



Vrije
Universiteit
Brussel

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

**EEN TOELICHTING VAN DE ONDERZOEKSVRAGEN EN EVALUATIEDOMEINEN 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	7
1 Op het niveau van cliënten	8
1.1 Onderzoeksvragen	8
1.2 Evaluatiedomeinen	8
1.2.1 Mate van herstel bij cliënten	8
1.2.2 Participatie van de cliënt in de zorg	10
1.2.3 De klinische situatie van cliënten	11
1.2.4 Tevredenheid bij de cliënt over de aangeboden zorg	12
2 Op het niveau van familie of nabije omgeving (als mantelzorger)	14
2.1 Onderzoeksvragen	14
2.2 Evaluatiedomeinen	14
2.2.1 Participatie van familie/mantelzorgers in de zorg van de cliënt	14
2.2.2 Aandacht voor de familie/mantelzorgers	15
3 Op het niveau van zorgverstrekkers	17
3.1 Onderzoeksvragen	17
3.2 Evaluatiedomeinen	17
3.2.1 Herstelgerichte zorg/competenties	17
3.2.2 Tevredenheid bij zorgverstrekkers over het werk	20
Samenvatting	24
Referenties	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 evaluatiedomeinen en onderzoeksvragen, relevant voor het onderzoek vanuit LUCAS KU Leuven. Dit document omvat dus geen informatie over de geografische afbakening en netwerksamenstelling (i.c. onderzoeksthema's opgenomen door VUB-MESO) of gebruik van diensten door cliënten, sociale inclusie en kwaliteit van leven bij cliënten (i.c. onderzoeksthema's opgenomen door UCL-IRSS).

De toelichting van de onderzoeksvragen en de evaluatiedomeinen is in dit document onderverdeeld in drie delen. Elk deel stemt overeen met een bepaald niveau van de bevraging, namelijk *paragraaf 1* biedt een zicht op de vragen en domeinen relevant op het niveau van de cliënt, *paragraaf 2* richt zich op het niveau van de familieleden en *paragraaf 3* licht de vragen en domeinen toe op het niveau van de zorgverstrekkers.

¹ Een zorgverstrekker 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 Op het niveau van cliënten

In deze paragraaf worden de onderzoeksvragen en evaluatiedomeinen toegelicht die binnen het onderzoek van LUCAS KU Leuven relevant zijn op het niveau van cliënten.

1.1 Onderzoeksvragen

LUCAS KU Leuven stelt vier onderzoeksvragen centraal op het niveau van de cliënt, namelijk:

1. Welke bijdrage heeft de hervorming op het herstelproces bij de cliënt?
2. Welke bijdrage heeft de hervorming op de participatie van de cliënt in de zorg?
3. Welke bijdrage heeft de hervorming op de klinische situatie (ernst problematiek) van cliënten?
4. Welke bijdrage heeft de hervorming op de tevredenheid bij cliënten over de aangeboden zorg?

1.2 Evaluatiedomeinen

Elk van bovengenoemde onderzoeksvragen stemt overeen met één of meerdere evaluatiedomeinen, relevant binnen het onderzoeksluik van LUCAS KU Leuven. Achtereenvolgens worden volgende domeinen toegelicht: de mate van herstel bij cliënten, participatie van cliënten in de zorg, de klinische situatie van cliënten en tot slot de tevredenheid van cliënten over de aangeboden zorg.

1.2.1 Mate van herstel bij cliënten

Wat betekent herstel bij cliënten?

De 'Recovery Support Strategic Initiative' van SAMHSA⁴ definieerde een nieuwe werkversie van herstel, namelijk:

"A process of change through which individuals improve their health and wellness, live a self-directed life, and strive to reach their full potential."

SAMHSA definieert tevens 4 grote dimensies die een herstelgericht leven ondersteunen, namelijk:

- Gezondheid: het kunnen omgaan met de eigen beperkingen en stoornis en leven op een gezonde manier, zowel fysisch als emotioneel.
- Huisvesting: een stabiele en veilige plaats om in te leven.
- Doelstelling: betekenisvolle dagelijkse activiteiten (bv. een job, school, vrijwilligerswerk) de onafhankelijkheid en de hulpbronnen om te participeren in de maatschappij.
- Maatschappij: relaties en sociale netwerken die ondersteuning bieden, vriendschap, liefde en hoop.

⁴ SAMHSA is het Amerikaans agentschap van volksgezondheid binnen het departement van gezondheid en maatschappelijke dienstverlening. <http://www.samhsa.gov/newsroom/advisories/1112223420.aspx>

Herstel is dus een proces en omvat verschillende dimensies. In dit evaluatiedomein focussen we op de existentiële dimensie van herstel of het interne, psychologische proces van leren leven met een stoornis en het vooropstellen van persoonlijke levensdoelen. Herstel is iets wat de cliënt zelf doet en niet iets wat hulpverleners voor de cliënt doet. Hulpverleners kunnen cliënten hem hierin wel ondersteunen (Whitley & Drake, 2010; Anthony, 1993).

Meetbare uitkomsten van de existentiële dimensie van herstel zijn oa. hoop en een gevoel van empowerment (Whitley & Drake, 2010).

Hoop omvat erkenning en aanvaarding van het probleem, een betrokkenheid tot verandering, het herordenen van prioriteiten, een focus op sterktes in plaats van zwaktes, een toekomstgericht denken en in zichzelf geloven (Schrack & Slade, 2007). Zelfmanagement betekent dat cliënten zelf de regie nemen over de eigen beperkingen, zelf leren interveniëren, zelf leren terugval voorkomen, zelf (weer) invloed uitoefenen op de eigen omgeving en zelf de weg leren vinden naar het juiste (zorg)aanbod (Mueser et al., 2002). Empowerment omvat autonomie, moed, controle, het opnemen van persoonlijke verantwoordelijkheid en zich beroepen op dezelfde rechten en verantwoordelijkheden als andere personen (Schrack & Slade, 2007).

Wat is de meerwaarde om herstel (hoop en empowerment) op te volgen?

In een gemeenschapsgerichte zorg verblijven cliënten zoveel als mogelijk in de natuurlijke omgeving en functioneren ze op een zo zelfstandig mogelijke manier. Om deze reden is het belangrijk dat cliënten bepaalde vaardigheden leren (zie hierboven), dat ze de weg vinden naar het juiste zorgaanbod en (weer) invloed kunnen uitoefenen op hun omgeving.

Hoop neemt een centrale rol in om cliënten te ondersteunen in hun herstelproces. Hoop is zowel een trigger als een factor die het herstelproces onderhoudt. Hoop is een *conditio sine qua non* voor herstel. Het herstelproces is namelijk vaak gebaseerd op het reconstrueren van betekenissen aan gebeurtenissen, zowel nieuwe als voorgaande (Schrack, Stanghellini, & Slade, 2008).

Wat zijn de beïnvloedende factoren op het herstelproces bij cliënten?

De mate waarin zorgverstrekkers een herstelgerichte zorg hanteren in hun omgang met cliënten beïnvloedt het herstelproces van cliënten. De mate van een herstelgerichte zorg is een apart evaluatiedomein in dit onderzoek en wordt toegelicht als evaluatiedomein op het niveau van de zorgverstrekkers.

1.2.2 Participatie van de cliënt in de zorg

Wat is participatie?

Participatie is inspraak in de besluitvorming en een actieve deelname aan een waaier van activiteiten (zoals planning, evaluatie, hulpverlening, onderzoek, training of rekrutering) vanuit de ervaringsdeskundigheid van de persoon, in samenwerking met professionals. Participatie kent verschillende gradaties, aangetoond aan de hand van de participatieladder. Een belangrijke opmerking hierbij is dat de hoogste gradatie niet altijd het na te streven resultaat is (Tambuyzer & Van Audenhove, 2010).

Participatie omvat verschillende deelaspecten, namelijk informatieverstrekking aan cliënten, shared decision making (inspraak en keuzevrijheid in bepalen van zorg), het aanbieden van ondersteuning in participatie in de zorg (oa. structurele inbedding) en rekening houden met noden en behoeften van cliënten (Tambuyzer & Van Audenhove, 2010).

Goede praktijken voor participatie voldoen aan een aantal criteria, zoals aangegeven in Tambuyzer & Van Audenhove (2010). Een aantal van die criteria zijn specifiek voor het thema participatie, namelijk autonomiebevorderend en empowerend, afgestemd op de behoeften en rekening houdend met het cliëntenperspectief en zijn ervaringskennis.

Wat is de meerwaarde van participatie?

Participatie van cliënten stemt overeen met een doelstelling van de hervorming, namelijk de noden van cliënten zijn het vertrekpunt bij het bepalen van zorg (Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken, 2010).

Participatie biedt zowel een meerwaarde voor cliënten als voor de organisatie zelf, zoals hieronder beschreven wordt (Tambuyzer & Van Audenhove, 2010).

- Op cliënniveau

Therapeutische waarde - herstelbevorderend: het opnemen van een actieve rol in het zorgproces faciliteert het herstelproces van de cliënt. Het bevordert gevoelens van empowerment bij de cliënt, cliënten verwerven een aantal vaardigheden en leren die benutten, zoals verhoogd zelfinzicht en ziektemanagement. Bovendien heeft de betrokkenheid van een cliënt bij het opstellen van een crisis/signaleringsplan meer kans op slagen.

Participatie draagt bij tot een *hogere tevredenheid* bij cliënten, *een betere gezondheid en een hogere kwaliteit van leven*.

Humanistische overwegingen: cliënten hebben recht op een menselijke dienstverlening die onderdeel is van de professionaliteit van de behandelaars.

Medische overwegingen: een goed geïnformeerde, respectvol benaderde en bij de behandeling betrokken cliënt zal zich meer houden aan de afspraken en richtlijnen van een behandeling.

- Op organisatieniveau

Kwaliteitsverbetering – responsiever maken van de GGZ ten aanzien van de noden van cliënten: het vragen naar het oordeel en de mening van de cliënt levert informatie op over zorgprocessen en kan zo leiden tot verbeteringen (bv. een betere toegankelijkheid, een juiste behandeling, een betrokkenheid bij het

behandelplan of meer zorg op maat). Deze verbetering is mogelijk omwille van de ervaringsdeskundigheid van de cliënt, namelijk de cliënt is vaak de enige die het succes van een bepaalde behandeling voor psychisch lijden kan beoordelen.

Ervaringsdeskundige hulpverleners besteden meer tijd aan supervisie, contacten met cliënten en dienstverlening in vergelijking met andere hulpverleners.

Wat zijn beïnvloedende factoren op participatie van cliënten in de zorg?

Een herstelgerichte werking en competenties van zorgverstrekkers stimuleren een participatie van de cliënt in de zorg. Binnen een dergelijke werking beschouwen zorgverstrekkers cliënten als evenwaardige partners, nemen ze hen ernstig en betrekken hen zoveel als mogelijk in besprekingen/beslissingen aangaande het zorgproces. Cliënten hebben recht op inspraak, keuzevrijheid en een volwaardige informatieverstrekking. De mate van een herstelgerichte zorg is een apart evaluatiedomein in dit onderzoek en wordt toegelicht als evaluatiedomein op het niveau van de zorgverstrekkers.

1.2.3 De klinische situatie van cliënten

Wat bedoelen we met de klinische situatie van cliënten?

In het onderzoek willen we een aantal klinische gegevens van de cliënt in kaart brengen, zoals de problematiek, de ervaren noden en klachten, de gemiddelde opnameduur en aantal (her)opnames, etc. Dit stemt overeen met de klinische dimensie van herstel (Whitley & Drake, 2010).

Wat is het belang om de klinische situatie op te nemen in het onderzoek?

Onderzoek toont aan dat de verandering van de ernst van de problematiek een centrale maat is om het effect van de behandeling na te gaan (Walburg, 2003).

Meetresultaten bieden de mogelijkheid om de begeleiding/behandeling te evalueren en bij te sturen indien nodig. Ze reiken handvaten in de communicatie met de cliënt zelf of andere betrokken hulpverleners. Het biedt de mogelijkheid om het behandelproces te verbeteren alsook de professionele kennis (Tyrer et al., 2007; Walburg, 2003; Slade, 2002; Hirdes et al., 2000; Ramonet et al., 2000).

Zeker bij een hervormingsprogramma is het belangrijk om de klinische situatie van de cliënt nauwlettend in het oog te houden. Er moet natuurlijk over gewaakt worden dat de psychiatrische toestand van de cliënt geen nadelen ondervindt van de hervorming en een vermaatschappelijking van zorg.

Het percentage klinische heropnames wordt internationaal veel gebruikt als indicator voor terugval of complicaties na een klinische opname bij psychiatrische stoornissen (Tyrer et al., 2007; Ramonet et al., 2000).

Wat zijn beïnvloedende factoren op de klinische situatie van cliënten?

Het is onmogelijk en onrealistisch om een zicht te krijgen op alle beïnvloedende factoren van de klinische situatie van cliënten. Dit onderzoek beoogt in eerste instantie na te gaan of de hervorming en de gepaard gaande veranderingen een bijdrage leveren op de klinische situatie van cliënten en of dit een significante bijdrage is.

1.2.4 Tevredenheid bij de cliënt over de aangeboden zorg

Wat bedoelen we met de tevredenheid van cliënten?

Tevredenheid bij cliënten kan gezien worden als een uitkomst, maar ook als een factor binnen het zorgproces dat een invloed heeft op andere uitkomsten (Ruggeri et al. 2003).

Tevredenheid bij cliënten over het zorgaanbod is het resultaat van enerzijds de perceptie bij de cliënt dat de zorg aangepast is aan diens noden en problemen, en anderzijds de mogelijkheid van de organisatie om zorg aan te bieden van een zekere kwaliteit (bv. professionele vaardigheden en gedrag, beschikbaarheid van specifieke interventies, verloop van behandeling) (Ruggeri et al., 2003). Zorgnoden kunnen opgedeeld worden in verschillende domeinen, namelijk dagbesteding, leefsituatie, sociale integratie, financiële situatie, alsook lichamelijke en geestelijke gezondheid (Becker et al., 2000).

Om meer inzicht te krijgen op de tevredenheid bij cliënten over de aangeboden zorg, gaan we na in welke mate sleutelementen in de zorg als belangrijk en als gerealiseerd beoordeeld worden door de cliënten, de hulpverleners en de familieleden. Aspecten die als zeer belangrijk en weinig gerealiseerd beoordeeld worden, verwijzen in deze meting meestal naar verbeterpunten in de zorg. Verschillen tussen de perceptie van de verschillende betrokkenen (i.c. cliënt, hulpverlener en familie) verwijzen eveneens naar agendapunten voor overleg en onderlinge afstemming (Van Audenhove et al., 2001).

Wat is de meerwaarde om de tevredenheid van cliënten over de aangeboden zorg in kaart te brengen?

Een tevredenheidsmeting van cliënten is de meest homogene en reproduceerbare indicator (Ramonet et al., 2000) en biedt verschillende voordelen. Ten eerste zorgt dit voor participatiemogelijkheden van cliënten en leidt zo tot de voordelen die te wijten zijn aan de participatie van cliënten (zie eerder bij evaluatiedomein 'participatie'). Ten tweede biedt een tevredenheidsmeting ook nog voordelen van efficiency, want een ontevreden cliënt eist meer aandacht op. Ten derde heeft het beantwoorden van noden een positieve invloed op de kwaliteitsbeleving van het leven van de cliënt. Deze relatie is zowel crosssectioneel als longitudinaal (Slade, Leese, Cahill, Thornicroft, & Kuipers, 2005; Slade et al., 2004). Tot slot is een tevredenheidsmeting ook een meerwaarde voor de marktwerking. Door de toenemende concurrentie in de gezondheidszorg kunnen cliënten van zorgaanbieder veranderen als zij niet tevreden zijn (Tambuyzer & Van Audenhove, 2010; Havenaar, van Splunteren, & Wennink, 2008).

Wat zijn beïnvloedende factoren op de tevredenheid van cliënten?

Deze factoren die de tevredenheid van cliënten beïnvloeden, kunnen onderverdeeld worden in externe en interne factoren, die hieronder worden toegelicht (Halbesleben & Rathert, 2008; Duggins & Shaw, 2006; Ruggeri et al., 2003; Garmann, Corrigan, & Morris, 2002).

- Externe factoren

Externe factoren omvatten kenmerken van voorzieningen en kenmerken van de zorgverstrekker die de tevredenheid van cliënten over de aangeboden zorg kunnen beïnvloeden.

Een aantal van de beïnvloedende kenmerken van voorzieningen zijn:

- De aanwezigheid van schrik voor geweld van andere cliënten binnen de psychiatrische instelling heeft een negatieve invloed op de tevredenheid bij cliënten.
- Een gebrek aan autonomie binnen psychiatrische afdelingen heeft een negatieve impact op de tevredenheid.
- Routines en gewoontes binnen de psychiatrische afdeling hebben een negatieve invloed op tevredenheid.
- Er is een hogere tevredenheid in gemeenschapsgerichte diensten versus ziekenhuisgerelateerde psychiatrische diensten.

Wat betreft de kenmerken van de zorgverstreker verwijzen we naar de manier van communiceren van de zorgverstreker en de mate van welbevinden/burnout bij de zorgverstreker. Er kan een sterker verband zijn tussen burnout en cliënttevredenheid als cliënten meer contact hebben met personeelsleden die burnout vertonen (en vice versa). We stellen volgende relaties vast:

- Een afnemend gevoel van bekwaamheid bij zorgverstreker gaat samen met een minder positieve beoordeling van de cliënt over de therapeutische zorgverstrekkers.
 - Emotionele uitputting (kerndimensie van burnout) gaat samen met een lagere tevredenheid van de cliënt over de aangeboden zorg (sterkste verband).
 - Depersonalisatie: onduidelijke relatie ten aanzien van tevredenheid bij cliënt.
- Interne factoren

Interne factoren zijn kenmerken van cliënten die een invloed kunnen uitoefenen op tevredenheid van cliënten over de aangeboden zorg. Een eerste factor is de mate van overeenstemming tussen cliënt en zorgverstreker met betrekking tot conditie/situatie van cliënt. Een tweede factor is de verwachting dat cliënten hebben over de psychiatrische diensten. Als cliënten lage verwachtingen hebben, heeft dit een positieve invloed op hun tevredenheid. Een derde factor is de mate van psychopathologie bij de cliënt. Een hoge mate van psychopathologie gaat samen met een lagere tevredenheid over informatie, toegang, effectiviteit en betrokkenheid van belangrijke anderen. Tot slot is er een beperkte invloed van demografische kenmerken en onbeantwoorde noden van de cliënt. Onbeantwoorde noden gaan samen met een verminderde tevredenheid over informatie, toegang en betrokkenheid van belangrijke anderen.

2 Op het niveau van familie of nabije omgeving (als mantelzorger)

2.1 Onderzoeksvragen

LUCAS KU Leuven stelt drie onderzoeksvragen centraal op het niveau van familie of nabije omgeving, namelijk:

1. Welke bijdrage heeft de hervorming op de belasting van de familie of nabije omgeving (als mantelzorger) van de cliënt?
2. Welke bijdrage heeft de hervorming op de ondersteuning voor de familie of nabije omgeving (als mantelzorger) van de cliënt?
3. Welke bijdrage heeft de hervorming op de participatie van de familie met betrekking tot de zorg, aangeboden aan de cliënt?

2.2 Evaluatiedomeinen

Elk van bovengenoemde onderzoeksvragen stemt overeen met een evaluatiedomein, relevant binnen het onderzoeksluik van LUCAS KU Leuven. Twee evaluatiedomeinen worden hieronder toegelicht, namelijk participatie van familie/mantelzorgers in de zorg van de cliënt en aandacht voor de familie/mantelzorgers.

2.2.1 Participatie van familie/mantelzorgers in de zorg van de cliënt

Wat bedoelen we met participatie van familie/mantelzorgers?

We verwijzen hierbij naar het opbouwen van partnerships met familieleden die gebaseerd zijn op gelijkwaardigheid, vertrouwen en wederzijds respect. Dit impliceert een triade of een relatie zorgverstrekker-cliënt-familieelid. De triade is een complexe relatie, aangezien de cliënt en het familieelid tegenstrijdige noden en behoeften kunnen hebben (Cleary, Freeman, & Walter, 2006).

Wat is de meerwaarde om familie/mantelzorgers te betrekken in de zorg?

Participatie van familie en aandacht voor de relatie cliënt-familie hebben een positieve invloed op de kwaliteit van zorg en bereiden cliënten voor op een leven in de maatschappij.

De familie kent de cliënt meestal zeer goed en kan hierdoor een belangrijke informatiebron zijn. Het is belangrijk dat de familie begrijpt wat kan gebeuren bij herval en wat ze kunnen doen (Jones, 2010). Bovendien is de relatie met de familie vaak invloedrijker dan die met zorgverstrekkers. Door familieleden te betrekken, hebben zorgverstrekkers zicht op hun verwachtingen, alsook hun sterktes en noden (Cleary, Freeman, & Walter, 2006).

Het in kaart brengen van de leefomgeving van cliënten kan helpen om bestaande, maar tot dan toe onbekende hulpbronnen te identificeren (Tondora et al., 2006).

Wat zijn beïnvloedende factoren op de participatie van familie/mantelzorgers?

Herstelgerichte werking en competenties van zorgverstrekkers stimuleren een participatie van de cliënt. Binnen een dergelijke werking bouwen zorgverstrekkers partnerships op met familie van cliënten, gebaseerd op gelijkwaardigheid, vertrouwen en wederzijds respect. Ze beschouwen familie als belangrijke steunbronnen in de zorg aan de cliënt (Shepherd, Boardman, & Slade, 2009; Tondora & Davidson, 2006). De mate van een herstelgerichte zorg is een apart evaluatiedomein in dit onderzoek en wordt toegelicht als evaluatiedomein op het niveau van de zorgverstrekkers.

2.2.2 Aandacht voor de familie/mantelzorgers

Wat bedoelen we hiermee?

Aandacht hebben voor de familie/mantelzorgers betekent oog hebben voor hun beleving en hen ondersteunen op verschillende manieren. Deze ondersteuning is zowel inhoudelijk, emotioneel als praktisch. Een inhoudelijke ondersteuning betekent een continue kennisoverdracht over de ziekte en bijhorende behandeling. Dit is dus ruimer dan het overhandigen van een folder met informatie over de beperking van hun familielid of kennis. Een praktische ondersteuning (bv. huishoudelijke of administratieve hulp) draagt ertoe bij dat familieleden zich gesteund voelen en ook eens tijd hebben voor zichzelf. Een emotionele ondersteuning betekent oog hebben voor de moeilijkheden die familieleden ondervinden omwille van de psychische problemen van hun familielid (bv. stigma, wanhoop). Zorgverstrekkers helpen om de communicatie en omgangsvormen binnen de familie of met de mantelzorgers te verbeteren. Ze leren familieleden/mantelzorgers omgaan met de gevolgen van de ziekte, ze helpen zoeken naar sociale activiteiten en steun, etc. Deze ondersteuningsvormen komen aan bod tijdens een familie-interventie, als evidence-based practice. Een belangrijk concept hierbij is Expressed Emotion (EE), ontwikkeld door George Brown en Michael Rutter in de jaren 1950-1960. Dit concept verwijst naar de affectieve attitudes en gedragingen – kritiek, vijandigheid en emotionele overbetrokkenheid - van (in)formele hulpverleners ten opzichte van cliënten met uiteenlopende psychiatrische ziektebeelden (Kuipers, 2006).

Wat is de meerwaarde om aandacht te hebben voor familie/mantelzorgers?

Familieleden/mantelzorgers van personen met psychische beperkingen worden zowel belast met de specifieke kenmerken van de aandoening als met de impact van die aandoening op verschillende levensdomeinen (De Rick, Opdebeeck, Van Audenhove, & Lammertyn, 2000). In een context van een vermaatschappelijking van de zorg verblijven cliënten zolang als mogelijk in de natuurlijke omgeving en worden ziekenhuisopnames zoveel mogelijk beperkt. Deze beweging kan een extra belasting voor de familie of informele zorgverstrekkers betekenen. Aandacht hebben voor familie/mantelzorgers op zowel inhoudelijk, emotioneel als praktisch vlak kan een positieve invloed hebben op de ervaren zorgbelasting (Kuipers, 2006). De ervaren zorgbelasting bij mantelzorgers (in de literatuur omschreven als 'caregiver burden') is een allesomvattende term die verwijst naar de fysieke, emotionele en financiële gevolgen van het zorg dragen voor iemand met beperkingen.

Een adequate ondersteuning van de familie/mantelzorgers voorkomt beter psychische problemen bij hen en faciliteert het herstelproces van de cliënt. Uit een onderzoek (Butzlaff & Hooley, 1998; Kavanagh, 1992) blijkt dat een hoge frequentie van kritische opmerkingen, de aanwezigheid van vijandigheid of een

hoge mate van emotionele overbetrokkenheid (=hoge Expressed Emotion) bij familieleden gerelateerd is aan een hogere kans op herval bij de psychiatrische cliënt binnen de negen maanden.

In dit hervormingsproces is het dus belangrijk aandacht te besteden aan familie/mantelzorgers opdat cliënten kunnen vertoeven in een omgeving met voldoende draagkracht en ondersteunend is en blijft voor die cliënt.

Wat zijn beïnvloedende factoren?

Binnen een herstelgerichte werking hebben zorgverstrekkers oog voor de noden van familie en is er ruimte om hen te ondersteunen (Shepherd, Boardman, & Slade, 2009; Tondora & Davidson, 2006). De mate van een herstelgerichte zorg is een apart evaluatiedomein in dit onderzoek en wordt toegelicht als evaluatiedomein op het niveau van de zorgverstrekkers. Uit een onderzoek bij personen met dementie blijkt namelijk dat de ervaren zorgbelasting bij mantelzorgers voornamelijk gerelateerd is aan de vaardigheden van de mantelzorger om om te gaan met de situatie en het een plaats proberen te geven (Parks & Novielli, 2000). Naast het belang van een informeel, sociaal netwerk, schuilt hier ook veel kracht en meerwaarde in een betrokken houding van de zorgverstrekkers, die betrokken zijn bij de cliënt voor wie de mantelzorger zorg draagt.

3 Op het niveau van zorgverstrekkers

In deze paragraaf worden de onderzoeksvragen en evaluatiedomeinen toegelicht die binnen het onderzoek van LUCAS KU Leuven relevant zijn op het niveau van zorgverstrekkers.

3.1 Onderzoeksvragen

LUCAS KU Leuven stelt twee onderzoeksvragen centraal op het niveau van zorgverstrekkers, namelijk:

1. Welke bijdrage heeft de hervorming op het aanbieden van een herstelgerichte zorg (oa. partnerships met familie en cliënten)?
2. Welke bijdrage heeft de hervorming op de tevredenheid over het werk en burn-out bij zorgverstrekkers?

3.2 Evaluatiedomeinen

Elk van bovengenoemde onderzoeksvragen stemt overeen met een evaluatiedomein, relevant binnen het onderzoeksluik van LUCAS KU Leuven. Twee evaluatiedomeinen worden toegelicht, namelijk herstelgerichte zorg/competenties en tevredenheid bij zorgverstrekkers over het werk.

3.2.1 Herstelgerichte zorg/competenties

Wat bedoelen we met herstelgerichte zorg/competenties?

Een herstelgeoriënteerde zorg omvat oa. (Shepherd, Boardman, & Slade, 2009; Tondora & Davidson, 2006):

- Een toegankelijke zorg en een persoonsgerichte aanpak: zorgverstrekkers benaderen de cliënt als een persoon en maken niet enkel contact met zijn stoornis.
- Een benadering die gebaseerd is op de sterktes van cliënten in plaats van zijn gebreken. Zorgverstrekkers geloven in het groeipotentieel van cliënten en hun zelfbeschikking.
- Het ondersteunen van cliënten in hun herstelproces en het faciliteren van dit proces. Zorgverstrekkers ondersteunen cliënten in het ontwikkelen van persoonlijke verantwoordelijkheid voor hun gezondheid, het regelen van persoonlijke zaken en het opnemen van rollen in de maatschappij.
- Het opstellen van plannen in samenspraak met de cliënt en deze plannen op regelmatige basis opnieuw bespreken:
 - Een begeleidingsplan is een gedetailleerde uitwerking van de zorg of begeleiding van een cliënt. Het is een werkinstrument met logische en meetbare zorgdoelen die een zorgplanning mogelijk maken. Het omvat eveneens evaluatiecriteria om actief te evalueren of het proces goed loopt.
 - Een herstelplan is een onderdeel van het begeleidingsplan. Het omvat levensdoelen en ondersteunt het proces van onafhankelijkheid van de cliënt ten aanzien van zorginstellingen.
 - Een crisisinterventieplan omvat duidelijke afspraken over wat er gedaan wordt in een crisis. Een signaleringsplan helpt om verhoogde risicosituaties vroegtijdig te herkennen en omvatten signalen en prodromen, alsook mogelijke acties om terugval te voorkomen.

- Bij het opstellen van plannen is het belangrijk om effectieve behandeldoelen te formuleren. Deze doelen zijn moeilijk, maar haalbaar en hebben een lichte prestatiedruk. De doelen zijn specifiek en positief geformuleerd en zijn persoonlijk relevant. Ze zijn gericht op het 'hier en nu' en de nabije toekomst en zijn geformuleerd in termen van gedrag en proces.
- Het opbouwen van partnerships met familie van cliënten, gebaseerd op gelijkwaardigheid, vertrouwen en wederzijds respect. Zorgverstrekkers beschouwen familie als belangrijke steunbronnen in de zorg aan de cliënt (zie ook het evaluatiedomein op het niveau van de familie, namelijk 'participatie van familie in de zorg van de cliënt').
- Het identificeren van en reageren op mogelijke barrières voor herstelgericht werken. Herstel is mogelijk in een zorgaanbod dat continuïteit verzekert van betekenisvolle relaties en van ondersteuningsvormen voor cliënten doorheen de tijd en over verschillende episodes en diensten heen.
- De creatie van een herstelgerichte 'cultuur' dankzij leiderschap en organisatorische betrokkenheid. Een wijziging van het risico-assessment en –management hangt hiermee samen.

De relatie tussen cliënt en zorgverstrekker is een essentiële component van de algemene kwaliteit van zorg (Garmann, Corrigan, & Morris, 2002). De relatie met en de bekwaamheid van de therapeut zijn de tweede grootste voorspellers van de uitkomst van psychotherapie, namelijk 30%. De grootste voorspellers zijn veranderingen buiten de therapie om (i.c. 40%) (Lambert & Barley, 2001)⁵. Studies laten ook een significante relatie zien tussen de sterkte van de therapeutische relatie en verbeterde uitkomsten, zoals een verminderde ernst van symptomen, een verbetering van het algemeen functioneren en een verbeterde kwaliteit van leven (Howgego, Yellowlees, Owen, Meldrum, & Dark, 2003). Cliënten identificeren de kwaliteit van de therapeutische relatie als de meest cruciale factor in de psychiatrische zorg (Priebe & McCabe, 2006).

Het belang van de therapeutische relatie brengt ons bij een nieuwe rol binnen de hervorming, namelijk de referentiepersoon. Hij is een therapeutische sleutelfiguur die een goede therapeutische relatie heeft met de cliënt, gekenmerkt door vertrouwen. De referentiepersoon blijft tevens de centrale figuur voor de cliënt, waar deze zich dan ook in de hulpverlening bevindt (Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken, 2010).

Een literatuurstudie van DeSmet et al. (2010) over de kerncompetenties van actoren in het hervormingsprogramma duidt op het belang van volgende kenmerken en competenties bij de referentiepersoon, relevant in deze context:

- Elke cliënt heeft één referentiepersoon, die hijzelf heeft gekozen of door hem wordt aanvaard. De referentiepersoon heeft een vertrouwensband met de cliënt.
- De referentiepersoon beschikt over klinische competenties in de geestelijke gezondheidszorg.
- De referentiepersoon heeft als taak het opstellen van het zorgplan en de opvolging ervan te bewaken. Hij bewaakt de continuïteit van zorg en is aanwezig op elk belangrijk overleg van de cliënt.
- De referentiepersoon heeft contact met de natuurlijke omgeving van de cliënt. Hij beschouwt de referentiepersoon de natuurlijke omgeving als de primaire bronnen van zorg.
- De referentiepersoon werkt outreachend.

⁵ http://cms.psychotherapie.nl/NVPCMS/upload/7_181.pdf

Wat is de meerwaarde van een herstelgerichte zorg?

Een herstelgerichte werking bevordert het herstelproces van de cliënt. Het finale doel van zorg is uiteindelijk zich overbodig maken en ervoor zorgen dat cliënten leren omgaan met hun beperkingen, weten wat ze kunnen doen ingeval van problemen, hervat tijdig kunnen herkennen, etc. (zie eerder bij het evaluatiedomein 'herstel' op het niveau van cliënten).

Een regelmatig assessment van de visie van de cliënt als deel van een therapeutische sessie verbetert zowel de therapeutische relatie als de situatie van de cliënt (Priebe, & McCabe, 2006).

Werken met herstelplannen waarbij persoonlijke levensdoelen worden opgesteld heeft een positieve invloed op herstel. Het toekomstgerichte aspect van die doelen en het samen streven ernaar hebben namelijk een positieve impact op hoop bij de cliënt (Kylmä, Juvakka, Nikkonen, Korhonen, & Isohanni, 2006).

Wat zijn beïnvloedende factoren op een herstelgerichte werking?

De mate waarin zorgverstrekkers een herstelgerichte benadering hanteren, is afhankelijk van verschillende factoren, namelijk zowel organisatorisch als individueel (Shepherd, Boardman, & Slade, 2009; Tondora & Davidson, 2006). Dit lichten we hieronder verder toe.

Organisatorische factoren verwijzen naar de mate waarin een organisatie doordrongen is van een herstelgerichte cultuur en hiernaar handelt. Dit is onder andere duidelijk in het risico-assessment en –management en de mate waarin personeelsleden inspraak hebben in veranderingsprocessen en beslissingen. Indien dit laatste beperkt aanwezig is, is de kans groter dat zij op hun beurt een minder participatieve benadering hanteren in hun begeleiding van cliënten en familieleden.

Een individuele factor die de mate van een herstelgerichte werking beïnvloedt, is de tevredenheid over het werk en de werkbeleving bij zorgverstrekkers. De werkbeleving wordt verder toegelicht bij het volgende evaluatiedomein 'tevredenheid bij zorgverstrekkers over het werk'.

De werkbeleving heeft een impact op de kwaliteit van zorg, waarvan de therapeutische relatie cliënt-zorgverstrekker een indicatie is (Morse, Salyers, Rollins, Monroe-DeVita, & Pfahler, 2011; Halbesleben & Rathert, 2008; Garmann, Corrigan, & Morris, 2002). Het concept 'Expressed Emotion (EE)' bepaalt het affectieve klimaat van deze therapeutische relatie. Dit concept is dus niet enkel relevant om het affectieve klimaat van de relatie cliënt-familie te bepalen (zie eerder). Zorgverstrekkers met een lage EE hebben hun eigen gevoelens onder controle, kunnen hun cliënten goed motiveren, stellen duidelijke grenzen en hebben begrip voor de moeilijkheden en het storend gedrag van cliënten (Van Humbeeck & Van Audenhove, 2004). Dit soort relatie en houding stimuleert een herstelgerichte werking. Er is een positief verband gevonden tussen EE en de intentie bij de zorgverstrekker om te stoppen met de huidige functie. Een relatie tussen EE en burn-out werd niet gevonden (Van Humbeeck, Van Audenhove, & Declercq, 2004).

3.2.2 Tevredenheid bij zorgverstrekkers over het werk

Wat bedoelen we met tevredenheid over het werk?

Tevredenheid over het werk is het geheel van positieve emotionele reacties en attitudes die personen hebben ten aanzien van hun werk. Deze tevredenheid omvat verschillende aspecten, zoals tevredenheid over de werkinhoud en de waardering, tevredenheid met de verantwoordelijke en collega's, tevredenheid over het werkklimaat en de mate van autonomie, de tevredenheid over promotie en financiële voordelen. Elk van die aspecten oefent een invloed uit op de ervaren tevredenheid over het werk en lichten we in een volgend punt verder toe (Roelen, Koopmans, & Groothoff, 2008).

Ontevredenheid met het werk bij zorgverstrekkers is één van de meest significante factoren die bijdragen tot burn-out. De criteria die de meest accurate voorspellers van burn-out zijn, zijn ontevredenheid over loon en beloningen, verminderde mogelijkheid tot promotie of bepaalde voordelen, en ontevredenheid over werkklimaat (collega's of verantwoordelijken) (Ogresta, Rusac, & Zorec, 2008).

Burn-out wordt omschreven als een werkgerelateerde psychische vermoeidheidstoestand (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001). Burn-out is een syndroom dat bestaat uit drie onderliggende symptomen. Iemand met burn-out (1) is emotioneel uitgeput, (2) depersonaliseert derden en (3) heeft het idee verminderd persoonlijk bekwaam te zijn. Burn-out en engagement zijn twee afzonderlijke dimensies die negatief correleren met elkaar. Een afwezigheid van burnout betekent niet dat iemand engagement vertoont.

Wat is de meerwaarde om de tevredenheid over het werk na te gaan?

De relevantie om de tevredenheid op het werk na te gaan, blijkt uit studies die aantonen dat zorgverstrekkers een groter risico hebben om burn-out te ontwikkelen als ze werken met cliënten met ernstige psychische aandoeningen (Acker, 2003).

Bovendien heeft de tevredenheid over het werk en burn-out bij zorgverstrekkers een impact op de situatie van de cliënt, de kwaliteit van zorg (namelijk de therapeutische relatie cliënt-zorgverstrekker) en de tevredenheid bij cliënten. Concreet worden volgende relaties vastgesteld (Morse et al., 2011; Halbesleben & Rathert, 2008; Garmann, Corrigan, & Morris, 2002):

- Een hoge mate van emotionele uitputting en depersonalisatie is gelinkt aan negatieve attitudes bij zorgverstrekkers ten aanzien van cliënten. Negatieve attitudes bij zorgverstrekkers hangen samen met minder goede uitkomsten bij cliënten met ernstige psychische stoornissen. Dit valt te verklaren door de invloed ervan op de cliënt door een vorm van zelfvullende voorspelling.
- De mate waarin burn-out bij de zorgverstrekker de therapeutische relatie tussen cliënt-zorgverstrekker verslechtert, kan een negatieve impact hebben op de mate waarin de cliënt trouw is aan de behandeling. Dit doet de hersteltijd toenemen. Ingeval van burn-out geven cliënten aan dat ze er langer over doen om terug normaal te functioneren na een ziekenhuisopname. Dit is een significante relatie, zelfs na controle van ernst van ziekte (in termen van duur van hospitalisatie).
- Burn-out hangt samen met een verminderde kwaliteit van zorg aan de cliënt, waarbij zorgverstrekkers minder empathisch zijn, minder samenwerken en minder attent/aandachtig zijn.
- Zie eerdere informatie met betrekking tot beïnvloedende factoren op de tevredenheid van de cliënt.

Binnen de GGZ is het een uitdaging om burn-out bij zorgverstrekkers op regelmatige basis te bevragen aan de hand van gestandaardiseerde instrumenten. Op die manier is het mogelijk om beter zicht te krijgen op dit fenomeen, namelijk het voorkomen, de oorzaken, effecten en interventies om burn-out aan te pakken (Paris & Hoge, 2009).

Wat zijn beïnvloedende factoren op de tevredenheid over het werk?

Deze factoren kunnen onderverdeeld worden in 4 groepen, namelijk vereisten en hulpmiddelen binnen de job, kenmerken van de doelgroep en van de zorgverstrekkers. Omgevingsfactoren of factoren die gebonden zijn aan de organisatie hebben een grotere invloed op een mogelijke burn-out van zorgverstrekkers dan individuele kenmerken van die zorgverstrekkers (Morse et al., 2011). Er zijn 4 factoren die het grootste deel van de tevredenheid over het werk verklaren, namelijk variëteit in taken, werkomstandigheden, werklast en carrièremogelijkheden (Roelen, Koopmans, & Groothoff, 2008).

▪ Vereisten binnen het werk (job demands)

Jobvereisten kunnen zowel kwantitatief (werklast) als kwalitatief (emotionele belasting) zijn. Hoge en ongunstige vereisten binnen het werk (bv. tijdsdruk en werklast) zijn gelinkt aan emotionele uitputting bij zorgverstrekkers (cf. energetisch proces van jobresources&demands model van Schaufeli & Bakker, 2004). Voorbeelden van jobvereisten die een negatieve impact uitoefenen op de tevredenheid over het werk zijn: teveel administratief werk, werklast en tijdsdruk en een te grote caseload (Boyer & Bond, 1999; Orgestra et al., 2008; Morse et al., 2011).

Een lage caseload voor zorgverstrekkers vermindert de kans op burn-out. De mogelijkheid van het personeel om grenzen te stellen aan het werk lijkt essentieel om te kunnen omgaan met stress die gerelateerd is aan het werken met cliënten met ernstig psychiatrische problemen (Finch & Krantz, 1991).

▪ Hulpmiddelen binnen het werk (job resources)

Hulpmiddelen binnen het werk dragen bij tot ofwel het bereiken van werkdoelstellingen (extrinsieke motivatie), ofwel de reductie van jobvereisten, ofwel het stimuleren van de persoonlijke groei en ontwikkeling (intrinsieke motivatie). Hierbij kan een onderscheid gemaakt worden tussen (Demerouti, Bakker, Nachreiner, & Schaufeli, 2001; Acker, 2003):

- Organisatorische hulpbronnen omvatten controle over het uitvoeren van de job, mogelijkheid tot kwalificatie, participatie in het nemen van beslissingen (autonomie) en variëteit in taken/vaardigheden.
- Sociale hulpbronnen verwijzen naar ondersteuning van collega's, feedback en supervisie.

De aanwezigheid van hulpmiddelen op het werk verlagen de kans dat iemand zich zal minder engageren of terugtrekken op het werk (disengagement) (cf. motivationeel proces van het jobresources&demands model van Schaufeli & Bakker, 2004). Bovengenoemde hulpmiddelen hebben een impact op de tevredenheid bij zorgverstrekkers over hun werk (Morse et al., 2011; Orgestra et al., 2008). Ter illustratie wordt de impact van een aantal hulpbronnen hieronder verder toegelicht:

- Een teambenadering biedt gedeelde verantwoordelijkheid. Casemanagers hebben niet het gevoel er alleen voor te staan en hebben ondersteuning van het volledige team. Ingeval van problemen zoekt het team naar mogelijke oplossingen. Deze benadering faciliteert communicatie en zorgt voor een toekenning van duidelijke verantwoordelijkheden aan teamleden.

- De mogelijkheid hebben om sensitieve en vertrouwelijke zaken te bediscussiëren met supervisors kan leiden tot minder emotionele uitputting en depersonalisatie. Dit heeft een positieve invloed op de zorg die geleverd wordt aan de cliënt. Dit werd toch zo ervaren bij jongere, mannelijke verpleegkundigen in een gemeenschapsgerichte zorg (Community Mental Health Nurses) (Edwards, Burnard, Hannigan, Cooper, Adams, Juggessur, Forthergil, & Coyle, 2006).
- Personen ervaren rolconflict als hen incompatibele vragen en verwachtingen gesteld worden. Rolambiguïteit doet zich voor bij het ontbreken van een duidelijk gedefinieerd takenpakket met doelstellingen en verantwoordelijkheden. In beide gevallen ontstaat een ontevredenheid bij de persoon met zijn rol, ervaart hij angst en zal hij hierdoor minder effectief presteren. Een werking waarbij een persoon voor de uitvoering van taken enkel verantwoording verschuldigd is aan één leidinggevende leidt tot een hogere tevredenheid, een meer effectieve werking en het bereiken van meer doelen (Acker, 2003). Het Assertive Community Treatment model is het meest expliciet en operationeel gedefinieerd model, biedt rolduidelijkheid en heeft zo een positieve invloed op de tevredenheid van zorgverstrekkers met betrekking tot hun job (Boyer & Bond, 1999).

- Doelgroep

Werken met cliënten met ernstig psychiatrische stoornissen is gecorreleerd aan hogere niveaus van emotionele uitputting en depersonalisatie. Dit houdt verband met de voortdurende en significante hoeveelheid van werk dat vereist is opdat de cliënt erin slaagt om kleine verbeteringen te maken in de behandeling (Acker, 2010).

Voornamelijk cliënten met schizofrenie lijken veel te vragen, deels omwille van hun lage responsiviteit en gebrek aan wederkerigheid (Acker, 2010). Het percentage van cliënten die drug gebruiken is ook gecorreleerd met ontevredenheid over het werk (Boyer & Bond, 1999).

Echter, bepaalde hulpmiddelen of vereisten binnen de job (bv. teambenadering of lage caseload, zie eerder) kunnen het negatieve effect van een moeilijke doelgroep teniet doen (Boyer & Bond, 1999). Dit strookt met Demand-Control-Support model (Sargent & Terry, 2000), waarbij een veeleisende job met hoge verwachtingen, maar ook veel controle en autonomie en steun van het team, de tevredenheid van zorgverstrekkers over hun job bevordert. Sneller verandering zien en cliënten uit ziekenhuizen houden, heeft een positieve effect op de tevredenheid bij zorgverstrekkers over hun job (Nelson, Johnson, & Bebbington, 2009).

De tevredenheid van zorgverstrekkers binnen ziekenhuizen versus gemeenschapsgerichte diensten is afhankelijk van de context, bv. de mate van contact met cliënten waaruit personeelsleden een gevoel van beloning uithalen (Gigantesco, Picardi, Chiaia, Balbi, & Morosini, 2003). Echter, hoe frequenter het contact met cliënten, hoe lager de tevredenheid over de job (Boyer & Bond, 1999).

- Kenmerken van zorgverstrekkers

Zorgverstrekkers met meer levens- en werkervaring hebben een lager risico op burn-out (Acker, 2010). Toch betekent dit niet dat de tevredenheid over het werk hierdoor toeneemt (Ranz, Stueve & McQuiston, 2001; Boyer & Bond, 1999).

Zorgverstrekkers hebben vaak negatieve attitudes tegenover cliënten met ernstige psychiatrische problemen. Hoe langer men werkt binnen GGZ, hoe meer negatieve attitudes ten aanzien van de cliënt (Acker, 2010).

In bepaalde studies is er een verschil gevonden tussen de verschillende beroepsgroepen, bv. een lagere tevredenheid bij sociaal werkers en assistenten van verpleegkundigen (in Gigantesco et al. 2003).

Daarnaast is ook invloed mogelijk van individuele kenmerken, als geslacht, leeftijd, burgerlijke en familiale status (Acker, 2003).

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 onderzoeksvragen en de evaluatiedomeinen die de onderzoeksequipe LUCAS KU Leuven centraal stelt in het onderzoek.

Deze onderzoeksthema's kunnen onderverdeeld worden in 3 niveaus, namelijk 'cliënten', 'familieleden als mantelzorgers' en 'zorgverstrekkers'. Op het niveau van cliënten worden volgende thema's toegelicht: 'mate van herstel bij de cliënt', 'participatie van de cliënt in de zorg', 'klinische situatie van de cliënt' en 'tevredenheid van de cliënt over de aangeboden zorg'. Op het niveau van familie volgt een toelichting over de evaluatiedomeinen 'participatie van familie in de zorg aan de cliënt' en 'aandacht voor de familie'. Op het niveau van zorgverstrekkers staat het onderzoek van LUCAS KU Leuven stil bij de evaluatiedomeinen 'herstelgerichte zorg/competenties' en 'tevredenheid over het werk'.

Per niveau volgt een overzicht van de onderzoeksvragen en van de evaluatiedomeinen die daaraan gekoppeld zijn. Voor elk evaluatiedomein wordt de betekenis ervan in dit onderzoek toegelicht, alsook de meerwaarde en de beïnvloedende factoren.

Om een volledig zicht te hebben op het onderzoek binnen het hervormingsprogramma is het belangrijk om deze informatie aan te vullen met de onderzoeksvragen en evaluatiedomeinen vanuit de onderzoeksequipe UCL-IRSS en VUB MESO. Deze equipes richten zich op de geografische afbakening, de netwerksamenstelling en de samenwerkingverbanden in functie van de cliënt (zorggebruik).

Referenties

- Acker, G.M. (2003). Role conflict and ambiguity. *Social Work in Mental Health*, 1 (3), 63-80.
- Acker, G.M. (2010). The challenges in providing services to clients with mental illness: managed care, burnout and somatic symptoms among social workers. *Community Mental Health Journal*, 46 (6), 591-600.
- Anthony, W. (1993). Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. Reprinted from *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), pp. 11-23.
- Boyer, S.L. & Bond, G.R. (1999). Does assertive community treatment reduce burnout? A comparison with traditional case management. *Mental Health Services Research*, 1 (1), 31-45.
- Butzlaff, A.M. & Hooley, J.M. (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse. *Archives of General Psychiatry*, 55, 547-552.
- Cleary, M., Freeman, A. & Walter, G. (2006). Carer participation in mental health service delivery. *International Journal of Mental Health Nursing*, 15, 189-194.
- Demerouti, E., Bakker, A.B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W.B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86 (3), 499-512.
- De Rick, K., Opdebeeck, S., Van Audenhove, Ch., & Lammertyn, F. (2000). De gezinsleden van personen met langdurige psychische problemen. LUCAS KU Leuven.
- DeSmet, A., De Jaegere, V., De Coster, I., Van Audenhove, Ch. (2010). Kerncompetenties van actoren in 'Betere GGZ' projecten: beschrijving van literatuur. LUCAS KU Leuven.
- Duggins, R. & Shaw, I. (2006). Examining the concept of patient satisfaction in patients with a diagnosis of schizophrenia: a qualitative study. *Psychiatric Bulletin*, 30, 142-145.
- Edwards, D., Burnard, P., Hannigan, B., Cooper, L., Adams, J., Juggessur, T., Forthergil, A., & Coyle, D. (2006). Clinical supervision and burnout: the influence of clinical supervision for community mental health nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 1007-1015.
- Finch, E.S. & Krantz, S.R. (1991). Low burnout in a high-stress setting: a study of staff adaptation at Fountain House. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 14 (3), 15-26.
- Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken* (2010). Brussel: Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.
- Gigantesco, A., Picardi, A., Chiaia, E., Balbi, A., & Morosini, P. (2003). Job satisfaction among mental health professionals in Rome, Italy. *Community Mental Health Journal*, 39 (4), 349-355.
- Garmann, A.N., Corrigan, P.W., & Morris, S. (2002). Staff burnout and patient satisfaction: evidence of relationships at the care unit level. *Journal of Occupational Health Psychology*, 7 (3), 235-241.
- Halbesleben, J.R.B. & Rathert, C. (2008). Linking physician burnout and patient outcomes: Exploring the dyadic relationship between physicians and patients. *Health Care Management Review*, 33(1), 29-39.
- Havenaar, J., van Splunteren, P., & Wennink, J. (2008). *Koersen op kwaliteit in de GGZ*. Uitgeverij Van Gorcum.

- Howgego, I.M., Yellowlees, P., Owen, C., Meldrum, L., & Dark, F. (2003). The therapeutic alliance: the key to effective patient outcome? A descriptive review of the evidence in community mental health case management. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 169-183.
- Jones, K. (2010). Family carer education in mental health. WHO Regional Office for Europe. Empowerment in Mental Health – Working together towards Leadership. A meeting in partnership with the European Commission. Hosted by EUFAMI. 27-28 October 2010, Leuven.
- Kavanagh, D.J. (1992). Recent development in expressed emotion and schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 160, 601-620.
- Kuipers, E. (2006). Family interventions in schizophrenia: evidence for efficacy and proposed mechanisms of change. *Journal of Family Therapy*, 28, 73-80.
- Kylmä, J., Juvakka, T., Nikkonen, M., Korhonen, T., & Isohanni, M. (2006). Hope and schizophrenia: an integrative review. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 13, 651-664.
- Lambert, M.J. & Barley, D.E. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 38(4), 357-361.
- Leff, J. (ed.) (1997). *Care in the community: illusion or reality?* Chichester: Wiley.
- Maslach, C. (1976). Burned-out. *Hum. Behav.* 5, 16-22.
- Maslach, C., Schaufeli, W.B., & Leiter, M.P. (2001). Job burnout. *Annu. Rev. Psychol.*, 52, 397-422.
- Morse, G., Salyers, M.P., Rollins, A.L., Monroe-DeVita, M., & Pfahler, C. (2011). Burnout in mental health services: a review of the problem and its remediation. *Adm Policy Ment Health*.
- Moore, E., Ball, R.A., & Kuipers, L. (1992). Expressed emotion in staff working with the long-term mentally ill. *British Journal of Psychiatry*, 161, 802-808.
- Mueser, K.T., Corrigan, P.W., Hilton, D.W., Tanzman, B., Schaub, A., Gingerich, S., Essock, S.M., Tarrrier, N., Morey, B., Vogel-Scibilia, S. & Herz, M.I. (2002). Illness Management and Recovery: a review of the research. *Psychiatric Services*, 53 (10).
- Nelson, T., Johnson, S., & Bebbington, P. (2009). Satisfaction and burnout among staff of crisis resolution, assertive outreach and community mental health teams. A multicentre cross sectional survey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.*, 44, 541-549.
- Ogresta, J., Rusac, S. & Zorec, L. (2008). Relation between burnout syndrome and job satisfaction among mental health workers. *Croat. Med.* 49, 364-374.
- Paris, M. & Hoge, M.A. (2009). Burnout in the Mental Health Workforce: A Review. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*. 37(4).
- Parks, S.M. & Novielli, K.D. (2000). A practical guide to caring for caregivers. *American Family Physician*, 62 (12), 2613-2620.
- Priebe, S. & McCabe, R. (2006). The therapeutic relationship in psychiatric settings. *Acta Psychiatr Scand.*, 113, 69-72.

- Ramonet, M., Roelandt, J. L., Defromont, L., & Daumerie, N. (2000). Modèles de soins en psychiatrie: comment mesurer leurs effets cliniques? *Revue de la littérature*.
- Ranz, J., Stueve, A., & McQuiston, H.L. (2001). The role of the psychiatrist: job satisfaction of medical directors and staff psychiatrists. *Community Mental Health Journal, 37*, 525-539.
- Roelen, C.A.M., Koopmans, P.C., & Groothoff, J.W. (2008). Which work factors determine job satisfaction? *Work, 30*, 433-439.
- Ruggeri, M., Lasalvia, A., Bisoffi, G., Thornicroft, G., Vazquez-Barquero, J.L., Becker, T., Knapp, M., Knudsen, H.C., Schene, A., Tansella, M. & EPSILON Study Group (2003). Satisfaction with mental health services among people with schizophrenia in five European sites: results from the EPSILON study. *Schizophrenia Bulletin, 29* (2), 229-245.
- Sargent, L.D., & Terry, D.J. (2000). The moderating role of social support in Karasek's job strain model. *Work & Stress, 14* (3), 245-261.
- Schaufeli, W.B. & Bakker, A.B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: a multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior, 25* (3), 293-315.
- Schrank, B., Stanghellini, G., & Slade, M. (2008). Hope in psychiatry: a review of the literature. *Acta Psychiatr. Scand. 118*, 421-433.
- Schrank, B. & Slade, M. (2007). Recovery in psychiatry. *Psychiatric Bulletin, 31*, 321-325.
- Shepherd, G., Boardman, J., & Slade, M. (2009). *Implementing recovery: a methodology for organisational change* Sainsbury Centre for Mental Health.
- Slade, M. (2002). What outcomes to measure in routine mental health services, and how to assess them: a systematic review. *Australian and New Zealand journal of psychiatry, 36*, 743-753.
- Slade, M., Leese, M., Ruggeri, M., Kuipers, E., Tansella, M., & Thornicroft, G. (2004). Does meeting needs improve quality of life? *Psychotherapy Psychosomatics, 73*, 183-189.
- Slade, M., Leese, M., Cahill, S., Thornicroft, G., & Kuipers, E. (2005). Patient-rated mental health needs and quality of life improvement. *British journal of psychiatry, 187*, 256-261.
- Tambuyzer, E. & Van Audenhove, C. (2010). Participatie van patiënten en mantelzorgers in de Therapeutische Projecten. Leuven: LUCAS KU Leuven.
- Tambuyzer, E. & Van Audenhove, C. (2010). Goede praktijken van participatie in de GGZ. *Tijdschrift voor rehabilitatie, 19* (1), 56-65.
- Tondora, J. & Davidson, L. (2006). *Practice guidelines for recovery-oriented behavioral health care*. Connecticut Department of Mental Health and Addiction Services.
- Tyrer, P., Coid, J., Simmonds, S., Joseph, P., & Marriott, S. (2007). Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality (Review). *The Cochrane Collaboration*.
- 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.

Van Humbeeck, G. & Van Audenhove, C. (2004). Expressed emotion in professionele zorgrelaties: een literatuuroverzicht. *Passage*, 3, 24-32.

Van Humbeeck, G., Van Audenhove, C., & Declercq, A. (2004). Mental health, burnout and job satisfaction among professionals in sheltered living in Flanders: a pilot study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 569-575.

Walburg, J. A. (2003). *Uitkomstenmanagement in de gezondheidszorg. Het opbouwen van lerende teams in de zorgorganisaties*. Maarsen, Elsevier gezondheidszorg.

Whitley, R. & Drake, R.E. (2010). Recovery: a dimensional approach. *Psychiatric Services (Open Forum)*. 61, 1248-1250.