
IN OPDRACHT VAN

Samenwerking tussen opleidingen en de werkgroep cliëntparticipatie van de V&VN-SPV

Ivonne van der Padt, Hoofddocent SPV opleiding Amsterdam, redactie SP.

Inleiding

Het begrip cliëntenparticipatie is niet meer weg te denken uit ons vocabulaire. Een kleine zoektocht op internet via *Google* levert maar liefst 11.600 pagina's in het Nederlands op. Bij de tweede link was het al raak: de NVSPV werkgroep cliëntparticipatie. Er wordt verwezen naar de notie 'cliëntparticipatie in de sociaal psychiatrische verpleegkunde' van 2003. Deze notitie werd het startpunt om na te gaan of cliëntenparticipatie werkelijk verankerd is in de visie, uitgangspunten en attitude van sociaal psychiatrisch verpleegkundigen. De toenmalige werkgroep, opstellers van de notitie, is inmiddels sterk uitgedund; van de elf deelnemers zijn er nog maar drie over. Dit betekende dat de ambitieuze plannen behoorlijk bijgesteld moesten worden. Een andere noodzakelijke reden om de voornemens te beteugelen was van financiële aard. Uitbesteden van werk brengt aanzienlijke kosten met zich mee. De resterende werkgroepleden besloten, in overleg met het bestuur, een onderdeel van de notitie uit te werken tot een projectplan en voor te leggen aan het platform LOO-MGZ (Landelijk Overleg Opleidingen MGZ). De (SPV) opleidingen werd gevraagd samen met de werkgroep een onderdeel van het totale project uit te voeren. Twee Hogescholen gingen op dit verzoek in en hebben ruim twee jaar met elkaar en de werkgroep samengewerkt rond het thema cliëntparticipatie. In dit artikel worden enkele begrippen en kaders rond cliëntparticipatie uitgelegd. Vervolgens wordt kort verslag uitgebracht van de samenwerking tussen beroepsvereniging en Hogescholen.

Cliëntparticipatie

Op een, voor de cliënt, betekenisvolle manier samenwerken waarbij aandacht is voor die punten die cliënten belangrijk vinden. Dit samenwerkingsproces vindt plaats tussen cliënt en hulpverlener maar ook tussen bijvoorbeeld cliëntenraad, belangenorganisatie (cliënten en familie) en het management. Een lastig dilemma in dit samenwerkingsproces is dat meestal sprake is van een ongelijk verdeling van macht. Samen werken pakt voor degene die minder macht heeft -de cliënt- anders uit dan voor de hulpverlener. Dit is zo ongeveer de algemene noemer als je alle definities van cliëntparticipatie naast elkaar legt.

Uit de ledenraadpleging onder SPV-en, waarvan de resultaten werden gepresenteerd in de afgelopen ledenvergadering (november 2006), blijkt dat de respondenten van mening zijn dat er voldoende aandacht is voor het thema cliëntparticipatie en zeven procent vindt dat het wel minder mag. Cliënten lijken daar anders over te denken. In veel egodocumenten en ervaringsverhalen komt herhaaldelijk naar voren dat cliënten ervaren dat zij geen keuzemogelijkheid hebben. De manier waarop hulpverleners cliënten bejegenen, bepaalt veel van de tevredenheid van cliënten over de hen geboden behandeling. Van het totaal aan klachten over de behandeling gaan de meeste over een onheuse bejegening. "Er wordt soms een of-of keuze geboden. Of de cliënt gaat akkoord (vaak medicatie), of de cliënt kan stoppen met de behandeling" (Kragten, 1999). Chamberlin (2006) beschrijft een dergelijke ervaring. Zij heeft zowel ervaring met de somatische als met de ggz zorgverlening. Belangrijk verschil in haar situatie was, dat zij bij haar reumatoloog en longarts gezien werd als deskundige over het functioneren van haar eigen lichaam.

In de psychiatrie daarentegen werd aangenomen dat zij niet wist wat goed voor haar was. Volgens van Haaster (2001) is cliëntenparticipatie dan ook een manier om de competenties van cliënten en hulpverleners te herverdelen en om cliënten in een positie te brengen dat zij meer kunnen, mogen en willen. Voor beroepsverenigingen van verpleegkundigen, dus ook voor V&VN-SPV betekent dit dat zij, meer dan nu het geval is, patiënten en/of hun organisaties moeten betrekken bij het ontwikkelen, uitvoeren en evalueren van hun kwaliteitsactiviteiten en kwaliteitsbeleid. De vereniging heeft de ambitie om werk te maken van participatie van cliënten rond kwaliteitseisen. De eerste stap in dit proces is na te gaan of en hoe de leden, zo rond de 2000 SPV-en in het veld, werken vanuit en omgaan met cliëntparticipatie.

Kaders om cliëntparticipatie vorm te geven

Een van de belangrijkste vijf kenmerken van sociale psychiatrie is het betrekken van de context bij de benadering van mensen met problemen. Zoals hierboven werd beschreven wordt die context ook bepaald door medezeggenschap, invloed en zoveel mogelijk recht doen aan de competenties van de cliënt. Op micro niveau gaat het dan over de individuele behandeling, het directe contact tussen cliënt en SPV. Van belang hierin is samen met de cliënt op onderzoek uit te gaan en te bepalen wat de cliënt zelf wil en op welke manier dit bereikt kan worden. Professionele standaarden zoals het beroepsdeelprofiel van de SPV (AVVV, 2004) en de Beroepscode SPV (Cohen, 2002) bieden onder meer kaders voor het handelen van de beroepsgroep. Binnen het zorgvrager gebonden taakgebied van het beroepsdeelprofiel, betekent dit dat de SPV 'een moreel evenwichtige afstemming vindt tussen professioneel handelen en persoonlijk functioneren in een zorgsituatie'. Concreet houdt dit in dat samen met de cliënt wordt onderzocht wat van invloed is geweest op het ontstaan van geestelijke gezondheidsproblemen en welke mogelijkheden de cliënt tot zijn/haar beschikking heeft om hier verandering in aan te brengen. "De SPV ziet zich voor de taak gesteld om consequent het gewone, dagelijkse leven, het levensverhaal, de manier waarop mensen hun leven leiden en de hulp die ze nodig hebben om het in hun misère vol te houden, centraal te stellen. Samen met de zorgvrager en zijn sociaal netwerk zoekt zij naar nieuwe ontplooiingsmogelijkheden" (AVVV, 2004: 22). Daarnaast wordt gesteld dat aangesloten dient te worden bij de leefwereld van de cliënt en zijn/haar sociale systeem, dat besluitvorming over een behandeling zoveel mogelijk gebaseerd moet zijn op informatie van de zorgvrager en zijn/haar netwerk. In de Beroepscode SPV staan 26 bepalingen aangaande de verhouding tot de cliënt. De SPV dient deze bepalingen te zien als gedragsregels; zo dient hij/zij te handelen. Naast deze beroepsbepaalde kaders kennen we in Nederland verschillende wetten die voor alle hulpverleners gelden en tot doel hebben het recht op zelfbeschikking van de cliënt te waarborgen:

- De Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ)
- De Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector (WKCZ)
- De Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO)
- De Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ)
- De wet Mentorschap
- De Kwaliteitswet Zorginstellingen

Tot slot worden ook bevoegdheden toegekend aan naastbetrokkenen (veelal familieleden of wettelijke vertegenwoordigers). In de *Betrokken Omgeving* (Blauwbroek, 2004), ook wel 'Modelregeling relatie GGZ-instelling - Naastbetrokkenen' genoemd, worden deze bevoegdheden beschreven. De positie van cliënten is formeel verbeterd en in navolging van de definitie van Van Haaster zou je kunnen zeggen dat deze kaders, wetten en bepalingen, bijdragen aan de herverdeling van competenties. Maar elke klacht over bejegening, twijfel over respect, het opdringen van een behandeling, of niet uitgaan van de ervaringskennis en ervaringsdeskundigheid van de cliënt en zijn/haar systeem, is er een teveel.

Uit onderzoek door studenten van de Hogeschool Zuyd en de HvA blijkt dat we als beroepsgroep goed in staat zijn de blinde vlekken rond bejegening en attitude bij collegae te signaleren. Die signaalfunctie kunnen we echter niet op onszelf toepassen, dat is nu eenmaal kenmerkend voor 'blinde vlekken'. Voor reflectie, intervisie en/of multiloogbijekomsten (www.inca-pa.nl) is vanwege hoge werkdruk nauwelijks tijd. Gelukkig vonden verschillende SPV-en in het veld wel tijd om studenten te woord te staan die betrokken waren bij het project cliëntperspectief van de twee Hogescholen.

Hogeschool Zuyd, de Hogeschool van Amsterdam en de werkgroep cliëntparticipatie

Een respectvolle bejegening is de eerste stap om vanuit een cliëntvriendelijke attitude te werken. Hoewel ervaringen niet over een kam geschoren mogen worden, geven ervaringsverhalen van cliënten en familieleden soms een andere werkelijkheid weer dan de op papier beschreven voorwaarden en uitgangspunten. In theorie zijn principes gemakkelijker te omhelzen dan in de praktijk. Annette Plooi (2006) legt haar vinger wat dat betreft op de zere plek: in de praktijk zijn principes soms pijnlijk en beschamend. Kritiek dulden op je eigen functioneren, of die van je beroepsgroep, is heel andere koek. Als de sluisen van teleurstelling en woede over begeleiding en behandeling bij cliënten en hun familieleden opengaan, dan raakt dit ook je eigen gevoel. Als er iets is dat we in veel opleidingen tot hulpverlener hebben afgeleerd, is het wel geraakt worden in je eigen gevoel. Termen als overdracht, tegenoverdracht en tegenreactie schieten dan in mijn gedachten. Ik heb ze ook geleerd én toegepast in mijn hoofd, om mijn hart maar niet te hoeven laten spreken. Tegenwoordig zijn ervaringsdeskundigen zowel in de GGZ praktijk als in opleidingen aan het werk. Zij leren ons 'professionals' te luisteren naar het échte verhaal van cliënten en hun familieleden. Want blijkbaar leren we onvoldoende 'bewust' wat de betekenis is van het verhaal van de cliënt en/of de familie (Van Wel, 2006). In trainingen cliënt- en familieperspectief wordt ruimte gemaakt om te luisteren, te vertellen én te voelen wat de betekenis is van macht en onmacht, kwetsbaarheid en kracht, verdriet om de handicap en hoop op en kracht voor herstel.

Gevoelens, opvattingen en opinies vormen onze attitude. Attitudes worden onder andere gevormd door positieve bekrachtiging. De omgeving waarin we verkeren heeft invloed op onze attitude, vooral als we die omgeving als belangrijk zien. Het is dus van groot belang te weten hoe we aankijken tegen cliënten en familieleden. Welke opinies, opvattingen en gevoelens we hebben, want die vormen immers onze attitude. Jezelf blijven in contact met cliënten en familieleden is niet eenvoudig als in de instelling waar we werken niet duidelijk is welke opvattingen wérkelijk bestaan over attitude en bejegening. Zoals al eerder naar voren kwam worden op papier regels geformuleerd maar hoe daar in de praktijk mee wordt gewerkt is nauwelijks onderwerp voor een inter- of multidisciplinair gesprek, laat staan van een multilooggesprek. Tijd voor onderzoek dus.

Start van de werkgroep

Het beleidsplan NVSPV 2002-2006 werd tijdens een ledenvergadering besproken en goedgekeurd. In een van de alinea's van dit plan is te lezen dat cliënten zich regelmatig positief uitlaten over de SPV. Daarnaast is er ook kritiek op de volgende punten:

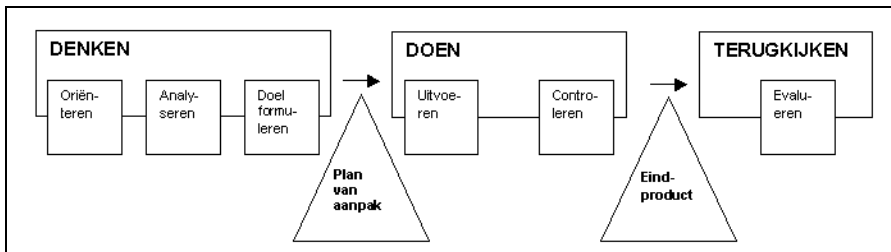
- de SPV werkt vaak te professioneel: er wordt verkokerd ingegaan op de zorgvraag van de cliënt;
- er zijn klachten over onzorgvuldige bejegening;
- de SPV stelt het instellingsbelang soms boven het cliëntenbelang.

De kritiekpunten waren aanleiding om met een aantal leden (11) een werkgroep te vormen en activiteiten te ontwikkelen. De notitie 'cliëntenparticipatie in de sociaal psychiatrische verpleegkunde' verscheen en werd voorgelegd aan en

aangenomen door de ledenvergadering (november, 2003). Het toenmalig bestuur was van mening dat het uitgangspunt (weliswaar onderschreven door de aanwezigen) *cliëntenparticipatie is verankerd in de visie, uitgangspunten en attitude van sociaal psychiatrisch verpleegkundigen* nader onderzocht moest worden onder de leden. Aanvankelijke werd het Instituut voor Gebruikersparticipatie en Beleid (IGPB) gevraagd deze ledenraadpleging op te zetten en uit te voeren. Spijtig genoeg bleek dit voor de vereniging te kostbaar. Vervolgens werd de vraag voorgelegd aan het platform van de gezamenlijke SPV opleidingen. De opdracht was het opstellen van een vragenlijst over cliëntparticipatie die voorgelegd kan worden aan de leden van de beroepsvereniging.

Projectonderwijs

In het beroepsdeelprofiel SPV worden de competenties beschreven waaraan een SPV in de praktijk moet voldoen. Onder competentie wordt verstaan: *"een -continu te onderhouden en te ontwikkelen- combinatie van vaardigheden, kennis, attitudes en persoonskenmerken, nodig om in een bepaalde werksituatie adequaat, effectief en efficiënt te handelen"* (AVVV, 2004: 21). Een van de vormen om invulling te geven aan competentiegericht leren is het projectonderwijs. Hierin staan actief en zelfstandig leren, gericht op kennistoepassing centraal. Aan de hand van een opdracht, die een duidelijk en tastbaar resultaat moet opleveren, wordt samengewerkt met verschillende studenten. Naast het leren zoeken naar en gebruiken van kennis (liefst evidence based) wordt met deze vorm vooral een beroep gedaan op het vermogen van de studenten tot plannen en structureren. De studenten krijgen projectinstructies en begeleiding van een docent. De docentenrol is gericht op ondersteuning bij het ontwikkelen van de inhoud en begeleiding van het proces. Parallel aan projectonderwijs worden meestal ondersteunende colleges gegeven (onderzoeksmethodologie) en training (cliënt-en familieperspectief).



Schematisch gezien worden bovenstaande stappen genomen in het projectonderwijs.

Projectonderwijs is vanwege de vorm maar ook qua inhoud een uitwerking in leerinhoud van de competenties op het gebied van de professie- en organisatiegebonden taken uit het beroepsdeelprofiel.

Drie projecten in het kader van cliëntenparticipatie

Het studentenproject 'Cliëntenparticipatie in de beroepspraktijk van de SPV' vloeit voort uit de samenwerking tussen de NVSPV en de SPV-opleidingen van de Hogeschool Zuyd (HSZ) in Heerlen en de Hogeschool van Amsterdam (HvA). Beide SPV-opleidingen beschouwen het cliëntenperspectief als een speerpunt in het opleidingsbeleid.

Onderwijs is, net als elke andere organisatie, gebonden aan regels en aan tijden. Voor de uitvoering van de opdracht brengt dit niet alleen kansen mee, studenten leren de beroepsvereniging beter kennen, werken op verschillende manieren aan competenties uit het profiel, maar ook beperkingen.

Een dergelijk project kan maar een keer per jaar gestart worden en is te complex om in een periode in al zijn facetten behandeld te worden. Dit betekende dat het project een looptijd had van drie jaar, 2004-2005 en 2006. Het is uitgevoerd door verschillende cohorten (drie) van twee opleidingen.

In het eerste project hebben studenten thema's verzameld aan de hand ziektebeschrijvingen en boeken geschreven door cliënten die het cliëntenperspectief zichtbaar maken. In het tweede project hebben studenten deze thema's verder onderbouwd en aangevuld met informatie van cliënten- en familie verenigingen en relevante websites. Ook hebben zij een eerste aanzet gegeven tot de vragenlijst. Door de docenten van beide opleidingen zijn de resultaten van de projecten verder bewerkt. In de laatste fase interviewden studenten SPV-en in de praktijk over het thema cliëntenperspectief en -participatie als pilot voor de definitieve vragenlijst. De definitieve vragenlijst zal als schriftelijke enquête naar alle leden van de beroepsvereniging worden gestuurd om te toetsen of *cliëntenparticipatie verankerd is in de visie, uitgangspunten en attitude van sociaal psychiatrisch verpleegkundigen*. Bij het opstellen van de vragenlijst werd onderscheid gemaakt in cliëntenperspectief en cliëntenparticipatie (Dimmers & Ruhe, 2006).

Cliëntenperspectief

Het perspectief van cliënten vinden we terug in egodocumenten en producten van cliënten - en familie organisaties. Onderzoeken van en door cliënten laten het levensperspectief zien, de kracht en de creativiteit waarmee mensen hun leven vorm geven. Het zijn ook beschrijvingen van het leven voor en na de diagnose, het verwerkingsproces en de punten waarop zij hebben moeten inleveren sociaal, maatschappelijk en financieel. Ook wordt in deze documenten zichtbaar wat de vraag en de belangen van de cliënt zijn en de wensen t.a.v. de zorg waar mensen behoefte aan hebben. Ook beschrijven zij de knelpunten in de huidige financiering en het hulpverleningsaanbod.

Cliëntenparticipatie

Het emancipatie proces van de cliënt dat zichtbaar wordt in de documenten van patiënten- en familie organisatie heeft geleid tot wet en regelgeving. Onderzoek naar de participatie van cliënten is dikwijls concreter te meten. Voorbeelden zijn de evaluatie onderzoeken waarin gemeten wordt of wet en regelgeving, die de positie van cliënten en de kwaliteit van zorg moeten verbeteren in de praktijk zijn ingevoerd en/of tot resultaten heeft geleid.

Ook beroepsverenigingen hebben in hun beroepsdeelprofiel en beroepscode uitgangspunten geformuleerd die moeten bijdragen dat de participatie van cliënten gewaarborgd wordt.

In het algemeen ontwikkelen beroepskrachten in de loop van hun carrière blinde vlekken en draaien voor een deel op routine. Met de onderzoeksbil op wordt nagegaan of en in hoeverre daar bij de SPV ook sprake van is. Met behulp van een semi-gestandaardiseerde vragenlijst werd een representatieve groep SPV-en geïnterviewd die haar werkzaamheden verricht in verschillende velden van de GGZ. Een onderzoek naar het beeld bij professionals van het cliëntenperspectief kan natuurlijk het beste opgesteld en uitgevoerd worden door cliënten. Want als beroepsbeoefenaren hun collega's gaan interviewen over het thema cliëntenperspectief kan er vertekening ontstaan. Ten eerste omdat er een vertaalslag in de enquête is gemaakt om woorden en uitspraken van cliënten uit egodocumenten samen te voegen en om te zetten in thema's voor een vragenlijst. Ten tweede heb je bij een dergelijk onderzoek te maken met vertekening die het gevolg is van sociaal wenselijke antwoorden. Want geen SPV zal aangeven dat het cliëntenperspectief niet belangrijk is. Met andere woorden een project uitgevoerd door en voor SPV-en draagt het gevaar in zich dat het perspectief van de cliënt verbleekt.

Bruikbaar en betrouwbaar?

Tijdens de Studiemiddag van de V&VN-SPV *Werk maken van cliënten en familieparticipatie* (november 2006) presenteerden twee studenten van Hogeschool Zuyd, *Diana Kweens* en *Hugo Vanreyten* de uitkomsten van de verschillende interviews die de studenten uit beide regio's hebben afgenomen. Zoals voorspeld werd, vinden alle geïnterviewden (20) cliëntenparticipatie belangrijk. Respect en een goede bejegening staan hoog in het vaandel van de bevroegde SPV-en. Respondenten vinden dat ze veel aandacht aan deze grondbeginselen besteden en dat ook in feite de voorwaarde is om samen te werken met cliënten. Op de vraag hoe dit dan vorm krijgt en op welke wijze de competenties en kwaliteiten van cliënten ook daadwerkelijk worden benut, moesten veel respondenten erkennen dat ze daar geen pasklaar antwoord op konden formuleren. Ook werden tegenstrijdige reacties geconstateerd. In theorie wordt gesteld dat afstemming tussen wensen en mogelijkheden van cliënten en hulpverlener van groot belang is. Het onderzoek van de hulpverlener naar de kwaliteiten van de cliënt blijft echter vaak achterwege. Of en hoe de hulpverlener blij geeft van respect in de bejegening wordt bij cliënten nauwelijks getoetst. Opvallend is echter wel dat respondenten goed kunnen aangeven hoe die vlag erbij hangt bij collegae SPV. De blinde vlekken op dit terrein worden bij collega's duidelijk gesignaleerd. Dit roept echter geen vragen op bij de respondenten over eventuele eigen blinde vlekken. De medewerking aan het interview vergroot echter het bewustzijn over de eigen visie en attitude ten aanzien van het thema cliëntenparticipatie. De geïnterviewden realiseren zich vooral dat nauwelijks tijd vrij gemaakt wordt om met collegae en cliënten stil te staan bij een dergelijk belangrijk onderwerp in de zorg. De studenten constateerden voorts dat de respondenten hun eigen bedoelingen en intenties als norm en toets gebruiken. Wettelijke kaders en professionele standaarden, kan men nauwelijks benoemen. Op basis van deze gegevens kan voorzichtig geconcludeerd worden dat de respondenten van mening zijn dat *cliëntenparticipatie is verankerd in de eigen visie, uitgangspunten en attitude*. Dit thema heeft wel degelijk de aandacht van de geïnterviewde SPV-en. Wat echter minder duidelijk aanwezig blijkt, is het besef van eigen blinde vlekken rond attitude en bejegening. Die van collegae worden gesignaleerd maar dit leidt niet tot maatregelen om een en ander onderling bespreekbaar te maken. Kennis van wettelijke kaders en professionele standaarden worden niet aangewend als instrument om het eigen handelen aan te toetsen. Deze gegevens zijn bruikbaar om een definitieve vragenlijst op te stellen en voor te leggen aan de beroepsgroep. Of daarmee de betrouwbaarheid van de uitkomst op de vraag of *cliëntenparticipatie is verankerd in de visie, uitgangspunten en attitude van de sociaal psychiatrisch verpleegkundigen* wordt vergroot, is niet aannemelijk. Op basis van de gegevens kunnen mogelijk wel vragen voor vervolgonderzoek worden geformuleerd. De vraag naar vervolgonderzoek zou dan bij voorkeur bij cliëntenraden van instellingen moeten worden neergelegd.

Tot slot

Dit 'onderzoek' is uitgevoerd door studenten van MGZ-GGZ opleidingen. De betrokken docenten en de leden van de werkgroep cliëntenparticipatie realiseren zich goed dat aan de uitkomsten geen wetenschappelijke conclusies verbonden mogen worden. De studenten worden immers niet opgeleid tot wetenschappelijk onderzoekers. De waarde van praktijkonderzoek rond dit thema heeft echter wel zijn nut bewezen. In de eerste plaats is het bewustzijn van de betrokken studenten en docenten rondom het thema cliëntenparticipatie vergroot. In evaluaties van studenten die de opleiding verlieten bleek ook dat de kennis over de eigen attitude rondom cliëntperspectief en cliëntenparticipatie was toegenomen. Samenwerking met cliënten en familieorganisaties en ervaringsdeskundigen door de opleidingen is vanzelfsprekend en bestendig.

De samenwerking met de beroepsvereniging via het uitvoeren van een opdracht biedt de mogelijkheid om een duidelijker beeld te krijgen van de competenties die geformuleerd zijn rond de professie- en organisatie gebonden taakgebieden. Samenwerking tussen beide Hogescholen heeft geleid tot het delen van kennis en kunde rond de uitvoering van bepaalde onderdelen van het curriculum. Kortom, een project dat vervolgd kan worden met aanvulling van en samenwerking met cliënten en familievertegenwoordigers.

Literatuur

- AVVV (2004) *Beroepsdeelprofiel Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige*, Utrecht: AVVV.
- Blauwbroek, H. (2004) *Betrokken Omgeving*. Modelregeling Relatie GGZ-Instelling-Naastbetrokkenen. Gezamenlijke uitgave, publicatienummer 2003-247L.
- Chamberlin, J. (2006) Bekentenis van een onwillige patiënt. In: Boevink, W., A. Plooij & S. van Rooijen red., *Herstel, Empowerment en Ervaringsdeskundigheid van mensen met psychische aandoeningen*. Amsterdam: SWP.
- Cohen, A.L. (2002) *Beroepscode SPV*, Eindhoven: NVSPV.
- Dimmers, J.W.M. & M.A.E. Ruhe (2006) *Project Cliëntenperspectief*. Reader MGZ-GGZ. Amsterdam: HvA.
- Haaster, H. P.M.van, (2001) *Cliëntenparticipatie*, Bussum: Coutinho.
- Kragten, R. (1999) *Bejegening in de G.G.Z.* Cliënten in de geestelijke gezondheidszorg aan het woord over bejegening, Utrecht: Cliëntenraad W.A.Huis.
- Plooij, A. (2006) Proloog. In: Boevink, W., A. Plooij & S. van Rooijen red., *Herstel, Empowerment en Ervaringsdeskundigheid van mensen met psychische aandoeningen*. Amsterdam: SWP.
- Wel, T.van (2006) De wij-zij-kloof. In: Boevink, W., A. Plooij & S. van Rooijen red., *Herstel, Empowerment en Ervaringsdeskundigheid van mensen met psychische aandoeningen*. Amsterdam: SWP.
- Werkgroep cliëntenparticipatie (2003) *Cliëntenparticipatie in de sociaal psychiatrische verpleegkunde*. Startnotitie en advies ledenvergadering november 2003. Eindhoven: NVSPV.