

# IMPACT VAN DE GGZ-HERVORMING OP CLIËNTEN, FAMILIELEDEN EN HULPVERLENERS

Eva HELMER, Joke VANDERHAEGEN, Aline SEVENANTS, Inge NEYENS en Chantal VAN AUDENHOVE<sup>1</sup>

*Je kan er in de Belgische geestelijke gezondheidszorg (GGZ) niet omheen: onder de vlag van Artikel 107 beweegt deze zorg naar vernieuwing. Begrippen als 'zorgnetwerk', 'vermaatschappelijking' en 'herstel' staan hierin centraal. In dit artikel geven we een korte kadering van deze hervorming en schetsen we het opzet van de bijhorende wetenschappelijke evaluatie. Daarna zoomen we in op de impact van de hervorming op bepaalde aspecten bij cliënten, familieleden en hulpverleners.*

## De GGZ-hervorming

Zoals in andere Westerse landen verschuift de klemtoon in de Belgische GGZ naar 'vermaatschappelijking van de zorg'. Vermaatschappelijking van de zorg bestaat uit drie onderdelen. (1) Het is een zorgvorm waarin de focus ligt op de sociale integratie van de cliënt. Dit wil zeggen dat de cliënt herstelt via rehabilitatieprojecten en als volwaardig burger deelneemt aan de maatschappij. (2) Verder impliceert vermaatschappelijking van de zorg ook een humanisering van de zorg. Dit houdt een vervanging van intramurale

zorg naar meer zorg in de natuurlijke omgeving van de cliënt in. (3) Ten slotte is er in deze beweging ook aandacht voor de maatschappelijke aspecten van de psychische problemen. Zo dienen er veranderingen te worden aangebracht in de sociale omgeving van de cliënt, onder andere via een sterkere samenwerking met de wereld van werk, de welzijnsinstellingen en de eerstelijnszorg (Van Audenhove, Van Humbeek & Van Meerbeek, 2005).

De vermaatschappelijking van de zorg heeft in België uitdrukking gekregen in Artikel 107 uit de ziekenhuiswetgeving. De toepassing van dit artikel laat toe ziekenhuisbedden af te bouwen en de GGZ te herorganiseren via de creatie van projecten 'naar een betere GGZ'. Dit zijn regionale zorgnetwerken van GGZ-voorzieningen waarbinnen eerstelijnszorg en residentiële voorzieningen worden aangevuld met mobiele equipes met expliciete aandacht voor rehabilitatie, wonen en dagbesteding. Hiermee sluit de Belgische hervormingsbeweging aan bij de internationale trend van 'deinstitutionalisering en vermaatschappelijking van de zorg'.

---

1 Eva Helmer is wetenschappelijk medewerker, dr. Joke Vanderhaegen, dr. Aline Sevenants en dr. Inge Neyens zijn senior onderzoekers en Prof. dr. Chantal Van Audenhove is directeur van Lucas, Centrum voor zorgonderzoek en consultancy van de KU Leuven. Contact: [eva.helmer@med.kuleuven.be](mailto:eva.helmer@med.kuleuven.be).

## Wetenschappelijke evaluatie

In het kader van de hervormingsbeweging werd door de FOD Volksgezondheid een wetenschappelijke evaluatie van de projecten 'naar een betere GGZ' voorzien. Dit gebeurde van 2011 tot en met 2013 in de vorm van een haalbaarheidsstudie (i.c. een studie waaruit moet blijken of een onderzoeksopzet haalbaar is) waarin drie onderzoeksequipes<sup>2</sup> onderzochten of de uitvoering van de hervorming overeenstemt met de visie van het hervormingsprogramma zoals voorgesteld in de gids 107. In dit artikel gaan we in op de belangrijkste resultaten van het onderzoeksluik dat door KU Leuven LUCAS onder de loep werd genomen.

Dit luik is gericht op een beperkt aantal evaluatiecriteria, nl. (1) de mate van herstel bij cliënten, (2) de tevredenheid van cliënten over de aangeboden zorg, (3) herstelgerichte zorg in verblijfsafdelingen voor lange duur, (4) ondersteuning en belasting bij familieleden en (5) tevredenheid over het werk bij hulpverleners. Aangezien het gaat om een haalbaarheidsstudie en de steekproeven van respondenten niet representatief zijn, is er voorzichtigheid geboden bij de generaliseerbaarheid van de resultaten.

De eerste tien opgestarte projecten 'naar een betere GGZ' deden mee aan de haalbaarheidsstudie, in het totaal goed voor zo'n 400 deelnemende GGZ-diensten. Wij beoogden in elk project de bevraging van een representatieve steekproef van zowel cliënten, familieleden als hulpverleners. De methode van datacollectie

bestond uit gestandaardiseerde vragenlijsten en interviews. Achtereenvolgens gaan we de vraagstelling, de methode en de resultaten bespreken van de bevragingen bij de verschillende doelgroepen.

### *De mate van herstel bij cliënten*

Een belangrijke doelstelling van de huidige hervorming in de geestelijke gezondheidszorg is het realiseren van een goede kwaliteit van leven bij personen met een psychische kwetsbaarheid. Hierbij gaat er aandacht uit naar herstel van cliënten. Herstel betekent in deze context een intern proces van leren leven met een psychische kwetsbaarheid en het vooropstellen van persoonlijke levensdoelen. Dit is belangrijk wanneer cliënten (terug) invloed leren uitoefenen op hun omgeving en bepaalde vaardigheden leren. Immers, in een gemeenschapsgerichte zorg verblijven cliënten zoveel als mogelijk in hun natuurlijke netwerk en functioneren ze hierin op een zo zelfstandig mogelijke manier.

Eén van de meetbare uitkomsten van herstel is **hoop**. 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 (Schrang & Slade, 2007). Dit is één van de centrale kernelementen van herstel bij mensen met ernstige psychische klachten (Whitley & Drake, 2010). Om de mate van hoop bij cliënten in de projecten 'naar een betere GGZ' in kaart te

2 Opdrachtgever en fondsen voor dit onderzoek kwam van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. De onderzoeksequipes bestonden uit Prof. dr. Chantal Van Audenhove, dr. Joke Vanderhaegen en Eva Helmer voor LUCAS van de KU Leuven, Prof. dr. Vincent Lorant, dr. Pablo Nicaise en Adeline Grard van UCL IRSS en Prof. dr. Mark Leys en Stephanie Van der Donck van VUB MESO. Het onderzoek van de equipe UCL IRSS richtte zich op het gebruik van diensten door cliënten, sociale inclusie en kwaliteit van leven bij cliënten. De equipe VUB MESO onderzocht de geografische afbakening en netwerkamenstelling van de projecten.

brengen maakten we gebruik van de vragenlijst HOOP (Hearth, 1992). Iets minder dan honderd cliënten uit verschillende zorgvormen vulden deze vragenlijst in.

Uit de uitkomsten blijkt dat het individuele herstelproces van de meeste cliënten reeds begonnen is, maar zich nog niet helemaal heeft voltrokken. Zo verleenden de cliënten geen uitgesproken positieve of negatieve betekenis aan heden of toekomst. Ook vertoonden ze geen opmerkelijke verbondenheid tot anderen, innerlijke sterkte of zelfwaardergevoel. Dit zou niet mogen verbazen aangezien alle deelnemende cliënten werden aangeduid door de hulpverleners als prioritair voor verdere opvolging door het zorgnetwerk. Een interessante vaststelling is wel dat de cliënten die werden behandeld door een mobiele equipe (één van de meest in het oog springende realisaties van de hervorming) een hoger gevoel van innerlijke sterkte en zelfwaarde ervaren ten opzichte van cliënten uit andere (voornamelijk GGZ-)zorgvormen. Ook verlenen ze een meer positieve betekenis aan heden en toekomst. Ze ervaren echter minder een gevoel van onderlinge verbondenheid.

“**Cliënten die werden behandeld door een mobiele equipe ervaren een hoger gevoel van innerlijke sterkte en zelfwaarde ten opzichte van cliënten uit andere (voornamelijk GGZ-)zorgvormen.**”

**Empowerment** is een andere uitkomst van herstel die we gemeten hebben. Het betekent zoveel als je eigen kracht (her)ontdekken en die kracht effectief leren toepassen. Hierbij kan je denken aan autonomie, controle, het opnemen van persoonlijke verantwoordelijkheid en zich beroepen op dezelfde rechten en verantwoordelijkheden als andere personen (Schrank & Sla-

de, 2007). In onze studie maakten we gebruik van de Nederlandse Empowerment vragenlijst (NEL) (Boevink, Kroon & Giesen, 2008). Uit de resultaten blijkt dat de cliënten een gemiddeld hoge mate van empowerment bezitten, dat ze in gemiddeld hoge mate in hun eigen kracht staan. De cliënten tonen zich hierbij vooral tevreden over de goede hulp die ze krijgen van professionele hulpverleners. Het minst positief zijn ze over hoe de maatschappij en de sociale zekerheid omgaan met mensen met een psychische kwetsbaarheid. Deze uitkomst benadrukt het belang van de sociale integratie van deze doelgroep. De samenleving zelf heeft immers nog een weg af te leggen in het accepteren van personen met psychische problemen als volwaardige medeburgers. We vonden hierin geen verschil tussen cliënten die wel of niet werden behandeld door een mobiel team.

### ***De tevredenheid van cliënten over de aangeboden zorg***

Om een goede kwaliteit van leven en zorg bij personen met een psychische kwetsbaarheid te realiseren dienen de noden van de cliënt het vertrekpunt te zijn bij het bepalen van de zorg. Dit kan je bekomen via voldoende participatie, bijvoorbeeld via informatieverstrekking aan cliënten, shared decision making (inspraak en keuzevrijheid in bepalen van zorg) en door rekening te houden met de noden en behoeften van cliënten. De voordelen hiervan zijn dat het bijdraagt tot een hogere tevredenheid bij cliënten, een betere gezondheid en een hogere levenskwaliteit (Tambuyzer & Van Audenhove, 2010).

Om dit onderdeel van de hervorming te onderzoeken maakten we gebruik van de Visie op Zorg (Van Humbeeck, G. et al., 1999). Dit is een vragenlijst waarin cliënten over verschillende aspecten van de aangeboden zorg kunnen aangeven hoe belangrijk ze dit zorgaspect vinden en

in welke mate ze dit zorgaspect als gerealiseerd ervaren. Deze vragenlijst werd ingevuld door dezelfde honderd cliënten die door de hulpverleners werden aangeduid als prioritair voor verdere opvolging door het zorgnetwerk. Uit de resultaten blijkt dat de cliënten nood hebben aan meer aandacht voor een aantal zorgbehoeftes. Zo wensen ze specifiek meer informatie over aids en zwangerschap. Ook heeft een aanzienlijk deel van de cliënten er nood aan om ook 's nachts bij hulpverleners terecht te kunnen. Verder willen de cliënten dat hun familieleden meer informatie krijgen en dat ze zelf meer contact hebben met personen met gelijkaardige problemen. Ten slotte geven de cliënten aan meer hulp te wensen in het helpen herkennen van tekens van herval.

### ***Herstelgerichte zorg in verblijfsafdelingen***

Voor de haalbaarheidsstudie bezochten we zeven intramurale afdelingen voor langverblijvers (verblijf van minstens gemiddeld zes maanden) in België voor de afname van een Recovery Oriented Practices Index (ROPI) (Mancini & Finnerly, 2005). Een ROPI brengt in kaart in welke mate een team herstel hanteert als leidend principe in de begeleiding en bejegening van cliënten. De uitkomsten kunnen een handvat bieden bij het opstellen van verbeterplannen voor de implementatie van een herstelondersteunende zorg. De gegevens voor een ROPI-onderzoek worden hoofdzakelijk via interviews verzameld. Om een zo goed mogelijk beeld te krijgen werden zowel cliënten, hulpverleners als managers bij de interviews betrokken.

Als één van de uitkomsten van de verschillende ROPI-afnames blijkt dat de zorg in de doorgelichte afdelingen voldoende tegemoet komt aan basale zorgbehoeftes. Dit wil zeggen dat er voldoende aandacht is voor basisbehoeften zoals maaltijden, huisvesting of persoonlijke tijd en aandacht

van de hulpverleners. Ook wordt er aan de cliënt een voldoende breed aanbod van diensten aangeboden en is er voldoende keuze wat betreft therapieën of dagbestedingen. Er zijn echter ook verbeterpunten mogelijk. Zo werden er aanbevelingen geformuleerd naar de afdelingsteams om te komen tot een meer herstelgerichte zorg met meer focus op ervaringsdeskundigheid. De afdelingen kunnen nog meer systematische vormen over herstel en herstelondersteunende zorg aanbieden aan hun teamleden en er is nood aan het werken met ervaringsdeskundigen en aan het stimuleren van cliënten om deel te nemen aan herstelwerk- en lotgenotengroepen. De meeste teamleden van de onderzochte verblijfsafdelingen ondersteunen het persoonlijk herstelproces van de cliënten wel. Dit doen ze door een attitude van hoop en optimisme aan te nemen en door de cliënten te ondersteunen in het (her) winnen van een positief zelfbeeld.

Wat betreft sociale contacten en participatie is er meer behoefte aan verbindingen met maatschappelijke organisaties om de sociale integratie van cliënten te vergemakkelijken. Idealiter begeleidt men de cliënten bij de integratie in wonen, leren, werken en dagbesteding. Een meer actieve stigmabestrijding kan hier ook toe bijdragen. Net zoals in de hierboven besproken resultaten van de Visie op Zorg blijken de cliënten meer aandacht nodig te hebben voor hun wensen op het gebied van relaties, intimiteit en seksualiteit. En ook hier komt terug dat cliënten wensen dat hun familieleden meer betrokken worden in de zorg. In het ideale geval richt een team zich niet alleen op de beperkingen van de cliënt, maar ook op zijn mogelijkheden. We hebben echter gemerkt dat heel wat afdelingen nog meer aandacht kunnen besteden aan rollen en aan mogelijkheden van cliënten in begeleidings- en behandelplannen. Het waarderen van de sociale rollen en de positieve punten van cliënten is immers nodig in een zorg die zich meer naar de maatschappij verplaatst.

“**Clënten blijken meer aandacht nodig te hebben voor hun wensen op het gebied van relaties, intimiteit en seksualiteit en wensen dat hun familieleden meer betrokken worden in de zorg.**”

Verder kan het ook een meerwaarde zijn om wensen, kwaliteiten en zorgbehoeftes van cliënten op een meer gestandaardiseerde wijze in kaart te brengen en de cliënt systematisch te betrekken bij beslissingen rond de eigen behandeling, het wonen en leven, bijvoorbeeld via een cliëntenraad op de afdeling. Toch is dit nog niet op elke afdeling ingevoerd of zijn de veranderingen die door cliënten zijn verwezenlijkt slechts minimaal. Ook is de inbreng van de cliënten in het eigen begeleidings- of behandelplan relatief klein in het merendeel van de door ons onderzochte afdelingen. Men werkt tevens nog niet overal met crisis- en/of signaleringsplannen.

### ***Ondersteuning en belasting voor familieleden als mantelzorgers***

Een vermaatschappelijking van de zorg houdt meer zorg in de natuurlijke omgeving (het gaat hierbij niet alleen om het sociale netwerk, maar ook om bijvoorbeeld de fysieke omgeving) van de cliënt in. Vandaar dat eveneens de eventuele belasting en ondersteuning van familieleden als mantelzorgers werd onderzocht. De ervaren zorgbelasting bij mantelzorgers is een allesomvattende term die verwijst naar de fysieke, emotionele en financiële gevolgen van het zorg dragen voor iemand met beperkingen. Familieleden 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 dit hervormingsproces

is het belangrijk om aandacht te besteden aan familieleden als mantelzorgers opdat cliënten kunnen vertoeven in een omgeving met voldoende draagkracht en die ondersteunend is en blijft voor de cliënt.

Om de ervaren zorgbelasting en ondersteuning bij familieleden als mantelzorgers te meten, maakten we gebruik van vragenlijsten. Hiervoor konden we gemiddeld 16 familieleden per project 'naar een betere GGZ' bereiken. Familieleden van personen met een psychische kwetsbaarheid blijkt een moeilijk te bereiken doelpubliek, en voor een eventueel vervolg op deze studie moeten we dan ook nadenken over de manier waarop we meer familieleden kunnen warm maken om deel te nemen. We onderzochten de ervaren belasting via de vragenlijst Zarit Burden Interview (Hérbert, Bravo, Préville, 2000). Uit de resultaten komt naar voor dat de deelnemende familieleden een minder dan gemiddelde zorgbelasting ervaren wat betreft de gebieden gezondheid, financiën, sociaal leven en interpersoonlijke relaties. De ervaren ondersteuning in de zorg brachten we in kaart via de vragenlijst GGZ-thermometer (Baert, 2008). Uit deze resultaten blijkt dat de deelnemers een meer dan gemiddelde ondersteuning van hulpverleners ervaren in het zorg dragen voor hun familielid met een psychische kwetsbaarheid.

De resultaten uit dit vragenlijstonderzoek komen echter niet overeen met resultaten uit bijkomende focusgroepen (i.c. een groeps gesprek waarin meerdere participanten met elkaar interacteren over een door de onderzoeker gekozen onderwerp). We beoogden de afname van één focusgroep in elk project 'naar een betere GGZ', maar realiseerden uiteindelijk de afname van een focusgroep in zeven projecten, met een gemiddelde van zeven deelnemers per focusgroep. Uit deze focusgroepen komt naar voor dat mantelzorgers kampen met verschillende vormen van zorgbelasting, en dit zowel op het

vlak van huishouden, financiën, administratie, emoties, sociaal en professioneel leven, als wat interactie tussen gezinsleden en interactie met zorgsystemen betreft. Verschillende familieleden geven aan onvoldoende te worden betrokken bij de begeleiding en behandeling van de cliënt. Nochtans zou dit volgens hen zowel de zorg voor de cliënt als de gemoedsrust van de mantelzorgers ten goede komen. Het al dan niet ontvangen van voldoende ondersteuning en/of betrokken worden bij de formele zorgverlening blijkt samen te hangen met verschillende factoren: cultuur van de instelling of dienst, ingesteldheid van de hulpverleners, toepassing van de privacywetgeving en assertiviteit van de mantelzorgers.

De mantelzorgers geven in de focusgroepen aan dat het zorg dragen voor een ziek familielid ook iets verrijkend met zich meebrengt. Dit uit zich onder andere in het hebben van minder vooroordelen in het algemeen, het vinden van een eigen innerlijke kracht en/of het waarderen van de kleine dingen in het leven. Toch benadrukken de familieleden vooral de zwaarte, de machteloosheid en het verdriet die gepaard gaan met de zorgperiode. Als verbeterpunten voor de huidige formele zorgverlening haalden de familieleden vooral zorgcoördinatie en –continuïteit voor de cliënt aan. Ten slotte waren er heel wat participanten die nog nooit hadden gehoord van de huidige hervormingsbeweging. Diegenen die er wel mee vertrouwd waren, stonden er positief tegenover, vooral wanneer de hervorming voor hen betekende dat ze concreet meer betrokken werden in de formele zorgverlening.

### **Tevredenheid over het werk bij hulpverleners**

Als laatste onderdeel in ons onderzoek keken we naar de mate van tevredenheid bij gemiddeld 42 zorgverstrekkers per project 'naar een

betere GGZ'. De relevantie om de tevredenheid op het werk na te gaan, blijkt uit studies die aantonen dat zorgverstrekkers een groter risico lopen op een burn-out wanneer 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 en de tevredenheid bij cliënten. 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 werkhouding 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 (Roelen, Koopmans, & Groothoff, 2008). Ontevredenheid met het werk bij zorgverstrekkers is één van de meest belangrijke factoren die bijdragen tot burn-out (Ogresta, Rusac, & Zorec, 2008). Iemand met burn-out is emotioneel uitgeput, depersonaliseert derden en heeft het idee verminderd persoonlijk bekwaam te zijn.

“**De tevredenheid over het werk en burn-out bij zorgverstrekkers heeft een impact op de situatie van de cliënt, de kwaliteit van zorg en de tevredenheid bij cliënten.**”

De tevredenheid over het werk werd gemeten aan de hand van de vragenlijst Job Satisfaction Scale (Koeske, Kirk, Koeske & Rauktis, 1994). De ondervraagde zorgverstrekkers blijken relatief tevreden over de intrinsieke kwaliteiten van de werkrol, over de supervisie en andere elementen van instellingsfunctioneren. Het minst tevreden zijn ze over salariering en promotie. Om de mate van burn-out te meten maakten we gebruik van de Utrechtse Burn-Out Schaal (Schauffelli & van

Dierendonck, 2000). De resultaten tonen aan dat de hulpverleners die hebben deelgenomen geen tekenen van burn-out vertonen. Een interessante bevinding is dat werknemers van mobiele equipes hoger scoren op persoonlijke bekwaamheid in vergelijking met mensen werkzaam in een andere zorgvorm, zoals bijvoorbeeld de centra voor geestelijke gezondheidszorg, (semi-) residentiële voorzieningen, sociale diensten, diensten voor somatische gezondheid, initiatieven voor beschut wonen, psychiatrische verzorgingstehuizen en zelfhulporganisaties.

## Conclusie

De haalbaarheidsstudie heeft ons enkele interessante **indicaties** gegeven betreffende herstel bij cliënten, de mate van herstelgerichte zorg in verblijfsafdelingen, de belasting en ondersteuning bij zowel familieleden als mantelzorgers, en de werktevredenheid bij zorgverstrekkers binnen de netwerken 'naar een betere GGZ'. Maar zoals eerder aangegeven kan men dit niet generaliseren omwille van de beperkte respons en de beperkte en onduidelijke representativiteit van de respondenten. Wel is duidelijk aangetoond dat het onderzoeksopzet haalbaar is, mits enkele aanpassingen.

In januari 2014 gingen we reeds van start met een vervolg op de haalbaarheidsstudie in de vorm van een evaluatiestudie bij de 19 lopende projecten 'naar een betere GGZ'. KU Leuven LUCAS spitst zich in dit onderzoek enkel toe op de mate van herstel bij cliënten en op de mate

van een herstelgerichte zorg in afdelingen voor langverblijvers. Voor de mate van herstel bij cliënten organiseren we een nieuw vragenlijst-onderzoek. We gebruiken hiervoor dezelfde instrumenten als tijdens de haalbaarheidsstudie, namelijk de HOOP, NEL en Visie op Zorg. Dit laat ons toe een eventuele evolutie in de mate van hoop, empowerment en tevredenheid over de zorg alvast te detecteren. We mikken nu op een totaal van minstens 1330 deelnemende cliënten met een ernstige psychiatrische aandoening. Dit laat ons toe meer veralgemeende uitspraken te doen.

Ook gaan we in deze nieuwe studie meer specifiek op zoek naar eventuele verschillen tussen de typen zorgvormen, bijvoorbeeld tussen de mobiele equipes en de residentiële diensten of initiatieven beschut wonen. Voor het onderzoek naar de mate van herstelgerichte zorg in afdelingen voor langverblijvers zullen we de ROPI opnieuw afnemen in de afdelingen waar dit reeds gebeurde tijdens de haalbaarheidsstudie. Ook dit laat ons toe om een eventuele evolutie te detecteren.

De onderzoeksdelen over familieleden als mantelzorgers en werktevredenheid bij zorgverstrekkers kunnen in een volgende fase vanaf 2015 hervat worden. Ook hier willen we meer het onderscheid kunnen maken tussen de verschillende zorgvormen in het GGZ-landschap. Verder lijkt het ons interessant om gegevens uit deze onderzoeken te koppelen aan het profiel van de betrokken cliënt of cliëntengroep, zoals de mate van ernst van de psychiatrische aandoening.

Referenties

- Acker, G.M. (2003). Role conflict and ambiguity. *Social Work in Mental Health*, 1 (3), 63-80.
- 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.
- Boevink, W., Kroon, H., & Giesen, F. (2008). *De Nederlandse Empowerment Vragenlijst*. Utrecht: Trimbos-Instituut.
- De Rick, K., Opdebeeck, S., Van Audenhove, C., & Lammertyn, F. (2000). *De gezinsleden van personen met langdurige psychische problemen*. KU Leuven LUCAS.
- Hearth, K. (1992). Abbreviated instrument to measure hope: development and psychometric evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 1251-1259.
- 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.
- 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.
- Mancini, A.D., & M.T. Finnerty (2005). *Recovery Oriented Practices Index* (unpublished). New York: New York State Office of Mental Health.
- Ogresta, J., Rusac, S. & Zorec, L. (2008). Relation between burnout syndrome and job satisfaction among mental health workers. *Croat. Med.*, 49, 364-374.
- Roelen, C.A.M., Koopmans, P.C., & Groothoff, J.W. (2008). Which work factors determine job satisfaction? *Work*, 30, 433-439.
- Schauvelli, W.B., van Dierendonck, D. (2000). *Utrechtse Burnout Schaal (UBOS): handleiding*. Amsterdam: Pearson Assessment and information B.V.
- Schrank, B., & Slade, M. (2007). Recovery in psychiatry. *Psychiatric Bulletin*, 31, 321-325.
- Tambuyzer, E., & Van Audenhove, C. (2010). Goede praktijken van participatie in de GGZ. *Tijdschrift voor rehabilitatie*, 19 (1), 56 -65.
- Van Audenhove, C., Van Humbeeck, G., & Van Meerbeeck, A. (2005). *De vermaatschappelijking van de zorg voor psychisch kwetsbare mensen: onderzoek, praktijk en beleid*. Leuven: Lucas & Lannoo.
- Van Humbeeck, G., Van Audenhove, C., 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.
- Whitley, R., & Drake, R.E. (2010). Recovery: a dimensional approach. *Psychiatric Services (Open Forum)*, 61, 1248-1250.