



VRIJE  
UNIVERSITEIT  
BRUSSEL



Proef ingediend met het oog op het behalen  
van de graad van Master of Science in de Psychologie

# **PATIËNTENPARTICIPATIE TIJDENS MULTIDISCIPLINAIRE TEAMBESPREKINGEN IN RESIDENTIËLE SETTINGS VAN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG**

**De persoonlijke mening van hulpverleners**

**LAUREIN VAN PEER**  
**2019-2020**

Aantal woorden: 14676

Promotor: Prof. Dr. Eva Dierckx  
Copromotor: Drs. Kevin Berben

Psychologie & Educatiewetenschappen



**Disclaimer masterproef – COVID-19 academiejaar 2019-2020**

*Deze masterproef is (ten dele) tot stand gekomen in de periode dat het hoger onderwijs onderhevig was aan een lockdown en beschermende maatregelen ter voorkoming van de verspreiding van het COVID-19 virus. Het proces van opmaak, de verzameling van gegevens, de onderzoeksmethode en/of andere wetenschappelijke werkzaamheden die ermee gepaard gaan, zijn niet altijd op gebruikelijke wijze kunnen verlopen. De lezer dient met deze context rekening te houden bij het lezen van deze masterproef, en eventueel ook indien sommige conclusies zouden worden overgenomen.*



SAMENVATTING MASTERPROEF

**Naam en voornaam:** Van Peer Laurein

**RoInr.:** 0545331

**KLIN**   
**AO**   
**ONKU**   
**AGOG**

**Titel van de Masterproef:** Patiëntenparticipatie tijdens multidisciplinaire teambesprekingen in residentiële settings van de geestelijke gezondheidszorg.  
De persoonlijke mening van hulpverleners.

**Promotor:** Prof. Dr. Eva Dierckx

**Copromotor:** Drs. Kevin Berben

### Samenvatting

Patiëntenparticipatie is een belangrijk thema in de hedendaagse geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Om dit te verwezenlijken worden patiënten in residentiële settings steeds vaker uitgenodigd om deel te nemen aan multidisciplinaire teambesprekingen (MTB) waar hun eigen individuele behandelproces- en verloop worden besproken. In de bestaande literatuur wordt gesproken over belangrijke determinanten voor patiëntenparticipatie, zoals o.a. de attitude van hulpverleners. Specifiek kwantitatief onderzoek over de persoonlijke mening van hulpverleners over patiëntenparticipatie tijdens teambesprekingen (PaPaT) is echter erg beperkt. Het doel van huidig exploratief cross-sectioneel onderzoek is meer inzicht verwerven in de persoonlijke mening van hulpverleners over PaPaT. Met behulp van de PaPaT-vragenlijst werden in totaal 701 hulpverleners, behorende tot het departement zorg uit 17 psychiatrische ziekenhuizen in Vlaanderen, bevraagd. Descriptieve statistieken, Fisher-Freeman-Halton toetsen en MANCOVA's werden uitgevoerd om de zelfgerapporteerde data te analyseren. Uit de onderzoeksresultaten bleek dat er betekenisvolle verschillen bestaan in de persoonlijke mening van hulpverleners over PaPaT al naargelang het diploma, het aantal jaren werkervaring, het al dan niet gevolgd hebben van een opleiding over patiëntenparticipatie, het al dan niet werken in een team waar PaPaT wordt toegepast en het al dan niet ervaring hebben met PaPaT. Om (toekomstige) hulpverleners te ondersteunen bij patiëntenparticipatie tijdens teambesprekingen is het opportuun om dit thema onder de aandacht te brengen in de opleidingscurricula van verschillende hulpverlenersgroepen in de GGZ en zouden er in de klinische praktijk patiëntenparticipatie-specifieke

trainingen, cursussen en/of vormingen moeten voorzien worden. Daarnaast is het belangrijk voor alle organisaties om een gedeelde visie over PaPaT te hebben en te promoten, organisatorische vereisten te faciliteren en responsief te zijn voor mogelijke barrières die het verwezenlijken van patiëntenparticipatie bemoeilijken. In vervolgonderzoek kunnen de onderzoeksbevindingen met behulp van kwalitatieve methoden verder uitgediept worden. Tevens is in verder onderzoek een bevraging met betrekking tot de mening van patiënten aangewezen.

Sleutelwoorden: patiëntenparticipatie, multidisciplinaire teambesprekingen, geestelijke gezondheidszorg

## Voorwoord

Deze masterthesis heeft mij laten nadenken over een thema dat, vanuit mijn eigen perspectief, terecht aan belang wint in de hedendaagse maatschappij. Het was voor mij als toekomstig psycholoog een grote meerwaarde om de visie van andere hulpverleners met betrekking tot dit thema te onderzoeken.

Voor het tot stand brengen van deze masterthesis kan ik het niet nalaten een aantal mensen te bedanken. Allereerst zou ik graag mijn promotor prof. dr. Eva Dierckx willen bedanken voor de waardevolle feedback, de ondersteuning en haar rijke ervaring doorheen dit proces. Zij heeft mij op een heel natuurlijke wijze 'begeleid leren zwemmen', waarbij ze op een begripvolle manier een mooi evenwicht bood tussen zelf dingen exploreren en voldoende sturing en vertrouwen geven. Vervolgens zou ik ook graag mijn co-promotor drs. Kevin Berben willen bedanken voor de begeleiding, de leerkanen, het kritisch nadenken en de constructieve feedback. Ik wil hem ook bijzonder bedanken voor zijn passie, drijfveer, motivatie en enthousiasme met betrekking tot dit thema. Eva en Kevin, ik apprecieer enorm jullie continue toegankelijkheid en bereidheid om steeds mee na te denken over deze masterproef: een welgemeende dankjewel hiervoor!

Deze masterthesis was ook niet mogelijk zonder de bereidwillige en talrijke hulpverleners uit de deelnemende psychiatrische ziekenhuizen. Een oprechte dank voor hun geëngageerde deelname aan dit onderzoek. Tot slot wil ik ook mijn vrienden en familie bedanken voor de steun en het vertrouwen. In het bijzonder wil ik mijn (plus)ouders en vriendin bedanken voor alle kansen, de vele aanmoedigingen en de onvoorwaardelijke steun, alsook voor het kritisch nalezen van deze masterthesis. Dank jullie wel om er altijd voor mij te zijn, elk op jullie eigen liefdevolle manier!

# Inhoudsopgave

<b>Samenvatting</b> .....	<b>i</b>
<b>Voorwoord</b> .....	<b>iii</b>
<b>Figurenlijst</b> .....	<b>vi</b>
<b>Tabellenlijst</b> .....	<b>vii</b>
<b>Lijst met afkortingen</b> .....	<b>viii</b>
<b>1. Inleiding</b> .....	<b>1</b>
<b>1.1 Probleemstelling</b> .....	<b>1</b>
<b>1.2 Wat is patiëntenparticipatie?</b> .....	<b>2</b>
1.2.1 Definitie patiëntenparticipatie .....	2
1.2.2 Vormen en niveaus van patiëntenparticipatie binnen de (geestelijke) gezondheidszorg.....	3
1.2.3 Patiëntenparticipatie specifiek in de context van de GGZ .....	4
<b>1.3 Multidisciplinaire teambesprekingen</b> .....	<b>5</b>
<b>1.4 Mogelijke effecten van patiëntenparticipatie (tijdens MTB's)</b> .....	<b>6</b>
<b>1.5 Determinanten patiëntenparticipatie (tijdens MTB's)</b> .....	<b>8</b>
1.5.1 Voorbereiding en informatie .....	8
1.5.2 Aanwezig.....	9
1.5.3 Taalgebruik.....	9
1.5.4 Patiënt aan het woord.....	10
1.5.5 Attitude hulpverleners.....	11
1.5.6 Tijd en middelen .....	11
<b>1.6 Persoonlijke mening van hulpverleners over patiëntenparticipatie (tijdens MTB's) en beïnvloedende karakteristieken</b> .....	<b>12</b>
1.6.1 Persoonlijke mening van hulpverleners over patiëntenparticipatie tijdens MTB's .....	12
1.6.2 Beïnvloedende karakteristieken van hulpverleners .....	13
<b>1.7 Hypotheses</b> .....	<b>15</b>
<b>2. Methodologie</b> .....	<b>16</b>
<b>2.1 Deelnemers</b> .....	<b>16</b>
<b>2.2 Meetinstrument</b> .....	<b>16</b>
<b>2.3 Procedure</b> .....	<b>17</b>
<b>2.4 Statistische analyses</b> .....	<b>18</b>

<b>3. Resultaten .....</b>	<b>19</b>
<b>3.1 Karakteristieken van de steekproef .....</b>	<b>19</b>
<b>3.2 Persoonlijke mening van hulpverleners over PaPaT .....</b>	<b>22</b>
3.2.1 Verschillen in rol tijdens (beslissingsproces) MTB al naargelang respondentkarakteristieken	23
3.2.2 Verschillen in gesommeerde subschalen al naargelang respondentkarakteristieken.....	24
<b>4. Discussie .....</b>	<b>28</b>
<b>4.1 Beschrijvende statistieken persoonlijke mening van hulpverleners over PaPaT.....</b>	<b>28</b>
<b>4.2 Verschillen in persoonlijke mening van hulpverleners over PaPaT al naargelang respondentkarakteristieken .....</b>	<b>29</b>
4.2.1 Verschillen in persoonlijke mening al naargelang diploma.....	29
4.2.2 Verschillen in persoonlijke mening al naargelang jaren werkervaring.....	30
4.2.3 Verschillen in persoonlijke mening al naargelang opleiding over patiëntenparticipatie.....	31
4.2.4 Verschillen in persoonlijke mening al naargelang team PaPaT .....	32
4.2.5 Verschillen in persoonlijke mening al naargelang ervaring PaPaT .....	32
<b>4.3 Sterktes en limitaties van het onderzoek .....</b>	<b>33</b>
<b>4.4 Implicaties onderzoek.....</b>	<b>35</b>
<b>4.5 Aanbevelingen vervolgonderzoek .....</b>	<b>36</b>
<b>4.6 Algemene conclusie .....</b>	<b>37</b>
<b>5. Referentielijst.....</b>	<b>39</b>
<b>BIJLAGEN .....</b>	<b>46</b>
Bijlage 1. Resultaten .....	46
Bijlage 2. De PaPaT-vragenlijst .....	51

## Figurenlijst

- Figuur 1 Participatieladder van Arnstein
- Figuur 2 Staafdiagram team PaPaT en rol MTB
- Figuur 3 Staafdiagram ervaring PaPaT en rol MTB



## Tabellenlijst

Tabel 1	Karakteristieken van de participanten
Tabel 2	Descriptieve statistieken subschalen (afhankelijke variabelen)
Tabel 3	Gemiddelde (standaarddeviatie) van de subschalen voor diploma, gecontroleerd voor jaren werkervaring, opleiding PaPa, team PaPaT en ervaring PaPaT
Tabel 4	Gemiddelde (standaarddeviatie) van de subschalen voor jaren werkervaring, gecontroleerd voor diploma, opleiding PaPa, team PaPaT en ervaring PaPaT
Tabel 5	Gemiddelde (standaarddeviatie) van de subschalen voor opleiding PaPa, gecontroleerd voor jaren werkervaring, diploma, team PaPaT en ervaring PaPaT
Tabel 6	Gemiddelde (standaarddeviatie) van de subschalen voor team PaPaT, gecontroleerd voor jaren werkervaring, diploma, opleiding PaPa en ervaring PaPaT
Tabel 7	Gemiddelde (standaarddeviatie) van de subschalen voor ervaring PaPaT, gecontroleerd voor jaren werkervaring, diploma, opleiding PaPa en team PaPaT

## Lijst met afkortingen

PAAZ = Psychiatrische Afdeling van een Algemeen Ziekenhuis

MTB = multidisciplinaire teambespreking

PaPaT = Patiënten Participatie tijdens Teambesprekingen

PaPa = Patiëntenparticipatie

GGZ = geestelijke gezondheidszorg

SDM = Shared Decision Making

MANCOVA = multivariate covariantieanalyse

# 1. Inleiding

## 1.1 Probleemstelling

De laatste jaren is de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) sterk aan het veranderen. Wereldwijd, alsook in België, heerst er een tendens naar meer actieve betrokkenheid van patiënten in hun eigen zorg en in het beleid van de GGZ (Storm & Edwards, 2013; Tambuyzer & Audenhove, 2013). Met deze beweging wordt het perspectief van personen met mentale gezondheidsproblemen erkend, alsook diens recht, vermogen en verantwoordelijkheid om beslissingen te nemen en te participeren op alle niveaus binnen de GGZ (Leamy, Bird, Le Boutillier, Williams, & Salde, 2011). Deze nieuwe visie op zorg impliceert dat patiënten idealiter zoveel mogelijk betrokken worden bij hun eigen zorgproces en bij de beslissingen die hiermee gepaard gaan (Carey, Lally, & Abba-Aji, 2015; Tambuyzer & Audenhove, 2013).

Patiëntenparticipatie blijkt een belangrijk thema in de hedendaagse (geestelijke) gezondheidszorg (Lindberg, Persson, Hörberg, & Ekebergh, 2013a; Malfait, Eeckloo, Van Daele, & Van Hecke, 2016). Om dit te verwezenlijken worden patiënten in residentiële settings van de GGZ steeds vaker uitgenodigd om deel te nemen aan een multidisciplinaire teambespreking (MTB) (Carey et al., 2015). MTB's spelen een essentiële rol in de zorgverlening, omdat hier belangrijke beslissingen genomen worden over de behandeldoelen en de ontslagplanning van de patiënt (Wagstaff & Solts, 2003). Ondanks een steeds groter wordende belangstelling voor dit thema, werd er tot op heden relatief weinig kwantitatief onderzoek over gedaan (Labib & Brownell, 2009). De meerderheid van de studies zijn case reports of studies met kleine steekproeven, waardoor de resultaten moeilijk generaliseerbaar zijn (Tambuyzer, Pieters, Van Audenhove, & Vertommen, 2011). Bovendien wordt bestaand onderzoek over dit thema meestal uitgevoerd op oncologische- en ouderenafdelingen van de algemene gezondheidszorg (Butow, Harrison, Choy, Young, Spillane, & Evans, 2007; Choy, Chiu, Butow, Young, & Spillane, 2007; Efraimsson, Sandman, & Rasmussen, 2006; Lindberg, Persson, Hörberg, & Ekebergh, 2013b; Taylor, Finnegan, & Green, 2014) en zijn de studies binnen het veld van de GGZ zeer schaars.

De laatste jaren wordt echter wel in toenemende mate getracht om het perspectief van patiënten over patiëntenparticipatie in de (geestelijke) gezondheidszorg te achterhalen (Labib & Brownell, 2009; Lindberg et al., 2013b; van Dongen, Habets, Beurskens, & van Bokhoven, 2016; White & Karim, 2005). Zo blijkt uit de literatuur dat patiënten zich vaak uitgesloten voelen in hun zorgproces en negatieve ervaringen hebben met hun deelname aan een MTB. Ze voelen zich niet goed voorbereid, niet gehoord en hebben het idee dat informatie wordt achtergehouden (Labib & Brownell, 2009; Milner, Jankovic, Hoosen, & Marrie, 2008; Stomski & Morrison, 2017). Bovendien blijkt dat dit voor veel patiënten angstaanjagend is, vooral

wanneer er een grote hoeveelheid aanwezig zijn (Carey et al., 2015; Labib & Brownell, 2009; White & Karim, 2005). Ondanks de steeds grotere belangstelling voor de perceptie van de patiënt, is onderzoek over de persoonlijke mening van hulpverleners met betrekking tot dit thema, zoals eerder reeds aangehaald, zeer schaars (Carey et al., 2015; Fiddler, Borglin, Galloway, Jackson, McGowan, & Lovell, 2009; Hitchen et al., 2011; Vuokila-Oikkonen, Janhonen, Saarento, & Harri, 2002). In de weinige studies bleek wel dat demografische kenmerken van hulpverleners een grote invloed kunnen hebben op hun bereidheid om al dan niet open te staan voor patiëntenparticipatie (Longtin, Sax, Leape, Sheridan, Donaldson, & Pittet, 2010). Er is met andere woorden nood aan meer onderzoek naar de persoonlijke mening van alle betrokkenen, ook van hulpverleners (Hodgson, Jamal, & Gayathri, 2005). Met huidig onderzoek wordt dan ook getracht aan deze lacunes tegemoet te komen en een beter zicht te krijgen op de persoonlijke mening van hulpverleners over patiëntenparticipatie tijdens teambesprekingen (PaPaT) in residentiële settings van de GGZ in Vlaanderen.

## **1.2 Wat is patiëntenparticipatie?**

### **1.2.1 Definitie patiëntenparticipatie**

Niettegenstaande het concept patiëntenparticipatie steeds populairder wordt en er alsmaar meer onderzoek over gebeurt, is er nog geen consensus over de definitie van dit concept (Castro, Van Regenmortel, Sermeus, & Van Hecke, 2016; Tambuyzer et al., 2011). In de literatuur worden dan ook verschillende definities en omschrijvingen teruggevonden van patiëntenparticipatie (Tambuyzer, Gelders, & Jacob, 2010; Tambuyzer et al., 2011). Tambuyzer et al. (2010, 2011) probeerden via een literatuurstudie het concept patiëntenparticipatie in de GGZ te verduidelijken. Op basis van 45 verschillende definities kwamen ze tot een uitgebreide definitie van patiëntenparticipatie, zoals hier geciteerd: "Participatie in de GGZ betekent inspraak in besluitvorming en actieve deelname aan een waaier van activiteiten (planning, evaluatie, hulpverlening, onderzoek, training, rekrutering, enz.), vertrekkend vanuit de ervaringsdeskundigheid van de persoon, in samenwerking en als gelijkwaardige partners met professionals (p142)". Verder wordt patiëntenparticipatie in de literatuur ook omschreven als de actieve betrokkenheid van patiënten bij de besluitvorming over hun zorg, waarbij de expertise van patiënten geïntegreerd wordt met professionele kennis van hulpverleners (Castro et al., 2016). In de literatuur worden verschillende termen die verwijzen naar het concept 'patiëntenparticipatie' door elkaar gebruikt, zoals 'user involvement', 'service user involvement', 'patient involvement', 'patient collaboration' of 'partnership' of 'patient-centered care'. Zelfs de begrippen 'patient', 'client' of 'service user' worden door elkaar gehanteerd (Castro et al., 2016; Storm, Hausken, & Mikkelsen, 2010; Tambuyzer et al., 2011). Elk begrip heeft zijn beperking en

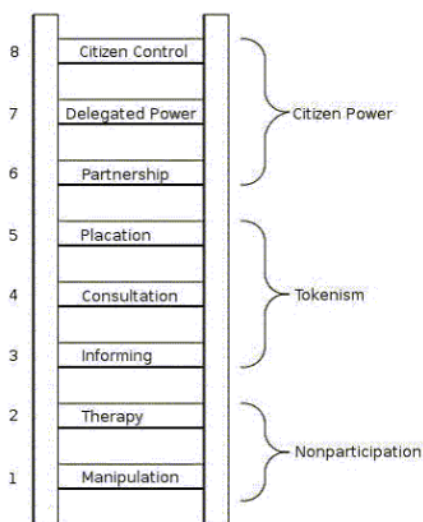
vertelt iets over de manier waarop de auteur kijkt naar de persoon in kwestie (Hui & Stickley, 2007). In het onderzoek van Tambuyzer et al. (2011) wordt er gesproken over 'patiënt', wat echter niet impliceert dat de persoon een passieve rol inneemt. De term 'patiënt' zal ook in deze masterthesis gebruikt worden, waarmee verwezen wordt naar personen die gebruik maken van de GGZ.

### 1.2.2 Vormen en niveaus van patiëntenparticipatie binnen de (geestelijke) gezondheidszorg

Zoals hierboven reeds aangegeven, wordt patiëntenparticipatie steeds populairder en vormt het een toonaangevend beleidsdoel in verschillende landen, onder andere in België. Het succes van patiëntenparticipatie wordt vaak gemeten in termen van de daadwerkelijke invloed die patiënten uitoefenen op het participatieproces (Broer, Nieboer, & Bal, 2012; Tambuyzer et al., 2011). Een aantal onderzoekers heeft geprobeerd om verschillende stadia of verschijningsvormen van participatie in kaart te brengen aan de hand van participatieladders (Tambuyzer et al., 2010), veel gebaseerd op het model van Arnstein (Tambuyzer et al., 2011).

De burgerparticipatieladder van Arnstein (1969) beschrijft acht verschillende vormen van burgerparticipatie en burgermacht in de maatschappij, gaande van non-participatie tot volledige controle bij het nemen van beslissingen (zie Figuur 1). De onderste treden van de ladder zijn 'manipulatie' (1) en 'therapie' (2); dit zijn twee vormen van 'non-participatie'. De volgende trap is 'informereren' (3); dit is een passieve variant van participeren. Daarnaast kunnen patiënten ook 'geconsulteerd' (4) worden om mogelijk in te gaan tegen genomen beslissen. Hulpverleners beslissen hierbij echter zelf of de mening van de patiënt in rekening wordt gebracht in het beslissingsproces. Dit wordt ook wel *symbolische participatie* of *tokenism* genoemd, wat mogelijk leidt tot machtsonevenwicht en wat tevens de participatie bemoeilijkt (Arnstein, 1969; Felton & Stickley, 2004). Een voorbeeld hiervan is wanneer er geen rekening wordt gehouden met een patiënt die als vertegenwoordiger zetelt in een adviesraad. Het doel van deze treden is de patiënten een stem te geven en hun mening in kaart te brengen. In de volgende twee treden, 'bemiddeling' (5) en 'partnerschap' (6), hebben patiënten de mogelijkheid om te onderhandelen en compromissen te sluiten. Bij 'partnerschap', ook wel actieve participatie genoemd, worden beslissingen samen met de patiënt genomen. Tot slot krijgen patiënten de gedelegeerde macht (7) of zelfs de volledige macht en controle (8) over het nemen van beslissingen in het zorgproces. Dit wordt ook wel *user of citizen control* genoemd (Arnstein, 1969; Broer et al., 2012; Castro et al., 2016; Tambuyzer et al., 2010). De achterliggende idee van deze ladder is: hoe meer participatie, hoe meer macht en eveneens medezeggenschap de patiënt verwerft (Castro et al., 2016; Tambuyzer et al., 2010).

Naast verschillende vormen van participatie kan patiëntenparticipatie ook op verscheidene niveaus binnen de (geestelijke) gezondheidszorg worden uitgeoefend (Tambuyzer et al., 2010, 2011). Een eerste niveau wordt omschreven als het niveau van de individuele zorg of het microniveau, waarbij de patiënt bijvoorbeeld de mogelijkheid krijgt om deel te nemen aan de besluitvorming over zijn eigen behandelplan. Een tweede niveau houdt het participeren op meso- of organisatieniveau in, zoals de vertegenwoordiging van patiënten in bestuursorganen van een ziekenhuis. Vervolgens wordt er gesproken over het macro- of beleidsniveau, waarbij de patiënt vertegenwoordigd is in de raad van bestuur en mee het (geestelijke) gezondheidsbeleid kan bepalen (Castro et al., 2016; Tambuyzer et al., 2010, 2011). Tot slot is er nog het metaniveau, waar de patiënt zeggenschap heeft over onderzoek of opleiding van professionals. Binnen elke participatievorm kan er sprake zijn van de hiervoor genoemde stadia van patiëntenparticipatie (Tambuyzer et al., 2010, 2011). In deze masterthesis zal vooral gesproken worden over het niveau van de individuele patiënt of het microniveau, alsook zullen we met behulp van dit onderzoek alle stadia van Arnstein exploreren. We verwachten dat, daar waar er sprake is van patiëntenparticipatie, deze zich vermoedelijk zal situeren binnen het stadium van "citizen power".



Figuur 1. Participatieladder van Arnstein (uit Tritter et al., 2006 & uit Tambuyzer et al., 2010)

### 1.2.3 Patiëntenparticipatie specifiek in de context van de GGZ

Zoals hierboven reeds werd aangegeven wordt bestaand onderzoek over patiëntenparticipatie voornamelijk uitgevoerd op oncologische- en ouderenafdelingen van de algemene gezondheidszorg (Butow et al., 2007; Choy et al., 2007; Efraimsson et al., 2006; Lindberg et al., 2013b; Taylor et al., 2014). Een belangrijk verschil tussen patiëntenparticipatie in de algemene gezondheidszorg en patiëntenparticipatie in de GGZ is dat er bij deze laatste groep sprake is van een psychische stoornis. Verschillende auteurs geven

aan dat psychiatrische stoornissen en de hiermee gepaarde mentale en fysieke conditie een invloed kunnen hebben op het proces van patiëntenparticipatie, alsook op het vermogen en de bereidwilligheid van de patiënt om deel te nemen (Laitila, Nikkonen, & Pietilä, 2011; Tambuyzer et al., 2011). Enkele belangrijke risicofactoren die het vermogen van de patiënt om te participeren kunnen beïnvloeden, zijn: psychoses, een onvrijwillige opname, weigering van behandeling en de ernst van de ziekte (Owen, Freyenhagen, Richardson, & Hotopf, 2009). Zo blijkt uit onderzoek dat patiënten met schizofrenie en depressie kwetsbaarder zijn om minder rationele beslissingen te maken (Ghormley, Basso, Candlis, Combs, 2011). Het is bij patiëntenparticipatie van belang dat hij zijn voorkeur voor behandeling kan uitdrukken, relevante informatie kan begrijpen en hierover beslissingen kan maken. De aanwezigheid van een psychiatrische stoornis of het nemen van medicatie kan dit beïnvloeden (Ghormley et al., 2011; Rutter, Manley, Weaver, Crawford, & Fulop, 2004).

Naast het vermogen tot participatie kunnen psychiatrische stoornissen ook de motivatie, bereidwilligheid of wens van de patiënt om te participeren beïnvloeden. Zowel affectieve psychiatrische stoornissen, een gebrek aan interesse, apathie, anhedonie als passiviteit blijken de motivatie van de patiënt te beïnvloeden (Eldh, Ekman, & Ehnfors, 2006; Tambuyzer et al., 2011; Thompson, 2007). Bovendien zorgen mentale gezondheidsproblemen tot op heden voor stigma's en vooroordelen, waardoor sommige patiënten niet willen deelnemen. Zo geven Broer et al. (2012) aan dat sommige patiënten niet bereid zijn om zorg te ontvangen, en dus ook niet bereid of gemotiveerd zijn om deel te nemen aan patiëntenparticipatie. Anderen vinden het beter om zich te wenden tot een professional en op hun beslissingen te vertrouwen (Laitila, Nikkonen, & Pietilä, 2011).

Desalniettemin geven verschillende onderzoekers aan dat, ondanks de aanwezigheid van een psychiatrische stoornis, het niet onmogelijk is dat patiënten participeren. De meeste personen met een psychische stoornis hebben voldoende mentale capaciteit om beslissingen te nemen (Mahone, 2008; Okai, McGuire, Singh, Churchill, & Hotopf, 2007). Daarnaast blijft het waardevol om de mogelijkheid tot participeren aan te reiken en hun mening te bevragen (Tambuyzer et al., 2011). Tot slot wordt in de literatuur gesproken over het herstelmodel dat ervan uitgaat dat individuen met psychische problemen het recht en vermogen hebben om beslissingen en verantwoordelijkheid te nemen, alsook te participeren op alle niveaus binnen de GGZ (Leamy et al. al. 2011).

### **1.3 Multidisciplinaire teambesprekingen**

Zoals hierboven reeds werd aangegeven, krijgen patiënten steeds meer de kans om de regie over hun eigen zorgproces in handen te nemen en deel te nemen aan de teambespreking, waarin nagedacht

wordt over de meest geschikte behandeling en ontslagplanning (Carey et al., 2015; Massoubre et al., 2017; Tambuyzer & Audenhove, 2013; Wagstaff & Solts, 2003). Bovendien blijkt het, ondanks een psychiatrische stoornis, niet onmogelijk om te participeren en is het waardevol om de mening van de patiënt te bevragen (Okai et al., 2007; Tambuyzer et al., 2011). Patiënten worden dan ook steeds vaker uitgenodigd om deel te nemen aan MTB's in residentiële settings van de GGZ, waarbij ze idealiter actief betrokken zijn en als gelijkwaardige partner beschouwd worden (Carey et al., 2015). Elk multidisciplinair team bestaat uit een groep professionals met verschillende disciplines, zoals psychologen, psychiaters, verpleegkundigen, sociaal werkers, non-verbale therapeuten, enz. (Graham, Denoual, & Cairns, 2005). Idealiter wordt via multidisciplinaire samenwerking alle kennis, vaardigheden en expertise geïntegreerd, om op die manier optimale zorg te verwezenlijken en zorgcontinuïteit te verzekeren (Demotte, 2005; Rix & Sheppard, 2003; Van der Voort, Van Meijel, Goossens, Renes, Beekma, & Kupka, 2011). Patiëntenparticipatie tijdens een teambespreking draagt bij tot patiëntgerichte gezondheidszorg, aangezien patiënten een volwaardige stem krijgen in het besluitvormingsproces en de kans krijgen hun persoonlijke voorkeuren en behoeften te uiten (Castro et al., 2016; Lindberg et al., 2013b; van Dongen et al., 2016; Wagstaff & Solts, 2003).

In de literatuur wordt er meer specifiek gesproken over 'shared decision-making' (SDM), waarbij zowel hulpverleners als de patiënt deelnemen aan een besluitvormingsproces en waarbij gesproken wordt over de meest geschikte behandeling voor de patiënt. Bij SDM wordt rekening gehouden met ieders expertise. Enerzijds de noden en prioriteiten van de patiënt en anderzijds de klinische expertise van de hulpverlener (Drake, Deegan, & Rapp, 2010). Patiënten beschikken over bruikbare en waardevolle ervaringsgerichte kennis, die als verschillend doch gelijkwaardig moet worden beschouwd (Fischer & Neale, 2008; Laitila et al., 2011). Het is dan ook van belang om besluitvorming op basis van een gezamenlijke visie na te streven (Carey et al., 2015). Niettegenstaande patiënten in toenemende mate worden uitgenodigd tot SDM, ook op de teamvergaderingen, blijft het een eerder niet-gebruikelijke manier van werken in de (geestelijke) gezondheidszorg (Massoubre et al., 2017; Taylor et al., 2014; van Dongen et al., 2016; Vuokila-Oikkonen et al., 2002).

#### **1.4 Mogelijke effecten van patiëntenparticipatie (tijdens MTB's)**

Er bestaat tot op heden weinig onderzoek naar de mogelijke effecten van patiëntenparticipatie in de Belgische (geestelijke) gezondheidszorg (Duncan, Best, & Hagen, 2010; Hitchen et al., 2011; Stringer, Van Meijel, De Vree, & Van der Bijl, 2008; Tambuyzer et al., 2012). Desondanks worden de voordelen en het belang van patiëntenparticipatie op alle niveaus binnen de (geestelijke) gezondheidszorg meer en meer erkend (Castro et al., 2016; Stringer et al., 2008). Hieronder worden enkele mogelijke effecten van



patiëntenparticipatie op microniveau besproken voor zowel patiënten als hulpverleners in de (geestelijke) gezondheidszorg. Verschillende onderzoekers suggereren dat patiëntenparticipatie en meer specifiek de gedeelde besluitvorming een positieve invloed hebben op de kwaliteit van de (geestelijke) gezondheidszorg (Castro et al., 2016; Drake et al., 2010; Longtin et al., 2010; Stringer et al., 2008). Dit draagt op zijn beurt bij aan positieve intrapersoonlijke uitkomsten, zoals een betere gezondheid, beter zicht op de persoonlijke situatie, meer zelfmanagement, meer zelfvertrouwen en empowerment, alsook meer tevredenheid over de behandeling (Drake et al., 2010; Felton et al., 2004; Lindberg et al., 2013a; Masters et al., 2002; Stringer et al., 2008; Tambuyzer et al., 2010; Vuokila-Oikkonen et al., 2002). Patiënttevredenheid wordt beschouwd als een belangrijke indicator voor het ontwikkelen van een positieve werkalliantie tussen patiënt en zorgverlener (Drake et al., 2010; Labib & Brownell, 2009; Westermann & Maurer, 2015). Dergelijke samenwerkingsrelatie kan bij patiënten het gevoel van machteloosheid verminderen en het geloof in eigen capaciteiten bevorderen (Efrimsson et al., 2006; Frank & Frank, 1991 in Westermann & Maurer, 2015). Bovendien wordt duidelijk gemaakt aan patiënten dat ze een gelijkwaardige stem hebben en actief kunnen deelnemen, in plaats van passief hun behandeling te doorstaan (Lindberg et al., 2013a; Wagstaff & Solts, 2003). Andere mogelijke positieve uitkomsten op lange termijn, zoals bijvoorbeeld therapietrouw en effectiviteit van de therapie, zijn minder consistent wetenschappelijk aantoonbaar (Duncan et al., 2010).

Bovendien worden in de literatuur ook enkele nadelen beschreven. Zo brengt een hoge betrokkenheid en inspraak in de besluitvorming meer verantwoordelijkheid met zich mee, wat op zijn beurt kan leiden tot meer angst en stress bij de patiënt. Bovendien kan dit ook zorgen voor een gevoel van falen en schuldgevoelens bij een heropname of herval (Labib & Brownell, 2009; White & Karim, 2005).

Naast mogelijke positieve effecten voor patiënten kan de aanwezigheid van patiënten op teamvergaderingen ook voor hulpverleners een voordeel zijn (Vuokila-Oikkonen et al., 2002). Door de aanwezigheid van patiënten ontwikkelen hulpverleners professionele competenties, zoals een reflectief vermogen, kennis en vaardigheden (Lindberg et al., 2013a). Hulpverleners leren een gefundeerde kritische blik te vormen over de situatie van de patiënt en het patiëntperspectief kan fungeren als tool om hulpverleners meer innovatief te laten nadenken (Vuokila-Oikkonen et al., 2002). Daarnaast blijkt uit onderzoek dat een patiëntgerichte communicatiestijl samenhangt met meer voldoening en minder werkgerelateerde stress bij hulpverleners (Westermann & Maurer, 2015). Er wordt op een meer transparante manier gecommuniceerd, wat op zijn beurt zorgt voor een betere coördinatie en afstemming van de zorg (Vuokila-Oikkonen et al., 2002). Tenslotte biedt patiëntenparticipatie tijdens teamvergaderingen de mogelijkheid om meningsverschillen ter plaatse uit te klaren, is het een oefenmoment voor patiënten en betekent het een grote bron aan observaties voor hulpverleners (Vandewalle, Vercruyssen, & Dhondt, 2017a).

## 1.5 Determinanten patiëntenparticipatie (tijdens MTB's)

Er worden in de literatuur verschillende determinanten gevonden die een invloed kunnen hebben op patiëntenparticipatie tijdens multidisciplinaire teambesprekingen. Zowel voor, tijdens als na de teamvergadering zijn er enkele facilitators en barrières die hieronder besproken zullen worden.

### 1.5.1 Voorbereiding en informatie

Er zijn, voorafgaand aan de teamvergadering, enkele belangrijke factoren te onderscheiden, zoals het maken van een goede voorbereiding, het informeren van zowel patiënten als hulpverleners over de teamvergadering en het verduidelijken van hun rol hierin.

Uit onderzoek blijkt dat een adequate voorbereiding voor patiënten met betrekking tot de structuur en het doel van de teamvergadering de ervaring van patiënten zou verbeteren, alsook de uitkomst van de bespreking (Lindberg et al., 2013a; Milner et al., 2008). Daarnaast blijkt dat een grotere betrokkenheid van patiënten bij de voorbereiding van de teamvergaderingen voor een minder angstige ervaring zorgt tijdens de vergadering (Carey et al., 2015). Er wordt dan ook aanbevolen dat de patiënt, samen met een teamlid, de teamvergadering voorbereidt en een selectie maakt van de aanwezigen (Cappleman, Bamford, Dixon, & Thomas, 2015; Carey et al., 2015; Labib & Brownell, 2009; Milner et al. 2008). Hierbij is het van belang dat de patiënt aanvullingen kan maken en effectief inspraak heeft (Cappleman et al., 2015). Bijkomend hebben patiënten nood aan adequate en begrijpbare informatie over de inhoud, de vorm en de resultaten van de teamvergadering (Laitila et al., 2011; Masters, Forrest, Harley, Hunter, Brown, & Risk, 2002; van Dongen et al., 2016). Deze informatie moet op maat van de patiënt en diens familie aangeboden worden (Tambuyzer, 2012). Bovendien blijkt dat informatie delen op zich onvoldoende is en dat er nood is aan het herhaaldelijk en op een bevattelijke manier aanbieden van informatie (Anthony & Crawford, 2000; Eldh et al., 2006; Laitila et al., 2011; Tambuyzer et al., 2011). Zo kan het volgens sommige onderzoekers zinvol zijn om een soort gids aan te reiken over de ziekenhuisprocedures bij een opname, inclusief informatie over de teamvergaderingen (Cappleman et al., 2015; Lindberg et al., 2013a).

Naast patiënten moeten ook hulpverleners beschikken over informatie met betrekking tot deelname van patiënten aan de vergadering en het verloop hiervan (Milner et al., 2008; Tambuyzer, 2012). Het blijft voor hulpverleners vaak onduidelijk welke bijdrage patiënten kunnen leveren, wat hun rol is, welke verantwoordelijkheid zij mogen opnemen en tot waar hun beslissingsbevoegdheid reikt. Hierdoor voelen hulpverleners zich vaak machteloos in de praktijk (Anthony & Crawford, 2000; Broer et al., 2012; Milner et al., 2008). Er is met andere woorden nood aan het verduidelijken van de taak- en rolverdeling van zowel hulpverleners als patiënten, zodat waardevolle participatie tijdens teambesprekingen mogelijk wordt

(Cappleman et al., 2015; Hitchen et al., 2009; Milner et al., 2008).

### 1.5.2 Aanwezigen

Een volgende belangrijke determinant betreft de aanwezigen tijdens een MTB. In tegenstelling tot de reguliere gezondheidszorg, waarbij op een chirurgische afdeling de voorkeur uitgaat naar veel aanwezigen, (Seo, Tamura, Morioka, & Shijo, 2000) tonen verschillende studies dat patiënten in de GGZ zich minder angstig of bedreigd voelen indien er minder personen aanwezig zijn op de teambespreking (Carey et al., 2015; Wagstaff & Solts, 2003). Enerzijds suggereren enkele auteurs dat de meeste patiënten het niet aangenaam vinden om vier of meer mensen op de bespreking te hebben en bijgevolg raden zij aan het aantal aanwezigen zoveel mogelijk te reduceren (Carey et al., 2015; White & Karim, 2005). Anderzijds adviseren Cappleman et al. (2015) om het aantal aanwezigen gradueel op te voeren wanneer de patiënt zich comfortabeler voelt. Bijkomend geven Labib en Brownell (2009) aan dat er geen uitspraak gedaan kan worden over wat een 'ideaal' aantal aanwezigen is; dit blijkt patiëntafhankelijk.

Verder blijkt uit ander onderzoek dat de meeste patiënten het niet aangenaam vinden dat vrienden of familie aanwezig zijn, terwijl de aanwezigheid van de psychiater bij alle patiënten de voorkeur kreeg (White & Karim, 2005). Tot slot blijkt ook de positionering van de aanwezigen een belangrijke factor. Zo wordt aangeraden om alle aanwezigen in een cirkel te plaatsen, zodat iedereen zowel verbaal als non-verbaal betrokken kan worden (Cappleman et al., 2015)

### 1.5.3 Taalgebruik

Een derde determinant is het taalgebruik dat gebruikt wordt door hulpverleners tijdens de teamvergadering. Zo kan het hanteren van vakjargon een professionele taalbarrière vormen, vermits patiënten niet vertrouwd zijn met vakjargon dat gebruikt wordt door hulpverleners (Rotman-Pikielny et al. 2007). Het gebruik van deze complexe taal kan zorgen voor communicatieproblemen en een beperkt begrip. Daarnaast vraagt het ook extra tijd en inspanning van patiënten om de gesprekken te begrijpen. Op die manier kan het de deelname van patiënten beperken of patiënten afschrikken om deel te nemen aan teambesprekingen (Broer et al., 2012; Cappleman et al., 2015; Hitchen et al., 2011; Tambuyzer et al., 2011; Wagstaff & Solts, 2003). Het is met andere woorden belangrijk om vakjargon te vermijden en het taalgebruik af te stemmen op de patiënt. Tot slot benadrukken enkele auteurs het belang van het overeenkomen van een gemeenschappelijke taal als facilitator bij het bespreken van de zorgbehoeften en behandeling van patiënten (van Dongen et al., 2016; Westermann & Maurer, 2015).

#### 1.5.4 Patiënt aan het woord

Een vierde belangrijke determinant is het al dan niet gehoord worden van de patiënt tijdens een MTB (Labib & Brownell, 2009; Vuokila-Oikkonen et al., 2002). Patiënten vinden het belangrijk dat ze gehoord en gerespecteerd worden als een uniek persoon met eigen capaciteiten en kwetsbaarheden (Bångsbo, Dunér, & Lidén, 2014; Efraimsson et al., 2006; Lindberg et al., 2013a). Desondanks hebben patiënten soms het gevoel dat hun perspectief niet in rekening wordt gebracht, dat er informatie wordt achtergehouden en dat beslissingen worden gemaakt zonder hun betrokkenheid (Cappleman et al., 2015; Hitchen et al., 2009; Labib & Brownell, 2009; Laitila et al., 2011; White & Karim, 2005). In de praktijk blijkt, in 40% van de gevallen, de zorgverlener op snelle en paternalistische wijze beslissingen te nemen over en voor de patiënt, waarbij er dikwijls sprake is van een strikte hiërarchie tussen de 'deskundige' en de 'passieve patiënt' (Anthony & Crawford, 2000; Laitila et al., 2011; Westermann & Maurer, 2015). In tegenstelling tot deze bevinding raden verschillende auteurs aan om als hulpverlener transparant te zijn over de eigen visie, geen informatie achter te houden en het perspectief van de patiënt mee te nemen tijdens de vergadering (Labib & Brownell, 2009; Wagstaff & Solts, 2003). Daarnaast mogen besluiten niet voorafgaand aan de teamvergadering genomen worden, maar moet de patiënt actief betrokken worden en een volwaardige stem krijgen (Castro et al., 2016; Lindberg et al., 2013b; van Dongen et al., 2016; Wagstaff & Solts, 2003). Zoals hierboven reeds vermeld, beschikken patiënten over bruikbare en waardevolle ervaringsgerichte kennis, die onder andere gebruikt kan worden bij de planning van de individuele zorg. Het is hierbij van belang dat hulpverleners actief luisteren naar de ervaring van de patiënt. Dit vraagt echter tijd en het opgeven van een paternalistisch gedachtengoed (Fischer & Neale, 2008; Labib & Brownell, 2009; Laitila et al., 2011). Met andere woorden: hulpverleners moeten hun macht durven delen met patiënten om op die manier nieuwe kennis en ervaring te verwerven (Fischer & Neale, 2008; Labib & Brownell, 2009; Laitila et al., 2011).

Bijkomend is het van belang om rekening te houden met de emotionele toestand van de patiënt tijdens de teamvergadering, alsook met de emotionele impact hiervan op de patiënt. Verschillende auteurs concluderen dat de meerderheid van de patiënten zich vóór of tijdens een teamvergadering angstig voelen en moeilijk hun gevoelens kunnen uitdrukken (Labib & Brownell, 2009; White & Karim, 2005). Zo blijkt uit enkele studies dat er te weinig gekeken wordt naar de emotionele toestand tijdens de teambespreking, waardoor de patiënt meer angst en stress ervaart (Carey et al., 2015; Hitchen et al., 2009). Daarnaast rapporteren patiënten dat de emotionele impact van participatie niet (h)erkend wordt door hulpverleners. Zo kunnen discussies bepaalde herinneringen of gevoelens triggeren over vroegere ervaringen met de GGZ, waardoor de teamvergadering mogelijk als intimiderend ervaren wordt. Dit kan op zijn beurt zorgen voor

terughoudendheid bij de patiënt. Deze terughoudendheid moet door de hulpverleners (h)erkend worden en de emotionele taal moet op de voorgrond staan (Hitchen et al., 2009; Westermann & Verheij, 2009).

#### 1.5.5 Attitude hulpverleners

Een volgende belangrijke determinant die patiëntenparticipatie tijdens teamvergaderingen kan verbeteren of belemmeren is de houding van hulpverleners ten aanzien van (patiënt)participatie. Uit onderzoek blijkt dat sommige hulpverleners een negatieve attitude hebben ten aanzien van patiënten en dat het vermogen van de patiënt om betrokken te zijn en zijn mening uit te drukken nog steeds in vraag gesteld wordt. Zo kunnen hulpverleners het idee hebben dat patiënten een verminderd vermogen hebben om hun wensen, noden en problemen te beschrijven (Laitila et al., 2011). Stigma's en vooroordelen over mentale gezondheidsproblemen zorgen voor terughoudendheid en twijfels bij hulpverleners over het perspectief van de patiënt (Eldh et al., 2006; Fischer & Neale, 2008; Laitila et al., 2011). Bovendien benadrukken verschillende onderzoekers het machtsonevenwicht van de patiënt-hulpverlener relatie bij de start van patiëntenparticipatie. In dergelijke relatie hebben professionals altijd meer kennis en expertise over het zorgproces, en als gevolg ook meer macht dan patiënten. Patiëntenparticipatie is enkel mogelijk wanneer hulpverleners hun macht willen delen en dat ook daadwerkelijk doen (Longtin et al., 2010; Tambuyzer et al., 2011).

Desalniettemin kunnen een positieve attitude, expertise en competenties van hulpverleners patiëntenparticipatie tijdens teambesprekingen ook faciliteren. Zo werden bepaalde hulpverlenerseigenschappen, zoals empathie, warmte, stimuleren van empowerment, openheid en het vermogen om de patiënt en zijn naasten te betrekken, geassocieerd met positieve behandeluitkomsten (Barnhoorn et al., 2013). Patiëntenparticipatie blijkt meer slaagkans te hebben wanneer hulpverleners de autonomie van patiënten stimuleren en de expertise van patiënten als aanvulling zien op hun eigen inbreng (Anthony & Crawford, 2000).

#### 1.5.6 Tijd en middelen

Een laatste determinant die hier besproken zal worden, is de beschikbaarheid van tijd en middelen om participatie in de praktijk te realiseren (Hitchen et al., 2009; Masters et al., 2002; Tambuyzer et al., 2012). Hulpverleners hebben vaak geen tijd om zich bezig te houden met de begeleiding van patiënten in hun participatieproces. Zowel tijd-gelimiteerde teamvergaderingen als het voelen van druk om snel positieve veranderingen te verwezenlijken, kunnen belemmerende factoren zijn in het participatieproces (Hitchen et al., 2009). Zo kan stress als gevolg van tijdsdruk het vermogen van hulpverleners om hun patiënten te

ondersteunen verminderen. Daarom wordt in de literatuur het belang benadrukt van niet-tijd-gelimeerde MTB's (Lindberg et al., 2013a). Bovendien zouden hulpverleners de gelegenheid moeten krijgen om tijd vrij te maken, bovenop hun andere taken (Hitchen et al., 2009).

## **1.6 Persoonlijke mening van hulpverleners over patiëntenparticipatie (tijdens MTB's) en beïnvloedende karakteristieken**

### **1.6.1 Persoonlijke mening van hulpverleners over patiëntenparticipatie tijdens MTB's**

Zoals eerder vermeld zijn studies met betrekking tot de persoonlijke mening van hulpverleners over patiëntenparticipatie tijdens multidisciplinaire teambesprekingen in de GGZ, zeer schaars (Carey et al., 2015; Fiddler et al., 2009; Hitchen et al., 2009; Lindberg et al., 2013a; Vuokila-Oikkonen et al., 2002). Eén van de weinige onderzoeken omtrent dit thema werd uitgevoerd door Hodgson et al. (2005). Zij concluderen dat hulpverleners de MTB een nuttige en relevante tijdsbesteding vinden, maar dat dit volgens hulpverleners vaak angstaanjagend is voor patiënten (Hodgson et al., 2005). Ook uit onderzoek van Tambuyzer en collega's (2012) blijkt dat hulpverleners de inbreng van patiënten tijdens teamvergaderingen en het aanbieden van informatie op maat wenselijk vinden.

Daarnaast onderzocht Lindberg et al. (2013b) het perspectief van verpleegkundigen over patiëntenparticipatie tijdens een MTB. Verpleegkundigen beschrijven patiëntenparticipatie als waardevol en geven aan dat er naar de patiënt geluisterd moet worden. Daarnaast rapporteren zij het belang van een veilige en zorgzame vertrouwensrelatie tussen patiënt en verpleegkundige. Tijdens een MTB komt de patiënt in een voor hem onbekende situatie en omgeving. Wanneer de professional deze kwetsbaarheid niet (h)erkent, geraken patiënten geïsoleerd of uitgesloten (Lindberg et al., 2013a). Bijkomend geven verpleegkundigen aan dat patiëntenparticipatie tijdens een MTB beïnvloed wordt door hoe professionals met elkaar omgaan en hoe ze zich verhouden ten opzichte van dit thema. Wanneer hulpverleners zich bijvoorbeeld naast elkaar positioneren, vormen ze eerder een team dat de patiënt confronteert in plaats van ondersteunt. Bovendien worden patiënten nog te vaak gereduceerd tot objecten die niet in staat zijn om de ongeschreven regels van een MTB te volgen (Lindberg et al., 2013a).

In andere onderzoeken rapporteren hulpverleners verschillende ontevredenheden, die ook al naar voren kwamen in patiëntenstudies (White & Karim, 2005). Zo blijkt dat hulpverleners de teamvergadering overbevolkt vinden (Fiddler et al., 2010) en dat bepaalde beroepsgroepen zoals psychologen, in tegenstelling tot verpleegkundigen, ondervertegenwoordigd zijn (Hodgson et al., 2005; Rix & Sheppard, 2003). Verder blijft het, zoals eerder vermeld, ook voor hulpverleners onduidelijk wat het doel is van de teamvergadering,

welke bijdrage de patiënt kan leveren en tot waar diens beslissingsbevoegdheid reikt. Hierdoor voelen ook hulpverleners zich in de praktijk vaak machteloos en hebben zij nood aan een verduidelijking van zowel hun eigen rol- en taakverdeling als die van patiënten (Anthony & Crawford, 2000; Broer et al., 2012; Milner et al., 2008). Daarnaast blijkt uit onderzoek van Tambuyzer et al. (2012) dat meer dan de helft van de hulpverleners nood heeft aan tijd, ondersteuning en hulpmiddelen (bijv. richtlijnen) om participatie te kunnen verwezenlijken. Tot slot blijkt ook dat hulpverleners een zekere discrepantie ondervinden tussen de wenselijkheid en de effectieve realisatiegraad van patiëntenparticipatie. Alhoewel patiëntenparticipatie geen nieuw begrip is, blijkt de toepassing ervan in de GGZ dit wel te zijn (Tambuyzer et al., 2012).

### 1.6.2 Beïnvloedende karakteristieken van hulpverleners

In de literatuur worden verschillende factoren, zoals kenmerken van hulpverleners (bijv. discipline, leeftijd, etnische afkomst, persoonlijke overtuigingen) en contextuele factoren (bijv. gebrek aan tijd, steun van leidinggevenden, type ziekte), genoemd als belangrijke determinanten voor de bereidwilligheid tot patiëntenparticipatie (Longtin et al., 2010; Tambuyzer et al., 2011). In eerder onderzoek werd de invloed van verschillende karakteristieken van hulpverleners onderzocht op hun bereidheid om patiënten te laten participeren en dus macht en verantwoordelijkheid te delen (Van Hecke, Malfait, Van Belleghem, Schoupe, Van Daele, & Eeckloo, 2014; Malfait et al., 2017; Vandewalle et al., 2017b).

Ten eerste bleek uit verschillende onderzoeken dat hoogopgeleide hulpverleners, meer specifiek masters en bachelors, zich competentier voelen om patiënten te laten participeren, patiëntenparticipatie meer vanzelfsprekend vinden, alsook meer bereid zijn om hun macht en verantwoordelijkheid te delen met patiënten dan laagopgeleide hulpverleners (Malfait et al., 2017; Van Hecke et al., 2014). Daarbij voelen zorgkundigen, verpleeghulpverleners, logistieke medewerkers zich het minst competent; artsen en paramedici het meest. In tegenstelling tot deze bevindingen vonden Vandewalle en collega's (2017b) geen significante invloed van **opleidingsniveau** op de bereidwilligheid van psychiatrisch verpleegkundigen om verantwoordelijkheid en macht te delen met patiënten.

Vervolgens blijkt uit de literatuur dat ook **leeftijd** een invloed kan hebben op de bereidheid van verpleegkundigen om patiënten te laten participeren. Jongere verpleegkundigen vinden patiëntenparticipatie moeilijker, zijn meer afwijzend ten opzichte van een collaboratieve en een actievare patiëntenrol, ervaren meer tijdsgebrek en zijn minder bereid om patiëntenparticipatie te stimuleren dan oudere collega's (Malfait et al., 2017; Vandewalle et al., 2017b). Ook uit onderzoek van Van Hecke et al. (2014) blijkt dat jongere hulpverleners minder bereid zijn om patiënten te betrekken en zich minder competent voelen dan oudere hulpverleners. Bovendien zouden jongere hulpverleners meer steun ervaren van supervisors en teamleden

dan oudere collega's, masters en leidinggevendenden (Van Hecke et al., 2014).

Ten derde blijkt uit de literatuur dat de **organisatie**, het **tewerkstellingspercentage**, alsook de **discipline** waartoe de hulpverlener behoort, diens visie op participatie kunnen beïnvloeden. Allereerst zou patiëntenparticipatie reeds veel meer gerealiseerd zijn in de eerstelijnszorg in vergelijking met de tweede- en derdelijnszorg (Tambuyzer et al., 2012). Daarnaast blijkt dat verpleegkundigen op gesloten psychiatrische afdelingen minder bereid zijn om patiënten te laten participeren dan verpleegkundigen op een open afdeling (Vandewalle et al., 2017b). Wat betreft discipline blijkt uit eerder onderzoek dat leidinggevende functies, zoals hoofdverpleegkundigen, andere opvattingen hebben over patiëntenparticipatie dan hun teamleden. Ze schatten de werklust met betrekking tot patiëntenparticipatie lager in (Malfait et al., 2017), voelen zich competent en staan positiever tegenover patiëntenparticipatie (Van Hecke et al., 2014). Tenslotte blijkt dat voltijdse medewerkers zich eveneens competent voelen en het gevoel hebben meer steun te krijgen van supervisors en teamleden (Malfait et al., 2017; Van Hecke et al., 2014). In het algemeen geldt dat hulpverleners die zich **competent** voelen om patiëntenparticipatie te verwezenlijken en zich **gesteund** voelen door collega's, supervisors en het ziekenhuismanagement, ook meer bereid zijn om zich te engageren voor patiëntenparticipatie (Malfait et al., 2017; Vandewalle et al., 2017b; Van Hecke et al., 2014).

Tot slot blijkt uit onderzoek dat medewerkers die een **opleiding** met betrekking tot **patiëntenparticipatie** gevolgd hebben zich competent voelen om patiënten te laten participeren (Van Hecke et al., 2014). Bovendien blijkt dat hulpverleners, die aangeven over minder competenties te beschikken niet significant meer de vraag stellen naar een opleiding over patiëntenparticipatie. De groepen die wel nood hebben aan dergelijke opleiding, willen meer info over verbale en non-verbale communicatietechnieken, over de grenzen van patiëntenparticipatie en stellen de vraag naar praktische handvatten en een vertaling naar het klinisch werkveld (Van Hecke et al., 2014). In tegenstelling tot deze bevinding blijkt uit ander onderzoek dat bijna de helft (44%) van de respondenten nood heeft aan een opleiding over patiëntenparticipatie (Vandewalle et al., 2017b). Bovendien geven hulpverleners aan dat de theorie en praktijk van participatie onvoldoende besproken worden in hun basis- en vervolgopleiding, waardoor ze weinig vertrouwd zijn met het concept patiëntenparticipatie en het ook moeilijk kunnen toepassen in de praktijk (Tambuyzer et al., 2012).

Tot op heden zijn, voor zover wij weten, studies met betrekking tot de persoonlijke mening van hulpverleners over patiëntenparticipatie tijdens MTB's zeer schaars. Bovendien zijn sommige onderzoeksresultaten inconsistent en bestaan er nog steeds verschillende onduidelijkheden. Dit onderzoek



is, met andere woorden, belangrijk om een beter zicht te krijgen op de persoonlijke mening van hulpverleners over patiëntenparticipatie tijdens MTB's in residentiële settings van de GGZ in Vlaanderen.

## 1.7 Hypotheses

Zoals reeds besproken blijkt uit voorgaand onderzoek dat bepaalde karakteristieken van hulpverleners een invloed kunnen hebben op hun visie over patiëntenparticipatie, zoals bijvoorbeeld de leeftijd van hulpverleners of de beroepsgroep waartoe ze behoren (Van Hecke, Malfait, Van Belleghem, Schoupe, Van Daele, & Eeckloo, 2014; Malfait et al., 2017; Tambuyzer et al., 2012 Vandewalle et al., 2017b). In huidig onderzoek wordt volgende onderzoeksvraag exploratief nagegaan: "Wat is de persoonlijke mening van hulpverleners over patiëntenparticipatie tijdens multidisciplinaire teambesprekingen in residentiële settings van de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen en zijn er hierin verschillen al naargelang (1) diploma, (2) aantal jaren werkervaring, (3) het al dan niet gevolgd hebben van een opleiding over patiëntenparticipatie (PaPa), (4) het al dan niet werkzaam zijn in een team waar PaPaT wordt toegepast en (5) het al dan niet zelf ervaring hebben met PaPaT?"

We veronderstellen dat verschillende groepen hulpverleners, elk met hun eigen karakteristieken, een andere persoonlijke mening hebben over PaPaT. Een eerste hypothese luidt als volgt: 'Er is een betekenisvol verschil in persoonlijke mening over PaPaT al naargelang het diploma van de hulpverlener' (H1). Ten tweede vermoeden we dat er significante verschillen zijn in persoonlijke mening over PaPaT al naargelang het aantal jaren werkervaring van de hulpverlener (H2). Vervolgens verwachten we eveneens een beduidend verschil in persoonlijke mening over PaPaT tussen hulpverleners die reeds een opleiding hebben genoten over patiëntenparticipatie en hulpverleners zonder dergelijke opleiding (H3). Verder wordt er verondersteld dat er een betekenisvol verschil is in persoonlijke mening over PaPaT tussen hulpverleners die werkzaam zijn in een team waar PaPaT wordt toegepast en hulpverleners die niet werkzaam zijn in dergelijk team (H4). Tot slot verwachten we significante verschillen in persoonlijke mening over PaPaT tussen hulpverleners die ervaring hebben met PaPaT en hulpverleners zonder ervaring (H5).

## 2. Methodologie

### 1.1 Deelnemers

In totaal werden 701 medewerkers, behorende tot het departement zorg uit 17 psychiatrische ziekenhuizen in Vlaanderen, bevestigd. Alle respondenten waren vertrouwd met de werking van een multidisciplinaire teamvergadering; ervaring met patiëntenparticipatie binnen een dergelijke vergadering was geen vereiste om te kunnen participeren aan het onderzoek. Verschillende respondentgegevens zoals geslacht, leeftijd, diploma, discipline, organisatie, percentage tewerkstelling en jaren werkervaring werden in kaart gebracht, alsook informatie gerelateerd aan PaPaT.

De gehele testpopulatie bestond uit 69.7% vrouwen (n=489), 30% mannen (n=210) en 0.3% personen met een niet-binaire genderidentiteit (X) (n=2).

### 2.2 Meetinstrument

De Patiënten Participatie tijdens Multidisciplinaire Teambesprekingen-vragenlijst (PaPaT-Q, Berben, Verhaeghe, Dierckx, Van Hecke, Beeckman, & Crabeel, 2019) (zie bijlage 2) is een vragenlijst, bestaande uit 37 vragen, die peilt naar de persoonlijke mening van hulpverleners over patiëntenparticipatie tijdens MTB's in de GGZ. De vragenlijst bestaat uit zes subschalen, namelijk: 'rol MTB', 'rol BMTB', 'persoonlijke perceptie', 'effecten', 'randvoorwaarden' en 'beleving patiënt'. Bij de subschaal 'rol MTB' wordt via meerkeuzevragen gepeild naar de rol of positie die de patiënt, volgens de respondent, moet innemen als hij/zij deelneemt aan een MTB ("geen", "actief" of "passief"). Bij de subschaal 'Rol BMTB' wordt, eveneens via een meerkeuzevraag, bevestigd welke rol of positie de patiënt volgens de respondent moet innemen tijdens het beslissingsproces over zijn zorg, behandeldoelen en ontslag, als hij/zij deelneemt aan een MTB ("passief", "semi-passief", "collaboratief", "gedeeltelijk autonoom" of "autonoom"). De overige subschalen worden gescoord aan de hand van een 5-punt Likertschaal, die varieert tussen 1 = "helemaal oneens" tot 5 = "helemaal eens". De subschaal 'persoonlijke perceptie' omvat vijf stellingen die peilen naar de persoonlijke perceptie van de hulpverlener over PaPaT, zoals bijvoorbeeld 'Ik ben bereid om patiënten te laten participeren aan een MTB'. De subschaal 'effecten' omvat tien stellingen, waarbij nagegaan wordt in welke mate de hulpverlener gelooft dat PaPaT effect heeft op domeinen, zoals therapietrouw, opnameduur, geloof in eigen mogelijkheden en het herstelproces van de patiënt. Een vierde subschaal is de subschaal 'randvoorwaarden', die met behulp van vijftien stellingen de persoonlijke mening van de hulpverlener nagaat over organisatorische vereisten voor PaPaT. Een voorbeelditem van deze subschaal is: 'Patiëntenparticipatie tijdens een MTB betekent dat de structuur en de opbouw van een MTB moet veranderen'. Tot slot bevat de

subschaal 'beleving patiënt' vijf stellingen, waarmee gekeken wordt naar het perspectief van de patiënt over PaPaT, volgens hulpverleners. Een voorbeeldstelling is: 'Wanneer een patiënt deelneemt aan een MTB veronderstel ik dat hij/zij het noodzakelijk vindt om tijdens de MTB een steunfiguur uit de hulpverlening naast hem/haar te hebben'. Een overzicht van de verschillende subschalen met bijhorende stellingen wordt gegeven in Tabel A1 (zie Bijlage 1). Naast de zes subschalen brengt de vragenlijst, met behulp van 9 items (zijnde 'geslacht', 'leeftijd', 'plaats tewerkstelling', 'percentage tewerkstelling', 'discipline', 'diploma', 'jaren werkervaring', 'omgeving PaPaT' en 'ervaringen PaPaT'), verschillende respondentgegevens in kaart. Tot slot wordt bevraagd of de hulpverlener in de afgelopen 5 jaar een bijkomende opleiding en/of bijscholing heeft gevolgd waar het thema patiëntenparticipatie aan bod kwam.

Uit het onderzoek van Berben et al. (2019) en uit de masterscriptie van Crabeel (2019) blijkt dat de PaPaT-vragenlijst een sterke betrouwbaarheid en constructvaliditeit vertoont. Zij geven in hun onderzoek aan dat de totale PaPaT-vragenlijst een Cronbach's Alpha heeft van 0.918. Verder blijkt dat de betrouwbaarheid van de subschalen 'persoonlijke perceptie', 'effecten', 'randvoorwaarden' en 'beleving patiënt' hoog is, respectievelijk  $\alpha = 0.820$ ,  $\alpha = 0.870$ ,  $\alpha = 0.806$ ,  $\alpha = 0.748$ . De PaPaT-vragenlijst is met andere woorden een valide en betrouwbaar instrument om de persoonlijke mening van hulpverleners over patiëntenparticipatie tijdens MTB's in de GGZ te meten (Berben et al., 2019; Crabeel, 2019). In de huidige testpopulatie is de betrouwbaarheid van de verschillende subschalen eveneens hoog (resp.  $\alpha = 0.817$ ,  $\alpha = 0.897$ ,  $\alpha = 0.771$ ,  $\alpha = 0.767$ ). Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer 10 minuten en er wordt expliciet benadrukt dat de vragenlijst peilt naar de persoonlijke mening, wat impliceert dat er geen goede of slechte antwoorden zijn.

## 2.3 Procedure

In dit exploratief cross-sectioneel onderzoek werd, zoals eerder reeds aangehaald, in 17 psychiatrische ziekenhuizen in Vlaanderen de persoonlijke mening van medewerkers over patiëntenparticipatie tijdens MTB's bevraagd. In eerste instantie werd een standaardmail verstuurd naar de directie van de psychiatrische ziekenhuizen, waarin meer uitleg over het onderzoek werd gegeven. Verder werd hen gevraagd de mail door te sturen naar alle (beleids)medewerkers. Om de respons te verhogen werd ook persoonlijk contact (in eerste instantie telefonisch) gezocht met de directies van de ziekenhuizen. Vervolgens werd naar alle instellingen die zich bereid hadden verklaard te willen participeren, een link per mail verstuurd die toegang gaf tot de online PaPaT-vragenlijst. Per ziekenhuis werd een aparte weblink voorzien, zodat de opvolging hiervan gegarandeerd werd. De vragenlijst werd van 29 april tot 19 mei 2019

afgenomen bij medewerkers in de desbetreffende ziekenhuizen. Daarnaast werd er één tussentijdse mail gestuurd ter herinnering aan en ter motivatie van hun deelname aan het onderzoek.

Dit onderzoek werd goedgekeurd door de Ethische commissie van het Universitair Ziekenhuis Gent (B670201837675). Bovendien werd van elk ziekenhuis de goedkeuring van de lokale ethische commissies verworven. Alle deelnemers werden voor aanvang van het onderzoek volledig geïnformeerd, waarna ze allen elektronisch geïnformeerde toestemming gaven. De anonimiteit van de gegevens werd verzekerd en alle participanten namen vrijwillig deel aan dit onderzoek.

## **2.4 Statistische analyses**

Allereerst werd descriptieve statistiek uitgevoerd, waarna we gebruik maakten van Fisher-Freeman-Halton toetsen voor het analyseren van niet-parametrische gegevens, zoals 'rol MTB' en 'rol BMTB'. Nadien werd voor de subschalen 'persoonlijke perceptie', 'effecten', 'randvoorwaarden' en 'beleving patiënt' een somscore berekend, waardoor de scores op deze 4 subschalen op rationiveau geanalyseerd konden worden. Vervolgens onderzochten we, met behulp van Spearman-correlaties, verbanden tussen verschillende respondentgegevens en de subschalen, om op basis hiervan covariaten te bepalen. Alle covariaten werden omgevormd tot dummy-variabelen, teneinde ze te kunnen invoeren in de multivariate variantieanalyses (MANCOVA's). Vervolgens werden MANCOVA's met Bonferroni-correctie ( $\alpha$  significant als  $p \leq 0.05/k$ ) uitgevoerd om verschillen op de gesommeerde subschalen na te gaan al naargelang (1) diploma, (2) aantal jaren werkervaring, (3) al dan niet opleiding gehad hebben over PaPa, (4) het al dan niet werkzaam zijn in een team waar PaPaT wordt toegepast en (5) al dan niet zelf ervaring hebben met PaPaT (6). Om de effectgroottes van de MANCOVA's te beoordelen, werd gebruik gemaakt van partial eta squared, waarbij een waarde van 0.01 een kleine effectgrootte weergeeft, 0.06 een gemiddelde effectgrootte en 0.13 een grote effectgrootte (Cohen, 1988). Alle assumpties voor het uitvoeren van de testen [zoals bijvoorbeeld homogeniteit van varianties (Levene's test) en covarianties (Box's M test), multivariate outliers (Mahalanobis distances) voor de MANCOVA's] werden eveneens nagegaan.

Statistische analyses werden uitgevoerd met behulp van het Statistical Package for Social Sciences 26.0 (SPSS) voor Macintosh (IBM Corp., Armonk, N.Y., USA). Alle statistische tests werden tweezijdig uitgevoerd en het  $\alpha$  -niveau voor statistische significantie was 0.05.

## 3. Resultaten

### 3.1 Karakteristieken van de steekproef

In totaal namen 701 medewerkers uit 17 psychiatrische ziekenhuizen in Vlaanderen en behorende tot het departement zorg deel aan dit onderzoek. Bij aanvang van de statistische analyses werden enkele respondenten verwijderd uit de dataset. Allereerst werd de "variagroep" geëlimineerd, aangezien er wegens gebrek aan een "extra info invulvak" niet achterhaald kon worden tot welke discipline deze participanten behoorden. Bijkomend werd, omwille van een te klein aantal respondenten voor afzonderlijke analyses, ook de groep van ervaringsdeskundigen verwijderd. Om dezelfde reden werden voor alle analyses enkele disciplines samengevoegd in clusters. Deze clusters werden bepaald op basis van drie criteria, namelijk: algemeen takenpakket van de discipline, takenpakket van de discipline tijdens een MTB en intensiteit van het zorgcontact. Op basis hiervan werden alle non-verbale therapeuten (muziektherapeut, creatief therapeut, ergotherapeut, psychomotorische therapeut) samengevoegd. Verder werden ook de disciplines 'directielid/manager' en 'stafmedewerkers' samengenomen, alsook de groep 'adjunct hoofdverpleegkundigen' en 'hoofdverpleegkundigen/teamcoördinator/afdelingshoofd'. Tenslotte werden de opvoedkundigen en verpleegkundigen samengevoegd, aangezien beide disciplines instaan voor de continuïteitszorg van patiënten. De groepen 'maatschappelijk assistenten/sociaal verpleegkundigen' en 'psychologen' werden behouden, aangezien er van deze groep voldoende respondenten deelnamen aan het onderzoek. Belangrijk om nog te vermelden is dat psychiaters buiten beschouwing werden gelaten bij de inductieve statistiek, omdat afzonderlijke analyses niet mogelijk waren wegens een tekort aan respondenten in deze groep. Psychiaters vormen echter wel belangrijke spilfiguren tijdens een MTB, waardoor ze wel opgenomen werden in de beschrijvende statistiek. Tot slot werden voor het uitvoeren van de MANCOVA's, vijf patiënten, als zijnde multivariate outliers, geëxcludeerd uit de dataset.

Na verwijdering en samenvoeging van bovengenoemde groepen werden in totaal 653 participanten weerhouden. De huidige testpopulatie bestaat uit 453 vrouwen (69.4%), 199 mannen (30.5%) en één persoon (0.1%) met een niet-binaire genderidentiteit. De mediaan van de leeftijdscategorieën bedraagt 30 tot 39 jaar. De meerderheid van de respondenten zijn hoger opgeleid (83.8%), waarvan 31.1% een doctoraat en/of masterdiploma heeft, 10.3% een bachelor-na-bachelor (banaba) en 42.4% een bachelordiploma. Voor wat betreft de disciplines wordt opgemerkt dat de verpleegkundigen en opvoedkundigen (42.6%), hoofdverpleegkundigen en adjuncten (14.1%), non-verbale therapeuten (14.5%), alsook de psychologen (13.9%) ruim vertegenwoordigd zijn, dit in tegenstelling tot andere disciplines, zoals bijvoorbeeld psychiaters (2.1%). Wat betreft het aantal jaren werkervaring wordt

vastgesteld dat ongeveer de helft van de totale steekproef (53.2%) tussen de 0 en 15 jaar werkervaring heeft met ongeveer één vierde  $\leq 5$  jaar, terwijl de overige respondenten (46.8%) meer dan 15 jaar werkervaring hebben. Verder werkt de meerderheid van de respondenten (74%) in een organisatie waar gebruik gemaakt wordt van PaPaT, waarvan 54.2% effectief werkzaam is in een team waar PaPaT wordt toegepast. Voor meer gedetailleerde informatie over de karakteristieken van de steekproef wordt verwezen naar Tabel 1.

**Tabel 1.** Karakteristieken van participanten (n = 653)

	N	%
Geslacht		
Vrouw	453	69.4%
Man	199	30.5%
X	1	0.2%
Leeftijd		
18-29 jaar	142	21.6%
30-39 jaar	204	31.2%
40-49 jaar	154	23.6%
50-59 jaar	123	18.8%
60-69 jaar	30	4.6%
Diploma		
Doctoraat en/of Master	203	31.1%
Bachelor na bachelor	67	10.3%
Bachelor	277	42.2%
HBO5	106	16.2%
Discipline		
Directielid/manager/stafmedewerker	44	6.7%
Psycholoog	91	13.9%
Verpleegkundige	278	42.6%
(Adjunct) hoofdverpleegkundige/ afdelingshoofd/teamcoördinator	92	14.1%
Maatschappelijk assistent	39	6.0%
Non-verbale therapeut	95	14.5%
Psychiater	14	2.1%
Jaren werkervaring		
$\leq 5$ jaren	155	23.7%
$> 5$ jaren, $\leq 10$ jaren	112	17.2%
$> 10$ jaren, $\leq 15$ jaren	80	12.3%
$> 15$ jaren, $\leq 20$ jaren	109	16.7%
$> 20$ jaren, $\leq 25$ jaren	64	9.8%
$> 25$ jaren, $\leq 30$ jaren	46	7.0%
$> 30$ jaren	87	13.3%
Tewerkstellingspercentage		
100%	382	58.5%
80%	165	25.3%
75%	42	6.4%
50%	47	7.2%
Andere	17	2.6%
Opleiding PaPa		
Ja	213	32.6%
Nee	440	67.4%
Organisatie PaPaT		
Ja	483	74.0%
Nee	152	23.3%
Weet niet	18	2.8%
Werkzaam in team PaPaT		
Ja	354	54.2%
Nee	299	45.8%
Ervaring PaPaT		

Ja	413	63.2%
Nee	240	36.8%
Lang ervaring PaPaT		
<1 jaar	154	23.6%
Tussen 1 en 3 jaar	154	23.6%
Tussen 3 en 5 jaar	62	9.5%
>5 jaar	56	8.6%
Geen ervaring	227	34.8%
Tijd PaPaT (bespreking patiënt)		
Tussen 0 en 15 minuten	273	41.8%
Tussen 15 en 30 minuten	37	5.7%
Tussen 30 en 45 minuten	187	28.6%
Tussen 45 en 60 minuten	92	14.1%
>60 minuten	54	8.3%
Geen ervaring	10	1.5%
Tijd PaPaT 2 (patiënt aan het woord)		
Niet	278	42.6%
5-tal minuten	16	2.5%
10-tal minuten	62	9.5%
15-tal minuten	94	14.4%
20-tal minuten	97	14.9%
30-tal minuten	68	10.4%
>30 minuten	24	3.7%
Geen ervaring	14	2.1%

In Tabel 2 wordt het gemiddelde (standaarddeviatie) van de gesommeerde subschalen weergegeven, alsook de percentages van de subschalen 'rol MTB' en 'rol BMTB'. Hieruit blijkt dat de overgrote meerderheid van de respondenten (93.1%) vindt dat patiënten een actieve rol moeten innemen als zij deelnemen aan een MTB. Slechts 5.8% van de respondenten opteert voor geen rol en 1.1% verkiest een passieve rol. Bijkomend geeft 75.7% van de respondenten aan dat de patiënt een collaboratieve rol moet innemen tijdens het beslissingsproces over zijn zorg, behandeldoelen en ontslag bij deelname aan een MTB. Van de overige respondenten geeft 14.9% de voorkeur aan een gedeeltelijk autonome rol en slechts 1.2% opteert voor een volledig autonome rol.

Voor een overzicht van de antwoorden op de verschillende stellingen verwijzen we naar Tabel A1 (zie Bijlage 1). Samengevat geven deze beschrijvende statistieken aan dat de meeste hulpverleners bereid zijn om patiënten te laten participeren aan een MTB (93.6%), het belangrijk vinden dat patiënten participeren (88.5%) en zich bekwaam voelen om patiënten te laten participeren (79.1%). Wat de effecten van PaPaT betreft, was 85.3% van de hulpverleners het (helemaal) eens dat PaPaT het geloof van de patiënt in eigen mogelijkheden om iets te kunnen veranderen aan zijn/haar situatie verhoogt. Bovendien was de overgrote meerderheid (94%) van de hulpverleners (helemaal) overtuigd dat PaPaT de communicatie tussen patiënt en het team verbetert, alsook de therapietrouw van de patiënt tijdens zijn behandeling (resp. 94% en 78.8%). Daarnaast gaat 79.2% van de hulpverleners ervan uit dat PaPaT een positief effect heeft op het herstelproces. Tegelijkertijd was een minderheid van de hulpverleners het er (helemaal) mee eens dat PaPaT de opnameduur in het ziekenhuis verkort (20.4%). Wat betreft 'randvoorwaarden' stemde de meerderheid

van de hulpverleners er (helemaal) mee in dat PaPaT een invloed heeft op de tijdsduur van een MTB (78.7%), dat de structuur en opbouw van een MTB moet veranderen (73.1%) en dat PaPaT extra vorming en opleiding (66%), alsook regelmatige intervisie (83.3%) van de teamleden vereist. Daarnaast betekent PaPaT voor 89.6% van de hulpverleners dat de patiënt geïnformeerd moet worden over welke hulpverleners er aanwezig zijn en wat hun functie is tijdens een MTB. Tegelijkertijd is 22.4% van de hulpverleners het (helemaal) oneens dat PaPaT een (elektronisch) patiëntendossier vereist, waarin de patiënt notities kan maken op vlak van doelstellingen en opnameverloop. Tenslotte blijkt dat de overgrote meerderheid van de hulpverleners het (helemaal) eens is dat, wanneer een patiënt deelneemt aan een MTB, hij/zij het noodzakelijk vindt dat de deelnemers zo plaatsnemen dat iedereen goed zichtbaar is en iedereen (non)-verbaal betrokken kan worden in de bespreking, alsook dat er geluisterd wordt naar de ervaringen en zorgnoden van de patiënt (resp. 93.3% en 98.5%). Tot slot denkt 76.4% van de hulpverleners dat patiënten het noodzakelijk vinden om tijdens deelname aan een MTB een steunfiguur uit de hulpverlening naast hem/haar te hebben.

**Tabel 2.** Descriptieve statistieken subschalen (afhankelijke variabelen)

Subschalen	N	%		
<b>Rol MTB</b>				
Geen	38	5.8%		
Passieve	7	1.1%		
Actieve	608	93.1%		
<b>Rol BMTB</b>				
Passief	0	0%		
Semi-passief	54	8.3%		
Collaboratief	494	75.7%		
Gedeeltelijk autonoom	97	14.9%		
Autonoom	8	1.2%		
	<i>M</i>	<i>(SD)</i>	Min.	Max.
Persoonlijke perceptie	20.80	(3.26)	9	25
Effecten	39.85	(5.12)	20	50
Randvoorwaarden	59.81	(6.09)	43	75
Beleving patiënt	21.39	(2.31)	14	25

### 3.2 Persoonlijke mening van hulpverleners over PaPaT

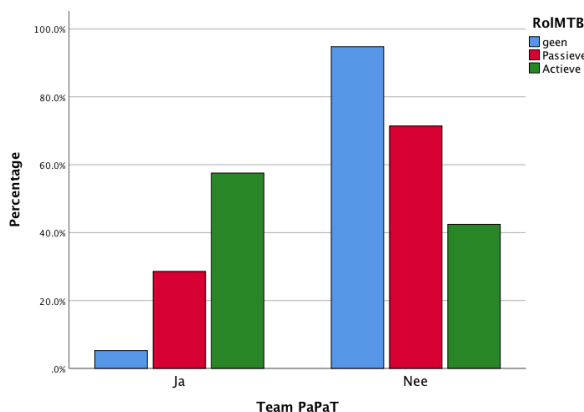
In eerste instantie werd a.d.h.v. Fisher-Freeman-Halton toetsen bekeken of de persoonlijke mening van hulpverleners over de rol tijdens (het beslissingsproces van) een MTB beïnvloed wordt door (1) diploma, (2) aantal jaren werkervaring, (3) het al dan niet hebben gehad van een opleiding over PaPa, (4) het al dan niet werkzaam zijn in een team waar PaPaT wordt toegepast en (5) het al dan niet ervaring hebben met PaPaT. Vervolgens werd door middel van MANCOVA's met Bonferroni-correctie nagegaan of er significante



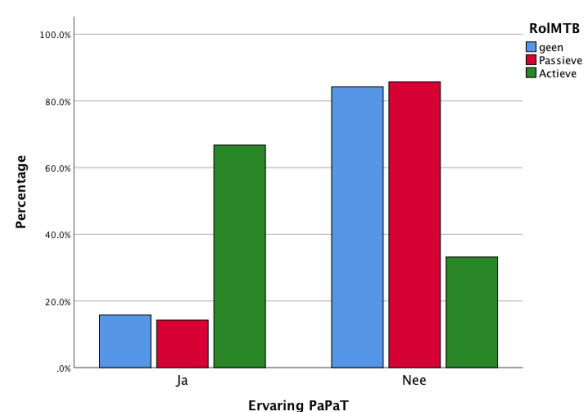
verschillen gevonden worden op de subschalen ('persoonlijke perceptie', 'effecten', 'randvoorwaarden' en 'beleving patiënt') al naargelang bovengenoemde respondentkarakteristieken (1 t.e.m. 5) (zie Tabel 3 t.e.m. 7). De resultaten van enkele MANCOVA's dienen echter wel met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden, daar aan drie van de dertien nagegane assumpties niet voldaan werd.

### 3.2.1 Verschillen in rol tijdens (beslissingsproces) MTB al naargelang respondentkarakteristieken

In Tabel A2 (zie Bijlage 1) wordt een vergelijking gemaakt tussen verschillende groepen respondenten over de rol die de patiënt mag innemen tijdens een MTB. Een Fisher-Freeman-Halton test toont een significant verschil in 'rol MTB' tussen hulpverleners die al dan niet tewerkgesteld zijn in een PaPaT-team (Fisher's exact test  $p < 0.001$ ), waarbij hulpverleners die in een PaPaT-team werken meer voor een actieve rol voor de patiënt opteren (98.9% (n = 350)) dan hulpverleners die niet in een PaPaT-team tewerkgesteld zijn (86.3% (n = 258)). Daarenboven blijkt dat van de hulpverleners die niet in een PaPaT-team werken 12.0% (n = 36) prefereert om de patiënt geen rol te geven tijdens een MTB. Dit tegenover slechts 0.6% (n = 2) hulpverleners die wel tewerkgesteld zijn in een PaPaT-team (zie Tabel A2 en Figuur 2a). Vervolgens toont een Fisher-Freeman-Halton test een significant verschil in 'rol MTB' tussen hulpverleners met en zonder PaPaT-ervaring (Fisher's exact test  $p < 0.001$ ). Zo blijkt dat deelnemers die geen ervaring hebben met PaPaT vaker "geen rol" (13.3%) en "passieve rol" (2.5%) aanduiden dan participanten met PaPaT-ervaring (zie Tabel A2 en Figuur 2b). Verder worden er geen significante verschillen weerhouden in 'rol MTB' tussen hulpverleners met en zonder een PaPa-opleiding (Fisher's exact test  $p > 0.05$ ). Tot slot worden er ook geen significante verschillen gevonden in 'rol MTB' al naargelang het aantal jaren werkervaring (Fisher's exact test  $p > 0.05$ ) en het diploma van hulpverleners (Fisher's exact test  $p > 0.05$ ).

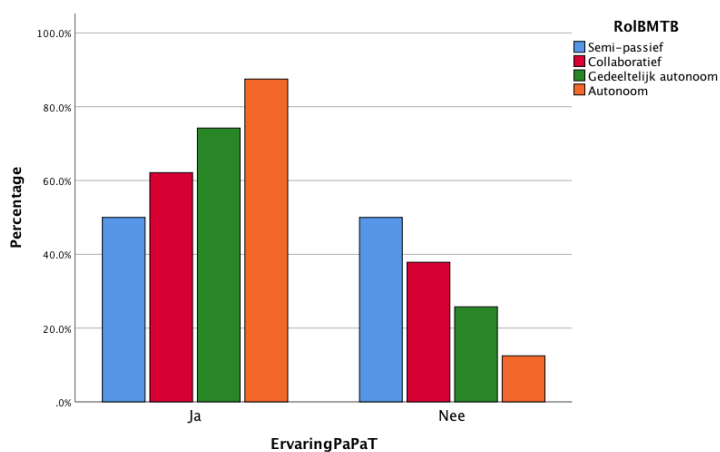


Figuur 2a. Staafdiagram team PaPaT en rol MTB



Figuur 2b. Staafdiagram ervaring PaPaT en rol MTB

In Tabel A3 (zie Bijlage 1) wordt een overzicht gegeven van de vergelijking die gemaakt werd tussen verschillende groepen respondenten over de rol die de patiënt mag innemen tijdens het beslissingsproces van een MTB. De Fisher-Freeman-Halton test toont een significant verschil in 'rol BMTB' tussen hulpverleners met en zonder PaPaT-ervaring (Fisher's exact test  $p \leq 0.05$ ). Van de hulpverleners met PaPaT-ervaring verkiest 17.4% voor een gedeeltelijk autonome rol, terwijl slechts 10.4% van de hulpverleners zonder ervaring een gedeeltelijk autonome rol opteert. Meer participanten met ervaring vinden met andere woorden dat de rol van de patiënt gedeeltelijk autonoom moet zijn. Verder kiezen minder hulpverleners met PaPaT-ervaring voor een semi-passieve rol (7%), ten opzichte van 11.6% van de hulpverleners zonder PaPaT-ervaring. Bij zowel de hulpverleners met als zonder PaPaT-ervaring geeft de meerderheid voorkeur aan een collaboratieve rol (resp. 74.1% en 77.6%) en toont de Fisher-Freeman-Halton test geen significant verschil ( $p > 0.05$ ) (zie Tabel 2A en Figuur 3).



Figuur 3. Staafdiagram ervaring PaPaT en rol BMTB

### 3.2.2 Verschillen in gesommeerde subschalen al naargelang respondentkarakteristieken

Een MANCOVA met de subschalen als afhankelijke variabelen, **diploma** als onafhankelijke variabele en jaren werkervaring, opleiding PaPa, team PaPaT en ervaring PaPaT als covariaten toont significante verschillen (Wilks  $\lambda = 0.93$ ,  $F(12,1661.82) = 4.12$ ,  $p < 0.001$ , partial  $\eta^2 = 0.026$ ) al naargelang het diploma van de hulpverlener. Voor alle subschalen kon een significant verschil opgemerkt worden tussen de groepen. Uit de post-hoc Bonferroni-toets blijkt dat hulpverleners met een hoge beroepsopleiding (HBO5) significant lager scoren op de subschalen 'persoonlijke perceptie' en 'randvoorwaarden' dan hulpverleners met een doctoraat en/of masterdiploma (resp.  $p < 0.001$  en  $p < 0.001$ ) en hulpverleners met een bachelor-na-bachelor opleiding (banaba) (resp.  $p \leq 0.05$  en  $p \leq 0.05$ ). Tussen de andere groepen worden geen significante verschillen gevonden ( $p > 0.05$ ). Vervolgens blijkt dat ook op de subschaal 'beleving patiënt' hulpverleners

met een HBO5-opleiding significant lager scoren dan hulpverleners met een banaba ( $p \leq 0.05$ ). Tot slot wordt opgemerkt dat hulpverleners met een doctoraat en/of masterdiploma significant hoger scoren op de subschaal 'effecten' dan hulpverleners met een bacheloropleiding ( $p \leq 0.05$ ) (zie Tabel 3).

**Tabel 3.** Gemiddelde (standaarddeviatie) van de subschalen voor diploma, gecontroleerd voor jaren werkervaring, opleiding PaPa, team PaPaT en ervaring PaPaT.

	Groep 1 Doctoraat/ Master		Groep 2 Banaba		Groep 3 Bachelor		Groep 4 HBO5		F	Post-hoc vergelijking
	M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)		
PP	21.30	(0.21)	21.10	(0.35)	20.71	(0.17)	19.88	(0.28)	5.88**	1 > 4, 2 > 4
EFF	40.64	(0.35)	40.16	(0.60)	39.44	(0.29)	39.21	(0.48)	3.03*	1 > 3
RWV	60.90	(0.43)	60.69	(0.73)	59.56	(0.36)	57.75	(0.59)	6.79***	1 > 4, 2 > 4
BP	21.30	(0.17)	22.04	(0.28)	21.46	(0.14)	20.95	(0.23)	3.17*	2 > 4

EFF = effecten; RWV = randvoorwaarden; PP = persoonlijke perceptie; BP = beleving patiënt  
 \*  $p \leq 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$

Vervolgens werd een MANCOVA-analyse uitgevoerd, die **het aantal jaren werkervaring** van hulpverleners (onafhankelijke variabele) vergelijkt op de vier subschalen (afhankelijke variabelen), na controle voor diploma, opleiding PaPa, team PaPaT en ervaring PaPaT. Hieruit blijkt dat er een significant verschil is naargelang het aantal jaren werkervaring (Wilks  $\lambda = 0.91$ ,  $F(24,2181) = 2.43$ ,  $p < 0.001$ , partial  $\eta^2 = 0.023$ ), zowel op de subschalen 'persoonlijke perceptie', 'effecten' als 'randvoorwaarden'. Meer specifiek blijkt dat hulpverleners met  $\leq 5$  jaren ervaring significant lagere scores behalen op de subschaal 'persoonlijke perceptie' dan hulpverleners met  $>10j \leq 15$  jaren werkervaring ( $p < 0.01$ ) en de hulpverleners met  $>30$  jaren werkervaring ( $p < 0.01$ ). Op de subschaal 'effecten' scoort de groep met  $>5j \leq 10$  jaren significant lager dan hulpverleners met  $>10j \leq 15$  jaren werkervaring en hulpverleners met  $>30$  jaren ervaring (resp.  $p \leq 0.05$  en  $p \leq 0.05$ ). Vervolgens wordt vastgesteld dat hulpverleners met  $>30$  jaren ervaring significant hogere scores behalen op de subschaal 'randvoorwaarden' dan hulpverleners met  $\leq 5$  jaren ervaring ( $p \leq 0.05$ ) en hulpverleners met  $>15j \leq 20$  jaren ervaring ( $p \leq 0.05$ ). Op de subschaal 'beleving patiënt' werden geen significante verschillen gevonden tussen de groepen ( $p > 0.05$ ) (zie Tabel 4).

**Tabel 4.** Gemiddelde (standaarddeviatie) van de subschalen voor jaren werkervaring, gecontroleerd voor diploma, opleiding PaPa, team PaPaT en ervaring PaPaT.

	Jaren werkervaring								F	Post-hoc vergelijking						
	Groep 1 ≤5 j		Groep 2 >5j ≤10j		Groep 3 >10j ≤ 15j		Groep 4 >15j ≤ 20j				Groep 5 >20j ≤ 25j		Groep 6 >25j ≤ 30j		Groep 7 >30j	
	M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)			M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)
PP	20.08	(3.25)	20.41	(3.50)	21.52	(2.83)	20.81	(3.25)	21.07	(2.90)	20.84	(3.67)	21.57	(3.05)	4.01**	1 < 3, 1 < 7
EFF	39.10	(4.89)	38.81	(4.84)	41.11	(5.05)	39.98	(5.43)	39.99	(4.97)	39.67	(6.53)	41.06	(4.54)	3.29**	2 < 3, 2 < 7
RVW	58.78	(5.93)	59.87	(6.22)	61.27	(6.66)	58.74	(6.10)	60.14	(5.49)	59.07	(5.53)	61.49	(5.92)	3.43**	1 < 7, 4 < 7
BP	21.42	(2.39)	21.58	(2.42)	21.51	(2.39)	21.13	(2.23)	21.15	(2.14)	21.06	(2.21)	21.64	(2.35)	ns	

EFF = effecten; RVW = randvoorwaarden; PP = persoonlijke perceptie; BP = beleving patiënt

\*  $p \leq 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$

Met behulp van een MANCOVA werd ook nagegaan of hulpverleners met en zonder **een opleiding over patiëntenparticipatie (PaPa)** significant van elkaar verschillen op de subschalen, na controle voor diploma, jaren werkervaring, team PaPaT en ervaring PaPaT. Er bestaat een significant verschil tussen hulpverleners die een opleiding over PaPa hebben genoten en hulpverleners zonder PaPa-opleiding (Wilks  $\lambda = 0.95$ ,  $F(4,630) = 8.07$ ,  $p < 0.001$ , partial  $\eta^2 = 0.04$ ). De groep hulpverleners met een PaPa-opleiding vertoonde systematisch de hoogste scores op elk van de subschalen in vergelijking met hulpverleners zonder dergelijke opleiding (zie Tabel 5).

**Tabel 5.** Gemiddelde (standaarddeviatie) van de subschalen voor opleiding PaPa, gecontroleerd voor jaren werkervaring, diploma, team PaPaT en ervaring PaPaT.

	Opleiding PaPa				F	Post-hoc vergelijking
	Ja (J)		Nee (N)			
	M	(SD)	M	(SD)		
PP	21.54	(2.96)	20.42	(3.34)	21.81***	J > N
EFF	41.05	(4.93)	39.24	(5.14)	19.63***	J > N
RVW	61.01	(6.10)	59.18	(6.02)	13.02***	J > N
BP	21.65	(2.30)	21.26	(2.33)	4.00*	J > N

EFF = effecten; RVW = randvoorwaarden; PP = persoonlijke perceptie; BP = beleving patiënt

\*  $p \leq 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$

Verder blijkt uit een MANCOVA met de subschalen als afhankelijke variabelen, het werken in een **team** dat al dan niet **PaPaT** toepast (team PaPaT) als onafhankelijke variabele en diploma, jaren werkervaring, team PaPaT en ervaring PaPaT als covariaten, dat er significante verschillen bestaan tussen hulpverleners die tewerkgesteld zijn in een PaPaT-team en hulpverleners die dit niet zijn (Wilks  $\lambda = 0.96$ ,  $F(4,630) = 7.39$ ,  $p < 0.001$ , partial  $\eta^2 = 0.045$ ). Hulpverleners die werken in een team waar PaPaT wordt

toegepast scoren significant hoger op de subschalen 'persoonlijke perceptie' en 'effecten' in vergelijking met hulpverleners die niet tewerkgesteld zijn in een PaPaT-team (resp.  $p < 0.001$ ,  $p \leq 0.05$ ). Op de subschalen 'randvoorwaarden' en 'beleving patiënt' werden geen significante verschillen gevonden tussen de groepen ( $p > 0.05$ ) (zie Tabel 6).

**Tabel 6.** Gemiddelde (standaarddeviatie) van de subschalen voor team PaPaT, gecontroleerd voor jaren werkervaring, diploma, opleiding PaPa en ervaring PaPaT.

	Team PaPaT				F	Post-hoc vergelijking
	Ja (J)		Nee (N)			
	M	(SD)	M	(SD)		
PP	21.44	(2.65)	20.03	(3.32)	20.83***	J > N
EFF	40.33	(4.75)	39.26	(5.27)	4.15*	J > N
RVW	59.23	(6.16)	60.41	(5.98)	ns	
BP	21.49	(2.33)	21.26	(2.27)	ns	

EFF = effecten; RVW = randvoorwaarden; PP = persoonlijke perceptie; BP = beleving patiënt  
 \*  $p \leq 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$

Tot slot werd aan de hand van een MANCOVA nagegaan of hulpverleners met en zonder **PaPaT-ervaring** significant van elkaar verschillen op de subschalen, wanneer gecontroleerd wordt voor diploma, jaren werkervaring, opleiding PaPa en team PaPaT. Er bestaat een significant verschil tussen hulpverleners die ervaring hebben met PaPaT en hulpverleners zonder PaPaT-ervaring (Wilks  $\lambda = 0.95$ ,  $F(4,630) = 8.91$ ,  $p < 0.001$ , partial  $\eta^2 = 0.054$ ). Meer specifiek scoren respondenten die ervaring hebben met PaPaT significant hoger op de subschalen 'persoonlijke perceptie', 'effecten' en 'beleving patiënt' in vergelijking met hulpverleners zonder PaPaT-ervaring (resp.  $p < 0.001$ ,  $p < 0.001$ ,  $p \leq 0.05$ ). Er werden geen significante verschillen gevonden tussen de groepen op de subschaal 'randvoorwaarden' ( $p > 0.05$ ) (zie Tabel 7).

**Tabel 7.** Gemiddelde (standaarddeviatie) van de subschalen voor ervaring PaPaT, gecontroleerd voor jaren werkervaring, diploma, opleiding PaPa en team PaPaT.

	Ervaring PaPaT				F	Post-hoc vergelijking
	Ja (J)		Nee (N)			
	M	(SD)	M	(SD)		
PP	21.46	(2.73)	19.67	(3.31)	31.45***	J > N
EFF	40.57	(4.94)	38.61	(5.01)	12.90***	J > N
RVW	59.74	(6.11)	59.85	(6.06)	ns	
BP	21.62	(2.32)	20.99	(2.26)	5.97*	J > N

EFF = effecten; RVW = randvoorwaarden; PP = persoonlijke perceptie; BP = beleving patiënt  
 \*  $p \leq 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$

## 4. Discussie

Patiëntenparticipatie blijkt een belangrijk thema in de hedendaagse (geestelijke) gezondheidszorg (Lindberg et al., 2013a; Malfait et al., 2016) en kan op verscheidene niveaus worden uitgeoefend (Castro et al., 2016; Tambuyzer et al., 2010, 2011). In de praktijk worden patiënten steeds vaker uitgenodigd om deel te nemen aan MTB's (Carey et al., 2015). Ondanks de steeds grotere belangstelling voor dit thema is wetenschappelijk en kwantitatief onderzoek over de persoonlijke mening van hulpverleners en patiënten zeer schaars (Carey et al., 2015; Fiddler et al., 2009; Hitchen et al., 2011; Hodgson et al., 2005; Tambuyzer et al., 2012; Vuokila-Oikkonen et al., 2002).

Het hoofddoel van huidig cross-sectioneel onderzoek was het exploratief nagaan van de persoonlijke mening van hulpverleners over patiëntenparticipatie tijdens MTB's in residentiële settings van de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen. Met behulp van de PaPaT-vragenlijst werden in totaal 701 hulpverleners, behorende tot het departement zorg uit 17 psychiatrische ziekenhuizen in Vlaanderen, bevraagd. In eerste instantie werd een beschrijvend beeld gegeven van de respondentkarakteristieken, waarna we de persoonlijke mening van hulpverleners over PaPaT onderzochten. Bijkomend werd in kaart gebracht in welke mate er hierin incongruenties bestaan al naargelang (1) diploma, (2) aantal jaren werkervaring, (3) al dan niet een opleiding gevolgd hebben over patiëntenparticipatie, (4) het al dan niet werkzaam zijn in een team waar PaPaT wordt toegepast en (5) al dan niet zelf ervaring hebben met PaPaT.

### 4.1 Beschrijvende statistieken persoonlijke mening van hulpverleners over PaPaT

Allereerst onderzochten we de persoonlijke mening van de gehele steekproef over PaPaT. Uit de resultaten bleek dat de meeste hulpverleners bereid zijn om patiënten te laten participeren en het belangrijk vinden dat patiënten deelnemen aan een MTB. Hierbij verkiest de overgrote meerderheid van de respondenten een actieve rol voor patiënten. Bovendien vindt het merendeel van de hulpverleners dat patiënten een collaboratieve rol moeten innemen tijdens het beslissingsproces over hun zorg, behandeldoelen en ontslag bij deelname aan een MTB. Daarnaast vermoedt het grootste deel van de respondenten dat patiënten het noodzakelijk vinden dat iedereen goed zichtbaar is en (non)-verbaal betrokken kan worden in de bespreking. Vervolgens bleek dat het merendeel van de hulpverleners verwacht dat PaPaT de communicatie tussen patiënt en het team verbetert, alsook het geloof van de patiënt in eigen mogelijkheden verhoogt om iets te kunnen veranderen aan zijn/haar situatie. Een groot deel van de hulpverleners gaat er eveneens vanuit dat PaPaT een positief effect heeft op het herstelproces en op de therapietrouw van de patiënt tijdens zijn behandeling. Tot slot bleek dat, hoewel een groot deel van de

respondenten zich bekwaam voelt om patiënten te laten participeren, meer dan de helft van de hulpverleners vindt dat PaPaT extra vorming en opleiding vereist.

## 4.2 Verschillen in persoonlijke mening van hulpverleners over PaPaT al naargelang respondentkarakteristieken

De onderzoeksbevindingen bieden eveneens inzicht in de respondentkarakteristieken die de persoonlijke mening van hulpverleners over PaPaT, m.b.t. 'rol tijdens MTB', 'rol tijdens beslissingsproces MTB (rol BMTB)', persoonlijke perceptie', 'effecten', 'randvoorwaarden' en 'beleving patiënt', beïnvloeden. Hieronder worden de resultaten van het cross-sectioneel onderzoek samengevat aan de hand van de vijf onderzoeksvragen met betrekking tot patiëntenparticipatie tijdens MTB's.

### 4.2.1 Verschillen in persoonlijke mening al naargelang diploma

In huidig onderzoek was een eerste onderzoeksvraag of er een betekenisvol verschil is in persoonlijke mening over PaPaT al naargelang het **diploma** van de hulpverlener. Uit de MANCOVA's blijkt wel degelijk dat diploma een invloed heeft op de persoonlijke mening van hulpverleners, met name 'persoonlijke perceptie', 'randvoorwaarden', 'effecten' en 'beleving patiënt'. Deze bevindingen suggereren dat hoogopgeleide hulpverleners (doctoraat/master en banaba) meer open staan voor patiëntenparticipatie tijdens MTB's, maar ook meer belang hechten aan organisatorische voorwaarden van PaPaT dan laagopgeleide hulpverleners (HBO5). Zo vinden zij het bijvoorbeeld belangrijk dat de structuur en opbouw van een MTB verandert, dat de patiënt als gelijkwaardige partner wordt beschouwd en geïnformeerd wordt over welke hulpverleners er aanwezig zijn en wat hun functie is. Zij hechten eveneens belang aan openheid van het team en de patiënt om elkaar tijdens de bespreking aan te vullen, te corrigeren en feedback te geven. Verder blijkt dat hulpverleners met een doctoraat en/of masterdiploma mogelijks positievere effecten verwachten van PaPaT op verschillende domeinen, zoals bijvoorbeeld opnameduur, geloof in eigen mogelijkheden en het herstelproces van de patiënt, dan hulpverleners met een bachelordiploma. Tot slot suggereren de resultaten dat hoogopgeleide hulpverleners (banaba) de noden van patiënten, wanneer zij zich in het perspectief van de patiënt plaatsen, hoger inschatten dan hulpverleners met een lager opleidingsniveau (HBO5). Ondanks dat er enkel sprake was van een bescheiden effectgrootte, bevestigen deze resultaten onze hypothese dat er een beduidend verschil is in persoonlijke mening van hulpverleners over PaPaT al naargelang diploma. Tot slot werden er geen significante verschillen gevonden in 'rol tijdens MTB' en 'rol tijdens beslissingsproces MTB' al naargelang het diploma van hulpverleners.

Onze bevindingen zijn consistent met eerder onderzoek, waarbij de invloed van demografische karakteristieken op de bereidheid van hulpverleners om patiënten te betrekken werd nagegaan. Zo bleek dat hoogopgeleide hulpverleners, meer specifiek masters en bachelors, zich competentier voelen om patiënten te laten participeren en dit meer vanzelfsprekend vinden, alsook meer dan laagopgeleide hulpverleners bereid zijn om hun macht en verantwoordelijkheid te delen met patiënten (Malfait et al., 2017; Van Hecke et al., 2014). Een mogelijke verklaring hiervoor is dat hoger opgeleide hulpverleners tijdens hun opleiding meer kennis hebben vergaard over en meer in contact zijn gekomen met thema's als SDM en patiëntenparticipatie. Uit de literatuur bleek eveneens dat hulpverleners die zich competent voelen om patiëntenparticipatie te verwezenlijken ook meer bereid zijn om zich te engageren voor patiëntenparticipatie (Malfait et al., 2017; Van Hecke et al., 2014). In tegenstelling tot onze bevindingen vonden Vandewalle en collega's (2017b) geen significante invloed van opleidingsniveau op de bereidwilligheid van verpleegkundigen om verantwoordelijkheid en macht te delen met patiënten.

#### 4.2.2 Verschillen in persoonlijke mening al naargelang jaren werkervaring

In tweede instantie wilden we nagaan of er verschillen gevonden konden worden in de persoonlijke mening over PaPaT al naargelang het aantal **jaren werkervaring**. De resultaten suggereren dat het aantal jaren werkervaring een invloed heeft op 'persoonlijke perceptie', 'effecten' en 'randvoorwaarden'. Hulpverleners met >30 jaren werkervaring scoren significant hoger op alle subschalen, met uitzondering van 'beleving patiënt'. Meer specifiek tonen de bevindingen dat hulpverleners met ≤5 jaren ervaring minder open staan voor PaPaT dan hulpverleners met >10j ≤15 jaren en >30 jaren werkervaring. Verder blijkt dat hulpverleners met >5j ≤10 jaren minder positieve effecten verwachten van PaPaT dan hulpverleners met >10j ≤ 15 jaren en >30 jaren ervaring. Zo hebben zij minder het idee dat PaPaT het geloof van de patiënt in eigen mogelijkheden verhoogt, een groter controlegevoel bij de patiënt oplevert en zorgt voor meer vertrouwen in hulpverleners. Verder impliceren de resultaten dat hulpverleners met >30 jaren ervaring meer belang hechten aan organisatorische voorwaarden van PaPaT dan hulpverleners met ≤5 jaren en >15j ≤ 20 jaren ervaring. Tenslotte blijkt dat, net zoals het opleidingsniveau, het aantal jaren werkervaring geen invloed heeft op de 'rol tijdens MTB' en de 'rol tijdens beslissingsproces MTB'. Ondanks een bescheiden effectgrootte, bevestigen deze resultaten onze hypothese.

In eerder onderzoek werd leeftijd geïdentificeerd als één van de factoren die de visie van hulpverleners op patiëntenparticipatie beïnvloedt (Malfait et al., 2017; Vandewalle et al., 2017b; Van Hecke et al., 2014). Jongere hulpverleners zijn minder bereid om patiënten te betrekken, vinden patiëntenparticipatie moeilijker, voelen zich minder competent, ervaren meer tijdsgebrek en zijn dan ook



minder bereid om patiëntenparticipatie te stimuleren dan oudere collega's (Malfait et al., 2017; Vandewalle et al., 2017b; Van Hecke et al., 2014). Ervanuitgaand dat jonge hulpverleners ook minder jaren werkervaring hebben, blijken onze bevindingen consistent met de bevindingen uit eerdere onderzoeken.

Bijkomend bleek uit voorgaande onderzoeken ook dat jongere verpleegkundigen minder geneigd zijn om een nieuwe collaboratieve of meer actieve patiëntenrol te accepteren dan oudere collega's (Malfait et al., 2017; Vandewalle et al., 2017b). In tegenstelling tot de bevindingen uit eerder onderzoek werden in ons onderzoek geen significante verschillen vastgesteld tussen hulpverleners met meer of minder jaren werkervaring op vlak van de rol die de patiënt mag innemen (tijdens het beslissingsproces over zijn zorg, behandeldoelen en ontslag) bij deelname aan een MTB.

#### 4.2.3 Verschillen in persoonlijke mening al naargelang opleiding over patiëntenparticipatie

Vervolgens werd onderzocht of het al dan niet volgen van een **opleiding over PaPa** een invloed heeft op de persoonlijke mening van hulpverleners over PaPaT. Een opleiding over PaPa blijkt geen invloed te hebben op de 'rol tijdens MTB' en 'rol tijdens beslissingsproces MTB'. Beide groepen scoren echter wel significant verschillend op de subschalen 'persoonlijke perceptie', 'effecten', 'randvoorwaarden' en 'beleving patiënt'. Ondanks een bescheiden effectgrootte, bevestigen deze resultaten onze hypothese dat er significante verschillen zijn tussen hulpverleners met en zonder een opleiding over PaPa. Meer specifiek bleek dat de groep hulpverleners met een PaPa-opleiding systematisch de hoogste scores vertoonde in vergelijking met hulpverleners zonder dergelijke opleiding. Dit impliceert dat hulpverleners die een PaPa-opleiding genoten hebben meer open staan voor patiëntenparticipatie tijdens een MTB, meer positieve effecten verwachten, meer belang hechten aan organisatorische voorwaarden en zich beter kunnen inleven in de noden van de patiënt dan hulpverleners zonder PaPa-opleiding.

Deze bevindingen liggen in lijn met onderzoek van Van Hecke et al. (2014), waaruit bleek dat hulpverleners die een opleiding over patiëntenparticipatie gevolgd hebben zich competentier voelen om patiëntenparticipatie te verwezenlijken. Bijkomend bleek uit ander onderzoek dat bijna de helft van de respondenten nood heeft aan een opleiding over patiëntenparticipatie (Vandewalle et al., 2017b) en dat hulpverleners van mening zijn dat de theorie en praktijk van patiëntenparticipatie onvoldoende aan bod komen in hun basis- en vervolgopleiding. Hierdoor zijn ze weinig vertrouwd met het concept patiëntenparticipatie en kunnen ze dit ook moeilijk toepassen in de praktijk (Tambuyzer et al., 2012).

#### 4.2.4 Verschillen in persoonlijke mening al naargelang team PaPaT

Ten vierde ging dit onderzoek na of hulpverleners die al dan niet tewerkgesteld zijn in een **team** waar **PaPaT** wordt toegepast van elkaar verschillen op vlak van persoonlijke mening over PaPaT. Hieruit blijkt dat hulpverleners die in een PaPaT-team werken meer kiezen voor een 'actieve rol' en minder voor 'geen rol' in vergelijking met hulpverleners die niet in een PaPaT-team tewerkgesteld zijn. Daarnaast blijkt uit de resultaten dat hulpverleners die werken in een PaPaT-team significant hoger scoren op de subschalen 'persoonlijke perceptie' en 'effecten' dan hulpverleners die niet werken in een PaPaT-team. Dit suggereert dat hulpverleners uit een PaPaT-team meer open staan voor PaPaT en er ook meer positieve effecten van verwachten. Zo verwachten zij bijvoorbeeld dat PaPaT de communicatie tussen patiënt en het team verbetert en het geloof van de patiënt in eigen mogelijkheden om iets te kunnen veranderen aan zijn/haar situatie verhoogt. Verder hebben ze het idee dat PaPaT een positief effect op het herstelproces heeft en de therapietrouw van de patiënt tijdens zijn behandeling verbetert.

Deze resultaten bevestigen onze vooropgestelde hypothese dat er betekenisvolle verschillen zijn tussen hulpverleners die al dan niet werken in een team waar PaPaT wordt toegepast, waarbij hulpverleners die tewerkgesteld zijn in een PaPaT-team positiever staan tegenover PaPaT dan hulpverleners die niet werkzaam zijn in dergelijk team.

#### 4.2.5 Verschillen in persoonlijke mening al naargelang ervaring PaPaT

Tot slot bleek uit de resultaten dat hulpverleners die al dan niet **ervaring** hebben met **PaPaT** significant van elkaar verschillen op alle subschalen, met uitzondering van 'randvoorwaarden'. Deze resultaten tonen dat deelnemers die ervaring hebben met PaPaT minder frequent "geen rol" en "passieve rol" aanduiden en meer kiezen voor een gedeeltelijk autonome rol dan hulpverleners zonder ervaring. Verder impliceren deze bevindingen dat respondenten met PaPaT-ervaring meer open staan voor PaPaT, meer positieve effecten verwachten en zich beter kunnen inleven in de noden van de patiënt dan hulpverleners zonder ervaring. Ondanks een bescheiden effectgrootte bevestigen deze resultaten onze vooropgestelde hypothese.

Samengevat suggereren onze onderzoeksbevindingen dat hoogopgeleide hulpverleners, hulpverleners met meer jaren werkervaring of met een opleiding over patiëntenparticipatie, hulpverleners die tewerkgesteld zijn in een PaPaT-team en hulpverleners met PaPaT-ervaring in het algemeen een positievere persoonlijke mening hebben over PaPaT. De invloed van deze respondentkarakteristieken kan mogelijks verklaard worden door de "van beginner tot expert-theorie" van Benner (1982, 2005). Dit model bespreekt hoe een zorgverlener start in de fase van de 'beginner' en, naarmate steeds meer vaardigheden,

ervaring en kennis worden opgedaan, via een aantal fasen doorstroomt tot het expertniveau (Benner, 1982). Deze theorie doet vermoeden dat meer geavanceerde vaardigheden nodig zijn om patiënten te laten participeren (Vandewalle et al., 2017b). In het kader van deze theorie kan gesuggereerd worden dat bepaalde groepen hulpverleners minder open staan voor patiëntenparticipatie, omdat ze nog onvoldoende vaardigheden hebben kunnen ontwikkelen. We denken op basis van onze onderzoeksbevindingen aan laagopgeleide hulpverleners, hulpverleners met minder jaren werkervaring of zonder opleiding over PaPa, hulpverleners die niet tewerkgesteld zijn in een PaPaT-team en hulpverleners zonder PaPaT-ervaring. Bovendien bleek uit de literatuur dat geavanceerde vaardigheden gelinkt zijn aan zorgverleners met meer ervaring en opleiding (Cotter-ill-Walker, in Malfait et al., 2012). Daarnaast bleek ook al dat hulpverleners die zich bekwaam voelen om patiëntenparticipatie te verwezenlijken en zich gesteund voelen door collega's, supervisors en het ziekenhuismanagement, ook meer bereid zijn om zich te engageren voor patiëntenparticipatie (Malfait et al., 2017; Vandewalle et al., 2017b; Van Hecke et al., 2014).

### **4.3 Sterktes en limitaties van het onderzoek**

Voor zover wij weten, is dit één van de eerste exploratieve onderzoeken die nieuwe inzichten biedt in de persoonlijke mening van hulpverleners over patiëntenparticipatie tijdens MTB's in residentiële settings van de GGZ in Vlaanderen (België). In de literatuur werd reeds het belang benadrukt van onderzoek naar de perceptie van hulpverleners over patiëntenparticipatie tijdens een MTB (Carey et al., 2015; Hodgson et al., 2005). Een eerste sterkte van dit onderzoek is het hoge responspercentage van de steekproef, met name 701 hulpverleners uit 17 psychiatrische ziekenhuizen in Vlaanderen. Een andere kracht is dat er gebruik gemaakt werd van een gevalideerde vragenlijst, wat de validiteit en betrouwbaarheid van onze onderzoeksbevindingen versterkt en de kans op meetfouten reduceert. Ondanks de genoemde sterktes is het belangrijk om ook enkele beperkingen van dit onderzoek te bespreken.

Een eerste beperking is het cross-sectionele design van deze studie, wat ons niet toelaat om causale conclusies te trekken. Bovendien doet dit soort onderzoeksdesign een meting op één moment, waardoor resultaten mogelijk afhankelijk zijn van het moment waarop ze gemeten worden. Daarnaast werd gebruik gemaakt van een zelfbeoordelvragenlijst, waarbij sociale wenselijkheid mogelijk een rol kan spelen (Krumpal, 2013; Van de Mortel, 2008). Het is onduidelijk of de persoonlijke mening van hulpverleners op de verschillende subschalen een correcte weergave is van hun gedrag in de praktijk. De positieve respons kan een weerspiegeling zijn van de neiging van hulpverleners om een gunstig beeld over zichzelf te poneren (Van de Mortel, 2008) of de neiging om op een dusdanige manier te antwoorden dat het conform is met de heersende normen of organisatiecultuur (Krumpal, 2013).

Een tweede beperking heeft te maken de statistische analyses. Zo werd bij het uitvoeren van de Fisher-Freeman-Halton test niet gecontroleerd voor mogelijke covariaten, waardoor het effect van deze variabelen op de onderzoeksbevindingen niet kon worden nagegaan. Belangrijk om ook te vermelden is dat bij enkele MANCOVA's aan drie van de dertien nagegane assumpties niet voldaan werd. Omwille van de genoemde redenen dienen de resultaten met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden.

Een laatste beperking van dit onderzoek is dat we de resultaten niet kunnen generaliseren naar de gehele populatie hulpverleners van alle psychiatrische ziekenhuizen in Vlaanderen. Vervolgens kan het gebrek aan onder- en oververtegenwoordiging van sommige beroepsgroepen de generaliseerbaarheid van deze studie eveneens nadelig beïnvloeden. Een groot deel van de respondenten waren verpleegkundigen (39.7%), tegenover slechts 2.1% psychiaters en 1.1% ervaringsdeskundigen. Hoewel de input van artsen en ervaringsdeskundigen een meerwaarde kan betekenen voor zowel het onderzoek als de klinische praktijk, konden beide groepen niet betrokken worden bij de inductieve analyses. Het gebrek aan multidisciplinaire input is echter wel in overeenstemming met eerder onderzoek, waarbij verpleegkundigen de kern vormden van de testpopulatie, terwijl artsen (zowel psychiaters als huisartsen) slechts een klein percentage vertegenwoordigden (Rix & Sheppard, 2003; Tambuyzer et al., 2012). Tenslotte kan de bedenking gemaakt worden dat hulpverleners die niet geloven in patiëntenparticipatie tijdens een MTB vermoedelijk niet hebben deelgenomen aan het onderzoek. Dit heeft mogelijks als gevolg dat hulpverleners die deelnamen een positiever beeld hebben over PaPaT en/of over andere respondentkarakteristieken beschikken dan hulpverleners die ervoor kozen om niet deel te nemen (Vandewalle et al., 2017b). Zo werd bijvoorbeeld niet bevraagd of de eerdere ervaring met PaPaT positief of negatief was. Het antwoord van hulpverleners kan beïnvloed zijn door de inhoud van eerdere ervaringen. Daarnaast werden de etnische en culturele achtergrond van hulpverleners niet bevraagd, hoewel deze gegevens hun deelname en visie op patiëntenparticipatie kunnen beïnvloeden (Longtin et al. 2010).

De resultaten uit dit onderzoek kunnen dus niet veralgemeend worden. Belangrijk om hierbij op te merken is dat de vraag naar representativiteit echter minder van belang is. Dit onderzoek tracht op een verkennende manier basisdata te verzamelen over een thema waar, zoals eerder vermeld, in België nagenoeg geen onderzoek naar verricht is. Om generalisatie mogelijk te maken zouden onze resultaten in vervolgonderzoek gerepliceerd kunnen worden in een representatieve steekproef.

Ondanks de beperkingen van dit onderzoek zijn we van mening dat deze studie bijdraagt aan het begrijpen van de persoonlijke mening van hulpverleners over PaPaT in de GGZ. Bovendien zijn de bevindingen die voortvloeien uit dit onderzoek eveneens interessant voor toekomstig onderzoek.

#### 4.4 Implicaties onderzoek

Zoals eerder vermeld biedt dit onderzoek nieuwe inzichten over de persoonlijke mening van hulpverleners over patiëntenparticipatie tijdens MTB's, wat de mogelijkheid biedt aan hulpverleners en organisaties om de huidige praktijk met betrekking tot dit thema te evalueren en te verbeteren. Hoewel een groot deel van de hulpverleners al open staat voor PaPaT, zijn sommige groepen hulpverleners eerder terughoudend tegenover dit concept. Hieronder worden enkele implicaties van het onderzoek aangereikt.

Tot op heden lijken de thema's patiëntenparticipatie, patiëntgerichtheid, empowerment, ervaringsdeskundigheid onvoldoende aan bod te komen in basis- en vervolgopleidingen van hulpverleners. Hierdoor zijn hulpverleners weinig vertrouwd met deze concepten, wat het ook moeilijk toepasbaar maakt in de praktijk (Tambuyzer et al., 2012). Bovendien bleek uit huidig onderzoek dat meer dan de helft van de hulpverleners nood heeft aan extra opleiding en vorming. Bijgevolg zou de groeiende belangstelling voor dit thema onder de aandacht gebracht kunnen worden in de **opleidingscurricula** van de verschillende hulpverlenersgroepen in de GGZ. Daarnaast moeten patiëntenparticipatie-specifieke trainingen, cursussen en/of **vormingen** voorzien worden in de praktijk om hulpverleners te ondersteunen bij patiëntenparticipatie tijdens teambesprekingen. Wanneer het model van Benner (1982) in acht genomen wordt, zijn dit efficiënte manieren om vaardigheden van hulpverleners met betrekking tot dit thema te vergroten. Mogelijks is patiëntenparticipatie een vaardigheid die meer bekwaamheid vereist en die met behulp van opleidingen en cursussen verworven kan worden (Vandewalle et al., 2017b).

Bijkomend bleek uit huidig onderzoek dat sommige hulpverlenersgroepen (bijv. hulpverleners met meer jaren werkervaring of een hoger opleidingsniveau) meer openstaan voor PaPaT. Deze hulpverleners kunnen een **participatiecultuur** op de afdeling stimuleren, ondersteuning bieden aan teamleden en fungeren als rolmodel. In het bijzonder voor bijvoorbeeld jonge hulpverleners met minder jaren werkervaring en hulpverleners met een lager opleidingsniveau, omdat deze groepen minder open lijken te staan voor patiëntenparticipatie tijdens MTB's. Specifiek voor deze groepen zouden aangepaste interventies of sensibiliseringscampagnes ontwikkeld kunnen worden.

Vervolgens biedt dit onderzoek de mogelijkheid om tijdens **intervisiemomenten** over dit thema te discussiëren en **seminaries** uit te werken, waar de resultaten voor een groter publiek gepresenteerd kunnen worden. Op die manier worden hulpverleners en medewerkers gesensibiliseerd om over dit thema te spreken en mee aan de slag te gaan. Door hulpverleners actief te laten deelnemen aan patiëntenparticipatie, wordt binnen een organisatie een patiëntgerichte cultuur mogelijk gemaakt, waarbij de focus ligt op respectvolle, individuele en bekrachtigende zorg voor elke patiënt (Castro et al., 2016).

Daarnaast zouden de resultaten van dit onderzoek een indicatie kunnen geven aan beleidsmakers voor **(beleids)veranderingen**, waarbij de focus ligt op een meer participatieve en patiëntgerichte geestelijke gezondheidszorg. In de Belgische GGZ zijn richtlijnen over hoe patiëntenparticipatie te structureren en te organiseren nagenoeg onbestaande (Tambuyzer et al., 2012). Het beleid kan een belangrijke rol spelen in de implementatie van patiëntenparticipatie (tijdens MTB's) door een duidelijke, krachtgerichte visie op participatie uit te dragen, te verduidelijken en met behulp van een participatiebeleidsplan vorm te geven. Dit gaat niet over het implementeren van rigide protocollen, maar over het bieden van een houvast aan organisaties en hulpverleners die met patiëntenparticipatie (tijdens MTB's) willen starten, maar niet weten hoe ze dit moeten aanpakken (Tambuyzer et al., 2012; Vandewalle et al., 2017b). Tot slot is het ook binnen de organisaties zelf belangrijk om een (gedeelde) visie over patiëntenparticipatie tijdens MTB's te promoten, randvoorwaarden te faciliteren en responsief te zijn voor mogelijke barrières die het verwezenlijken van patiëntenparticipatie bemoeilijken, zoals bijvoorbeeld het gebrek aan tijd en middelen. Dit onderzoek biedt met andere woorden aangrijpingspunten voor patiëntenparticipatie-bevorderende interventies.

#### 4.5 Aanbevelingen vervolgonderzoek

In eerste instantie zou het management van de psychiatrische ziekenhuizen kunnen overwegen om de onderzoeksbevindingen met behulp van **focusgroepen of interviews** kwalitatief verder uit te diepen. Dit kan helpen om de resultaten te kaderen en te achterhalen wat er bij zorgverleners leeft, om daar vervolgens rekening mee te houden in de optimalisatie van de zorg. Daarnaast biedt dit ook de mogelijkheid om respondenten, die in ons onderzoek minder werden bereikt (bijv. artsen), eveneens te bevragen over dit onderzoeksthema.

Om een volledig beeld te krijgen van de persoonlijke mening over PaPaT, moet zeker ook de **mening van patiënten** met betrekking tot dit thema onderzocht worden. De mening van hulpverleners is niet noodzakelijkerwijs dezelfde als die van patiënten (Tambuyzer et al., 2012) en het begrijpen van beide visies is essentieel voor een goede patiëntenzorg en een efficiënte werking van psychiatrische diensten (Carey et al., 2015). Om die reden zal in 2020, als vervolg op deze studie, een patiëntenversie van de PaPaT-vragenlijst worden afgenomen. Dit biedt de mogelijkheid om de onderzoeksbevindingen van beide testpopulaties met elkaar te vergelijken en mogelijkheden voor verandering in kaart te brengen.

Patiëntenparticipatie is een proces bestaande uit verschillende vormen, op verschillende niveaus en is toepasbaar in verschillende settings van de (geestelijke) gezondheidszorg (Castro et al., 2016). Malfait en collega's (2017) gaven reeds aan dat er een maatschappelijke vraag is naar meer participatie op alle

niveaus binnen de gezondheidszorg. In de huidige studie onderzochten we patiëntenparticipatie tijdens teambesprekingen op microniveau. In vervolgonderzoek kan het interessant zijn om ook andere niveaus en vormen van patiëntenparticipatie te exploreren. Naast de residentiële psychiatrische ziekenhuizen zou deze studie ook uitgebreid kunnen worden naar de gehele GGZ, zoals bijvoorbeeld de ambulante zorg. De laatste jaren is de psychiatrische zorg immers steeds meer aan het veranderen van intramurale zorg naar meer poliklinische vormen en extramurale netwerken van zorgverlening (Nicaise, Dubois, & Lorant, 2014). Dit heeft als gevolg dat de ambulante zorg steeds meer een fundamenteel onderdeel wordt van de GGZ (Eldh et al., 2006).

In dit onderzoek werd weinig aandacht besteed aan de **invloed** van **patiëntkarakteristieken** op de persoonlijke mening van hulpverleners. In de inleiding werd reeds besproken dat psychiatrische problematieken en de hiermee gepaarde mentale en fysieke conditie een invloed kunnen hebben op het proces van patiëntenparticipatie, de mate van realisatie, alsook op de gepercipieerde competentie, het vermogen en de bereidwilligheid van de patiënt zelf om deel te nemen (Broer et al., 2014; Laitila, Nikkonen, & Pietilä, 2011; Tambuyzer et al., 2011). De problematiek van de patiënt kan dus een invloed hebben op de persoonlijke mening van de patiënt zelf, maar vermoedelijk heeft dit ook een invloed op de bereidheid van hulpverleners om patiënten te laten participeren tijdens een MTB (Manuel & Crowe, 2014; Longtin et al., 2010). Toekomstige studies zouden rekening moeten houden met patiëntspecifieke omstandigheden (bijv. medicatiegebruik, suïcidaliteit, psychose) bij de bevraging van hulpverleners over patiëntenparticipatie.

Tot slot kunnen de inzichten uit dit onderzoek organisaties motiveren om de PaPaT-vragenlijst te vertalen en dit cross-sectioneel **onderzoek te herhalen** in eigen land of GGZ. Bovendien zouden cross-sectionele en longitudinale studies op nationaal en internationaal niveau moeten worden uitgevoerd om te bepalen of de onderzoeksbevindingen representatief zijn voor de hele GGZ in België en wereldwijd.

#### **4.6 Algemene conclusie**

Tot op heden werd de persoonlijke mening van hulpverleners over patiëntenparticipatie tijdens teambesprekingen onvoldoende bestudeerd. De resultaten uit dit onderzoek hebben inzichten geboden, die aansluiten bij, maar ook vernieuwend zijn ten opzichte van eerder onderzoek. Verschillende respondentkarakteristieken, zoals diploma, jaren werkervaring, opleiding over patiëntenparticipatie, werkzaam zijn in een PaPaT-team en ervaring hebben met PaPaT blijken een invloed te hebben op de persoonlijke mening van hulpverleners over PaPaT, waarbij vooral gevonden wordt dat ervaring hebben met PaPaT en zich competent voelen, zorgen voor een positievere attitude.

De resultaten suggereren dat patiëntenparticipatie tijdens teambesprekingen geavanceerde vaardigheden vereist, die bepaalde groepen hulpverleners nog onvoldoende hebben kunnen ontwikkelen en hierdoor meer afwijzend zijn ten opzichte van PaPaT. Om die reden moet er bij uitstek aandacht zijn voor laagopgeleide hulpverleners, hulpverleners met minder jaren werkervaring of zonder opleiding over PaPa, hulpverleners die niet tewerkgesteld in een PaPaT-team en hulpverleners zonder PaPaT-ervaring. Om alle (toekomstige) hulpverleners te ondersteunen bij PaPaT is het van substantieel belang dat dit thema onder de aandacht gebracht wordt in de curricula van de (geestelijke) gezondheidsopleidingen en dat patiëntenparticipatie-specifieke trainingen, cursussen en/of vormingen voorzien worden. Daarnaast is het belangrijk voor alle organisaties om een (gedeelde) visie over PaPaT te promoten, randvoorwaarden te faciliteren en responsief te zijn voor mogelijke barrières die het verwezenlijken van patiëntenparticipatie bemoeilijken. Vervolgonderzoek is noodzakelijk om de mening van patiënten te bevragen, alsook om onze studie te repliceren, zowel in eigen land als wereldwijd.



## 5. Referentielijst

- Anthony, P., & Crawford, P. (2000). Service user involvement in care planning: the mental health nurse's perspective. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7(5), 425– 434.
- Arnstein, S. R. (1969). A ladder of citizen participation. *Journal of the American Institute of planners*, 35(4), 216-224.
- Bångsbo, A., Dunér, A., & Lidén, E. (2014). Patient participation in discharge planning conference. *International journal of integrated Care*, 14(4).
- Barnhoorn, J., Broeren, S., Distelbrink, M., de Greef, M., van Grieken, A., Jansen, W., ... & Raat, H. (2013). Cliënt-, professional- en alliantiefactoren: hun relatie met het effect van zorg voor jeugd. Utrecht: VerweyJonker Instituut.
- Benner, P. (2005). Using the Dreyfus model of skill acquisition to describe and interpret skill acquisition and clinical judgment in nursing practice and education. *The Bulletin of Science, technology and society*, 24(3), 188-199.
- Berben, K., Verhaeghe, S., Dierckx, E., Van Hecke, A., Beeckman, D., & Crabeel, N. (2019). The Patient Participation during Multidisciplinary Team Meetings Questionnaire (PaPaT-Q) for health workers in mental healthcare: A development and psychometric validation study. *Artikel in voorbereiding*.
- Broer, T., Nieboer, A. P., & Bal, R. (2014). Mutual powerlessness in client participation practices in mental health care. *Health Expectations*, 17(2), 208-219. doi: 10.1111/j.1369-7625.2011.00748
- Butow, P., Harrison, J. D., Choy, E. T., Young, J. M., Spillane, A., & Evans, A. (2007). Health professional and consumer views on involving breast cancer patients in the multidisciplinary discussion of their disease and treatment plan. *Cancer*, 110(9), 1937-1944.
- Cappleman, R., Bamford, Z., Dixon, C., & Thomas, H. (2015). Experiences of ward rounds among in-patients on an acute mental health ward: a qualitative exploration. *The Psychiatrist*, 39(5), 233-236. doi: 10.1192/pb.bp.113.046409
- Carey, C., Lally, J., & Abba-Aji, A. (2015). Are psychiatric team meetings patient centered? A cross-sectional survey on patient views regarding multi-disciplinary team meetings. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 32(2), 177-185. doi: 10.1017/ipm.2014.48.

- Castro, E. M., Van Regenmortel, T., Vanhaecht, K., Sermeus, W., & Van Hecke, A. (2016). Patient empowerment, patient participation and patient-centeredness in hospital care: a concept analysis based on a literature review. *Patient education and counseling*, 99(12), 1923-1939.
- Choy, E. T., Chiu, A., Butow, P., Young, J., & Spillane, A. (2007). A pilot study to evaluate the impact of involving breast cancer patients in the multidisciplinary discussion of their disease and treatment plan. *The Breast*, 16(2), 178-189. doi:10.1016/j.breast.2006.10.002
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2e ed.). Geraadpleegd op 5 mei 2020, van <http://www.utstat.toronto.edu/~brunner/oldclass/378f16/readings/CohenPower.pdf>
- Crabeel, N. (2019). The patient participation during multidisciplinary team meetings questionnaire (PaPaT-Q) in mental healthcare: a validation study (niet-gepubliceerde masterthese). Universiteit Gent, Faculteit geneeskunde en gezondheidswetenschappen. Gent, België.
- Demotte, R. (2005). Beleidsnota inzake geestelijke gezondheidszorg. Geraadpleegd op 10 april 2019, van [http://www.rudydemotte.be/communiques\\_asp/samnl.doc](http://www.rudydemotte.be/communiques_asp/samnl.doc)
- Drake, R. E., Deegan, P. E., & Rapp, C. (2010). The promise of shared decision making in mental health. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 34(1), 7-13. doi: 10.2975/34.1.2010.7.13
- Duncan, E., Best, C., & Hagen, S. (2010). Shared decision-making interventions for people with mental health conditions (review). *The Cochrane Library*, 20(1). doi: 10.1002/14651858.CD007297.pub2
- Efrainsson, E., Sandman, P. O., & Rasmussen, B. H. (2006). 'They were talking about me' - elderly women's experiences of taking part in a discharge planning conference. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20(1), 68- 78. doi:10.1111/j.1471-6712.2006.00382.x
- Eldh, C., Ekman, I., & Ehnfors, M. (2006). Conditions for patient participation and non-participation in health care. *Nursing Ethics*, 13(5), 503-514. doi: 10.1191/0969733006nej898oa
- Felton, A., & Stickley, T. (2004). Pedagogy, power and service user involvement. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11(1), 89-98.
- Fiddler, M., Borglin, G., Galloway, A., Jackson, C., McGowan, L., & Lovell, K. (2010). Once-a-week psychiatric ward round or daily inpatient team meeting? A multidisciplinary mental health team's experience of new ways of working. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19(2), 119-127. doi: 10.1111/j.1447-0349.2009.00652

- Fischer, J., & Neale, J. (2008). Involving drug users in treatment decisions: an exploration of potential problems. *Drugs: education, prevention and policy*, *15*(2), 161–175.
- Ghormley, C., Basso, M., Candlis, P., & Combs, D. (2011). Neuropsychological impairment corresponds with poor understanding of informed consent disclosures in persons diagnosed with major depression. *Psychiatry Research*, *187*, 106-112. doi: 10.1016/j.psychres.2010.10.024
- Graham, J., Denoual, I., & Cairns, D. (2005). Happy with your care? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *12*(2), 173–8. doi: 10.1111/j.1365-2850.2004.00814
- Hitchen, S., Watkins, M., Williamson, G. R., Ambury, S., Bemrose, G., & Cook, D. (2009). Lone voices have an emotional content: focussing on mental health service user and carer involvement. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, *24*(2), 164–77. doi: 10.1108/09526861111105112
- Hodgson, R., Jamal, A., & Gayathri, B. (2005). A survey of ward round practice. *The Psychiatric Bulletin*, *29*(5), 171–173.
- Hui, A., & Stickley, T. (2007). Mental health policy and mental health service user perspectives on involvement: a discourse analysis. *Journal of Advanced Nursing*, *59*(4), 416-426. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.0434
- IBM Corp. Released 2019. SPSS Statistics for Macintosh, Version 26.0. Armonk, NY: IBM Corp.
- Krumpal, I. (2013). Determinants of social desirability bias in sensitive surveys: a literature review. *Quality & Quantity*, *47*(4), 2025-2047.
- Labib, P. L. Z., & Brownell, L. (2009). Factors affecting patient satisfaction with the psychiatric ward round: retrospective cross-sectional study. *Psychiatric Bulletin*, *33*(8), 295-298.
- Laitila, M., Nikkonen, M., & Pietilä, A. M. (2011). Involvement in mental health and substance abuse work: conceptions of service users. *Nursing Research and Practice*. doi: 10.1155/2011/672474
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Salde, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, *199*(6), 445-452. doi: 10.1192/bjp.bp.110.083733.
- Lindberg, E., Hörberg, U., Persson, E., & Ekebergh, M. (2013a). "It made me feel human": a phenomenological study of older patients' experiences of participating in a team meeting. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, *8*, 20714. doi: 10.3402/qhw.v8i0.21908

- Lindberg, E., Hörberg, U., Persson, E., & Ekebergh, M. (2013b). Older patients' participation in team meetings-a phenomenological study from the nurses' perspective. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, *8*, 21908. doi:10.3402/qhw.v8i0.21908
- Longtin, Y., Sax, H., Leape, L. L., Sheridan, S. E., Donaldson, L., & Pittet, D. (2010). Patient participation: current knowledge and applicability to patient safety. *Mayo Clinical Proceedings*, *85*(1), 53-62.
- Mahone, I. (2008). Shared decision making and serious mental illness. *Archives of Psychiatric Nursing*, *22*(6), 334-343. doi: 10.1016/j.apnu.2007.11.002
- Malfait, S., Eeckloo, K., Van Daele, J., & Van Hecke, A. (2016). The Patient Participation Culture Tool for healthcare workers (PaCT-HCW) on general hospital wards: a development and psychometric validation study. *International Journal of nursing studies*, *61*, 187-197.
- Malfait, S., Eeckloo, K., & Van Hecke, A. (2017). The Influence of nurses' demographics on patient participation in hospitals: a cross-sectional study. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, *14*(6), 455-462.
- Manuel, J., & Crowe, M. (2014). Clinical responsibility, accountability, and risk aversion in mental health nursing: a descriptive, qualitative study. *International Journal of Mental Health Nursing*, *23*(4), 336-343.
- Massoubre, J., Lapeyre, M., Pastourel, R., Dupuch, V., Biau, J., Dillies, A. F., ... & Saroul, N. (2017). Will the presence of the patient at multidisciplinary meetings influence the decision in head and neck oncology management? *Acta oto-laryngologica*, *138*(2), 185-189. doi:10.1080/00016489.2017.1384059
- Masters, H., Forrest, S., Harley, A., Hunter, M., Brown, N., & Risk, I. (2002). Involving mental health service users and carers in curriculum development: moving beyond classroom involvement. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *9*(3), 309-316. doi: 10.1046/j.1365-2850.2002.00493
- Milner, G., Jankovic, J., Hoosen, I., & Marrie, D. (2008) Patients and staff understanding of general adult psychiatry ward rounds. *Journal Mental Health*, *17*(5), 492-497.
- 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), 120-127.

- Okai, D., McGuire, H., Singh, S., Churchill, R., & Hotopf, M. (2007). Mental capacity in psychiatric patients: systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, *191*, 291-297. doi: 10.1192/bjp.bp.106.035162
- Owen G. S., Freyenhagen, F., Richardson, G., & Hotopf, M. (2009). Mental capacity and decisional autonomy: An interdisciplinary challenge. *Inquiry. An Interdisciplinary Journal of Philosophy*, *52*(1), 79-107.
- Rix, S., & Sheppard, G. (2003). Acute wards: Problems and solutions: implementing real changes in acute inpatient care – more than just bringing in the builders. *Psychiatric Bulletin*, *27*(3), 108-111. doi: 10.1192/pb.27.3.108
- Rotman-Pikielny, P., Rabin, B., Amoyal, S., Mushkat, Y., Zissin, R., & Levy, Y. (2007). Participation of family members in ward rounds: attitude of medical staff, patients and relatives. *Patient Education and Counseling*, *65*(2-3), 166-70. doi: 10.1016/j.pec.2006.07.003.
- Rutter, D., Manley, C., Weaver, T., Crawford, M. J., & Fulop, N. (2004). Patients or partners? Case studies of user involvement in the planning and delivery of adult mental health services in London. *Social Science and Medicine*, *58*(10), 1973-1984. doi: 10.1016/S0277-9536(03)00401-5
- Seo, M., Tamura, K., Morioka, E., & Shijo, H. (2000) Impact of medical round on patients' and residents' perceptions at a university hospital in Japan. *Medical Education*, *34*(5), 409-411.
- Stomski, N. J., & Morrison, P. (2017). Participation in mental healthcare: a qualitative meta-synthesis. *International Journal of Mental Health System*, *11*(1), 67. doi:10.1186/s13033-017-0174-y
- Storm, M., Hausken, K., & Mikkelsen, A. (2010). User involvement in in-patient mental health services: operationalisation, empirical testing, and validation. *Journal of Clinical Nursing*, *19*(13-14), 1897-1907. doi: 10.1111/j.1365- 2702.2009.03036.x
- Storm, M., & Edwards, A. (2013). Models of user involvement in the mental health context: intentions and implementation challenges. *Psychiatric Quarterly*, *84*(3), 313-327. doi: 10.1007/s11126-012-9247
- Stringer, B., Van Meijel, B., De Vree, W., & Van der Bijl, J. (2008). User involvement in mental health care: the role of nurses. A literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *15*(8), 678-683. doi:10.1111/j.1365-2850.2008.01285.x
- Tambuyzer, E. (2012). *Één verhaal, drie visies. Patiënten, familieleden en hulpverleners over participatie in de geestelijke gezondheidszorg (ongepubliceerd proefschrift)*. Katholieke Universiteit Leuven, België.
- Tambuyzer, E., Gelders, C., Spruytte, N., Jacob, B., & Van Audenhove, C. (2010). *Participatie van patiënten en mantelzorgers in de therapeutische projecten*. Opgehaald op 18 april 2019 van

[http://www.kuleuven.be/lucas/pub/publi\\_upload/2010\\_7\\_ET\\_CG\\_NS\\_BJ\\_CVA\\_Participatie%20in%20TP .pdf](http://www.kuleuven.be/lucas/pub/publi_upload/2010_7_ET_CG_NS_BJ_CVA_Participatie%20in%20TP.pdf)

- Tambuyzer, E., Pieters, G., & Van Audenhove, C. (2011). Patient involvement in mental health care: one size does not fit all. *Health Expectations*, *17*(1), 138–50. doi: 10.1111/j.1369-7625.2011.00743.x
- Tambuyzer, E., & Van Audenhove, C. (2013). Service user and family carer involvement in mental health care: divergent views. *Community Mental Health Journal*, *49*(6), 675-685. doi: 10.1007/s10597-012-9574-2
- Taylor, C., Finnegan-John, J., & Green, J. S. (2014). "No decision about me without me" in the context of cancer multidisciplinary team meetings: a qualitative interview study. *BMC health services research*, *14* (1), 488. doi:10.1186/s12913-014-0488-2
- Thompson, A. G. H. (2007). The meaning of patient involvement and participation in health care consultations: a taxonomy, *Social Science and Medicine*, *64*(6), 1297–1310. doi: 10.1016/j.socscimed.2006.11.002
- Tritter, J. Q., & McCallum, A. (2006). The snakes and ladders of user involvement: moving beyond Arnstein. *Health Policy*, *76*(2), 156-168. doi: 10.1016/j.healthpol.2005.05.008
- Vandeurzen, J. (2010). Beleidsplan geestelijke gezondheidszorg Vlaanderen. Geraadpleegd op 30 april 2019 van <https://www.jovandeurzen.be/storage/ringleader/jo-vandeurzen/beleidsplan-geestelijke-gezondheidszorg-vlaanderen.pdf>
- Vandewalle, J., Malfait, S., Eeckloo, K., Colman, R., Beeckman, D., Verhaeghe, S., & Van Hecke, A. (2017a). Patient safety on psychiatric wards: a cross-sectional multilevel study of factors influencing the nurses' willingness to share power and responsibility with patients. *International Journal of Mental Health Nursing*, *27*(2), 877-890. doi: 10.1111/inm.12376.
- Vandewalle, J., Vercruyse, L., & Dhondt, T. (2017b). Patiënten op de teamvergadering: inspiratiegids. Pittem: Kliniek Sint-Jozef Pittem. Eenheid Volwassenen Kortverblijf; Eenheid Psychosociale Revalidatie.
- Van de Mortel, T. F. (2008). Faking it: social desirability response bias in self-report research. *Australian Journal of Advanced Nursing*, *25*(4), 40.

- Van Der Voort, T. Y. G., Van Meijel, B., Goossens, P. J. J., Renes, J., Beekman, A. T. F., & Kupka, R. W. (2011). Collaborative care for patients with bipolar disorder: a randomised controlled trial. *BMC Psychiatry, 11*(1), 133.
- van Dongen, J. J. J., Habets, I. G. J., Beurskens, A., & van Bokhoven, M. A. (2016). Successful participation of patients in interprofessional team meetings: a qualitative study. *Health expectations, 20*(4), 724-733. doi:10.1111/hex.12511
- Van Hecke, A., Malfait, S., Van Belleghem, S., Schoupe, L., Van Daele, J., & Eeckloo, K. (2014). Patiëntenparticipatiecultuur peiling 2014: meerjarig programma patiëntveiligheid (2013-2017). Universiteit Gent.
- Van Herck, P., & Van De Cloot, I. (2013). Hoe gezond is de geestelijke gezondheidszorg in België? De feiten achter de mythen. Brussel: Itinera Institute. Geraadpleegd van [http://www.itinerainstitute.org/wp-content/uploads/2016/10/pdfs/20120701\\_geestelijke\\_gezondheidszorg\\_pvh.pdf](http://www.itinerainstitute.org/wp-content/uploads/2016/10/pdfs/20120701_geestelijke_gezondheidszorg_pvh.pdf)
- Vromant, I., & Roose, R. (2008). Vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg. Een onderzoek naar burgerschapsconcepten (ongepubliceerde master thesis). Universiteit Gent, België.
- Vuokila-Oikkonen, P., Janhonen, S., & Nikkonen, M. (2002). Patient initiatives in psychiatric care concerning shame in the discussion in co-operative team meetings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 9*(1), 23-32. doi: 10.1046/j.1365-2850.2002.00406.x
- Wagstaff, K., & Solts, B. (2003). Inpatient experiences of ward rounds in acute psychiatric settings. *Nursing Times, 99*(5), 34-3.
- Westermann, G. M. A., & Maurer, J. M. G. (2015). Shared decision-making in mental health care: a role model from youth mental health care. *Tijdschrift voor psychiatrie, 57*(5), 352-360.
- Westermann, G. M. A., & Verheij, F. (2009). Het adviesgesprek in de Nederlandse jeugd-geestelijke gezondheidszorg: een inventarisatie. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 51*(5), 333-8.
- White, R., & Karim, B. (2005) Patients' views of the ward round: a survey. *Psychiatric Bulletin, 29*(6), 207-209.

# BIJLAGEN

## Bijlage 1. Resultaten

**Tabel A1.** Subschalen en beschrijvende statistieken van de responsen van hulpverleners op alle vragen

Sub-schalen	Vragen	Vijf-punts Likertschaal					Gemiddelde (SD)
		Helemaal oneens N (%)	Oneens N (%)	Neutraal N (%)	Eens N (%)	Helemaal eens N (%)	
PP	Ik ben bereid om patiënten te laten participeren aan een MTB	0 (0%)	16 (2.5%)	26 (4.0%)	222 (34.0%)	389 (59.6%)	4.51 (0.69)
	Ik vind het belangrijk dat patiënten participeren aan een MTB	1 (0.2%)	18 (2.8%)	56 (8.6%)	248 (38.0%)	330 (50.5%)	4.36 (0.77)
	Ik voel mij bekwaam om patiënten te laten participeren aan een MTB	1 (0.2%)	28 (4.3%)	108 (16.5%)	287 (44.0%)	229 (35.1%)	4.09 (0.83)
	Ik vind het belangrijk dat ook familieleden en/of andere steunfiguren uit de omgeving van de patiënt participeren aan een MTB	7 (1.1%)	92 (14.1%)	176 (27.0%)	229 (35.1%)	149 (22.8%)	3.64 (1.02)
	Iedere patiënt heeft het recht om te participeren aan een MTB	6 (0.9%)	40 (6.1%)	83 (12.7%)	215 (32.9%)	309 (47.3%)	4.20 (0.94)
EFF	Totale schaalscore	NVT	NVT	NVT	NVT	NVT	20.80 (3.26)
	PapaT verhoogt bij de patiënt het geloof in zijn mogelijkheden om iets te kunnen veranderen aan zijn/haar situatie	0 (0%)	16 (2.5%)	80 (12.3%)	371 (56.8%)	186 (28.5%)	4.11 (0.70)
	PapaT verbetert de therapietrouw van de patiënt tijdens zijn behandeling in het ziekenhuis	0 (0%)	31 (4.7%)	109 (16.7%)	350 (53.6%)	163 (25%)	3.99 (0.78)
	PapaT verbetert de therapietrouw van de patiënt na zijn ontslag in het ziekenhuis	0 (0%)	49 (7.5%)	229 (35.1%)	294 (45.0%)	81 (12.4%)	3.62 (0.80)
	PapaT verbetert de communicatie tussen patiënt en het team	0 (0%)	10 (1.5%)	29 (4.4%)	300 (45.9%)	314 (48.1%)	4.41 (0.65)
	PapaT zorgt ervoor dat de patiënt zich meer betrokken voelt bij zijn zorgproces	0 (0%)	2 (0.3%)	14 (2.1%)	247 (37.8%)	390 (59.7%)	4.57 (0.55)
	PapaT verhoogt bij de patiënt het vertrouwen in de hulpverleners	0 (0%)	22 (3.4%)	123 (18.8%)	355 (54.4%)	153 (23.4%)	3.98 (0.75)
	PapaT verkort de opnameduur in het ziekenhuis	12 (1.8%)	125 (19.1%)	383 (58.7%)	97 (14.9%)	36 (5.5%)	3.03 (0.80)
	PapaT zorgt bij de patiënt voor een groter controlegevoel en het gevoel zelf keuzes te kunnen maken in het zorgproces	0 (0%)	8 (1.2%)	55 (8.4%)	407 (62.3%)	183 (28.0%)	4.17 (0.62)



	PapaT versterkt de patiënt zodat hij/zij beter grip krijgt op zijn situatie en zijn omgeving	0 (0%)	21 (3.2%)	125 (19.1%)	392 (60.0%)	115 (17.6%)	3.92 (0.70)
	PapaT heeft een positief effect op het herstelproces	0 (0%)	8 (1.2%)	128 (19.6%)	342 (52.4%)	175 (26.8%)	4.05 (0.72)
	Totale schaalscore	NVT	NVT	NVT	NVT	NVT	39.85 (5.12)
RWW	PapaT betekent dat de structuur en opbouw van een MTB moet veranderen	11 (1.7%)	71 (10.9%)	94 (14.4%)	361 (55.3%)	116 (17.8%)	3.77 (0.92)
	PapaT heeft een invloed op de tijdsduur van een MTB	6 (0.9%)	51 (7.8%)	82 (12.6%)	337 (51.6%)	177 (27.1%)	3.96 (0.89)
	PapaT vraagt extra werk en tijd van de hulpverlener op vlak van organisatorische en administratieve taken	13 (2.0%)	177 (27.1%)	125 (19.1%)	239 (36.6%)	99 (15.2%)	3.36 (1.09)
	PapaT vraagt extra werk en tijd van de hulpverlener op vlak van ondersteuning en begeleiding van de patiënt	10 (1.5%)	146 (22.4%)	103 (15.8%)	291 (44.6%)	103 (15.8%)	3.51 (1.05)
	PapaT betekent dat de patiënt in de eerste week van zijn opname moet geïnformeerd worden over de participatiemogelijkheden tijdens een MTB	2 (0.3%)	38 (5.8%)	72 (11.0%)	319 (48.9%)	222 (34.0%)	4.10 (0.84)
	PapaT betekent dat de patiënt geïnformeerd moet worden over welke hulpverleners er aanwezig zijn tijdens de MTB en wat hun functie is tijdens de MTB	0 (0%)	16 (2.5%)	52 (8.0%)	323 (49.5%)	262 (40.1%)	4.27 (0.71)
	PapaT betekent dat de patiënt geïnformeerd moet worden over het doel, het verloop en de tijdsplanning van de MTB	0 (0%)	2 (0.3%)	27 (4.1%)	335 (51.3%)	289 (44.3%)	4.40 (0.58)
	PapaT vraagt een zorg waar de patiënt zelf kan mee beslissen over zijn therapieën in functie van zijn zorgnoden en doelstellingen	0 (0%)	32 (4.9%)	95 (14.5%)	387 (59.3%)	139 (21.3%)	3.97 (0.74)
	PapaT vraagt een (elektronisch) patiëntendossier waarin ook de patiënt notities kan maken op vlak van doelstellingen en opnameverloop	18 (2.8%)	128 (19.6%)	254 (38.9%)	193 (29.6%)	60 (9.2%)	3.23 (0.96)
	PapaT betekent dat je de patiënt als een gelijkwaardige partner in de zorg beschouwt	5 (0.8%)	35 (5.4%)	89 (13.6%)	311 (47.6%)	213 (32.6%)	4.06 (0.86)
	PapaT vraagt een bereidwilligheid van alle teamleden om patiënten te laten participeren aan een MTB	1 (0.2%)	13 (2.0%)	34 (5.2%)	297 (45.5%)	308 (47.2%)	4.38 (0.69)
	PapaT vraagt een openheid van het team en de patiënt om elkaar tijdens de bespreking aan te vullen, te corrigeren en feedback te geven	0 (0%)	4 (0.6%)	17 (2.6%)	322 (49.3%)	310 (47.5%)	4.44 (0.58)
	PapaT betekent dat de teamleden moeten leren spreken over een patiënt in zijn/haar aanwezigheid	2 (0.3%)	6 (0.9%)	31 (4.7%)	274 (42.0%)	340 (52.1%)	4.45 (0.66)
	PapaT vraagt extra vorming en opleiding van de teamleden	4 (0.6%)	56 (8.6%)	162 (24.8%)	280 (42.9%)	151 (23.1%)	3.79 (0.91)

PapAT vraagt regelmatigte interventie met de teamleden	1 (0.2%)	19 (2.9%)	89 (13.6%)	324 (49.6%)	220 (33.7%)	4.14 (0.77)
Totale schaalscore	NVT	NVT	NVT	NVT	NVT	59.81 (6.09)
BP ... om tijdens deelname aan MTB een steunfiguur uit de hulpverlening naast hem/haar te hebben	1 (0.2%)	32 (4.9%)	121 (18.5%)	343 (52.5%)	156 (23.9%)	3.95 (0.76)
* ... dat de deelnemers aan de MTB zo plaatsnemen zodat iedereen goed zichtbaar is en iedereen (non)verbaal betrokken kan worden in de bespreking	0 (0%)	1 (0.2%)	43 (6.6%)	376 (57.6%)	233 (35.7%)	4.29 (0.59)
* ... dat er geluisterd wordt naar zijn/haar ervaringen en zorgnoden van dat moment	0 (0%)	1 (0.2%)	9 (1.4%)	336 (51.5%)	307 (47%)	4.45 (0.53)
* ... dat de teamleden dit erkennen als een moment waarop zijn/haar kwetsbaarheid naar voren komt	1 (0.2%)	5 (0.8%)	48 (7.4%)	357 (54.7%)	242 (37.1%)	4.28 (0.64)
* ... om als uniek persoon in zijn totaliteit (lichamelijk, psychisch, sociaal, spiritueel vlak) gezien te worden	0 (0%)	8 (1.2%)	24 (3.7%)	307 (47.0%)	314 (48.1%)	4.42 (0.63)
Totale schaalscore	NVT	NVT	NVT	NVT	NVT	21.39 (2.31)

EFF = effecten; RWV = randvoorwaarden; PP = persoonlijke perceptie; BP = beleving patiënt; NVT = niet van toepassing

\*Wanneer een patiënt deelneemt aan een MTB veronderstel ik dat hij/zij het noodzakelijk vindt

**Tabel A2.** Kruistabel van rol MTB en respondentvariabelen (diploma, jaren werkervaring, opleiding PaPa, team PaPaT en ervaring PaPaT).

	Actieve N (%)	Passieve N (%)	Geen N (%)	Totaal	Fisher's-Exact-Test
<b>Diploma</b>					
Doctoraat/ master	193 (95.1%)	1 (0.5%)	9 (4.4%)	203 (100%)	ns
Banaba	62 (92.5%)	0 (0.0%)	5 (7.5%)	67 (100%)	
Bachelor	258 (93.1%)	3 (3.0%)	16 (5.8%)	277 (100%)	
HBO5	95 (89.6%)	3 (2.8%)	8 (7.5%)	106 (100%)	
<b>Jaren werkervaring</b>					
0-15 jaar	317 (91.4%)	4 (3.7%)	26 (7.5%)	347 (100%)	ns
>15 jaar	291 (95.1%)	3 (3.3%)	12 (3.9%)	305 (100%)	
<b>Opleiding PaPa</b>					
Ja	205 (96.2%)	1 (0.5%)	7 (3.3%)	213 (100%)	ns
Nee	403 (91.6%)	6 (1.4%)	31 (7.0%)	440 (100%)	
<b>Team PaPaT</b>					
Ja	350 (98.9%)	2 (0.6%)	32 (0.6%)	384 (100%)	46.03***
Nee	258 (86.3%)	5 (1.7%)	36 (12.0%)	299 (100%)	
<b>Ervaring PaPaT</b>					
Ja	406 (98.3%)	1 (0.2%)	6 (1.5%)	413 (100%)	45.85***
Nee	202 (84.2%)	6 (2.5%)	32 (13.3%)	240 (100%)	

\*  $p \leq 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$

**Tabel A3.** Kruistabel van rol BMTB en respondentvariabelen (diploma, jaren werkervaring, opleiding PaPa, team PaPaT en ervaring PaPaT).

	Semi-passief	Collaboratief	Gedeeltelijk autonoom	Autonoom	Totaal	Fisher's-Exact-Test
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)		
<b>Diploma</b>						
Doctoraat/master	10 (4.9%)	166 (81.8%)	25 (12.3%)	2 (1.0%)	203 (100%)	ns
Banaba/bachelor/HBO5	44 (9.8%)	328 (72.9%)	72 (16.0%)	6 (1.3%)	450 (100%)	
<b>Jaren werkervaring</b>						
0-15 jaar	35 (10.1%)	261 (75.2%)	46 (13.3%)	5 (1.4%)	347 (100%)	ns
>15 jaar	19 (6.2%)	233 (76.1%)	51 (16.7%)	3 (1.0%)	306 (100%)	
<b>Opleiding PaPa</b>						
Ja	10 (4.7%)	163 (76.5%)	36 (16.9%)	4 (1.9%)	213 (100%)	ns
Nee	44 (10.0%)	331 (75.2%)	61 (13.9%)	4 (0.9%)	440 (100%)	
<b>Team PaPaT</b>						
Ja	25 (7.1%)	264 (74.6%)	59 (16.7%)	6 (1.7%)	354(100%)	ns
Nee	29 (9.7%)	230 (76.9%)	38 (12.7%)	2 (0.7%)	299 (100%)	
<b>Ervaring PaPaT</b>						
Ja	27 (6.5%)	307 (74.3%)	72 (17.4%)	7 (1.7%)	413 (100%)	11.20**
Nee	27 (11.3%)	187 (77.9%)	25 (10.4%)	1 (0.4%)	240 (100%)	

<sup>a</sup> Fisher's exact test

\*  $p \leq 0.05$ , \*\*  $p < 0.01$ , \*\*\*  $p < 0.001$

## Bijlage 2. De PaPaT-vragenlijst

### PaPaT-Vragenlijst Patiënten Participatie tijdens Teambesprekingen

Versie: Medewerker PZ & PAAZ



Geachte mevrouw, Geachte heer,

De Alexianen Zorggroep Tienen en de Universiteit Gent organiseren een grootschalig onderzoek op vlak van geestelijke gezondheidszorg. U ontvangt deze uitnodiging omdat u als hulpverlener werkzaam bent in een Psychiatrisch Ziekenhuis en/of Psychiatrische Afdeling van een Algemeen Ziekenhuis (PAAZ).

Deze vragenlijst peilt naar uw **persoonlijke mening** over **patiëntenparticipatie** tijdens **multidisciplinaire teambesprekingen (MTB)**. Met een MTB bedoelen we het overleg waarbij medewerkers uit de verschillende disciplines, die instaan voor de zorg van de patiënt, samenkomen om het behandelplan en de doelstellingen van de patiënt te evalueren en mogelijk bij te sturen. Deze vragenlijst peilt naar hoe u er als hulpverlener tegenover staat **als een patiënt deelneemt aan een MTB** waar hij/zij besproken wordt.

Mogen we rekenen op uw medewerking? Het enige wat u moet doen, is een aantal vragen beantwoorden. De vragen peilen naar uw **persoonlijke mening**, dit betekent dat er geen goede of foute antwoorden zijn.

Deelnemen kan enkel **via het internet**. Het volstaat om op 'start' te klikken. Het invullen van de vragenlijst neemt ongeveer **10 minuten tijd** in beslag. Graag hadden we uw antwoorden **binnen de 3 weken** ontvangen.

Wij behandelen uw antwoorden **strikt vertrouwelijk en anoniem** en gebruiken die enkel om statistieken op te maken.

Alvast bedankt voor uw bereidwillige medewerking!

drs. Kevin Berben  
Prof. dr. Sofie Verhaeghe  
Prof. dr. Eva Dierckx  
Prof. dr. Ann Van Hecke

#### CONTACT & INFO

[kevin.berben@fracarita.org](mailto:kevin.berben@fracarita.org)

016 / 807 514

<https://patientenparticipatieteambesprekingen.wordpress.com>

### ITEM 1

Welke **rol of positie** moet een patiënt volgens u innemen als hij/zij deelneemt aan een multidisciplinaire teambespreking (afgekort: MTB) waar hij/zij besproken wordt:

<input type="checkbox"/>	<b>geen:</b> een patiënt neemt best niet deel aan een MTB waar hij/zij besproken wordt
<input type="checkbox"/>	<b>passieve rol:</b> een patiënt is als persoon aanwezig maar stelt geen vragen en neemt niet deel aan de interactie(s) en discussies tijdens een MTB
<input type="checkbox"/>	<b>actieve rol:</b> een patiënt is als persoon aanwezig, luistert, stelt vragen, vertelt zijn verhaal, neemt deel aan de interactie(s) en discuteert mee tijdens een MTB

### ITEM 2

Welke **rol of positie** moet een patiënt volgens u innemen tijdens het **beslissingsproces** over **zijn zorg, behandeldoelen en ontslag** als hij/zij deelneemt aan een multidisciplinaire teambespreking (afgekort: MTB) waar hij/zij besproken wordt:

<input type="checkbox"/>	<b>passief:</b> het team neemt alle beslissingen m.b.t. de behandeling in naam van de patiënt
<input type="checkbox"/>	<b>semi-passief:</b> het team neemt de uiteindelijke beslissing over de behandeling maar pas nadat de mening van de patiënt is beluisterd
<input type="checkbox"/>	<b>collaboratief:</b> de beslissing over de beste behandeling voor de patiënt wordt in overleg genomen en is een gedeelde verantwoordelijkheid tussen de patiënt en het team
<input type="checkbox"/>	<b>gedeeltelijk autonoom:</b> de patiënt beslist zelfstandig over zijn behandeling maar pas nadat hij/zij de meningen van het team heeft beluisterd
<input type="checkbox"/>	<b>autonoom:</b> de patiënt beslist volledig zelfstandig over de behandeling die hij/zij wilt ontvangen

### ITEM 3

Geef aan in welke mate u het eens bent met onderstaande stellingen over patiëntenparticipatie tijdens een multidisciplinaire teambespreking (afgekort: MTB).

		Helemaal Oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal Eens
A	ik ben <b>bereid</b> om patiënten te laten participeren aan een MTB	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B	ik vind het <b>belangrijk</b> dat patiënten participeren aan een MTB	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C	ik voel mij <b>bekwaam</b> om patiënten te laten participeren aan een MTB	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D	ik vind het <b>belangrijk</b> dat ook <b>familieleden en/of andere steunfiguren uit de omgeving van de patiënt</b> participeren aan een MTB	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E	iedere patiënt heeft het <b>recht</b> om te participeren aan een MTB	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### ITEM 4

In welke mate **geloof u** dat patiëntenparticipatie tijdens een multidisciplinaire teambespreking (afgekort: MTB), in de vorm die u **verkiest**, **effect** heeft op de **domeinen** die hieronder beschreven staan?

Patiëntenparticipatie tijdens een MTB ...		Helemaal Oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal Eens
A	<b>verhoogt</b> bij de patiënt het <b>geloof in zijn eigen mogelijkheden</b> om iets te kunnen veranderen aan zijn/haar situatie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B	<b>verbetert</b> de therapietrouw van de patiënt <b>tijdens zijn behandeling</b> in het ziekenhuis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C	<b>verbetert</b> de therapietrouw van de patiënt <b>na zijn ontslag</b> uit het ziekenhuis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D	<b>verbetert</b> de <b>communicatie</b> tussen de patiënt en het team	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E	zorgt ervoor dat de patiënt zich <b>meer betrokken voelt</b> bij zijn zorgproces	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F	<b>verhoogt</b> bij de patiënt het <b>vertrouwen in de hulpverleners</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
G	<b>verkort</b> de <b>opnameduur</b> in het ziekenhuis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
H	zorgt bij de patiënt voor een <b>groter controlegevoel</b> en het <b>gevoel zelf keuzes te kunnen maken in het zorgproces</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I	<b>versterkt</b> de patiënt zodat hij/zij beter <b>grip krijgt op zijn situatie en zijn omgeving</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J	heeft een <b>positief effect</b> op het <b>herstelproces</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## ITEM 5

Geef aan in welke mate u het eens bent met onderstaande stellingen over patiëntenparticipatie tijdens een multidisciplinaire teambespreking (afgekort: MTB).

Patiëntenparticipatie tijdens een MTB ...		Helemaal Oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal Eens
A	betekent dat de <b>structuur en opbouw</b> van een MTB moet <b>veranderen</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B	heeft een invloed op de <b>tijdsduur</b> van een MTB	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C	vraagt extra <b>werk en tijd</b> van de <b>hulpverlener</b> op vlak van <b>organisatorische en administratieve taken</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D	vraagt extra <b>werk en tijd</b> van de <b>hulpverlener</b> op vlak van <b>ondersteuning en begeleiding van de patiënt</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E	betekent dat de patiënt in de <b>eerste week van zijn opname</b> moet geïnformeerd worden over de <b>participatiemogelijkheden</b> tijdens een MTB	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
F	betekent dat de patiënt <b>geïnformeerd</b> moet worden over <b>welke hulpverleners er aanwezig</b> zijn tijdens de MTB en wat hun <b>functie</b> is tijdens de MTB	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
G	betekent dat de patiënt <b>geïnformeerd</b> moet worden over <b>het doel, het verloop en de tijdsplanning</b> van de MTB	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
H	vraagt een zorg waar de <b>patiënt zelf kan mee beslissen over zijn therapieën</b> in functie van zijn zorgnoden en doelstellingen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I	vraagt een <b>(elektronisch) patiëntendossier</b> waarin ook de patiënt <b>notities kan maken</b> op vlak van <b>doelstellingen en opnameverloop</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
J	betekent dat je de <b>patiënt</b> als een <b>gelijkwaardige partner in de zorg</b> beschouwt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
K	vraagt een <b>bereidwilligheid</b> van <b>alle teamleden</b> om patiënten te laten participeren aan een MTB	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
L	vraagt een <b>openheid</b> van <b>het team en de patiënt</b> om elkaar <b>tijdens de bespreking aan te vullen, te corrigeren en feedback te geven</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
M	betekent dat de teamleden moeten <b>leren spreken over een patiënt</b> in zijn/haar aanwezigheid.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
N	vraagt <b>extra vorming en opleiding</b> van de teamleden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
O	vraagt regelmatige <b>intervisie</b> met de teamleden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

DE VALIDERING VAN EEN VRAGENLIJST OM PATIËNTENPARTICIPATIE TIJDENS MULTIDISCIPLINAIRE TEAMBESPREKINGEN TE EVALUEREN – Berben K., Verhaeghe S., Dierckx E., Van Hecke A., Beeckman, D., Crabeel N.



## ITEM 6

Geef aan in welke mate u het eens bent met onderstaande stellingen over patiëntenparticipatie tijdens een multidisciplinaire teambespreking (afgekort: MTB). Probeer u hiervoor in te leven in het perspectief van een patiënt.

Wanneer een patiënt deelneemt aan een MTB veronderstel ik dat hij/zij het noodzakelijk vindt ...		Helemaal Oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal Eens
A	om tijdens de MTB een <b>steunfiguur uit de hulpverlening</b> naast hem/haar te hebben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
B	dat de deelnemers aan de MTB zo plaatsnemen zodat iedereen goed <b>zichtbaar</b> is en <b>iedereen (non)verbaal betrokken</b> kan worden in de bespreking	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
C	dat er <b>geluisterd</b> wordt naar <b>zijn/haar ervaringen en zorgnoden van dat moment</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
D	dat de teamleden dit <b>erkennen</b> als een moment waarop zijn/haar <b>kwetsbaarheid</b> naar voren komt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
E	om als een <b>uniek persoon</b> in zijn <b>totaliteit (lichamelijk, psychisch, sociaal, spiritueel vlak)</b> gezien te worden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<b>ITEM 7: GESLACHT</b>	<b>Geslacht:</b>
	<input type="checkbox"/> Man
	<input type="checkbox"/> Vrouw
	<input type="checkbox"/> X
<b>ITEM 8: LEEFTIJD</b>	<b>Leeftijd: tussen de</b>
	<input type="checkbox"/> 18 – 29 jaar
	<input type="checkbox"/> 30 – 39 jaar
	<input type="checkbox"/> 40 – 49 jaar
	<input type="checkbox"/> 50 – 59 jaar
	<input type="checkbox"/> 60 – 69 jaar
	<input type="checkbox"/> 70 – 75 jaar
<b>ITEM 9: PLAATS TEWERKSTELLING</b>	<b>Ik ben werkzaam in een:</b>
	<input type="checkbox"/> Psychiatrisch Ziekenhuis
	<input type="checkbox"/> Psychiatrische Afdeling van een Algemeen Ziekenhuis (PAAZ)
	<input type="checkbox"/> Ik combineer beide plaatsen
<b>ITEM 10: PERCENTAGE TEWERKSTELLING</b>	<b>Mijn huidige tewerkstellingspercentage is:</b>
	<input type="checkbox"/> 100%
	<input type="checkbox"/> 80%
	<input type="checkbox"/> 75%
	<input type="checkbox"/> 50%
	<input type="checkbox"/> Andere, namelijk:
<b>ITEM 11: DISCIPLINE</b>	<b>Ik werk in de GGZ als (meerdere antwoorden mogelijk):</b>
	<input type="checkbox"/> Directielid / Manager
	<input type="checkbox"/> Psychiater
	<input type="checkbox"/> Huisarts
	<input type="checkbox"/> Neuroloog
	<input type="checkbox"/> Stafmedewerker
	<input type="checkbox"/> Psycholoog
	<input type="checkbox"/> Hoofdverpleegkundige/Teamcoördinator/Afdelingshoofd
	<input type="checkbox"/> Adjunct Hoofdverpleegkundige/Teamcoördinator/Afdelingshoofd
	<input type="checkbox"/> Verpleegkundige
	<input type="checkbox"/> Maatschappelijk assistent/Sociaal verpleegkundige
	<input type="checkbox"/> Ergotherapeut
	<input type="checkbox"/> Opvoedkundige
	<input type="checkbox"/> Creatief therapeut
	<input type="checkbox"/> Muziektherapeut
	<input type="checkbox"/> Psychomotorische therapeut
	<input type="checkbox"/> Ervaringsdeskundige/Ervaringswerker
	<input type="checkbox"/> Andere, namelijk:
<b>ITEM 12: DIPLOMA</b>	<b>Mijn hoogst behaalde diploma is:</b>
	<input type="checkbox"/> Doctoraat

DE VALIDERING VAN EEN VRAGENLIJST OM PATIËTENPARTICIPATIE TIJDENS MULTIDISCIPLINAIRE TEAMBESPREKINGEN TE EVALUEREN – Berben K., Verhaeghe S., Dierckx E., Van Hecke A., Beeckman, D., Crabeel N.

	<input type="checkbox"/>	Master (vroegere licentiaat) aan een universiteit, hogescholenonderwijs van het lange type
	<input type="checkbox"/>	Bachelor na Bachelor (BANABA)
	<input type="checkbox"/>	Bachelor (vroegere graduaat)
	<input type="checkbox"/>	HBO5 (Hoge Beroepsonderwijs)
	<input type="checkbox"/>	Andere, namelijk:
<b>ITEM 13: JAREN WERKERVARING</b>	<b>Mijn werkervaring in de geestelijke gezondheidszorg bedraagt in totaal:</b>	
	<input type="checkbox"/>	≤ dan 5 jaren
	<input type="checkbox"/>	> 5 jaren, ≤ 10 jaren
	<input type="checkbox"/>	> 10 jaren, ≤ 15 jaren
	<input type="checkbox"/>	> 15 jaren, ≤ 20 jaren
	<input type="checkbox"/>	> 20 jaren, ≤ 25 jaren
	<input type="checkbox"/>	> 25 jaren, ≤ 30 jaren
	<input type="checkbox"/>	> 30 jaren
<b>ITEM 14: OMGEVING PAPAT</b>	<b>Ik ben tewerkgesteld in een organisatie waar patiënten participeren aan multidisciplinaire teambesprekingen?</b>	
	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Neen
	<input type="checkbox"/>	Weet niet
	<b>Ik ben tewerkgesteld in een team waar patiënten participeren aan multidisciplinaire teambesprekingen?</b>	
	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Neen
<b>ITEM 15: ERVARINGEN PAPAT</b>	<b>Ik heb zelf reeds ervaringen met patiëntenparticipatie tijdens multidisciplinaire teambesprekingen?</b>	
	<input type="checkbox"/>	Ja
	<input type="checkbox"/>	Neen
	<b>Zo ja, hoe lang heb je reeds ervaring met patiëntenparticipatie tijdens multidisciplinaire teambesprekingen?</b>	
	<input type="checkbox"/>	Minder dan 1 jaar ervaring
	<input type="checkbox"/>	Tussen de 1 en 3 jaren ervaring
	<input type="checkbox"/>	Tussen de 3 en de 5 jaren ervaring
	<input type="checkbox"/>	Meer dan 5 jaren ervaring
	<input type="checkbox"/>	Ik heb geen ervaring met patiëntenparticipatie tijdens teambesprekingen
	<b>Indien je ervaring hebt: Hoeveel tijd wordt er gemiddeld gezien aan de bespreking van een patiënt besteed als deze deelneemt aan een teambespreking?</b>	
	<input type="checkbox"/>	Tussen de 0 en de 15 minuten
	<input type="checkbox"/>	Tussen de 15 en 30 minuten
	<input type="checkbox"/>	Tussen de 30 en 45 minuten
	<input type="checkbox"/>	Tussen de 45 en 60 minuten
	<input type="checkbox"/>	Meer dan 60 minuten
	<input type="checkbox"/>	Ik heb geen ervaring met patiëntenparticipatie tijdens teambesprekingen
	<b>Indien je ervaring hebt: Van deze gemiddelde tijd, hoeveel tijd is een patiënt zelf aan het woord?</b>	
	<input type="checkbox"/>	Niet
	<input type="checkbox"/>	Een 5-tal minuten
	<input type="checkbox"/>	Een 10-tal minuten

DE VALIDERING VAN EEN VRAGENLIJST OM PATIËNTENPARTICIPATIE TIJDENS MULTIDISCIPLINAIRE TEAMBESPREKINGEN TE EVALUEREN – Berben K., Verhaeghe S., Dierckx E., Van Hecke A., Beeckman, D., Crabeel N.

	<input type="checkbox"/>	Een 15-tal minuten
	<input type="checkbox"/>	Een 20-tal minuten
	<input type="checkbox"/>	Een 30-tal minuten
	<input type="checkbox"/>	Meer dan 30 minuten
	<input type="checkbox"/>	Ik heb geen ervaring met patiëntenparticipatie tijdens teambesprekingen

Toevoeging:

Hebt u in de afgelopen 5 jaren een bijkomende opleiding en/of bijscholing gevolgd waar het thema patiëntenparticipatie aan bod kwam?

- Ja
- Neen