



Kapucijnenvoer 39  
3000 Leuven  
☎ +32(0)16 33 69 10  
fax: +32(0)16 33 69 22  
[www.kuleuven.be](http://www.kuleuven.be)

**KERNCOMPETENTIES VAN ACTOREN  
IN BETERE GGZ PROJECTEN:  
BESCHRIJVING VAN LITERATUUR**

Ann DeSmet  
Veerle De Jaegere  
Iris De Coster  
Prof.dr. Chantal Van Audenhove

Leuven  
juni 2010

## **Colofon**

### **Opdrachtgever**

Federale Overheidsdienst Volksgezondheid

### **Onderzoeksleiding**

Prof.dr. Chantal Van Audenhove

### **Wetenschappelijk medewerkers**

Ann DeSmet, Veerle De Jaegere, Iris De Coster

### **Administratieve ondersteuning**

Lut Van Hoof, Manuela Schröder

**Leuven, juni 2010**

## **Inhoud**

<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Netwerkcoördinator</b>	<b>6</b>
2.1	Methodische competenties	6
2.2	Inhoudelijke competenties	9
2.2.1	Kennis van geestelijke gezondheidszorg	9
2.2.2	Gemeenschapsgerichte zorg	9
<b>3</b>	<b>De verantwoordelijke van de dienst</b>	<b>10</b>
3.1	Gemeenschapsgerichte zorg	10
3.2	Belang van transdisciplinair werken	11
3.3	Competenties in frontline werken	11
<b>4</b>	<b>De referentiepersoon voor de patiënt</b>	<b>12</b>
4.1	Vanuit welke discipline	12
4.2	Evidence-based modellen van case management	12
4.3	Vergelijking met bestaande functies in GGZ	13
4.4	Profielkenmerken voor referentiepersoon	13
	<b>Bronnen</b>	<b>16</b>

# 1 Inleiding

Om de geestelijke gezondheidszorg te hervormen naar een grotere gerichtheid naar zorg in de gemeenschap werd in 2009 in Engeland een kader opgesteld van organisatorische uitdagingen (Shepherd, Boardman & Burns, 2009).

Deze omvatten:

1. Aanpassen van dagelijkse interacties en kwaliteit van de ervaringen
2. Bieden van omvattende opleidings- en trainingsprogramma's die door gebruikers worden gestuurd
3. Opstellen van een 'Vormingscentrum voor Herstel' binnen elke geestelijke gezondheidszorgorganisatie
4. Het verzekeren van organisatorisch engagement, creëren van de cultuur, het belang van leiderschap
5. Verhogen van personalisatie en keuze
6. Andere aanpak van risicotaxatie en -management
7. Herdefiniëren van betrokkenheid van geestelijke gezondheidszorg-gebruikers
8. Hervorming van personeel
9. Ondersteunen van het personeel in hun eigen herstel
10. Verhogen van de kansen op een leven onafhankelijk van de stoornis

In een eerste voorbereidende fase richten we ons op het verzekeren van organisatorisch engagement en het belang van leiderschap, dat het fundament moet leggen van de verdere hervorming. In de transformatie van de geestelijke gezondheidszorg zijn twee nieuwe leidinggevende functies van cruciaal belang, namelijk die van netwerk coördinator en die van referentiepersoon voor de patiënt. Een derde leidinggevende functie is hoewel niet nieuw toch evenzeer van belang, namelijk de verantwoordelijke van de dienst.

Om de projecten een maximale kans te geven om zich voor te bereiden, geselecteerd te worden en uiteindelijk in hun hervorming te slagen, worden profielen voor deze cruciale functies opgesteld.

Deze profielen gaan vooral uit van wat nieuw is binnen het kader van gemeenschapsgerichte zorg. Het spreekt voor zich dat in elk van deze functies ook een zekere vakbekwaamheid aan de dag moet worden gelegd. Hier zijn wij echter van mening dat dit in andere fora zijn plaats heeft. De vakbekwaamheid in het behandelen bijv. dient voor te vloeien uit de basisopleiding zoals die aan hogescholen of universiteiten wordt verstrekt en uit de klinische ervaring opgedaan in de praktijk.

Zowel het beoordelen van deze vakbekwaamheid als het bieden van navorming en deskundigheidsbevordering op dit vlak, is niet de doelstelling van de activiteiten die onder artikel 107 worden voorzien.

De hervormingsactiviteiten onder artikel 107 willen echter wel voorzien in een deskundigheidsbevordering op het vlak van het toepassen van een andere aanpak die kenmerkend is voor de nieuwe organisatie en die de meeste experten in de sector nu nog niet in hun basisopleiding hebben mee gekregen, namelijk het werken in gemeenschapsgerichte zorg en werken aan herstel.

Deze visie en aanpak van gemeenschapsgerichte zorg is essentieel in alle 5 functies die onder de nieuwe organisatie gecreëerd worden.

Om de profielen vorm te geven wordt beroep gedaan op internationale rapporten en studies. De inzichten hieruit zullen afgetoetst worden bij een aantal nationale experts via een bevraging. Het geïntegreerde resultaat uit deze analyses wordt vastgelegd in een template. Op basis van wetenschappelijke studies kan een scoring van competenties worden voorgesteld. Hieruit blijken dan voornamelijk ook welke accenten nodig zijn in het opstellen van de navorming.

## 2. Netwerk coördinator

De netwerk coördinator moet zowel op methodisch vlak over leiderschapscapaciteiten als managementsvaardigheden beschikken, alsook inhoudelijk voldoende voeling hebben met de sector en het werken in gemeenschapsgerichte zorg.

### 2.1. Methodische competenties

<i>Leiderschap (“transformational”)</i>	<i>Management (“transactional”)</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Inspirerend</i></li><li>• <i>Zorgt voor verandering en ontwikkeling</i></li><li>• <i>Visie en richting gevend</i></li><li>• <i>Vorm geven aan doelen</i></li><li>• <i>Creatief en inductief</i></li><li>• <i>Vol ideeën en wensen voor toekomst</i></li> <li>• <i>Personeel en directie op 1 lijn zetten via communicatie</i></li><li>• <i>Motiverend, enthousiasmerend</i></li> <li>• <i>Zeker risico nemen om kansen te benutten</i></li><li>• <i>Haalt net iets meer uit inspanningen bij personeel</i></li><li>• <i>Inhoud</i></li><li>• <i>Sterke emotionele intelligentie</i></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Operationeel</i></li><li>• <i>Zorgt voor orde, consistentie en voorspelbaarheid</i></li><li>• <i>Planning en budgetten</i></li><li>• <i>Doelen uitvoeren</i></li><li>• <i>Praktisch en deductief</i></li><li>• <i>Bezorgd om noden van organisatiestructuur</i></li><li>• <i>Organiseren en personeelsbezetting via systemen</i></li><li>• <i>Gericht op controle en oplossen van problemen</i></li><li>• <i>Gericht op risicomanagement en voorkomen van operationeel falen</i></li><li>• <i>Verkrijgt werk naar loon bij personeel</i></li><li>• <i>Procedure</i></li><li>• <i>Sterke analytische vaardigheden</i></li></ul>
<i>Vertaald uit Beinecke, 2009</i>	

De wisselwerking tussen beide taken wordt door Anthony en Huckshorn treffend geformuleerd als “*centralize by mission and decentralize by operations*”.

Deze leiderschap- en managementstijl dient zich te tonen op verscheidene vlakken tijdens een beleidsverandering (Crosby & Bryson, 2005):

- Leiderschap in context:
  - Begrip van sociale, politieke, economische en technologische gegevens
- Persoonlijk leiderschap:
  - Zichzelf en anderen begrijpen

- Team leiderschap:
  - Opzetten van productieve teams
- Organisatorisch leiderschap:
  - Organisatie die zowel menselijk als effectief is
- Visionair leiderschap:
  - Creëren en doorgeven van een gedeelde visie
- Politiek leiderschap:
  - Nemen en in praktijk brengen van beslissingen op legislatief, uitvoerend en administratief vlak
- Ethisch leiderschap:
  - Geschillen en gedragsproblemen aanvechten
- Entrepreneurschap op beleidsvlak:
  - Coördineren van leiderschapstaken tijdens verschillende fasen in proces van beleidsverandering.

Het literatuuronderzoek resulteert in een inventaris van volgende kerncompetenties, waarover de netwerkcoördinator moet beschikken:

- **Leiderschap in context:**
  - *Kennis kunnen synthetiseren*
  - *Beschikt over transdisciplinaire kennis*
  - *Goede analytische vaardigheden*
  - *Bezit inter-organisationale en intersectorale kennis*
  - *Is een systeemdenker*
  - *Heeft goed begrip van strategische interdependenties en systemen*
  - *Sterke netwerking vaardigheden*
  - *Flexibiliteit om stijl te kunnen aanpassen aan de context*
  - *Is vakbekwaam*
- **Persoonlijk leiderschap:**
  - *Beschikt over goede interpersoonlijke vaardigheden (begrip van noden van personeel)*
  - *Is charismatisch*
  - *Als collega, vriend, menselijk overkomen bij iedereen in organisatie*
  - *Kan verschillende beïnvloedingsstrategieën toepassen*
  - *Kan motiveren*
  - *Kan actief luisteren, empathie, geduld*
  - *Beschikt over besluitvaardigheid, is assertief*
  - *Heeft optimisme, vitaliteit, doorzettingsvermogen*
  - *Kan goede vertrouwensrelaties opbouwen*
  - *Kan anderen 'empoweren' om actie te nemen*
- **Team leiderschap:**
  - *Kan samenwerking verkrijgen en faciliteren*
  - *Kan een werkbare eenheid opzetten*
  - *Kan coalities en teams vormen*

- **Organisatorisch leiderschap:**
  - *Kan een lerende omgeving opstellen waarin reflectie, denken, conceptualisatie wordt gestimuleerd*
  - *Kan via empowerment strategieën en beslissingsvormingsprocessen een kostefficiënte vorm van leiderschap opstellen*
  - *Komt via participatie tot delen van leiderschapstaken*
  - *Voert een diversiteitsbeleid*
  - *Voert een goed vormingsbeleid*
  - *Kan korte-termijn succeservaringen opleveren*
  - *Gericht op verbeteren van processen*
  - *Kan prioriteiten stellen*
  - *Bezit een drang om dingen te bereiken*
  
- **Visionair leiderschap:**
  - *Is inspirerend*
  - *Kan een visie ontwikkelen en delen ('serving as symbol')*
  - *Toont zich geëngageerd aan deze visie*
  - *Staat voor het hernieuwen en verjongen van de waarden (zowel eigen waarden als die van de organisatie)*
  
- **Politiek leiderschap:**
  - *In staat om agenda-setting uit te voeren en te wegen op het beleid*
  - *Kan onderhandelen, bemiddelen en beschikt over diplomatie*
  - *Kan een consensus bereiken*
  - *Kan goed om met verantwoording moeten afleggen aan verschillende instanties*
  
- **Ethisch leiderschap:**
  - *Beschikt over integriteit, zelf-discipline*
  - *Oog voor morele dimensie die individueel initiatief en verantwoordelijkheid aanmoedigt, gewoontes en wetten stelt, afhankelijkheid tussen individu en groep benadrukt*
  - *Kan intelligente oordelen vellen*
  - *Kan verantwoordelijkheden opnemen en aanvaarden*
  
- **Entrepreneurschap op beleidsvlak:**
  - *Beschikt over "brokering" vaardigheden (bemiddelen om beroep te kunnen doen op verschillende diensten)*
  - *Beschikt entrepreneurs-vaardigheden*
  - *Heeft creatief talent met een neiging te innoveren en experimenteren*
  - *Kan innovatieve ideeën in praktijk brengen*

Deze lijst is gebaseerd op een overzicht in Beinecke van volgende auteurs: Corrigan et al, 2002; Rowitz, 2001; Crosby & Byron, 2005; Sullivan & Williams, 2007; Van Wart, 2005; Williams, 2008; George, 2006; Gardner, 1990.



## 2.2. Inhoudelijke competenties

Bovendien dient de netwerkcoördinator over een goede kennis van de geestelijke gezondheidssector te beschikken en een goed begrip te hebben van wat werken in gemeenschapsgerichte zorg betekent.

### 2.2.1. Kennis van geestelijke gezondheidszorg

Hier blijft nog de vraag hoeveel kennis van geestelijke gezondheid en behandeling nodig is om de rol van netwerkcoördinator op te nemen. Een studie in Nieuw-Zeeland toonde aan dat het niet evident is voor psychiaters die uit klinische praktijk komen om ook management taken op zich te nemen (Tobin & Edwards, 2002). Het kan daarom de voorkeur verdienen dat de netwerkcoördinator niet vanuit een behandelingsgerichte rol komt uit een voorziening die deel uitmaakt van het netwerk.

### 2.2.2. Gemeenschapsgerichte zorg

De houding van de netwerkcoördinator moet het herstelgericht denken van waaruit de mobiele teams worden opgezet onderlijnen eerder dan een visie op chroniciteit weergeven. Volgend schema geeft weer welke meningen op deze visies betrekking hebben.

<i>Chroniciteit</i>	<i>Herstel</i>
<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Diagnostische categorie</i></li><li>• <i>Pessimisme</i></li><li>• <i>Disfuncties</i></li><li>• <i>Gefragmenteerd model</i></li><li>• <i>Paternalisme</i></li><li>• <i>Professionele ondersteuning</i></li><li>• <i>Macht en dwang</i></li><li>• <i>Kunstmatige omgeving</i></li><li>• <i>Stabilisatie</i></li><li>• <i>Hulpeloosheid</i></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Individualisering</i></li><li>• <i>Hoop, realistisch optimisme</i></li><li>• <i>Sterkte, veerkracht</i></li><li>• <i>Bio-psycho-sociaal model</i></li><li>• <i>Gebuiker-gericht</i></li><li>• <i>Zelfzorg, ervaringskunde</i></li><li>• <i>Empowerment en keuze</i></li><li>• <i>Natuurlijke steun en omgeving</i></li><li>• <i>Groei, berekende risico's</i></li><li>• <i>Emancipatie</i></li></ul>
<b>Bron: Onken et al, 2002</b>	

### **3 De verantwoordelijke van de dienst**

Voor een goede teamwerking in gemeenschapsgerichte zorg is behalve een goede leider en manager ook een sterke steun- en supervisiefiguur nodig (Burns, 2004). De verantwoordelijke van de dienst kan deze taak opnemen als afgevaardigde om zijn of haar functievorm in het netwerk te vertegenwoordigen. Van deze persoon kan verwacht worden dat die zowel de visie bepaald door de netwerkcoördinator uitdraagt naar de teams als bottom-up uit de teams elementen aanbrengt over het functioneren in het netwerk.

Essentieel in deze functie is het gedreven zijn door de visie van gemeenschapsgerichte zorg en deze manier van werken ook te kunnen bewaken in de teams. De verantwoordelijke van de dienst dient ook het transdisciplinaire werk goed beheersen om het goed functioneren van het netwerk te garanderen en over alle competenties te beschikken die essentieel zijn voor ‘frontline workers’.

Als verantwoordelijke van de dienst staat hij ook in voor het verder uitbouwen en opvolgen van het zorgplan.

#### **3.1 Gemeenschapsgerichte zorg**

De houding van de verantwoordelijke van de dienst moet net als bij de netwerkcoördinator het herstelgericht denken van waaruit de mobiele teams worden opgezet onderlijnen eerder dan een visie op chroniciteit weergeven (zie bovenstaand schema).

Bovendien moet de dienstverantwoordelijke over de competenties beschikken om dit herstelgericht denken in de praktijk te implementeren. Dit betekent dat de vier steunpilaren van het herstelgericht handelen (persoonsgerichte aanpak, partnership met de gebruiker, groeipotentieel en zelfbeschikking) in verschillende domeinen van de werking van de dienst gegarandeerd moeten worden. Deze domeinen hebben enerzijds betrekking op organisatorische werking en anderzijds op het personeel. Op organisatorisch vlak moet de verantwoordelijke van de dienst erop toe zien dat het herstelgericht werken zijn ingang vindt in de missie, het beleid, de procedures, de registratiesystemen en alle randdiensten die verbonden zijn aan het behandelprogramma (Farkas et al, 2005). Op het vlak van de werking van het personeel moet de verantwoordelijke erop toe zien dat het personeel op de juiste manier met de gebruikers omgaat, dat personeel wordt gekozen dat echt gelooft in het betrekken van de gebruiker in de begeleiding naar herstel, dat een positief klimaat voor vorming en supervisie wordt gecreëerd (Farkas et al, 2005).

De verantwoordelijke van de dienst moet dus dicht bij het personeel staan en mee helpen de evoluties van de dienst in de doelstellingen van het project te bewaken.

### **3.2 Transdisciplinaire werking**

Het team moet eerst en vooral een werkwijze opstellen die communicatie, samenwerking, coördinatie en het probleem-oplossen tussen teamleden mogelijk maken (Lieberman et al, 2001). Een belangrijk aspect van deze transdisciplinaire werking is daarom het opstellen en implementeren van het zorgplan door het hele team samen (Hermans et al, 2010). De verantwoordelijke van de dienst dient ervoor te zorgen dat ieders rol duidelijk is in het team en dat elk teamlid zich in diens rol gewaardeerd ziet. Begrip voor ieders professionele rol en effectieve communicatie is hierbij essentieel (Suter et al, 2009).

### **3.3 Competenties in frontline werken**

Zeer recent werd in samenwerking met Cedefop (Hermans et al, 2010) een literatuurstudie uitgevoerd naar de essentiële profielkenmerken bij hulpverleners die patiënten in hun eigen omgeving behandelen, of zoals het in het rapport wordt genoemd ‘front line workers’.

Volgende kernthema's komen hierbij naar voor:

- Waarden en attitudes
  - Houding die van respect getuigt
- Persoonsgebonden kenmerken
  - Persoonlijkheid die goed samenwerken mogelijk maakt
- Coördinatie-vaardigheden
  - Werken als een ‘spin in het web’ (met elke draad in het web voeling hebben)
- Werken in transdisciplinaire teams
  - Begrip van professionele rol en effectieve communicatie
- Persoonsgerichte zorg
  - Personen als individuen te behandelen
- Rechten en participatie
  - Gelijke rechten worden gegarandeerd
- Gemeenschapsgerichte zorg
  - Sociaal klimaat creëren met meer mogelijkheden voor de doelgroep
- Multiculturele zorg
  - Beschikken over cross-culturele competenties
- Bouwen van partnerships met natuurlijke omgeving
  - Als een team met de mantelzorgers kunnen werken

## **4 Referentiepersoon voor de patiënt**

Voor elke patiënt wordt een referentiepersoon per patiënt aangesteld. Deze dient zo dicht mogelijk bij de patiënt te staan om goed geplaatst te zijn in het opvangen van veranderende noden van de gebruiker of patiënt (Manchester City Council, Care Programme Approach, <http://www.mhsc.nhs.uk/>). De referentiepersoonen vertrekken vanuit een goede therapeutische relatie die gekenmerkt is door vertrouwen (Simpson, 2005).

Elk netwerk zal dus over verscheidene referentiepersoonen beschikken, de aanstelling is afhankelijk van de banden die een patiënt heeft met het hulpverlenend personeel.

Als een hulpverlener wordt aangesteld om de zorg te coördineren voor een patiënt betekent dit ofwel dat het therapeutische contact minder intensief wordt of dat de case-load moet worden aangepast door de extra administratieve taken die dit met zich meebrengt (Simpson, 2005). Een case-load van 6 patiënten zou als ideaal worden vooropgesteld om te garanderen dat de volwaardige verantwoordelijkheid kan gedragen worden en dat de continuïteit en individualiteit worden bewaakt (Gommers, Van Audenhove & Van Ertvelde, 2010). Dit kan in theorie maximaal tot 1 referent voor 10 patiënten gaan, maar in de praktijk vindt men vaak ratio's tot 1:15 terug (Burns, 2004).

### **4.1 Vanuit welke discipline?**

Verscheidene studies merken op dat de psychiatrisch verpleegkundigen goed geplaatst zijn om een dergelijke rol op te nemen, vanuit hun blijvende en intense band met de patiënt en diens onmiddellijke omgeving (Gommers, Van Audenhove & Van Ertvelde, 2010; Elsom, Happell & Manias, 2007; Chan et al, 2008; Burns, 2004; McGrew et al, 1994).

Bepalend voor wie deze rol vervult, is echter vooral dat het gesteund is op een goede therapeutische relatie tussen de referent en patiënt (Simpson et al, 2003; Howgego et al, 2003). Hoewel een teamaanpak van case management, waarin de coördinatietaak gedeeld wordt door verschillende hulpverleners, ook positieve uitkomsten biedt (vooral naar beschikbaarheid en jobsatisfactie bij de coördinatoren) wordt deze aanpak niet verkozen door patiënten. Zij vinden het moeilijk een band op te bouwen met verschillende personen en vinden dat het team minder goed hun noden kent dan een individuele referentiepersoon (Corrigan et al, 2009).

### **4.2 Evidence-based modellen van case management**

De referentiepersoon dient gezien te worden als een therapeutische sleutelfiguur ('clinical case manager', 'ACT case manager', 'intensive case manager' of coördinator vanuit een sterkte- en rehabilitatiemodel) eerder dan als een 'brokerage case manager'. Deze laatste staat

meestal buiten het systeem van de geestelijke gezondheidszorg en treedt op een als een belangenvertegenwoordiger voor de patiënt en inkoper van diensten (Simpson et al, 2003).

Het 'brokerage case management' model waarin deze neutrale rol prominent staat, brengt echter nauwelijks voordelen voor de patiënt, in tegenstelling tot een zorgcoördinator die in staat is een therapeutische relatie uit te bouwen met de patiënt en diens noden goed kan inschatten (Simpson et al, 2003; Corrigan et al, 2009; Howgego et al, 2003). Gezien het belang van een 'evidence-based' onderbouwing van de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg, kan een keuze voor een referentiepersoon zonder therapeutische relatie met de patiënt niet gefundeerd worden.

### **4.3 Vergelijking met bestaande functies in GGZ**

Ook in de huidige Therapeutische Projecten verkiezen de partners in het netwerk soms een neutrale persoon om het overleg te organiseren eerder dan een hulpverlener (Tambuyzer et al, 2010). De referentiepersoon vertoont sterke gelijkenissen naar taken met die van de inhoudelijke coördinator in de therapeutische projecten op het vlak van het kunnen inspelen op de noden, het plannen en opvolgen van de zorg op het tempo van de patiënt. Maar een belangrijk verschil is evenwel dat in de therapeutische projecten de inhoudelijk coördinator een neutrale positie inneemt en geen hulpverlenende rol heeft (Goossens et al, 2010).

Er zijn ook analogieën tussen de opdrachten van de referentiepersoon en die van een ontslagmanager, in het opstellen en evalueren van een zorgplan, het verzekeren van een goede nazorg en het begeleiden van de patiënt naar rehabilitatie (Hillewaere et al, 2003). De ontslagmanager staat eveneens dicht bij de patiënt, vaak wordt deze taak vanuit de sociale dienst ingevuld (Goossens et al, 2010; Hillewaere et al, 2003). Verschillen liggen o.a. op het vlak van de continuïteit over voorzieningen heen en de betrokkenheid bij het waarborgen van de samenwerking tussen voorzieningen. Dit laatste wordt bij ontslagmanagement door de ontslagmanager opgenomen, maar zal in de doelstellingen van artikel 107 eerder worden opgenomen door de netwerkcoördinator. Hierdoor krijgt de rol van de referentiepersoon een duidelijkere patiëntenfocus en een focus op de natuurlijke omgeving van de gebruiker. De ontslagmanager werkt intramuraal en verzorgt de overgang naar een extramuraal inhoudelijk coördinator. De referentiepersoon onder artikel 107 blijft daarentegen de centrale figuur voor de patiënt waar deze zich dan ook in de hulpverlening bevindt.

### **4.4 Profielkenmerken voor referentiepersoon**

Andere sleutelfactoren in het goed uitvoeren van de taak van referentiepersoon zijn een nadruk op het zelf maken van keuzes door de patiënt en het opbouwen van een partnership, het beperken van doorverwijzingen, het beschouwen van de natuurlijke omgeving als de primaire bronnen van zorg in plaats van professionele partners, het aanbieden van een

dienstverlening die onbeperkt is in tijd wanneer nodig en het outreachend werken, bieden van de coördinatie in de natuurlijke omgeving van de patiënt zelf (Corrigan et al, 2009).

De referentiepersoon dient hiertoe over volgende profielkenmerken te beschikken (Bronnen: Manchester City Council, Care Programme Approach, <http://www.mhsc.nhs.uk/>; Young et al, 2000):

- **Communicatie-vaardigheden**

- *In staat spontaan te communiceren met de rest van het team en een overleg te organiseren wanneer dit nodig is*
- *Aan de gebruiker kunnen duidelijk maken wat nodig is om hem of haar te helpen*
- *Aan het team kunnen uitleggen wat de hoofdbekommernissen zijn van de patiënt en wat de beste manier is om hem of haar te helpen*
- *Verbale en geschreven communicatie kunnen aanpassen aan de stijl van taal van de gebruiker en zijn omgeving*
- *Stigma minimaliseren, ook persoonlijke vooroordelen kunnen onder ogen zien*

- **Assessment-vaardigheden**

- *Ervoor zorgen dat de diensten begrijpen wat de gebruiker echt nodig heeft door een gedegen assessment uit te voeren van gezondheids-, psychische en sociale noden (zowel functioneel assessment, als basisnoden, gezondheid, culturele factoren en voorkeuren, risicofactoren en kritische stressfactoren)*
- *Ervoor zorgen dat ook de noden van de mantelzorger en familie begrepen worden en hen in contact brengen met de juiste ondersteunende diensten*
- *Ervoor zorgen dat de hulpverleners de rol van de mantelzorger en familie erkennen en dat zij op een correcte manier in de hulpverlening worden betrokken*
- *Manieren kennen om de confidentialiteit van de patiënt te respecteren en tegelijkertijd de betrokkenheid van leden uit het sociale steunsysteem aan te moedigen*

- **Zorgplan**

- *Verzekeren dat de noden van de gebruiker in een behandelplan vermeld staan dat door de gebruiker en hulpverleners wordt gedeeld*
- *Verzekeren dat het behandelplan uitgevoerd wordt zoals afgesproken en ingrijpen indien dit niet het geval is*
- *Evaluatie en herzieningen van het behandelplan organiseren indien de noden van gebruiker veranderd zijn*

- **Continuïteit van de zorg**

- *Toegankelijk zijn, belang van 24u/24, 7 op 7 erkennen*
- *Als de gebruiker van verschillende diensten gebruik maakt of van diensten verandert, dient de zorgcoördinator de continuïteit van de zorg te verzekeren door ervoor te zorgen dat al diegenen die zorg verstrekken over de juiste informatie beschikken en dat het behandelplan indien mogelijk kan verder gezet worden*

- **Herstel en empowerment in praktijk**
  - *Vaardigheden hebben om de patiënt te helpen opnieuw te hopen of hoop hoog te houden, een toekomstbeeld te hebben*
  - *De patiënt als totaalpersoon kunnen zien, verder kijken dan de aandoening. Vaardigheden hebben om de persoonlijke ervaringen en wereldvisie van de patiënt expliciet te maken*
  - *De patiënt ondersteunen in het identificeren en organiseren van persoonlijke doelen op het vlak van leren, werk, vrije tijd en wonen. Het persoonlijke tempo van de patiënt aanvoelen in het welke deze doelen kunnen bereikt worden*
  - *Psycho-educatie kunnen bieden over mentale aandoeningen, medicatie en rehabilitatie. De waarde van rehabilitatie en medicatie kunnen overbrengen op patiënten.*
  - *Weten hoe men kansen kan creëren voor de patiënt om optimale verantwoordelijkheid te nemen over diens eigen leven ('self-advocacy')*
  - *Diensten kunnen aanbieden in flexibele vorm en intensiteiten, naargelang een veranderende behoefte.*
  
- **Klinische competenties**
  - *De zorgcoördinator dient over competenties te beschikken in het bieden van geestelijke gezondheidszorg*
  - *Alle voornoemde competenties in 'front-line' werken en herstelgericht werken zijn hier ook van toepassing*
  
- **Coördinatie-vaardigheden**
  - *De zorgcoördinator dient over goede coördinatie-competenties te beschikken*

## **Bronnen**

Anthony, W. & Huckshorn, K.A. (2008). *Principled Leadership in Mental Health Systems and Programs*. Boston: Boston University Center for Psychiatric Rehabilitation

Beinecke, R.H. (2009). *Leadership Training Programs and Competencies for Mental Health, Health, Public Administration, and Business in Seven Countries*. International Initiative for Mental Health Leadership.

Burns, T. (2004). *Community Mental Health Teams. A Guide to Current Practices*. Oxford University Press.

Chan, S., MacKenzie, A., Tin-Fu Ng, D. & Ka-yi Leung, J. (2000). An Evaluation of the Implementation of Case Management in the Community Psychiatric Nursing Service. *Journal of Advanced Nursing*, 31 (1), p. 144-156

Corrigan, P.W., Diwan, S., Campion, J. & Rashid, F. (2002). Transformational Leadership and the Mental Health Team. *Administration and Policy in Mental Health*, vol. 30, no.2

Corrigan, P.W., Mueser, K.T., Band, G.R., Drake, R.E. & Solomon, P. (2009). *Principles and Practice of Psychiatric Rehabilitation. An Empirical Approach*. New York, London, The Guilford Press

Crosby, B.C. & Bryson, J.M. (2005). A Leadership Framework for Cross-Sector Collaboration. *Public Management Review* 7 (2), p. 177-201

Elsom, S., Happell, B. & Manias, E. (2007). Expanded Practice Roles for Community Mental Health Nurses: what do Consumers and Carers Have to Say? *Issues in Mental Health Nursing*, 28, p. 1065-1079

Farkas, M., Gagne, C., Anthony, W., Chamberlin, J. (2005). Implementing Recovery Oriented Evidence Based Programs: Identifying the Critical Dimensions. *Community Mental Health Journal*, vol 41, 2, p. 141-158



Gardner, J.W. (1990). *On Leadership*. New York: The Free Press.

George, B. (2006). *Truly Authentic Leadership*. U.S. News & World Report 141 (16), p. 52-53

Gommers, J., Van Audenhove, Ch. & Van Ertvelde, J. (2010). *De psychiatrisch verpleegkundige: vakkundig in balans. Professionalisering van de verantwoordelijk verpleegkundige in de geestelijke gezondheidszorg*. Antwerpen – Apeldoorn, Garant

Goossens E., César, A., Collard, J., Gosset, C., Moons, P. (2010). *Ontslagmanagement in psychiatrische ziekenhuizen: tussentijds rapport april 2010*. Brussel: FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en leefmilieu.

Hermans, K., De Coster, I., Demaerschalk, E., Michelini, S., Zelderloo, L., Van Audenhove, Ch. (2010). *Quality Approaches for Assuring the Quality of Training and Service Provision*. Thessaloniki: Cedefop

Hillewaere, L., Decat, W. & Moons, P. (2003). Ontslagmanagement in de psychiatrische ziekenhuizen: vijf jaar later. *Acta Hospitalia*, 3, p. 61-68

Howgego, I.M., Yellowlees, P., Owen, C., Meldrum, L., 1 Dark, F. (2003). The Therapeutic Alliance: the Key to Effective Patient Outcome? A Descriptive Review of the Evidence in Community Mental Health Case Management. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, p. 169-183

Lieberman, R.P., Hilty, D.M., Drake, R.E. & Tsang H.W.H. (2001). Requirements for Multidisciplinary Teamwork in Psychiatric Rehabilitation. *Psychiatric Services*, vol. 52, no. 10, p. 1331-1342

McGrew, J., Bond, G., Dietzen, L. & Salyers, M. (1994). Measuring the Fidelity of Implementation of a Mental Health Program Model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, p. 670-678

Onken, S.J., Dumont, J.M., Ridgway, P., Dornan, D.H. & Ralph, R.O. (2002). *Mental Health Recovery: What Helps and What Hinders? A National Research Project for the Development of Recovery Facilitating System Performance Indicators*. National Association of State Mental Health Program Directors and the National Technical Assistance Center for State Mental Health Planning, Alexandria, VA

Rowitz, L. (2001). *Public Health Leadership: Putting Principles into Practice*. Aspen Publishers Inc., Gaithersburg, MD

Shepherd G., Boardman, J. & Burns, M. (2009). *Implementing Recovery – A Methodology for Organisational Change*. Sainsbury Centre for Mental Health

Simpson, A., Miller, C. & Bowers, L. (2003). Case Management Models and the Care Management Approach: How to Make the CPA Effective and Credible. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, p. 472-483

Simpson, A. (2005). Community Psychiatric Nurses and the Care Co-ordinator Role: Squeezed to Provide 'Limited Nursing'. *Journal of Advanced Nursing*, 52(6), p. 689-699

Sullivan, H. & Williams, P. (Jun 29, 2007). *Leadership for Collaboration*. Unpublished paper to the 14<sup>th</sup> International Conference on Multi-Organizational Partnerships, Alliances and Networks. Leuven. Available from Paul Williams at paul@dufy.demon.co.uk

Suter, E., Arndt, J., Arthur, N., Parboosingh, J., Taylor, E., Deutschlander, S. (2009). Role Understanding and Effective Communication as Core Competencies for Collaborative Practice. *Journal of Interprofessional Care*, 23, 1, 41-51

Tambuyzer, E., Gelders, C., Spruytte, N., Jacob, B. & Van Audenhove, Ch. (2010). *Participatie van patiënten en mantelzorgers in de therapeutische projecten*. Lucas: KU Leuven. Nog niet vrijgegeven onderzoeksrapport in opdracht van Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu

Tobin M., Edwards, J.L. (2002). Are Psychiatrists Equipped for Management Roles in Mental Health Services? *Australian and New Zealand Journal of psychiatry*, 36, p. 4-8

Van Wart, M. (2005). *Dynamics of Leadership in Public Service: Theory and Practice*. Armonk, NY: M.E. Sharpe

Williams, P. (Nov 17, 2008). *Competencies for Collaboration*. Unpublished paper presented at the 2<sup>nd</sup> Annual Copenhagen Conference on Partnerships: Creating Innovative Solutions through Collaboration. Available from Paul Williams at paul@dufy.demon.co.uk

Young, A.S., Forquer, S.L., Tran, A., Starzynski, M. & Shatkin, J. (2000). Identifying Clinical Competencies that Support Rehabilitation and Empowerment in Individuals with Severe Mental Illness. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 27:3, p. 321-333