



Hogeschool PXL
Departement Healthcare
Opleiding Ergotherapie

**Specifieke competenties binnen de hulpverlening in de
geestelijke gezondheidszorg, nodig om autonoom te
functioneren op een interdisciplinaire LWP,
in kaart brengen**

Een literatuuronderzoek en kwalitatief onderzoek

Door **Lisa Bracke**
Ignace De Wolf

Bachelorproef aangeboden tot het bekomen van het diploma van
Bachelor in de Ergotherapie
o.l.v. **Myriam Westhovens**, promotor

Hasselt, 2017



Hogeschool PXL
Departement Healthcare
Opleiding Ergotherapie

**Specifieke competenties binnen de hulpverlening in de
geestelijke gezondheidszorg, nodig om autonoom te
functioneren op een interdisciplinaire LWP,
in kaart brengen**

Een literatuuronderzoek en kwalitatief onderzoek

Door **Lisa Bracke**
Ignace De Wolf

Bachelorproef aangeboden tot het bekomen van het diploma van
Bachelor in de Ergotherapie
o.l.v. **Myriam Westhovens**, promotor

Hasselt, 2017

Inhoudsopgave

Trefwoorden.....	5
Abstract	6
Inleiding.....	7
Methodologie	10
Gegevens verzamelen	10
Vragenlijst.....	10
Focusgroep	11
Analyse gegevens	13
Vragenlijst.....	13
Focusgroep	14
Resultaten	15
Resultaten vragenlijst.....	15
Professionele relatie met de cliënt.....	15
Optimale zorg bieden	19
Teamwork binnen de geestelijke gezondheidszorg	22
Communicatie met de cliënt	23
Evaluatie resultaten focusgroep	25
Discussie	28
Conclusie	30
Bronvermelding.....	31

Trefwoorden

Interdisciplinair, leerwerkplaats, geestelijke gezondheidszorg, vragenlijst, focusgroep

Abstract

Inleiding: Zorgvragen worden steeds complexer. Hieraan kan een team optimaal beantwoorden door samen te werken en van elkaars competenties te leren. Dit ervaren studenten op de interdisciplinaire leerwerkplaats. 1 op 4 personen ontwikkelt in zijn leven een mentale ziekte. Daarom wil men studenten een kans geven zich voor te bereiden door binnen de hulpverlening in de geestelijke gezondheidszorg een leerwerkplaats aan te bieden. Onze onderzoeksvraag luidt hierbij als volgt: "Welke therapeutische vaardigheden zijn er nodig om goed te kunnen functioneren op een interdisciplinaire leerwerkplaats binnen de hulpverlening in de geestelijke gezondheidszorg?"

Methode: Tijdens de literatuurstudie werd er in verschillende databanken gezocht naar specifieke competenties voor de hulpverlening in de geestelijke gezondheidszorg. Voor het praktijkonderzoek werden de competenties en gedragsindicatoren geobserveerd op de stageplaats. Nadien werden de resultaten uit de literatuur en de observaties opgenomen in een vragenlijst om de inhoud van de competenties te achterhalen. De vragenlijst werd opgedeeld in 4 hoofdcompetenties: professionele relatie, zorg bieden, teamwerking en communicatie. De resultaten werden geëvalueerd aan de hand van een focusgroep.

Resultaat: Uitgaande van de 4 hoofdcompetenties worden enkele typerende kenmerken weergegeven. Voor professionele relatie zijn dit 'de relatie tussen therapeut en cliënt', 'empathische houding', 'tegenoverdracht', 'afstand-nabijheid' en 'waakzaam zijn voor vooroordelen'. Voor zorg bieden zijn dit 'inspraak en medewerking van de cliënt', 'familie en naaste omgeving', en 'herstelgericht werken'. Voor teamwerking is dit 'continuïteit en eenduidigheid'. Voor communicatie zijn dit 'waarheidsgetrouw', 'non-verbale communicatie' en 'modeling'.

Conclusie: De gevonden typerende kenmerken vragen de aandacht van junior-collega's op de ID stageplaats. Deze worden specifiek bevonden voor de geestelijke zorgverlening.

Inleiding

Zorg is complex. Deze drie woorden vatten het ontwerp van deze bachelorproef goed samen. Zorgverleners worden binnen de gezondheidszorg almaar meer geconfronteerd met de steeds groter en complexer wordende zorgvraag. Ook wanneer de zorgvraag complexer wordt, dienen ook hulpverleners de levenskwaliteit van cliënten zo hoog mogelijk te houden (Hammelburg, Lubbers, & Nauta, 2014).

Onderzoek van NIVEL toont aan dat zorgverleners een toename ervaren in cliënten met complexe zorgvragen. Deze zorgvragen zijn van verschillende aard en strekken zich uit over verschillende domeinen. De vragen zullen dus in vergelijking met vroeger niet meer enkel over 1 domein gaan maar steeds vaker een combinatie zijn van het lichamelijke, psychische en sociale domein. Dit zorgt ervoor dat ook de zorg die gegeven wordt aangepast moet worden en dat er nood is aan verschillende disciplines om de zorgvraag volledig te kunnen beantwoorden. Datzelfde onderzoek van NIVEL toont ook aan dat er een groei van mondigheid is en een grotere vraag naar autonomie van de cliënten. Zorgverleners merken op dat cliënten zelfredzaamheid en zelfmanagement steeds belangrijker vinden (Maurits, de Veer, & Francke, 2016).

Er blijft, ondanks de positieve ontwikkelingen binnen het zorgsysteem, nog steeds een groot tekort aan hulpverleners om op deze nieuwe zorgvragen te kunnen inspelen. Een groot deel van de zorgverleners voelt zich voldoende competent om met deze veranderende zorgvragen om te gaan, maar meer dan een kwart van de hulpverleners voelt zich hier minder bekwaam voor. Dit probleem kan opgevangen worden door samenwerking. (Maurits, de Veer, & Francke, 2016)

Hier situeert zich de basis van ons project 'de interdisciplinaire leerwerkplaatsen'.

Het principe van de interdisciplinaire leerwerkplaatsen ontstond in Zweden (1996) waar opleidingen geneeskunde, verpleegkunde, ergotherapie, sociaal werk, kinesithérapie en biomedische wetenschappen om gedurende een periode van twee weken samen gingen werken in één team. Deze samenwerking stond los van de opleiding en hield in dat de basisbehoeften van de cliënten verzorgd werden. Het doel van de eerste leerwerkplaats was het volgende: *"To give the students opportunities to develop and exercise their own professional role and to give insight into the skills of other professions while taking responsibility for the patients needs."* (Wilhemsson et al., 2009)

De volgende stap binnen deze verwezenlijking situeerde zich in het Verenigd Koninkrijk (2002) waar opleidingen geneeskunde, verpleegkunde, kinesithérapie en ergotherapie in samenwerking gingen op de afdelingen orthopedie en reumatologie. Verder werden deze leerwerkplaatsen ook gerealiseerd in Canada, Australië, Ierland en Duitsland.

Door het steeds groeiend belang en de opkomst van dit innovatief project heeft Hogeschool PXL ervoor gekozen om een aanbod van interdisciplinaire leerwerkplaatsen aan te bieden aan haar studenten. Patchwork, zo wordt het project genoemd, is uniek in Vlaanderen en is vorig

academiejaar opgestart (2015-2016). Sinds academiejaar 2016-2017 gaan studenten verpleegkunde, kinesitherapie, ergotherapie, sociaal werk en gedeeltelijk ook geneeskunde in samenwerking met verschillende stageplaatsen (en doelgroepen) binnen Limburg. Om deze leerwerkplaats te realiseren wordt er samengewerkt met de HBO-5 opleiding verpleegkunde van het Provinciaal Instituut Verpleegkundige Hasselt (PIVH) en de opleiding Revalidatiewetenschappen –en kinesitherapie van de Universiteit Hasselt.

Eén van de doelen van deze interdisciplinaire leerwerkplaatsen is het samenwerken bevorderen. Men moet zelfstandig functioneren in functie van de eigen leerdoelen, ervaringen en zorgvragers. De verantwoordelijkheid van de zorgorganisatie ligt volledig bij de studenten, men leert van elkaar en komt zo tot een optimale inzet voor de zorg van de cliënt. Een interdisciplinaire leerwerkplaats heeft erg veel voordelen: men doet ervaring op binnen een interdisciplinaire samenwerking; er is een continue aanwezigheid van elke discipline op de stageplaats; men is ook steeds in elkaars nabijheid, waardoor er een onmiddellijke interactie is voor een efficiëntere patiëntenzorg en ten slotte wordt er voldoende tijd voorzien voor reflectie, waardoor ideeën over de zorgverlening makkelijker worden uitgewisseld. (Pelling, Kalen, Hammar, & Wahlström, 2011)

Momenteel zijn er vier stageplaatsen ter beschikking namelijk: Sint-Franciskus Ziekenhuis (afdeling geriatrie 2) te Heusden-Zolder, Ziekenhuis Sint-Trudo te Sint-Truiden (afdeling locomotorische revalidatie), woon –en zorgcentrum Sint-Elisabeth te Hasselt en woon –en zorgcentrum Bessemerberg te Lanaken.

De doelgroep fysieke revalidatie en ouderenzorg zijn aanwezig binnen dit project. Men streeft er naar om volgend academiejaar nog een doelgroep aan het aanbod toe te voegen, namelijk personen met geestelijke hulpvraag. Medisch centrum Sint-Jozef te Munsterbilzen zal pionier zijn binnen dit project en binnen deze doelgroep in België.

Uit cijfers van de World Health Organization's Mental Health Atlas, blijkt dat 1 op 4 personen op een bepaald punt in hun leven een mentale ziekte ontwikkelen. Deze personen hebben vaak complexe zorgnoden en dus nood aan interventies van verschillende disciplines.

Daarnaast is er binnen de hulpverlening in de geestelijke gezondheidszorg, de voorbije jaren, een grote stijging van ambulante zorg te herkennen. Dit is het gevolg van de steeds groter wordende drang tot autonomie binnen de samenleving. Men gaat uit van het principe dat personen met een psychische beperking ook kunnen rehabiliteren binnen de samenleving en men deze niet afgezonderd van de maatschappij dienen te houden. Ook blijven cliënten niet voor eeuwig binnen de muren van de centra voor geestelijke gezondheidszorg. Na een bepaalde periode moet men gaan streven naar re-integratie van de persoon. Opnieuw wordt hier de

zorgvraag van de cliënt complexer aangezien participatie en re-integratie nieuwe factoren binnen het rehabilitatieproces zijn. (Van Regenmortel, 2009)

Door de stijgende authenticiteit binnen het onderwijs, waar functionaliteit binnen het (praktijk)gericht leren centraal staat, is de link met de interdisciplinaire leerwerkplaatsen snel gemaakt. (Oostdam, Peetsma, Derriks, & van Gelderen, 2006)

Zoals eerder vermeld werden de interdisciplinaire leerwerkplaats vorig academiejaar voor het eerst aangeboden door de Hasseltse scholen PXL, HBO-5 opleiding verpleegkunde en stapte UHasselt in het academiejaar 2016-2017 ook in de project. In dit eerste aanbod kwamen de doelgroepen fysieke revalidatie en ouderenzorg aan bod.

Het doel van ons onderzoek is om te ontdekken hoe interdisciplinaire leerwerkplaatsen een meerwaarde kunnen bieden voor de geestelijke gezondheidszorg en over welke specifieke vaardigheden studenten moeten beschikken om te functioneren binnen deze leerwerkplaats.

Dit brengt ons tot volgende onderzoeksvraag: "Welke therapeutische vaardigheden zijn er nodig om goed te kunnen functioneren op een interdisciplinaire leerwerkplaats binnen de hulpverlening in de geestelijke gezondheidszorg?" Binnen deze bachelorproef hebben wij ook getracht volgende subvragen te beantwoorden: "Wat is kenmerkend voor de therapeutische benadering binnen de geestelijke gezondheidszorg?" en "Hoe wordt de multidisciplinaire samenwerking binnen de geestelijke gezondheidszorg verwezenlijkt?"

Methodologie

Gegevens verzamelen

Voor het verzamelen van de gegevens werd een vragenlijst uitgewerkt en een focusgroep georganiseerd.

Vragenlijst

Als uitgangspunt voor het onderzoek werd er gekozen voor het reeds bestaande evaluatieformulier voor de interdisciplinaire leerwerkplaats. Dit is samengesteld uit de evaluatiedocumenten vanuit de verschillende opleidingen, gebaseerd op de 4 rollen met name behandelaar, manager, beroepsontwikkelaar en innovator. Het evaluatieformulier onderscheidt enkele hoofdcompetenties, gevolgd door gedragsindicatoren, waaraan studenten moeten voldoen.

Om te kunnen achterhalen welke competenties specifiek zijn binnen de hulpverlening in de geestelijke gezondheidszorg, en dus een antwoord op onze onderzoeksvraag te vinden, werd het onderzoek gestart met een literatuurstudie. De hoofdcompetenties uit het evaluatieformulier werden, samen met zoektermen als 'geestelijke gezondheidszorg', 'mental health care' en 'psychiatrische hulpverlening', in verschillende databanken opgezocht. Hier kwamen enkele specifieke competenties naar voren en werd de onderzoeksvraag al gedeeltelijk beantwoord.

Om de gevonden competenties uit de literatuur te controleren en verder aan te kunnen vullen werd er ook een praktijkonderzoek uitgevoerd. De stageplaats die toegewezen werd voor het onderzoek was de afdeling A4 stemmingsstoornissen bij ouderen van het Medisch Centrum St-Jozef in Munster-Bilzen. Zij waren reeds kandidaat om samen te werken en liggen nu mee aan de basis van dit project.

De hoofdcompetenties en bijhorende gedragsindicatoren werden enkele weken geobserveerd bij het multidisciplinair team op de afdeling. Ook hier kwamen enkele competenties naar voren die specifiek bleken te zijn.

Door het samenvoegen van de literatuurstudie en het praktijkonderzoek kregen we een opsomming van de specifieke competenties voor de hulpverlening binnen de geestelijke gezondheidszorg. Dit zijn volgende competenties: professionele relatie met de patiënt, zorg verlenen, teamwerking en communicatie met de patiënt.

Na de literatuurstudie en observaties wisten we reeds welke competenties specifiek waren, maar was er nog weinig zicht op wat er juist anders was. Dit trachten we te achterhalen aan de hand van een vragenlijst die door het multidisciplinair team werd ingevuld. Hierin werden alle gevonden competenties opgenomen en werd er gepolst naar hun inhoud binnen de hulpverlening van de geestelijke gezondheidszorg.

Focusgroep

Als methodologie voor de evaluatie van de vragenlijst werd er gekozen voor het concept 'focusgroepen'. Robert K. Merton (1946, 1987, 1990) had hiervoor volgende definitie: 'een onderzoekstechniek die gebruikt wordt wanneer een groep respondenten iets gezamenlijk heeft meegemaakt en daarover geïnterviewd wordt.' Wanneer focusgroepen als techniek gebruikt worden in een kwalitatief onderzoek zijn er een ruim aantal toepassingsmogelijkheden. Volgende onderzoeken hebben een voordeel bij een focusgroep (Stewart & Shamdasani, 1991):

- Onderzoek voor het verzamelen van achtergrondinformatie over een bepaald thema;
- Onderzoekshypothesen opstellen die door meer technieken getest kunnen worden;
- Opwekken van nieuwe ideeën en creatieve concepten;
- Diagnostiseren van problemen bij het invoeren van vernieuwingen;
- Verkrijgen van indrukken over producten, organisaties,...;
- Verkrijgen van inzichten in de denkwijzen van mensen over een bepaald thema;
- Opvolgen en begrijpen van kwantitatieve onderzoeksresultaten.

Binnen deze bachelorproef zijn vijf van de zeven bovenstaande onderzoeken van toepassing. Er wordt gezocht naar achtergrondinformatie over een bepaald thema, nieuwe ideeën worden opgewekt, problemen bij vernieuwingen worden gediagnosticeerd en indrukken en inzichten over de denkwijzen van personen worden verkregen.

Vooraleer een focusgroep samengesteld wordt, is het belangrijk om een goede steekproef af te nemen. De deelnemers moeten doelgericht geselecteerd worden op basis van een aantal kenmerken en het is belangrijk dat de personen zich goed voelen in de groep. Wanneer er storende factoren in de groep zijn zal de moderator de groep moeilijk op gang krijgen.

De samenstelling van de focusgroep ligt volledig in handen van de onderzoeker, die niet mag vergeten dat de groep moet kunnen discussiëren om goede data te verkrijgen. Wanneer er sprake is van een te grote groep zullen enkel de dominante persoonlijkheden aan het woord komen. In geval van een te kleine groep moeten mensen aangespoord worden om wat te zeggen en is er het risico dat de conversatie stil zal vallen. Omwille van deze risico's is het dus erg belangrijk dat de grootte van de focusgroep afgestemd is op het onderzoek.

Een gemiddeld optimaal aantal mensen voor een focusgroep ligt tussen de zes en tien personen. (Morgan, 1998)

Een grondige voorbereiding voor een focusgroep is nodig om het gesprek vlot te laten verlopen. Krueger (1998) stelt dat er verschillende technieken zijn hoe een focusgroep kan functioneren. Zo zijn er actieve technieken waarbij de nadruk wordt gelegd op het actief functioneren (bv. brainstormen, conceptual mapping,...), projectieve technieken waarbij er gebruik wordt gemaakt van een medium om terughoudendheid van cliënten weg te werken of vragen te beantwoorden (bv. maken van tekenen, collages) en groepstechnieken waarbij de hele groep samenwerkt aan een gezamenlijk doel (bv. rollenspelen, debat,...)

Binnen de richtlijnen van Krueger (1998) wordt aangegeven dat het belangrijk is om deelnemers persoonlijk uit te nodigen. Dit gebeurt best twee weken voor de focusgroep. Een week voor het gesprek volgt een schriftelijke bevestiging en een dag voor de focusgroep wordt er nog een laatste herinnering gegeven om te voorkomen dat deelnemers afzeggen of niet komen opdagen.

Onderzoek van o.a. Greenbaum (1998), Stewart & Shamdasani (1991) en Krueger (1998) beschrijft het verloop van een focusgroep. Er wordt best vermeden dat de deelnemers vooraf een gesprek hebben over de focusgroep, om zo veel mogelijk informatie tijdens het gesprek te garanderen. De moderator kan een gesprek aan gaan met de deelnemers om al een ruwe inschatting te maken over hun houding ten opzichte van de focusgroep.

Elke focusgroep start met een introductie gevolgd door een openingsvraag die de deelnemers uitnodigt om het gesprek te starten. De moderator en deelnemers stellen zichzelf voor en de moderator geeft concreet uitleg over het onderzoek en verloop van het gesprek.

Diezelfde onderzoeken beschrijven de functie van de moderator binnen een focusgroep. Deze moet inzichtelijk sterk staan, maar ook voldoende aandacht hechten aan empathie en de gevoelens van de deelnemers. Na elk onderdeel kan de moderator samenvatten wat gezegd is om de structuur van de focusgroep te behouden. Maar enkel aandacht geven aan de inhoud van het gesprek is niet voldoende. De moderator moet ook rekening houden met situationele elementen, zoals de tijd bewaken en zorgen dat deelnemers zich goed voelen.

Binnen een focusgroep wordt er een groep mensen samengebracht die elk, vanuit de eigen discipline, verschillende visies, waarden en normen deelnemen.

Mortelmans (2013) kaart volgende competenties als essentieel aan om een goede moderator te zijn: stiltes laten vallen, doorvragen, actief luisteren en samenvatten. Bloor (2001) haalt het belang van stiltes tijdens de focusgroep aan. Stiltes worden vaak gezien als vervelend en men wil deze zo veel mogelijk vermijden. Toch is het goed om tijdens een gesprek een korte pauze te nemen. Dit kan een aanloop zijn om het gesprek opnieuw voort te zetten. Pijnlijke stiltes dienen natuurlijk zoveel mogelijk vermeden te worden. Wanneer er sprake is van een foute samenstelling van de focusgroep kunnen contraproductieve stiltes optreden.

Wanneer er onduidelijke uitspraken zijn, kan doorvragen een geschikte methode zijn om deze te verhelderen. Doorvragen kan ook helpen om het gesprek op gang te krijgen. Een mogelijke valkuil bij deze techniek is dat het gesprek kan gaan gelijken op een interview. Men moet aandachtig zijn en ervoor zorgen dat de deelnemers onderling discussiëren in plaats van enkel met de moderator.

Actief luisteren is makkelijker dan het lijkt. De moderator is vaak bezig met verschillende dingen tegelijk, maar toch blijft actief luisteren een essentiële eigenschap van een goede moderator. Tijdens een korte samenvatting worden de belangrijkste elementen van het gesprek aangebracht om aanzet te geven voor de vraag of de deelnemers het hiermee eens zijn of niet.

Als laatste behandelt Mortelmans in zijn boek de plaats van het gesprek. Die moet zich lenen tot het houden van een groepsgesprek, denk hierbij aan vergaderzalen, professionele therapiezalen,.... De moderator plaatst zich best aan het hoofd van de tafel of in een cirkel zodat hij/zij iedere deelnemer kan zien.

Analyse gegevens

De analyse van zowel de vragenlijst als de focusgroep is geïnspireerd op de Grounded Theory benadering.

Vragenlijst

Het idee achter deze benadering is dat een onderzoeker via dataverzameling tot een theorie komt. Naast de theorie ligt er ook nog een zeer sterke klemtoon op de procedure. Hiermee wordt het cyclisch werken bedoeld. Het steeds opnieuw vergelijken van de data waardoor coderingen blijven verfijnd worden.

- **Open coderen**

Strauss en Corbin beschrijven deze fase als volgt: *“ The analytic process through which concepts are identified and their properties and dimensions are discovered”*

Na het lezen van het materiaal wordt er een analyse gemaakt. In deze eerste fase van het analyseren worden de verzamelde gegevens opgedeeld in kleinere delen. Hierbij isoleren we antwoorden uit de vragenlijst die relevant zijn voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag. Hieraan hechten we een code die uitdrukt wat het fragment inhoudt. Het open coderen wordt langs de ene kant gedaan om structuur aan te brengen om de data opnieuw te kunnen lezen en langs de andere kant om een selectie te maken van de data. De leidraad bij het coderen is de onderzoeksvraag. Deze bepaalt welke informatie relevant is en welke niet. We kiezen ervoor om zin per zin te coderen. Dit is ook de meest voorkomende manier van coderen binnen de Grounded Theory.

- **Axiaal coderen**

Strauss en Corbin beschrijven deze fase als volgt: *“ The process of relating categories to their subcategories termed “axial” because coding occurs around the axis of a categorie, linking categories at the level of properties and dimensions”*. Het resultaat van open coderen is een set van codes. Labels die dubbel voorkomen zijn nog niet met elkaar in relatie gebracht. Deze verbinden we en brengen we in relatie met elkaar tijdens het axiaal coderen, waardoor er concepten ontstaan. Tijdens deze fase gaan we opnieuw door onze codes om aan de ene kant de hoeveelheid codes te verminderen en aan de andere kant te integreren.

- **Selectief coderen**

Strauss en Corbin beschrijven deze fase als volgt: “ *The process of integration and refining the theory*”. De derde en laatste stap in het analyseproces is het verbinden van concepten. Het doel is hier om verschillende categorieën te verbinden en zo een theorie te vormen. Vanuit de Grounded Theory wordt er een centraal concept gekozen van bij de start van deze fase. Van hieruit worden dan verbindingen gelegd met andere concepten.

Focusgroep

Analyseren van een focusgroep wijkt af van het analyseren van interviewmateriaal. Mortelmans haalt het belang van de groepscontext aan. Eén van de grootste fouten die er zijn bij het analyseren is dat de groepscontext genegeerd wordt en dat de groep wordt gezien als een reeks individuen. Binnen de focusgroep is de groepsdiscussie juist hetgeen wat het meest belangrijk is. De kern van de focusgroep-analyse is dat groep als eenheid gezien wordt.

De moderator moet vooraf ook een eigen visie hebben op het gesprek, soms kan er gevraagd worden om na het gesprek een rapport op te maken van de hoofdpunten die besproken worden. Hier vat de moderator samen wat de meest belangrijke elementen zijn. Dit rapport is zeker geen eindrapport, maar wordt gezien als een hulpmiddel om bij verdere analyse richting te geven aan het onderzoek.

Resultaten

Resultaten vragenlijst

In totaal werden er 10 vragenlijsten afgenomen bij verschillende leden van het multidisciplinair team. Dit bij: drie ergotherapeuten, vijf verpleegkundigen, een zorgkundige en een psycholoog.

In het volgende deel worden de resultaten van deze vragenlijsten besproken. Deze resultaten zijn verdeeld onder de 4 hoofdcompetenties die gevonden werden via de literatuurstudie: professionele relatie met de cliënt, optimale zorg bieden, teamwork en communicatie met de cliënt.

Professionele relatie met de cliënt

Relatie tussen therapeut en cliënt

‘Een vertrouwensrelatie is belangrijk’, ‘Aandacht voor de relatie met de patiënt’ en ‘De therapeutische relatie is essentieel voor het bieden van goede zorg’. Dit zijn enkele antwoorden van het team die duiden op het belang van de cliënt-therapeut relatie binnen de zorg.

Verschillende onderzoekers bespreken het belang van de relatie tussen de therapeut en cliënt in hun onderzoek. In het tijdschrift voor psychiatrie (maart 2015) wordt aangehaald dat de effectiviteit van behandelingen in de geestelijke gezondheidszorg minstens zo zeer afhankelijk is van algemene factoren, zoals de kwaliteit van de therapeutische relatie, als van specifieke behandeltechnieken (Van, 2014). Maes (2007) haalt in zijn onderzoeken aan dat de persoon van de hulpverlener meer invloed heeft op het succes van de behandeling dan de richting, methode of technieken die gebruikt worden. Daarnaast wordt een positief resultaat van een behandeling vooral bepaald door een goede therapeut-clientrelatie. Hij benadrukt daarom het besteden van aandacht aan de persoon van de hulpverlener en de relatie.

Eén van de belangrijkste dingen die men zich moet afvragen in de werkrelatie is welke betekenis de cliënt aan de relatie geeft en hoe je hierop, als hulpverlener, kan inspelen. Het algemeen doel hier is een gezamenlijke overeenkomst bereiken en stabiele betekenis geven aan de relatie. Hieronder wordt opgesomd welke houding je best aanneemt afhankelijk van de kenmerken van de cliënt als de onderlinge relatie spant (Hoogduin, 2003):

- Paranoïde kenmerken: transparante houding, veel overleggen, toestemming vragen en het wereldbeeld van de cliënt accepteren
- Schizoïde kenmerken: acceptatie van de cliënt
- Antisociale kenmerken: rustige en kalme benadering
- Borderline kenmerken: vriendelijke houding, erkenning geven, geen autoritair gedrag, geen advies geven, duidelijk en consistent zijn
- Theatrale kenmerken: bewonderen
- Narcistische kenmerken: bewonderen en krachtig overkomen
- Vermijdende kenmerken: kritiek vermijden en veiligheid bieden

- Afhankelijke kenmerken: steunen, adviseren en voorzichtig stimuleren
- Obsessief compulsieve kenmerken: aan de afspraak houden en verantwoordelijk zijn

Na onderzoek van Nocross (2002) is gebleken dat de psychotherapeutische verbondenheid één van de meest robuuste voorspellers is in de outcome van een psychotherapie. De verbondenheid tussen de therapeut en de cliënt is dus essentieel voor een goed proces en uiteindelijk een goede outcome.

Bordin (1979, 1994) zag dat het doormaken van ups-and-downs in de therapeutische relatie de relatie sterker maakt en dit leidt dan weer tot een goede verandering bij de cliënt. Men kan dus concluderen dat, als zowel therapeut als cliënt open zijn over hun mening over de therapeutische relatie, de gevoelens uitgedrukt worden en eventuele problemen opgelost kunnen worden. Wanneer de therapeut open is tegen zijn/haar cliënt is de kans ook groter dat de cliënt deze eerlijkheid en openheid overneemt in andere relaties in zijn/haar dagelijks leven. Natuurlijk dient deze openheid en eerlijkheid wel puur professioneel gehouden te worden.

Empathische houding van de therapeut

Wanneer men werkt in de gezondheidszorg is het medelevend zijn met de zorgen van anderen iets wat niet weg te denken is. Dit beschrijft ook het team in hun antwoorden op de vragenlijst. De empathische houding wordt door alle teamleden als essentieel opgegeven binnen de zorg voor een cliënt in de geestelijke gezondheidszorg.

Communicatie is een van de kerncompetenties waarover elke hulpverlener zou moeten beschikken. Een doeltreffende communicatie in combinatie met adequate interventies, leidt tot een effectieve behandeling. Gebruik van een vaardigheid als empathie draagt hieraan bij: het bevordert het geneeskundig proces doordat de hulpverlener makkelijker kennis kan vergaren die nodig is voor de diagnostiek en het versterkt de therapietrouw. (Stewart et al., 1999)

Maar wat wordt nu juist als empathisch ervaren? Uit onderzoek blijkt dat een hulpverlener die veel aan het woord is, veel advies geeft en snel gerust probeert te stellen, door de cliënt minder empathisch bevonden wordt. (Duan & Hill, 1996) Zonder respect, acceptatie, echtheid of betrokkenheid, zal empathie al snel paternalistisch en moraliserend overkomen. Hier wordt de conclusie gemaakt dat het niet begrijpen of verkeerd begrijpen van de cliënt niet erg is, maar dat de hulpverlener vooral moet tonen dat hij naar de cliënt wil luisteren en hem wil begrijpen.

Een meelevende houding hebben kan het lijden van een cliënt verzachten (Kret, 2011), maar tegelijk moet men ook waakzaam zijn over de mentale belastbaarheid van de zorgverleners. Medelijden hebben met een persoon is dat men zich bewust is van het lijden van een persoon en wenst dat men dit lijden kan verhelpen. Het is essentieel dat hulpverleners op een empathische wijze omgaan met cliënten, maar zoals hierboven vermeld, kan dit ten kosten gaan van de mentale toestand van de hulpverlener zelf. Het kan ook zijn dat men vermoeid geraakt door telkens medelevend te zijn met anderen. In het Engels wordt deze term omschreven als 'compassion fatigue'. Het is daarom soms ook belangrijk om medelevend te zijn met jezelf. Neff

(2003) stelde drie deeldomeinen op om 'self-compassion' in kaart te brengen. Het eerste domein, 'self-kindness', zorgt ervoor dat de kritiek die men heeft op zichzelf afneemt, dit domein speelt een belangrijke rol in het voorkomen van depressies (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979). 'Common humanity' is het tweede domein en laat zien dat wij elk afzonderlijk deel zijn van een groter geheel (Van Dam, Sheppard, Forsyth, & Earleywine, 1979) en als laatste hebben we het domein 'mindfulness' dat onze focus minder legt op de negatieve gedachten.

Door redenen als de weinige middelen, de werkdruk en de mentaliteit van de hulpverleners zullen stress, een burn-out en 'compassion fatigue' een probleem blijven binnen de gezondheidszorg, maar het trainen van de mindfulness kan hier een vermindering in reduceren (Shapiro, 2007) Dit is nodig omdat stress het maken van goed beslissingen in het eigen leven of het leven van anderen kan beïnvloeden (Szalavitz & Perry, 2010).

Tegenoverdracht

Als belangrijk aandachtspunt in de zorgrelatie met een cliënt in de geestelijke gezondheidszorg kwam er meermaals het aspect "tegenoverdracht" naar voor.

De link tussen overdracht, tegenoverdracht en de setting van de geestelijke gezondheidszorg wordt gelegd in een onderzoek van Jacobs (1999). Hierin verklaart hij de cliëntgebonden visie aan de hand van ervaringen. Ernstige trauma's, zowel in het heden als in het verleden, die personen hebben doorgemaakt, komen tot uiting in hun persoonlijkheid. Dit wordt geprojecteerd op de hulpverlener, waarna er bij deze tegenoverdracht ontstaat.

Tegenoverdracht kan zowel een hindernis als een hulpmiddel zijn. Tegenoverdrachtsreacties kunnen de therapeut – cliëntrelatie beïnvloeden, waardoor deze niet verder ontwikkeld wordt. Anderzijds kunnen deze reacties ook gebruikt worden als diagnostisch materiaal. Wanneer de hulpverlener zich bewust is van de tegenoverdracht, kan dit gezien worden als een hulpmiddel. (De Blécourt, 1974) De therapeut kan in zijn tegenreactie feedback verschaffen aan de cliënt. Hij heeft de kans om de genormaliseerde reacties te doorbreken en de cliënt te wijzen op zijn problematisch gedrag.

Ondanks dat tegenoverdracht vroeger gezien werd als een therapeut gebonden concept, zorgden de laatste psychoanalytische stromingen voor een verschuiving. Dit zorgt ervoor dat het concept meer cliëntgebonden geworden is. Wat wil zeggen dat de reacties van de therapeut niet zozeer afkomstig zijn van diens eigen problematische verleden, maar eerder komen door de problematische interactiestijl van de cliënt.

Een cliëntgebonden visie op tegenoverdracht wil zeggen dat niet langer verschillende therapeuten bij eenzelfde patiënt verschillende tegenoverdrachtsreacties ervaren, maar dat verschillende therapeuten eenzelfde soort reactie gaan ervaren bij dezelfde cliënt.

Toekomstige hulpverleners in de setting van de geestelijke gezondheidszorg moeten dus zeker aandachtig zijn voor deze tegenoverdracht, zich er bewust van zijn en er mee aan de slag gaan.

Zij kunnen een veilig klimaat creëren waarin cliënten uitgedaagd worden hun eigen overdrachtsreacties onder ogen te komen.

Afstand en nabijheid

In de resultaten van de vragenlijst kwam het thema afstand-nabijheid aan bod. Verschillende leden van het multidisciplinair team geven aan hierrond reeds problemen te hebben ervaren of moeite te hebben met het bepalen van deze grenzen. Soms komt de problematiek van de cliënt wel zeer dichtbij of nemen we te ver afstand waardoor we wel eens te koud of te zakelijk gaan behandelen.

Maes (2007) probeert in zijn artikel 'De hulpverlener tussen afstand en nabijheid' een betekenis te geven aan deze begrippen. Maes is van mening dat distantie (afstand) en betrokkenheid (nabijheid) een zeer moeilijk te houden evenwicht is. Hij heeft het hierbij over het 'doe-been' en het 'betekenis-been' van de hulpverlener. Bij het doe-been is afstand noodzakelijk omdat het overzicht, structuur en controle geeft. Bij het betekenis-been is nabijheid en betrokkenheid noodzakelijk omdat hierdoor de cliënt zich begrepen voelt en er ruimte is voor het ontstaan en delen van beleving en betekenis. Als hulpverlener heb je beide benen nodig.

Daarnaast is Maes (2007) van mening dat een therapeut in elke sessie weer de balans moet bewaken tussen vertrouwde en veilige nabijheid en een gepaste afstand. Elke therapie of hulpverleningsrelatie fluctueert tussen deze twee polen. Dat evenwicht is niet alleen belangrijk in elke afzonderlijke sessie, maar ook in de globale aanpak en houding.

Hieraan koppelt Maes dan ook het thema zelfzorg van de hulpverlener. Hij stelt dat de hulpverlener en de relatie de belangrijkste helende factoren zijn en niet de technieken die gebruikt worden. Een hulpverlener die niet goed in zijn vel zit zal minder kunnen investeren in de relatie. Zelfzorg begint met aandacht hebben voor onszelf als hulpverlener op alle niveaus. Dit houdt onder meer in dat we aandacht hebben voor de lichamelijke signalen van tegenoverdracht, de emotionele reacties op traumaverhalen van patiënten of de nood aan steun. Er wordt niet verwacht dat hulpverleners onkwetsbaar zijn en pijn vermijden, maar dat ze hun kwetsbaarheid herkennen, accepteren, grenzen kunnen stellen en daardoor de hulpverlening versterken.

Waakzaam zijn voor vooroordelen

Alle leden van het team duiden in hun antwoorden op de vragenlijst op het aandachtig zijn voor vooroordelen. Geen oordeel vellen en een open houding hebben tegenover de cliënt zijn de antwoorden die het meest naar voren komen.

Onderzoek toont het bestaan van vooroordelen bij studenten aan maar ook de gevolgen voor de patiënt en de zorg. Stigma's bevinden zich niet enkel in de maatschappij, waar mensen minder geïnformeerd zijn over geestelijke aandoeningen, maar deze komen evenzeer voor bij verschillende disciplines in de geestelijke gezondheidszorg. Onderzoekers uit Nigeria (O

Ogunsemi, Odusan & O Olatawura, 2008) onderzochten de houding van laatste jaar studenten in een medische opleiding tegenover cliënten met een psychiatrische diagnose. De resultaten tonen aan dat het label van 'geestelijk ziek' op een cliënt zorgt voor een negatieve houding bij studenten. Deze houding zorgt ervoor dat studenten een bepaalde afstand willen houden van de cliënt. Ze geven aan dat een vriendschap met een persoon met een psychische ziekte een last voor hun zou zijn, wat er voor zorgt dat de afstand tussen beide nog groter wordt.

Uiteraard hebben stigma's vele gevolgen. Zo krijgen personen een lager zelfbeeld, gaan relaties stuk en is er een invloed op de tewerkstelling van deze personen. Daarnaast ontstaat er ontkenning bij de familie dat de persoon geestelijk ziek is. Familieleden gaan hem verbergen of overbeschermen en zo verhinderen dat hij de juiste zorg kan krijgen.

Het aantal studenten dat kiest voor een carrière in de geestelijke gezondheidszorg is 3 tot 6%. Dit wordt aangetoond met een onderzoek aan verschillende universiteiten in UK (Budd, Kelley, Day, Variend, & Dogra, 2011), waarbij het doel is de factoren die de keuze van studenten beïnvloeden te achterhalen. Enkele van deze factoren zijn negatieve ervaringen, het oncomfortabel voelen in de buurt van de cliënten en moeilijkheden ondervinden in de communicatie met hen. Het onderzoek eindigt met de conclusie dat een betere voorbereiding voor studenten die stage gaan doen bij een doelgroep binnen de geestelijke gezondheidszorg een goede eerste oplossing zou kunnen zijn. Studenten moeten meer de kans krijgen om hun vooroordelen en angsten op voorhand te bespreken.

Optimale zorg bieden

Inspraak en medewerking van de cliënt

Meermaals komt binnen het thema 'bieden van optimale zorg aan een cliënt binnen de geestelijke gezondheidszorg' het belang van inspraak en medewerking van de cliënt aan bod. Hiermee wordt door het team bedoeld dat de cliënt betrokken wordt in de keuzes die gemaakt worden en alle mogelijkheden steeds met hem besproken worden.

De cliënt wordt steeds mondiger. Op basis van de informatie die hij krijgt wil hij zelf keuzes kunnen maken. Hij geeft zich minder dan vroeger blindelings over aan zijn arts, therapeut of het behandelende team, maar wil steeds vaker het laatste woord hebben. Deze houding heeft zo zijn voordelen. De cliënt heeft meer inspraak en kan zelf keuzes maken, wat ervoor zorgt dat hij meer achter zijn behandeling staat en zich hier meer voor inzet. Hierdoor kan de cliënt zelf aangeven wanneer een behandeling zinvol is of weinig effect heeft op hem. (Kortmann, 1997)

Waarom het belangrijk is om een partnerschap aan te gaan met de cliënt beschreef de dienst psychosociale gezondheidszorg uit Brussel in hun onderzoek (2013,2014). Het betrekken van de cliënt in de zorg is iets wat de laatste jaren steeds vaker terug komt. Men weet nu dat een behandeling veel efficiënter is wanneer de cliënt geïnformeerd en betrokken is. Een

geïnformeerde cliënt is een cliënt waarbij men de tijd genomen heeft om zijn toestand uit te leggen, die het nut ervan inziet om een bepaald geneesmiddel in te nemen en die zelf kan kiezen uit verschillende therapieën, met in het achterhoofd de voor- en nadelen. Verder in het onderzoek wordt er dieper ingezoomd op de geestelijke gezondheidszorg. Hier is het betrekken van de cliënt in de zorg nog belangrijker, omdat problemen binnen de geestelijke gezondheidszorg moeilijker vast te stellen zijn. Waar het in de klassieke geneeskunde bepaalde testen zijn die een probleem aan het licht brengen, is het in de geestelijke gezondheidszorg voornamelijk de cliënt die dit doet.

Enkele hulpverleners binnen het onderzoek van de dienst psychosociale gezondheidszorg (2014) beschrijven dit als volgt: “Een geestelijke ziekte is geen tastbaar probleem, geen absolute waarheid. Het is een realiteit die permanent in beweging is, en die men niet kan bevatten zonder de medewerking van de cliënt zelf.”

Hieraan wordt het thema vertrouwen gelinkt binnen het onderzoek. Elke cliënt beleeft een unieke en persoonlijke ervaring met zijn ziekte. Deze ervaringen zijn zinvol voor hulpverleners om mee aan de slag te gaan. Daarom is het belangrijk dat cliënten aangezet worden om erover te praten. Om dit te delen met hun hulpverleners is er vertrouwen nodig. De cliënt moet het gevoel hebben dat er naar hem geluisterd wordt, dat hij begrepen wordt en ernstig genomen wordt. (Dienst psychosociale gezondheidszorg Brussel, 2014)

Maar kan er altijd gesproken worden van een gelijkheid tussen hulpverleners en cliënten? Hulpverleners binnen het onderzoek zeggen van niet. Er is steeds sprake van een machtsverhouding, waardoor er nooit kan gesproken worden van een gelijke relatie. Dit verschil is nog duidelijker in crisissituaties, wanneer de cliënt zichzelf of een andere persoon schade zou kunnen toebrengen. Hier is het aan de hulpverlener om in te grijpen. Iemand die een crisis doormaakt kan zelf niet oordelen over wat er moet gebeuren, aldus enkele hulpverleners. Dit machtsverschil komt ook naar voren bij een gedwongen opname. Over het algemeen kunnen we stellen dat wat betreft verantwoordelijkheid en kennis er tussen de hulpverlener en de cliënt essentiële verschillen bestaan die je onmogelijk kan ontkennen. Maar deze verschillen mogen ons er niet van weerhouden om in dialoog te gaan met de cliënt en samen oplossingen te vinden. Hierbij kan de meer theoretische kennis van de ene aangevuld worden met de ervaringen van de andere.

Familie en naaste omgeving

Het team beschrijft dat naast het thema “inspraak geven aan de patiënt”, ook “het betrekken van familieleden, naaste omgeving en vertrouwenspersonen van de patiënt in de behandeling” een belangrijk onderwerp is.

Veel familieleden van mensen met een psychische aandoening hebben behoefte aan informatie en ondersteuning. Voor de meeste familieleden is eenmalige voorlichting niet voldoende. Zij willen graag blijvend op de hoogte gehouden worden en indien nodig ondersteund worden (Drapalski e.a., 2008).

Het Trimbos instituut (2009) deed onderzoek naar de effectiviteit van deze familie-interventies. Familieleden spelen een belangrijke rol in de zorg voor mensen met een psychische aandoening. Ze helpen cliënten niet alleen met praktische zaken als onderdak, voeding en financiën, maar geven daarnaast ook emotionele ondersteuning en reageren op crisissen. Verder hebben familieleden en andere betrokkenen ook een rol als ervaringsdeskundige in de hulpverlening. Zij kennen over het algemeen de cliënt erg goed en hebben veel ervaring opgebouwd in de omgang met hem.

In de literatuur legde men vroeger vooral de nadruk op de gevolgen van een stressvolle familierelatie voor de cliënt, maar in de loop der jaren is er meer aandacht uitgegaan naar de familieleden. Uit meta-analyses van Pilling e.a. (2002) blijkt dat familie-interventies terugval bij cliënten uitstellen, dat ze tot minder heropnames leiden en dat ze de medicatietrouw van cliënten bevorderen. Voor familieleden wordt aangetoond dat zij over meer kennis van de stoornis beschikken en dat er een verschuiving plaatsvindt van hoge naar lage expressed emotion. Dit verwijst naar de mate van kritiek en vijandigheid ten opzichte van de cliënt.

Wel moet er aandacht besteed worden aan de relatie die de cliënt met zijn familie heeft. Ondanks de positieve effecten die verbonden zijn aan de interventies, is de relatie met de familie soms dusdanig verstoord dat de cliënt er niet voor openstaat om hen te betrekken in de zorg.

Herstelgericht werken

Een herstelgerichte visie is zeer duidelijk aanwezig op de stageplaats en bij het multidisciplinair team. Herstelgericht werken is dan ook een antwoord wat meermaals aan bod komt tijdens het coderen van de vragenlijsten.

Herstel is een zeer persoonlijk en uniek proces waarbij de waarden, gevoelens, doelen en rollen van een persoon veranderen. Het is het verder zetten van een tevreden en hoopvol leven ondanks de beperkingen die aanwezig zijn door de aandoening. Herstel omvat het ontwikkelen van een nieuwe betekenis in iemands leven terwijl hij leert omgaan met de gevolgen van zijn mentale aandoening (Anonymous, 1989; Deegan, 1988; Houghton, 1982; Leete, 1989; McDermott, 1990; Unzicker, 1989). Herstel komt vanuit de persoon zelf, terwijl de behandeling en het onder controle houden van symptomen uitgevoerd worden door hulpverleners om het herstel te bevorderen.

Onderzoek van de KU Leuven (De Jaegere, DeSmet, De Coster, & Van Audenhove, 2010) beschrijft enkele voordelen van herstelgericht werken binnen de geestelijke gezondheidszorg. Zo vermindert een herstelgerichte visie herval en heropnames, leren cliënten omgaan met blijvende symptomen en is er een verbetering van het sociaal functioneren als ook een toename van vaardigheden.

Walter Krikilion (2012) gaat in op de nodige competenties bij hulpverleners. Hij haalt aan dat hulpverleners andere competenties nodig hebben wanneer ze werken vanuit een

herstelgerichte visie. De klemtoon ligt hierbij op de fijne afstemming naar de specifieke noden van de persoon toe. Enkele van de specifieke competenties binnen de herstelgerichte visie zijn: het bieden van hoop en het geven van vertrouwen, het aanwezig zijn en respect hebben voor de andere. Hierbij is het blijven geloven van cruciaal belang, ook als 'het tegenzit' en er obstakels op de weg komen.

Een succesvol herstel verandert niets aan de ervaring, aan de gevolgen van de aandoening die aanwezig zijn of aan het feit dat iemands leven voor goed veranderd is. Het betekent wel dat de persoon veranderd is en hierdoor ook een andere betekenis geeft aan deze gebeurtenissen. Ze zijn niet langer de belangrijkste focus in het leven van de persoon.

Teamwork binnen de geestelijke gezondheidszorg

Continuïteit en eenduidigheid

Binnen het onderdeel 'teamwerking' benadrukt het multidisciplinaire team het belang van goede samenwerking en het regelmatig samenkomen. Dit alles om continuïteit van zorg te kunnen bieden aan de cliënt.

Multidisciplinaire vergaderingen zorgen ervoor dat er een duidelijk zorgplan kan opgesteld worden, zowel over de huidige als toekomstige zorg, waarbij het hele team betrokken is. Een onderzoek naar multidisciplinaire teams in de psychiatrische revalidatie (Lieberman, Hilty, Drake, & Tsang, 2001) beschrijft het belang van deze samenkomsten. Face-to-face interacties zorgen ervoor dat teams beter functioneren. Daarnaast raadt het onderzoek aan om met een maximum van 12 teamleden te vergaderen. Wanneer er met meer rond de tafel gezeten wordt, verkleint dit de kans op een goede interactie. Het opgestelde zorgplan kan bij elke volgende vergadering aangepast of bijgestuurd worden, maar zorgt ervoor dat het hele team in de tussentijd op eenzelfde lijn zit.

Onderzoek toont de betekenis van continuïteit binnen de psychiatrie aan. Voor cliënten en hun familie betekent dit dat hulpverleners het eens zijn over een zorgplan, en dat een hulpverlener die kennis heeft over hun verleden en huidige situatie hen zal helpen in de toekomst. Voor hulpverleners hoort bij het bieden van continuïteit het hebben van voldoende kennis over de cliënt om de juiste zorg te kunnen bieden en het vertrouwen dat de technieken en zorg die zij toepassen door het hele team verder gezet worden. (Haggerty et al., 2003)

Dit brengt ons bij het volgende deel: eenduidigheid. Een aanvullend element dat door verschillende leden van het team aangegeven werd als belangrijk.

Claassen (2010) haalt in haar boek volgende definitie aan: "Een team is een groep mensen die ieder vanuit hun eigen deskundigheid, maar steeds in onderlinge samenspraak, vanuit de gemeenschappelijk gekozen en aanvaarde behandelfilosofie het gestelde behandeldoel nastreven." Haar onderzoek toont aan dat een interventie minder effect heeft wanneer deze

niet door andere disciplines gesteund of verder gezet wordt. De behandeling heeft het meeste effect wanneer deze onderling is afgestemd.

In sommige instellingen wordt er voor een één op één behandeling gekozen, dit wil zeggen dat één hulpverlener aan één cliënt wordt gekoppeld. (Den Hollander, 2008). Het nadeel van deze benadering is dat het een zware belasting voor de hulpverlener en de cliënt kan geven en daarom wordt er een teambenadering naar voor geschoven. Alle hulpverleners begeleiden dan alle cliënten en dit maakt ook dat alle cliënten alle hulpverleners kennen. Een belangrijke kantlijn die hier gemaakt moet worden is dat teambenadering enkel positief kan zijn als het gehele team eenduidig is over de cliënt. Wanneer dit niet het geval is kunnen cliënten hiervan gebruik maken om onenigheid te creëren in het team.

Communicatie met de cliënt

Waarheidsgetrouw

Het multidisciplinaire team gaf in de vragenlijst aan dat het waarheidsrouw zijn van cliënten binnen de doelgroep geestelijke gezondheidszorg een aandachtspunt is voor toekomstige hulpverleners. De hulpverlener moet bedacht zijn op de problematiek van de patiënt, die er voor kan zorgen dat hij minder of niet waarheidsrouw is. Depaulo & Kashy (1998) geven in hun onderzoek verschillende vormen van leugens aan die kunnen voorkomen, waaronder het verdraaien van feiten, minimaliseren of overdrijven, iets niet vertellen of doen alsof ze het eens zijn met de therapeut,...

Naast het bewust kiezen van cliënten om niet waarheidsrouw te zijn, wordt er in de vragenlijst ook aangegeven dat datgene wat cliënten vertellen hun subjectieve waarheid kan zijn. De cliënt ziet wat hij vertelt als waarheid, ook al weet de hulpverlener dat dit niet overeenkomt met de realiteit.

De reden waarom cliënten liegen binnen therapie tonen Hill et al. (1993) aan met hun onderzoek. Hierin komt naar voor dat het grootste deel van de cliënten gevoelens van schaamte ervaren waardoor ze ervoor kiezen om over bepaalde onderwerpen niet eerlijk te zijn. De meest voorkomende reden om bepaalde dingen niet te vertellen is het vermijden van overweldigende emoties.

De hulpverlener moet dus aandacht besteden aan het waarheidsrouw zijn van de cliënten, maar wat belangrijker is, is te onthouden dat dat wat de cliënten vertellen, of het waarheid of geen waarheid is, het allemaal materiaal is om mee aan de slag te gaan. De vraag die hij zich dan moet stellen is niet "Wie liegt er in therapie?", maar wel "Waar liegt de cliënt over en waarom?".

Non-verbale communicatie

Het team op de afdeling bespreekt dat het niet enkel de gesprekstechnieken of de woordenschat is die belangrijk is in de communicatie met cliënten binnen de geestelijke

gezondheidszorg, maar dat er ook aandacht moet besteed worden aan non-verbale communicatie van de cliënten. Zo beschrijven enkele respondenten dat niet altijd hetgeen wat verteld wordt belangrijk is, maar dat er ook lege momenten in een gesprek mogen zijn. Anderen vullen daar op aan dat een goed observatievermogen hier van belang is. Observaties kunnen ons heel wat informatie verschaffen.

In het tijdschrift voor psychiatrie (1989) werd hier onderzoek naar gedaan door Bouhuys en Vrugt. Zij onderzochten specifiek het verband tussen non-verbale communicatie en depressie. Ze voerden onder meer onderzoek naar het verschil in non-verbaal gedrag tussen personen met een depressie en personen zonder depressie, het verband tussen de ernst van de depressie en non-verbaal gedrag en de relatie tussen non-verbaal gedrag en herstel. Uit hun overzicht komt naar voren dat de verbale bijdrage van personen met een depressie aan gesprekken beperkt is. Er valt dan ook te verwachten dat non-verbaal gedrag bij depressie een belangrijke vorm van communicatie vormt.

Ze beschrijven onder meer dat de stemming van deze cliënten samen gaat met een verlaagde fundamentele frequentie, met een verminderde variatie of afwisseling in toonhoogte en met een verminderde intensiteit van het stemgeluid (Scherer, 1986). Kenmerkend voor mensen met een ernstige depressie is monotoon en zacht spreken, weinig en kort het woord nemen en lange pauzes inlassen tijdens het spreken. Ook het aankijken van mensen met een depressie verschilt van mensen zonder depressie, althans als het om opgenomen depressieve cliënten gaat. Zij kijken hun gesprekspartner relatief weinig aan tijdens het spreken.

De volgende gedragingen blijken voorspellers van herstel te zijn: veel hoofdbewegingen en algehele lichaamsbeweging. Evenals toename in de frequentie en duur van het spreken.

De conclusie luidt onder andere dat kennis van deze signalen en gerichte aandacht op de mate van optreden ervan tijdens een gesprek het mogelijk maken om tijdens de behandeling op subtiele wijze informatie te verkrijgen over de vooruitzichten van de cliënt. En in die zin kan het non-verbale communicatieve gedrag een aanvulling vormen op het bestaand diagnostisch materiaal.

Modeling

Als laatste kwam in de literatuur en de gesprekken met verschillende leden van het team het thema 'modeling' naar voor.

De Vlaamse Psychologische en Pedagogische Kring geeft volgende uitleg over modeling in hun studie (2014-2015): Cliënten leren gepast gedrag door naar anderen, modellen, te kijken die het juiste gedrag vertonen. Deze modellen kunnen reële aanwezige personen zijn of het kan een beeld zijn van een model, zoals op een DVD. Garfield en Bergin (1978) geven hierop een aanvulling in hun onderzoek. Zij stellen dat andere personen zeer sterke modellen zijn, maar daarom niet de enige. Hun definitie van een model geldt als volgt: een model is een stimulus die ervoor zorgt dat een observator informatie uit omgevingsgebeurtenissen kan opnemen en

hiernaar kan handelen zonder begeleiding. Het handelen komt voort uit de cognitieve activiteiten van de observator.

Verder worden in het artikel de effecten van observerend leren besproken. Observators leren nieuw gedrag en coping strategieën die eerder nog niet bij hen aanwezig waren. Na observatie leren ze om dit gedrag, identiek aan de observatie, te implementeren in hun handelen. Hun literatuur toont aan dat modeling therapieën een meerwaarde zijn voor de aanpak van problemen met sociale en cognitieve vaardigheden en dat ze helpen bij het afleren van vermijgend gedrag.

Het aanbieden van modeling therapie geeft geen zekerheid dat observators het geobserveerde gedrag zullen overnemen. Dit hangt af van de manier waarop zij de informatie registreren. Wanneer stimuli te chaotisch, te snel of te zwak optreden, slagen observators er niet in deze op te nemen. Er zijn heel wat processen verbonden aan het begrijpen en opnemen van voorbeeldgedrag door observators. Wanneer met deze processen rekening gehouden wordt, kunnen er sterke therapeutische doelen bereikt worden.

Evaluatie resultaten focusgroep

De evaluatie van de vragenlijst werd uitgevoerd aan de hand van een focusgroep. De 4 hoofdcompetenties uit de literatuur met hieronder de verschillende kenmerken, gaven de structuur weer voor aanvang van de focusgroep. Er werd gekozen om deze kenmerken te bespreken, gevolgd door eventuele aanvullingen van het team. Binnen het overleg waren twee verpleegkundigen, twee ergotherapeuten en een psychologe aanwezig. De kinesist werd ook uitgenodigd en had de focusgroep bevestigd maar kon uiteindelijk toch niet aanwezig zijn.

Alle resultaten uit de vragenlijst werden nogmaals bevestigd tijdens de focusgroep. Net zoals Maes (2007) in zijn onderzoek aanhaalt dat een goede therapeut-cliëntrelatie een positief resultaat van de behandeling bepaalt, bespreekt ook het team dit item tijdens de focusgroep. De therapeutische verbondenheid is voor hun essentieel. Wanneer een cliënt zich comfortabel en vertrouwd voelt bij de therapeut zal dit een positief effect hebben op het herstel en het resultaat van de zorgverlening.

Wanneer tegenoverdracht besproken wordt, is het team het eens met Jacobs (1999). Zij melden het vaker voorkomen van tegenoverdracht binnen de setting van de geestelijke gezondheidszorg en geven aan soms een gevoel van antipathie ten opzichte van sommige cliënten te krijgen. Hierbij is het belangrijk dat de zorgverlener dit kan reflecteren met het team.

Empathie tonen en waakzaam zijn voor afstand-nabijheid is in de algemene zorgverlening van belang, maar krijgt toch een meer belangrijke waarde binnen de geestelijke zorgverlening. Het team beschrijft net als Maes (2007) het bewaken van de balans tussen vertrouwde en veilige nabijheid en een gepaste afstand. Wanneer de grens tussen cliënt en zorgverlener te sterk vervaagt dreigt men de cliënt als een vriend te benaderen en de professionele relatie uit het oog te verliezen.

De deelnemers bevestigen de onderzoeken aan verschillende universiteiten in de UK omtrent vooroordelen bij studenten. (Budd, Kelley, Day, Variend, & Dogra, 2011) Ze zijn zich er van bewust dat er nog altijd erg veel stigma's en angsten bestaan rondom de geestelijke zorgverlening. Volgens hen ligt de basis hiervan, wat ook blijkt uit de onderzoeken, in de opleidingen zelf. Als studenten in hun opleidingen meer geïnformeerd worden over geestelijke zorgverlening en kennis kunnen maken met realistische situaties, kunnen eventuele stigma's en angsten weggewerkt worden.

Een cliënt-gecentreerde benadering is belangrijk tijdens het herstelproces, dit werd al eerder vermeldt uit het onderzoek van de dienst psychosociale gezondheidszorg uit Brussel (2013,2014). Zorgverleners hebben de visie en mening van cliënten nodig om de zorg zo goed mogelijk te kunnen aanpassen aan hun wensen en noden.

Naast informatie van de cliënt zelf kan er ook heel wat informatie verkregen worden uit familiegesprekken. Het Trimbos instituut (2009) beschrijft dit in hun onderzoek maar ook het team is het hiermee eens tijdens de focusgroep. Er wordt duidelijk aangegeven dat de informatie die de familie geeft, de toestand van de cliënt in een ander perspectief plaatst. De familie kent de cliënt al langer en heeft de cliënt gezien binnen een andere context als de opname. De hulpverlener kan dus extra informatie verschaffen tijdens een gesprek met een familielid.

Binnen het Medisch Centrum wordt er doelgericht aan herstel gewerkt, er wordt uitgegaan van een herstelgerichte visie. Het steeds geven van bevestiging werd niet gezien als een valkuil, maar enkel wanneer dit de cliënt ten goede komt. Wanneer dit enkel wordt gebruikt als opvulling van een leegte heeft dit geen meerwaarde, maar wanneer dit de cliënt positief bekrachtigt wordt dit zeker niet als nadelig beschouwd.

In de vragenlijsten en in de herstelgerichte visie komt ook terug dat het team de lange termijndoelstellingen niet uit het oog mag verliezen. Er wordt aangegeven dat werken rond lange termijndoelstellingen invloed heeft op het voorkomen van hervat. Het opnemen van activiteiten buiten het ziekenhuis kan hierbij helpen, dit wordt 'outreaching' genoemd.

Binnen de focusgroep wordt benadrukt dat een goede samenwerking van het team erg belangrijk is, dit werd benoemd als een algemene competentie in de zorgverlening. Net zoals Claassen (2010) in haar boek aanhaalt, worden eenduidigheid en continuïteit opgenoemd binnen de focusgroep. Elk teamlid moet aan dezelfde doelen werken. Daarnaast vindt het team het ook belangrijk dat ze zich veilig en zeker kunnen voelen om een eigen mening te hebben. Het creëren van een veilige cultuur binnen het team is een werkproces, maar wel nodig om goed te kunnen samenwerken.

Wat betreft communicatie komen de competenties en opmerkingen vanuit de focusgroep volledig overeen met de resultaten en literatuur in de vragenlijsten. Zo haalde het team waarheidsgetrouw handelen, rekening houden met de subjectieve waarheid van de cliënt, non-verbale communicatie en modeling aan als belangrijke items binnen de werking van de geestelijke zorgverlening. De studie van De Vlaamse Psychologische en Pedagogische Kring

(2014-2015) geeft aan dat observators nieuw gedrag en coping strategieën leren implementeren in hun handelen. Het team vult hierop aan dat modeling vaak voorkomt bij mensen die al meermaals opgenomen werden binnen de geestelijke gezondheidszorg. Zij zien al een langere tijd de effecten van het handelen van de zorgverleners en trachten deze makkelijker over te nemen.

Tijdens het evalueren van de competenties kwamen ook enkele belangrijke competenties aan bod die eerder niet vermeld werden. Deze competenties zijn zelfreflectie en het hebben van inhoudelijke kennis.

Zelfreflectie valt onder teamwork, dit houdt het nadenken over het eigen handelen, het bespreekbaar maken van het eigen handelen en handelen van anderen op de afdeling in. Het toont aan dat hulpverleners zich ook kwetsbaar durven op te stellen als professional en feedback willen geven en ontvangen.

Een zeer belangrijk item, aangebracht tijdens de focusgroep, is het hebben van inhoudelijke kennis. Voor veel studenten lijkt dit een evidentie, maar toch merkt het team dat er nog te veel onwetendheid is over de benaderingen van de verschillende ziektebeelden. Wanneer studenten kiezen voor een stage binnen de geestelijke gezondheidszorg wordt er verwacht dat men de nodige voorkennis heeft om aan de slag te gaan en ervaring op te bouwen in het werkveld.

Discussie

Als volgt zullen enkele knelpunten worden aangehaald die tijdens het onderzoek werden vastgesteld. Door de drukke werksfeer en verspreide personeelsbezetting konden niet alle vragenlijsten bemaatigd worden om een analyse op te maken. De vragenlijsten van de kinesitherapeut en sociaal werker werden niet voor de gewenste deadline ingevuld. Daarnaast kon de kinesitherapeut ook niet deelnemen aan de focusgroep. Dit heeft ervoor gezorgd dat er geen competenties vanuit dit perspectief bekeken konden worden. Er is gekozen om de zorgkundige op te nemen in dit onderzoek (ondanks dat zij niet deelnemen aan de interdisciplinaire leerwerkplaats) omdat deze discipline op zorgeenheid A4 evenveel in contact komt met cliënten als verpleegkundigen en we zo onderzoekmatig aan voldoende deelnemers kwamen. Een andere kanttekening die gemaakt werd was het feit dat dit onderzoek enkel uitgevoerd werd op de afdeling A4 van het Medisch Centrum Sint-Jozef te Munsterbilzen, op deze zorgeenheid wordt de specifieke doelgroep 'ouderen' behandeld. Het onderzoek kan dus mogelijk geen algemeen beeld geven over de competenties die studenten nodig hebben binnen de geestelijke gezondheidszorg.

Er is weinig literatuurstudie te vinden over het belang van het hebben van kennis en inzichten in het werkveld. Dit omdat het vaak als zelfsprekend beschouwd wordt. Via practice based observaties kon wel worden vastgesteld dat achtergrondkennis essentieel is om goed te kunnen functioneren in het werkveld. Gedurende de focusgroep werd meermaals aangehaald dat studenten die niet over een grondige basiskennis beschikken moeilijker een totaalbeeld kunnen vormen van de cliënt en daarom belemmerd worden in het opbouwen van een gezonde vertrouwensrelatie. Bosch (2007) definieert kennis als hetgeen wat men uit een studie geleerd heeft, hier worden zowel beroep specifieke als communicatieve vaardigheden mee bedoeld. Het hebben van kennis over het vakgebied zorgt voor een professionele attitude in het werkveld.

Het team van professionals gaf ook aan dat zelfreflectie over het eigen functioneren in het werkveld van groot belang is. Dit gaat samen met het geven van feedback aan elkaar. Volgens Bosch (2007) is een respectvolle behandeling enkel mogelijk wanneer deze samengaat met een gezamenlijke visie, professionele attitude én een kritische zelfreflectie.

Om goed te kunnen functioneren om de stageplaats is het essentieel dat iedere junior-collega in staat is om zichzelf en het eigen handelen te analyseren en reflecteren. Enkel zelfreflectie is echter niet voldoende, men moet ook voldoende feedback krijgen van collega's en cliënten.

Gedurende een gesprek beïnvloeden deelnemers elkaar voortdurend. Dit kan zorgen voor een verandering van de standpunten waarmee ze aan de focusgroep begonnen zijn. Omdat standpunten veranderlijk zijn kan een betekenis-in-context ontstaan en dit is nuttig voor kwalitatief onderzoek. De grote voorwaarde hiervoor is dat er sprake moet zijn van groepsverwerking.

Mortelmans (2013) haalt in zijn boek aan dat wanneer een focusgroep bestaat uit een homogene groep van 'vreemdelingen' en de deelnemers elkaar na de focusgroep niet meer gaan terugzien, de terughoudendheid gereduceerd wordt en dat dit ervoor zorgt dat deelnemers vrijuit kunnen praten. Gezien dit in de praktijk anders verlopen is, omdat de deelnemers van de focusgroep collega's waren, bespreken we vervolgens de invloed van deze aanpassing op de resultaten van de focusgroep. Dit gebeurt aan de hand van de zes fases (Fern, 2001) die Mortelmans beschrijft om aan te tonen welke stappen deelnemers kunnen doorlopen tijdens een focusgroep.

De eerste drie fases: globaliteit, differentiatie en sociale integratie, waren minder aanwezig tijdens de focusgroep. Gezien de verbondenheid van de deelnemers voorafgaand aan de focusgroep, was er al een duidelijke band tussen de groep, wisten ze al wie de andere was en wie goed aansloot bij hun gedachtegang. In fase vier vormen zich spiegelreacties. In deze fase herkennen de deelnemers de gelijkenissen en verschillen tussen zichzelf en de anderen. Afhankelijk van de gelijkenissen en/of verschillen gaan bepaalde deelnemers zich meer verbonden met elkaar voelen. Er worden kleine coalities gevormd, dit is de fase van condensatie. Deze fase wordt beïnvloed doordat de deelnemers elkaar kenden voor aanvang van de focusgroep. Dit zorgde ervoor dat er, ook onbewust, vooraf reeds coalities gevormd konden worden. We kunnen stellen dat de band tussen de deelnemers, de voorafgaande kennis over elkaar en de machtsverhoudingen binnen de groep, een invloed hebben gehad op de reacties van sommige deelnemers en hierdoor dus ook onze resultaten konden beïnvloeden.

Een andere bedenking die gemaakt kon worden, is de invloed van de visie die gehanteerd wordt binnen afdeling A4. Hier wordt gewerkt vanuit een herstelgerichte visie die voorafgaand aan het onderzoek reeds in de gedachtegang van het team zat. Op deze manier kan de visie de antwoorden van het team in een bepaalde richting gestuurd hebben en zo ook de antwoorden beïnvloed hebben. In de focusgroep bleken zorgverleners die dezelfde visie delen vanuit hun specifieke beroepsuitoefening meer geneigd om elkaar aan te vullen en te ondersteunen.

Conclusie

Voor een goede therapeutische benadering moet er aandacht besteed worden aan de relatie met cliënt en de tegenoverdracht die er kan ontstaan. Dit heeft een grote invloed op de outcome van de therapie. Naast de relatie blijken ook de empathische houding en de vooroordelen van de therapeut tegenover de cliënt een invloed te hebben op het geven van goede zorg en hierbij dus een aandachtspunt voor toekomstige zorgverleners.

Wat betreft multidisciplinaire samenwerking binnen de geestelijke gezondheidszorg blijkt continuïteit en eenduidigheid het belangrijkste aspect. Het verderzetten van interventies door het gehele team en het werken vanuit een gezamenlijk gekozen behandeldoel staan hierin centraal.

Het bieden van optimale zorg blijkt bepaald te worden door de inspraak en medewerking van de cliënt en het betrekken van familie en naaste omgeving bij de behandeling. Daarnaast is werken vanuit een herstelgerichte visie ook een indicator voor optimale zorg.

Voor de competentie communicatie blijken er ook enkele aandachtspunten voor hulpverleners te zijn. Deze zijn aandacht besteden aan het waarheidsrouw zijn en de non-verbale communicatie van cliënten. Daarnaast moet men aandachtig zijn voor het proces van modeling binnen de hulpverlening in de geestelijke gezondheidszorg.

We kunnen stellen dat er heel wat therapeutische vaardigheden zijn die specifiek zijn voor de hulpverlening in de geestelijke gezondheidszorg. Het is belangrijk dat toekomstige hulpverleners hier aandacht aan besteden wanneer ze binnen deze doelgroep werkervaring opdoen. Hierbij is het noodzakelijk dat deze vaardigheden geëxpliciteerd worden binnen de gedragsindicatoren in het evaluatiedocument. Het is dus mogelijk dat er een aangepaste voorbereiding nodig is voor aanvang van de interdisciplinaire leerwerkplaats binnen de geestelijke gezondheidszorg.

Bronvermelding

Blanchard, M., Barry A., (2016), Lying in psychotherapy: Why and what clients don't tell their therapist about therapy and their relationship, *Counselling Psychology Quarterly*, 29 (1), 90-112

Bleker, O.P., (2003), De specialist van morgen; een betere opleiding, *Tijdschrift voor medisch onderwijs*, 10, 22-174

Bosch E., (2007), *Bejegening in de zorg: Respectvol omgaan met cliënten*, Soest: Uitgeverij Nelissen

Bouhuys, A.L., Vrugt, A.J., (1989), Depressie en non-verbale communicatie, *Tijdschrift voor psychiatrie*, 31 (5), 313-332

Budd, S., Kelley, R., Day, R., Variend, H., Dogra N., (2011), Student attitudes to psychiatry and their clinical placements, *Medical Teacher*, 33 (11), 586-592

De Jaegere, V., DeSmet, A., De Coster, I., Van Audenhove, C., (2010), *Een starterskit voor betere ggz: visie en methodieken*, Leuven

Den Hollander, D en Lardinois, J. (2008), *Als het spant in de relatie*, geraadpleegd op 10/01/2017, van <http://www.venvn-spv.nl/vakblad/sppdf/sp87/sp87-hoofd04.pdf>

Dubbeldam, A., (2007), *Afstand en nabijheid* (een theoretische en empirische verkenning van de begrippen afstand en nabijheid in humanistisch geestelijk werk), Universiteit voor Humanistiek Utrecht

Graste, J., Bauduin, D., (2000), *Waardenvol werk: ethiek in de geestelijke gezondheidszorg*, Assen: Van Gorcum

Habib T., MBBS, MFamMed, Fc van Rooyen MCom en LA Hiemstra MBChB, MPraxMed (2007), Involuntary admission of psychiatric patients in the Northern Cape Province and the accuracy of the initial psychiatric assessment done by the referring general practitioners, *South African Family Practice*, 46 (6), 14-14c

Hafkenscheid, A., (2015), Tegenoverdracht: van een psychoanalytisch naar een transtheoretisch concept, *Tijdschrift voor psychiatrie*, 57 (3), 202-209

Haggerty, J.L., Reid, R.J., Freeman, G.K., Starfield, B.H., Adair, C.E., McKendry, R., (2003), Continuity of care: a multidisciplinary review, *British Medical Journal*, 327, 1219

Hill, C.E. en Knox S. (2009), Processing the therapeutic relationship, *Psychotherapy research*, 19 (1), 13-29

Hogeschool PXL (2015), Patchwork: een interdisciplinaire leerwerkplaats, geraadpleegd op 28/11/2016 van <http://www.pxl.be/Pub/onderzoek/Projecten/Projecten/Zorginnovatie/Patchwork-een-interdisciplinaire-leerwerkplaats.html?highlight=patchwork>

Janssen, M., De Jonge, M., Pols, J., *Dwang in de psychiatrie. Dilemma's, feiten, ervaringen en alternatieven*, Amsterdam: Babylon-De Geus

Krikilion, W., (2012), *Teksten en verslag Achtste Studiedag Klinische psychotherapie*, Geel

Kortmann, F.A.M. (1997), De vertrouwensrelatie in gevaar, *Tijdschrift voor psychiatrie*, 39 (10), 767-768

Lieberman, R.P., Hilty, D.M., Drake, R.E., Tsang, H.W.H, (2001), Requirements for Multidisciplinary Teamwork in Psychiatric Rehabilitation, *Psychiatric Services*, 50 (10), 1331-1342

Maes, J., (2007), *De hulpverlener: tussen afstand en nabijheid*, Gent

Maurits, E.E.M, de Veer, A.J.E, Francke, A.L. (2016) Inspelen op veranderingen in de zorg Ervaringen van verpleegkundigen, verzorgenden, begeleiders en praktijkondersteuners. NIVEL

MORTELMANS, D., (2013), *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden*, Leuven/Den Haag: Acco

Moxham, L., Patterson, C., Taylor, E., Perlman, D., Sumskis, S., Brighton R., (2017), A Multidisciplinary Learning Experience Contributing to Mental Health Rehabilitation, *Disability and Rehabilitation*, 39 (1), 98-103

Muste, E., Weertman, A., Claassen A., (2009), *Handboek klinische schematherapie*, Houten: Bohn Stafleu van Loghum

Ogunsemi, O. O., Odusan, O., Olatawura, O.M., (2008), Stigmatising attitude of medical students towards a psychiatry label, *Annals of General Psychiatry*, 10, 7-15

Oostdam, R., Peetsma, T., Derriks, M., van Gelderen, A., (2006), *Leren van het nieuwe leren: casestudies in het voortgezet onderwijs* (casestudie), SCO-rapport nr. 757 projectnummer 44523, Amsterdam: SCO-Kohnstamm Instituut

Pelling, S., Kalen, A., Hammar, M., Wahlström, O. (2011) Preparation for becoming members of health care teams: findings from a 5-year evaluation of a student interprofessional training ward. *Journal of Interprofessional Care*, 25, 328-332

Raab, K. (2014), Mindfulness, Self-Compassion and Empathy Among Health Care Professionals: A Review of the Literature, *Journal of Health Care Chaplaincy*, 20 (3), 95-108

Rosenthal, T.L., Bandura, A. (1978), Psychological modelling: theory and practice, in S.L. Garfield en A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behaviour change: An empirical analysis*, (621-650), New York: Wiley

UilenSpiegel (2014), *De cliënt als partner in de geestelijke gezondheidszorg* (gids voor hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg), Brussel

Van Erp, N., Place, C., Michon, H., (2009), *Familie in de langdurige GGZ deel 2: Betrokkenheid in (F)ACT*, Utrecht: Trimbos-instituut

Van Regenmortel, T., (2009), Empowerment in de geestelijke gezondheidszorg, *Neuron*, 14 (8)

van Staveren-Boer, R. (2006), Empathie bij de psychiatrische patiënt: Contact maken bij weerstand, *Huisarts en wetenschap*, 12, 49-628

Wilhemsson, M., Pelling, S., Ludvigsson, J., Hammar, M., Dahlgren, L., Faresjö, T. (2009) Twenty years experiences of interprofessional education in Linköping – ground-breaking and sustainable, *Journal of Interprofessional Care*, 23 (2) 121-133

William, A. A., (1993), Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11-23