

Journal of Social Intervention: Theory and Practice –
2024 – Volume 33, Issue 2, pp. 62–83
<http://doi.org/10.18352/jsi.808>

ISSN: 1876-8830

URL: <http://www.journalsi.org>

Publisher: Hanze University of Applied Sciences /
NHL Stenden University of Applied Sciences
Open Access Journals

Copyright: this work has been published under a
Creative Commons Attribution-Noncommercial-No
Derivative Works 3.0 Netherlands License

Jürgen Magerman is GGZ-verpleegkundige. Hij is
momenteel werkzaam als onderzoeksmedewerker binnen
onderzoekscollectief EQUALITY//ResearchCollective en
binnen de vakgroep orthopedagogiek aan Universiteit
Gent. Daarnaast is hij docent binnen de opleiding
orthopedagogie, HOGENT. E-mail: jurgen.magerman@hogent.be

Stefaan de Smet is lector geestelijke gezondheidszorg
aan HOGENT in de opleidingen orthopedagogie
en verpleegkunde en is verbonden aan het
onderzoekscentrum SUPRB. E-mail: stefaan.desmet@hogent.be

Jessica de Maeyer is coördinator van het
onderzoekscentrum EQUALITY//ResearchCollective en
docent binnen de opleiding orthopedagogie, HOGENT.
E-mail: jessica.demaeyer@hogent.be

Wouter Vanderplasschen is hoofddocent en
vakgroepvoorzitter orthopedagogiek aan de Universiteit
Gent. Hij leidt er de onderzoeksgroep Herstel & Verslaving.
Email: wouter.vanderplasschen@ugent.be

Correspondence to: Jürgen Magerman

E-mail: jurgen.magerman@hogent.be

Category: Research

IEDEREEN DOET ALLES. EEN BLIK OP DE COMPETENTIES VAN GGZ- PROFESSIONALS IN EEN CONTEXT VAN DEINSTITUTIONALISERING EVERYONE DOES EVERYTHING. A LOOK AT THE COMPETENCES OF MENTAL HEALTH PROFESSIONALS IN A CONTEXT OF DEINSTITUTIONALISATION

JÜRGEN MAGERMAN,
STEFaan DE
SMET, JESSICA DE
MAEYER, WOUTER
VANDERPLASSCHEN

SAMENVATTING

De paradigmashift van een institutionele geestelijke gezondheidszorg naar meer gemeenschapsgerichte zorg geënt op een herstelgerichte visie hertekent het landschap van de geestelijke gezondheidszorg. Dit impliceert dat de rol, competenties en vaardigheden waarover hulpverleners beschikken eveneens moeten evolueren. Ook de beroepsidentiteiten dreigen te eroderen gezien er meer gekozen wordt voor transdisciplinaire werkvormen.

Met dit onderzoek willen we nagaan welke competenties leidinggevend uit uiteenlopende settings binnen de geestelijke gezondheidszorg noodzakelijk achten voor basiswerkers om in deze nieuwe geestelijke gezondheidsstructuren te werken. Ook wensen we te exploreren wat volgens leidinggevend en experts de rol van de beroepsidentiteit nog is in deze structuren.

27 participanten bestaande uit 23 leidinggevend uit drie Belgische GGZ-regio's en vier experts werden via semigestructureerde interviews bevraagd welke competenties zij als noodzakelijk zien. De ad verbatim getranscribeerde interviews werden via de principes van een inhoudsanalyse geanalyseerd. Zelfsturende organisatievormen sluiten beter aan bij de realiteit van het werkveld. De leidinggevend benadrukken nieuwe generieke competenties die nodig zijn bij de vermaatschappelijking zoals zelfsturing en netwerking. Beroepsspecificiteit blijft een belangrijke rol spelen, maar is moeilijker benoembaar. Dit uit zich niet in het toekennen van specifieke competenties aan een specifieke beroepsgroep, wel in de blikrichting die deze beroepsgroep heeft, gekleurd door de gehanteerde theoretische kaders.

TREFWOORDEN

Transdisciplinariteit, beroepsidentiteiten, competenties, gemeenschapsgericht werken, herstelgericht werken, geestelijke gezondheidszorg

ABSTRACT

The paradigm shift from institutional mental health care to more community-based care grafted onto a recovery-oriented vision is reshaping the landscape of mental health care. This implies that the roles, competences and skills available to mental health workers must evolve. Professional identities also risk eroding as more transdisciplinary forms of work are chosen. With this study, we want to find out which competences from various settings within mental health care considered necessary for basic workers to work in these new mental health structures. We also wish to explore

what management and experts think the role of professional identity still is in these structures. 25 participants consisting of 23 managers from three mental health regions in Belgium and four experts were asked via semi-structured interviews which competences they see as necessary. The ad verbatim transcribed interviews were analysed via the principles of content analysis. Self-directed organisational forms better reflect the reality of the professional field. Managers emphasize new generic competencies needed such as self-direction and networking. Professional identity continues to play an important role, but is difficult to appoint. This identity is not expressed in the attribution of specific competences to a specific professional group. It is more a point of view on care influenced by the theoretical frameworks used.

KEYWORDS

Transdisciplinary, professional identities, competences, community-based working, recovery-oriented working, mental health care

INLEIDING

Veel landen wereldwijd zoals de Verenigde Staten, Italië, het Verenigd Koninkrijk en meer recent de Balkan- en Latijn-Amerikaanse landen zoals Bosnië, Herzegovina, Kosovo, Brazilië en Chili hebben de beweging ingezet tot zorgvermaatschappelijking (Caldas De Almeida & Horvitz-Lennon, 2010; Dumont & Dumont, 2008). In andere landen binnen bijvoorbeeld Oost-Europa zoals Albanië moet het proces van vermaatschappelijking nog verder vorm krijgen (Turnpenny et al., 2018; Winkler et al., 2017). In enkele Oost-Europese landen zoals Tsjechië, Roemenië en de Baltische staten, maar ook in Centraal-Azië staat het door Nederland aangestuurde CARE netwerk garant voor een sterke methodologische ondersteuning van de transitie naar zorgvermaatschappelijking (The CARE Network, z.d.). In Nederland zelf kregen zorgvermaatschappelijking en de herstelbeweging in eerste instantie voet aan wal in de acute geestelijke gezondheidszorg, maar ook in de langdurige zorg poot de Active Recovery Triad (ART) concrete richtlijnen aan te bieden tot maatschappijgerichte ondersteuning (Zomer et al., 2020).

De deïstitutionalisering van de geestelijke gezondheidszorg dient gekaderd te worden binnen een shift naar een meer neoliberaal georiënteerd overheidsdiscours (Cummins, 2010), alsook de wens tot het strikter toepassen van de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens. Hierbij neemt men aan dat gemeenschapsgerichte zorg de toepassing van deze rechten meer garandeert (Sugiura et al., 2020). Ook een groeiende maatschappelijke bewustwording van de hoge socio-economische kosten van intramurale zorg ligt mee aan de basis van deïstitutionalisering (Smoyak,

2000). De organisatie van de Belgische geestelijke gezondheidszorg bevindt zich sinds 2010 in een kantelbeweging van een medisch georiënteerd zorgmodel dat vooral binnen de muren van psychiatrische afdelingen werd georganiseerd, naar een herstelgericht zorgmodel dat zich richt op herstel, participatief burgerschap en een kwaliteitsvol leven (Van Weeghel, 2010).

De paradigmashift van een institutionele geestelijke gezondheidszorg naar meer community-based herstelgerichte zorg hertekent het landschap van de geestelijke gezondheidszorg fundamenteel (Slade et al., 2014). Dit impliceert dat de rol, competenties en vaardigheden waarover hulpverleners beschikken eveneens moeten evolueren. Schoolverlaters maar ook hulpverleners die nog opgeleid werden binnen een medisch georiënteerde instellingslogica zullen nood hebben aan ondersteuning om meer outreachend te werken (Reece et al., 2003). Ook residentiële behandelingsafdelingen zullen meer gespecialiseerde hulpverleners nodig hebben die specifiek op deze taak worden voorbereid (Kidd et al., 2014). Naast de impact van het meer ambulant worden van de zorg is het herstelparadigma het dominante model geworden dat door alle disciplines aangewend moet worden om de zorg vorm te geven (Gale & Marshall-Lucette, 2012).

Dit zorgt ervoor dat de multi – en interdisciplinaire samenwerking een andere invulling zal krijgen. De verschillen in takenpakketten volgens opleiding of discipline worden immers minder scherp afgebakend binnen de werking van bijvoorbeeld mobiele teams, maar ook het gebruikte referentiekader van herstel wordt meer uniform (Gale & Marshall-Lucette, 2012). Dit kan een spanningsveld creëren met de uiteenlopende expertise en theoretische discipline-eigen invalshoeken waarmee men een antwoord probeert te bieden op de complexe meervoudige problemen waarmee mensen met een GGZ-problematiek doorgaans te kampen hebben (Delespaul, 2018). In de feiten merken we echter een minder scherpe functiedifferentiatie (Nicaise et al., 2014), waarbij het risico bestaat te evolueren naar een eerder transdisciplinaire werking waar elke beroepsgroep hetzelfde werk vanuit hetzelfde denkkader doet (Brown et al., 2000). Dit biedt een aantal opportuniteiten inzake interprofessionele complementariteit, maar tegelijk bestaat het risico dat er een gevoel van professioneel identiteitsverlies zal optreden (Brown et al., 2000; Mittelstrass, 2011). Het meeste bronmateriaal aangaande competenties binnen de beroepsgroep wordt aangeleverd door de beroepsverenigingen op basis van consensusnota's en minder op basis van onderzoeksresultaten. In de literatuur zal de focus sterker op de organisatorische systemen liggen (Nicaise et al., 2014), maar minder op individuele ondersteuningscompetenties.

België is een land waar zowel community based als goed uitgebouwde residentiële hulpverlening naast elkaar bestaan (Turnpenny et al., 2018), wat het interessant maakt om de nodige competenties in deze transitie in kaart te brengen. Met dit onderzoek willen we nagaan

welke competenties volgens leidinggevendenden uit uiteenlopende residentiële, ambulante en vindplaatsgerichte settings noodzakelijk zijn voor basiswerkers om in deze nieuwe geestelijke gezondheidsstructuren te werken met herstel als grondvisie. Ook wensen we na te gaan wat volgens leidinggevendenden en experts de rol van de beroepsidentiteit nog is in deze nieuwe structuren en hoe hulpverleners binnen deze nieuwe structuren best worden aangestuurd.

METHODOLOGIE

Onderzoekdesign en methoden

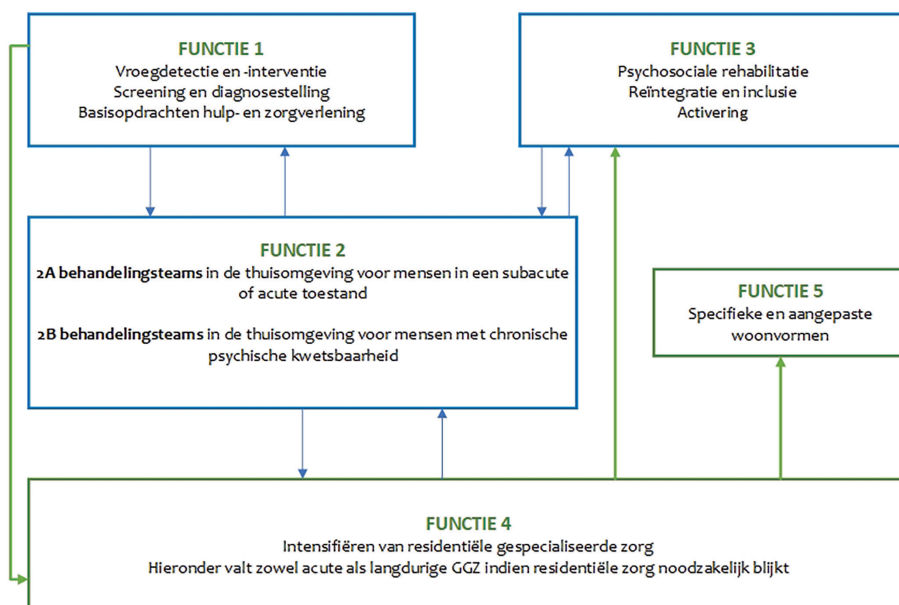
Om het belevingsaspect van leidinggevendenden en experts aangaande benodigde competenties te exploreren opteelden de onderzoekers voor een kwalitatieve benadering (Mortelmans, 2009). Dit om inzicht te verwerven in de specificiteit en het generalistische karakter van de competenties verbonden aan de verschillende beroepsgroepen.

Respondenten en rekrutering

In België wordt de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg gecategoriseerd in vijf sleutelfuncties die onderling nauw dienen samen te werken. Hierin zijn zowel reeds bestaande als nieuwere initiatieven opgenomen zoals mobiele teams die zorg aan huis leveren, psychosociale revalidatiecentra, psychiatrische ziekenhuizen en aangepaste woonomgevingen (Detollenaere et al., 2019). De functies en inhoud worden weergegeven in onderstaande figuur.

De onderzoekers recruteerden leidinggevendenden zo breed mogelijk uit alle functies. In elk van de vijf functies bevroegen de regionale functieverantwoordelijken mensen met een operationeel leidinggevende functie tot deelname. Bijkomend werden vier respondenten toegevoegd die een ruimer zicht hadden op alle functies én die als opleider verbonden zijn aan één van de masteropleidingen die een academische bovenbouw vormen van de vier betrokken bacheloropleidingen dit onderzoek. Deze experts werden vooral betrokken om de beroepsspecifieke invalshoek verder te expliciteren, gezien operationele leidinggevendenden hier moeilijker in slaagden.

Onderstaande tabel geeft de karakteristieken weer van de 27 participanten geïnccludeerd in drie Vlaamse zorgregio's: PAKT en ADS die zowat heel Oost-Vlaanderen omvatten en regio Zuid-West-Vlaanderen.



Figuur 1: De vijf functies van de actuele Belgische Geestelijke Gezondheidszorg.

In vergelijking met andere regio's in Vlaanderen wordt de Gentse regio gekenmerkt door een uitzonderlijk hoge concentratie van residentiële psychiatrische instellingen (Zorg en gezondheid, 2019). Daarom werden ook twee regio's buiten Gent geïnccludeerd, waarbij in één ervan het omzetten van bedden in mobiele zorg reeds langer gerealiseerd was. Hier was er slechts één residentiële instelling die nagenoeg autonoom de overschakeling kon coördineren met de regionale partners in een veel beperktere en dus homogenere organisatorische context. Hun ervaringen over de transitie en implicaties op de competenties van hulpverleners waren een belangrijke aanvulling op het reeds verzamelde interviewmateriaal. Deze ervaringen werden via een focusgroep in kaart gebracht met twee leidinggevende respondenten, geruggesteund door een staf- en een basisedewerker.

Alle respondenten werden op voorhand telefonisch gecontacteerd door de onderzoekers zelf, waarbij reeds een korte schets van de onderzoeksinhoud werd gegeven. Van alle personen die werden gecontacteerd was er één weigering wegens tijdsgebrek.

Tabel 1: karakteristieken participanten.

GGZ Functie	Functie participant	Disciplinaire achtergrond	Leeftijd
Functie 1	Functieverantwoordelijke	Psycholoog	50-60
	Coördinator	Huisarts	60-70
Functie 2	Functieverantwoordelijke	Psycholoog	40-50
	Coördinator mobiel team	Verpleegkundige	30-40
	Coördinator mobiel team	Verpleegkundige	50-60
	Coördinator mobiel team	Verpleegkundige	40-50
	Coördinator mobiel team	Verpleegkundige	30-40
Functie 3	Coördinator	Psycholoog	50-60
	Afdelingsverantwoordelijke	Orthopedagoog	30-40
	Functieverantwoordelijke	Ergotherapeut	40-50
	Coördinator	Ergotherapeut	50-60
Functie 4	Directielid	Sociaal Werker	50-60
	Directielid	Socioloog	60-70
Functie 5	Directielid	Bewegingstherapeut	40-50
	Adjunct coördinator	Verpleegkundige	40-50
	Directielid	Ergotherapeut	50-60
Functie overkoepelend	Netwerkcoördinator	Psycholoog	40-50
	Directielid	Verpleegkundige	50-60
	Coördinator	Verpleegkundige	40-50
	Verpleegkundige	Verpleegkundige	40-50
	Coördinator	Verpleegkundige	30-40
	Coördinator	Psycholoog	30-40
	Netwerkcoördinator	Ergotherapeut	30-40
Experten	Professor	Orthopedagoog	40-50
	Docent	Ergotherapeut	40-50
	Professor	Sociaal Werker	40-50
	Professor	Verpleegkundige	60-70

Het onderzoek werd opgezet conform de algemene ethische richtlijnen van de Faculteit Psychische en Pedagogische Wetenschappen van de Universiteit van Gent. Participanten ondertekenden een informed consent, digitale opnames werden na transcriptie gewist en de transcripties werden gepseudonimiseerd.

Datacollectie

De onderzoekers gebruikten diepte-interviews om een beeld te krijgen van de benodigde competenties en de redenen waarom de respondent de competenties weergeeft als essentieel (Minichiello et al., 2008). De interviews vonden plaats op de locatie die de respondent zelf prefereerde, wat meestal de werkplaats was. Het interview begon steeds met dezelfde situatieschets en een uitnodiging om een eerste reactie te geven op de vraag welke competenties zorgmedewerkers nodig hebben volgens hen. Hierna werden de diverse topics beschreven in de interviewgids verder besproken waarbij maximaal werd ingespeeld op hetgeen respondenten aangaven (Mortelmans, 2009). Voor de thema's en richtvragen van het interview vormden in de literatuur beschreven concepten een inspiratiebron, samen met thema's aangereikt door een groep van superviserende experts met praktijk- en onderzoekservaring bestaande uit een verpleegkundige, ergotherapeut, sociaal werker en een orthopedagoog.

Data-analyse

Alle interviews werden na elke afname letterlijk getranscribeerd. Vooraleer over te gaan tot codering werden de transcripten meermaals gelezen door twee onderzoekers. Hierna werd de methodiek van een thematische directed content analysis toegepast (Van Staa & De Vries, 2014). Hierbij werden de competenties die zich uit de thematische analyse van de interviews hebben afgetekend deductief gecategoriseerd in de volgende vier hoofdrubrieken: beroepsspecifieke competenties, kennis, vaardigheden en attitudes. Onder de rubriek kennis werd alle verzameld die zorgprofessionals nodig hebben om binnen hun vakgebied goede zorg en ondersteuning te leveren. Onder attitudes worden persoonlijke kenmerken, zelfconcept en motieven geclusterd (Spencer & Spencer, 1993). Vaardigheden omvat het vermogen om een prestatie te leveren.

Deze vooraf opgestelde codes worden tijdens de codering verder verfijnd. Tekstfragmenten die niet met deze vooraf opgestelde codes konden gelabeld worden, zijn later inductief gecodeerd (Hsieh & Shannon, 2005). Voor codering werd gebruik gemaakt van QSR Nvivo 10. De diverse competenties werden samengebracht in een mindmap en verder uitgeschreven in een uitgebreid onderzoeksrapport.

Om de validiteit van de resultaten te verhogen werd, naast het meer open karakter van de interviews gebruik gemaakt van onderzoekerstriangulatie. Om de onderzoekerstriangulatie te bewerkstelligen werden zowel de interviews als de analyses door twee onderzoekers uitgevoerd.

Om de externe validiteit te verhogen, voerden de twee onderzoekers vooraf een bracketing oefening uit, waarbij ze hun visie op het onderzoeksonderwerp bespraken (Tufford & Newman, 2012). De onderzoekers organiseerden regelmatige samenkomsten om de resultaten van de analyse te bespreken.

Om vertekening door de verpleegkundige vooropleiding en institutionele werkervaring van beide onderzoekers te beperken koppelden ze de interviews en analyses systematisch terug naar een superviserende expertengroep. Deze groep was samengesteld uit vertegenwoordigers van elke participerende beroepsgroep en kwam vijf keer samen rond de resultaten van dit onderzoek. De uitgeschreven resultaten werden ter bespreking via een member check aan de hand van een focusgroep teruggekoppeld naar de groep van geïnterviewden (Birt et al., 2016). Om de diversiteit van de onderzoeksresultaten te verhogen werden de data gegenereerd uit de interviews met leidinggevendenden uit drie verschillende zorgregio's binnen Vlaanderen.

ONDERZOEKSRESULTATEN

Globale bevindingen

Leidinggevendenden betrokken bij gemeenschapsgerichte teams merken op dat de transitie naar vermaatschappelijking en herstelgericht denken hand in hand gaan met een shift in management van de klassiek hiërarchisch aangestuurde instelling naar meer zelfsturende organisatievormen. Hierbij zal de positie van het management eerder faciliterend dan aansturend zijn. Bij professionele hulpverleners zal er meer nood zijn aan eigen ondernemerschap en het meer opnemen van eigen verantwoordelijkheid. Dit vereist volgens de leidinggevendenden bij hen meer autonomie en niet zozeer andere dan wel diepgaandere competenties. Leidinggevendenden binnen residentiële settings leggen hier minder de nadruk op.

Wat zowat alle leidinggevendenden beklemtonen is dat niet alleen binnen maar ook tussen organisaties samenwerkingen gerealiseerd op basis van gezamenlijke mandatering rondom een casus eerder dan vanuit een sturende hiërarchie. Netwerking en competenties die netwerking bevorderen worden zowel op medewerkers- als managementniveau belangrijker dan ooit.

Een multidisciplinaire en zelfs intersectorale complementariteit in de samenstelling van het team wordt door de leidinggevendenden als het na te streven doel gezien. Dit lijkt contradictorisch omdat

een aantal leidinggevenden het belang van de beroepsachtergrond in de interviews voor sommige settings als outreachende teams sterk relativeren.

'Omdat je heel zuiver naar competenties kijkt. Je kijkt wat kan iemand en niet van welk diploma heeft hij. Omdat je op heel natuurlijke wijze de link tussen competenties en diploma doorbreekt. Je kijkt gewoon van wat heb ik hier nodig'. (5501)

Deze leidinggevenden beklemtonen in eerste instantie persoonsgebonden eigenschappen zoals de mensvisie die de hulpverlener aanhoudt, gekenmerkt door emancipatorisch denken, evenwaardigheid in de relatie cliënt zorgverlener en inclusief denken eerder dan diens gespecialiseerde GGZ-kennis of vaardigheden. Kennis over specifieke psychopathologie en therapeutische methodes zijn volgens hen eerder van ondergeschikt belang omdat dit in tegenstelling tot persoonsgebonden attitudes gemakkelijk op de werkvloer zelf aan te leren valt. Andere persoonsgebonden eigenschappen, benoemd in bijna alle interviews zijn een goede mix tussen 'doeners' en 'denkers'. Bij de laatsten worden mensen bedoeld die kunnen temporiseren en een aantal zaken in vraag durven stellen. Bij doeners gaat het over teamleden die overwogen beslissingen nemen en graag overgaan tot actie.

'Je moet denkers hebben, doeners, je moet een match hebben in uw team, hé. En niemand is zowel maatschappelijk werker als therapeut als verpleegkundige, als dan nog eens het fysieke kunnen inschatten dus het moeten niet alleen maar verpleegkundigen zijn of het moeten niet alleen maar maatschappelijk werkers'. (5206)

De benodigde competenties worden dus niet alleen individueel, maar ook op basis van teamnoden bepaald. Ook wordt de vaardigheid om goed binnen een team te kunnen functioneren sterk benadrukt. Onderstaand worden de competenties gecategoriseerd in beroepsspecifieke competenties, kennis, vaardigheden en attitudes.

Beroepsspecifieke competenties

Doorheen de interviews valt het op dat leidinggevenden weinig specifieke vaardigheden/competenties kunnen benoemen die eigen zijn aan een bepaalde beroepsgroep of opleiding. Men kan echter wél stellen dat de verschillen in beroepsgroep volgens leidinggevenden en experts vooral zitten in perspectiefverschillen, eerder dan 'verschillende dingen doen of niet doen'.

Verpleegkundigen

De verpleegkundige heeft volgens leidinggevenden een medisch/psychiatrische insteek hebben met een sterkere affiniteit voor over psychofarmaca en psychopathologie. De focus ligt hierbij vooral op de respons van het individu op een GGZ-problematiek binnen het alledaagse functioneren. Ziekte, genezing en het behandelingstraject naar een bepaalde vorm van genezing zijn centrale begrippen binnen dit denken, geënt op het relationele kader tussen de patiënt en de verpleegkundige. Binnen zijn of haar denken hanteert de verpleegkundige dus een vorm van veranderingsgerichtheid die vertrekt vanuit de patiënt, waarbij ook familie en omgeving worden betrokken.

'Die therapeutische rol van verpleegkundigen met het specifieke rond het intensief therapeutisch werken rond de dagelijkse uitingen van het ziek zijn. Dus hoe dat zij dat dagelijks uit vooral op beleavingsvlak maar ook op gedragsvlak. En anderzijds de heel concrete gevolgen in het dagdagelijkse leven'. (5009)

Ergotherapeuten

Een ergotherapeut heeft volgens experts dieptekennis in activeringsstrategieën en beoogt hierbij het stimuleren en organiseren van activiteiten die uitgesproken betekenisvol zijn voor de cliënt.

'We gaan kijken wat jij interessant vindt, wat jij belangrijk vindt, wat jij waardevol vindt als werk om te doen en daar gaan wij op inzetten. Mogelijks kan u door uw ziekte die ene activiteit die je altijd graag hebt gedaan niet meer doen. Dan moeten wij zoeken wat wij kunnen aanpakken om oplossingen daarvoor te zoeken'. (5017)

De ergotherapeut heeft volgens een expert een handelingsgerichte focus op maatschappelijke re-integratie onder de vorm van arbeid in al zijn dimensies, daginvulling, vorming en ADL, in veelal complexe situaties. Zijn expertisedomeinen bevinden zich op vlak van wonen, werk, huishouden, educatie en vrije tijdsinvullingen waarbij hij/zij gaat ondersteunen, trainen of coachen. De ergotherapeut zal volgens experts zo min mogelijk overnemen, maar vooral op zoek gaan naar de betekenis die cliënten geven aan een activiteit. Vanuit deze optiek zal hij/zij volgens dezelfde expert een assessment beogen, gericht op de beoordeling of het gaat om een kennistekort of een vaardigheidstekort om een betekenisvolle activiteit uit te voeren en een specialistisch behandelplan op vlak van educatie of training uitschrijven. Ergotherapeuten worden ook niet enkel en alleen

ingezet bij ziekte, gezien zij zich vooral richten op het 'gezonde deel' waarbij ze knelpunten en wensen inventariseren.

Sociaal werkers

Een sociaal werker heeft volgens de leidinggevendenden een gespecialiseerde blik op sociale grondrechten en financieel administratieve zaken. De kennis van rechten dient om een reflectieve houding aan te nemen waarbij de sociaal werker de gevolgen voor kwetsbare groepen in kaart brengt en deze problematiseert. De sociaal werker heeft dus een diepe kennis van maatschappelijke structuren, burgerschap en heeft een affiniteit voor de impact van het maatschappelijk macrosysteem en de ruime impact van de context op het individu.

'Het mandaat van sociaal werk waar ge niet de verantwoordelijkheid afwentelt op het natuurlijk netwerk, maat dat ge er als professioneel van kunt van blijven uitgaan dat ge een gedeelde verantwoordelijkheid hebt vanuit het principe van opkomen voor sociale grondrechten.' (5019)

De sociaal werker zal volgens een expert ook de problematiek van de cliënt bekijken door deze maatschappelijke bril, de geschiedenis nagaan en aftoetsen welke de impact is van maatschappelijke evoluties op het individu of kwetsbare groepen.

Opvoedkundigen

Een opvoedkundige heeft volgens een expert een historiek die geworteld is binnen de learning disabilities en medische wetenschappen. Het betekent volgens leidinggevendenden dat zij gewoon zijn om te werken met mensen met permanente beperkingen, waardoor ze een meerwaarde bieden binnen de eerder chronische geestelijk gezondheidszorg. Er wordt dus gefocust op leer -, aanpassings- of opvoedingsproblemen en zal in tegenstelling tot bijvoorbeeld de psychologie een handelingsgerichte wetenschap zijn.

'Waar je bijvoorbeeld ziet dat de relatie en het therapeutisch klimaat en omgeving belangrijk is voor de opvoeders, zie dat dat nu ook terugkomen, maar dan meer op niveau van de cliënt en zijn systeem.' (2018)

Opvoedkundigen hebben volgens leidinggevendenden ook een historiek binnen een 24-uurscontinuïteit en zullen dus net als verpleegkundigen de dagdagelijkse context en het

relationeel kader als hun werkterrein zien. In tegenstelling tot verpleegkundigen zullen ze volgens een aantal leidinggevendens vooral vertrekken vanuit sterktegerichte- eerder dan ziektemodellen.

Attitudes

Bij attitudes gaat het om belangrijke persoonsgebonden (karakter)eigenschappen die als essentiële competenties worden gezien voor het werk in de geestelijke gezondheidszorg. Heel vaak benoemt het management als belangrijkste attitude een authentieke ingesteldheid die de hulpverlener in staat brengt om in contact te treden met de andere. Er wordt van uitgegaan dat authenticiteit als persoonseigenschap nodig is om een relatie op te bouwen met cliënten en hun netwerk alsook met collega's. Congruentie 'in woord en daad', sluit dicht aan bij echtheid en authenticiteit.

De zorg deels laten dragen door mensen binnen de context kan eveneens aanleiding geven tot een normatieve disciplinerende houding van deze mensen, wat mogelijks goede ondersteuning niet toelaat. Van professionele hulpverlening wordt verwacht dat ze hun eigen "middenklasse" referentiekaders maximaal kunnen loslaten en op een niet-beoordelende manier de therapeutische relatie verder gaan vormgeven. Om persoonlijk functioneren te bevorderen wordt in de meeste teams geïnvesteerd in intervisies. Hierbij kunnen intervisies helpend zijn indien de hulpverleners voldoende feedbackvaardig zijn.

Zelfinzicht over de verhouding tussen de eigen verlangens enerzijds en de professionele beperkingen in elke zorgrelatie anderzijds worden door managers als een essentiële attitude gezien. Een hulpverlener kan vanuit zijn of haar persoonlijkheid bijvoorbeeld te sterk geneigd zijn tot het geven van hulp. Indien cliënten appelleren op deze hulpverlenersreflexen bestaat het risico op een symbiotische therapeutische relatie waarin progressie moeilijk is.

De reflex om te monitoren en steeds te reflecteren over de optimale zorg dient volgens leidinggevendens zowel op patiënten- als op organisatieniveau te gebeuren. Vooral het nadenken op organisatieniveau wordt nog te vaak gezien als een exclusieve taak voor stafmedewerkers, terwijl het de verantwoordelijkheid van éénieder zou moeten zijn. Leidinggevendens benoemen in dit verband principes van de lerende organisatie en hoe de hulpverlener zich hierin als individu kan positioneren. Van de werknemer vergt dit ook het engagement om levenslang te willen bijleren. Levenslang leren moet gezien worden als een attitude tot blijvende vormingsdrang in alle facetten van het menselijk zijn en denken.

Kennis

Kennis van theoretische kaders in de ruime zin wordt door veel leidinggevers aangegeven als belangrijk. Deze theoretische kaders gaan van filosofische kaders, culturele kennis tot psychotherapeutische stromingen die handvaten kunnen aanreiken om een complexe praktijk situatie vanuit een zo ruim mogelijk perspectief te bekijken.

'Mensvisie is uiteindelijk wel cruciaal, hé. Ja, het is moeilijk om daar in het algemeen over te spreken omdat ik het gevoel heb dat er ook weinig therapeutische oriëntaties zijn die het daar durven expliciet over hebben, hé. Terwijl dat impliciet zeer sterk normeert'. (participant 5408)

Maar er is ook nood aan specifieke kennis. Een gebrek aan theoretische basiskennis over psychopathologie wordt meer en meer als een lacune gezien binnen de GGZ zorgberoepen. Niet enkel de zuivere theoretische, objectieve kennis is in deze belangrijk, maar ook het kunnen invoelen van de unieke persoonlijke beleving van de symptomatologie voor de cliënt is hierbij van grote betekenis.

Basiskennis van een aantal veelvoorkomende lichamelijke problemen en klachten op micro- en macroniveau wordt in de geestelijke gezondheidszorg noodzakelijk geacht. Zo moeten vroegtijdige signalen kunnen worden opgemerkt maar er moet ook aan gezondheidsbevordering worden gedaan zoals werken rond het metabool syndroom, rookstop, etc. Naar analogie is basiskennis over farmacologie volgens de meeste leidinggevers noodzakelijk voor alle beroepsgroepen. Elke discipline moet volgens leidinggevers minstens zicht hebben op de werking en de potentiële bijwerkingen van de belangrijkste psychofarmaca.

Kennis over het ethisch en juridisch omgaan met beroepsgeheim en informatiedeling over de cliënt is volgens leidinggevers eveneens essentieel. Dit heeft veel te maken met de netwerkgerichte vermaatschappelijking van de zorg waarin heel wat actoren rechtstreeks of onrechtstreeks betrokken worden. Hier dient ook gedacht te worden aan de communicatie met niet-zorgprofessionals zoals justitionele en polititionele medewerkers.

Vaardigheden

Competente hulpverleners dienen volgens leidinggevers voornamelijk een reflectief vermogen te ontwikkelen op basis van een brede mensvisie en zien het belang ervan in functie van het

eigen normen- en waardenpatroon in relatie tot de cliënt. Het kunnen capteren van complexiteit in diverse zorgsituaties staat in relatie met een brede kennis. In deze complexiteit kunnen hulpverleners verschillende paradigma's beheersen, zelfs indien de theoretische principes ervan elkaar tegenspreken om een ondersteunend hulpverleningstraject te starten. Hulpverleners die eenzijdig zijn opgeleid hebben in een moeilijke situatie doorgaans de neiging om sneller terug te grijpen naar protocolair gestuurd handelen teneinde terug grip te krijgen op het probleem. Het kunnen vertalen van theoretische modellen naar praktische toepassingen en hieraan creatieve zorgprocessen kunnen ontleen vormt een grote meerwaarde voor een hulpverlener in de geestelijke gezondheidszorg. Volgens sommige leidinggevendenden is het van belang dat een hulpverlener hierbij aansluitend in staat blijft om zich bewust te zijn van zijn positie ten opzichte van de cliënt en welke de bedoeling is. Waar nodig dient dus ook gericht een expertpositie ingenomen te worden. De inschatting kunnen maken in welke omstandigheden al dan niet zaken moeten worden overgenomen, is dus een belangrijke vaardigheid.

Hulpverleners moeten bovendien positief kritisch maatschappelijk kunnen denken en een eigen rol zien bij maatschappijopbouw. Dit kunnen ze realiseren door op niveau van een cliëntbegeleiding of algemeen nauw te gaan samenwerken met lokale overheden of organisaties en politiserend werk leveren zonder in de rol van cynische opposant te vervallen.

'Ook als ge natuurlijk werkgevers moet gaan overtuigen om te willen samenwerken, dan moet ge die wereld ook begrijpen, waarover dat dat gaat. En er zijn heel wat ondernemers die sociaalvoelend zijn, maar ge moet dat op de juiste manier aanbrengen'. (5313)

Organisatorische vaardigheden zijn belangrijk voor een goede werking, echter zonder te strikt te willen vasthouden aan regels en procedures. Hoewel deze de bedoeling hebben om abstractie te maken van een complexe werkelijkheid kan volgens managers ook een zekere vorm van milde chaos een vruchtbare basis zijn om tot creatieve verandering te komen. Hier ligt ook een verantwoordelijkheid van de organisatie zelf volgens leidinggevendenden: indien de bovenlaag van de organisatie te strikt gestructureerd en geprotocolleerd functioneert, zal dit aan de basis ook zo zijn.

Leidinggevendenden zijn van mening dat op vlak van communicatieve vaardigheden klassieke gesprekstechnieken zoals actief luisteren, terugkoppelen zonder over te nemen of te betuttelend worden in de hulpverlening evident zou moeten zijn. In de dagelijkse praktijk wordt er evenwel nogal wat incompetentie op dit vlak waargenomen. Ook omgaan met agressie, suïcidale ideaties, motivationele en krachtgerichte gespreksvoering en het op-maat geven van psychoeducatie

worden als belangrijke vaardigheden gezien. Ook het belang van cultuursensitieve zorg wordt door een beperkt aantal leidinggevers aangegeven. Vaardigheden gelinkt aan vormen van digitale online hulpverlening/beeldbellen winnen verder aan belang. Het heeft het voordeel dat cliënten zonder verplaatsing een tussentijds contact kunnen hebben van kortere duur.

DISCUSSIE

Uit de interviews met leidinggevers komt naar voor dat zorgvermaatschappelijking ook hier een fundamentele hertekening betekent van het gehele zorgmodel waarbij bestaande diensten andere rollen vervullen, nieuwe diensten ontstaan en deze op een niet-hiërarchisch aangestuurde manier dienen samen te werken (Fakhoury & Priebe, 2007). Uit Australisch onderzoek blijkt dat er naast individuele competenties ook nood is aan een effectief organisatiemodel, wil het ideaalbeeld van geïntegreerd samenwerken niet verzanden in goedbedoelde intenties (Ellis et al., 2017). Het model dat Ellis et al. (2017) naar voor schuiven is het GGZ-systeem te beschouwen als een complex adaptief systeem, waarbij alle zorg- en ondersteunende partners in relatie tot elkaar gedefinieerd worden en een rol toebedeeld krijgt die verder kan evolueren doorheen de tijd. Dit kan toegepast worden op cliënt-, maar ook op beleidsniveau (Ellis et al., 2017). Door de leidinggevers wordt hiertoe in Vlaamse context dikwijls gesproken over "netwerkgericht werken", hoewel hier geen concept of model wordt benoemd hoe die samenwerking concreet wordt ingebed, noch hoe dit kan worden gefinancierd. Hierbij kan het Nederlandse GEM social triad model wat een geïntegreerd ecosysteem mentale gezondheid vooropstelt inspirerend zijn (Smit & Van Os, 2022). Naast een expliciete geïntegreerde inzet op zorgcocreatie, en niet zozeer op matchen van vraag en aanbod zoals in Vlaanderen het geval is (Chantry et al., 2023) stelt dit model dat we binnen de regio's de organisatie en financiering van zorg radicaal moeten transformeren gericht op samenwerking en diversiteit.

Als het gaat om de kennis die benoemd wordt, valt op dat theorieën over rehabilitatie en herstel door de leidinggevers niet expliciet genoemd worden, wat vreemd is binnen het streven naar een meer herstelgerichte context. Mogelijks is dit gelinkt aan een interpretatie van herstel waarbij toch nog net meer op veranderingsprocessen eerder dan op acceptatie en cocreatie wordt ingezet (Mizock & Russinova, 2016).

Tevens merken we dat de huidige literatuur rond competenties zich vooral toespitsen op diverse beroepsgroepen, waar heel wat competenties die beroepseigen worden geacht eigenlijk niet discipline eigen zijn. De literatuur blijft echter of vaag over het multidisciplinair karakter van

community mental health services (Flannery et al., 2011) of zal eerder transdisciplinariteit naar voor schuiven als ideaalbeeld, waarbij verschillende definities worden gebruikt over wat transdisciplinair werken inhoudt (Sell et al., 2022). Zo zullen Stathis & Martin (2004) in hun onderzoek rond forensisch werken met jongeren transdisciplinair werken definiëren als geïntegreerd en ontschottend werken. Andere literatuurbronnen waarschuwen echter voor de beroepsidentitaire erosie die het ondoordacht hanteren van transdisciplinariteit kan veroorzaken (Brown et al., 2000; Hannigan & Allen, 2011).

De Vlaamse mobiele teams zijn qua werking geïnspireerd door het Nederlandse Flexible Assertive Community Treatment (FACT) model, maar bevatten een aantal professionele disciplines die in Nederlandse FACT-teams zelden ingang vinden zoals opvoedkundigen en ergotherapeuten (Delespaul, 2018) wat de discussie rond samenwerkingsvormen en al dan niet aandacht voor disciplinaire invalshoeken in Vlaanderen meer op scherp zet. De bevindingen uit dit onderzoek suggereren het behoud van gemeenschappelijke generalistische caseloads maar benadrukken eveneens dat de nood aan het cultiveren van beroepseigenheden. Het gaat dus niet zozeer over het klassiek toewijzen van taken aan diverse beroepsgroepen, dan wel over de verschillende perspectieven die de beroepsgroepen innemen om naar de cliënt, zijn netwerk en de maatschappij te kijken en niet de facto inwisselbaar zijn. Net het bij elkaar brengen van deze verschillende interprofessionele invalshoeken leiden tot een betere zorg en zorgafstemming voor de cliënt eerder dan het inzetten op een gemene deler van kennis (Reeves et al., 2017). Deze perspectieven zijn echter moeilijk benoembaar door leidinggevenden en worden eerder intuïtief aangewend. Leidinggevenden lijken zich minder goed bewust welke specifieke bijdrage of perspectief de verschillende beroepen meebrengen. Meer kennis over de diverse kaders over en het gericht inzetten van deze beroepseigenheden zou de praktijk verder kunnen ondersteunen in het operationaliseren van een concrete samenwerkingsvorm.

Gezien de range van alle competenties en het belang van de diverse beroepsmatige focussen die blijken uit deze bevraging lijkt een generieke opleiding voor de GGZ-medewerker moeilijker wil men de kwaliteit van zorg blijvend borgen. Wel zijn er in de basisopleidingen veel generieke competenties waarbij het interessant zou zijn om meer interprofessioneel onderwijs te gaan promoten (Reeves et al., 2016) temeer omdat medische en sociale perspectieven niet meer strikt te scheiden vallen. Dit niet om de kennis te "misen", dan wel om de blikrichtingen van alle beroepsgroepen te leren kennen en als team binnen een complex adaptief systeem samen te werken. Een voortgezette opleiding zoals bijvoorbeeld een postgraduaat kan dan bij voorkeur wel interdisciplinair aangeboden worden.

BEPERKINGEN EN ONDERZOEKSAANBEVELINGEN

Hoewel dit onderzoek inzicht biedt in een aantal percepties rond het onderzochte thema wordt de mate van consensus rond een aantal stellingen best grootschalig kwantitatief bevraagd. Binnen dit onderzoek werden managers beluisterd. In een vervolgonderzoek zou het goed zijn om eveneens de beleving van de eindgebruikers van de zorg, cliënten zelf, te exploreren. In een kleiner onderzoek uitgevoerd bij 64 mensen opgevolgd door mobiele teams geven de opgevolgde cliënten immers aan dat de beroepsachtergrond minder belangrijk is, de kwaliteit van de opgebouwde band is veel crucialer (Magerman et al., 2022). Een actieonderzoek bij het implementeren van een casemanagementsmodel zou aan de hand van een bijhouden van een aantal indicatoren waaronder ziekteverzuim en cliëntentevredenheid na kunnen gaan welke de effecten zijn.

CONCLUSIE

Vermaatschappelijking van zorg is meer dan de afbouw van de instituutzorg en gaat hand in hand met een kanteling van de organisatie tot semi-zelfsturende diensten, waardoor er een verschuiving nodig is van de hiervoor vereiste competenties. De bevroegde leidinggevend benadrukken nieuwe generieke competenties die nodig zijn bij de vermaatschappelijking zoals zelfsturing, netwerking, emancipatorisch denken en andere. Ook bestaande competenties of attitudes zijn van belang, maar dienen aangepast te worden aan de context van vermaatschappelijking. De leidinggevend geven ook aan dat de verschillende beroepsperspectieven blijvend van belang zijn, maar zij kunnen niet goed benoemen wat dat is. Academische experts benadrukken dat de beroepseigenheid niet ligt in het toekennen van competenties aan een bepaalde beroepsgroep, dan wel in het bepalen van de blikrichting die deze beroepsgroep heeft door de theoretische kaders waarop deze leunt. Kennis over elkaars disciplinaire focus is essentieel in kader van interprofessionele samenwerking.

ACKNOWLEDGEMENTS

De auteurs wensen Patricia Colman, Liesbeth Van Heck, Dr. Didier Reynaert, Wilfried Van Handenhoven en Herlinde Dael te bedanken voor hun bijzondere bijdrage aan dit onderzoek.

De auteurs verklaren allen dat het onderzoek is uitgevoerd zonder enig commercieel of financieel belang dat kan worden opgevat als een potentieel belangenconflict.

Dit onderzoek werd gefinancierd door fondsen praktijkgericht wetenschappelijk onderzoek die door Hogeschool Gent ter beschikking werden gesteld.

REFERENTIES

- Birt, L., Scott, S., Cavers, D., Campbell, C., & Walter, F. (2016). Member checking. *Qualitative Health Research*, 26(13), 1802–1811. <https://doi.org/10.1177/1049732316654870>
- Brown, B., Crawford, P., & Darongkamas, J. (2000). Blurred roles and permeable boundaries: The experience of multidisciplinary working in community mental health. *Health & Social Care in the Community*, 8(6), 425–435. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2524.2000.00268.x>
- Caldas de Almeida, J. M., & Horvitz-Lennon, M. (2010). Mental health care reforms in Latin America: An overview of mental health care reforms in Latin America and the Caribbean. *Psychiatric Services*, 61(3), 218–221. <https://doi.org/10.1176/ps.2010.61.3.218>
- Chantry M., Magerman J., Fernandez K., De Ruyscher C., Sinclair D. L., Goethals I., Antoine J., De Maeyer J., Gremaux L., Vander Laenen F., Vanderplasschen W., Delespaul P., & Nicaise P. (2023). Substance use and mental health care integration (SUMHIT): A study of service networks in mental health and substance use disorders in Belgium, their accessibility, and users' needs. Final Report. Brussels: Belgian Science Policy Office 2023. <http://hdl.handle.net/2078.1/287092>
- Cummins, I. D. (2010). Deinstitutionalisation; mental health services in the age of neo-liberalism. *Social Policy and Social Work in Transition*, 1(2), 55–74.
- Delespaul, P. H. (2018). Belgische FACT-teams: op zoek naar borging van goede zorg. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 60(6), 386–385.
- Detollenaere J., Cornelis J., Devriese S., Mistiaen P., & Ricour C. (2019). Description of the Belgian mental health care within the general health care organisation. In P. Mistiaen, J. Cornelis, J. Detollenaere, S. Devriese, M. I. Farfan-Portet, & C. Ricour (Eds.), *Organisation of mental health care for adults in Belgium*. Health Services Research (HSR) Brussels: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE). KCE Reports 318. D/2019/10.273/50.
- Dumont, M. P., & Dumont, D. M. (2008). Deinstitutionalization in the United States and Italy: A historical survey. *International Journal of Mental Health*, 37(4), 61–70. <https://www.jstor.org/stable/41345266>
- Ellis, L. A., Churrua, K., & Braithwaite, J. (2017). Mental health services conceptualised as complex adaptive systems: What can be learned?. *International Journal of Mental Health Systems*, 11(43), 1–5. <https://doi.org/10.1186/s13033-017-0150-6>

- Fakhoury W., & Priebe S. (2007). Deinstitutionalization and reinstitutionalisation: Major changes in the provision of mental healthcare. *Psychiatry*, 6(8), 313–316. <https://doi.org/10.1016/j.mppsy.2007.05.008>
- Flannery, F., Adams, D., & O'Connor, N. (2011). A community mental health service delivery model: Integrating the evidence base within existing clinical models. *Australasian Psychiatry*, 19(1), 49–55. <https://doi.org/10.3109/10398562.2010.539220>
- Gale, J., & Marshall-Lucette, S. (2012). Community mental health nurses' perspectives of recovery-oriented practice. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(4), 348–353. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2011.01803.x>
- Hannigan, B., & Allen, D. (2011). Giving a fig about roles: Policy, context and work in community mental health care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(1), 1–8. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01631.x>
- Hsieh, H. F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277–1288. <https://doi.org/10.1177/1049732305276687>
- Kidd, S. A., McKenzie, K. J., & Virdee, G. (2014). Mental health reform at a systems level: Widening the lens on recovery-oriented care. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(5), 243–249. <https://doi.org/10.1177/070674371405900503>
- Magerman, J., De Smet, S., De Maeyer, J., & Vanderplasschen, W. (2022). 'Klikt het?': verwachtingen van zorggebruikers over outreachende hulpverleners in tijden van zorgvermaatschappelijking. *Orthopedagogiek, Onderzoek en Praktijk*, 61(3), 137–153. <http://hdl.handle.net/1854/LU-8755312>
- Minichiello, V., Aroni, R., & Hays, T. N. (2008). In-depth interviewing: Principles, techniques, analysis. Pearson Education Australia.
- Mittelstrass, J. (2011). On transdisciplinarity. *Trames*, 15(4), 329–338. <https://doi.org/10.3176/tr.2011.4.01>
- Mizock, L., & Russinova, Z. (2016). *Acceptance of mental illness: Promoting recovery among culturally diverse groups*. Oxford University Press.
- Mortelmans, D. (2009). Kwalitatieve databronnen. Handboek. kwalitatieve Onderzoeksmethoden, 2nd ed.; Acco: Leuven, Belgium.
- Nicaise, P., Dubois, V., & Lorant, V. (2014). Mental health care delivery system reform in Belgium: The challenge of achieving deinstitutionalisation whilst addressing fragmentation of care at the same time. *Health Policy*, 115(2–3), 120–127. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.02.007>
- Reece, S. M., Mawn, B., & Scollin, P. (2003). Evaluation of faculty transition into a community-based curriculum. *Journal of Nursing Education*, 42(1), 43–47. <https://doi.org/10.3928/0148-4834-20030101-11>

- Reeves, S., Fletcher, S., Barr, H., Birch, I., Boet, S., Davies, N., & Kitto, S. (2016). A BEME systematic review of the effects of interprofessional education: BEME Guide 39. *Medical Teacher*, 38(7), 656–668. <https://doi.org/10.3109/0142159X.2016.1173663>
- Reeves, S., Xyrichis, A., & Zwarenstein, M. (2018). Teamwork, collaboration, coordination, and networking: Why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. *Journal of Interprofessional Care*, 32(1), 1–3. <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1400150>
- Sell, K., Hommes, F., Fischer, F., & Arnold, L. (2022). Multi-, inter-, and transdisciplinarity within the public health workforce: A scoping review to assess definitions and applications of concepts. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(17), 1–23. <https://doi.org/10.3390/ijerph191710902>
- Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., Panther, G., & Whitley, R. (2014). Uses and abuses of recovery: Implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry*, 13(1), 12–20. <https://doi.org/10.1002/wps.20084>
- Smit, D., & Van Os, J. (2022). De praktijk binnen de ggz is in ontwikkeling, volgt de wetenschap?. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 10, 692–695.
- Smoyak S. A. (2000). The history, economics and financing of mental health care. Part 2: The 20th century. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 38(10), 26–37. <https://doi.org/10.3928/0279-3695-20001001-13>
- Spencer, L., & Spencer, S. (1993). *Competence at work: Models for superior performance*. New York: John Wiley & Sons.
- Stathis, S., & Martin, G. (2004). A transdisciplinary approach to adolescent forensic mental health. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(9), 746–752. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2004.01447.x>
- Sugiura, K., Mahomed, F., Saxena, S., & Patel, V. (2020). An end to coercion: Rights and decision-making in mental health care. *Bulletin of the World Health Organization*, 98(1), 52–58. <https://doi.org/10.2471/BLT.19.234906>
- The CARE Network. (z.d.). Geraadpleegd op 1 mei 2024, van The CARE Network.
- Tufford, L., & Newman, P. (2012). Bracketing in qualitative research. *Qualitative Social Work*, 11(1), 80–96. <https://doi.org/10.1177/1473325010368316>
- Turnpenny, A., Petri, G., Finn, A., Beadle-Brown, J., & Nyman, M. (2018). *Mapping and Understanding Exclusion: Institutional, Coercive and Community-Based Services and Practices across Europe*. Project report. Mental Health Europe, Brussels, Belgium. <https://doi.org/10.22024/UniKent/01.02/64970>

- Van Staa, A., & De Vries, K. (2014). Directed content analysis: een meer deductieve dan inductieve aanpak bij kwalitatieve analyse. *Kwalon*, 19(3), 46–54. <https://doi.org/10.5117/2014.019.003.046>
- Van Weeghel, J. (2010). *Verlangen naar volwaardig burgerschap; maar wat doen we in de tussentijd?* Tilburg: Universiteit van Tilburg. Prismaprint.
- Winkler, P., Krupchanka, D., Roberts, T., Kondratova, L., Machů, V., Höschl, C., & Thornicroft, G. (2017). A blind spot on the global mental health map: A scoping review of 25 years' development of mental health care for people with severe mental illnesses in central and eastern Europe. *The Lancet Psychiatry*, 4(8), 634–642. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30135-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30135-9)
- Zomer, L. J., Voskes, Y., Van Weeghel, J., Widdershoven, G. A., Van Mierlo, T. F., Berkvens, B. S., & van der Meer, L. (2020). The active recovery triad model: A new approach in Dutch long-term mental health care. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 592228. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.592228>
- Zorg en gezondheid, erkenningssituatie hospitalisatiediensten. (2019). gedownload op april 04, 2023 van https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/external/p_v_i_im_026_e102_erkenningssituatie-_hospitalisatiediensten-_huidig_aantal_erkende_bedden-plaatsen_per_vestigingsplaats.pdf