

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

**De ontwikkeling van een modulair systeem voor
BelRAI in de geestelijke gezondheidszorg**

Hanne Van Horebeek
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. 2022/04

SWVG-Rapport 72

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Titel rapport: De ontwikkeling van een modulair systeem voor BelRAI in de geestelijke gezondheidszorg

Promotoren: Prof. dr. Chantal Van Audenhove, prof. dr. Anja Declercq, LUCAS KU Leuven

Onderzoekers: Hanne Van Horebeek, dr. Kathleen De Cuyper, LUCAS KU Leuven

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

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

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

Het consortium SWVG

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

Rapport 72

Februari 2022

De ontwikkeling van een modulair systeem voor BelRAI in de geestelijke gezondheidszorg

Onderzoekers: Hanne Van Horebeek, Kathleen De Cuyper

Promotor: Chantal Van Audenhove

Copromotor: Anja Declercq

LUCAS KU Leuven – Centrum voor Zorgonderzoek & Consultancy

Samenvatting

Situering en doelstelling van het onderzoeksproject

De geestelijke gezondheidszorg situeert zich in ons land in verschillende ambulante en residentiële sectoren. Dit houdt risico's en uitdagingen in ten aanzien van de **continuïteit** en de **coördinatie van de zorg en ondersteuning** in het bijzonder voor personen met ernstige en langdurige psychische problemen. Deze personen maken gedurende langere periodes gebruik van zorg en ondersteuning bij diverse zorgverstrekkers en sectoren (Hermans, Sevenants, & Van Audenhove, 2020; Nicaise et al., 2020). Hun zorgnoden hebben naast het psychisch functioneren vaak ook betrekking op aspecten van zelfzorg, woonsituatie, sociaal leven, financiële situatie, lichamelijke gezondheid, en ondersteuning in werk, educatie en vrije tijd.

De Hoge Gezondheidsraad beschouwt de continuïteit en de coördinatie van de zorg tussen zorgverstrekkers – zowel binnen als buiten de GGZ – als belangrijke kwaliteitsindicatoren van de GGZ (Hoge Gezondheidsraad, 2016). Het belang hiervan kwam nog sterker in beeld tijdens de COVID-pandemie die een grote druk zet op het (psychosociaal) welzijn van de bevolking, en in het bijzonder van de meest kwetsbare groepen (Hoge Gezondheidsraad, 2021; FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en leefmilieu – Interministeriële Conferentie Volksgezondheid, 2020). Om de coördinatie en de continuïteit van de zorg te optimaliseren is de invoering van een algemeen aanvaard assessment systeem dat gebruikt wordt voor de GGZ en aanverwante sectoren een belangrijke randvoorwaarde. De invoering van BelRAI kan hier toe bijdragen (Protocolakkoord BelRAI, 26/03/2018).

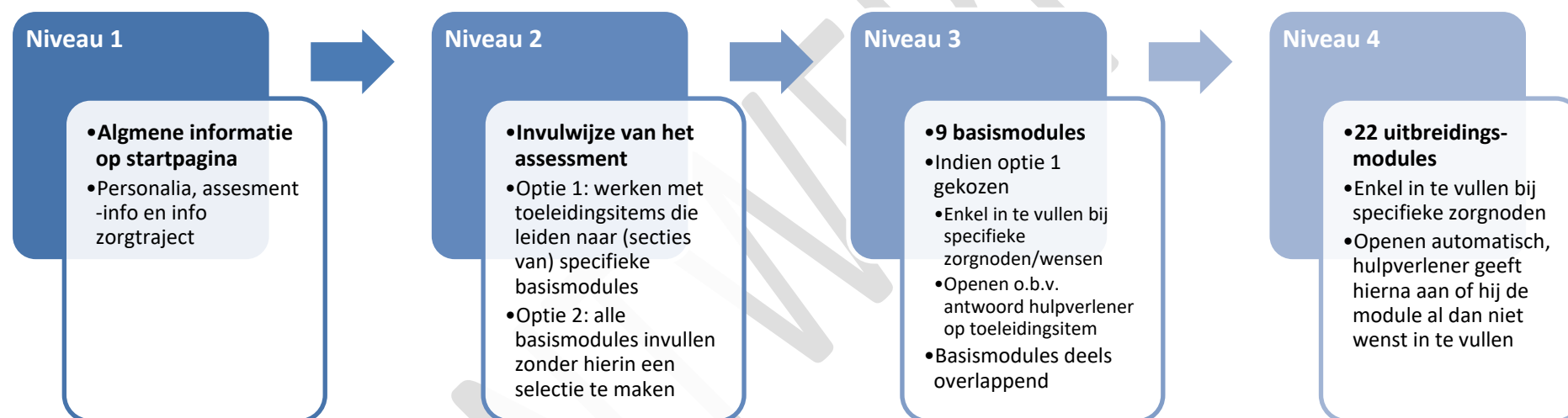
BelRAI GGZ is een geïntegreerd holistisch assessment systeem dat de continuïteit en de coördinatie van zorg en ondersteuning bevordert. Het gebruik van BelRAI zorgt ervoor dat zorgverstrekkers over de sectoren heen dezelfde taal en registratiesystemen gebruiken om de zorgnoden en de zorgzwaarte van cliënten in kaart te brengen. Dezelfde zorgnoden in de verschillende sectoren op dezelfde manier benoemen, en dit voor de verschillende levensdomeinen, draagt bij tot de intersectorale samenwerking tussen zorg- en welzijnsactoren. Dit is essentieel, in het bijzonder voor de kwaliteit van zorg en de levenskwaliteit van **personen met integrale zorgnoden**.

Binnen het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (SWVG) werken LUCAS KU Leuven en het Kenniscentrum Forensisch Psychiatrische Zorg Rekem (Kefor) sinds 2017 aan de implementatie van BelRAI in de GGZ. In het begin is gefocust op de aanpassing van het instrumentarium en het testen van de gebruiksmogelijkheden in de Vlaamse GGZ, inclusief de forensische en verslavingssectoren (Van Eenoo, De Cuyper, Declercq, & Van Audenhove, 2017; Van Horebeek et al., 2019, 2020, 2021). In 2018 legde de Vlaamse overheid het gebruik van BelRAI vast in het decreet houdende de Vlaamse Sociale Bescherming. Hierna verschoof de focus van de studies naar de identificering van de **randvoorwaarden voor een sectorbrede implementatie** van BelRAI in de Vlaamse GGZ.

Een belangrijk aandachtspunt bij de implementatie bestaat erin dat hulpverleners het gebruik van de BelRAI instrumenten in de studies tot dusver niet direct als een belangrijke meerwaarde beschouwen. Dit is te wijten aan het feit dat er veel werk aan te pas komt dat niet rechtstreeks gerelateerd is aan de onmiddellijke assessmentdoelen van de klinische praktijk. Een en ander heeft te maken met de uitgebreidheid van het BelRAI GGZ-instrumentarium, het psychodiagnostisch instrumentarium dat ze ter beschikking hebben en het bestaan van andere assessment systemen die vaak gekoppeld zijn aan of vereist zijn voor financiering. In de opstartfase van BelRAI zijn er nog geen voorgaande data in het systeem ter beschikking. Dit brengt met zich mee dat klinici tot dusver zelf veel werktijd investeren in het assessment maar tegelijk nog niet de vruchten plukken van relevante informatie uit eerdere assessments. In voorgaande implementatiestudies werd eveneens het belang van het (beter) in beeld brengen van het cliëntperspectief en het perspectief van de naasten van de cliënt benadrukt (Van Eenoo et al., 2017; Van Horebeek et al., 2019, 2020, 2021). Om aan bovenstaande aandachtspunten tegemoet te komen, is ervoor gekozen om het omvangrijke BelRAI GGZ-instrumentarium om te vormen tot een modulair systeem. Dit zou de zorgverstrekkers moeten toelaten om die modules in te vullen die passen bij hun klinische interventies (op dat moment) en die aansluiten bij de zorgnoden van personen met integrale zorgnoden die bij een omvattend assessment het meest gebaat zijn. Inzetten op een zo goed mogelijke fit tussen het assessment systeem en het werk in de praktijkorganisaties is immers cruciaal opdat het assessment zou bijdragen tot integrale zorg (Looman et al., 2021).

De ontwikkeling van een BelRAI GGZ modulair systeem

LUCAS KU Leuven ontwikkelde een **BelRAI GGZ modulair systeem** dat enerzijds een kern van basismodules omvat die bestaat uit een beperkter - en zorgvuldig geselecteerd - aantal items uit het BelRAI GGZ-instrumentarium, en anderzijds uitbreidingsmodules waar de basismodules toe leiden. In het modulair systeem is meer flexibiliteit ingebouwd wat betreft de volgorde waarin de items worden aangeboden, dit rekening houdend met de zorgnoden van de cliënt en de levensdomeinen die relevant zijn om in kaart te brengen. Tegelijkertijd zijn de zorgschalen en Clinical Assessment Protocols (CAP's) die resulteren uit het assessment dezelfde gebleven en maken alle items uit het internationale interRAI GGZ-systeem deel uit van het herwerkte instrumentarium. De psychometrische kwaliteiten van de BelRAI GGZ-output alsook de mogelijkheid tot *benchmarking* tussen landen zijn bijgevolg behouden. Concreet beogen we met het nieuwe systeem dat een BelRAI GGZ-assessment meer op maat van de cliënt en zijn behandelfase kan ingevuld worden. Daarnaast is de ambitie dat de aangepaste structuur de hulpverleners helpt om het instrumentarium op een meer efficiënte manier te gebruiken, ook in ambulante en mobiele settings.

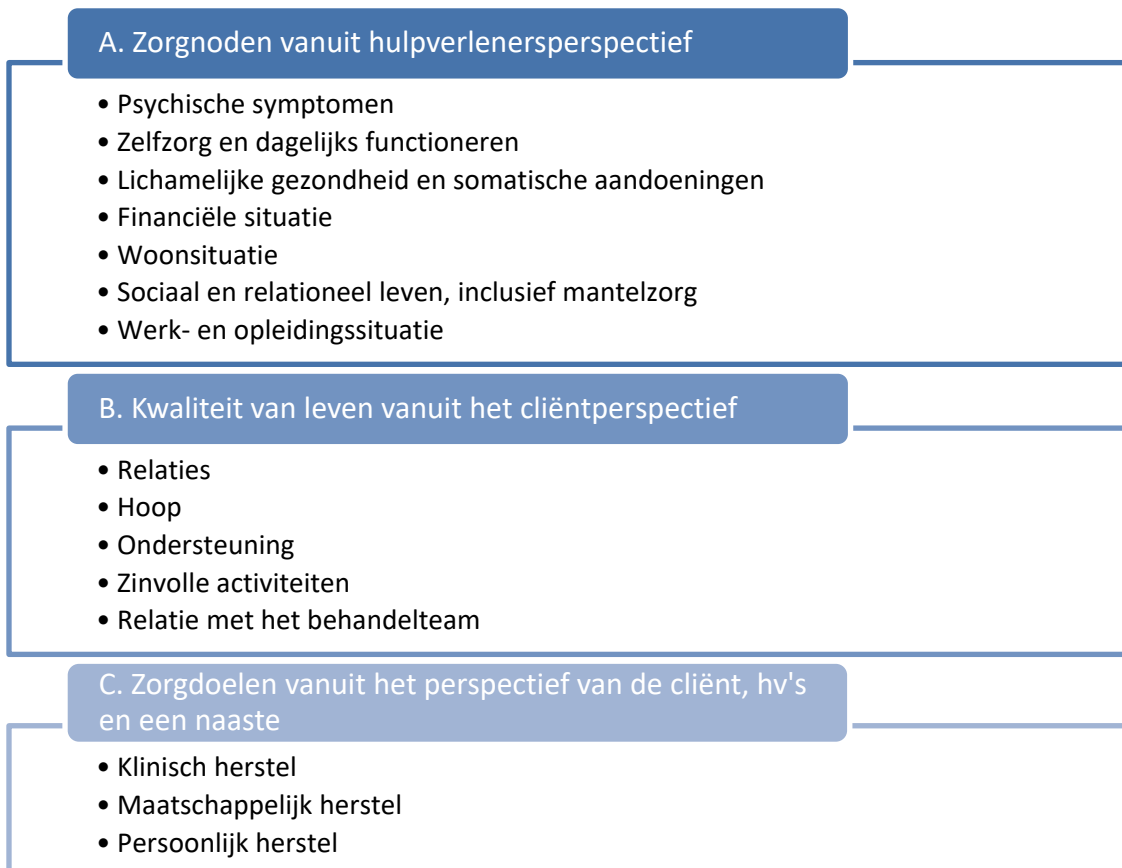


Figuur 1 Indeling van het BelRAI GGZ modulair systeem

Dit rapport stelt de ontwikkeling van het modulair systeem – en de finale versie ervan – voor. In een eerste fase zijn de **startpagina** en de **basismodules** van het modulair systeem (zie Figuur 1) samengesteld vanuit een klinische benadering, op basis van vier criteria:

- De items, CAP's en zorgschalen die minimaal vanuit het hulpverlenersperspectief in de GGZ nodig zijn om het functioneren van cliënten met integrale zorgnoden in kaart te brengen, gelinkt aan of ongeacht de diagnose van de problematiek van de cliënt.
- De items en schalen die de behandeldoelen en levenskwaliteit in kaart brengen vanuit het cliëntperspectief en de behandeldoelen vanuit het perspectief van een naaste van de cliënt.
- De items, CAP's en zorgschalen die alle levensdomeinen van personen met integrale zorgnoden minimaal in kaart brengen zodat het systeem integrale zorg in de GGZ ondersteunt. De data die verzameld worden over zelfzorg, algemene dagelijkse vaardigheden, lichamelijke gezondheid, de financiële en woonsituatie van de cliënt en zijn dagbesteding geven belangrijke input aan zorgverleners van buiten de GGZ. Hun begeleiding – naast die door de GGZ – is nodig om de kwaliteit van leven van personen met chronische en ernstige problematieken te optimaliseren.
- Items om de logische samenhang tussen de basis- en uitbreidingsmodules te bevorderen.

De toepassing van deze vier criteria leidde tot een set van basismodules die – samen met de startpagina – de levensdomeinen en zorgnoden in kaart brengt die minimaal nodig zijn om tot een klinisch relevant beeld te komen van cliënten met integrale zorgnoden. Figuur 2 geeft een overzicht van de inhoud van de basismodules.



Figuur 2 Overzicht van de inhoud van de basismodules

Aangezien alle levensdomeinen van de cliënt in de basismodules aan bod komen, is het een redelijk uitgebreide kern geworden. Dit is opgevangen door **18 toeleidingsitems** die voornamelijk peilen naar de aanwezigheid van noden op een bepaald (levens)domein (bv. stemming, gebruik van verslavende middelen, sociaal leven, ...). Deze items leiden steeds naar (een onderdeel van) een welbepaalde basismodule. De hulpverlener heeft de keuze tussen (1) het invullen van deze toeleidingsitems en bijgevolg slechts een deel van de basismodules invullen, of (2) alle basismodules invullen.

In de tweede fase van het project zijn de indeling en de inhoud van de **uitbreidingsmodules** vastgelegd. De uitbreidingsmodules worden enkel geopend indien uit de ingevulde startpagina en basismodules blijkt dat de betreffende zorgnoden aanwezig zijn. Tabel 1 geeft een overzicht van de uitbreidingsmodules. Op deze manier ontstond de **ontwerpversie** van het modulair systeem bestaande uit de startpagina, de toeleidingsitems, de basismodules en de uitbreidingsmodules.

Tabel 1 Tweeëntwintig uitbreidingsmodules van het modulair BelRAI GGZ-systeem

Psychische gezondheid	Sociaal en maatschappelijk leven	Kenmerken zorgverlening
1. Psychotrauma	12. Taalvaardigheid	18. Behandelgeschiedenis
2. Middelenmisbruik	13. Sociale omgang	19. Formeel zorgaanbod
3. Criminele activiteiten	14. Mantelzorg	20. Vrijheidsbeperkende maatregelen
4. Verstandelijke beperking	15. Opleiding	21. Info over ontslag
5. Omgaan met verlies in functioneren	16. Financiële situatie	
6. DSM-categorieën	17. Werk	22. DUNDRUM¹
Dagelijks functioneren en fysieke gezondheid		
7. Lichamelijke gezondheid		
8. Beweging		
9. Geneesmiddelen-beheer		
10. Pijn		
11. IADL		

In de derde fase van het project zijn tijdens vier **informatiesessies** de indeling en de output van de ontwerpversie van het modulair systeem voorgelegd aan verschillende stakeholders uit de GGZ (zie Hoofdstuk 3, paragraaf 2). De experts hebben de aangepaste indeling van het BelRAI GGZ-instrumentarium – zoals hierboven voorgesteld in Figuur 1 – in het algemeen **positief onthaald**. Ze waren van mening dat een test van het nieuwe systeem nodig is om te kunnen vaststellen of de doelstellingen van het systeem ook effectief gerealiseerd worden. De informatiesessies maakten (opnieuw) duidelijk dat de **tijdsinvestering** een grote rol zal spelen in hoe het instrument ontvangen zal worden door de praktijkorganisaties. Daarnaast gaven de experts input met betrekking tot andere **randvoorwaarden**

¹ Voor de forensische GGZ komt er een 22^{ste} uitbreidingsmodule bij, met name de DUNDRUM (Dangerousness Understanding, Recovery and Urgency Manual). Deze toolkit geeft mee vorm aan het gestructureerd klinisch oordeel omtrent het gepaste beveiligingsniveau van de voorziening voor de behandeling van de cliënt.

voor de implementatie van het systeem in de Vlaamse GGZ die ook werd meegenomen in de aanbevelingen van dit rapport (zie Hoofdstuk 4).

In de vierde fase van het project is gefocust op het **aanpassen van de supplementen uit het BelRAI GGZ-instrumentarium**. Het betreft voornamelijk de twee extra supplementen die tijdens de voorgaande implementatiestudies zijn ontwikkeld en voor de eerste keer getest, nl. het BelRAI Addictions supplement – extended version en het BelRAI Maatschappelijk Herstel supplement (Van Horebeek et al., 2019, 2020, 2021). Ook (de output van) het Forensic supplement is recent herwerkt in het kader van een ander SWVG-onderzoek (Habets et al., verwacht in 2022). Het overgrote deel van de items van deze BelRAI GGZ-supplementen zijn terug te vinden in de bijhorende uitbreidingsmodules. Vervolgens zijn de **handboeken** van het volledige BelRAI GGZ-instrumentarium² aangepast en vervolledigd op basis van de input van de hulpverleners tijdens de twee voorgaande implementatiestudies.

In de vijfde en laatste fase van dit project is het modulair systeem aangepast op basis van de input verkregen via de informatiesessies. Dit leidde tot de **finale versie van het modulair BelRAI GGZ-systeem**. Ter afronding van dit project is de **vergelijking tussen MPG en het BelRAI GGZ-instrumentarium** – die werd uitgewerkt naar aanleiding van de eerste pilotstudie (Van Eenoo et al., 2017) – herwerkt. De doelstelling is na te gaan of de inhoud van de MPG-registratie – voor wat de cliëntgebonden kenmerken betreft – ook terug te vinden is in het BelRAI GGZ-instrumentarium.

Aanbevelingen voor een succesvolle implementatie

Om een pilotimplementatie met dit nieuwe systeem in enkele Vlaamse GGZ-netwerken en netwerken internering mogelijk te maken, is de realisatie van bepaalde **randvoorwaarden** nodig.

1. De nood aan afspraken over het gebruik van het modulair BelRAI GGZ-systeem binnen de zorgorganisaties

Afhankelijk van de problematiek van de cliënt, de mogelijkheden om als hulpverlener inzicht te krijgen in diverse levensdomeinen of zorgnoden en het stadium van het behandeltraject, beslist de hulpverlener of hij bepaalde modules al dan niet invult. De hulpverlener komt dus meer aan het stuur van het BelRAI assessment te zitten, hetgeen als positief werd ervaren door de stakeholders. Net zoals de onderzoekers zijn ook zij van mening dat de beslissing over de wijze van invulling (alle of een deel van de basismodules invullen) in samenspraak met verschillende partijen dient genomen te worden waaronder de cliënt en de teamcoördinatie. Het verdient bijgevolg aanbeveling om afspraken te maken op organisatieniveau en bij uitbreiding binnen het netwerk. Zo beantwoordt men aan de opdracht om de volledige kern van het systeem, en alle CAP's en zorgschalen, in te vullen en meteen ook aan specifieke vereisten van de overheid.

2. Informatie voor alle stakeholders over de doelstellingen en de timing van BelRAI in de GGZ

Het belang van de klinisch relevantie van BelRAI in functie van de continuïteit en coördinatie van de zorg voor personen met integrale zorgnoden, dient duidelijker gecommuniceerd en zichtbaar gemaakt te

² BelRAI Mental Health en Community Mental Health instrument, BelRAI Addictions supplement-extended version, BelRAI Forensic supplement, BelRAI Intellectual Disability supplement, BelRAI Maatschappelijk Herstel supplement en Quality of Life-vragenlijst

worden. De meerwaarde in de één-op-één relatie met de cliënt en in de samenwerking met (in)formele zorg- en welzijnspartners is het belangrijkste motief voor een zorgvuldig gebruik van BelRAI.

Daarnaast blijven er in de sector vragen bestaan over een eventuele koppeling van de BelRAI-data met financiering (zie ook Van Horebeek et al., 2021). Ook over de geplande pilootimplementatie van BelRAI in de Vlaamse GGZ hebben de stakeholders vragen, bv. in welke netwerken dit zal plaatsvinden en wat er van de voorzieningen verwacht zal worden.

3. Het gebruik van een BelRAI-platform en integratie van de gegevens in het digitale patiëntendossier

De programmering op een online BelRAI-platform is een noodzakelijke voorwaarde om BelRAI op een gebruiksvriendelijke manier interdisciplinair en intersectoraal te hanteren. Verder draagt het gebruik van BelRAI op een online platform bij tot de integratie van het BelRAI-dossier in de gedigitaliseerde patiëntendossiers van de voorzieningen.

Dat het BelRAI-dossier geen apart dossier/systeem mag zijn, werd ook tijdens de infosessies sterk benadrukt. De registratielast – zowel voor hulpverlener als cliënt – is eveneens een aandachtspunt. Logischerwijze is ook het vermijden van registratie van dezelfde of soortgelijke gegevens, zoals de TDI en de MPG, in dit kader van groot belang. Tijdens dit project werd duidelijk dat het BelRAI GGZ-instrumentarium voor 93% overlapt met de cliëntgebonden kenmerken die bevraagd worden in de vernieuwde MPG-registratie uit 2015 (zie Hoofdstuk 3, paragraaf 4).

In België vormt de versnipperde bevoegdheidsverdeling in de GGZ-sector een grote uitdaging voor de online BelRAI-platformen. Opdat BelRAI de coördinatie en continuïteit van zorg voor personen met integrale zorgnoden zou kunnen ondersteunen, is het cruciaal dat alle betrokken types voorzieningen – zowel binnen als buiten de GGZ – in eenzelfde online BelRAI-dossier kunnen samenwerken. De samenwerking tussen verschillende overheidsinstanties en beleidsdomeinen is voor de toekomst cruciaal om dit - stap voor stap - te kunnen realiseren.

4. De link tussen het BelRAI GGZ modulair systeem en andere BelRAI instrumenten

In het kader van integrale zorg en ondersteuning voor personen met langdurige en complexe zorgnoden is het niet alleen belangrijk dat GGZ-hulpverleners meer oog krijgen voor problematieken met betrekking tot bijvoorbeeld fysieke gezondheid, wonen en werk. Het is even belangrijk dat zorgverleners buiten de GGZ meer aandacht krijgen voor het welzijn en het psychisch functioneren van hun cliënten. Daarom is het aan te bevelen dat er een link komt tussen het BelRAI GGZ modulair systeem en bijvoorbeeld de BelRAI screener (en het Sociaal supplement) voor de thuiszorg. Hiervoor is het aan te raden om de sectie psychische functioneren in de screener uit te breiden zodat er linken kunnen ontwikkeld worden met het BelRAI GGZ-systeem. Op deze wijze zal de BelRAI screener ook bruikbaar worden voor personen met milde en matige psychische zorgnoden.

5. Duidelijke standpunten en werkwijzen met betrekking tot het recht op inzage van de cliënt in zijn BelRAI-dossier

Het Vlaams patiëntenplatform wijst op het belang van inzage van de cliënt in zijn BelRAI-dossier en vraagt aandacht voor de manier waarop dit kan gerealiseerd worden. In de context van de GGZ – en in het bijzonder bij personen met integrale zorgnoden – is dit niet altijd vanzelfsprekend en dient hier met de nodige voorzichtigheid naar gekeken te worden. In bepaalde situaties is het nodig om de dossiergegevens niet open te stellen voor de persoon zelf omdat de therapeutische relatie en het genezings- en herstelproces verstoord zou kunnen worden (Van Horebeek et al., 2021). Daar tegenover staat dat cliënten recht hebben “op alle hun betreffende informatie” (Wet betreffende de rechten van

de patiënt, 2002). Het is belangrijk om in dialoog met het Vlaams patiëntenplatform en vertegenwoordigers van de sector na te gaan hoe de inzage van de GGZ-cliënten in hun BelRAI-dossier best gerealiseerd wordt, op een manier die enerzijds empowerment, herstel, genezing en respect voor de context ondersteunt, en die anderzijds een correct assessment van de zorg- en ondersteuningsnoden door de hulpverleners garandeert.

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

Voornamelijk de koepelorganisaties en GGZ-netwerken zien de voordelen van het delen van BelRAI-gegevens in de toekomst, met het oog op het versterken van de communicatie en samenwerking tussen hulpverleners, mantelzorgers, organisaties en sectoren. Alle stakeholders uit de sector, en ook de onderzoekers, vragen met aandring om met voldoende omzichtigheid om te gaan met het delen van data, met het oog op privacy en stigma, zeker bij personen met een forensische of verslavingsproblematiek. Het principe dat voorop dient te staan is dat de cliënt zelf beslist wie al dan niet inzage heeft in zijn BelRAI-dossier, zoals dit ook gehanteerd wordt bij de methodiek van de resourcegroepen (Leeman, 2020).

Stigma en discriminatie van mensen met psychische problemen kunnen in de hand gewerkt worden door het delen van BelRAI-data. Daar tegenover staat dat het delen van data noodzakelijk is voor een goede samenwerking tussen teams en disciplines voor patiënten met integrale zorgnoden en bijgevolg ook voor hun kansen op herstel (Van Horebeek et al., 2020, 2021). Het zal bijgevolg nodig zijn om in dialoog met de verschillende stakeholders een kader voor informatiedeling uit te werken en een systeem van datadeling te ontwikkelen dat rekening houdt met de aangehaalde bekommernissen.

Deze beleidsaanbevelingen impliceren een pleidooi voor een interactief traject met alle stakeholders binnen en buiten de GGZ om een pilootimplementatie van BelRAI in de GGZ voor personen met integrale zorgnoden mogelijk te maken. De ambitie is dat BelRAI alle betrokkenen zal ondersteunen bij de verbetering van coördinatie en continuïteit van zorg op het niveau van de cliënt en zijn context, en bij het voeren van een kwaliteitsbeleid op het niveau van de organisaties, netwerken en overheden.

Inhoud

Lijst van afkortingen	13
Ten geleide	15
Hoofdstuk 1 Situering en doelstelling van het onderzoeksproject	17
1 Personen met integrale zorgnoden en het belang van een omvattend assessment	17
2 interRAI en BelRAI: Een geïntegreerd holistisch assessment systeem	19
3 Voorgaande BelRAI GGZ-studies en de volgende fase in het implementatietraject	23
Hoofdstuk 2 Werkwijze bij de ontwikkeling van het modulair BelRAI GGZ-systeem	27
Hoofdstuk 3 Onderzoeksresultaten	33
1 Criteria volgens de klinische benadering ter samenstelling van de kern van het modulair systeem	33
1.1 Items die zorgnoden in kaart brengen bij cliënten met integrale zorgnoden vanuit het hulpverlenersperspectief in de GGZ	33
1.2 Cliëntperspectief en het perspectief van een naaste van de cliënt	34
1.3 BelRAI als hulpmiddel voor meer integrale zorg in de GGZ	35
1.4 Items toegevoegd in functie van de gebruiksvriendelijkheid	35
2 Informatiesessies omtrent het modulair BelRAI GGZ-systeem	35
3 Finale versie van het modulair BelRAI GGZ-systeem	38
3.1 Niveau 1. Startpagina met algemene informatie	38
3.2 Niveau 2. Toeleidingsitems naar basismodules	38
3.3 Niveau 3. Basismodules	44
3.4 Niveau 4. Uitbreidingsmodules	45
3.5 Output van het BelRAI GGZ-assessment	48
4 Update van de vergelijking tussen MPG en het BelRAI GGZ-instrumentarium	49
Hoofdstuk 4 Discussie en aanbevelingen voor succesvolle implementatie	51
Referenties	57
Bijlagen	63
Bijlage 1. Nota informatiesessies modulair BelRAI GGZ-systeem	63
Bijlage 2. Vergelijking tussen de MPG-registratie en het BelRAI GGZ-instrumentarium	71

Lijst Tabellen

Tabel 1	Tweeëntwintig uitbreidingsmodules van het modulair BelRAI GGZ-systeem	7
Tabel 2	Zorgschalen en CAP's die berekend kunnen worden o.b.v. de kern van het modulair BelRAI GGZ-systeem	34
Tabel 3	Belangrijkste thema's die aan bod kwamen tijdens de informatiesessies over het modulair systeem voor BelRAI GGZ	37
Tabel 4	De 18 toeleidingsitems die leiden naar (onderdelen van de) basismodules	41
Tabel 5	Tweeëntwintig uitbreidingsmodules van het modulair BelRAI GGZ-systeem	46
Tabel 6	Oorspronkelijke en huidige criteria BelRAI Addictions supplement – extended version	47

Lijst Figuren

Figuur 1	Indeling van het BelRAI GGZ modulair systeem	5
Figuur 2	Overzicht van de inhoud van de basismodules	6
Figuur 3	BelRAI instrumenten	20
Figuur 4	Overzicht van de levensdomeinen die in kaart worden gebracht met het BelRAI GGZ- instrumenten en -supplementen	21
Figuur 5	Resultaten op verschillende niveaus van de GGZ	22
Figuur 6	Traject van de BelRAI GGZ-studies binnen het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin	25
Figuur 7	Ontwikkeling van de criteria voor de samenstelling van de kern van het modulair systeem	28
Figuur 8	Procedure van de herwerking van de indeling van het BelRAI GGZ-instrumentarium tot een modulair systeem	31
Figuur 9	De indeling en de output van het modulair BelRAI GGZ-systeem	40
Figuur 10	Negen basismodules van het modulair BelRAI GGZ-systeem	45

Lijst van afkortingen

ADL	Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen
BeRAI CMH	BeRAI Community Mental Health
BeRAI MH	BeRAI Mental Health
BMI	Body Mass Index
CAGE	De letter C, A, G en E verwijzen naar de vier criteria: (1) Have you ever felt you needed to Cut down on your drinking? (2) Have people Annoyed you by criticizing your drinking? (3) Have you ever felt Guilty about drinking? (4) Have you ever felt you needed a drink first thing in the morning (Eye-opener) to steady your nerves or to get rid of a hangover?
CANSAS	Camberwell Assessment of Need short appraisal
CAP	Clinical Assessment Protocol
CAW	Centrum Algemeen Welzijnswerk
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DUNDRUM	Dangerousness Understanding, Recovery and Urgency Manual
FOD	Federale Overheidsdienst
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
HoNOS	Health of the Nation Outcome Scales
IADL	Instrumentele Algemene Dagelijkse Levensverrichtingen
KCE	Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
KeFor OPZC Rekem	Kenniscentrum Forensisch Psychiatrische Zorg Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem
MPG	Minimale Psychiatrische Gegevens
OCMW	Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn
QoL-vragenlijst	Quality of Life vragenlijst
SRH	Steunend Relationeel Handelen
TDI	Treatment Demand Indicator
VSB	Vlaamse Sociale Bescherming
VVBV Vlaamse	Vereniging voor Behandelingscentra Verslaafdenzorg
WHO	World Health Organization
WVG	Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Ten geleide

Binnen het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin is sinds 2017 gewerkt aan de ontwikkeling van een **instrumentarium voor BelRAI in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ)**. Het gebruik van een dergelijk **geïntegreerd holistisch assessment systeem** draagt bij tot het realiseren van meer continuïteit en coördinatie van zorg (Looman et al., 2021; Struckmann et al., 2018). Het zorgt ervoor dat zorgverstrekkers over de sectoren heen dezelfde taal en registratiesystemen gebruiken om zorgnoden en zorgzwaarte in kaart te brengen. De instrumenten inventariseren enerzijds zorgnoden in verschillende levensdomeinen, en anderzijds aspecten van de levenskwaliteit van de cliënt. Dezelfde zorgnoden in de verschillende sectoren op dezelfde manier benoemen, en dit voor de verschillende levensdomeinen, versterkt de intersectorale samenwerking tussen zorg- en welzijnsactoren. Dit is essentieel voor de kwaliteit van zorg en de levenskwaliteit van personen met integrale zorgnoden (zie Hoofdstuk 1, paragraaf 1).

De Belgische en Vlaamse GGZ heeft nood aan meer **gecoördineerde en continue zorg en ondersteuning** van personen met integrale zorgnoden (De Cuyper, Van Ingelgom, & Van Audenhove, 2018), zoals dit ook opgaat voor vele andere Westerse landen (Nicaise et al., 2020). De Hoge Gezondheidsraad beschouwt de continuïteit en coördinatie van zorg tussen (in)formele zorgvertrekkers – zowel binnen als buiten de GGZ – als belangrijke kwaliteitsindicatoren van de GGZ (Hoge Gezondheidsraad, 2016). Het belang van beide aspecten van zorg is eens te meer merkbaar tijdens de COVID-pandemie die een grote druk zet op het (psychosociaal) welzijn van de bevolking, en in het bijzonder, van de meest kwetsbare groepen (Hoge Gezondheidsraad, 2021; FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en leefmilieu – Interministeriële Conferentie Volksgezondheid, 2020). Ook België, Vlaanderen en de andere regio's van ons land zetten in op een verbetering van de coördinatie en continuïteit van zorg en hebben de implementatie van BelRAI zowel binnen als buiten de GGZ als doelstelling (Protocolakkoord BelRAI, 26 maart 2018).

Binnen het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin werken LUCAS KU Leuven en het Kenniscentrum Forensisch Psychiatrische Zorg Rekem (Kefor) sinds 2017 aan de **ontwikkeling en testing van het BelRAI instrumentarium** voor de Vlaamse (forensische) GGZ, en in het bijzonder voor **personen met integrale zorgnoden**. In het begin is gefocust op de aanpassing van het instrumentarium en het testen van de gebruiksmogelijkheden in de Vlaamse GGZ, inclusief forensische GGZ en verslavingssector (Van Eenoo et al., 2017; Van Horebeek et al., 2019, 2020, 2021). In 2018 legde de Vlaamse overheid het gebruik van BelRAI vast in het decreet houdende de Vlaamse Sociale Bescherming. Hierna verschoof de focus van de studies naar de identificering van de **randvoorwaarden voor een sectorbrede implementatie** van BelRAI in de Vlaamse GGZ. Eén van deze voorwaarden is de herwerking van de indeling van het BelRAI GGZ-instrumentarium tot een modulair systeem (Van Horebeek et al., 2020, 2021). Hiermee sluiten we de ontwikkelingsfase van het BelRAI GGZ-instrumentarium af.

LUCAS KU Leuven ontwikkelde een **BelRAI GGZ modulair systeem** dat enerzijds een kern van basismodules omvat die bestaat uit een beperkter - en zorgvuldig geselecteerd - aantal items uit het BelRAI GGZ-instrumentarium, en anderzijds uitbreidingsmodules waar de basismodules naar toe leiden. In het modulair systeem is meer flexibiliteit ingebouwd wat betreft de volgorde waarin de items worden aangeboden, dit rekening houdend met de zorgnoden van de cliënt en de levensdomeinen die relevant zijn om in kaart te brengen. De beoordeling van deze zorgnoden gebeurt grotendeels door de

hulpverlener(s), maar er is eveneens ruimte voor de visie van de cliënt en een naaste van de cliënt. Tegelijkertijd zijn alle zorgschalen en CAP's dezelfde gebleven en maken alle items uit het internationale interRAI GGZ-systeem deel uit van het herwerkte instrumentarium. De psychometrische kwaliteiten van de BelRAI GGZ-output als ook de mogelijkheid tot *benchmarking* tussen landen zijn bijgevolg behouden.

Met deze herwerking komen we tegemoet aan een aantal vragen van de GGZ-experten die deelnamen aan de voorgaande studies over de gebruiksmogelijkheden van het toenmalige BelRAI GGZ-instrumentarium (Van Horebeek et al., 2020, 2021). Inzetten op een zo goed mogelijke fit tussen (de technologie van) het assessment systeem en het werk in de praktijkorganisaties is immers cruciaal opdat het assessment zou bijdragen tot integrale zorg (Looman et al., 2021). Concreet beogen we met het nieuwe systeem dat een BelRAI GGZ-assessment meer op maat van de cliënt en zijn behandelfase kan ingevuld worden. Daarnaast is de ambitie dat de aangepaste structuur de hulpverleners helpt om het instrumentarium op een meer efficiënte manier te gebruiken, ook in ambulante en mobiele settings. Dit rapport stelt de finale versie van het modulair systeem – en het proces om hiertoe te komen – voor (zie Hoofdstuk 2 en Hoofdstuk 3). Om een pilootimplementatie met dit nieuwe systeem in enkele Vlaamse GGZ-netwerken en netwerken internering mogelijk te maken, is de realisatie van bijkomende **randvoorwaarden** nodig. Dit rapport sluit af met een toelichting van deze voorwaarden (zie Hoofdstuk 4). Eén ervan is de programmering van het **modulair BelRAI GGZ-systeem op een online platform** zodat het multidisciplinair invullen en delen van BelRAI-data over GGZ-voorzieningen heen mogelijk wordt, onder de voorwaarde dat de cliënt hiervoor zijn toestemming geeft. Een toegankelijke en efficiënte BelRAI GGZ-software ontwikkelen in een sterke samenwerking met de stakeholders kan een positieve impact hebben op de bruikbaarheid van BelRAI in de GGZ.

Hoofdstuk 1

Situering en doelstelling van het onderzoeksproject

Dit hoofdstuk situeert dit onderzoek door eerst in te gaan op de omschrijving van ‘personen met integrale zorgnoden’ (paragraaf 1). Voor deze doelgroep is immers een comprehensive assessment zoals BelRAI nodig om een goede kwaliteit van zorg en ondersteuning te garanderen. Er volgt een toelichting over hoe BelRAI als geïntegreerd holistisch assessment systeem hiertoe kan bijdragen (paragraaf 2). Vervolgens geven we een overzicht van de BelRAI GGZ-studies die tot hiertoe zijn uitgevoerd binnen het Steunpunt WVG en komt de doelstelling van dit project aan bod (paragraaf 3).

1 Personen met integrale zorgnoden en het belang van een omvattend assessment

Zowel de World Health Organization (WHO) als de Hoge Gezondheidsraad beschouwen **continuïteit en coördinatie van zorg** tussen (in)formele zorgvertrekkers – al dan niet afkomstig uit de GGZ – als belangrijke kwaliteitsindicatoren van de GGZ (WHO, 2015; Hoge Gezondheidsraad, 2016). De wetenschappelijke literatuur leert ons dat continuïteit van zorg een multidimensioneel concept is (Hermans et al., 2020). **Cross-sectionele continuïteit** verwijst naar de coherentie die nodig is tussen alle componenten van de zorg voor een cliënt en zijn context. Het gebruik van een gedeeld begeleidingsplan met alle betrokken hulpverleners, de cliënt en zijn context faciliteert deze vorm van continuïteit. **Longitudinale continuïteit** duidt op het belang van continuïteit doorheen een bepaalde tijdsperiode van het zorgtraject van de cliënt, waarbij de overgang tussen zorgperiodes soepel verloopt. Maar ook andere dimensies van continuïteit van zorg zijn cruciaal. **Relationele continuïteit** houdt de aanhoudende samenwerkingsrelatie in tussen de cliënt en één of meerdere key-hulpverleners over zorgperiodes heen. **Contextuele continuïteit** wijst op het belang van het integreren van de zorg in het dagelijkse leven van de cliënt. **Informationele continuïteit** verwijst naar het verzamelen en delen van medische en sociale informatie over de cliënt doorheen de verschillende zorgperiodes. Deze informatie geeft input voor het gedeeld begeleidingsplan, en faciliteert op deze manier zowel de cross-sectionele als longitudinale continuïteit. Wanneer al deze dimensies van continuïteit gerealiseerd worden – mét akkoord van de zorggebruiker – ervaart deze de zorg als continu, verbonden en gecoördineerd. Tenslotte is er op populatieniveau het belang van de **operationele continuïteit**: een consistente en coherente aanpak van het management van het (geestelijke) gezondheidsprobleem aangepast aan de veranderende noden van een populatie (Haggerty et al., 2003; Hermans et al., 2020; Naert, Roose, Rapp, & Vanderplasschen, 2017; Saultz, 2003; Sweeney et al., 2015; Weaver, Coffey, & Hewitt, 2017; Wierdsma, Mulders, de Vries, & Systema, 2009).

Uit kwalitatief onderzoek blijkt dat alle stakeholders uit de Vlaamse GGZ de nood aan méér continuïteit van zorg in de GGZ erkennen en de verbetering ervan als primordiaal ervaren in de reorganisatie van de GGZ (De Cuyper et al., 2018). Voldoende aandacht hiervoor is nodig opdat de aangeboden zorg en ondersteuning naadloos zou aansluiten bij de **integrale zorgbehoeften**, vooral van de meest kwetsbare personen. Deze personen hebben structurele en bijgevolg langdurige zorgnoden op verschillende levensdomeinen:

- Psychisch functioneren: de personen lijden aan een ernstige vorm van psychopathologie die zorg en/of behandeling noodzakelijk maakt. De aard van de psychopathologie kan niet beperkt

worden tot bepaalde psychiatrische diagnoses. Toch hebben personen met bepaalde psychiatrische beelden – denk aan niet-affectieve psychotische aandoeningen waaronder schizofrenie – zo goed als steeds integrale zorgnoden. Personen met andere psychiatrische ziektebeelden zoals (poly)druggebruik, persoonlijkheidsstoornissen en pervasieve ontwikkelingsstoornissen hebben vaak integrale zorgnoden; en sommigen – zoals personen met een angststoornis, een depressie of alcoholmisbruik – slechts bij uitzondering. Bovendien is er vaak sprake van co-morbiditeit (Delespaul & Berkvens, 2020; De Rick, Loosveldt, Van Audenhove, & Lammertyn, 2003; Van Audenhove, Carlassara, De Brouwere, & Vijverman, 1996).

- Zelfzorg en dagelijks functioneren: personen met een ernstige psychische aandoening hebben vaak moeite om voor hun eigen gezondheid en basis welbevinden te zorgen en om zelfstandig te functioneren. Dit kan ook – maar hoeft niet – veroorzaakt worden door een verstandelijke beperking. Ongeveer de helft van de cliënten met een (ernstige) psychische aandoening blijkt een (lichte) verstandelijke beperking te hebben (IQ < 85; Nieuwenhuis et al., 2017).
- Lichamelijke gezondheid en somatische aandoeningen: ook in de GGZ is het noodzakelijk om voldoende aandacht aan de somatische noden te besteden. In Scandinavië is een vermindering in levensverwachting gevonden van 15 tot 20 jaar voor gebruikers van GGZ-voorzieningen (Wahlbeck, Westman, Nordentoft, Gissler, & Laursen, 2011; Plano-Ripoll et al., 2019). Hier zijn verschillende redenen voor (Firth et al., 2019; Jaspers, Christiaens, Kohn, Savoye, & Mistiaen, 2021). Naast *lifestyle* risicofactoren, onnatuurlijke doodsoorzaken en nadelige effecten van behandelingen is dit onder andere gerelateerd aan *diagnostic overshadowing*. Dit houdt in dat hulpverleners symptomen toeschrijven aan een psychiatrisch probleem, terwijl die symptomen in werkelijkheid wijzen op een comorbide somatische aandoening. Als iemand eenmaal een bevestigde diagnose heeft, is er vaak een tendens om alle nieuwe gedragingen of symptomen toe te schrijven aan de oorspronkelijke diagnose. Daarom is een gedegen assessment van de lichamelijke gezondheid en somatische aandoeningen in de GGZ noodzakelijk om een goede somatische zorg te kunnen bieden.
- Financiële situatie: personen met een psychische aandoening leven vaker dan andere burgers in armoede. Dit verband is tweezijdig: enerzijds vergroot opgroeien in armoede en sociale/economische achterstand de kans op een psychische aandoening (sociale causatie), en anderzijds hebben mensen met een psychische aandoening een grotere kans op armoede en ongelijke behandeling (sociale neergang; Wahlbeck, Cresswell-Smith, Haaramo, & Parkkonen, 2017). Brits onderzoek toont bovendien aan dat de relatie tussen inkomen en (on)gezondheid sterker is bij psychische (on)gezondheid dan bij lichamelijke (on)gezondheid (Mangalore, Knapp, & Jenkins, 2017).
- Woonsituatie: personen met een psychische aandoening zijn ook vaker dan andere burgers dak- of thuisloos (Van Weeghel & Couwenbergh, 2020). Dit houdt enerzijds verband met de sociale neergang die hierboven beschreven is, en anderzijds zijn er ook raakvlakken met veiligheid. Hierdoor vormt woonondersteuning een belangrijk onderdeel van netwerkzorg bij deze populatie (Wunderinck, 2020).
- Sociaal en relationeel leven: personen met ernstige psychische zorgnoden hebben vaak een beperkt netwerk dat soms alleen bestaat uit een familielid en hulpverleners. Dit werkt vereenzaming, een geringe zelfachting en een lager ervaren kwaliteit van leven in de hand (Van Weeghel & Couwenbergh, 2020). Het hebben van een (ernstige) psychische aandoening heeft doorgaans negatieve gevolgen voor iemands sociale identiteit. Vaak resulteert dit ook in structurele achterstelling op het gebied van lichamelijke gezondheid, welzijn, actief burgerschap en toegang tot hulpbronnen (Arboleda-Flórez & Stuart, 2012).
- Werk- en opleidingssituatie: personen met een psychische aandoening zijn ten slotte vaker dan andere burgers werkloos of hun performantie op het werk ligt lager als gevolg van hun psychische aandoening (Greve & Nielsen, 2013; Marwaha, Durrani, & Singh, 2013; Van Weeghel & Couwenbergh, 2020). Hoe jonger iemand is bij de ontwikkeling van schizofrenie, hoe nefaster

de impact is op sociaal en werk vlak (Immonen, Jääskeläinen, Korpela, & Miettunen, 2017). Interventies gericht op werk en opleiding, zoals Individuele Plaatsing en Steun, zijn dan ook een essentieel onderdeel van netwerkzorg (Van Weeghel & Michon, 2018).

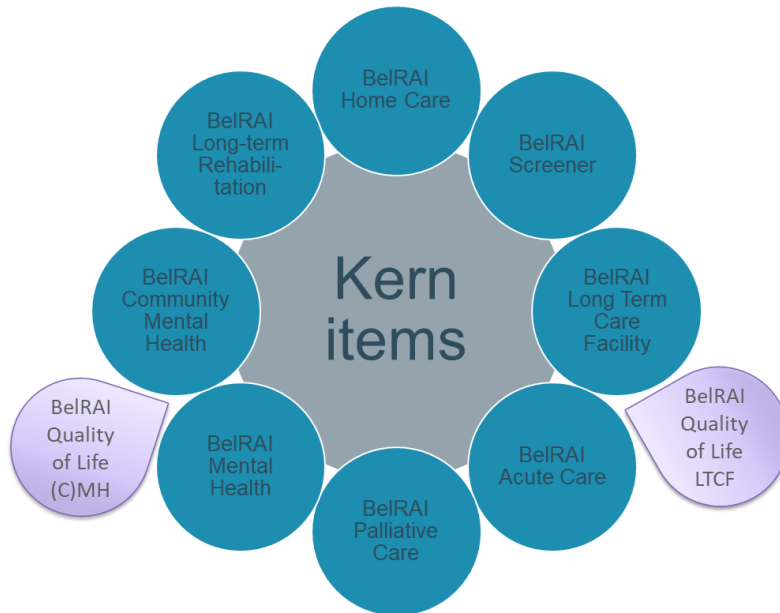
De zorgnoden op de verschillende levensdomeinen hebben wederzijdse impact, waardoor oorzaak en gevolg niet (meer) van elkaar te onderscheiden zijn. Er is sprake van een **circulaire relatie** tussen de psychische kwetsbaarheid en de levensomstandigheden. Schizofrenie bijvoorbeeld leidt tot eenzaamheid en sociale exclusie, maar omgekeerd voeden deze levensomstandigheden ook de aandoening. Bij personen met integrale zorgnoden zijn specifieke interventies die slechts gericht zijn op één levensdomein onvoldoende, gezien de complexe achterliggende kwetsbaarheid. Daarom is de betrokkenheid van verschillende gezondheids- en welzijnsactoren, disciplines en mantelzorg cruciaal. Focus van zorg en behandeling op zowel symptoomvermindering, maatschappelijk participatie als persoonlijk herstel is noodzakelijk om (opnieuw) een goede levenskwaliteit te kunnen ervaren. Aangezien de (geestelijke) gezondheids- en welzijnssectoren in Vlaanderen complexe en vaak naast elkaar werkende systemen zijn, vraagt dit type zorg bij uitstek om een **netwerkgerichte samenwerking** (Delespaul & Berkvens, 2020; Strategische Adviesraad Welzijn, Gezondheid en Gezin, 2015).

Ook tijdens de COVID-pandemie komt de nood aan méér continuïteit van zorg voor het (psychosociale) welzijn van de bevolking - en in het bijzonder van de meest kwetsbare groepen - naar voren (Hoge Gezondheidsraad, 2021; FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en leefmilieu – Interministeriële Conferentie Volksgezondheid, 2020). Het gebruik van een **geïntegreerd holistisch assessment systeem** - zoals interRAI en BelRAI - is een sleutelement in het realiseren van continuïteit en coördinatie van zorg, en meer bepaald de dimensie van informationele continuïteit (Looman et al., 2021; Struckmann et al., 2018). Het gebruik van een dergelijk assessment systeem zorgt ervoor dat zorgverstrekkers over de sectoren heen dezelfde taal en registratiesystemen gebruiken om zorgnoden en zorgzwaarte in kaart te brengen, hetgeen de cross-sectionele en longitudinale continuïteit ondersteunt. Het gebruik van een geïntegreerd holistisch assessment systeem is zodoende een noodzakelijke, maar geen voldoende voorwaarde om continuïteit van zorg te realiseren. Inzet op de relationele continuïteit, bijvoorbeeld via casemanagement, en contextuele continuïteit is even cruciaal. Ook België, Vlaanderen en de andere regio's van ons land zetten in op continuïteit en coördinatie van zorg en hebben de implementatie van BelRAI zowel binnen als buiten de GGZ als doelstelling (Protocolakkoord BelRAI, 26 maart 2018).

2 interRAI en BelRAI: Een geïntegreerd holistisch assessment systeem

Het interRAI systeem is een set van **internationaal gevalideerde en gestandaardiseerde assessment instrumenten**, ontwikkeld voor verschillende sectoren van zorg en welzijn. BelRAI is de Belgische versie ervan (belrai.org/nl). Momenteel worden de interRAI instrumenten in meer dan 35 landen gebruikt, in de reguliere praktijk of in het kader van onderzoeksprojecten (interrai.org). De instrumenten inventariseren enerzijds **zorgnoden** in verschillende levensdomeinen vanuit het hulpverlenersperspectief, en anderzijds verschillende aspecten van de **levenskwaliteit** vanuit het cliëntperspectief. Het zijn dus assessment instrumenten, geen diagnostische instrumenten. Een deel van de items uit de instrumenten is specifiek voor de betreffende sector ontwikkeld. Voor het andere deel overlappen de instrumenten met elkaar zodat identieke zorgnoden in de verschillende sectoren op dezelfde manier bevraagd worden. Dit versterkt de intersectorale samenwerking tussen zorg- en welzijnsactoren die essentieel is voor de kwaliteit van zorg en de levenskwaliteit van personen met integrale zorgnoden.

Figuur 3 geeft een overzicht van de **BelRAI instrumenten** die tot hertoe ontwikkeld zijn. Voor de GGZ zijn dit vanuit hulpverlenersperspectief de BelRAI Mental Health (MH) voor gebruik in residentiële voorzieningen en de BelRAI Community Mental Health (CMH) voor gebruik in niet-residentiële voorzieningen; vanuit cliëntperspectief de BelRAI Quality of Life vragenlijst (Naus & Hirdes, 2013; Luo et al., 2021). De kernitems zijn de items die deel uitmaken van (bijna) alle instrumenten. Deze hebben betrekking op fysieke en psychische gezondheid, cognitie, gedrag, stemming en dagelijkse vaardigheden (zie ook Figuur 4). Naast de hoofdinstrumenten zijn er voor de GGZ vier BelRAI supplementen: (1) Addictions supplement (uitgebreide versie), (2) Intellectual Disability supplement, (3) Forensic supplement en (4) Maatschappelijk Herstel supplement; elk in te vullen vanuit het hulpverlenersperspectief.



Figuur 3 BelRAI instrumenten

Voor de forensische GGZ vormt de Dangerousness Understanding, Recovery and Urgency Manual – kortweg DUNDRUM genoemd (Kennedy, O'Neill, Flynn, Gill, & Davoren, 2016) – in Vlaanderen een aanvulling bij het BelRAI systeem. Deze toolkit meet de individuele beveiligingsnoden (DUNDRUM-1), behandelvoortgang (DUNDRUM-3) en mate van herstel (DUNDRUM-4), onder meer in het kader van een eventuele verwijzing naar een voorziening met een ander beveiligingsniveau. DUNDRUM-3 en 4 omvatten ook een cliëntversie. Voor verdere toelichting bij de DUNDRUM verwijzen we naar Hoofdstuk 1 en 2 van de BelRAI-DUNDRUM forensische GGZ-pilootstudie (Van Horebeek et al., 2020).



Figuur 4 Overzicht van de levensdomeinen die in kaart worden gebracht met het BelRAI GGZ-instrumenten en -supplementen

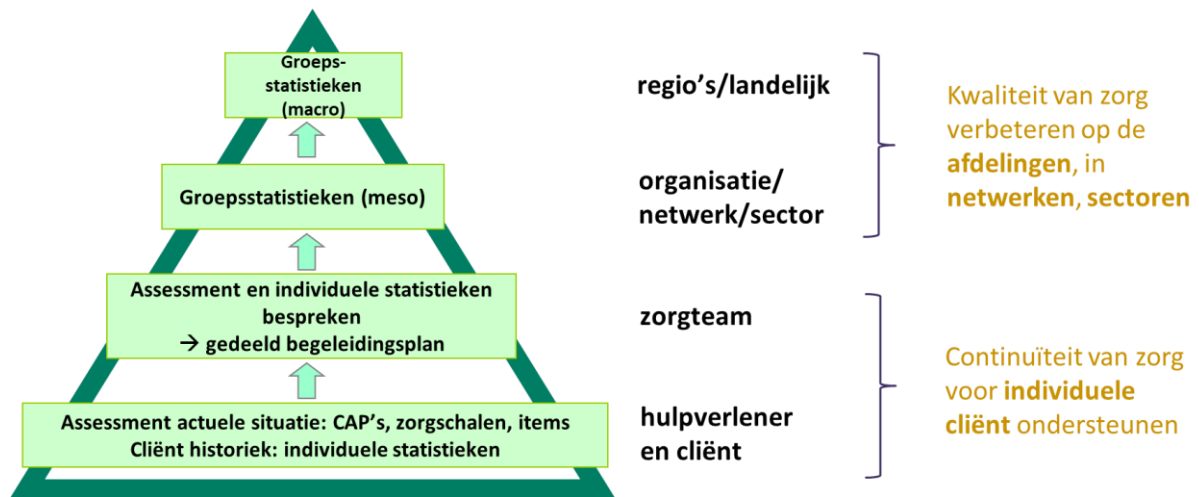
Nota: De zeshoeken die zwart omrand zijn, representeren de levensdomeinen die in alle BelRAI instrumenten - ook buiten GGZ – deels met dezelfde items bevroegd worden.

Deze informatie over en van de cliënt biedt input voor het begeleidend team om krachtgericht te werken met personen met integrale zorgnoden. De visie van de cliënt - en zijn context - op zijn herstel, het krachtgericht assessment en het psychodiagnostisch onderzoek vormen samen met de BelRAI output de basis voor de opmaak van een begeleidingsplan dat gedeeld wordt met de betrokken zorg- en welzijnsactoren binnen en buiten de GGZ. De BelRAI output heeft hierbij als specifieke bijdrage dat het de levensdomeinen in kaart brengt waarbinnen (bijkomende) begeleidingsdoelstellingen relevant zouden kunnen zijn. De andere bronnen bepalen of dit het geval is voor de betreffende cliënt, als ook de concrete invulling van het begeleidingsplan m.b.t. deze levensgebieden (Van Horebeek et al., 2020, 2021).

Zoals te zien is in Figuur 5 worden op basis van een interRAI en BelRAI assessment **op verschillende niveaus output** berekend. De psychometrische kwaliteiten van de instrumenten (Barbaree et al., 2021; Hirdes et al., 2002, 2008) en van de output werden in internationale studies onderzocht:

Zorgschalen (e.g., Chan, Lai, & Chi, 2014; Cheung, Mah, Barak, & Hirdes, 2021; Gee, Croucher, & Cheung, 2021; Hirdes et al., 2002; Hirdes et al., 2020; Jones, Perlman, Hirdes, & Scott, 2010; Perlman et al., 2013; Perlman & Hirdes, 2008; Rios & Perlman, 2017; Urbanoski, Mulsant, Willett, Ehtesham, & Rush, 2012),

- 'Clinical Assessment Protocols' (CAP's; e.g., Blasioli, Bieling, & Hassini, 2021; Hirdes et al., 2011; Kehyayan, Hirdes, & Perlman, 2014; Martin et al., 2009; Mathias, Hirdes, & Pittman, 2010; Neufeld, Perlman, & Hirdes, 2012; Perlman, Hirdes, & Vigod, 2015),
- Kwaliteitsindicatoren (e.g., Perlman et al., 2013; Hirdes et al., 2020)
- Case-mix classificatiesysteem (e.g., Hirdes et al., 2020).



Figuur 5 Resultaten op verschillende niveaus van de GGZ

De zorgschalen geven een indicatie van de huidige klinische en functionele status van de persoon. De CAP's zijn complexe algoritmes die geïnterpreteerd kunnen worden als een soort van 'alarmpje'. CAP's lichten op wanneer het aanbieden van bijkomende begeleiding/behandeling het functioneren van de persoon binnen een bepaald levensdomein kan verbeteren of achteruitgang in het functioneren kan verminderen of doen stagneren. Zorgschalen en CAP's geven input om een begeleidingsplan voor een individuele cliënt op te stellen, bij te sturen of te evalueren. Bij periodieke afname geven de zorgschalen ook de evolutie van het functioneren in de levensdomeinen weer. Kwaliteitsindicatoren en het case-mix classificatiesysteem zijn groepsstatistieken die het kwaliteitsbeleid ondersteunen. Kwaliteitsindicatoren kunnen input bieden voor de kwaliteitsmonitoring binnen voorzieningen, netwerken of regio's. Zorgzwaartecategorieën kunnen zowel binnen voorzieningen gebruikt worden, als voor regionale en internationale benchmarking. Voor België en Vlaanderen zijn de kwaliteitsindicatoren en zorgzwaartecategorieën nog niet ontwikkeld aangezien daarvoor representatieve data nodig zijn voor de verschillende deelsectoren van de GGZ (zie ook Figuur 6). Deze zijn in België tot hiertoe niet verzameld. Het interRAI-consortium publiceerde recent een internationaal overzichtartikel van de interRAI instrumenten voor de GGZ, met enkele voorbeelden van hoe men de kwaliteitsindicatoren en zorgzwaartecategorieën ook op het niveau van de voorzieningen en regio's kan gebruiken (Hirdes et al., 2020). Voor verdere toelichting bij het interRAI en BelRAI systeem en de GGZ-instrumenten en -supplementen verwijzen we naar Hoofdstuk 1 van het rapport van de laatste implementatiestudie (Van Horebeek et al., 2021).

InterRAI en BelRAI instrumenten zijn in principe **geen diagnostische instrumenten**. De term "diagnostiek" wordt in bepaalde contexten in een brede betekenis gebruikt waarbij men verschillende doelstellingen nastreeft, zoals problemen verkennen, verklaren, classificeren (bv. in DSM) of indicatiestelling. In deze context wordt ieder(e) assessment of meting/inschatting – waartoe ook het interRAI assessment systeem behoort – beschouwd als een vorm van diagnostiek. In de GGZ en andere medische contexten heeft het begrip een meer specifieke betekenis waarbij het sterk gelinkt wordt aan het begrip "diagnose". In deze betekenis is het zo dat vele zorgverstrekkers wettelijk geen diagnose mogen stellen. Daarenboven verloopt een diagnostisch proces hier volgens een op maat gesneden cyclus met als startpunt een "aanvraag" van de zorggebruiker en/of zijn omgeving, vervolgens een operationele vraagstelling van de diagnosticus, omgezet in de keuze voor bepaalde methodes in functie van het

toetsen van bepaalde hypothesen die aansluiten bij de doelstellingen van de diagnostiek (De Bruyn & Ruijsenaars, 2015; De Bruyn, Ruijsenaars, Pameijer, & van Aarle, 2003). De interRAI instrumenten vallen bijgevolg – als assessment instrumenten – wel onder de brede betekenis van diagnostiek en niet onder de specifieke betekenis ervan in de GGZ en andere medische contexten.

3 Voorgaande BelRAI GGZ-studies en de volgende fase in het implementatietraject

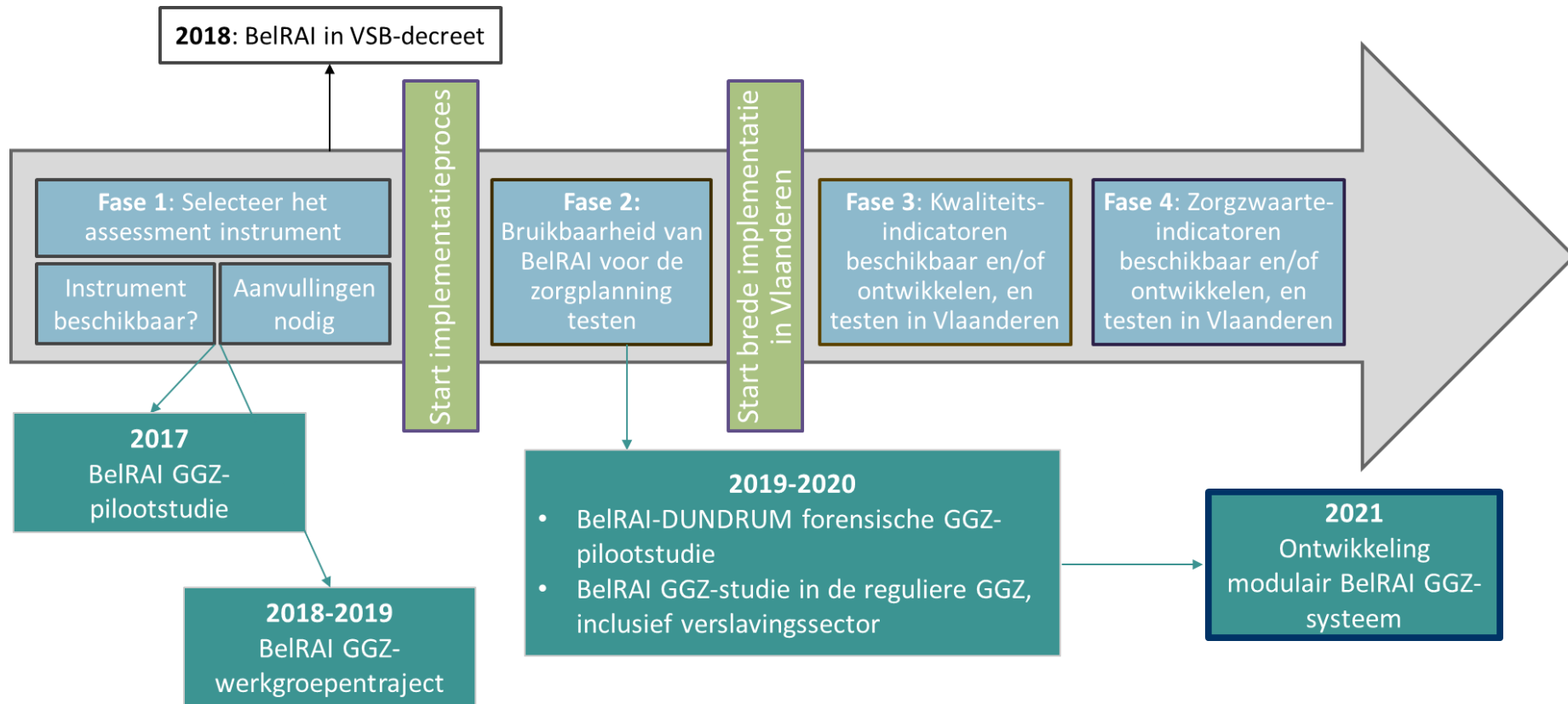
Figuur 6 toont hoe sedert 2017 binnen het Steunpunt WVG gewerkt is aan de ontwikkeling en testing van het BelRAI instrumentarium voor de GGZ. Na een pilootstudie (Van Eenoo et al., 2017) en de aanpassing van het instrumentarium voor de Vlaamse GGZ via een werkgroepentrajec met de betrokken sub-sectoren (Van Horebeek et al., 2019), zijn de gebruiksmogelijkheden getest in de reguliere GGZ, de forensische GGZ en in de revalidatiecentra voor verslaving. Dit is in de forensische GGZ ook voor de DUNDRUM gebeurd. Er zijn opleidingsmodules ontwikkeld en de eerste resultaten konden worden gepresenteerd aan de netwerken, voorzieningen, koepelorganisaties, patiënten- en familieverenigingen (Van Horebeek et al., 2020, 2021). In die periode – meer bepaald tijdens de vorige legislatuur in 2018 – is in het decreet Vlaamse Sociale Bescherming beslist dat BelRAI in de Vlaamse GGZ geïmplementeerd zal worden. Op basis van de studies zijn de randvoorwaarden voor de sectorbrede implementatie geconcretiseerd. Deze hebben voornamelijk betrekking op (1) de ontwikkeling van software voor het multidisciplinair gebruik van BelRAI GGZ in de verschillende (Vlaamse of federale) voorzieningen, (2) de ontwikkeling van een kader voor informatiedeling tussen de (G)GZ-sectoren, (3) de toegang tot het BelRAI-dossier voor de zorggebruiker en de vertrouwenspersoon en/of vertegenwoordiger, (4) de herwerking van de indeling van het BelRAI GGZ-instrumentarium tot een modulair systeem, (5) de integratie met de federale registratiesystemen en (6) voldoende opleiding voorzien (Van Horebeek et al., 2021). Met de concretisering van deze randvoorwaarden zijn de eerste twee fasen van het BelRAI GGZ-onderzoek afgesloten. De realisatie van de randvoorwaarden door de Vlaamse overheid, het Kwaliteitscentrum Diagnostiek en de onderzoekspartners is nu primordiaal. Daarna kan de implementatie in enkele pilootnetwerken van start gaan.

Als onderdeel van de realisatie van de randvoorwaarden hebben LUCAS KU Leuven en Kefor OPZC Rekem – in het kader van het Steunpunt WVG – het BelRAI GGZ-instrumentarium op een aantal punten herwerkt en omgevormd tot een modulair BelRAI GGZ-systeem. Kefor nam de herwerking van de output van het BelRAI Forensic supplement voor zijn rekening, alsook de herwerking van de cliëntversie van de DUNDRUM. Hiervoor verwijzen we naar het rapport van collega Petra Habets et al. (verwacht in 2022). LUCAS KU Leuven ontwikkelde een BelRAI GGZ modulair systeem gericht naar de doelgroep van personen met integrale zorgbehoeften. Het modulair systeem is ingedeeld volgens de levensdomeinen waarbinnen deze doelgroep vaak zorgnoden ervaart: (1) psychisch functioneren, (2) zelfzorg en dagelijks functioneren, (3) lichamelijke gezondheid en somatische aandoeningen, (4) financiële situatie, (5) woonsituatie, (6) sociaal en relationeel leven, en (7) werk- en opleidingssituatie. Dit modulair systeem omvat enerzijds een kern van basismodules dat bestaat uit een beperkter - maar zorgvuldig geselecteerd - aantal items uit het BelRAI GGZ-instrumentarium, en anderzijds uitbreidingsmodules waar de basismodules naar toe leiden. In het modulair systeem is meer flexibiliteit ingebouwd wat betreft de volgorde waarin de items worden aangeboden, dit rekening houdend met de zorgnoden van de cliënt en de levensdomeinen die relevant zijn om in kaart te brengen. Tegelijkertijd is alle output dezelfde gebleven en maken alle items uit het internationale interRAI GGZ-systeem deel uit van het herwerkte

instrumentarium. De psychometrische kwaliteiten van de BelRAI GGZ-output als ook de mogelijkheid tot *benchmarking* tussen landen zijn bijgevolg behouden gebleven.

Met deze herwerking van het BelRAI GGZ-instrumentarium komen we tegemoet aan de vragen van de GGZ-experten die deelnamen aan de voorgaande studies over de gebruiksmogelijkheden van het toenmalige BelRAI GGZ-instrumentarium (Van Horebeek et al., 2020, 2021). Inzetten op een zo goed mogelijke fit tussen (de technologie van) het assessment systeem en het werk in de praktijkorganisaties is immers cruciaal opdat het assessment zou bijdragen aan integrale zorg (Looman et al., 2021). Allereerst willen we met het modulair systeem het mogelijk maken om het BelRAI GGZ-assessment meer **op maat van de cliënt en de behandel fase waarin die zich bevindt**, in te vullen. De zorgnoden van de cliënt bepalen welke modules ingevuld worden. De hulpverleners zullen meer keuzevrijheid hebben in het bespreken van delicate thema's. BelRAI kan ondersteunend werken om deze thema's aan te kaarten bij de cliënt, maar voor sommige cliënten is het bevragen van (bepaalde) thema's – in een bepaalde fase van het zorgtraject – niet opportuun of kan het hun precieze psychische situatie onder druk zetten (Van Horebeek et al., 2021). Tot slot willen we de hulpverleners met het modulair systeem helpen om het instrumentarium op een meer **efficiënte manier te gebruiken**, ook in ambulante en mobiele settings.

In dit rapport lichten we de werkwijze bij de ontwikkeling van het modulair BelRAI GGZ-systeem toe en geven we een overzicht van de finale versie ervan. De herwerking van het BelRAI Addictions supplement – extended version en van het BelRAI Maatschappelijk Herstel supplement maakt hier deel van uit. Daarnaast geven we een update van de vergelijking tussen de MPG en het BelRAI GGZ-instrumentarium. We sluiten het rapport af met enkele aanbevelingen voor een succesvolle, sectorbrede implementatie van BelRAI in de GGZ.



Figuur 6 Traject van de BelRAI GGZ-studies binnen het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Hoofdstuk 2

Werkwijze bij de ontwikkeling van het modulair BelRAI GGZ-systeem

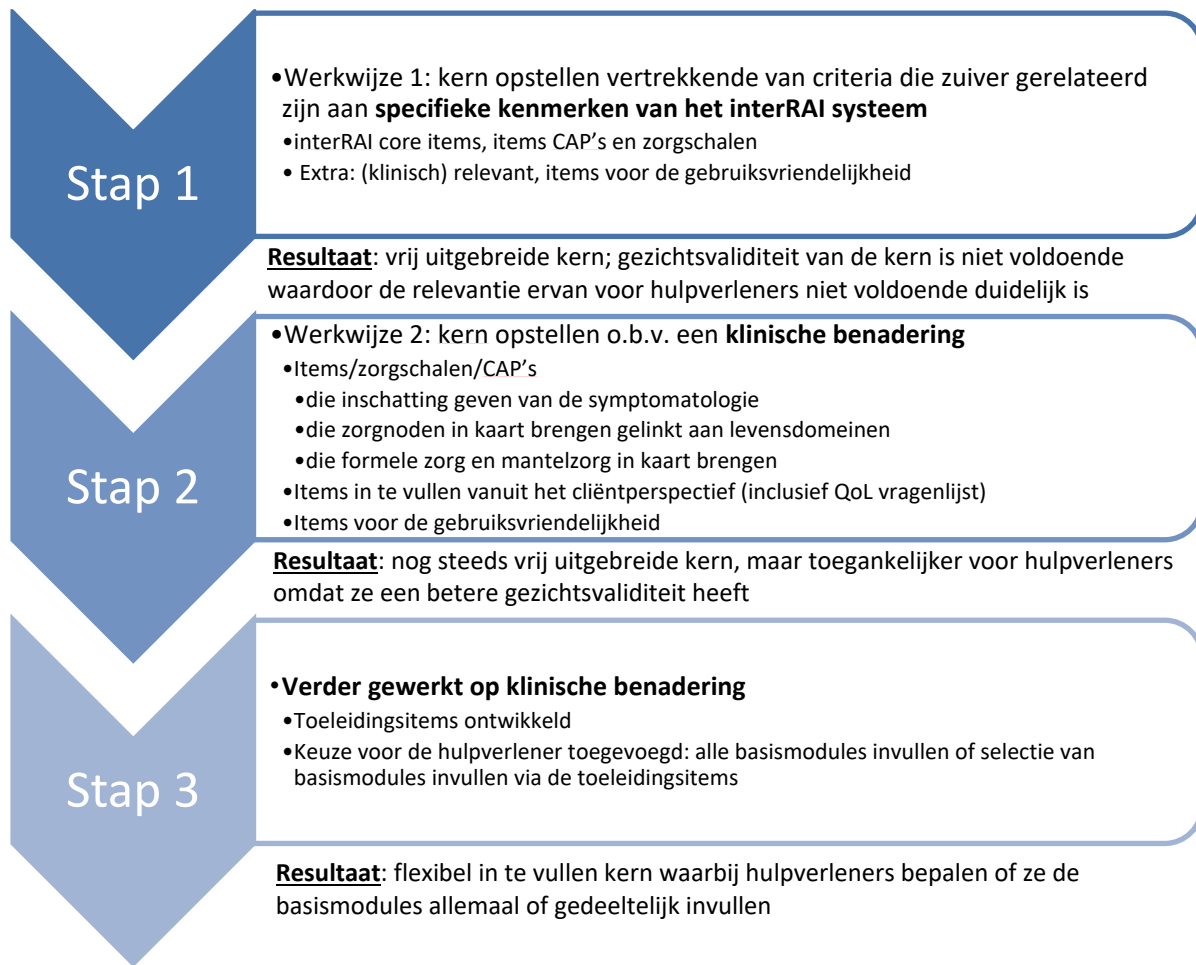
Figuur 8 geeft de werkwijze weer van de herwerking van het BelRAI GGZ-instrumentarium tot een modulair systeem. Dit hoofdstuk licht de vijf fasen van deze procedure toe.

Fase 1 en 2

In een eerste fase zijn de **criteria** vastgelegd die bepalen welke items deel uitmaken van de **kern van het modulair systeem**. Dit gebeurde mede op basis van input uit de voorgaande implementatiestudies met hulpverleners, directies van voorzieningen, netwerkcoördinatoren, experts uit de betrokken overheden en patiënten- en familievertegenwoordigers omtrent de gebruiksmogelijkheden van het BelRAI GGZ-instrumentarium (Van Horebeek et al., 2020, 2021). Twee verschillende uitgangspunten zijn getest in de zoektocht naar de beste opbouw van de kern van het modulair systeem (zie ook Figuur 7):

- Samenstelling van de kern van het modulair systeem vertrekkende van **criteria** die zuiver gerelateerd zijn aan **specifieke kenmerken van het interRAI systeem**. Voorbeelden zijn: de items die nodig zijn om alle CAP's en schalen te berekenen en de items die voorkomen in alle interRAI instrumenten (= interRAI core items). Een dergelijke benadering is gehanteerd bij de ontwikkeling van het modulair systeem van het BelRAI Revalidatie instrument (Van Regenmortel, Declercq, & Van de Velde, 2020). Met als doel zoveel mogelijk consistentie te bewaren tussen de BelRAI instrumenten is deze benadering in eerste instantie uitgetoet. Dit resulteerde voor het BelRAI GGZ-instrumentarium in een uitgebreide kern waarvan de indeling niet beantwoordde aan het opzet van deze studie, nl. BelRAI beter laten aansluiten bij de concrete noden op het terrein, en zodoende een betere gezichtsvaliditeit van het instrument bekomen, en tegelijk een reductie van het aantal items bereiken.
- Daarom is gekozen om de kern van het modulair assessment systeem samen te stellen op basis van een **klinische benadering** in plaats van volgens de bovenstaande, exclusief psychometrische benadering. Bij deze klinische benadering is vertrokken vanuit de vraag welke (levens)domeinen een assessment bij personen met integrale zorgnoden in kaart zou moeten brengen (zie Hoofdstuk 1). Pas in tweede instantie zijn de CAP's, zorgschalen en individuele items uit het BelRAI GGZ-instrumentarium geselecteerd die gepaard gaan met deze (levens)domeinen. Daarnaast heeft deze benadering meer aandacht voor het cliëntperspectief om tot een betere balans te komen tussen de herstelvisie en het medisch model. Deze aanpak resulteerde in een kern die op vlak van indeling klinisch relevanter is en bijgevolg toegankelijker voor de hulpverleners. Ook via deze tweede benadering werd een redelijk uitgebreide kern bekomen. Dit is opgevangen door toeleidingsitems toe te voegen die het mogelijk maken om enkel bepaalde modules uit de kern te openen, dit vanuit een welbepaalde zorgnood of wens die aanwezig is. De kern kan dus zowel volledig als gedeeltelijk (via de toeleidingsitems) worden ingevuld (zie Hoofdstuk 3, 3.2 en 3.3).

Figuur 7 geeft schematisch de drie stappen weer die hierboven reeds werden geduid en die de onderzoekers doorlopen hebben om de kern van het modulair systeem samen te stellen. De **specifieke criteria** die bepalen welke items of thema's volgens de **klinische benadering** uiteindelijk opgenomen zijn in de kern van het modulair systeem worden belicht in Hoofdstuk 3, paragraaf 1.



Figuur 7 Ontwikkeling van de criteria voor de samenstelling van de kern van het modulair systeem

In de tweede fase zijn de indeling en de invulling van de **uitbreidingsmodules** vastgelegd. Dit leidde tot een ontwerpversie van het modulair systeem.

Fase 3

De eerste ontwerpversie van het modulair BelRAI GGZ-systeem werd in september 2021 voorgelegd aan verschillende stakeholders uit de GGZ tijdens vier **informatiesessies** (zie Hoofdstuk 3, paragraaf 2). De eerste (online) infosessie focuste op **hulpverleners** die deelnamen aan de vorige BelRAI GGZ-studies (n = 9) (Van Horebeek et al., 2020, 2021). Alle subsectoren die toen participeerden waren vertegenwoordigd tijdens deze sessie, nl. psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven voor beschut wonen, mobiele 2b-teams, psychosociale revalidatiecentra, revalidatiecentra voor verslaving, woonzorgcentra met een aparte afdeling voor patiënten met integrale zorgnaden en de forensische GGZ. De **koepelorganisaties** van de GGZ-voorzieningen namen deel aan de tweede sessie (n = 4). Twee stafmedewerkers van Zorgnet-Icuro, alsook twee vertegenwoordigers van de Vlaamse Vereniging van Behandelingscentra Verslaafdenzorg (VVBV) waren hierbij aanwezig. Bij de derde infosessie waren netwerkcoördinatoren en ondervoorzitters van **Vlaamse GGZ-netwerken** (n = 5), netwerkcoördinatoren Nederlandstalige **netwerken internering** (n = 2), (platform voor) **patiëntenvertegenwoordigers** (n = 2)

en een **familievertegenwoordiger** betrokken. **Coördinatoren en directieleden van voorzieningen** die deelnamen aan de vorige studies participeerden aan de laatste (online) infosessie (n = 10). Met uitzondering van de woonzorgcentra waren alle GGZ-subsectoren die toen betrokken waren, in deze groep vertegenwoordigd.

De informatiesessies gingen van start met een inleiding over de nood aan continuïteit in de GGZ voor personen met integrale zorgnoden en hoe de BelRAI assessment instrumenten hierop een antwoord kunnen vormen. De eerste vragen van de experts hieromtrent werden beluisterd. Daarna is het reeds **gelopen traject van de BelRAI GGZ-studies** binnen het Steunpunt WVG kort toegelicht en is de ontwikkeling van het modulair systeem hierin gesitueerd. Vervolgens is de **ontwerpversie van het modulair systeem voorgesteld** en zijn de vragen en suggesties van de experts besproken.

De **dataverwerking** van deze bijeenkomsten gebeurde in eerste instantie door het beluisteren van de opnames. Er is een inhoudsanalyse gedaan van het discussiegedeelte van elk van de vier infosessies waarbij de thema's en inhoudelijke uitspraken beoordeeld werden door één van de onderzoekers. Op basis daarvan is door deze en een andere onderzoeker een geïntegreerde nota gemaakt van de vier informatiesessies waarbij de thema's geordend werden en de respons van de deelnemers per thema is opgenomen. De nota omvat ook extra duiding van de onderzoekers – expliciet als dusdanig aangegeven – bij bepaalde thema's (zie Bijlage 1).

Fase 4

In deze fase stond de **aanpassing van de supplementen uit het BelRAI GGZ-instrumentarium** centraal. Tijdens de twee voorgaande implementatiestudies zijn twee extra supplementen ontwikkeld en voor de eerste keer getest, nl. het BelRAI Addictions supplement – extended version en het BelRAI Maatschappelijk Herstel supplement (Van Horebeek et al., 2019, 2020, 2021). Ook de nieuwste versie van het interRAI Intellectual Disability instrument en het interRAI Forensic supplement zijn toen voor het eerst op hun gebruiksmogelijkheden beoordeeld. De hulpverleners gaven veel input over welke items uit deze supplementen *need-to-know* zijn en welke niet. Op basis van deze feedback en de kwantitatieve dataverzameling uit de voorgaande studie is het Addictions supplement (extended version) en het Maatschappelijk Herstel supplement herwerkt. Ook (de output van) het Forensic supplement is recent herwerkt in het kader van een andere SWVG-onderzoek (Habets et al., verwacht in 2022). Na het aanpassen van de BelRAI GGZ-supplementen konden ook de bijhorende items toegekend worden aan de gepaste uitbreidingsmodules.

Vervolgens zijn de **handboeken** van het volledige BelRAI GGZ-instrumentarium³ aangepast op basis van de input van de hulpverleners tijdens de twee voorgaande implementatiestudies. Informatie werd toegevoegd of aangepast om de gebruiksvriendelijkheid van de handboeken te verbeteren. Voor het Maatschappelijk Herstel supplement bestond nog geen handboek. Dit werd samengesteld.

³ BelRAI Mental Health en Community Mental Health instrument, BelRAI Addictions supplement-extended version, BelRAI Forensic supplement, BelRAI Intellectual Disability supplement (versie bij MH en versie bij CMH), BelRAI Maatschappelijk Herstel supplement en Quality of Life-vragenlijst

Fase 5

Ten slotte is het modulair systeem aangepast op basis van de input verkregen via de informatiesessies. Zo werd bijvoorbeeld de formulering van de toeleidingsitems bijgesteld. Dit leidde tot de **finale versie van het modulair BelRAI GGZ-systeem** zoals ook verder voorgesteld in dit rapport (zie Hoofdstuk 3, paragraaf 3).

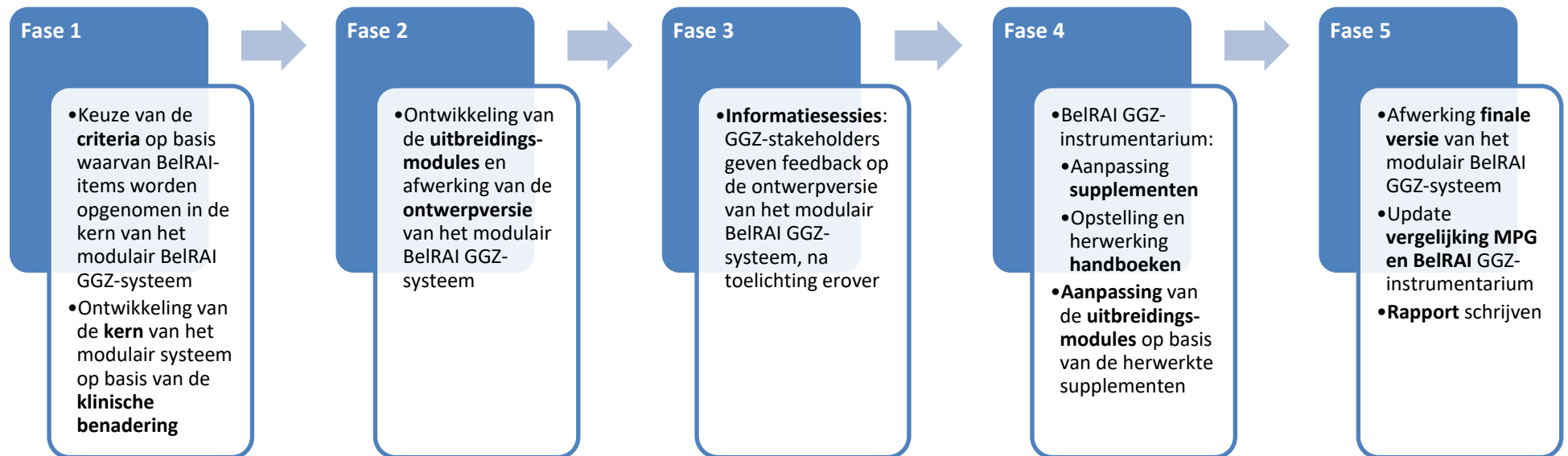
Ter afronding van dit project is de **vergelijking tussen MPG en het BelRAI GGZ-instrumentarium** – die is uitgewerkt naar aanleiding van de eerste pilootstudie (Van Eenoo et al., 2017) – geüpdatet. De doelstelling is na te gaan of de inhoud van de MPG-registratie – voor wat de cliëntgebonden kenmerken betreft – ook terug te vinden is in het BelRAI GGZ-instrumentarium. Voor de update is verder gewerkt op de vergelijking met de vernieuwde MPG-registratie uit 2015 in opdracht van het Agentschap Zorg & Gezondheid (Van Eenoo et al., 2017) die op zijn beurt gebaseerd was op de vergelijking tussen de MPG en BelRAI GGZ uit 2015 in opdracht van de FOD Volksgezondheid (Van Audenhove & Declercq, 2015). Deze versie van de MPG is in 2015 vastgelegd in het kader van de gemeenschappelijk GGZ-registratie in alle voorzieningen van de GGZ. Deze minimale dataset is bekrachtigd door alle bevoegde ministers in het protocolakkoord van 21 maart 2016, maar wordt tot hiertoe nog niet in de voorzieningen gebruikt. De update van de vergelijking is terug te vinden in Bijlage 2 van dit rapport. In een eerste stap is per MPG-item nagegaan met welke items van de BelRAI CMH⁴, het BelRAI Intellectual Disability supplement, het BelRAI Addictions supplement – extended version, het Forensic supplement, het Maatschappelijk Herstel supplement en de DUNDRUM het betreffende MPG-item overeenkomt (kolom 2). In een tweede stap is nagegaan welke items van de BelRAI MH – die niet aanwezig zijn in de BelRAI CMH – ook onderdelen bevatten van de MPG-items. Ook is per MPG-item aangeduid welke items van de BelRAI CMH die overlappen met het betreffende MPG-item, niet bevraagd worden in het BelRAI MH-instrument (kolom 3⁵). In de vierde kolom is genoteerd waar het betreffende BelRAI of interRAI item is terug te vinden in het BelRAI GGZ modulair systeem:

- Op de startpagina
- In de basismodules
- In een bepaalde uitbreidingsmodule
- In geen van bovenstaande. Dit wil zeggen dat het een interRAI GGZ-item betreft (iMatrix 6.6) dat niet opgenomen is in de BelRAI 2.0 applicatie, dus ook niet in het modulair systeem. Hierop is één uitzondering gemaakt: het item geslacht maakt geen deel uit van BelRAI 2.0, maar zouden we wel willen opnemen in het modulair systeem aangezien dit klinisch zeer relevante informatie is.

Het percentage overeenkomst tussen de MPG-registratie en het vernieuwde BelRAI GGZ-instrumentarium is bepaald door het aantal cliëntgebonden MPG-items dat door één of meerdere items uit het BelRAI GGZ modulair systeem bevraagd wordt, af te zetten ten opzichte van het totaal aantal cliëntgebonden MPG-items.

⁴ Deze vergelijking gebeurde reeds in de studie EF06.04 (Van Eenoo et al., 2017) waarbij de analyses gebeurde op basis van de interRAI item matrix, versie 6.6.

⁵ Deze vergelijking gebeurde ook in de studie EF06.04 (Van Eenoo et al., 2017).



Figuur 8 Procedure van de herwerking van de indeling van het BelRAI GGZ-instrumentarium tot een modulair systeem

Hoofdstuk 3

Onderzoeksresultaten

Dit hoofdstuk begint met de voorstelling van de criteria op basis waarvan de kern van het modulair systeem is samengesteld, dit volgens de klinische benadering die in Hoofdstuk 2 werd uitgelegd (paragraaf 1). Vervolgens zijn de indeling en de inhoud van de uitbreidingsmodules ontwikkeld. Dit leidde tot een ontwerpversie van het modulair systeem die is voorgelegd aan verschillende stakeholders uit de GGZ tijdens vier informatiesessies. Een samenvatting van de resultaten hiervan is terug te vinden in de tweede paragraaf van dit hoofdstuk. Mede op basis van deze input, is de finale versie van het modulair systeem opgesteld die bestaat uit vier niveaus. In paragraaf 3 stellen we elk niveau van dit systeem afzonderlijk voor. We sluiten het hoofdstuk af met de resultaten van de vergelijking van de MPG-registratie met het aangepaste BelRAI GGZ-systeem, hetgeen een beeld geeft van de grote overlap tussen beide instrumenten.

1 Criteria volgens de klinische benadering ter samenstelling van de kern van het modulair systeem

1.1 Items die zorgnoden in kaart brengen bij cliënten met integrale zorgnoden vanuit het hulpverlenersperspectief in de GGZ

Allereerst zijn de items, CAP's en zorgschalen geselecteerd die minimaal vanuit het hulpverlenersperspectief in de GGZ nodig zijn om het functioneren van cliënten met integrale zorgnoden in kaart te brengen. Hierbij komen items aan bod die het psychisch functioneren in kaart brengen, maar ook lichamelijke gezondheid, zelfzorg en dagelijks functioneren, wonen, werk en opleiding, financiën of inkomen en sociaal functioneren. Deze aanpak resulteerde concreet in volgende opbouw van de kern van het modulair systeem:

1. De meerderheid van de **interRAI core items**. Deze items komen voor in (bijna) alle interRAI instrumenten. Het item geslacht is één van deze interRAI core items. Hoewel het ook in de interRAI GGZ-hoofdinstrumenten reeds was opgenomen, is het pas tijdens deze studie toegevoegd aan de BelRAI 2.0-versies.
2. BelRAI-items die noodzakelijk zijn om het merendeel van de **zorgschalen en CAP's** te kunnen berekenen. CAP's en zorgschalen zijn toegewezen aan een basismodule op basis van het levensdomein waarop ze van toepassing zijn. Indien men de volledige kern invult, kunnen 18 van de 20 zorgschalen en 16 van de 21 CAP's uit het BelRAI (C)MH-instrument berekend worden (zie Tabel 2)
3. Extra toegevoegde items (al dan niet bestaande interRAI-items) m.b.t. **somatische problematieken en levensstijl** op basis van het KCE-rapport over somatische zorg in psychiatrische settings (Jespers et al., 2021). Het KCE-rapport geeft ook aan dat personen met een psychiatrische aandoening benadeeld zijn op vlak van preventieve maatregelen die gericht zijn op de gehele bevolking bv. kankerscreening. Daarom zijn ook enkele items omtrent preventieve screening toegevoegd aan de kern van het modulair systeem.

Tabel 2 Zorgschalen en CAP's die berekend kunnen worden o.b.v. de kern van het modulair BelRAI GGZ-systeem

ZORGSCHALEN		CAP'S	
<ul style="list-style-type: none"> • ADL hierarchy scale • ADL-IADL functional hierarchy scale • ADL short format scale • Aggressive behavior scale • BMI • CAGE scale • Cognitive performance scale • Communication scale • Depression rating scale 	<ul style="list-style-type: none"> • Depressive severity index • IADL capacity hierarchy scale • Mania scale • Positive symptom scale - short • Positive symptom scale - long • Risk of harm to others scale • Self-care index • Severity of self-harm scale • Social withdrawal scale 	<ul style="list-style-type: none"> • CAP Criminele activiteiten • CAP Geneesmiddelenbeheer en therapietrouw • CAP Gewichtmanagement • CAP Intermenselijke conflicten • CAP Mantelzorg • CAP Middelengebruik • CAP Ondersteuningskader na ontslag • CAP Opleiding en werk 	<ul style="list-style-type: none"> • CAP Persoonlijke financiën • CAP Roken • CAP Schade aan anderen • CAP Slaapstoornissen • CAP Sociale relaties • CAP Traumatische levensgebeurtenissen • CAP Zelfmoordgedrag en opzettelijk zelfverwonding • CAP Zelfzorg

1.2 Cliëntperspectief en het perspectief van een naaste van de cliënt

In tweede instantie is de kern van het modulair systeem aangevuld met de items en schalen die de behandeldoelen en levenskwaliteit in kaart brengen vanuit het cliëntperspectief en de behandeldoelen vanuit het perspectief van een naaste van de cliënt.

Tijdens de voorgaande BelRAI GGZ-implementatiestudies werd het belang van het (beter) in beeld brengen van het cliëntperspectief en het perspectief van de naasten van de cliënt benadrukt (Van Eenoo et al., 2017; Van Horebeek et al., 2019, 2020, 2021). Op basis hiervan zijn in de loop van het onderzoekstraject (zie Figuur 6) enkele aanpassingen gedaan aan het BelRAI GGZ-instrumentarium.

Na de eerste pilootstudie (Van Eenoo et al., 2017) is een item toegevoegd aan het BelRAI (C)MH-instrument dat peilt naar de **behandeldoelen van de cliënt met het oog op klinisch, maatschappelijk en persoonlijk herstel**. In het BelRAI modulair systeem zal dit item niet alleen vanuit cliëntperspectief kunnen beoordeeld worden, maar ook vanuit de visie van een naaste van de cliënt en de begeleidende hulpverlener.

Het meten van kwaliteit van leven vanuit het cliëntperspectief verloopt via de **Quality of life (QOL) vragenlijst** (<https://interrai.org/instrument-category/quality-of-life/>; Naus & Hirdes, 2013; Luo et al., 2021; de Almeida et al., 2021). Deze vragenlijst - bestaande uit 46 items - focust op kwaliteit van leven, maar ook op kwaliteit van zorg en dit vanuit het cliëntperspectief. De QOL-vragenlijst bestaat uit vijf subschalen:

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

De vragenlijst is in de voorgaande BelRAI GGZ-studies door alle stakeholders steeds als een meerwaarde beschouwd en werd daarom in de kern van het modulair systeem opgenomen.

1.3 BelRAI als hulpmiddel voor meer integrale zorg in de GGZ

Opdat het BelRAI GGZ modulair systeem integrale zorg in de GGZ zou ondersteunen, is het cruciaal dat alle relevante levensdomeinen van een cliënt aan bod komen in de kern van het modulair systeem. De kern van het systeem vraagt van de hulpverlener om alle levensdomeinen van de cliënt onder de loep te nemen. De data die verzameld worden over zelfzorg, algemene dagelijkse vaardigheden, lichamelijke gezondheid, de financiële en woonsituatie van de cliënt en zijn dagbesteding (zie Hoofdstuk 3, paragraaf 3.3) zijn zowel binnen als buiten de GGZ-sectoren relevant. De BelRAI GGZ-data geven input om met al de zorg- en welzijnspartners samen een gedeeld begeleidingsplan op te stellen. Indien een cliënt geen zorgnoden heeft op levensdomeinen zoals wonen, werk, financiën maakt het modulair systeem het mogelijk om deze modules over te slaan (zie Hoofdstuk 3, paragraaf 3.2).

1.4 Items toegevoegd in functie van de gebruiksvriendelijkheid

Tot slot zijn enkele items toegevoegd aan de kern om de **logische samenhang** met de uitbreidingsmodules te bevorderen. Ook zijn enkele **extra items** – geen BelRAI of interRAI items – toegevoegd om een – vaak unieke – link te kunnen leggen tussen de kern en (een) uitbreidingsmodule(s). Zo werd het mogelijk dat uitbreidingsmodules enkel aan bod komen wanneer bepaalde zorgnoden die bevestigd worden in de kern van het systeem, aanwezig zijn bij de cliënt.

De meeste **verschillen op itemniveau tussen BelRAI MH en BelRAI CMH** zijn weggenomen. Hierdoor zijn de items die specifiek voor residentiële en niet-residentiële cliënten dienen ingevuld te worden, tot het minimum beperkt. Zo zullen de items omtrent woonomgeving niet enkel voor niet-residentiële cliënten worden ingevuld. Het is immers ook voor cliënten in opname nuttig om te weten in welke woonomgeving zij voor of na ontslag verblijven. Deze aanpassingen zijn ook opgenomen en als dusdanig gemarkeerd in de templates en handboeken van de betreffende instrumenten.

2 Informatiesessies omtrent het modulair BelRAI GGZ-systeem

Aan de hand van de bovenstaande criteria is de kern van het modulair BelRAI GGZ-systeem samengesteld. Vervolgens is de (indeling van de) **uitbreidingsmodules** ontwikkeld. Dit leidde tot een ontwerpversie van het modulair systeem die is voorgelegd aan verschillende stakeholders uit de GGZ tijdens vier informatiesessies. Omwille van de grote gelijkenis met de uiteindelijke finale versie van het modulair systeem (zie Hoofdstuk 3, paragraaf 3) is de ontwerpversie hier niet toegevoegd.

Tabel 3 geeft een overzicht van de thema's die aan bod kwamen tijdens de sessies. Een volledig overzicht van de resultaten van deze sessies is terug te vinden in Bijlage 1. Een deel van de feedback had rechtstreeks te maken met het voorgestelde modulair BelRAI GGZ-systeem:

- Volgens de *onderzoekers* zal BelRAI de grootste meerwaarde hebben in de GGZ voor **cliënten met integrale zorgbehoeften**. De koepelorganisaties volgen deze redenering op inhoudelijk vlak, maar stellen zich wel vragen over hoe dit te rijmen valt met een eventuele koppeling aan financiering in de toekomst waarbij toch rekening dient gehouden te worden met de volledige cliëntpopulatie.

- Nieuwe indeling van het instrumentarium:
 - De stakeholders staan in het algemeen **positief** ten aanzien van de voorgestelde veranderingen in de structuur van het BelRAI GGZ-instrumentarium.
 - Om ook daadwerkelijk te kunnen vaststellen of de beoogde doelstellingen - nl. assessment is efficiënter in te vullen voor de hulpverlener en meer op maat van de cliënt - gerealiseerd kunnen worden, zou men het nieuwe systeem moeten kunnen **uittesten**.
 - Voornamelijk de hulpverleners zien voordelen in het werken met de toeleidingsitems bv. het invullen van het assessment wordt haalbaarder in ambulante settings doordat minder relevante modules voor een cliënt kunnen opengelaten worden. Verder werden suggesties gegeven om de **formulering van bepaalde toeleidingsitems te verbeteren** bv. minder diagnostisch gericht.
 - De experts benadrukken dat de **beslissing omtrent de wijze van invullen** van het assessment – werken met toeleidingsitems die leiden naar (secties van) specifieke basismodules of alle basismodules invullen zonder hierin een selectie te maken – in samenspraak **met verschillende partijen** moet kunnen gebeuren bv. in afstemming met een specifieke cliënt of via afspraken op organisatie- en netwerkniveau.

Andere opmerkingen hadden betrekking op de beleidsaanbevelingen die in voorgaande BelRAI GGZ-studies geformuleerd zijn aangaande de randvoorwaarden voor implementatie (Van Horebeek et al., 2020, 2021):

- Er is nood aan **informatie over de doelstellingen en timing van BelRAI in de GGZ**. De netwerken zelf benadrukken het belang van de relevantie op cliëntniveau en wijzen op waakzaamheid om BelRAI niet enkel als management- of beleidstool te gebruiken om kwaliteit van zorg op afdelingen/netwerken/sectoren te verbeteren. Naar de toekomst toe blijven er vragen bestaan omtrent een eventuele koppeling van BelRAI-data aan financiering en rond de pilootimplementatie van BelRAI in enkele GGZ-netwerken en een netwerk internering.
- Het BelRAI-dossier mag **geen apart dossier/systeem** worden, maar moet geïntegreerd worden in bestaande dossiers/software-systemen. Zo voorkomt men een overdreven registratielast wat momenteel een aandachtspunt is.
- Het platform voor patiëntenvertegenwoordigers wijst op het belang van **inzage van de cliënt in zijn dossier** en aandacht voor de manier waarop dit kan gebeuren.
- Voornamelijk de koepelorganisaties en GGZ-netwerken zien de voordelen van het **delen van de BelRAI-gegevens in de toekomst**, namelijk het versterken van de communicatie en samenwerking tussen hulpverleners, organisaties, sectoren. De hulpverleners en koepels benadrukken het belang van voorzichtigheid bij het delen van data met het oog op privacy en stigma, zeker bij personen met een forensische – of verslavingsproblematiek.

Op basis van de feedback uit de infosessies en eigen input van de onderzoekers zijn enkele aanpassingen gedaan aan het modulair systeem wat uiteindelijk heeft geleid tot de finale versie zoals voorgesteld in Hoofdstuk 3, paragraaf 3.

Tabel 3 Belangrijkste thema's die aan bod kwamen tijdens de informatiesessies over het modulair systeem voor BelRAI GGZ

	Hulpverleners	Koepels	Netwerken Patiënten- en familie- vertegenwoor- digers	Directies/ Coördinatoren
MODULAIR SYSTEEM				
<i>Doelgroep</i>				
Inhoudelijke meerwaarde bij cliënten met integrale zorgbehoeften		x		
<i>Nieuwe indeling van het instrumentarium</i>				
Algemeen positief t.o.v. nieuwe indeling	x	x	x	x
Effectieve testing nodig	x	x	x	x
Aanpassingen aan toeleidingsitems nodig	x			
Invulwijze assessment is beslissing van verschillende actoren	x	x	x	x
BELEIDSAANBEVELINGEN VORIGE STUDIES				
<i>1. Informatie nodig over doelstellingen/timing BelRAI GGZ</i>				
Financiering?	x	x		x
Toekomst?	x	x	x	x
BelRAI uitsluitend als managementtool vermijden			x	
<i>2. Online BelRAI platform en coördinatie</i>				
Integratie met bestaande software/dossiers nodig		x	x	x
Registratielast	x	x	x	x
<i>3. Inzage cliënt in BelRAI-dossier</i>			x	

4. Ontwikkeling kader informatiedeling				
Sterktes: communicatie en samenwerking		x	x	
Uitdagingen: privacy en stigma	x	x		x

3 Finale versie van het modulair BelRAI GGZ-systeem

Figuur 9 geeft een schematisch overzicht van de nieuwe indeling van het BelRAI GGZ-instrumentarium die bestaat uit vier niveaus. Niveau 1 (startpagina), niveau 2 (optie om al dan niet te werken met de toeleidingsitems) en niveau 3 (basismodules) vormen de kern van het modulair systeem. Elke stap uit het nieuwe systeem komt hieronder aan bod. Alle items uit het internationale interRAI GGZ-systeem blijven deel uitmaken van het BelRAI GGZ modulair systeem. Dit is van belang om de *benchmarking* tussen landen mogelijk te blijven maken.

3.1 Niveau 1. Startpagina met algemene informatie

Niveau 1 van het modulair systeem bestaat uit een **startpagina** die **algemene informatie** bevat en bij elk assessment dient ingevuld te worden. Concreet gaat het over 17 of 16 items⁶ voor respectievelijk residentiële⁷ en niet-residentiële cliënten over

- persoonlijke informatie, bv. geboortedatum en burgerlijke staat,
- assessmentinformatie, bv. reden voor assessment en beoordelingsreferentiedatum,
- algemene informatie met betrekking tot het zorgtraject, bv. woonsituatie (voor de opname), type zorgvoorziening en reden voor behandeling/begeleiding.

Daarnaast werd ook een item opgenomen op basis waarvan de software het verdere assessment kan richten op een residentiële of niet-residentiële cliënt.

De antwoorden op de items zijn de output van deze eerste stap. Enkele items vormen een trigger naar een uitbreidingsmodule. De meeste uitbreidingsmodules worden echter geopend op basis van ingevulde of berekende zorgnoden in de basismodules (zie 3.3).

⁶ Een item wordt gedefinieerd als elke concrete topic die de hulpverlener/cliënt/naaste van de cliënt dient te beoordelen, meestal aan de hand van verschillende antwoordmogelijkheden. Bepaalde subitems uit het interRAI GGZ-instrumentarium worden nu gehanteerd als antwoordmogelijkheden. Op die manier wordt niet elke iCode [= interRAI identificatiecode voor (sub)items] geteld als een item. Dit verandert niets aan de inhoud van het instrumentarium.

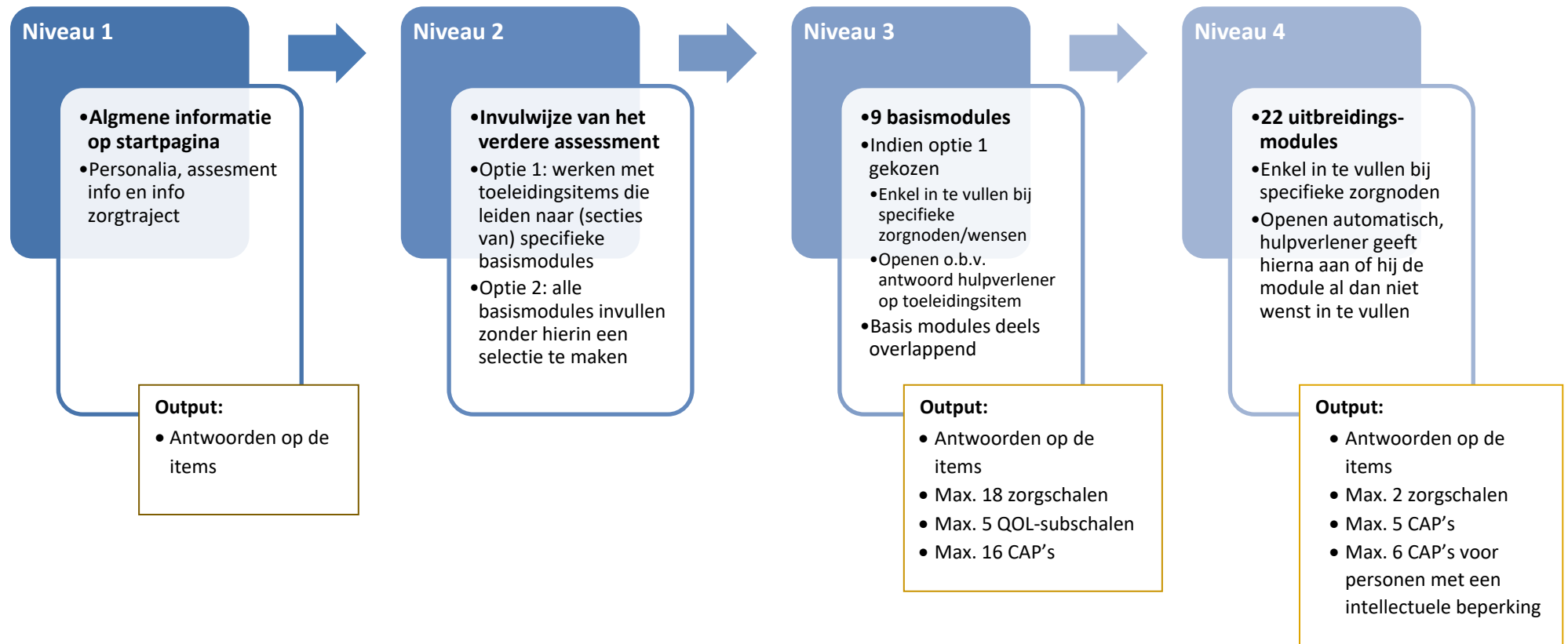
⁷ Dit zijn de cliënten die opgenomen zijn in een ziekenhuis, revalidatiecentrum of woonzorgcentrum.

3.2 Niveau 2. Toeleidingsitems naar basismodules

Op niveau 2 krijgt de hulpverlener twee opties om tussen te kiezen:

- Optie 1: werken met toeleidingsitems die leiden naar (secties van) specifieke basismodules,
- Optie 2: alle basismodules invullen zonder hierin een selectie te maken.

Om het BelRAI GGZ-assessment maximaal op maat van de cliënt en zijn behandeltraject in te vullen, is optie 1 te verkiezen. **Achttien toeleidingsitems** peilen voornamelijk naar de aanwezigheid van noden op een bepaald domein (bv. stemming, gebruik van verslavende middelen, sociaal leven, financiële situatie). Eén toeleidingsitem gaat na of de hulpverlener de QOL-vragenlijst wenst te bezorgen aan de cliënt om in te vullen (indien nodig met ondersteuning van een hulpverlener of naaste). Drie toeleidingsitems hebben betrekking op het in kaart brengen van de doelen van het zorgtraject, en dit vanuit het perspectief van de cliënt, de hulpverlener en een naaste van de cliënt. De 18 toeleidingsitems zijn terug te vinden in Tabel 4. Ze leiden steeds naar (een onderdeel van) een welbepaalde basismodule.



Figuur 9 De indeling en de output van het modulair BelRAI GGZ-systeem

Tabel 4 De 18 toeleidingsitems die leiden naar (onderdelen van de) basismodules

Gekoppelde basismodule	18 toeleidingsitems
A. Zorgnoden vanuit hulpverlenersperspectief	
Psychische symptomen	<ul style="list-style-type: none"> - Er zijn noden op vlak van de stemming van de persoon, inclusief angst - Er zijn noden die gerelateerd kunnen zijn aan een psychotische problematiek - Er zijn tekenen die wijzen op het gebruik van verslavende middelen of verslavend gedrag. Denk aan alcohol, drugs, geneesmiddelen, gaming, gokken. - Er zijn noden op vlak van het eetpatroon en/of het gewicht van de persoon - Er zijn noden op vlak van het cognitieve functioneren van de persoon, die al dan niet aangeboren zijn - Er zijn tekenen van (opzettelijke) zelfverwonding en/of zelfmoordgedrag - Er zijn tekenen van agressief/gewelddadig gedrag naar anderen toe - Er zijn noden op vlak van omgaan met traumatische levensgebeurtenissen (psychotrauma)
Zelfzorg en dagelijks functioneren	<ul style="list-style-type: none"> - Er zijn noden op vlak van alledaagse activiteiten of met betrekking tot zelfzorg, inclusief geneesmiddelenbeheer of therapietrouw
Lichamelijke gezondheid en somatische aandoeningen	<ul style="list-style-type: none"> - Er zijn noden op vlak van de lichamelijke gezondheid van de cliënt en somatische aandoeningen
Financiële situatie	<ul style="list-style-type: none"> - Er zijn noden op vlak van (het beheer van) de financiële situatie van de cliënt
Woonsituatie	<ul style="list-style-type: none"> - Er zijn noden op vlak van de woonsituatie van de cliënt
Sociaal en relationeel leven (inclusief mantelzorg)	<ul style="list-style-type: none"> - Er zijn noden op vlak van het sociaal en relationeel leven van de cliënt, inclusief mantelzorg
Werk- en opleidingssituatie	<ul style="list-style-type: none"> - Er zijn noden op vlak van de werk- en/of opleidingssituatie van de cliënt
B. Kwaliteit van leven vanuit cliëntperspectief	<ul style="list-style-type: none"> - Ik stuur een link naar de cliënt opdat hij zijn visie kan geven op zijn levenskwaliteit (relaties, welzijn en hoop, ondersteuning, activiteiten) en zijn relaties met de hulpverleners
C. Zorgdoelen vanuit het perspectief van de cliënt/hv('s)/naaste	<ul style="list-style-type: none"> - Ik stuur een link naar de cliënt opdat hij de zorgdoelen van zijn traject in kaart kan brengen - Ik stuur een link naar een naaste opdat hij de zorgdoelen van de cliënt in kaart kan brengen - Ik breng zelf de zorgdoelen van de cliënt in kaart

De toeleidingsitems hebben **vier antwoordmogelijkheden**: (1) ja, (2) nee, (3) ik weet het niet, (4) ik wens dit (nog) niet in te vullen.

Indien de hulpverlener ‘**ja**’ antwoordt, zal de software de items van (de onderdelen van) de bijhorende basismodule openen om in te vullen.

Een voorbeeld: een hulpverlener antwoordt ‘ja’ op het toeleidingsitem ‘Er zijn noden op vlak van de stemming van de persoon, inclusief angst’. De software biedt de items aan op vlak van depressiviteit, manische symptomen en angst uit de basismodule ‘psychische symptomen’.

Indien de hulpverlener ‘**nee**’ antwoordt, biedt de software de bijhorende items niet aan. Deze items worden waar mogelijk wel automatisch ingevuld. Dit is het geval voor die items waarvan de nul-score⁸ met 100% zekerheid inhoudelijk in overeenstemming is met het ‘nee’-antwoord op het bijhorende toeleidingsitem. Omwille van onderstaande redenen geldt dit niet voor alle items uit de basismodules:

- 1) *Bij sommige BelRAI items lijkt de huidige afwezigheid van de bevraagde zorgnood overeen te kunnen komen met verschillende antwoordcategorieën, daardoor kan er geen éénduidige nul-score ingevuld worden.*

Bij bepaalde items wordt bijvoorbeeld een onderscheid gemaakt tussen de antwoordcategorieën ‘nooit’ en ‘langer dan een jaar geleden’.

Voorbeeld: De hulpverlener geeft bij de toeleidingsitems aan dat er geen tekenen zijn die wijzen op het gebruik van verslavende middelen of verslavend gedrag (= antwoordcategorie ‘nee’ is aangekruist). Aan dit toeleidingsitem zijn o.a. BelRAI-items verbonden omtrent specifiek middelengebruik (bv. Tijd sinds gebruik van volgende middelen – hallucinogenen). Het juiste antwoord op deze items is niet steeds met zekerheid ‘nooit’. Voor een cliënt die momenteel geen middelenproblematiek kent, maar in het verre verleden wel, is het antwoord ‘langer dan een jaar geleden’ namelijk correct. Het antwoord op het toeleidingsitem maakt dus onvoldoende duidelijk wat het correcte antwoord op dit specifieke item is. Bijgevolg kan dit BelRAI-item niet automatisch ingevuld worden.

- 2) *De BelRAI-items die gelinkt zijn aan een toeleidingsitem sluiten niet steeds inhoudelijk aan bij dat toeleidingsitem.*

Dit heeft te maken met de opbouw van de basismodules aan de hand van de CAP's. Zo is de basismodule ‘werk- en opleidingssituatie’ opgebouwd uit de items van de CAP Opleiding en werk, zodat de CAP Werk berekend wordt wanneer de basis module ‘werk- en opleidingssituatie’ wordt ingevuld. Deze CAP omvat o.a. items over ADL-functioneren (persoonlijke hygiëne, eten, ...). Wanneer de hulpverlener bij het toeleidingsitem heeft aangegeven dat er geen noden zijn op vlak van werk- of opleidingssituatie, weten we niet of ook de items over ADL-functioneren automatisch de nul-score toegekend mogen krijgen, nl. ‘zelfstandig’. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat de cliënt aangepast werk heeft, waardoor er zich momenteel geen noden voordoen op dat gebied, maar dat hij thuis niet volledig zelfstandig kan functioneren op vlak van de bevraagde ADL-vaardigheden voor de CAP Opleiding en werk.

- 3) *De basismodules bestaan uit BelRAI-items die specifieke zorgnoden bevragen. Dit terwijl de toeleidingsitems, die leiden naar de basismodules, peilen naar een geheel van noden op een bepaald domein.*

- Een hulpverlener geeft bij de toeleidingsitems aan dat de cliënt geen noden heeft op lichamelijke vlak en geen somatische aandoeningen. De items uit de bijhorende basismodule bevragen specifieke aandoeningen, waardoor er mogelijk een aandoening is waaraan de cliënt wel leidt (bv. cardiovasculaire aandoeningen, infectieziekten, dystonie,

⁸ Dit is de score die aangeeft dat de bevraagde zorgnood niet voorkomt bij de cliënt.

tremor, ...), maar waarbij de hulpverlener bij het beantwoorden van het toeleidingsitem niet heeft stilgestaan.

- Het toeleidingsitem 'Er zijn noden die gerelateerd kunnen zijn aan een psychotische problematiek' leidt o.a. naar enkele specifieke items omtrent zelfgemelde stemming gelinkt. Het is echter moeilijk met zekerheid te stellen dat alle cliënten waarvoor werd aangegeven dat er geen noden zijn die kunnen wijzen op een psychotische problematiek, zich in de afgelopen drie dagen 'niet bedroefd, depressief of hopeloos voelde' (= nul-score van dit item). Mogelijks kan dit wel gezegd worden voor de ene cliënt, maar niet voor de andere.

Indien de hulpverlener de antwoordmogelijkheid '**ik weet het niet**' of '**ik wens dit (nog) niet in te vullen**' aankruist bij een toeleidingsitem, biedt de software de bijhorende items niet aan. Bij de toeleidingsitems naar de QOL-vragenlijst en de zorgdoelen kan als antwoord enkel 'ja' of 'nee' aangekruist worden.

De BelRAI-output die gegenereerd wordt na het doorlopen van de vier niveaus van het modulair systeem, bevat onder meer de zorgschalen en CAP's die worden berekend op basis van de ingevulde basis- en uitbreidingsmodules. Voor de **niet-berekende zorgschalen en CAP's** zal de hulpverlener aan het einde van het assessment de kans krijgen om de items, die nog ingevuld dienen te worden ter berekening van deze scores, verder aan te vullen. Op deze manier maakt het systeem het mogelijk dat voor elk assessment toch alle CAP's en schalen berekend worden, ook wanneer men ervoor kiest om via de toeleidingsitems het assessment meer op maat van de cliënt en zijn traject in te vullen.

Volgens de inschatting van de onderzoekers is het aan te raden om voor cliënten met integrale zorgnoden voor optie 2 te kiezen en dus **alle basismodules** – één keer of meermaals gedurende het zorgtraject – **in te vullen**. Zoals in paragraaf 1 van dit hoofdstuk is toegelicht, is de kern van het systeem zodanig samengesteld dat alle domeinen en zorgnoden aan bod komen die klinisch relevant zijn voor cliënten met integrale zorgbehoeften. Door de noden op diverse levensdomeinen te inventariseren, kunnen blinde vlekken in het begeleidingsplan aan het licht komen. In de twee voorgaande studies ervaren hulpverleners dit als een sterkte van BelRAI (Van Eenoo et al., 2017; Van Horebeek et al., 2021). Wanneer men alle basismodules invult, worden 18 van de 20 zorgschalen en 16 van de 21 CAP's uit het BelRAI (C)MH-instrument sowieso berekend (zie Tabel 2). CAP's en schalen die niet berekend worden zijn dus enkel diegene waarvan nog items tot een uitbreidingsmodule behoren die niet werd ingevuld. De hulpverlener kan ook hier op het einde van het assessment beslissen om de nodige items verder aan te vullen om deze resterende CAP's/schalen te laten berekenen. Niet alleen om de individuele statistieken van een cliënt doorheen het zorgtraject te kunnen vergelijken, maar ook opdat de groepsstatistieken in het kader van het organisatiebeheer interpreteerbaar zouden zijn, is het van belang dat op bepaalde momenten in het zorgtraject van een cliënt sowieso alle basismodules worden ingevuld en alle CAP's en zorgschalen worden berekend. Of de hulpverlener voor een specifiek assessment al dan niet wenst te werken met de toeleidingsitems zal bijgevolg niet uitsluitend door de hulpverlener en cliënt bepaald worden, maar zal ook afhankelijk zijn van afspraken die hierover gemaakt zijn op organisatie-, netwerk-, of overheidsniveau (zie beleidsaanbeveling 1 in Hoofdstuk 4).

Wanneer men alle basismodules invult, zal de tijdsinvestering waarschijnlijk groter zijn dan wanneer men met de toeleidingsitems werkt en slechts een specifieke selectie van (onderdelen van) basismodules invult. Ten opzichte van het BelRAI GGZ-instrumentarium dat getest is in de twee voorgaande implementatiestudies (Van Horebeek et al., 2020, 2021) zal het invullen van de volledige kern van het modulair systeem wel nog steeds een tijdsvoordeel opleveren aangezien een aanzienlijk deel van het

instrumentarium – waaronder bijna alle items uit de vier supplementen – deel uitmaken van de uitbreidingsmodules.

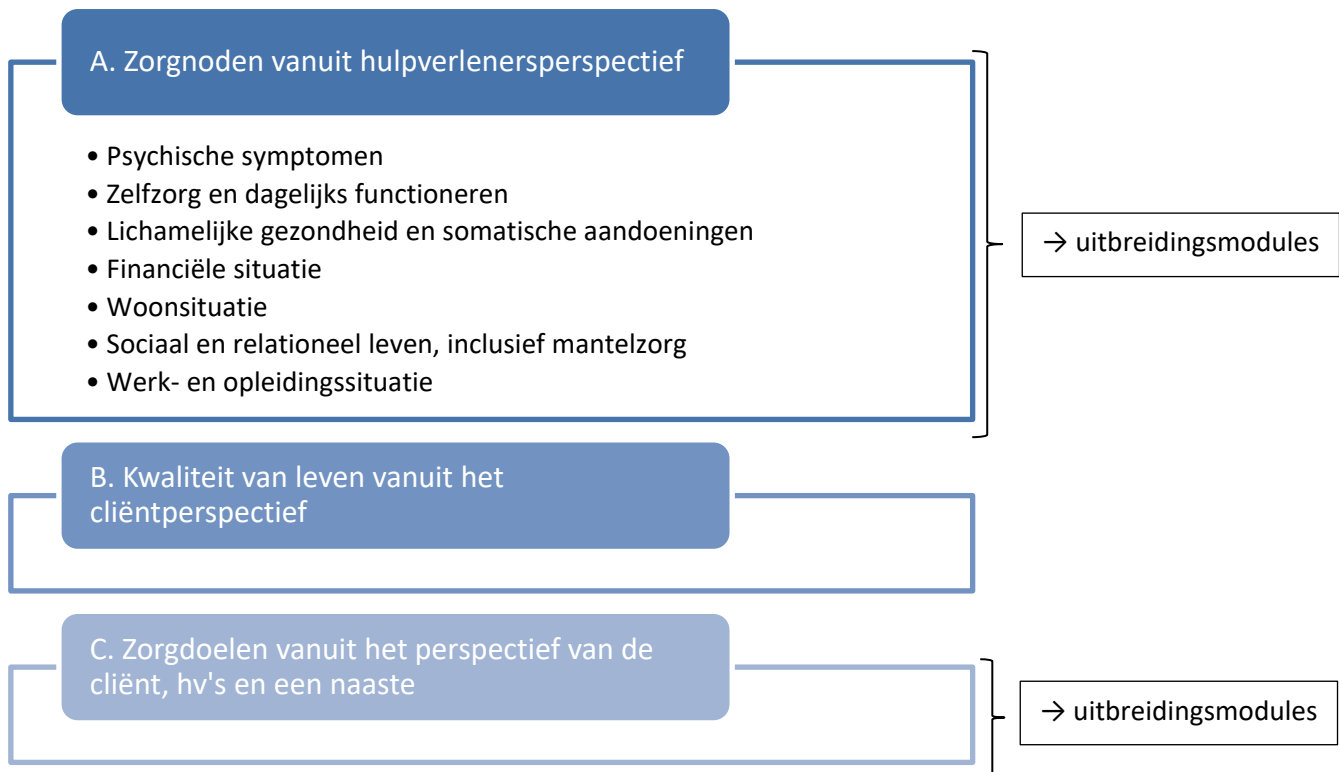
3.3 Niveau 3. Basismodules

De onderzoekers zijn van mening dat de basismodules de domeinen en zorgnoden omvatten die klinisch relevant zijn om in kaart te brengen voor cliënten met integrale zorgbehoeften. In totaal zijn er **negen basismodules**, onderverdeeld in drie secties (Figuur 10). Een groot deel van de items focust op de zorgnoden vanuit hulpverlenersperspectief. Deze items komen uit de BelRAI MH of CMH of, uitzonderlijk, uit het Maatschappelijk Herstel supplement. Daarnaast omvatten deze modules ook de QOL-vragenlijst. De zorgnoden die vanuit hulpverlenersperspectief in kaart worden gebracht (sectie A) richten zich op verschillende levensdomeinen: (1) psychisch welzijn, (2) zelfzorg en dagelijks functioneren, (3) lichamelijke gezondheid en somatische aandoeningen, (4) financiële situatie, (5) woonsituatie, (6) sociaal en relationeel leven, inclusief mantelzorg, en (7) werk- en opleidingsituatie.

De negen basismodules omvatten in totaal 234 of 229 items voor respectievelijk residentiële⁹ en niet-residentiële cliënten. Sommige items komen in verschillende basismodules voor of zijn reeds ingevuld op de startpagina. Dit is te wijten aan de opbouw van de basismodules die o.a. gebaseerd is op de bijhorende CAP's. De basismodule 'werk- en opleidingsituatie' bestaat bijvoorbeeld uit de items van de CAP Opleiding en werk. Deze CAP's zijn complexe algoritmes die inhoudelijk zeer diverse items bevatten omdat ze alle geassocieerd zijn met de mogelijkheid om progressie te maken of de achteruitgang in het functioneren te verminderen – in dit geval op het domein van opleiding en werk – wanneer het team investeert in extra begeleiding op dat vlak. Op die manier is bv. het item 'cognitieve vaardigheden voor dagelijkse besluitvorming' terug te vinden in de sectie 'psychische symptomen – cognitieve prestatie en verstandelijke beperking' maar (onder meer) ook in de module 'werk- en opleidingsituatie'. Indien een item voorkomt op meerdere plaatsen in de kern, zal de software ervoor zorgen dat de hulpverlener dit slechts één keer dient te beoordelen.

De output die op het einde van het assessment wordt weergegeven voor de basismodules is: de antwoorden op alle individuele items, de score op maximaal 18 zorgschalen (zie Tabel 2), de score op maximaal 16 CAP's (zie Tabel 2), en de score op maximaal 5 QOL-subschalen. De maximale aantallen zijn enkel van toepassing wanneer alle basismodules worden ingevuld (zie 3.3). Bepaalde (BelRAI-)items, zorgschalen of CAP's zijn triggers voor één of meerdere uitbreidingsmodules (zie 3.4).

⁹ Dit zijn de cliënten die opgenomen zijn in een ziekenhuis, revalidatiecentrum of woonzorgcentrum.



Figuur 10 Negen basismodules van het modulair BelRAI GGZ-systeem

3.4 Niveau 4. Uitbreidingsmodules

3.4.1 De werking van de uitbreidingsmodules

Het vierde niveau van het modulair BelRAI GGZ-systeem bestaat uit **22 uitbreidingsmodules** (zie Tabel 5). Deze modules inventariseren op een meer uitgebreide of gedetailleerde manier de zorgnoden die reeds aan bod kwamen in de kern. Dit gebeurt aan de hand van de resterende items uit de BelRAI MH of CMH en alle items van de vier BelRAI GGZ-supplementen, met uitzondering van enkele items uit het Maatschappelijk Herstel supplement die deel uitmaken van de kern. In totaal zijn er +/- 310 items verspreid over alle uitbreidingsmodules. Voor de forensische GGZ komt er een 22^{ste} uitbreidingsmodule bij, met name de DUNDRUM (Dangerousness Understanding, Recovery and Urgency Manual). Deze toolkit geeft mee vorm aan het gestructureerd klinisch oordeel omtrent het gepaste beveiligingsniveau van de voorziening voor de behandeling van de cliënt.

De uitbreidingsmodules openen automatisch op basis van een item, zorgschaal of CAP uit de kern van het systeem. De hulpverlener beslist of hij de geopende uitbreidingsmodule al dan niet op dat moment invult. De output van de uitbreidingsmodules omvat de antwoorden op alle individuele items en de resterende zorgschalen en CAP's van de BelRAI MH en CMH (respectievelijk 2 en 5 over alle uitbreidingsmodules heen¹⁰). Zorgschalen/CAP's uit deze extra modules worden niet berekend indien (1) de zorgnood waarop de uitbreidingsmodule focust niet aanwezig is bij de cliënt en de module bij gevolg niet opende, en (2) de module opende maar de hulpverlener besloot om ze niet in te vullen. Ook

¹⁰ Twee zorgschalen: Deafblind Severity Index, Pijn schaal
Vijf CAP's: CAP Heropname, CAP Beweging, CAP Valincidenten, CAP Vrijheidsbeperkende maatregelen, CAP Pijn

hier kan de hulpverlener op het einde van het assessment beslissen om items van niet-berekende zorgschalen/CAP's verder aan te vullen. De output van de uitbreidingsmodule 'Verstandelijke beperking' bestaat uit de zes CAP's van het BelRAI Intellectual Disability supplement. **De meeste verschillen op itemniveau tussen BelRAI MH en BelRAI CMH** zijn waar mogelijk weggenomen. Dit geldt niet enkel voor items die zich in de kern van het nieuwe systeem bevinden, maar ook voor items die in de uitbreidingsmodules geplaatst werden. Zo zijn bijvoorbeeld de items omtrent IADL-uitvoering (maaltijd-bereiding, telefoongebruik, ...) nu ook toegevoegd aan het BelRAI MH-instrument. Dit vanuit de redenering dat ook in een residentiële setting de cliënt mogelijks (enkele van) deze taken, al dan niet met ondersteuning, uitvoert. In de uitbreidingsmodule 'Formeel zorgaanbod' werd eveneens een item toegevoegd waarbij wordt ingeschat wanneer het laatste **psychodiagnostische onderzoek** in de huidige voorziening plaatsvond.

Tabel 5 Tweeëntwintig uitbreidingsmodules van het modulair BelRAI GGZ-systeem

Psychische gezondheid	Sociaal en maatschappelijk leven	Kenmerken zorgverlening
1. Psychotrauma	12. Communicatie	18. Behandelgeschiedenis
2. Middelennisbruik	13. Sociale omgang	19. Formeel zorgaanbod
3. Criminele activiteiten	14. Mantelzorg	20. Vrijheidsbeperkende maatregelen
4. Verstandelijke beperking	15. Opleiding	21. Info na ontslag
5. Omgaan met verlies in functioneren	16. Financiële situatie	
6. DSM-categorieën	17. Werk	
		22. DUNDRUM
Dagelijks functioneren en fysieke gezondheid		
7. Lichamelijke gezondheid		
8. Beweging		
9. Geneesmiddelenbeheer		
10. Pijn		
11. IADL		

3.4.2 Aanpassing van de BelRAI GGZ-supplementen

Alvorens de items uit de supplementen in te delen in de uitbreidingsmodules, zijn ze herwerkt op basis van feedback van hulpverleners uit de vorige implementatiestudies (opleidingsmomenten, focusgroepen, ...). Dit is gebeurd voor de supplementen die tijdens het werkgroepentraject in 2018 zijn ontwikkeld (Van Horebeek et al., 2019) en hierna voor de eerste maal getest (Van Horebeek et al., 2020, 2021). Dit zijn de uitgebreide versie van het BelRAI Addictions supplement en het BelRAI Maatschappelijk Herstel supplement. Ook (de output van) het Forensic supplement is recent herwerkt in een andere SWVG-studie (Habets et al., verwacht in 2022).

In de voorgaande studies is de uitgebreide versie van het Addictions supplement getest in de gespecialiseerde centra voor verslaving en de forensische settings. Indien er sprake was van een verslavingsproblematiek bij een cliënt in een ander type zorgvoorziening, is het standaard interRAI Addictions supplement ingevuld (Van Horebeek et al., 2020, 2021). Het vernieuwde BelRAI GGZ-instrumentarium bevat nog maar één versie van het BelRAI Addictions supplement voor gebruik in alle types van GGZ-voorzieningen. Inhoudelijk zijn in deze versie, **het BelRAI Addictions supplement – extended version**,

verduidelijkingen aangebracht waar nodig en items aangepast, toegevoegd en of verwijderd. In de sectie over de beschrijving van het verslavingsprofiel is het item over internetgebruik verwijderd omdat problematisch internetgebruik moeilijk te operationaliseren is. Het item omtrent problematisch gamen werd behouden en aangevuld met een soortgelijk item dat zich op problematisch gokgedrag richt. Het uitgebreide item uit de MATE (Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie) over middelengebruik – dat in de vorige studies te uitgebreid is bevonden door veel hulpverleners – is ingewisseld voor een interRAI-item uit de nieuwste versie van het interRAI Addictions supplement. Dit item be vraagt via vooropgestelde antwoordcategorieën de frequentie van bepaalde middelen over de afgelopen 30 dagen, met de beoordelingsreferentiedatum als referentiepunt. De onderzoekers voegden hierbij de optie toe om de dag van de start van de behandeling/begeleiding als referentiepunt te nemen om op die manier een beter zicht te krijgen op de verslavingsproblematiek van de cliënt bij aanvang van de behandeling/begeleiding. Daarnaast werden de reeds opgesomde middelen verder aangevuld opdat het item alle verslavende psychoactieve middelen omvat die in het Drugswiel voorkomen (<http://www.the drugswheel.com/>), een tool waarop het Vlaamse Expertisecentrum voor Alcohol en andere drugs zich ook baseert (<https://www.vad.be/>). Een aansluitend TDI-item peilt naar het primaire probleemmiddel onder de reeds bevraagde psychoactieve middelen. De items rond substitutiebehandeling focussen niet langer op het verleden maar op een eventuele huidige behandeling.

Het aangepaste supplement bestaat nu uit alle items uit het vernieuwde klassieke interRAI Addictions supplement, aangevuld met items uit de TDI (Treatment Demand Indicator, RIZIV-versie 3) en toevoegingen van de onderzoekers. In overleg met de auteur van het standaard interRAI Addictions supplement, zijn de criteria die bepalen voor welke cliënten het supplement wordt ingevuld, aangepast (zie Tabel 6). Zo is het supplement niet meer van toepassing voor cliënten waarbij middelenmisbruik in het verdere verleden (langer dan 1 jaar geleden) plaatsvond. Dit criterium zorgde er in de voorgaande implementatiestudies voor dat het supplement ook diende ingevuld te worden bijvoorbeeld voor personen die in hun studententijd enkele keren een joint hadden gerookt. De hulpverleners ervaren dit als overbodig.

Tabel 6 Oorspronkelijke en huidige criteria BelRAI Addictions supplement – extended version

Criteria BelRAI Addictions supplement – extended version	
Oorspronkelijke	Huidige
<ul style="list-style-type: none"> • CAP Middelengebruik = 1 of 2 • EN/OF; reden van opname gerelateerd is aan een verslaving. Dit kan gaan om een verslaving aan alcohol, (genees)middelen, gaming en/of gokken • EN/OF; de hulpverleners een vermoeden hebben dat de persoon een verslaving heeft. Dit kan gaan om een verslaving aan alcohol, (genees)middelen, gaming en/of gokken 	<ul style="list-style-type: none"> • CAP Middelengebruik = 2 • EN/OF; de score op de CAGE scale is groter dan of gelijk aan 1 • EN/OF; het laatste gebruik van vluchtige snuifmiddelen, hallucinogenen, cocaïne of crack, stimulerende middelen, opiaten en/of cannabis is minder dan een jaar geleden • EN/OF; de cliënt gokte extreem veel of onbeheerst in de laatste 90 dagen • EN/OF; er is een vermoeden van een gameverslaving • EN/OF; één van de zorgdoelen heeft betrekking op het gebruik van verslavende middelen en activiteiten (hulpverlenersperspectief)

Het **BelRAI Maatschappelijk Herstel supplement** is ontwikkeld om zorgnoden die gerelateerd zijn aan dagbesteding (werk, opleiding, vrije tijd), anderszins dagelijks functioneren, sociale relaties en de financiële situatie uitgebreider te inventariseren. De sector gaf tijdens het werkgroepentraject in 2018 aan dat het BelRAI GGZ-instrumentarium – zoals het op dat moment voorlag – te weinig focuste op maatschappelijk en persoonlijk herstel, terwijl deze vormen van herstel wel een groot aandachtspunt vormen in de sector. Het Maatschappelijk Herstel supplement omvat items uit het BelRAI Sociaal supplement (versie 6, Van Doren & Declercq, verwacht in 2022), items uit het BelRAI Revalidatie instrument (Knockaert, Declercq, & Van de Velde, verwacht in 2022) en toevoegingen van de onderzoekers. Ook dit supplement werd in het huidige onderzoeksproject ingekort op basis van de feedback uit de voorgaande studie (Van Horebeek et al., 2021). Zo zijn enkele items uit het BelRAI Sociaal supplement geschrapt. Indien een item uit dit supplement niet is opgenomen in het Maatschappelijk Herstel supplement, is dit omwille van één van volgende redenen: (1) het item of onderwerp is niet compatibel met de GGZ-context of GGZ-hoofdinstrumenten, (2) het item of onderwerp wordt reeds - op een andere en/of meer uitgebreidere manier - bevraagd in de BelRAI GGZ-hoofdinstrumenten, of (3) de onderzoekers willen het topic graag op een andere en/of meer uitgebreide manier bevragen in het Maatschappelijk Herstel supplement. Ook enkele (sub-)items omtrent executief functioneren, het verlies van functioneren, arbeid en sociale omgang zijn geschrapt uit het Maatschappelijk Herstel supplement. Daarnaast is de verwoording van verschillende items aangepast en zijn subitems omgevormd naar antwoordcategorieën. Tot slot zijn ook items toegevoegd zoals bv. items rond zorg voor inwonende kinderen, item rond wenselijkheid van een tussenkomst door een intercultureel bemiddelaar, item dat peilt naar de algemene Nederlandse taalvaardigheid.

Zoals we voor het Maatschappelijk Herstel supplement getracht hebben de link met het Sociaal supplement zoveel mogelijk te behouden, hebben we dit ook onderzocht voor de **BelRAI screener** – gericht op de thuiszorg – ten opzichte van het volledige BelRAI GGZ-instrumentarium. Dit verkorte instrument peilt naar het niveau van functioneren van een cliënt op vijf domeinen (ADL, IADL, cognitieve problemen, psychische problemen, gedragsproblemen) bij volwassenen die thuiszorg ontvangen. In Vlaanderen wordt de Screener geïmplementeerd bij diensten voor gezinszorg, de diensten maatschappelijk werk van het ziekenfonds en de OCMW's/Welzijnsverenigingen. De interRAI-items uit dit instrument kunnen allemaal teruggevonden worden in het modulair BelRAI GGZ-systeem¹¹, met uitzondering van het IADL-item 'trappen'. Naast het bestuderen van de overlap tussen de screener en het BelRAI GGZ-instrumentarium, zou het ook interessant kunnen zijn om vanuit deze screener te kunnen vaststellen of het aan te raden is om een uitgebreid BelRAI GGZ-assessment in te vullen. Hierop zal de vierde beleidsaanbeveling verder inzoomen (zie Hoofdstuk 4).

3.5 Output van het BelRAI GGZ-assessment

De verschillende niveaus van het modulair BelRAI GGZ-systeem resulteren in een BelRAI-output. De output bestaat uit de antwoorden op item-niveau, de scores op de QOL-subschalen, de zorgschalen en de CAP's. Deze output wordt gebundeld in één overzicht dat verschijnt – en kan opgeslagen worden – na afronding van het assessment. Voor deze niet-berekende zorgschalen en CAP's krijgt de hulpverlener de kans om de items, die nog ingevuld dienen te worden ter berekening van deze scores, verder aan te vullen aan het einde van het assessment. Indien de uitbreidingsmodule 'Criminele activiteiten' wordt ingevuld, wordt de bijhorende output onderverdeeld in twee groepen, nl. (1) antwoorden op items die

¹¹ Verspreid over de startpagina, basismodules en uitbreidingsmodule IADL

tot de Central Eight behoren, (2) de resterende items uit deze uitbreidingsmodule. Deze onderverdeling heeft te maken met het Forensic supplement dat in deze module vervat zit en waarvan de structuur van de output werd aangepast opdat het een overzicht geeft van de Central Eight risicofactoren. Voor meer informatie verwijzen we naar het bijhorende rapport van Habets en collega's (verwacht in 2022).

4 Update van de vergelijking tussen MPG en het BelRAI GGZ-instrumentarium

De vernieuwde MPG-registratie uit 2015 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 ernst 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 ernst 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.

De resultaten van de itemsgewijze vergelijking tussen cliëntgebonden kenmerken uit de MPG-registratie en het aangepaste BelRAI GGZ-instrumentarium zijn terug te vinden in Bijlage 2. De niet-clientgebonden kenmerken die in de MPG bevraagd worden zijn in de bijlage in het grijs gearceerd. De resultaten van de vergelijking vatten we hieronder samen.

Wanneer de MPG-items vergeleken worden met het volledig modulair systeem (inclusief de DUNDRUM) zijn het enkel onderstaande items die er niet in aan bod komen:

- Nationaliteit
- Tijdelijke onderbreking van de zorg: reden
- Verwijzer
- Heeft u vorige maand samengewoond met kinderen jonger dan 18 jaar (waarvoor u verantwoordelijk bent)?
- Informatie gekregen over de eigen toestand en de behandeling
- Aantal contactdagen tijdens de zorgperiode: kan enkel bepaald worden voor residentiële zorg

Dit betekent dat 93% of 157 van de 169 cliëntgebonden MPG-items uit de vernieuwde MPG-registratie van 2015 op een bepaalde manier bevraagd worden in het BelRAI GGZ modulair systeem (inclusief DUNDRUM). Concreet ziet de vergelijking tussen de cliëntgebonden items uit de MPG-registratie en het BelRAI GGZ-instrumentarium eruit als volgt:

- Gemeenschappelijk stam voor alle patiënten (134/145 items):
 - Identificatiegegevens van de patiënt: 3/7 items uit de MPG worden ook bevraagd in het aangepaste BelRAI GGZ-instrumentarium.
 - Administratieve gegevens: 3/5 items
 - Gegevens over het begin van de zorg:
 - Somatische aandoeningen: 10/10 items
 - CANSAS: 22/23 items
 - HoNOS: 16/16 items
 - Overige: 15/17 items
 - Gegevens bij het einde van de zorg:
 - Somatische aandoeningen: 10/10 items
 - CANSAS: 22/23 items
 - HoNOS: 16/16 items
 - Overige: 17/18 items
- Bijkomende gegevenssets voor specifieke doelgroepen (23/24 items)
 - Voor personen met een middelengerelateerd probleem (TDI): 15/15 items
 - Voor personen onder een juridische maatregel of statuut: 8/9 items

Enkele van de cliëntgebonden MPG-items die niet bevraagd worden in het BelRAI GGZ-instrumentarium komen wel overeen met een item uit de interRAI versie van het BelRAI GGZ-instrumentarium (i-Matrix versie 6.6), maar die interRAI-items komen niet voor in de BelRAI 2.0 webapplicatie, en dus ook niet in het BelRAI GGZ modulair systeem¹². Dit is het geval voor volgende MPG-items:

- ID-nummer van de GGZ-voorziening: uniek nummer per voorziening
- RR-nummer patiënt
- Gemeente domicilie
- Land domicilie

Het is niet mogelijk om te bepalen hoeveel procent van de MPG-items bevraagd worden in de kern van het modulair systeem (= startpagina + basismodules) omdat verschillende MPG-items bevraagd worden door meerdere BelRAI-items waarvan sommige in de kern van het modulair systeem voorkomen en andere in de uitbreidingsmodules.

¹² Hierop is één uitzondering gemaakt: het item geslacht maakt geen deel uit van BelRAI 2.0, maar zouden we wel graag willen opnemen in het modulair systeem aangezien dit klinisch zeer relevante informatie is.

Hoofdstuk 4

Discussie en aanbevelingen voor een succesvolle implementatie

Het doel van dit project was het verbeteren van de bruikbaarheid van het BelRAI instrumentarium in de Vlaamse GGZ. Het bereiken van een zo goed mogelijke fit tussen het instrumentarium en het werk in de zorgpraktijk is cruciaal opdat het assessment systeem effectief zal bijdragen aan integrale zorg voor personen met integrale zorgnoden (Looman et al., 2021). Hiertoe is enerzijds de indeling van het BelRAI GGZ-instrumentarium aangepast, zonder dat dit de items en de output van het systeem heeft veranderd. Anderzijds zijn de pilootversies van het BelRAI Addictions supplement (extended version) en van het BelRAI Maatschappelijk Herstel supplement herwerkt.

De vernieuwde **indeling van het BelRAI GGZ-instrumentarium** heeft tot doel BelRAI meer te laten aansluiten bij de individuele problematiek van een cliënt en zijn behandeltraject. Hierdoor zou het ook beter passen bij wat hulpverleners een efficiënte manier van registreren vinden. Door de formulering van toeleidingsitems kunnen ze er immers zelf voor kiezen die rubrieken in te vullen die op het moment van het assessment voor de betreffende patiënt aan de orde zijn. Tegelijk worden ze door de opbouw wel geconfronteerd met die items die voor mensen met integrale zorgnoden altijd relevant zijn (zie Hoofdstuk 3, 3.3). Zo worden ze zich bewust van het feit dat ze mogelijk relevante informatie missen.

Het is de bedoeling dat de nieuwe structuur ervoor zorgt dat hulpverleners BelRAI op deze manier als meer klinisch relevant beschouwen en het assessment instrument bijgevolg op een meer efficiënte en toegewijde manier zullen hanteren, ook in ambulante en mobiele settings. Tegelijk is het belangrijk dat ook in de modulaire versie, alle output uit het internationale interRAI GGZ-systeem aanwezig blijft. Op deze wijze blijven zowel de psychometrische kwaliteiten van de BelRAI GGZ-instrumenten en output¹³ alsook de mogelijkheid tot *benchmarking* tussen landen (e.g., de Mello et al., 2021; Hirdes et al., 2020) behouden.

De kern van het systeem – de **startpagina en de basismodules** – bevat items over levensdomeinen en zorgnoden die minimaal nodig zijn om tot een klinisch relevant beeld te komen van cliënten met integrale zorgnoden. De overige items van het BelRAI GGZ-instrumentarium zijn ingedeeld in **uitbreidingsmodules** die enkel ingevuld worden indien een bepaalde zorgnood aanwezig is. Zowel bij de basis- als de uitbreidingsmodules bepaalt de hulpverlener welke en hoeveel zorgdomeinen hij op dat moment inventariseert. Via de toeleidingsitems kan de hulpverlener er al dan niet voor kiezen om een selectie van basismodules in te vullen. Voor de uitbreidingsmodules bepaalt de hulpverlener of hij de automatisch geopende modules op dat moment invult.

Na afronding van het assessment volgt een **overzicht van de output**, nl. de antwoorden op item-niveau en de scores op de QOL-subschalen, zorgschalen en CAP's. Voor de zorgschalen en CAP's die niet berekend zijn omwille van de modulaire opbouw van het systeem, kan de hulpverlener beslissen om de niet-inge vulde items van de betreffende zorgschalen en CAP's alsnog te beantwoorden. Zodoende maakt het systeem mogelijk dat voor elk assessment alle output berekend wordt, ook wanneer het assessment op maat van de cliënt en zijn traject is ingevuld. Dit is belangrijk voor de **vergelijking van individuele**

¹³ Zie deel 2 van Hoofdstuk 1.

statistieken over de tijd heen voor een individuele cliënt, en voor de **interpreteerbaarheid van groepsstatistieken**.

Tijdens de informatiesessies bleek dat de stakeholders in het algemeen **positief** staan ten aanzien van deze veranderingen in de indeling van het BelRAI GGZ-instrumentarium. Om te kunnen vaststellen of de doelstellingen van het systeem ook in de praktijk gerealiseerd worden, is een test van het nieuwe systeem nodig. Momenteel is het nog onduidelijk hoeveel werk/tijd het invullen van een assessment binnen deze nieuwe structuur in beslag zal nemen en of het draagvlak voor de invoering van het systeem erdoor vergroot.

De informatiesessies maakten ook - en opnieuw - duidelijk dat het noodzakelijk zal zijn om een aantal **bijkomende randvoorwaarden voor implementatie** te realiseren alvorens een pilootimplementatie op te starten. Verschillende van deze randvoorwaarden sluiten nauw aan bij de conclusies van voorgaande implementatiestudies (Van Horebeek et al., 2020, 2021). Andere hebben specifiek betrekking op het gebruik van het modulair systeem. We onderscheiden hierbij de nood aan afspraken omtrent het gebruik van het modulair systeem, duidelijke informatie over doelstellingen en timing van BelRAI in de GGZ, het gebruik van een online BelRAI-platform en integratie van de gegevens in het digitale patiëntendossier, meer afstemming tussen het modulaire systeem en andere BelRAI instrumenten, duidelijkheid over het recht van inzage van de cliënt in zijn BelRAI-dossier, en een kader voor informatiedeling binnen de (G)GZ.

1. De nood aan afspraken over het gebruik van het modulair BelRAI GGZ-systeem binnen de zorgorganisaties

Het nieuwe systeem biedt een grote mate van **keuzevrijheid voor de hulpverlener**. Afhankelijk van de problematiek van de cliënt, de mogelijkheden om als hulpverlener inzicht te krijgen in diverse levensdomeinen of zorgnoden en het stadium van het behandeltraject, beslist de hulpverlener of hij bepaalde modules al dan niet invult. De hulpverlener komt dus meer aan het stuur van het BelRAI assessment te zitten, hetgeen als positief werd ervaren door de stakeholders. Net zoals de onderzoekers zijn ook zij van mening dat de beslissing over de wijze van invulling (alle of een deel van de basismodules invullen) **in samenspraak met verschillende partijen** dient genomen te worden waaronder de cliënt en de teamcoördinatie. Het verdient bijgevolg aanbeveling om afspraken te maken op organisatieniveau en bij uitbreiding binnen het netwerk. Hier kan men best taakafspraken maken tussen professionals - of binnen het netwerk - over wie op welk moment in het behandeltraject bepaalde onderdelen invult. Zo beantwoordt men aan de opdracht om de volledige kern van het systeem, en alle CAP's en zorgschalen, in te vullen en meteen ook aan specifieke vereisten van de overheid.

2. Informatie voor alle stakeholders over de doelstellingen en de timing van BelRAI in de GGZ

Het belang van de **klinisch relevantie** van BelRAI in functie van de continuïteit en coördinatie van de zorg voor personen met integrale zorgnoden, dient duidelijker gecommuniceerd en zichtbaar gemaakt te worden. De meerwaarde in de één-op-één relatie met de cliënt en in de samenwerking met (in)formele zorg- en welzijnspartners is het belangrijkste motief voor een zorgvuldig gebruik van BelRAI. De invoering van het modulair systeem had als essentiële doelstelling om bij te dragen tot de *face validity* van BelRAI GGZ. We verwachten dus dat het systeem wel draagvlak zal vinden eens er een

softwareplatform is waarop BelRAI multidisciplinair en met verschillende voorzieningen kan ingevuld en gedeeld worden.

Daarnaast blijven er in de sector vragen bestaan over een eventuele koppeling van de BelRAI-data met **financiering** (zie ook Van Horebeek et al., 2021). Ook over de geplande **pilootimplementatie** van BelRAI in de Vlaamse GGZ hebben de stakeholders vragen, bv. in welke netwerken dit zal plaatsvinden en wat er van de voorzieningen verwacht zal worden.

3. Het gebruik van een BelRAI-platform en integratie van de gegevens in het digitale patiëntendossier

De programmering op een online BelRAI-platform is een noodzakelijke voorwaarde voor het **interdisciplinair en intersectoraal gebruik** van BelRAI. Ook voor het raadplegen van informatie uit de handboeken die bij de instrumenten/supplementen horen is dit nodig. Daarnaast kan voor de CAP's en zorgschalen een gedetailleerde weergave van de scores op item-niveau de interpretatie van de output vergemakkelijken zodat de **output meteen relevant** wordt in het kader van het begeleidingsplan van de cliënt. Verder draagt het gebruik van BelRAI op een online platform bij tot de integratie van het BelRAI-dossier in de gedigitaliseerde patiëntendossiers van de voorzieningen.

Dat het **BelRAI-dossier geen apart dossier/systeem** mag zijn, werd ook tijdens de infosessies sterk benadrukt. De **registratielast** – zowel voor hulpverlener als cliënt – is eveneens een aandachtspunt. Intelligente software kan bijdragen tot de vermindering hiervan. Logischerwijze is ook het vermijden van registratie van dezelfde of soortgelijke gegevens, zoals de TDI en de MPG, in dit kader van groot belang. Tijdens dit project werd duidelijk dat het BelRAI GGZ-instrumentarium voor 93% overlapt met de cliëntgebonden kenmerken die bevraagd worden in de vernieuwde MPG-registratie uit 2015.

In België vormt de versnipperde bevoegdheidsverdeling in de GGZ-sector een grote uitdaging voor de online BelRAI-platformen. Opdat BelRAI de coördinatie en continuïteit van zorg zou kunnen ondersteunen in de GGZ, is het cruciaal dat alle types voorzieningen die daarbij betrokken zijn in eenzelfde online BelRAI-dossier kunnen samenwerken. Voor personen met integrale zorgnoden denken we binnen de GGZ aan initiatieven voor beschut wonen, psychiatrisch verzorgingstehuizen, psychiatrische ziekenhuizen, mobiele 2a- en 2b-teams, revalidatiecentra voor verslaving, psychosociale revalidatiecentra, en de huisartsen. Buiten de GGZ-voorzieningen zijn er tal van andere diensten waar de personen met integrale zorgnoden vaak gebruik van maken. Ook zij beschikken over relevante informatie en spelen een sterke rol in de processen van herstel en maatschappelijke participatie. Voor een sterke continuïteit en coördinatie van zorg is hun betrokkenheid in het BelRAI-dossier van cruciaal belang. We denken hierbij onder andere aan de sociale diensten zoals CAW en OCMW, sociale huisvestingsdiensten, diensten voor personen met een handicap, diensten voor welzijn op het werk, centra voor leerlingenbegeleiding, diensten voor gezinsondersteuning, thuisverpleging, dagactiviteitencentra, jeugdhulp, diensten voor dak- en thuislozen en politie. De samenwerking tussen verschillende overheidsinstanties en beleidsdomeinen is voor de toekomst cruciaal om dit -stap voor stap - te kunnen realiseren.

4. De link tussen het BelRAI GGZ modulair systeem en andere BelRAI instrumenten

In het kader van integrale zorg en ondersteuning voor personen met langdurige en complexe zorgnoden is het niet alleen belangrijk dat GGZ-hulpverleners meer oog krijgen voor problematieken met betrekking tot bijvoorbeeld fysieke gezondheid, wonen en werk. Dit zijn levensdomeinen die evenzeer als het psychisch functioneren bijdragen aan de levenskwaliteit van de cliënt. Het is even belangrijk dat zorgverleners buiten de GGZ meer aandacht krijgen voor het welzijn en het psychisch functioneren van hun cliënten. Daarom is het aan te bevelen dat er een link komt tussen het BelRAI GGZ modulair systeem en bijvoorbeeld de **BelRAI screener** (en het Sociaal supplement) voor de thuiszorg. Om dit mogelijk te maken is de sectie over het psychisch functioneren van de BelRAI screener momenteel te beperkt. Daarom bevelen we aan om deze sectie uit te breiden zodat er linken kunnen ontwikkeld worden tussen deze screener en het BelRAI GGZ-systeem. Op deze manier zal de BelRAI screener ook bruikbaar worden voor personen met milde en matige psychische zorgnoden.

5. Duidelijke standpunten en werkwijzen met betrekking tot het recht op inzage van de cliënt in zijn BelRAI-dossier

Het Vlaams patiëntenplatform wijst op het belang van **inzage van de cliënt in zijn BelRAI-dossier** en vraagt aandacht voor de manier waarop dit kan gerealiseerd worden. In de context van de GGZ – en in het bijzonder bij personen met integrale zorgnoden – is dit niet altijd vanzelfsprekend en dient hier met de nodige voorzichtigheid naar gekeken te worden. In bepaalde situaties is het nodig om de dossiergegevens niet open te stellen voor de persoon zelf. Sommige cliënten hebben – inherent aan hun problematiek en mogelijk tijdelijk – geen ziekte-inzicht en zullen de assessments ook betwisten. Deze transparantie zou de therapeutische relatie en het genezings- en herstelproces van een patiënt op bepaalde momenten kunnen verstoren (Van Horebeek et al., 2021). Daar tegenover staat dat cliënten recht hebben “op alle hun betreffende informatie” (Wet betreffende de rechten van de patiënt, 2002). Ook is dit een voorwaarde om regie te hebben over hun zorg. Daarom is het belangrijk om in dialoog met het Vlaams patiëntenplatform en vertegenwoordigers van de sector na te gaan hoe de inzage van de GGZ-clianten in hun BelRAI-dossier best gerealiseerd wordt, op een manier die enerzijds empowerment, herstel, genezing en respect voor de context ondersteunt, en die anderzijds een correct assessment van de zorg- en ondersteuningsnoden door de hulpverleners garandeert.

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

Voornamelijk de koepelorganisaties en GGZ-netwerken zien de voordelen van het **delen van BelRAI-gegevens** in de toekomst, met het oog op het versterken van de communicatie en samenwerking tussen hulpverleners, mantelzorgers, organisaties en sectoren. De koepels wijzen erop dat het noodzakelijk is dat cliënten kunnen aangeven dat bepaalde onderdelen van het BelRAI-dossier niet gedeeld worden. Alle stakeholders uit de sector, en ook de onderzoekers, vragen met aandring om met **voldoende omzichtigheid** om te gaan met het delen van data, met het oog op privacy en stigma, zeker bij personen met een forensische of verslavingsproblematiek. Het principe dat voorop dient te staan is dat de cliënt zelf beslist wie al dan niet inzage heeft in zijn BelRAI-dossier, zoals dit ook gehanteerd wordt bij de methodiek van de resourcegroepen (Leeman, 2020). De Belgische en Vlaamse regelgeving laat momenteel niet toe om binnen het eHealth-platform bepaalde tijdsperiodes uit een behandeltraject te

schrappen voor deling met andere hulpverleners. De hulpverleners benadrukken dat het meedragen van gegevens doorheen (de vele jaren van) een zorgtraject delicaat is.

Ook tijdens voorgaande studies werd het delen van informatie over GGZ-gebruikers al meermaals benoemd als een gevoelige kwestie. Stigma en discriminatie van mensen met psychische problemen kunnen in de hand gewerkt worden door het te wijdverbreid delen van te veel BelRAI-data. Niet alleen zorggebruikers wensen soms discontinuïteit; ook hulpverleners kiezen hier bij sommige cliënten (tijdelijk) voor om de opbouw van een vertrouwensrelatie alle kansen te geven. Daar tegenover staat dat het delen van data noodzakelijk is voor een goede samenwerking tussen teams en disciplines voor patiënten met integrale zorgnoden en bijgevolg ook voor hun kansen op herstel (Van Horebeek et al., 2020, 2021). Het zal bijgevolg nodig zijn om in dialoog met de verschillende stakeholders een kader voor informatiedeling uit te werken en een systeem van datadeling te ontwikkelen dat rekening houdt met de aangehaalde bekommernissen.

Deze beleidsaanbevelingen impliceren een pleidooi voor een interactief traject met alle stakeholders binnen en buiten de GGZ om een pilootimplementatie van BelRAI in de GGZ voor personen met integrale zorgnoden mogelijk te maken. De ambitie is dat BelRAI alle betrokkenen zal ondersteunen bij de verbetering van coördinatie en continuïteit van zorg op het niveau van de cliënt en zijn context, en bij het voeren van een kwaliteitsbeleid op het niveau van de organisaties, netwerken en overheden.

Referenties

- Arboleda-Flórez, J., & Stuart, H. (2012). From sin to science: Fighting the stigmatization of mental illnesses. *Canadian Journal of Psychiatry*, *57*, 457-463. doi: 10.1177/070674371205700803
- Barbaree, H. E., Mathias, K., Fries, B. E., Brown, G. P., Stewart, S. L., Ham, E., & Hirdes, J. P. (2021). The Forensic Supplement to the interRAI Mental Health assessment instrument: Evaluation and validation of the Problem Behavior Scale. *Frontiers in Psychiatry*, *12*, article 769034. doi: 10.3389/fpsyt.2021.769034
- Blasioli, E., Bieling, P. J., & Hassini, E. (2021). An Examination of the Performance of the interRAI Risk of Harm to Others Clinical Assessment Protocol (RHO CAP) in Inpatient Mental Health Settings. *Psychiatric Quarterly*, *92*, 863-878. doi: 10.1007/s11126-020-09857-9
- Chan, C. L., Lai, C. K., & Chi, I. (2014). Initial validation of the Chinese interRAI Mental Health in people with psychiatric illness. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, *18*, 182-189. doi: 10.3109/13651501.2014.902070
- Cheung, G., Mah, T. M., Barak, Y., & Hirdes, J. P. (2021). Determinants of Non-emergency Use of Control Interventions in Older Canadian Psychiatric Inpatients: Analyzing the interRAI Mental Health Electronic Health Records. *Frontiers in Psychiatry*, *12*, 744341-744341. doi: 10.3389/fpsyt.2021.744341
- de Almeida Mello, J., Luo, H., Hirdes, A., Heikkilä, J., Umubyeyi, B., Gishoma, D., ... Van Audenhove, C. (2021). An International Pilot Study of Self-Reported Quality of Life in Outpatient and Inpatient Mental Health Settings. *Frontiers in psychiatry*, *12*, 719994-719994. doi: 10.3389/fpsyt.2021.719994
- De Bruyn, E. E. J., Ruijsenaars, A. J. J. M., Pameijer, N. K., & van Aarle, E. J. M. (2003). *De diagnostische cyclus: Een praktijkleer*. Leuven: Acco Uitgeverij.
- De Bruyn, E. E. J., & Ruijsenaars, A. J. J. M. (2015). *De diagnostische cyclus in de praktijk. Casuïstiek, achtergronden, beschouwingen en context*. Leuven: Acco Uitgeverij.
- De Cuyper, K., Van Ingelgom S., & Van Audenhove, Ch. (2018). *Uitwerking van een ontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid*. Geraadpleegd via de website van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin:
https://cdn.nimbu.io/s/5s8z9pq/channelentries/arakz56/files/2018_06%20Rapport%2010%20EF16_Decreet%20GG.pdf?qst3mxx
- Delespaul, P., & Berkvens, B. (2020). Netwerkpsychiatrie bij complexe zorgnoden: Prevalentie en prioritering van zorg. In Mulder et al. (Red.), *Netwerkpsychiatrie: Samenwerken aan herstel en gezondheid* (pp. 61-89). Amsterdam: Boom | De Tijdstroom
- De Rick, K., Loosveldt, G., Van Audenhove, C., & Lammertyn, F. (2003). *De vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg*. Leuven: LUCAS KU Leuven
- Firth, J., Siddiqi, N., Koyanagi, A., Siskind, D., Rosenbaum, S., Galletly, C., ... Stubbs, B. (2019). The Lancet Psychiatry Commission: A blueprint for protecting physical health in people with mental illness. *Lancet Psychiatry*, *6*(8), 675-712. doi: 10.1016/S2215-0366(19)30132-4

- FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en leefmilieu – Interministeriële Conferentie Volksgezondheid (2020). *Protocolakkoord gesloten tussen de federale regering en de in de artikelen 128, 130, 135 en 138 van de grondwet bedoelde autoriteiten betreffende de gecoördineerde aanpak voor de versterking van het psychisch zorgaanbod in het kader van de COVID-19 pandemie* (2020, 3 december). Geraadpleegd van https://vvkp.be/sites/default/files/2020_01%20Protocolakkoord.pdf
- Gee, S., Croucher, M., & Cheung, G. (2021). Performance of the Cognitive Performance Scale of the Resident Assessment Instrument (interRAI) for Detecting Dementia amongst Older Adults in the Community. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*, 6708. doi: 10.3390/ijerph18136708
- Greve, J., & Nielsen, L. H. (2013). Useful beautiful minds: An analysis of the relationship between schizophrenia and employment. *Journal of Health Economics*, *32*, 1066-1076. doi: 10.1016/j.jhealeco.2013.08.007
- Habets, P., Van Horebeek, H., De Cuyper, K., Declercq, A., & Van Audenhove, C. (verwacht in 2022). *Aanpassing van het BelRAI forensic supplement op basis van het Risk-Need-Responsivity model en aanpassing van de cliëntversie van de DUNDRUM voor personen met een verstandelijke beperking* (Onderzoeksrapport). Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E., & McKendry, R. (2003). Continuity of care: A multidisciplinary review. *British Medical Journal*, *327*(7425), 1219 – 1221. doi: 10.1136/bmj.327.7425.1219
- Hermans, S., Sevenants, A., & Van Audenhove, Ch. (2020). *Referentiekader continuïteit in de zorg voor personen met geestelijke gezondheidsproblemen* (Onderzoeksrapport). Geraadpleegd via de website van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin: https://cdn.nimbu.io/s/5s8z9pq/channelentries/mejsqeq/files/2020_13%20Rapport%2043%20SWVG%20EF57%20Continuïteit%20van%20zorg_eindrapport.pdf?4i8ljcm
- Hirdes, J.P., Curtin-Telegdi, N., Mathias, K., Perlman, C. M., Saarela, T., Kolbeinsson, H., ... Szczerbinska, K. (2011). interRAI Mental Health Clinical Assessment Protocols (CAP's) for Use with Community and Hospital-Based Mental Health Assessment Instruments. Version 9.1. Washington, DC: interRAI.
- Hirdes, J. P., Smith, T. F., Rabinowitz, R., Yamauchi, K., Pérez, E., Telegdi, N. C., ... Fries, B., E., on behalf of the RAI-MH Group (2002). The Resident Assessment Instrument – Mental Health (RAI-MH): Inter-rater reliability and convergent validity. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, *29*, 419-432. doi: 10.1007/BF02287348
- Hirdes, J. P., Ljunggren, G., Morris, J. N., Frijters, D. H. M., Finne-Soveri, H., Gray, L., ... Gilgen, R. (2008). Reliability of the interRAI suite of assessment instruments: A 12-country study of an integrated health information system. *BMC Health Service Research*, *8*, 277. doi: 10.1186/1472-6963-8-277
- Hirdes, J. P., van Everdingen, C., Ferris, J., Franco-Martin, M., Fries, B. E., Heillilä, J., ... Van Audenhove Ch. (2020). The interRAI suite of mental health assessment instruments: An integrated system for the continuum of care. *Frontiers in Psychiatry*, *10*. doi: 10.3389/fpsy.2019.00926

- Hoge Gezondheidsraad (2016). *Naar een algemeen kader voor de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren in de geestelijke gezondheidszorg van België*. Geraadpleegd via de website van de Hoge Gezondheidsraad:
https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/hgr_9204_advies_quality.pdf
- Hoge Gezondheidsraad (2021). *Psychosociale opvang tijdens de covid-19 pandemie – herziening*. Advies nr. 9610. Geraadpleegd via de website van de Hoge Gezondheidsraad: https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/20200520_hgr-9589_covid-19_en_geestelijke_gezondheid_vweb.pdf
- Immonen, J., Jääskeläinen, E., Korpela, H., & Miettunen, J. (2017). Age at onset and the outcomes of schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Early Intervention in Psychiatry*, *11*, 453-460. doi: 10.1111/eip.12412
- Jespers V., Christiaens W., Kohn L., Savoye I., & Mistiaen P. (2021). *Somatic health care in a psychiatric setting* (Onderzoeksrapport). Geraadpleegd via de website van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE):
https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE_338_Psychosomatic_Report_0.pdf
- Jones, K., Perlman, C. M., Hirdes, J. P., & Scott, T. (2010). Screening cognitive performance with the Resident Assessment Instrument for Mental Health Cognitive Performance Scale. *Canadian Journal of Psychiatry*, *55*, 736-40. doi: 10.1177/070674371005501108
- Kehyayan, V., Hirdes, J. P., & Perlman, C. M. (2014). Education and employment needs and receipt of services in community and inpatient mental health settings. *Community Mental Health Journal*, *50*, 637-645. doi: 10.1007/s10597-014-9694-y
- Kennedy, H. G., O'Neill, C., Flynn, G., Gill, P., & Davoren, M. (2016). The DUNDRUM toolkit Draft V1.0.30.
- Knockaert, N., Declercq, A., & Van de Velde, D. (verwacht in 2022). *Onderzoek voor de evaluatie van het BelRAI revalidatie instrument* (Onderzoeksrapport). Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- Leeman, E. (2020). Resourcegroepen als basis. In N. Mulder et al. (red.), *Netwerkpsychiatrie: Samenwerken aan herstel en gezondheid* (pp. 289-304). Amsterdam: Boom uitgevers
- Looman, W., Struckmann, V., Köppen, J., Baltaxe, E., Czipionka, T., Huic, M., ... Rutten-van Mölken, M., on behalf of the SELFIE consortium (2021). Drivers of successful implementation of integrated care for multi-morbidity: Mechanisms identified in 17 case studies from 8 European Countries. *Social Science & Medicine*, *277*, 113728. doi: 10.1016/j.socscimed.2021.113728
- Luo, H., Hirdes, A., Heikilla, J., De Cuyper, K., Van Audenhove, Ch., Saari, M., & Hirdes, J. (2021). InterRAI subjective quality of life scale for mental health settings: A self-reported measure developed form a multi-national study. *Frontiers in Psychiatry*, *12*, 705415-705415. Doi: 10.3389/fpsy.2021.705415
- Mangalore, R., Knapp, M., & Jenkins, R. (2017). Income-related inequality in mental health in Britain: The concentration index approach. *Psychological Medicine*, *37*, 1037-1045. doi: 10.1017/S003329170600969X
- Martin, L., Hirdes, J. P., Morris, J. N., Montague, P., Rabinowith, T., & Fries, B. E. (2009). Validating the Mental Health Assessment Protocols (MHAPs) in the Resident Assessment Instrument Mental Health (RAI-MH). *Journal Psychiatric and Mental Health Nursing*, *16*, 646-53. doi: 10.1111/j.1365-2850.2009.01429.x

- Marwaha, S., Durrani, A., & Singh, S. (2013). Employment outcomes in people with bipolar disorder: A systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *128*, 179-193. doi: 10.1111/acps.12087
- Mathias, K., Hirdes, J. P., & Pittman, D. (2010). A Care Planning Strategy for Traumatic Life Events in Community Mental Health and Inpatient Psychiatry Based on the InterRAI Assessment Instruments. *Community Mental Health Journal*, *46*, 621-627. doi: 10.1007/s10597-010-9308-2
- Naert, J., Roose, R., Rapp, R. C., & Vanderplasschen, W. (2017). Continuity of care in youth services: A systematic review. *Children and youth services review*, *75*, 116-126. doi: 10.1016/j.childyouth.2017.02.027
- Naus, T. E., & Hirdes, J. P. (2013). Psychometric properties of the interRAI subjective quality of life instrument for mental health. *Health*, *5*(3), 637–642. doi: 10.4236/health.2013.53A084
- Neufeld, E., Perlman, C. M., & Hirdes, J. P. (2012). Predicting Inpatient Aggression Using the InterRAI Risk of Harm to Others Clinical Assessment Protocol: A Tool for Risk Assessment and Care Planning. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, *39*, 472-480. doi: 10.1007/s11414-011-9271-x
- Nicaise, P., Giacco, D., Soltmann, B., Pfennig, A., Miglietta, E., Lasalvia, A., ..., & Lorant, V. (2020). Healthcare system performance in continuity of care for patients with severe mental illness: A comparison of five European countries. *Health Policy*, *124*, 25-36. doi: 10.1016/j.healthpol.2019.11.004
- Nieuwenhuis, J. G., Noorthoorn, E. O., Llewellyn, H., Nijman, I., Naarding, P., & Mulder, C. L. (2017). A blind spot? Screening for mild intellectual disability and borderline intellectual functioning in admitted psychiatric patients: Prevalence and associations with coercive measures. *PlosOne*, *2*, e0168847. doi: 10.1371/journal.pone.0168847
- Perlman, C. M., Hirdes, J. P., Barbaree, H., Fries, B. E., McKillop, I., Morris, J. N., & Ribanowitz, T. (2013). Development of mental health quality indicators (MHQIs) for inpatient psychiatry based on the interRAI mental health assessment. *BMC Health Services Research*, *13*, 15. doi:10.1186/1472-6963-13-15
- Perlman, C. M., Hirdes, J. P., & Vigod, S. (2015). Psychiatric Rehospitalization: Development of a person-level indicator for care planning and quality assurance. *Primary Care Companion for CNS Disorders*, *17*. doi: 10.4088/PCC.15m01784
- Perlman, C. M., & Hirdes, J. P. (2008). The Aggressive Behavior Scale: A new scale to measure aggression based on the minimum data set. *Journal of the American Geriatrics Society*, *56*, 2298-2303. doi: 10.1111/j.1532-5415.2008.02048.x
- Plano-Ripoll, O., Pedersen, C. B., Agerbo, E., Holtz, Y., Erlangse, A., Canudas-Romo, V., ... Larsen, T. M. (2019). A comprehensive analysis of mortality-related health metrics associated with mental disorders: A nationwide, register-based cohort study. *The Lancet*, *394*, 1827-35. doi: 10.1016/S0140-6736(19)32316-5
- Protocolakkoord BelRAI (2018, 26 maart). Geraadpleegd via de federale BelRAI-website: https://www.belrai.org/sites/default/files//content/2018_03_26_imc_protocol_belrai_vs2_approved.pdf
- Rios, S., & Perlman, C.M. (2017). Social withdrawal among individuals receiving psychiatric care: Derivation of a scale using routine clinical assessment data to support screening and outcome

- measurement. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 45, 579-592. doi: 10.1007/s11414-017-9554-y
- Saultz, J. W. (2003). Defining and measuring interpersonal continuity of care. *Annals of Family Medicine*, 1(3), 134–143. doi: <https://doi.org/10.1370/afm.23>
- Strategische Adviesraad Welzijn, Gezondheid en Gezin (2015). *Visienota Nieuw professionalisme in zorg en ondersteuning als opgave voor de toekomst*. Geraadpleegd via de website van de Strategische Adviesraad Welzijn, Gezondheid en Gezin: https://www.sarwgg.be/sites/default/files/documenten/SARWGG_Raad_NieuwProfessionalisme_20151217__ADV_DEF.PDF
- Struckmann, V., Leijten, F. R. M., van Ginneken, E., Kraus, M., Reiss, M., Spranger, A., ... Rutten-van Mülken, on behalf of the SELFIE consortium (2018). Relevant models and elements of integrated care for multi-morbidity: Results of a scoping review. *Health Policy*, 122, 23-35. doi: 10.1016/j.healthpol.2017.08.008
- Sweeney, A., Davies, J., McLaren, S., Whittock, M., Lemma, F., Belling, R., ... Wykes, T. (2015). Defining continuity of care from the perspectives of mental health service users and professionals: an exploratory, comparative study. *Health Expectations*, 19(4), 973-987. doi:10.1111/hex.12435
- Urbanoski, K. A., Mulsant, B. H., Willett, P., Ehtesham, S., & Rush, B. (2012). Real-world evaluation of the Resident Assessment Instrument-Mental Health assessment system. *Canadian Journal of Psychiatry*, 57, 687-95. doi: 10.1177/070674371205701106
- Van Audenhove, C., Carlassara, V., De Brouwere, J., & Vijverman, J. (1996). *Chronische psychiatrische patiënten in de Geestelijke Gezondheidszorg: Nieuwe mogelijkheden?* Leuven: Acco.
- Van Audenhove, C., & Declercq, A. (2015). *Inhoudelijke vergelijking nieuwe MPG 2015 en RAI*. Leuven: LUCAS
- Van Doren, S., & Declercq, A. (verwacht in 2022). *Ontwikkelen van een Sociaal Supplement voor de BelRAI Screener en het BelRAI Home Care instrument* (Onderzoeksrapport). Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- Van Eenoo, M., De Cuyper, K., Declercq, A., & Van Audenhove, C. (2017). *Exploratieve studie naar de toepasbaarheid van de interRAI GGZ-instrumenten in de zorg voor mensen met een ernstige psychische aandoening en/of verslaving in Vlaanderen* (Onderzoeksrapport). Geraadpleegd via de website van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin: https://cdn.nimbu.io/s/5s8z9pq/channelentries/7t90ld5/files/2017_03%20Rapport_03%20EF%2006.04_1__BelRAI%20GGZ.pdf?e836nal
- Van Horebeek, H., De Cuyper, K., Habets, P., Van Eenoo, L., Jeandarme, I., Declercq, A., & Van Audenhove, Ch. (2019). *Tussentijds rapport BelRAI GGZ-studies: Resultaten van een participatief traject ter voorbereiding van de tweede BelRAI GGZ-studie en de BelRAI forensische GGZ-pilotstudie* (Onderzoeksrapport). Geraadpleegd via de website van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin: https://cdn.nimbu.io/s/5s8z9pq/channelentries/gy00emu/files/2019_12%20Rapport_28%20SWVG%20EF06.04_2__EF06.07_Tussentijds%20rapport%20BelRAI%20GGZ.pdf?0vjr3qn
- Van Horebeek, H., Habets, P., De Cuyper, K., Hermans, K., Schouten, B., Van Eenoo, L., Declercq, I., Van Audenhove, Ch., & Jeandarme, I. (2020). *Exploratieve studie naar de gebruiksmogelijkheden van*

- het BelRAI GGZ-instrumentarium en de DUNDRUM in de Vlaamse forensische geestelijke gezondheidszorg* (Onderzoeksrapport). Geraadpleegd via de website van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin: https://cdn.nimbu.io/s/5s8z9pq/channelentries/9pysajf/files/2020_12%20Rapport_42_EF%2006.07_2__BelRAI-DUNDRUM%20for%20ggz_eindrapport.pdf?j3o9vcf
- Van Horebeek, H., De Cuyper, K., Daems, A., Hermans, K., Dejonghe C., Nelis, S., Van Eenoo, L., Declercq, A., Van Audenhove, Ch. (2021). *BelRAI in de geestelijke gezondheidszorg: Gebruiksmogelijkheden en randvoorwaarden voor implementatie* (Onderzoeksrapport). Geraadpleegd via de website van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin: https://cdn.nimbu.io/s/5s8z9pq/channelentries/0m1j0au/files/2021_03_Rapport_49_SWVG%20EF06.04_3__BelRAI%20GGZ_fin.pdf?pg7eyty
- Van Regenmortel, J., Declercq, A., Van de Velde, D. (2020). *Exploratieve studie naar de toepasbaarheid van het BelRAI Revalidatie instrument in de fysieke revalidatie in Vlaanderen* (Onderzoeksrapport): Geraadpleegd via de website van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin: https://cdn.nimbu.io/s/5s8z9pq/channelentries/8vwg7fn/files/2020_10%20Rapport_40_EF06.05_2_3_%20Rapport%20BelRAI%20Revalidatie.pdf?zkbkhw5
- Van Weeghel, J., & Couwenbergh, C. (2020). Het sociaal domein als onmisbare schakel. In Mulder et al. (Red.), *Netwerkpsychiatrie: Samenwerken aan herstel en gezondheid* (pp. 92-111). Amsterdam: Boom | De Tijdstroom
- Van Weeghel, J., & Michon, H. (2018). *IPS werkt! Handboek werken en leren met Individuele Plaatsing en Steun*. Bussum: Coutinho
- Wahlbeck, K., Cresswell-Smith, J., Haaramo, P., & Parkkonen, J. (2017). Interventions to mitigate the effects of poverty and inequality on mental health. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52, 1370-1374. doi: 10.1007/s00127-017-1370-4
- Wahlbeck, K., Westman, J., Nordentoft, M., Gissler, M., & Laursen, T. M. (2011). Outcomes of Nordic mental health systems: Life expectancy of patients with mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 199(6), 453-458. doi: 10.1192/bjp.bp.110.085100
- Weaver, N., Coffey, M., & Hewitt, J. (2017). Concepts, models and measurement of continuity of care in mental health services: A systematic appraisal of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24(6), 431-450. doi: 10.1111/jpm.12387
- Wet betreffende de rechten van de patiënt (2002, 22 augustus). Geraadpleegd via https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2002082245&table_name=wet
- Wierdsma, A., Mulder, C., de Vries, S., & Sytema, S. (2009). Reconstructing continuity of care in mental health services: a multilevel conceptual framework. *Journal of Health Services Research & Policy*, 14(1), 52-57. doi: 10.1258/jhsrp.2008.008039
- WHO (2015). *WHO global strategy on people-centered and integrated health services: Interim report*. Geraadpleegd via de website van de WHO: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/155002/WHO_HIS_SDS_2015.6_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Wunderinck, C. (2020). Woonondersteuning vanuit het netwerk. In Mulder et al. (Red.), *Netwerkpsychiatrie: Samenwerken aan herstel en gezondheid* (pp. 113-126). Amsterdam: Boom | De Tijdstroom

Bijlagen

Bijlage 1. Nota informatiesessies modulair BelRAI GGZ-systeem

Nota

Informatiesessies met experts omtrent de ontwikkeling van het modulair systeem voor de BelRAI GGZ

Hanne Van Horebeek, Kathleen De Cuyper & Chantal Van Audenhove

LUCAS KU Leuven

September 2021

1 Situering en doelstelling

De twee vorige BelRAI GGZ-studies richtten zich op de gebruiksmogelijkheden van een uitgebreid BelRAI GGZ-instrumentarium bij cliënten met een ernstige psychische aandoening (EPA) in de forensische en reguliere GGZ (inclusief verslavingssector) en de randvoorwaarden voor implementatie (Van Horebeek et al., 2020, 2021). De betrokken stakeholders waren van mening dat de verhouding tussen de tijdsinvestering voor het invullen van het instrumentarium niet in balans was met wat dit oplevert voor de klinische praktijk. Om hieraan tegemoet te komen is werk gemaakt van een modulair systeem dat bestaat uit een opdeling van de BelRAI instrumenten en supplementen in verschillende modules. Hierdoor zouden hulpverleners op een meer efficiënte wijze en meer op maat van een cliënt en zijn behandeltraject, een BelRAI assessment kunnen invullen. Tegelijkertijd blijft het systeem input bieden voor het organisatie- en netwerkniveau.

De afgelopen maanden formuleerden de onderzoekers in opdracht van het Agentschap Zorg en Gezondheid binnen het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin een eerste voorstel voor dit modulair systeem. Door middel van informatiesessies wensten de onderzoekers hierover feedback en suggesties te krijgen van de stakeholders.

2 Methode

In september vonden vier informatiesessies plaats voor stakeholders op klinisch, organisatie, netwerk en koepelniveau. De eerste infosessie (online) focuste op **hulpverleners** die deelnamen aan de vorige BelRAI GGZ-studies (n = 9). Alle subsectoren die participeerden aan de voorgaande studies werden vertegenwoordigd tijdens deze sessie, nl. woonzorgcentra met een aparte afdeling voor EPA-patiënten, psychiatrische verzorgingstehuizen, initiatieven voor beschut wonen, mobiele 2b-teams, psychosociale revalidatiecentra, revalidatiecentra voor verslaving en de forensische GGZ.

De **koepelorganisaties** van de GGZ-voorzieningen namen deel aan de tweede sessie (n = 4). Twee stafmedewerkers van Zorgnet-Icuro, alsook twee vertegenwoordigers van de Vlaamse Vereniging van Behandelingscentra Verslaafdenczorg (VVBV) waren hierbij aanwezig.

Infosessie 3 omvatte

- Netwerkcoördinatoren en ondervoorzitters van Vlaamse **GGZ-netwerken** (5)
- Netwerkcoördinatoren Nederlandstalige **netwerken internering** (2)
- (Platform voor) **patiëntenvertegenwoordigers** (2)
- **Familievertegenwoordiger** (1)

Coördinatoren en directieleden van voorzieningen die deelnamen aan de vorige BelRAI GGZ-studies participeerden aan de laatste infosessie (n = 10). Met uitzondering van de woonzorgcentra waren alle GGZ-subsectoren die betrokken waren bij de voorgaande studies, in deze groep vertegenwoordigd.

De informatiesessies gingen van start met een inleiding over de nood aan continuïteit in de zorg voor personen met integrale zorgnoden en hoe de BelRAI assessment instrumenten hierop een antwoord kunnen vormen. De eerste vragen van de experts hieromtrent werden beluisterd.

Daarna is het reeds gelopen traject van de BelRAI GGZ-studies binnen het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin kort toegelicht en is het nieuwe project hierin gesitueerd.

Vervolgens is het modulair systeem voor BelRAI GGZ voorgesteld en zijn de vragen en suggesties van de experts besproken.

De **dataverwerking** van deze bijeenkomsten gebeurde in eerste instantie door het beluisteren van de opnames. Er is een inhoudsanalyse gedaan van het discussiegedeelte van elk van de vier infosessies waarbij de thema's en inhoudelijke uitspraken beoordeeld werden door één van de onderzoekers. Op basis daarvan is door deze en een andere onderzoeker een geïntegreerde nota gemaakt van de vier informatiesessies waarbij de thema's geordend werden en de respons van de deelnemers per thema is opgenomen. De twee onderzoekers hebben hiervoor hun oordeel samengelegd en geïntegreerd.

3 Resultaten

Eenzijds gaven de experts feedback op het modulair systeem zelf. Anderzijds waren er veel vragen en opmerkingen over de implementatie van BelRAI in de GGZ, die grotendeels zijn terug te brengen tot de beleidsaanbevelingen die resulteerden uit de vorige studies. Deze input van de experts is hieronder samengevat. Het cijfer tussen haakjes geeft steeds aan uit welke infosessie de informatie afkomstig is. Wanneer er input van de onderzoekers vermeld wordt, is dit steeds expliciet benoemd.

3.1 Resultaten m.b.t. het modulair systeem voor BelRAI GGZ

3.1.1 Doelgroep

Volgens de *onderzoekers* zal BelRAI de grootste meerwaarde hebben in de GGZ voor **cliënten met integrale zorgbehoeften**. Deze cliënten hebben niet alleen noden op psychisch vlak maar op verschillende levensdomeinen. Idealiter worden zij hiervoor ondersteund door verschillende zorgdisciplines en -organisaties waardoor inzetten op continuïteit van zorg voor deze groep zeer belangrijk is. De koepelorganisaties zien de inhoudelijke meerwaarde van de focus op deze doelgroep, maar stellen zich vragen over hoe dit te rijmen valt met een eventuele koppeling aan financiering in de toekomst die de Vlaamse overheid wil ontwikkelen voor de volledige cliëntpopulatie (2). Het platform voor de patiëntenvertegenwoordigers bevestigt dat er zeker nog verbeteringen mogelijk zijn en dat extra ondersteuning nodig is op vlak van continuïteit voor de cliënten in hun zorgtraject (3).

3.1.2 Nieuwe indeling van het BelRAI GGZ instrumentarium

➤ Algemeen

In het algemeen stonden de stakeholders **positief** ten aanzien van de veranderingen in de indeling van het BelRAI GGZ-instrumentarium. Om de doelstellingen die het systeem beoogt - namelijk efficiënter in te vullen voor de hulpverlener en meer op maat van de cliënt - ook effectief te realiseren, zou men het nieuwe systeem moeten kunnen **uittesten** (1, 2, 3, 4). Momenteel is het nog **onduidelijk hoeveel werk/tijd** het invullen van een assessment binnen deze nieuwe indeling in beslag zal nemen (1, 2). De tijdsinvestering zal een grote rol spelen in hoe het instrument ontvangen wordt door de hulpverleners in de praktijk (3).

➤ Invulwijze van het assessment

Duiding vanwege de onderzoekers: In het nieuwe systeem dient de hulpverlener aan te geven op welke manier hij het assessment – na verplicht invullen van de startpagina - wenst in te vullen. De hulpverlener krijgt de keuze tussen (A) alle items van de negen basismodules invullen of (B) hierin een selectie te maken door het beantwoorden van 18 toelidingsitems naar (onderdelen van) de basismodules. De hulpverlener vinkt zijn keuze aan, maar het is aan te raden om hieromtrent afspraken te maken op organisatie- en/of netwerkniveau.

De beslissing omtrent de wijze van invullen, moet in samenspraak met verschillende partijen kunnen gebeuren, vinden de stakeholders. Zo is het positief dat de hulpverlener meer aan het stuur komt van de beoordeling t.o.v. hoe dit bij de voorgaande BelRAI GGZ-systeem het geval was (2, 4) en moet dit in samenspraak met de cliënt gebeuren (3). Afspraken op organisatie- en netwerkniveau over het systematisch invullen van bepaalde modules zijn essentieel, zowel met het oog op de zorgverlening als het verwerven van volledige data (2, 4). Of de overheid hieromtrent richtlijnen zal opleggen, is een vraag die speelt (1) en waarop de onderzoekers zelf geen antwoord kunnen bieden.

Werken met toelidingsitems:

- Toelidingsitems maken het mogelijk dat:
 - Men niet alle informatie in één keer hoeft in te vullen (1)
 - Er meer rekening kan worden gehouden met de agenda van de hulpverlener (1)
 - Het invullen van het assessment haalbaarder wordt voor ambulante settings waar men de cliënt minder vaak ziet, het langer duurt alvorens men elkaar kent en andere zaken naast BelRAI soms prioriteit dienen te krijgen (1)
 - Het systeem eenvoudiger multidisciplinair in te vullen is doordat de verschillende onderdelen van het assessment gemakkelijker te verdelen zijn tussen (GGZ-) disciplines (1)
 - Minder relevante modules voor een bepaalde cliënt weggelaten kunnen worden (1, 2)
Er meer op maat van de cliënt kan gewerkt worden en rekening houdend met een geschikt moment in het begeleidingstraject (1)

De *onderzoekers* benadrukken dat het gespreid invullen van modules doorheen het behandeltraject een mogelijkheid is, maar dat het dan verschillende assessments betreft met steeds een andere beoordelingsreferentiedatum. Indien men ingevulde modules van een voorafgaand assessment (met een verschillende beoordelingsreferentiedatum) wil overnemen, zal gecontroleerd moeten worden of deze informatie nog correct is op het moment van de nieuwe beoordeling.

- Eén hulpverlener gaf aan dat de nieuwe indeling misschien té modulair is en men liever in één keer de nodige modules invult (1). Er bestaat het risico dat bepaalde voorzieningen zich gaan focussen

- op bepaalde toeleidingsitems en bijbehorende zorgdomeinen, terwijl andere domeinen onderbelicht geraken (2, 4).
- De *onderzoekers* zijn van mening dat het modulair systeem meer mogelijkheden biedt om rekening te houden met wat er in een bepaalde fase van het traject van een cliënt wenselijk is om te bespreken. Een patiëntenvertegenwoordiger beaamt dit, maar geeft tegelijkertijd aan dat dit niet helemaal een oplossing biedt voor de problematiek dat een cliënt niet altijd de ruimte krijgt om bepaalde zaken te bespreken met zijn hulpverlener. Een echte dialoog aangaan tussen hulpverlener en cliënt in de GGZ blijft soms een uitdaging omwille van de asymmetrische relatie (3). Deze communicatie zal nooit kunnen worden overgenomen door een instrument en blijft uiteraard noodzakelijk (3).
 - Als je op bepaalde toeleidingsitems nog geen zicht hebt, ga je dan sommige CAP's missen? (2)
Onderzoekers: In tegenstelling tot het vroegere systeem waar het invullen van alle items leidde tot de berekening van alle zorgschalen/CAP's, zullen deze voor de meeste cliënten niet allemaal berekend worden binnen één assessment. Als men 'ik vult het (nog) niet in' aangeeft bij een toeleidingsitem worden de items uit (een onderdeel van) de bijhorende basismodule opengelaten en bijhorende schalen/CAP's niet berekend. Op het einde van het assessment krijgt de hulpverlener een overzicht van alle berekende en niet-berekende resultaten. Daar zal hij ook een optie hebben om de items van niet-berekende schalen/CAP's nog verder aan te vullen om deze resultaten – indien gewenst – nog te laten berekenen.
 - De toeleidingsitems met betrekking tot geestelijke gezondheid zouden anders geformuleerd kunnen worden opdat ze minder diagnostisch gericht zouden zijn. Er kunnen namelijk wel noden of moeilijkheden zijn op een bepaald zorgdomein maar daarom is er nog geen sprake van een problematiek. Ook de formulering van het toeleidingsitem betreffende gewelddadig gedrag kan verbeterd worden. Een inschatting maken van de aanwezigheid van agressief/gewelddadig gedrag bij een cliënt is iets waar normaliter een heel taxatie-instrument achter schuil gaat voor men hierover een objectief oordeel kan vellen. Peilen naar agressief/gewelddadig gedrag binnen een bepaalde tijdsperiode in het verleden kan een alternatief zijn (1).

Het modulair systeem voorziet dat de Quality of Life vragenlijst en de items die betrekking hebben op de zorgdoelen rechtstreeks via **mail** naar (een naaste van) een cliënt verstuurd worden wanneer de hulpverlener de bijhorende toeleidingsitems positief beantwoordt. Eén van de hulpverleners wijst erop dat de (naaste van) de cliënt de ingevulde vragenlijst niet via mail mag terugsturen omwille van privacyredenen. De (naaste van de) cliënt zou de vragenlijst daarom beter in een beveiligde omgeving invullen (1).

➤ Negen basismodules

Duiding onderzoekers: De negen basismodules bevragen 1. psychische symptomen, 2. zelfzorg en dagelijks functioneren, 3. lichamelijke gezondheid en somatische aandoeningen, 4. financiële situatie, 5. woonsituatie, 6. sociaal en relationeel leven, inclusief mantelzorg, 7. werk- en opleidingssituatie, 8. kwaliteit van leven (volgens cliënt) en 9. zorgdoelen (volgens cliënt, hulpverlener en naaste). Voor cliënten met integrale zorgbehoeften is het de beste optie om bij elk assessment de negen basismodules in te vullen. Deze modules omvatten items uit het BelRAI GGZ-hoofdinstrument (MH of CMH) en de volledige QOL-vragenlijst.

- Voordeel: Betrekken van het **cliëntperspectief en het perspectief van een naaste** (3, 4).
- Nadeel: **Noden van de familie** van de cliënt zouden nog meer beklemtoond mogen worden (3).

➤ Uitbreidingsmodules

Duiding onderzoekers: Op basis van specifieke zorgnoden en wensen die worden ingevuld/berekend op de startpagina en/of in de basismodules wordt de hulpverlener doorgestuurd naar uitbreidingsmodules, bijvoorbeeld sociale omgang, psychotrauma, (I)ADL, middelenmisbruik. Deze 21 extra modules omvatten de resterende items uit het BelRAI (C)MH-instrument en de vier BelRAI supplementen die deel uitmaken van het BelRAI GGZ-systeem (Forensic supplement, Intellectual Disability supplement, Addictions supplement-extended version, Maatschappelijk Herstel supplement). De uitbreidingsmodules openen zich automatisch, waarna de hulpverlener kan beslissen of hij de module op dat moment al dan niet wenst in te vullen.

De **benaming van de module ‘forensische problematiek’** - alsook van het Forensisch supplement dat hierin vervat zit - zou herbekeken kunnen worden. Deze module wordt ingevuld voor een bredere groep van cliënten dan diegenen die in een forensisch behandeltraject zitten (met een forensisch statuut), namelijk ook voor personen die met de politie in aanraking zijn gekomen voor – al dan niet gewelddadig - crimineel gedrag. In tegenstelling tot de eerste groep kunnen dit ook personen zijn zonder forensisch statuut, terwijl de module lijkt te impliceren dat dit wel steeds het geval is. Daarom is de term ‘*forensische problematiek*’ niet goed gekozen en kan het ook stigmatiserend overkomen. Daarnaast is het belangrijk dat BelRAI groepsdata kunnen opgesplitst worden volgens de aan- of afwezigheid van een justitieel statuut (3).

3.2 Resultaten m.b.t. de beleidsaanbevelingen uit voorgaande studies

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

De stakeholders hebben vragen over een eventuele koppeling tussen de BelRAI-data en **financiering** in de toekomst (1, 2, 4)

- Als men het BelRAI GGZ-instrumentarium enkel zou invullen voor cliënten met integrale zorgbehoeften, dan mist men een deel van de populatie in de settings die eveneens in kaart moet gebracht worden indien men budgetten wil toekennen o.b.v. BelRAI (2).

De stakeholders hebben vragen omtrent de **toekomst** van BelRAI in de GGZ (1).

- De *onderzoekers* gaven aan dat in '22 – '23 een pilootimplementatie zal plaatsvinden in enkele GGZ-netwerken (inclusief netwerk internering). Wat de concrete timing is en welke netwerken hierbij betrokken zullen worden, is nog niet geweten.
Stakeholders hebben concrete vragen omtrent deze pilootimplementatie: Welke netwerken zullen betrokken worden? Welke niet-GGZ voorzieningen zullen deelnemen? Wat is de timing? Wat wordt er van de voorzieningen verwacht? (1, 3, 4)
- Het wordt als positief ervaren dat BelRAI resultaten biedt op verschillende niveaus: individuele statistieken en groepsstatistieken op meso- en macroniveau. Men moet echter waakzaam zijn dat BelRAI niet enkel een management- of beleidstool wordt om de kwaliteit van zorg op afdelingen en/of in netwerken/sectoren te verbeteren, maar dat het ook klinisch relevant is op cliëntniveau (3). Het is belangrijk om de meerwaarde in de één-op-één relatie met de cliënt ook goed te duiden naar de hulpverleners toe (3). Als hulpverleners dit niet ervaren, zullen ze het betrouwbaar invullen van het assessment niet ter harte nemen.

3.2.2 Online BelRAI platform en coördinatie

Het BelRAI-dossier mag **geen apart dossier/systeem** worden, maar moet geïntegreerd worden in bestaande dossiers/software-systemen (2, 3, 4).

- Op federaal niveau is men het multidisciplinair elektronisch patiëntendossier aan het uitwerken, op Vlaams niveau het Digitaal Zorg- en Ondersteuningsplan. Naast het feit dat het goed zou zijn om beide op elkaar af te stemmen, zou BelRAI hieraan gekoppeld kunnen worden (2).
- Registratielast – zowel voor hulpverlener als cliënt - is een groot aandachtspunt en hieraan gekoppeld ook het vermijden van registratie van dezelfde of soortgelijke gegevens (1, 2, 3, 4).
- Zijn de BelRAI-gegevens te linken met kwaliteitsindicatoren opgelegd door Vlaamse overheid? (4)

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

Het platform voor patiëntenvertegenwoordigers wijst op het belang van **inzage van de cliënt in zijn dossier** en aandacht voor de manier waarop dit kan gebeuren. De ervaring met een project over de inzage in de cliëntweergave van de BelRAI screener in de thuiszorg (My BelRAI) toont aan dat deze cliëntversie zeer confronterend kan zijn (3).

3.2.4 Ontwikkeling van een kader voor de informatiedeling tussen gezondheidssectoren

Voornamelijk de koepelorganisaties en GGZ-netwerken zien de voordelen van het delen van de **BelRAI-gegevens** in de toekomst, namelijk het versterken van de communicatie en samenwerking tussen hulpverleners, organisaties, sectoren (2,3). Daar tegenover staat een zekere voorzichtigheid voor het delen van data met het oog op privacy en stigma, zeker bij personen met een forensische – of verslavingsproblematiek (1,2). De hulpverleners wijzen erop dat het meedragen van gegevens doorheen (de vele jaren van) een zorgtraject delicaat is (1); sommige patiënten willen soms juist discontinuïteit (2). Eén van de coördinatoren meldt dat het ook voor de hulpverleners niet altijd voordelig is dat ze alles weten van de cliënt met het oog op vooroordelen die mogelijk de bejegeningwijze ten opzichte van een cliënt kunnen beïnvloeden (4). De koepels wijzen erop dat het noodzakelijk is dat cliënten kunnen aangeven dat bepaalde domeinen niet vrijgegeven worden voor gegevensdeling. De *onderzoekers* vullen aan dat het binnen het huidige eHealth-platform niet mogelijk is om bepaalde tijdsperiodes uit een behandeltraject te schrappen voor deling met andere hulpverleners. Het systeem inzake de datadeling zal ook duidelijk moeten zijn voor de cliënten (2).

Eén van de coördinatoren uit de bezorgdheid dat **BelRAI (-data) de toegang tot een behandeling zou beperken**. Er wordt op gewezen dat dit het geval zou kunnen zijn wanneer een BelRAI assessment noodzakelijk zou zijn voor het opstarten van een behandeling (4). De *onderzoekers* benadrukken dat dit uiteraard niet de bedoeling is van het systeem.

3.3 Andere

Om de hoeveel tijd dient een assessment ingevuld te worden voor een cliënt?

- De koepels benadrukken dat het beeld van een cliënt meer aan verandering onderhevig is in de GGZ dan bijvoorbeeld in de ouderenzorg (2).
- Komen er richtlijnen rond systematische invulling van het assessment? (2)
- Een netwerkcoördinator stelt zich de vraag of de scharniermomenten waarop het interessant is om een assessment in te vullen gedefinieerd zijn (3). De *onderzoekers* hebben tijdens de vorige studies bevraagd om de hoeveel tijd het nuttig zou zijn om een assessment in te vullen. Hierop kwamen echter zeer diverse antwoorden wat doet concluderen dat het mogelijk

nuttiger is om het tijdstip waarop een assessment wordt afgenomen te linken aan wat voor de individuele organisatie/begeleiding/cliënt het meest geschikt is.

- Eén van de vertegenwoordigers van de koepelorganisaties stelt zich de vraag wat de meerwaarde is van een assessment als de cliënt maar enkele maanden binnen dezelfde setting blijft (2). De *onderzoekers* geven aan dat wanneer BelRAI volledig operationeel zal zijn en assessments gedeeld zullen worden, deze voorziening gebruik zal kunnen maken van de info uit vorige assessments in plaats van met een blanco blad te moeten starten.

Minder vaak dan tijdens de voorgaande studies, maar desalniettemin, is tijdens de infosessies verwezen naar hoe BelRAI te rijmen valt met de **herstelvisie**.

- Een netwerkcoördinator en het platform voor patiëntenvertegenwoordigers gaven aan dat zij vaak te horen krijgen dat de formulering in BelRAI vaak negatief en op disfunctioneren gericht is (3).
- Het is belangrijk dat er naast het instrument op zich nog handvatten worden aangereikt opdat BelRAI op een herstelgerichte manier kan worden gebruikt (3). Hierbij aansluitend zal het in het algemeen ook belangrijk zijn om voldoende training te voorzien voor wie met het instrumentarium zal werken (3).

Bijlage 2. Vergelijking tussen de MPG-registratie en het BelRAI GGZ-instrumentarium

Legende bij de tabel:

Grijs gearceerde rijen: niet-cliëntgebonden kenmerk

Geel gearceerde rijen: cliëntgebonden kenmerk dat niet voorkomt in BelRAI GGZ-instrumentarium

VERNIEUWDE MPG UIT 2015	BeRAI Mental Health (MH) en Community Mental Health (CMH) (EF06.04; <u>vergelijking ten opzichte van iMatrix, versie 6.6</u>), BeRAI ID supplement, BeRAI Addictions supplement, interRAI Forensic supplement, BeRAI Maatschappelijk Herstel supplement en DUNDRUM (EF75)	Extra items in BeRAI MH instrument die geen deel uitmaken van BeRAI CMH instrument en omgekeerd (EF06.04; <u>vergelijking ten opzichte van iMatrix</u>)	Startpagina, basismodules, uitbreidingsmodule of geen van allen (EF75)
ITEMS GEMEENSCHAPPELIJKE REGISTRATIE			
ORGANISATIEGEGEVENS	De meeste items worden niet bevraagd in het BeRAI 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)		Geen van allen, want niet in BeRAI 2.0
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 zorgeenheid			
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 zorgeenheid (enkel voor PZ en PAAZ)			
Steekproefgegevens zorgeenheid			
STU01 ID-nummer van de GGZ-voorziening: uniek nummer per voorziening (idem SI03)			
STU02 ID-Nummer van de zorgeenheid (idem SU02)			
STU03 Actieve caseload van de zorgeenheid			
GEMEENSCHAPPELIJKE STAM (VOOR ALLE PATIENTEN)			
Identificatiegegevens van de patiënt (n cliëntgebonden items = 7)			
IP01 RR-nummer patiënt	A5. Rijksregisternummer (iA5a)		Geen van allen, want niet in BeRAI 2.0
IP02 Geboortejahr	A3. Geboortedatum (iA3)		Startpagina
IP03 Geslacht	A2. Geslacht (iA2)		Startpagina, maar niet in BeRAI 2.0
IP04 Gemeente domicilie	A12. Postcode van de gebruikelijke woonomgeving (iA10)		Geen van allen, want niet in BeRAI 2.0
IP05 Land domicilie	A12. Postcode van de gebruikelijke woonomgeving (iA10)		Geen van allen, want niet in BeRAI 2.0
IP06 Nationaliteit	/		
IP07 Dagelijkse omgangstaal	Eerste taal (bB4)		Uitbreidingsmodule Taalvaardigheid
Administratieve gegevens (n cliëntgebonden items = 5)			

VERNIEUWDE MPG UIT 2015 ITEMS GEMEENSCHAPPELIJKE REGISTRATIE	BeRAI Mental Health (MH) en Community Mental Health (CMH) (EF06.04; <u>vergelijking ten opzichte van iMatrix, versie 6.6</u>), BeRAI ID supplement, BeRAI Addictions supplement, interRAI Forensic supplement, BeRAI Maatschappelijk Herstel supplement en DUNDRUM (EF75)	Extra items in BeRAI MH instrument die geen deel uitmaken van BeRAI CMH instrument en omgekeerd (EF06.04; <u>vergelijking ten opzichte van iMatrix</u>)	Startpagina, basismodules, uitbreidingsmodule of geen van allen (EF75)
AP01 ID-nummer van de GGZ-voorziening: uniek nummer per voorziening (idem SI03)	A6. Naam en adres van de organisatie (iA6a)		Geen van allen, want niet in BeRAI 2.0
AP02 RR-nummer patiënt (idem IP01)	A5. Rijksregisternummer (iA5a)		Geen van allen, want niet in BeRAI 2.0
AP03 Datum begin van de zorgperiode	Datum waarop de behandeling/begeleiding van deze persoon in deze (thuis)zorgvoorziening begon (iB2)		Startpagina
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 zorgeenheid (idem SU02)			
AP08 Verzekeringsstatus van de patiënt	Soorten financiële steun: 5. Privé-verzekering waartoe ook een ziekteverzekering van de mutualiteit behoort (MSHSnew)		Uitbreidingsmodule Financiële situatie
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: onvrijwillig, forensisch (iA17b)	Startpagina (andere i-code: iB10f) Uitbreidingsmodule Criminogene factoren Uitbreidingsmodule Criminogene factoren Uitbreidingsmodule Criminogene factoren Startpagina Uitbreidingsmodule Criminogene factoren Startpagina Startpagina
AP10 Tijdelijke onderbreking van de zorg: reden			
Gegevens over het begin van de zorg (n cliëntgebonden items = 17)	A7. Reden voor assessment (iA8): 1. Opnamebeoordeling		Startpagina
MA01 ID-nummer van de GGZ-voorziening: uniek nummer per voorziening (idem SI03)			
MA02 RR-nummer patiënt (idem IP01)	A5. Rijksregisternummer (iA5a)		Geen van allen, want niet in BeRAI 2.0
MA03 Datum begin van de zorgperiode (idem AP03)	Datum waarop de behandeling/begeleiding van deze persoon in deze (thuis)zorgvoorziening begon (iB2)		Startpagina
MA04 Verwijzer	/		
MA05 Samenlevingsplaats voor de start van de zorgperiode	A11. Verblijfsplaats op tijdstip van de beoordeling (iA11b)		Startpagina
		Extra: opgenomen vanuit (iA11a)	Startpagina
MA06 Samenlevingsvorm voor de start van de zorgperiode	A13. Woonsituatie voor de opname (iA12a)		Startpagina
MA06A Met wie woonde u de afgelopen 30 dagen meestal samen (met uitzondering van kinderen ten laste) ?	A13. Woonsituatie voor de opname (iA12a)		Startpagina
MA06B Heeft u vorige maand samengewoond met kinderen jonger dan 18 jaar (waar-voor u verantwoordelijk bent) ?	Dit item is niet opgenomen in het BeRAI GGZ instrumentarium. Wel bevat het Forensic supplement volgend item: Is er sprake van uitbuiting of geweldpleging tegenover kind(eren) tot 12 jaar of vrouwen van om het even welke leeftijd? (iB25)		
MA07 Onderwijsniveau	Opleidingsniveau (MSHSnew)		Uitbreidingsmodule Opleiding

VERNIEUWDE MPG UIT 2015 ITEMS GEMEENSCHAPPELIJKE REGISTRATIE	BeIRAI Mental Health (MH) en Community Mental Health (CMH) (EF06.04; <u>vergelijking ten opzichte van iMatrix, versie 6.6</u>), BeIRAI ID supplement, BeIRAI Addictions supplement, interRAI Forensic supplement, BeIRAI Maatschappelijk Herstel supplement en DUNDRUM (EF75)	Extra items in BeIRAI MH instrument die geen deel uitmaken van BeIRAI CMH instrument en omgekeerd (EF06.04; <u>vergelijking ten opzichte van iMatrix</u>)	Startpagina, basismodules, uitbreidingsmodule of geen van allen (EF75)
MA08 Werksituatie	P1. Werkstatuut (iBB1) P2. Tewerkstelling (niet vrijwilligerswerk) (iBB2) P3. Doet vrijwilligerswerk (iBB3)		Basismodules, uitbreidingsmodule Criminogene factoren, uitbreidingsmodule Verstandelijke beperking Uitbreidingsmodule Werk Uitbreidingsmodule Werk, uitbreidingsmodule Verstandelijke beperking
MA09 Voornaamste bron van inkomsten	Soorten financiële steun (MsHSnew)		Uitbreidingsmodule Financiële situatie
MA10 Diagnose bij het begin van de zorgperiode	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. Verstandelijke beperking (iCC3)		Uitbreidingsmodule DSM-categorieën Basismodule
MA10.01 Eerste diagnose volgens ICD-10			
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 (n cliëntgebonden items = 10)			
MA10.11 Somatische diagnose volgens ICD-10	Cardiovasculaire ziekten en aandoeningen die het risico hierop verhogen		
MA10.12 Somatische diagnose volgens ICD-10	◦ Cardiovasculaire aandoeningen (nieuw item)		Basismodule
MA10.13 Somatische diagnose volgens ICD-10	◦ Diabetes mellitus (ii1t)		Basismodule
MA10.14 Somatische diagnose volgens ICD-10	◦ Hypertensie (nieuw item) (hoge bloeddruk)		Basismodule
MA10.15 Somatische diagnose volgens ICD-10	Aandoeningen m.b.t. het zenuwstelsel		
MA10.16 Somatische diagnose volgens ICD-10	◦ Auto-immuunziekten (bv. multiple sclerose, ziekte van Crohn, reumatoïde artritis, ...) (nieuw item)		Basismodule
MA10.17 Somatische diagnose volgens ICD-10	◦ Ziekte van Parkinson (ii1h)		Basismodule
MA10.18 Somatische diagnose volgens ICD-10	Aandoeningen m.b.t. het ademhalingsstelsel		
MA10.19 Somatische diagnose volgens ICD-10	◦ Chronische obstructie van de luchtwegen (ii1m) (Chronische longziekte die gekenmerkt wordt door ontsteking van de luchtwegen, luchtwegvernauwing en afbraak van longweefsel. Astma kan een risicofactor zijn.)		Basismodule
MA10.20 Somatische diagnose volgens ICD-10	◦ Astma (ii1u)		Basismodule
	Infectie- en parasitaire ziekten		
	◦ Hepatitis B, C (ii18c)		Basismodule, uitbreidingsmodule Middelenmisbruik
	◦ HIV/aids (ii18a)		Basismodule, uitbreidingsmodule Middelenmisbruik
	Migraine (ii1aa)		Module Lichamelijke gezondheid
	Traumatisch hersenletsel (ii1z)		Module Lichamelijke gezondheid
MA11 CANSAS - Inschatting van de zorgnoden aan het begin van de zorgperiode (n cliëntgebonden items = 23) (no need, met need, unmet need, unknown)			
MA11.00 Datum afdruk van de CANSAS	A8. Beoordelingsreferentiedatum (ia9)		Startpagina
MA11.01 CANSAS item 1: Huisvesting	Q1. Woonomgeving: codeer al wat de woonomgeving gevaarlijk of onbewoonbaar maakt (iq5)		Basismodules

VERNIEUWDE MPG UIT 2015 ITEMS GEMEENSCHAPPELIJKE REGISTRATIE	BeRAI Mental Health (MH) en Community Mental Health (CMH) (EF06.04; <u>vergelijking ten opzichte van iMatrix, versie 6.6</u>), BeRAI ID supplement, BeRAI Addictions supplement, interRAI Forensic supplement, BeRAI Maatschappelijk Herstel supplement en DUNDRUM (EF75)	Extra items in BeRAI MH instrument die geen deel uitmaken van BeRAI CMH instrument en omgekeerd (EF06.04; <u>vergelijking ten opzichte van iMatrix</u>)	Startpagina, basismodules, uitbreidingsmodule of geen van allen (EF75)
MA11.02 CANSAS item 2: Voeding	N2. Voedingsproblemen a. Gewichtsverlies (iK2a) b. Gewichtstoename (iK2f) c. Vochtinname per dag (iK2b) d. Consumeert minder voedsel of drank dan gewoonlijk (iK2g) e. Maaltijden (iK2e)		Basismodules Basismodules Basismodules Basismodules Basismodules
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 (hetgeen in de praktijk niet altijd klopt).	Uitbreidingsmodule IADL Basismodules
MA11.04 CANSAS item 4: Zelfverzorging	H2. ADL functioneren b. Persoonlijke hygiëne (iG2b) d. Zich verplaatsen (iG2f) e. Toilettransfer (iG2g) f. Toiletgebruik (iG2h) g. Eten en drinken (iG2j)		Basismodules Basismodules Basismodules Basismodules Basismodules
MA11.05 CANSAS item 5: Activiteiten overdag	O7. Sociale omgang a. Deelname aan sociale activiteiten (iF1a) b. Bezoek aan familie en oude vrienden/kennissen (iF1b) O8. Activiteitsniveau (iG6b): aantal dagen dat de persoon naar buiten ging in de laatste 3 dagen. P1. Werkstatuut (iBB1) P2. Tewerkstelling (iBB2) P3. Doet vrijwilligerswerk (iBB3)		Basismodules, uitbreidingsmodule Criminogene factoren, uitbreidingsmodule Verstandelijke beperking Basismodules, uitbreidingsmodule Verstandelijke beperking Uitbreidingsmodule Sociale omgang Basismodules, uitbreidingsmodule Criminogene factoren, uitbreidingsmodule Verstandelijke beperking Uitbreidingsmodule Werk Uitbreidingsmodule Werk, uitbreidingsmodule Verstandelijke beperking
MA11.06 CANSAS item 6: Lichamelijke gezondheid	Sectie J. Gezondheidstoestand J1. Zelf-gemelde gezondheid (iJ7) J2. Frequentie van gezondheidsproblemen a. Duizeligheid (iJ2c) b. Onzeker pas (iJ2d) c. Pijn in de borststreek (iJ2e) d. Reflux (iJ2m) e. Constipatie (iJ2k) f. Diarree (iJ2l) g. Droge mond (iJ2y) h. Hypersalivatie (iJ2gg) i. Toename of afname van normale eetlust (iJ2ff) j. Misselijkheid (iJ2x) k. Overgeven (iJ2n) l. Troebel zicht (iJ2ii) m. Overdag slaperig of versuft (iJ2jj)		Basismodules Basismodules Basismodules Uitbreidingsmodule Beweging Uitbreidingsmodule Lichamelijke gezondheid Basismodules Basismodules Basismodules Uitbreidingsmodule Lichamelijke gezondheid Basismodules Basismodules Basismodules Uitbreidingsmodule Lichamelijke gezondheid Basismodules

VERNIEUWDE MPG UIT 2015 ITEMS GEMEENSCHAPPELIJKE REGISTRATIE	BeRAI Mental Health (MH) en Community Mental Health (CMH) (EF06.04; <u>vergelijking ten opzichte van iMatrix, versie 6.6</u>), BeRAI ID supplement, BeRAI Addictions supplement, interRAI Forensic supplement, BeRAI Maatschappelijk Herstel supplement en DUNDRUM (EF75)	Extra items in BeRAI MH instrument die geen deel uitmaken van BeRAI CMH instrument en omgekeerd (EF06.04; <u>vergelijking ten opzichte van iMatrix</u>)	Startpagina, basismodules, uitbreidingsmodule of geen van allen (EF75)
	n. Moeite met urineren, minimum 3 keer per nacht urineren, polyurie (iJ2kk) o. Problemen die kunnen wijzen op een zicht ontwikkelende aandoening - bijv. jeuk, koorts, huiduitslag, bloedingen (iJ2ll) p. Hoofdpijn (iJ2hh) q. Perifeer oedeem (iJ2s) r. Aanvallen - bijv. epileptisch insult (iJ2dd) J3. Dyspneu (iJ3) J4. Vermoeidheid (iJ4) J5. Extrapiramidale symptomen (iJ9a-g) J6. Seksualiteit (iJ10a-b) J7. Huidproblemen (iL4 en 6) J8. Voetproblemen (iL7) J9-10. Valincidenten (iJ1-2) J11. Pijnsymptomen (iJ5a-c en e) J12. Urinecontinentie (iH1) J13. Stoelgangcontinentie (iH3)		Uitbreidingsmodule Lichamelijke gezondheid Basismodules Basismodules Uitbreidingsmodule Beweging Uitbreidingsmodule Lichamelijke gezondheid Uitbreidingsmodule Beweging Basismodules Basismodules Basismodules Uitbreidingsmodule Lichamelijke gezondheid Uitbreidingsmodule Lichamelijke gezondheid Uitbreidingsmodule Beweging Uitbreidingsmodule Pijn Uitbreidingsmodule Lichamelijke gezondheid Uitbreidingsmodule Lichamelijke gezondheid
MA11.07 CANSAS item 7: Psychotische symptomen	C1. Indicatoren van mogelijke depressie, angst, droefenis (iE1) Psychose: a. Hallucinaties (iE1aa) b. Imperatieve hallucinaties (iE1bb) c. Waanideeën (iE1cc) d. Abnormale gedachtengang (iE1dd)		Basismodules Basismodules Basismodules Basismodules
MA11.08 CANSAS item 8: Informatie gekregen over de eigen toestand en de behandeling	/		
MA11.09 CANSAS item 9: Psychisch onwelbevinden	C1. Indicatoren van mogelijke depressie, angst, droefenis (iE1) Stemningsstoornissen a. Droevige, pijnlijke of bezorgde gelaatsuitdrukkingen (iE1f) b. Huilen, gemakkelijk in tranen uitbarsten (iE1g) c. Verminderde energie (iE1h) 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” (iE1a) e. Zelfverachting (iE1m) f. Uitingen van schuld- of schaamtegevoelens (iE1n) g. Uitingen van hopeloosheid (iE1o) h. Overdreven gevoel van eigenwaarde (iE1p) i. Hyperarousal (iE1q) j. Prikkelbaarheid (iE1r) k. Toegenomen sociabiliteit of hyperseksualiteit (iE1s) l. Druk spreken of gedachten die door het hoofd razen (iE1t)		Basismodules Basismodules Basismodules Basismodules Basismodules Basismodules Basismodules Basismodules, uitbreidingsmodule Criminogene factoren Basismodules Basismodules, uitbreidingsmodule Criminogene factoren Basismodules Basismodules

<p>VERNIEUWDE MPG UIT 2015</p> <p>ITEMS GEMEENSCHAPPELIJKE REGISTRATIE</p>	<p>BeRAI Mental Health (MH) en Community Mental Health (CMH) (EF06.04; <u>vergelijking ten opzichte van iMatrix, versie 6.6</u>), BeRAI ID supplement, BeRAI Addictions supplement, interRAI Forensic supplement, BeRAI Maatschappelijk Herstel supplement en DUNDRUM (EF75)</p>	<p>Extra items in BeRAI MH instrument die geen deel uitmaken van BeRAI CMH instrument en omgekeerd (EF06.04; <u>vergelijking ten opzichte van iMatrix</u>)</p>	<p>Startpagina, basismodules, uitbreidingsmodule of geen van allen (EF75)</p>
	<p>c. Geweld tegenover anderen (iX2a)</p> <p>E5. Was reeds dader van seksueel geweld of aanranding (iX3)</p>		<p>Basismodules, uitbreidingsmodule Criminogene factoren, uitbreidingsmodule Verstandelijke beperking</p> <p>Uitbreidingsmodule Criminogene factoren</p>
<p>MA11.12 CANSAS item 12: Alcohol</p>	<p>D2. Aantal dagen waarop de persoon in de laatste 30 dagen dronken was (iW2)</p>		<p>Uitbreidingsmodule Middelenmisbruik, uitbreidingsmodule Criminogene factoren</p>
<p>MA11.13 CANSAS item 13: Drugs</p>	<p>D3. Tijd sinds het 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> <p>d. Stimulerende middelen – bv. amfetaminen, 'uppers', 'speed', methamfetaminen (iW3d)</p> <p>e. Opiaten (ook synthetische producten) – bv. heroïne, methadon (iW3e)</p> <p>f. Cannabis (iW3f)</p> <p>D4. Intraveneus druggebruik – <i>niet</i> voorgeschreven geneesmiddelen (iW4)</p> <p>◦ Heeft de cliënt in zijn/haar leven al een psychoactieve substantie geïnjecteerd? (AP6)</p> <p>◦ Op welke leeftijd heeft de cliënt voor het eerst een psychoactieve substantie geïnjecteerd? (AP7)</p> <p>◦ Wanneer heeft de cliënt voor het laatst een psychoactieve substantie geïnjecteerd? (AP8)</p> <p>◦ Heeft de cliënt in de loop van zijn/haar leven al naalden of spuiten gedeeld? (AP9)</p> <p>◦ Wanneer heeft de cliënt voor het laatst een naald of spuit gedeeld? (AP10)</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>		<p>Basismodules, uitbreidingsmodule Criminogene factoren</p> <p>Basismodules, uitbreidingsmodule Criminogene factoren</p> <p>Basismodules, uitbreidingsmodule Criminogene factoren</p> <p>Basismodules, uitbreidingsmodule Criminogene factoren</p> <p>Basismodules, uitbreidingsmodule Criminogene factoren</p> <p>Basismodules, uitbreidingsmodule Criminogene factoren</p> <p>Basismodules, uitbreidingsmodule Criminogene factoren</p> <p>Uitbreidingsmodule Middelenmisbruik</p> <p>Uitbreidingsmodule Middelenmisbruik</p> <p>Uitbreidingsmodule Middelenmisbruik</p> <p>Uitbreidingsmodule Middelenmisbruik</p> <p>Uitbreidingsmodule Middelenmisbruik</p> <p>Basismodules, uitbreidingsmodule Criminogene factoren</p>
<p>MA11.14 CANSAS item 14: Gezelschap</p>	<p>O4. Overtuiging dat relatie met naast(e) familielid (-leden) verstoord is (iP7)</p> <p>O5. Conflicterende omgang 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>Basismodules, uitbreidingsmodule Criminogene factoren</p> <p>Basismodules, uitbreidingsmodule Criminogene factoren, uitbreidingsmodule Verstandelijke beperking</p> <p>Basismodules, uitbreidingsmodule Verstandelijke beperking</p> <p>Basismodules</p> <p>Basismodules, uitbreidingsmodule Criminogene factoren</p> <p>Uitbreidingsmodule Sociale omgang</p> <p>Uitbreidingsmodule Sociale omgang, uitbreidingsmodule Criminogene factoren</p>

VERNIEUWDE MPG UIT 2015 ITEMS GEMEENSCHAPPELIJKE REGISTRATIE	BeRAI Mental Health (MH) en Community Mental Health (CMH) (EF06.04; <u>vergelijking ten opzichte van iMatrix, versie 6.6</u>), BeRAI ID supplement, BeRAI Addictions supplement, interRAI Forensic supplement, BeRAI Maatschappelijk Herstel supplement en DUNDRUM (EF75)	Extra items in BeRAI MH instrument die geen deel uitmaken van BeRAI CMH instrument en omgekeerd (EF06.04; <u>vergelijking ten opzichte van iMatrix</u>)	Startpagina, basismodules, uitbreidingsmodule of geen van allen (EF75)
	d. Getuigt van een grote betrokkenheid in de gemeenschap (iF8d)		Uitbreidingsmodule Sociale omgang, uitbreidingsmodule Verstandelijke beperking
MA11.15 CANSAS item 15: Intieme relaties	Intieme relaties (d770 in Maatsch Herstel supplement)		Uitbreidingsmodule Sociale omgang
MA11.16 CANSAS item 16: Beleving van de seksualiteit	Enkel problemen met betrekking tot het seksueel leven van de persoon worden bevroegd: C1k. Toegenomen sociabiliteit of hyperseksualiteit – Duidelijk verhoogde sociale of seksuele activiteit (i1Es) 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 (i1Ef) J6. Seksualiteit 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) K1m. Slachtoffer van seksueel geweld of misbruik (iY1am)	Verleende seksuele diensten in ruil voor geld, gewenste voorwerpen of gunsten (ook participatie in sekshandel) in de LAATSTE 90 DAGEN (iJ10a) wordt niet bevroegd in het MH instrument	Basismodules Basismodules Basismodules Basismodules Basismodules, uitbreidingsmodule Verstandelijke beperking
MA11.17 CANSAS item 17: Zorg voor de kinderen	<ul style="list-style-type: none"> Aantal (deeltijds) inwonende kinderen ◦ Neemt de cliënt (mee) de zorg op voor de inwonende kinderen? (MsHSnew) ◦ Kreeg de persoon de afgelopen drie dagen informele hulp bij de zorg voor de inwonende kinderen? (MsHSnew) ◦ Kreeg de persoon de afgelopen drie dagen formele hulp bij de zorg voor de inwonende kinderen? (MsHSnew) 		Uitbreidingsmodule Formeel zorgaanbod en Mantelzorg Uitbreidingsmodule Formeel zorgaanbod en Mantelzorg Uitbreidingsmodule Mantelzorg Uitbreidingsmodule Formeel zorgaanbod en Mantelzorg
MA11.18 CANSAS item 18: Basisonderwijs/educatie (problemen met lezen, schrijven, Nederlands begrijpen)	<ul style="list-style-type: none"> Persoon heeft moeilijkheden met het beheersen van de Nederlandse taal (bB3) Taaldimensies waar de persoon moeilijkheden mee heeft (bB3a-bB3d) 		Uitbreidingsmodule Taalvaardigheid Uitbreidingsmodule Taalvaardigheid
MA11.19 CANSAS item 19: Telefoon	H1e. Uitvoering: Telefoongebruik – Hoe gesprekken worden ontvangen en uitgevoerd (met hulpmiddelen zoals vergrote nummers, versterkt geluid) (iG1ea) H1e. Mogelijkheden: Telefoongebruik – Hoe gesprekken worden ontvangen en uitgevoerd (met hulpmiddelen zoals vergrote nummers, versterkt geluid) (iG1eb)	iG1ea niet aanwezig in MH instrument omdat er vanuit wordt gegaan dat mensen die opgenomen zijn tijdens hun opname zelf geen telefoongesprekken doen.	Uitbreidingsmodule IADL Basismodules
MA11.20 CANSAS item 20: Vervoer	H1g. Uitvoering: 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) (iG1ha) H1g. 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) (iG1hb)	iG1ha niet aanwezig in MH instrument omdat er vanuit wordt gegaan dat mensen die opgenomen zijn tijdens hun opname geen openbaar vervoer gebruiken.	Uitbreidingsmodule IADL Basismodules
MA11.21 CANSAS item 21: Geld	H1c. Uitvoering: Financieel beheer – Hoe rekeningen worden betaald, huishoudelijke uitgaven worden gebudgetteerd, de zichtrekening wordt beheerd (iG1ca)	iG1ca niet aanwezig in MH instrument omdat er vanuit wordt gegaan dat mensen die opgenomen zijn tijdens hun opname zelf geen financieel beheer doen.	Uitbreidingsmodule IADL

VERNIEUWDE MPG UIT 2015 ITEMS GEMEENSCHAPPELIJKE REGISTRATIE	BeRAI Mental Health (MH) en Community Mental Health (CMH) (EF06.04; <u>vergelijking ten opzichte van iMatrix, versie 6.6</u>), BeRAI ID supplement, BeRAI Addictions supplement, interRAI Forensic supplement, BeRAI Maatschappelijk Herstel supplement en DUNDRUM (EF75)	Extra items in BeRAI MH instrument die geen deel uitmaken van BeRAI CMH instrument en omgekeerd (EF06.04; <u>vergelijking ten opzichte van iMatrix</u>)	Startpagina, basismodules, uitbreidingsmodule of geen van allen (EF75)
	H1c. Mogelijkheden: Financieel beheer – Hoe rekeningen worden betaald, huishoudelijke uitgaven worden gebudgetteerd, de zichtrekening wordt beheerd (iG1cb)		Basismodules
MA11.22 CANSAS item 22: Uitkeringen	Soorten financiële steun (MshSnew)		Uitbreidingsmodule Financiële toestand
MA12 HONOS - Inschatting van de ernst van de symptomen aan het begin van de zorg-periode (n cliëntgebonden items = 16)			
MA12.00A Datum afname van de HONOS	A8. Beoordelingsreferentiedatum (iA9)		Startpagina
MA12.00B Versie van de HONOS			
MA12.01 HONOS item 1: hyperactief, agressief, destructief of geagiteerd gedrag	<p>C1. Indicatoren van mogelijke depressie, angst, droefenis (iE1) Stemmingsstoornissen</p> <p>a. Hyperarousal – Motorische opwindning, ongewoon hoog activiteitsniveau, verhoogde reactiviteit (iE1q)</p> <p>b. Prikkelbaarheid – Duidelijk opvliegender of gemakkelijker van streek (iE1r)</p> <p>c. Toegenomen sociabiliteit of hyperseksualiteit – Duidelijk verhoogde sociale of seksuele activiteit (iE1s)</p> <p>d. Druk spreken of razende gedachten – Snel praten, van de hak op de tak springen (iE1t)</p> <p>Andere indicatoren:</p> <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. Rondlopen – 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, gilde, smeerde of gooide met eten of feces, hamsterde, snuffelde in andermans spullen (iE3d)</p>		<p>Basismodules</p> <p>Basismodules, uitbreidingsmodule Criminogene factoren</p> <p>Basismodules</p> <p>Basismodules</p> <p>Basismodules</p> <p>Basismodules, uitbreidingsmodule Criminogene factoren</p> <p>Basismodules, uitbreidingsmodule Criminogene factoren, uitbreidingsmodule Verstandelijke beperking</p> <p>Basismodules, uitbreidingsmodule Criminogene factoren, uitbreidingsmodule Verstandelijke beperking</p> <p>Basismodules</p> <p>Basismodules, uitbreidingsmodule Criminogene factoren, uitbreidingsmodule Verstandelijke beperking</p> <p>Basismodules, uitbreidingsmodule Criminogene factoren, uitbreidingsmodule Verstandelijke beperking</p> <p>Basismodules</p>

<p>VERNIEUWDE MPG UIT 2015</p> <p>ITEMS GEMEENSCHAPPELIJKE REGISTRATIE</p>	<p>BeIRAI Mental Health (MH) en Community Mental Health (CMH) (EF06.04; <u>vergelijking ten opzichte van iMatrix, versie 6.6</u>), BeIRAI ID supplement, BeIRAI Addictions supplement, interRAI Forensic supplement, BeIRAI Maatschappelijk Herstel supplement en DUNDRUM (EF75)</p>	<p>Extra items in BeIRAI MH instrument die geen deel uitmaken van BeIRAI CMH instrument en omgekeerd (EF06.04; <u>vergelijking ten opzichte van iMatrix</u>)</p>	<p>Startpagina, basismodules, uitbreidingsmodule of geen van allen (EF75)</p>
	<p>e. 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)</p> <p>f. Verzet zich tegen zorg – bv. geneesmiddelen of injecties, hulp bij ADL of bij eten (iE3e)</p>	<p>Extra: Weglooppogingen of dreigen weg te lopen (iE4a)</p>	<p>Basismodules</p> <p>Basismodules</p> <p>Basismodules</p>
<p>MA12.02 HONOS item 2: opzettelijke zelfverwonding</p>	<p>E1. OVERWOOG AUTOMUTILATIE OF DEED POGING ERTOE</p> <p>a. Overwoog automutilatie (iX1c)</p> <p>b. Meest recente poging tot automutilatie (iX1a)</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>		<p>Basismodules</p> <p>Basismodules</p> <p>Basismodules</p> <p>Basismodules</p> <p>Basismodules</p>
<p>MA12.03 HONOS item 3: problematisch alcohol- of druggebruik</p>	<p>D1. ALCOHOL: Hoogst aantal alcoholische drankjes bij één gelegenheid in de LAATSTE 14 DAGEN. (iW1)</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> <p>d. Stimulerende middelen – bv. amfetaminen, 'uppers', 'speed', methamfetaminen (iW3d)</p> <p>e. Opiaten (ook synthetische producten) – bv. heroïne, methadon (iW3e)</p> <p>f. Cannabis (iW3f)</p> <p>D4. INTRAVENEUS DRUGS- of GENEESMIDDELEN - NIET VOORGESCHREVEN GENEESMIDDELEN (iW4)</p> <p>D5. PATRONEN VAN MIDDELENGEBRUIK IN DE LAATSTE 90 DAGEN</p> <p>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)</p> <p>b. Persoon ergerde zich aan kritiek van anderen op zijn/haar alcohol- of drugsgebruik (iW6b)</p> <p>c. Persoon uitte schuldgevoelens over zijn/haar alcohol- of drugsgebruik (iW6c)</p> <p>d. Persoon had na het opstaan onmiddellijk alcohol of drugs nodig om de zenuwen te bedaren – bv. een 'opkikkertje' (iW6d)</p> <p>e. Persoon vindt dat zijn/haar sociale omgeving alcohol- of drugsmisbruik aanmoedigt of vergemakkelijkt (iW6e)</p> <p>D5. ONTWENNINGSVERSCHEIJNSELEN (iW5)</p>		<p>Basismodules, uitbreidingsmodule Criminogene factoren</p> <p>Uitbreidingsmodule Middelenmisbruik, uitbreidingsmodule Criminogene factoren</p> <p>Basismodules, uitbreidingsmodule Criminogene factoren</p> <p>Basismodules, uitbreidingsmodule Criminogene factoren</p> <p>Basismodules, uitbreidingsmodule Criminogene factoren</p> <p>Basismodules, uitbreidingsmodule Criminogene factoren</p> <p>Basismodules, uitbreidingsmodule Criminogene factoren</p> <p>Basismodules, uitbreidingsmodule Criminogene factoren</p> <p>Basismodules, uitbreidingsmodule Criminogene factoren</p> <p>Basismodules, uitbreidingsmodule Criminogene factoren</p> <p>Basismodules, uitbreidingsmodule Criminogene factoren</p> <p>Uitbreidingsmodule Middelenmisbruik</p>

<p>VERNIEUWDE MPG UIT 2015</p> <p>ITEMS GEMEENSCHAPPELIJKE REGISTRATIE</p>	<p>BeRAI Mental Health (MH) en Community Mental Health (CMH) (EF06.04; <u>vergelijking ten opzichte van iMatrix, versie 6.6</u>), BeRAI ID supplement, BeRAI Addictions supplement, interRAI Forensic supplement, BeRAI Maatschappelijk Herstel supplement en DUNDRUM (EF75)</p>	<p>Extra items in BeRAI MH instrument die geen deel uitmaken van BeRAI CMH instrument en omgekeerd (EF06.04; <u>vergelijking ten opzichte van iMatrix</u>)</p>	<p>Startpagina, basismodules, uitbreidingsmodule of geen van allen (EF75)</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>		<p>Basismodules, uitbreidingsmodule Criminogene factoren</p>
<p>MA12.04 HONOS item 4: cognitieve problemen</p>	<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> <p>b. Episodes van onsamenhangend praten – bv. kraamt onzinnige, irrelevante dingen uit; springt van de hak op de tak; verliest gedachtegang (iC3b)</p> <p>c. Geestelijk functioneren wisselt in de loop van de dag – bv. soms beter, soms slechter (iC3c)</p>		<p>Basismodules</p> <p>Basismodules</p> <p>Basismodules</p> <p>Basismodules</p> <p>Basismodules</p> <p>Basismodules</p>
<p>MA12.05 HONOS item 5: lichamelijke problemen of handicaps</p>	<p>J1. Zelf-gemelde gezondheid (iJ7)</p> <p>J2. Frequentie van gezondheidsproblemen</p> <p>a. Duizeligheid (iJ2c)</p> <p>b. Onzeker pas (iJ2d)</p> <p>c. Pijn in de borststreek (iJ2e)</p> <p>d. Reflux (iJ2m)</p> <p>e. Constipatie (iJ2k)</p> <p>f. Diarree (iJ2l)</p> <p>g. Droge mond (iJ2y)</p> <p>h. Hypersalivatie (iJ2gg)</p> <p>i. Toename of afname van normale eetlust (iJ2ff)</p> <p>j. Misselijkheid (iJ2x)</p> <p>k. Overgeven (iJ2n)</p> <p>l. Troebel zicht (iJ2ii)</p> <p>m. Overdag slaperig of versuft (iJ2jj)</p> <p>n. Moeite met urineren, minimum 3 keer per nacht urineren, polyurie (iJ2kk)</p> <p>o. Problemen die kunnen wijzen op een zicht ontwikkelende aandoening - bijv. jeuk, koorts, huiduitslag, bloedingen (iJ2ll)</p> <p>p. Hoofdpijn (iJ2hh)</p> <p>q. Perifeer oedeem (iJ2s)</p> <p>r. Aanvallen - bijv. epileptisch insult (iJ2dd)</p> <p>J3. Dyspneu (iJ3)</p> <p>J4. Vermoeidheid (iJ4)</p> <p>J5. Extrapiramidale symptomen (iJ9)</p> <p>J6. Seksualiteit (iJ10)</p>		<p>Basismodules</p> <p>Basismodules</p> <p>Basismodules</p> <p>Uitbreidingsmodule Beweging</p> <p>Uitbreidingsmodule Lichamelijke gezondheid</p> <p>Basismodules</p> <p>Basismodules</p> <p>Basismodules</p> <p>Uitbreidingsmodule Lichamelijke gezondheid</p> <p>Basismodules</p> <p>Basismodules</p> <p>Basismodules</p> <p>Uitbreidingsmodule Lichamelijke gezondheid</p> <p>Basismodules</p> <p>Uitbreidingsmodule Lichamelijke gezondheid</p> <p>Basismodules</p> <p>Uitbreidingsmodule Beweging</p> <p>Uitbreidingsmodule Lichamelijke gezondheid</p> <p>Basismodules</p> <p>Basismodules</p> <p>Uitbreidingsmodule Beweging</p> <p>Uitbreidingsmodule Lichamelijke gezondheid</p> <p>Basismodules</p> <p>Basismodules</p> <p>Basismodules</p>

VERNIEUWDE MPG UIT 2015 ITEMS GEMEENSCHAPPELIJKE REGISTRATIE	BeRAI Mental Health (MH) en Community Mental Health (CMH) (EF06.04; <u>vergelijking ten opzichte van iMatrix, versie 6.6</u>), BeRAI ID supplement, BeRAI Addictions supplement, interRAI Forensic supplement, BeRAI Maatschappelijk Herstel supplement en DUNDRUM (EF75)	Extra items in BeRAI MH instrument die geen deel uitmaken van BeRAI CMH instrument en omgekeerd (EF06.04; <u>vergelijking ten opzichte van iMatrix</u>)	Startpagina, basismodules, uitbreidingsmodule of geen van allen (EF75)
	J7. Huidproblemen (iL4 en 6) J8. Voetproblemen (iL7) J9-10. Valincidenten (iJ1-2) J11. Pijnsymptomen (iJ5) J12. Urinecontinentie (iH1) J13. Stoelgangcontinentie (iH3) I1. Uiting - zichzelf duidelijk maken (iD1) I2. Begrip - anderen kunnen begrijpen (iD2) I3. Gehoor (iD3a) I4. Zicht (iD4a)		Uitbreidingsmodule Lichamelijke gezondheid Uitbreidingsmodule Lichamelijke gezondheid Uitbreidingsmodule Beweging Uitbreidingsmodule Pijn Uitbreidingsmodule Lichamelijke gezondheid, uitbreidingsmodule Verstandelijke beperking Uitbreidingsmodule Lichamelijke gezondheid, uitbreidingsmodule Verstandelijke beperking Basismodules Basismodules Uitbreidingsmodule lichamelijke gezondheid Uitbreidingsmodule lichamelijke gezondheid
MA12.06 HONOS item 6: problemen als gevolg van hallucinaties of waanvoorstellingen	C1. Indicatoren van mogelijke depressie, angst, droefenis (iE1) Psychose: a. Hallucinaties (iE1aa) b. Imperatieve hallucinaties (iE1bb) c. Waanideeën (iE1cc) d. Abnormale gedachtengang (iE1dd)		Basismodules Basismodules Basismodules Basismodules
MA12.07 HONOS item 7: problemen met depressieve stemming	C1. Indicatoren van mogelijke depressie, angst, droefenis (iE1) Stemmingsstoornissen a. Droevige, pijnlijke of bezorgde gelaatsuitdrukkingen (iE1f) b. Huilen, gemakkelijk in tranen uitbarsten (iEg) c. Verminderde energie (iE1l) 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” (iE1a) e. Zelfverachting (iE1m) f. Uitingen van schuld- of schaamtegevoelens (iE1n) g. Uitingen van hopeloosheid (iE1o) h. Overdreven gevoel van eigenwaarde (iE1p) i. Hyperarousal (iE1q) j. Prikkelbaarheid (iE1r) k. Toegenomen sociabiliteit of hyperseksualiteit (iE1s) l. Druk spreken of gedachten die door het hoofd razen (iE1t) m. Affectlabiliteit (iE1u) n. Vlak of afgestomd affect (iE1v) Negatieve symptomen l. Uitingen, ook non-verbale, van een gebrek aan plezier in het leven (anhedonie) (iE1k) o. Zich terugtrekken uit belangrijke activiteiten (iE1i) p. Gebrek aan motivatie – Afwezigheid van spontane doelgerichte activiteit (iE1ee) q. Verminderde sociale omgang (iE1j) 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? (iE2a)		Basismodules Basismodules Basismodules Basismodules Basismodules Basismodules, uitbreidingsmodule Criminogene factoren Basismodules Basismodules, uitbreidingsmodule Criminogene factoren Basismodules Basismodules Basismodules Basismodules Basismodules Basismodules Basismodules Basismodules Basismodules Basismodules, uitbreidingsmodule Criminogene factoren Basismodules Basismodules, uitbreidingsmodule Criminogene factoren Basismodules

<p>VERNIEUWDE MPG UIT 2015</p> <p>ITEMS GEMEENSCHAPPELIJKE REGISTRATIE</p>	<p>BeRAI Mental Health (MH) en Community Mental Health (CMH) (EF06.04; <u>vergelijking ten opzichte van iMatrix, versie 6.6</u>), BeRAI ID supplement, BeRAI Addictions supplement, interRAI Forensic supplement, BeRAI Maatschappelijk Herstel supplement en DUNDRUM (EF75)</p>	<p>Extra items in BeRAI MH instrument die geen deel uitmaken van BeRAI CMH instrument en omgekeerd (EF06.04; <u>vergelijking ten opzichte van iMatrix</u>)</p>	<p>Startpagina, basismodules, uitbreidingsmodule of geen van allen (EF75)</p>
	<p>b. ... zich angstig, rusteloos of ongemakkelijk? (iE2b)</p> <p>c. ... zich bedroefd, depressief of hopeloos? (iE2c)</p>		<p>Basismodules</p> <p>Basismodules</p>
<p>MA12.08 HONOS item 8: overige psychische en gedragsproblemen</p>	<p>C1. Indicatoren van mogelijke depressie, angst, droefenis (iE1)</p> <p>Angst</p> <p>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)</p> <p>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>c. Obsessieve gedachten – Ongewenste ideeën of gedachten die niet kunnen worden onderdrukt (iE1w)</p> <p>d. Compulsief gedrag – bv. handen wassen, telkens opnieuw de kamer inspecteren, tellen (iE1x)</p> <p>e. Opdringerige gedachten of flashbacks – Storende herinneringen of beelden die de gedachten binnenschieten; onverwachts aan negatieve gebeurtenissen terugdenken (iE1y)</p> <p>f. Paniekaanvallen - Aaneenschakeling van symptomen van angst, ongerustheid, controleverlies (iE1z)</p> <p>Andere indicatoren</p> <p>a. Herhaaldelijk klagen over de gezondheid – bv. vraagt voortdurend aandacht van de arts; onophoudelijk bezorgd over lichaamsfuncties (iE1d)</p> <p>b. Herhaaldelijk zeggen dat er iets vreselijks zal gebeuren – bv. denkt dat hij/zij stervende is of een hartaanval zal krijgen (iE1h)</p> <p>c. Voortdurend boos op zichzelf of op anderen – bv. gemakkelijk geërgerd, boos over de ontvangen zorg (iE1b)</p> <p>d. Ongewone of abnormale lichaamsbewegingen – Ongewone gezichtsuitdrukkingen of bizar gedrag, ongewoon motorisch gedrag of vreemde lichaamshoudingen, bv. bewegingsstereotypie, flexibilitas cerea (iE1ff)</p> <p>e. Hygiëne – Ongewoon slechte hygiëne, onverzorgd uiterlijk (iE1gg)</p> <p>f. Inslap- of doorslaapproblemen; te vroeg wakker worden; rusteloosheid; geen rustige slaap (iE1hh)</p> <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>Basismodules</p> <p>Basismodules</p> <p>Basismodules</p> <p>Basismodules</p> <p>Basismodules</p> <p>Basismodules</p> <p>Basismodules</p> <p>Basismodules</p> <p>Basismodules</p> <p>Basismodules</p> <p>Basismodules</p> <p>Basismodules</p> <p>Basismodules</p> <p>Basismodules</p> <p>Basismodules</p> <p>Basismodules</p> <p>Uitbreidingsmodule Criminogene factoren</p>

<p>VERNIEUWDE MPG UIT 2015</p> <p>ITEMS GEMEENSCHAPPELIJKE REGISTRATIE</p>	<p>BeRAI Mental Health (MH) en Community Mental Health (CMH) (EF06.04; <u>vergelijking ten opzichte van iMatrix, versie 6.6</u>), BeRAI ID supplement, BeRAI Addictions supplement, interRAI Forensic supplement, BeRAI Maatschappelijk Herstel supplement en DUNDRUM (EF75)</p>	<p>Extra items in BeRAI MH instrument die geen deel uitmaken van BeRAI CMH instrument en omgekeerd (EF06.04; <u>vergelijking ten opzichte van iMatrix</u>)</p>	<p>Startpagina, basismodules, uitbreidingsmodule of geen van allen (EF75)</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> RELIGIEUZE GEBRUIKEN (iK8c)</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>	<p>Basismodules, uitbreidingsmodule Criminogene factoren, uitbreidingsmodule Verstandelijke beperking</p> <p>Basismodules</p> <p>Basismodules</p> <p>Basismodules</p> <p>Basismodules</p> <p>Basismodules</p> <p>Basismodules</p> <p>Basismodules</p> <p>Basismodules</p> <p>Basismodules</p> <p>Basismodules</p> <p>Basismodules</p> <p>Basismodules, uitbreidingsmodule Verstandelijke beperking</p> <p>Uitbreidingsmodule Verstandelijke beperking</p>
<p>MA12.09 HONOS item 9: problemen met relaties</p>	<p>O4. OVERTUIGING DAT RELATIE MET NAAST(E) FAMILIELID(-LEDEN) VERSTOORD IS (iP7)</p> <p>O5. CONFLICTERENDE OMGANG 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. Getuigt van een grote betrokkenheid in de gemeenschap (iF8d)</p>	<p>Niet aanwezig in Mental Health instrument: Zegt een sterk gevoel van betrokkenheid bij het buurtleven te ervaren (iF8d)</p>	<p>Basismodules, uitbreidingsmodule Criminogene factoren</p> <p>Basismodules, uitbreidingsmodule Criminogene factoren, uitbreidingsmodule Verstandelijke beperking</p> <p>Basismodules, uitbreidingsmodule Verstandelijke beperking</p> <p>Basismodules</p> <p>Basismodules, uitbreidingsmodule Criminogene factoren</p> <p>Uitbreidingsmodule Sociale omgang</p> <p>Uitbreidingsmodule Sociale omgang, uitbreidingsmodule Criminogene factoren</p> <p>Uitbreidingsmodule Sociale omgang, uitbreidingsmodule Verstandelijke beperking</p>

<p>VERNIEUWDE MPG UIT 2015</p> <p>ITEMS GEMEENSCHAPPELIJKE REGISTRATIE</p>	<p>BeIRAI Mental Health (MH) en Community Mental Health (CMH) (EF06.04; <u>vergelijking ten opzichte van iMatrix, versie 6.6</u>), BeIRAI ID supplement, BeIRAI Addictions supplement, interRAI Forensic supplement, BeIRAI Maatschappelijk Herstel supplement en DUNDRUM (EF75)</p>	<p>Extra items in BeIRAI MH instrument die geen deel uitmaken van BeIRAI CMH instrument en omgekeerd (EF06.04; <u>vergelijking ten opzichte van iMatrix</u>)</p>	<p>Startpagina, basismodules, uitbreidingsmodule of geen van allen (EF75)</p>
	<p>O7. SOCIALE OMGANG</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>c. Andere omgang, bv. via telefoon of e-mail, met familie of vrienden/kennissen (iF1c)</p>	<p>Extra: Familie of vriende eisen ongewoon veel tijd van zorgverleners (iF7h)</p>	<p>Basismodules, uitbreidingsmodule Criminogene factoren, uitbreidingsmodule Verstandelijke beperking</p> <p>Basismodules, uitbreidingsmodule Verstandelijke beperking</p> <p>Basismodules, uitbreidingsmodule Verstandelijke beperking</p> <p>Uitbreidingsmodule Mantelzorg</p>
<p>MA12.10 HONOS item 10: problemen met ADL</p>	<p>Heel Sectie H: Algemeen dagelijks functioneren</p>		<p>Basismodules</p>
<p>MA12.11 HONOS item 11: problemen met woonomstandigheden</p>	<p>Q1. WOONOMGEVING (iQ5)</p> <p>a. Achterstallig onderhoud – bv. gevaarlijke rommel; onvoldoende of geen verlichting in woonkamer, slaapkamer, keuken, toilet, gangen;gaten in de vloer; lekkende leidingen (iQ5a)</p> <p>b. Smerige woon- en leefomstandigheden – bv. extreem vuil, aanwezigheid van ratten en/of insecten (iQ5b)</p> <p>c. Onvoldoende verwarming of afkoeling – bv. Te warm in de zomer, te koud in de winter (iQ5c)</p> <p>d. Gebrek aan persoonlijke veiligheid – bv. angst voor geweld; niet veilig om post op te halen of burens te bezoeken; druk straatverkeer (iQ5d)</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 (iQ5e)</p>	<p>Deze items worden niet bevraagd in het MH instrument</p>	<p>Basismodules</p> <p>Basismodules</p> <p>Basismodules</p> <p>Basismodules</p> <p>Basismodules</p>
<p>MA12.12 HONOS item 12: mogelijkheden voor het gebruiken en verbeteren van vaardigheden: beroepsmatig en vrije tijd</p>	<p>Stressvolle levensgebeurtenissen -Gefaald voor een opleiding of opleiding niet voltooid (iY1af)</p> <p>Werkstatuut (iBB1)</p> <p>Risico op werkloosheid of verstoorde opleiding:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Vaker te laat of afwezig in de laatste 6 maanden (iBB5a) ◦ Lage productiviteit of andere problemen op school of werk (iBB5b) ◦ Is van plan om met werk of school te stoppen (iBB5c) ◦ Voortdurend werkloos of veranderende werksituatie in de laatste 2 jaar (iBB5d) <p>Ingeschreven voor een formele opleiding (iBB4)</p> <p>Indien de cliënt momenteel een opleiding volgt, wordt hij hierin gesteund door zijn naaste omgeving? (MsHSnew)</p> <p>Opleidingsniveau (MsHSnew)</p> <p>Heeft de cliënt het hoogste diploma behaald dat hij wenste te bereiken (MsHSnew)</p> <p>Tewerkstelling (uitgezonderd vrijwilligerswerk) (iBB2)</p> <p>Doet vrijwilligerswerk (iBB3)</p> <p>Is er een arbeidshandicap? (MsHSnew)</p> <p>Arbeidshandicapserkenning VDAB (REVAnew, e590, e570)</p>		<p>Basismodules, uitbreidingsmodule Criminogene factoren</p> <p>Basismodules, uitbreidingsmodule Criminogene factoren, uitbreidingsmodule Verstandelijke beperking</p> <p>Basismodules, uitbreidingsmodule Criminogene factoren</p> <p>Uitbreidingsmodule Opleiding</p> <p>Uitbreidingsmodule Opleiding</p> <p>Uitbreidingsmodule Opleiding</p> <p>Uitbreidingsmodule Opleiding</p> <p>Uitbreidingsmodule Werk</p> <p>Uitbreidingsmodule Werk, uitbreidingsmodule Verstandelijke beperking</p> <p>Uitbreidingsmodule Werk</p> <p>Uitbreidingsmodule Werk</p>

<p>VERNIEUWDE MPG UIT 2015</p> <p>ITEMS GEMEENSCHAPPELIJKE REGISTRATIE</p>	<p>BeIRAI Mental Health (MH) en Community Mental Health (CMH) (EF06.04; <u>vergelijking ten opzichte van iMatrix, versie 6.6</u>), BeIRAI ID supplement, BeIRAI Addictions supplement, interRAI Forensic supplement, BeIRAI Maatschappelijk Herstel supplement en DUNDRUM (EF75)</p>	<p>Extra items in BeIRAI MH instrument die geen deel uitmaken van BeIRAI CMH instrument en omgekeerd (EF06.04; <u>vergelijking ten opzichte van iMatrix</u>)</p>	<p>Startpagina, basismodules, uitbreidingsmodule of geen van allen (EF75)</p>
	<p>Goedkeuring BTOM (Bijzondere Tewerkstellingsondersteunende Maatregelen) (REVAnew, e590, e570)</p> <p>Niet werkend, zoekt werk in (MsHSnew)</p> <p>Begeleiding (MsHSnew)</p> <p>Sector (MsHSnew)</p> <p>Soort werk (MsHSnew)</p> <p>Soort contract (MsHSnew)</p> <p>Wekelijkse arbeidsduur (MsHSnew)</p> <p>Extra informatie arbeidsregime (MsHSnew)</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Vaste begin-/einduren ◦ Ploegensysteem ◦ Nachtwerk <p>Wordt er op het werk van de cliënt rekening gehouden met zijn/haar zorgnoden? (MsHSnew)</p> <p>Aanpassingen op het werk (MsHSnew)</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Geen nachten ◦ Geen 7 dagen achter elkaar ◦ Max. 4 aansluitende uren ◦ Vast uurrooster ◦ Verandering in takenpakket <p>Activiteitsniveau - Aantal dagen waarop de persoon naar buiten ging in de laatste 3 dagen vóór de opname (hoe kort ook) (iG6b)</p> <p>Tijdsduur dat persoon overdag ('s morgens en 's namiddags) alleen is (iF3)</p> <p>Betrokkenheid bij gestructureerde activiteiten - dagprogramma (iBB6b)</p> <p>Tijd gemiddeld bezig met ontspanningsactiviteiten (iS1b, d920)</p> <p>Verandering in sociale activiteiten in de laatste 90 dagen (of sinds laatste assessment indien erna) (iF2 - aangepast in MsHS)</p> <p>Mate van eenzaamheid (iI7)</p> <p>Voorkeur met betrekking tot alleen zijn (iP6d)</p> <p>Gevoel van betrokkenheid</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ Voelt zich comfortabel in de omgang met anderen (iF5a, d710) ◦ Voelt zich comfortabel bij geplande of gestructureerde activiteiten (iF5b, d710) ◦ Neemt uitnodigingen aan voor de meeste groepsactiviteiten (iF5c, d710) ◦ Zoekt betrokkenheid in de instelling (iF5d, d710) ◦ Gaat positief om met contactpogingen door anderen (iF5f, d710) <p>Persoon getuigt van een grote betrokkenheid in de gemeenschap (iF8d)</p> <p>Verenigingsleven</p>		<p>Uitbreidingsmodule Werk</p> <p>Uitbreidingsmodule Werk</p> <p>Uitbreidingsmodule Werk</p> <p>Uitbreidingsmodule Werk</p> <p>Uitbreidingsmodule Werk</p> <p>Uitbreidingsmodule Werk</p> <p>Uitbreidingsmodule Werk</p> <p>Uitbreidingsmodule Werk</p> <p>Uitbreidingsmodule Werk</p> <p>Uitbreidingsmodule Sociale omgang</p> <p>Uitbreidingsmodule Sociale omgang</p> <p>Uitbreidingsmodule Opleiding, uitbreidingsmodule Sociale omgang, uitbreidingsmodule Verstandelijke beperking, uitbreidingsmodule Werk</p> <p>Uitbreidingsmodule Opleiding, uitbreidingsmodule Sociale omgang</p> <p>Uitbreidingsmodule Sociale omgang</p> <p>Uitbreidingsmodule Sociale omgang</p> <p>Uitbreidingsmodule Sociale omgang</p> <p>Uitbreidingsmodule Sociale omgang, uitbreidingsmodule Verstandelijke beperking</p> <p>Uitbreidingsmodule Sociale omgang</p> <p>Uitbreidingsmodule Sociale omgang</p> <p>Uitbreidingsmodule Sociale omgang, uitbreidingsmodule Verstandelijke beperking</p> <p>Uitbreidingsmodule Sociale omgang</p> <p>Uitbreidingsmodule Sociale omgang, uitbreidingsmodule Verstandelijke beperking</p>

VERNIEUWDE MPG UIT 2015 ITEMS GEMEENSCHAPPELIJKE REGISTRATIE	BeRAI Mental Health (MH) en Community Mental Health (CMH) (EF06.04; <u>vergelijking ten opzichte van iMatrix, versie 6.6</u>), BeRAI ID supplement, BeRAI Addictions supplement, interRAI Forensic supplement, BeRAI Maatschappelijk Herstel supplement en DUNDRUM (EF75)	Extra items in BeRAI MH instrument die geen deel uitmaken van BeRAI CMH instrument en omgekeerd (EF06.04; <u>vergelijking ten opzichte van iMatrix</u>)	Startpagina, basismodules, uitbreidingsmodule of geen van allen (EF75)
(enkel in geval van HONOSCA)	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Actief als (bestuurs)lid van 1 of meerdere verenigingen (MsHSnew) ◦ Participatie aan het lokale leven is verstoord (MsHSnew) 		Uitbreidingsmodule Sociale omgang Uitbreidingsmodule Sociale omgang Uitbreidingsmodule Sociale omgang
MA12.13 HONOS item 13: problemen ten gevolge van maniforme ontremming	C1. Indicatoren van mogelijke depressie, angst, droefenis (iE1) Stemmingsstoornissen a. Prikkelbaarheid – Duidelijk opvliegender of gemakkelijker van streek (iE1r) 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) Psychose a. Abnormale gedachtegang – bv. vreemde associaties, gedachtenstops, ideeënvluichten, van de hak op de tak springen, zich in irrelevante details verliezen (iE1dd) C2. SLAAPPROBLEMEN TEN GEVOLGE VAN HYPOMANIE OF MANIE (iE6) F1. GEDRAGSSYMPTOMEN 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)		Basismodules, uitbreidingsmodule Criminogene factoren Basismodules Basismodules Basismodules Basismodules Basismodules
MA12.14 HONOS item 14: problemen ten gevolge van gebrek aan motivatie voor behandeling	D3. MATE VAN INZICHT IN GEESTELIJK GEZONDHEIDSPROBLEEM (iE7) F1. GEDRAGSSYMPTOMEN a. Verzet zich tegen zorg – bv. geneesmiddelen of injecties, hulp bij ADL of bij eten (iE3e)		Basismodules Basismodules
MA12.15 HONOS item 15: problemen ten gevolge van een gebrek aan compliance met medicatie	L2. HOUDING VAN DE PERSOON TEN OPZICHT VAN VOORGESCHREVEN GENEESMIDDELEN (iM3) L3. STOPTE IN DE LAATSTE 90 DAGEN MET HET NEMEN VAN PSYCHOTROPE GENEESMIDDELEN OMWILLE VAN NEVENEFFECTEN (iM5)	Extra item in CMH instrument: Weigerde om sommige of alle voorgeschreven geneesmiddelen in te nemen in de laatste 3 dagen (iM4)	Basismodules Basismodules Basismodules
Wachttijden	De BeRAI 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 APO3)			
MW05 Voorlopige diagnose (enkel indien niet ingestroomd)			
MW06 Geboortjaar (enkel indien niet ingestroomd)	A3. Geboortedatum		Startpagina
MW07 Geslacht (enkel indien niet ingestroomd)	A2. Geslacht		Startpagina, maar niet in BeRAI 2.0

VERNIEUWDE MPG UIT 2015 ITEMS GEMEENSCHAPPELIJKE REGISTRATIE	BeIRAI Mental Health (MH) en Community Mental Health (CMH) (EF06.04; <u>vergelijking ten opzichte van iMatrix, versie 6.6</u>), BeIRAI ID supplement, BeIRAI Addictions supplement, interRAI Forensic supplement, BeIRAI Maatschappelijk Herstel supplement en DUNDRUM (EF75)	Extra items in BeIRAI MH instrument die geen deel uitmaken van BeIRAI CMH instrument en omgekeerd (EF06.04; <u>vergelijking ten opzichte van iMatrix</u>)	Startpagina, basismodules, uitbreidingsmodule of geen van allen (EF75)
Gegevens over het einde van de zorg (n cliëntgebonden items = 67)	A7. REDEN VOOR BEOORDELING (iA8): Ontslagbeoordeling over de laatste 3 dagen (van het verblijf)		Startpagina
MD01 ID-nummer van de GGZ-voorziening: uniek nummer per voorziening (idem SI03)			
MD02 RR-nummer patiënt (idem IP01)	A5. Rijksregisternummer (iA5a)		
MD03 Datum begin van de zorgperiode (idem AP03)	B2. Datum opname (iB2)		
MD04 Datum einde van de zorgperiode	S2. LAATSTE DAG VAN DE ZORGVERLENING (iT1)		Uitbreidingsmodule Info over ontslag
MD05 Wijze van einde van de zorgperiode	S4. BESLISSING VAN ONTSLAG IS GENOMEN (iT5exBel)		Uitbreidingsmodule Info over ontslag
MD06 Tussenkost bemiddelaar met betrekking tot cultuur	Is tussenkost van een intercultureel bemiddelaar wenselijk? (MsHSnew)		Uitbreidingsmodule Sociale omgang en uitbreidingsmodule Taalvaardigheid
MD07 Tussenkost bemiddelaar met betrekking tot taal	B5. Gebruikt tolk (iB11)		Uitbreidingsmodule Taalvaardigheid
MD08.01 Instantie 1 naar dewelke men de patiënt doorverwijst	S3. Ontslagen naar ... (keuze tussen 18 mogelijkheden) (iT2) Aansluitende deskundige zorgen – ambulante of residentieel – zijn na ontslag... Nood aan deskundige ambulante zorgen na ontslag door, of onder supervisie van, gediplomeerde zorgverleners (ongeacht of de aansluitende zorgen al dan niet realiseerbaar zijn) (MsHSnew) ◦Deskundige ambulante zorgen door volgende ambulante diensten (MsHSnew) ◦Indien één of meerdere van de bovenstaande items werden aangeduid, op welke deskundige ambulante zorgen van volgende disciplines werd dan beroep gedaan (MsHSnew)		Uitbreidingsmodule Info over ontslag Uitbreidingsmodule Info over ontslag Uitbreidingsmodule Info over ontslag Uitbreidingsmodule Info over ontslag
MD08.02 Instantie 2 naar dewelke men de patiënt doorverwijst	Idem als hierboven		
MD08.03 Instantie 3 naar dewelke men de patiënt doorverwijst	Idem als hierboven		
MD09 Bestemming	S3. Ontslagen naar ... (keuze tussen 18 mogelijkheden) (iT2)		Uitbreidingsmodule Info over ontslag
MD10 Aantal contactdagen tijdens de zorgperiode	Kan bepaald worden voor residentieële zorg, maar niet voor ambulante zorg		
MD11 Diagnose bij het einde van de zorgperiode 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			

VERNIEUWDE MPG UIT 2015 ITEMS GEMEENSCHAPPELIJKE REGISTRATIE	BeIRAI Mental Health (MH) en Community Mental Health (CMH) (EF06.04; <u>vergelijking ten opzichte van iMatrix, versie 6.6</u>), BeIRAI ID supplement, BeIRAI Addictions supplement, interRAI Forensic supplement, BeIRAI Maatschappelijk Herstel supplement en DUNDRUM (EF75)	Extra items in BeIRAI MH instrument die geen deel uitmaken van BeIRAI CMH instrument en omgekeerd (EF06.04; <u>vergelijking ten opzichte van iMatrix</u>)	Startpagina, basismodules, uitbreidingsmodule of geen van allen (EF75)
<p>MD11.20 Somatische diagnose volgens ICD-10</p> <p>MD12 CANSAS - Inschatting van de zorgnoden aan het einde van de zorgperiode</p> <p>MD12.00 Datum afname van de CANSAS</p> <p>MD12.01 CANSAS item 1: Huisvesting</p> <p>MD12.02 CANSAS item 2: Voeding</p> <p>MD12.03 CANSAS item 3: Zorg voor het huishouden</p> <p>MD12.04 CANSAS item 4: Zelfverzorging</p> <p>MD12.05 CANSAS item 5: Activiteiten overdag</p> <p>MD12.06 CANSAS item 6: Lichamelijke gezondheid</p> <p>MD12.07 CANSAS item 7: Psychotische symptomen</p> <p>MD12.08 CANSAS item 8: Informatie over de toestand en de behandeling</p> <p>MD12.09 CANSAS item 9: Psychisch onwelbevinden</p> <p>MD12.10 CANSAS item 10: Veiligheid voor de persoon zelf</p> <p>MD12.11 CANSAS item 11: Veiligheid voor anderen</p> <p>MD12.12 CANSAS item 12: Alcohol</p> <p>MD12.13 CANSAS item 13: Drugs</p> <p>MD12.14 CANSAS item 14: Gezelschap</p> <p>MD12.15 CANSAS item 15: Intieme relaties</p> <p>MD12.16 CANSAS item 16: Beleving van de seksualiteit</p> <p>MD12.17 CANSAS item 17: Zorg voor de kinderen</p> <p>MD12.18 CANSAS item 18: Basisonderwijs/educatie</p> <p>MD12.19 CANSAS item 19: Telefoon</p> <p>MD12.20 CANSAS item 20: Vervoer</p> <p>MD12.21 CANSAS item 21: Geld</p> <p>MD12.22 CANSAS item 22: Uitkeringen</p> <p>MD13 HONOS - Inschatting van de ernst van de symptomen aan het einde van de zorg-periode</p> <p>MD13.00A Datum van afname van de HONOS</p> <p>MD13.00B Versie van de HONOS</p> <p>MD13.01 HONOS item 1</p> <p>MD13.02 HONOS item 2</p> <p>MD13.03 HONOS item 3</p> <p>MD13.04 HONOS item 4</p> <p>MD13.05 HONOS item 5</p> <p>MD13.06 HONOS item 6</p> <p>MD13.07 HONOS item 7</p> <p>MD13.08 HONOS item 8</p> <p>MD13.09 HONOS item 9</p> <p>MD13.10 HONOS item 10</p> <p>MD13.11 HONOS item 11</p>	<p>Zie bij opnamegegevens</p>		

VERNIEUWDE MPG UIT 2015 ITEMS GEMEENSCHAPPELIJKE REGISTRATIE	BeIRAI Mental Health (MH) en Community Mental Health (CMH) (EF06.04; <u>vergelijking ten opzichte van iMatrix, versie 6.6</u>), BeIRAI ID supplement, BeIRAI Addictions supplement, interRAI Forensic supplement, BeIRAI Maatschappelijk Herstel supplement en DUNDRUM (EF75)	Extra items in BeIRAI MH instrument die geen deel uitmaken van BeIRAI CMH instrument en omgekeerd (EF06.04; <u>vergelijking ten opzichte van iMatrix</u>)	Startpagina, basismodules, uitbreidingsmodule of geen van allen (EF75)
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 (n cliëntgebonden items = 24)			
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)		Startpagina
TD02 Bent u in het verleden al behandeld voor een middelgebonden problematiek?	Addictions supplement: B1. Hoe lang geleden vond de laatste verslavingsbehandeling plaats?		Uitbreidingsmodule Middelenmisbruik
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.		Uitbreidingsmodule Middelenmisbruik
TD04 Heeft u ooit al een substitutiebehandeling gevolgd?	Heeft de cliënt ooit een substitutiebehandeling gevolgd? (TD4)		Uitbreidingsmodule Middelenmisbruik
TD05 Welk type substitutiebehandeling heeft u al gevolgd?	Welk type substitutiebehandeling heeft de cliënt al gevolgd? (TD5)		Uitbreidingsmodule Middelenmisbruik
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 (iW1) D3. Tijd sinds het gebruik van de volgende middelen 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)		Basismodules, uitbreidingsmodule Criminogene factoren Basismodules, uitbreidingsmodule Criminogene factoren Basismodules, uitbreidingsmodule Criminogene factoren Basismodules, uitbreidingsmodule Criminogene factoren Basismodules, uitbreidingsmodule Criminogene factoren Basismodules, uitbreidingsmodule Criminogene factoren Basismodules, uitbreidingsmodule Criminogene factoren
VP02 Onder deze substanties, wat is de voornaamste die u ertoe bracht om de huidige behandeling te starten?	Primaire probleemmiddel ◦ Onder voorgaande middelen wat is de voornaamste die de cliënt ertoe bracht om de huidige behandeling te starten? (AP2)		Uitbreidingsmodule Middelenmisbruik

VERNIEUWDE MPG UIT 2015 ITEMS GEMEENSCHAPPELIJKE REGISTRATIE	BeRAI Mental Health (MH) en Community Mental Health (CMH) (EF06.04; <u>vergelijking ten opzichte van iMatrix, versie 6.6</u>), BeRAI ID supplement, BeRAI Addictions supplement, interRAI Forensic supplement, BeRAI Maatschappelijk Herstel supplement en DUNDRUM (EF75)	Extra items in BeRAI MH instrument die geen deel uitmaken van BeRAI CMH instrument en omgekeerd (EF06.04; <u>vergelijking ten opzichte van iMatrix</u>)	Startpagina, basismodules, uitbreidingsmodule of geen van allen (EF75)
VP03 Op welke manier gebruikt u deze voornaamste substantie gewoonlijk?	◦ De voorbije 30 dagen, op welke manier gebruikte de cliënt het primaire probleemmiddel gewoonlijk? (AP3)		Uitbreidingsmodule Middelenmisbruik
VP04 De voorbije 30 dagen, hoe frequent gebruikt u deze voornaamste substantie gewoonlijk?	Frequentie van het gebruik van psychoactieve middelen A. Ingevuld met de beoordelingsreferentiedatum als referentiedatum of B. Ingevuld met de dag van opstart begeleiding/behandeling als referentiedatum ◦ Vluchtige snuifmiddelen ◦ Hallucinogenen ◦ Cocaïne of crack ◦ Andere stimulantia dan cocaïne ◦ Opiaten (ook synthetische producten) ◦ Cannabis ◦ Alcohol ◦ Andere verdovende middelen dan alcohol ◦ Empathogenen ◦ Dissociatieven		Uitbreidingsmodule Middelenmisbruik Uitbreidingsmodule Middelenmisbruik Uitbreidingsmodule Middelenmisbruik Uitbreidingsmodule Middelenmisbruik Uitbreidingsmodule Middelenmisbruik Uitbreidingsmodule Middelenmisbruik Uitbreidingsmodule Middelenmisbruik Uitbreidingsmodule Middelenmisbruik
VP05 Op welke leeftijd heeft u deze voornaamste substantie voor het eerst gebruikt?	Leeftijd van eerste gebruik van psychoactieve middelen: a) alcohol, b) andere psychoactieve middelen		Uitbreidingsmodule Middelenmisbruik
VP06 Heeft u in uw leven al een substantie geïnjecteerd (ongeacht welke substantie)?	D4. Intraveneus druggebruik – <i>niet</i> voorgeschreven geneesmiddelen (iW4)		Basismodules, uitbreidingsmodule Criminogene factoren
VP07 Op welke leeftijd heeft u de substantie voor het eerst geïnjecteerd?	Op welke leeftijd heeft de cliënt voor het eerst een psychoactieve substantie geïnjecteerd? (AP7)		Uitbreidingsmodule Middelenmisbruik
VP08 Wanneer heeft u een substantie voor het laatst geïnjecteerd?	D4. Intraveneus druggebruik – <i>niet</i> voorgeschreven geneesmiddelen (iW4)		Basismodules, uitbreidingsmodule Criminogene factoren
VP09 Heeft u in de loop van uw leven al naalden of spuiten gedeeld?	Heeft de cliënt in de loop van zijn/haar leven al naalden of spuiten gedeeld? (AP9)		Uitbreidingsmodule Criminogene factoren en Middelenmisbruik
VP10 Wanneer heeft u voor het laatst een naald of spuit gedeeld?	Wanneer heeft de cliënt voor het laatst een naald of spuit gedeeld? (AP10)		Uitbreidingsmodule Middelenmisbruik
<u>Voor personen onder een juridische maatregel of statuut</u>			
<u>Voor alle personen onder een juridische maatregel of statuut</u>			
JG01 ID-nummer van de GGZ-voorziening (idem SI03)			
JG02 RR-nummer patiënt (idem IP01)	Rijksregisternummer (iA5a)		Geen van allen, want niet in BeRAI 2.0
JG03 Datum begin van de zorgperiode (idem AP03)	Datum opname (iB2)		startpagina
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) + alle items van de HoNOS-secure schalen komen terug in de DUNDRUM-toolkit (zie rapport EF06.07 Van Horebeek et al., 2020)		Basismodules + DUNDRUM
JG04.02 HONOS SECURE item 2: Risico op zelfbeschadiging	Zelfmoordgedrag en opzettelijke zelfverwonding CAP + alle items van de HoNOS-secure schalen komen terug in de DUNDRUM-toolkit (zie rapport EF06.07 Van Horebeek et al., 2020)		Basismodules + DUNDRUM
JG04.03 HONOS SECURE item 3: Behoeften aan beveiliging om relaps te voorkomen			DUNDRUM

VERNIEUWDE MPG UIT 2015 ITEMS GEMEENSCHAPPELIJKE REGISTRATIE	BeIRAI Mental Health (MH) en Community Mental Health (CMH) (EF06.04; <u>vergelijking ten opzichte van iMatrix, versie 6.6</u>), BeIRAI ID supplement, BeIRAI Addictions supplement, interRAI Forensic supplement, BeIRAI Maatschappelijk Herstel supplement en DUNDRUM (EF75)	Extra items in BeIRAI MH instrument die geen deel uitmaken van BeIRAI CMH instrument en omgekeerd (EF06.04; <u>vergelijking ten opzichte van iMatrix</u>)	Startpagina, basismodules, uitbreidingsmodule of geen van allen (EF75)
JG04.04 HONOS SECURE item 4: Behoeftte aan toezicht in de leefomgeving	Alle items van de HoNOS-secure schalen komen terug in de DUNDRUM-toolkit (zie rapport EF06.07 Van Horebeek et al., 2020)		DUNDRUM
JG04.05 HONOS SECURE item 5: Behoeftte aan begeleiding bij proefverlof			DUNDRUM
JG04.06 HONOS SECURE item 6: Risico voor de patiënt door andere bewerkstelligd			DUNDRUM
JG04.07 HONOS SECURE item 7: Behoeftte aan risicomangement-procedures			DUNDRUM

