



Vrije
Universiteit
Brussel

**WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK 'NAAR EEN BETERE GEESTELIJKE
GEZONDHEIDSZORG'**

**EEN TOELICHTING VAN DE GEKOZEN INSTRUMENTEN VOOR DE BEVRAGING BIJ
ZORGVERSTREKKERS, CLIËNTEN EN FAMILIELEDEN**

LUCAS - KU Leuven

Veerle De Jaegere

Prof. dr. Chantal Van Audenhove

Leuven
juli 2012

Colofon

Opdrachtgever

FOD Volksgezondheid Veiligheid van de voedselketen en leefmilieu

Onderzoeksequipes

LUCAS - KU Leuven: Veerle De Jaegere & Prof. Chantal Van Audenhove

UCL-IRSS: Pablo Nicaise, Janaina Costa Campos Lopes & Prof. Vincent Lorant

VUB-MESO: Griet De Roeck & Prof. Mark Leys

Leuven, juli 2012

Inhoudstafel

Inleiding	6
1 Basisgegevens van cliënten uit artikel 107	7
1.1 Evaluatie domein: klinische situatie van de cliënt	7
1.1.1 'Health of the Nation Outcome Scales'	7
1.1.2 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders'	8
1.2 Evaluatie domein: sociale inclusie van de cliënt	9
1.2.1 'Objective social outcomes index'	9
2 Uitgebreide bevraging bij 'prioritaire' cliënten	10
2.1 Evaluatie domein: mate van herstel bij de cliënt	11
2.1.1 Nederlandse Empowerment Lijst	11
2.1.2 HOOP	11
2.2 Evaluatie domein: tevredenheid van cliënten over de aangeboden zorg	12
2.2.1 Visie op zorg	12
2.3 Evaluatie domein: kwaliteit van leven	14
2.3.1 'Manchester Short Assessment of Quality of Life'	14
2.3.2 'SF 36'	15
2.4 Evaluatie domein: continuïteit van zorg	15
2.4.1 'Alberta Continuity of Services Scale for Mental Health'	15
2.5 Evaluatie domein: herstelgerichte zorg	16
2.5.1 'Recovery Oriented Practices Index'	16
3 Bevraging bij steekproef van familieleden als mantelzorgers	18
3.1 Evaluatie domein: ondersteuning voor familieleden als mantelzorgers	18
3.1.1 GGZ-thermometer	18
3.2 Evaluatie domein: belasting voor familieleden als mantelzorgers	19
3.2.1 'Zarit Burden Interview'	19
4 Bevraging bij steekproef van zorgverstrekkers	21
4.1 Evaluatie domein herstelgerichte zorg	21
4.1.1 'Recovery Oriented Practices Index'	21
4.2 Evaluatie domein tevredenheid over het werk	23
4.2.1 'Job Satisfaction Scale'	23
4.2.2 De Utrechtse Burn-out Schaal	23
Samenvatting	25

Inleiding

De projecten 'naar een betere geestelijke gezondheidszorg (artikel 107)' worden in opdracht van de overheid geëvalueerd (Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, de gemeenschappen en de gewesten). Het onderzoek heeft als doel de projecten binnen het hervormingsprogramma artikel 107 op te volgen en na te gaan in welke mate hun werking overeenstemt met de visie van het hervormingsprogramma. Dit onderzoek gebeurt in een samenwerkingsverband van drie wetenschappelijke equipes (LUCAS KU Leuven, UCL-IRSS en VUB-MESO). LUCAS KU Leuven en UCL-IRSS richten zich hierbij op de bijdrage van de hervorming op zorgverstrekkers¹, cliënten² en familie³. VUB richt zich voornamelijk op de geografische afbakening van de projecten en de netwerksamenstelling.

Ter ondersteuning en verduidelijking van dit onderzoek zullen de onderzoeksequipes een aantal documenten opstellen. Dit document biedt een overzicht van de geselecteerde instrumenten en licht elk van die instrumenten kort toe. Hierbij worden alle instrumenten toegelicht die zullen gebruikt worden in het derde luik van het onderzoek. Dit luik omvat de volledige bevraging door LUCAS KU Leuven en een deel van de bevraging, opgenomen door UCL-IRSS (voornamelijk op cliënten niveau). Dit document omvat geen informatie over de instrumenten die zullen gehanteerd worden in de twee andere onderzoeksluiken, opgenomen door VUB-MESO en UCL-IRSS. De bevraging in die luiken richt zich voornamelijk op de geografische afbakening, het niveau van het netwerk en het in kaart brengen van samenwerkingsverbanden in functie van de cliënt. Deze bevraging richt zich tot veeleer tot de netwerkcoördinatoren en de verantwoordelijken van de dienst.

Bij de selectie van de vragenlijsten werd zoveel als mogelijk rekening gehouden met twee kerncriteria, namelijk wetenschappelijke evidentie en praktische bruikbaarheid (naar analogie van de gehanteerde criteria van Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid in deel 5 van uitkomstenmanagement in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen). Wetenschappelijke evidentie betekent dat er onderzoek moet gebeurd zijn naar (1) de veranderingsgevoeligheid, (2) de betrouwbaarheid, en/of (3) de validiteit van het instrument, bij voorkeur in België en/of Nederland. Daarnaast werden ook het theoretisch construct, de normen en de factorstructuur (of subschalen) onderzocht. Praktische bruikbaarheid betekent oa. dat het meetinstrument verkrijgbaar is in het Nederlands of Frans (oorspronkelijk of vertaald). Het meetinstrument kan daarenboven met beperkte inspanning toegepast worden, namelijk eenvoudig af te nemen en te scoren. Dit betekent dat het instrument een beperkt aantal items heeft, een korte afnameduur en minimale opleidingsvereisten. Tot slot werd gekozen voor instrumenten die in de context van de geestelijke gezondheidszorg gehanteerd worden of die mogelijkheid hebben.

Dit document is onderverdeeld in vier delen. Het *eerste deel* geeft een toelichting van instrumenten die zullen afgenomen worden om een aantal basisgegevens bij een grote steekproef van cliënten te verzamelen. Het *tweede deel* biedt een overzicht van de instrumenten die afgenomen worden bij een kleinere steekproef van cliënten, namelijk deze cliënten die de netwerkcoördinator van een project beoordeelt als prioritair voor artikel 107 (i.c. een opvolging door een zorgnetwerk is vereist). Het *derde en vierde deel* beschrijven de instrumenten die zullen afgenomen worden bij respectievelijk een steekproef van familieleden en een steekproef van zorgverstrekkers.

¹ Een zorgverstrekkers verwijst naar alle professionals die betrokken zijn in de zorg rond de cliënt (i.c. formele zorgrelaties).

² Een cliënt verwijst naar een persoon met een psychiatrische aandoening, waarbij die persoon gezien wordt als een actieve partner in het bepalen van de zorg.

³ Familie/mantelzorger verwijst naar elke persoon in de natuurlijke omgeving van de cliënt die een belangrijke rol opneemt in de zorg aan de cliënt (i.c. informele zorgrelaties).

1 Basisgegevens van cliënten uit artikel 107

Voor deze studie verzamelen we een aantal basisgegevens bij een grote groep van cliënten die deel uitmaken van de projecten artikel 107. Dit zal ons toelaten om een beter beeld te vormen van cliënten binnen de projecten. Deze basisgegevens hebben we zo beperkt mogelijk gehouden en worden ingevuld door zorgverstrekkers via een online bevestiging. De registratie omvat een aantal achtergrondgegevens van de cliënt, informatie over de klinische situatie en de sociale inclusie van de cliënt. Bijkomend dient de zorgverstrekker aan te geven in welke mate die cliënt prioritair is voor artikel 107, waarbij een opvolging door een zorgnetwerk vereist is.

Hieronder volgt een meer gedetailleerde toelichting over de bestaande instrumenten die geselecteerd werden voor dit onderzoek, meer bepaald de HoNOS en DSM (cf. evaluatiedomeinen 'klinische situatie van de cliënt') en de SIX (cf. evaluatiedomein 'sociale inclusie van de cliënt').

1.1 Evaluatie domein: klinische situatie van de cliënt

Om de klinische situatie van de cliënt in kaart te brengen, willen we voor dit onderzoek gebruik maken van de HoNOS, de DSM-code en de GAF score. De HoNOS dient altijd ingevuld te worden, de DSM-code en de GAF score wordt enkel gevraagd indien dit gekend is van die cliënt.

1.1.1 'Health of the Nation Outcome Scales'

In 1993 ontwikkelde the Royal College of Psychiatrists' Research Unit (CRU) de 'Health of the Nation Outcome Scales' (HoNOS) in opdracht van het Engelse ministerie van Volksgezondheid om routinematig de mentale gezondheid en het sociaal functioneren van mensen met psychische klachten in kaart te brengen. De HoNOS is de meest gebruikte uitkomstmaat in Engeland en Australië. In Engeland behoort dit instrument inmiddels tot de 'Minimum Dataset' van de geestelijke gezondheidszorg.

De HoNOS is een observatielijst waarbij de benodigde gegevens bij elkaar worden gezocht, bij voorkeur in gesprek met de cliënt. Het opnemen van de HoNOS' gegevens in een database biedt de mogelijkheid om overzichten te genereren van de toestand van cliënten op verschillende aggregatieniveaus. De scoring baseert zich op het meest ernstige gedrag binnen de referentietijd (meestal 2 weken voorafgaand aan het invullen van de vragenlijst).

De HoNOS is een generiek instrument en meet de ernst van de problematiek en het dagelijks functioneren. Het instrument bestaat uit 12 items, verdeeld over 4 subschalen (gedrags- en sociale problemen, beperkingen en symptomatologie). Alle items worden op een vijf-punten Likertschaal beoordeeld, van 0 (geen probleem) tot 4 (ernstig tot zeer ernstig probleem). De HoNOS heeft een brede meetpretentie en is niet beperkt tot de geestelijke gezondheid van cliënten.

De psychometrische eigenschappen en normscores van de Nederlandstalige HoNOS werd in Nederland onderzocht. De HoNOS geeft op individueel en groepsniveau inzicht in de ernst van de problemen op relevante levensgebieden. Het instrument heeft redelijke psychometrische eigenschappen, een korte afnameduur en is onafhankelijk van het ziektebeeld en gesproken taal. Het instrument wordt door hulpverleners en cliënten als bruikbaar ervaren. In de Nederlandse versie zijn 3 items toegevoegd (HoNOS-addendum, namelijk maniforme ontremming, motivatie voor behandeling en compliance met medicatie), maar hierover werd nog niet gepubliceerd. Door de Vlaamse Vereniging van Geestelijke

Gezondheid werd de HoNOS ook geselecteerd als een instrument dat voldoet aan 2 kerncriteria van praktisch bruikbaarheid en wetenschappelijk evident.

Praktische informatie

- De afnameduur van de HoNOS is 5 tot 15 minuten, afhankelijk van hoe goed de beoordelaar de cliënt kent. De afname van de HoNOS kan namelijk gebeuren door hulpverleners of door onafhankelijke beoordelaars. In deze studie gebeurt de afname door een zorgverstreker, betrokken bij de cliënt.
- Twee onderzoekers zullen de officieel erkende 'train de trainer' sessie volgen voor de afname van de HoNOS. Deze kennis wordt dan doorgegeven aan de zorgverstrekkers die de HoNOS zullen afnemen bij cliënten. De betrouwbaarheid van de HoNOS is namelijk groter als een training wordt gevolgd voor de afname ervan.
- Voor dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van een gevalideerde Franse en Nederlandstalige versie van de HoNOS.

Voor meer informatie

- Baert, S. (2008). De zoektocht naar geschikte meetinstrumenten voor het ontwikkelen van uitkomstencompassen. *Deel 5. In de VVGG-reeks: Uitkomstenmanagement in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen*. Gent: VVGG.
- Lauzon, S., Corbière, M., Bonin, J.P., Bonsack, C., Lesage, A., & Ricard, N. (2001). Validation de la version française du Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS-F). *Canadian journal of psychiatry*, 46 (11), 841-846.
- Mulder, C.L., Staring A.B.P., Loos, J., Buwalda, V.J.A., Kuijpers, D., Sytema, S. et al. (2004). De Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) in Nederlandse bewerking. Rotterdam.
- Wing, J.K., Beevor, A.S., Curtis, R.H., Park, S.B., Hadden, S., Burns, A. (1998). Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). Research and development. *British Journal of Psychiatry*, 172 (11).
- Wing, J.K., Curtis, R.H. & Beevor, A.S. (1996). HoNOS: Health of the Nation Outcome Scales: Report on Research and Development July 1993-December 1995. London: Royal College of Psychiatrists.

1.1.2 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders'

De 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders' (DSM) is een classificatiesysteem voor psychische aandoeningen, uitgegeven en opgesteld door de 'American Psychiatric Association'. Dit Amerikaans handboek voor diagnose en statistiek van psychische aandoeningen dient in de meeste landen als standaard in de psychiatrische diagnostiek. De huidige versie (uit 2000) is een tekstrevisie van de vierde editie, aangeduid als DSM-IV-TR.

Het doel van de DSM is om onderlinge vergelijking van (groepen) cliënten mogelijk te maken door ondubbelzinnige definities op te stellen waaraan iemand moet voldoen om in een bepaalde groep te vallen. Dankzij de DSM is er veel meer eenheid gebracht in diagnoses. Vóór er gesproken kan worden dat een bepaald syndroom, of ziektebeeld, bij een cliënt aanwezig is, is het vereist om een aantal zaken te verduidelijken, zoals: een duidelijke omschrijving van alle symptomen, een precieze definitie van de symptomen die kunnen voorkomen bij een ziektebeeld, en het aantal symptomen die dienen aanwezig te zijn. De DSM doet vooral uitspraken over de belemmering in het dagelijks functioneren (persoonlijk, relationeel, sociaal, beroepsmatig).

De GAF-score (i.c. 'Global Assessment of Functioning') is een onderdeel van het DSM-systeem. Deze score is een maat waarmee het psychisch, sociaal en beroepsmatig functioneren van een persoon wordt aangeduid of de mate waarin men zich weet aan te passen aan de omgeving. De GAF score varieert tussen 0 en 100, waarbij 100 perfect is en 1 vrijwel nihil en waarbij 0 betekent dat men geen duidelijke informatie heeft. Deze schaal is belangrijk voor de therapieplanning.

Praktische informatie

- Voor deze studie wordt de DSM code en de GAF score gevraagd als deze reeds gekend is en vermeld wordt in het dossier van de cliënt. Dit instrument wordt dus niet apart opgenomen in de vragenbundel die werd opgesteld voor dit onderzoek.

1.2 Evaluatie domein: sociale inclusie van de cliënt

1.2.1 'Objective social outcomes index'

De 'Objective social outcome index' (SIX) werd ontwikkeld om de mate van sociale inclusie te meten. Dit instrument laat toe om op een objectieve manier informatie te verzamelen over het sociaal functioneren van cliënten, aan de hand van 4 indicatoren, namelijk werk, huisvesting, familiale relaties en sociale relaties. Hierbij wordt een score op zes berekend. Dit instrument kan routinematig gebruikt worden en kan nuttig zijn voor een vergelijkende analyse.

Praktische informatie

- De zorgverstrekker vult dit instrument in. Een afname duurt minder dan 5 minuten. De afname vereist een raadpleging van het dossier van de cliënt en/of een kort interview met de cliënt.
- Een Franstalige versie van dit instrument werd al ontwikkeld voor een studie van UCL, een betrokken onderzoekspartner bij dit project. Voor dit onderzoek werd een Nederlandstalige versie ontwikkeld via back translation.

Voor meer informatie

- Priebe, S., Watzke, S., Hansson, L., Burns, T. (2008). Objective social outcomes index (SIX): a method to summarize objective indicators of social outcomes in mental health care. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118 (1), pp. 57–63. Geraadpleegd op 26 mei 2011: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0447.2008.01217.x/full>.

2 Uitgebreide bevraging bij 'prioritaire' cliënten

Voor deze bevraging onderzoek streven we zowel naar een kwantitatieve als een kwalitatieve dataverzameling.

De uitgebreide kwantitatieve bevraging van cliënten die door een project worden beoordeeld als 'prioritair voor artikel 107 (i.c. opvolging door een zorgnetwerk)' omvat volgende domeinen: een aantal achtergrondgegevens van de cliënt, de mate van herstel bij de cliënt, de ervaringen met zorg (namelijk zorggebruik, continuïteit van zorg en de tevredenheid van cliënten over de aangeboden zorg) en tot slot de levenskwaliteit van de cliënt.

De netwerkcoördinator van elk project selecteert de cliënten die hij beoordeelt als 'prioritair voor artikel 107', waarbij een opvolging door een zorgnetwerk vereist is. Bij deze selectie kan hij natuurlijk ook ondersteuning krijgen van de zorgverstrekkers die vaak meer/beter zicht hebben op de specifieke situatie van de cliënt. De netwerkcoördinator maakt een selectie van de cliënten waarvan een aantal basisgegevens werden geregistreerd door de zorgverstrekkers (zie eerder bij de evaluatiedomeinen 'klinische gegevens' en 'sociale inclusie'). De zorgverstrekkers geven hierbij ook aan of zij deze cliënt oordelen als prioritair voor artikel 107.

De uitgebreide bevraging bij 'prioritaire cliënten' maakt voornamelijk gebruik van bestaande instrumenten, namelijk de Nederlandse Empowerment Lijst en de HOOP (cf. evaluatiedomein 'mate van herstel bij de cliënt'), de Visie op Zorg (cf. 'tevredenheid bij de cliënt over de aangeboden zorg'), 'Manchester Short Assessment of Quality of Life' en 'SF36' (cf. 'levenskwaliteit bij de cliënt') en de 'Alberta Continuity of Services Scale for Mental Health' (cf. evaluatiedomein 'continuïteit van zorg'). Een meer gedetailleerde toelichting van deze bestaande instrumenten volgt hieronder.

Enkel voor de achtergrondgegevens en het zorggebruik van de cliënt werd zelf een vragenlijst geconstrueerd, op basis van inzichten en bevragingen uit andere studies. De achtergrondgegevens omvatten vragen over de etniciteit, het opleidingsniveau, de tewerkstelling en het inkomen (Shaw, 2007⁴) en baseren zich verder op de vragen die gesteld worden in de gezondheidsbevraging (ISP, 2008⁵) en de leefomstandigheden (Eurostat, 2008⁶). De vragen over de nationaliteit zijn afkomstig van 'the Belgian National Survey Immigrant Minorities'. Voor het zorggebruik van cliënten worden 5 vragen gesteld op basis van de 'Client Socio-Demographic and Service Receipt Inventory – European' (CSSRI-EU)⁷. Dit is de enige vragenlijst in dit deel van de bevraging die ingevuld wordt door de zorgverstrekker. De cliënt vult de andere vragenlijsten in van dit onderdeel, al dan niet met ondersteuning (zie verder).

Daarnaast is er een kwalitatieve bevraging bij cliënten om na te gaan in welke mate de aangeboden zorg herstelgericht is (cf. evaluatiedomein 'herstelgerichte zorg'). Hiervoor hanteren we de bestaande interviewleidraad die uitgewerkt is in de 'Recovery Oriented Practices Index' (ROPI) en die hieronder verder wordt toegelicht.

⁴ Shaw M, Galobardes B, Lawlor D, Lynch J, Wheeler B, Davey Smith G. The handbook of inequality and socioeconomic position. Bristol: Policy, 2007.

⁵ ISP et INS, Enquête de santé par interview, Belgique 2008.

⁶ Eurostat, Enquête sur revenu, l'inclusion sociale et les conditions de vie, Bruxelles 2008.

⁷ Chisholm, D., Knapp, M.R.J., Knudsen, H.C., Amaddeo, F., Gaité, L., van Wijngaarden, B., & Epsilon Study Group (2000). Client Socio-Demographic and Service Receipt Inventory: development of an instrument for international research. Epsilon Study 5. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 28-33.

2.1 Evaluatie domein: mate van herstel bij de cliënt

2.1.1 Nederlandse Empowerment Lijst

Empowerment betekent zoveel als je eigen kracht ontdekken of herontdekken en die kracht effectief leren toepassen. De verschillende facetten van empowerment zijn verkend door 56 mensen die in hun leven te maken hebben met ernstige aanhoudende psychische kwetsbaarheden. Op basis van hun kennis en uitspraken is de Nederlandse Empowerment Lijst (NEL) ontwikkeld (Boevink, 2008).

De NEL omvat 40 uitspraken waarmee men het al dan niet eens kan zijn. Er zijn 6 dimensies: professionele hulp, sociale steun, eigen wijsheid, erbij horen, zelfmanagement en betrokken leefgemeenschap.

De NEL kent een goede betrouwbaarheid (Cronbach's alpha = 0,93). Met het herhaaldelijk afnemen van de NEL kan in kaart worden gebracht in welke mate de mensen die de lijst invullen, groeien in hun kracht. De NEL is minder sterk om het hulpaanbod te beoordelen op de mate waarin het 'empowerend' werkt (minder overtuigende discriminerende validiteit). Op schaalniveau levert 'erbij horen' een significant verschil tussen de respondenten uit de rehabilitatiepraktijken en die uit de cliëntgestuurde projecten in vergelijking met de respondenten uit de reguliere GGZ.

Praktische informatie

- Cliënt vult de Nederlandse Empowerment Lijst zelf in (pen en papier). De cliënt kan ondersteuning krijgen bij het invullen van de vragenlijst, ofwel door een zorgverstreker ofwel door een onderzoeker (afhankelijk van de situatie).
- Een afname duurt 20 tot 30 minuten.
- LUCAS heeft al een Franstalige versie van deze vragenlijst ontwikkeld binnen een ander project (i.c. participatiemogelijkheden binnen de therapeutische projecten). Deze vertaling werd voor dit project verder verfijnd via een back translation.

Voor meer informatie

- Boevink W, Kroon H, Giesen F. De Nederlandse Empowerment Vragenlijst. Utrecht: Trimbos-instituut 2008.

2.1.2 HOOP

Hoop is één van de centrale kernelementen van herstel van mensen met ernstige psychische klachten.

'Herth Hope Index' (HHI) meet de mate van hoop en bestaat uit 12 uitspraken. De scoring gebeurt aan de hand van een 4-punten Likertschaal (van 'sterk mee oneens' tot 'sterk mee eens'). De vragenlijst bestaat uit 3 factoren, namelijk 'temporality and future', 'positive readiness and expectancy' en 'interconnectedness with self and others'. Elke factor bestaat uit 4 items. De vragenlijst focust zich op de relationele en individuele componenten, namelijk de betrokkenheid tot anderen, betekenisverlening, innerlijke sterkte en zelfwaardergevoel. HHI omvat geen vragen over het vooropgestelde doelen of vooropgestelde trajecten om die doelen te bereiken.

De uitkomsten van de HHI kunnen worden beschouwd als een graadmeter van de mate waarin het individuele herstelproces zich voltrokken heeft. Om te meten in hoeverre zich veranderingen hebben voorgedaan in het individuele herstelproces van cliënten, dient de vragenlijst op verschillende

meetmomenten te worden afgenomen. De vragenlijst kent een goede betrouwbaarheid, namelijk Cronbach's alpha van 0.97 met een test-hertest (2 weken) betrouwbaarheid van 0.91.

De HOOP is een Nederlandse vertaling van de Herth Hope Index. Het instrument in zijn geheel heeft goede psychometrische kenmerken. Er wordt aangeraden om het instrument in zijn geheel af te nemen en geen afzonderlijke subschalen van de HOOP. De HOOP is tevens geschikt voor onderzoek naar het herstelproces bij personen met ernstige psychische problemen. Het instrument kent zowel een onderzoeksmatige als een klinische meerwaarde.

Praktische informatie

- De cliënt vult de HOOP zelf in (pen en papier). De cliënt kan ondersteuning krijgen bij het invullen van de vragenlijst, ofwel door een zorgverstreker ofwel door een onderzoeker (afhankelijk van de situatie).
- Een afname duurt 10 minuten.
- De Nederlandse vertaling is vrij beschikbaar, na het contacteren van de auteurs. Een Franstalige versie van de HOOP wordt voorzien binnen deze studie, aan de hand van back translation.

Voor meer informatie

- Hearth, K (1992). Abbreviated instrument to measure hope: development and psychometric evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 1251 – 1259.
- Schrank, B., Stanghellini, G. & Slade, M. (2008). Hope in psychiatry: a review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118, 421-433.
- van Gestel-Timmermans H., van den Bogaard, J., Brouwers, E., Herth, K., & van Nieuwenhuizen, Ch., (2010). Hope as a determinant of mental health recovery: a psychometric evaluation of the Herth Hope Index-Dutch version. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24, 67-74.

2.2 Evaluatie domein: tevredenheid van cliënten over de aangeboden zorg

2.2.1 Visie op zorg

Visie op Zorg is een aangepaste Nederlandstalige versie van een bevraging ontwikkeld door Shepherd, Murray & Muijen (1994). Hierbij wordt het oordeel van cliënten, familieleden en zorgverstrekkers bevroegd over de mate van belangrijkheid van elf sleutelementen in de zorg. Deze sleutelementen kwamen uit onderzoek naar voren als belangrijk voor de preventie van herval van schizofrene cliënten. De sleutelmomenten van zorg zijn: 1) continuïteit in de zorg en zorgcoördinatie, 2) informatie aan de cliënt en zijn familie, 3) verwerking en zingeving van de ziekte, 4) een vaste woning en hulp bij huishoudelijke taken, 5) financiële middelen, 6) zinvolle dagactiviteiten, 7) sociale ondersteuning thuis. 8) ondersteuning in sociale contacten, 9) behandeling van symptomen, 10) het opvolgen van symptoomverandering en de planning van crisisinterventie, 11) de preventie van lichamelijke aandoeningen. De visie op zorg bestaat uit drie versies, namelijk voor de cliënt, familie en zorgverstreker. Verschillen tussen deze visies geven een indicatie van de mate van incongruentie.

De Nederlandstalige versie werd iets aangepast, waarbij ook de dimensie van 'discrepantie' werd toegevoegd. Discrepantie is het verschil tussen de mate van belangrijkheid en de mate van realisatie binnen 1 perspectief. Discrepantie heeft negatieve gevolgen voor de werkaliantie en voor het vervolledigen van het therapeutisch proces. Een lage graad van discrepantie en incongruentie met betrekking tot de elf sleutelementen van de vragenlijst heeft een positief effect op het psychologisch en sociaal functioneren van cliënten.

De Nederlandstalige vragenlijst bestaat uit 28 items die na factoranalyse te herleiden zijn tot 4 schalen, namelijk: 1) ondersteuning in sociale relaties en praktische hulp, 2) behandeling en opvolging van het verloop van de ziekte, 3) informatie en inzicht, en 4) zorgcoördinatie en –continuïteit. Voor elk item wordt de mate van realisatie en de mate van belangrijkheid bevraagd aan de hand van een vijfpuntenschaal (van 'nooit' tot 'altijd' en van 'niet belangrijk' tot 'zeer belangrijk'). Door de Vlaamse Vereniging van Geestelijke Gezondheid werd de Visie op Zorg ook geselecteerd als een instrument dat voldoet aan 2 kerncriteria van praktisch bruikbaarheid en wetenschappelijk evident.

Praktische informatie

- In deze studie wordt enkel het perspectief van de cliënt bevraagd. De cliënt vult de visie op zorg zelf in (pen en papier), maar kan hierbij ondersteuning krijgen indien vereist. Deze ondersteuning gebeurt door een zorgverstreker ofwel door een onderzoeker (afhankelijk van de situatie).
- De afname van de visie op zorg duurt 15 minuten.
- De visie op zorg is een Nederlandstalige vragenlijst, te verkrijgen via LUCAS. Een Franstalige versie werd voorzien tijdens een studie van LUCAS, namelijk de evaluatie van de pilootprojecten psychiatrische thuiszorg. Deze vertaling werd verfijnd voor deze studie.

Voor meer informatie

- Baert, S. (2008). De zoektocht naar geschikte meetinstrumenten voor het ontwikkelen van uitkomstencompassen. *Deel 5. In de VVGG-reeks: Uitkomstenmanagement in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen*. Gent: VVGG.
- Shepherd, G., Murray, A., & Muijen, M. (1994). Relative values. The differing views of users, family carers and professionals on services for people with schizophrenia in the community. London: The Sainsbury Centre for Mental Health.
- Van Humbeeck, G., van Audenhove, Ch., Storms, G., De Hert, M., Heyrman, J., Peuskens, J., Pieters, G., & Vertommen, H. (1999). De vragenlijst 'visie op zorg': een instrument voor de praktijk en voor onderzoek. *Diagnostiek – Wijzer, 1*, 13-25.
- Van Audenhove, Ch., Van Humbeeck, G., Spruytte, N., Storms, G., De Hert, M., Heyrman, J., Peuskens, J., Pieters, G., & Vertommen, H. (2001). The Care Perception Questionnaire: An instrument for the assessment of the perspective of patients, family members, and professionals on psychiatric rehabilitation. *European Journal of Psychological Assessment, 17(2)*, 120-129.

2.3 Evaluatie domein: kwaliteit van leven

2.3.1 'Manchester Short Assessment of Quality of Life'

De 'Manchester Short Assessment of Quality of Life' (MANSA) is gebaseerd op de Lancashire quality of life profile, een frequent gebruikt instrument voor onderzoek binnen Europa (bv. Epsilon studie). De MANSA is echter gebruiksvriendelijker dan de Lancashire quality of life profile, waarvan de afname 30 minuten tot een uur duurt en uit 105 items bestaat.

De MANSA omvat 12 subjectieve vragen over de tevredenheid over het leven in het algemeen, alsook over verschillende levensdomeinen. Tevredenheid wordt beoordeeld op basis van een 7-punten Likert schaal (van 'kan niet slechter' tot 'kan niet beter'). Er bestaan twee versies van de MANSA die beide door de cliënt ingevuld worden, namelijk een vragenlijstversie en een interviewversie.

Cronbach's alpha van de oorspronkelijke Engelstalige vragenlijst is 0.74. De Nederlandstalige versie van de MANSA heeft een interne betrouwbaarheid van 0.73 voor studenten, 0.78 voor oudere personen met ernstige psychische problemen en 0.85 voor personen met ernstige psychische problemen die in behandeling zijn (langdurig zorgafhankelijk).

De MANSA wordt steeds meer gebruikt als een korte screening voor de kwaliteit van leven. GGZ Nederland heeft dit instrument als 'het instrument' aanbevolen om de kwaliteit van leven te meten. Door de Vlaamse Vereniging van Geestelijke Gezondheid werd de MANSA ook geselecteerd als een instrument dat voldoet aan 2 kerncriteria van praktisch bruikbaarheid en wetenschappelijk evident.

Praktische informatie

- Voor deze studie maken we gebruik van de vragenlijstversie. De cliënt vult de MANSA zelf in, via pen en papier. Hij kan hierbij ondersteuning krijgen indien vereist. Deze ondersteuning gebeurt door een zorgverstrekker ofwel door een onderzoeker (afhankelijk van de situatie).
- Het invullen van de MANSA duurt 10 minuten.
- Voor deze studie werd gebruik gemaakt van een gevalideerde Nederlandstalige vertaling (© Ch. van Nieuwenhuizen, A.H. Schene, & M.W.J. Koeter, 2000). Een Franstalige versie van de vragenlijst werd voorzien voor deze studie via back translation.

Voor meer informatie

- Baert, S. (2008). De zoektocht naar geschikte meetinstrumenten voor het ontwikkelen van uitkomstencompassen. *Deel 5. In de VVGG-reeks: Uitkomstenmanagement in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen*. Gent: VVGG.
- Priebe, S., Huxley, P., Knight, S., & Evans, S. (1999). Application and results of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA). *International Journal Social Psychiatry*, 45, 7–12.
- van Gestel-Timmermans, H., Brouwers, E.P.M., van Assen, M.A.L.M., van Nieuwenhuizen, C. (2012). Effects of a Peer-Run Course on Recovery From Serious Mental Illness: A Randomized Controlled Trial. *Psychiatric Services*, 63 (1).

2.3.2 'SF 36'

De 'SF-36' is een generiek instrument om de levenskwaliteit in kaart te brengen. Dit instrument is vaak gebruikt in wetenschappelijke studies, oa. in de 'Medical Outcomes Study'. Deze vragenlijst meet acht algemene aspecten van de gezondheid van een individu, zoals zijn fysiek en sociaal functioneren, de geestelijke gezondheid, enz. De vragenlijst bestaat uit 11 schalen. De antwoordmogelijkheden zijn dichotoom (ja/nee) of ordinaal (5-puntenschaal Likertschaal). Elk item stemt overeen met een bepaald aspect waaraan een score wordt toegekend. De totale score varieert van 0 tot 100.

Praktische informatie

- In deze studie kiezen we ervoor om de vragenlijst door te cliënt te laten invullen. De afname van dit instrument kan ook gebeuren door een zorgverstreker die dit afneemt in gesprek met de cliënt. Indien de cliënt dit invult, kan die ondersteuning krijgen indien nodig. Deze ondersteuning gebeurt door een zorgverstreker of een onderzoeker, afhankelijk van de situatie.
- Een afname duurt ongeveer 15 minuten.
- Voor deze studie werd gebruik gemaakt van een gevalideerde Franstalige en Nederlandstalige versie.

Voor meer informatie

- Aaronson, N.K., Muller, M., Cohen, P.D.A., Essink-Bot, M-L., Fekkes, M., Sanderman, R., Sprangers, M.A.G.S., te Velde, A., Verrips, E. (1998). Translation, Validation, and Norming of the Dutch Language Version of the SF-36 Health Survey in Community and Chronic Disease Populations. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51 (11), 1055–1068.
- Leplège, A., Ecosse, E., Verdier, A., & Perneger, T.V. (1998). The French SF-36 Health Survey: Translation, Cultural Adaptation and Preliminary Psychometric Evaluation. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51 (11), 1013–1023.
- Ware, J.E. & Kosinski, M.: Interpreting SF-36 Summary Health Measures: a response (<http://www.sf-36.org/news/golrsupplement.pdf>)

2.4 Evaluatie domein: continuïteit van zorg

2.4.1 'Alberta Continuity of Services Scale for Mental Health'

Het instrument 'Alberta Continuity of Services Scale for Mental Health' (ACSS-MH) werd ontwikkeld op basis van een literatuurstudie over continuïteit van zorg.

De vragenlijst kan opgedeeld worden in drie subschalen, namelijk 'system fragmentation' (ervaren discontinuïteit tussen diensten), 'relationship base' (ervaren belang van een consistente relatie of verbondenheid met een zorgverstreker of een behandelingsteam) en tot slot 'responsive treatment' (ervaring van cliënt dat de specifieke diensten aangepast zijn aan diens noden). De vragenlijst omvat 43 items die gescoord kunnen worden aan de hand van een 5-punten Likertschaal, van 'helemaal niet akkoord' tot 'volledig akkoord'.

Praktische informatie

- De Alberta (ACSS-MH) kan ingevuld worden door de cliënt. Indien de cliënt dit invult, kan die ondersteuning krijgen indien nodig. Deze ondersteuning gebeurt door een zorgverstreker of een onderzoeker, afhankelijk van de situatie.
- Een afname van deze vragenlijst duurt 20 minuten.
- Er is een gevalideerde Franstalige versie beschikbaar van deze vragenlijst. Een Nederlandstalige versie van de vragenlijst werd voorzien door het Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg, binnen de studie 'therapeutische projecten'. Via terugvertaling werd deze vertaling verder verfijnd.

Voor meer informatie

- Adair, C.E. et al. (2005). Continuity of care and health outcomes among persons with severe mental illness. *Psychiatric services*, 56 (9), 1061-1069.
- The Canadian Health Services Research Foundation, Adair et al. 2004 (http://www.chsrf.ca/final_research/ogc/pdf/adair_e.pdf)

2.5 Evaluatie domein: herstelgerichte zorg

2.5.1 'Recovery Oriented Practices Index'

De 'Recovery Oriented Practices Index' (ROPI) is een interviewleidraad, opgebouwd uit 8 items en meet:

- de mate waarin tegemoet gekomen wordt aan basale zorgbehoeftes
- de omvang van het dienstenaanbod
- de mate waarin cliënten worden gestimuleerd tot sociale participatie en maatschappelijke integratie
- de mate waarin sprake is van medezeggenschap van cliënten en participatiemogelijkheden
- de mate waarin de zorg georiënteerd is op de mogelijkheden en krachten van de cliënt
- de mate waarin sprake is van cliëntgerichtheid en keuzemogelijkheden
- de mate waarin de cliënt de regie voert en zelf bepaalt
- de mate waarin de focus ligt op herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid.

De gegevens worden hoofdzakelijk via interviews verzameld. Om een zo goed mogelijk beeld te krijgen, worden zowel cliënten, hulpverleners als managers bij de interviews betrokken. Daarnaast worden beleidsstukken en brochuramateriaal ingezien en worden dossiers geanalyseerd.

De ROPI is vooral bedoeld als procesmeting. Het instrument is ontwikkeld om in kaart te kunnen brengen in welke mate een team herstel hanteert als leidend principe in de begeleiding en bejegening en hoe dit concreet zichtbaar wordt. De uitkomsten kunnen een handvat bieden bij het opstellen van verbeterplannen voor de implementatie van een herstelondersteunende zorg. Een herhaaldelijke afname van de ROPI laat toe om de mate van herstelgerichte zorg te monitoren. De ROPI meet dus geen uitkomsten op cliëntniveau en is niet geschikt om de individuele herstelprocessen van cliënten te ondersteunen.

De ROPI is ontwikkeld door het 'New York State Office of Mental Health'. De ROPI is begin 2008 vertaald en bewerkt door het Trimbos-instituut in samenwerking met GGZ Noord Holland Noord. Sindsdien zijn er

al verschillende aanpassingen gebeurd om het instrument verder te optimaliseren, oa. op basis van ervaringen met de afname van het instrument, na toetsing aan de belangrijkste noties uit de recente literatuur over herstel en herstelondersteunende zorg en na raadpleging van experts over de items van de ROPI. Bovendien zijn vragen voor een cliëntenpanel geformuleerd en zijn varianten op de ROPI ontwikkeld voor gebruik in beschermd wonen (Belgisch equivalent is Beschut Wonen) en begeleid zelfstandig wonen en ambulante behandelteams. Aanvankelijk was de ROPI enkel ontwikkeld voor afname in verblijfsafdelingen. Een aantal van de veranderingen (zoals meer nadrukkelijke plek van sociale participatie en aanpassing van de omschrijving van criteria en scoremogelijkheden in de herziene versie van 2009) zijn al beproefd geweest bij 24 teams in de langdurende GGZ.

Praktische informatie

- De bevraging van cliënten bestaat uit een cliëntenpanel. Afhankelijk van de situatie kan er gekozen worden voor de afname van individuele interviews. De duur van het panel is 2 keer 60 minuten.
- De Recovery Oriented Practices Index is vrij beschikbaar, maar het volgen van een officiële training bij het Trimbos Instituut is vereist voor de afname. Een onderzoeker van LUCAS heeft een dergelijke training gevolgd.
- Een Nederlandstalige versie werd reeds voorzien door het Trimbos Instituut. Een Franstalige interviewleidraad werd ontwikkeld voor deze studie.

Voor meer informatie

- Mancini, A.D., & M.T. Finnerty (2005). Recovery Oriented Practices Index (unpublished). New York: New York State Office of Mental Health.
- Trimbos instituut Nederland

3 Bevraging bij steekproef van familieleden als mantelzorgers

Binnen deze studie verzamelen we een aantal gegevens bij een steekproef van familieleden als mantelzorgers. We streven hierbij naar een kwantitatieve en kwalitatieve dataverzameling.

Het kwantitatieve luik omvat een aantal achtergrondgegevens van de cliënt en van het familielid, informatie over de ondersteuning die familieleden ervaren en de ervaren belasting omwille van het zorg dragen voor iemand met psychische beperkingen.

Voor de achtergrondgegevens hebben we ons gebaseerd op verschillende bevragingen die al gebeurden in andere onderzoeken. De achtergrondgegevens omvatten een aantal socio demografische gegevens van het familielid, de mate waarin het familielid persoonlijke ondersteuning ontvangt omwille van het zorg dragen voor de cliënt en tot slot bijkomende informatie over de situatie van de cliënt.

Voor de evaluatiedomeinen 'ondersteuning voor familieleden' en 'ervaren belasting door het zorg dragen voor iemand' binnen deze studie maken we gebruik van 2 bestaande instrumenten, namelijk de GGZ thermometer en de 'Zarit Burden Interview'. Deze worden hieronder verder toegelicht.

Voor het kwalitatieve luik is het mogelijk dat focusgroepen georganiseerd worden om de evaluatiedomeinen verder uit te diepen.

3.1 Evaluatie domein: ondersteuning voor familieleden als mantelzorgers

3.1.1 GGZ-thermometer

In Nederland is de thermometer het meest gebruikte instrument voor het vaststellen van de cliëntwaardering. Er zijn verschillende versies beschikbaar van dit instrument. Voor deze studie gebruiken we enkel deel B van de GG Thermometer, opgesteld voor familieleden. Dit deel bestaat uit 12 items (met als antwoordschaal ja - nee) die vragen stellen over de betrokkenheid van het familielid in de zorg, over de hulpverlener, over het resultaat van de eigen begeleiding en een rapportbeoordeling over de ontvangen ondersteuning. Tot slot zijn er 2 open vragen waarbij familieleden nog suggesties voor verbetering of opmerkingen kunnen geven.

Door de Vlaamse Vereniging van Geestelijke Gezondheid werd de GGZ Thermometer ook geselecteerd als een instrument dat voldoet aan 2 kerncriteria van praktisch bruikbaarheid en wetenschappelijk evident.

Praktische informatie

- Familieleden vullen de GGZ Thermometer zelf in. De afname gebeurt elektronisch of via pen en papier, naargelang de voorkeur van de familieleden. Indien vereist kunnen de familieleden ondersteuning krijgen bij het invullen van de vragenlijst door een zorgverstrekker of een onderzoeker, afhankelijk van hoe de afname gebeurt.
- Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer 5 minuten.
- De Nederlandstalige versie is beschikbaar via het Trimbos Instituut Nederland. Voor deze studie werd een Franstalige versie van de vragenlijst voorzien via back translation.

Voor meer informatie

- Baert, S. (2008). De zoektocht naar geschikte meetinstrumenten voor het ontwikkelen van uitkomstenkompassen. *Deel 5. In de VVGG-reeks: Uitkomstenmanagement in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen*. Gent: VVGG.
- Trimbos Instituut Nederland

3.2 Evaluatie domein: belasting voor familieleden als mantelzorgers

3.2.1 'Zarit Burden Interview'

De 'Zarit Burden Interview' is de eerste en één van de meest gebruikte schalen in onderzoek naar zorgbelasting voor mantelzorgers (in de literatuur vaak omschreven als 'caregiver burden').

De vragenlijst werd oorspronkelijk ontwikkeld om subjectieve zorgbelasting te meten bij mantelzorgers van volwassenen met dementie. De items werden geformuleerd op basis van klinische ervaringen met verzorgers en bijhorend onderzoek. Het instrument wordt voornamelijk toegepast bij ouderen, maar onderzoek toont aan dat er geen relatie is met geslacht, leeftijd, leef/werksituatie etc. De 'Zarit Burden Interview' kan dus gebruikt worden voor een divers publiek.

De oorspronkelijke vragenlijst bestaat uit 29-items, maar de versie van 22 items wordt frequenter gebruikt. Ondertussen zijn al verkorte versies ontwikkeld die bestaan uit 18 en 12 items. Voor dit onderzoek maken we gebruik van de versie bestaande uit 22 items en een 5-punten Likertschaal (van 'nooit' tot 'bijna altijd aanwezig'). Deze keuze omwille van de beschikbaarheid van een gevalideerde Nederlandstalige en Franstalige vertaling (zie bij praktische informatie). De items zijn gericht op negatieve gevoelens van de mantelzorger ten aanzien van de situatie.

De vragenlijst omvat twee factoren model, namelijk 'personal strain' en 'role strain'. Het instrument is betrouwbaar en valide. De 'Zarit Burden Interview' heeft een interne betrouwbaarheid van 0.83 en 0.89 en een test-hertest betrouwbaarheid van 0.71 (Cronbach's alpha). De vragenlijst omvat namelijk verschillende domeinen die relevant zijn in deze context, namelijk gezondheid, financiën, sociaal leven en interpersoonlijke relaties.

Praktische informatie

- Familieleden vullen de 'Zarit Burden Interview' zelf in. De afname gebeurt elektronisch of via pen en papier, naargelang de voorkeur van de familieleden. Indien vereist kunnen de familieleden ondersteuning krijgen bij het invullen van de vragenlijst door een zorgverstrekker of een onderzoeker, afhankelijk van hoe de afname gebeurt.
- Het invullen van deze vragenlijst duurt 10 tot 15 minuten.
- De 'Zarit Burden Interview' mag enkel gebruikt worden na het contacteren van Mapi Research Trust. Normaalgezien dient er betaald te worden voor het gebruik van dit instrument. Voor de haalbaarheidsstudie van dit onderzoek kunnen we gratis gebruik maken van dit instrument.
- Er is zowel een gevalideerde Franstalige als Nederlandstalige vertaling beschikbaar via Mapi Research Trust. Hiervoor dient bijkomend betaald te worden (niet voor de haalbaarheidsstudie).

Voor meer informatie

- Hérbert, R., Bravo, G., & Prévile, M. (2000). Reliability, validity, and reference values of the Zarit Burden Interview for assessing informal caregivers of community-dwelling older persons with dementia. *Canadian Journal on Aging*, 19, 494-507.
- Mapi Research Trust
- Zarit S.H., Reever, K.E., Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist*, 20 (6), 649-55.

4 Bevraging bij steekproef van zorgverstrekkers

Binnen deze studie verzamelen we een aantal gegevens bij een steekproef van zorgverstrekkers. We streven hierbij naar zowel een kwantitatieve als kwalitatieve dataverzameling.

De kwantitatieve dataverzameling omvat een aantal achtergrondgegevens van de zorgverstrekker, de tevredenheid over het werk en de werkbeleving.

Hiervoor maken we voornamelijk gebruik van bestaande vragenlijsten, namelijk de 'Job Satisfaction Scale' en de Utrechtse Burn-out Schaal (cf. evaluatiedomein 'tevredenheid bij zorgverstrekkers over hun werk'). Voor de achtergrondgegevens hebben we ons gebaseerd op verschillende bevragingen die al gebeurden in andere onderzoeken. De achtergrondgegevens omvatten een aantal socio-demografische en professionele gegevens.

Voor de kwalitatieve bevraging hanteren we de bestaande interviewleidraad die uitgewerkt is in de 'Recovery Oriented Practices Index' (ROPI). Dit interview laat toe om na te gaan in welke mate de aangeboden zorg binnen een bepaald team herstelgericht is (cf. evaluatiedomein 'herstelgerichte zorg').

Hieronder volgt meer informatie over de bestaande instrumenten die we willen hanteren voor de kwantitatieve en kwalitatieve dataverzameling.

4.1 Evaluatie domein herstelgerichte zorg

4.1.1 'Recovery Oriented Practices Index'

De 'Recovery Oriented Practices Index' (ROPI) is een interviewleidraad, opgebouwd uit 8 items en meet:

- de mate waarin tegemoet gekomen wordt aan basale zorgbehoeftes
- de omvang van het dienstenaanbod
- de mate waarin cliënten worden gestimuleerd tot sociale participatie en maatschappelijke integratie
- de mate waarin sprake is van medezeggenschap van cliënten en participatiemogelijkheden
- de mate waarin de zorg georiënteerd is op de mogelijkheden en krachten van de cliënt
- de mate waarin sprake is van cliëntgerichtheid en keuzemogelijkheden
- de mate waarin de cliënt de regie voert en zelf bepaalt
- de mate waarin de focus ligt op herstel, empowerment en ervaringsdeskundigheid.

De gegevens worden hoofdzakelijk via interviews verzameld. Om een zo goed mogelijk beeld te krijgen worden zowel cliënten, hulpverleners als managers bij de interviews betrokken. Daarnaast worden beleidsstukken en brochuremateriaal ingezien en worden dossiers geanalyseerd.

De ROPI is vooral bedoeld als procesmeting. Het instrument is ontwikkeld om in kaart te kunnen brengen in welke mate een team herstel hanteert als leidend principe in de begeleiding en bejegening van hoe dit concreet zichtbaar wordt. De uitkomsten kunnen een handvat bieden bij het opstellen van verbeterplannen voor de implementatie van een herstelondersteunende zorg. Een herhaaldelijke afname van de ROPI laat toe om de mate van herstelgerichte zorg te monitoren. De ROPI meet dus geen

uitkomsten op cliëntniveau en is niet geschikt om de individuele herstelprocessen van cliënten te ondersteunen.

De ROPI is ontwikkeld door het New York State Office of Mental Health. De ROPI is begin 2008 vertaald en bewerkt door het Trimbos-instituut in samenwerking met GGZ Noord Holland Noord. Sindsdien zijn er al verschillende aanpassingen gebeurd om het instrument verder te optimaliseren, oa. op basis van ervaringen met de afname van het instrument, na toetsing aan de belangrijkste noties uit de recente literatuur over herstel en herstelondersteunende zorg en na raadpleging van experts over de items van de ROPI. Bovendien zijn vragen voor een cliëntenpanel geformuleerd en zijn varianten op de ROPI ontwikkeld voor gebruik in beschermd wonen (Belgisch equivalent is Beschut Wonen) en begeleid zelfstandig wonen en ambulante behandelteams. Aanvankelijk was de ROPI enkel ontwikkeld voor afname in verblijfafdelingen. Een aantal van de veranderingen (zoals meer nadrukkelijke plek van sociale participatie en aanpassing van de omschrijving van criteria en scoremogelijkheden in de herziene versie van 2009) zijn al beproefd geweest bij 24 teams in de langdurende GGZ.

Praktische informatie

- De bevraging bestaat uit drie groepsinterviews waarbij de respondenten variëren, namelijk begeleiders, behandelaars en managers. Ingeval van een afname bij Beschut Wonen of Begeleid Zelfstandig Wonen zijn er twee groepsinterviews, namelijk met begeleiders en managers. De duur per interview is ongeveer 60 minuten.
- Aansluitend bij de interviews zal de onderzoeker ook een aantal documenten inkijken om beter zicht te krijgen op een aantal aspecten van de herstelgerichte werking (oa. beleidsdocumenten, begeleidingsplannen). Indien mogelijk is het een meerwaarde als de onderzoeker een vergadering kan bijwonen of kan meelopen in de werking.
- De Recovery Oriented Practices Index is vrij beschikbaar, maar het volgen van een officiële training bij het Trimbos Instituut is vereist voor de afname. Een onderzoeker van LUCAS heeft een dergelijke training gevolgd.
- Een Nederlandstalige versie werd reeds voorzien door het Trimbos Instituut. Een Franstalige interviewleidraad werd ontwikkeld voor deze studie.

Voor meer informatie

- Mancini, A.D., & M.T. Finnerty (2005). Recovery Oriented Practices Index (unpublished). New York: New York State Office of Mental Health.
- Trimbos instituut Nederland

4.2 Evaluatie domein tevredenheid over het werk

4.2.1 'Job Satisfaction Scale'

De 'Job Satisfaction Scale' is ontwikkeld en gevalideerd in verschillende studies tussen 1980 en 1991 waarbij 600 zorgverstrekkers bevestigd werden. De betrouwbaarheid varieerde hierbij tussen .83 en .91. Lagere scores op het instrument gaan samen met latere metingen van depressie, burn-out en de intentie om de job te verlaten. De 'Job Satisfaction Scale' is een valide schaal voor gebruik in de context van persoonlijke dienstverlening.

Het is een korte vragenlijst (16 items) die stilstaat bij de belangrijkste en relevante aspecten van de tevredenheid over het werk. De vragenlijst bestaat uit 3 schalen, namelijk intrinsieke tevredenheid, organisatorische tevredenheid en tevredenheid over salariëring en promotie. Respondenten kunnen de uitspraken beoordelen op basis van een 11-punten Likertschaal, namelijk van 'heel ontevreden' tot 'heel tevreden'. Een meer recente versie maakt gebruik van een 7-punten Likertschaal. Voor deze studie hanteren we de oorspronkelijke antwoordschaal.

Praktische informatie

- De afname gebeurt elektronisch of via pen en papier, naargelang de voorkeur van de zorgverstrekker.
- Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer 5 tot 10 minuten
- Er is enkel een Engelstalige versie van deze vragenlijst beschikbaar. Voor dit onderzoek werd een Nederlandstalige en Franstalige versie voorzien via back translation.

Voor meer informatie

- Koeske, G.F., Kirk, S. A., Koeske, R. D., & Rautkis, M. B. (1994). Measuring the Monday blues: Validation of a job satisfaction scale for the human services. *Social Work Research*, 18(1), 27-35.

4.2.2 De Utrechtse Burn-out Schaal

De Utrechtse Burn-out Schaal (UBOS) is de Nederlandse vertaling van de Maslach Burnout Inventory en meet de werkbeleving (beter gekend als 'burn-out').

De UBOS is universeel aanvaard gouden standaard om burn-out te meten. De vragenlijst brengt drie onderliggende componenten van burn-out in kaart, namelijk: (emotionele) uitputting, mentale distantie en competentie. De subschalen van de UBOS zijn intern consistent, relatief stabiel over tijd en beschikken over een goede factoriële validiteit. De UBOS is tevens gevoelig voor veranderingen.

Er zijn drie versies, namelijk UBOS-C voor Contactuele beroepen (20 items), UBOS-L voor Leerkrachten (22 items) en UBOS-A voor Algemeen gebruik (15 items). De antwoordalternatieven (7-punten Likertschaal) variëren van 'nooit' tot 'altijd (dagelijks)'.

Praktische informatie

- Voor deze studie maken we gebruik van de UBOS-C voor contactuele beroepen, gezien de omgang van zorgverstrekkers met cliënten. De afname gebeurt elektronisch of via pen en papier, naargelang de voorkeur van de zorgverstrekker.
- Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer 10 minuten.
- De Nederlandstalige UBOS mag enkel gebruikt worden na het contacteren van Pearson Assessment and Information B.V. (Amsterdam) en na betaling van het instrument. Voor dit onderzoek zijn de eerste 100 afnames gratis tijdens de haalbaarheidsstudie.
- De Nederlandstalige versie is beschikbaar via Pearson Assessment and Information B.V. (Amsterdam). Voor deze studie werd een Franstalige versie van de vragenlijst voorzien via back translation.

Voor meer informatie

- Schaufeli, W.B., & Dierendonck, D. van (2000). Utrechtse Burnout Schaal (UBOS): handleiding. Amsterdam: Pearson Assessment and Information B.V.
- Schaufeli, W.B., Bakker, A.B., Hoogduin, K., Schaap, C., & Kladler, A. (2001). On the clinical validity of the Maslach burnout inventory and the burnout measure. *Psychology and Health*, 16, 565-582.

Samenvatting

Een wetenschappelijke opvolging van de federale hervormingsprojecten 'naar een betere geestelijke gezondheidszorg (GGZ)' laat toe om na te gaan of de hervorming van de GGZ in België voldoende beantwoordt aan de verwachtingen en de GGZ ook daadwerkelijk toeneemt in kwaliteit.

Drie wetenschappelijke equipes zijn betrokken bij deze maatschappelijk relevante ontwikkeling, namelijk LUCAS KU Leuven, UCL-IRSS en VUB-MESO. Dit document biedt een overzicht van de instrumenten die zullen gehanteerd worden voor de bevraging bij cliënten, familieleden als mantelzorgers en zorgverstrekkers (i.c. het derde luik van het onderzoek).

De dataverzameling voor dit deel van het onderzoek kan onderverdeeld worden in vier grote delen, namelijk de bevraging van basisgegevens van cliënten, een uitgebreide bevraging bij prioritaire cliënten, een bevraging over zorgverstrekkers en een bevraging over familieleden. Hieronder volgt een korte toelichting voor elk van die bevraging:

1. De bevraging van basisgegevens van cliënten gebeurt online bij zorgverstrekkers. Bij een grote groep van cliënten wordt informatie verzameld over een aantal achtergrondgegevens, de mate van informele steun, de klinische situatie en de sociale inclusie van cliënten.
2. De uitgebreide bevraging van cliënten gebeurt bij 15 cliënten die prioritair zijn binnen een project artikel 107 waarbij een opvolging door een zorgnetwerk vereist is. Voor het kwantitatieve deel vullen deze cliënten een vragenlijst in die verschillende thema's omvat, namelijk een aantal achtergrondgegevens, de mate van empowerment en hoop bij de cliënt, hun ervaringen met de aangeboden zorg (i.c. tevredenheid en continuïteit) en de ervaren levenskwaliteit. Daarnaast vult de zorgverstrekker een vragenlijst in over het zorggebruik van de cliënt. Voor het kwalitatieve deel worden interviews/focusgroepen georganiseerd om beter zicht te krijgen op de ervaringen van cliënten wat betreft de mate van een herstelgerichte zorg in een bepaald team/afdeling.
3. De bevraging bij een steekproef van familieleden als mantelzorgers is bij voorkeur zowel kwantitatief als kwalitatief. Via vragenlijsten worden een aantal achtergrondgegevens in kaart gebracht, alsook de mate van ondersteuning voor familieleden en de ervaren belasting voor familie als mantelzorgers. Voor het kwalitatieve deel kunnen focusgroepen georganiseerd worden om dieper in te gaan op bepaalde aspecten.
4. De bevraging bij een steekproef van zorgverstrekkers is tweeledig. De kwantitatieve bevraging staat stil bij de werkbeleving en de tevredenheid over het werk, naast een aantal achtergrondgegevens. Voor het kwalitatieve deel worden interviews/focusgroepen georganiseerd om een beter zicht te krijgen op de mate waarin een team/afdeling doordrongen is van een herstelgerichte visie en hiernaar ook handelt.

De bevraging toegelicht in dit document gebeurt aanvullend op de dataverzameling die UCL-IRSS en VUB-MESO uitvoeren om beter zicht te krijgen op de geografische afbakening, de netwerksamenstelling en de samenwerkingverbanden in functie van de cliënt.