

## **SWVG Rapport nr. 47**

# **De ontwikkeling van een multidisciplinaire richtlijn voor het betrekken van de context in de geestelijke gezondheidszorg**

## **Bijlage 3: Het expertpanel**

### **Inhoud**

<b>1</b>	<b>Methode</b>	<b>3</b>
2	Resultaten uit de groep van onderzoekers, koepels en juristen	4
	2.1 Bedenkingen m.b.t. de inleiding	4
	2.2 Bedenkingen m.b.t. het microniveau	5
	2.3 Bedenkingen m.b.t. het meso- en macroniveau	7
3	Resultaten uit de groep van GGZ-voorzieningen en zorgverstrekkers	8
	3.1 Bedenkingen m.b.t. de inleiding	8
	3.2 Bedenkingen m.b.t. het microniveau	9
	3.3 Bedenkingen m.b.t. het mesoniveau	12
	3.4 Bedenkingen m.b.t. het macroniveau	13
4	Resultaten uit de groep van familie- en patiëntvertegenwoordigers	13
	4.1 Bedenkingen m.b.t. de inleiding	13
	4.2 Bedenkingen m.b.t. het microniveau	15
	4.3 Bedenkingen m.b.t. het mesoniveau	17
	4.4 Bedenkingen m.b.t. het macroniveau	18



## 1 Methode

Op 5 juni 2020 organiseerden de onderzoekers een expertpanel om de richtlijn voor te leggen aan verschillende experts inzake het betrekken van naasten. De experts werden opgedeeld in drie groepen: (1) onderzoekers, juristen en koepelorganisaties, (2) GGZ-voorzieningen en zorgverstrekkers en (3) patiënten- en familievertegenwoordigers.

Ter voorbereiding kregen de experts de meest recente versie van de MDR op 25 mei 2020 per e-mail toegestuurd. Samen met de MDR werden ook de hoofdvragen van de bijeenkomst mee gestuurd, zodat de experts zich optimaal konden voorbereiden. Gezien de omvang van het document, werd aan de experts gevraagd om in de eerste plaats te focussen op **de delen en de topics van de richtlijn die ze zelf het meest belangrijk vonden en/of waarmee ze de meeste affiniteit hadden**.

Volgende vragen vormden de leidraad van het expertpanel:

- Inleiding:
  - In welke mate is de inleiding duidelijk?
- Vragen voor het micro-, meso- en macroniveau. Dezelfde vragen worden bij elk niveau gesteld.
  - In welke mate kan u zich vinden in de aanbevelingen?
  - In welke mate zijn de aanbevelingen haalbaar?
  - Onder welke voorwaarden is de toepassing van de richtlijn mogelijk?

Het expertpanel vond plaats via ZOOM, een online vergadertool, gezien het niet mogelijk was om een fysieke bijeenkomst te houden wegens de geldende coronamaatregelen. De bijeenkomst startte met een introductie over het project, het verloop van het onderzoek en de opbouw van de richtlijn. Nadien werden de experts opgedeeld in drie aparte break out rooms voor de discussie. Tijdens de discussie werd er ingegaan op bedenkingen met betrekking tot de richtlijn en de haalbaarheid. Hoe haalbaar zijn de aanbevelingen en wat kan er gedaan worden om de aanbevelingen haalbaarder te maken. De deelnemers kregen de mogelijkheid om na het expertpanel nog bedenkingen door te sturen via e-mail. Volgende paragrafen geven per groep de bedenkingen van de experts weer op: (1) de inleiding, (2) het microniveau en (3) het meso- en het macroniveau.

## 2 Resultaten uit de groep van onderzoekers, koepels en juristen

Deze paragraaf bespreekt de resultaten uit de groep van onderzoekers, koepels en juristen. De resultaten zijn een overzicht van de standpunten die tijdens het expertpanel in deze groep geformuleerd zijn zonder verdere nuancerings of correctie van eventuele onnauwkeurigheden.

### 2.1 Bedenkingen m.b.t. de inleiding

- De richtlijn heeft tot doel de basishouding van hulpverleners en voorzieningen te veranderen zodat de GGZ in de toekomst meer naar een **familie-GGZ of context-GGZ evolueert**. Om tot een dergelijke paradigmawissel te komen moet de visie sterk uitgedragen worden.
- Een achterliggende visie (**rode draad**) ontbreekt. De hoeveelheid aanbevelingen is groot, waardoor het gevaar bestaat dat hulpverleners zich hierin zullen verliezen. Een duidelijke visie kan hulpverleners helpen om wegwijs te geraken in de richtlijn. De visie van de richtlijn sluit het best aan bij de reeds ontwikkelde familiereflex van het Familieplatform Geestelijke Gezondheid.
- De visie mag **toekomstgericht** zijn en vertrekken van 'waar we naartoe willen voor de GGZ'. De visie beperkt zich nu tot bestaande modellen (bv. het medisch model) en wat op dit moment haalbaar en realistisch is, terwijl een richtlijn moet durven veranderen.
- Er wordt in de visie nauwelijks ingegaan op **waarom het belangrijk is om naasten te betrekken**. Het rapport van de kindreflex kan een hulpmiddel zijn om dit verder uit te werken. Het beschrijft waarom hulpverleners de kindreflex moeten doen en staat stil bij de beschermende en risicofactoren. Als mensen weten waarom het betrekken van naasten belangrijk is, zullen ze meer gemotiveerd zijn om de richtlijn toe te passen.
- De familie is als primaire zorgverlener een belangrijke ondersteuningsbron die zelf ook ondersteuningsnoden heeft. Psychiatrische problemen hebben immers een grote impact op families.
- De **basishouding** die van hulpverleners verwacht wordt en de basisprincipes moeten in de inleiding aan bod komen zodat de lezer wordt aangesproken. Beide kunnen in de aanbevelingen verder uitgewerkt worden. Hierdoor wordt de lezer aangesproken en worden de belangrijkste principes van in het begin meegegeven.
- Verschillende voorzieningen en disciplines zullen anders met de richtlijn aan de slag gaan. Het is daarom belangrijk om reeds in de inleiding te benadrukken dat elke voorziening een vertaalslag moet maken naar de eigen werking met aandacht voor de verschillende disciplines werkzaam in de organisatie.
- De **toon van de inleiding** en de richtlijn is weinig enthousiasmerend. De richtlijn focust te veel op wat hulpverleners allemaal moeten doen en aan welke juridische wetgeving ze extra aandacht moeten schenken. Dit schrikt hulpverleners meer af dan dat het hen zal motiveren. Een loutere opsomming bemoeilijkt ook het creëren van een dynamiek rond het thema. De experts vrezen dat enkel hulpverleners die reeds overtuigd zijn van het belang van het betrekken van naasten de richtlijn zullen volgen. Een duidelijke visie met een sterke rationale zal meer overtuigen. Daarnaast kunnen **quotes** uit de interviews (stemmen uit de praktijk) helpen om lezers te overtuigen.

- De richtlijn is bovendien omvangrijk met een **overload** aan **informatie als gevolg**. Het is volgens enkele experts een goed idee om een **factsheet** te maken die de belangrijkste punten en aanbevelingen samenvat.

## 2.2 Bedenkingen m.b.t. het microniveau

### 2.2.1 Algemeen

- De aanbevelingen hebben een sterke **residentiële ondertoon**. Het lijkt alsof de aanbevelingen geschreven zijn voor zorggebruikers die reeds op een afdelingen verblijven of minstens in begeleiding zijn. Een zorggebruiker die nieuw is binnen de GGZ komt niet ter sprake in de aanbevelingen.
- Sommige aanbevelingen komen technisch over en dekken niet steeds de volledige lading. Zo wordt er bijvoorbeeld over bemiddeling en ondersteuning gesproken, terwijl hoop geven en herstel stimuleren ook belangrijk is en minder benadrukt wordt. Verder komt het doel van de richtlijn nog niet sterk genoeg naar voor. Dit kan beter worden eens er een duidelijke visie is die wordt doorgetrokken naar alle aanbevelingen.
- De **definitie van naasten** wordt in vraag gesteld. Het is onvoldoende duidelijk of het enkel gaat om pro-sociale contacten of niet en of het steeds de zorggebruiker is die bepaalt wie de naasten zijn. Binnen de forensische GGZ kan dit een probleem zijn. Wanneer de zorggebruiker naasten aanduidt die een slechte invloed hebben (bv. mededaders), hoe gaat een hulpverlener hier dan mee om. Volgens de wet patiëntenrechten die in deze richtlijn gevolgd wordt, zijn het inderdaad de zorggebruikers die beslissen wie hun naasten zijn en mogen hulpverleners in principe geen naasten weigeren. Sommige experts stellen zich de vraag in welke mate hulpverleners kunnen bepalen wie goede of slechte naasten zijn.
- De **noden van naasten** worden nog te weinig bevraagd in de richtlijn. Het gaat nog te veel over de naasten die ten dienste staan van de zorggebruiker, eerder dan dat naasten zelf onder de aandacht worden gebracht.
- Een andere deelnemer vindt dat **naasten als gespreksonderwerp** eveneens een onderdeel is van aan de slag gaan met naasten. Er wordt aangehaald dat het voor zorggebruikers op afdelingen heel zwaar kan zijn als ze zien dat andere zorggebruikers veel bezoek krijgen en zijzelf niemand hebben. Hulpverleners zouden hierover in gesprek kunnen gaan met de zorggebruikers en binnen het team moet hier aandacht voor zijn. Dit komt nu niet naar voor in de aanbevelingen.
- Het onderwerp **gedwongen opnames** wordt onvoldoende besproken. Er wordt in dit onderdeel vooral ingegaan op het betrekken van naasten wanneer de gedwongen opname stopt, terwijl een belangrijk moment van de gedwongen opname zich vaak voor de opname afspeelt. De beslissing om over te gaan tot een gedwongen opname is zeer belangrijk. Hier zou meer met naasten moeten samengewerkt worden. Er wordt gevraagd om dit deel verder uit te werken.
- Het onderwerp '**ongezonde en verstoorde relaties** tussen zorggebruik en naaste' is volgens sommigen niet helemaal juist. In de psychiatrie is de meerderheid van de relaties verstoord, gezien een psychische stoornis steeds een impact heeft op de relatie. Dus het verbeteren en herstellen van relaties is eerder norm dan uitzondering.

### 2.2.2 De twee Vlaamse richtlijnen

- De richtlijn bevat aanbevelingen uit twee **reeds ontwikkelde MDR's**: de MDR 'de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële GGZ' en de MDR 'detectie en behandeling van suïcidaal gedrag'. De aanbevelingen werden hier en daar aangevuld en genuanceerd. Van elke richtlijn nam een van de ontwikkelaars deel aan dit expertpanel.
- Beide ontwikkelaars gaan akkoord met de voorgestelde aanvullingen en nuanceringen. In sommige aanbevelingen zit er wel **veel herhaling**. De ontwikkelaars stellen daarom voor om de aanbevelingen samen met de onderzoekers te overlopen en in te korten. Doordat de aanbevelingen uit hun context zijn gehaald, is een duidelijke toelichting en een verwijzing naar de originele richtlijnen nodig. Daarnaast wordt er gevraagd om de titel van 'omgaan met vrijheidsbeperkende maatregelen' aan te passen naar 'omgaan met afzondering en fixatie in residentiële GGZ'. In de richtlijn wordt immers enkel gesproken over afzondering en fixatie en worden er geen uitspraken gedaan over andere vrijheidsbeperkende maatregelen.

### 2.2.3 De juridische aanbevelingen

- De richtlijn heeft naast een klinische ook een juridische onderbouwing waardoor er soms onenigheid ontstaat tussen wat volgens de wetgever wel en niet kan en hoe de klinische praktijk hiernaar kijkt. Een dergelijk conflict doet zich bijvoorbeeld voor wanneer een hulpverlener vindt dat de betrokkenheid van een naaste nefast is voor het herstel van een zorggebruiker. Volgens de wet patiëntenrechten ligt de beslissing om een naaste te betrekken volledig bij de zorggebruiker en is de mening van de hulpverlener niet rechtsgeldig. In de forensische GGZ kan dit voor moeilijkheden zorgen. Het is mogelijk om in de nabeschuiving de moeilijkheden m.b.t. het wetgevend kader kort te vermelden.
- Enkele experts stellen de juridische aanbevelingen in vraag. Enerzijds is het volgens hen belangrijk dat hulpverleners de wet kennen en hiernaar handelen, anderzijds hebben ze het gevoel dat de juridische aanbevelingen angst inducerend werken. Ze gaan vooral in op de uitzonderingen waarmee hulpverleners rekening moeten houden wat voor onzekerheid kan zorgen.
- De experts stellen voor om de juridische aanbevelingen praktischer te omschrijven. Bijvoorbeeld wanneer de zorggebruiker, de naaste en de hulpverlener in dialoog zijn met elkaar, is er geen sprake van het medisch geheim. Op deze manier worden er concrete handvatten aangekeerd. De richtlijn kan ook werken met praktische casussen, al is het moeilijk om een casus te bedenken die voor alle doelgroepen en settings interessant zijn.

### 2.2.4 De structuur en opdeling

Er zit weinig structuur en hiërarchie in de richtlijn. Het lijkt op een lange lijst van onderwerpen en aanbevelingen zonder enige samenhang. Door de opsomming van aanbevelingen in verschillende punten voelt de richtlijn aan als een **afvinklijst die hulpverleners moeten doorlopen wat een** vals gevoel van goed bezig zijn geeft.

De onderwerpen uit de twee Vlaamse richtlijnen zijn veel langer en uitgebreider dan de andere onderwerpen. Bovendien gaat er veel aandacht naar uitzonderingen. Dit brengt de richtlijn uit evenwicht.

Er worden verschillende suggesties gegeven om meer structuur in de richtlijn te brengen.

- Net als in de **familierflex**, kan de richtlijn werken met de opdeling bejegenen, informeren, ondersteunen en samenwerken om de aanbevelingen te bundelen. De moderator verduidelijkt dat de richtlijn eerst zo was opgedeeld, maar dat dit heel kunstmatig aanvoelde.
- De richtlijn kan starten met **alle algemene aanbevelingen** (gaande van onderwerp 1 tot 11) en daarna wijzen op de **uitzonderingen**, de specifieke situaties. Op deze manier staat het algemene, de basishouding centraal. Hierbij kan gewerkt worden met verschillende delen. Bijvoorbeeld: Deel 1 de basishouding, Deel 2 specifieke situaties, Deel 3 ... Dit maakt het geheel leesbaarder dan 20 opgesomde onderwerpen.
- Er kan een **infographic** toegevoegd worden aan de richtlijn die op één pagina de kernpunten weergeeft: de visie gelinkt aan de belangrijkste aanbevelingen.
- Volgens enkele experts staat het juridisch kader te veel op de voorgrond. Het is daarom een optie om alle juridische aanbevelingen te bundelen in één paragraaf of in bijlage te zetten.

### 2.3 Bedenkingen m.b.t. het meso- en macroniveau

- De richtlijn streeft naar een visieverandering binnen de GGZ, waarbij het betrekken van naasten een basiswaarde is en niet zomaar een extraatje. Dit vraagt een **attitudewijziging** op het niveau van de hulpverleners, de voorzieningen en het beleid.
- Een van de experts vindt de aanbevelingen over het algemeen haalbaar, al vereisen ze wel verschillende vaardigheden die (nog) onvoldoende getraind zijn. Dat hulpverleners naasten vandaag onvoldoende betrekken komt mede doordat de basishouding, de attitudes en bepaalde vaardigheden ontbreken. Aanbevelingen over het volgen van **opleiding** in de hogere niveaus dragen ertoe bij dat het betrekken van naasten bij hulpverleners een reflex wordt.
- Op het macroniveau kunnen we enkele **juridische aanbevelingen** toevoegen. Bijvoorbeeld, specificeer in de wet in welke uitzonderlijke gevallen (bv. in bepaalde forensische situaties of tijdens een pandemie) het betrekken van naasten beter beperkt wordt.
- Het macroniveau moet meer de nadruk leggen op de nood aan een **nieuw financieringsmodel** i.p.v. enkel aan te geven dat er meer middelen nodig zijn. Een nieuw financieringsmodel waarbij het doel van een begeleiding tweeledig is – zowel de zorggebruiker begeleiden als naasten ondersteunen – stuurt meer aan op verandering in de GGZ.
- Het aanstellen van functies moet gekoppeld zijn aan het installeren van een familiebeleid. Zonder overkoepelend familiebeleid hebben de functies immers geen zin. Doordat dit nu apart vermeld staat, kan een voorziening dit interpreteren als verschillende opties die kunnen worden geïnstalleerd zonder enige samenhang.
- De **implementatie** van de richtlijn is een groot aandachtspunt en kan gebeuren door een samenvatting van de richtlijn te maken, een online leermodule of website te ontwikkelen en te investeren in een sterke opleiding en sensibilisering rond dit thema.

### 3 Resultaten uit de groep van GGZ-voorzieningen en zorgverstrekkers

In wat volgt wordt een overzicht gegeven van de standpunten die tijdens het expertpanel in de groep van GGZ-voorzieningen en zorgverstrekkers geformuleerd zijn zonder verdere nuanceringen of correctie van eventuele onnauwkeurigheden.

#### 3.1 Bedenkingen m.b.t. de inleiding

- Positieve punten van de inleiding zijn volgens de experts: de kadering van de richtlijn binnen de vermaatschappelijking van de zorg en de herstelvisie, het expliciet benoemen van naasten als een vaste waarde in het leven van de zorggebruiker en een waardevolle partner in de zorg, het erkennen van de expertise van naasten m.b.t. de zorggebruiker en de duiding van de wetgeving d.m.v. schema's.
- De inleiding staat nog niet helemaal op punt en moet verder uitgewerkt worden. **Het burgerschapsmodel** en het begrip kwartiermaken kunnen in de inleiding aangehaald worden. De richtlijn is nu sterk geënt op éénrichtingsverkeer: de naasten moeten de zorggebruiker ondersteunen terwijl het voor de zorggebruiker belangrijk is om iets te kunnen betekenen voor anderen en niet gereduceerd te worden tot zijn kwetsbaarheid. Het is dus belangrijk om de zorggebruiker niet te beperken tot zijn ziekte, maar als een volwaardige persoon te zien die nog steeds verschillende rollen in de samenleving vervult (ouder, werknemer, kind van, partner van, etc.).
- Het burgerschapsmodel is goed uitgewerkt door **vzw Lus**, een organisatie die ook verschillende interessante methodieken aanreikt om het netwerk van naasten in kaart te brengen. Enkele methodieken zijn bijvoorbeeld de netwerkkaart van Gennep of de levenslijn. Er zou naar vzw Lus verwezen kunnen worden in de goede praktijken.
- In de aanbevelingen gaat de individualiteit verloren. Niet alle aanbevelingen zijn op elke zorggebruiker van toepassing. De inleiding moet daarom benadrukken dat het betrekken van naasten **maatwerk** is en dus voor elke zorggebruiker anders is.
- Een juiste **basishouding** bij hulpverleners is nodig om naasten te kunnen betrekken. Fundamentele attitudes zijn onder meer verkennend en creatief zijn, out of the box durven denken en werken volgens het burgerschapsmodel.

Volgens enkele deelnemers bevat de richtlijn **spanningen en tegenstrijdigheden**.

- Het werken in een triade kan voor veel, maar niet voor alle, zorggebruikers helpend zijn. Sommige aanbevelingen zijn dwingend waardoor het lijkt alsof naasten steeds betrokken moeten worden en **de regie en autonomie** van de zorggebruiker naar de achtergrond schuift. Volgens andere aanbevelingen mag de zorggebruiker zich niet onder druk gezet voelen wat tegenstrijdig is met de eerdere aanbevelingen. De experts stellen voor om in de inleiding duidelijk te vermelden dat het betrekken van naasten helpend kan zijn maar dat zorggebruikers het **recht hebben om betrokkenheid te weigeren**. Ook naasten hebben het recht om betrokkenheid te weigeren (zoals ook hulpverleners in sommige gevallen betrokkenheid kunnen afraden). In dat geval is het de taak van de hulpverlener om zorggebruiker hiervan op de hoogte te brengen en hen waar nodig te ondersteunen om de teleurstelling en ontgoocheling een plaats te geven.



- Autonomie is **niet voor alle leeftijdsgroepen vanzelfsprekend**. Bij oudere en jongere zorggebruikers wordt er veel samengewerkt met naasten en krijgt de hulpvraag van naasten vaak de bovenhand op de hulpvraag van de zorggebruiker wat tot spanningen leidt. Het is belangrijk dat hulpverleners steeds aandacht hebben voor de autonomie van de zorggebruiker en regelmatig zijn voorkeuren opnieuw bevragen. Dit moet onderdeel zijn van de basishouding van hulpverleners.
- Het regelmatig opnieuw bevragen van de wensen van oudere zorggebruikers inzake het betrekken van naasten is niet altijd eenvoudig gezien hun kwetsbare positie. Het vraagt tijd en de nodige vaardigheden. Volgens de experts is er nood **aan een opleiding** om dit op een goede manier te leren doen.
- In de forensische GGZ staat het betrekken van naasten nog in de kinderschoenen. Tot nu toe worden naasten enkel betrokken om informatie over de zorggebruiker te verzamelen in functie van de behandeling. Naasten betrekken bij de behandeling zelf gebeurt nog niet. De forensische sector voelt sterk de nood om naasten te ondersteunen, maar dit is nog niet goed uitgewerkt. Naasten die dit wensen geeft men psycho-educatie of verwijst men naar lotgenotengroepen, maar specifieke hulpverlening voor naasten van forensische zorggebruikers is er niet. Dit bemoeilijkt het toepassen van de richtlijn en vraagt extra aandacht op het beleidsniveau.
- De spanningen zijn het gevolg van de verschillende doelgroepen die er in de GGZ zijn en waarop de richtlijn van toepassing is. De verschillende doelgroepen worden te laat in de inleiding geduid – dit zou in het begin van de inleiding aan bod moeten komen.

### 3.2 Bedenkingen m.b.t. het microniveau

#### 3.2.1 Algemeen

- Het microniveau legt sterk de nadruk op het informeren en ondersteunen van naasten en gaat te weinig in op het **samenwerken met naasten**. Naasten hebben veel kennis en expertise over de zorggebruiker en kunnen de hulpverlener helpen om een begeleidingsplan op te stellen. De naaste mag wel geen extra begeleider of hulpverlener van de zorggebruiker worden, want dan ontstaat er een machtsverhouding tussen de naaste en de zorggebruiker.
- Het begrip naasten kan breed ingevuld worden, volgens enkele experts kunnen zelfs huisdieren hieronder vallen.
- Wanneer er geen of weinig naasten in het leven van de zorggebruiker zijn, is het mogelijk om een **nieuw sociaal netwerk uit te bouwen**. Veel mensen hebben immers een **sociale nood**. Dit laatste ontbreekt nu in de aanbevelingen. Via kwartiermaken en buurtwerking kunnen zorggebruikers nieuwe mensen leren kennen en een sociaal netwerk uitbouwen.
- De experts zijn positief over de aanbevelingen rond **diversiteit en culturele verschillen**. Ze geven aan dat hier nood aan is binnen de GGZ, omdat dit onderwerp nergens anders aan bod komt. Verschillende bevolkingsgroepen gaan anders om met psychische problemen en sommigen zien hulpverleners als een bedreiging, wat de nodige aandacht vraagt van hulpverleners. Het is belangrijk dat hulpverleners in een dergelijke situatie weten hoe ze hun aanpak op de situatie kunnen afstemmen. Deze kennis ontbreekt vaak nog.

- Enkele experts vinden de aanbevelingen over **gedwongen opname onvolledig**. Het inleidend stuk omschrijft een gedwongen opname als een beschermingsmaatregel en staat onvoldoende stil bij de impact ervan. Een gedwongen opname kan heel ingrijpend en traumatiserend zijn, in de eerste plaats voor de zorggebruiker, maar evenzeer voor de naasten. Het is bovendien aangewezen om een gedwongen opname zo veel mogelijk te voorkomen. Dit laatste mag op het mesoniveau van de richtlijn sterker benadrukt worden.
- De aanbevelingen rond het betrekken van naasten bij **het verlaten van een residentiële voorziening**, mogen volgens de experts nog uitgebreider. Hulpverleners kunnen sterker inzetten op het **voorbereiden** van het verlaten van de voorziening en de naasten hierbij nauw betrekken en ondersteunen. Ze kunnen naasten uitleggen wat er tijdens de opname gebeurde en hoe ze nadien op een goede manier met de zorggebruiker kunnen omgaan. Zo krijgen naasten tools aangereikt. In de aanbevelingen over crisis is dit beter uitgewerkt. Het zou goed zijn om dat voor dit onderwerp ook te doen.
- Bij **mobiele zorg in de thuissituatie** zijn naasten (bv. kinderen) meestal tijdens de begeleiding aanwezig. Ze luisteren half mee maar worden doorgaans niet mee betrokken. We zouden een aanbeveling voor de mobiele teams kunnen toevoegen om het hele aanwezige systeem te betrekken.
- Zowel voor mobiele teams als voor de residentiële werking wordt het belang van **referentiepersonen** onderstreept. Verschillende experts hebben een KOPP-referentiepersoon in hun team die het werken met kinderen onder de aandacht houdt door als rolmodel en trainer te fungeren en soms zelfs mee aanwezig te zijn bij de begeleiding van zorggebruikers en hun kinderen. Er zou in elk team een referentiepersoon, voor KOPP en naasten, moeten komen om het betrekken van naasten te bewaken. Het introduceren **van een referentiepersoon is een belangrijke tussenstap om ervoor te zorgen** dat het betrekken van naasten uiteindelijk bij alle hulpverleners een reflex en basishouding wordt en niet gekoppeld blijft aan de referentiepersoon.

### 3.2.2 Ongezonde en verstoorde relaties

- De hele richtlijn en vooral het onderwerp ‘verstoorde relaties’ zet sterk in op het herstellen van relaties. Soms is er echter sprake van een toxische relatie die niet meer te herstellen is. De hulpverlener moet dan accepteren dat een contact beter niet hersteld wordt en de zorggebruiker en eventueel de naasten begeleiden in dit rouwproces.
- De aanbevelingen moeten ook aangeven hoe hulpverleners een gevoel van veiligheid kunnen installeren.
- Bij het in kaart brengen van de naasten moeten hulpverleners ook aandacht hebben voor de kwaliteit van de relatie tussen de zorggebruiker en zijn naasten. Hulpverleners moeten oog hebben voor **potentiële risicosituaties**, verborgen slachtofferschap en **maatschappelijke problemen** zoals intra-familiaal geweld, mishandeling of verwaarlozing en dergelijke problemen kunnen herkennen, zodat waar nodig ingezet kan worden op het beschermen van de integriteit van de zorggebruiker en/of naasten. Dit vraagt een **bewustzijn** rond deze thema’s en de durf om hierover door te vragen. Belangrijk ook is dat hulpverleners samenwerken met voorzieningen die gespecialiseerd zijn in het aanpakken van onveilige situaties, zodat de verantwoordelijkheid

gedragen wordt door meerdere schouders. Voor minderjarigen kan er samengewerkt worden met de gemandateerde voorzieningen. Voor meerderjarigen kan er in eerste instantie gekeken worden naar 1712 en de family justice centers.

- Volgens sommige deelnemers mag het onderwerp 'veiligheid' reeds in de inleiding aan bod komen. Veiligheid is immers een basisvoorwaarde om een dialoog mogelijk te maken. Pas als iedereen zich comfortabel en veilig voelt durven alle partijen zich kwetsbaar op te stellen en met elkaar in gesprek te gaan.

### 3.2.3 Goede praktijken

Volgende goede praktijken kunnen aan bod komen in de richtlijn:

- **Meerzijdige partijdigheid** tijdens een casusbespreking of teamvergadering. Het is mogelijk om dit te realiseren door een naaste te laten deelnemen aan een dergelijk overleg of door een medewerker de rol van naasten op zich te laten nemen. Het is dan zijn taak om tijdens het overleg de belangen van de naasten onder de aandacht van het team te brengen.
- Naasten en het sociale netwerk kunnen een **vast onderdeel** worden van het begeleidings- of behandelplan zodat het betrekken van naasten standaard gebeurt.
- Een goede praktijk uit de forensische hulpverlening is het afsluiten van een **prestatieverbintenis** met de justitiële partners over de begeleiding en de behandeling van seksuele delinquenten. De prestatieverbintenis is een contract tussen de betrokkene, de justitiële instantie en de gespecialiseerde voorziening. Daarin staan afspraken over verantwoordelijkheid, samenwerking en informatie-uitwisseling waardoor het voor de betrokkene duidelijk is in welk kader de begeleiding/behandeling zal gebeuren. De reguliere GGZ zou een vergelijkbaar contract kunnen opstellen (een samenwerkingsplan) om de samenwerkingsafspraken tussen de zorggebruiker, de naasten en de hulpverleners te expliciteren. Dit contract geeft dan weer hoe de samenwerking eruitziet, wie er betrokken wordt en welke informatie gecommuniceerd wordt. Dit heeft als voordeel dat alle betrokkenen **een gevoel van verantwoordelijkheid en betrokkenheid** hebben, maar kan in de reguliere GGZ een statisch gevoel geven.

### 3.2.4 Inhoud, structuur en vormgeving van de MDR

- De werking van residentiële en mobiele settings is op veel vlakken anders. Een opdeling in deelsectoren zou voor de hulpverleners makkelijker zijn. Er wordt voorgesteld om te beginnen met **algemene aanbevelingen die** voor iedereen gelden en **gaan over de basishouding** van hulpverleners. Vervolgens kan de richtlijn dieper ingaan op verschillende **settings en doelgroepen**.
- Sommige aanbevelingen zijn nogal **kort door de bocht** geformuleerd en sluiten niet helemaal aan bij de complexe realiteit.
- De richtlijn hoeft niet op alles een antwoord te geven, maar mag ruimte laten voor de hulpverlener om zelf zaken te verkennen.
- **Kernelementen** zoals de meerzijdige partijdigheid, het opnieuw bevragen, afstemmen en het motivationeel werken mogen op meerdere plaatsen in de richtlijn naar voor komen.
- Belangrijke termen mogen geaccentueerd worden zodat ze uit de tekst springen.

- Bepaalde methodieken, zoals motivationeel werken, zijn voldoende gekend en hoeven niet uitgebreid beschreven te worden.
- Het microniveau bevat veel onderwerpen en is **onoverzichtelijk**. De vraag wordt gesteld om een betere kapstok te zoeken om de aanbevelingen in onder te brengen. Er wordt voorgesteld om de vier sleuteldomeinen van Familieplatform GG te gebruiken (bejegenen, informeren, ondersteunen en samenwerken) of om het microniveau op te delen in enkele hoofdpunten en daaronder de 20 onderwerpen te brengen.
- Eventueel kan gewerkt worden met **icoontjes of beslisbomen** om de richtlijn gebruiksvriendelijker te maken. Juridische aanbevelingen kunnen bijvoorbeeld met een apart icoontje aangeduid worden.
- De referenties in de tekst lezen moeilijk. De bronnen worden beter op een andere manier weergegeven of weggelaten.

### 3.3 Bedenkingen m.b.t. het mesoniveau

- Het samenwerken met naasten mag in de aanbevelingen op het mesoniveau meer naar voor komen.
- Niet elke hulpverlener is systeemgericht opgeleid en dat hoeft ook niet. Via bijscholing is het mogelijk om de basishouding van **hulpverleners** te wijzigen zodat erin heel het team een **familierflex** ontstaat. Het onderwerp opleiden en trainen van hulpverleners gaat voornamelijk in op het informeren en ondersteunen van naasten, maar hulpverleners moeten ook leren hoe ze op een goede manier met naasten kunnen communiceren en samenwerken.
- In de aanbeveling 'ontwikkel of voorzie handvatten die hulpverleners helpen om meer contextgericht te werken' mag het woord 'meer' weggelaten worden. Sommige settings moeten immers nog alles leren inzake het contextgericht werken.
- Toevoegen dat het belangrijk is om het betrekken van naasten actueel te houden in de werking. Dit vraagt tijd en middelen zodat medewerkers regelmatig kunnen deelnemen aan vormingen.
- Het organiseren van familie-inspiratiedagen binnen een voorziening kan interessant zijn om hulpverleners te motiveren om met naasten te werken en om inspiratie te halen bij collega's van andere afdelingen.
- Het is nodig om op het mesoniveau een actieplan uit te werken dat de aanbevelingen vertaalt naar de eigen werking.
- Op het mesoniveau mag er meer aandacht zijn voor het verlaten van een residentiële voorziening. Zo kunnen organisaties een ontslagbeleid uitwerken dat naasten sterker betreft tijdens de voorbereiding van het ontslag en een goede informatieoverdracht garandeert.
- Het mesoniveau **mag meer aandacht hebben voor kinderen als naasten**. Het inrichten van kindvriendelijke ontmoetingsruimten is onvoldoende. Een setting moet zich actief engageren om ontmoetingen tussen zorggebruikers en kinderen te faciliteren, in het bijzonder bij echtscheidingen.

### 3.4 Bedenkingen m.b.t. het macroniveau

- Het toepassen van de aanbevelingen is minder haalbaar voor kleine groepspraktijken of zelfstandigen. Binnen de **privéhulpverlening** is er **geen structuur of opvolging**. **Het vraagt dus meer aandacht** vooraleer zij kunnen overgaan tot het betrekken van naasten.
- Deelsectoren die helemaal nog geen traditie hebben om contextgericht te werken – zoals bijvoorbeeld de forensische sector GGZ – zullen een deel van hun werking moeten herbekijken wanneer het samenwerken met naasten de norm wordt.
- De experts raden aan om op regionaal niveau een overzichtelijke en **actuele sociale kaart** te ontwikkelen waarin alle voorzieningen, projecten, lotgenotengroepen en familiewerkingen waarnaar hulpverleners kunnen verwijzen staan opgelijst. Zo zijn hulpverleners meer op de hoogte van het bestaande aanbod en nieuwe initiatieven. De experts pleiten er ook voor meer te investeren in **basisequipes** in plaats van tijdelijke projecten. Er ontstaan zodanig veel tijdelijke projecten die na twee jaar weer verdwijnen, waardoor hulpverleners door het bos de bomen niet meer zien en op de duur niet meer bereid zijn om zich te engageren voor een samenwerking met dergelijke projecten.
- Er moet mogelijkheid zijn om **good practices** inzake het werken met naasten te **delen**. Dit kan door op het mesoniveau **interviewgroepen** met andere organisaties te organiseren of door op het macroniveau een **website of platform op te zetten** waar alle informatie rond het werken met naasten (tools, ondersteunende diensten) gebundeld staat. Zo moeten nieuwkomers in het contextgericht werken het warm water niet opnieuw uitvinden.
- Sommige aanbevelingen kunnen zonder extra personeel en middelen niet in de praktijk gebracht worden. Zonder bijkomende middelen, zullen hulpverleners, teams en voorzieningen gedemotiveerd geraken. Dit kan eventueel al in de inleiding benadrukt worden.
- Het ontwikkelen van een goede **website of e-learning tool kan helpen om de richtlijn te implementeren**. Veel experts zijn positief over de e-learning tool voor suïcidepreventie.
- Eveneens helpend is de richtlijn voldoende in de picture zetten door hierover in de media te communiceren en samen te werken met gekende initiatieven zoals 'Te Gek!?'.

## 4 Resultaten uit de groep van familie- en patiëntvertegenwoordigers

Hieronder geven we een overzicht van de standpunten die tijdens het expertpanel in de groep van familie- en patiëntvertegenwoordigers geformuleerd zijn zonder verdere nuanceringen of correctie van eventuele onnauwkeurigheden.

### 4.1 Bedenkingen m.b.t. de inleiding

- Het begrip naasten moet in het begin van de inleiding aan bod komen. Nu handelt heel de inleiding over naasten terwijl de definitie pas helemaal op het einde volgt.
- In het begin van de definitie staat er dat naasten niet beroepshalve, maar meer dan occasioneel contact moeten hebben alsook een belangrijke rol spelen in het leven van de zorggebruiker. Enkele regels later staat er dat af en toe eens bellen of gewoon op bezoek komen volstaat. Dit

kan tegenstrijdig geïnterpreteerd worden. Een deelnemer stelt voor om de **sociaal-emotionele band** tussen de zorggebruiker en de naaste sterker te benadrukken. Bij de voorbeelden dient mantelzorger toegevoegd te worden. Een mantelzorger heeft een grote impact op het dagelijkse leven van de zorggebruiker. Bovendien is de term mantelzorger goed gekend door hulpverleners wat kan bijdragen tot meer erkenning van naasten.

- De definitie van ervaringsdeskundigen en familie-ervaringsdeskundigen is **niet correct en onvolledig**. Ervaring hebben is onvoldoende om gezien te worden als een ervaringsdeskundige. Deze ervaring moet uitgebreid worden met een opleiding of elders verworven competenties. Tegelijkertijd leidt deze opleiding er niet toe dat een ervaringsdeskundige een hulpverlener wordt. Enkele van de experts werken mee in een **federale werkgroep ervaringsdeskundigheid** die een federaal geldende definitie rond ervaringsdeskundigen opstelt. Om te voorkomen dat verschillende definities de ronde doen, stuurden de experts hun definitie door (Federale werkgroep ervaringsdeskundigheid, 2020):
  - Ervaringsdeskundigen zijn personen die zelf ervaring hebben als zorggebruiker met een psychische kwetsbaarheid. Deze individuele ervaring(en) worden verbreed door analyse en reflectie op deze ervaringen en die van anderen en worden verruimd met informatie uit andere bronnen. Om zich als ervaringsdeskundige te kunnen inzetten wordt deze kennis aangevuld met specifieke competenties die noodzakelijk zijn voor een functionele inzet in een werkomgeving (zowel vrijwillig als betaald).
  - Familie-ervaringsdeskundigen zijn personen die zelf ervaring hebben in de rol van naaste van een zorggebruiker met een psychische kwetsbaarheid. Deze individuele ervaring(en) worden verbreed door analyse en reflectie op deze ervaringen en die van anderen en worden verruimd met informatie uit andere bronnen. Om zich als ervaringsdeskundige te kunnen inzetten wordt deze kennis aangevuld met specifieke competenties die noodzakelijk zijn voor een functionele inzet in een werkomgeving (zowel vrijwillig als betaald).

Eventueel kan de richtlijn een onderscheid maken tussen officiële ervaringsdeskundigen (zij die een opleiding volgden) en niet officiële ervaringsdeskundigen (zij die geen opleiding volgden maar jarenlange ervaring hebben). Deze laatste groep kan ook helpend zijn. Naast de definitie moet de rol van ervaringsdeskundigen doorheen heel de richtlijn meer naar voren komen.

- Vanuit de federale werkgroep ervaringsdeskundigheid wordt ook een nieuwe, meer correcte definitie voor **familievertegenwoordigers** aangereikt. De definitie luidt als volgt: Vertegenwoordigers die op beleidsvlak, tijdens opleidingen en onderzoek de naasten vertegenwoordigen doen dit niet enkel vanuit hun persoonlijke kennis. Zij vertegenwoordigen niet zichzelf, maar een groep mensen. Het is dan ook een vereiste dat familievertegenwoordigers blijvend contact hebben met hun achterban. Daarom is het noodzakelijk dat familievertegenwoordigers niet enkel ervaringsdeskundige zijn maar ook lid zijn van een familieorganisatie.
- Hoewel **lotgenotengroepen** heel helpend kunnen zijn voor naasten, wordt hun rol nauwelijks aangehaald in de richtlijn. Er wordt af en toe gesproken over familiegroepen, maar het is onduidelijk of het hier gaat om lotgenotengroepen voor naasten. In de inleiding moet hierrond een definitie geformuleerd worden.

- In de richtlijn wordt het onderscheid tussen **persoonsgebonden en niet-persoonsgebonden informatie** sterk benadrukt. De deelnemers stelden voor om dit onderscheid in de inleiding te beschrijven en niet in de richtlijn zelf. Dit kan bijvoorbeeld een plaats krijgen onder relevante wetgeving.
- Het **doel van de richtlijn** is onvoldoende duidelijk en lijkt vanuit het microniveau voor verschillende interpretaties vatbaar. Volgens sommigen staat het herstel van de zorggebruiker centraal en is de naasten van secundair belang: het betrekken van naasten dient vooral om het herstel van de zorggebruiker te bespoedigen. Dit mag niet het doel van de richtlijn zijn. De focus moet liggen op de noden van naasten. Wat hebben zij nodig om zorg te kunnen bieden en dit vol te houden? De naasten staan centraal en hen betrekken zal onrechtstreeks een effect hebben op het welzijn van de zorggebruiker.
- **Kinderen die naaste zijn verdienen bijzondere aandacht.** Vooral kinderen van ouders met een psychisch probleem (KOPP) zijn een kwetsbare groep. Ze staan nu nergens in de begrippenlijst vermeld. De definitie van naasten gaat bovendien niet in op de mogelijkheid dat naasten ook kinderen kunnen zijn. Zowel de inleiding als de aanbevelingen kunnen meer aandacht besteden aan kinderen die naaste zijn.
- Doorheen de richtlijn worden vaak andere termen gebruikt zoals: ‘familie en naasten’ of ‘ouders en significante anderen’. Enkele deelnemers vragen om consequent te zijn en overal te spreken over naasten.
- De richtlijn bevat regelmatig zwart-wit uitspraken die meer nuancering verdienen. Enkele experts stuurden suggesties door om meer nuancering aan te brengen in de richtlijn.

## 4.2 Bedenkingen m.b.t. het microniveau

### 4.2.1 Algemeen

- Positief is dat de richtlijn aanbeveelt om het betrekken van naasten regelmatig opnieuw te bevragen. Het onderscheid tussen impliciete en expliciete toestemming moet wel meer benadrukt worden. Het wordt ergens vermeld in de aanbevelingen, maar gaat verloren tussen de hoeveelheid aanbevelingen en informatie.
- Verschillende experts vinden dat de richtlijn onvoldoende **aandacht heeft voor kinderen en jongeren**. De paragraaf over kinderen staat helemaal achteraan en wordt hierdoor mogelijk over het hoofd gezien. Alle aanbevelingen over kinderen als naaste zijn nu ondergebracht in een apart onderwerp. De andere onderwerpen bevatten geen aanbevelingen over kinderen als naaste. Wanneer hulpverleners de richtlijn selectief lezen en enkel kijken naar de onderwerpen die zij nodig hebben, zullen ze de noden van kinderen als naaste uit het oog verliezen. De experts raden daarom aan om waar mogelijk bij de andere onderwerpen aanbevelingen te formuleren over kinderen en jongeren als naaste. Deze aanbevelingen kunnen ook tools of tips vermelden om met kinderen en jongeren als naaste om te gaan, zodat hulpverleners die met volwassen zorggebruikers werken zich zekerder voelen in de omgang met kinderen en jongeren.
- In de inleiding wordt het **concept vertrouwenspersoon** toegelicht met de verwijzing dat het geen statische functie mag zijn. Om deze reden wordt er verder in de richtlijn niet gesproken over de vertrouwenspersoon. Enkele experts vragen om toch de vertrouwenspersoon in de aanbeve-

lingen te benoemen, het is immers een figuur uit de wet patiëntenrechten met bepaalde bevoegdheden die andere naasten niet hebben. De aanbevelingen zouden moeten aansturen op het aanstellen van een vertrouwenspersoon. Hetzelfde geldt voor de vertegenwoordiger. Hoewel de vertegenwoordiger wel duidelijk benoemd wordt in de aanbevelingen, staat er soms 'wordt vertegenwoordigd door de naasten' terwijl de vertegenwoordiger niet altijd een naaste is. Dit dient aangepast te worden.

- De aanbevelingen rond **verstoorde relaties** focussen sterk op een gesprek aangaan met de naasten en de verstoorde relatie herstellen. Sommige verstoorde relaties zijn echter niet te herstellen. Het is volgens de experts belangrijk om op zoek te gaan naar alternatieven. Een hulpverlener moet een alternatief kunnen aanbieden, zodat de zorggebruiker niet terug naar zijn toxische omgeving moet.

#### 4.2.2 Naasten ondersteunen

- In de aanbevelingen staat dat het gesprek over het ondersteunen van naasten zoveel mogelijk in dialoog moet gebeuren of dat de zorggebruiker hiervan op de hoogte moet zijn. Het is inderdaad belangrijk dat de hulpverlener de zorggebruiker hiervan op de hoogte brengt, maar de zorggebruiker hoeft niet alle details te kennen. Bij voorkeur gebeurt de ondersteuning van naasten door een andere hulpverlener en niet door de hulpverlener van de zorggebruiker. De naasten moeten bovendien de vrijheid hebben om ergens **anders hulp te zoeken zonder dat de zorggebruiker hiervan op de hoogte is**.
- Ondersteuning hoeft **niet steeds professionele hulpverlening** te zijn. Er mag meer nadruk liggen op hoe de samenleving naasten kan ondersteunen. Er wordt te snel en te vaak naar professionele hulpverlening doorverwezen terwijl veel ondersteuning ook geboden kan worden door de samenleving zelf. Een voorbeeld hiervan zijn de **lotgenotengroepen, waarnaar in de richtlijn onvoldoende** verwezen wordt. Lotgenoten kunnen een grote steun en hulp zijn voor naasten. Daarnaast kunnen zij een eerste stap zijn wanneer de naaste beslist om zelf in begeleiding te gaan. Hulpverleners moeten informatie over lotgenotengroepen (brochures, websites, telefoonnummers) doorgeven aan naasten als vorm van ondersteuning. Familieplatform heeft op haar website een uitgebreide lijst van Vlaamse lotgenotengroepen, die we kunnen opnemen in de bijlage.
- De richtlijn focust sterk op het ondersteunen van naasten, terwijl het accent meer moet liggen op het **versterken van de draagkracht van naasten om te voorkomen dat de naaste een secundaire zorgvrager wordt**. De hulpverlening moet focussen op wat naasten nodig hebben om de zorg te kunnen opnemen en hen vervolgens waar nodig te versterken. Familie-ervaringsdeskundigen kunnen hierin een belangrijke rol spelen.

#### 4.2.3 De structuur van de MDR

- Het opdelen van de aanbevelingen in 20 onderwerpen is volgens de experts onoverzichtelijk. De aanbevelingen kunnen meer gestructureerd worden door bijvoorbeeld te werken met **schema's of tabellen** die kort en krachtig de meest essentiële zaken vermelden. Voor meer details kunnen we naar de tekst verwijzen. Het is ook een optie om met een besluit, samenvatting of leeswijzer te werken. Dit maakt de richtlijn hanteerbaarder dan een opsomming van 20 punten.



- De **aanbevelingen zijn soms te uitgebreid**. Eerst wordt een context geschetst en pas in de derde of vierde regel volgt de eigenlijke aanbeveling. Niet elke bullet begint meteen met de aanbeveling. De aanbevelingen kunnen mogelijk ingekort worden door enkel de effectieve aanbeveling in de richtlijn te vermelden.
- Per onderwerp zijn er zoveel aanbevelingen dat mensen bij het lezen hun aandacht verliezen. De meest prioritaire aanbevelingen moeten daarom eerst staan.
- Er kunnen meer **methodieken en voorbeelden** gebruikt worden om de aanbevelingen concreter te maken voor hulpverleners. De aanbevelingen kunnen bijvoorbeeld ingaan op hoe een hulpverlener in dialoog kan werken of waarnaar de hulpverlener de naaste kan doorverwijzen.

#### 4.2.4 De haalbaarheid van de aanbevelingen

- Een belangrijke oefening is nagaan in welke mate de aanbevelingen voor alle **settings** (ambulant, mobiel en residentieel) relevant en haalbaar zijn. In het algemeen zijn de aanbevelingen weinig toegespitst op de ambulante en de mobiele hulpverlening. Sommige aanbevelingen zijn van toepassing op alle settings, terwijl andere aanbevelingen overbodig zijn voor een ambulante of mobiele setting. Het is een optie om de generieke aanbevelingen eerst te vermelden en nadien per setting **gradaties** aan te brengen.
- Enkele experts stellen zich **de vraag of hulpverleners voldoende tijd hebben** om alle aanbevelingen te realiseren. In een residentiële voorziening besteden psychologen veel tijd aan administratie en overleg, waardoor ze amper tijd hebben om patiënten te zien, laat staan naasten te betrekken. Hulpverleners moeten dus meer tijd krijgen om de aanbevelingen in de praktijk te brengen. Andere experts benadrukken dat hulpverleners vooral bij de opstart van een begeleiding tijd voor naasten moeten vrijmaken en dat veel **aanbevelingen weinig tijd vragen** (bv. vriendelijk bejegenen). Hulpverleners moeten ook proberen om hun **tijd zo efficiënt mogelijk te gebruiken**. Zo is werken in triade efficiënter dan met elke partij apart een gesprek te voeren. De aanbevelingen kunnen handvatten aanreiken over hoe efficiënt met de tijd om te springen.
- De richtlijn moet leiden tot een **mentaliteitswijziging** bij zowel de hulpverlener, de zorggebruiker als de naasten. Het betrekken van naasten moet een automatische **reflex** worden. Hiervoor moet tijd en ruimte gemaakt worden.

#### 4.3 Bedenkingen m.b.t. het mesoniveau

- Bij het onderwerp ‘een beleid uitwerken’ staat de aanbeveling ‘Stimuleer en houd rekening met ideeën die **bottom-up** ontstaan’. Dit moet aangevuld worden met ideeën die **‘top-down’ ontstaan**, het is immers vaak een combinatie van beide.
- Het is belangrijk om in het beleid te werken met familie-ervaringsdeskundigen om een **familiebeleid** uit te werken. Zij kunnen vanuit hun ervaring, en na het volgen van een opleiding, het familiestandpunt in het beleid inwerken. Daarnaast moeten er hulpverleners aangeduid worden om het familiebeleid in de voorziening te implementeren.
- Het is belangrijk om het **beleid te evalueren**. In de aanbeveling staat dat de voorziening een bevraging kan organiseren met relevante personen, zoals naasten. Dit kan nog eenvoudiger, door

op het einde van een begeleiding een afrondend gesprek te voeren met naasten en de zorggebruiker en te vragen hoe zij de betrokkenheid van naasten hebben ervaren.

- Op vlak van **samenwerking** moeten hulpverleners en voorzieningen aangemoedigd worden om in hun eigen regio te kijken met welke hulpverleningsvoorzieningen, lotgenotengroepen of projecten ze kunnen samenwerken.
- Het onderwerp **opleiding en training** kan nog verder aangevuld worden. Zowel het opleiden van hulpverleners als het opleiden van (familie-)ervaringsdeskundigen is belangrijk. De basisopleiding voor hulpverleners moet inspelen op het wijzigen van de **basishouding t.a.v.** het betrekken van **naasten**. (Familie-)ervaringsdeskundigen worden idealiter bij het ontwikkelen en het geven van de opleidingen en trainingen **betrokken**, zij beschikken immers over kennis die voor hulpverleners verrijkend is. De opleidingen moeten ook verwijzen naar de familierflex en de kindreflex, zodat aandacht hebben voor (minderjarige) naasten mettertijd bij hulpverleners een automatisme wordt.
- Vandaag zijn er nog niet veel familie-ervaringsdeskundigen. Voorzieningen kunnen dit tekort opvangen door in hun organisatie familieleden aan te spreken met de vraag of zij een familieraad willen oprichten of betrokken willen worden op beleidsniveau.

#### 4.4 Bedenkingen m.b.t. het macroniveau

- Op het macroniveau wordt vooral het gebrek aan **middelen** aangekaart. De experts stellen voor om de implementatie van de richtlijn te koppelen aan opleidingsbudgetten voor hulpverleners rond dit thema.
- Volgens de experts moet er meer geïnvesteerd worden in opleiding voor (familie-)ervaringsdeskundigen. De huidige opleidingen zijn te lang en te duur. Bovendien zijn ze niet altijd voor iedereen toegankelijk: mensen moeten een bepaald opleidingsniveau hebben om de opleiding te kunnen volgen. Dit weerhoudt (ex-)zorggebruikers en naasten ervan om een opleiding te volgen.
- Familie-ervaringsdeskundigen moeten een vergoeding krijgen om deel uit te maken van multidisciplinaire teams.
- Om de aanbevelingen op het microniveau haalbaar te maken, zijn er op het **beleidsniveau veranderingen nodig**. Het beleid moet mensen de tijd en de ruimte geven om met naasten te werken.
- Organisaties moeten de ruimte krijgen om de aanbevelingen te vertalen naar hun eigen werking.
- Er moeten meer gelegenheden voorzien worden waarop alle partijen met elkaar in discussie kunnen gaan om het beleid samen uit te tekenen. Eén partij mag niet denken en beslissen over een andere partij. Dit idee komt vanuit het **burgerparticipatiemodel**, dat meer verwerkt kan worden in de richtlijn.
- Bij het onderwerp 'onderzoek' staat dat de aanbevelingen gestoeld zijn op 'kwalitatieve studies van lage bewijskracht'. Dit wordt beter geherformuleerd. Het haalt de sterkte van het document onderuit en suggereert dat de input van naasten en zorggebruikers er weinig toe doet.

- Tot slot mag het belang van het macroniveau sterker benadrukt worden. Een goede **opvolging en stimulering van de overheid** is belangrijk. Het zorgt er namelijk voor dat hulpverleners makkelijker aan de slag kunnen met de richtlijn en organisaties en directies een extra duw in de rug krijgen om de stap naar contextgericht werken te zetten. Voor het implementeren van de richtlijn moet een **gelijkaardig traject** gevolgd worden als voor de Kindreflex: investeren in vorming en een goede website. Het is voor de experts op dit moment onduidelijk wat de richtlijn in de praktijk zal betekenen en of er al dan niet een inspectie of opvolging komt.