cliënten met een psychische kwetsbaarheid aan de hand van de BelRAI GGZ instrumenten (11 stellingen)
 - a. Items 2 tot en met 6 hebben betrekking op de instrumenten zelf.
 - b. De andere zes items refereren naar aspecten van het gebruik van de instrumenten, zoals de duur van de afname, hoe de resultaten gepresenteerd worden, etc.
2. De ondersteuning van de continuïteit en integratie van zorg(planning) (6 stellingen)
 - a. Ondersteuning bij de op- en bijstelling van zorgplannen aan de hand van de clinical assessment protocols (CAP's) en de zorgschalen
 - b. Ondersteuning bij integrale en continue zorg (indien de software ondersteuning aanwezig is) wanneer de BelRAI GGZ instrumenten gebruikt worden door verschillende zorgverleners die betrokken zijn bij de zorg voor een persoon.
3. Groepsstatistieken, kwaliteitsmonitoring en zorgzwaartecategorieën (7 items)
4. Zes extra items:
 - a. Een alternatief voor andere registratie-instrumenten
 - b. Zijn evidence-based instrumenten
 - c. Zijn internationaal gevalideerde instrumenten
 - d. Data worden bewaard op beveiligde servers
 - e. Linken met patiëntendossier mogelijk
 - f. Maakt praktijk- en beleidsgericht onderzoek mogelijk

Op het einde van de attitudeschaal is er een open vraag naar nog andere mogelijke sterktes en zwaktes van BelRAI en van de BelRAI GGZ instrumenten.

Per doelgroep werd een versie van de attitudeschaal ontwikkeld. In deze vier versies van de schaal worden de 30 stellingen telkens op dezelfde manier bevroegd. Enkel de introductie is wat verschillend. De verschillende versies werden op verschillende momenten ingevuld (zie ook Figuur 1):

1. Een versie voor de directies en coördinatoren van GGZ voorzieningen, GGZ netwerken en patiënten- en familieplatform. Deze versie werd ingevuld vlak nadat de directies en coördinatoren een inleidende workshop hadden gevolgd waarin het BelRAI beoordelingssysteem, de BelRAI GGZ instrumenten en de studie werden voorgesteld.
2. Een versie voor vertegenwoordigers van patiënten en hun familie. Deze versie werd ingevuld op het einde van het expertpanel van de vertegenwoordigers van patiënten en hun familie. Tijdens dit panel kregen zij eerst een presentatie over wat de BelRAI GGZ instrumenten inhouden en hoe ze dienen gebruikt te worden in de praktijk, waarna hun opmerkingen en bedenkingen werden besproken.
3. Een versie voor zorgverleners. Deze versie werd ingevuld op het einde van de focusgroep waarin gepeild werd naar de bruikbaarheid van de BelRAI GGZ instrumenten. De zorgverleners die deelnamen aan deze focusgroep hadden al voor drie tot vijf cliënten de BelRAI GGZ instrumenten ingevuld.
4. Een versie voor beleidsmakers. Deze versie werd ingevuld op het einde van het tweede expertpanel van de beleidsmakers waarin de voorlopige resultaten van deze studie werden gepresenteerd en besproken.

De vier doelgroepen verschillen dus niet enkel wat betreft de manier waarop zij betrokken zijn in de zorg voor mensen met een EPA en/of verslaving, maar ook in de kennis die ze hebben over de BelRAI GGZ instrumenten. De attitudeschaal (versie coördinatoren) is terug te vinden in bijlage 1.

2.2 Kwalitatief onderzoek

2.2.1 Expertpanels

We organiseerden drie expertpanels (zie ook figuur 1). Bij aanvang en op het einde van de studie werden er expertpanels gehouden met de beleidsmakers. Daarnaast werd er ook een expertpanel georganiseerd met vertegenwoordigers van patiënten en hun familie.

Het eerste expertpanel vond plaats op 22 december 2016. De beleidsmakers kregen op voorhand een nota toegestuurd over (1) de behandeling van personen met EPA, (2) het BelRAI generieke beoordelingssysteem met zijn verschillende functies, (3) de BelRAI GGZ instrumenten, en (4) het gebruik van deze instrumenten in de behandeling van personen met een EPA. Tijdens het expertpanel presenteerden we de inhoud van de nota en de methodologie van de studie. Vervolgens werd met de volledige groep een groepsdiscussie gehouden, op basis van de volgende twee vragen:

1. Wat zijn de sterktes en zwaktes van het BelRAI beoordelingssysteem?
2. Wat zijn de positieve punten van en de bedenkingen bij de BelRAI GGZ instrumenten? Wat ontbreekt eventueel in deze instrumenten?

De beleidsmakers werden op 29 september 2017, bij het einde van de studie, opnieuw uitgenodigd voor een expertpanel. Zij kregen een presentatie van de voorlopige resultaten van de studie, gevolgd door een discussie.

Het expertpanel met vertegenwoordigers van patiënten en hun familie werd georganiseerd op 22 juni 2017. Ook zij kregen eerst een presentatie over wat de BelRAI GGZ instrumenten inhouden en hoe ze

gebruikt worden in de praktijk. Nadien werden hun bedenkingen en opmerkingen overlopen en besproken.

Telkens waren er minstens twee onderzoeksmedewerkers aanwezig, onder wie een moderator en een observator/notulist. Bovendien werd met de toestemming van de deelnemers een audio-opname gemaakt.

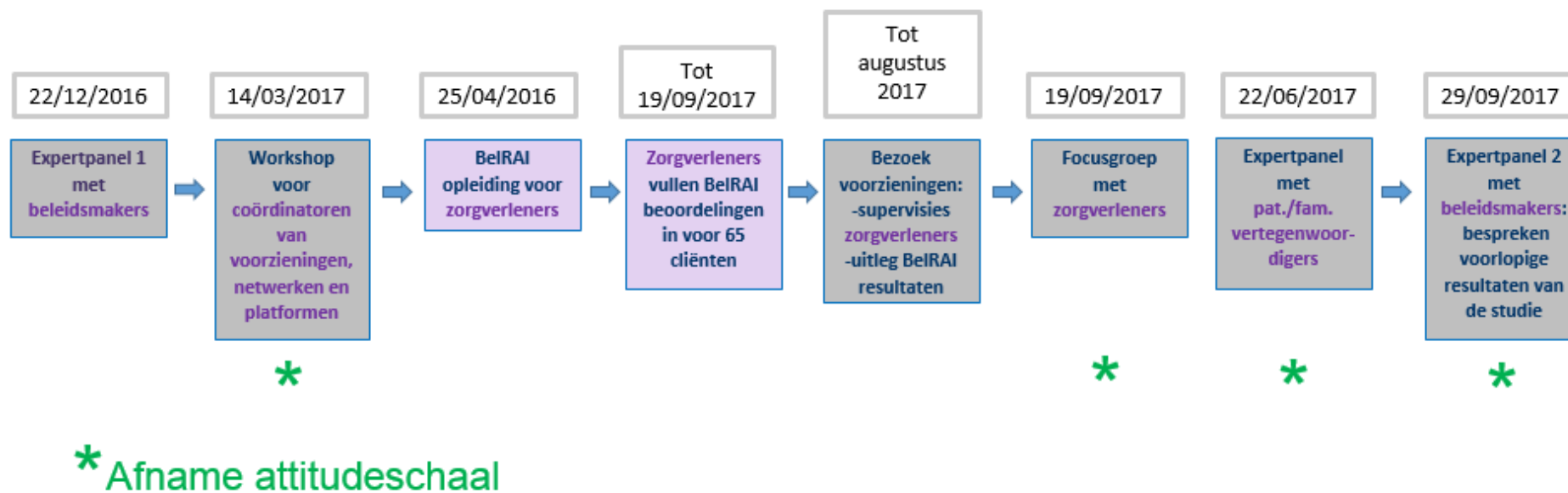
2.2.2 Supervisies

Van zodra zorgverleners enige ervaring hadden opgedaan met het invullen van enkele BelRAI instrumenten, werden supervisies georganiseerd. Alle organisaties kregen bezoek van een onderzoeker tijdens de zomermaanden juni, juli en augustus 2017. Tijdens de bezoeken werden de stand van zaken wat betreft de vijf assessments en de positieve en negatieve ervaringen besproken. In tweede instantie lichtte de onderzoeker toe hoe de BelRAI GGZ resultaten kunnen gebruikt worden. Uit voorgaande BelRAI onderzoeken is immers gebleken dat het gebruik van de BelRAI resultaten een grote meerwaarde betekent in de praktijk (Declercq et al, 2011). Aangezien de software nog niet operationeel was tijdens deze studie, konden na het invullen van de BelRAI instrumenten de BelRAI resultaten niet berekend worden.

2.2.3 Focusgroepen

Op 19 september 2017 werd een focusgroep georganiseerd met de zorgverleners. Per voorziening werd één zorgverlener uitgenodigd. Tijdens de focusgroep werd gepeild naar de bruikbaarheid van de BelRAI GGZ instrumenten in de zorg voor mensen met EPA en/of een verslavingsproblematiek in Vlaanderen.

Tijdens de focusgroep waren twee onderzoeksmedewerkers aanwezig: een moderator en een observator/notulist. De focusgroepen werden opgenomen op een audioapparaat met toestemming van de deelnemers.



Figuur 1 Overzicht en tijdlijn van de gevolgde procedure

3 Analyse

We beschrijven de data-analyse per onderzoeksvraag. Aangezien we over kwantitatieve en kwalitatieve data beschikken, maakten we gebruik van zowel kwantitatieve als kwalitatieve analysemethoden.

3.1 Analyse voor de eerste onderzoeksvraag: Hoe staan de betrokken doelgroepen ten opzichte van het gebruik van het BelRAI beoordelingssysteem in de GGZ in Vlaanderen

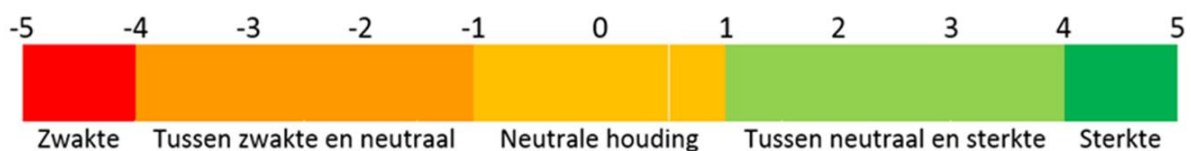
Om na te gaan hoe de verschillende groepen van stakeholders staan ten opzichte van het gebruik van het BelRAI beoordelingssysteem in de zorg voor personen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en/of verslaving in Vlaanderen, werd de data uit de attitudeschaal (kwantitatief) aangevuld met data uit de drie expertpanels, de dertien supervisies en de focusgroep (kwalitatief).

3.1.1 Kwantitatieve analyse

De items die betrekking hebben op de BelRAI GGZ instrumenten en supplementen zelf (= item 2 tot 6 van de attitudeschaal) werden enkel geanalyseerd voor de groep van de zorgverleners. Zij kunnen het best weergeven hoe de BelRAI instrumenten en supplementen onthaald werden, aangezien deze zorgverleners de instrumenten effectief hebben ingevuld voor een vijftal van hun cliënten. De andere doelgroepen – de coördinatoren, patiënten- en familievertegenwoordigers en beleidsmakers - hebben niet met de instrumenten gewerkt. Hun mening is bijgevolg minder betekenisvol als het gaat over de gebruiksmogelijkheden van de instrumenten, en zijn bovendien niet vergelijkbaar met die van de zorgverleners die de instrumenten wel hebben getest.

Eerst berekenden we voor elk van de vier doelgroepen de mediaanscores op elk item van de attitudeschaal. De mediaan-scores werden ingedeeld in vijf categorieën – aangeduid met een specifieke kleur - die de attitude van die betrokken groep t.o.v. de betrokken stelling beschrijven (zie figuur 2):

- Kleurcode rood = mediaanscores van -5 tot -4 (inclusief -4). Deze kleurcode betekent dat minstens de helft van de doelgroep de beschreven functie ervaart als een expliciete zwakte van het BelRAI beoordelingssysteem.
- Kleurcode oranje = mediaanscores van -4 tot -1 (exclusief -4 en inclusief -1). Deze kleurcode betekent dat minstens de helft van de doelgroep de beschreven functie eerder ervaart als een zwakte van het BelRAI beoordelingssysteem.
- Kleurcode geel = mediaanscores van -1 tot 1 (exclusief -1 en 1). Deze kleurcode betekent dat minstens de helft van de doelgroep een neutrale houding heeft ten opzichte van de functie die beschreven wordt in de stelling.
- Kleurcode lichtgroen = mediaanscores van 1 tot 4 (inclusief 1 en exclusief 4). Deze kleurcode betekent dat minstens de helft van de doelgroep de beschreven functie eerder ervaart als een sterkte van het BelRAI beoordelingssysteem.
- Kleurcode donkergroen = mediaanscores van 4 tot 5 (inclusief 4). Deze kleurcode betekent dat minstens de helft van de doelgroep de functie die beschreven wordt in de stelling ervaart als een expliciete sterkte van het BelRAI beoordelingssysteem.



Figuur 2 Indeling van de mediaan-scores op de attitudeschaal in vijf categorieën

Ten slotte werden voor elke doelgroep de frequenties van de scores op de verschillende stellingen voorgesteld in staafdiagrammen, per onderdeel van de vragenlijst:

1. Het gebruik van de instrumenten
2. De ondersteuning van continuïteit en integratie van zorg(planning)
3. Groepsstatistieken, kwaliteitsmonitoring en zorgzwaartecategorieën
4. Zes extra items.

In elk staafdiagram staan de stellingen gerangschikt van de meest positieve scores naar de minst positieve scores, volgens de mediaan score op de stelling. Dezelfde kleurcodes als bij de mediaanscores werden hier gebruikt.

3.1.2 Kwalitatieve analyses

De kwantitatieve data uit de attitudeschaal werd in de eerste plaats aangevuld met kwalitatieve data uit de drie expertpanels. Ook tijdens de supervisies en de focusgroep kwamen aspecten naar boven die we konden ordenen binnen de eerste onderzoeksvraag. De data-analyse van de expertpanels en de focusgroep gebeurde in eerste instantie door het beluisteren van de audio-opnames. Om het materiaal volledig te begrijpen, hebben we vervolgens de verslagen herhaaldelijk doorgenomen. Tijdens de supervisies werden er geen gesprekken opgenomen zodat deze analyse enkel bestond uit het herhaaldelijk doornemen van de verslagen. Vervolgens, hebben we deze kwalitatieve data via de pen en papier methode onderverdeeld in uitspraken over sterktes en over zwaktes met betrekking tot het gebruik van de BelRAI assessmentsysteem in de GGZ in Vlaanderen.

3.2 Analyse voor de tweede onderzoeksvraag: Wat zijn de gebruiksmogelijkheden van de BelRAI GGZ instrumenten in de zorg voor mensen met een ernstige psychische aandoening en/of verslaving in Vlaanderen

Om de gebruiksmogelijkheden van de BelRAI GGZ instrumenten in de zorg voor mensen met EPA en/of verslaving in Vlaanderen te bestuderen, hebben we enkel data van zorgverleners gebruikt aangezien zij de instrumenten hebben ingevuld voor vijf van hun cliënten. Ook hiervoor hebben we eerst de audio-opname van de focusgroep beluisterd en vervolgens de verslagen van de focusgroep en de supervisies herhaaldelijk doorgenomen. Via de pen en papier methode hebben we vervolgens de topics onderverdeeld onder drie aspecten van bruikbaarheid, met name:

- a. het *nut* van de BelRAI GGZ instrumenten in de zorg voor mensen met EPA en/of verslaving in Vlaanderen. Het nut van een instrument wordt gedefinieerd als ‘de kwaliteit om nuttig te zijn, in welke mate het instrument nuttig is’ (The American Heritage Dictionary of the English Language, 2009).
- b. de *haalbaarheid* van het gebruik van de BelRAI GGZ instrumenten in de zorg voor mensen met EPA en/of verslaving in Vlaanderen. Indien we spreken over haalbaarheid gaat het over ‘het gemak en de geschiktheid om het instrument te gebruiken’ (The American Heritage Dictionary of the English Language, 2009).
- c. de *indruksvaliditeit* van de BelRAI GGZ instrumenten in de zorg voor mensen met EPA en/of verslaving in Vlaanderen. Indruksvaliditeit is ‘een benadering van de meetgeldigheid die verwijst naar de vraag of een instrument de indruk wekt datgene te meten waarvoor het ontworpen werd’ (Roose & Meuleman, 2017). In eerste instantie was het niet de bedoeling om de indruksvaliditeit van de BelRAI GGZ instrumenten te meten, aangezien de interRAI instrumenten al gevalideerde instrumenten zijn. Tijdens de supervisies en de focusgroep vermeldden zorgverleners echter ook aspecten aan die te maken hebben met de indruksvaliditeit.

3.3 Analyse van de inhoud van de MPG registratie: In welke mate correspondeert de inhoud van de MPG registratie met de inhoud van de BelRAI (Community) Mental Health instrumenten?

De MPG registratie bevat volgende onderdelen:

1. Organisatiegegevens
 - a. Algemene kenmerken van de GGZ voorziening
 - b. Functionele organisatie in zorgeenheden
 - c. Steekproefgegevens zorgeenheid
2. Gemeenschappelijk stam (voor alle patiënten)
 - a. Administratieve gegevens
 - b. Gegevens over het begin van de zorg
 - c. Somatische aandoeningen bij het begin van de zorg
 - d. CANSAS: inschatting van de zorgnoden aan het begin van de zorgperiode
 - e. HONOS: inschatting van de ernstig van de symptomen aan het begin van de zorgperiode
 - f. Wachttijden
 - g. Gegevens over het einde van de zorg
 - h. Somatische aandoeningen bij het einde van de zorg
 - i. CANSAS: inschatting van de zorgnoden aan het einde van de zorgperiode
 - j. HONOS: inschatting van de ernstig van de symptomen aan het einde van de zorgperiode
3. Bijkomende gegevensset voor specifieke doelgroepen
 - a. Voor personen met een middelengerelateerd probleem: TDI

b. Voor personen onder een juridische maatregel of statuut: HONOS-SECURE

Elk onderdeel wordt bevraagd aan de hand van een set van items.

Om na te gaan of de inhoud van de MPG registratie ook terug te vinden is in de BelRAI (C)MH instrumenten, werd in een eerste stap per MPG item nagegaan met welke items van het BelRAI CMH instrument het betreffende MPG item overlapt (zie kolom 2 in bijlage 2). In een tweede stap werd nagegaan welke items van het BelRAI MH instrument - die niet aanwezig zijn in het BelRAI CMH instrument - ook onderdelen bevatten van de MPG items. Ook werd per MPG item aangeduid welke items van het BelRAI CMH instrument die overlappen met het betreffende MPG item, niet bevraagd worden in het BelRAI MH instrument (zie kolom 3 in bijlage 2). De analyses uit stap 2 werden gedaan op basis van de interRAI item matrix, versie 6.6. Op deze manier wordt duidelijk of en in welke mate de MPG items overeenkomen met de items van het BelRAI CMH instrument enerzijds en de items van het BelRAI MH instrument anderzijds.

Ter aanvulling: de belangrijkste verschillen tussen het BelRAI MH en BelRAI CMH instrument zitten in het feit dat

- het BelRAI CMH instrument de situatie van de mantelzorg meer bevraagt,
- het BelRAI MH instrument het ondersteuningskader bij ontslag en de vrijheidsbeperkende maatregelen bevraagt.

In 2015 werd in opdracht van de FOD Volksgezondheid door LUCAS KU Leuven (Van Audenhove & Declercq, 2015) ook een vergelijking gemaakt tussen de MPG registratie en de BelRAI (Community) Mental Health instrumenten, maar dan in twee richtingen:

1. welke MPG items worden al dan niet bevraagd door BelRAI (C)MH items?
2. welke BelRAI (C)MH items worden al dan niet bevraagd door MPG items?

In deze vergelijking uit 2015 werden echter de individuele items van de CANSAS en de HONOS die deel uitmaken van de MPG registratie niet meegenomen, hetgeen nu wel het geval is. Bij de huidige vergelijking wordt echter niet nagegaan welke BelRAI (C)MH items al dan niet bevraagd worden met MPG items, aangezien dit geen antwoord biedt op de specifieke onderzoeksvraag van de opdrachtgever.

Hoofdstuk 4

Resultaten en discussie

Vooraleer de resultaten te beschrijven, staan we eerst stil bij de responsgraad per doelgroep. Vervolgens worden de resultaten en de discussie uitgeschreven per onderzoeksvraag.

1 Responsegraad

1.1 Beleidsmakers

Bij aanvang van de studie waren zes beleidsmakers aanwezig bij het expertpanel. Twee beleidsmakers waren verontschuldigd. Op het einde van de studie waren er vijf (andere) beleidsmakers aanwezig en drie verontschuldigd. De vijf aanwezige beleidsmakers tijdens het expertpanel op het einde van de studie en de voorzitter van de stuurgroep, hebben na het tweede expertpanel de attitudeschaal ingevuld.

1.2 Coördinatoren

Twintig directies en coördinatoren van voorzieningen en van GGZ netwerken waren aanwezig op de workshop van 14 maart 2016. De coördinatoren van het patiënten- en familieplatform waren ook aanwezig op deze workshop aangezien zij niet in de mogelijkheid waren geweest om deel te nemen aan het eerst expertpanel van de beleidsmakers. Alle 22 personen vulden de attitudeschaal in. In concreto wil dit zeggen dat de coördinatoren van het patiënten- en familieplatform de attitudeschaal twee keer hebben ingevuld: één keer tijdens de workshop en één keer tijdens het tweede expertpanel van de beleidsmakers.

1.3 Zorgverleners

Tijdens de supervisies zijn alle dertien voorzieningen bezocht. Hierbij waren niet enkel de betrokken zorgverleners aanwezig, maar ook coördinatoren en stafmedewerkers. De voorzieningen waren vrij om te bepalen wie er naast de betrokken zorgverlener(s) aanwezig mocht zijn.

Tien zorgverleners uit tien voorzieningen waren aanwezig tijdens de focusgroepen voor zorgverleners. Twee zorgverleners konden omwille van vakantie niet aanwezig zijn en één zorgverlener heeft de dag voor de focusgroep afgemeld om de continuïteit op de werkvloer te kunnen verzekeren. Deze drie zorgverleners vertegenwoordigde een PVT, een mobiel 2B team en een initiatief beschut wonen.

Na het focusgroeps gesprek vulden de tien aanwezige zorgverleners de attitudeschaal in. De drie afwezigen hebben nadien de attitudeschaal alsnog ingevuld en opgestuurd.

1.4 Vertegenwoordigers van patiënten en hun familie

Vier van de acht vertegenwoordigers van patiënten en familie (twee voor patiënten en twee voor familie) waren aanwezig tijdens het expertpanel. De anderen meldden omwille van onverwachte persoonlijke omstandigheden af. De vier aanwezige vertegenwoordigers hebben de attitudeschaal ingevuld.

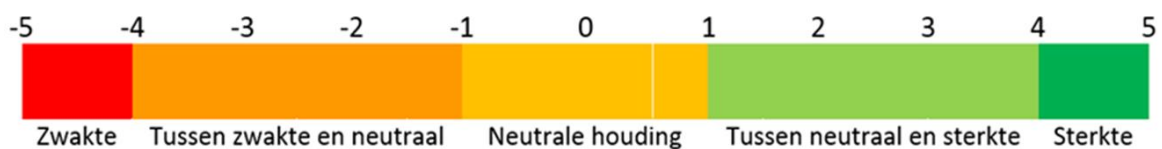
2 Resultaten en discussie onderzoeksvraag 1: Hoe staan de betrokken doelgroepen ten opzichte van het gebruik van het BelRAI beoordelingssysteem in de GGZ in Vlaanderen?

We bespreken zowel de kwantitatieve als de kwalitatieve resultaten. De kwantitatieve resultaten zijn gebaseerd op de data uit de attitudeschaal ingevuld door de vier doelgroepen. De kwalitatieve resultaten worden samengevat per onderdeel van de attitudeschaal.

2.1 Resultaten op de attitudeschaal met betrekking tot het gebruik van het BelRAI beoordelingssysteem in de GGZ in Vlaanderen

Per onderdeel van de attitudeschaal worden eerst voor elk van de vier doelgroepen de frequentieverdelingen van de scores besproken. Vervolgens worden per onderdeel van de attitudeschaal de mediaanscores van de vier doelgroepen met elkaar vergeleken.

Zoals beschreven in de methode (hoofdstuk 3, paragraaf 3.1) worden zowel de individuele scores als de mediaanscores aangeduid met de kleurcode die de (mediaan)scores onderverdeelt in vijf categorieën (zie figuur 2 die we hieronder herhalen).



Figuur 2 Indeling van de mediaan-scores op de stellingen van de attitudeschaal in 5 categorieën

2.1.1 Deel 1 van de attitudeschaal: Het gebruik van de BelRAI GGZ instrumenten

De frequentieverdeling van de scores op de zes stellingen met betrekking tot het gebruik van de BelRAI GGZ instrumenten worden per doelgroep in de figuren 3 tot en met 6 weergegeven. In elk staafdiagram staan de stellingen gerangschikt van de meest positieve scores naar de minst positieve scores, volgens de mediaanscore (zie tabel 3) op de stelling.

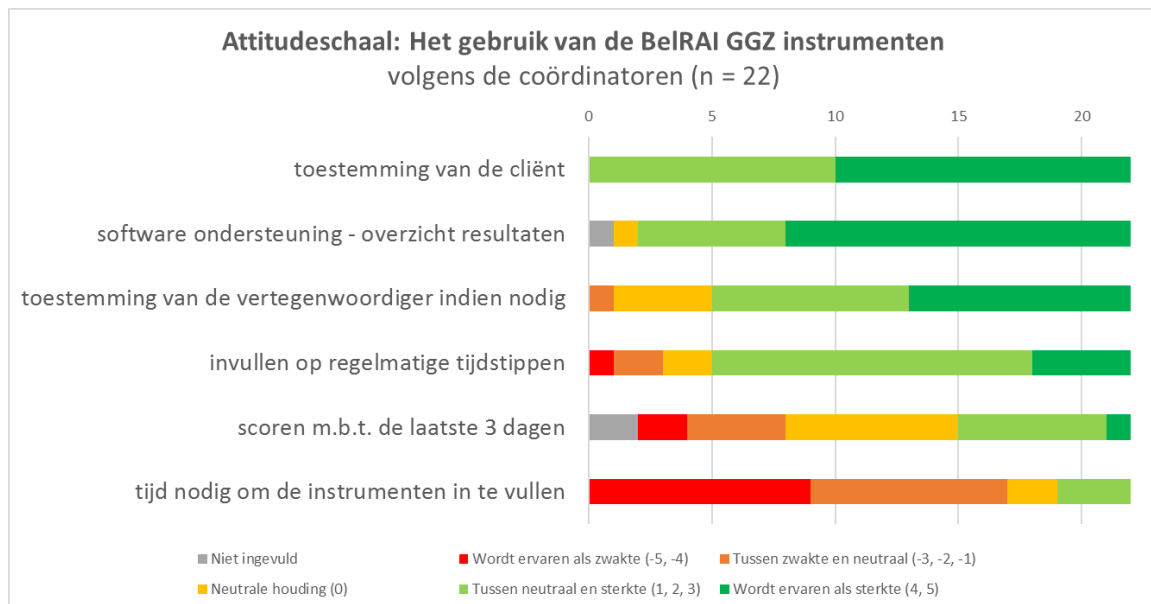
Figuur 3 toont – voor wat de groep van de coördinatoren betreft - de frequentieverdeling van de scores op de zes stellingen met betrekking tot het gebruik van de BelRAI GGZ instrumenten.

De meerderheid van de coördinatoren staat er eerder positief tot zeer positief tegenover dat:

- de persoon – of indien nodig zijn vertegenwoordiger - zijn toestemming moet geven voor het invullen van een BelRAI dossier (respectievelijk n=22 en n=17),
- de software ondersteuning het mogelijk maakt dat er onmiddellijk na het invullen van de BelRAI instrumenten een overzicht wordt gegeven van de resultaten (n=20),
- de BelRAI instrumenten op regelmatige tijdstippen dienen ingevuld te worden (n=17).

De meningen van de coördinatoren zijn erg verdeeld over het feit dat de zorgnoden en het functioneren van de cliënten meestal gescoord dienen te worden met betrekking tot de laatste 3 dagen. Zes coördinatoren vinden dit zeer negatief tot eerder negatief, terwijl 7 andere coördinatoren dit eerder positief tot zeer positief vinden. De overige 9 coördinatoren zeggen dat ze een neutrale houding hebben of hebben dit item niet ingevuld.

Zeventien van de 22 coördinatoren staan er eerder negatief tot zeer negatief tegenover dat het invullen van de BelRAI instrumenten ongeveer anderhalf uur in beslag neemt.



Figuur 3 De frequentieverdeling van de scores van de coördinatoren (n = 22) voor deel 1 van de attitudeschaal: Het gebruik van de BelRAI GGZ instrumenten

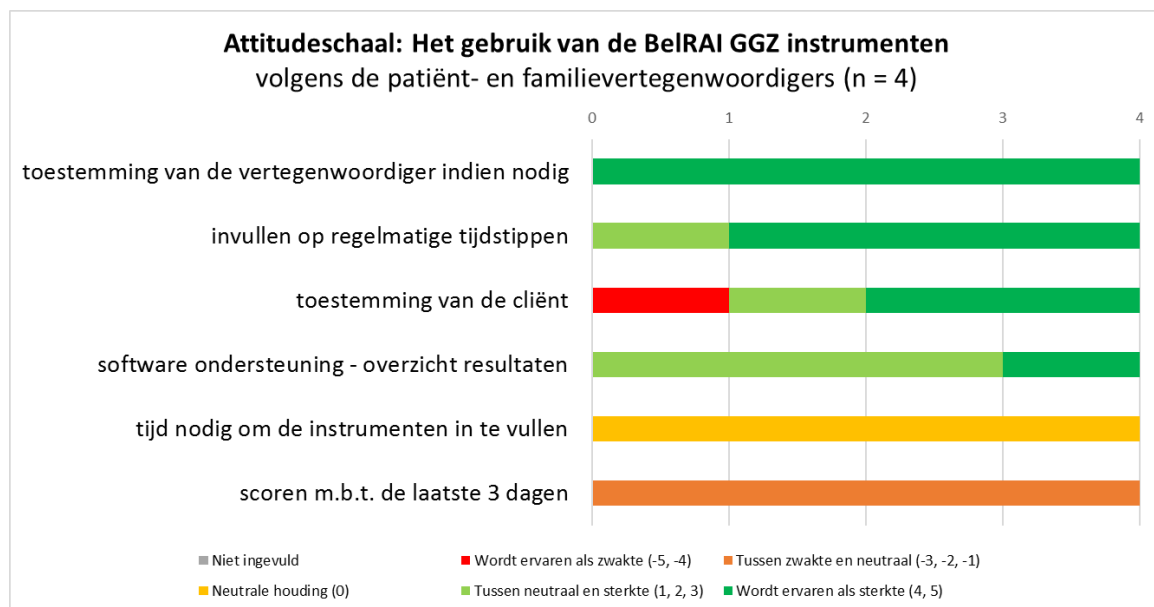
Figuur 4 toont – voor wat de groep van de patiënten- en familievertegenwoordigers betreft - de frequentieverdeling van de scores op de zes stellingen met betrekking tot het gebruik van de BelRAI GGZ instrumenten.

De vier vertegenwoordigers van patiënten en familie staan er eerder positief tot zeer positief tegenover dat:

- de persoon – of indien nodig zijn vertegenwoordiger - zijn toestemming moet geven voor het invullen van een BelRAI dossier. Eén vertegenwoordiger vormt hier een uitzondering op, en vindt het juist een grote zwakte dat de persoon zijn toestemming moet geven.
- de software ondersteuning het mogelijk maakt dat er onmiddellijk na het invullen van de BelRAI instrumenten een overzicht wordt gegeven van de resultaten,
- de BelRAI instrumenten op regelmatige tijdstippen dienen ingevuld te worden.

De vier vertegenwoordigers geven aan een neutrale houding te hebben ten opzichte van het feit dat het invullen van de BelRAI instrumenten ongeveer anderhalf uur in beslag neemt.

De vier vertegenwoordigers vinden het eerder negatief dat de zorgnoden en het functioneren van de cliënten meestal gescoord dienen te worden met betrekking tot de laatste 3 dagen.



Figuur 4 De frequentieverdeling van de scores van de patiënten- en familievertegenwoordigers (n = 4) voor deel 1 van de attitudeschaal: Het gebruik van de BelRAI GGZ instrumenten

Figuur 5 toont – voor wat de groep van de zorgverleners betreft - de frequentieverdeling van de scores op de zes stellingen met betrekking tot het gebruik van de BelRAI GGZ instrumenten. De vijf stellingen die vragen naar de instrumenten zelf die de zorgverleners ingevuld hebben voor ongeveer vijf personen werden voor deze groep ook opgenomen in de data-analyse, hetgeen niet het geval was voor de drie andere doelgroepen (voor uitleg bij de rationale hiervoor: zie hoofdstuk 3, 3.1.1).

De meeste zorgverleners – op één of twee van de dertien na - staan eerder positief tot zeer positief tegenover:

- het feit dat de persoon zijn toestemming moet geven voor het invullen van een BelRAI dossier (n=11),

- het gebruik van de vragenlijst Kwaliteit van Leven (n = 12),
- het feit dat de software ondersteuning het mogelijk maakt dat er onmiddellijk na het invullen van de BelRAI instrumenten een overzicht wordt gegeven van de resultaten (n=12).

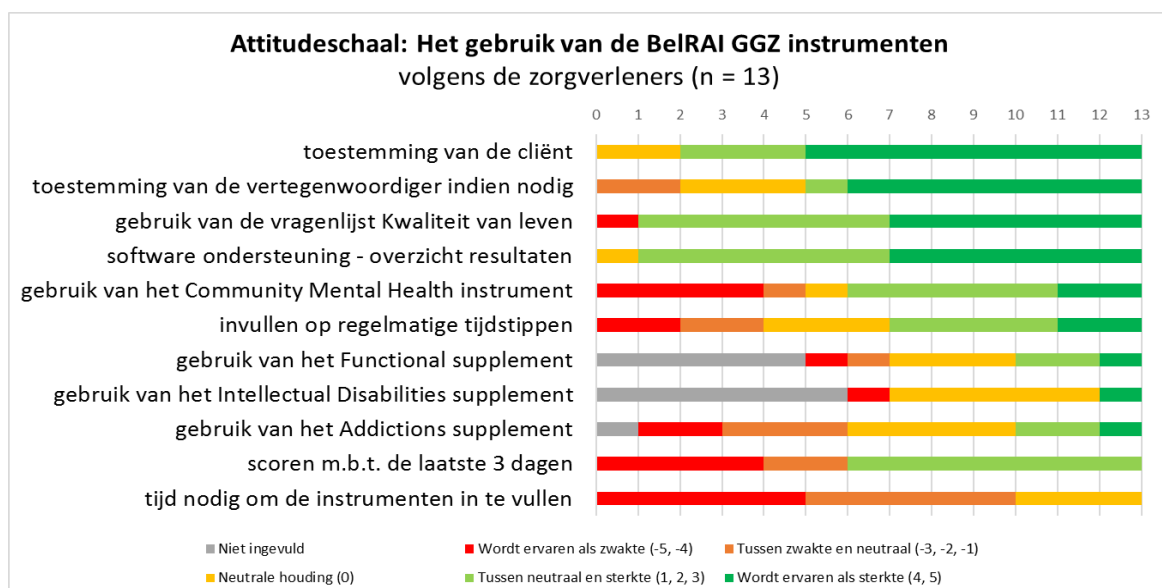
Acht van de dertien zorgverleners vinden het eerder positief tot zeer positief dat de vertegenwoordiger van de persoon zijn toestemming dient te geven voor het invullen van het BelRAI dossier indien de persoon zelf wilsonbekwaam is. Twee van 13 zorgverleners staan hier echter eerder negatief tegenover.

De meningen van de zorgverleners zijn erg verdeeld over:

- het gebruik van het Community Mental Health instrument. Zeven zorgverleners staan hier eerder positief tot zeer positief tegenover. Eén zorgverlener staat hier eerder negatief tegenover en 4 zorgverleners zeer negatief,
- het gebruik van het Functional Supplement. Drie van de acht zorgverleners die dit item hebben ingevuld staan hier eerder positief tot zeer positief tegenover. Twee van de acht zorgverleners die dit item hebben ingevuld staan hier eerder negatief tot zeer negatief tegenover,
- het gebruik van het Addictions supplement. Vijf zorgverleners staan hier eerder negatief tot zeer negatief tegenover; drie zorgverleners eerder positief tot zeer positief. Vier zorgverleners geven aan hier een neutrale houding tegenover te hebben,
- het feit dat de zorgnoden en het functioneren van de cliënten meestal gescoord dienen te worden met betrekking tot de laatste 3 dagen. Zes zorgverleners vinden dit zeer negatief tot eerder negatief, en de andere zeven zorgverleners vinden dit eerder positief,
- het feit dat de BelRAI instrumenten regelmatig dienen ingevuld te worden. Vier zorgverleners staan hier zeer negatief tot eerder negatief tegenover. Zes zorgverleners vinden dit eerder positief tot zeer positief. De overige 3 zorgverleners zeggen hier een neutrale houding tegenover te hebben.

Maar twee van de zeven zorgverleners nemen een duidelijk standpunt in ten opzichte van het gebruik van het Intellectual Disability supplement. Één ervan staat hier zeer positief tegenover, en één zeer negatief. De andere vijf geven aan neutraal te staan tegenover het gebruik van dit supplement.

Tien van de dertien zorgverleners staan eerder negatief tot zeer negatief ten opzichte van het feit dat het invullen van de BelRAI instrumenten anderhalf uur tijd vraagt.



Figuur 5 De frequentieverdeling van de scores van de zorgverleners (n = 13) voor deel 1 van de attitudeschaal: Het gebruik van de BelRAI GGZ instrumenten

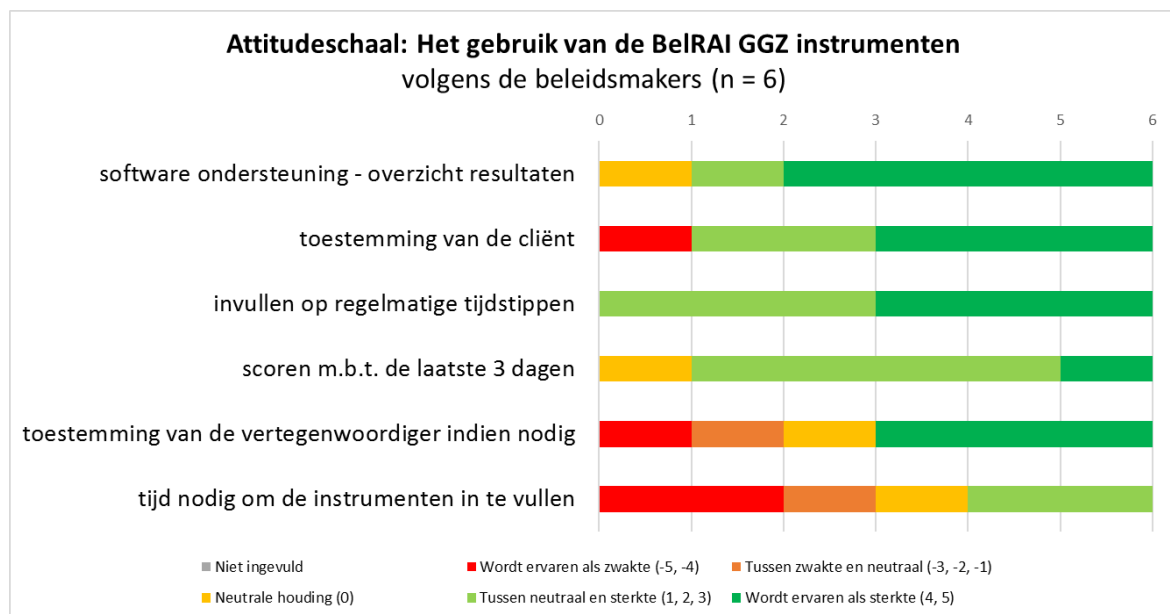
Figuur 6 toont – voor wat de groep van de beleidsmakers betreft - de frequentieverdeling van de scores op de zes stellingen met betrekking tot het gebruik van de BelRAI GGZ instrumenten.

De meeste beleidsmakers staan er eerder positief tot zeer positief tegenover dat:

- de BelRAI instrumenten op regelmatige tijdstippen dienen ingevuld te worden (n = 6),
- de zorgnoden en het functioneren van de persoon meestal gescoord worden op basis van de laatste 3 dagen (n = 5),
- de software ondersteuning het mogelijk maakt dat er onmiddellijk na het invullen van de BelRAI instrumenten een overzicht wordt gegeven van de resultaten (n = 5),
- de persoon zijn toestemming moet geven voor het invullen van een BelRAI dossier (n = 5). Eén beleidsmaker vindt dit een erg negatief punt.

De meningen van de zes beleidsmakers zijn erg verdeeld:

- over het feit dat de vertegenwoordiger de toestemming moet geven voor het invullen van een BelRAI dossier indien de persoons zelf wilsonbekwaam is. Twee beleidsmakers vinden dit zeer negatief of eerder negatief. Drie beleidsmakers staan hier zeer positief tegenover,
- over de tijd die het invullen van de BelRAI instrumenten vraagt. Drie beleidsmakers vinden dit zeer negatief tot eerder negatief. Twee beleidsmakers vinden dit eerder positief.



Figuur 6 De frequentieverdeling van de scores van de beleidsmakers (n = 6) voor deel 1 van de attitudeschaal: Het gebruik van de BelRAI GGZ instrumenten

Tabel 3 geeft een overzicht van de mediaanscores van de vier doelgroepen op de zes stellingen met betrekking tot het gebruik van de BelRAI instrumenten. Wanneer een stelling niet door alle personen van de doelgroep werd ingevuld, staat dit aangeduid in de tabel.

Tabel 3 Mediaanscores per doelgroep op de stellingen van het eerste deel van de attitudeschaal: Het gebruik van de BelRAI GGZ instrumenten

Het gebruik van de BelRAI GGZ instrumenten	coördinatoren (n = 22)	patiënten- en familie vertegenwoordigers (n = 4)	zorgverleners (n = 13)	beleidsmakers (n = 6)
zorgnoden en functioneren worden gescoord volgens de laatste 3 dagen	0	-2	-1	2,5
gebruik van het BelRAI Community Mental Health instrument	/	/	1	/
gebruik van het BelRAI Intellectual Disability supplement	/	/	0	/
gebruik van het BelRAI Functional supplement	/	/	0	/
gebruik van het BelRAI Addictions supplement	/	/	0	/
gebruik van de Quality of Life vragenlijst	/	/	3	/
tijd nodig om de instrumenten in te vullen	-3	0	-3	-0,5
toestemming van de cliënt	4	3,5	5	4
toestemming van de vertegenwoordiger indien nodig	3	4	5	2
invullen op regelmatige tijdstippen	2	4	0	3
software ondersteuning - overzicht resultaten	4 (n = 21)	3	3	5

Op basis van de mediaanscores zien we dat de meningen van de doelgroepen het meest verdeeld zijn over het feit dat de zorgnoden en het functioneren van de personen in de BelRAI instrumenten meestal gescoord worden op basis van de laatste 3 dagen. De coördinatoren en de zorgverleners staan ook een stuk negatiever ten opzichte van de tijd die nodig is om de BelRAI instrumenten in te vullen in vergelijking met de patiënten- en familievertegenwoordigers en de beleidsmakers. De vier doelgroepen staan er vrij positief tegenover dat

- de persoon – of indien nodig zijn vertegenwoordiger - zijn toestemming moet geven voor het invullen van een BelRAI dossier,
- de software ondersteuning het mogelijk maakt dat er onmiddellijk na het invullen van de BelRAI instrumenten een overzicht wordt gegeven van de resultaten,
- de BelRAI instrumenten op regelmatige tijdstippen dienen ingevuld te worden. Alleen bij dit laatste punt is de houding van de zorgverleners minder positief.

Wat de items met betrekking tot de inhoud van de BelRAI GGZ instrumenten zelf betreft, werden de data enkel verwerkt voor de groep van de zorgverleners, aangezien zij de enige zijn geweest die de instrumenten effectief gebruikt hebben. De andere groepen hebben dit niet gedaan; daarom zijn hun scores ook niet vergelijkbaar met die van de zorgverleners. De mediaanscores laten zien dat de zorgverleners het meest positief staan ten opzichte van de Quality of Life vragenlijst, gevolgd door het BelRAI Community Mental Health instrument. Over het gebruik van de supplementen zijn de meningen erg verdeeld, of beantwoorden de zorgverleners het betreffende items niet.

2.1.2 Deel 2 van de attitudeschaal: De ondersteuning van de continuïteit en integratie van de zorg(planning)

De frequentieverdeling van de scores op de zes stellingen met betrekking tot de ondersteuning van de continuïteit en integratie van zorgplanning worden per doelgroep in de figuren 7 tot en met 10 weergegeven. In elk staafdiagram staan de stellingen gerangschikt van de meest positieve scores naar de minst positieve scores, volgens de mediaanscore (zie tabel 4) op de stelling.

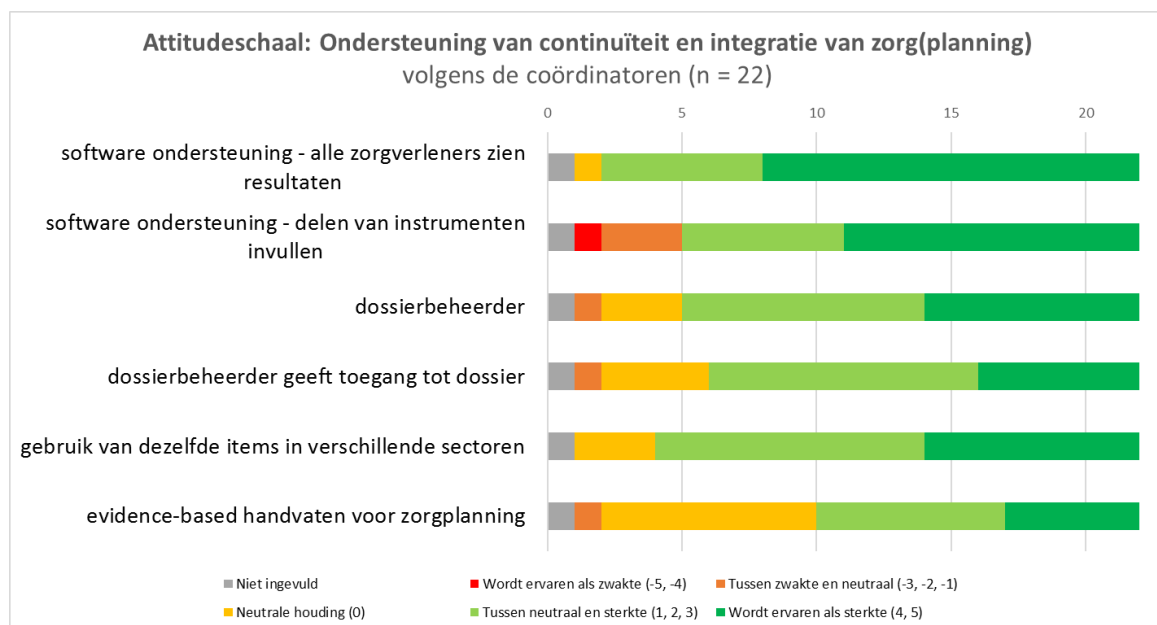
Figuur 7 toont – voor wat de groep van de coördinatoren betreft - de frequentieverdeling van de scores op de zes stellingen met betrekking tot ondersteuning van de continuïteit en integratie van de zorg(planning). Voor dit gedeelte van de attitudeschaal heeft één coördinator de items niet ingevuld. We bespreken hier dus resultaten van 21 coördinatoren.

De meeste coördinatoren staan er eerder positief tot zeer positief tegenover dat:

- de zorgverleners die betrokken zijn bij de zorg voor een cliënt elk een deel van de BelRAI beoordeling invullen dankzij de software ondersteuning (n = 17),
- een zorgverlener die centraal staat in de zorg voor een bepaalde cliënt als dossierbeheerder van het BelRAI dossier wordt aangesteld (n = 17), en dat deze toegang geeft aan zorgverleners die betrokken zijn bij de zorg voor die cliënt op een “need-to-know” basis (n = 16),
- zorgnoden en -behoeften op deze manier bevraagd worden over verschillende gezondheidssectoren heen (n = 18).

Zeventien van de 21 coördinatoren vinden het ook positief tot zeer positief dat de resultaten van de BelRAI beoordeling gedeeld worden tussen de zorgverleners die betrokken zijn bij de cliënt en voor zover dit nodig is. Vier coördinatoren staan hier echter eerder negatief tot zeer negatief tegenover.

Twaalf van de 21 coördinatoren vinden het ook positief tot zeer positief dat de BelRAI beoordeling evidence-based handvaten aanbiedt voor de zorgplanning. Acht coördinatoren staan hier neutraal tegenover en één eerder negatief.



Figuur 7 De frequentieverdeling van de scores van de coördinatoren (n = 22) voor deel 2 van de attitudeschaal: De ondersteuning van de continuïteit en integratie van zorg(planning).

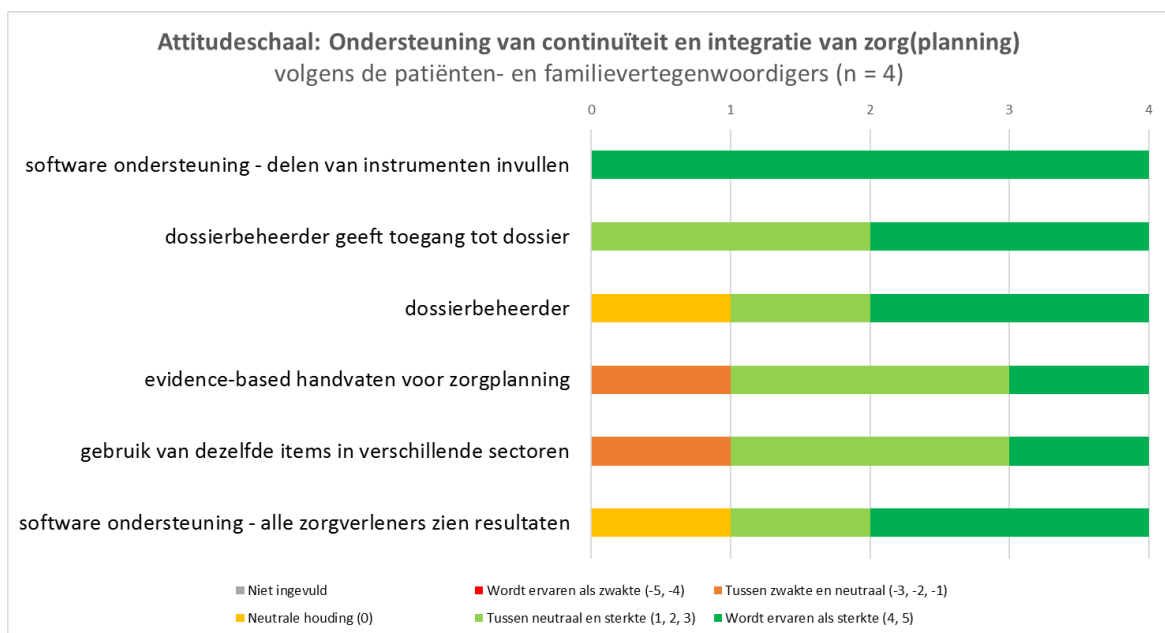
Figuur 8 toont – voor wat de groep van de patiënten- en familievertegenwoordigers betreft - de frequentieverdeling van de scores op de zes stellingen met betrekking tot ondersteuning van de continuïteit en integratie van de zorg(planning).

Alle vier de patiënten- en familievertegenwoordigers vinden het eerder positief tot zeer positief dat

- de zorgverleners die betrokken zijn bij de zorg voor een cliënt elk een deel van de BelRAI beoordeling invullen dankzij de software ondersteuning,
- de dossierbeheerder toegang geeft tot het BelRAI dossier aan zorgverleners die betrokken zijn bij de zorg voor die cliënt op een “need-to-know” basis. Eén vertegenwoordiger heeft een neutrale houding ten opzichte van de aanstelling van deze dossierbeheerder.

Drie van de vier de patiënten- en familievertegenwoordigers vinden het eerder positief tot zeer positief dat:

- De BelRAI beoordeling evidence-based handvaten geeft voor de opmaak van het zorgplan. Eén vertegenwoordiger staat hier eerder negatief tegenover,
- Zorgnoden en -behoeften bevraagd worden met dezelfde items over de gezondheidssectoren heen. Eén vertegenwoordiger staat hier eerder negatief tegenover,
- Alle zorgverleners die betrokken zijn bij een cliënt en voor zover dit nodig is de resultaten van de BelRAI beoordeling kunnen zien dankzij de software ondersteuning.



Figuur 8 De frequentieverdeling van de scores van de patiënten- en familievertegenwoordigers (n = 4) voor deel 2 van de attitudeschaal: De ondersteuning van de continuïteit en integratie van zorg(planning)

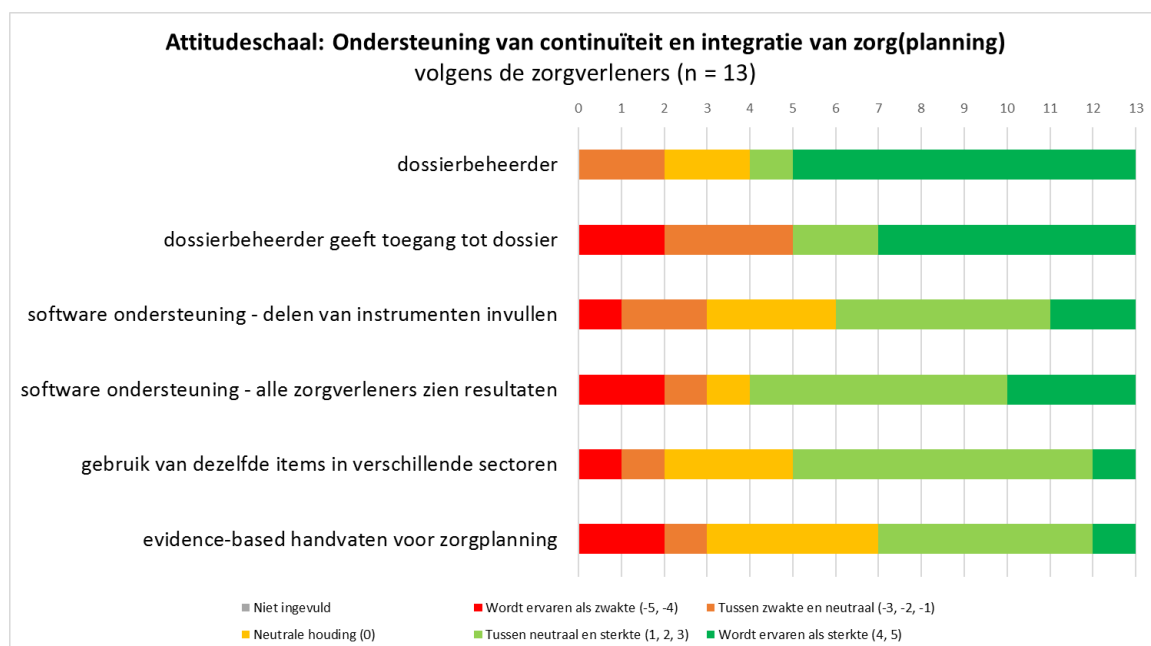
Figuur 9 toont – voor wat de groep van de zorgverleners betreft - de frequentieverdeling van de scores op de zes stellingen met betrekking tot ondersteuning van de continuïteit en integratie van de zorg(planning).

De meningen van de zorgverleners zijn het sterkst verdeeld over het feit dat de dossierbeheerder toegang geeft aan zorgverleners die betrokken zijn bij de zorg voor een cliënt, en voor zover dit nodig is. Acht zorgverleners staan hier eerder positief tot zeer positief tegenover. De vijf andere hulpverleners staan hier eerder negatief tot zeer negatief tegenover. Dat een zorgverlener die centraal staat in de zorg voor een cliënt aangesteld wordt als dossierbeheerder van het BelRAI dossier vinden negen zorgverleners eerder positief tot zeer positief. Twee van de dertien hulpverlener vinden dit eerder negatief.

Meer dan de helft van de zorgverleners vinden het eerder positief tot zeer positief dat:

- zorgverleners die betrokken zijn bij de zorg voor een cliënt delen van de BelRAI beoordeling invullen (n = 7). Drie zorgverleners vinden dit eerder negatief tot zeer negatief,
- al die zorgverleners de resultaten van de BelRAI beoordeling te zien krijgen voor zover dit nodig is (n = 9). Drie zorgverleners vinden dit eerder negatief tot zeer negatief,
- zorgnoden en -behoeften aan de hand van dezelfde items worden gescoord over gezondheidszorgsectoren heen (n = 8). Twee zorgverleners vinden dit eerder negatief tot zeer negatief.

Ten slotte vinden zes van de dertien zorgverleners het eerder positief tot zeer positief dat de BelRAI beoordeling evidence-based handvaten aanreikt voor de zorgplanning. Drie zorgverleners staan hier eerder negatief tot zeer negatief tegenover. Vier zorgverleners geven aan hier een neutrale houding tegenover te hebben.



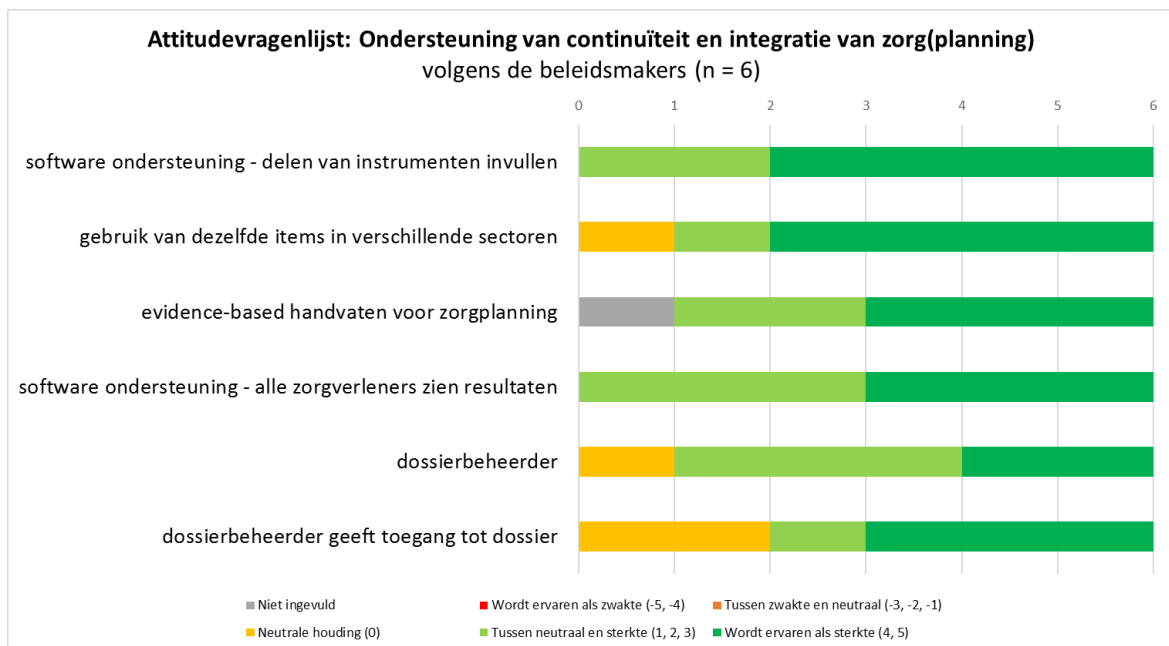
Figuur 9 De frequentieverdeling van de scores van de zorgverleners (n = 13) voor deel 2 van de attitudeschaal: De ondersteuning van de continuïteit en integratie van zorg(planning)

Figuur 10 toont – voor wat de groep van de beleidsmakers betreft - de frequentieverdeling van de scores op de zes stellingen met betrekking tot ondersteuning van de continuïteit en integratie van de zorg(planning).

De meeste beleidsmakers staan er eerder positief of zeer positief tegenover dat:

- zorgverleners die betrokken zijn bij de zorg voor een cliënt elk een onderdeel van de BelRAI beoordeling invullen (n = 6),
- al deze zorgverleners de resultaten van de BelRAI beoordeling te zien krijgen voor zover dit nodig is (n = 6),
- zorgnoden en -behoeften gescoord worden aan de hand van dezelfde items over de gezondheidssectoren heen (n = 5),
- een zorgverlener die centraal staat in de zorg voor een cliënt aangesteld wordt als dossierbeheerder van het BelRAI dossier (n = 5),
- de BelRAI beoordeling evidence-based handvaten aanreikt voor de zorgplanning. Eén beleidsmaker heeft dit item niet ingevuld (n = 5).

Vier van de zes beleidsmakers geven aan dat ze het eerder positief tot zeer positief vinden dat de dossierbeheerder zorgverleners toegang geeft tot het BelRAI dossier wanneer zij betrokken zijn bij de zorg voor de betreffende cliënt en voor zover dit nodig is. Twee beleidsmakers hebben hier een neutrale houding tegenover.



Figuur 10 De frequentieverdeling van de scores van de beleidsmakers (n = 6) voor deel 2 van de attitudeschaal: De ondersteuning van de continuïteit en integratie van zorg(planning)

Tabel 4 toont de mediaanscores per doelgroep op zes stellingen met betrekking tot de continuïteit en integratie van de zorg(planning). Wanneer een stelling niet door alle personen van de doelgroep werd ingevuld, staat dit aangeduid in de tabel.

Op basis van deze mediaanscores zien we dat de coördinatoren, de patiënten- en familievertegenwoordigers en de beleidsmakers – in vergelijking met de zorgverleners – in het algemeen positiever staan ten opzichte van de ondersteuning die het BelRAI systeem geeft voor de continuïteit en de integratie van de zorg(planning). Dit verschil tussen de doelgroepen is het grootst voor wat betreft de evidence-based handvaten die het BelRAI systeem aanbiedt voor de zorgplanning.

Tabel 4 Mediaanscores per doelgroep op de stellingen van het tweede deel van de attitudeschaal: De ondersteuning van de continuïteit en integratie van zorg(planning)

De ondersteuning van continuïteit en integratie van zorg(planning)	coördinatoren (n = 22)	patiënten- en familie vertegenwoordigers (n = 4)	zorgverleners (n = 13)	beleidsmakers (n = 6)
evidence-based handvaten voor zorgplanning	2 (n = 21)	3	0	4 (n = 5)
gebruik van dezelfde items in verschillende sectoren	3 (n = 21)	3	2	4,5
software ondersteuning - delen van instrumenten invullen	4 (n = 21)	4	3	4,5
software ondersteuning - alle zorgverleners zien resultaten	4 (n = 21)	2,5	3	3,5
dossierbeheerder	3 (n = 21)	3	4	3
dossierbeheerder geeft toegang tot dossier	3 (n = 21)	3,5	3	3

2.1.3 Deel 3 van de attitudeschaal: Groepsstatistieken, kwaliteitsmonitoring en zorgzwaartecategorieën

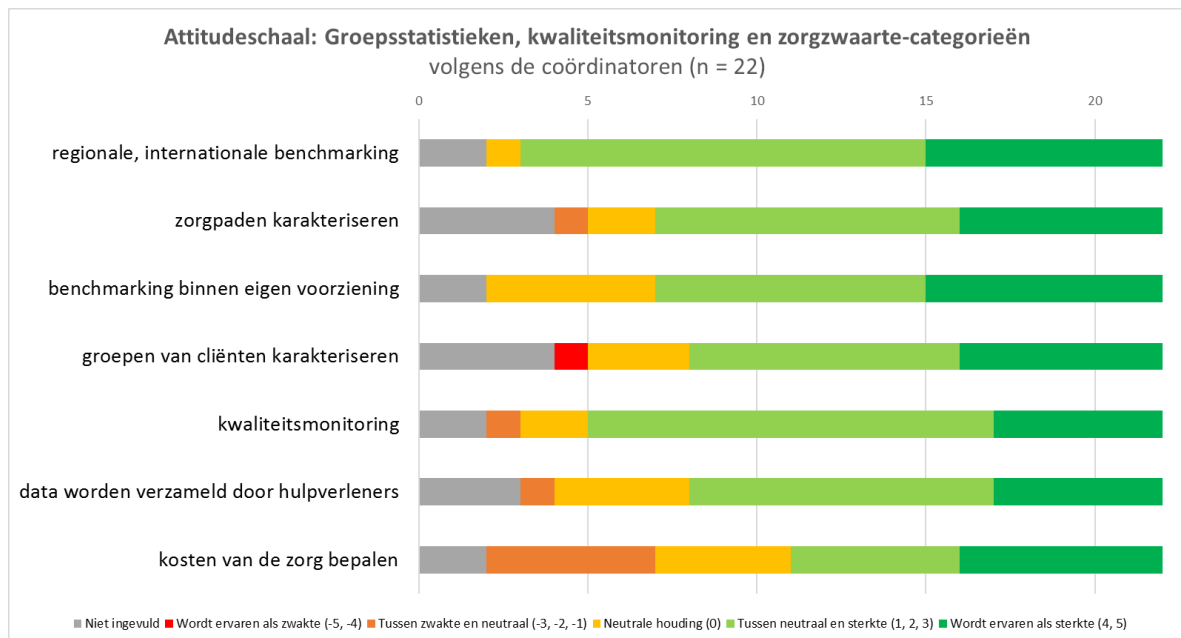
De frequentieverdeling van de scores op de items van het derde deel van de vragenlijst - dat betrekking heeft op de groepsstatistieken, de kwaliteitsindicatoren en de zorgzwaartecategorieën die binnen het BelRAI systeem berekend kunnen worden - worden in de figuren 11 tot 14 per doelgroep weergegeven. In elk staafdiagram staan de stellingen gerangschikt van de meest positieve scores naar de minst positieve scores, volgens de mediaanscore (zie tabel 5) op de stelling.

Figuur 11 toont – voor wat de groep van de coördinatoren betreft - de frequentieverdeling van de scores op de zeven stellingen met betrekking tot de groepsstatistieken, kwaliteitsindicatoren en zorgzwaartecategorieën. Voor dit gedeelte van de attitudeschaal hebben twee tot vier coördinatoren elk van de items niet ingevuld.

Ongeveer drie vierde of meer van de coördinatoren die de items hebben ingevuld staan er eerder positief tot zeer positief tegenover dat:

- het BelRAI systeem regionale en internationale benchmarking mogelijk maakt (n = 18 van de 20 coördinatoren),
- het BelRAI systeem kwaliteitsmonitoring mogelijk maakt (n = 17 van de 20 coördinatoren). Eén coördinator staat hier eerder negatief tegenover,
- zorgpaden van groepen van cliënten kunnen gekarakteriseerd worden (n = 15 van de 18 coördinatoren). Eén coördinator staat hier eerder negatief tegenover,
- groepen van cliënten gekarakteriseerd kunnen worden (n = 14 van de 18 coördinatoren). Eén coördinator staat hier zeer negatief tegenover,
- benchmarking binnen de eigen voorziening mogelijk is (n = 15 van de 20 coördinatoren),
- de data die gebruikt worden voor benchmarking, kwaliteitsmonitoring en om zorgzwaartecategorieën te berekenen, verzameld worden door zorgverleners (n = 14 van de 19 coördinatoren). Eén coördinator staat hier eerder negatief tegenover.

Elf van de 20 coördinatoren die dit item hebben ingevuld, staan er eerder positief tot zeer positief tegenover dat het BelRAI systeem toelaat om de kosten van de zorg te bepalen voor de voorziening en voor de samenleving. Vijf coördinatoren staan hier eerder negatief tegenover.



Figuur 11 De frequentieverdeling van de scores van de coördinatoren (n = 22) voor deel 3 van de attitudeschaal: Groepsstatistieken, kwaliteitsmonitoring en zorgzwaartecategorieën

Figuur 12 toont – voor wat de groep van de patiënten- en familievertegenwoordigers betreft – de frequentieverdeling van de scores op de zeven stellingen met betrekking tot de groepsstatistieken, kwaliteitsindicatoren en zorgzwaartecategorieën.

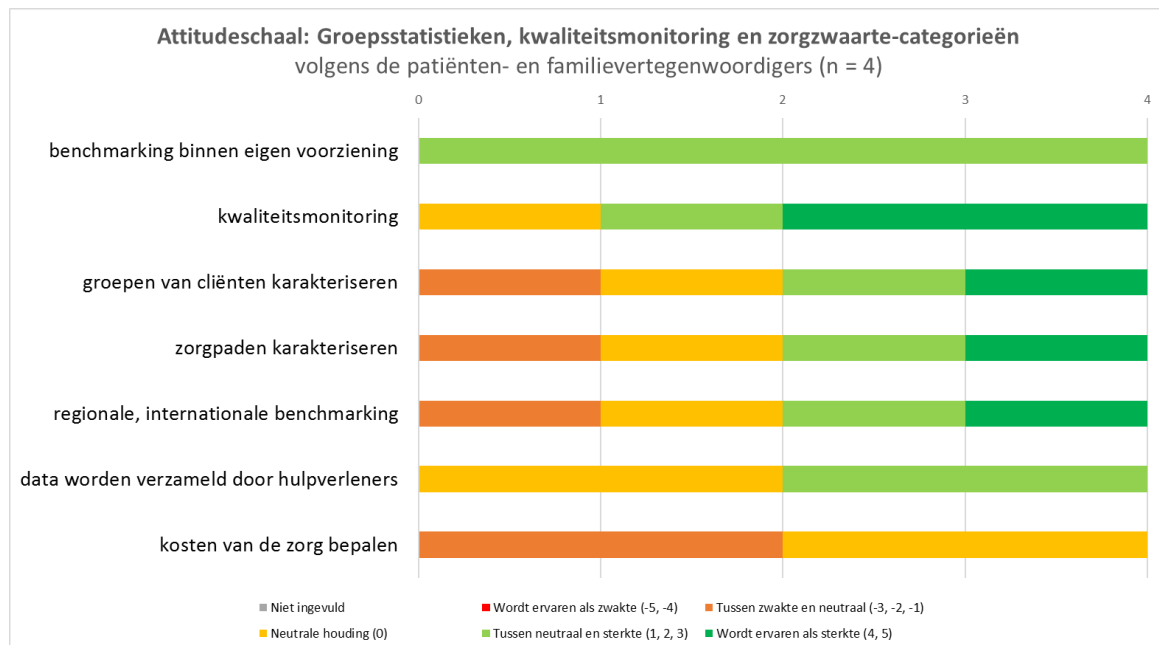
Respectievelijk de vier en drie patiënten- en familievertegenwoordigers vinden het eerder positief tot zeer positief dat:

- het BelRAI systeem benchmarking binnen de eigen voorziening mogelijk maakt,
- het BelRAI systeem kwaliteitsmonitoring mogelijk maakt.

Twee van de vier patiënten- en familievertegenwoordigers vinden het eerder positief tot zeer positief dat:

- groepen van cliënten gekarakteriseerd kunnen worden. Eén vertegenwoordiger staat hier eerder negatief tegenover,
- de zorgpaden van groepen van cliënten gekarakteriseerd kunnen worden. Eén vertegenwoordiger staat hier eerder negatief tegenover,
- het BelRAI systeem regionale en internationale benchmarking mogelijk maakt. Eén vertegenwoordiger staat hier eerder negatief tegenover,
- de data die gebruikt worden voor benchmarking, kwaliteitsmonitoring en om zorgzwaartecategorieën te berekenen, verzameld worden door zorgverleners.

Twee van de vier patiënten- en familievertegenwoordigers vinden het eerder negatief dat het BelRAI systeem mogelijk maakt dat de kosten van de zorg voor de voorziening en voor de samenleving berekend kunnen worden. De twee andere vertegenwoordigers geven aan hier neutraal tegenover te staan.



Figuur 12 De frequentieverdeling van de scores van de patiënten- en familievertegenwoordigers (n = 4) voor deel 3 van de attitudeschaal: Groepsstatistieken, kwaliteitsmonitoring en zorgzwaartecategorieën.

Figuur 13 toont – voor wat de groep van de zorgverleners betreft - de frequentieverdeling van de scores op de zeven stellingen met betrekking tot de groepsstatistieken, kwaliteitsindicatoren en zorgzwaarte-categorieën. Drie items werden door één zorgverlener niet ingevuld.

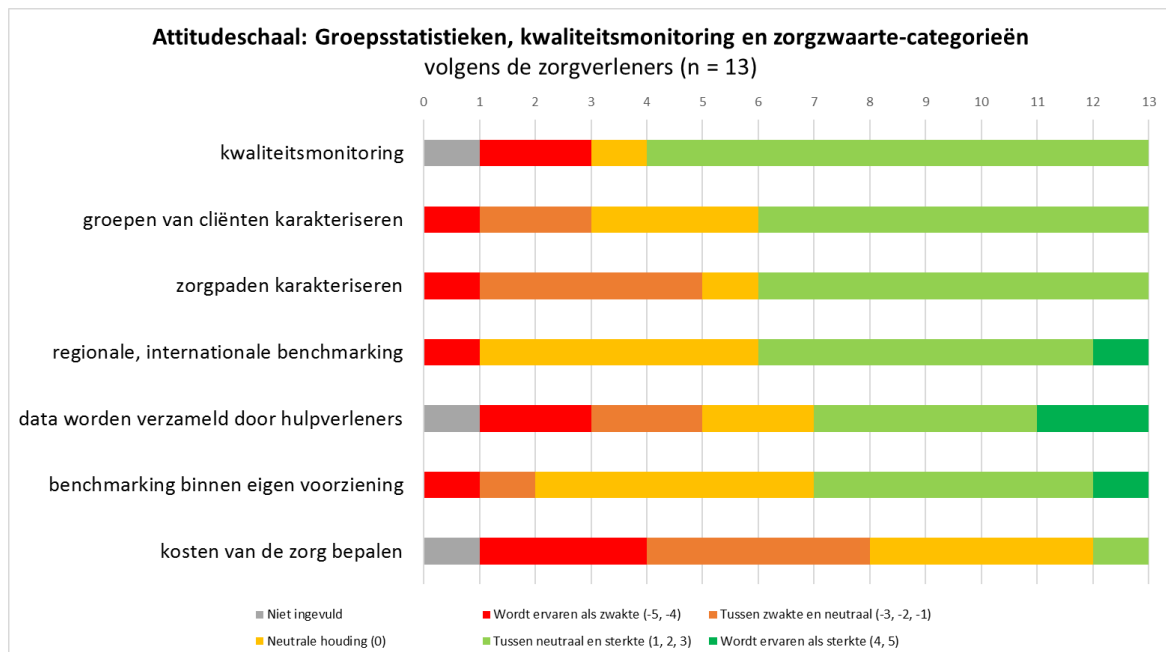
Negen van de twaalf zorgverleners die dit item hebben ingevuld, vinden het eerder positief dat het BelRAI systeem kwaliteitsmonitoring mogelijk maakt. Twee zorgverleners staan hier zeer negatief tegenover.

Ongeveer de helft van de zorgverleners staat er eerder positief – tot soms zeer positief - tegenover dat:

- Het BelRAI systeem regionale en internationale benchmarking mogelijk maakt. Eén zorgverlener staat hier zeer negatief tegenover (n = 7 van de 13 zorgverleners),
- Groepen van cliënten gekarakteriseerd kunnen worden. Drie zorgverleners staan hier eerder negatief tot zeer negatief tegenover (n = 7 van de 13 zorgverleners),
- De zorgpaden van groepen van cliënten gekarakteriseerd kunnen worden. Vijf zorgverleners staan hier eerder negatief tot zeer negatief tegenover (n = 7 van de 13 zorgverleners),
- De data die gebruikt worden voor benchmarking, kwaliteitsmonitoring en om zorgzwaarte-categorieën te berekenen, verzameld worden door zorgverleners (n = 6 van de 12 zorgverleners). Vier zorgverleners staan hier eerder negatief tot zeer negatief tegenover.

Zes van de dertien zorgverleners staan er eerder positief tot zeer positief tegenover dat het BelRAI systeem benchmarking binnen de eigen voorziening mogelijk maakt. Twee staan hier eerder negatief tot zeer negatief tegenover.

Zeven van de twaalf zorgverleners die dit item hebben ingevuld vinden het eerder negatief tot zeer negatief dat het BelRAI systeem het toelaat om de kost van de zorg voor de voorziening en voor de samenleving te bepalen. Slechts één zorgverlener geeft aan dit eerder positief te vinden.



Figuur 13 De frequentieverdeling van de scores van de zorgverleners (n = 13) voor deel 3 van de attitudeschaal: Groepsstatistieken, kwaliteitsmonitoring en zorgzwaartecategorieën

Figuur 14 toont – voor wat de groep van de beleidsmakers betreft – de frequentieverdeling van de scores op de zeven stellingen met betrekking tot de groepsstatistieken, kwaliteitsindicatoren en zorgzwaarte-categorieën.

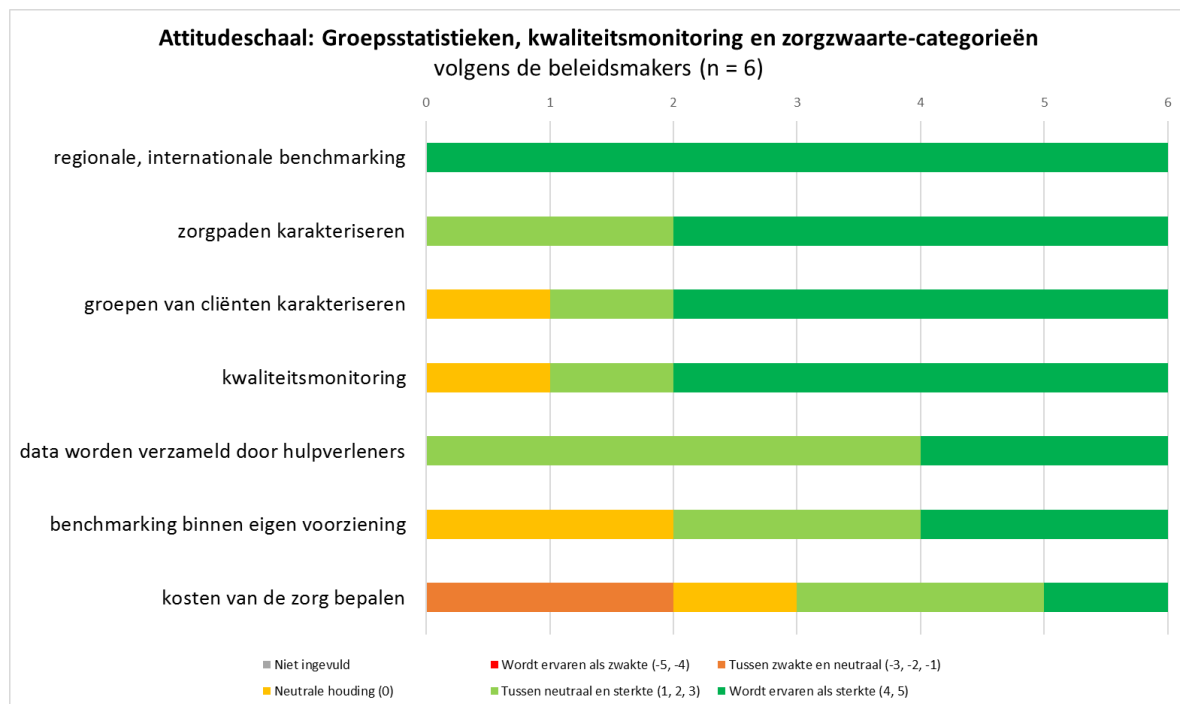
Alle zes de beleidsmakers vinden het eerder positief tot zeer positief dat:

- het BelRAI systeem regionale en internationale benchmarking mogelijk maakt,
- zorgpaden van groepen van cliënten gekarakteriseerd kunnen worden. Vijf onder hen vinden het eerder positief tot zeer positief dat groepen van cliënten gekarakteriseerd kunnen worden,
- de data die gebruikt worden voor benchmarking, kwaliteitsmonitoring en om zorgzwaarte-categorieën te berekenen, verzameld worden door zorgverleners. Vier zorgverleners staan hier eerder negatief tot zeer negatief tegenover.

De meeste beleidsmakers staan er eerder positief tot zeer positief tegenover dat:

- het BelRAI systeem kwaliteitsmonitoring mogelijk maakt (n = 5),
- benchmarking binnen voorzieningen mogelijk wordt (n = 4).

Drie van de zes beleidsmakers vinden het eerder positief tot zeer positief dat het BelRAI systeem de bepaling van de kosten van de zorg voor een voorziening en voor de samenleving mogelijk maakt. Twee van de zes beleidsmakers staan hier eerder negatief tegenover.



Figuur 14 De frequentieverdeling van de scores van de beleidsmakers (n = 6) voor deel 3 van de attitudeschaal: Groepsstatistieken, kwaliteitsmonitoring en zorgzwaartecategorieën

Tabel 5 toont de mediaanscores per doelgroep op zeven stellingen met betrekking tot de groepsstatistieken, de kwaliteitsindicatoren en de zorgzwaartecategorieën die binnen BelRAI kunnen berekend worden. Wanneer een stelling niet door alle personen van de doelgroep werd ingevuld, staat dit aangeduid in de tabel.

Tabel 5 Mediaanscores per doelgroep op de stellingen van het derde deel van de attitudeschaal: Groepsstatistieken, kwaliteitsmonitoring en zorgzwaartecategorieën

Groepsstatistieken, kwaliteitsmonitoring en zorgzwaarte-categorieën	coördinatoren (n = 22)	patiënten- en familie vertegenwoordigers (n = 4)	zorgverleners (n = 13)	beleidsmakers (n = 6)
groepen van cliënten karakteriseren	3 (n = 18)	1,5	2	4,5
zorgpaden karakteriseren	3 (n = 18)	1,5	1	4,5
regionale, internationale benchmarking	3 (n = 20)	1,5	1	5
benchmarking binnen eigen voorziening	3 (n = 20)	3	0	1
kwaliteitsmonitoring	2 (n = 20)	3	2 (n = 12)	4
kosten van de zorg bepalen	1,5 (n = 20)	-1	-1,5 (n = 12)	1
data worden verzameld door hulpverleners	2 (n = 19)	1	1 (n = 12)	3

De mediaanscores tonen dat de beleidsmakers positiever staan – in vergelijking met de die andere doelgroepen – ten opzichte van de groepsstatistieken, de kwaliteitsindicatoren en de zorgzwaartecategorieën die berekend kunnen worden binnen het BelRAI systeem. De zorgverleners hebben de minst positieve houding ten opzichte van de benchmarking die mogelijk wordt binnen de voorzieningen, in vergelijking met de drie andere doelgroepen.

Van de zeven stellingen die in dit derde deel van de attitudeschaal bevroegd werd, staan alle vier de groepen het minst positief ten opzichte van de kostenbepaling van de zorg die het BelRAI systeem mogelijk maakt. Hierbij zijn het de patiënten- en familievertegenwoordigers en de zorgverleners die de meest negatieve houding hebben.

2.1.4 Deel 4 van de attitudeschaal: Zes extra items

De frequentieverdeling van de scores op de items van het vierde deel van de vragenlijst worden in de figuren 15 tot 18 per doelgroep weergegeven. In elk staafdiagram staan de stellingen gerangschikt van de meest positieve scores naar de minst positieve scores, volgens de mediaanscore (zie tabel 6) op de stelling.

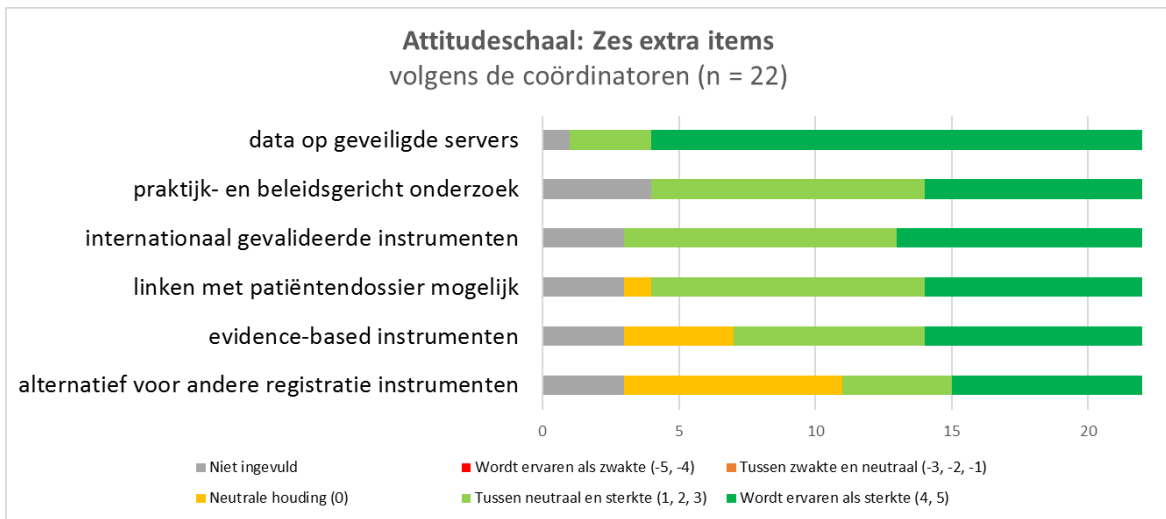
Figuur 15 toont – voor wat de groep van de coördinatoren betreft - de frequentieverdeling van de scores op de zes extra items van de attitudeschaal. Eén tot vier coördinatoren hebben elk van de items van het vierde onderdeel van de attitudeschaal niet ingevuld.

Alle coördinatoren die de volgende items hebben ingevuld, staan er eerder positief tot zeer positief tegenover dat:

- de BelRAI data op beveiligde servers worden bewaard (n = 6),
- de BelRAI data gebruikt kunnen worden voor praktijkgericht en beleidsgericht onderzoek (n = 6),
- de BelRAI instrumenten internationaal gevalideerde instrumenten zijn (n = 6),
- er linken mogelijk zijn tussen het BelRAI dossier en de gedigitaliseerde patiëntendossiers van de voorzieningen (n = 5).

Een groot deel van de 19 coördinatoren die volgende items hebben ingevuld, vindt het eerder positief tot zeer positief dat:

- de ontwikkeling van de BelRAI instrumenten gebaseerd is op wetenschappelijk onderzoek (n = 15),
- het BelRAI systeem een alternatief zou kunnen zijn voor andere registratiesystemen (n = 11).



Figuur 15 De frequentieverdeling van de scores van de coördinatoren (n = 22) voor deel 4 van de attitudeschaal: Zes extra items

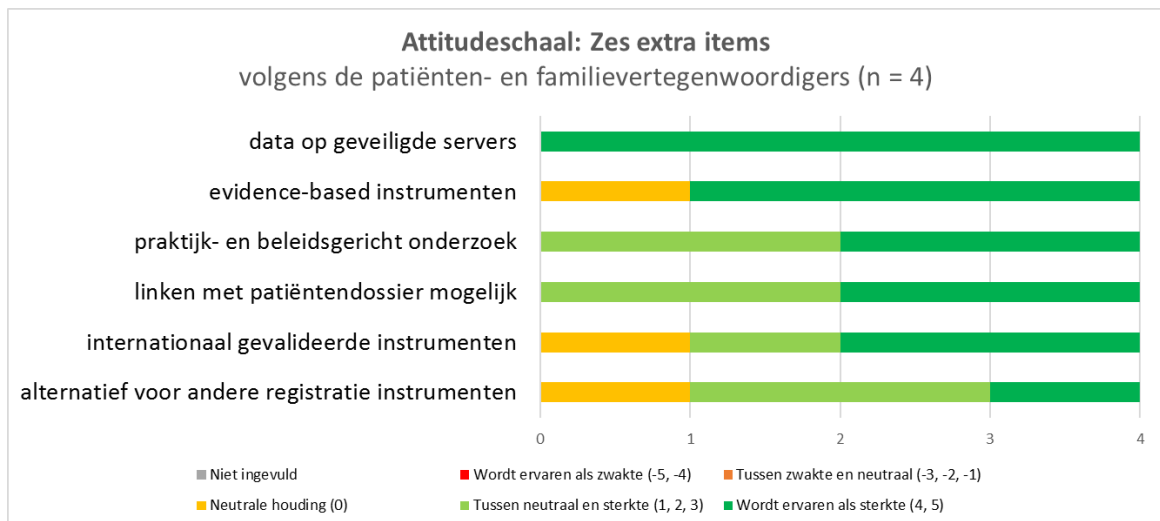
Figuur 16 toont – voor wat de groep van de patiënten- en familievertegenwoordigers betreft – de frequentieverdeling van de scores op de zes extra items van de attitudeschaal.

Alle vier de patiënten- en familievertegenwoordigers vinden het eerder positief tot zeer positief dat

- de BelRAI data bewaard worden op beveiligde servers,
- de BelRAI data gebruikt kunnen worden voor praktijkgericht en beleidsgericht onderzoek,
- er linken mogelijk zijn tussen het BelRAI dossier en het gedigitaliseerd patiëntendossier van de voorzieningen.

Drie van de vier patiënten- en familievertegenwoordigers staan er eerder positief tot zeer positief tegenover dat

- de BelRAI instrumenten ontwikkeld zijn op basis van wetenschappelijk onderzoek,
- de BelRAI instrumenten internationaal gevalideerd zijn,
- het BelRAI systeem een alternatief zou kunnen zijn voor andere registratiesystemen.



Figuur 16 De frequentieverdeling van de scores van de patiënten- en familievertegenwoordigers (n = 4) voor deel 4 van de attitudeschaal: Zes extra items.

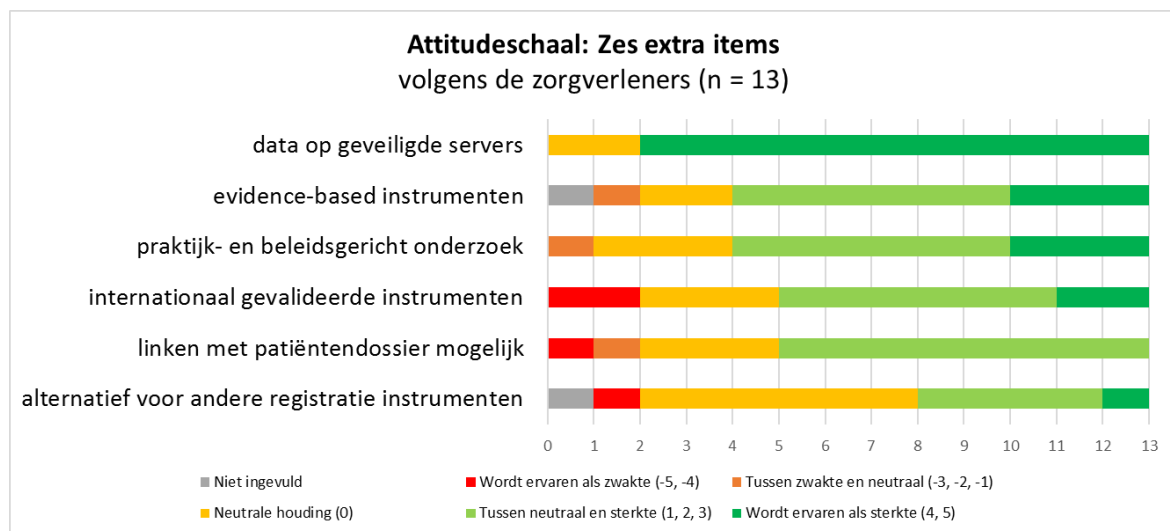
Figuur 17 toont – voor wat de groep van de zorgverleners betreft – de frequentieverdeling van de scores op de zes extra items van de attitudeschaal. Twee items zijn door één zorgverlener niet ingevuld.

Elf van de dertien zorgverleners staan er eerder positief tot zeer positief tegenover dat de BelRAI data bewaard worden op beveiligde servers.

Acht of negen op twaalf of dertien zorgverleners vinden het eerder positief tot zeer positief dat:

- de BelRAI instrumenten ontwikkeld zijn op basis van wetenschappelijk onderzoek (n = 9). Eén zorgverlener staat hier eerder negatief tegenover,
- de BelRAI data gebruikt kunnen worden voor praktijkgericht en beleidsgericht onderzoek (n = 9). Eén zorgverlener staat hier eerder negatief tegenover,
- de BelRAI instrumenten internationaal gevalideerd zijn (n = 8). Twee zorgverleners vinden dit zeer negatief,
- linken mogelijk zijn tussen de BelRAI dossiers en de gedigitaliseerde patiëntendossiers van de voorzieningen (n = 8). Twee zorgverleners vinden dit eerder negatief tot zeer negatief.

Vijf van de twaalf zorgverleners die dit item hebben ingevuld, staan er eerder positief tot zeer positief tegenover dat het BelRAI systeem een alternatief kan zijn voor andere registratiesystemen. Eén zorgverlener staat hier zeer negatief tegenover.



Figuur 17 De frequentieverdeling van de scores van de zorgverleners (n = 13) voor deel 4 van de attitudeschaal: Zes extra items

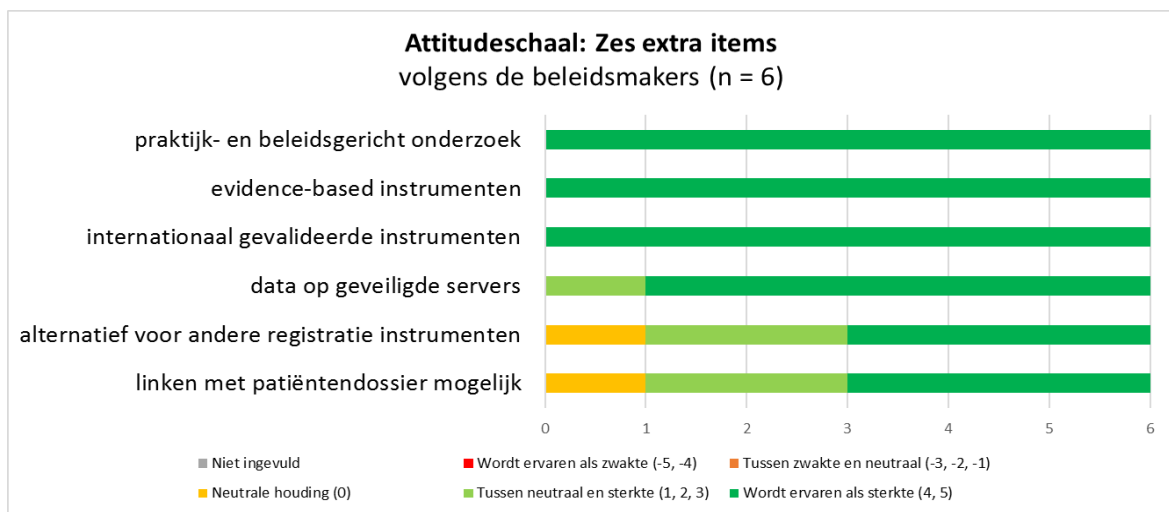
Figuur 18 toont – voor wat de groep van de beleidsmakers betreft – de frequentieverdeling van de scores op de zes extra items van de attitudeschaal.

Alle beleidsmakers staan er zeer positief tegenover dat:

- de BelRAI instrumenten ontwikkeld zijn op basis van wetenschappelijk onderzoek (n = 6),
- de BelRAI instrumenten internationaal gevalideerd zijn (n = 6),
- de BelRAI data gebruikt kunnen worden voor praktijk- en beleidsgericht onderzoek (n = 6),
- de BelRAI data bewaard worden op beveiligde servers (n = 5).

Vijf van de zes beleidsmakers vinden het eerder positief tot zeer positief dat

- het BelRAI systeem een alternatief kan zijn voor andere registratiesystemen,
- er linken mogelijk zijn tussen het BelRAI dossier en gedigitaliseerde patiëntendossiers van voorzieningen.



Figuur 18 De frequentieverdeling van de scores van de beleidsmakers (n = 6) voor deel 4 van de attitudeschaal: Zes extra items

Tabel 6 toont de mediaanscores per doelgroep op zes extra items die geen deel uitmaken van de 3 andere delen van de attitudeschaal. Wanneer een stelling niet door alle personen van de doelgroep werd ingevuld, staat dit aangeduid in de tabel.

Tabel 6 Mediaanscores per doelgroep op de stellingen van het vierde deel van de attitudeschaal: Zes extra items

Zes extra items	coördinatoren (n = 22)	patiënten- en familie vertegenwoordigers (n = 4)	zorgverleners (n = 13)	beleidsmakers (n = 6)
alternatief voor andere registratie instrumenten	2 (n = 19)	2,5	0 (n = 12)	3,5
evidence-based instrumenten	3 (n = 19)	4	2,5 (n = 12)	4,5
internationaal gevalideerde instrumenten	3 (n = 19)	2,5	2	4,5
data op beveiligde servers	4 (n = 21)	4,5	5	4,5
linken met patiëntendossier mogelijk	3 (n = 19)	3,5	1	3,5
praktijk- en beleidsgericht onderzoek	4 (n = 18)	3,5	2	5

De mediaanscores tonen dat de beleidsmakers – in vergelijking met de drie andere doelgroepen – het meest positief staan ten opzichte van deze zes extra stellingen. De zorgverleners staan er het minst positief tegenover.

2.2 Resultaten van de expertpanels en de focusgroep met betrekking tot onderzoeksvraag 1: Hoe staan de betrokken doelgroepen ten opzichte van het gebruik van het BelRAI beoordelingssysteem in de GGZ in Vlaanderen

Om deze kwalitatieve resultaten te bespreken, maken we een onderverdeling gelijklopend met de indeling van de attitudeschaal: (1) het gebruik van de BelRAI GGZ instrumenten, (2) de ondersteuning van de continuïteit en integratie van de zorg(planning); (3) groepsstatistieken, kwaliteitsmonitoring en zorgzwaartecategorieën en (4) extra zaken. De kwalitatieve data komen voort uit de expertpanels met beleidsmakers en vertegenwoordigers van cliënten en hun familie, uit de focusgroep met de zorgverleners en uit de antwoorden op de open vraag van de attitudeschaal. In deze paragraaf worden de visies van de betrokken doelgroepen besproken voor zover deze niet bevestigd werden in de attitudeschaal, en voor zover ze daar een aanvulling op vormen.

2.2.1 Het gebruik van de BelRAI GGZ instrumenten

Tabel 7 geeft een overzicht van de sterktes en zwaktes met betrekking tot het gebruik van de BelRAI GGZ instrumenten die werden vernoemd en die niet werden bevestigd in de attitudeschaal. Per sterkte en zwakte wordt aangegeven welke doelgroep(en) deze aangehaald hebben tijdens de expertpanels, de focusgroep of als antwoord op de open vraag van de attitudeschaal.

Tabel 7 Bijkomende sterktes en zwaktes van het gebruik van de BelRAI GGZ instrumenten volgens één of meerdere van de vier doelgroepen

Sterktes
1. Zowel beleidsmakers als vertegenwoordigers van patiënten en hun familie vinden het een sterkte dat de BelRAI instrumenten generieke instrumenten zijn: ze meten niet alleen het psychische functioneren, maar ook het fysieke en het sociale functioneren. Beleidsmakers benadrukken dat zij de sectie rond de fysieke problemen een belangrijk domein vinden aangezien er hieraan in de GGZ te weinig aandacht wordt gegeven.
2. De patiënten- en familievertegenwoordigers vinden dat het hulpverlenersperspectief noodzakelijk is voor de beoordeling van de zorgnoden en het functioneren van een cliënt, aangezien cliënten volgens hen zich vaak anders en beter voordoen dan ze zich voelen.
3. Vertegenwoordigers van patiënten en hun familie vermoeden dat via de BelRAI GGZ beoordeling het eenvoudiger wordt om moeilijke zaken bespreekbaar te maken . Het gaat niet enkel om zaken die voor de persoon moeilijk bespreekbaar zijn, maar ook om zaken waar de familie tegenaan botst.
Zwaktes
1. Zowel beleidsmakers, coördinatoren, vertegenwoordigers van patiënten en hun familie als zorgverleners vinden het een fundamenteel gemis dat de herstelvisie ontbreekt in de BelRAI instrumenten. De BelRAI instrumenten focussen zich op de noden terwijl men zich binnen de herstelvisie focust op de vraag en de behoeften van de persoon. Enkele zorgverleners geven aan dat de BelRAI instrumenten wel complementair kunnen zijn met de herstelvisie. Het item dat peilt naar wat volgens de persoon zelf de behandeldoelen zijn, vinden de zorgverleners allemaal een belangrijk item van het BelRAI CMH instrument.

2.	Zowel beleidsmakers, coördinatoren, vertegenwoordigers van patiënten en hun familie als zorgverleners vinden het een zwakte dat de BelRAI instrumenten voornamelijk vanuit het hulpverlenersperspectief worden ingevuld. Het cliënten- en familieperspectief komt er niet (voldoende) in aan bod. Als ideale oplossing geven de patiënten- en familievertegenwoordigers aan dat de BelRAI GGZ beoordeling uit drie delen zou moeten bestaan: de BelRAI beoordeling ingevuld vanuit het zorgverlenersperspectief, de BelRAI beoordeling ingevuld vanuit het perspectief van de familie en de BelRAI beoordeling ingevuld vanuit het cliëntenperspectief.
3.	De zorgverleners en de beleidsmakers vinden het een zwakte van de BelRAI instrumenten dat de sterktes van de cliënt te weinig aan bod komen . Dat een persoon bijvoorbeeld verbaal of visueel sterk is, of juist zeer sportief is, moet mee opgenomen kunnen worden in een begeleidingsplan. De beleidsmakers geven ook aan dat de BelRAI instrumenten mee moeten evolueren met de nieuwe visies en definities vanuit de WHO. Zo kan er bijvoorbeeld binnen interRAI nagedacht worden of het mogelijk is om een 'self-assessment' instrument te ontwikkelen.
4.	Zorgverleners vinden het een zwakte dat de BelRAI instrumenten de zorgnoden van de cliënten beoordelen. De instrumenten zijn te symptoom- en probleemgericht . Het valt de zorgverleners op dat een aantal items van de BelRAI GGZ instrumenten negatief gesteld worden, dus erg probleemgericht.
5.	De zorgverleners zijn bezorgd dat door het gebruik van het BelRAI systeem de face-to-face communicatie tussen de hulpverleners gaat wegvallen, en dat de cliënt teveel " geobjectiveerd " gaat worden (persoonlijk ervaringen kunnen niet voldoende beschreven worden).
6.	Voor de beleidsmakers en de zorgverleners is het niet duidelijk hoe er bij het invullen van de beoordelingsinstrumenten dient omgegaan te worden met de verschillende bronnen van gegevensverzameling (informatie van de cliënt, de naasten, observatie van verschillende hulpverlener).

Naast deze bijkomende sterktes en zwaktes met betrekking tot de BelRAI GGZ instrumenten werden in de expertpanels en focusgroep ook enkele aandachtspunten aangehaald in verband met het gebruik van de BelRAI GGZ instrumenten. Deze worden opgesomd in tabel 8.

Tabel 8 Bijkomende aandachtspunten in verband met het gebruik van de BelRAI GGZ instrumenten volgens één van de vier doelgroepen

Aandachtspunten	
1.	Het hanteren van drie dagen observatieperiode bij het invullen van de BelRAI items is volgens de beleidsmakers moeilijk te realiseren aangezien de zorgverleners de personen vaak geen drie achtereenvolgende dagen kunnen observeren. Beleidsmakers stellen zich de vraag hoe de zorgverleners dan moeten antwoorden op de items aangezien ze de informatie niet hebben. Hierover moet duidelijkheid komen.
2.	Beleidsmakers geven aan dat belangrijk is om duidelijke afspraken te maken rond welke BelRAI GGZ instrumenten er moeten ingevuld worden en met welke frequentie dit dient te gebeuren.
3.	Vertegenwoordigers van patiënten en hun familie besluiten dat het zeer belangrijk is dat de zorgverleners goed opgeleid worden. Dit is niet enkel nodig voor het correct invullen van de items, zodat de zorgverleners observaties invullen en geen meningen. Maar dit is ook nodig voor het correct gebruik van de BelRAI GGZ instrumenten over de organisaties heen.
4.	Om de duur van het invullen van de BelRAI GGZ instrumenten te kunnen verkorten, stellen de zorgverleners voor dat de inhoud van de instrumenten opgedeeld wordt in onderdelen waarvan met één vraag telkens kan nagegaan worden of het nodig is om dat onderdeel voor die specifieke persoon in te vullen.

2.2.2 De ondersteuning van de continuïteit en integratie van de zorg(planning)

Tabel 9 geeft een overzicht van de sterktes en zwaktes van het BelRAI systeem – die niet bevroegd werden in de attitudeschaal – met betrekking tot de ondersteuning van de continuïteit en integratie van de zorg(planning). Per sterkte en zwakte wordt aangegeven welke doelgroep(en) deze aangehaald hebben tijdens de expertpanels, de focusgroep of als antwoord op de open vraag van de attitudeschaal.

Tabel 9 Bijkomende sterktes en zwaktes van het BelRAI systeem met betrekking tot de ondersteuning van de continuïteit en integratie van de zorg(planning)

Sterktes
1. De beleidsmakers en de patiënten- en familievertegenwoordigers vinden het een sterkte dat de BelRAI kan gebruikt worden als opvolgdocument , niet enkel binnen de GGZ maar ook over de zorgsectoren heen, doordat een aantal domeinen van functioneren bevroegd worden in alle BelRAI instrumenten. Dit komt de continuïteit van zorg ten goede.
2. De beleidsmakers en de patiënten- en familievertegenwoordigers vinden het een sterkte dat de cliënten niet meer zo vaak dezelfde vragen dienen te beantwoorden doordat verschillende zorgverleners de situatie van de cliënt zullen kennen.
3. De beleidsmakers en de patiënten- en familievertegenwoordigers vinden het een sterkte dat het BelRAI systeem de zorgverleners stimuleert tot communicatie en multidisciplinair overleg , zowel binnen teams als over voorzieningen heen.
4. De zorgverleners vinden het een sterkte van het BelRAI systeem dat zorgverleners naar elkaar toe transparant zijn over de informatie die ze hebben verzameld over cliënten. Zo kan het voor de nieuwe zorgverlener van een persoon goed zijn te weten dat deze persoon een traumatische voorgeschiedenis heeft (maar zie ook punt 3. bij zwaktes).
5. Enkele zorgverleners geloven dat het gebruik van de BelRAI GGZ instrumenten structuur kan bieden voor het opstellen van een behandelingsplan . Ze vinden het goed dat de BelRAI instrumenten de zaken objectiveren en dat het behandelplan dan niet meer met de ‘natte vinger’ wordt opgesteld (maar zie ook punt 4. bij zwaktes).
6. De coördinatoren vinden het een sterkte van het BelRAI systeem dat de cliënt aan de dossierbeheerder kan vragen om bepaalde zorgverleners geen toegang te geven tot het BelRAI dossier.
Zwaktes
1. De zorgverleners en de patiënten- en familievertegenwoordigers zijn bezorgd dat door het delen van informatie uit het BelRAI dossier de stigmatisering van de cliënt kan toenemen. Zo kunnen fysieke klachten bijvoorbeeld minder of niet au serieux genomen worden als zorgverleners zien dat de betreffende persoon in het verleden een angst- of depressieproblematiek heeft gehad. De vertegenwoordigers geven tegelijkertijd aan dat dit een zwakte is van onze samenleving en niet van het BelRAI systeem an sich.
2. De beleidsmakers en de patiënten- en familievertegenwoordigers zijn bezorgd om de privacy van de cliënten door de gegevensdeling tussen de hulpverleners. De vertegenwoordigers geven aan dat het zeer belangrijk zal zijn om de zorgverleners te blijven wijzen op het beroepsgeheim bij het uitwisselen van cliëntgegevens.
3. Zorgverleners zijn ongerust dat door de gegevensdeling de cliënten geen ‘frisse start’ meer kunnen maken in een nieuw behandelteam. Een nieuwe zorgverlener hoeft bijvoorbeeld niet te

weten dat een persoon in het verleden strafrechtelijke feiten heeft gepleegd. Daarnaast zijn zorgverleners ongerust dat bepaalde cliënten **geweigerd zullen worden voor behandeling** wanneer bepaalde gegevens bekend zijn (maar zie ook punt 4. bij sterktes).

4. Enkele zorgverleners vinden dat de BelRAI GGZ instrumenten **niet gebruikt mogen worden** voor het structureren van een **teamvergadering** aangezien de instrumenten grotendeels focussen op zorgnoden en veel minder op sterktes (maar zie ook punt 5. bij sterktes).

5. De coördinatoren vinden het een zwakte dat (tot nog toe) de **cliënt en zijn naasten geen toegang** hebben tot het BelRAI dossier en ook geen beheerrechten hebben.

Naast deze bijkomende sterktes en zwaktes van het BelRAI systeem met betrekking tot de ondersteuning van de continuïteit en integratie van de zorg(planning) werden in de expertpanels en focusgroep ook enkele aandachtspunten hieromtrent aangehaald. Deze worden opgesomd in tabel 10.

Tabel 10 Bijkomende aandachtspunten in verband met de ondersteuning van de continuïteit en integratie van de zorg(planning) aan de hand van het BelRAI systeem

Aandachtspunten

1. Het is onduidelijk voor de beleidsmakers wie de **dossierbeheerder** is van de persoon en wie er in de praktijk zal starten met het invullen van **een eerste BelRAI GGZ beoordeling**.

2. Gezien de pro's en contra's die de zorgverleners ervaren in verband met de gegevensoverdracht tussen zorgverleners, besluiten ze dat het uiterst belangrijk is dat de **gegevensoverdracht steeds in samenspraak met de persoon** gebeurt.

2.2.3 Groepsstatistieken, kwaliteitsmonitoring en zorgzwaartecategorieën

Tabel 11 geeft een overzicht van de sterktes en zwaktes met betrekking tot het gebruik van de groepsstatistieken, de kwaliteitsindicatoren en de zorgzwaartecategorieën die niet bevraagd worden in de attitudeschaal. Per sterkte en zwakte wordt aangegeven welke doelgroep(en) deze aangehaald hebben tijdens de expertpanels, de focusgroep of als antwoord op de open vraag van de attitudeschaal.

Tabel 11 Bijkomende sterkte en zwakte van het BelRAI systeem met betrekking tot de groepsstatistieken, de kwaliteitsindicatoren en de zorgzwaartecategorieën die berekend kunnen worden op basis van de BelRAI data

Sterkte
1. De beleidsmakers vinden het een sterkte van het BelRAI systeem dat de BelRAI data gebruikt kunnen worden door de verschillende groepen die betrokken zijn bij de GGZ : cliënten, zorgverleners, zorgmanagers en beleidsmakers.
Zwakte
1. De patiënten- en familievertegenwoordigers zijn bezorgd dat de BelRAI data gemanipuleerd zullen worden indien hieraan financiering van de zorg zou gekoppeld worden.

2.2.4 Aanvullende sterktes en zwaktes

Een laatste sterkte en een laatste zwakte worden aangehaald door de beleidsmakers. Deze worden opgesomd in tabel 12.

Tabel 12 Aanvullende sterkte en zwakte aangehaald door de beleidsmakers

Aanvullende sterkte aangehaald door de beleidsmakers
Het is positief dat de implementatie van het BelRAI systeem een stap vooruit zou betekenen in de richting van het werken met één globaal dossier binnen de gezondheidszorg.
Aanvullende zwakte aangehaald door de beleidsmakers
Het is een zwakte dat het BelRAI systeem top-down moet ingevoerd worden. Dit zal weerstand oproepen bij de hulpverleners.

2.3 Discussie met betrekking tot onderzoeksvraag 1: Hoe staan de verschillende doelgroepen ten opzichte van het gebruik van de BelRAI beoordelingssysteem in de GGZ in Vlaanderen?

De visie over het gebruik van het BelRAI beoordelingssysteem – kortweg BelRAI genoemd - in de GGZ in Vlaanderen werd bevraagd bij vier betrokken doelgroepen:

1. coördinatoren van voorzieningen, GGZ netwerken en patiënten- en familieplatform. Op het einde van de workshop waarin informatie werd gegeven over BelRAI en over deze studie vulden zij de attitudeschaal in;

2. patiënten- en familievertegenwoordigers. Hun visie werd bevestigd tijdens een expertpanel waarin ook informatie werd gegeven over BelRAI en over deze studie. Op het einde van dit panel vulden zij dezelfde attitudeschaal in;
3. zorgverleners. Nadat zij de BelRAI GGZ instrumenten hadden ingevuld voor ongeveer vijf cliënten werd naar hun visie op het gebruik van het BelRAI beoordelingsinstrument gevraagd tijdens een focusgroep. Op het einde van deze focusgroep vulden zij ook dezelfde attitudeschaal in;
4. beleidsmakers. Hun visie op het gebruik van het BelRAI beoordelingsstelsel werd bevestigd tijdens twee expertpanels. Op het einde van het tweede expertpanel waarin de resultaten van deze studie werden besproken, vulden zij ook dezelfde attitudeschaal in.

De eigenschappen van het BelRAI stelsel die betrekking hebben op het gebruik van BelRAI resultaten, groepsstatistieken, kwaliteitsindicatoren en zorgzwaartecategorieën werden door de vier doelgroepen beoordeeld op basis van informatie die ze daarover van de onderzoekers hebben gekregen; niet op basis van eigen ervaringen met het gebruik daarvan. Op het moment van de studie was de BelRAI software immers nog niet voor handen, en waren de BelRAI GGZ instrumenten nog niet voor voldoende personen in een voorziening of regio ingevuld opdat groepsstatistieken, kwaliteitsindicatoren of zorgzwaartecategorieën zouden kunnen berekend worden.

Met betrekking tot de BelRAI GGZ instrumenten zijn de vier doelgroepen het erover eens dat de instrumenten te weinig gebaseerd zijn op de herstelvisie. Deze visie heeft de voorbije jaren – zowel nationaal als internationaal - sterk ingang gevonden binnen de GGZ en wordt vrij breed gedragen door de cliënten en hun naasten als ook door de hulpverleners. De BelRAI instrumenten bevragen inderdaad grotendeels de zorgnoden en de mate van functioneren van de persoon. Mogelijkheden en sterktes van de persoon komen in veel mindere mate aan bod. Daarenboven gebeurt de BelRAI beoordeling hoofdzakelijk vanuit het hulpverlenersperspectief. Dat is inderdaad het geval, maar dat is ook de bedoeling van interRAI. Het perspectief van de cliënt is uiteraard bijzonder belangrijk. De internationale interRAI onderzoeksgroep die instaat voor de ontwikkeling en validatie van alle interRAI instrumenten werkt daarom momenteel ook aan een zelf-rapporteringinstrument waarin de sterktes en de mogelijkheden van de cliënt aan bod komen. Daarnaast mag echter ook de waarde van het professionele perspectief niet onderschat worden. Een zorgplan is best gebaseerd op de herstelvisie en de doelstellingen van de cliënt, maar zorgprofessionals moeten tevens een beeld hebben van het huidige functioneren en de zorgnoden van die persoon om zo te kunnen kijken wat er nodig is om die doelstellingen en het herstel te kunnen bewerkstelligen. De combinatie van al deze informatie helpt om een passend en gedeeld zorgplan op te stellen.

De betrokken beleidsmakers, patiënten- en familievertegenwoordigers plaatsen eveneens enkele kanttekeningen bij de visie over het ontbreken van de herstelvisie in de BelRAI GGZ instrumenten. De patiënten- en familievertegenwoordigers geven aan dat het hulpverlenersperspectief noodzakelijk is bij de beoordeling van de zorgnoden en het functioneren van cliënten, naast dat van de persoon zelf en dat van de naasten. Zij vinden daarenboven – samen met de beleidsmakers – dat de generieke aard van de BelRAI instrumenten een sterkte is van de instrumenten. Vele levensdomeinen komen erin aan bod, ook de fysieke gezondheid. De beleidsmakers onderstrepen dat dit laatste erg belangrijk is omdat zorgverleners binnen de GGZ vaak te weinig aandacht besteden aan de fysieke gezondheid van hun cliënten. Deze visie van de beleidsmakers strookt met hetgeen internationaal onderzoek hierover aantoonde (bijvoorbeeld Adriaensen, Pieters, & De Lepeleire, 2011; Thornicroft, 2011).

In lijn met de herstelvisie evalueerden de zorgverleners het gebruik van het Quality of Life instrument als het meest positief. Het merendeel is redelijk tot zeer tevreden over deze vragenlijst. Over het gebruik

van het BelRAI Community Mental Health instrument zijn de meningen verdeeld, hetgeen niet verwondert gezien de visie die hierboven geschetst is. Hetzelfde geldt voor het gebruik van de BelRAI supplementen bij het Community Mental Health instrument.

De zorgverleners en coördinatoren zijn behoorlijk ongerust over de tijd die het invullen van de BelRAI instrumenten in beslag neemt en over de werkbelasting dat dit in de toekomst met zich kan meebrengen. Het is inderdaad enerzijds zo dat de instrumenten behoorlijk lijk zijn. Anderzijds dienen enkele kanttekeningen hierbij geplaatst te worden. In deze pilootstudie hebben de zorgverleners nog niet voldoende ervaring kunnen opdoen met het invullen van de instrumenten om hierin geroutineerd te kunnen zijn. Daarenboven werden de instrumenten gehanteerd als een gestructureerd interview met de cliënt (zie resultaten onderzoeksvraag 2), hetgeen veel tijd in beslag genomen heeft. De BelRAI beoordeling is echter grotendeels bedoeld als een observatie-instrument, ingevuld door de hulpverleners. Ten slotte ging het tijdens deze pilootstudie steeds om een eerste BelRAI GGZ beoordeling voor elke cliënt. Bij volgende BelRAI beoordelingen voor diezelfde cliënten zal het invullen van de instrumenten minder tijd in beslag nemen omdat dan niet alle items opnieuw zullen ingevuld moeten worden.

Met betrekking tot het gebruik van de BelRAI resultaten verwachten de patiënten- en familie-vertegenwoordigers dat moeilijke zaken met betrekking tot de toestand en/of de behandeling van de cliënt eenvoudiger bespreekbaar zullen worden met de cliënt en zijn naasten aan de hand van de BelRAI GGZ resultaten. Aansluitend hierbij vinden de vier doelgroepen het positief dat er via de software ondersteuning onmiddellijk na het invullen van de BelRAI instrumenten een overzicht wordt gegeven van de resultaten. De meeste doelgroepen staan ook positief ten opzichte van de volgende stap: op basis van deze evidence-based resultaten een zorgplan opstellen of aanpassen. Enkel de zorgverleners hebben hier uiteenlopende meningen over. Sommigen zijn hier enthousiast over omdat ze het belangrijk vinden om hun begeleidingsplan te baseren op wetenschappelijk onderbouwde kennis. Anderen staan hier weigerachtig tegenover omdat ze vrezen dat hierdoor de persoonlijke ervaringen van de cliënt niet meer voldoende richting zullen geven aan de inhoud van de begeleidingsplannen. We willen hierbij opmerken dat de BelRAI beoordeling wetenschappelijk onderbouwde informatie op basis van de visie van de hulpverleners wil aanreiken voor het opstellen van het begeleidingsplan. Zoals eerder aangegeven, is andere informatie uiteraard minstens even belangrijk, zoals de persoonlijke ervaringen van de cliënt, zijn sterktes en zijn mogelijkheden en de visies van de naasten van de cliënt. De BelRAI resultaten genereren ook geen automatisch zorgbegeleidingsplan. Het is mogelijk dat twee cliënten met dezelfde BelRAI resultaten, toch een behoorlijk verschillend begeleidingsplan hebben omdat de informatie uit deze drie perspectieven moet samengebracht worden bij het opstellen van het begeleidingsplan.

Met betrekking tot het delen van de BelRAI resultaten tussen zorgverleners die betrokken zijn bij de zorg voor een bepaalde cliënt, zijn alle doelgroepen het erover eens dat hier professioneel, omzichtig en rekening houdend met het (gedeeld) beroepsgeheim dient mee omgegaan te worden. Alle doelgroepen verwachten enerzijds dat het delen van de BelRAI resultaten de communicatie tussen de zorgverleners zal verbeteren, en vinden dit belangrijk. Wanneer bij het invullen van de BelRAI beoordeling blijkt dat enkele zorgverleners het niet eens zijn met elkaar over hoe bepaalde items moeten ingevuld worden, is het trouwens goed dat dit duidelijk wordt. In dat geval kan immers overleg hierover – liefst in het bijzijn van de cliënt en eventueel zijn context - voorzien worden. Anderzijds zien vooral de zorgverleners enkele gevaren van het delen van de BelRAI data. Door de resultaten – die vooral probleemgericht zijn – te delen tussen zorgverleners, kan de stigmatisering van de cliënt toenemen. Dit valt inderdaad niet uit te sluiten aangezien ook bij (GGZ) hulpverleners – net zoals in de brede samenleving, de cliënten inclusief –

stigmatisering bestaat ten opzichte van personen met een psychische kwetsbaarheid (Corker et al., 2013; Hansson, Jormfeldt, Svedberg, & Svensson; 2011; Lauber, Nordt, Braunschweig, & Rössler, 2006). Zoals de patiënten- en familievertegenwoordigers aangeven is dit echter een probleem van de maatschappij, en niet van het BelRAI systeem op zich. De zorgverleners zijn ook ongerust dat door het delen van de BelRAI resultaten een mogelijke nieuwe hulpverlener niet meer bereid zou zijn om de betreffende cliënt in behandeling te nemen. Indien dit zou gebeuren, zou dit inderdaad een negatief effect zijn van het gebruik van BelRAI. Anderzijds zou onderzoek op de BelRAI data deze praktijk aan het licht kunnen brengen, hetgeen de aanpak van dit probleem hoog op de agenda van de GGZ sector en van het GGZ beleid zou kunnen plaatsen.

Alle doelgroepen – maar de beleidsmakers in de sterkste mate – staan eerder positief ten opzichte van (1) de berekening van groepsstatistieken voor het karakteriseren van cliëntengroepen en de zorgpaden ervan, (2) de berekening van kwaliteitsindicatoren, en (3) de berekening van zorgzwaartecategorieën voor regionale en internationale benchmarking, of benchmarking binnen de GGZ voorzieningen. Alle doelgroepen staan echter het minst positief ten opzichte van de idee dat financiering van de zorg zou bepaald worden op basis van de zorgzwaartecategorieën. Zorgverleners en patiënten- en familievertegenwoordigers vinden dit geen goed idee. Patiënten- en familievertegenwoordigers zijn erg ongerust dat in deze situatie de BelRAI data gemanipuleerd zouden kunnen worden.

Ten slotte staan alle vier de doelgroepen er positief tegenover dat de cliënt toestemming moet geven voor de opstart van een BelRAI dossier, en dat dit beheerd wordt door een zorgverlener die centraal staat in de zorg voor de betreffende cliënt. De coördinatoren vinden het positief dat de cliënt kan aangeven bij de dossierbeheerder dat een bepaalde zorgverlener geen toegang (meer) kan krijgen tot het BelRAI dossier. De coördinatoren vinden het echter een zwakte van het BelRAI systeem dat de cliënt en zijn naasten zelf geen rechtstreekse toegang hebben tot het dossier, en dit ook zelf niet kunnen beheren. Zeker ook in het kader van de herstelvisie is het belangrijk om dit aspect bij de privacy commissie terug aan te kaarten. Het is immers deze commissie die dit tot nu toe niet heeft toegestaan.

3 Resultaten en discussie onderzoeksvraag 2: Wat zijn de gebruiksmogelijkheden van de BelRAI GGZ instrumenten in de zorg voor mensen met een ernstige psychische aandoening en/of verslaving in Vlaanderen.

Bij de eerste onderzoeksvraag werden reeds enkele zaken besproken over hoe zorgverleners staan ten opzichte van het gebruik van de BelRAI GGZ instrumenten. Bij de tweede onderzoeksvraag staan we stil bij bijkomende gebruiksmogelijkheden die de zorgverleners hebben ervaren tijdens het effectief invullen van de BelRAI GGZ instrumenten in de zorgpraktijk. Het gaat voornamelijk om het nut van de BelRAI instrumenten en de haalbaarheid om deze instrumenten te gebruiken in de praktijk. Tijdens zowel de supervisies als de focusgroep kwamen er naast deze gebruiksmogelijkheden ook aspecten naar boven die te maken hebben met de indrukvaliditeit. Vooraleer de gebruiksmogelijkheden te bespreken, beschrijven we voor hoeveel personen er BelRAI GGZ instrumenten zijn ingevuld en op welke manier de zorgverleners de BelRAI GGZ instrumenten hebben ingevuld.

3.1 Aantal ingevulde BelRAI GGZ instrumenten en methode van invullen tijdens deze studie

Tien organisaties hebben voor vijf personen de BelRAI GGZ instrumenten ingevuld. De andere drie organisaties hebben de instrumenten ingevuld voor drie, vier en vier personen. De reden waarom het quotum van vijf personen niet is gehaald, is niet gekend. De onderzoekers hebben de ingevulde BelRAI GGZ instrumenten niet gezien, omwille van de privacy en aangezien dit niet het opzet van de studie was. We weten bijgevolg ook niet in welke mate de BelRAI GGZ instrumenten volledig zijn ingevuld en of er bepaalde items systematisch niet zijn ingevuld.

De meeste zorgverleners hebben de BelRAI GGZ instrumenten gehanteerd als een gestructureerd interview, waarbij elk item met de cliënt overlopen werd. Deze werkwijze vonden ze belangrijk aangezien de zorgverleners een open communicatie met de persoon uitermate belangrijk vinden. Ze staan erop dat de cliënten participeren in het werk van de zorgverleners, wat voor hen ook inhoudt dat de persoon mee de BelRAI GGZ instrumenten invult en dus alle items mee overloopt. Ze verwoorden het als *'de persoon stuurt en wij als zorgverlener zitten langs de persoon'*. Indien de antwoorden van de cliënt niet overeenkwamen met de visie van de zorgverlener, werd gezocht naar een gedeeld antwoord of werd het antwoord van de cliënt ingevuld. In één organisatie is er, na akkoord van de cliënt, één BelRAI CMH ingevuld op basis van wat de zorgverlener wist van de cliënt, zonder de cliënt te betrekken bij de gegevensverzameling.

In drie organisaties hebben de zorgverleners de BelRAI GGZ instrumenten ingevuld aan de hand van observaties, aangevuld met gesprekken met de cliënten, zoals het eigenlijk bedoeld is. In een eerste organisatie werden enkel de specifieke items die bij de cliënt moeten bevroegd worden, voorgelegd aan de cliënt (de items met 'Vraag aan de cliënt...'). In een tweede organisatie heeft een zorgverlener eerst de zaken die hij wist zelf ingevuld en nadien heeft hij een gesprek met de cliënt gehouden om de hiaten te vullen. De hiaten hadden vooral betrekking op de items die vragen naar zelfgemelde stemming en op de items die betrekking hebben op de afgelopen drie dagen. Zo wist de zorgverlener bijvoorbeeld dat een persoon angstig was, maar hij heeft dan bij de persoon nagevraagd of die angst ook aanwezig was in de laatste drie dagen. Ook in de derde organisatie werden de items waarop de zorgverlener het antwoord wist, vooraf ingevuld, en de andere items werden aan de cliënt voorgelegd. In deze organisatie zijn een deel secties niet ingevuld omdat de zorgverlener van mening was dat de gegevensverzameling voor deze secties niet behoorden tot haar takenpakket. Het gaat bijvoorbeeld over de secties rond de

(instrumentele) activiteiten van het dagelijkse leven. Deze zorgverlener was door onvoorzienbare omstandigheden niet aanwezig op de opleidingsdag.

3.2 Nut van de BelRAI GGZ instrumenten

Tijdens het invullen van de BelRAI GGZ instrumenten ondervonden de zorgverleners dat de BelRAI GGZ instrumenten op een aantal domeinen nuttig kunnen zijn.

Allereerst stelden de zorgverleners vast dat sommige mensen tijdens het invullen van een BelRAI GGZ beoordeling spontaan hun verhaal beginnen te vertellen. Sommige zorgverleners gaven aan dat de BelRAI items het gesprek met de cliënt stimuleerde. Zo begonnen personen te vertellen bij de sectie 'stressvolle gebeurtenissen'. Andere zorgverleners vonden dit moeilijk omdat ze alle informatie tijdens één gesprek moesten verzamelen waardoor ze de personen moesten onderbreken om naar de volgende vraag te gaan. Ze verwoordden het als: *"De cliënten beginnen te vertellen en als zorgverlener moet je dit gesprek stoppen omdat men de rest van de BelRAI nog moet invullen."*

Een tweede gerapporteerde gebruiksmogelijkheid van de BelRAI GGZ instrumenten is dat deze instrumenten een leidraad bieden om gevoelige materie of problemen te bespreken met de persoon en diens omgeving. Zo was het voor sommige zorgverleners eenvoudiger om gevoelige materie, zoals zaken rond de seksuele beleving en eerdere zelfmoordgedachten bij de persoon te bevragen. Daarnaast hadden zorgverleners de indruk dat BelRAI zijn nut kan hebben om met cliënten en familieleden die weinig ziekte-inzicht hebben, problemen te bespreken.

Tijdens het invullen van de BelRAI GGZ instrumenten werd ook duidelijk dat de BelRAI GGZ instrumenten een uitgebreid beeld kunnen geven van de persoon. Zorgverleners gaven aan dat er blinde vlekken zichtbaar werden. Zo wist men bijvoorbeeld niet dat een persoon zich graag als vrouw verkleedt of is men te weten gekomen dat een persoon in de voorbije drie dagen (en langer) geen enkel maaltijd had bereid en enkel chips had gegeten. Niet elke zorgverlener was opgezet met deze uitgebreide informatie en vond dit dan eerder 'overshooting'. Items zoals 'urine incontinentie' en 'ooit dader geweest van een seksueel geweld of aanranding' vond men overbodig, te privacy gevoelig en te confronterend. Ze gaven aan dat men deze zaken niet hoort te weten omdat men hierdoor de persoon op een andere manier gaat bekijken. Ze vonden dat hierdoor hun 'begeleidende' rol bemoeilijkt wordt.

Sommige zorgverleners geven aan dat de BelRAI GGZ instrumenten niet enkel een uitgebreider beeld geven bij gekende personen, maar ook een goed beeld kunnen geven bij nieuwe cliënten die men nog niet kent.

Voor de residentiële setting bleek BelRAI CMH niet altijd het juiste instrument. Zo gaven zorgverleners aan dat voor personen die behandeld worden in een residentiële setting de 'community' voornamelijk bestaat uit personen waarmee ze contact hebben binnen de zorgvoorzieningen waarbinnen ze wonen of waarbinnen ze opgenomen zijn. Bovendien zorgt de opname voor een vertekend beeld voor wat de instrumentele activiteiten van het dagelijkse leven betreft, zoals de maaltijdbereiding. Personen die zijn opgenomen (bijvoorbeeld binnen revalidatiecentra voor verslaving) scoren in de residentiële context afhankelijker dan ze in werkelijkheid zijn. Ten slotte geven de zorgverleners aan dat de sectie mantelzorg minder van toepassing is voor personen die opgenomen zijn (bijvoorbeeld in een psychiatrisch verzorgingstehuis) omdat deze personen vaak geen mantelzorger meer hebben.

Indien we kijken naar het nut van de BelRAI GGZ supplementen wordt duidelijk dat de zorgverleners geen meerwaarde zien in het gebruik van het Intellectual Disability, noch van het Functional

supplement. Zorgverleners vinden beide supplementen te veel overlap vertonen met het BelRAI CMH instrument. Ze geven ook aan dat in het Intellectual Disability supplement belangrijke domeinen ontbreken, zoals items rond het interpersoonlijke en over gewetens- en empathieontwikkeling.

Over het nut van het Addictions Supplement bestond er enige verdeeldheid tussen de zorgverleners. Zorgverleners die niet in de verslavingszorg werken vinden dat ze via het supplement een beter beeld krijgen m.b.t. de verslaving van de persoon. Wel vonden ze het criterium dat de diagnose afhankelijkheid moet gesteld zijn vooraleer men een Addictions Supplement kon invullen moeilijk, aangezien een diagnose wordt gesteld door een arts. Vaak weet iedereen dat een persoon een afhankelijkheidsprobleem heeft, maar is de diagnose niet officieel vastgelegd door een arts. Diezelfde zorgverleners vonden het ook niet correct dat er een Addictions Supplement moest ingevuld worden indien de persoon 'ooit, lang geleden' een afhankelijkheidsprobleem heeft gehad. Zorgverleners die daarentegen in de verslavingszorg werken, zijn minder positief over dit supplement, omdat het geen bijkomende informatie geeft m.b.t. de verslaving van een persoon. Enerzijds vinden deze zorgverleners het goed dat 'gamen' en 'internetverslaving' mee opgenomen worden als soorten verslaving, maar anderzijds missen ze meerdere andere soorten middelen. Niet enkel middelen maar ook andere aspecten, zoals het risicogedrag en de functie van het gebruik ontbreken volgens hen.

Algemeen zijn de zorgverleners zeer positief over de BelRAI QOL vragenlijst aangezien dit wordt ingevuld door de persoon zelf. Ze geven aan dat dit instrument meer 'hoopgevend' is en de start moet zijn voor een overleg. De zorgverleners gaven wel aan dat dit instrument nog verbeterd kan worden. Bepaalde items zouden volgens hen nog te moeilijk zijn voor sommige personen en sommige antwoordcategorieën zouden volgens de zorgverleners nog geoptimaliseerd moeten worden.

Samengevat hebben de BelRAI GGZ instrumenten nut op volgende domeinen:

- Door de BelRAI GGZ instrumenten te gebruiken, beginnen de personen spontaan hun verhaal te vertellen.
- Door de BelRAI GGZ instrumenten te gebruiken, heeft men als zorgverlener een leidraad om gevoelige materie of problemen te bespreken met de personen en diens familie.
- Door de BelRAI GGZ instrumenten te gebruiken krijgt men een uitgebreider beeld van de persoon.
- Voor residentiële organisaties lijkt de BelRAI MH beter van toepassing.
- Voor zorgverleners die niet werken in de verslavingszorg, geeft het Addictions Supplement een beter beeld van de verslavingsproblematiek van de persoon.
- De BelRAI QOL vragenlijst biedt belangrijke perspectieven aangezien het wordt ingevuld door de persoon zelf.

Volgende zaken geven geen bijkomend nut:

- Noch het Intellectual Disability, noch het Functional supplement zijn op dit moment bruikbaar.
- Voor zorgverleners die wel werken in de verslavingszorg geeft het Addictions Supplement geen of onvoldoende bijkomende informatie.

3.3 Haalbaarheid van de BelRAI GGZ instrumenten

Bij de bespreking van de resultaten op de eerste onderzoeksvraag werd reeds duidelijk dat de zorgverleners negatief staan ten opzichte van de tijdsinvestering (zeker 1,5 tot 2 uur) die nodig is om de BelRAI GGZ instrumenten in te vullen. Ze vinden dat het instrument te lijk is en stellen voor om te werken met opdelingen of supplementen.

De zorgverleners vinden het wel haalbaarder en eenvoudiger om BelRAI GGZ beoordelingen in te vullen voor verbaal sterke en gemotiveerde personen, bij personen die men kent en bij personen met wie men een vertrouwensrelatie heeft. De zorgverleners vrezen dan ook dat een BelRAI afname te confronterend zal zijn bij een eerste gesprek terwijl dit eerste gesprek juist een belangrijke start is. Ze verwoorden het als *'een intake moet een warm welkom zijn'*. Ze zien het ook niet haalbaar om BelRAI GGZ instrumenten af te nemen bij personen met een acute zorgvraag of bij personen in een crisissituatie. De zorgverleners vinden de BelRAI GGZ instrumenten vooral geschikt voor personen met langdurige zorgnoden

Om alle secties van de BelRAI GGZ instrumenten in te vullen is een multidisciplinaire aanpak nodig. Zo vonden de zorgverleners het belangrijk om een psychiater te betrekken om de DSM diagnose in te vullen. De items met betrekking tot de (instrumentele) activiteiten van het dagelijkse leven blijken voor psychologen moeilijk om in te vullen. Zeker bij wilsonbekwame personen vonden zorgverleners het belangrijk om meerderen zorgverleners en andere personen bij de BelRAI beoordeling te betrekken.

Samengevat zijn volgens de zorgverleners volgende bijkomende zaken rond haalbaarheid belangrijk om in acht te nemen:

- Hoe beter men de persoon kent, hoe eenvoudiger het is om een BelRAI GGZ instrument in te vullen.
- BelRAI GGZ instrumenten zijn voornamelijk bruikbaar bij personen met langdurige zorgnoden en zijn dus minder geschikt voor personen met een acute zorgvraag of voor personen die zich in crisis bevinden.
- Er is een multidisciplinaire aanpak nodig om de BelRAI GGZ instrumenten in te vullen.

3.4 Indruksvaliditeit van de BelRAI GGZ instrumenten

Zoals aangehaald in het hoofdstuk over de onderzoeksmethode was het in eerste instantie niet de bedoeling om data te verzamelen over de validiteit van het instrument aangezien het instrument reeds internationaal gevalideerd is. Toch kwamen er een deel zaken naar boven die betrekking hebben op de indruksvaliditeit van de BelRAI GGZ instrumenten. In het belang van een verdere implementatie van de BelRAI GGZ instrumenten, vonden we het belangrijk om deze zaken ook in dit rapport te benoemen.

Algemene opmerkingen:

- Zorgverleners vonden dat de BelRAI GGZ instrumenten onlogisch gestructureerd zijn.
- Zorgverleners vonden het een gemis dat men geen interacties kan weergeven, zoals de link tussen psychisch lijden en gebruik van middelen.
- Zorgverleners vonden dat de BelRAI GGZ instrumenten te gericht zijn op geriatrische cliënten. Zo vonden ze dat het lichamelijke luik te uitgebreid is. Ook termen zoals 'mantelzorg, komen naar hun gevoel uit de ouderenzorg en zijn niet of minder van toepassing in de GGZ.

Bepaalde items vonden de zorgverleners moeilijk om in te vullen:

- Zo hadden ze de indruk dat er in bepaalde items dubbele negaties staan zodat het niet meer duidelijk was of ze nu 'ja' of 'neen' moesten antwoorden. Bijvoorbeeld het item 'Geen vast woonverblijf in de laatste 2 jaar-bv. minimum 3 keer verhuisd, geen permanent adres, thuisloos/dakloos, verblijft in een opvangcentrum'. Het was niet steeds duidelijk of men hier nu JA of NEEN op moet antwoorden indien de cliënt geen vast woonverblijf heeft.
- Ook vonden ze het moeilijk om een item waarin twee situaties werden opgesomd te beantwoorden indien de persoon maar voldeed aan één van de twee situaties. Voorbeeld het item 'Zwaar inkomstenverlies of serieuze financiële problemen'.
- Bepaalde items vonden ze moeilijk om correct in te vullen omdat ze voor hun te vaag waren, bijvoorbeeld 'dronken' of 'risicovol gedrag'.
- De items met betrekking tot (instrumentele) activiteiten van het dagelijkse leven waren soms moeilijk om in te vullen omdat onduidelijk was wat als 'norm' moet beschouwd worden. Bijvoorbeeld het item 'Huishoudelijk werk- Hoe alledaags huishoudelijk werk wordt uitgevoerd, bv. afwassen, afstoffen, het bed opmaken, opruimen, de was doen'. Zorgverleners gaven aan dat het niet aan hen was om te bepalen dat dit elke dag moet gebeuren en wisten dan ook niet hoe dit item te scoren.
- Items met betrekking tot activiteiten van het dagelijkse leven wordt er een verschil gemaakt tussen de uitvoering en de capaciteit.
- Op itemniveau vonden de zorgverleners het verwarrend dat er verschillende observatieperiodes worden gebruikt in BelRAI. Zo hebben de meeste items betrekking op de laatste drie dagen, maar bij sommige items wordt gevraagd hoe de situatie was in de laatste veertien of dertig dagen.

Zorgverleners vonden het erg belangrijk om bepaalde woorden niet meer te gebruiken en dus aan te passen. Voorbeelden hiervan zijn:

- 'Start van de opname' → wijzigen in 'start van de begeleiding'
- De term 'psychische aandoening' vermijden en bijvoorbeeld wijzigen in 'psychisch kwetsbaar'
- 'Vrijheidsbeperkend verbod' → wijzigen in 'vrijheidsbeperkende maatregelen'
- In de verslavingszorg wordt een verslaving niet als een ziekte gezien, maar als een gedragsprobleem. Om die reden zouden ze graag de term 'ziekte' wijzigen in 'ziekte / verslaving'. Bijvoorbeeld in het item 'Familie of naaste vrienden geven aan erg van streek te zijn door de ziekte van de persoon'.

Bij de antwoordcategorieën waren er volgende opmerkingen:

- Zorgverleners missen de antwoordoptie 'niet van toepassing'
- Bij de sectie over de (instrumentele) activiteiten van het dagelijkse leven wordt gevraagd om zich te focussen op de laatste drie dagen. Ze vonden het dan vreemd dat de optie 'aanwezig, maar heeft zich in de laatste drie dagen niet voorgedaan' ook kan aangeduid worden.
- 'Gewichtsondersteunende hulp' bij (instrumentele) activiteiten van het dagelijkse leven is moeilijk om te begrijpen.
- Sommige zorgverleners vonden het moeilijk om de items te beantwoorden aan de hand van een cijfer.

3.5 Discussie over de gebruiksmogelijkheden van de BelRAI GGZ instrumenten

De gebruiksmogelijkheden van de BelRAI GGZ instrumenten in Vlaanderen zoals deze beoordeeld zijn door de zorgverleners die deelnamen aan deze studie, worden mee bepaald door de visies die de zorgverleners hebben op goede zorg. De zorgverleners halen bijvoorbeeld aan dat het gebruik van de BelRAI GGZ instrumenten verschillende cliënten ertoe aanzetten om spontaan hun verhaal te vertellen. Een aantal zorgverleners vinden dit positief, terwijl andere zorgverleners dit juist moeilijk vinden omdat dit wil zeggen dat ze het verhaal van deze cliënten af en toe moeten afbreken. Daarnaast geven de zorgverleners aan dat het gebruik van de BelRAI GGZ instrumenten een uitgebreid beeld geeft van het functioneren van de persoon. Ook hier bepaalt de visie van de zorgverlener op wat goede zorg is hoe deze gebruiksmogelijkheid van de BelRAI GGZ instrumenten wordt ervaren door de zorgverlener. Een aantal zorgverleners ervaren dit als zeer positief. Ze geven aan dat ze daardoor zicht krijgen op de “blinde vlekken” die ze hebben m.b.t. bepaalde cliënten en dat dit goed is voor de verdere behandeling en begeleiding die ze aanbieden. Zeker m.b.t. complexe zorgsituaties wordt dan ook verwacht dat de BelRAI instrumenten zullen helpen om de problemen en de noden met betrekking tot het functioneren van de persoon in kaart te brengen. Andere hulpverleners daarentegen vinden dat het gebruik van de BelRAI GGZ instrumenten leidt tot “overshooting”. Ze vinden een aantal bevraagde thema’s te confronterend of privacy-gevoelig om met de cliënt te bespreken. Of ze vinden dat ze bepaalde zaken m.b.t. de cliënt liever niet weten omdat dit “hun beeld van de cliënt zou kunnen beïnvloeden” hetgeen de verdere behandeling en begeleiding niet ten goede zou komen.

Vervolgens hebben de onderzoekers gemerkt dat de meerderheid van de zorgverleners in deze studie de BelRAI GGZ instrumenten niet op de vooropgestelde manier hebben ingevuld. De BelRAI GGZ instrumenten zijn in hoofdzaak observatie-instrumenten, en geen gestructureerde interviews waarbij elke vraag met de persoon overlopen wordt. De meerderheid van de items kunnen dus door observatie worden beantwoord en hoeven niet bevraagd te worden. Deze informatie uit observatie kan uiteraard aangevuld worden met informatie van de cliënt en/of zijn omgeving, maar het hulpverlenersperspectief blijft steeds aangehouden. Enkele vragen dienen daarentegen wel enkel aan de persoon zelf gevraagd te worden omdat ze peilen naar de beleving van bv. depressieve gevoelens. Bij deze items primeert het cliëntenperspectief. Dit staat dan steeds zo aangegeven in de BelRAI instrumenten. Enkele opmerkingen van de zorgverleners in verband met nut, haalbaarheid en indrukvaliditeit kunnen we plaatsen binnen het vaak verkeerd gebruik van de BelRAI GGZ instrumenten in deze exploratieve studie. Zo gaven de zorgverleners aan dat het eenvoudiger is om een BelRAI af te nemen bij verbaal sterke en gemotiveerde personen. Indien men BelRAI instrumenten gebruikt als gestructureerde interviews, begrijpen we deze opmerking. BelRAI instrumenten zijn in hoofdzaak echter observatie-instrumenten. Zo zien we in de ouderenzorg dat BelRAI instrumenten ook gebruikt worden bij personen met dementie. Bovendien verwachten we dat BelRAI instrumenten juist een extra meerwaarde kunnen bieden bij niet-gemotiveerde personen of bij personen die het verbaal moeilijker hebben.

Doordat zorgverleners BelRAI instrumenten als interviewleidraad gebruikten, hadden ze vermoedelijk de neiging om de secties in volgorde in te vullen. Hierdoor ontstond bij hen het gevoel dat de BelRAI instrumenten onlogisch gestructureerd zijn. Het is echter geen vereiste om de vooropgestelde volgorde te volgen. Men kan gerust switchen tussen secties zodat men als zorgverlener kan kiezen in welke volgorde men een BelRAI instrument invult. Zo is het ook absoluut niet nodig om het gesprek van de persoon te onderbreken om “nog de rest van de BelRAI GGZ instrumenten in te vullen”. Bij een correct gebruik van de BelRAI instrumenten zal men als zorgverlener een groot gedeelte van de items invullen via observatie. Resterende items, die niet of moeilijker in te vullen zijn door observatie, kan men

bevragen aan de persoon en diens omgeving. Hierbij helpen goede gesprekstechnieken om gericht vragen te stellen en - zoals sommige zorgverleners al aangaven - bieden de BelRAI instrumenten een leidraad om gevoelige materie of problemen te bespreken. Uiteraard is het hierbij belangrijk dat men als zorgverlener de BelRAI instrumenten voldoende kent. Hoe beter men het instrument kent, hoe gericht men kan observeren en hoe eenvoudiger het zal zijn om tijdens een gesprek de juiste vragen te stellen om een BelRAI beoordeling volledig te kunnen invullen. Dit vraagt oefening en ervaring. Uit eerder onderzoek blijkt dat men als zorgverlener een tiental beoordelingen moet invullen vooraleer men de BelRAI instrumenten (in de ouderenzorg) onder de knie heeft (Declercq et al, 2011).

Niet enkel ervaring, maar ook opleiding en het gebruik van het BelRAI handboek zijn belangrijke aspecten om de BelRAI GGZ instrumenten goed te kunnen gebruiken. Tijdens toekomstige opleidingen kunnen we de items die door de zorgverleners als 'moeilijk' werden ervaren extra belichten. Ook blijkt dat de 'moeilijke items' duidelijker worden van zodra men het handboek erbij neemt. Het zal in de toekomst nodig zijn om de zorgverleners er nog meer op te wijzen dat ze bij moeilijkheden of onduidelijkheden het handboek moeten doornemen. Dit wordt eenvoudiger en minder tijdsintensief van zodra de zorgverleners de webapplicatie BelRAI 2.0 of andere software kunnen gebruiken. Het handboek zal immers geïntegreerd worden in de software, zodat de informatie veel sneller en gemakkelijker toegankelijk is. Door opleiding, het gebruik van het handboek en ervaring, zullen ook de verschillende antwoordopties duidelijker worden. Zo zal duidelijk worden dat de antwoordoptie 'niet van toepassing' overbodig is. Indien een item 'niet van toepassing' is, zal bij dit item ingevuld worden dat het probleem 'afwezig' is. De term 'gewichtsondersteunende hulp' bij de antwoordopties rond de (I)ADL items bleek ook in de ouderenzorg voor verwarring te zorgen. Deze antwoordoptie is in tussentijd aangepast en verduidelijkt in een handleiding.

Aangezien de BelRAI GGZ instrumenten in hoofdzaak observatie-instrumenten zijn, klopt het ook dat de instrumenten eenvoudiger in te vullen zijn indien men de persoon beter kent. Het is de bedoeling om de persoon eerst te observeren en te leren kennen, en dan pas een assessment op te starten. Het zal dus steeds nodig zijn dat een cliënt gedurende verschillende weken in een voorziening in behandeling is vooraleer de zorgverleners uit die voorziening de BelRAI instrumenten volledig zullen kunnen invullen. De bevroegde zorgverleners in deze studie vinden het minder haalbaar om de BelRAI instrumenten in te vullen bij een eerste intakegesprek of bij personen met een acute zorgvraag. Het nut van de BelRAI instrumenten in zulke situaties zal eerder bestaan in de gegevensoverdracht van BelRAI gegevens uit andere organisaties of eerdere opnames. Het gebruik van de BelRAI GGZ instrumenten is vooral aangewezen voor personen met langdurige en complexe zorgnoden. Daarnaast is het de verwachting dat de multidisciplinaire werking wordt gestimuleerd door het gebruik van de BelRAI instrumenten. Het wordt dan ook beaamd dat een multidisciplinaire aanpak nodig zal zijn om alle secties in te vullen. Zo zal een medewerker van gezinszorg een beter beeld hebben over het IADL functioneren, terwijl de psycholoog en de psychiater de geestelijke gezondheidsproblematiek best in kaart kunnen brengen.

Met betrekking tot het nut van de verschillende soorten BelRAI GGZ instrumenten, zien we dat voornamelijk de BelRAI QOL vragenlijst positief onthaald wordt omdat deze wordt ingevuld door de persoon zelf. Het Addiction Supplement lijkt vooral nuttig voor voorzieningen die niet gespecialiseerd zijn in de behandeling van verslaving en er werd geen meerwaarde gezien in het gebruik van het Intellectual Disability en het Functional supplement. Uit deze studie besluiten we dat deze twee laatste supplementen – althans in de huidige eerste versie - niet voldoende ontwikkeld zijn voor gebruik in de zorg voor personen met een ernstige psychische aandoening en/of verslaving. Er zal meer onderzoek internationaal en in België nodig zijn om beide supplementen op punt te stellen. Daarna kan de

bruikbaarheid van deze supplementen bij de (Community) Mental Health instrumenten verder onderzocht worden.

In de residentiële setting zouden de zorgverleners liever het BelRAI Mental Health instrument gebruiken in plaats van het BelRAI Community Mental Health instrument. Deze bedenking is begrijpelijk, aangezien het BelRAI MH instrument bedoeld is voor de residentiële GGZ setting.

Tenslotte werden er ook enkele zaken aangehaald over verouderd of incorrect taalgebruik en over items die overbodig zijn of items die men mist. Opmerkingen over taalgebruik zullen bekeken worden door het BelRAI expertenteam, rekening houdend met het feit dat er steeds congruentie moet zijn tussen de instrumenten in de verschillende landstalen en over sectoren heen – dit laatste enkel voor wat de kernitems betreft. Aangezien de BelRAI instrumenten internationaal gevalideerde instrumenten zijn, zal het niet mogelijk zijn om zomaar items te schrappen of de betekenis ervan te wijzigen. ‘Mantelzorg’ is bijvoorbeeld een correcte vertaling van de term ‘informal carer’. Bovendien is een meerwaarde van het gebruik van de BelRAI instrumenten dat zorgverleners binnen eenzelfde organisaties maar ook over organisaties en settings heen dezelfde taal spreken. interRAI laat toe om items toe te voegen, maar ook daar zijn we best voorzichtig mee, aangezien de instrumenten al veel items bevatten.

De respondenten stellen zelf ook dat het gebruik van BelRAI veel tijd kost, namelijk anderhalf tot twee uur in deze eerste exploratieve studie. Deze tijdsinvestering zal wellicht dalen wanneer men meer ervaring zal hebben en wanneer gebruiksvriendelijke software beschikbaar zal zijn. Het gebruik van het instrument als een interviewinstrument heeft er ook wel voor gezorgd dat het invullen langer duurt. Vervolgens moeten we in rekening brengen dat de zorgverleners nu enkel hebben kunnen invullen en nog weinig kennis hebben gemaakt met de output uit BelRAI en de inspiratie die die output kan bieden voor het opstellen en evalueren van een begeleidingsplan. Zo miste men nu het feit dat men geen interacties kon aanduiden tussen bijvoorbeeld middelengebruik en psychisch lijden, maar interacties worden weerspiegeld in de CAP's en de schalen. Wanneer dit nut wordt ervaren, voelt de tijdsinvestering om een paar keer per jaar een uur stil te staan bij de problematiek van een persoon, met hem of haar doelstellingen te bespreken, het begeleidingsplan te evalueren en eventueel een aangepast begeleidingsplan op te stellen, wellicht nuttiger en minder als te zwaar aan.

4 Resultaten en discussie onderzoeksvraag 3: In welke mate wordt de inhoud van de MPG registratie bevraagd door de BelRAI (Community) Mental Health instrumenten?

De resultaten van de itemsgewijze vergelijking tussen de MPG registratie en de BelRAI (Community) Mental Health instrumenten kunnen teruggevonden worden in bijlage 2. Deze resultaten kunnen als volgt samengevat worden:

- De BelRAI (C)MH instrumenten bevragen geen kenmerken van de zorgvoorziening, van administratieve periodes van de opname en van personen die op een wachtlijst staan
- De BelRAI (C)MH instrumenten bevragen 80% van de cliëntgebonden kenmerken die *voor alle cliënten* bevraagd worden in de MPG registratie. Dit wil echter niet zeggen dat deze MPG items op volledig dezelfde manier bevraagd worden in de BelRAI CMH en MH. Ze worden meestal op een uitgebreidere manier bevraagd, en soms wordt er het BelRAI item maar een onderdeel bevraagd van hetgeen in het betreffende MPG item wordt gescoord. De cliëntgebonden kenmerken die *voor alle cliënten* bevraagd worden in de MPG registratie die niet bevraagd worden in de BelRAI CMH en MH zijn:
 - Bij opname:
 - Domicilie. Het rijksregisternummer wordt wel gevraagd, waardoor deze informatie voor de overheden wel voorhanden is
 - Nationaliteit. De Privacycommissie geeft geen toelating om dit na te vragen. Het land van herkomst wordt wel bevraagd
 - Verzekeringsstatus
 - Verwijzer
 - De voorbije maand samengewoond met een -18-jarige waarvoor de cliënt verantwoordelijk is
 - Onderwijsniveau
 - Voornaamste bron van inkomsten
 - Diagnoses volgende ICD-10: de DSM-IV diagnoses worden gevraagd op As I en II. Dit moeten minstens de DSM-5 diagnoses worden, of de ICD-10 (in 2018 wordt de ICD-11 verwacht)
 - Intieme relaties
 - Beleving van de seksualiteit: enkel problemen worden geregistreerd
 - CANSAS item 8: Informatie gekregen over de eigen toestand en de behandeling
 - CANSAS item 17: Zorg voor de kinderen
 - CANSAS item 18: Basisonderwijs/educatie (problemen met lezen, schrijven, Nederlands begrijpen): Nederlands begrijpen wordt wel bevraagd in het CMH instrument
 - CANSAS item 22: Uitkeringen
 - HONOS item 11: Problemen met woonomstandigheden: wordt enkel bevraagd in CMH instrument, niet in MH instrument

- HONOS item 12: Mogelijkheden voor het gebruiken en verbeteren van vaardigheden (beroepsmatig en vrije tijd): in de (C)MH instrumenten wordt de aanwezigheid van mantelzorg bevraagd, maar niet de aanwezigheid van *formele* zorg in de regio van de cliënt voor moest dit nodig zijn.
- Bij ontslag:
 - Tussenkost van een bemiddelaar met betrekking tot cultuur
 - Instanties naar de welke men de cliënt doorverwijst
 - Aantal contactdagen tijdens de zorgperiode: kan enkel bepaald worden voor residentiële zorg (op basis van item A11), maar niet voor ambulante zorg
 - De CANSAS en HONOS items hierboven vermeld bij opname.
- Wat de cliëntgebonden kenmerken betreft voor de specifieke doelgroepen worden er veel meer kenmerken bevraagd in de TDI en de HONOS-SECURE, in vergelijking met de (C)MH instrumenten, ook wanneer de inhoud van de pilootversies van het addictions en het forensic supplement mee in rekening wordt genomen.

Op basis van deze resultaten zouden we volgend advies willen formuleren. In theorie kunnen de cliëntgebonden kenmerken voor alle patiënten die momenteel niet opgenomen zijn in de (C)MH instrumenten en wel in de MPG registratie – of een aantal ervan - toegevoegd worden aan de BelRAI (C)MH instrumenten. Hierbij is het echter belangrijk om na te gaan of deze extra items bijkomende informatie geven voor de ondersteuning van de zorgplanning. Het toevoegen van items maakt het invullen van het instrument immers tijdsintensiever voor de zorgverlener. Overleg met de Belgische overheden zal nodig zijn zodat duidelijk kan worden of het toevoegen van enkele items aan de BelRAI GGZ hoofdinstrumenten het mogelijk kan maken om de MPG-registratie in de toekomst te verlaten.

Voor personen met een middelen-gerelateerde problematiek en voor personen met een forensische problematiek is het voorstel om voorlopig de TDI en de HONOS-SECURE te blijven behouden voor deze doelgroepen zolang er in Vlaanderen geen onderzoek is gedaan naar het gebruik van het Addictions Supplement en het forensic supplement bij deze doelgroepen.

Ten slotte dient in het achterhoofd gehouden te worden dat de BelRAI generieke beoordeling enkel kan ingevuld worden wanneer de persoon – of indien nodig zijn vertegenwoordiger – daarvoor schriftelijke toestemming gegeven heeft. Dit is niet het geval voor de MPG registratie.

Hoofdstuk 5

Conclusie en aanbevelingen

1 Conclusie

Tijdens deze pilootstudie werd de toepasbaarheid van de BelRAI GGZ instrumenten geëvalueerd voor gebruik in de zorg voor personen met EPA en/of verslaving in de Vlaamse GGZ. Hierbij hebben we gekeken naar hoe vier doelgroepen - beleidsmakers, coördinatoren, zorgverleners en vertegenwoordigers van patiënten en hun familie - staan ten opzichte van het gebruik van het BelRAI generiek beoordelingssysteem indien het volledig operationeel zou zijn. Daarnaast hebben we zorgverleners bevraagd naar de gebruiksmogelijkheden van de BelRAI GGZ instrumenten nadat zij een dag opleiding hadden gekregen en de instrumenten ingevuld hadden voor een vijftal cliënten. Ten slotte hebben we gekeken in welke mate de items van de MPG registratie corresponderen met de inhoud van de BelRAI (Community) Mental Health instrumenten.

Algemeen kunnen we besluiten dat de vier doelgroepen vrij positief tot soms zeer positief staan ten opzichte van verschillende functies van het BelRAI systeem, in het geval dit volledig operationeel zou zijn. Dit was op het moment van deze exploratieve studie nog niet zo. De software ondersteuning was nog niet operationeel, waardoor de instrumenten op papier ingevuld werden, en de BelRAI resultaten nog niet berekend werden. De positief gescoorde eigenschappen van BelRAI betreffen voornamelijk (1) het overzicht van de BelRAI resultaten dat onmiddellijk na het invullen van de instrumenten zichtbaar wordt voor de zorgverleners, de cliënten en hun naasten, (2) de evidence-based BelRAI resultaten die input vormen voor het opstellen van het begeleidingsplan, (3) het delen van de BelRAI resultaten tussen de zorgverleners die betrokken zijn bij de zorg voor de persoon, *op voorwaarde dat* dit op een professionele en omzichtige manier gebeurt en in overleg met de cliënt, (4) de berekening van groepsstatistieken voor het karakteriseren van cliëntengroepen en de zorgpaden ervan, (5) de berekening van kwaliteitsindicatoren, en (6) de berekening van zorgzwaartecategorieën voor regionale en internationale benchmarking, of benchmarking binnen de GGZ voorzieningen. Wat de zorgzwaartecategorieën betreft staan alle vier de doelgroepen het minst positief ten opzichte van de idee dat deze de basis zouden vormen voor de berekening van de kosten van de zorg voor een voorziening of voor de samenleving.

Vervolgens hebben de zorgverleners enkele gebruiksmogelijkheden van de BelRAI GGZ instrumenten ervaren door deze op papier voor een vijftal personen in te vullen. Het werd tegelijkertijd echter ook duidelijk dat de gebruiksmogelijkheden van de BelRAI GGZ instrumenten mee bepaald worden door de visies die de zorgverleners hebben op goede zorg. De zorgverleners halen bijvoorbeeld aan dat het gebruik van de BelRAI GGZ instrumenten verschillende cliënten ertoe aanzet om spontaan hun verhaal te vertellen. Een aantal zorgverleners vindt dit positief en vindt het een sterkte dat de BelRAI instrumenten een leidraad bieden om gevoelig materie of problemen te bespreken met personen en hun familie. Andere zorgverleners daarentegen vinden dit juist moeilijk omdat dit wil zeggen dat ze het verhaal van deze cliënten af en toe moeten afbreken.

Daarnaast geven de zorgverleners aan dat het gebruik van de BelRAI GGZ instrumenten een uitgebreid beeld geeft van het functioneren van de persoon. Niet alleen het psychische en cognitief functioneren, maar ook het fysiek functioneren, traumatische ervaringen, sociale omgang, werk/opleiding en

financiën worden beoordeeld. Ook hier bepaalt de visie op goede zorg van de zorgverlener hoe deze gebruiksmogelijkheid van de BelRAI GGZ instrumenten wordt ervaren. Een aantal zorgverleners ervaren dit zeer positief. Ze geven aan dat ze het positief vinden dat ze daardoor zicht krijgen op de “blinde vlekken” die ze hebben m.b.t. bepaalde cliënten. Zeker voor complexe zorgsituaties wordt dan ook verwacht dat de BelRAI instrumenten zullen helpen om de problemen en de noden met betrekking tot het functioneren van de persoon in kaart te brengen. Andere hulpverleners daarentegen vinden dat het gebruik van de BelRAI GGZ instrumenten leidt tot “overshooting”. Ze vinden een aantal bevroegde thema’s te confronterend of privacy-gevoelig om met de cliënt te bespreken. Of ze vinden dat ze bepaalde zaken m.b.t. de cliënt liever niet weten omdat dit “hun beeld van de cliënt zou kunnen beïnvloeden”.

Vooraf het Quality Of Life instrument werd positief tot zeer positief onthaald bij de zorgverleners. Diegenen die werkzaam zijn in een residentiële setting verkiezen het Mental Health instrument boven het Community Mental Health instrument. De zorgverleners ervoeren geen meerwaarde van de eerste versies van het Intellectual Disability supplement en het Functional supplement. De verdere ontwikkeling van deze supplementen moet eerst in nieuw nationaal en internationaal onderzoek uitgewerkt worden, vooraleer de bruikbaarheid van de instrumenten in Vlaanderen verder kunnen getest worden. Het Addictions supplement had een meerwaarde voor de voorzieningen die niet gespecialiseerd zijn in de behandeling van personen met verslaving, maar niet voor de voorzieningen die daarin wel gespecialiseerd zijn. Het gebruik van de BelRAI GGZ instrumenten is vooral aangewezen voor personen met langdurige en complexe zorgnoden. Voor personen met een acute zorgvraag of die zich in crisis bevinden, lijkt het gebruik van de BelRAI GGZ instrumenten volgens de zorgverleners niet haalbaar.

Daarnaast zijn er ook nog andere duidelijke bedenkingen en bezorgdheden duidelijk naar boven gekomen, vooral bij de zorgverleners, maar ook bij een aantal andere doelgroepen. De vier doelgroepen geven allereerst aan dat de herstelvisie ontbreekt binnen de BelRAI instrumenten. Volgens sommige zorgverleners staan de BelRAI instrumenten zelfs haaks op de herstelvisie die de voorbije jaren opgang kent binnen de GGZ. BelRAI is voornamelijk bedoeld om zorgnoden en problemen in het functioneren van de persoon in kaart te brengen vanuit het hulpverlenersperspectief. De herstelvisie vertrekt vanuit de kracht en de mogelijkheden van de persoon en stelt het cliëntenperspectief dus centraal. Echter, deze twee perspectieven hoeven niet haaks op elkaar te staan. Ze kunnen complementair werken om een passend en gedeeld begeleidingsplan op te stellen, zoals door de patiënten- en familievertegenwoordigers en de beleidsmakers aangehaald werd. Een tweede bedenking betreft de tijdsinvestering die het werken met BelRAI instrumenten inderdaad vraagt. Deze tijdsinvestering zal dalen naarmate men de BelRAI instrumenten beter onder de knie zal krijgen. Ook zal de tijdsinvestering dalen bij een correct gebruik van de instrumenten, met name in hoofdzaak als observatie-instrumenten. Tijdens deze studie zijn de BelRAI instrumenten door de meeste zorgverleners echter gehanteerd als gestructureerde interviews. Een goede opleiding en ervaring zal nodig zijn om de BelRAI instrumenten correct te leren gebruiken. Het is overigens zo dat de meeste functies van het BelRAI systeem die zeer positief beoordeeld zijn via de attitudeschaal, zoals het overzicht en het delen van de resultaten, in deze praktijktest nog niet aan bod zijn gekomen.

De resultaten van deze studie zijn in lijn met internationaal wetenschappelijk onderbouwde kaders waarin de factoren worden samengebracht die invloed hebben op de manier waarop bestaande instrumenten of interventies geïmplementeerd worden in de praktijk (bijvoorbeeld Damschroder et al., 2009; Kirk et al., 2016; Peters, Adam, Alonge, Agyepong & Tran, 2013). Verschillende factoren

beïnvloeden de implementatie van wetenschappelijk onderbouwde instrumenten en interventies, waaronder (1) karakteristieken van de interventie zelf, (2) karakteristieken van de settings waarbinnen de interventie geïmplementeerd wordt, (3) karakteristieken van de personen die werkzaam zijn binnen deze settings en die de interventies toepassen en (4) karakteristieken van het implementatieproces zelf. Deze exploratieve studie heeft voor de implementatie van de BelRAI GGZ instrumenten in de zorg voor personen met een ernstige psychische aandoening en/of verslaving enkele van deze karakteristieken voor de eerste keer geïdentificeerd:

- Karakteristieken die te maken hebben met de BelRAI GGZ instrumenten zelf:
 - het feit dat de BelRAI GGZ instrumenten voornamelijk zorgnoden en –behoefes meten en veel minder de sterktes en de mogelijkheden van de cliënten bemoeilijkt de implementatie van de instrumenten binnen de voorzieningen in Vlaanderen
 - het feit dat de BelRAI GGZ instrumenten in hoofdzaak ingevuld worden vanuit het hulpverlenersperspectief bemoeilijkt de implementatie binnen de voorzieningen in Vlaanderen,
- Karakteristieken van de zorgverleners/voorzieningen: sommige zorgverleners vinden het positief dat het gebruik van de instrumenten aanzetten tot het bespreken van vele levensdomeinen van de cliënt; anderen vinden dit niet nodig of ook niet aangewezen,
- Karakteristieken van het implementatieproces: in de opleiding moet veel duidelijker besproken worden op welke wijze de BelRAI GGZ instrumenten dienen gebruikt te worden.

Ten slotte heeft de vergelijking van de inhoud van de MPG registratie met de inhoud van de BelRAI (Community) Mental Health instrumenten aangetoond dat - voor wat de patiënten-gebonden kenmerken betreft – beiden instrumenten een grote overlap vertonen. Voor de specifieke doelgroepen – de personen met een middelen-gerelateerde problematiek en een forensische problematiek – is dit echter niet het geval. Het belangrijk verschil tussen beide instrumenten is dat de cliënt toestemming moet geven voor het invullen van de BelRAI instrumenten, en niet voor het bijhouden van de MPG registratie.

2 Sterktes en beperkingen van de studie

Deze studie vertoont naast een aantal sterktes, ook een aantal beperkingen. Zo is het een sterkte dat er verschillende doelgroepen betrokken zijn geweest. Zowel beleidsmakers, coördinatoren, zorgverleners als vertegenwoordigers van cliënten en hun familie hebben de kans gehad om hun eerste ideeën en opmerkingen te geven. Via een mixed-method design verzamelden we bij de doelgroepen zowel kwalitatieve als kwantitatieve data. Deze vier doelgroepen hebben dezelfde attitudeschaal ingevuld, hetgeen de vergelijking van de resultaten tussen de groepen mogelijk maakt. Als kanttekening dient hierbij wel vermeld te worden dat de psychometrische kwaliteiten van deze attitudeschaal nog niet onderzocht zijn geweest. Om dit mogelijk te maken, is meer grootschalig gebruik van de schaal nodig.

Niet enkel verschillende doelgroepen, maar ook verschillende types van voorzieningen uit meerdere Vlaamse regio's waren betrokken bij de studie. Op deze manier werden de BelRAI GGZ instrumenten al een eerste keer getest voor verschillende populaties en verschillende voorzieningen in de GGZ in Vlaanderen. Deze test is echter maar gebeurd bij een kleine groep van cliënten. Tien organisaties hebben, zoals gevraagd, voor vijf cliënten BelRAI GGZ instrumenten ingevuld. Drie organisaties hebben dit voor drie of vier cliënten gedaan. De reden van non-response is niet expliciet bevraagd, maar

vermoedelijk had dit te maken met de tijdsdruk die de zorgverleners ervaren. Doordat de BelRAI data nog niet geregistreerd konden worden met software, hebben de onderzoekers bovendien geen zicht op de kwaliteit van de dataverzameling. Uit de supervisies en de focusgroep konden we wel besluiten dat de instrumenten niet steeds correct gebruikt werden. Om deze redenen moeten de resultaten van deze studie naar hun juiste waarde geschat worden, namelijk als eerste exploratieve resultaten afkomstig uit een pilootstudie. Deze resultaten hebben echter ook geleid tot een aantal aanbevelingen voor vervolgstudies.

3 Aanbevelingen voor vervolgstudies

Vooreerst is het duidelijk dat er nood is aan voldoende opleiding. Uit deze studie blijkt dat volgende aspecten extra benadrukt moeten worden tijdens de opleiding:

- de wijze en het nut van het gebruik van de BelRAI instrumenten over de sectoren heen. Doordat kerndomeinen en kernitems terugkomen in de verschillende BelRAI instrumenten, kan basisinformatie over de gezondheidssectoren heen gedeeld worden. Op deze manier vormen de BelRAI instrumenten een geschikte tool voor de opvolging van personen met (langdurige en complexe zorg)noden en dragen ze bij tot de levenskwaliteit van kwetsbare groepen,
- het belang van beroepsgeheim en het correct omgaan met de gegevensoverdracht. Zo zal het nodig zijn en nodig blijven dat de persoon een geïnformeerde toestemming geeft om zijn gegevens uit te wisselen tussen zorgverleners, zorgorganisaties en zorgsettings,
- de juiste wijze van gegevensverzameling om de BelRAI instrumenten in te vullen. BelRAI instrumenten zijn in hoofdzaak observatie-instrumenten en geen gestructureerde interviews waarbij elke vraag met de persoon overlopen wordt. De meerderheid van de items kunnen dus door observatie worden beantwoord en hoeven niet bevraagd te worden. Uiteraard is dit wel mogelijk en ook wenselijk, maar het hulpverlenersperspectief is steeds bepalend voor wat er ingevuld wordt. Hierop zijn enkele uitzonderingen: enkel items vragen naar belevingen van de persoon. In de instrumenten staat er dan vermeld dat dit aan de persoon zelf moet gevraagd worden. Bij deze specifiek items wordt dus het cliëntperspectief gehanteerd. Daarnaast zijn de BelRAI instrumenten geen diagnostische tools, maar dienen ze om het functioneren van de persoon in kaart te brengen,
- de correcte wijze van invullen. Hier zal het belangrijk zijn om aan te geven hoe men moet omgaan met de drie dagen observatie als men de persoon geen drie dagen ziet. Ook moet er stilgestaan worden bij de items die als moeilijk werden ervaren in deze studie,
- toelichten hoe de BelRAI instrumenten en de herstelvisie complementair kunnen werken om een passend en gedeeld begeleidingsplan op te stellen,
- duidelijkheid scheppen rond praktische afspraken zoals welke zorgverlener start met de eerste BelRAI GGZ beoordeling, welke instrumenten moeten ingevuld worden en aan welke frequentie.

Opdat de zorgverleners optimale ondersteuning zouden kunnen krijgen bij het gebruik van de BelRAI GGZ instrumenten, ook van binnen de zorgvoorzieningen zelf, is het ook aangewezen dat coördinatoren of zorgmanagers van zorgvoorzieningen de opleiding mee kunnen volgen.

Tijdens vervolgstudies en verdere implementatie van de BelRAI GGZ instrumenten zal het bijkomend belangrijk zijn dat:

- de zorgverleners BelRAI GGZ instrumenten kunnen invullen via een gebruiksvriendelijke BelRAI webapplicatie. Hierbij zal niet enkel het invullen vereenvoudigd worden maar worden de BelRAI resultaten ook onmiddellijk berekend en kunnen ze onmiddellijk geraadpleegd worden,
- de focus niet enkel gelegd wordt op het invullen van de BelRAI GGZ instrumenten maar ook op het gebruik van de BelRAI resultaten als inspiratie voor het opstellen van een gedeeld begeleidingsplan.

4 Beleidsaanbevelingen

- (1) Investeer voldoende tijd en middelen in het opleiden van de zorgverleners, coördinatoren en zorgmanagers binnen de GGZ in het invullen en gebruiken van de BelRAI GGZ instrumenten en resultaten;
- (2) Er is nood aan een actieplan met betrekking tot hoe de BelRAI GGZ instrumenten verder geïmplementeerd kunnen worden binnen de GGZ in Vlaanderen. Hierin dienen o.a. volgende punten aan bod te komen:
 - a. het is belangrijk om bij de implementatie van de BelRAI GGZ instrumenten het hulpverlenersperspectief dat eigen is aan deze instrumenten, te combineren met de herstelvisie. De resultaten van deze exploratieve studie doen vermoeden dat niet alle sectoren binnen de GGZ de complementariteit van beide kaders naar waarde schatten bij het op- of bijstellen van een behandel- en begeleidingsplan. Sensibilisering hierrond bij de zorgverleners uit de Vlaamse GGZ sectoren lijkt aangewezen;
 - b. vanuit de herstelvisie, maar ook binnen het kader van patiëntenrechten, is het belangrijk dat cliënten inzage hebben in hun dossier. Mede om die redenen is de ontwikkeling van een cliëntvriendelijke print van een BelRAI beoordeling en BelRAI resultaten aangewezen;
 - c. bepalen vanaf wanneer een psychisch kwetsbare persoon wordt opgenomen in het BelRAI GGZ beoordelingssysteem. We stellen voor dat de BelRAI GGZ hoofdinstrumenten enkel ingevuld worden voor personen met langdurige en complexe zorgnoden. Hoe zal deze term binnen BelRAI geoperationaliseerd worden?
 - d. welke organisaties/zorgverleners vullen BelRAI GGZ instrumenten in en welke domeinen kunnen door wie ingevuld worden? Zo zal het niet mogelijk zijn om tijdens een eerste intakegesprek alle informatie te verzamelen. Ook lijkt het niet haalbaar om bij personen met een acute zorgvraag een volledig BelRAI assessment te doen;
 - e. de BelRAI GGZ instrumenten hebben o.a. de bedoeling om integrale zorg en communicatie tussen de zorgverleners te bevorderen. Daarom is het aangewezen om ook de Centra Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) en de (psychiatrische) ziekenhuizen op een bepaald moment bij de implementatie van de BelRAI GGZ instrumenten te betrekken. Ook de CGG en de ziekenhuizen nemen immers een belangrijke plaats in binnen het aanbieden van integrale zorg. Deze (en ook andere) voorzieningen bieden echter niet enkel zorg aan aan personen met langdurige en complexe zorgnoden, maar ook aan personen met een milde of matige psychische problematiek, waarvoor het invullen van een volledig BelRAI GGZ hoofdinstrument mogelijks niet nodig en nuttig is. Om deze voorzieningen te kunnen betrekken bij de implementatie van de BelRAI GGZ instrumenten is het aangewezen om na te gaan of de ontwikkeling van een BelRAI GGZ screener noodzakelijk is;

- (3) Er dient verder onderzocht te worden in welke mate men de administratieve overlast kan verminderen voor de zorgvoorzieningen. Op het niveau van de Belgische overheden dient nagegaan te worden of de BelRAI GGZ resultaten ook op het niveau van het beleid kunnen gebruikt worden om beleidsaanbevelingen te doen voor de sector. Indien dit zo is, stelt zich de vraag of de MPG registratie dan (volledig) moet behouden blijven. Daarnaast kan er nagegaan worden in welke mate het BelRAI instrument kan gebruikt worden voor andere doeleinden, zoals de aanvraag voor hulpmiddelen.

5 Planning vervolgstudies

Voor de vervolgstudies werden reeds volgende aanpassingen gemaakt aan de BelRAI GGZ instrumenten en aan het studieprotocol:

- In de residentiële settings zal het BelRAI Mental Health instrument gebruikt worden. Dit is in de psychiatrisch verzorgingstehuizen en de residentiële revalidatiecentra (voor verslaving). In de andere voorzieningen wordt verder het BelRAI Community Mental Health instrument gebruikt,
- De huidige eerste versies van het Intellectual Disability en het Functional supplement wordt niet gebruikt in vervolgstudies. Eerst is verder internationaal en Belgisch onderzoek nodig om de supplementen verder op punt te stellen,
- Het addictions supplement wordt in de vervolgstudies wel gebruikt. Voor de gespecialiseerde centra wordt er nagegaan met welke instrumenten dit addictions supplement eventueel kan gecombineerd worden. Er wordt ook nog verder bekeken op basis van welk criterium dit supplement al dan niet moet ingevuld worden voor een specifieke persoon,
- De Quality of Life vragenlijst wordt verder gebruikt in de vervolgstudies. Deze wordt aangevuld met een herstellvragenlijst zoals bijvoorbeeld de Mental Health Recovery Measure (Young & Bullock, 2003; van Nieuwenhuizen, Wilrycx, Moradi, & Brouwers, 2013)
- De BelRAI GGZ hoofdinstrumenten worden ingevuld op de BelRAI 2.0 webapplicatie, zodat de BelRAI resultaten onmiddellijk berekend worden en gebruikt kunnen worden door de zorgverleners – in samenwerking met de cliënt en zijn naasten – als input voor het opstellen van het begeleidingsplan. De BelRAI 2.0 applicatie maakt het ook mogelijk dat meerdere zorgverleners van eenzelfde of verschillende voorzieningen tesamen de BelRAI GGZ hoofdinstrumenten invullen. Het addictions supplement en bijkomende vragenlijsten zullen voorlopig nog verder op papier moeten ingevuld worden,
- Er werden enkele aanpassingen gedaan op het gebied van gebruikte termen in de BelRAI GGZ hoofdinstrumenten (BelRAI 2.0):
 - De term ‘geestelijke stoornis’ wordt vervangen door ‘psychische aandoening’
 - De term ‘geestelijk gezondheidsprobleem’ wordt vervangen door ‘psychisch gezondheidsprobleem’
 - De term ‘vrijheidsbeperkend verbod’ wordt vervangen door ‘vrijheidsbeperkende maatregel’
 - De term ‘collocatie’ wordt vervangen door ‘gedwongen opname’
 - Bij de vragen naar de verblijfplaats op het tijdstip van de beoordeling en naar de plaats waar de persoon naartoe ontslagen wordt, werden de antwoordmogelijkheden aangepast naar de Vlaamse situatie

- Er werd een item toegevoegd in de BelRAI GGZ hoofdinstrumenten (BelRAI 2.0) die vraagt naar de domeinen waartoe de behandeldoelen van de persoon zelf behoren. Er worden als antwoordmogelijkheden 23 domeinen opgesomd die ingedeeld zijn in drie categorieën: klinisch herstel, maatschappelijk herstel en persoonlijk herstel,
- Er zal een uitgebreidere opleiding aangeboden worden aan de zorgverleners die de BelRAI GGZ instrumenten zullen invullen voor hun cliënten. De intervisies zullen in kleine groepjes gedaan worden van enkele voorzieningen, zodat er meerder intervisiemomenten kunnen aangeboden worden tijdens de vervolgstudies
- De attitudeschaal zal aangepast worden op basis van de resultaten van de exploratieve studie. Een aantal items worden toegevoegd die vragen naar de attitude ten opzichte van het feit dat
 - de BelRAI instrumenten voornamelijk zorgnoden bevragen, en veel minder sterktes en mogelijkheden van de persoon,
 - de BelRAI instrumenten voornamelijk vanuit het hulpverleningsperspectief wordt ingevuld,
 - de BelRAI instrumenten generieke instrumenten zijn die veel verschillende levensdomeinen bevragen.

Referenties

- Adriaensen, K., Pieters, G., & De Lepeleire, J. (2011). Stigmatisering van psychiatrische patiënten door huisartsen en studenten geneeskunde. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, *53*, 885-894.
- American Psychiatric Association/Academy of Psychosomatic Medicine (2016). *Dissemination of integrated care within adult primary care settings: the collaborative care model*.
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Krisch, 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*. doi: 10.1186/1748-5908-4-50.
- Declercq A., Flamaing J., Gosset C., Milisen K., Moons P., Collard J., Delye S., Devriendt E., Gillain N., Londot A., Van Eenoo L., Vanneste D., Vesentini L., Wellens N. (2011). *BelRAI VI: Wetenschappelijk onderzoek met betrekking tot de pilootprojecten voor het transmuraal gebruik van het BelRAI-instrument*.
- Corker E, Hamilton S, Henderson C, Weeks C, Pinfold V, Rose D, Williams P, Flach C, Gill V, Lewis-Holmes E, Thornicroft G (2013). Experiences of discrimination among people using mental health services in England 2008-2011. *British Journal of Psychiatry* 202 (suppl 55), s58-63.
- Declercq A. (2010c). BelRAI. *Stand van zaken in 2010*. Nota in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Brussel, België.
- Declercq A., Gosset C., De Almeida Mello J., Detroyer E., Spruytte N., Vanneste D., Vesentini L., Grevendonck L., Roovers S., Paepen B., Berden J., Collard J., Grauwels N., Londot A, Lepère C., Gillain n., Van Audenhove C. (2010b). BelRAI IV: "Actie-onderzoek ter voorbereiding van de implementatie van de RAI-methode in België". Eindrapport in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Brussel, België.
- Declercq A., Gosset C., Milisen K., Moons P., Flamaing J., Vesentini L., Vanneste D., Roovers S., Grevendonck L., Van Eenoo L., De Almeida Mello J., Wellens N., Devriendt E., Delye S., Londot A., Collard J. (2010a). *BelRAI 2010 - Tussentijds rapport*. Rapport in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Brussel, België.
- Declercq A., Gosset C., Paepen B., De Almeida Mello J., Vanneste D., Detroyer E., Spruytte N., De Vlieghe K., Berden J., Degey S., Philippet C., Tancredi A., Lepère C., Renard F., Gillain N., Van Audenhove C. (2009). *Actieproject BelRAI III: Haalbaarheid van de RAI-methode in België*. Eindrapport in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Brussel, België.
- Declercq A., Gosset C., Paepen B., Mello J., Vanneste D., Detroyer E., Milisen K., Moons P., Berden J., Collard J., Londot A., Schumacher I., Demul N., Piette N., Joiris T., Gillain N., Van Audenhove C. (2008). *Actieproject BelRAI II: Haalbaarheid van de Rai-Methode in België*. Eindrapport in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (Brussel, België).
- Declercq A., Gosset C., Wellens N., Collard J., Filee D., Londot A., Polome L., Sprengheiti N., Moons P., Milisen K., Van Audenhove C. (2007). *Actie-onderzoek naar het gebruik van het RAI-instrument in de geriatrische dagziekenhuizen, de rust- en verzorgingstehuizen, de dagcentra en de geïntegreerde diensten voor de thuiszorg*. Eindrapport. Brussel, België.

- 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*, 427-438.
- Hansson, L., Jormfeldt, H., Svedberg, P., & Svensson, B. (2011). Mental health professionals' attitude towards people with mental illness: Do they differ from attitudes held by people with mental illness? *International Journal of Social Psychiatry*, *59*, 48-54.
- Hermans K., Declercq, A. (sup.), Van Audenhove, C. (cosup.), Spruytte, N. (cosup.) (2017). *The interRAI Palliative Care instrument: Better informed palliative care in nursing homes?*. Leuven: KU Leuven.
- Hirdes, J. P., Curtin-Telegdi, N., Mathias, K., Perlman, C. M., Saarela, T., Kolbeinsson, H., ..., & Szczerbińska, 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., Fries, B. E., Botz, C., Ensley, C., Marhaba, M., & Pérez, E. (2002a). *The system of Classification of In-Patient Psychiatry (SCIPP): A new case-mix methodology for mental health*. Canada: University of Waterloo.
- Kirk, M. A., Kelley, C., Yankey, N., Birken, S. A., Abadie, B., Damschroder, L. (2016). A systematic review of the use of the Consolidated Framework for Implementation Research. *Implementation Science*, *11*. doi: 10.1186/s13012-016-0437-z.
- Lauber, C., Nordt, C., Braunschweig, C., & Rössler, W. (2006). Do mental health professionals stigmatize their patients? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *113*, 51-59.
- Parabiagi, A., Bonetto, C., Ruggeri, M., Lasakvia, 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*, 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., & Rabinowitz, T. (2013). Development of mental health quality indicators (MHQIs) for inpatient psychiatry based on the interRAI mental health assessment. *BMC Health Services Research*, *13*.
- Peters, D. H., Adam, T., Alonge, O., Agyepong, I. A., & Tran, N. (2013). Implementation research: What is it and how to do it? *BMJ*, *347*, f6753. doi: 10.1136/bmj.f6753.
- Roose, H. & Meuleman, B. (2017). *Methodologie van de sociale wetenschappen. Een inleiding*. Gent: Academia Press.
- 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*, 149-155.
- The American Heritage Dictionary of the English Language (2009). Houghton Mifflin Harcourt, Boston, Massachusetts.
- Thornicroft, G. (2011). Physical health disparities and mental illness: The scandal of premature morbidity. *The British Journal of Psychiatry*, *199*, 441-442.
- Valentijn, P. P., Schepman, S. M., Opheij, W., & Bruijnzeels, M. A. (2013). Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International Journal of Integrated Care*, *13*.

Young, S. L., & Bullock, W. A. (2003). *The Mental Health Recovery Measure*. Toledo, OH: University of Toledo, Department of Psychology.

Van Audenhove, C., & Declercq, A. (2015). *Inhoudelijke vergelijking nieuwe MPG 2015 en RAI*. Leuven: LUCAS.

Van Audenhove, C., Van Humbeeck, G., & Van Meerbeeck, A. (2005). *De vermaatschappelijking van zorg voor psychisch kwetsbare mensen*. Leuven, België: Uitgeverij Lannoo.

Van Nieuwenhuizen, Ch, Wilrycx, G., Moradi, M., & Brouwers, E. (2013). Psychometric evaluation of the Dutch version of the Mental Health Recovery Measure (MHRM). *International Journal of Social Psychiatry*. doi: 10.1177/0020764012472302.

Vermeulen B., Van Eenoo L., Vanneste D., Declercq A. (2015). *Naar een getrapd gebruik van BelRAI met de BelRAI Screener*. Leuven: LUCAS.

Bijlagen

Bijlage 1: Attitudeschaal (versie coördinatoren)

Vragenlijst met betrekking tot de sterktes en de zwaktes van het interRAI assessment systeem voor gebruik in de GGZ

meer bepaald in de zorg voor mensen met een ernstige psychische aandoening en/of een verslavingsproblematiek

Tijdens deze workshop hebt u uitleg gekregen over het interRAI assessment systeem en over de interRAI GGZ instrumenten. Hieronder vindt u een opsomming van **eigenschappen van het interRAI assessment systeem** toegepast op de populatie van mensen met een ernstige psychische aandoening. Wij zouden u willen vragen om aan te duiden welke eigenschappen u op dit moment ervaart als een sterkte, een zwakte, of misschien hebt u er een neutrale houding tegenover.

Er is natuurlijk ook de mogelijkheid om nog andere sterktes of zwaktes van het assessment systeem die u ziet, te formuleren.

Alvast bedankt voor het invullen van deze vragenlijst!

Gelieve hieronder eerst aan te duiden voor welk type voorziening(en) of netwerk(en) u op deze workshop als vertegenwoordiger aanwezig bent:

- Psychiatrisch verzorgingstehuis
- Initiatief voor Beschut Wonen
- Mobiel 2b-team
- Algemeen psychosociaal revalidatiecentrum – ambulantly
- Algemeen psychosociaal revalidatiecentrum – residentieel
- Revalidatiecentrum voor mensen met een verslavingsproblematiek – ambulantly
- Revalidatiecentrum voor mensen met een verslavingsproblematiek – residentieel
- GGZ-netwerk
- Vlaams patiëntenplatform
- Familieplatform
- Andere: _____

Wat is uw functie binnen deze voorziening of dit netwerk: _____

Hieronder worden 30 **eigenschappen** opgesomd van het interRAI assessment systeem toegepast op de populatie van mensen met een ernstige psychische aandoening.

Gelieve per eigenschap aan te duiden **in welke mate u dit ervaart als een sterkte versus zwakte**. Het is natuurlijk ook mogelijk dat u een neutrale houding hebt t.o.v. een eigenschap. U geeft uw attitude weer door het cijfer aan te duiden dat overeenkomt met uw mening. Gelieve geen kruisjes te plaatsen tussen de cijfers!

Gelieve uw mening te geven **in functie van het type voorziening of netwerk** waarvoor u op deze workshop als vertegenwoordiger aanwezig bent!

1. De interRAI assessment instrumenten geven **een overzicht van de zorgnoden en -behoeftes** van de patiënt met betrekking tot de **laatste 3 dagen** waarop de zorgverlener contact had met de patiënt (tenzij anders vermeld).

-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5
Ik ervaar dit als een zwakte				Neutrale houding			Ik ervaar dit als een sterkte			

2. De zorgnoden en –behoeftes worden voor mensen met een ernstige psychische aandoening geïnterpreteerd door het **interRAI Community Mental Health Instrument**. Dit instrument bevraagt dus ook het leven van de patiënt buiten de zorgvoorzieningen.

-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5
Ik ervaar dit als een zwakte				Neutrale houding			Ik ervaar dit als een sterkte			

3. Van de personen die – naast hun psychische problematiek - ook een cognitieve beperking hebben wordt ook het **interRAI Intellectual Disability supplement** afgenomen.

-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5
Ik ervaar dit als een zwakte				Neutrale houding			Ik ervaar dit als een sterkte			

4. Van de personen die – naast hun psychische problematiek - ook een lichamelijke problematiek hebben wordt ook het **interRAI functional supplement** afgenomen.

-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5
Ik ervaar dit als een zwakte				Neutrale houding			Ik ervaar dit als een sterkte			

5. Van de personen een verslavingsproblematiek hebben wordt ook het **interRAI addictions supplement** afgenomen.

-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5
Ik ervaar dit als een zwakte					Neutrale houding	Ik ervaar dit als een sterkte				

6. Het interRAI assessment systeem be vraagt daarnaast ook de **visie van de patiënt op zijn/haar levenskwaliteit en de kwaliteit van zijn/haar behandeling** a.h.v. de InterRAI Quality of Life Survey for Mental Health and Addictions

-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5
Ik ervaar dit als een zwakte					Neutrale houding	Ik ervaar dit als een sterkte				

7. De afname van de instrumenten door één persoon neemt in totaal ongeveer **anderhalf uur** tijd in beslag.

-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5
Ik ervaar dit als een zwakte					Neutrale houding	Ik ervaar dit als een sterkte				

8. **Patiënten** dienen **schriftelijke toestemming** te geven voor het opstarten van een interRAI dossier.

-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5
Ik ervaar dit als een zwakte					Neutrale houding	Ik ervaar dit als een sterkte				

9. Wanneer een patiënt **niet in staat is om zelf toestemming te geven** voor het opstarten van een interRAI dossier, wordt dit gevraagd aan de **vertegenwoordiger** van de patiënt.

-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5
Ik ervaar dit als een zwakte					Neutrale houding	Ik ervaar dit als een sterkte				

10. Het interRAI assessment systeem biedt aan de zorgverleners handvaten om **wetenschappelijk onderbouwde zorgplannen** op te maken op basis van de geïnventariseerde zorgbehoeftes van de patiënt. Deze handvaten zijn de resultaten op de Clinical Assessment Protocols (CAP's) en de zorgschalen.

-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5
Ik ervaar dit als een zwakte					Neutrale houding	Ik ervaar dit als een sterkte				

11. Het interRAI assessment systeem **bevraagt alle zorgbehoeftes op dezelfde manier over de voorzieningen en sectoren heen** die betrokken zijn bij de zorg voor een patiënt. Dit betekent dat er een substantiële overlap bestaat tussen de instrumenten die in verschillende voorzieningen gebruikt worden, ook degene die in andere sectoren gebruikt worden.

-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5
Ik ervaar dit als een zwakte					Neutrale houding	Ik ervaar dit als een sterkte				

12. Het interRAI systeem wordt – bij volledige werking⁴ – **ondersteund door software**. Dit betekent dat na het invullen van de instrumenten de zorgverlener en de patiënt **onmiddellijk een overzicht krijgen van de resultaten**, en van de domeinen die belangrijk zouden kunnen zijn om op te nemen in het zorgplan (zie Clinical Assessment Protocols en zorgschalen).

-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5
Ik ervaar dit als een zwakte					Neutrale houding	Ik ervaar dit als een sterkte				

13. Het interRAI systeem wordt – bij volledige werking¹ – **ondersteund door software**. Dit betekent dat – wanneer verschillende diensten betrokken zijn bij de zorg voor de patiënt – **elke dienst een deel van het instrument kan invullen**.

-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5
Ik ervaar dit als een zwakte					Neutrale houding	Ik ervaar dit als een sterkte				

⁴ Dit is nog niet het geval op het moment van deze studie. Nu moeten de instrumenten nog op papier ingevuld worden.

14. Het interRAI systeem wordt – bij volledige werking⁵ – **ondersteund door software**. Dit betekent dat **alle zorgverleners** die betrokken zijn bij de zorg voor een patiënt **de resultaten van het assessment kunnen zien**, nl. voor die zorgbehoeftes die behoren tot de zorgtaken van de betrokken zorgverlener.

-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5
Ik ervaar dit als een zwakte					Neutrale houding	Ik ervaar dit als een sterkte				

15. Om de evolutie van de zorgbehoeften van een patiënt te kunnen meten, worden **de interRAI instrumenten regelmatig afgenomen**, gezamenlijk met de verschillende voorzieningen die op dat moment de patiënt behandelen. Dit is minstens jaarlijks, bij verandering van zorgsetting en bij een plotse verandering in de klinische toestand van de cliënt (bijvoorbeeld wanneer deze psychotisch wordt).

-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5
Ik ervaar dit als een zwakte					Neutrale houding	Ik ervaar dit als een sterkte				

16. Het gebruik van de interRAI instrumenten vraagt dat er een **dossier-beheerder** wordt aangesteld. Dit is een centrale figuur in de zorg voor een bepaalde cliënt.

-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5
Ik ervaar dit als een zwakte					Neutrale houding	Ik ervaar dit als een sterkte				

17. De **dossier-beheerder van een patiënt geeft toegang tot het interRAI dossier** aan de betrokken diensten door hen op te nemen in een “circle of trust” op een “need-to-know” basis.

-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5
Ik ervaar dit als een zwakte					Neutrale houding	Ik ervaar dit als een sterkte				

18. Alle interRAI data worden **bewaard op beveiligde servers**.

-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5
Ik ervaar dit als een zwakte					Neutrale houding	Ik ervaar dit als een sterkte				

⁵ Dit is nog niet het geval op het moment van deze studie. Nu moeten de instrumenten nog op papier ingevuld worden.

19. Er zijn – in de toekomst⁶ - **elektronische linken** mogelijk tussen de **elektronische patiënten-dossiers** van de voorzieningen en de interRAI database.

-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5
Ik ervaar dit als een zwakte					Neutrale houding	Ik ervaar dit als een sterkte				

20. Het interRAI assessment systeem laat toe om **groepen van kwetsbare personen te karakteriseren met betrekking tot hun zorgnoden en zorgbehoeftes**.

-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5
Ik ervaar dit als een zwakte					Neutrale houding	Ik ervaar dit als een sterkte				

21. Het interRAI assessment systeem laat toe zicht te krijgen op **de effectieve zorgpaden van deze groepen van kwetsbare personen** binnen en buiten de GGZ.

-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5
Ik ervaar dit als een zwakte					Neutrale Houding	Ik ervaar dit als een sterkte				

22. Het interRAI assessment systeem maakt **regionale, nationale en internationale benchmarking** mogelijk.

-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5
Ik ervaar dit als een zwakte					Neutrale houding	Ik ervaar dit als een sterkte				

23. Het interRAI assessment systeem maakt de **vergelijking van verschillende diensten binnen eenzelfde voorziening** op vlak van zorgnoden en –behoeftes van de behandelde patiënten mogelijk.

-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5
Ik ervaar dit als een zwakte					Neutrale houding	Ik ervaar dit als een sterkte				

⁶ Dit is nog niet het geval op het moment van deze studie. Nu moeten de instrumenten nog op papier ingevuld worden.

24. De interRAI instrumenten ondersteunen de **kwaliteitsmonitoring**. De kwaliteitsindicatoren geven informatie over hoe vaak “adverse events” voorgekomen zijn in een bepaalde periode, als ook over hoe de zorgnoden veranderd zijn doorheen een bepaalde periode

-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5
Ik ervaar dit als een zwakte					Neutrale Houding	Ik ervaar dit als een sterkte				

25. Het interRAI assessment systeem laat toe **de kosten van de zorg** voor de voorziening of voor de samenleving in te schatten⁷.

-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5
Ik ervaar dit als een zwakte					Neutrale houding	Ik ervaar dit als een sterkte				

26. De **data die de zorgverleners over de patiënt verzamelen**, worden gebruikt om de kwaliteit van de zorg op het niveau van de voorziening, regio en het land te bepalen.

-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5
Ik ervaar dit als een zwakte					Neutrale houding	Ik ervaar dit als een sterkte				

27. Het interRAI assessment systeem zou in de toekomst eventueel **een alternatief kunnen zijn voor de huidige registratie-systemen** zoals de MPG-registratie.

-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5
Ik ervaar dit als een zwakte					Neutrale houding	Ik ervaar dit als een sterkte				

28. De interRAI is een **evidence-based gestandaardiseerd assessment systeem**: de resultaten van de interRAI instrumenten zijn gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek.

-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5
----	----	----	----	----	---	---	---	---	---	---

⁷ Voor het Community Mental Health instrument moet het systeem hiervoor nog ontwikkeld worden. Voor andere interRAI instrumenten bestaat dit reeds.

Ik ervaar dit als
een zwakte

Neutrale
houding

Ik ervaar dit als
een sterkte

29. De interRAI is een **internationaal assessment systeem**: alle landen gebruiken dezelfde instrumenten⁸ hetgeen internationale vergelijkingen mogelijk maakt.

-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5

Ik ervaar dit als
een zwakte

Neutrale
houding

Ik ervaar dit als
een sterkte

30. Van zodra er longitudinale interRAI data ter beschikking zijn van grote groepen van patiënten geeft dit de mogelijkheid om **praktijk- en beleidsgerichte onderzoeksvragen te bestuderen**.

-5 -4 -3 -2 -1 0 1 2 3 4 5

Ik ervaar dit als
een zwakte

Neutrale
houding

Ik ervaar dit als
een sterkte

Indien u nog denkt aan andere sterktes of zwaktes van het interRAI assessment systeem of van de interRAI GGZ instrumenten, kan u deze hier neerschrijven.

Indien u specifieke verwachtingen hebt met betrekking tot de BelRAI GGZ studie, horen wij die ook graag!

⁸ Bepaalde items kunnen aangepast worden aan de situatie van het land.

Nog andere bedenkingen die belangrijk zijn om weten voor de onderzoekers?

Bedankt voor het invullen van deze vragenlijst!

dr. Kathleen De Cuyper
prof. dr. Chantal Van Audenhove
prof. dr. Anja Declercq

Bijlage 2: In welke mate wordt de inhoud van de MPG registratie bevraagd in de BelRAI (Community) Mental Health instrumenten?

De oranje velden zijn de cliëntgebonden MPG-items die niet (volledig) bevraagd worden in het BelRAI (C)MH instrument (al dan niet gecombineerd met resp. het addictions en forensic supplement – zie specifieke doelgroepen).

ITEMS GEMEENSCHAPPELIJKE REGISTRATIE (MPG)	BelRAI Mental Health (MH) en Community Mental Health (CMH) instrumenten	Extra items in MH instrument die geen deel uitmaken van CMH instrument?
ORGANISATIEGEGEVENS	De meeste items worden logischerwijs niet bevraagd in het BelRAI CMH instrument	
Algemene kenmerken van de ggz-voorziening		
SI01 Ondernemingsnummer van de inrichtende macht van de GGZ-voorziening		
SI02 Type voorziening		
SI03 ID-nummer van de GGZ-voorziening: uniek nummer per voorziening	A6. Naam en adres van de organisatie (iA6a)	
SI04 Naam van de registratieverantwoordelijke	T. Handtekening (iU1)	
SI05 Email adres van de registratieverantwoordelijke		
SI06 Telefoonnummer van de registratieverantwoordelijke		
Functionele organisatie in zorgeenheden		
SU01 Ondernemingsnummer van de inrichtende macht van de GGZ-voorziening (idem SI01)		
SU02 ID-nummer van de zorgeenheid		
SU03 Datum opening zorgeenheid		
SU04 Datum sluiting zorgeenheid		
SU05 Typering 1 van de zorgeenheid		

SU06	Typering 2 van de zorgseenheid		
SU07	Capaciteit: bedden (indien relevant)		
SU08	Capaciteit: plaatsen/stoelen (indien relevant)		
SU09	Capaciteit: dagen per jaar (indien relevant)		
SU10	Capaciteit: halve dagen per jaar (indien relevant)		
SU11	Capaciteit: uren (indien relevant)		
SU12	Beschrijving van de zorgseenheid (enkel voor PZ en PAAZ)		
Steekproefgegevens zorgseenheid			
STU01	ID-nummer van de GGZ-voorziening: uniek nummer per voorziening (idem SI03)		
STU02	ID-Nummer van de zorgseenheid (idem SU02)		
STU03	Actieve caseload van de zorgseenheid		
GEMEENSCHAPPELIJKE STAM (VOOR ALLE PATIENTEN)			
Identificatiegegevens van de patiënt			
IP01	RR-nummer patiënt	A5. Rijksregisternummer (iA5a)	
IP02	Geboortjaar	A3. Geboortedatum (iA3)	
IP03	Geslacht	A2. Geslacht (iA2)	
IP04	Gemeente domicilie	A12. Postcode van de gebruikelijke woonomgeving (iA10)	
IP05	Land domicilie	A12. Postcode van de gebruikelijke woonomgeving (iA10)	
IP06	Nationaliteit	Nationaliteit wordt niet bevraagd, maar wel: B3. Land van herkomst (landspecifiek item)	
IP07	Dagelijkse omgangstaal	B4. Spreektaal (iB4)	

Administratieve gegevens			
AP01	ID-nummer van de GGZ-voorziening: uniek nummer per voorziening (idem SI03)	A6. Naam en adres van de organisatie (iA6a)	
AP02	RR-nummer patiënt (idem IP01)	A5. Rijksregisternummer(iA5a)	
AP03	Datum begin van de zorgperiode	B2. Datum opname (iB2)	
AP04	Datum begin van de administratieve periode		
AP05	Datum einde van de administratieve periode		
AP06	Administratief kenmerk van de zorgperiode		
AP07	ID-nummer van de zorgseenheid (idem SU02)		
AP08	Verzekeringsstatus van de patiënt	Health card number in Canadese versie	
AP09	Juridisch statuut / juridische maatregel	B1. In aanraking met het criminele rechtssysteem, of forensische opname (iB8) E8. Heeft een voorwaardelijke straf of is voorwaardelijk vrij (iX6) E9. verplichte psychiatrische behandeling in opdracht van het gerecht (iX10) E10. Vrijheidsbeperkend verbod (nog ooit gehad, vroeger gehad maar niet nu, heeft het op dit moment) (iX7) E11. Nazorgstatuut in het kader van een gedwongen opname (iX8) E12. Gevangenschap (nooit, méér dan 1 jaar geleden, in het voorbije jaar, nu) (iX9)	Items iX6 tot iX10 worden niet bevraagd in het MH instrument. Wel wordt in het MH instrument bevraagd, en niet in het CMH instrument: - Opnamestatus op het tijdstip van de opname: vrijwillig, onvrijwillig forensisch (iA17a) - Opnamestatus op het tijdstip van de beoordeling: vrijwillig, onvrijwillig forensisch (iA17b)
AP10	Tijdelijke onderbreking van de zorg: reden		
Gegevens over het begin van de zorg			
		A7. Reden van beoordeling: 1. Opnamebeoordeling	

MA01	ID-nummer van de GGZ-voorziening: uniek nummer per voorziening (idem S103)		
MA02	RR-nummer patiënt (idem IP01)	A5. Rijksregisternummer (iA5a)	
MA03	Datum begin van de zorgperiode (idem AP03)	B2. Datum opname (iB2)	
MA04	Verwijzer	/	
MA05	Samenlevingsplaats voor de start van de zorgperiode	A11. Verblijfsplaats op tijdstip van de beoordeling (iA11b)	Extra: opgenomen vanuit (iA11a)
MA06	Samenlevingsvorm voor de start van de zorgperiode	A13. Woonsituatie voor de opname (iA12a)	
MA06A	Met wie woonde u de afgelopen 30 dagen meestal samen (met uitzondering van kinderen ten laste) ?	A13. Woonsituatie voor de opname (iA12a)	
MA06B	Heeft u vorige maand samengewoond met kinderen jonger dan 18 jaar (waarvoor u verantwoordelijk bent) ?	/	
MA07	Onderwijsniveau	/	
MA08	Werksituatie	P1. Werkstatuut (iBB1) P2. Tewerkstelling (niet vrijwilligerswerk) (iBB2) P3. Doet vrijwilligerswerk (iBB3)	
MA09	Voornaamste bron van inkomsten	/	
MA10	Diagnose bij het begin van de zorgperiode		
MA10.01	Eerste diagnose volgens ICD-10	ICD-10 diagnose wordt niet gevraagd, maar wel: R2. Eerste twee diagnoses op As 1 van DSM IV en eerste diagnose op as II (iCC2) R3. Intellectuele beperking (iCC3)	
MA10.02	Tweede diagnose volgens ICD-10		
MA10.03	Derde diagnose volgens ICD-10		
MA10.04	Vierde diagnose volgens ICD-10		
MA10.05	Vijfde diagnose volgens ICD-10		
MA10.06	Zesde diagnose volgens ICD-10		

MA10.07	Zevende diagnose volgens ICD-10		
Somatische aandoeningen			
MA10.11	Somatische diagnose volgens ICD-10	R4. Medische diagnoses ICD-10: alle diagnoses ingeven	
MA10.12	Somatische diagnose volgens ICD-10		
MA10.13	Somatische diagnose volgens ICD-10		
MA10.14	Somatische diagnose volgens ICD-10		
MA10.15	Somatische diagnose volgens ICD-10		
MA10.16	Somatische diagnose volgens ICD-10		
MA10.17	Somatische diagnose volgens ICD-10		
MA10.18	Somatische diagnose volgens ICD-10		
MA10.19	Somatische diagnose volgens ICD-10		
MA10.20	Somatische diagnose volgens ICD-10		
MA11 CANSAS - Inschatting van de zorgnoden aan het begin van de zorgperiode (no need, met need, unmet need, unknown)			
MA11.00	Datum afname van de CANSAS	A8. Beoordelingsreferentiedatum (iA9)	
MA11.01	CANSAS item 1: Huisvesting	Q1. Woonomgeving: codeer al wat de woonomgeving gevaarlijk of onbewoonbaar maakt	
MA11.02	CANSAS item 2: Voeding	N2. Voedingsproblemen a. Gewichtsverlies (iK2a) b. Gewichtstoename (iK2f) c. Vochtiname per dag (iK2b) d. Consumeert minder voedsel of drank dan gewoonlijk (iK2g) e. Maaltijden (iK2e)	
MA11.03	CANSAS item 3: Zorg voor het huishouden	H1b. Codeer hoe alledaags huishoudelijk werk wordt uitgevoerd a. Uitvoering (iG1ba) b. Mogelijkheden (iG1bb)	iG1ba niet aanwezig in MH instrument, omdat er vanuit wordt gegaan dat mensen die opgenomen zijn tijdens hun opname zelf geen huishoudelijk werk doen.
MA11.04	CANSAS item 4: Zelfverzorging	H2. ADL functioneren:	

		<ul style="list-style-type: none"> a. Baden (iG2a) b. Persoonlijke hygiëne (iG2b) c. Kleden onder (iG2d) d. Zich verplaatsen (iG2f) e. Toilettransfer (iG2g) f. Toiletgebruik (iG2h) g. Eten en drinken (iG2j) 	
MA11.05	CANSAS item 5: Activiteiten overdag	<p>O7. Sociale omgang</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Deelname aan sociale activiteiten (iF1a) b. Bezoek aan familie en oude vrienden/kennissen (iF1b) <p>O8. Activiteitsniveau (iG6b): aantal dagen dat de persoon naar buiten ging in de laatste 3 dagen.</p> <p>P1. Werkstatuut (iBB1)</p> <p>P2. Tewerkstelling (iBB2)</p> <p>P3. Doet vrijwilligerswerk (iBB3)</p>	
MA11.06	CANSAS item 6: Lichamelijke gezondheid	<p>Sectie J. Gezondheidstoestand</p> <p>J1. Zelf-gemelde gezondheid (iJ7)</p> <p>J2. Frequentie van gezondheidsproblemen (iJ2): evenwicht, hart, gastro-intestinaal, andere</p> <p>J3. Dyspneu (iJ3)</p> <p>J4. Vermoeidheid (iJ4)</p> <p>J5. Extrapiramidale symptomen (iJ9)</p> <p>J6. Seksualiteit (iJ10)</p> <p>J7. Huidproblemen (iL4 en 6)</p> <p>J8. Voetproblemen (iL7)</p> <p>J9-10. Valincidenten (iJ1-2)</p> <p>J11. Pijnsymptomen (iJ5)</p> <p>J12. Urinecontinentie (iH1)</p> <p>J13. Stoelgangcontinentie (iH3)</p>	
MA11.07	CANSAS item 7: Psychotische symptomen	<p>C1. Indicatoren van mogelijke depressie, angst, droefenis (iE1)</p> <p>Psychose:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Hallucinaties 	

		<ul style="list-style-type: none"> b. Imperatieve hallucinaties c. Waanideeën d. Abnormale gedachtengang 	
MA11.08	CANSAS item 8: Informatie gekregen over de eigen toestand en de behandeling	/	
MA11.09	CANSAS item 9: Psychisch onwelbevinden	<p>C1. Indicatoren van mogelijke depressie, angst, droefenis (iE1)</p> <p>Stemmingsstoornissen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Droevige, pijnlijke of bezorgde gelaatsuitdrukkingen b. Huilen, gemakkelijk in tranen uitbarsten c. Verminderde energie d. Deed negatieve uitspraken – bv. “Het doet er allemaal niet toe”; “Was ik maar dood”; “Wat voor zin heeft het”; “Ik heb er spijt van dat ik zo lang heb geleefd”; “Laat me doodgaan” e. Zelfverachting f. Uitingen van schuld- of schaamtegevoelens g. Uitingen van hopeloosheid h. Overdreven gevoel van eigenwaarde i. Hyperarousal j. Prikkelbaarheid k. Toegenomen sociabiliteit of hyperseksualiteit <p>l. Druk spreken of razende gedachten m. Affectlabiliteit) n. Toont weinig affect.</p> <p>Angst</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Herhaaldelijk angstig klagen/bezorgd zijn (niet in verband met de gezondheid) b. Uitingen, ook non-verbale, van wat onrealistische angsten lijken te zijn c. Obsessieve gedachten 	

	<ul style="list-style-type: none"> d. Compulsief gedrag e. Opdringerige gedachten of flashbacks f. Paniekaanvallen <p>Negatieve symptomen</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Uitingen, ook non-verbale, van een gebrek aan plezier in het leven (anhedonie) b. Zich terugtrekken uit belangrijke activiteiten c. Gebrek aan motivatie – Afwezigheid van spontane doelgerichte activiteit d. Verminderde sociale omgang <p>Andere indicatoren</p> <ul style="list-style-type: none"> e. Herhaaldelijk klagen over de gezondheid f. Herhaaldelijk zeggen dat er iets vreselijks zal gebeuren g. Voortdurend boos op zichzelf of op anderen h. Ongewone of abnormale lichaamsbewegingen i. Hygiëne – Ongewoon slechte hygiëne, onverzorgd uiterlijk j. Inslaap- of doorslaapproblemen k. Te veel slaap <p>C4. Zelfgemelde stemming (iE2) “Hoe vaak in de laatste 3 dagen voelde u ...”</p> <ul style="list-style-type: none"> a. ... weinig belangstelling of plezier in dingen waar u gewoonlijk van geniet? b. ... zich angstig, rusteloos of ongemakkelijk? c. ... zich bedroefd, depressief of hopeloos? 	
<p>MA11.10 CANSAS item 10: Veiligheid voor de persoon zelf</p>	<p>E1. Overwoog automutilatie of deed poging ertoe (iX1c) E2. Doel van de automutilatie was zelfdoding (iX1b) E3. Andere indicatoren van automutilatie</p>	

		<ul style="list-style-type: none"> a. Familielid, vriend of zorgverlener uit bezorgdheid dat de persoon risico op automutilatie zou lopen (iX1d) b. Zelfmoordplan – Stelde in de LAATSTE 30 DAGEN een plan op om zijn/haar leven te beëindigen (iX1e) 	
MA11.11	CANSAS item 11: Veiligheid voor anderen	<p>E4. Geweld</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Overwegen van geweld (iX2c) b. Intimidatie of dreigen met geweld (iX2b) c. Geweld tegenover anderen (iX2a) <p>E5. Was reeds dader van seksueel geweld of aanranding (iX3)</p>	
MA11.12	CANSAS item 12: Alcohol	<p>D1. Hoogst aantal alcoholische drankjes bij één gelegenheid in de laatste 14 dagen (iJ8b)</p> <p>D2. Aantal dagen waarop de persoon in de laatste 30 dagen dronken was (iW2)</p>	
MA11.13	CANSAS item 13: Drugs	<p>D3. Tijd sinds het gebruik van de volgende middelen</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Snuifmiddelen – bv. lijn, benzine, verfverduuners, oplosmiddelen (iW3a) b. Hallucinogenen – bv. fencyclidine ('angel dust'), LSD ('acid'), 'paddo's', 'ecstasy'(iW3b) c. Cocaïne of crack (iW3c) d. Stimulerende middelen – bv. amfetaminen, 'uppers', 'speed', methamfetaminen (iW3d) e. Opiaten (ook synthetische producten) – bv. heroïne, methadon (iW3e) f. Cannabis (iW3f) <p>D4. Intraveneus druggebruik – <i>niet</i> voorgeschreven geneesmiddelen (iW4)</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Gebruikte nooit intraveneuze drugs 	

	<ul style="list-style-type: none"> b. Gebruikte intraveneuze drugs meer dan 30 dagen geleden c. Gebruikte intraveneuze drugs in de laatste 30 dagen; deelde geen naalden met anderen d. Gebruikte intraveneuze drugs in de laatste 30 dagen; deelde naalden met anderen <p>L4. OPZETTELIJK VERKEERD GEBRUIK VAN VOORGESCHREVEN OF VRIJ VERKRIJGBARE GENEESMIDDELEN IN DE LAATSTE 90 DAGEN – bv. gebruikte geneesmiddelen (bv. benzodiazepinen, analgetica) voor andere doeleinden dan bedoeld (iM6)</p>	
<p>MA11.14 CANSAS item 14: Gezelschap</p>	<p>O4. Overtuiging dat relatie met naast(e) familielid (-leden) verstoord is (iP7)</p> <ul style="list-style-type: none"> 0. Overtuiging niet aanwezig 1. Alleen de persoon deelt deze overtuiging 2. Familie, vrienden of anderen delen deze overtuiging 3. De persoon EN anderen delen deze overtuiging <p>O5. Conflicterende omgang met anderen</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Conflict met of herhaalde kritiek op familie of vrienden (iF7j) b. Conflict met of herhaalde kritiek op andere zorgontvangers (iF7a) c. Zorgverleners melden blijvende frustratie in omgang met de persoon (iF7c) <p>O6. Sterke punten</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Zegt een vertrouwenspersoon te hebben (iP8) 	

		<ul style="list-style-type: none"> b. Heeft een constante positieve instelling (iP8b) c. Heeft een sterke en ondersteunende relatie met familie (iP8a) d. Zegt een sterk gevoel van betrokkenheid bij het buurtleven te ervaren (iP8d) 	
MA11.15	CANSAS item 15: Intieme relaties	/	
MA11.16	CANSAS item 16: Beleving van de seksualiteit	<p>Enkel problemen met betrekking tot het seksueel leven van de persoon worden bevraagd:</p> <p>C1k. Toegenomen sociabiliteit of hyperseksualiteit – Duidelijk verhoogde sociale of seksuele activiteit</p> <p>F1e. Ongepast openbaar seksueel gedrag of zich in het openbaar uitkleden – bv. in het openbaar of in een kamer waar anderen bij zijn masturberen, obscene gebaren of opmerkingen maken</p> <p>J6. Seksualiteit</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Verleende seksuele diensten in ruil voor geld, gewenste voorwerpen of gunsten (ook participatie in sekshandel) in de laatste 90 dagen (iJ10a) b. Meldt aanhoudende seksuele problemen in de laatste 30 dagen – bv. verminderde interesse of drift, erectie- of ejaculatiestoornissen, geremd vrouwelijk orgasme (iJ10b) <p>K1m. Slachtoffer van seksueel geweld of misbruik (iY1am)</p>	Verleende seksuele diensten in ruil voor geld, gewenste voorwerpen of gunsten (ook participatie in sekshandel) in de LAATSTE 90 DAGEN (iJ10a) wordt niet bevraagd in het MH instrument
MA11.17	CANSAS item 17: Zorg voor de kinderen	/	
MA11.18	CANSAS item 18: Basisonderwijs/educatie (problemen met lezen, schrijven, Nederlands begrijpen)	Enkel I2. Anderen kunnen begrijpen: De inhoud van verbale informatie begrijpen (op welke manier dan ook; met hoorapparaat indien gebruikt) (iD2)	
MA11.19	CANSAS item 19: Telefoon	H1e. Uitvoering en mogelijkheden: Telefoongebruik – Hoe gesprekken worden ontvangen en uitgevoerd (met	iG1ea niet aanwezig in MH instrument omdat er vanuit wordt gegaan dat mensen

		hulpmiddelen zoals vergrote nummers, versterkt geluid) (resp. iG1ea en iG1eb)	die opgenomen zijn tijdens hun opname zelf geen telefoongesprekken doen.
MA11.20	CANSAS item 20: Vervoer	H1g. Uitvoering en mogelijkheden: Vervoer – Hoe de persoon met het openbaar vervoer reist (traject uitzoeken, kaartje betalen) of zelf rijdt (ook uit het huis komen, in en uit het voertuig stappen) (resp. iG1ha en iG1hb)	iG1ha niet aanwezig in MH instrument omdat er vanuit wordt gegaan dat mensen die opgenomen zijn tijdens hun opname geen openbaar vervoer gebruiken.
MA11.21	CANSAS item 21: Geld	H1c. Uitvoering en mogelijkheden: Financieel beheer – Hoe rekeningen worden betaald, huishoudelijke uitgaven worden gebudgetteerd, de zichtrekening wordt beheerd (resp. iG1ca en iG1cb)	iG1ca niet aanwezig in MH instrument omdat er vanuit wordt gegaan dat mensen die opgenomen zijn tijdens hun opname zelf geen financieel beheer doen.
MA11.22	CANSAS item 22: Uitkeringen	/	
MA12	HONOS - Inschatting van de ernst van de symptomen aan het begin van de zorgperiode		
MA12.00A	Datum afname van de HONOS		
MA12.00B	Versie van de HONOS		
MA12.01	HONOS item 1: hyperactief, agressief, destructief of geagiteerd gedrag	C1. Indicatoren van mogelijke depressie, angst, droefenis (iE1) Stemmingsstoornissen a. Hyperarousal – Motorische opwindning, ongewoon hoog activiteitsniveau, verhoogde reactiviteit (iE1q) b. Prikkelbaarheid – Duidelijk opvliegender of gemakkelijker van streek (iE1r) c. Toegenomen sociabiliteit of hyperseksualiteit – Duidelijk verhoogde sociale of seksuele activiteit (iE1s) d. Druk spreken of razende gedachten – Snel praten, van de hak op de tak springen (iE1t) Andere indicatoren:	Extra: Weglooppogingen of dreigen weg te lopen (iE4a)

	<p>a. Voortdurend boos op zichzelf of op anderen – bv. gemakkelijk geërgerd, boos over de ontvangen zorg (iE1b)</p> <p>E4. Geweld</p> <p>a. Overwegen van geweld – bv. opzettelijke gedachten, uitingen of plannen om geweld te plegen (iX2c)</p> <p>b. Intimidatie of dreigen met geweld – bv. bedreigende gebaren of bedreigende houding zonder fysiek contact, kwaad roepen, met meubilair gooien, expliciet met geweld dreigen (iX2b)</p> <p>c. Geweld tegenover anderen – Handelt met opzettelijke, kwaadwillige of hatelijke bedoelingen en brengt daarbij de andere fysieke schade toe, bv. steken, verstikken, slaan (iX2a)</p> <p>F1. Gedragssymptomen (iE3)</p> <p>a. Ronddolen – bv. liep doelloos rond, zich schijnbaar niet bewust van behoeften of veiligheid (iE3a)</p> <p>b. Verbaal geweld – bv. bedreigde anderen, schreeuwde of vloekte tegen hen (iE3b)</p> <p>c. Lichamelijk geweld – bv. sloeg, duwde, krabde, viel seksueel lastig (iE3c)</p> <p>d. Sociaal ongepast of storend gedrag – bv. maakte storende geluiden, lawaai, gilte, smeerde of gooide met eten of feces, hamsterde, snuffelde in andermans spullen (iE3d)</p> <p>e. Ongepast openbaar seksueel gedrag of zich in het openbaar uitkleden – bv. in</p>	
--	---	--

		<p>het openbaar of in een kamer waar anderen bij zijn masturberen, obscene gebaren of opmerkingen maken (iE3f)</p> <p>f. Verzet zich tegen zorg – bv. geneesmiddelen of injecties, hulp bij ADL of bij eten (iE3e)</p>	
MA12.02	HONOS item 2: opzettelijke zelfverwonding	<p>E1. OVERWOOG AUTOMUTILATIE OF DEED POGING ERTOE (iX1c)</p> <p>a. Overwoog automutilatie</p> <p>b. Meest recente poging tot automutilatie</p> <p>E2. DOEL VAN AUTOMUTILATIE WAS ZELFDODING (iX1b)</p> <p>E3. ANDERE INDICATOREN VAN AUTOMUTILATIEGEDRAG</p> <p>a. Familielid, vriend of zorgverlener uit bezorgdheid dat de persoon risico op automutilatie zou lopen (iX1d)</p> <p>b. Zelfmoordplan – Stelde in de LAATSTE 30 DAGEN een plan op om zijn/haar leven te beëindigen (iX1e)</p>	
MA12.03	HONOS item 3: problematisch alcohol- of druggebruik	<p>D1. ALCOHOL: Hoogst aantal alcoholische drankjes bij één gelegenheid in de LAATSTE 14 DAGEN. (iJ8b)</p> <p>D2. AANTAL DAGEN WAAROP DE PERSOON IN DE LAATSTE 30 DAGEN DRONKEN WAS (iW2)</p> <p>D3. TIJD SINDE GEBRUIK VAN DE VOLGENDE MIDDELEN</p> <p>a. Snuifmiddelen – bv. lijm, benzine, verfverduuners, oplosmiddelen (iW3a)</p> <p>b. Hallucinogenen – bv. fencyclidine ('angel dust'), LSD ('acid'), 'paddo's', 'ecstasy' (iW3b)</p> <p>c. Cocaïne of crack (iW3c)</p>	

	<ul style="list-style-type: none"> d. Stimulerende middelen – bv. amfetaminen, ‘uppers’, ‘speed’, methamfetaminen (iW3d) e. Opiaten (ook synthetische producten) – bv. heroïne, methadon (iW3e) f. Cannabis (iW3f) <p>D4. INTRAVENEUS DRUGSGEBRUIK - <i>NIET</i> VOORGESCHREVEN GENEESMIDDELEN (iW4)</p> <p>D5. PATRONEN VAN MIDDELENGEBRUIK IN DE LAATSTE 90 DAGEN</p> <ul style="list-style-type: none"> a. 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 (iW6a) b. Persoon ergerde zich aan kritiek van anderen op zijn/haar alcohol- of drugsgebruik (iW6b) c. Persoon uitte schuldgevoelens over zijn/haar alcohol- of drugsgebruik (iW6c) d. Persoon had na het opstaan onmiddellijk alcohol of drugs nodig om de zenuwen te bedaren – bv. een ‘opkikkertje’ (iW6d) e. Persoon vindt dat zijn/haar sociale omgeving alcohol- of drugsmisbruik aanmoedigt of vergemakkelijkt (iW6e) <p>D5. ONTWENNINGSVERSCHIJNSELEN</p> <ul style="list-style-type: none"> 0. Geen symptomen 1. Milde symptomen – Symptomen die typisch zijn voor de vroege ontwenningfases (bv. agitatie, 	
--	--	--

	<p>paniekgevoelens/zenuwen, hunkering naar het middel, maag- en darmstoornissen, angst, vijandigheid, levendige dromen)</p> <p>2. Matige symptomen – Indicatoren uit de beginfase zijn ernstiger geworden (bv. zich zwak voelen, zweten, opvliegers, flauwvallen, trillende spieren)</p> <p>3. Ernstige symptomen – Symptomen die typisch zijn voor de vergevorderde ontwenningfases (bv. uitputting, epileptische aanvallen, tremors, tachycardie, desoriëntatie, hyperventilatie)</p> <p>L4. OPZETTELIJK VERKEERD GEBRUIK VAN VOORGESCHREVEN OF VRIJ VERKRIJGBARE GENEESMIDDELEN IN DE LAATSTE 90 DAGEN – bv. gebruikte geneesmiddelen (bv. benzodiazepinen, analgetica) voor andere doeleinden dan bedoeld (iM6)</p>	
MA12.04 HONOS item 4: cognitieve problemen	<p>G1. COGNITIEVE VAARDIGHEDEN VOOR DAGELIJKSE BESLUITVORMING (iC1): Het nemen van beslissingen over taken van het dagelijkse leven – bv. wanneer opstaan of eten, welke kleren aantrekken, welke activiteiten doen</p> <p>G2. GEHEUGEN/HERINNERINGSVERMOGEN (iC2)</p> <p>a. Kortetermijngeheugen – Lijkt/blijkt zich na 5 minuten nog informatie te herinneren (iC2a)</p> <p>b. Procedurele geheugen – Kan (bijna) alle stappen van een reeks taken uitvoeren zonder aanwijzingen (iC2b)</p> <p>G3. PERIODIEK VERWARD DENKEN OF BEWUSTZIJN</p> <p>a. Gemakkelijk afgeleid – bv. heeft soms moeite de aandacht erbij te houden; dwaalt af (iC3a)</p>	

		<ul style="list-style-type: none"> b. Episodes van onsamenhangend praten – bv. kraamt onzinnige, irrelevante dingen uit; springt van de hak op de tak; verliest gedachtegang (iC3b) c. Geestelijk functioneren wisselt in de loop van de dag – bv. soms beter, soms slechter (iC3c) 	
MA12.05	HONOS item 5: lichamelijke problemen of handiCAP's	Heel sectie J. Gezondheidstoestand + heel sectie I. Communicatie- en gezichtsvermogen	
MA12.06	HONOS item 6: problemen als gevolg van hallucinaties of waanvoorstellingen	<p>C1. Indicatoren van mogelijke depressie, angst, droefenis (iE1)</p> <p>Psychose:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Hallucinaties b. Imperatieve hallucinaties c. Waanideeën d. Abnormale gedachtegang 	
MA12.07	HONOS item 7: problemen met depressieve stemming	<p>C1. Indicatoren van mogelijke depressie, angst, droefenis (iE1)</p> <p>Stemmingsstoornissen:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Droevige, pijnlijke of bezorgde gelaatsuitdrukkingen b. Huilen, gemakkelijk in tranen uitbarsten c. Verminderde energie d. Deed negatieve uitspraken – bv. “Het doet er allemaal niet toe”; “Was ik maar dood”; “Wat voor zin heeft het”; “Ik heb er spijt van dat ik zo lang heb geleefd”; “Laat me doodgaan” e. Zelfverachting f. Uitingen van schuld- of schaamtegevoelens g. Uitingen van hopeloosheid h. Overdreven gevoel van eigenwaarde i. Hyperarousal j. Prikkelbaarheid 	

	<p>k. Toegenomen sociabiliteit of hyperseksualiteit l. Druk spreken of razende gedachten m. Affectabiliteit) n. Toont weinig affect.</p> <p>Negatieve symptomen l. Uitingen, ook non-verbale, van een gebrek aan plezier in het leven (anhedonie) m. Zich terugtrekken uit belangrijke activiteiten n. Gebrek aan motivatie – Afwezigheid van spontane doelgerichte activiteit o. Verminderde sociale omgang</p> <p>C4. Zelfgemelde stemming (iE2) “Hoe vaak in de laatste 3 dagen voelde u ...” a. ... weinig belangstelling of plezier in dingen waar u gewoonlijk van geniet? b. ... zich angstig, rusteloos of ongemakkelijk? c. ... zich bedroefd, depressief of hopeloos?</p>	
<p>MA12.08 HONOS item 8: overige psychische en gedragsproblemen</p>	<p>C1. Indicatoren van mogelijke depressie, angst, droefenis (iE1) Angst a. Herhaaldelijk angstig klagen/bezorgd zijn (niet in verband met de gezondheid) – bv. zoekt voortdurend aandacht of geruststelling over dagindeling, maaltijden, de was, kleren, omgang met anderen (iE1e) b. Uitingen, ook non-verbale, van wat onrealistische angsten lijken te zijn – bv. angst om in de steek of alleen te worden gelaten, om met anderen samen te zijn; intense angst voor specifieke voorwerpen of situaties (iE1c)</p>	<p>Wordt niet bevraagd in het MH instrument: Verleende seksuele diensten in ruil voor geld, gewenste voorwerpen of gunsten (ook participatie in sekshandel) in de LAATSTE 90 DAGEN (iJ10a)</p> <p>Wordt extra bevraagd in MH instrument: - Polydipsie (iK9) - Pica (iK10)</p>

	<ul style="list-style-type: none"> c. Obsessieve gedachten – Ongewenste ideeën of gedachten die niet kunnen worden onderdrukt (iE1w) d. Compulsief gedrag – bv. handen wassen, telkens opnieuw de kamer inspecteren, tellen (iE1x) e. Opdringerige gedachten of flashbacks – Storende herinneringen of beelden die de gedachten binnenschieten; onverwachts aan negatieve gebeurtenissen terugdenken (iE1y) f. Paniekaanvallen - Aaneenschakeling van symptomen van angst, ongerustheid, controleverlies (iE1z) <p>Andere indicatoren</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Herhaaldelijk klagen over de gezondheid – bv. vraagt voortdurend aandacht van de arts; onophoudelijk bezorgd over lichaamsfuncties (iE1d) b. Herhaaldelijk zeggen dat er iets vreselijks zal gebeuren – bv. denkt dat hij/zij stervende is of een hartaanval zal krijgen (iE1h) c. Voortdurend boos op zichzelf of op anderen – bv. gemakkelijk geërgerd, boos over de ontvangen zorg (iE1b) d. Ongewone of abnormale lichaamsbewegingen – Ongewone gezichtsuitdrukkingen of bizar gedrag, ongewoon motorisch gedrag of vreemde lichaamshoudingen, bv. bewegingsstereotypie, flexibilitas cerea (iE1ff) e. Hygiëne – Ongewoon slechte hygiëne, onverzorgd uiterlijk (iE1gg) f. Inslaap- of doorslaapproblemen; te vroeg wakker worden; rusteloosheid; geen rustige slaap (iE1hh) 	
--	--	--

	<p>g. Te veel slaap – Buitensporig veel slaap waardoor de persoon niet meer normaal kan functioneren (iE1ii)</p> <p>C2. SLAAPPROBLEMEN TEN GEVOLGE VAN HYPOMANIE OF MANIE: Persoon had in een periode van 24 uur minder dan 2 uur slaap door een verhoogd energieniveau (iE6)</p> <p>E5. WAS REEDS DADER VAN SEKSUEEL GEWELD OF AANRANDING (iX3)</p> <p>E6. EXTREME GEDRAGSSTOORNISSEN: Persoon heeft reeds extreem gedrag vertoond dat erop wijst dat hij/zij een groot risico loopt om zichzelf (bv. ernstige automutilatie) of anderen (bv. brandstichting, moord) schade toe te brengen. (iX4)</p> <p>J6. SEKSUALITEIT</p> <p>a. Verleende seksuele diensten in ruil voor geld, gewenste voorwerpen of gunsten (ook participatie in sekshandel) in de LAATSTE 90 DAGEN (iJ10a)</p> <p>b. Meldt aanhoudende seksuele problemen in de LAATSTE 30 DAGEN – bv. verminderde interesse of drift, erectie- of ejaculatiestoornissen, geremd vrouwelijk orgasme (iJ10b)</p> <p>N2. VOEDINGSPROBLEMEN</p> <p>a. Gewichtsverlies van 5% of meer in de LAATSTE 30 DAGEN of 10% of meer in de LAATSTE 180 DAGEN (iK2a)</p> <p>b. Gewichtstoename van 5% of meer in de LAATSTE 30 DAGEN of 10% of meer in de LAATSTE 180 DAGEN (iK2f)</p> <p>c. Minder dan 1 liter vochtinname per dag (minder dan 6 – 8 kopjes per dag) (iK2b)</p> <p>d. Consumeert minder voedsel of drank dan gewoonlijk (iK2g)</p>	
--	---	--

	<p>e. At 1 maaltijd of minder op MINSTENS 2 van de LAATSTE 3 DAGEN (iK2e)</p> <p>N3. AANWEZIGHEID VAN MOGELIJKE TEKENEN VAN EETSTOORNISSEN IN DE LAATSTE 30 DAGEN</p> <p>a. Eetbuien, zelf opgewekt braken of boulimie (iK8a)</p> <p>b. Onrealistische angst voor gewichtstoename; uitingen die een vertekend lichaamsbeeld doen vermoeden (iK8b)</p> <p>c. Vasten of streng dieet volgen – <i>NIET</i> RELIGIEUSE GEBRUIKEN (iK8c)</p>	
MA12.09 HONOS item 9: problemen met relaties	<p>O4. OVERTUIGING DAT RELATIE MET NAAST(E) FAMILIELID(-LEDEN) VERSTOORD IS (iP7)</p> <p>O5. CONFLICTERENDE ONGANG MET ANDEREN</p> <p>a. Conflict met of herhaalde kritiek op familie of vrienden (iF7j)</p> <p>b. Conflict met of herhaalde kritiek op andere zorgontvangers (iF7a)</p> <p>c. Zorgverleners melden blijvende frustratie in omgang met de persoon (iF7c)</p> <p>O6. STERKE PUNTEN</p> <p>a. Zegt een vertrouwenspersoon te hebben (iP8)</p> <p>b. Heeft een constante positieve instelling (iF8b)</p> <p>c. Heeft een sterke en ondersteunende relatie met familie (iF8a)</p> <p>d. Zegt een sterk gevoel van betrokkenheid bij het buurtleven te ervaren (iF8d)</p> <p>O7. SOCIALE ONGANG</p> <p>a. Deelname aan sociale activiteiten die de persoon al lang interesseren (iF1a)</p> <p>b. Bezoek van familielid of oude vrienden/kennissen (iF1b)</p>	<p>Extra: Familie of vriende eisen ongewoon veel tijd van zorgverleners (iF7h)</p> <p>Niet aanwezig in Mental Health instrument: Zegt een sterk gevoel van betrokkenheid bij het buurtleven te ervaren (iF8d)</p>

		c. Andere omgang, bv. via telefoon of e-mail, met familie of vrienden/kennissen (iF1c)	
MA12.10	HONOS item 10: problemen met ADL	Heel Sectie H: Algemeen dagelijks functioneren	
MA12.11	HONOS item 11: problemen met woonomstandigheden	<p>Q1. WOONOMGEVING (iQ1)</p> <p>a. Achterstallig onderhoud – bv. gevaarlijke rommel; onvoldoende of geen verlichting in woonkamer, slaapkamer, keuken, toilet, gangen;gaten in de vloer; lekkende leidingen (iQ1a)</p> <p>b. Smerige woon- en leefomstandigheden – bv. extreem vuil, aanwezigheid van ratten en/of insecten (iQ1b)</p> <p>c. Onvoldoende verwarming of afkoeling – bv. Te warm in de zomer, te koud in de winter (iQ1c)</p> <p>d. Gebrek aan persoonlijke veiligheid – bv. angst voor geweld; niet veilig om post op te halen of burens te bezoeken; druk straatverkeer (iQ1d)</p> <p>e. Beperkte of gebrekkige toegang tot de woning of de woonvertrekken – bv. het is moeilijk de woning te betreden of te verlaten, onmogelijk trappen op te lopen, moeilijk in de kamers te bewegen; noodzakelijke handgrepen zijn niet aanwezig (iQ1e)</p>	Deze items worden niet bevraagd in het MH instrument
MA12.12	HONOS item 12: mogelijkheden voor het gebruiken en verbeteren van vaardigheden: beroepsmatig en vrije tijd	<p>Enkel de aanwezigheid van mantelzorg wordt bevraagd; niet of er voldoende <i>formele</i> zorg aanwezig is indien dit nodig zou zijn.</p> <p>O1. TWEE CENTRALE MANTELZORGERS</p> <p>a. Relatie tot persoon (iP1a1 en iP1a2)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kind/schoonkind 2. Echtgenoot/echtgenote 3. Partner/ander belangrijk persoon 	<p>Van deze items wordt in het MH instrument enkel iF7d bevraagd: Familie of naaste vrienden geven aan erg van streek te zijn door de ziekte van de persoon</p> <p>Wel extra item in MH instrument dat niet aanwezig is in CMH instrument: Persoon krijgt steun van iemand die positief staat tegenover ontslag (lichtere zorgsetting) fo zelfstandig wonen (thuis blijven) (iR6b)</p>

	<ul style="list-style-type: none"> 4. Vader/moeder/voogd 5. Zus/broer 6. Ander familielid 7. Vriend(in) 8. Buur 9. Geen mantelzorg <p>b. Woont samen met de persoon (iP1b1 en iP1b2)</p> <ul style="list-style-type: none"> 0. Nee 1. Ja, 6 maanden of minder lang 2. Ja, langer dan 6 maanden 8. Geen mantelzorg <p>O2. OPLOSSINGEN VOOR TOEKOMSTIGE BEHOEFTE (iP9): Persoon of mantelzorg(s) heeft(hebben) alternatieve oplossingen voor hulp of woonsituaties in de toekomst, indien nodig (bv. als huidige mantelzorg niet langer in staat is om hulp te verlenen).</p> <p>O3. TOESTAND VAN DE MANTELZORGERS</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Mantelzorg(s) is(zijn) niet in staat om met de zorgactiviteiten verder te gaan – bv. achteruitgang in de gezondheid van de mantelzorg maakt het moeilijk om verder te gaan (iP2a) b. Primaire mantelzorg uit gevoelens van droefheid, woede of depressie (iP2b) c. Familie of naaste vrienden geven aan erg van streek te zijn door de ziekte van de persoon (1F7d) 	
(enkel in geval van HONOSCA)		
MA12.13 HONOS item 13: problemen ten gevolge van maniforme ontremming	<p>C1. Indicatoren van mogelijke depressie, angst, droefenis (iE1)</p> <p>Stemmingsstoornissen</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Prikkelbaarheid – Duidelijk opvliegender of gemakkelijker van streek (iE1r) 	

		<ul style="list-style-type: none"> b. Toegenomen sociabiliteit of hyperseksualiteit – Duidelijk verhoogde sociale of seksuele activiteit (iE1s) c. Druk spreken of razende gedachten – Snel praten, van de hak op de tak springen (iE1t) <p>Psychose</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Abnormale gedachtegang – bv. vreemde associaties, gedachtenstops, ideeënluchten, van de hak op de tak springen, zich in irrelevante details verliezen (iE1dd) <p>C2. SLAAPPROBLEMEN TEN GEVOLGE VAN HYPOMANIE OF MANIE</p> <p>F1. GEDRAGSSYMPTOMEN</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Sociaal ongepast of storend gedrag – bv. maakte storende geluiden, lawaai, gilde, smeerde of gooide met eten of feces, hamsterde, snuffelde in andermans spullen (iE3d) b. Ongepast openbaar seksueel gedrag of zich in het openbaar uitkleden – bv. in het openbaar of in een kamer waar anderen bij zijn masturberen, obscene gebaren of opmerkingen maken (iE3f) 	
MA12.14	HONOS item 14: problemen ten gevolge van gebrek aan motivatie voor behandeling	<p>D3. MATE VAN INZICHT IN GEESTELIJK GEZONDHEIDSPROBLEEM (iE7)</p> <p>F1. GEDRAGSSYMPTOMEN</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Verzet zich tegen zorg – bv. geneesmiddelen of injecties, hulp bij ADL of bij eten (iE3e) 	
MA12.15	HONOS item 15: problemen ten gevolge van een gebrek aan compliance met medicatie	<p>L2. HOUDING VAN DE PERSOON TEN OPZICHTE VAN VOORGESCHREVEN GENEESMIDDELEN (iM3)</p> <ul style="list-style-type: none"> 0. Hield zich er altijd aan 1. Hield zich er 80% van de tijd of meer aan 2. Hield zich er minder dan 80% van de tijd aan, omvat ook het niet kopen van voorgeschreven geneesmiddelen 8. Geen geneesmiddelen voorgeschreven 	Extra item in CMH instrument: Weigerde om sommige of alle voorgeschreven geneesmiddelen in te nemen in de laatste 3 dagen (iM4)

		L3. STOPTE IN DE LAATSTE 90 DAGEN MET HET NEMEN VAN PSYCHOTROPE GENEESMIDDELEN OMWILLE VAN NEVENEFFECTEN (iM5)	
Wachttijden		De BelRAI instrumenten bevragen die met de wachtlijst te maken hebben	
MW01	Datum aanmelding		
MW02	Datum eerste afspraak (face-to-face)		
MW03	Reden indien niet gestart in eigen voorziening		
MW04	Datum begin van de zorgperiode (enkel indien wel ingestroomd) (idem AP03)		
MW05	Voorlopige diagnose (enkel indien niet ingestroomd)		
MW06	Geboortjaar (enkel indien niet ingestroomd)	A3. Geboortedatum	
MW07	Geslacht (enkel indien niet ingestroomd)	A2. Geslacht	
Gegevens over het einde van de zorg		A7. REDEN VOOR BEOORDELING (iA8): Ontslagbeoordeling over de laatste 3 dagen (van het verblijf)	
MD01	ID-nummer van de GGZ-voorziening: uniek nummer per voorziening (idem SI03)		
MD02	RR-nummer patiënt (idem IP01)		
MD03	Datum begin van de zorgperiode (idem AP03)		
MD04	Datum einde van de zorgperiode	S2. LAATSTE DAG VAN DE ZORGVERLENING (iT1)	
MD05	Wijze van einde van de zorgperiode	S4. BESLISSING VAN ONTSLAG IS GENOMEN 1. Na overleg tussen de persoon, het behandelteam en eventueel de omgeving van de persoon 2. Op initiatief van de persoon	

		3. Op initiatief van het behandelteam 4. Op initiatief van de omgeving (bij -18 jarigen)	
MD06	Tussenkost bemiddelaar met betrekking tot cultuur	/	
MD07	Tussenkost bemiddelaar met betrekking tot taal	B5. TOLK NODIG (iB11)	
MD08.01	Instantie 1 naar dewelke men de patiënt doorverwijst	/	
MD08.02	Instantie 2 naar dewelke men de patiënt doorverwijst		
MD08.03	Instantie 3 naar dewelke men de patiënt doorverwijst		
MD09	Bestemming	S3. Ontslag naar ... (keuze tussen 18 mogelijkheden)	
MD10	Aantal contactdagen tijdens de zorgperiode	Kan enkel bepaald worden voor residentiële zorg, maar niet voor ambulante zorg	
MD11	Diagnose bij het einde van de zorgperiode	Zie bij opnamegegevens	
MD11.01	Eerste diagnose volgens ICD-10		
MD11.02	Tweede diagnose volgens ICD-10		
MD11.03	Derde diagnose volgens ICD-10		
MD11.04	Vierde diagnose volgens ICD-10		
MD11.05	Vijfde diagnose volgens ICD-10		
MD11.06	Zesde diagnose volgens ICD-10		
MD11.07	Zevende diagnose volgens ICD-10		
	Somatische aandoeningen		
MD11.11	Somatische diagnose volgens ICD-10		
MD11.12	Somatische diagnose volgens ICD-10		
MD11.13	Somatische diagnose volgens ICD-10		
MD11.14	Somatische diagnose volgens ICD-10		
MD11.15	Somatische diagnose volgens ICD-10		
MD11.16	Somatische diagnose volgens ICD-10		
MD11.17	Somatische diagnose volgens ICD-10		

MD11.18	Somatische diagnose volgens ICD-10		
MD11.19	Somatische diagnose volgens ICD-10		
MD11.20	Somatische diagnose volgens ICD-10		
MD12	CANSAS - Inschatting van de zorgnoden aan het einde van de zorgperiode		
MD12.00	Datum afname van de CANSAS		
MD12.01	CANSAS item 1: Huisvesting		
MD12.02	CANSAS item 2: Voeding		
MD12.03	CANSAS item 3: Zorg voor het huishouden		
MD12.04	CANSAS item 4: Zelfverzorging		
MD12.05	CANSAS item 5: Activiteiten overdag		
MD12.06	CANSAS item 6: Lichamelijke gezondheid		
MD12.07	CANSAS item 7: Psychotische symptomen		
MD12.08	CANSAS item 8: Informatie over de toestand en de behandeling		
MD12.09	CANSAS item 9: Psychisch onwelbevinden		
MD12.10	CANSAS item 10: Veiligheid voor de persoon zelf		
MD12.11	CANSAS item 11: Veiligheid voor anderen		
MD12.12	CANSAS item 12: Alcohol		
MD12.13	CANSAS item 13: Drugs		
MD12.14	CANSAS item 14: Gezelschap		
MD12.15	CANSAS item 15: Intieme relaties		
MD12.16	CANSAS item 16: Beleving van de seksualiteit		
MD12.17	CANSAS item 17: Zorg voor de kinderen		

MD12.18	CANSAS item 18: Basisonderwijs/educatie		
MD12.19	CANSAS item 19: Telefoon		
MD12.20	CANSAS item 20: Vervoer		
MD12.21	CANSAS item 21: Geld		
MD12.22	CANSAS item 22: Uitkeringen		
MD13	HONOS - Inschatting van de ernst van de symptomen aan het einde van de zorgperiode		
MD13.00A	Datum van afname van de HONOS		
MD13.00B	Versie van de HONOS		
MD13.01	HONOS item 1		
MD13.02	HONOS item 2		
MD13.03	HONOS item 3		
MD13.04	HONOS item 4		
MD13.05	HONOS item 5		
MD13.06	HONOS item 6		
MD13.07	HONOS item 7		
MD13.08	HONOS item 8		
MD13.09	HONOS item 9		
MD13.10	HONOS item 10		
MD13.11	HONOS item 11		
MD13.12	HONOS item 12		
	(enkel in geval van HONOSCA)		
MD13.13	HONOS item 13		
MD13.14	HONOS item 14		
MD13.15	HONOS item 15		
Bijkomende gegevenssets voor specifieke doelgroepen			

Voor personen met een middelengerelateerd probleem (TDI) Niet in te vullen in IBW en PVT.	CMH instrument of Addictions supplement	
TD01 Op welke datum bent u met deze behandeling begonnen?	B2. Datum opname (iB2)	
TD02 Bent u in het verleden al behandeld voor een middelgebonden problematiek?	Addictions supplement: B1. Hoe lang geleden vond de laatste verslavingsbehandeling plaats?	
TD03 Welke persoon of instelling heeft u ertoe aangezet om deze behandeling te volgen?	Addictions supplement: E3. Informeel ondersteuningsnetwerk: de persoon heeft één of meer familieleden of vrienden die bereid is om een actieve rol op te nemen in de ondersteuning van de afbouw van het gebruik van verslavende middelen/gokken.	
TD04 Heeft u ooit al een substitutiebehandeling gevolgd?	/	
TD05 Welk type substitutiebehandeling heeft u al gevolgd?	/	
Beschrijving van het verslavingsprofiel [VP]		
VP01 Welke psychoactieve substanties vormen momenteel problemen voor u?	D1. Hoogst aantal alcoholische drankjes bij één gelegenheid in de laatste 14 dagen (iJ8b) D3. Tijd sinds het gebruik van de volgende middelen <ul style="list-style-type: none"> a. Snuifmiddelen – bv. lijm, benzine, verfverduuners, oplosmiddelen (iW3a) b. Hallucinogenen – bv. fencyclidine ('angel dust'), LSD ('acid'), 'paddo's', 'ecstasy'(iW3b) c. Cocaïne of crack (iW3c) d. Stimulerende middelen – bv. amfetaminen, 'uppers', 'speed', methamfetaminen (iW3d) e. Opiaten (ook synthetische producten) – bv. heroïne, methadon (iW3e) f. Cannabis (iW3f) 	

		L4. OPZETTELIJK VERKEERD GEBRUIK VAN VOORGESCHREVEN OF VRIJ VERKRIJGBARE GENEESMIDDELEN IN DE LAATSTE 90 DAGEN – bv. gebruikte geneesmiddelen (bv. benzodiazepinen, analgetica) voor andere doeleinden dan bedoeld (iM6)	
VP02	Onder deze substanties, wat is de voornaamste die u ertoe bracht om de huidige behandeling te starten?	/	
VP03	Op welke manier gebruikt u deze voornaamste substantie gewoonlijk?	/	
VP04	De voorbije 30 dagen, hoe frequent gebruikt u deze voornaamste substantie gewoonlijk?	D2. Aantal dagen waarop de persoon in de laatste 30 dagen dronken was (iW2) Voor de andere substanties wordt het niet bevestigd.	
VP05	Op welke leeftijd heeft u deze voornaamste substantie voor het eerst gebruikt?	/	
VP06	Heeft u in uw leven al een substantie geïnjecteerd (ongeacht welke substantie)?	D4. Intraveneus druggebruik – <i>niet</i> voorgeschreven geneesmiddelen (iW4) <ul style="list-style-type: none"> a. Gebruikte nooit intraveneuze drugs b. Gebruikte intraveneuze drugs meer dan 30 dagen geleden c. Gebruikte intraveneuze drugs in de laatste 30 dagen; deelde geen naalden met anderen d. Gebruikte intraveneuze drugs in de laatste 30 dagen; deelde naalden met anderen 	
VP07	Op welke leeftijd heeft u de substantie voor het eerst geïnjecteerd?	/	
VP08	Wanneer heeft u een substantie voor het laatst geïnjecteerd?	D4. Intraveneus druggebruik – <i>niet</i> voorgeschreven geneesmiddelen (iW4) <ul style="list-style-type: none"> a. Gebruikte nooit intraveneuze drugs b. Gebruikte intraveneuze drugs meer dan 30 dagen geleden 	

		<ul style="list-style-type: none"> c. Gebruikte intraveneuze drugs in de laatste 30 dagen; deelde geen naalden met anderen d. Gebruikte intraveneuze drugs in de laatste 30 dagen; deelde naalden met anderen 	
VP09	Heeft u in de loop van uw leven al naalden of spuiten gedeeld?	<p>D4. Intraveneus druggebruik – <i>niet</i> voorgeschreven geneesmiddelen (iW4)</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Gebruikte nooit intraveneuze drugs b. Gebruikte intraveneuze drugs meer dan 30 dagen geleden c. Gebruikte intraveneuze drugs in de laatste 30 dagen; deelde geen naalden met anderen d. Gebruikte intraveneuze drugs in de laatste 30 dagen; deelde naalden met anderen 	
VP10	Wanneer heeft u voor het laatst een naald of spuit gedeeld?	/	
	<i>Voor personen onder een juridische maatregel of statuut</i>		
	<i>Voor alle personen onder een juridische maatregel of statuut</i>		
JG01	ID-nummer van de GGZ-voorziening (idem SI03)		
JG02	RR-nummer patiënt (idem IP01)		
JG03	Datum begin van de zorgperiode (idem AP03)		
	Score op de verschillende items van de HONOS SECURE-schaal	CMH instrument of forensic supplement	
JG04.01	HONOS SECURE item 1: Risico op schade toegebracht aan volwassenen en kinderen	Schade aan anderen Clinical Assessment Protocol (CAP)	
JG04.02	HONOS SECURE item 2: Risico op zelfbeschadiging	Zelfmoordgedrag en opzettelijke zelfverwonding CAP	

JG04.03	HONOS SECURE item 3: Behoeften aan beveiliging om relaps te voorkomen	/	
JG04.04	HONOS SECURE item 4: Behoeftte aan toezicht in de leefomgeving	/	
JG04.05	HONOS SECURE item 5: Behoeftte aan begeleiding bij proefverlof	/	
JG04.06	HONOS SECURE item 6: Risico voor de patiënt door andere bewerkstelligd	Wordt niet volledig bevraagd, maar wel: Forensic supplement F2. Tot de "peer" groep van de persoon behoren individuen met persistent anti-sociaal gedrag	
JG04.07	HONOS SECURE item 7: Behoeftte aan risicomangement-procedures	/	