

SWVG Rapport nr. 47

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

Bijlagen

Apart bestand:

Bijlage 1: uitgebreid verslag van de focusgroepen met de patiënten- en familieorganisaties

Bijlage 2: uitgebreid verslag van de afstemming met de richtlijnwerkgroep

Bijlage 3: uitgebreid verslag van het expertpanel

Bijlage 4: de MDR met per aanbeveling het evidentieniveau

SWVG Rapport nr. 47

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

Bijlage 1: Focusgroepen met patiënten- en familieorganisaties

1	Focusgroep met familieorganisaties en familie-ervaringsdeskundigen	3
1.1	Methode	3
1.2	Resultaten	4
2	Focusgroep met patiëntenorganisaties en ervaringsdeskundigen	12
2.1	Methode	12
2.2	Resultaten	12

1 Focusgroep met familieorganisaties en familie-ervaringsdeskundigen

Deze paragraaf gaat in op de focusgroep met de familieorganisaties en familie-ervaringsdeskundigen. De methode beschrijft hoe de onderzoekers te werk zijn gegaan en welke organisaties deelnamen aan de focusgroep. De resultaten geven een overzicht van de standpunten zoals ze geformuleerd zijn tijdens de focusgroep zonder nuanceringen of correctie van eventuele onnauwkeurigheden.

1.1 Methode

De focusgroep met vertegenwoordigers van familieorganisaties en familie-ervaringsdeskundigen vond plaats op 5 september 2019 en had tot doel om de tussentijdse versie van de aanbevelingen af te toetsen. Zowel de praktische organisatie als de inhoudelijke uitwerking van de focusgroep verliep in nauwe samenwerking met het Familieplatform Geestelijke Gezondheid (FGG). Achttien vertegenwoordigers van volgende organisaties namen deel aan de focusgroep: Zitstil, Berdache, Similes, De Puzzel, Alanon, Iktic, Werkgroep Verder, Ups en Downs, Zorg voor suïcidepogers, Vlaamse Vereniging Autisme, KOPP, Familieplatform Geestelijke Gezondheid.

In samenspraak met het FGG werden acht aanbevelingen geselecteerd om tijdens de focusgroep in de diepte te bespreken:

1. Bespreek met de zorggebruiker en de naasten of en hoe zij willen dat naasten bij de zorg betrokken worden. Op welke manier naasten betrokken worden, is steeds maatwerk op basis van de noden van zowel de zorggebruiker als de naasten.
2. Betrek naasten bij een vermoeden van suïcide of ander gevaar.
3. Besteed van bij de aanvang van de behandeling of op het moment van opname aandacht aan naasten en neem hierbij een contextvriendelijke houding aan.
4. Neem een houding van meerzijdige partijdigheid aan en maak de verwachtingen van alle partijen expliciet.
5. Informeer naasten over maatregelen van afzondering en fixatie.
6. Breng de fysieke en psychische behoeften van naasten in kaart.
7. Laat de zorggebruiker tijdens de opname tijd doorbrengen in de thuissituatie.
8. Ga tijdens de behandeling van kinderen ook met de ouders aan de slag.

De geselecteerde aanbevelingen hadden betrekking op de relatie hulpverlener-zorggebruiker (micro-niveau). De discussie ging over de inhoud, de formulering en de relevantie van de acht aanbevelingen. Deelnemers kregen de mogelijkheid om na de discussie bijkomende opmerkingen via e-mail aan de onderzoekers te bezorgen.

1.2 Resultaten

Hieronder geven we alle standpunten weer die tijdens de focusgroep aan bod kwamen zonder verdere commentaar of discussie over de haalbaarheid of correctheid van de visie.

1.2.1 Aanbeveling 1: Bespreek met de zorggebruiker en de naasten of en hoe zij willen dat naasten bij de zorg betrokken wordt. Op welke manier naasten betrokken worden is steeds maatwerk op basis van de noden van zowel de zorggebruiker als de naasten.

De familievertegenwoordigers adviseerden ons om de toelichting bij deze aanbeveling zo sec en **neutraal** mogelijk te formuleren. Sommige bewoordingen kunnen voor zorggebruikers immers bedreigend overkomen.

De overkoepelende aanbeveling en de toelichting houden onvoldoende rekening met het feit dat ook de **naasten** – net zoals de zorggebruiker – **kunnen weigeren** om betrokken te worden. Indien de naasten weigeren, is het noodzakelijk om hen deze vraag geregeld opnieuw te stellen gezien ook hun wensen kunnen veranderen. Weigering van de zorggebruiker en/of de naasten en de redenen hiervoor dienen hulpverleners in het cliëntdossier te noteren.

Een deelnemer haalt aan dat niet alle naasten altijd aanwezig moeten zijn. De hulpverlener kan de zorggebruiker ondersteunen om mee uit te zoeken welke naasten hij op welk moment wenst te betrekken. Daarnaast vinden verschillende deelnemers dat naasten niet alleen betrokken maar ook ondersteund moeten worden, bijvoorbeeld via psycho-educatie of doorverwijzing naar een gespecialiseerde organisatie. Zelfs wanneer de zorggebruiker weigert om de naasten te betrekken, hebben zij recht op ondersteuning. Dit kan bovendien een herstellend effect hebben op de relatie zorggebruiker-naasten. In geval van weigering gebeurt de ondersteuning best door een andere hulpverlener, zodat dit los staat van de behandeling van de zorggebruiker.

Tot slot worden **verschillen binnen de residentiële en de ambulante** werking aangehaald. In de ambulante werking worden naasten in mindere mate betrokken. Zo is het betrekken van naasten voor de CGG niet vanzelfsprekend. Sommige zorggebruikers kiezen net daarom bewust voor een ambulante in plaats van een residentiële begeleiding. Deze keuze kan verschillende redenen hebben: zorggebruikers willen de naasten niet belasten of ze willen niet dat hun vertrouwen geschaad wordt. De deelnemers stellen voor om in de toelichting van deze aanbeveling expliciet te vermelden dat elke hulpverlener de taak heeft om zoveel mogelijk volgens *de triade te werken*; ook ambulante voorzieningen.

1.2.2 Aanbeveling 2: Betrek naasten bij een vermoeden van suïcide of ander gevaar.

Deze aanbeveling met toelichting vat alle aanbevelingen uit de MDR 'Detectie en behandeling van suïcidaal gedrag' (zie hoofdstuk 2, paragraaf 4.2) die gaan over naasten samen. Doordat de aanbeveling afkomstig is uit een andere richtlijn, is het niet mogelijk om fundamentele zaken te wijzigen. Kleine toevoegingen zijn wel te overwegen.

De overkoepelende aanbeveling beperkt zich tot het betrekken van naasten bij een vermoeden van suïcide of ander gevaar terwijl er ook aandacht moet zijn voor naasten na een suïcidepoging of suïcide. Dit laatste aspect komt beperkt aan bod in de toelichting. Het is daarom raadzaam om de aanbeveling te verbreden.

Enkele andere deelnemers zijn ontevreden over de **woordkeuze 'betrek naasten'**. Deze formulering is nogal droog en komt niet uitnodigend over. Een betere formulering is: *Creëer een klimaat* waarbij de zorggebruiker en de naasten kunnen spreken over (vermoedens van) suïcide of ander gevaar.

In de toelichting van de aanbeveling wordt er een onderscheid gemaakt tussen verschillende fases binnen de hulpverlening bij suïcide. Volgende opdeling wordt gemaakt:

- Algemene aanbevelingen
- Aanbevelingen m.b.t. detectie
- Aanbevelingen m.b.t. interventies
- Aanbevelingen na een suïcidepoging
- Aanbevelingen na een suïcide

De opmerkingen van de deelnemers worden per fase gebundeld.

Wat **de algemene aanbevelingen** betreft vormt een eerste punt van discussie bij wie de **verantwoordelijkheid ligt om naasten te informeren** over een vermoeden van suïcide of ander gevaar. De richtlijn stelt dat dit eigenlijk de taak van de zorggebruiker zelf is. De hulpverlener moet de zorggebruiker veeleer motiveren om deze taak op zich te nemen. De deelnemers zijn het hier niet mee eens en vinden dat het eerder de taak van de hulpverlener is om naasten te verwittigen. Het kan volgens hen ook geen kwaad om met de zorggebruiker een gesprek over suïcide aan te gaan zelfs al is er geen onmiddellijk suïcidegevaar, maar dat is niet in elke hulpverleningssituatie mogelijk. Over het thema bestaat binnen de hulpverlening nog steeds een groot taboe.

Bij de aanbeveling '*Sta stil bij de bereidheid en draagkracht van naasten en bij mogelijke voor- of nadelen*' formuleerden de deelnemers volgende bedenkingen:

- De **draagkracht en de bereidheid** van de naasten zijn een belangrijk aspect. De naasten moeten de draagkracht hebben om betrokken te worden en moeten ook de zorg willen opnemen. De term 'bereidheid' vinden de deelnemers niet goed gekozen en wordt beter vervangen door een andere term.
- De aanbeveling specificeert niet hoe hulpverleners de draagkracht van naasten kunnen inschatten.
- De aanbeveling moet ruimte laten voor de autonomie van de familie/naasten om te voorkomen dat hulpverleners in de plaats van de naasten gaan denken.
- De aanbeveling specificeert niet wie van de naasten geïnformeerd moet worden bij een vermoeden van suïcide. Er zijn situaties waarbij het aangewezen is dat iedereen op de hoogte is en er zijn situaties waarbij dat minder relevant is. Nu laat de aanbeveling open wie de hulpverlener kan informeren. Hierover wordt geen duidelijke consensus bereikt.

Wat **de aanbevelingen m.b.t. de detectie van suïcide** betreft zijn de deelnemers het erover eens dat dit onderdeel te beperkt is. De deelnemers erkennen dat naasten een belangrijke rol in de detectie kunnen spelen. Om deze rol te kunnen vervullen, is het essentieel om naasten meer te informeren. Er is nood aan psycho-educatie over hoe naasten suïcidale signalen kunnen herkennen en suïcidegevaar kunnen inschatten. Deze aanbeveling kan ook op het macroniveau aan bod komen: het algemene publiek alerter maken om signalen van suïcide op te merken en te bespreken.

Wat **de aanbevelingen m.b.t. interventies betreft** erkennen de deelnemers dat naasten tijdens het begeleidingstraject nood hebben aan een gesprek binnen een triade of afzonderlijk met de hulpverlener over het vermoeden en de signalen van suïcide en de mogelijkheid van vervolgzorg.

Wat **de aanbevelingen na een suïcidepoging betreft** erkennen de deelnemers dat het betrekken van naasten noodzakelijk is. Dit kan door de naasten te betrekken bij het opstellen van een signaleringsplan, het plan met de naasten te bespreken en de naasten de nodige ondersteuning aan te bieden.

De aanbevelingen na een suïcide zijn herkenbaar voor de deelnemers. Het is nodig om na een suïcide de nabestaanden te ondersteunen en op te vangen, bijvoorbeeld door een goed gesprek. Omwille van het beroepsgeheim kan het gesprek niet gaan over de inhoud van de therapie, maar het is wel mogelijk om stil te staan bij de gevoelens van de naasten om zo het rouwproces te ondersteunen. Daarnaast hebben nabestaanden na een suïcide nood aan ondersteuning op administratief vlak.

De MDR 'Detectie en behandeling van suïcidaal gedrag' staat uitvoerig stil bij **de noden van de hulpverlener**. Veel hulpverleners weten niet hoe ze moeten handelen. Bovendien valt het werken rond suïcide emotioneel zwaar: hulpverleners gaan zelf vaak door een rouwproces. De voorliggende richtlijn moet vooral focussen op de noden van de naasten – niet op die van de hulpverleners.

Tot slot wordt de vraag gesteld in welke mate de richtlijn over het betrekken van naasten aanbevelingen over suïcide moet bevatten aangezien dit thema een eigen richtlijn heeft.

1.2.3 Aanbeveling 3: Besteed van bij de aanvang van de behandeling of op het moment van opname aandacht aan naasten en neem hierbij een contextvriendelijke houding aan.

Deze aanbeveling moet op **alle settings** betrekking hebben en niet enkel op residentiële voorzieningen. De onderzoekers laten de woorden 'op het moment van **opname**' daarom beter weg.

Een **contextvriendelijke houding** moet niet enkel bij aanvang van de behandeling maar doorheen het **hele proces en ook nadien** aanwezig zijn. Wanneer de behandeling stopt, bijvoorbeeld na een overlijden, is het aangewezen om nog eens contact op te nemen met de naasten.

Over de aanbevelingen bij de toelichting hadden de deelnemers volgende bedenkingen:

- Volgens sommige deelnemers wordt er in de toelichting best een **opdeling volgens setting** gemaakt (bv. ambulante en residentiële). Dit maakt het makkelijker om de aanbevelingen te vertalen naar de eigen setting. Nu bestaat immers het risico dat de aanbevelingen te algemeen geformuleerd zijn en voorzieningen geen tijd zullen investeren in het maken van de vertaalslag. Andere deelnemers en ook de onderzoekers geven aan dat het de bedoeling is om een generieke richtlijn te ontwikkelen die van toepassing is op alle settings. Eventueel kan de inleiding van de richtlijn verduidelijken dat elke sector en voorziening de richtlijn verder dient te vertalen naar de eigen werking. De onderzoekers houden de formuleringen daarom zo neutraal en algemeen mogelijk zodat ze op alle settings van toepassing zijn.
- Het voorstel werd ook geopperd om de aanbevelingen op te delen volgens problematiek, maar dat lijkt weinig haalbaar.

1.2.4 Aanbeveling 4: Neem een houding van meerzijdige partijdigheid aan en maak de verwachtingen van alle partijen expliciet.

Deze aanbeveling is niet onderbouwd door de literatuur, maar kwam aan bod tijdens een interview met een mobiel team (zie hoofdstuk 4, paragraaf 2.2). De deelnemers stellen de relevantie en de verantwoording van de aanbeveling in vraag en vinden het beter om deze te schrappen.

De formulering van de aanbeveling is **te abstract**. De term ‘meerzijdige *partijdigheid*’ is bovendien een contradictio in terminis: een partijdig iemand, is net niet meerzijdig. De aanbeveling bedoelt eigenlijk dat de hulpverlener de verwachtingen van de twee partijen expliciet maakt zonder dat hierover ruzie ontstaat. Een betere formulering zou zijn: (1) Neem een houding van meerzijdige partijdigheid aan en wees je bewust van de verwachtingen van alle partijen of (2) Neem een neutrale houding aan, waarbij de **verwachtingen van alle partijen** expliciet worden gemaakt.

Enkele deelnemers vinden de aanbeveling **simplistisch**. Psychologen worden opgeleid om onpartijdig te zijn, rekening te houden met anderen en niet oordelend te werken. Deze eigenschappen worden ook al aangehaald in de eerste aanbeveling en komen regelmatig terug in andere aanbevelingen. Men stelt zich daarom de vraag of een aparte vermelding wel nodig is. Het is misschien beter om de aanbeveling onder te brengen in de toelichting van de eerste aanbeveling.

Sommige deelnemers vinden het uitgangspunt van de aanbeveling niet duidelijk. Tot wie richt de aanbeveling zich? Is het de verantwoordelijkheid van de hulpverlener om de verschillende verwachtingen duidelijk te maken? Of moeten de zorggebruiker en de naasten hun verwachtingen expliciet maken tegenover elkaar en is het de taak van de hulpverlener om hen hierin te begeleiden? Het is ook niet duidelijk of de aanbeveling ervan uitgaat dat de naasten in begeleiding zijn. Kortom, er is nood aan een betere toelichting om deze aanbeveling in de praktijk te brengen.

Een deelnemer geeft nog aan dat het in sommige sectoren (bv. verslaving) net beter is om de verwachtingen van de zorggebruiker en de naasten gescheiden te houden om onenigheid te voorkomen over welke partij gelijk heeft. Dat de hulpverlening beide partijen ondersteunt is wenselijk, maar men hoeft de verwachtingen van de zorggebruiker en de naasten niet noodzakelijk tegenover elkaar te expliciteren. Om te voorkomen dat de hulpverlener verstikt geraakt in de tegengestelde verwachtingen van de zorggebruiker en zijn naasten, kan het een optie zijn om drie hulpverleners in te schakelen: één voor de zorggebruiker, één voor de naasten en één hulpverlener om de verwachtingen van beide partijen tegenover elkaar te expliciteren.

De toelichting verwijst naar **het werken in een triade** om de aanbeveling mogelijk te maken. Men stelt zich hierbij de vraag of het ethisch wel verantwoord is dat een hulpverlener een individueel traject met de zorggebruiker doorloopt en tegelijk in een triade werkt. Enkele andere deelnemers suggereren dat de hulpverlener best op voorhand met de zorggebruiker afsprekt wat hij wel en niet met de naasten kan bespreken en de naasten slechts af en toe betreft en niet gelijktijdig een volledig traject met hen opstart. Zo komt de vertrouwensrelatie hulpverlener-zorggebruiker niet onder druk te staan.

1.2.5 Aanbeveling 5: Informeer naasten over maatregelen van afzondering en fixatie.

Deze aanbeveling met toelichting is afkomstig uit de MDR ‘preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële GGZ’ (zie hoofdstuk 2, paragraaf 4.1). Voor de toelichting werden alle aanbevelingen over naasten uit deze richtlijn samengevoegd. Doordat de aanbeveling uit een andere richtlijn komt, is het niet mogelijk om fundamentele zaken te wijzigen. Kleine toevoegingen zijn wel te overwegen.

De aanbeveling behelst een **gevoelig thema** en brengt veel discussie teweeg. Een deelnemer vindt dat afzondering en fixatie uit de aanbevelingen moet. Het is een mensonwaardige praktijk en de aanbeveling lijkt nu het toepassen van deze praktijk te rechtvaardigen. Hij stelt zich de vraag of het toepassen van de maatregel geen vorm van machtsmisbruik is.

Het toepassen van afzondering en fixatie komt helaas nog geregeld voor in instellingen: zorggebruikers moeten soms een week in isolatie zitten zonder dat men de naasten hiervan op de hoogte brengt. En wellicht is het ook voor hulpverleners geen eenvoudige taak. De nadruk moet vooral liggen op goede praktijken **om afzondering en fixatie te voorkomen**. Naasten kunnen hierin een belangrijke rol spelen.

De deelnemers geven volgende suggesties om de aanbeveling te herformuleren: (1) betrek naasten om afzondering en fixatie zoveel mogelijk te voorkomen, (2) ga gericht met naasten aan de slag om maatregelen van afzondering en fixatie te voorkomen of (3) **gebruik de expertise van naasten alvorens** te gaan afzonderen of fixeren.

Men stelt ook de vraag of de oorspronkelijke richtlijn over afzondering en fixatie voldoende aandacht besteedt aan naasten. Indien nodig kunnen de onderzoekers de aanbevelingen verder aanvullen. Zaken die aan bod kunnen komen zijn:

- Hulpverleners kunnen de familie opbellen en vragen hoe zij bepaalde crisissituaties oplossen. Idealiter betreft men de naasten bij het opstellen van een signaleringsplan om te voorkomen dat crisissen zich voordoen. Dit gebeurt best zo vroeg mogelijk in de behandeling.
- Men kan naasten vragen om langs te komen. De aanwezigheid van familie kan een de-escalerend effect hebben op de zorggebruiker.
- Het toepassen van de maatregel gebeurt best in aanwezigheid van naasten. Zorggebruikers hebben volgens de deelnemers nood aan nabijheid, in het bijzonder bij het toepassen van dergelijke maatregelen. Voor het toepassen van afzondering, kan men bijvoorbeeld gebruik maken van een comfortroom waar de familie aanwezig kan zijn of zelfs mee kan overnachten.
- Idealiter voorziet men ondersteuning voor naasten. Afzondering en fixatie is niet alleen voor de zorggebruiker maar ook voor de naasten een ingrijpende gebeurtenis.

1.2.6 Aanbeveling 6: Breng de fysieke en psychische behoeften van naasten in kaart.

Deze aanbeveling is sterk wetenschappelijk onderbouwd, maar is nog beperkt qua toelichting. De onderzoekers vragen suggesties om deze aanbeveling verder te concretiseren.

Er worden volgende bedenkingen gegeven op de aanbeveling en de bijkomende toelichting:

- Hulpverleners moeten niet alleen de noden van naasten in kaart brengen, maar hen ook helpen om deze te **vervullen**.
- Het lijkt nu alsof hulpverleners slechts eenmalig de noden van naasten in kaart moeten brengen, terwijl er continuïteit moet inzitten.
- Het is onduidelijk wie de noden van de naasten zal opvolgen.
- De aanbeveling spreekt over 'fysieke en psychische noden', maar het is niet duidelijk wat hiermee bedoeld wordt. Eventueel kan de term vervangen worden door '**behoefte**'.

- Het kan voor naasten helpend zijn om de zorggebruiker voor een korte periode op te nemen in kortverblijf. Naasten zijn op deze manier even ontlast van het zorgdragen voor de zorggebruiker en kunnen weer op adem komen.
- **Gevalideerde instrumenten** kunnen helpen om de behoeften van naasten in kaart te brengen, maar ook aanvallend en bedreigend overkomen doordat ze naasten mogelijk een schuldgevoel geven. Een **gesprek** is daarom beter op zijn plaats. Bestaande instrumenten (bv. the summary of needs, de triade kaart en de gespreksdriehoek) kunnen hulpverleners wel inspiratie bieden om het gesprek te voeren. De onderzoekers spreken in de toelichting ook beter van methodieken in plaats van instrumenten.
- De toelichting van de aanbeveling geeft aan dat er tijdens **een crisis** niet altijd tijd is om rekening te houden met de noden van naasten. De deelnemers vinden dit geen juiste toelichting omdat naasten tijdens een crisis net nood hebben aan ondersteuning. Naasten hebben evenveel nood aan uitleg als de zorggebruiker zelf. Door aan te geven in de toelichting dat hier geen tijd voor is, worden naasten tijdens een crisis over het hoofd gezien. Het kan een optie zijn om binnen de voorziening een aparte functie te voorzien die de noden van naasten opvangt tijdens een crisis.
- De vraag dringt zich op of er geen aparte aanbeveling over crisis moet komen. Crisis komt volgens de deelnemers te weinig aan bod in de richtlijn. In een afzonderlijke aanbeveling zouden de behoeften van naasten tijdens een crisis aan bod kunnen komen. Over het formuleren van een aparte aanbeveling bestaat consensus. De aanbeveling moet wel toepasbaar en realistisch zijn. De haalbaarheid kan later afgetoetst worden. De richtlijn mag ook aanbevelingen bevatten die moeilijker haalbaar zijn. De aanbevelingen moeten een inspiratiebron vormen om naar een ideaal toe te werken. De onderzoekers kunnen hierbij werken met gradaties die aangeven wat eerst behaald en verwezenlijkt moet worden.
- Enkele deelnemers stellen tot slot voor om op het macroniveau een **aanbeveling over respijtzorg** te includeren. Respijtzorg of kortverblijf is een kortdurende opvang van de zorggebruiker om naasten die een ondersteunende rol opnemen (bv. een mantelzorger) te ontlasten. Het zorgt voor een kleine adempauze bij de verzorgers. Dit bestaat reeds voor VAPH en werd recentelijk uitgebreid naar de ouderenzorg. Tussen beide sectoren bestaat wel een verschil in het maximaal aantal dagen van respijtzorg dat naasten kunnen aanvragen. Bij de invoering van artikel 107 werd respijtzorg voor de volledige GGZ over het hoofd gezien. Niettemin is hier grote nood aan.

1.2.7 Aanbeveling 7: Laat de zorggebruiker tijdens de opname tijd doorbrengen in de thuis-situatie.

Deze aanbeveling is afkomstig uit de interviews (zie hoofdstuk 4: interviews met zorginstellingen) en heeft vooral betrekking op de residentiële setting.

Aan deze aanbeveling zijn volgens verschillende deelnemers **belangrijke afwegingen** verbonden die nu niet ter sprake komen:

- **De term 'thuisituatie'** in de algemene aanbeveling wekt discussie. De thuisituatie kan voor elke zorggebruiker iets anders betekenen. Bijvoorbeeld voor sommige zorggebruikers is de thuisituatie het huis van de grootouders en niet het huis van het eigenlijke kerngezin. De hulpverlener moet aldus flexibel zijn in wat de zorggebruiker onder thuisituatie begrijpt.

- Hulpverleners mogen er niet van uitgaan dat elk familielid het beste met de zorggebruiker voor heeft. De thuissituatie kan soms mee aan de basis van de problemen liggen. In dat geval lijkt het weinig zinvol om de zorggebruiker vroegtijdig tijd in de thuissituatie te laten doorbrengen.
- In de thuissituatie is er soms minder structuur aanwezig dan in de residentiële voorziening wat nefast kan zijn voor het herstel van de zorggebruiker. Het is daarom belangrijk dat hulpverleners de thuissituatie goed in kaart brengen om te kijken of deze voldoende structuur biedt alvorens de zorggebruiker toestemming te geven om naar huis te gaan.
- Het is volgens de deelnemers belangrijk om voldoende rekening te houden met het **perspectief van de naasten**. De beslissing om de zorggebruiker tijd thuis te laten doorbrengen moet ook voor hen haalbaar en wenselijk zijn. Naasten moeten met andere woorden voldoende draagkracht hebben om de zorggebruiker thuis te ontvangen. Het is daarom belangrijk om tijdig met hen te communiceren over wat de verwachtingen t.a.v. de naasten zijn en of zij hieraan tegemoet kunnen en willen komen. Belangrijk is ook om dit thema regelmatig opnieuw met de naasten te bespreken, want de wensen en de draagkracht van de naasten kunnen veranderen doorheen de tijd. Dit tijdselement ontbreekt nog in de toelichting.
- Hulpverleners moeten met de zorggebruiker en de naasten **duidelijke afspraken** maken over de verblijfsituatie. Voor de zorggebruiker moet het vooral duidelijk zijn dat de verblijfsituatie zich beperkt tot de naasten waarmee er afspraken werden gemaakt. Wanneer werd afgesproken dat de zorggebruiker in het weekend bij de ouders zal verblijven, is het niet de bedoeling dat hij bij vrienden blijft slapen. Dat neemt niet weg dat de zorggebruiker tijdens zijn weekendverblijf tijd met vrienden kan doorbrengen.
- Bij suïcidegevaar is het belangrijk dat er geen suïcidemiddelen in de thuissituatie aanwezig zijn en de zorggebruiker thuis niet aan zijn lot wordt over gelaten. Een deelnemer geeft aan dat suïcidale zorggebruikers er na een verblijf in de thuissituatie vaak slechter aan toe zijn. Het is dus niet altijd een goed idee om een zorggebruiker die suïcidaal is naar huis te laten gaan.
- De wijze waarop de overheid ziekenhuizen financiert kan een rem zetten op het doorbrengen van tijd in de thuissituatie. Ziekenhuizen ontvangen namelijk een forfaitair bedrag per bed waardoor het voor hen financieel oninteressant is om zorggebruikers tijd in de thuissituatie te laten doorbrengen.
- Wat als de zorggebruiker alleen woont? Is het dan verstandig om hem naar huis te laten gaan?
- Volgens enkele deelnemers is de procedure inzake tijd doorbrengen in de thuissituatie ook verschillend bij een **gedwongen en een vrijwillige opname**. Bij een vrijwillige opname heeft de zorggebruiker op elk moment de mogelijkheid om naar huis te gaan. Net daarom laten sommige zorggebruikers zich vrijwillig opnemen. Uiteraard kan dit risico's met zich meebrengen. Voorzieningen verschillen ook van elkaar qua beleid rond verblijf in de thuissituatie.

1.2.8 Aanbeveling 8: Ga tijdens de behandeling van kinderen ook met de ouders aan de slag.

De deelnemers hebben heel wat bedenkingen m.b.t. deze aanbeveling:

- Voor enkele deelnemers is het niet duidelijk wat deze aanbeveling juist wil zeggen en of ze al dan niet over de Kindreflex gaat. Ter verduidelijking: de aanbeveling gaat niet over de Kindreflex, maar over de kinderen als zorggebruiker.
- Een deelnemer stelt zich de vraag of de aanbeveling niet overbodig is, aangezien de richtlijn gaat over het betrekken van naasten ongeacht of de zorggebruiker een kind, een ouder of een volwassen persoon is. Is er een verschil in het betrekken en informeren van naasten en het betrekken van de ouders?
- De aanbeveling komt voor één deelnemer over als een bevel: dat alle hulpverleners met de ouders aan de slag moeten gaan, terwijl ouders net goed geplaatst zijn om hulpverleners bij te staan in de behandeling van hun kind. Ze kunnen de problemen van hun kind goed duiden, ze zijn vaak de **vertrouwenspersoon van kinderen** en daarom belangrijke partners om te betrekken (zeker wanneer kinderen niet voor zichzelf kunnen spreken).
- In de praktijk worden ouders door veel hulpverleners nog te vaak gezien als de schuldige voor de problemen van hun kinderen. Hierdoor zijn hulpverleners snel geneigd om de **expertise van de ouders** aan de kant te schuiven. Om dit te vermijden moet deze aanbeveling blijven bestaan. Of misschien kan ze worden ondergebracht bij een andere aanbeveling.
- Ouders zijn belangrijk om ervoor te zorgen dat de behandeling thuis wordt voortgezet – om met andere woorden **therapietrouw** te installeren. Onderzoek toont tevens aan dat kinderen minder nood hebben aan een medicamenteuze behandeling wanneer de ouders training of psycho-educatie krijgen. Om die reden is deze vorm van ondersteuning belangrijk, maar men stelt zich de vraag of een dergelijke aanbeveling niet te vergaand is voor de richtlijn.
- Een heikel punt in deze discussie zijn de **financiële middelen**. Een CGG krijgt bijvoorbeeld subsidies per zorggebruiker. Het betrekken van een ouder vraagt extra tijd en werk, terwijl de CGG enkel subsidies krijgen voor het kind als zorggebruiker. Dit kan hulpverleners ervan weerhouden om de ouders te betrekken. Een ander punt zijn de lange wachttijden. Voorzieningen hebben vaak niet de ruimte om ook met de ouders aan de slag te gaan. In principe zijn dit problemen die zich op het macroniveau situeren.
- Naast de thuiscontext, is ook de schoolcontext voor een kind relevant. Idealiter gaat men niet alleen met de ouders, maar ook met de leerkrachten aan de slag.

Een afsluitende opmerking is dat alle aanbevelingen zich toespitsen op de noden en de wensen van de blanke Vlaming. Er is weinig kennis, begrip en aandacht voor zorggebruikers en naasten met een allochtone achtergrond. Dit aspect krijgt een eigen aanbeveling en zal nog verder worden uitgewerkt.

2 Focusgroep met patiëntenorganisaties en ervaringsdeskundigen

Deze paragraaf gaat in op de focusgroep met de patiëntenorganisaties en ervaringsdeskundigen. De methode geeft weer hoe we te werk zijn gegaan en welke organisaties deelnamen aan de focusgroep. De resultaten beschrijven de standpunten zoals ze geformuleerd zijn tijdens de focusgroep zonder nuanceringen of correctie van eventuele onnauwkeurigheden.

2.1 Methode

De focusgroep met vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties en ervaringsdeskundigen vond plaats op 20 februari 2020 en had tot doel om de tussentijdse versie van de aanbevelingen af te toetsen. Zowel de praktische organisatie als de inhoudelijke uitwerking van de focusgroep verliep in nauwe samenwerking met het Vlaams Patiëntenplatform. Elf vertegenwoordigers van volgende organisaties namen deel aan de focusgroep: Vlaams Patiëntenplatform, Uilenspiegel, DENK Leuven, Ups en Downs, OP WEGG, LEF, Beschut Wonen Antwerpen en Cliëntenbureau.

De deelnemers kregen drie weken voor de focusgroep de richtlijn toegestuurd met de vraag om vier topics uit de richtlijn te selecteren die ze tijdens de focusgroep in de diepte wensten te bespreken. De volgende vier topics wekten de meeste interesse en werden geselecteerd voor de discussie:

- Wanneer er sprake is van een ongezonde of verstoorde relatie tussen de zorggebruiker en een naaste.
- Wanneer de zorggebruiker geen toestemming geeft om naasten te betrekken.
- Rekening houden met de voorkeuren van de zorggebruiker en naasten.
- Wanneer de zorggebruiker weinig of geen naasten in zijn leven heeft.

Bijkomend werden de thema's suïcidaal gedrag en vrijheidsbeperkende maatregelen (afzondering en fixatie) aan de discussie toegevoegd.

De onderzoekers gaven tijdens de focusgroep per onderwerp een samenvatting van de aanbevelingen waarna de deelnemers de tijd kregen om hierover van gedachten te wisselen. Deelnemers kregen daarnaast de mogelijkheid om na de discussie aanvullende opmerkingen via e-mail aan de onderzoekers te bezorgen.

2.2 Resultaten

De resultaten geven alle standpunten weer die tijdens de focusgroep aan bod kwamen zonder verdere commentaar of discussie over de haalbaarheid of correctheid van de visie.

2.2.1 Topic 1: Wanneer er sprake is van een ongezonde of verstoorde relatie tussen de zorggebruiker en een naaste.

De internationale richtlijnen doen minimale uitspraken over wat te doen in geval er sprake is van een ongezonde relatie. De voorlopige richtlijn formuleert over dit onderwerp slechts één aanbeveling, namelijk: *Wees steeds alert voor ongezonde of verstoorde relaties tussen de zorggebruiker en een naaste. Het is belangrijk om enkel personen te betrekken die de cliënt vertrouwt.* Waardevolle aanvullingen zijn dus meer dan welkom.

De mogelijkheid bestaat dat een zorggebruiker een naaste wil betrekken, terwijl de hulpverlener van mening is dat deze relatie ongezond is. Wat moet de hulpverlener in een dergelijk geval doen? Volgens enkele deelnemers mag een hulpverlener zijn bezorgdheid tegenover de zorggebruiker uiten, maar moet hij wel verduidelijken waarom hij de relatie ongezond vindt. Een dialoog kan volgens hen helpend zijn, zodat de hulpverlener beter zicht krijgt op de relatie tussen de zorggebruiker en de naaste. Tijdens het gesprek kan de hulpverlener navragen hoe de zorggebruiker de relatie met de naaste ziet en waarom hij de naaste wil betrekken. Dankzij het gesprek zal de hulpverlener beter geplaatst zijn om te duiden waar de relatie minder goed loopt en beter kunnen beargumenteren waarom de betrokkenheid van een andere naaste meer aangewezen is.

Bovendien is het belangrijk dat hulpverleners naar de **stem van de zorggebruiker** luisteren en hiermee rekening houden. De zorggebruiker is immers degene die om hulp vraagt en zijn belangen moeten steeds voorop staan. Het is vooral van belang dat hulpverleners bij het betrekken van naasten rekening houden met de grenzen van de zorggebruiker, voor zover de zorggebruiker deze kan aangeven. Hulpverleners moeten de zorggebruiker steeds vragen of het zinvol is om naasten te betrekken en welke naasten ze willen betrekken. Vervolgens dienen hulpverleners in dialoog te gaan, ongeacht of er sprake is van een ongezonde relatie of niet. Enkele deelnemers zijn van mening dat het niet aan de hulpverlener is om te bepalen of een relatie verstoord is en om de zorggebruiker aan te sporen om de ongezonde relatie te verbreken. Deze keuze moet bij de zorggebruiker zelf liggen, al vindt één deelnemer wel dat een hulpverlener dit voorstel mag doen. Het is volgens enkele deelnemers de **taak van de hulpverlener** om enerzijds alert te zijn voor ongezonde relaties en de negatieve invloed van de relatie aan de zorggebruiker te verduidelijken. Naasten liggen soms aan de basis van de problemen of houden met hun gedrag de problemen in stand. Anderzijds is het de taak van de hulpverlener om met de verstoorde relatie aan de slag te gaan. Een verstoorde relatie kan immers terug hersteld worden.

Daarnaast moet er aandacht zijn voor de veiligheid van de hulpverlener en de zorggebruiker. Het bespreken van een ongezonde relatie met de naasten is geen eenvoudige taak en kan tot hevige reacties en een beladen sfeer leiden en de veiligheid en het welzijn van alle betrokkenen in het gedrang brengen. De hulpverlener moet zich hiervan bewust zijn. De gevolgen van het gesprek kunnen nadien – buiten de consultatieruimte en in afwezigheid van de hulpverlener – voor de zorggebruiker en de naasten voelbaar blijven. Dit is een belangrijk punt om rekening mee te houden bij het omgaan met ongezonde relaties.

Enkele deelnemers maken zich zorgen over hoe hulpverleners bij **minderjarige zorggebruikers** moeten omgaan met ongezonde relaties. Verschillende aandachtspunten komen aan bod.

- Een eerste punt betreft **de loyaliteit** tussen kinderen en ouders. Veel kinderen zijn loyaal naar hun ouders toe en voelen zich verplicht om hen te betrekken – zelfs wanneer de ouder-kind relatie verstoord is. De onderzoekers halen aan dat kinderen en jongeren, eenmaal ze wilsbekwaam zijn, veel rechten hebben en kunnen aangeven wie ze wel of niet willen betrekken in hun zorg. Een deelnemer geeft aan dat veel hulpverleners automatisch de ouders betrekken en dat veel jongeren net daarom naar TEJO (Therapeuten voor Jongeren) gaan, omdat ze daar anoniem hulp krijgen. De jeugdhulp is inderdaad sterk georiënteerd op het betrekken van de leefomgeving. In ideale omstandigheden wordt er samengewerkt met de ouders en de context, maar jongeren kunnen (net als meerderjarige zorggebruikers) hun voorkeuren kenbaar maken en grenzen stellen. Veel voorzieningen houden daar ook rekening mee. Een deelnemer laat weten dat het CLB op haar vraag haar ouders niet onmiddellijk inlichtte maar dit pas deed op het moment dat zij hiermee instemde. Ook het JAC licht de ouders pas in wanneer een jongere dit vraagt. Een deelnemer geeft aan dat het kind hiervoor wel enig inzicht nodig heeft en dat het

mondig genoeg moet zijn om zijn wensen duidelijk te maken. Een hulpverlener moet oog hebben voor de loyaliteit in de kind-ouder relatie en kinderen helpen om goed inzicht te krijgen in de situatie en hun voorkeuren te verwoorden.

- Een tweede punt betreft de **vertrouwenspersoon**. De vertrouwenspersoon is iemand die de zorggebruiker vertrouwt en bij wie hij zich goed voelt. Dit kunnen de ouders zijn, maar ook tantes, nonkels, grootouders, broers of zussen. Een deelnemer maakt de bedenking dat kinderen in principe zelf een vertrouwenspersoon kunnen kiezen, maar ze zich vaak gedwongen voelen om een ouder als vertrouwenspersoon aan te stellen. Kinderen staan vaak niet sterk genoeg in hun schoenen om de keuze voor een andere vertrouwenspersoon door te drukken. Wanneer een kind liever niet zijn ouders als vertrouwenspersoon wil aanstellen, is de kans reëel dat er een conflict ontstaat in de thuissituatie en de ouders het kind zullen proberen te overtuigen om hen toch als vertrouwenspersoon aan te stellen. Het kind kan hierdoor beginnen twijfelen en zich verplicht voelen om een ouder als vertrouwenspersoon te kiezen. Het is de taak van de hulpverlener om oog te hebben voor dergelijke situaties en hierin te bemiddelen. Hij kan bijvoorbeeld een gesprek met de ouders voeren om hen uit te leggen waarom het goed kan zijn voor het kind om iemand anders als vertrouwenspersoon aan te stellen. De hulpverlener kan tijdens dit gesprek verschillende argumenten aanhalen. Een eerste argument is dat een vertrouwenspersoon veel taken van de hulpverlener in de thuissituatie overneemt, waardoor er weinig tijd overblijft om gewoon moeder of vader te zijn. Door niet de vertrouwenspersoon te zijn blijven de rollen goed afgebakend. Een tweede argument is dat het kind bepaalde problemen niet zal durven bespreken om de ouders niet te kwetsen waardoor sommige problemen onbesproken blijven. Net daarom kan het voordeliger zijn voor het herstel van het kind om een andere vertrouwenspersoon aan te duiden.
- Een laatste aandachtspunt is dat sommige hulpverleners de **betrokkenheid van beide ouders als voorwaarde stellen** om een kind in begeleiding te nemen. Wanneer de ouders in een vechtscheiding zitten en een van hen niet betrokken wil worden, wordt de behandeling simpelweg niet opgestart. Of het gebeurt dat één ouder zich onvoldoende engageert, waardoor de begeleiding van het kind op een dood spoor belandt. Dergelijke situaties komen helaas geregeld voor. De hulpvraag van een kind of jongere moet steeds beantwoord worden, ongeacht wat de ouders hiervan vinden of ongeacht hun engagement. Naasten dienen zoveel mogelijk betrokken te worden als zij vragende partij zijn. Willen zij dit niet, dan mag dit geen uitsluiting van de hulpverlening tot gevolg hebben. Ook zonder de betrokkenheid van naasten, is het mogelijk om hulp te bieden en verandering teweeg te brengen. De jongere is onderdeel van een systeem en niet het hele systeem moet fysiek aanwezig zijn om tot verandering te kunnen komen.

Tot slot wordt er stilgestaan bij wat een **ongezonde of verstoorde relatie** precies is. De deelnemers noemen verschillende voorbeelden en benadrukken dat er wellicht nog meer voorbeelden te bedenken zijn. Er is volgens hen sprake van een ongezonde of verstoorde relaties wanneer:

- Een naaste zich overbeschermend of overbezorgd opstelt ten aanzien van de zorggebruiker.
- De zorggebruiker door een naaste fysiek of emotioneel verwaarloosd en/of mishandeld wordt.
- Een kind langdurig de rol van ouder op zich neemt (parentificatie).
- De relatie tussen de zorggebruiker en zijn naaste symbiotisch van aard is. Een symbiotische relatie is een zeer intense relatie tussen twee personen die gebaseerd is op afhankelijkheid en de twee

personen doet functioneren als één (Encyclo, 2020). Voor derden is er geen plaats. In zo een relatie worden de verantwoordelijkheden van de zorggebruiker ook snel overgenomen door de naaste.

- De zorggebruiker of de naaste een narcistische persoonlijkheid hebben.
- De relatie tussen de zorggebruiker en de naaste manipulatief van aard is.
- Een naaste een slechte invloed heeft op de zorggebruiker en de problemen mee in stand houdt.

2.2.2 Topic 2: Wanneer de zorggebruiker geen toestemming geeft om naasten te betrekken.

Dit onderwerp bestaat uit verschillende aanbevelingen. Een eerste reeks aanbevelingen focust op wat een hulpverlener voor een naaste kan betekenen wanneer de zorggebruiker geen toestemming geeft om naasten te betrekken. In dergelijke gevallen kan de hulpverlener niet-persoonsgebonden informatie aan de naasten verstrekken en zelf met de zorggebruiker rond het thema 'naasten' werken zonder hen werkelijk te betrekken. Een tweede reeks aanbevelingen gaat over de noodtoestand. Bij een ernstig en acuut gevaar, mag een hulpverlener persoonsgebonden informatie aan de naasten geven om het gevaar te doen wijken.

Een familie-ervaringsdeskundige geeft aan dat het **niet betrokken worden erg frustrerend** kan zijn voor naasten. Naasten willen graag helpen, maar kunnen dit niet zonder informatie. Het krijgen van voldoende informatie over de toestand van de zorggebruiker is helpend voor zijn herstel. Dankzij de informatie kan de naaste zijn gedrag en houding ten aanzien van de zorggebruiker aanpassen en het herstel mee bevorderen – zeker bij een terugkeer naar de thuissituatie is dit belangrijk.

Een andere deelnemer stelt dat wanneer de zorggebruiker weigert om naasten te betrekken, hulpverleners deze keuze **geregeld opnieuw ter sprake moeten brengen**. De beslissing om naasten niet te betrekken heeft vaak maar een tijdelijk karakter en komt bijvoorbeeld geregeld voor wanneer een zorggebruiker zich in een psychose bevindt. Het contact met de naasten kan door de psychose vertroebeld zijn en de zorggebruiker kan de hulpverlener dan vragen om naasten niet te betrekken. Het is belangrijk dat hulpverleners beseffen dat de wens van de zorggebruiker meestal maar tijdelijk van aard is en dus best geregeld opnieuw bevestigd wordt.

Een volgend discussiepunt is het **verstrekken van informatie aan naasten** tijdens een **noodtoestand**. De noodzaak om naasten tijdens een noodtoestand te informeren wordt sterk in vraag gesteld. Een eerste bedenking is dat de inschatting van gevaar zeer relatief is en de nodige voorzichtigheid verdient. Zelfs bij een noodtoestand moet de hulpverlener eerst met de zorggebruiker praten en hem laten weten dat hij van plan is om de naasten te contacteren. Een andere deelnemer stelt dat de handelingswijze verschillend is voor een residentiële en een ambulante voorziening.

Er wordt verder ingegaan op de wijze waarop **residentiële en ambulante voorzieningen** naasten betrekken. Wanneer de zorggebruiker de betrokkenheid van naasten weigert, mogen beide types van voorzieningen niet-persoonsgebonden informatie aan de naasten geven, naasten waar nodig ondersteunen en met de zorggebruiker rond het thema 'naasten' werken zonder naasten daadwerkelijk te betrekken. Toch is het contact met naasten en de werkwijze in beide types van voorzieningen anders. In een ambulante setting vergezelt een naaste de zorggebruiker minder vaak tijdens een contactmoment. Hulpverleners zien de naasten dus minder vaak. De betrokkenheid van naasten is in veel ambulante voorzieningen daardoor minder gebruikelijk. Wanneer een naaste nood heeft aan onder-

steuning, is het in een ambulante voorziening meer aangewezen om een andere hulpverlener (dan die van de zorggebruiker) in te schakelen.

Tot slot wordt er opgemerkt dat een zorggebruiker **veel naasten** kan hebben. Uiteraard dienen niet alle naasten betrokken te worden – de zorggebruiker kiest zelf wie hij in de zorg wenst te betrekken. De hulpverlener kan zich ook richten tot één persoon die dan alle naasten vertegenwoordigt. Opnieuw wordt hier verwezen naar de vertrouwenspersoon die een zorggebruiker kan aanduiden. De vertrouwenspersoon is nog erg ongekend, bij zowel hulpverleners als zorggebruikers, maar wordt best standaard aangesteld. Het aanstellen van de vertrouwenspersoon zou in feite onderdeel van de richtlijn moeten zijn. Hulpverleners moeten de zorggebruiker informeren over dit concept en hem helpen om een vertrouwenspersoon aan te stellen.

2.2.3 Topic 3: Rekening houden met de voorkeuren van de zorggebruiker en naasten

Het belang van luisteren naar de voorkeuren van de zorggebruiker werd al enkele malen aangehaald door de deelnemers. Het is pas mogelijk om met naasten samen te werken als de zorggebruiker dit wil en als dit gebeurt met naasten die hij vertrouwt. Belangrijk daarbij is nagaan wat de zorggebruiker verstaat onder vertrouwen, of naasten wel betrokken willen worden en of naasten hiervoor voldoende draagkracht hebben.

De deelnemers geven verschillende **goede voorbeelden** om de voorkeuren van de zorggebruiker en zijn naasten te bevragen.

- Als goed voorbeeld wordt een mobiel team aangehaald dat bij een eerste contact systematisch vraagt welke andere hulpverleners betrokken zijn of waren, wie de vertrouwenspersoon is en wie de zorggebruiker nog wenst te betrekken. Wanneer al deze naasten in kaart zijn gebracht, wordt er gevraagd welke informatie gedeeld mag worden met wie. Het mobiel team vraagt ook steeds na of er – in het kader van een samenwerking – informatie mag opgevraagd worden aan de andere hulpverleners. De hulpverlener brengt de zorggebruiker uiteraard steeds op de hoogte wanneer er informatie aan anderen wordt doorgegeven. Doordat een mobiel team aan huis komt, is de naaste zelf in de mogelijkheid om de hulpverlener te benaderen en om een gesprek te vragen.
- Wanneer de naaste graag bij de begeleiding van de zorggebruiker betrokken wil worden, is het aangewezen om hierover met de zorggebruiker en de naaste in gesprek te gaan. Het is belangrijk om een dergelijk gesprek steeds in het bijzijn van de zorggebruiker en niet achter zijn rug te laten plaatsvinden. Wanneer de naaste de vraag stelt om de hulpverlener alleen te spreken, vraagt de naaste hiervoor best eerst de toestemming aan de zorggebruiker.
- Een laatste voorbeeld is werken volgens een validerende benadering (Feil, 2004). Hierbij zitten de hulpverlener, de zorggebruiker en zijn naasten samen en wordt er ingegaan op een onderwerp dat de zorggebruiker graag met zijn naasten wil bespreken. Iedereen luistert volgens een validerende houding naar de zorggebruiker. Dit houdt in dat iedereen probeert mee te gaan in de belevingswereld van de zorggebruiker en deze als een realiteit beschouwt. De hulpverlener en de naaste proberen de gevoelens van de zorggebruiker te herkennen en te bevestigen in plaats van te ontkennen of er omheen te praten. Deze benadering helpt om spanningen bij de zorggebruiker weg te nemen.

Daarnaast wordt er ingegaan op **kinderen van ouders met psychische problemen**. Om het welzijn van KOPP-kinderen te verzekeren, moeten minderjarige kinderen volgens enkele deelnemers standaard in de begeleiding betrokken worden, ongeacht of de zorggebruiker hiermee instemt. De ouders mogen wel hun voorkeuren uitspreken over wat er gezegd wordt tegen de kinderen, maar het is raadzaam om de kinderen te minste te informeren over de begeleiding of het verblijf van de ouder in een residentiële voorziening. Een deelnemer benadrukt evenwel dat het belangrijk is om de draagkracht van het kind na te gaan en de hoeveelheid informatie hierop af te stemmen. Het informeren dient ook op een kindvriendelijke manier te gebeuren. Bijvoorbeeld door te werken met boeken of knuffels kunnen hulpverleners op een laagdrempelige manier aan het kind uitleggen wat er met de ouder aan de hand is en waarom deze tijdelijk ergens anders verblijft. Tot slot kunnen de regionale KOPP-werkingen ingeschakeld worden om de kinderen te ondersteunen.

Bij het bevragen van voorkeuren speelt ook de **cultuur van de zorggebruiker en de naaste een belangrijke rol**. Een van de deelnemers pleit ervoor om voldoende rekening te houden met andere culturen – dit gebeurt vandaag nog onvoldoende in de GGZ. Veel hulpverleners vinden het moeilijk om op een goede manier om te gaan met mensen van een andere cultuur. Iemands cultuur heeft echter een enorm effect op de wijze waarop een persoon psychische problemen beleeft en benadert. Zo zijn er culturen waar mensen met psychische problemen zich in de eerste plaats tot een Imam of de Koran wenden. Het is belangrijk dat hulpverleners openheid en luisterbereidheid aan de dag leggen en de benadering van mensen van een andere cultuur niet weerleggen of afkeuren. Het is beter om de verschillen te erkennen en te begrijpen, en als een realiteit te beschouwen. Dit kan eenvoudigweg door interesse te tonen en goede vragen te stellen (bv. Wat denkt u dat er aan de hand is? Waarom vindt u het belangrijk om een Imam te betrekken? Wat doet de Imam precies? Waarom ervaart u dit als helpend?). Er is voor de hulpverlener geen reden om de betrokkenheid van een Imam af te keuren. Een Imam zal niets verkeerd doen, hij leest enkel Koranverzen voor en dit kan voor de zorggebruiker en zijn naasten op dat moment ontzettend betekenisvol en troostend zijn. Hulpverleners moeten niet enkel openstaan voor culturele verschillen en andere benaderingen, maar ze moeten deze verschillen ook toelaten. Respect en openheid tonen voor andere benaderingen en deze toelaten, zijn de basisstenen van ‘omgaan met diversiteit’. Een deelnemer merkt hierbij op dat deze openheid en het toelaten dient te gebeuren in elke setting, ongeacht de strekking van de voorziening. Veel voorzieningen zijn nog verbonden aan een katholieke en pastorale werking – ook in deze voorzieningen moet het mogelijk zijn om volgens deze openheid te werken.

2.2.4 Topic 4: Wanneer de zorggebruiker weinig of geen naasten in zijn leven heeft.

Dit onderwerp beperkt zich tot één aanbeveling, namelijk: *Indien de zorggebruiker geen of een beperkt aantal naasten heeft, bekijk dan samen met de zorggebruiker hoe hij meer naasten kan aanspreken en/of welke verbroken contacten hersteld kunnen worden. Eventueel kan de familievertrouwenspersoon bemiddelen bij conflicten binnen de familie om relaties te herstellen.*

Enkele deelnemers maken de bedenking dat de **familievertrouwenspersoon nog niet is ingeburgerd** in de GGZ. Zowel zorggebruikers, naasten als hulpverleners zijn weinig vertrouwd met dit concept. De familievertrouwenspersoon is een persoon, vaak een familie-ervaringsdeskundige of een hulpverlener, die naasten informeert over de werking en kan bemiddelen bij conflicten. Dit vrij nieuwe concept moet in de eerste plaats beter bekendgemaakt worden.

Een deelnemer geeft aan dat er ooit een moment was waarop ze weinig naasten in haar leven had. Doordat ze niet kon rekenen op haar familie, diende ze zelf een nieuw netwerk van vrienden en

kennissen samen te stellen. In de realiteit bestaan kennissen en vrienden van zorggebruikers vaak uit hulpverleners of mede-zorggebruikers. Het sociale netwerk van de zorggebruiker beperkt zich dus dikwijls tot een psychiatrische context. De deelnemer vraagt om hulpverleners meer te laten inzetten op **integratie en inclusie in de maatschappij**.

Een hulpverlener kan de zorggebruiker ondersteunen bij het uitbouwen van een nieuw sociaal netwerk en het herstellen van oude contacten. Er bestaan verschillende **projecten** die inzetten op inclusie en het uitbouwen van een **sociaal netwerk**, zoals buddywerkingen. Het is voor zorggebruikers niet eenvoudig om goed zicht te krijgen op dit aanbod doordat er een veelheid aan initiatieven en projecten bestaat met een korte duurtijd. Dit komt omdat veel projecten niet **structureel gefinancierd** worden en op vrijwilligers draaien. De nood aan structurele financiering moet volgens een deelnemer meer in de richtlijn benadrukt worden.

Daarnaast is het belangrijk dat hulpverleners zorggebruikers toe leiden naar reguliere sociale activiteiten (hobby, praatcafé, etc.), zodat zorggebruikers in contact komen met mensen buiten het zorgcircuit. Maar al te vaak beperkt het sociaal netwerk van zorggebruikers zich tot andere zorggebruikers, ervaringsdeskundigen of lotgenoten. Dit komt deels omdat sociale activiteiten kostelijk zijn en zorggebruikers doorgaans een laag inkomen hebben. Hulpverleners houden bij het toe leiden naar sociale activiteiten best rekening met deze financiële barrière.

Naast het zoeken van nieuwe hobby's, worden nog andere werkwijzen aangehaald die helpend kunnen zijn om het sociaal netwerk van zorggebruikers uit te breiden.

- Het ecogram of de sociale netwerkkaart. Een ecogram wordt samen opgesteld met de zorggebruiker en geeft aan wie er rond de zorggebruiker staat. Het maakt duidelijk wie er voor de zorggebruiker betekenisvol is en omgekeerd voor wie de zorggebruiker een rol van betekenis speelt. De zorggebruiker leert zo inzien dat ook hij belangrijk is voor anderen. Het ecogram wordt regelmatig opnieuw bekeken en aangevuld, want een netwerk is geen constante maar iets dynamisch.
- Er bestaan nog andere creatieve werkwijzen om naasten te identificeren. Bijvoorbeeld samen met de zorggebruiker door de contactenlijst van zijn telefoon scrollen. Er staan soms contacten in die de zorggebruiker zelf over het hoofd zag. De hulpverlener kan dan vragen wie een bepaalde persoon is en of het een mogelijkheid is om deze meer te betrekken. Of een hulpverlener kan de dag van de zorggebruiker overlopen om na te gaan met wie de zorggebruiker allemaal in contact kwam.
- Een deelnemer noemt het project *lus vzw* (www.lusvzw.be). Deze vzw werkt vanuit de vraag van zorggebruikers. Indien de zorggebruiker eenzaam is, weinig naasten heeft en graag mensen rond zich wilt kan hij *lus vzw* contacteren. Een vrijwilliger gaat vervolgens samen met de zorggebruiker op zoek naar mensen die betrokken kunnen worden. Zo ontstaat er een groep mensen rond de zorggebruiker die op geregelde tijdstippen samenkomt om gesprekken te voeren of activiteiten te doen.
- Een gelijkaardig initiatief is de dienst ondersteuningsplan van het VAPH (<https://www.dienstondersteuningsplan.be/>). Ook zij gaan na wie er betrokken kan worden of gaan op zoek naar een dagbesteding. Deze organisatie wordt gefinancierd door de overheid en gaat met de zorggebruiker een beperkt traject van één jaar aan.

2.2.5 Topic 5: Omgaan met suïcidaal gedrag

Over het omgaan met suïcidaal gedrag werd een aantal jaar geleden door het VLESP een richtlijn voor hulpverleners in de gezondheidszorg ontwikkeld, de MDR 'detectie en behandeling van suïcidaal gedrag' (zie hoofdstuk 2, paragraaf 4.2). De richtlijn bevat aanbevelingen over: hoe suïcidaal gedrag herkennen, hoe ermee omgaan, wat na een suïcidepoging of een suïcide, etc. In de richtlijn staan ook aanbevelingen over hoe naasten betrokken kunnen worden. Oorspronkelijk waren deze aanbevelingen onderdeel van voorliggende richtlijn, maar de onderzoekers beslisten niet veel later om de aanbevelingen over suïcide toch weer te schrappen en voor alles inzake suïcide te verwijzen naar de richtlijn van het VLESP. Op vraag van het Familieplatform Geestelijke Gezondheid worden de aanbevelingen rond suïcide toch weer opgenomen in de richtlijn. De focusgroep staat stil bij belangrijke aandachtspunten inzake de detectie en de behandeling van suïcidaal gedrag m.b.t. naasten.

Voor een deelnemer is het belangrijk dat een naaste goed luistert wanneer de zorggebruiker over suïcide praat en deze uitingen serieus neemt. Een naaste moet ook durven doorvragen. Dit zijn moeilijke gesprekken voor naasten en een hulpverlener kan hierin faciliteren.

Daarnaast vinden de deelnemers het belangrijk dat naasten **informatie krijgen over suïcidaal gedrag**. Wat is suïcidaal gedrag, wanneer is er een vermoeden en hoe ga je hiermee om? In ideale omstandigheden doet de zorggebruiker zelf de uitleg over zijn situatie. Wanneer de zorggebruiker dit niet ziet zitten, kan de hulpverlener deze informatie aan de naasten geven in het bijzijn van de zorggebruiker. De deelnemers vinden het ook belangrijk dat naasten algemene en niet-persoonsgebonden informatie krijgen wanneer de zorggebruiker zijn naasten niet wil betrekken. Bij het informeren is het evenwel belangrijk om geen stigmatiserende boodschappen aan naasten te geven. Bijvoorbeeld suïcidaal gedrag wordt vaak als een symptoom van borderline gezien wat bij naasten tot vooroordelen kan leiden: de suïcidedreiging wordt als een 'normaal gevolg' van de stoornis gezien en door naasten niet serieus genomen.

Bij (een vermoeden van) suïcidaal gedrag zijn **naasten** volgens de deelnemers **zelf** in de mogelijkheid om **initiatief** te nemen.

- Een naaste kan bellen naar de behandelende hulpverlener wanneer hij zich zorgen maakt. Hierbij is het belangrijk dat de naaste aan de zorggebruiker laat weten dat hij contact zal opnemen en waarom hij dit doet.
- Bovenstaand initiatief geldt eveneens in de andere richting. Als de hulpverlener signalen opvangt en het gaat om een acute situatie, moet de hulpverlener dit doorgeven aan de naasten. Ook hier legt de hulpverlener aan de zorggebruiker uit waarom hij dit doet, vooraleer de naasten te contacteren.
- Als de zorggebruiker niet wil dat een naaste contact neemt met de behandelende hulpverlener, is het een optie om een andere hulpverlener in te schakelen (bv. de huisarts, een CGG, een PAAZ, psychiatrische instellingen, permanenties van beschut wonen, een EPSI of de gewone spoeddiensten/ambulance). Een nadeel van bovengenoemde diensten is dat zij, met uitzondering van spoeddiensten, in het weekend moeilijk of niet te bereiken zijn. Een deelnemer geeft aan dat er nood is aan een psychische wachtpost of crisisdienst voor volwassenen waar zorggebruikers en naasten tijdens een crisis terecht kunnen.

- Het contacteren van de zelfmoordlijn is ook een optie, al is deze dienst vaak onderbemand en bestaat de kans dat je niet meteen contact kunt maken. Het nadeel van de zelfmoordlijn is overigens dat zij niet interveniëren. Ze bieden een luisterend oor, maar gaan niet over tot actie.

2.2.6 Topic 6: Vrijheidsbeperkende maatregelen

Over het onderwerp vrijheidsbeperkende maatregelen bestaat er eveneens een richtlijn, namelijk de MDR 'preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële GGZ' (zie hoofdstuk 2, paragraaf 4.1). De meeste aanbevelingen in de MDR gaan over het voorkomen van afzondering en fixatie en situeren zich op het beleidsniveau. De MDR bevat weinig of geen aanbevelingen over het betrekken van naasten tijdens de toepassing van afzondering en fixatie.

De deelnemers vertellen verschillende (persoonlijke) verhalen over afzondering en fixatie en hoe het betrekken van een naaste een verschil had kunnen maken. De belangrijkste aandachtspunten uit deze verhalen worden hieronder weergegeven.

Inzake preventie is het opstellen van een **crisisplan** een belangrijk punt van aandacht. De hulpverlener vraagt aan de zorggebruiker wat en wie hij tijdens een crisis nodig heeft. Als een zorggebruiker aangeeft een van zijn naasten tijdens een crisissituatie nodig te hebben, is het aan de voorziening om dit mogelijk te maken. Het crisisplan moet ook met de naasten gedeeld worden.

Volgens de deelnemers is de betrokkenheid van naasten vooral essentieel wanneer een zorggebruiker tijdens een crisis in een voorziening wordt binnengebracht. Het is belangrijk dat hulpverleners op dat moment tijd vrijmaken om **in gesprek te gaan met de naasten** en hen niet opzij te schuiven of naar huis te sturen. Dit gesprek is zinvol om in te schatten in welke mate de crisis voor de zorggebruiker of zijn naasten een risico inhoudt. Er moet namelijk een reëel gevaar zijn om te kunnen overgaan tot afzondering of fixatie en naasten kunnen de hulpverlener cruciale informatie geven om hierover te beslissen. Door te praten met en te luisteren naar naasten, kunnen hulpverleners beter inschatten of er werkelijk nood is aan de toepassing van afzondering of fixatie. Indien er toch wordt overgegaan tot afzondering of fixatie, is het belangrijk dat de zorggebruiker waardevolle persoonlijke spullen (bv. een trouwring of ketting) kan toevertrouwen aan een naaste en niet bij een (onbekende) hulpverlener in bewaring moet geven. Dit zijn kleine details die de impact van de vrijheidsbeperkende maatregel kunnen verminderen.

Wanneer er afzondering of fixatie wordt toegepast bij een zorggebruiker, is het volgens de deelnemers belangrijk om **naasten hierover te informeren** zodat ze niet nodeloos ongerust hoeven te zijn. Zelfs indien de zorggebruiker hiervoor geen toestemming kan of wil geven, moet een hulpverlener een naaste of de vertrouwenspersoon verwittigen. In tijden van smartphones is iedereen namelijk altijd bereikbaar. Wanneer de zorggebruiker enkele uren of een dag niet reageert op een bericht zullen naasten zich ongerust maken. Hen kort laten weten dat de zorggebruiker tijdelijk niet bereikbaar is, kan voor de naasten veel betekenen.

Daarnaast is het belangrijk om naasten **voldoende uitleg** te geven over wat de vrijheidsbeperkende maatregel precies inhoudt, waarom deze wordt toegepast en hoe lang de toepassing zal duren. Wanneer naasten in de mogelijkheid zijn om de zorggebruiker tijdens de toepassing van de maatregel te zien, is het noodzakelijk hen hierop goed voor te breiden. Daarbij is het belangrijk om vooraf na te gaan of de naaste genoeg **draagkracht** heeft om de zorggebruiker te zien en om voldoende uitleg te geven over hoe de zorggebruiker eraan toe is. Het zien van de zorggebruiker die gefixeerd is, kan immers een impact hebben op de naaste en niet iedereen kan dit aan of wil de zorggebruiker in gefixeerde

toestand zien. Voor sommige naasten volstaat het om te weten dat de zorggebruiker in orde is. Een deelnemer haalt de mogelijkheid aan om de zorggebruiker te laten bellen met zijn naasten. Door dit gebaar laat de hulpverlener aan de zorggebruiker weten dat hij de naasten betreft en dat de zorggebruiker er niet helemaal alleen voor staat. Een andere deelnemer benadrukt dat er bijzondere aandacht moet zijn voor de draagkracht van de **kinderen als naaste**.

Het is volgens de deelnemers bij de toepassing van afzondering belangrijk om de **zorggebruiker niet constant alleen te laten**, maar om ervoor te zorgen dat er (af en toe) iemand bij hem is. Dit kan een naaste zijn (wanneer zij over voldoende draagkracht beschikken), een hulpverlener of een ervaringsdeskundige. Enkele deelnemers geven aan dat de aanwezigheid van een naaste tijdens afzondering mogelijk moet zijn als de zorggebruiker hierom vraagt. Ze verwijzen hiervoor naar de afdeling pediatrie van een algemeen ziekenhuis die standaard over ouder-kind kamers beschikken zodat ouders bij hun ziek kind kunnen blijven. Dit zou ook in de GGZ voor volwassenen mogelijk moeten zijn.

SWVG Rapport nr. 47

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

Bijlage 2: De afstemming met de richtlijnwerkgroep

Inhoud

1	Leden van de richtlijnwerkgroep	3
2	Methode	3
3	Resultaten van de eerste bijeenkomst van de richtlijnwerkgroep	4
3.1	Stelling 1: In de Vlaamse GGZ zijn er veel goede praktijken voorhanden om de naasten van zorggebruikers beter in de zorg te betrekken.	5
3.2	Stelling 2: Er is nood aan één generieke richtlijn voor alle doelgroepen en de verschillende sectoren van de GGZ	7
3.3	Stelling 3: De vragen waarop de richtlijn een antwoord moet bieden	8
3.4	Stelling 4: De topics waarop de richtlijn moet inspelen	8
3.5	Stelling 5: Een gepaste indeling van de richtlijn	9
4	Resultaten van de tweede bijeenkomst van de richtlijnwerkgroep	10
4.1	Bedenkingen m.b.t. de resultaten van de eerste richtlijnwerkgroep, de literatuurstudie en de interviews	11
4.2	Bedenkingen m.b.t. de eerste aanzet voor de aanbevelingen	13
5	Resultaten van de derde bijeenkomst van de richtlijnwerkgroep	18
5.1	Bedenkingen m.b.t. de definities van 'bejegenen', 'informer', 'ondersteunen' en 'samenwerken'	19
5.2	Bedenkingen m.b.t. de algemene opbouw van de aanbevelingen op het niveau van de hulpverlener en het team	22
5.3	Bedenkingen m.b.t. de selectie van aanbevelingen die de leden van de RWG meer in diepte wensten te bespreken	26
6	Resultaten van de schriftelijke feedbackronde	30
6.1	Algemene bedenkingen	31
6.2	Bedenkingen m.b.t. het microniveau	32
6.3	Bedenkingen m.b.t. het mesoniveau	33
6.4	Bedenkingen m.b.t. het macroniveau	33
6.5	De integratie van twee Vlaamse GGZ-richtlijnen	33

Lijst Tabellen

Tabel 1	Samenstelling richtlijnwerkgroep	3
---------	----------------------------------	---

Lijst Figuren

Figuur 1	Overzicht geselecteerde topics (beginfase)	5
Figuur 2	Opdeling van de richtlijn volgens zorgniveau, zorgfase en thema.	10

Een eerste paragraaf geeft een overzicht van de leden van de richtlijnwerkgroep. De tweede paragraaf beschrijft de algemene aanpak die gehanteerd werd tijdens de overlegmomenten met de richtlijnwerkgroep. Een derde paragraaf geeft de bevindingen van de vier overlegmomenten weer.

1 Leden van de richtlijnwerkgroep

De leden van de richtlijnwerkgroep (RWG) vertegenwoordigen diverse disciplines, organisaties en belangengroepen en werden geselecteerd omwille van hun deskundigheid m.b.t. het thema contextbetrokkenheid. Onderstaande tabel (Tabel 1) geeft een overzicht van de deelnemende organisaties.

Tabel 1 Samenstelling richtlijnwerkgroep

Beroepsorganisaties	Patiënten- en familieplatformen	Koepelorganisaties
<ul style="list-style-type: none"> • Vlaamse Vereniging voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie • Vlaamse Vereniging voor Klinisch Psychologen • Orde der artsen • Nationaal Verbond van Katholieke Vlaamse Verpleegkundigen en Vroedvrouwen (NVKVV) • Vlaamse Vereniging van Behandelingscentra Verslaafdenzorg • Federatie van Centra voor Ambulante Revalidatie • Onderzoekseenheid gezins- & orthopedagogiek, KU Leuven • Vakgroep Orthopedagogiek, UGent 	<ul style="list-style-type: none"> • Open Patiëntenkoepel Geestelijke Gezondheid (OPGanG) • Cachet vzw • Familieplatform Geestelijke Gezondheid vzw 	<ul style="list-style-type: none"> • Netwerken Geestelijk Gezondheidszorg (artikel 107) • Steunpunt Geestelijke Gezondheid • Zorgnet-Icuro

2 Methode

Oorspronkelijk stonden er vier bijeenkomsten met de leden van de richtlijnwerkgroep gepland om inhoudelijk af te stemmen over de richtlijn. De vierde bijeenkomst kon omwille van de Coronamaatregelen niet doorgaan en werd vervangen door een schriftelijke feedbackronde.

De aanpak van de **drie bijeenkomsten** was gelijkaardig. Vóór de bijeenkomst ontvingen de leden voorbereidende documenten en het verslag van de vorige bijeenkomst. De bijeenkomst zelf ging telkens van start met een stand van zaken van het onderzoek en een bespreking van de tussentijdse resultaten. Daarna volgde een uitgebreide inhoudelijke discussie. Tijdens de **eerste bijeenkomst** ging de discussie over de visie, het doel en de inhoud van de richtlijn. Tijdens de **tweede bijeenkomst** vormde een eerste rudimentaire set van aanbevelingen het voorwerp van discussie. Deze set van aanbevelingen werd uitgewerkt op basis van de feedback verzameld tijdens de eerste bijeenkomst met de RWG en de vier geselecteerde richtlijnen uit de (inter)nationale literatuur. De aanbevelingen speelden in op drie niveaus: (1) het niveau van de hulpverlener en het team, (2) het niveau van de zorginstelling en (3) het niveau van de samenleving. Tijdens de **derde bijeenkomst** werd een meer uitgewerkte versie van de

richtlijn bediscussieerd die rekening hield met: de input van de wetenschappelijke literatuur, de resultaten van de interviews, de resultaten van de focusgroep met de familieverenigingen en de feedback verzameld tijdens de tweede bijeenkomst met de RWG. De discussies van de drie bijeenkomsten met de richtlijnwerkgroep werden met toestemming van de leden opgenomen en verwerkt tot een beknopt verslag (zie paragrafen 3 tot 5).

Voor de **schriftelijke feedbackronde** werd een nieuwe versie van de richtlijn aan de leden voorgelegd bijgewerkt op basis van: de feedback verzameld tijdens de derde bijeenkomst met de RWG en de resultaten van de focusgroep met de zorggebruikers. De leden konden ons per mail al hun bedenkingen bezorgen. Paragraaf 6 geeft een samenvattend overzicht van de voornaamste bedenkingen die we tijdens de schriftelijke feedbackronde ontvingen.

3 Resultaten van de eerste bijeenkomst van de richtlijnwerkgroep

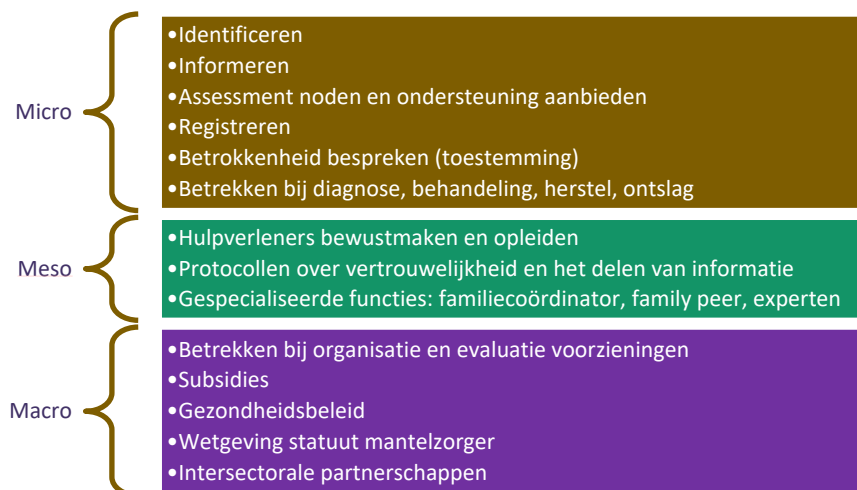
De eerste bijeenkomst van de richtlijnwerkgroep focuste op het doel en het verloop van het onderzoek. De onderzoekers presenteerden een samenvattend overzicht van de richtlijnen over het betrekken van naasten in de GGZ uit de (inter)nationale literatuur. Vervolgens kreeg de richtlijnwerkgroep een aantal stellingen voorgelegd met als doel een discussie op gang te brengen en zicht te krijgen op:

- De visie, de opvattingen en de ervaringen van de deelnemers over bestaande goede praktijken
- De reikwijdte van de richtlijnen
- De richtvragen
- De inhoudelijke thema's, de opdeling en de structuur van de richtlijn

Dit verslag bevat een samenvatting van de discussie die plaatsvond rond de volgende vijf stellingen:

1. In de Vlaamse GGZ zijn er veel goede praktijken voorhanden om de naasten van zorggebruikers beter in de zorg te betrekken.
2. Er is nood aan één generieke richtlijn die:
 - Zich richt op zowel kinderen en jongeren als volwassenen en ouderen
 - Breed toepasbaar is in de verschillende deelsectoren van de GGZ
3. De richtlijn biedt een antwoord op de volgende vragen:
 - Welke factoren bemoeilijken en faciliteren het betrekken van naasten?
 - Waarom is het belangrijk om naasten te betrekken?
 - Wanneer worden naasten beter wel en niet betrokken?
 - Welke goede praktijken bestaan er om de noden van de naasten te bevragen en conform die noden ondersteuning aan te bieden?
 - Wat dienen voorzieningen in het cliëntendossier te registreren m.b.t. de naasten?
 - ...

4. De richtlijn speelt in op de volgende topics:



Figuur 1 Overzicht geselecteerde topics (beginfase)

5. Een gepaste indeling voor de richtlijn is volgens:

- Zorgniveau: micro, meso, macro
- Deelsector: ambulante, mobiel, residentieel
- Doelgroep: kinderen en jongeren vs. volwassenen
- Fase in het zorgtraject: eerste contact, opname, behandeling, ontslag, nazorg
- ...

In wat volgt geven we een overzicht van de standpunten die tijdens de sessie geformuleerd zijn zonder verdere nuancerings of correctie van eventuele onnauwkeurigheden.

3.1 Stelling 1: In de Vlaamse GGZ zijn er veel goede praktijken voorhanden om de naasten van zorggebruikers beter in de zorg te betrekken.

De deelnemers van de richtlijnwerkgroep haalden een aantal goede praktijken aan die momenteel toegepast worden in de Vlaamse GGZ. De onderzoekers stellen evenwel opvallende verschillen vast tussen de deelsectoren in hoe gangbaar het is om naasten te betrekken en hoe haalbaar men dit ervaart. Hulpverleners uit de **ambulante zorg voor volwassenen** zijn in veel gevallen niet geneigd om de familie of de naasten uit te nodigen. Ook zelfstandigen in privépraktijken betrekken de naasten veelal niet omdat dit extra tijd vraagt (bv. bijkomende telefoongesprekken) en dus meer kost (bv. extra gesprekken inplannen). Het is daarom belangrijk om sterk in te zetten op het veranderen van de attitudes en de visie van ambulante hulpverleners.

In de **residentiële zorg voor volwassenen** lijkt het betrekken van naasten meer gebruikelijk. In een voorziening voor verslavingszorg voor volwassenen met zowel een ambulante als een residentieel aanbod nodigt de onthaalafdeling familieleden uit om hen op een laagdrempelige manier informatie over de werking en het onthaal te geven. Bij de overgang naar de therapeutische gemeenschap identificeert de hulpverlener samen met de zorggebruiker wie hij van zijn naasten wil uitnodigen. De voorziening nodigt deze personen uit om hen te informeren over het verloop van de behandeling. Familieleden krijgen daarbij de kans om vragen te stellen en ook de bewoners krijgen zelf het woord. Hierna is het mogelijk om ongeveer één keer per maand een familiegesprek te plannen waarin diverse thema's aan bod kunnen komen afhankelijk van de noden van de bewoner en diens familie. Bewoners die aangeven geen

of een beperkte aantal naasten te hebben, moedigt men in individuele gesprekken aan om in de ruimere omgeving op zoek te gaan naar personen die een rol van betekenis kunnen spelen in de zorg. Wanneer er toch geen naasten blijken te zijn, engageren hulpverleners zich om samen met de bewoner een sociaal netwerk uit te bouwen en met de zorggebruiker in gesprek te gaan over vroegere naasten. In de groepswerking staan de bewoners tevens stil bij het thema naasten door bijvoorbeeld een genogram, ecogram of wapenschild te maken.

Op een opnameafdeling voor volwassenen met niet-aangeboren hersenletsel maken de verpleegkundigen zowel op formele (bv. infoavonden en ontmoetingsmomenten) als informele (bv. tijdens de bezoeken) wijze contact met de familie. Beide vormen van contact met de familie beschouwt het personeel als waardevol en een win-win. Men streeft er naar familieleden te betrekken vanaf de intake en in de verdere fases van de opname, behandeling en afronding. Bij zorggebruikers waarbij het moeilijk is om naasten te betrekken, komt men regelmatig terug op dit topic en gaat men na of er toch geen naasten aanwezig zijn die de zorggebruiker wil uitnodigen.

Op een psychoseafdeling in een psychiatrisch ziekenhuis vond de voorbije jaren een verschuiving plaats van een meer psycho-educatieve benadering naar het betrekken van naasten via familieavonden en het implementeren van de **Open Dialogue** benadering van Jaakko Seikkula (e.g. Seikkula et al., 1995; Seikkula, Alakare, & Aaltonen, 2011) Deze benadering beoogt minder lange hospitalisaties en het verminderen van het medicatiegebruik van psychotische zorggebruikers (Seikkula et al., 2006; Seikkula et al., 2011). Dit doet men door de naasten vanaf het begin van de opname tot en met de nazorg zo goed mogelijk te betrekken. Naasten definieert men hierbij breed – het kan gaan over de familie, maar ook over goede vrienden, schoolpersoneel of medewerkers van mobiele teams. In de mobiele teams zit het werken met naasten overigens sterk verankerd.

Ondanks de toepassing van een aantal goede praktijken in de Vlaamse GGZ, merken een aantal deelnemers van de richtlijnwerkgroep op dat het betrekken van naasten vaak beperkt blijft tot het uitwerken van één of enkele initiatieven in het zorgtraject (bv. de familie kan deelnemen aan de teamvergaderingen) zonder in te zetten op een integrale werking en beleid waarin het betrekken van naasten een belangrijke plaats krijgt. Ook continuïteit vormt een belangrijk aandachtspunt. Het betrekken van naasten mag geenszins beperkt blijven tot één fase (bv. de ontslagplanning) of één moment (bv. informatiebijeenkomst) in het zorgtraject, maar dient doorheen de hele behandeling op een continue manier te gebeuren. Het betrekken van naasten begint bij voorkeur zo vroeg mogelijk in het traject.

Situaties waarin **kinderen deel uitmaken van de naasten** verdienen bijzondere aandacht. Het is in dergelijke gevallen belangrijk dat men kinderen voldoende informeert (bv. over de opname van de ouder). In een voorziening voor verslavingszorg voorziet men zelfs de mogelijkheid om het kind van de zorggebruiker mee in opname te nemen. De bewoner en het kind verblijven in een aparte woning en worden begeleid door zogenoemde tipi-mama's. De voorziening organiseert daarnaast oudergroepen voor ouders waarvan het kind niet mee in opname is. Verschillende leden van de richtlijnwerkgroep rapporteren positieve ervaringen met het werken met KOPP. Het is dan ook aangewezen om de **KOPP-werking** te integreren in de richtlijn.

In de **hulpverlening voor kinderen en jongeren** zit het betrekken van de naasten over het algemeen sterker in de visie op zorg, de opleiding en de dagelijkse praktijk verankerd. Tegelijkertijd merken een aantal leden van de richtlijnwerkgroep op dat men de ouders en de naasten ook hier niet systematisch uitnodigt. Hoe ouder kinderen zijn (met name in de transitieleeftijd), hoe minder hulpverleners de reflex hebben om de ouders of de naasten te betrekken. Zoals in de volwassendoelgroep, spelen zowel

financiële aspecten als de attitudes en de overtuigingen van de hulpverleners een rol (bv. de overtuiging dat het betrekken van de naasten extra sessies kost). Daarnaast zijn de overtuigingen van de ouders zelf bepalend (bv. “Je moet niet mij, maar mijn kind helpen”). De Centra voor Ambulante Revalidatie betrekken ouders en opvoedingsfiguren van bij het begin van het traject en definiëren de naasten breed – zo doet men bijvoorbeeld ook schoolobservaties. Hoewel het betrekken van de naasten in de dagelijkse praktijk sterk verweven zit, heeft men dit tot nog toe niet in beleidsteksten uitgewerkt.

Aansluitend bij de Open Dialogue benadering organiseert men in Vlaanderen **Open-Hart-Cirkels** (Vandamme, 2017), waarbij men betekenisvolle personen rond de zorggebruiker samenbrengt. **Eigen Kracht-conferenties** zijn een andere veelgebruikte praktijk om naasten van een zorggebruiker samen te brengen en onder begeleiding van een coördinator gezamenlijk een (zorg)plan op te stellen (e.g. Bartelink, 2010; Gramberg, & Henriettestraat 2010; Harris, 2008). Verder merken een aantal leden van de richtlijnwerkgroep op dat het niet steeds nodig is om grootse initiatieven op te zetten. Ook kleine aanpassingen in de werking kunnen betekenisvol zijn. Zo is het belangrijk om organisaties voor lotgenotencontact (**Similes**) voldoende bekend te maken bij familieleden en de drempel te verlagen om contact te zoeken met dergelijke organisaties.

Onder goede praktijken wordt tot slot ook het samenkomen van hulpverleners voor het **uitwisselen van ervaringen en intervisie** aangehaald.

3.2 Stelling 2: Er is nood aan één generieke richtlijn voor alle doelgroepen en de verschillende sectoren van de GGZ

De richtlijnwerkgroep is het erover eens dat er nood is aan richtlijnen die van toepassing zijn op de verschillende deelsectoren van de GGZ en zich richten tot zowel kinderen en jongeren als volwassenen en ouderen. Aanvankelijk gaven deelnemers uit het klinisch werkveld aan vooral nood te hebben aan een richtlijn met concreet toepasbare aanbevelingen. Men uitte de bezorgdheid dat een generieke richtlijn kan verzanden in algemene aanbevelingen die in de praktijk uiteindelijk weinig werkbaar zijn, gegeven de grote diversiteit aan problematieken en voorzieningen. Ook juridische verschillen tussen kinderen en jongeren enerzijds en volwassenen anderzijds pleiten in het nadeel van een generieke richtlijn. Een aantal deelnemers argumenteert dat er één cruciaal voordeel verbonden is aan een generieke richtlijn gericht op een brede doelgroep en verschillende deelsectoren. Een generieke richtlijn kan namelijk de transitie tussen verschillende sectoren (bv. van residentieel naar ambulante) en leeftijdsgroepen (bv. van jongeren naar volwassenenzorg) faciliteren. Het GGZ-landschap is nu heel versnipperd met specifieke zorgvoorzieningen voor afgebakende doelgroepen en schotten tussen de verschillende deelsectoren van de GGZ. Aparte richtlijnen voor verschillende doelgroepen of types van voorzieningen, houdt de verkokering van de GGZ verder in stand en bemoeilijkt de overgang van de ene naar de andere zorgvorm. Binnen de richtlijnwerkgroep was er uiteindelijk consensus om een **generieke richtlijn** te ontwikkelen. Deze richtlijn zal vertrekken vanuit een aantal **algemene en overkoepelende principes** rond het betrekken van naasten die het **basiskader** vormen. Hoewel het niet uitgesloten is dat de richtlijn een aantal essentiële sector- en doelgroepspecifieke aanbevelingen bevat, wordt van de hulpverleners, de teams en de voorzieningen verwacht dat ze zelf de algemene aanbevelingen vertalen naar de eigen werkcontext.

3.3 Stelling 3: De vragen waarop de richtlijn een antwoord moet bieden

Bij het voorleggen van de richtvragen blijkt dat een belangrijke richtvraag ontbreekt, met name wie er deel uitmaakt van naasten en **hoe breed naasten gedefinieerd worden**. Het Familieplatform Geestelijke Gezondheid maakt in haar eigen communicatie steeds gebruik van de term *familie* en geeft hieraan een brede interpretatie. Een belangrijke vraag is hoe breed je in deze definitie gaat. Enkele leden hanteren een zeer ruime definitie van naasten, waaronder standaard ook de school- en werkcontext vallen. In het kader van re-integratie en herstel speelt de werkcontext inderdaad een cruciale rol. Hoewel dergelijke brede definitie van naasten zinvol kan zijn binnen het bredere hersteltraject van de zorggebruiker, bestaat het risico dat met een dergelijke ruime focus de naaste omgeving te veel naar de achtergrond verschuift. Het doel van het onderzoeksproject is niet een richtlijn ontwikkelen om re-integratie en herstel in al zijn facetten te dekken, maar wel om familie en naastbetrokkenen beter te betrekken. Het is belangrijk om in de richtlijn de afgebakende scope duidelijk te vermelden.

Een werkbaar voorstel is om de definitie van naasten te laten afhangen van de wensen van de zorggebruiker en de naasten. De context bestaat enerzijds uit de betekenisvolle anderen die de zorggebruiker in zijn behandeling wenst te betrekken en anderzijds uit naasten die verlangen en bereid zijn om in de zorg van de zorggebruiker betrokken te worden. In die zin is de definitie van context **maatwerk voor iedere zorggebruiker**. Dit impliceert dat voor sommige zorggebruikers personen uit de werkcontext binnen de scope kunnen vallen, maar vaker zullen dit familieleden zijn. Tot slot zijn er ook personen die vanuit een **juridisch standpunt** betrokken en geïnformeerd dienen te worden (bv. een vertrouwenspersoon die door een vrederechter werd aangeduid of een bewindvoerder). De onderzoekers nemen de vraag naar de reikwijdte van naasten ook mee in de interviews.

Samenhangend met de definitie en reikwijdte van naasten, stellen de leden van de richtlijnwerkgroep de vraag tot welke doelgroep de richtlijn zich richt: staat de richtlijn ten dienste van de zorggebruiker of ten dienste van de naasten? Een aantal leden stelt de noden van de zorggebruiker centraal, terwijl enkele andere leden de noden van de naasten vooropstellen. Een terechte opmerking is dat de richtlijn zich moet richten tot de **triade zorggebruiker, hulpverlener en naasten**. Ook de richtlijnen uit de internationale literatuur bevatten aanbevelingen die in het voordeel van alle partijen spelen. In die zin is het onnodig om een tweedeling te maken tussen de noden van de zorggebruiker en de naasten en kan de richtlijn de noden van beiden vervullen.

Met betrekking tot de richtvraag “Wanneer worden naasten beter wel en niet betrokken?” stelt de richtlijnwerkgroep in overleg voor om er in de richtlijn van uit te gaan dat naasten **per definitie** betrokken worden, **tenzij de zorggebruiker dit weigert**. Hulpverleners beargumenteren in het cliëntendossier wanneer men beslist om naasten niet te betrekken omwille van tegenindicaties zoals trauma, misbruik en agressie. Ook bij een gedwongen opname is het niet altijd vanzelfsprekend om naasten te betrekken.

3.4 Stelling 4: De topics waarop de richtlijn moet inspelen

Welke topics deel zullen uitmaken van de richtlijn, hangt af van de beoogde gebruikers. Deze richtlijn richt zich in de eerste plaats op **hulpverleners, teams en voorzieningen**. Veel topics in de richtlijn zullen dus betrekking hebben op het **micro- en mesoniveau**.

Leden van de richtlijnwerkgroep benadrukken evenwel dat de richtlijn geen aanbevelingen mag bevatten die voor hulpverleners en voorzieningen een onbereikbaar ideaal zijn. Bepaalde aanbevelingen

vereisen aanpassingen op een hoger beleidsniveau (bv. middelen vrijmaken voor opleiding en personeel). Daarom wordt voorgesteld om een aantal topics en **aanbevelingen op macroniveau als randvoorwaarden** in de richtlijn op te nemen. Het is een optie om bij sommige aanbevelingen op micro- en mesoniveau expliciet te vermelden welke randvoorwaarde(n) er op macroniveau nodig zijn opdat hulpverleners en voorzieningen die specifieke aanbevelingen adequaat in de praktijk kunnen brengen. Patiënten- en koepelverenigingen die de brug vormen tussen hulpverleners, zorggebruikers en beleidsmakers kunnen de aanbevelingen en topics op macroniveau mee bewaken. Daarnaast benadrukken sommige partijen dat het belangrijk is om in de richtlijn niet alleen ambitieuze aanbevelingen op te nemen maar vooral haalbare aanbevelingen waarmee iedere hulpverlener en voorziening aan de slag kan ongeacht de randvoorwaarden. Het doel van de richtlijn is **hulpverleners stimuleren** in het betrekken van naasten zonder daarbij de verwachting te creëren dat ze alle aanbevelingen onmiddellijk en zonder opstapfase in de praktijk moeten brengen. In een later stadium van het onderzoek worden de concrete aanbevelingen door de leden van de richtlijnwerkgroep en de leden van de stuurgroep beoordeeld op **haalbaarheid en aanvaardbaarheid**.

Het topic *intersectorale partnerschappen* dient volgens een aantal leden zeker een plaats te krijgen in de richtlijn. Vaak kan een sector niet alle vragen en noden van de naasten beantwoorden en is de betrokkenheid van een andere sector aangewezen. Bij de overgang van de ene sector naar de andere (bv. van GGZ naar jeugdhulp) is het belangrijk om te zorgen voor **continuïteit** in het werken met de naasten.

Bij het topic *registratie* merkt men op dat een uitvoerige registratie de administratieve last bij hulpverleners kan vergroten. In een aantal richtlijnen beperkt het registreren zich tot het noteren en up-to-date houden van de contactgegevens van naasten. Bij het Familieplatform Geestelijke Gezondheid merkt men dat alleen al het noteren van de contactgegevens motiveert om ook daadwerkelijk contact met de naasten op te nemen. Ook in het kader van kwaliteitsopvolging en kwaliteitsindicatoren is er nood aan registratie om metingen te kunnen uitvoeren. Sommige internationale richtlijnen bevelen aan om te werken met een afzonderlijk paralleldossier voor de naasten. Dit gebeurt eveneens in het registratiesysteem Insisto van Jongerenwelzijn dat voor elke jongere twee tabbladen voorziet: één om gegevens over de jongere te registreren en één om gegevens over diens naasten te noteren.

Tot slot beklemtonen een aantal leden dat het betrekken van naasten ook een plaats dient te krijgen in het **beleid, de visie, de missieverklaring en het zorgstrategisch plan van de voorziening**. Wanneer het beleid en de medische staf het betrekken van naasten een prioriteit vinden, neemt de kans op verandering toe.

3.5 Stelling 5: Een gepaste indeling van de richtlijn

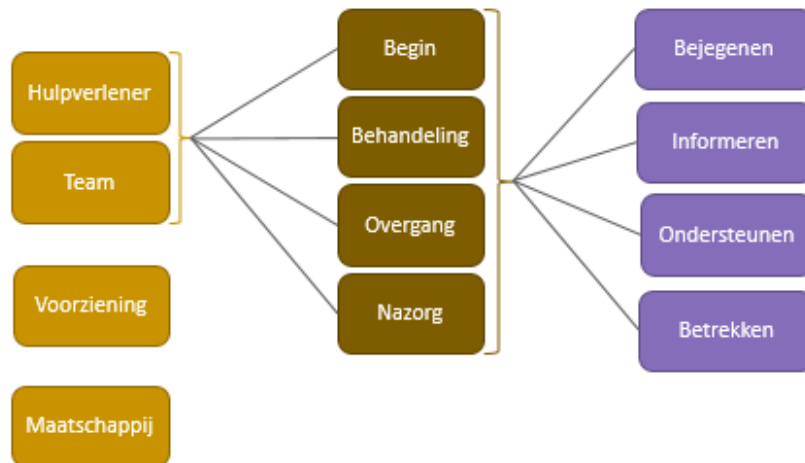
De richtlijnwerkgroep ziet de voordelen van een **opdeling volgens zorgniveau**. Via dergelijke opdeling is het immers duidelijk voor personen in een specifieke functie of rol welke aanbevelingen op hen van toepassing zijn. In plaats van te kiezen voor de meer abstracte opdeling volgens micro-, meso- en macroniveau, is de richtlijnwerkgroep meer te vinden voor een gelijkaardige doch meer praktijkgerichte opdeling op het niveau van de hulpverlener, het team, de organisatie en de maatschappij.

Daarnaast is het mogelijk om de aanbevelingen op het hulpverlener-, team- en organisatieniveau verder op te delen volgens de verschillende **fasen van de behandeling**. Enkele leden vinden het echter geen goed idee om het zorgtraject in veel kleine stukken op te delen. Men vindt het ook belangrijk om geen aanbevelingen over ontslag in de richtlijn op te nemen aangezien dit een abrupt einde van de zorg

zonder continuïteit suggereert. De richtlijnwerkgroep stelt volgende fases van het zorgtraject voor: begin, verloop van de behandeling, afronden/overgang en nazorg/continuïteit. Binnen de verschillende fases van het zorgtraject kunnen op hun beurt de **vier thema's** die het Familieplatform Geestelijke Gezondheid voorstelt genest worden: bejegenen, informeren, ondersteunen en betrekken.

Gegeven de generalistische insteek van de richtlijn krijgen de deelsectoren en de doelgroepen geen plaats in de indeling.

Onderstaande figuur (Figuur 2) geeft een schematisch overzicht van de voorgestelde opdeling.



Figuur 2 Opdeling van de richtlijn volgens zorgniveau, zorgfase en thema.

4 Resultaten van de tweede bijeenkomst van de richtlijnwerkgroep

De tweede bijeenkomst van de richtlijnwerkgroep ging van start met een bespreking van:

- De hoofdbevindingen van de eerste bijeenkomst van de richtlijnwerkgroep
- De resultaten van de literatuurstudie (zie hoofdstuk 3: Wetenschappelijk onderzoek over het betrekken van naasten van zorggebruikers in de GGZ)
- De bevindingen van de interviews die plaatsvonden in drie zorgvoorzieningen die gedreven zijn in het betrekken van naasten (zie hoofdstuk 4: Interviews met zorginstellingen)

Ter voorbereiding van de tweede bijeenkomst werkten de onderzoekers een eerste set van aanbevelingen uit op basis van de feedback verzameld tijdens de eerste bijeenkomst met de RWG en de vier internationale richtlijnen die als kwaliteitsvol werden beoordeeld (zie hoofdstuk 2, paragraaf 3: Beoordeling van de kwaliteit van de internationale richtlijnen):

- National guidelines for a comprehensive service system to support family caregivers of adults with mental health problems and illnesses (MacCourt et al., 2013)
- Generieke module samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016)
- Service user experience in adult mental health: improving the experience of care for people using adult NHS mental health services (National Institute for Health and Care Excellence, 2011)
- Dwang en drang in de GGZ (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2016)

De aanbevelingen uit deze vier richtlijnen vertoonden inhoudelijk veel overlap. Om te komen tot een overzichtelijk geheel integreerden de onderzoekers soortgelijke aanbevelingen, elimineerden herhalingen en werkten de volgende structuur uit om de aanbevelingen in onder te brengen:

- Aanbevelingen op het niveau van de hulpverlener en het team (micro)
 - Algemene aanbevelingen om naasten te betrekken
 - Aanbevelingen om naasten te bejegenen
 - Aanbevelingen om naasten te informeren
 - Aanbevelingen om naasten te ondersteunen
 - Aanbevelingen om actief met naasten samen te werken
- Aanbevelingen op het niveau van de zorginstelling (meso)
- Aanbevelingen op het niveau van de maatschappij (macro)

Deze eerste draft werd voorafgaand aan de bijeenkomst aan alle leden van de richtlijnwerkgroep bezorgd. De discussie stond stil bij de bedenkingen van de leden van de RWG m.b.t.:

- De eerste bijeenkomst met de RWG, de bevindingen uit de wetenschappelijke literatuur en de input van de interviews
- De eerste set van aanbevelingen

In wat volgt geven we een overzicht van de standpunten die tijdens de sessie geformuleerd zijn zonder verdere nuanceringen of correctie van eventuele onnauwkeurigheden.

4.1 Bedenkingen m.b.t. de resultaten van de eerste richtlijnwerkgroep, de literatuurstudie en de interviews

De richtlijnwerkgroep vraagt zich af hoe **dwingend** de aanbevelingen in de MDR moeten zijn en of de overheid de aanbevelingen op termijn als een verplichting zal opleggen. Wanneer dit laatste het geval is, lijkt het minder wenselijk om uitdagende aanbevelingen – die moeilijk haalbaar zijn – in de MDR op te nemen. De bezorgdheid leeft dat men voorzieningen en hulpverleners zal afrekenen op een onrealistisch ideaalbeeld. Bekeken vanuit het perspectief van de zorggebruiker leeft dan weer de bezorgdheid dat een MDR zonder enige afdwingbaarheid niet de gewenste veranderingen in het werkveld teweeg zal brengen. De onderzoekers kiezen er daarom voor om in de MDR een **onderscheid** te maken **tussen aanbevelingen die te overwegen zijn en aanbevelingen die noodzakelijk zijn**. Dit wordt bepaald aan de hand van de beschikbare evidentie uit de wetenschappelijke literatuur, de juridische analyse en de input uit de interviews, de richtlijnwerkgroep en de stuurgroep. Daarnaast zal de richtlijnwerkgroep (eventueel uitgebreid met een aantal extra personen) de finale set van aanbevelingen **beoordelen op belangrijkheid en haalbaarheid**. Ook deze resultaten nemen we mee bij het bepalen van de afdwingbaarheid van de aanbevelingen. De MDR 'Preventie en toepassing van afzondering en fixatie' tracht via het taalgebruik duidelijk te maken welke aanbevelingen meer of minder dwingend zijn. Die MDR formuleert aanbevelingen met sterke evidentie gebiedend en aanbevelingen met minder evidentie als wenselijk. De leden van de RWG vragen zich af of deze subtiele aanpak wel voldoende duidelijk zal zijn voor de lezers. Een betere optie is om de afdwingbaarheid van de aanbevelingen duidelijk te expliciteren door bijvoorbeeld een kleurcode te gebruiken. De introductie van de MDR zal deze werkwijze goed kaderen.

Soms is het aangewezen dat de familie een prominente plaats krijgt binnen het hersteltraject van een zorggebruiker. In andere situaties heeft het betrekken van (sommige) familieleden net een nefaste invloed op het herstelverloop. Binnen de herstelvisie ligt de klemtoon op de zorggebruiker die samen met de hulpverleners zijn hersteltraject uitstippelt en bepaalt wie hij wel en niet wil betrekken. Indien de zorggebruiker zich onder druk gezet voelt om zijn naasten te informeren en actief te betrekken, bestaat het risico dat hij de regie over zijn eigen herstel verliest. Wanneer men zich op de triade zorggebruiker – naasten – hulpverlener richt, dient men een onderscheid te maken tussen het informeren van en het actief samenwerken met de naasten enerzijds en het bejegenen en ondersteunen van de naasten anderzijds. Ook wanneer het in het kader van het herstel van de zorggebruiker niet aangewezen is om actief met de naasten samen te werken, hebben hulpverleners de verantwoordelijkheid om de naasten op een gepaste manier te bejegenen en te ondersteunen. Hier is geen toestemming van de zorggebruiker voor nodig. Vanuit een preventief oogpunt is het ondersteunen van naasten zinvol. Wetenschappelijke literatuur wijst op een afname van de psychische klachten bij naasten wanneer zij gepaste ondersteuning krijgen. Hulpverleners zijn hier soms terughoudend in en worstelen met de vraag hoe intensief de ondersteuning dient te zijn. Ondersteuning bieden is echter niet hetzelfde als begeleiding voor naasten opstarten. Ondersteuning bieden kan inhouden dat men de noden van de context bevraagt en in functie daarvan een gepaste verwijzing doet naar een hulpvoorziening of een familieorganisatie.

Kwesties rond het **beroepsgeheim** kunnen tot moeilijke situaties en dilemma's leiden. Sommige voorzieningen vragen zorggebruikers om een toestemmingsformulier te ondertekenen bij aanvang van het traject. Het komt echter voor dat de zorggebruiker eerst toestemming geeft maar in een later stadium van het traject zijn beslissing herziet en toch niet wil dat naasten ingelicht worden. Wettelijk gezien geldt in dergelijke gevallen de actuele wilsuiting boven de schriftelijke wilsuiting die vooraf werd vastgelegd. De GGZ volgt hier dezelfde lijn als de medisch-somatische gezondheidszorg. Wanneer er sprake is van acute suïcidaliteit bestaat er discussie binnen de wetgeving over het al dan niet schenden van het beroepsgeheim. Enerzijds is er de opvatting dat hulpverleners hun beroepsgeheim mogen doorbreken wanneer zij inschatten dat er acuut gevaar is voor de zorggebruiker of derden. Anderzijds schrijft een strikte interpretatie van de Wet op de Patiëntenrechten voor dat de autonomie van de zorggebruiker te allen tijde primeert, ook wanneer de zorggebruiker op het punt staat (foute) keuzes te maken die tot zijn dood zouden leiden. Met betrekking tot het onderwerp suïcide zullen onze aanbevelingen in lijn liggen met de MDR 'Detectie en behandeling van suïcidaal gedrag'.

4.2 Bedenkingen m.b.t. de eerste aanzet voor de aanbevelingen

We bespreken achtereenvolgens de bedenkingen van de RWG m.b.t.: (1) de aanbevelingen op het niveau van de hulpverlener en het team (micro), (2) de aanbevelingen op het niveau van de zorginstelling (meso) en (3) de aanbevelingen op het niveau van de nationale en deelstatelijke beleidsvoering (macro).

4.2.1 Bedenkingen m.b.t. de aanbevelingen op het niveau van de hulpverlener en het team

We staan in deze paragraaf stil bij de aanbevelingen die reactie uitlokten bij de leden van de RWG. De aanbevelingen op dit niveau zijn verder opgedeeld in vier onderdelen om naasten te betrekken, te bejegenen, te informeren, te ondersteunen of om actief met hen samen te werken.

Bedenkingen m.b.t. de algemene aanbevelingen om naasten te betrekken

Aanbeveling: Wanneer de zorggebruiker minderjarig is, werk dan intensief samen met de wettelijke vertegenwoordigers.

Er zijn situaties waarin het niet aangewezen is om (een van) de ouders te betrekken. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn bij ernstige verwaarlozing of misbruik. Indien de zorggebruiker ouder dan 12 jaar is, bepaalt een inschatting van de **handelingsbekwaamheid** tot op welke hoogte de zorggebruiker inspraak krijgt in het betrekken van de ouders (of andere vertegenwoordigers). Bij de inschatting van de handelingsbekwaamheid houdt men rekening met onder meer het psychiatrisch toestandsbeeld en de therapeutische toestand. Wanneer de zorggebruiker handelingsbekwaam is, heeft hij het **recht om te weigeren** dat de ouders geïnformeerd of actief betrokken worden. Hulpverleners kunnen in dergelijke situaties wel ondersteuning bieden aan de ouders en ook de aanbevelingen rond bejegening zijn van toepassing. Als de zorggebruiker minderjarig (jonger dan 12 jaar) of handelingsonbekwaam is, is het vanuit een juridisch oogpunt **verplicht om de ouders te betrekken** en kunnen de ouders betrokkenheid opeisen, ook wanneer er sprake is van tegenindicaties (bv. verwaarlozing, misbruik).

De richtlijnwerkgroep stelt voor om deze aanbeveling te **herformuleren**. Men vraagt zich af of het wel zinvol is om in deze aanbeveling een strikt onderscheid te maken tussen meerderjarigheid en minderjarigheid. Zo zijn de verschillen tussen 17-jarigen en jongvolwassenen die nog thuis wonen vaak erg klein. Vanuit een juridisch standpunt is de vraag – ongeacht de leeftijd van de zorggebruiker – in welke mate de zorggebruiker in staat is om zelf beslissingen te nemen (handelingsbekwaamheid). Als iemand zelf niet in staat is om beslissingen te nemen stelt de wetgeving dat de naasten via vertegenwoordiging betrokken moeten worden. Bij minderjarigen zijn de vertegenwoordigers doorgaans de ouders. Bij meerderjarigen schuift de Wet op de Patiëntenrechten een rangorde naar voor: in de eerste plaats kijkt men of de zorggebruiker zelf een vertegenwoordiger heeft aangeduid; in de tweede plaats of er een partner, kinderen, ouders, broers of zussen aanwezig zijn. De methode om deze inschatting tot handelingsbekwaamheid te maken betreft een andere vraag en richtlijn. In Nederland stelt men hier momenteel criteria voor op. In België zijn dergelijke criteria niet beschikbaar.

Los van het juridische perspectief is de richtlijnwerkgroep het erover eens dat hulpverleners ongeacht de leeftijd van de zorggebruiker – ook wanneer zij handelingsbekwaam zijn en het geen verplichting is – **bij voorkeur iemand van de naasten betrekken**. Eventueel kunnen we toevoegen dat **uitzonderingen mogelijk zijn**.

Aanbeveling: Wanneer de zorggebruiker zorgdraagt voor een kind, ga dan altijd na of deze kinderen informatie hebben gekregen over wat er aan de hand is en check of zij ondersteuning nodig hebben.

De richtlijnwerkgroep benadrukt dat het **niet voldoende** is om kinderen te informeren. Hulpverleners moeten tevens nagaan of er kinderen in de thuissituatie aanwezig zijn en of iemand de **zorg voor de kinderen opneemt**. Aangezien dit vervat zit in de Kindreflex, vervangen we deze aanbeveling door de **6 stappen van de Kindreflex**.

Bedenkingen m.b.t. de aanbevelingen om naasten te **bejegenen**

Aanbeveling: Besteed bij aanvang van de behandeling of op het moment van opname aandacht aan de naasten.

- *Breng melder, ouders of andere naasten op de hoogte*
- *Bied gelegenheid voor het stellen van vragen*
- *Ontvang de naasten gastvrij*
- *Luister naar hun verhaal*
- *Maak hen wegwijs in de zorg*
- *Zorg ervoor dat je goed herkenbaar en benaderbaar bent*
- *Spreek mensen aan met de naam en titel die ze zelf verkiezen*
- *Licht klinisch jargon toe en ga na of de zorggebruiker en zijn naasten begrijpen wat er wordt gezegd*
- *Houd rekening met bijzondere communicatienoden van mensen en maak indien nodig gebruik van een tolk of andere hulpmiddelen*

Een respectvolle bejegening vormt de **basis** voor de drie andere onderdelen binnen dit niveau: naasten informeren, actief met naasten samenwerken en naasten ondersteunen. De richtlijnwerkgroep benadrukt dat er **niet enkel bij aanvang** van het traject of op het moment van de opname aandacht voor de context moet zijn. Bejegening gaat immers over een **attitude en basishouding** waarbij hulpverleners zich **doorheen het volledige hulpverleningstraject** empathisch en respectvol ten aanzien van de context opstellen. Deze aanbeveling dient als volgt geherformuleerd te worden: ‘Besteed tijdens het volledige behandelingstraject aandacht aan de naasten’.

De richtlijnwerkgroep vindt dat er een aantal goede voorbeelden van bejegening in de aanbeveling staan, maar raadt aan om vooral de nadruk te leggen op het informele karakter van bejegenen en het **ontmoeten** van naasten en om de aanbeveling **minder formeel** en abstract te verwoorden. ‘Licht klinisch jargon toe’ wordt beter geherformuleerd als: ‘Gebruik dagelijkse en begrijpbare taal’.

Daarnaast stelt de richtlijnwerkgroep onderstaande toevoegingen voor (onder meer over een contextvriendelijke infrastructuur):

- Schep een familievriendelijk klimaat
- Zorg voor ruimtes waar de naasten apart kunnen zitten en de nodige privacy hebben.
- Zorg voor een kindvriendelijk klimaat door kindvriendelijke bezoekruimtes in te richten en speelgoed te voorzien.
- Zorg voor een goede eerste ontvangst en maak meteen verdere afspraken met de naasten.
- Neem binnen de week (of indien mogelijk binnen de 48u) contact op met de naasten.
- Wees flexibel bij het inplannen van bezoeken, sta eventueel uitzonderingen toe en maak verschillende mogelijkheden bespreekbaar (bv. wanneer een partner een week de late shift heeft en niet tijdens de reguliere bezoeken kan komen).

Met betrekking tot de infrastructuur stelt de richtlijnwerkgroep nog voor om een **checklist** in de MDR op te nemen als hulpmiddel en inspiratiebron voor voorzieningen.

In sommige voorzieningen zijn er **huisregels** voor bezoekers (bv. bezoek is niet toegestaan op de kamer van de zorggebruiker, zorgverleners mogen steeds de identiteit van bezoekers controleren). Men stelt deze regels doorgaans op vanuit veiligheidsoverwegingen, maar ze kunnen een onaangename sfeer creëren. Het kan zinvol zijn om de huisregels in het kader van een goede bejegening te herbekijken en op flexibele wijze toe te passen.

Bedenkingen m.b.t. de aanbevelingen om naasten te informeren

Aanbeveling: Wanneer de zorggebruiker instemt om naasten te betrekken, geef je als hulpverlener relevante informatie aan de naasten. Wanneer de zorggebruiker niet wil dat zijn familie betrokken wordt, kan je als hulpverlener bepaalde informatie geven zonder het beroepsgeheim te schenden.

Het onderscheid tussen **persoonsgebonden en niet-persoonsgebonden informatie** staat centraal bij het geven van informatie. Wanneer de zorggebruiker geen toestemming geeft om naasten te informeren, mag de hulpverlener enkel niet-persoonsgebonden informatie geven. Het onderscheid tussen persoonsgebonden en niet-persoonsgebonden informatie is echter niet altijd vanzelfsprekend en is afhankelijk van de informatie waarover de naasten reeds beschikken. Ter illustratie, wanneer de naasten op de hoogte zijn van de opname van de zorggebruiker, valt informatie over de werking van de voorziening onder niet-persoonsgebonden informatie. Als de naasten niet op de hoogte zijn van de opname en de zorggebruiker geen toestemming geeft om informatie te geven, schendt de hulpverlener zijn beroepsgeheim wanneer hij aan de naasten mededeelt dat de zorggebruiker in de voorziening is opgenomen. Hetzelfde geldt voor psycho-educatie: wanneer de naasten op de hoogte zijn van de diagnose, mag de hulpverlener algemene informatie meegeven over het probleem (bv. de behandeling, de prognose). Wanneer de naasten geen kennis hebben van de diagnose, schendt de hulpverlener zijn beroepsgeheim wanneer hij algemene informatie geeft over de problematiek.

De lijst met informatie die een hulpverlener – bij weigering van de zorggebruiker – aan de context mag geven, is afkomstig uit internationale richtlijnen. Tim Opgenhaffen toetste juridisch af in welke mate deze lijst van toepassing is voor de Vlaamse context (zie hoofdstuk 8: het juridisch kader). België zou vergeleken met andere landen eerder traditioneel en voorzichtig omspringen met het beroepsgeheim. Het is belangrijk om hulpverleners voldoende houvast te bieden bij welke informatie ze in welke situaties mogen geven aan naasten. Een beslissingsboom kan hierbij een handig hulpmiddel zijn.

Een goede praktijk kan zijn om **zorggebruikers zelf de verantwoordelijkheid** te geven om hun naasten te informeren in dialoog met de hulpverlener. Het kan immers wantrouwen bij de zorggebruiker opwekken wanneer hulpverleners in afwezigheid van de zorggebruiker informatie geven, ook al gaf de zorggebruiker hier toestemming voor. Dit dient uiteraard afgestemd te zijn op de levensfase van de zorggebruiker. Bij (jonge) kinderen staat de hulpverlener in voor het informeren van de context.

De richtlijnwerkgroep stelt voor om de volgende aanbevelingen met betrekking tot het informeren van naasten toe te voegen:

- Biedt de mogelijkheid om – bij voorkeur in aanwezigheid van de zorggebruiker – een gesprek met de arts te plannen.
- Verwijs door naar websites met informatie (bv. over diagnoses).
- Stel infobrochures beschikbaar (over de werking van de voorziening, problematiek).

Aanbeveling: Informeer de naasten over de impact van het samenleven met een familielid met psychische problemen.

Deze aanbeveling hoort volgens de richtlijnwerkgroep meer thuis onder het bieden van ondersteuning aan de context.

Bedenkingen m.b.t. de aanbevelingen om naasten te ondersteunen

De werkgroep wil de aanbevelingen in dit onderdeel **concreter** maken door voorbeelden, tips en (indien voorhanden) tools toe te voegen. Wanneer het gaat over 'noden identificeren en vervullen' kunnen de onderzoekers bijvoorbeeld aangeven waar men hiervoor terecht kan (bv. huisarts, familieverenigingen).

Aanbeveling: Voorzie een cultuursensitief overlegmoment wanneer de naaste tot een andere etnisch-culturele groep behoort.

Deze aanbeveling past volgens de werkgroep beter bij de algemene aanbevelingen om naasten te betrekken. Daarnaast dient de aanbeveling niet enkel te gaan over culturele diversiteit maar over **diversiteit** in al zijn facetten. Diversiteit is het besef dat elk individu uniek is en dat er verschillen zijn tussen bepaalde groepen mensen. Deze verschillen kunnen zich situeren op het gebied van sekse, leeftijd, etnische afkomst, seksuele geaardheid, het hebben van een (arbeids)handicap, sociaal-economische achtergrond, religie, politieke overtuiging, etc.

Binnen de Jeugdhulp zijn er Ondersteuningsteams Allochtonen (OTA) die als opdracht hebben om voorzieningen te ondersteunen in het optimaliseren van hulpverlening voor jongeren die komen uit een gezin met een etnisch-culturele achtergrond. Het zou goed zijn om te bekijken of dergelijke diensten ook beschikbaar zijn binnen de GGZ.

Een belangrijk aspect binnen cultuursensitieve zorg is zorgen voor **vertaling**. Een externe tolk inschakelen is niet altijd evident. Veel voorzieningen zijn niet in de mogelijkheid om de kosten van een tolk te vergoeden, waardoor de zorggebruiker deze kosten zelf draagt. Sommige zorggebruikers betrekken liever geen externe tolk en vragen een familielid of kennis om te vertalen, maar dit is af te raden onder meer omdat familieleden wel vaker moeilijke boodschappen of delicate onderwerpen niet correct vertalen bijvoorbeeld om hun familielid te beschermen.

Tot slot zijn er grote culturele verschillen met betrekking tot overtuigingen over (de oorzaken van) psychische klachten. In sommige culturen ligt er een groot taboe op het hebben van een psychisch probleem.

Bedenkingen m.b.t. de aanbevelingen om actief met naasten samen te werken

Ook bij deze reeks aanbevelingen wenst de richtlijnwerkgroep **verder te concretiseren** waaruit een actieve samenwerking kan bestaan. Zo kan de **crisiskaart** hier een plaats krijgen. Dit is een kaart die de zorggebruiker op zak heeft en waarop staat wat er moet gebeuren en wie men kan contacteren in het geval van een crisis. De naasten kunnen als contactpersoon op de crisiskaart vermeld staan en een actieve input leveren bij het opstellen van het crisisplan. Dit biedt zowel voor de zorggebruiker als voor de naasten en de hulpverleners handvatten in geval van crisis.

De richtlijnwerkgroep stelt tevens voor om de volgende aanbevelingen toe te voegen:

- Verzamel voor de heteroanamnese via de naasten informatie over de zorggebruiker.
- Residentiële voorzieningen dienen alert te zijn voor de naasten wanneer de zorggebruiker tijdelijk naar huis gaat (bv. het eerste weekend). Men kan de naasten voorbereiden door afspraken met hen te maken (bv. wat te doen bij suïcidaliteit, middelengebruik), te bevragen welke ondersteuning zij nodig hebben en hen een aantal handvatten aan te reiken om op terug te vallen. Dit kan door hen een brochure mee te geven of hen te laten deelnemen aan een infosessie waar familieleden onderling ervaringen kunnen uitwisselen.

4.2.2 Bedenkingen m.b.t. de aanbevelingen op het niveau van de zorginstelling

Het Familieplatform GG werkt momenteel een kader uit om de functies van **familievertrouwenspersoon** en **familie-ervaringsdeskundige** te definiëren en af te bakenen. Voorzieningen geven vandaag zelf invulling aan deze functies waardoor er weinig consistentie is in hoe men deze functies definieert. In veel voorzieningen lopen beide functies inhoudelijk ook door elkaar. De functie van familievertrouwenspersoon sluit aan bij een ombudsfunctie, waar naasten terecht kunnen voor vragen en klachten of voor bemiddeling met hulpverleners. Met betrekking tot de familievertrouwenspersoon loopt momenteel een proefproject in een ziekenhuis, gebaseerd op het Nederlandse model. Op basis van de resultaten zal het Familieplatform GG een advies formuleren voor ziekenhuizen over wat de functies van familievertrouwenspersoon en familie- en ervaringsdeskundigen wel en niet inhouden. Dit advies zal klaar zijn voor de afronding van de MDR en kan dus meegenomen worden. Aangezien het om relatief nieuwe functies gaat die extra middelen vereisen, blijft het evenwel de vraag of de onderzoekers het aanstellen van deze functie niet beter als een vrijblijvende aanbeveling in de MDR opnemen.

De functie van **familiecoördinator** houdt in dat binnen de voorziening één hulpverlener in staat voor het werken met de naasten. Het Familieplatform GG is geen voorstander van deze functie, aangezien contextwerking bij voorkeur gedragen wordt door het hele team. Daarnaast verkent Similes momenteel goede werkwijzen om een **familieraad** te ontwikkelen. Een familieraad geeft advies over het beleid binnen een voorziening. Het uitwerken van nieuwe werkwijzen is noodzakelijk omdat men vaststelt dat familieraden gemakkelijk uitdoven. De aanwezigheid van **experten** binnen de voorziening is een meerwaarde om de andere personeelsleden te ondersteunen in het betrekken van naasten. Een andere goede praktijk is de organisatie van **intersectorale intervisie** tussen hulpverleners uit eenzelfde netwerk die met de naasten van de zorggebruiker werken om kennis en ervaringen uit te wisselen.

4.2.3 Bedenkingen m.b.t. de aanbevelingen op het niveau van de nationale en deelstatelijke beleidsvoering

De aanbevelingen op dit niveau zijn gericht op de overheid. De overheid dient randvoorwaarden te scheppen om de aanbevelingen op micro- en mesoniveau te kunnen realiseren. De meeste aanbevelingen op het macroniveau staan in dienst van het microniveau en zijn gericht op het ondersteunen van naasten en hulpverleners. Aanbevelingen voor de overheid om voorzieningen te ondersteunen bij het uitwerken van een beleid over het betrekken van naasten komen daarentegen veel minder aan bod.

De richtlijnwerkgroep merkt ook op dat de verwachtingen van de overheid over het betrekken van naasten de nodige middelen vraagt. Het huidige **financieringsmodel** is niet afgestemd op het werken met naasten. Aandacht besteden aan naasten vraagt een extra tijdsinvestering die het huidige financieringsmodel onvoldoende valoriseert. In revalidatiecentra krijgen hulpverleners bijvoorbeeld enkel een vergoeding voor face-to-face contacten met de zorggebruiker en niet voor contacten met de naasten. Ook in de ambulante zorg is er nood aan meer mogelijkheden om contextgericht werken op een gepaste manier te vergoeden (bv. in de nomenclatuur voor artsen). Om het werken met naasten gepast te valoriseren zou het financieringsmodel het werken met zorggebruikers en naasten als evenwaardig moeten beschouwen. Zolang dit niet gebeurt zullen hulpverleners dit als een argument gebruiken om naasten niet te betrekken.

Naast de politie zijn **spoeddiensten** een belangrijke partner voor het opvangen van crisissituaties. Het is dan ook belangrijk om hen te ondersteunen in het gepast omgaan met naasten.

Bij de aanbeveling om samen te werken met academische onderzoekscentra stelt de werkgroep voor om ook samenwerking met **algemeen (niet-academisch) onderwijs** toe te voegen. Zo kan het zinvol zijn

om familie-ervaringsdeskundigheid in de opleiding van hulpverleners aan bod te laten komen. Daarnaast dragen de **beroepsverenigingen** (bv. VVKP, VVP) een verantwoordelijkheid om in hun activiteiten en vormingsaanbod meer aandacht te hebben voor naasten.

5 Resultaten van de derde bijeenkomst van de richtlijnwerkgroep

De derde bijeenkomst van de richtlijnwerkgroep ging van start met een bespreking van:

- De juridische analyse en de wijze waarop de aanbevelingen gescreend werden op juridische correctheid
- De hoofdbevindingen van de tweede bijeenkomst van de richtlijnwerkgroep

Ter voorbereiding van de derde bijeenkomst werd een nieuwe – meer uitgewerkte – versie van de richtlijn ontwikkeld die rekening hield met al de evidentie die tot dusver verzameld werd, namelijk de input van de wetenschappelijke literatuur, de resultaten van de interviews, de resultaten van de focusgroep met de familieorganisaties en familie-ervaringsdeskundigen en de feedback verzameld tijdens de tweede bijeenkomst met de RWG.

De nieuwe versie bevatte enkel aanbevelingen op het niveau van de hulpverlener en het team (het microniveau) wat het meest omvangrijke luik van de richtlijn is. De andere twee niveaus zouden in de vierde bijeenkomst besproken worden.

De 21 aanbevelingen op het microniveau waren opgedeeld in vier onderdelen om naasten te betrekken, te bejegenen, te informeren, te ondersteunen of actief mee samen te werken.

Nieuw aan de richtlijn was dat er voor de termen ‘bejegenen’, ‘informeren’, ‘ondersteunen’ en ‘samenwerken’ een definitie geformuleerd werd.

De nieuwe versie van de richtlijn werd voorafgaand aan de bijeenkomst aan alle leden van de richtlijnwerkgroep bezorgd met de vraag om dit document aandachtig door te nemen. Omdat het niet haalbaar zou zijn om alle 21 aanbevelingen tijdens de bijeenkomst te bespreken, werd aan de leden gevraagd om vooraf door te geven welke vier aanbevelingen ze tijdens de discussie prioritair wilden bespreken. De vier aanbevelingen waarnaar de grootste interesse uitging, werden tijdens de focusgroep meer in de diepte besproken:

- Ga na of de cliënt zelf in staat is om beslissingen te nemen over zijn behandeling en het betrekken van de context. Wanneer dit niet het geval is doe je als hulpverlener beroep op een vertegenwoordiger bij het nemen van beslissingen die kaderen binnen de toepassing van deze richtlijn.
- Bied de mogelijkheid om – bij voorkeur in aanwezigheid van de cliënt – een gesprek met de arts te voeren.
- Wees aandachtig voor het betrekken van de context bij jongvolwassenen tussen 18 en 25 jaar.
- Het uitwerken van een aanbeveling rond crisis

Achtereenvolgens werd tijdens de discussie stilgestaan bij de bedenkingen van de leden van de RWG m.b.t.:

- De definities van ‘bejegenen’, ‘informeren’, ‘ondersteunen’ en ‘samenwerken’
- De algemene opbouw van de aanbevelingen op het niveau van de hulpverlener en het team
- De selectie van aanbevelingen die de leden van de RWG meer in diepte wensten te bespreken

In wat volgt geven we een overzicht van de standpunten die tijdens de sessie geformuleerd zijn zonder verdere nuancerings of correctie van eventuele onnauwkeurigheden.

5.1 Bedenkingen m.b.t. de definities van ‘bejegenen’, ‘informereren’, ‘ondersteunen’ en ‘samenwerken’

Het microniveau van de richtlijn bestaat, naast algemene aanbevelingen, uit vier onderdelen: bejegenen, informeren, ondersteunen en samenwerken. De onderzoekers stelden voor elke term een definitie op en vroegen de deelnemers naar hun mening hierover.

5.1.1 Bedenkingen m.b.t. de definitie ‘bejegenen’

Definitie: Bejegenen houdt verband met een attitude en basishouding waarbij hulpverleners zich doorheen het volledige hulpverleningstraject empathisch en respectvol ten aanzien van de naasten opstellen en een contextvriendelijk klimaat creëren. Deze attitude vormt de basis voor de andere aspecten van het betrekken van naasten: informeren, ondersteunen en samenwerken. Ook zonder instemming van de zorggebruiker kan je de naasten op een vriendelijke manier bejegenen. Deel echter geen persoonsgebonden informatie over de zorggebruiker zonder diens toestemming.

De deelnemers geven aan dat de **definitie te ruim** is en voor een deel al enkele aanbevelingen omschrijft. Er moet volgens hen een duidelijk onderscheid komen tussen definities en aanbevelingen. Een definitie heeft tot doel om termen **af te bakenen en te verduidelijken**. De deelnemers stellen voor om te gaan voor bondige en heldere definities. Men stelt hierbij voor om in de definities geen termen te gebruiken die verwijzen naar de andere onderdelen. Door bijvoorbeeld in de definitie van bejegenen niet te spreken over het geven van informatie. Zo blijft het onderscheid tussen de vier onderdelen duidelijk.

De definitie moet duidelijk maken wat bejegenen is. Volgens de deelnemers verwijst bejegenen naar de basishouding en de attitude waarbij hulpverleners zich tijdens het hulpverleningstraject openstellen voor naasten. **Bejegenen vormt de basis** voor de drie andere onderdelen. Dat bejegenen op een empathische en respectvolle manier dient te gebeuren, hoort niet thuis in de definitie. Het verwijst eerder naar het streefdoel van bejegenen en de manier waarop het kan gebeuren. Het hoort meer thuis in een van de aanbevelingen die onder bejegenen vallen. Wat wel en niet mag volgens de wet, is ook een aanbeveling en hoort niet thuis in een definitie.

Kijkend naar de opmerkingen zou een nieuwe definitie van bejegenen de volgende kunnen zijn: Bejegenen is een basishouding en attitude waarbij hulpverleners zich doorheen het volledige hulpverleningstraject voor de naasten *openstellen* en een contextvriendelijk klimaat creëren. Deze attitude vormt de basis voor de andere drie onderdelen van het betrekken van naasten: informeren, ondersteunen en samenwerken. Ook zonder instemming van de zorggebruiker kan je naasten op een vriendelijke manier bejegenen.

5.1.2 Bedenkingen m.b.t. de definitie ‘informereren’

Definitie: Bij het delen van informatie met naasten wordt een onderscheid gemaakt tussen persoonsgebonden en niet-persoonsgebonden informatie.

- *Persoonsgebonden informatie heeft betrekking op de specifieke zorggebruiker (diagnose, behandeldoelen, behandelverloop, prognose, medicatie, vrijheidsbeperkende maatregelen, ...). Persoonsgebonden informatie mag in principe enkel met instemming van de zorggebruiker gedeeld worden.*
- *Niet-persoonsgebonden informatie gaat niet in op de specifieke situatie van de zorggebruiker (algemene informatie over de afdelingen en het hulpverleningsaanbod, bezoekerregeling, alternatief zorgaanbod in de regio, informatie over de visie en het beleid van de voorziening, ...). Welke niet-persoonsgebonden informatie gedeeld mag worden is ten dele afhankelijk van de informatie waarover de naasten reeds beschikken. Voor zover de naasten op de hoogte zijn van de opname/behandeling en de diagnose van de zorggebruiker, mag informatie over de visie, het beleid en de werking van de voorziening, het behandelaanbod, psycho-educatie over psychische problemen en de impact ervan, etc. zonder toestemming gedeeld worden. Indien de naasten echter niet op de hoogte zijn van de behandeling/opname of diagnose mag deze informatie enkel met instemming van de zorggebruiker gedeeld worden.*

Dezelfde opmerking als bij de definitie van bejegening wordt gemaakt. De definitie is te uitgebreid en bevat reeds doelstellingen en aanbevelingen. De deelnemers erkennen dat het positief is om nog eens aan te halen wat **persoonsgebonden en niet-persoonsgebonden informatie** is. Dit deel van de definitie blijft behouden. Wat je dan wel en niet mag of moet doen met deze informatie hoort niet in de definitie maar in een van de aanbevelingen thuis. Hoe hulpverleners dienen om te gaan met informatie komt best als eerste aanbeveling onder het onderdeel ‘informereren’ aan bod. Een deel van deze aanbeveling zal dan wettelijk bepaald worden.

Daarnaast maken enkele deelnemers opmerkingen over de formulering van de definitie. Een eerste opmerking heeft betrekking op de volgende zin: *Welke niet-persoonsgebonden informatie de hulpverlener mag geven is ten dele afhankelijk van **de informatie** waarover naasten reeds beschikken.* De informatie waarover de naasten reeds beschikken kan heel ruim zijn. Om dit meer af te bakenen zou er moeten staan ‘**persoonsgebonden informatie**’. Een tweede opmerking gaat in op de formulering van de definitie van niet-persoonsgebonden informatie. Deze zin is nu negatief geformuleerd. Er wordt eerst aangegeven wat niet-persoonsgebonden informatie **niet** is en tussen haakjes staat er wat het dan wel is. De definitie geeft beter eerst aan wat niet-persoonsgebonden informatie wel is en pas daarna wat het niet is.

Ten slotte vraagt een deelnemer zich af of de **definitie ook van toepassing is op kinderen**. Bij jonge kinderen moet er bepaalde informatie meegedeeld worden aan de ouders, in welke zin geldt de definitie dan nog? Volgens de wet is het inderdaad zo dat bij jonge kinderen die zelf nog geen beslissingen kunnen nemen, hulpverleners de ouders moeten informeren – zelfs wanneer er geen goede relatie is tussen kind en ouder. Eenmaal het kind ouder wordt en in staat is om zelf (een deel van) de beslissingen te nemen, moeten hulpverleners afweten in welke mate ze informatie geven aan de ouders. Hetzelfde geldt voor volwassen zorggebruikers die wilsonbekwaam zijn. Deze uiteenzetting wordt verduidelijkt in paragraaf 5.3.1.

5.1.3 Bedenkingen m.b.t. de definitie ‘ondersteunen’

*Definitie: Een naaste met psychische problemen kan belastend zijn voor zijn omgeving. Door ondersteuning te bieden kan men de draagkracht van de naasten versterken en hun draaglast verminderen. Ondersteuning bieden aan naasten betekent niet noodzakelijk dat een (intensieve) begeleiding moet worden opgestart. Er zijn verschillende niveaus van ondersteuning mogelijk, gaande van het bieden van een luisterend oor en psycho-educatie tot het opstarten van een individueel traject. **Het is belangrijk om de aard van de ondersteuning af te stemmen op de noden van de naasten en de mogelijkheden van de voorziening en de hulpverlener. Indien je als hulpverlener niet de mogelijkheid hebt om zelf de aangewezen ondersteuning aan te bieden, is het belangrijk om een gepaste doorverwijzing te voorzien. Het bieden van ondersteuning aan naasten kan zonder toestemming van de zorggebruiker voor zover je hierbij geen persoonsgebonden informatie over de zorggebruiker deelt.***

De definitie bevat opnieuw diverse aanbevelingen. De eerste vier zinnen van de **definitie** vormen volgens de leden een goede omschrijving van ondersteunen, namelijk: *Een naaste met psychische problemen kan belastend zijn voor zijn omgeving. Door ondersteuning te bieden kan men de draagkracht van de naasten versterken en hun draaglast verminderen. Ondersteuning bieden aan naasten betekent niet noodzakelijk dat een (intensieve) begeleiding moet worden opgestart. Er zijn verschillende niveaus van ondersteuning mogelijk, gaande van het bieden van een luisterend oor en psycho-educatie tot het opstarten van een individueel traject.* De rest van de definitie gaat over wat de hulpverlener moet doen en is meer een **aanbeveling**.

Een deelnemer geeft aan dat de definitie begint met een negatieve zin. Hij stelt voor om deze zin weg te laten, gezien het negatief is en weinig meerwaarde geeft aan de definitie. De andere deelnemers stemmen hiermee in.

5.1.4 Bedenkingen m.b.t. de definitie ‘samenwerken’

Definitie: Samenwerken met naasten kan op verschillende momenten doorheen de behandeling. Tijdens de opstartfase kan samenwerken plaatsvinden tijdens de intake en in het kader van informatieverzameling (heteroanamnese). Tijdens de behandeling kunnen naasten input leveren bij het opstellen van het behandelplan, het crisisplan, de crisiskaart en het signaleringsplan. De naasten kunnen ook een actieve rol opnemen bij het uitvoeren van deze plannen. Ook tijdens het afronden van de behandeling of de transfer naar een andere afdeling of voorziening kan men samenwerken met de naasten. Let er wel op dat je als hulpverlener geen persoonsgebonden informatie over de zorggebruiker deelt zonder zijn toestemming.

De leden van de richtlijnwerkgroep vinden ‘samenwerken’ een belangrijk onderdeel van het betrekken van naasten maar hebben bedenkingen bij de definitie. Strikt genomen kan de omschrijving niet gezien worden als een definitie. De omschrijving haalt verschillende **good practices en voorbeelden** aan, zonder te zeggen wat de richtlijn verstaat onder samenwerken.

Naast de inhoud komt ook de benaming van het onderdeel ‘samenwerken’ ter discussie te staan. Samenwerken is eigenlijk een overkoepelende term, waaronder ook de andere onderdelen (informereren en ondersteunen) vallen. Zowel het Familieplatform Geestelijke Gezondheid als het patiëntenplatform maken gebruik van de term ‘**participatie**’ om te verwijzen naar het actief samenwerken met de naasten tijdens de verschillende fases van de behandeling. Bij Cachet daarentegen is participatie een overkoepelende term en verwijst samenwerken naar het actief betrekken van naasten. Een gelijkaardige discussie werd tijdens de eerste richtlijnwerkgroep gevoerd. Hierbij ging het over de term betrekken en

samenwerken. In deze werkgroep werd er beslist dat betrekken de overkoepelende term is en samenwerken hier een onderdeel van zal uitmaken.

De verschillende termen zorgen voor **spraakverwarring**. Verschillende organisaties gebruiken de term participatie, al dan niet als overkoepelende term. Om verwarring te vermijden en om consistent te zijn doorheen de richtlijn stelt men voor om te werken met het werkwoord 'participeren'. Omdat er nu een definitie ontbreekt, gaan de onderzoekers op zoek naar een goede omschrijving van participeren. Een deelnemer geeft een mogelijke definitie, namelijk verbinding houden tussen de zorggebruiker en naasten. Een andere deelnemer vindt dat participeren verder gaat dan het verbinden – de samenwerking heeft immers een impact op het proces van de zorggebruiker. Om tot een definitie te komen, kan er gekeken worden naar de aanbevelingen. Daarnaast zijn er al definities over participeren en moeten de onderzoekers dit niet opnieuw gaan uitvinden.

5.2 Bedenkingen m.b.t. de algemene opbouw van de aanbevelingen op het niveau van de hulpverlener en het team

In het algemeen zijn de leden van de RWG tevreden over de inhoud van de richtlijn. De aanbevelingen spelen in op belangrijke onderwerpen en taken van de hulpverlener. Niettemin zijn er volgens de leden nog enkele aandachtspunten die hieronder besproken worden.

Focus van de richtlijn

De focus van de richtlijn is tot nu toe **onduidelijk en onvoldoende afgebakend**. De richtlijn moet duidelijk aangeven op welke doelgroepen, settings en leeftijdsgroepen ze van toepassing is. De focus lijkt nu sterk te liggen op de residentiële voorzieningen. Hierdoor is het voor sommige aanbevelingen onduidelijk of ze ook toepasbaar zijn voor ambulante settings. De richtlijn moet **hulpverleners uit verschillende settings** aanzetten om meer contextgericht te werken. De vraag stelt zich of de aanbevelingen in de richtlijn opgedeeld moeten worden volgens setting of de aanbevelingen generiek moeten zijn en het de taak van voorzieningen en hulpverleners is om de aanbevelingen te vertalen naar hun werking. Hulpverleners werken vaak samen met zorgpartners uit de eerste lijn, zoals huisartsen of het CLB. Het zou een meerwaarde zijn als er in de richtlijn ook aandacht is voor de **overgang tussen de eerste, de tweede en de derde lijn**. Naasten spelen immers een belangrijke rol bij de overgang tussen de lijnen.

Onderbouwing van de richtlijn

Een groot deel van de aanbevelingen is **wetenschappelijk onderbouwd**, de ene sterker dan de andere. Daarnaast is er bij enkele aanbevelingen een **juridische onderbouwing**. De toelichting van de aanbevelingen vormt een concretisering van de aanbeveling en kan goede praktijken aanhalen. Men merkt op dat sommige toelichtingen erg breed zijn en de aanbeveling niet meer dekken of te illustrerend zijn. Een aanbeveling moet aangeven wat je als hulpverlener zeker moet doen en de toelichting reikt handvatten aan over hoe je dat moet doen en wat de aandachtspunten hierbij zijn. Een deelnemer wenst de toelichting meer bindend te maken, omdat hier ook veel belangrijke informatie in vermeld staat.

Verwoording van de aanbevelingen

Enkele deelnemers geven aan dat sommige aanbevelingen te **vaag en vrijblijvend verwoord** zijn. Met vaag wordt bedoeld dat sommige begrippen onduidelijk zijn en meer invulling vragen. Bijvoorbeeld ‘een contextvriendelijke houding’ kan heel vrij geïnterpreteerd worden en ervoor zorgen dat een hulpverlener vastloopt. Met vrijblijvend wordt de sterkte van de aanbevelingen bedoeld. De aanbeveling rond transfer luidt: *Probeer bij een transfer in de hulpverlening de (continuïteit van) contextbetrokkenheid zo goed mogelijk te garanderen*. Men stelt zich de vraag of ‘probeer’ sterk genoeg verwoord is. Een betere verwoording is: ‘het is aanbevolen om’.

In zake terminologie komt regelmatig het woord ‘behandeling’ terug. Dit zouden men willen verruimen, omdat de richtlijn gericht is op alle vormen van zorg, ondersteuning en hulpverlening (eerste, tweede en derde lijn). Door de term behandeling te gebruiken blijft de richtlijn in de medische sector hangen.

Aanbevelingen voor de hulpverlener

De aanbevelingen vragen veel van de hulpverlener. Ze voegen veel **extra taken** toe aan het reeds uitgebreide takenpakket. Een deelnemer geeft hierbij aan dat, vertrekkend vanuit de herstelvisie, niet alle verantwoordelijkheid bij de hulpverlener alleen ligt. De **naasten** kunnen **ook verantwoordelijkheid** opnemen en vragen om betrokken te worden. Hiervoor is er een shift in de werking nodig. In de huidige samenleving gaan we er van uit dat professionals de hulp overnemen. Als de richtlijn een **cultuurshift** kan teweegbrengen waardoor de hulpverlening de naasten meer gaat betrekken, zullen de naasten zich op hun beurt meer aangesproken voelen en ook zelf de vraag stellen om betrokken te worden. Familieplatform GG voegt hieraan toe dat zij een aantal brochures hebben die naasten aansporen om meer betrokkenheid te vragen. Daarnaast kan ook de zorggebruiker aan de hulpverlener vragen om zijn naasten te betrekken en zo een deel van de verantwoordelijkheid op zich nemen.

De richtlijn heeft evenwel tot doel om de attitudes van hulpverleners en de cultuur van zorginstellingen te veranderen en richt zich niet rechtstreeks tot naasten en zorggebruikers.

Opdeling en volgorde van de aanbevelingen

Voor de richtlijn is een goede inleiding nodig, die duidelijk het doel van de richtlijn kadert en aangeeft wat er wordt nagestreefd. Ook de doelgroepen en de settings waarop de richtlijn betrekking heeft moet verduidelijkt worden.

Een deelnemer stelt de huidige opdeling van de aanbevelingen volgens het **vierluik** in vraag. Door te werken in het vierluik is er nu veel herhaling. De opdeling is vanuit wetenschappelijk oogpunt een goed vertrekpunt, maar het zou volgens hem beter zijn om de aanbevelingen te structureren volgens het **(therapeutisch) proces** dat een zorggebruiker doorloopt. In de praktijk zullen de processen van informeren, bejegenen, ondersteunen en samenwerken immers vaak in eenzelfde gesprek aanbod komen en niet afzonderlijk gebeuren. Andere deelnemers zijn het hier niet mee eens. Elke zorggebruiker zal zijn eigen proces doorlopen, waardoor een opdeling volgens het behandelproces niet voldoende algemeen zal zijn. Bovendien zijn er andere richtlijnen, zoals suicide, die ook werken met een vierluik en niet gekoppeld zijn aan het verloop van een behandeling. Daarnaast laat de vierdeling zich eenvoudiger vertalen naar trainingen.

Een andere bedenking gaat over de **volgorde van de aanbevelingen**. Nu lopen verschillende aanbevelingen door elkaar en is er geen duidelijke volgorde. Bijvoorbeeld de aanbevelingen over kinderen en jongeren volgen elkaar niet op. Het is logischer om de aanbevelingen over kinderen te groeperen. Dit moet nog eens nagekeken worden voor de volledige richtlijn.

Aangereikte methodieken

Verschillende aanbevelingen reiken in de toelichting **methodieken en good practices** aan. Het toepassen van good practices, zoals open hart cirkels en open dialogue, is echter niet voor elke hulpverlener weggelegd. Het vraagt kennis en tijd om ze op de juiste manier toe te passen. Daarnaast zullen de aangehaalde methodieken niet voor elke hulpverlener een oplossing bieden. Enkele deelnemers vragen daarom om voorzichtig om te gaan met het aanreiken van methodieken.

Een volgende deelnemer geeft aan dat de good practices niet overal even uitgebreid zijn uitgewerkt of toegelicht. De vraag komt hierbij naar voor of een goede praktijk thuishoort in een richtlijn, want goede praktijken zijn aan verandering onderhevig. Een mogelijke oplossing is om goede praktijken inhoudelijk te beschrijven zonder er een naam op te plakken. Belangrijk is ook om te vermelden aan welke criteria een methodiek moet voldoen om te mogen spreken van een goede praktijk.

Wetgeving

De richtlijn valt uit juridisch oogpunt onder de **wet patiëntenrechten**, omdat het binnen een medische setting kadert. Binnen deze wet wordt er gekeken naar het oordeelsvermogen van zorggebruikers. Dit brengt drie aandachtspunten met zich mee. Ten eerste, treedt de figuur van **vertegenwoordiger** naar voor bij wilsonbekwame zorggebruikers. Ten tweede, maakt de wet **geen** melding van een **leeftijdsgrens** om een onderscheid te maken tussen kinderen en jongeren: enkel wilsbekwaamheid is van tel. Daarenboven gaat deze wet voor op het decreet rechtspositie minderjarigen. Voor hulpverleners die werken met kinderen en jongeren is dit relevante informatie, die nu te weinig gekend is in het werkveld. De deelnemers vragen om deze informatie in de richtlijn op te nemen, zodat het werkveld hiervan beter op de hoogte is. Op het macroniveau kan er eveneens gewerkt worden aan een verduidelijking van het juridische luik.

Aandacht voor het herstellen van -relaties

Volgens enkele deelnemers besteedt de richtlijn onvoldoende aandacht aan het **onderliggende verlangen** van zorggebruikers om gebroken relaties te **herstellen**. De richtlijn gaat er volgens hen van uit dat alle zorggebruikers altijd in staat zijn om hun onderliggend verlangen te communiceren. Zorggebruikers communiceren vaak op defensieve en beschermende wijze over hun naasten, voornamelijk bij relatiebreuken, terwijl ze onderliggend eigenlijk verlangen naar herstel. Hetzelfde geldt voor naasten. Het is niet mogelijk om dit verlangen bloot te leggen door eenmaal te vragen of de naasten betrokken kunnen worden – daarvoor is gesprekstherapie nodig. Eenmaal vragen of de naasten betrokken kunnen worden, geeft een vals gevoel van contextgericht werken. Hulpverleners dienen daarom in gedachten te houden dat het **gedrag van de zorggebruiker of de naasten** en dat wat hij zegt niet altijd overeenkomt met zijn **eigenlijke wensen m.b.t. herstel**.

Andere deelnemers delen deze mening niet. Niet alle hulpverleners zijn immers gespecialiseerd in de herstelvisie of het systeemtherapeutisch denken. Door deze toevoeging zou de richtlijn zijn generieke karakter verliezen. Daarnaast staat er in de toelichting van de aanbevelingen steeds dat hulpverleners herhaaldelijk aan de zorggebruiker en de naasten naar hun wensen m.b.t. contextbetrokkenheid moeten vragen. Deze herhaling komt eveneens terug in de vier onderdelen.

Aandacht voor kinderen en jongeren

Er zijn te weinig aanbevelingen over **kinderen en jongeren die behoren tot de naasten** (bv. kind, broer of zus van een cliënt met een psychiatrische problematiek). Buiten de aanbeveling over de Kindreflex wordt er niet specifiek genoeg ingegaan op deze doelgroep. Zowel in de definitie van de naasten als in de aanbevelingen verdienen kinderen en jongeren die de rol van naasten opnemen een aparte vermelding.

Wanneer het **kind zelf zorggebruiker** is, zijn de naasten voor een stuk afhankelijk van de wilsbekwaamheid van het kind. Bij een wilsonbekwame minderjarige bepalen de ouders wie er tot de naasten behoren. Voor kinderen en jongeren reiken naasten verder dan enkel de familie: ook **de school, de leerkracht en de klas** spelen een belangrijke rol in hun dagelijks leven. De klas en de leerkracht zullen geraakt zijn wanneer een kind wordt opgenomen. Bij kinderen en jongeren zou de klas automatisch mee als naasten gezien moeten worden. Dit kan een aandachtspunt bij de definitie zijn of in een aparte aanbeveling aan bod komen.

Enkele deelnemers doen het voorstel om in de toelichtingen telkens een luik over kinderen en jongeren op te nemen met de twee invalshoeken, het kind als zorggebruiker en het kind als naaste. Een deelnemer had reeds enkele voorbeelden genoteerd en stuurt ons deze door.

Implementatie van de richtlijn

De deelnemers hebben vragen over de **haalbaarheid** van enkele aanbevelingen. Een aanbeveling stelt bijvoorbeeld dat naasten een actieve rol moeten krijgen in het behandelplan. Dit is niet altijd haalbaar. Andere deelnemers geven aan dat de toelichting reeds aangeeft dat het actief betrekken van naasten in het behandelplan afhankelijk is van de mogelijkheden van de hulpverlener. De familie moet een rol krijgen in het behandelplan en het is nodig om hiervoor momenten vrij te maken, maar dit hoeft niet op elk moment van het behandelproces te gebeuren.

Naast de haalbaarheid zijn de aanbeveling voor sommigen te theoretisch geformuleerd. De vertaling naar de voorziening zal veel tijd kosten. Hoe concreter de aanbevelingen, hoe sneller ze hun weg naar de praktijk vinden. Wel moet er aan een aantal **randvoorwaarden** voldaan zijn om de richtlijn in de praktijk te kunnen brengen.

Tot slot stelt een deelnemer voor om een aanbeveling over **outcome monitoring** te includeren. Hiermee kan de cirkel van aanbevelingen gesloten worden. De hulpverleners moeten een nieuwe reflex ontwikkelen, dus het zou een meerwaarde zijn als ze nadien zelf kunnen nagaan of hun vernieuwde aanpak leidt tot een ander resultaat (een grotere betrokkenheid van naasten, een grotere tevredenheid van naasten, etc.).

5.3 Bedenkingen m.b.t. de selectie van aanbevelingen die de leden van de RWG meer in diepte wensten te bespreken

Zowel de onderzoekers alsook de richtlijnwerkgroep selecteerden enkele aanbevelingen die meer in detail werden besproken.

5.3.1 Bedenkingen m.b.t. de aanbeveling over de vertegenwoordiger

Aanbeveling: 'Ga na of de zorggebruiker zelf in staat is om beslissingen te nemen over zijn behandeling en het betrekken van zijn naasten. Wanneer dit niet het geval is doe je als hulpverlener beroep op een vertegenwoordiger bij het nemen van beslissingen die kaderen binnen de toepassing van deze richtlijn.'

De richtlijn om naasten te betrekken valt onder de wet Patiëntenrechten. In deze wet speelt de **vertegenwoordiger** een belangrijke rol. Hij vertolkt immers de stem van de zorggebruiker wanneer deze **wilsonbekwaam** is. De deelnemers erkennen dat de inhoud van de aanbeveling belangrijk is en wettelijk correct is. De vraag stelt zich hoe expliciet de juridische onderbouwing aan bod moet komen in de richtlijn. De richtlijn kan een aantal juridische concepten duiden **of** louter aanbevelingen formuleren die conform de wet zijn. Voor beide opties zijn voor- en tegenstanders.

De richtlijnwerkgroep is het erover eens dat er een aanbeveling of een melding over de vertegenwoordiger expliciet in de richtlijn dient te komen. Een belangrijk argument hiervoor vormt de **handelingsverlegenheid** van de hulpverleners. In de praktijk verschuilen hulpverleners zich achter hun onwetendheid m.b.t. de juridische regelgeving. Er ontbreekt kennis over wat er al dan niet wordt toegestaan door de wet, waardoor hulpverleners naasten vaak niet gaan betrekken.

Ondanks de erkenning van het nut van de aanbeveling hebben de deelnemers enkele bedenkingen. Een eerste bedenking situeert zich op de **plaats waar de aanbeveling nu staat**. De aanbeveling over de vertegenwoordiger staat als eerste aanbeveling in de richtlijn. De deelnemers vrezen dat er een verkeerde boodschap wordt gegeven door deze aanbeveling als eerste te plaatsen. De wilsonbekwame zorggebruiker is immers een uitzondering. Het is dan ook raar dat de richtlijn begint met een uitzondering. Het is volgens sommige deelnemers beter om te beginnen met de aanbevelingen over hoe naasten betrokken kunnen worden en op het einde de uitzondering m.b.t. wilsonbekwame zorggebruikers toe te voegen. Anderen geven aan dat de wilsbekwaamheid een centrale plaats in de richtlijn verdient, omdat het volgens de wet de basis vormt voor het onderscheid tussen meerderjarigen en minderjarigen. De vraag stelt zich waar de vertegenwoordiger en de wilsbekwaamheid een plaats moeten krijgen in de richtlijn. Er worden verschillende mogelijkheden/oplossingen gegeven.

- Er kan gewerkt worden met een **beslisboom**. Je definieert dan met welk soort zorggebruiker je werkt, waar die zich bevindt in de beslisboom, of hij al dan niet een vertegenwoordiger nodig heeft en welk effect dit heeft op het lezen van de richtlijn. De beslisboom komt dan voor de aanbevelingen in de inleiding. Wat wel een aanbeveling blijft is om na te gaan in deze beslisboom waar u zich als hulpverlener bevindt.
- Er kan gewerkt worden met een **bijlage**. Wie interesse heeft in het juridische luik, kan de bijlage raadplegen. De bijlage en de richtlijn moeten dan wel onafhankelijk van elkaar te lezen zijn. Dit heeft dan wel als nadeel dat er niet naar elkaar verwezen kan worden.

Een tweede reeks bedenkingen gaat over het **inhoudelijke aspect** van de aanbeveling.

- Het is voor de deelnemers onduidelijk hoe een hulpverlener de vertegenwoordiger kan vinden wanneer deze niet op voorhand werd aangeduid. In de praktijk duiden hulpverleners vaak zelf de vertegenwoordiger aan terwijl ze wettelijk gezien de cascade moeten doorlopen. Manieren om de vertegenwoordiger snel te vinden, zijn de huisarts, het medisch dossier en de crisiskaart raadplegen.
- De eerste zin van de aanbeveling luidt als volgt: *Ga na of de zorggebruiker zelf in staat is om beslissingen te nemen over zijn behandeling en het betrekken van zijn naasten.*
 - Het is voor enkele deelnemers onduidelijk hoe de hulpverlening dit kan nagaan en wie dit moet doen. Vanuit praktisch oogpunt is deze aanbeveling te vaag geformuleerd.
 - De aanbeveling moet er in de eerste plaats van uit gaan dat de zorggebruiker wilsbekwaam is. Een betere formulering zou zijn: ga er in principe van uit dat...
 - De aanbeveling spreekt over de wilsbekwaamheid van de zorggebruiker om over de behandeling en het betrekken van naasten te beslissen. De richtlijn gaat over het betrekken van naasten, dus de wilsbekwaamheid van de zorggebruiker om over de behandeling te beslissen doet hier niet ter zake.
- Volgens een deelnemer ontbreekt er een aanbeveling over de **vertrouwenspersoon**. Dit concept is in de wetgeving zeer eng gedefinieerd. Een wilsbekwame zorggebruiker kan een vertrouwenspersoon aanduiden die hem ondersteunt in het uitoefenen van zijn patiëntenrechten. De vertrouwenspersoon oefent de patiëntenrechten dus niet uit in plaats van de zorggebruiker. Hij treedt samen op met de zorggebruiker en enkel wanneer en voor zover de zorggebruiker dit wil. In brede zin kan de vertrouwenspersoon gezien worden als naaste van de zorggebruiker in onze richtlijn. Het opnemen van dit concept in de richtlijn kan voor verwarring zorgen met het concept vertegenwoordiger. Er zijn voor- en tegenstanders hiervoor.

5.3.2 Bedenkingen m.b.t. de aanbeveling over een gesprek met de arts

Aanbeveling: Bied de mogelijkheid om – bij voorkeur in aanwezigheid van de zorggebruiker – een gesprek met de arts te voeren.

Deze aanbeveling is tot nu toe weinig wetenschappelijk onderbouwd. De aanbeveling weerspiegelt de **Belgische zorg**, met de arts in de top van de piramide. Mogelijks benadrukt deze aanbeveling de hiërarchie en men stelt zich de vraag of de richtlijn deze boodschap moet overbrengen. Het is onduidelijk of de aanbeveling wordt behouden of als toelichting bij een andere aanbeveling wordt geplaatst.

Uit de tevredenheidsenquêtes van Familieplatform GG blijkt dat veel familieleden graag een **gesprek met de arts** willen. De arts draagt immers de **eindverantwoordelijkheid van de zorggebruiker**. Tegelijk is het in de praktijk niet evident om de arts te kunnen spreken. Een deelnemer stelt zich de vraag of de scope van de richtlijn hier niet uit het oog wordt verloren. De aanbeveling is erg residentieel gekleurd en is nu niet van toepassing op alle settings. In een behandelcontext zal de arts de eindverantwoordelijkheid dragen, maar in een verblijfcontext zoals beschut wonen of PVT is deze aanbeveling niet relevant. Het is een optie om de aanbeveling te veralgemenen van arts naar eindverantwoordelijke.

Enkele deelnemers gaan niet akkoord met de verbreding van de aanbeveling. Volgens hen bestaan er voldoende mogelijkheden om andere zorgverleners, zoals therapeuten, (hoofd)verpleegkundigen enz.,

te spreken. Door het te veralgemenen kan de aanbeveling zijn meerwaarde verliezen. De familie heeft nood aan een gesprek met de arts. De arts beslist over de medicatie, de behandeling en het verlof. Als de familie het hier niet mee eens is, willen ze dit kunnen bespreken met degene die **beslissingsmacht** heeft. Volgens de deelnemers dient er nagegaan te worden wat de onderliggende nood is van de families om de arts te kunnen spreken. Daarnaast kan er gekeken worden waar deze aanbeveling mogelijks als toelichting een plaats kan krijgen. Een deelnemer merkt op dat de zorggebruiker steeds zijn toestemming moet geven over de persoonsgebonden informatie die de arts aan de naasten mag geven. Als de zorggebruiker geen toestemming geeft kan het zijn dat een gesprek met de arts voor de familie toch niet bevredigend is.

Tot slot geeft een deelnemer aan dat er voor artsen een **financieel aspect** gekoppeld is aan een gesprek met naasten. Artsen werken prestatiegericht en hieraan is een financiële vergoeding gekoppeld.

5.3.3 Bedenkingen m.b.t. de aanbeveling over jongeren tussen 18-25 jaar

Aanbeveling: Wees aandachtig voor het betrekken van naasten bij jongvolwassenen tussen 18 en 25 jaar.

Deze aanbeveling is gebaseerd op de input van de vorige richtlijnwerkgroepen en de interviews. Tot nu toe is de aanbeveling weinig wetenschappelijk onderbouwd. Voor de literatuurstudie werd een generieke zoekopdracht uitgevoerd. Als we de aanbeveling willen behouden, zouden we meer specifiek kunnen zoeken. Volgens enkele deelnemers is over deze specifieke doelgroep bruikbare informatie te vinden in de Milestone literatuur, de onderzoeken van Ronny Bruffaerts en het onderzoek van Asster. Deze literatuur gaat wel vooral over waarom deze doelgroep bijzondere aandacht verdient in de zorg.

De aanbeveling wil de doelgroep vooral onder de aandacht van de hulpverlening brengen, zodat hulpverleners gestimuleerd worden om **meer inspanningen te leveren bij deze doelgroep**. Dit hoort volgens een deelnemer meer thuis als toelichting onder de aanbeveling die ingaat op de **weigerings om naasten te betrekken**. In de toelichting kan dan vermeld worden dat jongeren meer geneigd zijn om hun naasten af te blokken en te weigeren.

Een deelnemer geeft aan dat het beter is om te spreken over **jongvolwassenen** en de leeftijden weg te laten zodat hier enige flexibiliteit mogelijk is in de toepassing. Een andere deelnemer geeft de suggestie om te werken met de term **ontwikkelingssensitiviteit**. Dit omvat zowel kinderen, jongeren als jongvolwassenen. Indien er gewerkt wordt met ontwikkelings sensitiviteit vragen enkele deelnemers dit toch op het niveau van een aanbeveling te doen, uit angst dat het niet voldoende aandacht krijgt in een toelichting.

5.3.4 Bedenkingen m.b.t. de aanbeveling over crisissituaties

In de eerste set van aanbevelingen stonden twee aanbevelingen over het betrekken van naasten bij **suicide en bij afzondering en fixatie**. Deze aanbevelingen waren een samenstelling van aanbevelingen uit de reeds ontwikkelde **Vlaamse richtlijnen** (zie hoofdstuk 2, paragraaf 4: Twee Vlaamse richtlijnen voor toepassing in de GGZ). Doordat deze aanbevelingen niet meer in het kader van hun oorspronkelijke richtlijn staan, lijkt de informatie uit hun context getrokken wat ervoor zorgt dat de inhoud nogal onsamenhangend overkomt. Daarom kiezen de onderzoekers ervoor om te verwijzen naar de twee richtlijnen. De richtlijn **suicide** wordt bovendien in 2020 herzien. De onderzoekers kunnen mee aangeven dat ze hierbij meer aandacht moeten hebben voor het betrekken van naasten.

Een deelnemer geeft aan dat het onderwerp naasten te weinig naar voor komt in de twee richtlijnen en er daarom in onze richtlijn aandacht moet zijn voor de **naasten tijdens een crisis**. Een **crisissituatie is breed te definiëren** en kan verwijzen naar suïcide, de noodtoestand, een gedwongen opname, en de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen.

De vraag stelt zich of er over crisis een afzonderlijke aanbeveling dient uitgewerkt te worden of enkel de aandachtspunten in de toelichting van de andere aanbevelingen te integreren. Uit de literatuur komt naar voor dat een **crisissituatie traumatiserend is voor naasten** en dat de **noden intenser** zijn. De aanbevelingen en de juridische regels blijven in een crisissituatie hetzelfde als in een gewone situatie. Binnen de richtlijnwerkgroep zijn er zowel voorstanders als tegenstanders voor een afzonderlijke aanbeveling. De voorstanders geven als reden dat een crisis een grote impact heeft op de naasten en vrezen dat de naasten tijdens een crisis vergeten zullen worden aangezien alle aandacht naar de zorggebruiker en het afzakken van de crisis gaat. De tegenstanders vinden het voldoende om crisissituaties in de toelichting te vermelden. Hierbij is het belangrijk om crisissituaties een prominente plaats te geven in de toelichting.

Een andere oplossing is om crisissituaties aan bod te laten komen in de aanbeveling over **transfer**. De term ‘transfer’ kunnen we vervangen door ‘transitie’. Transitie verwijst naar alle wijzigingen in **zorggebruik en zorgintensiteit**. Bij elke transitie in zorg verandert de interactie met de naasten en moet de vraag over het betrekken van naasten telkens opnieuw gesteld worden. Enkele deelnemers geven aan dat dit niet alle vormen van crisis zal dekken. Vooral suïcide is moeilijk in dit kader te passen.

Een laatste oplossing is om op mesoniveau een aanbeveling over crisissituaties te includeren. De aanbeveling kan voorzieningen de opdracht geven om een beleid of een draaiboek voor crisissituaties uit te werken waarbij er rekening wordt gehouden met het betrekken van naasten op microniveau. Een andere deelnemer geeft als tegenargument dat dan elke voorziening het warm water moet uitvinden.

Er wordt geen consensus bereikt over het al dan niet uitwerken van een afzonderlijke aanbeveling over crisissituaties. Er komt wel enige input over wat inhoudelijk aandacht verdient tijdens een crisis. De noden van naasten in een crisis situeren zich voornamelijk op vlak van ondersteuning zowel tijdens als na de crisis. Daarnaast wensen naasten geïnformeerd te worden over een crisis. Om de last bij de hulpverleners te verlagen spreken voorzieningen best op voorhand af wie er tijdens een crisis voor de zorggebruiker zorgt en wie voor de naasten.

6 Resultaten van de schriftelijke feedbackronde

Door de coronacrisis werd de geplande bijeenkomst van 3 april 2020 vervangen door een schriftelijke feedbackronde. De RWG-leden kregen een voorlopige versie van de richtlijn toegestuurd op 23 maart 2020 met de vraag om hun feedback tegen 14 april 2020 door te geven.

De focus tijdens de schriftelijke feedbackronde lag op het meso- en macroniveau. Volgende vragen werden aan de leden voorgelegd:

- Zijn er aanbevelingen die onhaalbaar of onwenselijk zijn?
- Kunnen we de formulering van sommige aanbevelingen verbeteren?
- Zit de opdeling van de aanbevelingen goed?
- Zijn er cruciale aanbevelingen die ontbreken?

Daarnaast werd het advies van de richtlijnwerkgroep gevraagd met betrekking tot de aanbevelingen over suïcidaal gedrag en afzondering en fixatie. Over deze onderwerpen bestaan er namelijk twee Vlaamse MDR: de MDR 'detectie en behandeling van suïcidaliteit' en de MDR 'preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële GGZ' (zie hoofdstuk 2, paragraaf 4: twee Vlaamse richtlijnen voor de toepassing in de GGZ). Het was aanvankelijk de bedoeling om over deze twee onderwerpen geen afzonderlijke aanbevelingen te formuleren, maar om in de plaats te verwijzen naar de betreffende MDR. Verschillende stakeholders gaven echter aan dat beide onderwerpen voor naasten uiterst belangrijk zijn en dus niet zomaar onbesproken kunnen blijven in de MDR 'naasten sterker betrekken in de GGZ'. De onderzoekers stellen vier pistes voor om suïcidaal gedrag en afzondering en fixatie een plaats te geven in de huidige MDR:

- Piste 1: de huidige MDR neemt de aanbevelingen uit beide MDR die betrekking hebben op naasten letterlijk over zonder iets aan de formulering te veranderen. Dit heeft als risico dat de aanbevelingen niet helemaal passen binnen het kader van waaruit de MDR 'naasten sterker betrekken in de GGZ' geschreven werd en daardoor verwarring kan scheppen. Een concreet voorbeeld: de richtlijn over suïcidaal gedrag spreekt over beroepsgeheim in het algemeen terwijl de richtlijn over naasten de opdeling persoonsgebonden en niet-persoonsgebonden informatie maakt en daardoor genuanceerder is over wat onder het beroepsgeheim valt.
- Piste 2: de huidige MDR neemt de aanbevelingen niet letterlijk over maar past de formulering enigszins aan zodat deze passen binnen het kader. De vraag die zich hier stelt: is het aanvaardbaar om dit te doen? De twee andere richtlijnen kwamen – net als deze richtlijn – volgens een uitgebreid onderzoeksproces tot stand. Is het daarom te verantwoorden om deze aanbevelingen aan te passen?
- Piste 3: de huidige MDR neemt de aanbevelingen uit beide richtlijnen die betrekking hebben op naasten letterlijk over, maar voegt waar nodig een interpretatieve noot toe die verklaart hoe de aanbevelingen kaderen binnen de MDR 'naasten sterker betrekken in de GGZ'.
- Piste 4: de huidige MDR bevat geen aanbevelingen over suïcidaal gedrag en vrijheidsbeperkende maatregelen maar verwijst naar het bestaan en de vindplaats van de twee richtlijnen. Dit heeft als nadeel dat twee zeer belangrijke thema's dan niet aan bod komen.

Er werd aan de richtlijnwerkgroep gevraagd welke piste hun voorkeur had.

Tot slot werd aan de richtlijnwerkgroep meegegeven dat zij ook het microniveau opnieuw mochten bekijken. Het microniveau onderging tussen de derde bijeenkomst en het feedbackmoment een hele metamorfose. De onderzoekers vonden het daarom belangrijk om over dit niveau nog eens feedback van de leden van de RWG te ontvangen.

Zes richtlijnwerkgroep-leden gaven hun feedback op de MDR door. De volgende paragrafen geven de bedenkingen weer m.b.t. de richtlijn in het algemeen, de drie niveaus van de richtlijn en de integratie van de twee andere GGZ-richtlijnen.

6.1 Algemene bedenkingen

De leden hadden volgende bedenkingen m.b.t. de gehele richtlijn:

- **De duidelijkheid van de begrippen:** In de richtlijn komen verschillende begrippen naar voor, die in het begin van de richtlijn verduidelijkt worden. Toch ontbraken hier nog enkele begrippen en stelden sommige leden zich de vraag of de begrippen voor iedereen voldoende duidelijk zijn. Vooral het begrip ‘vertrouwenspersoon’ was onvoldoende uitgewerkt doordat de wettelijke duiding ontbrak. Verschillende wetten maken melding van de vertrouwenspersoon, maar geven hier een andere invulling aan. In de richtlijn moet duidelijk worden aangegeven welke invulling er aan de vertrouwenspersoon wordt gegeven.
- **Ontbrekende elementen** in de richtlijn:
 - De visie en het doel van de richtlijn ontbreken voorlopig.
 - Er wordt te weinig geschreven vanuit het oogpunt van de naasten. De beslissing ligt in dit onderzoek voornamelijk bij de hulpverlener: alsof het zijn taak is om de naasten te betrekken. De naasten zijn echter een vast gegeven in het leven van de zorggebruiker. Ze zijn er al van voor er ooit hulpverlening was. Ze hoeven niet betrokken te worden; ze zijn er hoe dan ook. Vanuit deze optiek is het de taak van de hulpverlener om de zorg deel te laten uitmaken van het leven van de zorggebruiker en zijn omgeving (de vermaatschappelijking van de zorg). Hoewel dit een belangrijk punt is, dat meer duiding verdient in de visie, is het belangrijk om de doelgroep van de richtlijn niet uit het oog te verliezen. De aanbevelingen zijn gericht op de hulpverleners en beschrijven wat hen te doen staat. Deze richtlijn heeft tot doel de klinische besluitvorming van de hulpverleners te onderbouwen op een systematische wijze, over alle sectoren en doelgroepen heen.
 - De herstelgerichte visie komt te weinig naar voor.
 - De aanbevelingen zijn te residentieel geformuleerd, waardoor het onzeker is of de ambulante settings zich aangesproken zullen voelen door de richtlijn.
 - De nadruk ligt sterk op het informeren van naasten en minder op participatie.
 - Veel aanbevelingen zijn al concreet en sterk uitgewerkt, terwijl anderen te vaag en nietszeggend zijn. Verschillende leden vragen om deze aanbevelingen te concretiseren door praktische handvatten toe te voegen.
 - De methodes en goede praktijken die aanbevelingen aanhalen worden enkel vermeld zonder verdere uitleg. De RWG-leden stellen voor om de goede praktijken in bijlage op

te nemen of om te verwijzen naar bronnen, zodat hulpverleners snel meer te weten kunnen komen over de aanbevolen praktijken.

- **Taalgebruik:** De terminologie is soms te residentieel. Dit dient doorheen de hele richtlijn nagekeken te worden. Daarnaast klinken sommige omschrijvingen aanvallend tegenover naasten en/of zorggebruikers.
- De aanbevelingen zijn nog erg suggestief en **weinig bindend** geschreven. Dit wordt aangepast eenmaal de kwaliteit van evidentie aan elke aanbeveling wordt toegekend. Deze kwaliteit bepaalt of de aanbeveling sterk of zwak is. Een sterke aanbeveling zal meer bindend geformuleerd worden dan een zwakke aanbeveling (zie hoofdstuk 1, paragraaf 2: GRADE-methode en hoofdstuk 9 kwaliteit van de evidentie).

Tot slot stelde één lid voor om de volgorde van de niveaus om te draaien. De aanbevelingen op het meso- en het macroniveau zijn noodzakelijk om de aanbevelingen op het microniveau te kunnen realiseren. Om die reden is het logischer om te starten met de aanbevelingen op het meso- en macroniveau.

6.2 Bedenkingen m.b.t. het microniveau

Op volgende drie onderwerpen kwam veel feedback:

- **Minderjarige naasten en zorggebruikers:** Dit onderwerp moet sterker benadrukken dat alle andere aanbevelingen in de richtlijn evenzeer op minderjarige naasten en zorggebruikers van toepassing zijn. Ook de andere onderwerpen mogen meer aandacht schenken aan minderjarige naasten.
- **Verstoorde en ongezonde relaties:** De leden stellen zich de vraag of de aanbevelingen over ongezonde relaties wel gebundeld moeten worden in een apart onderwerp. Het is een optie om de aanbevelingen onder te brengen bij het onderwerp 'een terughoudende houding'. Bovendien zijn de voorbeelden van verstoorde relaties in de richtlijn onvolledig, te uiteenlopend en verwarrend. De verwoording van de aanbevelingen is ook aanvallend tegenover de naasten. Indien dit toch een afzonderlijk topic blijft, moet er sterker ingezet worden op het **herstellen** van verstoorde relaties. Dit zou de hoofdaanbeveling moeten zijn wanneer er sprake is van verstoorde relaties.
- **Diversiteit en culturele verschillen:** De aanbevelingen gaan te veel in op (religieuze) culturele verschillen en geven nagenoeg geen aandacht aan diversiteit in het algemeen. Er moet meer aandacht besteed worden aan **alle vormen van diversiteit** in de GGZ en het betrekken van naasten. Daarnaast bevat dit onderwerp veel generieke aanbevelingen die in feite altijd moeten toegepast worden en niet enkel bij minderheidsgroepen. Deze generieke aanbevelingen moeten verplaatst worden. Tot slot maken enkele RWG-leden de bedenking dat het toepassen van de aanbevelingen relevant is voor zowel naasten als zorggebruikers. Men stelt zich daarom de vraag of dit thema en de bijhorende aanbevelingen wel op hun plaats zijn in deze richtlijn.

6.3 Bedenkingen m.b.t. het mesoniveau

De bedenkingen m.b.t. dit niveau waren beperkt. De meeste opmerkingen gingen over de **gespecialiseerde functies**:

- Het concept van familievertrouwenspersoon moet in België nog uitwerkt worden. Het Familieplatform Geestelijke Gezondheid doet hier onderzoek naar, maar dit rapport zal pas in 2021 worden vrijgegeven. De vraag werd daarom gesteld om de aanbeveling weg te laten of om te vermelden dat de functie pas na invulling van het Familieplatform GG verwezenlijkt kan worden.
- De gespecialiseerde functies zijn niet haalbaar voor kleinschalige voorzieningen en privépraktijken. Het kan een oplossing zijn om de functies in te bedden in het **regionale netwerk** i.p.v. in de voorzieningen. Dit zou dan een aanbeveling voor het macroniveau kunnen zijn.

6.4 Bedenkingen m.b.t. het macroniveau

Eveneens op dit niveau waren de bedenkingen beperkt. Een RWG-lid merkt op dat er nood is aan een financieel kader en opleiding om de gespecialiseerde functies op een goede manier in de praktijk te kunnen brengen.

Een tweede bedenking gaat in op het laatste onderwerp van het macroniveau, de participatie van naasten. Dit onderwerp is onvoldoende uitwerkt. Het is een belangrijk onderwerp en bestaat slechts uit één aanbeveling.

6.5 De integratie van twee Vlaamse GGZ-richtlijnen

In de uitnodiging voor de feedbackronde, werd aan de RWG-leden gevraagd hoe de aanbevelingen van de twee reeds ontwikkelde Vlaamse richtlijnen het best in de richtlijn 'naasten sterker betrekken in de GGZ' geïntegreerd worden. Hun voorkeur ging uit naar piste 3: *de huidige richtlijn neemt de aanbevelingen uit beide richtlijnen die betrekking hebben op naasten letterlijk over, maar voegt waar nodig een interpretatieve noot toe die verklaart hoe deze aanbevelingen kaderen binnen de richtlijn 'betrekken van naasten'*.

De leden formuleerden wel enkele bedenkingen m.b.t. de aanbevelingen uit de MDR 'detectie en behandeling van suïcidaal gedrag':

- De verwoording van sommige aanbevelingen dient herbekeken te worden.
- Hoe omgaan met het beroepsgeheim is onvoldoende in de aanbevelingen uitgewerkt.
- Hoe de beslissingsbekwaamheid van minderjarige suïcidale zorggebruikers beoordelen is niet uitgewerkt.
- De noden en de rol van familie en naasten in de behandeling wordt onvoldoende besproken

In de MDR 'de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de GGZ', zijn de aanbevelingen over naasten te algemeen geformuleerd.

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

1	Methode	3
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 familiereflex 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.

Bijlage 4

Een multidisciplinaire richtlijn om naasten sterker te betrekken in de geestelijke gezondheidszorg

Els Vanlinthout
Dr. Evelien Coppens
Dr. Tim Ogenhaffen
Dr. Sara Scheveneels
Prof. dr. Johan Put
Prof. dr. Chantal Van Audenhove

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
 Minderbroedersstraat 8 – B-3000 Leuven
 Tel 0032 16 37 34 32
 E-mail: swvg@kuleuven.be
 Website: <http://www.steunpuntwvg.be>



Publicatie nr. 2020/15b

SWVG-Rapport 47b

Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

Titel rapport: Een multidisciplinaire richtlijn om naasten sterker te betrekken in de geestelijke gezondheidszorg

Promotor: Prof. dr. Chantal Van Audenhove¹

Copromotor: Prof. dr. Johan Put²

Onderzoekers: Els Vanlinthout¹, dr. Evelien Coppens¹, dr. Tim Opgenhaffen², dr. Sara Scheveneels¹

¹ LUCAS KU Leuven

² Instituut voor Sociaal Recht, KU Leuven

Dit rapport kwam tot stand met de steun van de Vlaamse Overheid. In deze tekst komen onderzoeksresultaten van de auteur(s) naar voor en niet die van de Vlaamse Overheid. De Vlaamse Overheid kan niet aansprakelijk gesteld worden voor het gebruik dat kan worden gemaakt van de meegeleverde gegevens.

Niets uit deze uitgave mag worden veelevoudigd en/of openbaar gemaakt zonder uitdrukkelijk te verwijzen naar de bron.

No material may be made public without an explicit reference to the source.

Het consortium SWVG

<i>Deelnemende instellingen - Dagelijks bestuur</i>	
KU Leuven	
· LUCAS, Centrum voor zorgonderzoek en consultancy	Prof. dr. Chantal Van Audenhove
· Instituut voor Sociaal Recht	Prof. dr. Anja Declercq
· HIVA - Onderzoeksinstituut voor Arbeid en Samenleving	Prof. dr. Johan Put
· Leuvens Instituut voor Gezondheidsbeleid	Prof. dr. Tine Van Regenmortel
· Faculteit Economie en Bedrijfswetenschappen	Prof. dr. Erik Schokkaert
UGent	
· Vakgroep Marketing, Innovatie en Organisatie	Prof. dr. Paul Gemmel
· Vakgroep Publieke Governance, Management & Financiën	Prof. dr. Joris Voets
· Vakgroep Volksgezondheid en Eerstelijnszorg	Prof. dr. An De Sutter
Vrije Universiteit Brussel	
· Faculteit Psychologie en Educatiewetenschappen	Prof. dr. Dominique Verté
Universiteit Antwerpen	
· CRESC, UAntwerpen	Prof. dr. Peter Raeymaeckers
<i>Partnerinstellingen</i>	
Universiteit Hasselt	
· Centrum voor Statistiek	
Thomas More Hogeschool	
· Opleiding Toegepaste Psychologie	Dr. Peter De Graef
Arteveldehogeschool	
· Dienst onderzoek en dienstverlening	
Hogeschool Gent	
· Faculteit Mens en Welzijn	
UC Leuven-Limburg	
· Groep Gezondheid en Welzijn	
<i>Coördinatie en secretariaat</i>	
Coördinator SWVG Administratieve ondersteuning	Dr. Kathleen De Cuyper Manuela Schröder Lut Van Hoof

Inhoud

Inleiding	7	
1	Waarom werd deze MDR ‘sterker betrekken van naasten in de GGZ’ ontwikkeld?	7
1.1	Belangrijkere rol voor naasten in visies op gezondheid binnen de GGZ	7
1.2	Belangrijkere rol voor naasten in de regelgeving	10
1.3	In welke mate betrekken GGZ-voorzieningen vandaag de naasten van zorggebruikers?	10
2	Voor wie werd deze MDR ontwikkeld?	11
3	Wat verstaat de MDR onder naasten?	11
4	Waarom moeten naasten betrokken worden?	12
5	Afbakening	14
6	De visie van de richtlijn	14
7	De MDR ‘sterker betrekken van naasten in de GGZ’	15
7.1	Het microniveau: aanbevelingen op het niveau van de hulpverlener en het team	16
7.2	Het mesoniveau: aanbevelingen op het niveau van de zorginstelling	17
7.3	Het macroniveau: aanbevelingen op het niveau van de nationale en deelstatelijke beleidsvoering	18
8	De ontwikkeling van de richtlijn: methode	18
9	Belangrijke begrippen	20
AANBEVELINGEN OP HET NIVEAU VAN DE HULPVERLENER EN HET TEAM (MICRO)		25
DEEL 1: ZORGEN VOOR DE JUISTE BASISHOUDING		25
1	Met naasten aan de slag gaan	25
1.1	Zicht krijgen op naasten	25
1.2	Uitleggen waarom het betrekken van naasten belangrijk is	26
1.3	Rekening houden met de voorkeuren van de zorggebruiker en de naasten	27
1.4	Gegevens over naasten registreren	31
2	Met kinderen en jongeren aan de slag gaan	32
2.1	Kinderen en jongeren als naaste	32
2.2	Kinderen en jongeren als zorggebruiker	33
3	Naasten onthalen en bejegenen	36
3.1	Algemeen: onthalen en bejegenen	36
3.2	Omgaan met diversiteit en culturele verschillen	37
4	Informatie geven aan naasten	38
4.1	Persoonsgebonden informatie geven aan naasten	38
4.2	Niet-persoonsgebonden informatie geven aan naasten	39
4.3	Wijze van informatie geven aan naasten	40

4.4	Wanneer naasten informatie over de zorggebruiker geven	40
5	Naasten ondersteunen	41
5.1	De ondersteuningsnoden van naasten bevragen	41
5.2	Ondersteuning aanbieden aan naasten	42
DEEL 2: OMGAAN MET SPECIFIEKE SITUATIES		44
1	Naasten betrekken bij een doorverwijzing of afronding	44
2	Wanneer er sprake is van suïcidale gedachten of suïcidaal gedrag	44
2.1	Inleiding	45
2.2	Detectie	46
2.3	Interventies	47
2.4	Na een suïcidepoging	48
2.5	Aandachtspunten bij jonge suïcidepogers	49
2.6	Na een suïcide	51
3	Omgaan met naasten tijdens een crisissituatie	53
3.1	Voorafgaand aan een crisis	53
3.2	Tijdens een crisis	54
3.3	Wanneer de crisis voorbij is	55
4	Wanneer de relatie tussen de naaste en de zorggebruiker verstoord is	56
5	Naasten betrekken wanneer de zorggebruiker in een residentiële voorziening verblijft	57
5.1	Omgaan met naasten tijdens een gedwongen opname	57
5.2	Omgaan met afzondering en fixatie in de residentiële GGZ	59
5.3	Naasten betrekken bij het verlaten van een residentiële voorziening	62
DEEL 3: OMGAAN MET JURIDISCHE KWESTIES		64
1	Juridische aanbevelingen	64
1.1	Wanneer de zorggebruiker beslissingsonbekwaam is	64
1.2	Naasten informeren over de zorggebruiker zonder zijn toestemming	66
1.3	Wanneer de naaste ook een zorggebruiker is	67
AANBEVELINGEN OP HET NIVEAU VAN DE ZORGINSTELLING (MESO)		68
1	Een beleid uitwerken	68
2	Zorgen voor een gedeelde verantwoordelijkheid	68
3	Zorgen voor een gedragen beleid	69
4	Gespecialiseerde functies installeren	69
5	Hulpverleners opleiden en trainen	70
6	Expertise delen	71
7	Praktische hulpmiddelen aanreiken	71
8	Infrastructuur en inrichting	72
9	Een ondersteuningsaanbod voor naasten	72
10	Het beleid opvolgen, evalueren en bijsturen	73

AANBEVELINGEN OP HET NIVEAU VAN DE NATIONALE EN DEELSTATELIJKE BELEIDSVOERING (MACRO)	74
1 Kennis en vaardigheden van hulpverleners	74
2 Coaching en opvolging	74
3 Financiële middelen	75
4 Betrouwbare informatie voor het brede publiek	75
5 Onderzoek	76
6 Participatie van naasten	76
Discussie	77
1 Kritische bedenkingen m.b.t. het proces en het resultaat van deze studie	77
2 Randvoorwaarden om de richtlijn in de praktijk te brengen	78
2.1 Een genuanceerde toepassing van de richtlijn is aangewezen	78
2.2 Naar een samenwerking op grond van gelijkwaardigheid	78
2.3 Nood aan praktische handvatten en handleidingen voor de organisaties	79
2.4 Voldoende capaciteit en tijd	80
2.5 Evaluatie en opvolging	80
2.6 De juridische vragen bij het betrekken van naasten	80
Referenties	82
Bijlage 1: Het juridisch kader	92
1 Relevante wetgeving rond het betrekken van naasten	92
1.1 Het beroepsgeheim	92
1.2 De beslissingsbekwaamheid	94
1.3 De vertrouwenspersoon	96
Bijlage 2: Deelnemers RWG	97
Bijlage 3: De triadekaart en de gespreksdriehoek	98
Bijlage 4: Goede praktijken	105
Bijlage 5: Kindreflex	107
Bijlage 6: Instrument om de beslissingsbekwaamheid te evalueren	138

Inleiding

1 Waarom werd deze MDR ‘sterker betrekken van naasten in de GGZ’ ontwikkeld?

In opdracht van de Vlaamse overheid ontwikkelde het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin een **multidisciplinaire richtlijn (MDR)** om beleidsmakers, directies van voorzieningen en hulpverleners werkzaam in de GGZ te ondersteunen in hun beleid en dagelijks handelen rond het betrekken van naasten in de GGZ. **De richtlijn wil naasten en hun noden onder de aandacht brengen bij hulpverleners met als doel om naasten van zorggebruikers beter te ondersteunen, actiever te betrekken en meer te erkennen als vanzelfsprekende partner in de GGZ.** Naasten maken immers deel uit van het leven van de zorggebruiker en zijn mede daarom vaak de belangrijkste zorgverleners.

Veel naasten zijn vragende partij om betrokken te worden en hun expertise te delen in de begeleiding van de zorggebruiker en een dergelijke betrokkenheid behoort dikwijls (maar niet altijd) tot de wens van de zorggebruiker. Dit is echter niet vanzelfsprekend, veel naasten vinden de weg naar de GGZ niet of hebben onvoldoende kennis over het verloop van een begeleidingstraject (Hamann, & Heres, 2019; Schuster, Holz Hüter, Heres, & Hamann, 2020). Om ervoor te zorgen dat **naasten hun rol als partner in de zorg** adequaat kunnen vervullen, dienen hulpverleners alles in het werk te stellen om hen zo goed mogelijk te betrekken en te ondersteunen, liefst met de toestemming van de zorggebruiker. Soms is de toestemming er niet omdat een persoon met een zorgnood een zorgwekkende zorgmijder is, of omdat hij geen ziekte-inzicht heeft en ervan overtuigd is dat hij geen zorg nodig heeft, of omdat de relatie zeer slecht is. In dat geval hebben de naasten ondersteuning nodig om het goede te doen en ook een slechte of afwezige relatie kan centraal staan in het hersteltraject dat moet doorlopen worden. Dat **sociale relaties deel uitmaken van herstel** wilt immers niet zeggen dat naasten altijd betrokken moeten worden. Soms kan herstel ook betekenen dat er afstand genomen moet worden van naasten (Price-Robertson, Obradovic & Morgan, 2016). Dit impliceert dat het geestelijke gezondheidsaanbod plaatsvindt binnen de **driehoek zorggebruiker, naaste en hulpverlener** – de drie partijen samen of afzonderlijk afhankelijk van wat er kan voor de zorggebruiker – en dat hulpverleners voldoende oog hebben voor de noden van naasten (Familieplatform Geestelijke Gezondheid vzw, 2018a; Van Audenhove & Declercq, 2016).

1.1 Belangrijkere rol voor naasten in visies op gezondheid binnen de GGZ

De evolutie van de benaderingen en visies van gezondheid binnen de GGZ tonen aan dat naasten een steeds belangrijkere rol krijgen. Gaande van een sterk individu-gerichte benadering in het biomedische model naar een prominente plaats van de sociale participatie en verbondenheid met naasten in de herstelvisie en Positieve Gezondheid.

In een samenleving waar **vermaatschappelijking van zorg** een belangrijke trend is, streeft men ernaar om de zorg zoveel mogelijk in de eigen omgeving te laten plaatsvinden zodat de zorggebruiker een zinvolle rol kan opnemen in de gemeenschap (Van Audenhove, Van Humbeeck & Van Meerbeeck, 2005). De vermaatschappelijking van de zorg introduceerde in de GGZ enkele nieuwe zorgmodellen en visies die meer de nadruk leggen op de zorggebruiker als persoon en het belang van het betrekken van naasten. Deze veranderingen hebben een impact op de heersende waarden in de GGZ alsook op relaties en verhoudingen tussen de zorggebruiker, de hulpverlener, de naasten en de samenleving (Nelson,

Kloos, & Ornelas, 2014; Van Audenhove, 2017). De verschuivingen en veranderingen van visies worden hieronder weergegeven.

In het **biomedisch model** staat genezing van een persoon met een ziekte centraal. De focus ligt er bijgevolg op lichamelijke verklaringen en oorzaken van de psychische symptomen. Deze benadering zorgde voor veel positieve resultaten en dankzij de ontwikkeling van psychofarmaca heeft dit mogelijkheden geboden voor minder langdurige opnames in residentiële GGZ-voorzieningen.

Niettegenstaande de positieve resultaten van het biomedische model, kwam er reeds in de vorige eeuw kritiek op de dominantie van dit model (e.g. Engel, 1977). Het model is onvolledig, waardoor onderliggende patronen die niet biologisch van aard zijn vaak onder de radar blijven (Vissers, 2013; Wade & Halligan, 2017) terwijl net deze patronen kunnen bijdragen tot een betere levenskwaliteit (SAR WGG, 2012, 2015). Engel (1977) introduceert **het bio-psycho-sociaal-model**, waarbij ziekte en gezondheid het resultaat zijn van een interactie tussen biologische, psychologische en sociale factoren. Hiermee vormt dit model een aanvulling op het biomedische model, waarbij er aandacht is voor de onderliggende factoren van de ziekte. Het bio-psycho-sociale-model bestaat al enige tijd en de bruikbaarheid in de klinische context werd veelvuldig aangetoond. Desondanks vindt dit model moeilijk zijn weg in alle gezondheidssectoren (De Cuyper, Van Ingelgom & Van Audenhove, 2018; e.g. Engel, 1977, 1980; Lane, 2014; Wade & Halligan, 2017; Wade, 2015). In sectoren zoals de GGZ, revalidatie en chronische ziekten maakte het bio-psycho-sociaal-model wel makkelijker zijn intrede (Wade & Halligan, 2017). In dit model staat de zorggebruiker centraal, die in een sociale context leeft die zijn gedrag mee vormgeeft. De sociale factoren en het verwijzen naar de sociale context geven in beperkte mate aandacht aan naasten.

De onderliggende patronen die uit het bio-psycho-sociaal-model naar voren komen vragen om een nieuwe manier om naar psychische gezondheid te kijken. Psychische problemen kunnen immers niet enkel vanuit het ziektemodel genezen worden. Het ziektemodel draagt evenmin bij aan de sociale integratie die de vermaatschappelijking van zorg nastreeft (Van Audenhove et al., 2005). Een visie die meer aansluit bij de vermaatschappelijking is de **herstelgerichte visie**. De herstelvisie was zowel een kritiek op de dominante zorgvisie binnen de residentiële GGZ alsook een reactie op de heersende klinische definities, waarbij geen aandacht werd gegeven aan de aspecten die zorggebruikers belangrijk vinden (Kerr, Crowe, & Oades, 2013; Schrank, Bird, Rudnick, & Slade, 2012; Van Audenhove, 2017; Werner, 2012; Yanos, Roe, & Lysaker, 2010).

Ondertussen heeft de herstelvisie **meer voet aan de grond gekregen in de GGZ**. In 1993 formuleerde Anthony volgende definitie van herstel: *“een intens persoonlijk en uniek proces dat iemands attitudes, waarden, gevoelens, doelen, vaardigheden en rollen verandert. Het is een manier om een hoopvol leven te leiden dat voldoening geeft en waarin personen ook bijdragen tot de samenleving.”*. Recenter onderzoek brengt vijf onderliggende processen van herstel aan het licht die ook in ons land door de gebruikers herkend worden als belangrijk in hun proces. Ze worden weergegeven in het CHIME-model: *connectedness, hope and optimism, identity, meaning and purpose en empowerment* (Leamy, Bird, Le Boutillier, Williams, & Slade, 2011; Van Audenhove, 2015a). De aandacht gaat vooral uit naar hoe men kan omgaan met de gevolgen van de ziekte, zoals het verlies van vrienden of financiële problemen. Immers, de gevolgen van de ziekte beschouwen veel zorggebruikers als nefaster voor hun leven dan de klachten en de problematiek (Van Audenhove, 2017).

De zorggebruiker gaat dus opzoek naar een nieuwe manier van kwaliteits- en betekenisvol leven met en ondanks de beperkingen die zijn psychisch ziektebeeld met zich meebrengen (Van Audenhove et al.,

2005). Dit uniek en persoonlijk proces van herstel, geeft de zorggebruiker vaak samen met zijn naasten vorm (De Cuyper et al., 2018). En ook de naasten doorlopen een herstelproces, om het psychisch ziektebeeld van de zorggebruiker en de impact daarvan op hun leven te verwerken en een plaats te kunnen geven (Landelijk Platform familie-ervaringsdeskundigen, 2018). Wanneer naasten een herstelproces aangaan, is dit bevorderlijk voor het herstel van de zorggebruiker omdat ze betere ondersteuning kunnen bieden (Fox, 2008; Wante, 2018). Een belangrijk aspect binnen herstel is immers dat significante naasten betrokkenheid tonen en in de persoon van de zorggebruiker geloven. Wie deze significante naasten zijn en hoe zij steun kunnen bieden, wordt bepaald door de zorggebruiker (Van Audenhove, 2015a). Dat naasten ook een herstelproces doorlopen sluit aan bij het idee van **relational recovery**. Deze meest recente visie op herstel is gebaseerd op het idee dat mensen afhankelijke wezens zijn waarbij hun leven en ervaringen niet los kunnen gezien worden van de sociale context. Individuen leven immers in een net van relaties van naasten dat de identiteit van het individu mee vormt. Vanuit deze benadering wordt herstel gezien als een sociaal en interpersoonlijk proces met rollen voor de naasten en de hulpverlener. Door de sociale relaties komt het herstel tot stand of kan het juist gehinderd worden (Price-Robertson et al., 2016). De (relationele) herstelvisie geeft hierdoor een duidelijke rol aan informele ondersteuning en de natuurlijke sociale netwerken, de naasten, van de zorggebruiker. Dat sociale relaties deel uitmaken van herstel wilt echter niet zeggen dat naasten altijd betrokken moeten worden. Soms kan herstel ook betekenen dat er afstand genomen moet worden van naasten (Price-Robertson et al., 2016).

Een meer recente benadering van zorg die aansluit bij de vermaatschappelijking van de zorg is **Positieve Gezondheid** (Huber, 2011; Huber et al., 2016). Bij Positieve Gezondheid wordt gezondheid vanuit een andere invalshoek bekeken. Deze visie definieert gezondheid als het vermogen om zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen in het leven. De focus ligt op de mens met al zijn lichamelijke, sociale en spirituele behoeften. Ook de veerkracht die een mens bezit en alles wat het leven voor de zorggebruiker betekenisvol maakt, komen hierdoor centraal te staan. De zorggebruiker wordt niet langer herleid tot zijn gezondheidsprobleem (Positieve Gezondheid België, 2020). Vanuit deze definitie kan gezondheid worden opgedeeld in volgende zes dimensies: (1) lichamelijke functies, (2) mentale functies en beleving, (3) de spirituele/existentiële dimensie, (4) kwaliteit van leven, (5) sociaal-maatschappelijke participatie en (6) dagelijks functioneren. Hoewel zorggebruikers alle dimensies even belangrijk vinden, focussen hulpverleners en beleidsmakers vanuit het biomedisch model voornamelijk op de lichamelijke functies. Positieve Gezondheid daarentegen focust op wat de zorggebruiker belangrijk vindt en wat hij nodig heeft om een zinvol en betekenisvol leven te kunnen leiden ondanks zijn (psychisch) ziektebeeld (Adriaansen, 2017; De Cuyper et al., 2018; Huber, 2011; Huber et al., 2016). Hiervoor is een goed sociaal netwerk belangrijk dat de zorggebruiker kan opvangen en ondersteunen (Adriaansen, 2017).

Het sociale netwerk en de rol van naasten zijn in dit model ingebed in de dimensie van sociaal-maatschappelijke participatie. Deze dimensie polst naar de sociale vaardigheden, betekenisvolle relaties en maatschappelijke betrokkenheid. Daarnaast geeft Positieve Gezondheid aan dat de inbedding van de zorggebruiker in zijn sociale omgeving van groot belang is voor zijn gezondheid en zijn geluk in het algemeen. De zorggebruiker maakt immers deel uit van een sociale omgeving bestaande uit naasten die een invloed op elkaar hebben. Adriaansen (2017) verduidelijkt dit door het idee van Positieve Gezondheid toe te passen op de situatie van een gezin. De gezondheid van één gezinslid beïnvloedt de gezondheid (in zijn zes dimensies) van het hele gezin en omgekeerd heeft de stabiliteit en gezondheid van een gezin invloed op alle leden van het gezin. Verder nog zullen ontworpen omstandigheden, zoals

mishandeling of verwaarlozing, gevolgen hebben voor alle leden (Adriaansen, 2017). Dit toont aan dat naasten een belangrijke plaats krijgen binnen de visie van Positieve Gezondheid.

1.2 Belangrijkere rol voor naasten in de regelgeving

Ook in de **regelgeving** krijgt de GGZ een veel bredere betekenis dan enkel het individuele contact tussen een hulpverlener en een zorggebruiker. De overheid benadrukt in haar visie en beleid rond GGZ de rol van naasten en het familieperspectief. Zo zit het betrekken van naasten vervat in de visie en de basisprincipes van **het Vlaams Actieplan Geestelijke Gezondheid 2017-2019** (Vandeuren, 2017). Het actieplan benadrukt het belang van een contextgerichte zorg waarin de zorggebruiker, de hulpverleners en de naasten de voornaamste actoren zijn die in onderling overleg de zorg vormgeven.

Eveneens met het **nieuwe decreet Geestelijke Gezondheid** wordt veel nadruk gelegd op de zelfzorg en de zorg en ondersteuning die door naasten geboden wordt. In het kader van rehabilitatie, gericht op inclusie, spreekt het vanzelf dat tal van naasten een belangrijke rol hebben en dat ook zij nood hebben aan professionele ondersteuning. De strijd tegen stigma en discriminatie is hierbij een niet onbelangrijke randvoorwaarde. Ook populatie-gerichte interventies worden in het nieuwe decreet beschouwd als belangrijke benaderingen op het vlak van preventie (De Cuyper et al., 2018). Het is dan ook belangrijk dat het beroepsgeheim en de zorg voor de privacy van de patiënt in deze nieuwe visies opnieuw omschreven worden.

1.3 In welke mate betrekken GGZ-voorzieningen vandaag de naasten van zorggebruikers?

Met deze grotere en centralere rol voor naasten als partner in de zorg, gaan echter verwachtingen gepaard waaraan de GGZ vandaag nog onvoldoende tegemoetkomt (Tambuyzer, & Van Audenhove, 2011; Vermeulen et al. 2015). Het betrekken en **erkennen van naasten in de GGZ** blijkt namelijk **verre van vanzelfsprekend** te zijn. Zo toont een Belgische studie uitgevoerd bij mantelzorgers aan dat deze groep zich binnen de GGZ onvoldoende ondersteund voelt (Helmer, Vermeulen, Vanderhaegen, Coppens, & Van Audenhove; 2016; Vermeulen et al., 2015). Ook de resultaten van Zorginspectie bevestigen dat het betrekken en het ondersteunen van naasten in de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) en de psychiatrische ziekenhuizen ondermaats is, al zijn hier grote verschillen tussen de bevraagde voorzieningen (Zorginspectie, 2018). In twee CGG vond Zorginspectie in de helft of meer van de gecontroleerde dossiers informatie terug die wees op de betrokkenheid van naasten (met een maximum van 69%). In de overige 18 CGG bevatte minder dan 40% van de gecontroleerde dossiers (met een minimum van 0% bij twee CGG) gegevens m.b.t. naasten. In de psychiatrische ziekenhuizen waren er in één op de drie voorzieningen tekortkomingen inzake het betrekken van naasten (Zorginspectie, 2018). Internationale onderzoeken bevestigen dat het betrekken van naasten sterk verschilt tussen instellingen en pleiten daarom voor een **gestandaardiseerde procedure of structuur**, zoals een MDR, die de belangrijkste voorwaarden inzake het betrekken van naasten aangeeft en naasten een vaste plaats in het zorgproces geven (Bransen, Paalvast, & Slaats, 2014; Schuster et al., 2020). Het vraagt immers nieuwe competenties van hulpverleners om naasten serieus te nemen als partners in de zorg en om hen de juiste ondersteuning te kunnen bieden (Van Audenhove, 2017).

Hoewel de onderzoekers met de richtlijn streven naar een zorggebruiker die wordt gezien als een persoon in zijn context, waarbij het vanzelfsprekend is dat naasten deel uitmaken van de zorg, werd het onderzoek gestart vanuit het **heersende individuele paradigma**. Naasten betrekken lijkt logisch in het

kader van vermaatschappelijking en herstel. Toch zijn er grote verschillen tussen organisaties en blijft er onduidelijkheid over wie men kan betrekken, hoe naasten te betrekken en wat een hulpverlener mag doen. Het onderzoek en de richtlijn vertrekken dan ook vanuit de vraag: **Hoe kunnen naasten sterker betrokken worden in de GGZ?** Om voor meer eenheid en duidelijkheid te zorgen geeft de MDR verschillende taken en mogelijkheden aan de hulpverlener om dit te bewerkstelligen. Vanuit de visie van Integrale zorg en Ondersteuning, wordt de informele zorg ondersteund door naasten te betrekken. Op korte termijn zou de richtlijn moeten bijdragen tot het **ontwikkelen van een reflex** bij hulpverleners om naasten te betrekken en hulpverleners moeten inspireren de betrokkenheid van naasten ter sprake te brengen in overleg (zie verder 6. Visie van de richtlijn). Op lange termijn zou het versterken van de informele zorg en sociale netwerken preventief kunnen werken in de gezondheidszorg (SAR WGG, 2012).

2 Voor wie werd deze MDR ontwikkeld?

De sleutel tot bovengenoemde verandering in de GGZ, waarbij hulpverleners de zorggebruiker zien als een persoon in een sociale context en zorg en ondersteuning bieden aan de zorggebruiker én hun naasten, ligt in een paradigmashift bij de hulpverleners, de voorzieningen en de beleidsmedewerkers. De richtlijn is dan ook een generieke richtlijn voor alle sectoren binnen de GGZ en specifiek gericht op deze **drie doelgroepen**.

1. **Alle hulpverleners** in de Vlaamse mobiele, ambulante en residentiële GGZ die werken met zorggebruikers van alle leeftijden (kinderen, jongeren, volwassenen en ouderen). Een belangrijk punt van aandacht: de aanbevelingen zijn van toepassing op **alle settings** binnen de GGZ en vormen een basiskader voor hulpverleners uit verschillende disciplines die in de GGZ actief zijn. Verwacht wordt dat niet alleen hulpverleners met een specialisatie in gezins- of relatiebegeleiding zich engageren om naasten sterker te betrekken, maar dat ook andere disciplines waaronder verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, psychologen, orthopedagogen, psychiaters en artsen hiertoe een bijdrage leveren.
2. **De directies** van voorzieningen die het beleid rond het betrekken van naasten op het niveau van de zorgvoorziening uitwerken.
3. **Beleidsmedewerkers** die het overkoepelende beleid rond het betrekken van naasten op **nationaal en deelstatelijk niveau** uitwerken en de toepassing van de richtlijn faciliteren.

3 Wat verstaat de MDR onder naasten?

Het voorwerp van de richtlijn is het betrekken van naasten in de GGZ. Maar wie zijn die naasten nu juist? **Naasten** zijn natuurlijke personen die een **sociale en emotionele band** hebben met de zorggebruiker en niet beroepshalve maar wel meer dan occasioneel, de zorggebruiker helpen en ondersteunen in het dagelijks leven. Bijgevolg vallen onder deze definitie ook familie of vrienden van de zorggebruiker die emotionele ondersteuning bieden door af en toe op bezoek te gaan of eens te bellen, maar die geen concrete taken overnemen (De Cuyper et al., 2018). Er kan voor naasten ook gekeken worden naar de verschillende omgevingen waarin de zorggebruiker een rol opneemt. Hieronder vallen onder meer de

woon-, thuis-, werk-, school- en buurtomgeving. Personen uit deze verschillende omgevingen kunnen een belangrijke rol spelen voor de zorggebruiker en dus betrokken worden in de zorg.

Een belangrijk punt van aandacht is dat naasten ook minderjarig kunnen zijn. **Minderjarige naasten** verdienen bijzondere aandacht bij alle hulpverleners. Minderjarigen kunnen op verschillende manieren aan een zorggebruiker gerelateerd zijn. Denk hierbij aan een zoon of dochter, een pleegzoon of -dochter, een pluszoon of -dochter, een kleinzoon of -dochter, een broer of zus, een neef of nicht, een vriend of vriendin. Opgroeien bij een zorggebruiker met een psychisch probleem of een afhankelijkheidsprobleem kan gevolgen hebben op de ontwikkeling, het gedrag en de beleving van kinderen (Hosman et al., 2009). Veel KOPP/KOAP-kinderen zitten met vragen: ze begrijpen niet goed wat er met hun ouder aan de hand is en/of kunnen nergens terecht met hun vragen en zorgen. Gevoelens van machteloosheid, onbegrip en schaamte kunnen de kop opsteken wat hun welzijn in het gedrang brengt. Hoewel KOPP/KOAP-kinderen grote noden hebben, blijven deze behoeften vaak onzichtbaar. Het is daarom essentieel om hier tijd en ruimte voor te maken. Het is belangrijk **om kinderen en jongeren die een belangrijke rol spelen in de leefomgeving van de zorggebruiker** niet over het hoofd te zien maar hen in voldoende mate te betrekken.

4 Waarom moeten naasten betrokken worden?

Naasten betrekken en aandacht hebben voor hun noden **verbetert de kwaliteit van zorg** voor de zorggebruiker en heeft invloed op zijn herstel. Omgekeerd heeft goede zorg voor de zorggebruiker een positieve invloed op de band met de naasten. Aandacht hebben voor naasten zorgt voor een **perspectiefverschuiving**, waarbij de focus verschuift van de zorggebruiker en zijn ziekte, naar een **persoon in zijn omgeving** (Kruiswijk, van der Veer, Brink, Calis, van der Maat, & Redeker, 2014). Dit sluit aan bij de eigentijdse kijk naar zorggebruikers binnen de visie op herstel en Positieve Gezondheid.

De hoofdredenen om naasten te betrekken houden verband met hoe er naar de zorggebruiker en zorg wordt gekeken, namelijk:

1. De zorggebruiker is geen alleenstaand individu maar een **persoon in een sociale context**. Naasten vormen een vaste waarde in zijn dagelijks leven en men kan de zorggebruiker beter begrijpen vanuit zijn contextuele verbondenheid.
2. In de lijn van de vermaatschappelijking **treedt een professional niet alleen op**. Informele en formele zorg vormen een continuüm waarop de zorggebruiker zich beweegt. Bij psychische problemen zijn naasten dan ook vaak de eerste zorgverleners, maar kan op een gegeven moment de ondersteuning van de hulpverlening worden ingeroepen. Dit gebeurt zoveel mogelijk in samenspraak met de naasten en de professional houdt rekening met de aanwezige naasten en hun daagkracht (SAR WGG, 2015).

Naast deze twee redenen tonen verschillende studies aan waarom naasten betrokken moeten worden in de GGZ. Het **geloof en de steun van anderen** in de mogelijkheden tot herstel zijn sterk medebepalend voor het positieve verloop van het herstelproces. Significante anderen zoals ouders, partners, kinderen, familieleden, vrienden en burens, maar ook personen uit de ruimere omgeving zoals de werkcontext of de schoolcontext spelen doorgaans een centrale rol in het leven van de zorggebruiker en zijn daarom te beschouwen als belangrijke partners in de zorg die het **herstel van de zorggebruiker op positieve wijze kunnen beïnvloeden** (Van Audenhove, 2015a). Tegenover deze verschillende naasten heeft de

zorggebruiker ook verschillende rollen, die hij verder wenst te vervullen. Hierdoor kan herstel niet losgekoppeld worden van de functie of rol die de zorggebruiker opneemt in het gezin of de samenleving (Price-Robertson et al., 2016).

Onderzoek bevestigt tevens dat het betrekken van naasten niet alleen voordelig is voor de zorggebruiker maar ook voordelen heeft voor het welbevinden van de naaste, de hulpverlener en de voorziening (Vermeulen et al., 2015). Zo doorlopen ook de naasten een herstelproces, om het psychisch ziektebeeld van de zorggebruiker en de impact daarvan op hun leven te verwerken en een plaats te kunnen geven (Landelijk Platform familie-ervaringsdeskundigen, 2018). Hoewel veel naasten soms kracht en zingeving vinden in het zorgdragen, brengt het ook een belasting met zich mee. Vaak zijn **mantelzorgers overbelast**, doordat ze taken op zich nemen die de normale rollen binnen een relatie overstijgen (Bransen et al., 2014). Zo kan het zorgdragen een invloed hebben op het **emotionele, sociale, financiële en relationele welzijn van naasten**. Het is een constante zoektocht tussen nabijheid en afstand naar de zorggebruiker die de relatie onder druk kan zetten. Onderstaande tabel (Tabel 1) geeft verder aan waarom het belangrijk is om naasten te betrekken ten **voordele van zowel de zorggebruiker, de naaste als de hulpverlener** (Aerts et al., 2017; Dixon et al., 2001; Glick, Stekoll & Hays, 2011; Helmer et al., 2016; Hoagwood, 2005, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2016; Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016; Peters, Pontin, Lobban & Morriss, 2011; Pharoah, Mari, Rathbone & Wong, 2010; Vermeulen et al., 2015; Waters, 2016).

Tabel 1: Redenen om naasten te betrekken

Zorggebruiker	Naasten	Hulpverlener
<ul style="list-style-type: none"> Betere sociale vaardigheden Sterkere familierelaties Grotere kans op het herstel van verstoorde relaties Meer steun tijdens de begeleiding en het nastreven van doelen Betere re-integratie Minder risico op herval Meer medicatietrouw Erkenning van de rollen die hij/zij vervult (bv. Ouderrol) Gezamenlijk doorlopen van het proces, gevoel van verbondenheid 	<ul style="list-style-type: none"> Noden worden erkend Sterkere familierelaties Grotere kans op het herstel van verstoorde relaties Meer kennis en begrip van psychische kwetsbaarheid Sterker gevoel van controle en competentie om met het gedrag van de zorggebruiker om te gaan Meer erkenning voor de impact van de situatie op het leven Meer erkenning voor de geleverde inspanningen Onschuldigen van het kind Meer ondersteuning: versterkt hun draagkracht, waardoor ze betere zorg kunnen bieden aan de zorggebruiker en de zorg langer volhouden Voorkomen dat naasten secundaire zorggebruikers worden. Betrokkenheid verbeterd hun (mentaal) 	<ul style="list-style-type: none"> Gedeelde zorg tijdens de begeleiding, meer inzicht in het leven van de zorggebruiker (naasten weten hoe het is om in het dagelijks leven met de zorggebruiker samen te leven en vice versa) Vollediger beeld door input verschillende partijen Betere oplossingen en ideeën (naasten kunnen een inspiratiebron zijn) Herval, symptoomverschuiving naar andere naasten en transgenerationale overdracht vermindert Ontvangen feedback over evolutie en verandering in de thuiscontext Meer arbeidstevredenheid en een betere coping Meer vernieuwing in de manier van werken (zoals de triade)

	<p>welzijn en er is een mogelijkheid tot herstel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Minder secundaire traumatisering, meer steun bij het opnemen van nieuwe rollen binnen het gezin • Minder belasting 	<ul style="list-style-type: none"> • Wederkerigheid: goede zorg voor de gebruiker heeft een positieve invloed op de band met en de bezorgdheden van de naasten én goede bejegening van de naasten heeft een positieve invloed op het herstel van de gebruiker
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

5 Afbakening

Niettegenstaande het de opdracht was om een generieke richtlijn te ontwikkelen, was het onmogelijk om het omvangrijke thema ‘het betrekken van naasten’ in één richtlijn te vatten. Daarom werden er keuzes gemaakt over wat wel en niet werd opgenomen in de MDR.

- De richtlijn gaat in op naasten in de **onmiddellijke leefomgeving** van de zorggebruiker. De ruimere omgeving, zoals buurt-, werk- en schoolcontext, vallen buiten het bestek van deze richtlijn.
 - Het is een generieke richtlijn, die geldt voor **alle sectoren** binnen de GGZ. Hierdoor zijn er nagenoeg geen sector- of doelgroep-specifieke aanbevelingen geformuleerd. Deze vertaling dient in een volgende stap of door de sectoren zelf te gebeuren.
 - De aanbevelingen geven aan wat een hulpverlener, zorgvoorziening of beleidsmedewerker moet doen of welke overwegingen ze kunnen maken inzake het betrekken van naasten. Praktische handvatten die beschrijven hoe ze dit moeten doen, beperken zich tot een rudimentaire lijst in bijlage van de richtlijn.

6 De visie van de richtlijn

Naasten moeten erkend worden als een vaste waarde in het leven van een zorggebruiker en dus ook in zijn zorg. De zorggebruiker is immers geen alleenstaand individu, maar een persoon in een sociale context. Dit volgt ook uit de herstelvisie en Positieve Gezondheid, waar het sociale netwerk deel van uitmaakt en waarin het invloed heeft op het herstel en de gezondheid van de zorggebruiker. Desondanks zijn naasten nog geen vaste waarde in de zorg en krijgen ze niet de erkenning die hen toebehoort.

Aandacht hebben voor naasten zou tot de (nieuwe) basishouding van hulpverleners moeten behoren en dient een nieuwe reflex te worden. Dit vraagt om een cultuurverandering in de GGZ op niveau van de organisatie en het beleid alsook om een andere ingesteldheid en attitudes van de hulpverlener, weg van de heersende individuele visie (Van Regenmortel, & Lemmens, 2012). De MDR wil bijdragen aan een **nieuwe basishouding, een naastenreflex** en in de toekomst een contextgerichte GGZ. Er wordt hierbij vertrokken vanuit een holistisch mensbeeld waarbij de zorggebruiker een persoon in zijn sociale context is en de informele en formele zorg een continuüm vormen, waarop de zorggebruiker zich beweegt. Bij psychische problemen zijn naasten dan ook de eerste zorgverleners, maar kan op een gegeven moment de ondersteuning van de hulpverlening worden ingeroepen. Dit gebeurt zoveel mogelijk in samenspraak met de naasten en de professional houdt rekening met de aanwezige naasten en hun daagkracht (SAR WGG, 2015).

Het betrekken van naasten vertrekt vanuit **verschillende visies**, namelijk de visie van de zorggebruiker op zijn probleem, de visie van de naasten op het probleem, de visie van de zorggebruiker op de rol van de naasten in zijn proces van herstel én in zijn behandeling, de visie van de naasten op hun rol in beide processen en het oordeel van de hulpverlener over wat er aan de hand is en wat de beste praktijk is (het experten oordeel). Dit alles kan niet eenvoudigweg in strikt te volgen aanbevelingen worden gegoten. Het is geen systematisch wel of niet betrekken van naasten. Het betrekken van naasten is maatwerk, waarbij de hulpverlener ondersteuning biedt om een **evenwicht te vinden tussen de verschillende visies** en in overleg tot een besluit komt over de betrokkenheid van naasten (Van Audenhove, 2015b; Van Audenhove & Vertommen, 2000). Vanuit de opdracht om een MDR te ontwikkelen die naasten onder de aandacht brengt van hulpverleners, vertrekt de richtlijn van het **experten oordeel**, waarbij overwegingen worden aangereikt die onderdeel zijn van een overleg, waarin al de afwegingen worden besproken. De hulpverlener heeft een oordeel over wat werkt en niet werkt voor de zorggebruiker. Vanuit kennis en ervaring gaat hij dit oordeel inbrengen in het **overleg** met de zorggebruiker over hoe er het best gewerkt kan worden aan zijn traject van herstel. Het onderwerp naasten en hoe zij betrokken kunnen worden in dit traject zal regelmatig opnieuw ter sprake gebracht worden in het verloop van het hersteltraject. Er wordt besproken wie er reeds betrokken is of wie de zorggebruiker wenst te betrekken in zijn herstel en wie er kan worden uitgenodigd of meegebracht om verder beslissingen te nemen in de begeleiding. Het is belangrijk om hierbij de rol van de naasten te verduidelijken, het kan gaan om een passieve aanwezigheid bij de consultaties tot een actieve rol in beslissingen of (onderdelen van) de begeleiding (Hamann & Heres, 2019). De zorggebruiker beslist uiteindelijk of hij naasten wil betrekken of niet. Wilt hij deze niet meteen betrekken, dan kan hier steeds op teruggekomen worden. De keuzes die uiteindelijk gemaakt worden situeren zich hierdoor op een kruispunt van visies en houden rekening met de rechten en noden van zorggebruikers, naasten en het experten oordeel van de hulpverlener.

De richtlijn dient een **inspiratie** te vormen voor het overleg waarin men probeert tot een consensus te komen van de visies in de triade, waarbij de zorggebruiker centraal staat maar men ernaar streeft een inclusieve context te creëren waar de persoon kan functioneren. Elke zorggebruiker zal anders kijken naar en omgaan met zijn naasten en het betrekken van naasten is deel van het **maatwerk** dat gepaard gaat met een begeleiding, waarbij de nieuwe basishouding het beginpunt vormt. Niet alle aanbevelingen zullen daarom op iedere zorggebruiker van toepassing zijn. Onafhankelijk van de keuze van de zorggebruiker, worden naasten steeds vriendelijk bejegend en waar mogelijk ondersteund.

7 De MDR 'sterker betrekken van naasten in de GGZ'

De richtlijn bestaat uit aanbevelingen die zijn opgedeeld in drie niveaus, die zich elk op een doelgroep toespitsen.

1. Het microniveau: aanbevelingen op het niveau van de hulpverlener en het team
2. Het mesoniveau: aanbevelingen op het niveau van de zorginstelling
3. Het macroniveau: aanbevelingen op het niveau van de nationale en deelstatelijke beleidsvoering

Elk niveau bevat **twee soorten aanbevelingen**. Een eerste soort aanbevelingen is in de gebiedende vorm geschreven. Deze aanbevelingen beschrijven wat er in de praktijk moet gebeuren. De tweede soort aanbevelingen reikt overwegingen aan om in overleg ter sprake te brengen. Deze aanbevelingen beginnen steeds met 'overweeg om'.

7.1 Het microniveau: aanbevelingen op het niveau van de hulpverlener en het team

De aanbevelingen op het microniveau zijn het meest omvangrijk en verder uitgesplitst in drie onderdelen: (1) generieke aanbevelingen m.b.t. de basishouding van hulpverleners, (2) aanbevelingen m.b.t. specifieke situaties en (3) juridische aanbevelingen. Deel 1 geeft aan wat de **basishouding van alle hulpverleners**, ongeacht de setting, moet worden om een reflex naar naasten toe te ontwikkelen. Oog hebben voor naasten begint bij het in kaart brengen van naasten. Dit volstaat echter niet, eenmaal de naasten in kaart zijn gebracht moet de hulpverlener aandacht hebben voor de naasten gedurende de volledige begeleiding en moeten naasten betrokken worden door: hen te bejegenen, informatie te geven, te ondersteunen en met hen samen te werken. Hoe een hulpverlener dit best doet, wordt weergegeven in de aanbevelingen met bijzondere aandacht voor minderjarige naasten.

Deel 2 gaat in op **specifieke situaties** die in de hulpverlening naar voor komen. Deze situaties zullen niet op elke zorggebruiker van toepassing zijn. De aanbevelingen van dit deel worden best geraadpleegd wanneer een situatie zich voordoet, zodat ook naasten in deze specifieke gevallen betrokken worden.

Deel 3 gaat in op **juridische kwesties**. Het betrekken van naasten roept heel wat juridische vragen op, vooral m.b.t. het delen van informatie. Veel hulpverleners zijn onvoldoende vertrouwd met het recht waardoor het voor hen vaak onduidelijk is welke informatie ze onder welke voorwaarden met naasten mogen delen (Clearly, Freeman & Walter, 2006; Cree et al., 2015; Doody et al., 2017; Rowe, 2012; van Meekeren & Baars, 2014). Om deze reden is een deel van de aanbevelingen gebaseerd op een juridische analyse van relevante wetgeving. Deze juridische analyse zit verweven in alle aanbevelingen en deel 3 gaat nog eens dieper in op de uitzonderingen. Een hulpverlener kan dit deel raadplegen als hij met vragen zit rond het juridisch kader en juridische uitzonderingen inzake het betrekken van naasten.

AANBEVELINGEN OP HET NIVEAU VAN DE HULPVERLENER EN HET TEAM

DEEL 1: ZORGEN VOOR DE JUISTE BASISHOUDING

1. Met naasten aan de slag gaan
 - 1.1. Zicht krijgen op naasten
 - 1.2. Uitleggen waarom het betrekken van naasten belangrijk is
 - 1.3 Rekening houden met de voorkeuren van de zorggebruiker en de naasten
 - 1.4. Gegevens over naasten registreren
2. Met kinderen en jongeren aan de slag gaan
 - 2.1. Kinderen en jongeren als naaste
 - 2.2. Kinderen en jongeren als zorggebruiker
3. Naasten bejegenen
 - 3.1. Algemeen: onthalen en bejegenen
 - 3.2. Omgaan met diversiteit en cultuurverschillen
4. Informatie geven aan naasten
 - 4.1. Persoonsgebonden informatie geven aan naasten
 - 4.2. Niet-persoonsgebonden informatie geven aan naasten
 - 4.3. Wijzen van informatie geven
 - 4.4 Wanneer naasten informatie over de zorggebruiker geven
5. Naasten ondersteunen
 - 5.1. De ondersteuningsnoden van naasten bevragen
 - 5.2. Ondersteuning aanbieden

DEEL 2: OMGAAN MET SPECIFIEKE SITUATIES

1. Naasten betrekken bij een doorverwijzing of afronding
2. Wanneer er sprake is van suïcidaal gedrag
3. Omgaan met naasten tijdens een crisissituatie
 - 3.1 Voorafgaand een crisis
 - 3.2. Tijdens een crisis
 - 3.3. Wanneer de crisis voorbij is
4. Wanneer de relatie tussen de naaste en de zorggebruiker verstoord is
5. Aandachtspunten bij het betrekken van naasten in een residentiële voorziening
 - 5.1 Omgaan met naasten bij een gedwongen opname
 - 5.2. Omgaan met afzondering en fixatie in de residentiële GGZ
 - 5.3. Naasten betrekken bij het verlaten van een residentiële voorziening

DEEL 3: OMGAAN MET JURIDISCHE KWESTIES

1. Wanneer de zorggebruiker beslissingsonbekwaam is
2. Uitzonderingen op het geven van informatie aan naasten
 - 2.1 Wanneer de zorggebruiker geen informatie wil of mag ontvangen
 - 2.2 Informatie geven zonder toestemming van de zorggebruiker
 - 2.3 Wanneer de naaste ook een zorggebruiker is

Figuur 1: Opdeling microniveau

7.2 Het mesoniveau: aanbevelingen op het niveau van de zorginstelling

De aanbevelingen op het mesoniveau richten zich tot de directies van voorzieningen die het beleid rond het betrekken van naasten op het niveau van de zorgvoorziening uitwerken. Het is de taak van de directie om in de voorziening een cultuur te scheppen die teams en hulpverleners aanspoort om naasten te betrekken door de boodschap breed in de organisatie uit te dragen, de relevantie en voordelen ervan op consistente wijze te beklemtonen en het betrekken van naasten op te nemen in de visie, de missie en de doelstellingen van de voorziening.

AANBEVELINGEN OP HET NIVEAU VAN DE ZORGINSTELLING

1. Een beleid uitwerken
2. Zorgen voor een gedeelde verantwoordelijkheid
3. Zorgen voor een gedragen beleid
4. Gespecialiseerde functies installeren
5. Hulpverleners opleiden en trainen
6. Expertise delen
7. Praktische hulpmiddelen aanreiken
8. Infrastructuur en inrichting
9. Een ondersteuningsaanbod voor naasten
10. Het beleid opvolgen, evalueren en bijsturen

Figuur 2: Opdeling mesoniveau

7.3 Het macroniveau: aanbevelingen op het niveau van de nationale en deelstatelijke beleidsvoering

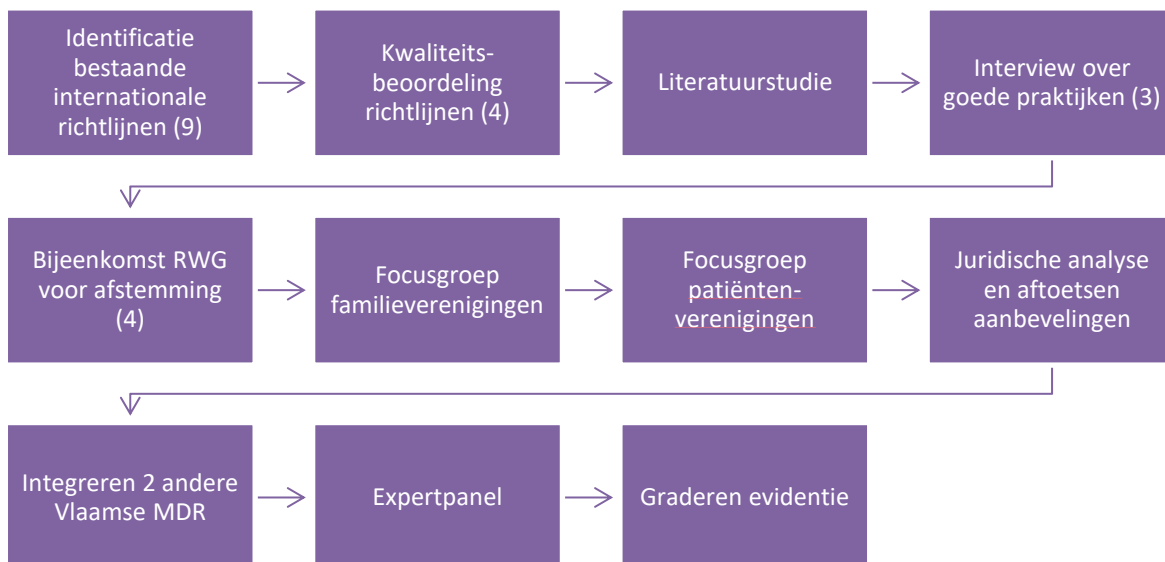
De aanbevelingen op het macroniveau richten zich tot beleidsmedewerkers die het overkoepelende beleid rond het betrekken van naasten op nationaal en deelstatelijk niveau uitwerken en zijn bedoeld om de bredere toepassing van de richtlijn te faciliteren.

AANBEVELINGEN OP HET NIVEAU VAN DE NATIONALE EN DEELSTATELIJKE BELEIDSVOERING
1. Kennis en vaardigheden van hulpverleners
2. Coaching en opvolging
3. Financiële middelen
4. Betrouwbare informatie voor het brede publiek
5. Onderzoek
6. Participatie van naasten

Figuur 3: Opdeling macroniveau

8 De ontwikkeling van de richtlijn: methode

De uitwerking van de richtlijn is gebaseerd op enerzijds beschikbare wetenschappelijke bewijskracht (richtlijnen, wetenschappelijk onderzoek en goede praktijken) en anderzijds de inbreng van diverse stakeholdergroepen. Het ontwikkelingsproces dat de onderzoekers doorliepen om te komen tot deze richtlijn sluit zo goed mogelijk aan bij de grote mijlpalen van richtlijnontwikkeling die CEBAM voorschrijft en bestaat uit elf onderdelen zoals weergegeven in onderstaande figuur.



Figuur 4. Ontwikkelingsproces van de richtlijn.

Volgende stappen werden tijdens het ontwikkelingsproces doorlopen:

- **Identificatie van richtlijnen:** de onderzoekers identificeerden in de eerste plaats richtlijnen rond het betrekken van naasten binnen de GGZ uit de (inter)nationale literatuur. Dit leidde tot een selectie van negen richtlijnen.
- **Kwaliteitsbeoordeling van de richtlijnen:** de negen geselecteerde richtlijnen werden beoordeeld op kwaliteit door gebruik te maken van het AGREE-instrument (Kavanagh, 2009). Vier richtlijnen werden als kwaliteitsvol beoordeeld en weerhouden voor verder gebruik:
 - National guidelines for a comprehensive service system to support family caregivers of adults with mental health problems and illnesses (MacCourt, Family Caregivers Advisory Committee, Mental Health Commission of Canada, 2013)
 - Generieke module samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016)
 - Service user experience in adult mental health: improving the experience of care for people using adult NHS mental health services (NICE, 2011)
 - Dwang en drang in de GGZ (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2016)
- **Integratie twee Vlaamse richtlijnen m.b.t. GGZ:** de afgelopen jaren werden twee Vlaamse GGZ-richtlijnen ontwikkeld die handelen over thema's die hoogst relevant zijn voor naasten:
 - De MDR 'detectie en behandeling van suïcidaliteit' (Aerts, Dumon, van Heeringen, & Portzky, 2017)
 - MDR 'preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële GGZ' (Peeters, De Cuyper, Opgenhaffen, Buyck, Put & Van Audenhove, 2019)

De aanbevelingen uit deze richtlijnen die specifiek gaan over het betrekken van naasten werden mee opgenomen in de huidige richtlijn. Het is immers belangrijk dat de Vlaamse richtlijnen bedoeld voor de GGZ in lijn zijn met elkaar.

- **Literatuuronderzoek:** de onderzoekers voerden een literatuur search uit naar wetenschappelijke studies rond het betrekken van naasten binnen de GGZ. De literatuurstudie zocht een antwoord op volgende richtvragen:
 - Welke factoren bemoeilijken en faciliteren het betrekken van naasten?
 - Waarom is het belangrijk om naasten te betrekken?
 - Wanneer worden naasten beter wel en niet betrokken?
 - Hoe kunnen zorgverleners omgaan met vertrouwelijkheid bij het betrekken van naasten?
 - Hoe kunnen zorgverleners naasten beter betrekken?
 - Welke goede praktijken bestaan er om de noden van naasten te bevragen en in overeenstemming met hun noden ondersteuning aan te bieden?
 - Wat dienen voorzieningen in het cliëntendossier te registreren m.b.t. naasten?
 - Hoe dienen zorgverleners naasten tijdens een crisis te betrekken?
 - Hoe dienen zorgverleners om te gaan met diversiteit in de GGZ?
- **Interviews in drie zorginstellingen:** de onderzoekers namen drie interviews af van hulpverleners en leidinggevendenden in drie types van zorgvoorzieningen (een mobiel team, een CGG en een

psychiatrisch ziekenhuis) die gedreven zijn in het betrekken van naasten. De interviews hadden tot doel om beter zicht te krijgen op goede praktijken in Vlaanderen om naasten te betrekken.

- **Focusgroep met familieverenigingen:** in de loop van het ontwikkelingsproces vond er een focusgroep plaats met diverse vertegenwoordigers van Vlaamse familieorganisaties om het perspectief van naasten in de aanbevelingen te integreren. Dit gebeurde met medewerking van het Familieplatform Geestelijke Gezondheidszorg.
- **Focusgroep met patiëntenverenigingen:** de onderzoekers organiseerden eveneens een focusgroep met diverse vertegenwoordigers van Vlaamse patiëntenorganisaties om ervoor te zorgen dat de aanbevelingen voldoende rekening houden met het perspectief van de zorggebruiker. Dit gebeurde met medewerking van het Vlaams Patiëntenplatform.
- **Afstemming met de richtlijnwerkgroep:** de ontwikkeling van de richtlijn verliep in nauwe samenwerking met een richtlijnwerkgroep die bestond uit vertegenwoordigers van alle belanghebbenden (zie bijlage 2). De leden van de richtlijnwerkgroep namen actief deel aan het onderzoeksproces en gaven vanuit hun deskundigheid de richtlijn mee vorm door mee te beslissen over de topics van de richtlijn, feedback te geven op de wetenschappelijke evidentie, en mee te oordelen over de haalbaarheid en de aanvaardbaarheid van de aanbevelingen. Doorheen het hele ontwikkelingsproces werd er in het bijzonder nauw samengewerkt met het Familieplatform Geestelijke Gezondheid en het Vlaams Patiëntenplatform. Beide organisaties gaven bijkomende feedback op de richtlijn na afstemming met hun achterban.
- **Juridische analyse:** om ervoor te zorgen dat de richtlijn en de aanbevelingen in overeenstemming zijn met de Belgische wetgeving, voerde een juridisch expert een analyse uit van de relevante wetgeving en screende alle aanbevelingen op juridische correctheid. Aan de richtlijn werden daarnaast enkele aanbevelingen toegevoegd die uitsluitend op wetgeving gebaseerd zijn.
- **Expertpanel:** de aanbevelingen werden in het eindstadium voorgelegd aan een expertpanel. Het expertpanel bestond uit drie groepen van stakeholders: (1) academici, juristen en koepelorganisaties, (2) GGZ-voorzieningen en zorgverstrekkers en (3) patiënten- en familievertegenwoordigers. De experts werden geselecteerd op basis van hun kennis of ervaringen inzake het betrekken van naasten. Het expertpanel had tot doel de haalbaarheid van de aanbevelingen te beoordelen en draagvlak in de praktijk te creëren.
- **Graderen evidentie:** als laatste stap werden de aanbevelingen gegradeerd op basis van de evidentie waarop ze gestoeld zijn. Voor elke aanbeveling werd de kwaliteit van evidentie bepaald door toekenning van een van de acht evidentiegraden.

Meer informatie over de resultaten van deze onderdelen is te vinden in het onderzoeksrapport.

9 Belangrijke begrippen

Verschillende begrippen uit de aanbevelingen worden hier toegelicht. Enkele toelichtingen zijn onder andere overgenomen uit de MDR 'De preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële geestelijke gezondheidszorg' (Peeters et al., 2019) en de Gids 'Familiebeleid in zorgvoorzieningen binnen de Geestelijke Gezondheidszorg' (Familieplatform Geestelijke Gezondheid vzw, 2017).

- **Beslissingsbekwaamheid:** is het vermogen om vrij en overwogen beslissingen te nemen. Dit is geen alles of niets kwestie maar een gradueel concept dat zich situeert op een continuüm gaande van volledige beslissingsbekwaamheid, over gedeeltelijke beslissingsbekwaamheid tot volledige beslissingsonbekwaamheid (Liégeois, 2014; Liégeois, 2018).
- **Crisis:** is een relatief plotse situatie, waarbij een zorggebruiker het moeilijk heeft om met een probleem, een gebeurtenis of een interpersoonlijke situatie om te gaan. De situatie is emotioneel stressvol, mogelijk traumatiserend en gaat gepaard met een hevige emotionele reactie. Het gedrag van de zorggebruiker wijkt af van zijn normaal gedrag en kan een gevaar vormen voor het eigen welzijn of dat van anderen (Aerts et al., 2017; Aggarwal & Patton, 2018; Brennan, Warren, Peterson, Hollanders, Boscarato & Lee, 2016; Frederick, O'Connor & Koziarski, 2018; Peeters et al., 2019; Reinhardt, Gouzoulis-Mayfrank & Zielasek, 2019).
- **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) (Federale werkgroep ervaringsdeskundigheid, 2020).
- **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) (Federale werkgroep ervaringsdeskundigheid, 2020).
- **Familieraad:** is een medezeggenschapsorgaan dat samenwerkt met de raad van bestuur binnen een voorziening. Een familieraad is samengesteld uit de naasten van zorggebruikers die in begeleiding zijn of zijn geweest binnen de voorziening. Zij behartigen op dit niveau de collectieve belangen van de naasten door bij te dragen aan de ontwikkeling, implementatie en evaluatie van het beleid rond naasten in de voorziening (Familieplatform Geestelijke Gezondheid vzw, 2017).
- **Familievertegenwoordiger:** zijn vertegenwoordigers die op beleidsvlak, tijdens opleidingen en onderzoek de naasten vertegenwoordigen. Ze doen dit niet enkel vanuit hun persoonlijke kennis, maar hebben deze kennis verruimd. Zij vertegenwoordigen niet zichzelf, maar een groep mensen. Het is dan ook een vereiste om blijvend contact te hebben met hun achterban, vandaar het noodzakelijke lidmaatschap bij een familieorganisatie en het opnemen van de rol van ervaringsdeskundige.
- **KOPP/KOAP-referentiepersoon:** zijn een of meerdere hulpverleners die verantwoordelijk zijn voor de KOPP/KOAP (kinderen van ouders met psychische problemen of afhankelijkheidsproblemen) werking binnen een team of afdeling. Deze hulpverleners hebben bijzondere kennis en vaardigheden m.b.t. KOPP/KOAP en hebben hierover een opleiding gevolgd. Zij houden het thema onder de aandacht bij de andere hulpverleners en zien erop toe dat het team of de afdeling voldoende aandacht besteedt aan dit thema. Ze kunnen ook als aanspreekpunt voor naasten of kinderen/jongeren fungeren.

- **Lotgenotengroepen:** zijn mensen die hetzelfde meemaken of meegemaakt hebben en elkaar hierdoor beter begrijpen. In lotgenotengroepen kunnen ervaringen en tips uitgewisseld worden, maar ze brengen eveneens informatie naar het grotere publiek. Lotgenotengroepen bestaan zowel voor zorggebruikers als voor naasten. In Vlaanderen zijn ondertussen al meer dan 1500 lotgenotengroepen (Steunpunt Geestelijke Gezondheid, 2020; Trefpunt Zelfhulp vzw, 2020).
- **Naasten:** zijn natuurlijke personen die een sociale en emotionele band hebben met de zorggebruiker en niet beroepshalve maar wel meer dan occasioneel, de zorggebruiker helpen en ondersteunen in het dagelijks leven. Bijgevolg vallen onder deze definitie ook familie of vrienden van de zorggebruiker die emotionele ondersteuning bieden door af en toe op bezoek te gaan of eens te bellen, maar die geen concrete taken overnemen (De Cuyper et al., 2018). Er kan voor naasten ook gekeken worden naar de verschillende omgevingen waarin de zorggebruiker een rol opneemt. Hieronder vallen onder meer de woon-, thuis-, werk-, school- en buurtomgeving. Personen uit deze verschillende omgevingen kunnen een belangrijke rol spelen voor de zorggebruiker en dus betrokken worden in de zorg.
- **Niet-persoonsgebonden informatie:** is ten dele afhankelijk van de informatie waarover naasten al beschikken. Afhankelijk van de mate waarin de naaste op de hoogte is van de opname, behandeling, begeleiding en/of diagnose van de zorggebruiker kan in meerdere of mindere mate algemene informatie over de afdeling, het hulpverleningsaanbod, de bezoeksregeling, het alternatief zorgaanbod in de regio, de visie en het beleid van de voorziening, etc. met hem gedeeld worden zonder in te gaan op de specifieke situatie van de zorggebruiker (MacCourt et al., 2013; Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016; NICE, 2011; Slade et al., 2007).
- **Patiëntvertegenwoordiger:** is een persoon die de zorggebruikers vertegenwoordigt in overlegorganen van voorzieningen en het beleid (OPGanG, 2020).
- **Persoonsgebonden informatie:** informatie die betrekking heeft op de specifieke zorggebruiker en zijn situatie (diagnose, behandeldoelen, behandelverloop, prognose, medicatie, toepassing vrijheidsbeperkende maatregelen, etc.). Deze informatie mag in principe enkel met instemming van de zorggebruiker met naasten gedeeld worden (Slade et al., 2007).
- **Signaleringsplan of crisisplan:** beide begrippen kunnen als synoniemen gezien worden. In deze MDR wordt het begrip signaleringsplan gehanteerd. Een signaleringsplan is maatwerk voor iedere zorggebruiker dat samen met de hulpverlener en vaak ook de naasten wordt opgesteld. Een signaleringsplan is een middel voor het vroegtijdig detecteren van toenemende emotionele spanning van de zorggebruiker of andere vroegtijdige tekenen van een herval of nieuwe crisis. Hierbij worden ook manieren geïnventariseerd waarop de hulpverlener, de naasten en de zorggebruiker best reageren in deze situatie. Het wordt opgesteld met het oog op vroeg-signalering en dus preventie van een escalatie of crisis (Peeters et al., 2019). Het is belangrijk dat dit signaleringsplan regelmatig herbekeken en geactualiseerd wordt, gezien de omstandigheden en de voorkeuren van de zorggebruiker kunnen wijzigen.
- **Trialoog of triade:** wanneer de zorg plaatsvindt binnen de driehoek zorggebruiker-naasten-hulpverlener – alle partijen samen of afzonderlijk, afhankelijk van wat voor de zorggebruiker kan (Familieplatform Geestelijke Gezondheid vzw, 2018a).
- **Vertegenwoordiger:** in de mate dat een zorggebruiker beslissingsonbekwaam is, moet hij vertegenwoordigd worden. Wie de zorggebruiker vertegenwoordigt, volgt uit de Wet

patiëntenrechten. De vertegenwoordiger **beslist** over de behandeling van de zorggebruiker en laat zich hierbij leiden door wat de zorggebruiker zelf gewild zou hebben. De beslissingsonbekwame zorggebruiker wordt in de mate van het mogelijke bij het beslissingsproces betrokken.

- **Vrijheidsbeperkende maatregelen:** alle maatregelen die een beperking van keuzevrijheid en/of de bewegingsvrijheid en/of contact met de buitenwereld van de zorggebruiker inhouden. Onder vrijheidsbeperkende maatregelen vallen maatregelen zoals afzondering en fixatie al dan niet onder dwang toegepast (Peeters et al., 2019).
 - Afzondering: het verblijf van een zorggebruiker in een daartoe speciaal voorziene individuele afzonderingskamer, hetzij in een andere individuele ruimte, welke de zorggebruiker niet zelfstandig kan verlaten.
 - Fixatie: elke handeling of elk gebruik van materiaal of medicatie die de bewegingsvrijheid van een persoon beperkt, verhindert of belemmert, waarbij de persoon niet zelfstandig zijn bewegingsvrijheid kan herwinnen.
- **Zorggebruiker:** is de persoon die in begeleiding is in of zorg krijgt van een sector van de GGZ.

AANBEVELINGEN OP HET NIVEAU VAN DE HULPVERLENER EN HET TEAM (MICRO)

DEEL 1: ZORGEN VOOR DE JUISTE BASISHOUDING

1 Met naasten aan de slag gaan

1.1 Zicht krijgen op naasten

Aanbevelingen:

- Vraag na of de zorggebruiker zorgdraagt voor minderjarigen [zie ook topic 2: met kinderen en jongeren aan de slag gaan] (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016; NICE, 2011). Hieronder wordt het volgende begrepen (Coppens et al., 2018): **(Niveau A_3)**
 - Minderjarigen in huis hebben
 - De zorg voor minderjarigen delen met iemand anders
 - Een (ex)partner met kinderen hebben, waarmee men regelmatig contact heeft
 - Zwanger zijn
- Vraag na wie (andere) belangrijke personen en steunfiguren zijn in het leven van de zorggebruiker en betrokken kunnen worden in de zorg (van Meekeren & Baars, 2014). Naasten betrekken kan verschillende invullingen krijgen, gaande van naasten vriendelijk onthalen wanneer ze op bezoek komen, over naasten informeren, tot actief samenwerken met naasten. Niet alle naasten zullen op dezelfde wijze betrokken worden. Hoe naasten betrokken worden, is afhankelijk van de voorkeuren van de zorggebruiker en zijn naasten [zie topic 1.3: rekening houden met de voorkeuren van de zorggebruiker en de naasten]. Hierdoor kunnen verschillende naasten op verschillende wijzen en momenten betrokken worden. **(Niveau A_4)**
- Overweeg om een brede definitie van naasten te hanteren. Hoewel significante derden vaak uit familieleden (bv. partner, kinderen, ouders, schoonouders, tantes en ooms) bestaan, hoeven ze zich daar niet toe te beperken. Ook vrienden, burens, of personen uit de werk-, educatie- of vrijetijdsumgeving kunnen een sleutelrol spelen in het herstelproces van de zorggebruiker. **(Niveau A_6)**
- Overweeg om van bij aanvang van het zorgtraject duidelijk aan de zorggebruiker en de naasten aan te geven dat naasten een belangrijke partner in de zorg kunnen zijn. De naasten die deel uitmaken van het dagelijkse leven van de zorggebruiker kennen hem vaak al lang. **(Niveau A_6)**
- Overweeg om bij hulpverlening aan huis aanwezige naasten in de begeleiding/gesprekken te betrekken. **(Niveau A_6)**

- Ondersteun de zorggebruiker in het uitbouwen van een netwerk wanneer hij geen of een beperkt aantal naasten heeft (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2016). Dit kan door: **(Niveau A_4)**
 - Tools te gebruiken om meer naasten te identificeren wanneer de zorggebruiker zijn naasten eerder eng definieert. Mogelijke tools zijn: genogram, ecogram, sociogram, levensverhaal, EDDA-checklist (Exploreren, Dialogisch Diagnosticeren en Actie), netwerkkaart van Gennep, vragenlijst tevredenheid levensdomeinen, navraag bij de huisarts, etc.
 - Samen met de zorggebruiker te bekijken hoe hij meer naasten kan aanspreken.
 - Ondersteuning te bieden bij het herstellen van verwaterde of verbroken contacten. Eventueel kan de hulp van een familie-ervaringsdeskundige worden ingeschakeld.
 - Mee te zoeken naar een hobby of andere activiteiten.
 - Voorzieningen of organisaties in te schakelen die gespecialiseerd zijn in het leggen van verbinding zoals Lus vzw of de Dienst Ondersteuning plan (zie bijlage 4).
 - Na te gaan of er buurtwerkingen actief zijn in de thuisomgeving van de zorggebruiker. Buurtwerkingen vormen een mooi alternatief om mensen te leren kennen en een (nieuw) sociaal netwerk uit te bouwen.

1.2 Uitleggen waarom het betrekken van naasten belangrijk is

Aanbevelingen:

- Leg aan de zorggebruiker uit dat het betrekken van naasten waarin de zorggebruiker vertrouwen heeft voordelig kan zijn voor de begeleiding en het herstel. De naasten kennen de zorggebruiker meestal goed en kunnen een bron van steun of hulp zijn om het gedrag van de zorggebruiker hanteerbaar te maken (Aerts et al., 2017; Dixon et al., 2001; Glick et al., 2011; Hoagwood, 2005, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2016; Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016; Peters et al., 2011; Pharoah et al., 2010). Naasten hebben een zekere expertise m.b.t. de zorggebruiker. Ze hebben informatie over de gedragingen van de zorggebruiker, die kunnen helpen bij het stellen van een diagnose of tijdens de begeleiding. Verduidelijk dat het samenwerken op verschillende momenten en wijzen (aangepast aan de naaste in kwestie) doorheen het traject kan (MacCourt et al., 2013; Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2016; Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016; NICE, 2011): **(Niveau A_1)**
 - Tijdens de opstartfase in het kader van de informatieverzameling (heteroanamnese) of de intake.
 - Tijdens de behandeling of begeleiding bij het opstellen van het behandelplan, het signaleringsplan en/of de crisiskaart. Naasten kunnen de zorggebruiker en de hulpverlener ook ondersteunen bij het uitvoeren en het evalueren van deze plannen.
 - Tijdens de afronding van de begeleiding of bij doorverwijzing naar een andere hulpverlener, afdeling of voorziening.
- Leg aan de zorggebruiker uit dat het betrekken van naasten ook in het belang van het welbevinden van de naasten is. Naasten kunnen namelijk erg lijden onder het zorgdragen voor de zorggebruiker. Het zorgdragen kan een invloed hebben op het emotionele, sociale, financiële en relationele welzijn

van de naasten. Door naasten te betrekken komen deze noden onder de aandacht van hulpverleners en kunnen zij hen waar nodig ondersteunen (Vermeulen et al., 2015). Dit versterkt de draagkracht van naasten, waardoor de zorg meer gedeeld kan worden. Omkader het gesprek rond het welzijn van de naasten echter goed zodat de zorggebruiker zich niet schuldig voelt over de belasting die hij kan vormen voor naasten. **(Niveau A_4)**

- Leg uit aan naasten waarom hen betrekken belangrijk kan zijn voor de zorggebruiker én voor henzelf. Benadruk dat samenwerken voordelig is voor het herstel van de zorggebruiker maar ook voor het eigen welbevinden (Ingoldsby, 2010). **(Niveau A_2)**

1.3 Rekening houden met de voorkeuren van de zorggebruiker en de naasten

1.3.1 De voorkeuren van de zorggebruiker navragen

Aanbevelingen:

- Voer een gesprek met de zorggebruiker om zicht te krijgen op zijn voorkeuren en behoeftes rond het betrekken van naasten. Ga tijdens het gesprek/overleg in op het volgende (MacCourt et al., 2013; Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016; NICE, 2011, Slade et al., 2007): **(Niveau A_3)**
 - Geef uitleg over de verschillende momenten en wijzen waarop naasten betrokken kunnen worden (bejegenen, informeren, ondersteunen en naasten een actieve rol laten opnemen) en leg uit dat het betrekken van naasten geen alles of niets kwestie is (MacCourt et al., 2013; Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016; NICE, 2011, Slade et al., 2007). **(Niveau A_3)**
 - Vraag na welke naasten de zorggebruiker wanneer en op welke wijze wenst te betrekken en ondersteun hem in het nemen van deze beslissing(en) (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016; NICE, 2011). **(Niveau A_4)**
 - Vraag na welke persoonsgebonden informatie hij met welke naaste wil delen [zie topic 4: informatie geven aan naasten]. Naasten informeren en op de hoogte houden hoeft niet te betekenen dat naasten een rol opnemen in de begeleiding of inzage krijgen in het cliëntdossier. De zorggebruiker zal niet alle informatie met iedereen willen delen (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016; Slade et al., 2007). **(Niveau A_3)**
 - Respecteer de keuze van de zorggebruiker (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016; NICE, 2011). **(Niveau A_4)**
- Besteed bijzondere aandacht aan het bevragen van de voorkeuren van jongeren en jongvolwassenen. Ze zijn soms sneller geneigd om de betrokkenheid van naasten te weigeren. Ze bevinden zich in de overgang van jeugd naar volwassenheid waardoor ze soms verlangen naar autonomie en zelfbeslissingsrecht. Ze willen onafhankelijk zijn, maar zijn dikwijls nog financieel afhankelijk van hun ouders en/of hebben behoefte aan hun steun (Hendrickx et al., 2017; Hoagwood, 2005; Livesey & Rostain, 2017; Singh & Tuomainen, 2015). Wees bedacht op dit dilemma en stimuleer jongeren en jongvolwassenen om hun ouders te betrekken, maar dwing hun er niet toe omdat jongeren hierdoor ook kunnen afhaken. **(Niveau A_2)**
- Heropen de dialoog over het betrekken van naasten geregeld opnieuw. De voorkeuren van de zorggebruiker kunnen in de loop van het behandeltraject veranderen (Netwerk

Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016; NICE, 2011; Slade et al., 2007). Vraag daarom regelmatig of de betrokkenheid van de naasten nog aansluit bij de wensen en de voorkeuren van de zorggebruiker. Geef ook aan dat wanneer de zorggebruiker van gedachten verandert over het al dan niet betrekken van naasten of over welke naasten hij wenst te betrekken, hij dit steeds kan laten weten. **(Niveau A_3)**

- Overweeg om aan de zorggebruiker uit te leggen dat er steeds een open en respectvolle houding naar naasten toe is, waarbij er op vriendelijke wijze gepeild wordt naar het welzijn van de naasten zonder persoonsgebonden informatie te geven [zie topic 3: naasten onthalen en bejegenen]. **(Niveau A_6)**
- Overweeg om aan te geven dat er ondersteuning aan naasten geboden kan worden [zie topic 5.2: ondersteuning bieden aan naasten]. Hier bestaan verschillende gradaties in en het hoeft niet meteen te betekenen dat er een begeleiding voor de naasten wordt opgestart. De ondersteuning kan binnen maar even goed buiten de organisatie plaatsvinden. **(Niveau A_6)**
- Overweeg om na te gaan of naasten een actieve rol mogen/kunnen spelen in de begeleiding. Geef hierbij aan dat dit in verschillende fases van de begeleiding kan. Naasten kunnen bijvoorbeeld helpen bij het opstellen van het signaleringsplan, bij het omgaan met een crisis, bij het maken van afspraken rond een verblijf in de thuisomgeving, bij de overgang naar een nieuwe hulpverlener, etc. (Familieplatform Geestelijke Gezondheid vzw, 2017). De samenwerking gebeurt steeds in een triade [zie Deel 2 topic 1: naasten betrekken bij een doorverwijzing of afronding, topic 3: omgaan met naasten tijdens een crisissituatie en topic 5.3: naasten betrekken bij het verlaten van een residentiële voorziening]. **(Niveau A_6)**

1.3.2 De voorkeuren van de naasten navragen

Aanbevelingen:

- Vraag aan de naasten of zij bereid zijn en voldoende draagkracht hebben om geïnformeerd te worden en/of een rol te spelen in de begeleiding, wanneer de zorggebruiker instemt om naasten te betrekken. Vraag ook na wat naasten nodig hebben om een rol in de begeleiding te kunnen opnemen. Zorg ervoor dat deze noden en voorkeuren verder opgevolgd en regelmatig opnieuw bevraagd worden en maak naasten duidelijk dat het geenszins de bedoeling is om de zorggebruiker professionele zorg te ontzeggen omwille van de samenwerking (NICE, 2011; Vermeulen et al., 2015). **(Niveau A_3)**
- Overweeg om aan te geven dat betrokkenheid geen alles of niets kwestie is en dat er verschillende vormen en gradaties in zijn. Overweeg om na te gaan welke rol naasten kunnen spelen in de begeleiding. Naasten kunnen een rol spelen in: **(Niveau A_6)**
 - De informatieverzameling in het diagnostisch proces
 - Het opstellen van het behandelplan, het signaleringsplan en/of de crisiskaart
 - Het inschatten van risico's en kwetsbaarheden
 - Het ondersteunen van de zorggebruiker en de hulpverlener bij het uitvoeren van het behandelplan
 - De evaluatie van het behandelplan
 - De toeleiding naar een andere hulpverlening

- De afronding van de begeleiding
- Overweeg om in gesprek te gaan met de naasten over de impact die de situatie heeft op hun persoonlijk leven en over de geleverde inspanningen. Overweeg hierbij ook om na te vragen of de naasten nood hebben aan ondersteuning. **(Niveau A_6)**

1.3.3 Een terughoudende houding bij de zorggebruiker

Aanbevelingen:

- Voer een exploratief gesprek rond de beweegredenen om naasten niet te betrekken (MacCourt et al., 2013; Slade et al., 2007). Verschillende beweegredenen kunnen aan de basis van de weigering van de zorggebruiker liggen: een gebrek aan informatie, miscommunicatie, vertrouwensbreuken of negatieve ervaringen met naasten in het verleden, de angst om door de naasten verlaten te worden, het verlangen om op eigen benen te staan, het niet willen verontrusten van naasten, stigmatisering en discriminatie (binnen de familie), etc. (Kelley, D’Lima, Henson & Cotten, 2014; MacCourt et al., 2013; Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016; NICE, 2011; Slade et al., 2007). Luister naar de redenen van de terughoudende houding en verken samen met de zorggebruiker wat wel en niet mogelijk is in het betrekken van naasten. Dit is nodig om de terughoudende houding te begrijpen en te accepteren. Houd er echter rekening mee dat de uiteindelijke keuze bij de zorggebruiker ligt en gerespecteerd moet worden (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016; NICE, 2011). Zorggebruikers hebben ook het recht om de betrokkenheid van naasten te weigeren. **(Niveau A_3)**
- Benadruk dat het betrekken van naasten waarin de zorggebruiker vertrouwen heeft voordelig kan zijn voor de begeleiding en voor het proces van herstel. De naasten kennen de zorggebruiker meestal goed en kunnen een bron van steun of hulp zijn om het gedrag van de zorggebruiker hanteerbaar te maken (Aerts et al., 2017; Waters, 2016; Dixon et al., 2001; Glick et al., 2011; Hoagwood, 2005, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2016; Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016; Peters et al., 2011; Pharoah et al., 2010). **(Niveau A_1)**
- Wees bedacht op de tweestrijd tussen het verlangen om geholpen te worden en de angst om (opnieuw) gekwetst of gestigmatiseerd te worden. Verken samen met de zorggebruiker het dilemma en maak het concreet (Kobak & Bosmans, 2019). Maak samen met de zorggebruiker de afweging tussen de voordelen, nadelen en risico’s van het wel of niet betrekken of in vertrouwen nemen van bepaalde naasten (Familieplatform Geestelijke Gezondheid vzw, 2017). **(Niveau A_4)**
- Overweeg om te aanvaarden dat de betrokkenheid in sommige situaties niet aangeraden of mogelijk is (bv. bij mishandeling of discriminatie, terechte angst voor stigma en discriminatie) en push de zorggebruiker én de naasten niet om samen te werken. **(Niveau A_6)**
- Overweeg om een gesprek over het thema ‘naasten’ aan te knopen met de zorggebruiker, dit valt immers onder de noemer ‘contextgericht werken’ zonder dat er rechtstreeks contact is met de naasten. Overweeg om tijdens dit gesprek stil te staan bij de invloed van naasten op de psychische problemen van de zorggebruiker en bij de impact van de psychische problemen van de zorggebruiker op het leven en het welzijn van de naasten. **(Niveau A_6)**
- Overweeg om te voorkomen dat relatiebreuken in stand worden gehouden door in te zetten op herstel. Veel relaties zijn te herstellen en de hulpverlening kan hierin een sleutelrol spelen door de zorggebruiker te stimuleren en te ondersteunen om de relatie weer op te bouwen en de naasten waar mogelijk te betrekken. Sommige relaties zijn echter niet meer te herstellen of de persoon is er

op dit moment (nog) niet aan toe om dit een kans te geven. In dat geval is het belangrijk dat de hulpverlener de zorggebruiker ondersteunt om (voorlopig) afstand te nemen van de mogelijkheid om de naasten te betrekken en helpt om het verlies een positieve plaats te geven. **(Niveau A_6)**

- Heropen de dialoog over het betrekken van naasten op passende momenten in het hulpverleningstraject (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016; NICE, 2011; Slade et al., 2007). **(Niveau A_3)**. Het regelmatig opnieuw opening creëren om naasten te betrekken is belangrijk omwille van:
 - De zorggebruiker die er op het moment van het gesprek nog niet klaar voor is. Overweeg om gebruik te maken van een motivationeel interview om de zorggebruiker op een andere manier naar het betrekken van naasten te laten kijken. **(Niveau A_6)**
 - De toestand van de zorggebruiker die tot een weigerachtige houding kan leiden om naasten te betrekken (bv. tijdens of vlak na een crisis, bij een gedwongen opname, een psychose, etc.). Deze toestand kan een tijdelijk karakter hebben. Stel de vraag om naasten te betrekken daarom regelmatig opnieuw. **(Niveau A_6)**
 - De zorggebruiker die in de loop van het behandeltraject van gedachten kan veranderen. Geef aan de zorggebruiker aan dat hij ook steeds zelf mag laten weten wanneer hij van gedachten verandert. **(Niveau A_6)**
- Bekijk samen met de zorggebruiker of er andere naasten zijn (bv. de vertrouwenspersoon) die wel betrokken kunnen worden, wanneer de zorggebruiker bepaalde personen niet wenst te betrekken (Slade et al., 2007). **(Niveau A_4)**
- Vermijd dat de zorggebruiker zich onder druk gezet voelt om naasten te betrekken. De uiteindelijke keuze ligt bij de zorggebruiker en hij heeft het recht om te weigeren (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016). **(Niveau A_4)**

1.3.4 Een terughoudende houding bij naasten

Aanbevelingen:

- Overweeg om een gesprek te voeren met de naasten over mogelijke psychologische en praktische barrières en de beweegredenen om betrokkenheid te weigeren. Dit kan helpend zijn om de terughoudende houding te begrijpen en te accepteren. Verken samen wat wel en niet mogelijk is m.b.t. betrokkenheid en zet zoveel mogelijk in op het herstellen van relaties met de zorggebruiker indien mogelijk en wenselijk **(Niveau A_6)**
- Overweeg om bij minderjarige zorggebruikers aanklampend te werken om de betrokkenheid van de ouders (of andere opvoeders) en het herstel van relatiebreuken mogelijk te maken, voor zover dit niet ingaat tegen de wil van de zorggebruiker. **(Niveau A_6)**
- Ga na of het samenwerken met naasten voordelig is voor de zorggebruiker en zijn naasten. Wanneer de betrokkenheid van naasten het herstel bevordert, maak dan gebruik van motivationele technieken en versterk de copingvaardigheden en draagkracht van naasten zodat de twijfel afneemt en betrokkenheid mogelijk wordt. Benadruk dat samenwerken met naasten voordelig is voor het herstel van de zorggebruiker maar ook voor het eigen welbevinden (Ingoldsby, 2010). Betrokkenheid verkleint het risico op secundaire traumatisering, zorgt voor meer ondersteuning en een grotere

erkenning, verhoogt de draagkracht, vermindert de belasting, en versterkt de vaardigheden en de kennis om met het gedrag van de zorggebruiker om te gaan. **(Niveau A_2)**

- Overweeg om te aanvaarden dat betrokkenheid van naasten in sommige situaties niet aangeraden of mogelijk is (bv. bij mishandeling of discriminatie) en push de naasten én de zorggebruiker niet om samen te werken. **(Niveau A_6)**
- Overweeg om bij een terughoudende houding van de naasten de zorggebruiker hiervan op de hoogte te brengen. Leg uit dat de naasten nog niet in de mogelijkheid zijn om betrokken te worden en vang teleurstellingen, ontgoochelingen en te hoge verwachtingen op. **(Niveau A_6)**

1.3.5 Wanneer de voorkeuren gekend zijn

Aanbeveling:

- Overleg in dialoog met de zorggebruiker en de naasten om te komen tot heldere afspraken en een goede taakverdeling die rekening houden met hun voorkeuren m.b.t. de wijze van samenwerking (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2016; Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016). **(Niveau A_4)**
- Overweeg om bij aanvang aan te geven dat de hulpverlener vanuit een meerzijdige partijdigheid werkt tijdens de dialoog (Heyndrickx, 2005; van Meekeren & Baars, 2014). **(Niveau A_6)**

1.4 Gegevens over naasten registreren

Aanbevelingen

- Vermeld duidelijk in het cliëntdossier wanneer een zorggebruiker zorgdraagt voor minderjarigen. Noteer belangrijke informatie m.b.t. de minderjarigen, zoals hun naam, leeftijd, relatie tot de zorggebruiker en of ze al dan niet permanent bij de zorggebruiker verblijven (Coppens et al., 2018). **(Niveau A_4)**
- Documenteer in het cliëntdossier op welke wijze er met welke naasten wordt samengewerkt en houd deze informatie up-to-date (Slade et al., 2007). **(Niveau A_4)**
- Documenteer alle beslissingen en wijzigingen over het delen van informatie in het cliëntdossier, zodat de juiste informatie steeds gedeeld wordt met de juiste naasten (Slade et al., 2007). Houd deze informatie up-to-date. **(Niveau A_4)**
- Documenteer in het cliëntdossier de redenen voor een eventuele weigering van de zorggebruiker om naasten te betrekken of de redenen voor een weigering van naasten om betrokken te worden (MacCourt et al., 2013; Slade et al., 2007). **(Niveau A_3)**
- Overweeg om de (contact)gegevens van de naasten in het cliëntdossier te noteren en deze gegevens up-to-date te houden. **(Niveau A_6)**

2 Met kinderen en jongeren aan de slag gaan

2.1 Kinderen en jongeren als naaste

Aanbevelingen:

- Ga bij volwassen zorggebruikers steeds na of zij (minderjarige of jongvolwassen) kinderen hebben of zorgdragen voor kinderen en besteed in het bijzonder aandacht aan deze doelgroep (Coppens et al., 2018; Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016; Maciejewski et al., 2017). Kinderen en jongeren kunnen ook op andere manieren aan een zorggebruiker gerelateerd zijn. Denk hierbij aan een kleinzoon of -dochter, een broer of zus, een neef of nicht, of een vriend of vriendin. Houd hier rekening mee. **(Niveau A_4)**
- Overweeg om in het cliëntdossier alle relevante informatie m.b.t. de kinderen te noteren zoals: naam, leeftijd, relatie tot de zorggebruiker en of de kinderen al dan niet permanent bij de zorggebruiker verblijven (Coppens et al., 2018). **(Niveau A_6)**
- Geef aan waarom het belangrijk is om kinderen te informeren, bv. zodat de kinderen niet ongerust zijn (Coppens et al., 2018). Bij voorkeur worden kinderen steeds betrokken of minstens geïnformeerd over de begeleiding of het verblijf van de ouder in een voorziening. Motiveer de zorggebruiker om dit zoveel mogelijk zelf te doen en reik tools aan (zoals brochures, boekjes over KO(A)P). Wanneer de zorggebruiker dit gesprek niet graag zelf doet, kan er een dialoog met de kinderen en/of jongeren aangegaan worden (Coppens et al., 2018). **(Niveau A_4)**
- Stem de wijze van betrokkenheid en communicatie af op de draagkracht en het ontwikkelingsniveau van de minderjarige naasten. Neem een aangepaste houding aan en vraag aan de kinderen en/of jongeren hoe zij deel willen uitmaken van de begeleiding van de zorggebruiker (Maciejewski et al., 2007; Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016). **(Niveau A_3)**
- Luister naar de redenen wanneer kinderen en/of jongeren weigeren om betrokken te worden of twijfels hebben. Het is mogelijk dat ze weinig kennis hebben over de problematiek van de zorggebruiker en niet goed weten wat er aan de hand is. Een KOPP-preventiegesprek of andere psycho-educatie op (kinder)maat kan hierbij helpen (Maciejewski et al., 2017). **(Niveau A_4)**
- Ga met de zorggebruiker in gesprek over het thema ouderschap of zorgdragen voor minderjarigen door open vragen te stellen en interesse te tonen in de ouderrol en de kinderen (Coppens et al., 2018; Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016). Vraag ook na of de zorggebruiker problemen bij de opvoeding van de kinderen ervaart. Het KOPP-preventiegesprek en de Kindreflex kunnen hierbij houvast bieden (zie bijlage 5). **(Niveau A_3)**
- Ondersteun de zorggebruiker in zijn ouderrol/opvoedingsrol en besteed aandacht aan het welzijn en de veiligheid van het kind, wanneer zich problemen voordoen m.b.t. de opvoeding van de kinderen. Probeer zicht te krijgen op de thuissituatie. Overleg steeds met een collega vooraleer een inschatting te maken van de veiligheid en het welzijn van het kind, gezien de eigen waarden en normen een invloed kunnen hebben op het oordeel (Coppens et al., 2018). **(Niveau A_4)**
- Ga bij blijvende problemen verder na of er sprake is van verontrusting. Verzamel hiervoor verder informatie over de thuissituatie en kijk naar zowel risico- als beschermende factoren (zie Kindreflex, bijlage 5). Bespreek de conclusies m.b.t. de verontrusting met de zorggebruiker en ga na of er bereidheid is van de ouders om hieraan te werken. Indien er bereidheid is, bekijk dan samen welke

ondersteuning de zorggebruiker nodig heeft. Ook andere ondersteunende organisaties kunnen betrokken worden. Volg de situatie verder op en ga regelmatig opnieuw in gesprek over ouderschap, opvoeding en de kinderen. Wanneer kinderen betrokken worden, vraag dan eerst toestemming aan de kinderen (Coppens et al., 2018). **(Niveau A_4)**

- Betrek een gemandateerde voorziening wanneer de thuissituatie verontrustend is en er onvermogen of weerstand is bij de zorggebruiker om hieraan te werken of wanneer er acuut gevaar is. Bespreek dit met de zorggebruiker en bereid hem alsook de kinderen hierop voor (Coppens et al., 2018). **(Niveau A_4)**
- Overweeg om na te gaan of de kinderen/jongeren zelf een sleutelfiguur of vertrouwenspersoon hebben waar ze met hun zorgen en vragen terecht kunnen (Coppens et al., 2018). **(Niveau A_6)**

2.2 Kinderen en jongeren als zorggebruiker

2.2.1 Zicht krijgen op de naasten en rekening houden met de voorkeuren van de minderjarige zorggebruiker

Aanbevelingen:

- Houd er rekening mee dat buiten de ouders nog andere personen een rol van betekenis kunnen spelen in het leven van kinderen en jongeren (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2016; Thiers; 2019). Volgende personen zijn doorgaans belangrijke naasten: **(Niveau A_3)**
 - Andere familieleden (broers, zussen, plusouders, pleegouders, grootouders, tantes, ooms, neven, nichten, meter, peter)
 - Personen uit de vriendengroep
 - Personen uit de schoolcontext (leerkracht, klasgenoten, directie, zorgleraar, CLB)
 - Personen uit de vrijetijdscontext (sportclub, muziekschool, jeugdbeweging of andere verenigingen)
 - Personen uit de zorg (leefgroepbegeleiders, mede-zorggebruikers)
- Vraag na wie belangrijke personen en steunfiguren zijn in het leven van de minderjarige zorggebruiker en wie hij/zij graag wenst te betrekken in de zorg (van Meekeren & Baars, 2014). **(Niveau A_4)**
- Houd er rekening mee dat er een onderscheid is tussen beslissingsbekwame en beslissingsonbekwame minderjarigen. Afhankelijk hiervan wordt toestemming gevraagd aan de minderjarige zelf (beslissingsbekwaam) of aan de ouders (beslissingsonbekwaam) [zie Deel 3, topic 1.1.1: de beslissingsbekwaamheid beoordelen en bijlage 1, topic 1.2: beslissingsbekwaamheid]. **(Niveau B_1)**
- Overweeg om de voorkeuren van de minderjarige zorggebruiker te bevragen inzake het betrekken van naasten. Minderjarigen hebben eveneens rechten en kunnen hun voorkeuren aangeven. De mate waarin rekening wordt gehouden met de voorkeuren, is afhankelijk van de beslissingsbekwaamheid en maturiteit van de minderjarige. Houd hierbij rekening met de loyaliteit van kinderen ten aanzien van hun ouders. Deze loyaliteit kan ervoor zorgen dat kinderen hun voorkeuren niet kenbaar durven maken. **(Niveau A_6)**

- Overweeg om rekening te houden met het feit dat alle kinderen en jongeren recht hebben op ondersteuning. De mate waarin de betrokkenheid en het engagement van beide ouders een vereiste zijn om zorgverlening op te starten, is afhankelijk van de beslissingsbekwaamheid van de minderjarige. Wanneer een minderjarige beslissingsbekwaam is, is het mogelijk om ondersteuning op te starten zelfs al staat een van de ouders hier niet volledig achter. Wanneer een minderjarige beslissingsonbekwaam is, dienen beide ouders achter de opstart van ondersteuning te staan. Zoek in dat geval naar een vorm van hulpverlening waar beide ouders achter staan. **(Niveau A_6)**
- Overweeg om minderjarigen te ondersteunen om hun wensen en voorkeuren te uiten en om de ouders te ondersteunen om de keuze van hun kind te begrijpen en te respecteren. **(Niveau A_6)**
- Overweeg om de ouder(s) op een manier te betrekken (informereren, ondersteunen en/of een actieve rol opnemen in de begeleiding), zover de minderjarige zorggebruiker hiermee toestemt. Bevraag hun voorkeuren regelmatig opnieuw en leg uit waarom het belangrijk is om de ouder(s) te betrekken. **(Niveau A_6)**
- Bij een beslissingsonbekwame minderjarige heeft elke ouder het recht om over de gezondheidstoestand van zijn kind geïnformeerd te worden wanneer hij hiernaar vraagt – ook wanneer beide ouders in conflict zijn of één ouder door de jeugdrechtbank uit het ouderlijk gezag ontzet is. Bij een beslissingsbekwame minderjarige moet de minderjarige toestemming geven om deze informatie met zijn ouders te delen. **(Niveau B_2)**
- Overweeg om na te gaan hoe de relatie optimaal kan worden voor alle partijen en samen te kijken wat er goed en minder goed loopt in de relatie. Overweeg om waar mogelijk te bemiddelen tussen ouder en kind, te bevragen wat er voor beide partijen nodig is en ondersteuning te bieden om een relatie te ontwikkelen die bevorderend is voor de verdere ontwikkeling van het kind of de jongere en die bijdraagt tot het welbevinden van ouders in hun rol. **(Niveau A_6)**

2.2.2 Een terughoudende houding bij de minderjarige zorggebruiker

Aanbevelingen:

- Wanneer een minderjarige zorggebruiker vraagt om bepaalde informatie niet aan zijn ouders door te geven, is het belangrijk om de beslissingsbekwaamheid van de minderjarige te beoordelen. Of een minderjarige zorggebruiker beslissingen over zijn zorg en het betrekken van naasten al dan niet zelf kan nemen wordt op dezelfde wijze beoordeeld als voor meerderjarigen [zie Deel 3, topic 1.1.1: [de beslissingsbekwaamheid beoordelen](#)]. Er bestaat geen minimumleeftijd voor het nemen van dit soort medische beslissingen. **(Niveau B_2)**
- Een beslissingsbekwame minderjarige kan ervoor kiezen om zijn ouders niet te informeren. Respecteer de keuze, maar vraag regelmatig opnieuw om de ouders te mogen informeren. Voer een exploratief gesprek naar de beweegredenen om de ouders niet te informeren. Vaak is er sprake van een tweestrijd waarbij er enerzijds het verlangen is om geholpen te worden en anderzijds de angst is om gekwetst te worden. Ook andere motieven zoals de ouders niet willen ontgoochelen, schaamte of het ideale kind willen zijn kunnen hierin meespelen. Ondersteun de minderjarige om de relatie met zijn ouders te verbeteren of te herstellen. Een aanklampende aanpak wordt aanbevolen, gezien de ouders meestal de thuiscontext vormen waarin de minderjarige leeft. **(Niveau B_1)**
- Een beslissingsonbekwame minderjarige kan er niet voor kiezen om zijn ouders niet te informeren. Ouders hebben als wettelijke vertegenwoordiger van de minderjarige recht op de informatie die

nodig is om samen met of voor hun kind beslissingen te nemen. Het is van belang om het kind minstens op de hoogte te brengen van de informatieoverdracht en het waarom van deze overdracht. **(Niveau B_2)**

- Overweeg om te accepteren dat sommige relaties niet te herstellen zijn (bv. bij mishandeling, intra-familiaal geweld, discriminatie). Ondersteun de minderjarige zorggebruiker om de nodige afstand te houden van de naaste en het gebeurde een plaats te geven. Acceptatie en begeleiding in dit verwerkingsproces maakt deel uit van het proces van herstel. Overweeg om de minderjarige zorggebruiker te ondersteunen bij de uitbouw van een netwerk dat het proces van herstel ondersteunt en bevordert door samen te bekijken welke andere naasten betrokken kunnen worden en door mee te zoeken naar een alternatieve verblijfplaats wanneer een terugkeer naar huis niet wenselijk is. **(Niveau A_6)**

2.2.3 Naasten betrekken bij een doorverwijzing of afronding

Aanbevelingen:

- Overweeg om bij de verwijzing naar een nieuwe voorziening de betrokkenheid van de naasten te continueren. Het is belangrijk dat de nieuwe voorziening de wensen van de minderjarige en zijn naasten en de gemaakte afspraken rond het betrekken van naasten respecteert en verderzet. Dit is vooral belangrijk wanneer een jongere de overgang maakt van de kinder- en jongerenhulp naar de volwassenhulp. Beide sectoren hebben een verschillende visie op het betrekken van naasten (Hendrickx et al., 2017; Singh & Tuomainen, 2015). **(Niveau A_6)**
- Overweeg om in gesprek te gaan met de naasten over de impact van de doorverwijzing op hun leven [zie ook Deel 2, topic 1: naasten betrekken bij een doorverwijzing of afronding]. Een doorverwijzing kan veel veranderingen met zich meebrengen, zeker voor zorggebruikers die de overstap maken naar de volwassenzorg. De veranderingen kunnen ook een impact hebben op de naasten. **(Niveau A_6)**
- Overweeg om tijdens de begeleiding de bredere context en de schoolcontext (de directie, de leerkracht, de klasgenoten, het CLB) te betrekken zodat de terugkeer na een begeleiding of opname makkelijker verloopt. **(Niveau A_6)**
- Overweeg om het ganse gezin te ondersteunen om de thuiskomst zo goed mogelijk te laten verlopen, wanneer een kind of jongere (tijdelijk) terugkeert naar huis. **(Niveau A_6)**
- Overweeg om de momenten dat het kind of de jongere naar huis komt zo voorspelbaar mogelijk te maken en maak duidelijke afspraken met de thuiscontext en de zorggebruiker [zie Deel 2, topic 5.3: naasten betrekken bij het verlaten van een residentiële voorziening]. **(Niveau A_6)**

3 Naasten onthalen en bejegenen

3.1 Algemeen: onthalen en bejegenen

Aanbevelingen:

- Zorg voor een gastvrij en warm onthaal van naasten (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016). **(Niveau A_4)**
- Overweeg om voldoende aandacht te besteden aan kinderen en jongeren tijdens het onthaal. Voorzie een kindvriendelijk onthaal met informatie die afgestemd is op verschillende ontwikkelingsleeftijden. **(Niveau A_6)**
- Wees benaderbaar voor naasten en bied hun de gelegenheid om vragen te stellen (Doody et al., 2017; NICE, 2011). Laat hun weten wanneer en hoe ze contact kunnen nemen met de hulpverlening om hun vragen te stellen (Familieplatform Geestelijke Gezondheid vzw, 2017). **(Niveau A_1)**
- Besteed tijdens de begeleiding aandacht aan de naasten (bv. wanneer ze de zorggebruiker vergezellen tijdens de consultatie of komen bezoeken) en benader hen op een respectvolle en vriendelijke manier (Martin, Ridley & Gillieatt, 2017; Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016; NICE, 2011). **(Niveau A_3)**
- Maak tijd vrij om een vertrouwensrelatie met naasten op te bouwen (Doody et al., 2017; Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2016; NICE, 2011). Voorzie daarom voldoende gelegenheid voor formele en informele gesprekken met naasten om kennis te maken (Rowe, 2012). Voorzie zeker bij kinderen voldoende informele momenten. **(Niveau A_2)**
- Overweeg om contacten met naasten (steeds) door dezelfde hulpverlener(s) te laten plaatsvinden, om een vertrouwensrelatie te kunnen opbouwen (Eassom et al., 2014). **(Niveau A_5)**
- Neem tijdens het contact met naasten een niet-oordelende en empathische houding aan waarbij gelijkwaardigheid centraal staat (Dirik et al., 2017; Doody et al., 2017; Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016; NICE, 2011). **(Niveau A_1)**
- Gebruik tijdens het contact met naasten alledaagse en begrijpbare taal, zodat naasten zich aanvaard en betrokken voelen (Cree, Brooks, Berzins, Fraser, Lovell & Bee, 2015; Dirik et al., 2017; Eassom, Giacco, Dirik & Priebe, 2014; Martin et al., 2017; NICE, 2011). Spreek op een open en eerlijke manier met hen (Coppens et al., 2018). **(Niveau A_1)**
- Overweeg om mensen aan te spreken met de titel die ze zelf verkiezen (NICE, 2011). **(Niveau A_5)**
- Beschouw naasten als een belangrijke partner die relevante informatie over de zorggebruiker heeft en dus waardevolle input kan geven tijdens het hulpverleningstraject (Dirik et al., 2017; Doody, Butler, Lyons & Newman, 2017). **(Niveau A_2)**
- Houd bij het inplannen van overlegmomenten rekening met de beschikbaarheid en de mogelijkheden van naasten (Ingoldsby, 2010). **(Niveau A_2)**
- Overweeg om naasten aan te moedigen om de zorggebruiker te begeleiden naar een consultatie of een bezoek te brengen (Coppens et al., 2018). **(Niveau A_6)**
- Overweeg om voor de naasten brochures met algemene informatie over de GGZ en brochures van lotgenotengroepen te voorzien. **(Niveau A_6)**

- Overweeg om naasten in te lichten over de algemeen geldende regels van de voorziening (Peeters et al., 2019). **(Niveau A_5)**
- Overweeg om ervoor te zorgen dat naasten en de zorggebruiker voldoende privacy hebben om met elkaar te praten (Coppens et al., 2018). **(Niveau A_6)**
- Overweeg om belangrijke familiedagen niet uit het oog te verliezen, zoals verjaardagen, nieuwjaar, moeder- en vaderdag (Coppens et al., 2018). **(Niveau A_6)**
- Overweeg om de algemeen geldende bezoeken op een flexibele manier toe te passen op maat van de naasten en de zorggebruiker (Familieplatform Geestelijke Gezondheid vzw, 2017). **(Niveau A_6)**
- Overweeg om naasten een rondleiding in de voorziening of op de afdeling te geven (Coppens et al., 2018). **(Niveau A_6)**

3.2 Omgaan met diversiteit en culturele verschillen

Aanbevelingen:

- Houd er rekening mee dat verschillende groepen (verschillende opleidingsniveaus, socio-economische-status, gender, taal, leeftijden, culturen, religies, ect.) andere overtuigingen, percepties, opvattingen en gevoeligheden kunnen hebben m.b.t. geestelijke gezondheidsproblemen en het betrekken van naasten (Akwa GGZ, 2020; Hoffer, 2010; Smolak, Gearing, Alonzo, Baldwin, Harmon & McHugh, 2012). Ga hierover in gesprek met de zorggebruiker en de naasten en heb oog voor de overeenkomsten en de verschillen (Hoffman et al., 2014; Nieweg, 2020). **(Niveau A_1)**
- Stem de begeleiding af op de leefwereld van de zorggebruiker – met name op de verwachtingen van de zorggebruiker en de naasten (Akwa GGZ, 2020). Sta open voor een andere betekenisgeving en wees bereid om van elkaar te leren (Akwa GGZ, 2020; Hoffer, 2010; Lo & Fung, 2003; Nieweg, 2020). **(Niveau A_3)**
- Zorg ervoor dat de wijze waarop de zorggebruiker en zijn naasten informatie krijgen, rekening houdt met hun achtergrond (bv. opleidingsniveau, kennis van de GGZ, taal, cultuur, leeftijd, socio-economische-status) en verwijst eventueel door naar geschikte websites of organisaties (MacCourt et al., 2013; Plysier, 2019; Thiers, 2019). **(Niveau A_3)**
- Overweeg om tijdens het contact met naasten rekening te houden met andere bijzondere noden van naasten m.b.t. communicatie (bv. beperkte cognitieve mogelijkheden, auditieve of visuele problemen) en zorg tijdens het communiceren voor een gepaste benadering (NICE, 2011). **(Niveau A_5)**
- Ga op een gelijkwaardige manier met de zorggebruiker en de naasten om. Benader hen steeds als persoon en niet als lid van een bepaalde groep (Hoffman et al., 2014; Nieweg, 2020). **(Niveau A_4)**
- Zorg, indien mogelijk en wenselijk, voor vertaling (bv. door een externe tolk of een hulpverlener te betrekken die beide talen beheerst) of werk samen met een intercultureel bemiddelaar om beter zicht te krijgen op de leefwereld van de zorggebruiker en de naasten en hun visie op GGZ en het betrekken van naasten. Taal is immers cruciaal om de nodige nuances te kunnen overbrengen. Bevrage de voorkeuren van de zorggebruiker en de naasten over het inschakelen van een tolk of bemiddelaar, het is immers een extra persoon die aanwezig is tijdens de begeleiding. Houd er ook rekening mee dat het betrekken van een tolk of bemiddelaar extra kosten voor de zorggebruiker met

zich meebrengt en dus daarom niet altijd mogelijk is (Akwa GGZ, 2020; Norduin et al., 2019; Thiers, 2019). **(Niveau A_3)**

- Neem een nieuwsgierige en onbevooroordeelde houding aan. Wees tegelijk aandachtig voor de valkuil van het ‘wij-zij’ denken en stereotypen (Akwa GGZ, 2020). Toon interesse en belangstelling voor de betekenisgeving en de verklaring van de zorggebruiker en de naasten (Nieweg, 2020). **(Niveau A_4)**
- Sta open voor religie en spiritualiteit in de begeleiding – ongeacht de strekking van de voorziening. Religie en spiritualiteit kunnen een houvast zijn voor de zorggebruiker en de naasten (Smolak et al., 2012). **(Niveau A_2)**
- Probeer geestelijke verzorgers (zoals imams, rabbi's, lama's, priesters, begeleiders van rituelen, etc.) op vraag van de zorggebruiker of de naasten te betrekken in de begeleiding of stel zelf een samenwerking met een geestelijke verzorger voor. Zij kunnen een belangrijke rol spelen voor de zorggebruiker en de naasten (Akwa GGZ, 2020; Smolak et al., 2012). **(Niveau A_1)**
- Overweeg om te erkennen dat de westerse manier van denken en werken in de GGZ niet universeel is (Norduin, Driss & Van Hoof, 2019). Geef voldoende uitleg aan de zorggebruiker en zijn naasten over de werking, de mogelijkheden en het doel van GGZ in het algemeen en de begeleiding in het bijzonder. **(Niveau A_6)**
- Overweeg om alert te zijn voor culturele verschillen tussen generaties. Dit kan zorgen voor verschillen in betekenisgeving en beleving van psychische problemen tussen de zorggebruiker en de naasten. Zo is het mogelijk dat de opvattingen en de beleving van de kinderen meer Westers georiënteerd zijn dan die van de ouders. Deze intergenerationele verschillen kunnen een invloed hebben op de relatie tussen de zorggebruiker en de naasten (Akwa GGZ, 2020). **(Niveau A_5)**

4 Informatie geven aan naasten

4.1 Persoonsgebonden informatie geven aan naasten

Aanbevelingen:

- Bespreek welke persoonsgebonden informatie de zorggebruiker op welke wijze en aan welke naasten wil geven en maak hierover duidelijke afspraken (MacCourt et al., 2013; Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2016; Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016; NICE, 2011; Slade et al., 2007). Ga hierbij ook na welke gevolgen de zorggebruiker vreest wanneer zijn informatie wordt doorgegeven (bv. niet meer als volwaardige partner of ouder gezien worden) en wat er kan gebeuren om deze gevolgen te vermijden. Bespreek hierbij of bepaalde naasten toegang krijgen tot het dossier van de zorggebruiker. **(Niveau A_3)**
- Ga geregeld opnieuw na welke informatie de zorggebruiker aan welke naasten wil geven. De zorggebruiker kan zijn beslissing om persoonsgebonden informatie met zijn naasten te delen namelijk op elk moment intrekken of uitbreiden. Dit kan ook impliciet blijken uit het gedrag en de houding van de zorggebruiker (NICE, 2011). **(Niveau A_4)**
- Zorg ervoor dat de informatie bij de (aangeduide) naasten terechtkomt. Dit gebeurt bij voorkeur tijdens een persoonlijk gesprek met de zorggebruiker en zijn naasten (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016; NICE, 2011). **(Niveau A_4)**

- Informeer naasten – voor zover de zorggebruiker hiermee instemt – over de evolutie van de klachten, de signalen van herval, de follow-up zorg, de ontslagprocedure, de medicatie, de nevenwerkingen, etc. (MacCourt et al., 2013). **(Niveau A_4)**
- Let op dat er geen persoonsgebonden informatie over de zorggebruiker aan de naasten gegeven wordt zonder zijn toestemming (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2016). **(Niveau B_1)**

4.2 Niet-persoonsgebonden informatie geven aan naasten

Aanbevelingen:

- Geef niet-persoonsgebonden informatie aan naasten om een antwoord te bieden op hun vragen en om hun gerust te stellen. Welke niet-persoonsgebonden informatie gedeeld mag worden is deels afhankelijk van de informatie waarover naasten reeds beschikken. Afhankelijk van de mate waarin de naaste op de hoogte is van de opname, behandeling, begeleiding en/of diagnose van de zorggebruiker kan in meerdere of mindere mate informatie gedeeld worden over (MacCourt et al., 2013; Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016; NICE, 2011; Slade et al., 2007): **(Niveau A_3)**
 - Het zorgaanbod in de regio
 - De visie, het zorgaanbod en de werkwijze van de organisatie
 - Het ondersteuningsaanbod voor naasten
 - De impact van psychische problemen op naasten
 - De familieraad en de familie-ervaringsdeskundigen (indien aanwezig)
- Overweeg om niet in te gaan op vragen die de privacy van de zorggebruiker schenden, maar focus op de noden en de vragen die de naasten hebben m.b.t. hun eigen rol en probeer daar waar nodig ondersteuning te bieden of te regelen. **(Niveau A_6)**
- Bespreek met de naasten waarom het niet toegestaan is om bepaalde persoonsgebonden informatie aan hen te geven en ga in dialoog over de principes van vertrouwelijkheid (Cree et al., 2015; Doody et al., 2017; MacCourt et al., 2013; Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2016; Rowe, 2012; Slade et al., 2007). **(Niveau A_2)**
- Leg aan de zorggebruiker uit dat hulpverleners steeds in de mogelijkheid zijn om niet-persoonlijke informatie met de naasten te delen en hen door te verwijzen naar gepaste ondersteuning, ook al wenst de zorggebruiker zijn naasten niet te betrekken. In dergelijke gevallen is het niet toegestaan om persoonsgebonden informatie over de zorggebruiker aan de naasten te geven (MacCourt et al., 2013; Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016; NICE, 2011; Slade et al., 2007). **(Niveau A_3)**
- Schakel iemand anders (een collega-hulpverlener, of familie-ervaringsdeskundige) in om niet-persoonsgebonden informatie met naasten te delen en hen te ondersteunen, wanneer een zorggebruiker er niet mee instemt om persoonsgebonden informatie met de naasten te delen (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016; Slade et al., 2007). Deze aanpak is vooral interessant wanneer de vertrouwensband met de zorggebruiker door de betrokkenheid van de naasten in het gedrang dreigt te komen. Tracht echter te voorkomen dat relatiebreuken door deze aanpak in stand worden gehouden. Blijf, waar mogelijk, steeds inzetten op het herstellen van relaties. **(Niveau A_3)**

4.3 Wijze van informatie geven aan naasten

Aanbevelingen:

- Zorg ervoor dat het informeren van naasten geen eenmalige gebeurtenis is, maar regelmatig gebeurt (MacCourt et al., 2013; Slade et al., 2007). Het informeren van naasten kan op verschillende momenten tijdens de begeleiding belangrijk zijn (bv. bij de start, tijdens een crisis of een doorverwijzing, in het kader van verlof, weekends of ontslag). **(Niveau A_3)**
- Informeer naasten tijdens een persoonlijk gesprek. Bij voorkeur informeert de zorggebruiker zijn naasten zoveel mogelijk zelf. Als de zorggebruiker de informatie liever niet zelf deelt, kan de hulpverlener de naasten informeren met instemming van de zorggebruiker. Doe dit zoveel mogelijk in dialoog en spreek vooraf goed af welke informatie er gegeven zal worden (Aerts et al., 2017; Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016). Zorg ervoor dat naasten de gedeelde informatie begrijpen en geef voldoende gelegenheid om vragen te stellen. **(Niveau A_4)**
- Plan persoonlijke gesprekken met naasten in en neem hiervoor voldoende tijd. Zorg ervoor dat de gesprekken plaatsvinden op een moment dat voor de naasten past en houd bij de wijze van informeren rekening met de achtergrond van de zorggebruiker en de naasten (bv. opleidingsniveau, kennis van de GGZ, taal, cultuur, leeftijd, socio-economische-status). Voorzie ook informatie op kinderniveau voor minderjarige naasten (MacCourt et al., 2013; Plysier, 2019; Thiers, 2019). **(Niveau A_3)**
- Pas meerzijdige partijdigheid toe bij een dialoog of een persoonlijk gesprek met de zorggebruiker. De meerzijdige partijdigheid is een belangrijke basishouding in het werken met naasten en de zorggebruiker. Hierbij is de hulpverlener bereid om de belangen van alle partijen te zien en te erkennen dat zowel de zorggebruiker als de naasten lijden onder de problemen en beiden inspanningen leveren om zorg te dragen voor elkaar. Deze houding faciliteert de dialoog tussen de zorggebruiker en de naasten, omdat beide partijen zo erkenning krijgen (Heyndrickx, 2005). **(Niveau A_4)**
- Werk indien wenselijk vanuit een validerende benadering tijdens een persoonlijk gesprek (Feil, 2004). Hierbij zitten de hulpverlener, de zorggebruiker en zijn naasten samen en wordt er ingegaan op een onderwerp dat de zorggebruiker graag met zijn naasten wil bespreken. De hulpverlener en de naasten luisteren en proberen de leefwereld en gevoelens van de zorggebruiker te begrijpen en deze niet te ontkennen of veroordelen. **(Niveau A_4)**
- Breng informatie niet enkel in een persoonlijk gesprek aan naasten over, maar maak ook gebruik van andere informatiekanaal, waaronder: brochures, websites, algemene informatiemomenten, lotgenotengroepen, psycho-educatie, organisaties en boeken (MacCourt et al., 2013; Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016; NICE, 2011). **(Niveau A_4)**

4.4 Wanneer naasten informatie over de zorggebruiker geven

Aanbevelingen:

- Overweeg om naaste aan te moedigen om de informatie te delen in aanwezigheid van de zorggebruiker, voor zover dit mogelijk is en niet tot spanningen leidt (Liégeois, 2013). **(Niveau A_6)**

- Overweeg om transparant te zijn over de mate waarin vertrouwelijkheid gegarandeerd kan worden, wanneer een naaste informatie wil toevertrouwen buiten medeweten van de zorggebruiker (Ethische Commissie Vlaams Welzijnsverbond, 2006). Overweeg om (nadien) met de naaste te bespreken hoe er met de informatie zal worden omgaan. **(Niveau A_6)**
- Let erop om zelf geen persoonsgebonden informatie over de zorggebruiker te delen wanneer de naaste iets over de zorggebruiker toevertrouwt. **(Niveau B_1)**
- Overweeg om de vertrouwensrelatie met de zorggebruiker niet te schaden wanneer een naaste informatie over de zorggebruiker aan de hulpverlener wil toevertrouwen (Liégeois, 2013). Het is daarom aan te bevelen om de zorggebruiker te informeren dat er een gesprek met de naaste plaatsvond (Ethische Commissie Vlaams Welzijnsverbond, 2006). De zorggebruiker heeft bovendien recht op informatie over zijn gezondheidstoestand (i.e. de diagnose, prognose en het wenselijk gedrag) (Vansweevelt, & Dewallens, 2014). Hierdoor is de hulpverlener mogelijk verplicht om de zorggebruiker over bepaalde aspecten van het gesprek te informeren. Met de andere inhoudelijke aspecten van het gesprek (bv. de gevoelens van de naaste) kan vertrouwelijk worden omgegaan. **(Niveau A_6)**

5 Naasten ondersteunen

5.1 De ondersteuningsnoden van naasten bevragen

Aanbevelingen:

- Maak tijd vrij om met naasten een gesprek te voeren over de impact van de problemen van de zorggebruiker op hun leven en de moeilijkheden en zorgen die zij ervaren in het bijstaan van de zorggebruiker. Sta stil bij de inspanningen die naasten leveren en toon hiervoor interesse en respect (Awad & Voruganti, 2008; Kuipers et al., 2010; Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016; NICE, 2011; Pinquart & Sörensen, 2007; van Meekeren & Baars, 2014). **(Niveau A_3)**
- Ga na welke behoeften naasten hebben op vlak van ondersteuning. De behoeften kunnen zich op verschillende vlakken situeren: emotionele steun, financiële steun, administratieve hulp of praktische hulp (bv. hulp bij het huishouden, hulp bij het opvoeden van de kinderen, hulp zodat er tijd vrijkomt voor ontspanning en het onderhouden van sociale relaties, hulp bij het omgaan met morele dilemma's, hulp bij het vinden van informatie, etc.). Stem de aard van de ondersteuning af op de noden van de naasten. (Awad & Voruganti, 2008; Kuipers et al., 2010; MacCourt et al., 2013; Mottaghipour & Bickerton, 2005; NICE, 2011; Pinquart & Sörensen, 2007; Rose, Mallinson & Walton-Moss, 2004; Rowe, 2012; van Meekeren & Baars, 2014). **(Niveau A_1)**
- Maak eventueel gebruik van methoden zoals de triadekaart en de gespreksdriehoek (zie bijlage 3) om de behoeften van de naasten meer systematisch in kaart te brengen (Guberman, Nicholas, Nolan, Rembicki, Lundh & Keefe, 2003; MacCourt et al., 2013; Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2016). **(Niveau A_3)**
- Overweeg om het gesprek over de ondersteuningsnoden van de naasten in dialoog te voeren, afhankelijk van de wensen van de naasten. Indien het gesprek zonder de zorggebruiker plaatsvindt, overweeg dan om de zorggebruiker op de hoogte te brengen van het gesprek. **(Niveau A_6)**

- Overweeg om na te gaan wat de ondersteuningsnoden zijn van minderjarige naasten. Luister naar hun verhaal en sta stil bij de impact van de situatie op hun leven. Geef hen de mogelijkheid om vragen te stellen en hen waar nodig te ondersteunen. Ga hierover met de minderjarige naaste en de zorggebruiker in gesprek [zie topic 2: met kinderen en jongeren aan de slag gaan]. **(Niveau A_6)**

5.2 Ondersteuning aanbieden aan naasten

Aanbevelingen:

- Bied ondersteuning aan in functie van de noden van naasten (MacCourt et al., 2013; Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2016; Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016; NICE, 2011; Yesufu-Udechuku et al., 2015). Volgende vormen van ondersteuning kunnen helpen om de draagkracht van de naasten te versterken: **(Niveau A_1)**
 - Familieorganisaties, lotgenotencontact (bv. familiegroepen, oudergroepen, etc.), KOPPGroepen, broer- en zus avonden, lezingen van ervaringsdeskundigen en/of familie-ervaringsdeskundigen of het aanbod van de herstelacademie (zie bijlage 4) (Familieplatform Geestelijke Gezondheid vzw, 2018b; Maciejewski et al., 2017; van Meekeren & Baars, 2014). **(Niveau A_4)**
 - Psycho-educatieve sessies gericht op o.a. het aanleren van vaardigheden om met het gedrag van de zorggebruiker om te gaan. Dergelijke sessies zijn effectief om de levenskwaliteit van naasten te verbeteren (Dixon et al., 2001; Lobban et al., 2013; Sin, Jordan, Barley, Henderson & Norman, 2015; Yesufu-Udechuku et al., 2015). **(Niveau A_4)**
 - Kinderopvang, ondersteuning op school, etc. (Maciejewski et al., 2017; MacCourt et al., 2013). **(Niveau A_4)**
 - Relatie- of gezinstherapie waarbij de zorggebruiker en het gezin samen door één of meerdere therapeut(en) begeleid worden (MacCourt et al., 2013). **(Niveau A_4)**
 - Eén of enkele individuele therapeutische sessies of een volledig individueel begeleidingstraject voor naasten van de zorggebruiker. **(Niveau A_6)**
 - Informatie over of doorverwijzing naar sociale en financiële diensten (bv. voor het regelen van premies en tegemoetkomingen of voor vragen rond de combinatie van werk en zorg zoals tijdskrediet of verlof voor medische bijstand) of gezinshulp. **(Niveau A_6)**
 - Het meegeven van informatie over de sociale rechten van naasten en administratieve informatie. **(Niveau A_6)**
- Zoek samen met de naasten naar de ondersteuning die past bij hun voorkeuren en mogelijkheden. Dit moet niet steeds professionele hulpverlening zijn, ook ondersteuning van het eigen netwerk of van lotgenoten kan versterkend werken. Zorg voor een gepaste doorverwijzing, wanneer de voorziening niet in de mogelijkheid is om zelf de gevraagde ondersteuning aan te bieden (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016; NICE, 2011). **(Niveau A_4)**
- Zorg ervoor dat de naasten ondersteuning krijgen van een andere hulpverlener dan de behandelende hulpverlener van de zorggebruiker. **(Niveau A_4)**
- Faciliteer de toegang tot het externe ondersteuningsaanbod door naasten aan te moedigen om ondersteuning toe te laten en hen de nodige contactgegevens te bezorgen. Familie-

ervaringsdeskundigen kunnen hier een faciliterende rol spelen (MacCourt et al., 2013; Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2016; Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016; NICE, 2011; Vermeulen et al., 2015). **(Niveau A_3)**

- Werk voor de doorverwijzing samen met diensten en voorzieningen binnen het netwerk (bv. sociale diensten, diensten gezinszorg en andere GGZ-diensten) zodat de naasten gemakkelijk tussen voorzieningen kunnen navigeren en er garantie is op continuïteit in de ondersteuning (MacCourt et al., 2013). Zorg ervoor dat het overzicht van diensten en voorzieningen en hun ondersteuningsaanbod steeds up-to-date is. **(Niveau A_4)**
- Overweeg om een gesprek met de eindverantwoordelijke van de begeleiding of behandeling (bv. de arts) te laten plaatsvinden wanneer de naasten hier nood hebben aan een dergelijk gesprek en de zorggebruiker hiermee instemt. Laat het gesprek bij voorkeur doorgaan in aanwezigheid van de zorggebruiker. **(Niveau A_6)**

DEEL 2: OMGAAN MET SPECIFIEKE SITUATIES

1 Naasten betrekken bij een doorverwijzing of afronding

Aanbevelingen:

- Garandeer bij een doorverwijzing in de hulpverlening dat de betrokkenheid van naasten zo goed mogelijk gecontinueerd wordt (NICE, 2011). Zorg ervoor dat de wijze van betrokkenheid (informereren, ondersteunen en/of een actieve rol opnemen tijdens de begeleiding) wordt verdergezet door de nieuwe hulpverlener. Zit indien mogelijk samen met de nieuwe hulpverlener, de zorggebruiker en de naaste. **(Niveau A_4)**
- Schenk aandacht aan de (emotionele) impact die een doorverwijzing heeft op het leven van de zorggebruiker en de naasten en ga hierover in gesprek (Clibbens et al., 2019). Een doorverwijzing kan veel veranderingen met zich meebrengen en dus grote gevolgen hebben (bv. een andere regio, een meer gesloten of open afdeling, een overgang van ambulantly naar residentieel of omgekeerd, een nieuwe diagnose, een nieuwe therapie, etc.). **(Niveau A_2)**
- Overweeg om de contactgegevens van naasten en andere relevante informatie over hen door te geven aan de voorziening of de hulpverlener die de zorg overneemt, voor zover de zorggebruiker en de naasten zich hier niet tegen verzetten. **(Niveau A_6)**
- Overweeg om in gesprek te gaan met de naasten en de zorggebruiker om hen te informeren over de nieuwe hulpverlener, afdeling en/of voorziening die de zorg zal overnemen. **(Niveau A_6)**
- Overweeg om naasten tijdig te informeren over een doorverwijzing en aan te geven wanneer de doorverwijzing zal plaatsvinden. **(Niveau A_6)**
- Overweeg om naasten te betrekken bij het afronden van een begeleiding. Leg hen in begrijpelijke taal uit wat er tijdens de begeleiding is gebeurd en hoe zij hier als naasten in de thuisomgeving verder mee aan de slag kunnen. Reik hen tools en methodieken aan, zoals bv. het gezamenlijk opgestelde signaleringsplan, om de zorg thuis verder te zetten en hun draagkracht verder te versterken. **(Niveau A_6)**

2 Wanneer er sprake is van suïcidale gedachten of suïcidaal gedrag

Alle bovenvermelde topics en aanbevelingen gelden ook voor zorggebruikers met suïcidale gedachten of gedrag. De werkwijze om naasten te betrekken is in principe hetzelfde, al zijn er enkele aandachtspunten. Deze aandachtspunten worden hieronder weergegeven.

De MDR over de detectie en behandeling van suïcidaal gedrag (Aerts, Dumon, van Heeringen, & Portzky, 2017) werd in 2017 ontwikkeld door het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP) in opdracht van de Vlaamse overheid en in het kader van het Vlaams Actieplan Suïcidepreventie (<https://sp-reflex.zelfmoord1813.be/pdf/richtlijn.pdf>). De MDR beoogt hulpverleners te helpen bij het detecteren en behandelen van suïcidale gedachten en gedrag (Aerts et al., 2017). Inhoudelijk is de MDR opgedeeld in zes onderdelen: (1) inleiding, (2) detectie, (3) interventies, (4) na een suïcidepoging, (5) na een suïcide en (6) beleid. De zes onderdelen bevatten heel wat aanbevelingen die betrekking hebben op naasten.

Deze aanbevelingen, alsook de inleidende stukken, van de MDR worden hier letterlijk overgenomen. Hier en daar werden de aanbevelingen aangevuld met interpretaties en resultaten afkomstig van het eigen onderzoek. Alle aanvullingen en nuanceringen zijn weergegeven in cursief. In samenwerking met het VLESP werden de aanbevelingen ook geherstructureerd om herhaling te voorkomen.

2.1 Inleiding

Aanbevelingen:

- Het is na te streven de suïcidale persoon te motiveren en actief te stimuleren om de omgeving – in de mate van het mogelijke en wanneer de situatie en context er zich toe leent – te betrekken in de verschillende fases van de hulpverlening, van aanmelding tot nazorg.
- Naasten kunnen op verschillende vlakken een rol spelen in de hulpverlening:
 - *Ook in het omgaan met naasten van een suïcidale persoon blijft de juiste basishouding belangrijk [zie Deel 1: zorgen voor de juiste basishouding].*
 - Zij kunnen zelf informatie bieden over de betrokkene (bv. over eerdere pogingen, recente ingrijpende levensgebeurtenissen of veranderingen) en meedenken over de hulp die nodig is. *Ga omzichtig om met informatie die naasten in vertrouwen delen, maak de afweging of deze informatie ook gedeeld moet worden met de zorggebruiker [zie Deel 1, topic 4.4: wanneer naasten informatie over de zorggebruiker geven].*
 - Ze kunnen hulp en steun bieden bij de opvang en begeleiding van de suïcidale persoon en bij de evaluatie van de behandeling.
 - Door hen te betrekken kunnen zij meer bewust gemaakt worden van het belang van verdere hulpverlening. Wanneer zij een positieve houding hebben ten opzichte van hulpverlening, kan dit tot gevolg hebben dat de betrokkene meer bereid is om in te gaan op deze vervolgzorg.
 - Zij kunnen ook zelf behoefte hebben aan psycho-educatie, steun en hulp. Het samenleven met iemand met zelfmoordgedachten of iemand die een poging ondernam kan immers een grote emotionele impact hebben op naasten (Ferrey et al., 2016).
- Vooraleer over te gaan tot het betrekken van naasten, respecteer voldoende de autonomie van de suïcidale persoon en stimuleer hem/haar de regie zelf in handen te nemen. Probeer op een actief coachende manier eerst samen de problemen in kaart te brengen, mogelijke oplossingen te zoeken, om vervolgens zorgvuldig en in overleg na te gaan of de situatie en context er zich toe leent om naasten te betrekken [zie Deel 1, topic 1.3: rekening houden met de voorkeuren van de zorggebruiker en naasten].
- Wanneer de suïcidale persoon er niet meteen voor open staat, is het belangrijk de voordelen hiervan toe te lichten en de persoon voldoende en actief te motiveren en stimuleren. Voornamelijk bij kinderen en jongeren is dit motivatieproces essentieel [zie Deel 1, topic 1.3.3: een terughoudende houding bij de zorggebruiker].
- De mate waarin naasten betrokken worden, moet in overeenstemming zijn met hun bereidheid en hun draagkracht. *Ga na wat naasten nodig hebben om de situatie te kunnen dragen en bied de nodige ondersteuning.*

- In een gesprek met naasten kunnen volgende aspecten aan bod komen:
 - Psycho-educatie over hoe suïcidegedachten en -gedrag kunnen ontstaan en zich kunnen ontwikkelen, waarschuwingssignalen, het verhoogde risico na verlof of na ontslag, ...
 - Stilstaan bij wat aanleiding gaf tot suïcidale gedachten en/of gedrag bij de betrokkene.
 - Stilstaan bij het belang van behandeling, welke eerste interventies nodig zijn en welke mogelijkheden er op langere termijn zijn.
 - Stilstaan bij de emoties van naasten.
 - *Stilstaan bij de impact die het suïcidale gedrag heeft op de naasten en hun dagelijks leven, in het bijzonder bij minderjarige naasten.*
 - *Stilstaan bij de noden van de naasten en hoe hieraan tegemoetgekomen kan worden.*
 - Stilstaan bij wat naasten kunnen doen als de betrokkene kampt met een suïcidale crisis en hoe zij kunnen helpen instaan voor de veiligheid van de hulpvrager [zie topic 2.3: interventies]. Houd hierbij rekening met hun mogelijkheden en draagkracht. *Ga in dialoog na wat de mogelijkheden van naasten zijn en waar zij ondersteuning nodig hebben.*
- Het betrekken van ouders bij de begeleiding van suïcidale minderjarigen is erg belangrijk. Door in te zetten op het herstellen van verstoorde ouder-kind relaties, kunnen er opnieuw ondersteunende en beschermende relaties ontstaan en neemt de suïcidale ideatie af (Diamond, Diamond, & Levy, 2014).

2.2 Detectie

Om een goed zicht te krijgen op de kenmerken en oorzaken van de suïcidaliteit van de persoon kan het helpen om mensen uit de omgeving van de hulpvrager te betrekken (mits toestemming van de hulpvrager). Zij vormen immers een belangrijke bron van informatie en kunnen meer vertellen over de risico- en beschermende factoren die aanwezig zijn bij de suïcidale persoon (Aerts et al., 2017).

Aanbevelingen:

- *Wanneer signalen van suïcidaal gedrag worden waargenomen, wordt dit – wanneer de zorggebruiker ermee instemt – bij voorkeur mee gedeeld aan de naasten. Bespreek dit eerst met de zorggebruiker en leg uit waarom het zinvol is om naasten op de hoogte te brengen.*
- *Begeleid en ondersteun naasten om zelf met de zorggebruiker in gesprek te gaan over suïcide.*
- Inschatting suïciderisico: betrek, mits toestemming van de hulpvrager, de naasten en eventuele betrokken hulpverleners (bv. huisarts) van de hulpvrager bij deze inschatting. Zij kunnen relevante informatie verstrekken over het suïcidale gedrag en/of de hulpvrager (Magne-Ingvar & Ojehagen, 1999).
- Geef de naasten uitleg over suïcidaal gedrag en het belang van behandeling, en maak veiligheidsafspraken [zie topic 2.3: interventies]. Geef echter geen persoonsgebonden informatie wanneer de zorggebruiker dit niet wil.

2.3 Interventies

Ook tijdens de behandeling is het aangewezen om naasten te betrekken en het behandelplan, mogelijke veiligheidsmaatregelen, afspraken over opvolging en nazorg met hen te bespreken.

Aanbevelingen:

- Breng de steunfiguren van de hulpvrager in kaart, dit is een standaard onderdeel van de safety planning interventie waarbij je samen met de suïcidale persoon nagaat bij wie hij/zij in de nabije omgeving terecht kan voor steun of een goed gesprek wanneer het niet goed gaat (zie ook www.zelfmoord1813.be/safetyplan). Dit kunnen vrienden of familie zijn, burens, een leerkracht of een andere vertrouwenspersoon [de vertrouwenspersoon is in deze richtlijn een dynamisch concept, zie Bijlage 1, topic 1.3: de vertrouwenspersoon].
- Het safety plan (*signaleringsplan*) kan vervolgens met de naasten besproken worden.
- Bespreek welke naasten betrokken kunnen worden bij de behandeling en wat hun rol in de verdere opvolging van de suïcidale persoon kan zijn.
 - *Geef aan dat naasten op verschillende wijzen betrokken kunnen worden, gaande van hen informeren tot een actieve rol in de begeleiding of nazorg. Ook in deze actieve rol zijn er verschillende gradaties.*
 - Naasten kunnen bijvoorbeeld betrokken worden om de veiligheid in de thuisomgeving te verhogen (bv. goed opbergen van medicatie, scherpe voorwerpen of andere middelen) en verhoogd toezicht te houden (bv. bij het innemen van medicatie, ervoor zorgen dat de persoon niet alleen thuis is). Dit kan grote aanpassingen of implicaties inhouden voor naasten. Met de betrokkene en de naasten (ouders, partner, of vrienden) moet dan ook afgetoetst worden in welke mate dit haalbaar is, om vervolgens afspraken hierover vast te leggen.
 - Zorg dat naasten hier voldoende op voorbereid worden en dat hun rol hierin ook erkend en gewaardeerd wordt. Een snelle ondersteuning van de naasten en erkenning van de emotionele belasting voor hen is in deze context cruciaal. Voorzie een contactpersoon tot wie naasten zich kunnen richten met vragen. *Geef aan de naasten mee waar en bij wie ze terecht kunnen bij (een vermoeden van) suïcidaal gedrag. Naasten kunnen bv. contact opnemen met de voorziening, andere GGZ-voorzieningen, spoeddiensten, de Zelfmoordlijn 1813, de huisarts, etc.*
 - *Maak duidelijke afspraken over de veiligheidsmaatregelen en de rol van de zorggebruiker, de naasten en de hulpverlener hierin.*
 - *Vraag na welke ondersteuning naasten hierbij nodig hebben en volg dit verder op.*
- *Heb oog voor minderjarige naasten. Vraag na of de zorggebruiker zorgdraagt voor minderjarigen (Kindreflex). Betrek kinderen en jongeren op een manier die aangepast is aan hun leeftijd en ontwikkelingsniveau [zie Deel 1, topic 2.1: kinderen en jongeren als naaste].*
- De zorgbehoeften komen niet altijd overeen met het beschikbare zorgaanbod. Zo hebben de suïcidale persoon en de naasten vaak nood aan advies en informatie of hulp bij problemen op het vlak van huisvesting, financiën en verzorging; terwijl hulpverleners vaak eerder een psychiatrische behandeling, medicatie, of psychotherapie voorstellen.

Ondersteun naasten op verschillende vlakken:

- *Dit begint al bij het onthalen van naasten. Zorg ervoor dat zij zich welkom voelen.*
 - *Ga na welke noden en behoeften de naasten hebben op vlak van ondersteuning. Stem de aard van ondersteuning hierop af. Bespreek de noden zo veel mogelijk in dialoog.*
 - *Regel ondersteuning voor de naasten in de mate van de eigen mogelijkheden of zorg voor een gepaste doorverwijzing.*
 - *De noden van minderjarige naasten kunnen verschillend zijn. Ontvang hen op een kindvriendelijke manier en ga ook met hen in gesprek over waar zij nood aan hebben.*
- Het is belangrijk om het behandelplan regelmatig te evalueren (en indien nodig bij te stellen) door het effect na te gaan op suïcidale (en andere) klachten en te polsen naar de tevredenheid van de persoon en diens naasten. Bespreek ook met de naasten de resultaten van en eventuele veranderingen in de behandeling.
 - *Bied ondersteuning om relaties met naasten terug op te bouwen en hun draagkracht te versterken.*

2.4 Na een suïcidepoging

De organisatie van vervolgzorg en de toeleiding van de suïcidepogger en de naasten hiernaartoe, zijn cruciaal. Hiervoor dient een psychosociale en psychiatrische evaluatie plaats te vinden (Aerts et al., 2017).

Aanbevelingen:

- Het is belangrijk dat zowel de hulpvrager als de naasten ermee akkoord gaan dat naasten bij de zorg betrokken worden. Hou hierbij rekening met de draagkracht en de bereidheid van de naasten om betrokken te worden en zorg ervoor dat de samenwerking in overeenstemming is met de privacywetgeving en het beroepsgeheim.
Bevraag de voorkeuren van de zorggebruiker en de naasten bij het samenwerken. Ga na wat naasten nodig hebben om deze rol te kunnen dragen. Zorg ervoor dat er geen persoonsgebonden informatie over de zorggebruiker gedeeld wordt tijdens de samenwerking, wanneer de zorggebruiker hier geen toestemming voor geeft.
- Niet alleen de suïcidepogger zelf, maar ook diens omgeving, andere betrokken hulpverleners (bv. psychiatrisch verpleegkundigen) en de huisarts kunnen belangrijke informatiebronnen zijn voor het in kaart brengen van de ruimere context van de suïcidepoging. Vaak beschikken zij immers over informatie met betrekking tot psychische aandoeningen in het heden of verleden, eerdere pogingen, de structuur van het sociale vangnet, psychotrauma's of andere risico- en beschermende factoren. Daarnaast kunnen zij ook een rol spelen in het bewaken van de zorgcontinuïteit en het doorgeven van informatie naar de volgende hulpverlener bij transfers.
- Heb ook aandacht voor de naasten van de suïcidepogger door:
 - Hen bij de opvang en de zorg voor de suïcidepogger te betrekken.
 - Indien nodig te voorzien in opvang en ondersteuning van naasten, medepatiënten en betrokken hulpverleners.

- Suïcidepogers hebben een grote nood aan hulp, zowel op medisch/psychologisch als op sociaal vlak (Cedereke & Ojehagen, 2007). Wat de medische/psychologische hulp betreft, kunnen ze meestal terecht bij professionele hulpverleners, maar die hebben soms minder de mogelijkheid om te voorzien in hulp op sociaal vlak (bv. gezelschap, dagactiviteiten). Informele hulpbronnen, zoals familie en vrienden, kunnen hier een belangrijke rol spelen. Ook op andere vlakken kan de omgeving helpen, bijvoorbeeld door te zorgen voor een warme, ondersteunende en zorgende omgeving voor de suïcidepogers, door mee alert te zijn voor waarschuwingssignalen van een verhoogde suïcidaliteit of door eigen copingvaardigheden en levenslessen te delen (Lobo Prabhu, Molinari, Bowers, & Lomax, 2010).
- Stel samen met de suïcidepogers en diens naasten een safetyplan op. *Ga eerst na of de zorggebruiker bereid is om zijn naasten hierbij te betrekken* [zie topic 2.1: inleiding en Deel 1, topic 1.3: rekening houden met de voorkeuren van de zorggebruiker en de naasten].
- Als je zelf geen verdere begeleiding kan aanbieden, bekijk dan samen met de hulpvrager (en diens naasten en eventuele andere betrokken hulpverleners) welke andere vormen van hulpverlening en begeleiding er mogelijk zijn binnen en buiten de huidige zorginstelling.
 - Informeer de suïcidepogers en diens naasten over de verdere hulpmogelijkheden.
 - *Zorg er bij een doorverwijzing voor dat de betrokkenheid van naasten op dezelfde manier wordt verdergezet.*

2.5 Aandachtspunten bij jonge suïcidepogers

Een suïcidepoging van een kind heeft een grote impact op de ouders en het gezin (Ferrey, Hughes, & Simkin, 2016).

Aanbevelingen:

- De ouders van een jonge suïcidepogers kunnen een rol spelen bij het in kaart brengen van de context van het suïcidale gedrag van de jongere, maar kunnen ook een meer actieve rol spelen in de opvolging van de jongere. De ouders van een jonge suïcidepogers beschikken vaak over veel achtergrondinformatie die van belang kan zijn bij het inschatten van het huidige suïciderisico en het zoeken naar de juiste interventie.
- Het betrekken van ouders kan echter enkel mits toestemming van de jongere, dus het is van belang dat de jongere hiertoe gemotiveerd en aangemoedigd wordt.

Deze aanbeveling geldt enkel voor wat betreft het geven van persoonsgebonden informatie wanneer de minderjarige beslissingsbekwaam is [zie Deel 1, topic 2.2.2: een terughoudende houding bij de minderjarige zorggebruiker]. *Ga daarom na of de jongere beslissingsbekwaam is om een beslissing te nemen over het betrekken van naasten.*

Wanneer de jongere beslissingsonbekwaam is, zijn de ouders of is de voogd de wettelijke vertegenwoordiger. Als wettelijke vertegenwoordiger van de minderjarige hebben ouders recht op de informatie die nodig is om samen met of voor hun kind beslissingen te nemen. Het is van belang om het kind minstens op de hoogte te brengen van de informatieoverdracht en het waarom van deze overdracht.

Wanneer de jongere beslissingsbekwaam is, is zijn toestemming nodig om de ouders te betrekken. Er wordt aanbevolen om bij jongeren aanklappend te werken om ouders te betrekken, zeker gezien de steun en de betrokkenheid van ouders een verschil kunnen maken (Diamond et al., 2014). Voer een exploratief gesprek met de jongere over de beweegredenen om zijn ouders niet te betrekken. Zet in op het herstellen van de relatie en ondersteun de jongere en de ouders hierin. Zolang de jongere geen toestemming geeft om persoonsgebonden informatie aan zijn ouders te geven, kan met de ouders wel niet-persoonsgebonden informatie gedeeld worden [zie Deel 1, topic 4.2: niet-persoonsgebonden informatie geven aan naasten].

- Bespreek, mits toestemming van de jongere, de suïcidepoging met de ouders van de jongere en eventuele andere betrokken hulpverleners (bv. psycholoog of huisarts). Vraag de ouders, liefst in het bijzijn van hun kind, naar hun inzichten in, en verklaringen voor het suïcidale gedrag van hun dochter of zoon.
- Wees bedacht op ernstige gezinsconflicten (mishandeling, misbruik) die mogelijk van invloed zijn op het suïcidale gedrag. Ook in dergelijke omstandigheden is het echter van belang de ouders bij de zorg te betrekken. Bovendien zal de jongere meer bereid zijn om in te gaan op verdere hulpverlening wanneer de ouders een positieve houding hebben ten opzichte van hulpverlening (Hulten, Wasserman, & Hawton, 2000).

Binnen de richtlijn 'naasten sterker betrekken in de GGZ' wordt er gesproken over verstoorde relaties i.p.v. over gezinsconflicten. Bekijk of een ongezonde of verstoorde relatie tussen ouder en kind kan hersteld worden. Vraag na wat er goed loopt en wat er minder goed loopt in de relatie. Bied ondersteuning in het terug opbouwen of herstellen van de relatie.

- De ouders van een jonge suïcidepogger kunnen ook een belangrijke rol spelen in de verdere opvolging. De ouders zijn immers vaak degenen die het eerst kunnen ingrijpen bij een suïcidale crisis van hun kind. Licht de ouders in over het gevaar op herhaald suïcidaal gedrag, uitlokkende omstandigheden, waarschuwingssignalen en de rol van alcohol en drugs bij het intensiveren van het suïcidale gedrag.
- Maak afspraken met de ouders omtrent de veiligheid van hun kind. Benadruk dat eventuele middelen om zelfmoord te plegen zo weinig mogelijk toegankelijk mogen zijn voor de jongere en dat de jongere zeker in de eerste weken na de poging niet alleen gelaten mag worden.
- Zorg voor overeenstemming over het belang van een behandeling en maak een afspraak voor een vervolcontact op korte termijn of zorg dat de huisarts deze rol kan opnemen.
- Zorg ervoor dat de ouders in crisissituaties een betrokken hulpverlener kunnen bereiken, dit kan de hulpverlener zijn die instond voor de eerste opvang, maar ook de huisarts kan hierin een rol spelen.
- Belangrijk hierbij is dat er gepeild wordt naar de draagkracht van de ouders om deze rol op te nemen. Soms hebben de ouders ook zelf nood aan ondersteuning. We bevelen dan ook aan om na een suïcidepoging van een kind sensitief te zijn voor de emotionele impact die dit heeft op de ouders en om aangepaste psycho-educatie en ondersteuning aan ouders te bieden.

Een suïcidepoging heeft niet enkel een emotionele impact op de ouders, maar ook op broers en zussen. Wees sensitief voor de emotionele impact die de suïcidepoging heeft op de ouders en broers of zussen en bied aangepaste psycho-educatie en ondersteuning aan. Ga daarnaast ook na welke andere naasten (klasgenoten, burens, vrienden, leraren, etc.) nood hebben aan ondersteuning.

- Informeer de ouders en de jongere over de mogelijkheden tot verdere hulp.

2.6 Na een suïcide

Iedere suïcide heeft een rechtstreekse invloed op het psychisch welzijn van familie, vrienden en andere personen uit de omgeving van de overledene. Het rouwproces van nabestaanden vormt een complex gegeven, dat wordt gekenmerkt door het achterblijven met grote onbeantwoorde vragen en heftige emoties. Daardoor vormen nabestaanden een kwetsbare groep die bijzondere aandacht en ondersteuning verdient, ze blijken immers een verhoogd risico te hebben op een bemoeilijkt rouwproces, evenals een verhoogd suïciderisico (Stroebe et al., 2007; Young et al., 2012).

Aanbevelingen:

- De eerste fase van de opvang bestaat uit het informeren van de nabestaanden na de suïcide. Het is hierbij aan te raden om open en direct te communiceren over het overlijden. Het is ook belangrijk de nabestaanden de mogelijkheid te bieden om de overledene te groeten.
- Als de persoon in behandeling was op het moment van de suïcide is het gebruikelijk dat de (hoofd-) behandelaar deze verantwoordelijkheid op zich neemt. Licht in dit geval onmiddellijk de familie of andere nabestaanden en betrokkenen in en organiseer de opvang (plaats, moment, wie is aanwezig). Je kan het gesprek eventueel samen voeren met andere hulpverleners van de praktijk of instelling, en indien mogelijk samen met degenen die kort voor het overlijden nauw bij de persoon betrokken waren.
- Dikwijls zijn familieleden al op de hoogte gebracht door de politie of andere hulpverleningsdiensten, of heeft een familielid of vriend de persoon na de suïcide gevonden. Ook in die gevallen neemt de verantwoordelijke hulpverlener contact op met de familie.

Naasten die geen familie zijn, kunnen mits toestemming van de familie gecontacteerd worden. Ondersteun de familie wanneer zij zelf de andere naasten op de hoogte willen brengen.

- In vergelijking met rouwprocessen bij het verlies van een naaste door een andere doodsoorzaak dan suïcide, rapporteren nabestaanden na het verliezen van iemand door suïcide meer intense gevoelens van afwijzing, schaamte, stigma en schuld (Sveen & Walby, 2008). Het is aangeraden om begripvol te polsen naar de – vaak voorkomende – emoties.
- Daarnaast hebben nabestaanden een grotere behoefte aan het begrijpen van de oorzaak en de aanleiding van de suïcide (Sveen & Walby, 2008). Het zoeken naar antwoorden is dan ook essentieel voor de verwerking van de suïcide. Dit kan onder meer betekenen dat de familie zoveel mogelijk informatie wil hebben om de suïcide te kunnen begrijpen. Aanbevolen wordt om binnen de grenzen van het beroepsgeheim alle informatie te geven die dit doel kan dienen.

De privacy van de zorggebruiker moet ook na zijn overlijden gewaarborgd blijven. Omdat het niet langer mogelijk is om de zorggebruiker te vragen welke persoonsgebonden informatie hij wenst te delen, geldt als uitgangspunt dat er geen persoonsgebonden informatie met de naasten gedeeld wordt.

Wanneer de echtgenoot, de wettelijk samenwonende partner, de partner en de bloedverwanten tot en met de tweede graad hierom vragen, kunnen de doodsoorzaak en de omstandigheden van het overlijden met hen gedeeld worden, voor zover de zorggebruiker zich hier bij leven niet uitdrukkelijk tegen verzet heeft (orde der artsen advies a105001).

Overige naasten krijgen geen toegang tot persoonsgebonden informatie over de overleden zorggebruiker. Geef daarom geen nieuwe persoonsgebonden informatie over de zorggebruiker, maar gebruik niet-persoonsgebonden informatie en persoonsgebonden informatie die de naasten ontvingen voor het overlijden om een antwoord te bieden op hun vragen en noden.

- Korte termijn: gesprek
 - Trek voldoende tijd uit voor het gesprek.
 - Spreek geen oordeel over zelfdoding uit.
 - Geef algemene informatie mee over zelfmoord (om deels tegemoet te komen aan de waaromvragen) en algemene informatie over rouwen en mogelijke reacties.
 - *Voorzie gepaste informatie voor minderjarige naasten en sta open voor vragen van de minderjarigen.*
 - Beraag en breng de draagkracht en draaglast, steun van de omgeving, coping mechanismen in kaart.
 - Bied de mogelijkheid voor een nieuwe afspraak.
 - Geef mogelijkheden mee voor verdere psychologische, praktische en juridische hulp.
 - Geef nuttige telefoonnummers en adressen mee (CAW slachtofferhulp, Zelfmoordlijn 1813).
 - Breng hen op de hoogte van de werking van Werkgroep Verder en hun aanbod voor lotgenotencontact in Vlaanderen.
- Middellange termijn: reconstrueren
 - In een tweede fase staat een reconstructie van de gebeurtenissen centraal, wat de hulpverlener samen met de familie en omgeving opneemt.
 - Belangrijk is om hierbij rekening te houden met de eisen die de wet stelt aan de bescherming van de privacy van de patiënt. Ook na het overlijden van een patiënt door suicide blijft immers het beroepsgeheim gelden en mag er slechts beperkte info worden meegegeven.

Dit betekent dat er geen (nieuwe) persoonsgebonden informatie mag gedeeld worden met naasten na de dood van de zorggebruiker. Zet in de eerste plaats in op het ondersteunen van de naasten. Ga in op hun noden en vragen, zonder hierbij nieuwe persoonsgebonden informatie te geven. Geef bij het beantwoorden van 'waarom'-vragen geen nieuwe persoonsgebonden informatie aan naasten. Het is wel mogelijk om als antwoord niet-persoonsgebonden informatie en persoonsgebonden informatie te geven waarover de naaste reeds voor het overlijden beschikte. Leg uit waarom er geen nieuwe persoonsgebonden informatie gedeeld mag worden.

In de afweging tussen de privacy van de overledene en de belangen van belangrijke naasten, kent de Wet patiëntenrechten aan echtgenoot, wettelijk samenwonende partner of partner en aan bloedverwanten tot en met de tweede graad het recht toe om het dossier van de overleden zorggebruiker in te kijken (art. 9, §4 WPR). Dit recht verleent de genoemde naasten niet automatisch inzage in het dossier, de naasten moeten steeds de inzage van het dossier vragen. Dit verzoek moet voldoende gemotiveerd en gespecificeerd zijn en de zorggebruiker mag zich hier bij leven niet

uitdrukkelijk tegen verzet hebben. De zoektocht naar antwoorden op het waarom van het overlijden kan een reden zijn voor zo'n verzoek.

De genoemde naasten mogen het dossier evenwel niet zelf inkijken, maar moeten dit doen via een door hen gekozen beroepsbeoefenaar die ze vertrouwen (bv. de huisarts). Enkel de aangeduide hulpverlener mag het dossier inkijken en gaat daarna met de informatie naar de naasten. De aangeduide hulpverlener deelt enkel informatie die relevant is om een antwoord te bieden op het verzoek van de naasten. Hij probeert in alledaagse en begrijpbare taal een antwoord te formuleren op de vragen van de naasten. Andere informatie uit het dossier wordt niet gedeeld. Hierdoor wordt de privacy van de zorggebruiker zo veel mogelijk gerespecteerd.

- Lange termijn: consolideren
 - In deze fase dienen hulpverleners professionele psychologische opvang en/of zorg voor nabestaanden aan te bieden en indien nodig door te verwijzen. Dit kan in onderlinge afstemming met de huisarts. Deze fase is in het bijzonder belangrijk voor nabestaanden met een expliciete hulpvraag en/of een verhoogd risico op suïcidaal gedrag [zie topic 2.1: inleiding] en/of problemen in de rouwverwerking.
 - Het wordt dan ook aanbevolen om in de opvang en verdere begeleiding van nabestaanden hun eigen herstellend vermogen aan te moedigen, evenals het gebruikmaken van steun uit het eigen netwerk en uit lotgenotencontact (Van Hemert et al., 2012).
 - Wees bewust van en alert voor het verhoogd suïciderisico bij nabestaanden.
 - Overweeg bij gecompliceerde rouw bij nabestaanden het aanbieden van rouwinterventies. *Verwijs indien nodig door naar andere organisaties/voorzieningen.*

3 Omgaan met naasten tijdens een crisissituatie

3.1 Voorafgaand aan een crisis

Aanbevelingen:

- Blijf de basishouding hanteren in het omgaan met naasten bij een zorggebruiker in crisis [zie Deel 1: zorgen voor de juiste basishouding].
- Stel een signaleringsplan op maat van de zorggebruiker op om toenemende emotionele spanning vroegtijdig te detecteren en manieren te inventariseren waarop de hulpverleners, de zorggebruiker en de naasten het best reageren in deze situatie. Het plan wordt opgesteld met het oog op vroeg-signalering en de preventie van escalatie of crisis. De naasten kunnen een belangrijke rol spelen bij het opstellen en het uitvoeren van een dergelijk plan (Aerts et al., 2017; Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2016; Peeters et al., 2019). Vraag daarom bij het opstellen van een signaleringsplan aan de zorggebruiker hoe hij naasten wil betrekken tijdens een crisis. Herbekijk het signaleringsplan regelmatig, want de voorkeuren van de zorggebruiker hieromtrent kunnen veranderen. **(Niveau A_4)**
- Overweeg om naasten te betrekken bij het opstellen en het herbekijken van het signaleringsplan met het oog op de toekomstige preventie van crisissen voor zover de zorggebruiker dit toestaat. Naasten kunnen reeds ervaring hebben met de zorggebruiker in crisis en waardevolle informatie geven over de signalen en het risico op onveilig gedrag tijdens een crisis. Vraag ook na op welke wijze naasten

een rol kunnen spelen in het wegnemen van spanningen tijdens een crisissituatie en neem deze informatie mee op in het signaleringsplan (Peeters et al., 2019). **(Niveau A_5)**

- Overweeg om naasten te betrekken bij het uitvoeren van het signaleringsplan. Geef het plan aan de naasten mee en verduidelijk wat er van hen verwacht wordt, zodat ze thuis een crisis kunnen opvangen. **(Niveau A_6)**
- Overweeg om na te vragen of naasten betrokken willen worden bij het afhandelen van een crisis, gezien dit voor hen belastend kan zijn. **(Niveau A_6)**
- Zorg ervoor dat wanneer er een crisissituatie dreigt, de intensiteit van de zorg verhoogd wordt om een (gedwongen) opname te voorkomen. Houd hierbij rekening met de draagkracht van de naasten en/of bied hun ondersteuning (Aerts et al., 2017; Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2016; Wheeler et al., 2015). Een (dreigende) crisis hoeft niet altijd te resulteren in een (gedwongen) opname, maar kan ook thuis opgevangen worden door bijvoorbeeld een mobiel crisisteam. Dit betekent mogelijk een extra belasting voor de naasten, maar is op lange termijn waarschijnlijk minder traumatisch voor de zorggebruiker. **(Niveau A_1)**
- Overweeg om naasten te laten weten waar ze terecht kunnen om hun vermoeden van een naderende crisis te melden, zodat hierop kan worden ingezet. Het gaat hierbij om informatie die naasten (in vertrouwen) met de hulpverlener delen, waarbij een afweging gemaakt moet worden of deze informatie ook gedeeld moet worden met de zorggebruiker [[zie Deel 1, topic 4.4: wanneer naasten informatie over de zorggebruiker geven](#)].
- Overweeg om ondersteuning te bieden en informatie te geven aan de naasten om de naderende crisis op te vangen of te voorkomen. **(Niveau A_6)**

3.2 Tijdens een crisis

Aanbevelingen:

- Houd tijdens een crisis rekening met de ondersteuningsnoden van naasten, want een crisis is ook voor hen vaak traumatiserend. Het gaat gepaard met gevoelens van stress, schuld (het niet kunnen vermijden van een crisis of het moeten laten opnemen van de zorggebruiker), angst, bezorgdheid en/of hopeloosheid (Brennan et al., 2016; Frederick et al., 2018; Lavoie, 2018; Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2016). Wanneer er noden zijn, zorg er dan voor dat deze zo snel mogelijk vervuld worden. Naasten kunnen in crisissituaties nood hebben aan informatie over het verloop en de aanpak van de crisis en aan ondersteuning (Clibbens, Berzins & Baker, 2019; Lavoie, 2018; NICE, 2011). **(Niveau A_2)**
- Betrek naasten tijdens een crisis van zodra dit mogelijk is om tegemoet te komen aan hun noden. Houd in het bijzonder rekening met de noden van minderjarige naasten en de impact die een crisis op hen heeft. Zorg ervoor dat iemand uit het team, een hulpverlener of een (familie-)ervaringsdeskundige de naasten kan opvangen of ondersteunen tijdens een crisissituatie (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2016; Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016; NICE, 2011). **(Niveau A_4)**
- Geef in de mate van het mogelijke antwoord op vragen waarmee naasten tijdens een crisis zitten (bv. wat de aanleiding voor de crisis was en of de crisis te voorkomen was), zonder evenwel persoonlijke informatie te geven wanneer de zorggebruiker dit niet wil. Een crisis is op zichzelf geen

geldige reden om persoonsgebonden informatie te geven aan naasten wanneer de zorggebruiker dit niet wil (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016). Een uitzondering hierop vormt de noodtoestand [zie Deel 3, topic 1.2.2: informatie geven aan naasten zonder toestemming van de zorggebruiker – de noodtoestand] **(Niveau B_1)**

- Overweeg om aan de naasten uit te leggen wat er aan de hand is. Deel de informatie in begrijpbare taal aan hen mee, geef hen de mogelijkheid om vragen te stellen of zelf informatie te geven en ga regelmatig na of ze alles begrepen hebben. Door de emoties gaat bepaalde informatie soms verloren. Overweeg daarom ook om op een later ogenblik opnieuw contact op te nemen met de naasten om na te gaan of de informatie duidelijk was. **(Niveau A_6)**
- Probeer tijdens de crisissituatie het gesprek met de zorggebruiker over het betrekken van naasten open te houden wanneer hierover geen afspraken gemaakt zijn. Leg uit waarom het betrekken van naasten voor hem en de naasten belangrijk is (NICE, 2011). Als de zorggebruiker weigert om zijn naasten te betrekken tijdens de crisis, zorg er dan voor dat naasten terecht kunnen bij een (andere) hulpverlener, een lotgenotengroep of een (familie-)ervaringsdeskundige. **(Niveau A_4)**
- Overweeg om naasten te betrekken bij het afhandelen van een crisis. Soms hebben ze al meerdere crisissen meegemaakt en weten ze wat wel en niet werkt tijdens een crisis. De naasten kennen de zorggebruiker immers al lang. Naasten brengen expertise mee, hebben waardevolle tips over het aanpakken van de crisis en hun aanwezigheid kan verzachtend werken. **(Niveau A_6)**
- Overweeg om aan te geven wat er van de naasten verwacht wordt en vraag na of dit haalbaar voor hen is en of zij hier de draagkracht voor hebben. Vraag na wat zij nodig hebben om de situatie te dragen. **(Niveau A_6)**
- Overweeg om een band met de naaste op te bouwen en gelegenheid te scheppen om de naaste verder te betrekken in de begeleiding wanneer een zorggebruiker tijdens een crisis vergezeld wordt door een naaste. Vraag na of de naaste, mits toestemming van de zorggebruiker, ook na de crisis verder deel wil uitmaken van de begeleiding. Na de crisis kan dan in een dialoog worden stilgestaan bij de ervaringen van de zorggebruiker en de naaste tijdens de crisis. **(Niveau A_6)**

3.3 Wanneer de crisis voorbij is

Aanbevelingen:

- Overweeg om kort na de crisissituatie een nabespreking te voeren met de zorggebruiker en betrek naasten voor zover de zorggebruiker hiermee instemt. Overweeg om aan te sturen op een gesprek in dialoog. Naasten spelen een belangrijke rol in het herstel van de zorggebruiker na een crisissituatie (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2016; Peeters et al., 2019). Ga bij de nabespreking ook in op de beleving van de naasten. Een crisis kan voor iedereen een keerpunt zijn. **(Niveau A_5)**
- Overweeg om een afzonderlijke nabespreking met de naasten te laten plaatsvinden wanneer de zorggebruiker niet instemt met een nabespreking in dialoog. Een nabespreking is niet enkel in het belang van de zorggebruiker, maar ook in het belang van de naasten. Het vermindert bij naasten het risico op secundaire traumatisering¹ en helpt hen om gevoelens van angst en machteloosheid een

¹ Naasten blijven niet onberoerd door het leed van de zorggebruiker. Ze leven met de zorggebruiker mee, worden geraakt door zijn leed en trekken zich dit aan. Deze gevoelens maken dat zij het trauma van de zorggebruiker ook

plaats te geven. Overweeg om tijdens dit gesprek in te gaan op hoe naasten de crisis hebben ervaren en wat de impact van de crisis op hen was. Schenk in het bijzonder aandacht aan de impact van de crisis op minderjarige naasten. Geef tijdens de nabespreking geen persoonsgebonden informatie over de zorggebruiker zonder zijn toestemming. **(Niveau A_6)**

- Overweeg om naasten zo snel mogelijk in contact te brengen met familie-ervaringsdeskundigen en/of lotgenoten(groepen), om met anderen over hun ervaring te kunnen spreken. **(Niveau A_6)**
- Overweeg om na afloop van de crisis het signaleringsplan met de zorggebruiker en de naasten te herbekijken. Overweeg om waar nodig de inhoud van het plan aan te passen om een nieuwe crisis te voorkomen (Peeters et al., 2019). **(Niveau A_5)**
- Overweeg om samen met de zorggebruiker een signaleringsplan op te stellen wanneer dit nog niet eerder gebeurde. Overweeg om naasten te betrekken bij het opstellen van dit plan voor zover de zorggebruiker hiermee instemt. **(Niveau A_6)**
- Overweeg om ondersteuning te bieden om de relatie tussen de zorggebruiker en de naasten na een crisis terug op te bouwen. Tijdens een crisis kan de relatie tussen beide vertroebeld geraken wat niet hoeft te betekenen dat de relatie helemaal gebroken is (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2016; Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016). **(Niveau A_5)**
- Overweeg om niet enkel de zorggebruiker, maar ook de naasten voldoende te ondersteunen en informeren, wanneer een (gedwongen) opname ten gevolge van een crisis de eerste kennismaking van de zorggebruiker en zijn naasten met de GGZ is. Dit kan voor beiden een overweldigende ervaring zijn. De residentiële omgeving kan immers intimiderend overkomen (MacCourt et al., 2013). **(Niveau A_5)**

4 Wanneer de relatie tussen de naaste en de zorggebruiker verstoord is

Aanbevelingen:

- Wees steeds alert voor verstoorde of moeilijke relaties en probeer waar mogelijk in te zetten op herstel (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2016). **(Niveau A_4)**
- Overweeg om aandacht te hebben voor potentiële risicosituaties (bv. Intra-familiaal geweld) waarin meerderjarige en minderjarige zorggebruikers of naasten zich kunnen bevinden. Probeer zicht te krijgen op de thuissituatie en durf doorvragen bij een vermoeden van een risicosituatie. **(Niveau A_6)**
- Overweeg om bij minderjarige zorggebruikers of naasten die zich in een potentiële risicosituatie bevinden contact te nemen met de vertrouwenscentra kindermishandeling of de ondersteuningscentra jeugdhulp [zie bijlage 5: Kindreflex en Deel 1, topic 2: met kinderen en jongeren aan de slag gaan]. **(Niveau A_6)**
- Overweeg om bij meerderjarige zorggebruikers of naasten die zich in een potentiële risicosituatie bevinden informatie te geven over, door te verwijzen naar of in zeer acute gevaarsituaties zelf

voelen (secundaire traumatisering), in veel gevallen zullen zij ook letterlijk het trauma mee beleven. Hierdoor komen ze in een proces van uitputting terecht en voelen zich machteloos (Steunpunt algemene welzijnswerk, 2005)

contact op te nemen met de family justice centra, de sociale dienst van de politie of hulplijn 1712. **(Niveau A_6)**

- Overweeg om samen met de zorggebruiker na te gaan of een verstoorde relatie al dan niet hersteld kan worden en/of contact terug mogelijk is. Veel relaties zijn te herstellen en de hulpverlening kan hierin een sleutelrol spelen door de zorggebruiker te stimuleren en te ondersteunen om de relatie weer op te bouwen en de naasten waar mogelijk te betrekken. **(Niveau A_6)**
- Ga in gesprek met de zorggebruiker én de naaste(n), in dialoog, over de relatie wanneer herstel mogelijk is. De hulpverlener kan een belangrijke rol spelen in het heropstarten van de dialoog tussen de zorggebruiker en de naasten. Ga tijdens dit gesprek na wat er goed en wat er minder goed loopt in de relatie en wat de voorkeuren van de zorggebruiker en de naasten zijn m.b.t. het herstel van de relatie. (Familieplatform Geestelijke Gezondheid vzw, 2017; Heyndrickx, 2005). **(Niveau A_4)**
- Bespreek in dialoog de eigen opvattingen over de relatie tussen de zorggebruiker en de naaste en leg uit waarom de relatie verstoord is (van Meekeren & Baars, 2014). Zorggebruikers of naasten zijn zich niet steeds bewust van de moeilijke relatie. **(Niveau A_4)**
- Probeer bij alle deelnemers aan het gesprek een gevoel van veiligheid te installeren (van Meekeren & Baars, 2014). Een gesprek voeren over de moeilijke relatie kan spanningen met zich meebrengen. Zorg ervoor dat spanningen zoveel mogelijk worden opgelost voor het einde van het gesprek en bied ondersteuning na het gesprek om verder aan de relatie te werken. **(Niveau A_4)**
- Overweeg om te aanvaarden dat de betrokkenheid van naasten in sommige situaties niet aangeraden of mogelijk is (bv. bij mishandeling, discriminatie of bij niet pro-sociale contacten zoals mededaders). Push de zorggebruiker en de naasten in deze gevallen niet om samen te werken. **(Niveau A_6)**
- Overweeg om te aanvaarden dat sommige relaties niet te herstellen zijn en om de wens van de zorggebruiker om geen contact met de naaste te hebben te respecteren. Ondersteun de zorggebruiker in deze gevallen om afstand te nemen van de naaste en het verlies een plaats te geven. Acceptatie en begeleiding in dit rouwproces kan ook een vorm van herstel zijn. **(Niveau A_6)**
- Overweeg om de zorggebruiker te ondersteunen bij de uitbouw van een ander netwerk door samen te bekijken welke andere naasten betrokken kunnen worden en door mee te zoeken naar een alternatieve verblijfplaats wanneer een terugkeer naar huis niet wenselijk is. Verwijs indien nodig door naar instanties die de zorggebruiker hierbij kunnen helpen (bv. OCMW, CAW). **(Niveau A_6)**

5 Naasten betrekken wanneer de zorggebruiker in een residentiële voorziening verblijft

5.1 Omgaan met naasten tijdens een gedwongen opname

Aanbevelingen:

- Overweeg om bij aanvang alsook gedurende de gedwongen opname voldoende aandacht te schenken aan de naasten [zie Deel 1, topic 3: naasten onthalen en bejegenen, topic 4: informatie geven aan naasten, topic 5: naasten ondersteunen]. Een gedwongen opname is een ingrijpende en mogelijk traumatiserende gebeurtenis, in de eerste plaats voor de zorggebruiker maar evenzeer voor de naasten. **(Niveau A_6)**

- Overweeg om regelmatig aan de zorggebruiker te vragen of hij naasten tijdens de opname wenst te betrekken en om uit te leggen waarom dit belangrijk is. Vraag eveneens na of de naasten bereid zijn om betrokken te worden en of zij hier voldoende draagkracht voor hebben. Overweeg om hen hierin te ondersteunen. **(Niveau A_6)**
- Overweeg om bij de start van de gedwongen opname voldoende niet-persoonsgebonden informatie aan de naasten te geven. Informeer hen over de algemeen geldende regels van de voorziening, de bezoeken, de regels inzake vrijheidsbeperkende maatregelen, etc. (Peeters et al., 2019). Zorg ervoor dat er geen persoonsgebonden informatie over de zorggebruiker gedeeld wordt, wanneer de zorggebruiker hier geen toestemming voor geeft. **(Niveau A_5)**
- Overweeg om naasten te informeren over de behandeling van de zorggebruiker tijdens zijn opname, wanneer de zorggebruiker hiervoor toestemming geeft. **(Niveau A_6)**
- Overweeg om in gesprek te gaan met de naasten over hoe zij de gedwongen opname ervaren en welke impact het op hen en hun dagelijks leven heeft. Zorg ervoor dat hierbij geen persoonsgebonden informatie wordt gedeeld, wanneer de zorggebruiker hier geen toestemming voor geeft. **(Niveau A_6)**
- Overweeg om de naasten te ondersteunen om de relatie met de zorggebruiker te herstellen. Een gedwongen opname kan er immers voor zorgen dat de relatie tussen de naasten en de zorggebruiker nadien verandert (bv. doordat men de persoon met een psychische ziekte niet meer als volwaardig aanziet). **(Niveau A_6)**
- Zorg ervoor dat de naasten die bij de procedure tot gedwongen opname verplicht betrokken zijn op de hoogte gebracht worden wanneer de verblijfstoestand van de zorggebruiker wijzigt. **(Niveau B_2)**
 - Het betreft hier volgende naasten (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016): **(Niveau B_1)**
 - diegene die de opname gevraagd heeft;
 - de wettelijke vertegenwoordiger;
 - de echtgenoot;
 - de wettelijk samenwonende;
 - de gezinsleden van de zorggebruiker;
 - de andere ouder (of desgevallend de persoon aan wie de minderjarige is toevertrouwd) indien de zorggebruiker het ouderlijk gezag heeft over een minderjarige.
 - Volgende informatie moet worden gemeld:
 - het feit dat de zorggebruiker de afdeling verlaat;
 - dat de opname van de zorggebruiker beëindigd is;
 - dat de zorggebruiker werd overgebracht naar een andere dienst;
 - dat de zorggebruiker nazorg ontvangt;
 - dat de nazorg beëindigd werd;
 - en dat de beslissing tot nazorg herroepen werd.
- Zorg ervoor dat al deze informatie door de directeur van de voorziening wordt meegedeeld en niet door een hulpverlener. **(Niveau B_2)**
- Houd er rekening mee dat deze meldplicht ook geldt wanneer de zorggebruiker dit niet wil. Ga voorafgaand aan het contact met de naasten hierover in gesprek met de zorggebruiker en leg hem

uit dat dit verplicht is (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016). Bespreek vooraf met de zorggebruiker of andere persoonsgebonden informatie met bepaalde naasten gedeeld mag worden. Wanneer de zorggebruiker dit niet wil, breng naasten dan enkel op de hoogte van het feit dat de verblijfstoestand van de zorggebruiker gewijzigd is. **(Niveau B_1)**

- Breng de vertrouwenspersoon op de hoogte van de beslissingen m.b.t. tot nazorg, wanneer de zorggebruiker deze in het kader van zijn gedwongen opname heeft aangeduid. **(Niveau B_2)**

5.2 Omgaan met afzondering en fixatie in de residentiële GGZ

De MDR over de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële GGZ werd in 2019 ontwikkeld door het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin in opdracht van de minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en het Agentschap Zorg en Gezondheid (<https://steunpuntwvg.be/images/swvg-3-rapporten/ef-21-md-richtlijn-afzondering-en-fixatie>). De MDR wil in eerste instantie bijdragen aan een wetenschappelijk onderbouwde **preventie** van afzondering en fixatie in situaties van agressie en/of escalatie in Vlaamse GGZ-voorzieningen. Voor situaties waarin alle preventieve en alternatieve middelen niet toereikend bleken om de veiligheid te herstellen, formuleert de MDR mensenrechtenconforme en wetenschappelijk onderbouwde aanbevelingen voor een respectvolle en zo humaan mogelijke **toepassing** van afzondering of fixatie. De doelstelling is dat op deze manier de kwaliteit van zorg in dit domein verbetert (Peeters et al., 2019).

De MDR bevat verschillende aanbevelingen waarin naasten aan bod komen. Deze aanbevelingen hebben betrekking op:

- Naasten informeren over afzondering en fixatie
- Naasten betrekken bij de preventie en toepassing van afzondering en fixatie
- Een zo respectvolle en humaan mogelijke toepassing van afzondering en fixatie, in situaties waarin alle preventieve en alternatieve middelen niet toereikend bleken om de veiligheid te herstellen

In wat volgt, lijsten we de aanbevelingen volgens deze indeling op. We nemen de aanbevelingen letterlijk over uit de originele MDR. We vermelden ook op welke plaats in de originele MDR deze aanbevelingen te vinden zijn. Daarnaast vullen we de aanbevelingen aan met interpretaties en toevoegingen van de auteurs, opdat de aanbevelingen in lijn zouden zijn met de MDR 'betrekken van naasten'. Deze aanvullingen worden weergegeven in cursief.

5.2.1 Naasten informeren over afzondering en fixatie

Aanbevelingen:

- Informeer de zorggebruikers, desgevallend hun vertegenwoordigers, en naasten over de procedures omtrent de toepassing van afzondering en fixatie, zodat ze kunnen begrijpen waarom en op welke wijze afzondering en/of fixatie plaatsvinden (Deel C, I. 1. D: naasten informeren over de procedures rond afzonderen en fixeren in de voorziening).
- Informeer op duidelijke wijze zorggebruikers, en desgevallend hun vertegenwoordigers, en hun naasten over deze interne klachtenprocedures (Deel C, I. 4. B: transparante informatie over klachtenprocedures).

- Informeer op duidelijke wijze zorggebruikers, en desgevallend hun vertegenwoordigers, en hun naasten over de bestaande externe klachtenprocedures (Deel C, I. 4. C: transparante informatie over klachtenprocedures).
- Zorg ervoor dat zorggebruikers, en desgevallend hun vertegenwoordigers, en hun naasten te allen tijde toegang hebben tot de interne en externe klachtenprocedures en dat de toegang tot juridische bijstand voor hen verzekerd is (Deel C, I. 4. D: transparante informatie over klachtenprocedures).
- Indien de zorggebruiker zijn belangen niet zelf kan behartigen, breng dan onmiddellijk zijn vertegenwoordiger op de hoogte van de start en de aard van de maatregel (Deel C, II. 3.3. a: naasten verwittigen indien afzondering of fixatie wordt opgestart/toegepast) [zie Deel 3, topic 1.1: wanneer de zorggebruiker beslissingonbekwaam is].
- Respecteer de voorkeuren van de zorggebruiker omtrent het verwittigen van naasten, indien deze gekend zijn (Deel C, II. 3.3. b: naasten verwittigen indien afzondering of fixatie wordt opgestart/toegepast).
- Vraag de voorkeuren van de zorggebruiker na omtrent het verwittigen van naasten, indien deze nog niet gekend zijn. Indien de zorggebruiker zijn naasten wenst te informeren over de afzondering of fixatie, is het aangewezen om informatie mee te delen over (Staniszewska et al., 2019):
 - *De start en het beëindigen van de maatregel.*
 - *De procedures m.b.t. de toepassing van afzondering en fixatie, zodat naasten kunnen begrijpen waarom en op welke wijze dit gebeurt.*
 - *Hoe lang de maatregel zal worden toegepast.*
- Licht bij opname de zorggebruiker en/of zijn vertegenwoordiger, alsook zijn naasten in over de algemene regels en individuele afspraken die van toepassing zijn. Ga in dialoog, licht toe wat de rationale van de regels en afspraken zijn (Deel B, II. 3.3. a: omgaan met regels).
- *Zorg ervoor dat bij het toelichten van de regels en afspraken geen persoonsgebonden informatie aan de naasten wordt gegeven, wanneer de zorggebruiker hier geen toestemming voor geeft.*

5.2.2 Naasten betrekken bij de preventie en toepassing van afzondering en fixatie

Aanbevelingen

- Overweeg om bij opname en gedurende het verdere verloop van de behandeling ook de naasten van de zorggebruiker te betrekken voor het inschatten van kwetsbaarheid en eventuele risico's (deel B, III. 2. B: het inschatten van risico's en kwetsbaarheden van de zorggebruiker – hetero-anamnese):
 - Vraag informatie op en/of ga in dialoog met andere, huidige of voorgaande hulpverleners van de zorggebruiker. De zorggebruiker dient hiervoor toestemming te geven.
 - Vraag input van de vertegenwoordiger, naasten, familie, vertrouwenspersonen.
- Stel een signaleringsplan op, rekening houdend met de gekende kwetsbaarheden en/of risico's (Deel B, 4.1: een signaleringsplan opstellen en eventueel evalueren, bijsturen).
- *Stel het signaleringsplan samen met de zorggebruiker en de naasten op, voor zover beiden hiermee instemmen.*

- Inventariseer in het signaleringsplan (Deel B, 4.1. c: een signaleringsplan opstellen en eventueel evalueren, bijsturen):
 - Persoonlijke triggers voor emotionele spanning
 - Vroege signalen van toegenomen spanning; signalen per fase van spanningsopbouw
 - Strategieën per fase van spanning, die kunnen helpen om spanning te doen dalen:
 - Wat kan de zorggebruiker zelf doen?
 - Wat kunnen anderen (hulpverleners, naasten ...) doen?
 - *Wie moet er geïnformeerd worden en op welke wijze wanneer zich een crisis voordoet?*
- Herbekijk het signaleringsplan samen met de zorggebruiker en/of de vertegenwoordiger of naasten nadat er zich een crisis heeft voorgedaan. Pas de inhoud aan indien nodig, met het oog op toekomstige preventie van crisis en/of dwangmaatregelen (Deel B, 4.1. d: een signaleringsplan opstellen en eventueel evalueren, bijsturen).
- Ga met elke zorggebruiker in dialoog over welke eventuele voorkeuren of afkeuren hij heeft omtrent het gebruik van verschillende vormen van afzonderen of fixeren (Deel B, 4.2: wensen, voorkeuren en afkeuren bespreken):
 - Houd rekening met de mogelijkheden en ontwikkelingsleeftijd van de zorggebruiker en betrek de vertegenwoordiger en/of een naaste indien nodig.
 - Noteer deze input in het cliëntdossier.
 - Neem de input ernstig en hanteer dit tijdens het overwegingsproces om al dan niet tot een bepaalde vorm van afzonderen of fixeren over te gaan in geval van crisis.
 - *Bevraag eveneens de wensen, voorkeuren en afkeuren inzake het betrekken van naasten (het informeren van naasten, communicatie met naasten, aanwezigheid of bezoek) tijdens een afzondering of fixatie.*
 - *Noteer in het signaleringsplan en het cliëntdossier of naasten geïnformeerd moeten worden bij afzondering of fixatie.*
- Voer niet lang na het beëindigen van de maatregel een nabespreking met de zorggebruiker en desgevallend zijn vertegenwoordiger. Betrek een andere naaste voor zover de zorggebruiker dit wenst (Deel B, III. 6.1: nabespreking na het toepassen van een afzondering of fixatie).
- Bespreek de volgende aspecten (Deel B, III. 6.1. c: nabespreking na het toepassen van een afzondering of fixatie):
 - Wat er gebeurd is
 - Wat de aanleiding was
 - Wat waarschuwingssignalen waren voor de crisis
 - De beleving van de zorggebruiker, de emotionele en fysieke impact
 - De beleving van en impact op de betrokken hulpverlener
 - Lessen die eventueel getrokken kunnen worden in het kader van individuele crisispreventie

- *Ga tijdens de nabespreking in op de beleving van naasten omtrent de toepassing van de maatregel, voor zover de zorggebruiker toestemt dat zij hierbij betrokken mogen worden. Dit is van belang om het risico op secundaire traumatisering en gevoelens van angst en machteloosheid te counteren. Deel geen persoonsgebonden informatie over de zorggebruiker zonder zijn toestemming.*
- *Sta in het bijzonder stil bij de impact van de maatregel op minderjarige naasten en hun beleving.*

5.2.3 Een zo respectvolle en humaan mogelijke toepassing van afzondering en fixatie

Aanbevelingen:

- Wees **bereikbaar en beschikbaar** voor contact en communicatie met de zorggebruiker zodat hij steeds vragen kan stellen, behoeften kan uiten. Geef aan dat vragen en verzoeken steeds gesteld kunnen worden. Neem deze vragen en verzoeken ernstig (Deel C, III. 3.5. a. iii). *Ook vragen en verzoeken rond het betrekken van naasten kunnen hieronder vallen.*
- *Informeer naasten over de toepassing van afzondering of fixatie, voor zover zij persoonsgebonden informatie mogen ontvangen.*
- Respecteer zoveel mogelijk de **privacy van de zorggebruiker** en bescherm het psychisch welzijn van de omstaanders. Voer afzondering en fixatie daarom uit buiten het zicht van derden. Een uitzondering kan worden gemaakt wanneer de zorggebruiker zelf vraagt naar het gezelschap van derden, *zoals naasten*, en wanneer hiervoor geen duidelijke en belangrijke tegenindicatie bestaat (Deel C, III. 3.5. b).
- Zorg ervoor dat de zorggebruiker, wanneer hij dit wenst, in **contact** kan treden **met derden** (*zoals naasten*). Het betreft contact in alle mogelijke vormen, zowel live contact als contact via communicatiemiddelen (*bv. de mogelijkheid om met naasten te telefoneren of om naasten op bezoek te laten komen*). Beperk deze mogelijkheid nooit standaard, maar enkel indien hier een duidelijke en belangrijke indicatie voor is. Beperk de mogelijkheid in dit laatste geval zo min mogelijk en zo kort mogelijk (Deel C, III. 3.5. c).
- *Ga na of naasten voldoende draagkracht hebben om de zorggebruiker tijdens de toepassing van afzondering of fixatie te zien, gegeven dat de zorggebruiker bezoek kan en wil ontvangen. Houd in het bijzonder rekening met de draagkracht van minderjarige naasten. Bereid naasten voor op het bezoek.*
- *Ga na wat de noden van naasten zijn tijdens de toepassing van afzondering of fixatie en ondersteunen hen waar mogelijk.*

5.3 Naasten betrekken bij het verlaten van een residentiële voorziening

Aanbevelingen:

- Bereid het verlaten van de voorziening in het kader van weekends, verlof of ontslag zorgvuldig met de zorggebruiker en zijn naasten voor (NICE, 2011). **(Niveau A_4)**
- Overweeg om bij de voorbereiding in te gaan op de vroegere rollen van de zorggebruiker (bv. zijn rol als partner, ouder, kind, werknemer, student). Ondersteun de zorggebruiker zodat hij zijn vroegere rollen zo goed mogelijk terug kan opnemen. Doe dit samen met de naasten en bekijk in dialoog hoe ze de invulling van vroegere rollen nu zien en wat voor hen mogelijk is. **(Niveau A_6)**

- Maak goede afspraken met de zorggebruiker en zijn naasten over het verblijf buiten de residentiële voorziening. Besteed aandacht aan de bezorgdheden en de vragen van beide partijen en zoek samen met de naasten en de zorggebruiker naar oplossingen om het verblijf zo goed mogelijk te laten verlopen (bv. wat te doen wanneer er een risico op suïcidaliteit en middelenmisbruik bestaat?) (Coppens et al., 2018; NICE, 2011). **(Niveau A_3)**
- Overweeg om naasten in begrijpelijke taal uit te leggen wat er tijdens de opname is gebeurd en hoe zij hier als naasten in de thuisomgeving verder mee aan de slag kunnen. Reik hen tools en methodieken aan, zoals bv. het gezamenlijk opgestelde signaleringsplan, om de zorg thuis verder te zetten en hun draagkracht verder te versterken. **(Niveau A_6)**
- Overweeg om de momenten waarop de zorggebruiker naar huis komt voldoende voorspelbaar te maken voor de naasten. Zeker voor minderjarige naasten is dit een belangrijk gegeven. Hiervoor kan bijvoorbeeld met een kalender gewerkt worden (Coppens et al., 2018). **(Niveau A_6)**
- Overweeg om samen te werken met de naasten bij wie de zorggebruiker zal verblijven. Ga na of de naasten voldoende draagkracht hebben om de zorggebruiker thuis op te vangen. Wanneer dit niet zo is, ga dan na wat er nodig is om de draagkracht van de naasten te vergroten, bied ondersteuning en denk mee na over alternatieven. **(Niveau A_6)**
- Overweeg om nadien te bespreken hoe de zorggebruiker en de naasten het weekend, het verlof of het ontslag hebben ervaren (Coppens et al., 2018). **(Niveau A_6)**
- Overweeg om geregeld opnieuw met de zorggebruiker en zijn naasten in gesprek te gaan over een terugkeer naar huis in het kader van weekends, verlof of ontslag, want de voorkeuren en de omstandigheden van beiden kunnen veranderen. **(Niveau A_6)**

DEEL 3: OMGAAN MET JURIDISCHE KWESTIES

Het betrekken van naasten roept juridische vragen op. De Wet patiëntenrechten en het beroepsgeheim hebben een invloed op welke informatie onder welke voorwaarden met naasten gedeeld kan of moet worden. Het formuleren van een antwoord op deze vragen is belangrijk om te vermijden dat enerzijds informatie gedeeld wordt terwijl dit niet mag, en dat anderzijds naasten niet betrokken worden omdat dit ten onrechte juridisch ontoelaatbaar geacht wordt. Juridisch zijn er drie aspecten relevant: het beroepsgeheim, de beslissingsbekwaamheid en de vertrouwenspersoon. Een overzicht van de relevante wetgeving en het juridisch kader worden verduidelijkt in **Bijlage 1**.

1 Juridische aanbevelingen

1.1 Wanneer de zorggebruiker beslissingsonbekwaam is

Beslissingsbekwaamheid is het vermogen om vrij en overwogen beslissingen te nemen. Dit is geen alles of niets kwestie maar een gradueel concept dat zich situeert op een continuüm gaande van volledige beslissingsbekwaamheid, over gedeeltelijke beslissingsbekwaamheid tot volledige beslissingsonbekwaamheid (Liégeois, 2014; Liégeois, 2018). Bij het betrekken van naasten is de beslissingsbekwaamheid om twee redenen relevant. Ten eerste in het kader van vertegenwoordiging en ten tweede bij de vraag of de zorggebruiker beslissingsbekwaam is om over het betrekken van naasten te oordelen. Het is belangrijk om rekening te houden met onderstaande aanbevelingen wanneer er een vermoeden bestaat dat de zorggebruiker beslissingsonbekwaam is.

1.1.1 De beslissingsbekwaamheid beoordelen

Aanbevelingen:

- Houd er rekening mee dat de beslissingsbekwaamheid van een zorggebruiker niet automatisch afhangt van zijn aandoening of leeftijd. Ook minderjarigen kunnen beslissingsbekwaam zijn [zie Deel 1, topic 2.2.2: een terughoudende houding bij de minderjarige zorggebruiker]. Bovendien is beslissingsbekwaamheid geen algemeen maar een specifiek concept dat situatie- en tijdsgebonden is. Een zorggebruiker is dus beslissingsbekwaam of -onbekwaam voor een bepaalde handeling, op een bepaald levensdomein, in een bepaalde situatie en op een zeker moment. Zo kan een minderjarige zorggebruiker beslissingsonbekwaam zijn over zijn behandeling, maar wel bekwaam zijn om te beslissen wie hij wenst te betrekken (Liégeois, 2014; Liégeois, 2018). **(Niveau B_1)**
- Het is verplicht om een vertegenwoordiger te betrekken wanneer de zorggebruiker beslissingsonbekwaam is. **(Niveau B_2)**
- Overweeg om de volgende tien criteria van Liégeois (Liégeois, 2018) te scoren op een 6-puntenschaal om de beslissingsbekwaamheid te beoordelen (zie bijlage 6): **(Niveau A_6)**
 1. Begrijpen informatie
 2. Toepassen informatie op eigen situatie
 3. Inzicht verwerven in eigen situatie

4. Overwegen keuzemogelijkheden
5. Inschatten gevolgen voor zichzelf
6. Inschatten gevolgen voor anderen
7. Motiveren keuze op invoelbare en begrijpelijke wijze
8. Vrij zijn van dwingende invloeden van binnenuit
9. Vrij zijn van dwingende invloeden van buitenaf
10. Motiveren keuze vanuit eigen waarden en doelen

1.1.2 Het aanstellen van een vertegenwoordiger

Aanbevelingen:

- Zorg ervoor dat de zorggebruiker een vertegenwoordiger heeft die hem vertegenwoordigt voor de aspecten waarvoor hij beslissingsonbekwaam is [zie topic 1.1.1: de beslissingsbekwaamheid beoordelen]. De vertegenwoordiger beslist over de behandeling van de zorggebruiker en laat zich hierbij leiden door wat de zorggebruiker zelf gewild zou hebben. Betrek de beslissingsonbekwame zorggebruiker in de mate van het mogelijke bij het beslissingsproces. Wie de zorggebruiker vertegenwoordigt, volgt uit de Wet patiëntenrechten. **(Niveau B_2)**
- De zorggebruiker kan in dalende volgorde en in de mate dat zij hiertoe bereid zijn vertegenwoordigd worden door volgende personen: **(Niveau B_2)**
 - Een vertegenwoordiger die door de zorggebruiker werd aangewezen toen hij nog beslissingsbekwaam was
 - De bevoegde bewindvoerder van de zorggebruiker
 - De echtgenoot of samenwonende partner
 - Een meerderjarig kind
 - Een ouder
 - Een meerderjarige broer of zus
- Informeer de vertegenwoordiger van de zorggebruiker over de gezondheidstoestand van de zorggebruiker, opdat hij zijn taak goed kan vervullen. Anders dan met andere naasten moet met de vertegenwoordiger dus persoonsgebonden informatie over de zorggebruiker gedeeld worden, ook al verzet de beslissingsonbekwame zorggebruiker zich hiertegen. **(Niveau B_2)**

1.1.3 De vertegenwoordiger betrekken om over de betrokkenheid van naasten te beslissen

Aanbevelingen:

- Zorg ervoor dat de vertegenwoordiger samen met of in de plaats van de zorggebruiker optreedt wanneer de zorggebruiker door beslissingsonbekwaamheid niet in staat is om te oordelen welke naasten hij op welke wijze wenst te betrekken en welke informatie hij hierbij al dan niet wil delen. De hulpverlener bespreekt het betrekken van naasten met de vertegenwoordiger en vraagt zijn toestemming (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2016). **(Niveau B_1)**

- Houd er rekening mee dat alle aanbevelingen in deze richtlijn die van toepassing zijn op de zorggebruiker ook van toepassing zijn op de vertegenwoordiger. Enkel het recht om niet te weten en de therapeutische exceptie zijn niet van toepassing op de vertegenwoordiger [zie topic 1.2.1: informatie geven aan naasten wanneer de zorggebruiker geen informatie wil of mag ontvangen]. **(Niveau B_2)**

1.2 Naasten informeren over de zorggebruiker zonder zijn toestemming

1.2.1 Informatie geven aan naasten wanneer de zorggebruiker geen informatie wil of mag ontvangen

Er zijn in de Wet patiëntenrechten twee uitzonderingen op het recht van de zorggebruiker om informatie te ontvangen:

- De zorggebruiker kan afstand doen van dit recht en beslissen dat hij bepaalde informatie over zijn gezondheidstoestand of informatie die hij nodig heeft om met een behandeling toe te stemmen niet wil ontvangen ('het recht om niet te weten', art. 7, § 3 Wet patiëntenrechten).
- De hulpverlener kan na overleg met een collega uitzonderlijk en tijdelijk beslissen om bepaalde informatie over de gezondheidstoestand van de zorggebruiker niet met hem te delen. De hulpverlener kiest hiervoor wanneer deze informatie de gezondheid van de zorggebruiker klaarblijkelijk ernstig zou benadelen (de zgn. 'therapeutische exceptie', art. 7, § 4, eerste lid Wet patiëntenrechten).

In de beide gevallen krijgen de naasten die door de zorggebruiker werden aangewezen een belangrijke taak.

Aanbevelingen:

- Zet volgende stappen wanneer de zorggebruiker zich beroept op het recht om niet te weten en bepaalde informatie over zijn gezondheidstoestand niet wil ontvangen: **(Niveau B_2)**
 - Vraag aan de zorggebruiker of er naasten zijn die deze informatie wel mogen ontvangen.
 - Informeer de door de zorggebruiker aangewezen naasten over de gezondheidstoestand van de zorggebruiker. Druk de naasten op het hart om de wens van de zorggebruiker te respecteren en de verkregen informatie niet met de zorggebruiker of anderen te delen.
 - Overweeg de mogelijkheid om het recht om niet te weten te doorbreken wanneer er een vermoeden is dat het niet informeren de gezondheid van de zorggebruiker of derden ernstig kan schaden. De hulpverlener overlegt eerst met een collega alvorens deze beslissing te nemen. Vooraleer het recht om niet te weten te doorbreken, gaat de hulpverlener hierover in overleg met de naasten die vooraf door de zorggebruiker werden aangewezen om informatie te mogen ontvangen.
- Zet volgende stappen bij het toepassen van de therapeutische exceptie (de beslissing om bepaalde informatie niet met de zorggebruiker te delen): **(Niveau B_1)**
 - Ga tijdens een gesprek met de zorggebruiker na welke naasten er in dit geval geïnformeerd moeten worden.

- Deel de informatie over de gezondheidstoestand van de zorggebruiker met de naasten die daartoe door de zorggebruiker werden aangewezen. Leg vooraf uit dat er beroep gedaan wordt op de therapeutische exceptie en verduidelijk waarom de informatie beter niet met de zorggebruiker gedeeld wordt. Vraag de naasten om hier rekening mee te houden in hun contacten met de zorggebruiker en de informatie niet aan hem door te geven.

1.2.2 Informatie geven aan naasten zonder toestemming van de zorggebruiker – de noodtoestand

Aanbevelingen:

- Geef naasten bepaalde persoonsgebonden informatie wanneer een crisis gepaard gaat met een situatie van ernstig gevaar. Hiervan is sprake wanneer: **(Niveau B_1)**
 - De crisis gepaard gaat met een ernstig en acuut gevaar voor de zorggebruiker of een andere persoon (en dus niet bij een al geweken gevaar, een gevaar in de verre toekomst, een sluimerend gevaar of een gevaar voor goederen).
 - Én het delen van bepaalde informatie met een naaste nodig is om dit gevaar te doen wijken (bv. wanneer een zorggebruiker ontsnapt is en een derde gevaar loopt of wanneer een naaste een nakende suïcide kan vermijden). Aan deze voorwaarde is niet voldaan als de naasten het gevaar niet (mee) kunnen verhelpen of als het gevaar al geweken is.
- Deel in bovenstaande situatie niet meer informatie dan nodig is om het gevaar te doen wijken. **(Niveau B_2)**
- Overweeg om de beweegredenen voor het geven van de informatie, indien mogelijk, vooraf en in alle gevallen achteraf met de zorggebruiker te bespreken omdat het geven van informatie over de zorggebruiker buiten zijn wil om, de vertrouwensrelatie met de zorggebruiker onder druk kan zetten. **(Niveau A_6)**

1.3 Wanneer de naaste ook een zorggebruiker is

- Een bijzondere situatie doet zich voor wanneer de naaste ook zorggebruiker bij dezelfde hulpverlener is. Omwille van het beroepsgeheim mag in deze situatie wat er door de naaste wordt toevertrouwd niet aan de zorggebruiker verteld worden zonder dat de naaste hier uitdrukkelijk mee toestemt. De zorggebruiker mag eveneens niet weten dat het gesprek heeft plaatsgevonden. De zorggebruiker moet wel ingelicht worden over zijn gezondheidstoestand, zonder hierbij te verwijzen naar het gesprek met de naaste. Het is daarom aan te raden dat een naaste ondersteuning krijgt van een andere hulpverlener. **(Niveau A_6)**

AANBEVELINGEN OP HET NIVEAU VAN DE ZORGINSTELLING (MESO)

1 Een beleid uitwerken

Aanbevelingen:

- Zorg ervoor dat het betrekken van naasten een plaats krijgt in het beleid en de werking van de voorziening of organisatie (Eassom et al., 2014; MacCourt et al., 2013; Tambuyzer, & Van Audenhove, 2013; van Meekeren & Baars, 2014). **(Niveau A_1)**
- Werk een beleid uit dat (Eassom et al., 2014; MacCourt et al., 2013): **(Niveau A_1)**
 - Het in de praktijk brengen van de aanbevelingen op het microniveau faciliteert.
 - Een vergelijkbare aanpak tussen de hulpverleners, de teams en/of de afdelingen garandeert.
 - Ruimte maakt voor naasten, zodat ze ondersteuning krijgen om hun rol als partner in de zorg op te nemen.
 - Gepaard gaat met het aanstellen van gespecialiseerde functies om naasten te ondersteunen en de implementatie van een familiewerking te faciliteren [zie topic 4: [gespecialiseerde functies installeren](#)].
 - Aansluit bij de eigenheid van de voorziening of organisatie.
- Overweeg om samen te werken met patiënten- en familievertegenwoordigers bij de uitwerking van een beleid dat aansluit bij de aanbevelingen in deze richtlijn. **(Niveau A_6)**
- Zorg ervoor dat het beleid geïntegreerd wordt in beleidsteksten en vertaald wordt naar instrumenten die de dagelijkse werking van de voorziening of organisatie ondersteunen (bv. functiebeschrijvingen van hulpverleners, bezoeken, informatiebrochures, websites, protocollen, registratiesysteem, etc.) (Clearly, Freeman & Walter, 2006; Eassom et al., 2014, Lakeman, 2008; Martin et al., 2017; MacCourt et al., 2013). **(Niveau A_1)**
- Zorg ervoor dat het betrekken van naasten een onderdeel is van de functie, de beoordeling en de werklast van hulpverleners, zodat hulpverleners voldoende tijd en ruimte krijgen om naasten te betrekken (Bailey, Burbach & Lea, 2003; Doody et al., 2017; Eassom et al., 2014; Kim & Slayers, 2008; Martin et al., 2017; MacCourt et al., 2013; Tambuyzer, & Van Audenhove, 2013; Peters et al., 2011). **(Niveau A_1)**

2 Zorgen voor een gedeelde verantwoordelijkheid

Aanbevelingen:

- Stel een werkgroep binnen de voorziening samen om het beleid over het betrekken van naasten vorm te geven en/of te evalueren. In deze werkgroep zijn bij voorkeur verschillende disciplines vertegenwoordigd: verpleegkundigen, artsen, psychologen, maatschappelijk werkers, patiënten- en

familievertegenwoordigers (Familieplatform Geestelijke Gezondheid vzw, 2017; MacCourt et al., 2013). **(Niveau A_4)**

- Houd rekening met de stem van zorggebruikers en hun naasten bij het uitwerken en het evalueren van het beleid. Een voorziening kan meerdere soorten beleid hebben (bv. een algemeen beleid, een preventiebeleid, etc.) en de zorggebruiker en zijn naasten kunnen in het uitwerken en evalueren van de verschillende soorten beleid input geven. Dit kan bijvoorbeeld door structureel samen te werken met patiënten- en familievertegenwoordigers, door patiënten- en familievertegenwoordigers in werkgroepen te betrekken of door een bevraging of een focusgroep met patiënten- en familievertegenwoordigers te organiseren (MacCourt et al., 2013; Tambuyzer, & Van Audenhove, 2013; Tambuyzer, Pieters, & Van Audenhove, 2011). Ga aan de slag met hun adviezen om schijnparticipatie te voorkomen (Cuijpers, 2018). **(Niveau A_4)**
- Overweeg om ideeën en initiatieven omtrent contextgericht werken die bottom-up en top-down ontstaan te stimuleren en waar wenselijk te integreren in het beleid. **(Niveau A_6)**

3 Zorgen voor een gedragen beleid

Aanbevelingen:

- Overweeg om het werken met naasten niet tot de verantwoordelijkheid van één discipline (bv. verpleegkundigen, sociaal werkers of gezinstherapeuten) te beperken, maar zorg ervoor dat alle disciplines binnen de voorziening zich hiervoor inzetten (dus ook psychiaters, psychologen, artsen, orthopedagogen, ergotherapeuten, etc.). **(Niveau A_6)**
- Laat naasten, zorggebruikers en/of (familie-)ervaringsdeskundigen op regelmatige basis deelnemen aan (team)vergaderingen zodat hun belangen voldoende onder de aandacht van hulpverleners komen (Tambuyzer, & Van Audenhove, 2013). **(Niveau A_4)**
- Overweeg om een generiek beleid uit te werken dat van toepassing is op alle afdelingen in de voorziening. Sta aanpassingen aan het beleid op afdelingsniveau enkel toe wanneer dit noodzakelijk is. **(Niveau A_6)**
- Overweeg om het thema naasten actueel te houden zodat hulpverleners hier volledig in ondergedompeld worden. **(Niveau A_6)**

4 Gespecialiseerde functies installeren

Aanbevelingen:

- Installeer binnen de voorziening een **familieraad** die bestaat uit naasten van zorggebruikers die in begeleiding (geweest) zijn. De familieraad behartigt de gemeenschappelijke belangen van de naasten bij de ontwikkeling, de implementatie en de evaluatie van het beleid van de voorziening door de wensen, de zorgen en de problemen van naasten (en zorggebruikers) te signaleren en mee structurele oplossingen voor te stellen. De familieraad voert regelmatig overleg met de raad van bestuur en de patiëntenraden, en geeft gevraagd en ongevraagd advies over zaken die naasten en zorggebruikers aangaan (Familieplatform Geestelijke Gezondheid vzw, 2017; MacCourt et al., 2013). **(Niveau A_4)**

- Stel binnen de voorziening of afdeling **familie-ervaringsdeskundigen** aan die een rol kunnen spelen bij (Tambuyzer, & Van Audenhove, 2013): **(Niveau A_4)**
 - Het ondersteunen van hulpverleners en naasten vanuit hun ervaring.
 - Het uitwerken en het evalueren van het beleid door te participeren aan werkgroepen, bevestigingen en focusgroepen.
 - Het organiseren van een ondersteuningsaanbod voor naasten (Familieplatform Geestelijke Gezondheid vzw, 2017).
- Overweeg om binnen de afdeling of het team een **KOPP/KOAP-referentiepersoon** aan te stellen die erover waakt dat collega-hulpverleners voldoende aandacht schenken aan de ouderrol en de kinderen van zorggebruikers, het KOPP-preventiegesprek aanbieden en de stappen van de Kindreflex doorlopen wanneer dit aan de orde is. **(Niveau A_6)**

5 Hulpverleners opleiden en trainen

Aanbevelingen:

- Versterk de kennis en vaardigheden van hulpverleners m.b.t. het betrekken van naasten, door opleidingen en trainingen aan te bieden (Doody et al., 2017; Kim & Slayers, 2008; MacCourt et al., 2013; NICE, 2011). Betrek bij deze opleidingen en trainingen (familie-)ervaringsdeskundigen, zodat kennis, vaardigheden en perspectieven uitgewisseld kunnen worden (Tambuyzer, & Van Audenhove, 2013). **(Niveau A_3)**
- Bied hulpverleners opleiding aan rond de volgende thema's (Clearly et al., 2006; Martin et al., 2017; MacCourt et al., 2013; NICE, 2011): **(Niveau A_3)**
 - De juridische kwesties m.b.t. het betrekken van naasten (in het bijzonder patiëntenrechten en het delen van informatie)
 - De beslissingsbekwaamheid van zorggebruikers
 - De beschikbaarheid en het aanbod van familieverenigingen
 - De familiereflex: inzetten op bejegenen, informeren, ondersteunen en actief met naasten samenwerken tijdens de begeleiding.
- Train de volgende vaardigheden van hulpverleners (Doody et al., 2017; MacCourt et al., 2013; NICE, 2011): **(Niveau A_1)**
 - Hoe omgaan met kinderen van ouders met psychische problemen of alcoholproblemen (KOPP/KOAP) en hoe een KOPP-preventiegesprek voeren
 - Hoe de Kindreflex doen
 - Hoe contact leggen, communiceren en samenwerken met naasten
 - Hoe omgaan met problemen tussen ouders en kinderen en de basisprincipes van Attachment Based Family Therapy toepassen (Bosmans, 2018)
 - Hoe vertroebelde relaties tussen de zorggebruiker en naasten herstellen
 - Hoe omgaan met (culturele) diversiteit

6 Expertise delen

Aanbevelingen:

- Duid binnen of buiten de voorziening experten aan bij wie hulpverleners terecht kunnen voor advies over het betrekken van naasten (MacCourt et al., 2013). **(Niveau A_4)**
- Overweeg om hulpverleners die een specifieke opleiding (bv. KOPP-referentiepersoon) gevolgd hebben, ervaring hebben in het contextgericht werken of een systeemtherapeutische achtergrond hebben, als expert te laten optreden. Zij zijn goed geplaatst om advies te geven aan andere hulpverleners over het betrekken van naasten. **(Niveau A_6)**
- Doe beroep op externe experten wanneer er binnen de eigen voorziening bepaalde expertise ontbreekt (bv. Familieplatform Geestelijke Gezondheidszorg, hulpverleners uit andere voorzieningen, familie-ervaringsdeskundigen) (MacCourt et al., 2013). **(Niveau A_4)**
- Overweeg om uitwisseling van kennis en ervaringen tussen afdelingen, hulpverleners en familie-ervaringsdeskundigen mogelijk te maken zodat men van elkaars goede praktijken kan leren (Tambuyzer et al., 2011). Een overzicht van goede praktijken inzake de betrokkenheid van naasten wordt weergegeven in bijlage 4 (e.g. Kruiswijk et al., 2014; Tambuyzer, & Van Audenhove, 2010). **(Niveau A_6)**
- Overweeg om werkbezoeken te plannen zodat afdelingen en voorzieningen van elkaars goede praktijken kunnen leren. **(Niveau A_6)**
- Overweeg om binnen de eigen regio op zoek te gaan naar organisaties, projecten, groepen of verenigingen die kennis hebben van naasten om mee samen te werken. **(Niveau A_6)**

7 Praktische hulpmiddelen aanreiken

Aanbevelingen:

- Zorg ervoor dat de richtlijn beschikbaar is voor de hulpverleners (Clearly et al., 2006; Lakeman, 2008; Martin et al., 2017; MacCourt et al., 2013). **(Niveau A_1)**
- Ontwikkel of voorzie handvatten die hulpverleners helpen om contextgericht te werken. Handvatten kunnen verschillende vormen aannemen (bv. een checklist, een protocol, een informatiebrochure, een handreiking, een website) en zijn afgestemd op de eigenheid van de voorziening en de organisatiecultuur (Clearly et al., 2006; Lakeman, 2008; Martin et al., 2017; MacCourt et al., 2013; Tambuyzer et al., 2011). Ze bieden in het bijzonder een antwoord op volgende vragen (Clearly et al., 2006; Doody et al., 2017; Lakeman, 2008; Martin et al., 2017; MacCourt et al., 2013): **(Niveau A_1)**
 - Hoe de naasten identificeren en met de zorggebruiker in gesprek gaan over het betrekken van naasten?
 - Wat als de zorggebruiker zijn naasten niet wil betrekken?
 - Wat als er onder de naasten kinderen zijn?
 - Wat zijn goede praktijken om de naasten vriendelijk te bejegenen?
 - Welke informatie moet aan de naasten meegedeeld worden?

- Hoe de behoeften van de naasten in kaart brengen?
 - Welk ondersteuningsaanbod is er voor naasten in de regio voorhanden?
 - Hoe naasten betrekken bij de begeleiding, de nazorg en het herstel van de zorggebruiker?
 - Welke juridische aspecten zijn van belang bij het betrekken van naasten?
 - Hoe de continuïteit van contextbetrokkenheid garanderen?
 - Hoe met naasten omgaan tijdens een crisis?
 - Hoe de bezoeken flexibel toepassen rekening houdend met de noden en de vragen van naasten?
- Voorzie in het registratiesysteem plaats om gegevens over de naasten te registreren. Registratie kan immers een stimulans zijn voor hulpverleners om meer oog te hebben voor de naasten van de zorggebruiker (Slade et al., 2007). **(Niveau A_4)**

8 Infrastructuur en inrichting

Aanbevelingen:

- Overweeg om een onthaal te voorzien dat naasten verwelkomt en geruststelt. **(Niveau A_6)**
- Maak de voorziening aantrekkelijk voor kinderen en jongeren door de bezoekeruimtes kindvriendelijk in te richten en leuk speelgoed voor verschillende leeftijden beschikbaar te stellen (NICE, 2011). **(Niveau A_4)**
- Zorg ervoor dat er in de wachtruimtes nuttige informatie voorhanden is die een antwoord biedt op veelvoorkomende vragen van naasten (bv. sociale rechten van naasten, administratieve informatie, vragen over de GGZ, crisissituaties en lotgenotengroepen) (MacCourt et al., 2013). **(Niveau A_4)**
- Zorg in residentiële voorzieningen voor gezellige ruimtes waar naasten samen met de zorggebruiker tijd kunnen doorbrengen en de nodige privacy hebben (NICE, 2011). **(Niveau A_4)**
- Zorg in residentiële voorzieningen voor familiekamers waar naasten kunnen verblijven en overnachten (NICE, 2011). Investeer in (het uitbreiden van) deze rooming-in faciliteiten. **(Niveau A_4)**
- Overweeg om een duidelijke bewegwijzering aan te brengen zodat naasten makkelijk de weg vinden in de voorziening (Familieplatform Geestelijke Gezondheid vzw, 2017). **(Niveau A_6)**

9 Een ondersteuningsaanbod voor naasten

Aanbevelingen:

- Overweeg om binnen de voorziening ondersteuningsinitiatieven voor naasten uit te bouwen (bv. infoavonden, lotgenotengroepen, ontmoetingen tussen kinderen en zorggebruikers faciliteren) (Familieplatform Geestelijke Gezondheid vzw, 2017). Bouw in het bijzonder ondersteuningsinitiatieven voor kinderen en jongeren uit. **(Niveau A_6)**

- Ga na welke externe organisaties er in de regio zijn die ondersteuning bieden aan naasten. Verzamel relevante informatie over deze organisaties en houd deze gegevens up-to-date zodat het steeds mogelijk is om naasten actuele informatie mee te geven (MacCourt et al., 2013). **(Niveau A_4)**
- Werk nauw samen met deze externe organisaties om een vlotte doorverwijzing van naasten mogelijk te maken (Familieplatform Geestelijke Gezondheid vzw, 2017; MacCourt et al., 2013). **(Niveau A_4)**
- Overweeg om in te zetten op outreachende zorg om beter tegemoet te komen aan de ondersteuningsnoden van naasten. **(Niveau A_6)**

10 Het beleid opvolgen, evalueren en bijsturen

Aanbevelingen:

- Evalueer de mate waarin hulpverleners binnen de voorziening naasten van zorggebruikers betrekken (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016) door volgende gegevens te analyseren: **(Niveau A_4)**
 - Registratiegegevens:
 - Zijn de contactgegevens van naasten genoteerd en up-to-date gehouden in het cliëntdossier?
 - Zijn er afspraken gemaakt over het betrekken van naasten met de zorggebruiker en de naasten en zijn deze geregistreerd?
 - Zijn de aanwezigheden van naasten bij een consultatie geregistreerd?
 - Zijn overlegmomenten met naasten geregistreerd?
 - Zijn contactmomenten van de hulpverlener met naasten geregistreerd (telefonisch, tijdens bezoeken, etc.)?
 - Klachtenprocedures
 - Het aantal gevolgde opleidingen en trainingen rond het betrekken van naasten
- Overweeg om aan het einde van een begeleiding standaard te vragen hoe de naasten en de zorggebruiker de betrokkenheid van naasten hebben ervaren. Zo verzamelt de voorziening waardevolle input om de werking met het oog op de toekomst bij te stellen. **(Niveau A_6)**
- Organiseer een bevraging met relevante personen (zorggebruikers, naasten, familievertegenwoordigers, familie-ervaringsdeskundigen, etc.) om het betrekken van naasten in de voorziening of organisatie te evalueren (Tamuyzer et al., 2011). **(Niveau A_4)**
 - Organiseer zelf een vragenlijstonderzoek of focusgroep.
 - Neem deel aan de familietevredenheidsmeting van Familieplatform Geestelijke Gezondheidszorg of het Vlaams Indicatorenproject.
- Overweeg om gebruik te maken van de checklist van het Familieplatform Geestelijke Gezondheidszorg om de aanwezigheid van een familiebeleid te evalueren (Familieplatform Geestelijke Gezondheid vzw & Vip², 2019). **(Niveau A_6)**

AANBEVELINGEN OP HET NIVEAU VAN DE NATIONALE EN DEELSTATELIJKE BELEIDSVOERING (MACRO)

1 Kennis en vaardigheden van hulpverleners

- Verspreid betrouwbare informatie over (Clearly et al., 2006; Martin et al., 2017): **(Niveau A_4)**
 - Ondersteuningsmogelijkheden voor naasten. Zorg voor een up-to-date sociale kaart zodat hulpverleners en voorzieningen zicht krijgen op het netwerk en nieuwe initiatieven.
 - Sociale rechten en administratieve informatie die relevant is voor naasten.
 - Juridische aspecten van contextbetrokkenheid.
- Versterk bij belendende sectoren waarmee de GGZ frequent samenwerkt de kennis en de vaardigheden over psychische problemen, de GGZ en hoe omgaan met naasten. Vooral spoeddiensten en de politie zijn belangrijke samenwerkingspartners (Eassom et al., 2014; Lavoie, 2018; MacCourt et al., 2013; Skärsäter et al., 2018). **(Niveau A_1)**
- Organiseer opleidingen en trainingen voor hulpverleners over het betrekken van naasten. Betrek familie-ervaringsdeskundigen bij het uitwerken en het geven van deze opleidingen en trainingen (Tambuyzer, & Van Audenhove, 2013; Tambuyzer et al., 2011). **(Niveau A_4)**
- Overweeg om het betrekken van naasten te integreren in bestaande basisopleidingen van hulpverleners. **(Niveau A_6)**
- Overweeg om binnen de GGZ-netwerken (van artikel 107 en psy-0-18) uitwisseling van kennis en ervaring over het betrekken van naasten tussen voorzieningen en functies mogelijk te maken. Dit kan door bv. intervisiemomenten, overlegtafels en werkbezoeken te organiseren. **(Niveau A_6)**

2 Coaching en opvolging

- Evalueer en volg de implementatie van de richtlijn in de ambulante, de mobiele en de residentiële GGZ op. Zorg ervoor dat de implementatie van de richtlijn en betrokkenheid van naasten aangepast is aan de verschillende doelgroepen (Tambuyzer, & Van Audenhove, 2013; Tambuyzer et al., 2011). **(Niveau A_4)**
- Overweeg om samen te werken met instanties die voorzieningen kunnen coachen om de richtlijn in de praktijk te brengen. **(Niveau A_6)**
- Overweeg om bepaalde functies zoals de vertegenwoordiger, de familieraad, familie-ervaringsdeskundigen, familievertegenwoordigers, etc. in GGZ-voorzieningen in te burgeren door het belang ervan te benadrukken en de bekendheid ervan te vergroten. **(Niveau A_6)**
- Overweeg om bepaalde functies (familie-experten, KOPP-referentiepersonen, familievertegenwoordigers) op het niveau van de GGZ-netwerken uit te bouwen, zodat ook kleine organisaties en zelfstandigen hier beroep op kunnen doen. **(Niveau A_6)**

3 Financiële middelen

- Zorg ervoor dat het ondersteuningsaanbod voor naasten in alle Vlaamse regio's in voldoende mate beschikbaar is. Zorg voor voldoende structurele financiering zodat familieorganisaties in de mogelijkheid zijn om in alle regio's activiteiten voor naasten te organiseren (MacCourt et al., 2013; Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016). **(Niveau A_4)**
- Voorzie financiële middelen voor voorzieningen zodat zij opleidingen en trainingen kunnen voorzien over het betrekken van naasten (Eassom et al., 2014). **(Niveau A_2)**
- Valideer de (extra) tijdsinvestering die het betrekken van naasten met zich meebrengt. In het huidige financieringsmodel ligt de focus op face-to-face contacten met de zorggebruiker. Er is nood aan meer mogelijkheden om het werken met naasten te vergoeden, bv. een nieuw tweedelig financieringsmodel waarin begeleiding voor zorggebruikers én het ondersteunen van naasten centraal staat (Martin et al., 2017; MacCourt et al., 2013; Peters et al., 2011). **(Niveau A_3)**
- Voorzie respijtdiensten voor naasten die dagelijks de zorg opnemen voor een persoon met een psychische problematiek, zodat ze even op adem kunnen komen (MacCourt et al., 2013; Vermeulen et al., 2015). **(Niveau A_3)**
- Overweeg om financiële middelen te voorzien om toegankelijke opleidingen en studiedagen voor (familie-)ervaringsdeskundigen te organiseren. **(Niveau A_6)**

4 Betrouwbare informatie voor het brede publiek

- Maak psychische problemen en GGZ meer bespreekbaar onder meer door betrouwbare informatie voor het brede publiek te verspreiden (MacCourt et al., 2013; Sawrikar & Muir, 2018). **(Niveau A_3)**
- Verspreid betrouwbare en relevante informatie voor naasten over (MacCourt et al., 2013): **(Niveau A_4)**
 - Psychische aandoeningen
 - Het ondersteuningsaanbod voor naasten
 - Sociale rechten en administratieve informatie
 - Juridische aspecten van contextbetrokkenheid
- Overweeg om aangepaste informatie te verspreiden die alle lagen van de samenleving bereikt. De GGZ weerspiegelt de demografische diversiteit van de samenleving nog niet doordat veel groepen (sociaaleconomische alsook culturele/etnische groepen) de weg naar de GGZ niet vinden. **(Niveau A_6)**
- Overweeg om relevante informatie zoveel mogelijk op één plaats te bundelen en op een toegankelijke manier aan te bieden, zodat het gemakkelijk te vinden is voor naasten, zorggebruikers en hulpverleners. **(Niveau A_6)**

5 Onderzoek

- Investeer in kwaliteitsvol wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van het betrekken van naasten in de verschillende settings (MacCourt et al., 2013). Systematische reviews en meta-analyses over dit onderwerp zijn quasi onbestaand. **(Niveau A_4)**
- Overweeg om hiaten in de klinische praktijk in kaart te brengen (bv. m.b.t. de kennis en vaardigheden van hulpverleners, de spreiding van familieorganisaties, de beschikbaarheid van een ondersteuningsaanbod voor naasten, etc.) (MacCourt et al., 2013). **(Niveau A_5)**
- Overweeg om bijkomend onderzoek mogelijk te maken om de richtlijn up-to-date te houden. Het is aangewezen om de richtlijn vijfjaarlijks te herzien op basis van: nieuwe klinische studies, juridische evoluties en actuele feedback van relevante betrokkenen binnen de Vlaamse GGZ (CEBAM, 2020). **(Niveau A_6)**

6 Participatie van naasten

- Zorg ervoor dat naasten kunnen participeren aan het beleid op het niveau van de samenleving (De Cuyper et al., 2018; MacCourt et al., 2013; Vermeulen et al., 2015). **(Niveau A_3)**
- Geef familieorganisaties of familievertegenwoordigers een plaats in het GGZ-discours, op de verschillende beleidsniveaus gezien naasten, zorggebruikers en hulpverleners verschillende visies hebben over de betrokkenheid (Cuijpers, 2018; Tambuyzer, & Van Audenhove, 2013; Tambuyzer et al., 2011). **(Niveau A_4)**

Discussie

Tot slot formuleren we een aantal kritische bedenkingen bij het proces en resultaat van deze studie en beschrijven we de randvoorwaarden die nodig zijn om ervoor te zorgen dat voorzieningen en hulpverleners de richtlijn adequaat in de praktijk kunnen brengen.

1 Kritische bedenkingen m.b.t. het proces en het resultaat van deze studie

Het was de uitdrukkelijke vraag van de overheid om een richtlijn met **een generiek karakter** te ontwikkelen. De richtlijn diende zich **toe te spitsen op de hele Vlaamse GGZ-sector**: de mobiele, ambulante en residentiële GGZ die werken met zorggebruikers van alle leeftijden (kinderen, jongeren, volwassenen en ouderen). Bijkomend was het de vraag van de overheid om de methode voor richtlijnontwikkeling zo goed mogelijk te laten aansluiten bij de grote mijlpalen van richtlijnontwikkeling die CEBAM, het Belgisch Centrum voor Evidence-Based Medicine, voorschrijft. Dat betekent dat de **richtlijn vooral op wetenschappelijk onderzoek gebaseerd** is, aangevuld met de deskundigheid van vertegenwoordigers van beroepsverenigingen, koepelorganisaties en familie- en patiëntvertegenwoordigers. Deze vooropgestelde manier van werken heeft naast een aantal wetenschappelijke sterktes ook tot gevolg dat er een aantal beperkingen optreden. We beschrijven ze hieronder.

De wetenschappelijke literatuur inzake het betrekken van naasten focust bijna exclusief op de residentiële GGZ. Er bestaan weinig of geen systematische reviews of ander onderzoek dat handelt over het betrekken van naasten in ambulante of outreachende settings. Ook de richtlijnen uit de internationale literatuur handelen in hoofdzaak over het betrekken van naasten in residentiële voorzieningen. Net omdat de wetenschappelijke literatuur de belangrijkste basis vormt voor de aanbevelingen heeft de richtlijn een residentiële ondertoon. Hierdoor bestaat het gevaar dat ambulante of mobiele voorzieningen zich minder zullen herkennen in de richtlijn.

Desondanks deden de onderzoekers hun best om zoals gevraagd de richtlijn zo generiek mogelijk te formuleren. Dit heeft als keerzijde dat de **aanbevelingen zeer algemeen** zijn – ze moeten immers van toepassing zijn op de grote diversiteit aan voorzieningen en sectoren die het Vlaamse GGZ-landschap rijk is. Omwille van dit algemene karakter mist de richtlijn op sommige punten aan diepgang. Bepaalde groepen worden over het hoofd gezien en de vertaling naar concrete settings en situaties ontbreekt. Dit geldt bijvoorbeeld voor de doelgroep minderjarigen. Slechts een deel van de richtlijn handelt over deze doelgroep waardoor het risico bestaat dat voorzieningen en hulpverleners onvoldoende zullen stilstaan bij het belang van het betrekken en ondersteunen van kinderen en jongeren. Ook voor de forensische GGZ blijven – door de generieke aard van de aanbevelingen – veel specifieke vragen onbeantwoord. De forensische GGZ voelt juist sterk de nood om meer naasten te betrekken en heeft hier naar eigen zeggen nog een lange weg in te gaan. Kortom, sommige **settings of voorzieningen zullen zich omwille van het algemene karakter** van de richtlijn **minder herkennen in de aanbevelingen** en daardoor misschien minder geneigd zijn om de aanbevelingen in de praktijk te brengen.

De vooropgestelde methodologie die sterk de nadruk legt op wetenschappelijke onderbouwing laat **zeer weinig ruimte voor het includeren van innovatieve benaderingen en praktijken** waarvoor nog maar weinig wetenschappelijke evidentie bestaat. Hierdoor is de richtlijn minder toekomstgericht en beperkt

ze zich tot oudere benaderingen en praktijken. Zo zijn er geen bronnen uit de grijze literatuur vermeld en blijft relevant onderzoeks- en ontwikkelingswerk van eigen bodem onbesproken. We verwijzen hiervoor o.a. naar het werk dat in het kader van het Participatieproject van de FOD Volksgezondheid in België in de periode 2010-2017 gelopen heeft (Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu; 2017). Hier zijn een aantal goede praktijken toegepast en breed verspreid in grote consensus tussen zowel de patiëntenorganisaties als de familie-organisaties.

Het betrekken van naasten omvat een breed thema dat vele ladingen dekt. De zorggebruiker maakt immers deel uit van een systeem: hij is verbonden met een gezin, een familie en vrienden en een ruimere omgeving (woon-, thuis-, werk-, school- en buurtomgeving). Ook het betrekken van de ruimere omgeving is volgens de visie op herstel en de vermaatschappelijking van zorg belangrijk om inclusie en volwaardig burgerschap mogelijk te maken. **Omwille van de beperkte tijdsduur van het onderzoeksproject is er afgesproken om het thema “naasten betrekken” af te bakenen tot de onmiddellijke leefomgeving van de zorggebruiker** (mantelzorgers, gezin, familie en vrienden). Dat neemt niet weg dat het betrekken van de ruimere leefomgeving van de zorggebruiker een zeer relevant thema is dat in de toekomst zeker meer aandacht verdient.

2 Randvoorwaarden om de richtlijn in de praktijk te brengen

Deze vaststellingen brengen ons ertoe om een aantal randvoorwaarden te formuleren waarmee men de richtlijn op een goede manier in de praktijk kan brengen.

2.1 Een genuanceerde toepassing van de richtlijn is aangewezen

De richtlijn reikt een aantal aanbevelingen en overwegingen aan die bedoeld zijn om hulpverleners en voorzieningen te helpen bij het maken van de juiste keuzes inzake het betrekken van naasten. **Het is echter niet de bedoeling dat de aanbevelingen en overwegingen zonder enige nuancering worden toegepast. Elke zorggebruiker, situatie en setting is immers anders.** Verwacht wordt dat voorzieningen en hulpverleners de aanbevelingen en overwegingen vakkundig toepassen en daarbij steeds rekening houden met de persoonlijke kenmerken, ervaringen en voorkeuren van de zorggebruiker en diens naasten om vervolgens te bepalen wat het beste is om te doen in een bepaalde situatie. Kortom, de aanbevelingen en overwegingen in de richtlijn dienen het voorwerp van shared decision making te zijn waarbij de hulpverlener en in de eerste plaats de zorggebruiker gezamenlijk beslissen wie er best kan betrokken zijn en hoe de betrokkenheid van naasten het best verloopt.

In de context van een ambulante behandeling die afgebakend is in de tijd of qua problematiek zal een betrokkenheid van naasten soms ook niet nodig of wenselijk zijn. Wanneer de persoon met een zorgnood in een aparte context aan zichzelf wil werken en er vanuit het perspectief van de professional geen contra-indicaties zijn is er geen reden om hier meer aandacht aan te besteden. Het experten oordeel van de clinicus in consensus met de voorkeur van de betrokken zorggebruiker hoeft dan geen verdere exploratie.

2.2 Naar een samenwerking op grond van gelijkwaardigheid

De aanbevelingen in de richtlijn richten zich tot voorzieningen en hulpverleners. De beslissingsbevoegdheid lijkt hierdoor in de eerste plaats te liggen bij de hulpverlening alsof zij bepalen

welke rol de naasten kunnen opnemen. Dit doet onrecht aan de praktijk van de mantelzorg zoals die in de feiten verloopt. Mantelzorgers nemen op vrijwillige basis veel zorg op zich en dragen bij tot herstel en genezingsprocessen. Ze lijden vaak zelf sterk onder de ziekte of kwetsbaarheid van hun naasten en hebben veel kennis over wat er aan de hand is en over wat er wel en niet helpt. Het betrekken van naasten mag bijgevolg niet gezien worden als eenrichtingsverkeer waarbij hulpverleners op grond van hun professionele kennis een allesbepalende rol spelen. Men kan veel leren door te luisteren naar de betrokkenen. En de sleutel voor herstel ligt gedeeltelijk ook in het maatschappelijk herstel.

We pleiten vandaag dan ook voor een meer genuanceerde kijk op de persoon vanuit de visie op positieve gezondheid en herstel. De besluitvormingsprocessen kunnen anno 2020 best plaatsvinden via processen van Shared Decision Making of kiezen in overleg. Ook in de GGZ is dat mogelijk, maar zeker nog niet verworven. Hierbij beschouwt men de expertise van de ervaringsdeskundigen (patiënten en familieleden) op grond van gelijkwaardigheid om samen de juiste keuzes in de zorg en ondersteuning te maken (Hamann, & Heres, 2019; Schuster, Holzhüter, Heres, & Hamann, 2020; Van Audenhove, & Vertommen, 2000).

2.3 Nood aan praktische handvatten en handleidingen voor de organisaties

Doorheen het onderzoek rees geregeld de vraag om de richtlijn te stofferen met praktische handvatten die voorzieningen en hulpverleners kunnen helpen om de aanbevelingen in de praktijk te brengen. De aanbevelingen beschrijven nu vooral wat er moet gebeuren en in veel mindere mate hoe dit kan gebeuren. De bijlage van de richtlijn bevat een rudimentaire opsomming van goede praktijken die tijdens het onderzoeksproces ter sprake kwamen. Een verdere uitwerking van de goede praktijken kan helpen om de implementatie van de richtlijn succesvol te laten verlopen, maar viel buiten het bestek van dit onderzoek. We verwijzen hier wel naar de goede praktijken voor organisaties in de GGZ die de voorbije jaren in sterke samenwerking zijn ontwikkeld en beschreven in opdracht van de FOD Volksgezondheid (Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 2017; Tambuyzer, Pieters, Van Audenhove, 2011; Tambuyzer, & Van Audenhove, 2010; Tambuyzer, & Van audenhove, 2011).

Het louter beschikbaar stellen van de richtlijn zal in het werkveld tot weinig verandering leiden. Investeren in een stevig implementatietraject is noodzakelijk om ervoor te zorgen dat hulpverleners actief met de richtlijn aan de slag gaan en dat het betrekken van naasten een automatische reflex wordt. Volgende strategieën kunnen deel uitmaken van het implementatietraject:

- Een **infocampagne** opzetten om zowel de GGZ-sector als het brede publiek te sensibiliseren over dit onderwerp en het bestaan van de richtlijn onder de aandacht te brengen.
- **Vormingen en trainingen** voor leidinggevenden en hulpverleners organiseren om de noodzakelijke kennis en vaardigheden over te brengen.
- **Coaching voor voorzieningen** regelen om hen te ondersteunen bij het vertalen van de aanbevelingen naar de eigen werking.
- Een **website** ontwikkelen die de veelheid van aanbevelingen in de richtlijn op een meer gestructureerde en behapbare wijze weergeeft. Het is overigens wenselijk om **alle richtlijnen** die van toepassing zijn voor de Vlaamse GGZ te **bundelen op één plaats** zoals in Nederland het geval is (www.ggzstandaarden.nl). Dit helpt voorzieningen om het overzicht te bewaken.

- Een **kwaliteitsindicator** invoeren zodat de voorzieningen kunnen checken of ze op de juiste weg zijn en hoe ze hun aanpak kunnen verbeteren.

2.4 Voldoende capaciteit en tijd

Het organiseren en leveren van zorg zoals beschreven in de richtlijn vereist voldoende capaciteit en tijd van zorgverleners en voorzieningen. Veel GGZ-voorzieningen worstelen met lange wachttijden waardoor de beschikbare capaciteit en tijd van voorzieningen en hulpverleners vandaag reeds onder druk staan. Zonder bijkomende financiering zal het uitrollen van de richtlijn extra druk leggen op de sector en dus waarschijnlijk niet gebeuren. De sector heeft nood aan **meer ruimte** en dus ook **meer middelen** om met naasten aan de slag te kunnen gaan.

Daarbij komt dat **het huidige financieringsmodel** het werken met **naasten helemaal niet valoriseert**. Er is geen vergoeding voorzien om met naasten aan de slag te gaan. Het is aangewezen om het huidige financieringsmodel onder de loep te nemen en waar nodig bij te stellen. De zorgverlening van vandaag heeft een tweeledige doelstelling: enerzijds de zorggebruiker kwaliteitsvolle zorg aanbieden en anderzijds naasten zo goed mogelijk betrekken en ondersteunen. Deze tweeledige doelstelling dient zich ook in het financieringsmodel te weerspiegelen. Zolang dit niet gebeurt zullen hulpverleners het gebrek aan capaciteit en tijd als argument gebruiken om naasten niet te betrekken.

2.5 Evaluatie en opvolging

Voorzieningen en hulpverleners moeten extra aangemoedigd worden om de aanbevelingen van de richtlijn in praktijk te brengen. Dit kan door het betrekken van naasten op te nemen als **kwaliteitsindicator** en door een aantal elementen uit de richtlijn op te nemen als **evaluatiecriterium van zorginspectie**. Op deze manier is het mogelijk om op korte termijn vooruitgang te boeken. Het is evenwel belangrijk om erop toe te zien dat voorzieningen zich niet beperken tot het uitwerken van enkele losse initiatieven maar inzetten op een integrale werking waarin het betrekken van naasten een centrale plaats krijgt.

Daarnaast is er nood aan een **procesevaluatie** die kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethoden combineert om zicht te krijgen op de mate waarin en de wijze waarop de richtlijn zijn weg vindt naar de praktijk. Op langere termijn is een **effectevaluatie** aan te bevelen om na te gaan of de richtlijn leidt tot een grotere tevredenheid bij zorggebruikers en hun naasten en een betere kwaliteit van zorg.

2.6 De juridische vragen bij het betrekken van naasten

De richtlijn heeft naast een klinische ook een juridische onderbouwing. Dit is noodzakelijk omdat het betrekken van naasten juridische vragen oproept m.b.t. het delen van informatie en het nemen van beslissingen hierover. De patiëntenrechten en het beroepsgeheim hebben een invloed op welke informatie onder welke voorwaarden met naasten gedeeld kan of moet worden. Vanuit dit perspectief wil men vermijden dat de vertrouwensrelatie tussen de zorggebruiker en hulpverleners onder druk komt te staan doordat er informatie over hem gegeven wordt terwijl hij dit niet wil of niet weet. Dit betekent niet dat het betrekken van naasten verboden is.

In de praktijk stelt men soms vast dat hulpverleners aarzelend staan tegenover het betrekken van naasten, omdat ze ten onrechte denken dat dit verboden is. Veel hulpverleners hebben een gebrekkige

kennis van het beroepsgeheim: ze weten niet wat de wet al dan niet toestaat. Deze onwetendheid leidt geregeld tot handelingsverlegenheid: hulpverleners zijn bang om hun beroepsgeheim te schenden, ze nemen het zekere voor het onzekere en betrekken daarom naasten toch maar liever niet. Het laatste deel van de aanbevelingen op het microniveau behandelt daarom kort de regelgeving en formuleert enkele juridische aanbevelingen als antwoord op deze handelingsverlegenheid.

Tijdens het toepassen van de richtlijn zullen er zich in de praktijk ongetwijfeld heel wat specifieke situaties voordoen waarin het niet duidelijk is hoe er met de richtlijn en de wetgeving moet worden omgegaan. Het is daarom aangewezen dat voorzieningen en hulpverleners tijdens het in de praktijk brengen van de richtlijn beroep kunnen doen op juridische ondersteuning. Het installeren van een **juridische helpdesk** waar voorzieningen en hulpverleners uit de GGZ terecht kunnen met hun juridische vragen kan helpend zijn. Daaruit volgend kan een **vraagbaak** uitgewerkt worden die veel gestelde juridische vragen m.b.t. het betrekken van naasten in de GGZ en de bijbehorende antwoorden bundelt.

Referenties

- Adriaansen, M. (2017). Positieve Gezondheid. *TVZ, Tijdschrift voor verpleegkundige experts*, 1-10.
- Aerts, S., Dumon, E., van Heeringen, K., & Portzky, G. (2017). *DETECTIE EN BEHANDELING VAN SUÏCIDAAL GEDRAG. Multidisciplinaire richtlijn voor hulpverleners in de gezondheidszorg*. Brussel: Politeia nv.
- Aggarwal, S., Patton, G. (2018). Engaging families in the management of adolescent self-harm. *Evid Based Mental Health February*, 21(1), 16-22. doi: 0.1136/eb-2017-102791
- AGREE Next Steps Consortium (2009). AGREE II. Instrument voor de beoordeling van richtlijnen.
- Alliantie kwaliteit in de geestelijke gezondheidszorg (Akwa) (2020). Generieke module: Diversiteit. Geraadpleegd op 17/03/2020 via <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/diversiteit/samenvatting>
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990's. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 11-23.
- Awad, A. G., & Voruganti, L. N. (2008). The burden of schizophrenia on caregivers: a review. *Pharmacoeconomics*, 26, 149-162. doi:10.2165/00019053-200826020-00005
- Bailey, R., Burbach, F., & Lea, S. (2003). The ability of staff trained in family interventions to implement the approach in routine clinical practice. *Journal of Mental Health*, 12, 131-141. doi:10.1080/09638230310000103443
- Bransen, E., Paalvast, M., & Slaats, M. (2014). De kracht van naasten ontsluiten. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 40 (1), 20-33. doi: 10.1007/s12485-014-0003-6
- Brennan, A., Warren, N., Peterson, V., Hollander, Y., Boscarato, K., & Lee, S. (2016). Collaboration in crisis: carer perspectives on police and mental health professional's responses to mental health crises. *International Journal of Mental Health Nursing*, 25, 452-461. doi: 10.1111/inm.12233
- Bosmans, G. (2018). Wat is ABFT?. Geraadpleegd op 07/07/2020 via <https://ppw.kuleuven.be/ogop/abft/watisabft>
- Cai, A., & Robst, J. (2016). The Relationship Between Race/Ethnicity and the Perceived Experience of Mental Health Care. *American Journal of Orthopsychiatry*, 86(5), 508-518.
- CEBAM (2020). Hoe een richtlijn maken? Geraadpleegd op 9 maart 2020 via <https://www.cebam.be/nl/richtlijnen/hoe-een-richtlijn-maken>
- Cedereke, M., & Ojehagen, A. (2007). Formal and Informal Help During the Year After a Suicide Attempt: a One-Year Follow-Up. *International Journal of Social Psychiatry*, 53(5), 419-429.
- Cerel, J., & Campbell, F. (2008). Suicide survivors seeking mental health services: A preliminary examination of the role of an active postvention model. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 38, 30-34.
- Cleary, M., Freeman, A., & Walter, G. (2006). Carer participation in mental health service delivery. *International Journal of Mental Health Nursing*, 15, 189-194. doi:10.1111/j.1447-0349.2006.00422.x

- Clibbens, N., Berzins, K., & Baker, J. (2019). Caregivers' experiences of service transitions in adult mental health: An integrative qualitative synthesis. *Health and Social Care in the Community*, 27, 535-548. doi:10.1111/hsc.12796
- Coppens, E., De Cuyper, K., & Van Audenhove, C. (2018). De Kindreflex: de ontwikkeling van een Vlaamse Kindcheck met toepassing in de geestelijke gezondheidszorg. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Geraadpleegd via <https://steunpuntwvg.be/onderzoeksprogramma/ef13-kind-check>
- Coppens, E., De Cuyper, K., & Van Audenhove, C. (z.d.). Kindreflex [Brochure]. Geraadpleegd via https://kindreflex.be/wp-content/uploads/2019/05/253_20190409_brochure_interactief.pdf
- Cree, L., Brooks, H. L., Berzins, K., Fraser, C., Lovell, K., & Bee, P. (2015). Carers' experiences of involvement in care planning: A qualitative exploration of the facilitators and barriers to engagement with mental health services. *BMC Psychiatry*, 15, 208. doi:10.1186/s12888-015-0590-y
- Cuijpers, S. (2018). *Cahier Patiëntenparticipatie. Kader waarbinnen patiëntenparticipatie optimaal tot stand kan komen*. Brussel: Werkgroep verpleegkundigen geestelijke gezondheidszorg NVKVV
- De Cuyper, K., Van Ingelgom, S., & Van Audenhove, C. (2018). Uitwerking van een ontwerp van decreet betreffende de geestelijke gezondheid. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Geraadpleegd via <https://steunpuntwvg.be/images/swvg-3-rapporten/ef16-uitwerking-van-een-ontwerp-van-decreet-betreffende-de-geestelijke-gezondheid>
- Diamond, G., & Josephson, A. (2005). Family-based treatment research: a 10-year update. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(9), 872-87.
- Dirik, A., Sandhu, S., Giacco, D., Barrett, K., Bennison, G., Collinson, S., & Priebe, S. (2017). Why involve families in acute mental healthcare? A collaborative conceptual review. *BMJ Open*, 7, e017680. doi:10.1136/bmjopen-2017-017680
- Dixon, L., McFarlane, W. R., Lefley, H., Lucksted, A., Cohen, M., Falloon, I., ..., & Sondheimer, D. (2001). Evidence-based practices for services to families of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Services*, 52, 903-910. doi:10.1176/appi.ps.52.7.903
- Doody, O., Butler, M. P., Lyons, R., & Newman, D. (2017). Families' experiences of involvement in care planning in mental health services: An integrative review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24, 412-430. doi:10.1111/jpm.12369
- Eassom, E., Giacco, D., Dirik, A., & Priebe, S. (2014). Implementing family involvement in the treatment of patients with psychosis: A systematic review of facilitating and hindering factors. *BMJ Open*, 4, e006108. doi:10.1136/bmjopen-2014-006108
- Encyclo (2020). Symbiotische relatie. Geraadpleegd op 17/03/2020 via: <http://www.encyclo.nl/begrip/Symbiotische%20relatie>
- Engel, G. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 137, 535-544.
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Ethische Commissie Vlaams Welzijnsverbond (2006). Zorgvuldig omgaan met informatie-uitwisseling in het welzijnswerk. Beroepsgeheim en informatiestomen in de hulpverlening. *TVW*, 30(279). 5-25.

Familieplatform Geestelijke Gezondheid vzw (2017). Gids Familiebeleid in zorgvoorzieningen binnen de Geestelijke Gezondheidszorg

Familieplatform Geestelijk Gezondheid vzw (2018a). Voor familie in de GGZ: samen zorgen we beter! [Brochure]. Antwerpen: Familieplatform.

Familieplatform Geestelijke Gezondheid vzw (2018b). Familie. Geraadpleegd op 15/07/2020 via <https://familieplatform.be/familie-van/>

Familieplatform Geestelijke Gezondheid vzw, & Vip² (2019). Meetprotocol indicator: Aanwezigheid familiebeleid.

Feil, N. (2004). *Validation, respectvol omgaan met dementerende ouderen*. Kavanah.

Ferrey, A.E., Hughes, N.D., Simkin, S., Locock, L., Stewart, A., Kapur, N., Hawton, K. (2016). The impact of self-harm by young people on parents and families: a qualitative study. *BMJ Open*, 6(1), e009631

Frederick, T., O'Connor, C., & Koziarski, J. (2018). Police Interactions with People Perceived to have a Mental Health Problem: A Critical Review of Frames, Terminology, and Definitions. *Victims & Offenders*, 13(8), 1037-1054. doi: 10.1080/15564886.2018.1512024

Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (2017). "PROJECT PARTICIPATIE VAN PATIËNTEN EN NAASTBETROKKEN IN DE HERVORMING VAN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG". ACTIVITEITENRAPPORT 2017.

Federale Werkgroep Ervaringsdeskundigheid (2020).

FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu, Directoraat-Generaal Organisatie Gezondheidszorgvoorzieningen, & Federale Commissie 'Rechten van de patiënt'(2006). Aanwijzing van de vertrouwenspersoon [Advies]. Geraadpleegd op 13.05.2020 via https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/federale_commissie_rechten_van_de_patiënt/2006-06-23_fcrp_advies_aanwijzing_vertrouwenspersoon.pdf

Fox, H., Haenen, J., Meijer, A., Raaijmakers, G. & van Veen, P. (2008). Cliënt, familie en hulpverlener. Over het belang van samenwerking. *Tijdschrift voor Rehabilitatie*, 4.

Glick, I. D., Stekoll, A. H., & Hays, S. (2011). The role of the family and improvement in treatment maintenance, adherence, and outcome for schizophrenia. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 31, 82-85. doi:10.1097/JCP.0b013e31820597fa

Guberman, N., Nicholas, E., Nolan, M., Rembicki, D., Lundh, U., & Keefe, J. (2003). Impacts on practitioners of using research-based carer assessment tools: Experiences from the UK, Canada and Sweden, with insights from Australia. *Health & Social Care in the Community*, 11, 345-355.

Hamann, J., & Heres, S. (2019). Why and How Family Caregivers Should Participate in Shared Decision Making in Mental Health. *Psychiatric Services*, 70(5).

Helmer, E., Vermeulen, B., Vanderhaegen, J., Coppens, E., & Van Audenhove, C. (2016). *Betere GGZ 107: De ervaringen van hulpverleners, mantelzorgers en patiënten*. Leuven: LUCAS.

Hendricks, G., De Roeck, V., Maras, A., Dieleman, G., Gerritsen, S., & Tremmery, S. (2017). Uitdagingen bij de transitie van jongeren van jeugd geestelijke gezondheidszorg naar volwassenen geestelijke gezondheidszorg. *Tijdschrift voor orthopedagogiek, kinderpsychiatrie en kinderpsychologie*, 42(3), 117-131.

- Heyndirckx, P. (2005). Concept meerzijdige partijdigheid. *Balans*, 1(4), 2-4.
- Hoagwood, K. E. (2005). Family-based services in children's mental health: a research review and synthesis. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 690-713. doi:10.1111/j.1469-7610.2005.01451.x
- Hoffer, C. (2010). De GGZ en beleving van psychische ziekten onder allochtonen Nederlanders. Suggesties voor de praktijk. *Vennv sociaal psychiatrische verpleegkundigen*, 29(93), 23-32.
- Hofman, E., Geldof, D., Koning, M. (2014). Superdiversiteit op de frontlijn. Diversiteitsbewuste communicatie is een noodzaak. *POW Alert*, 40(4), 6-13.
- Hosman CMH, van Doesum KTM, van Santvoort F (2009). Prevention of emotional problems and psychiatric risks in children of parents with a mental illness in the Netherlands: I. The scientific basis to a comprehensive approach. *Australian e-journal for the Advancement of Mental Health*, 8(3), 250-263.
- Huber, M. (2011). *How should we define health*. *British Medical Journal*, 343, d4163.
- Huber, M., van Vliet, M., Giezenberg, M., Winkens, B., Heerkens, Y., Dagnelie, P. C., & Knottnerus, J. A. (2016). Towards a 'patient-centered' operationalisation of the new dynamic concept of health: a mixed methods study. *British Medical Journal*, 5, e010091.
- Hulten, A., Wasserman, D., & Hawton, K. (2000). Recommended care for young people (15–19 years) after suicide attempts in certain European countries. *European Child & Adolescent Psychiatry*
- Ingoldsby, E. M. (2010). Review of interventions to improve family engagement and retention in parent and child mental health programs. *Journal of Child and Family Studies*, 19, 629-645. doi:10.1007/s10826-009-9350-2
- Jordan, J. (2001). Is suicide bereavement different? A reassessment of the literature. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31, 91-102.
- Jordan, J.R., & McMenamy, J. (2004). Interventions for suicide survivors: A review of the literature. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34, 337-349.
- Kavanagh, B.P. (2009). The GRADE system for rating clinical guidelines. *Plos Medicine*, 6, e1000094. doi:10.1371/journal.pmed.1000094
- Kelley, M. L., D'Lima, G. M., Henson, J. M., & Cotten, C. (2014). Substance-abusing mothers and fathers' willingness to allow their children to receive mental health treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 47, 106-111. doi:10.1016/j.jsat.2014.02.007
- Kerr, D.J., Crowe, T.P., & Oades, L.G. (2013). The reconstruction of narrative identity during mental health recovery: A complex adaptive systems perspective. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 36, 108-109. <http://dx.doi.org/10.1037/h0094978>
- Kim, H. W., & Salyers, M. P. (2008). Attitudes and perceived barriers to working with families of persons with severe mental illness: Mental health professionals' perspectives. *Community Mental Health Journal*, 44, 337-345. doi:10.1007/s10597-008-9135-x
- Kobak, R., & Bosmans, G. (2019). Attachment and psychopathology: a dynamic model of the insecure cycle. *Current Opinion in Psychology*, 25, 76-80. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.02.018>

- Kruiswijk, W., van der Veer, M., Brink, C., Calis, W., van der Maat, J. W., & Redeker, I. (2014). *Aan de slag met sociale netwerken. De 44 meest bekende methoden verzameld*. Movisie, kennis en aanpak van sociale vraagstukken.
- Kuipers, E., Onwumere, J., & Bebbington, P. (2010). Cognitive model of caregiving in psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, *196*, 259-265. doi:10.1192/bjp.bp.109.070466
- Lakeman, R. (2008). Practice standards to improve the quality of family and carer participation in adult mental health care: An overview and evaluation. *International Journal of Mental Health Nursing*, *17*, 44-56. doi:10.1111/j.1447-0349.2007.00510.x
- Landelijk Platform familie-ervaringsdeskundigen (2018). Visiedocument familie-ervaringsdeskundigen. Geraadpleegd op 15 mei 2020 via <https://www.kenniscentrumphrenos.nl/diensten/platforms/familie-ervaringsdeskundigheid/>
- Lane, R. D. (2014). Is it possible to bridge the biopsychosocial and the biomedical models? *Biopsychosocial Medicine*, *8*, 3.
- Lavoie, J. A. A. (2018). Relative invisibility: An integrative review of carers' lived experiences of a family member's emergency mental health crisis. *Social Work in Mental Health*, *16*, 601-626. doi:10.1080/15332985.2018.1467845
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J. & Slade, M., (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, *199*, 445-452. doi:10.1192/bjp.bp.110.083733
- Legemate, J., Dute, J. C. J., Kastelein, W. R., Raas, G. P. M., & van Veen, E. B. (2020). Beroepenwetgeving Gezondheidszorg 2010/2011. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Liégeois, A. (2013). Een ethische visie op het beroepsgeheim. In B. Hubeau, J. Mertens, J. Put, R. Roose, K. Stas, & F. Vander Laenen (reds.). *Omgaan met beroepsgeheim* (pp. 154-173). Kluwer
- Liégeois A. (2014). *Waarden in dialoog: ethiek in de zorg*. Leuven: LannooCampus.
- Liégeois A. (2018). Een relationeel ethisch model voor het evalueren van beslissingsbekwaamheid in de psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, *60*(1), 29-36.
- Livesey, C. M., & Rostain, A. L. (2017). Involving parents/family in treatment during the transition from late adolescence to young adulthood: Rationale, strategies, ethics, and legal issues. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, *26*, 199-216. doi:10.1016/j.chc.2016.12.006
- Lo, H., & Fung, K. P. (2003). Culturally Competent Psychotherapy. *Can J Psychiatry*, *48*(3), 161-170.
- Lobban, F., Postlethwaite, A., Glentworth, D., Pinfold, V., Wainwright, L., Dunn, G., ..., & Haddock, G. (2013). A systematic review of randomized controlled trials of interventions reporting outcomes for relatives of people with psychosis. *Clinical Psychology Review*, *33*, 372-382. doi:10.1016/j.cpr.2012.12.004
- Lobo Prabhu, S., Molinari, V., Bowers, T., & Lomax, J. (2010). Role of the family in suicide prevention: an attachment and family systems perspective. *Bull Menninger Clin*, *74*(4), 301-327.
- Maciejewski DF, Hillegers M, Penninx B (2017). Infographic zorgen en behoeftes van kinderen van ouders met stemmingsstoornissen.

- MacCourt P., Family Caregivers Advisory Committee, Mental Health Commission of Canada, (2013). *National Guidelines for a Comprehensive Service System to Support Family Caregivers of Adults with Mental Health Problems and Illnesses*. Calgary, AB: Mental Health Commission of Canada.
- Magne-Ingvar, U., & Ojehagen, A. (1999). Significant others of suicide attempters: their views at the time of the acute psychiatric consultation. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34(2), 73–9.
- Martin, R. M., Ridley, S. C., & Gillieatt, S. J. (2017). Family inclusion in mental health services: Reality or rhetoric?. *International Journal of Social Psychiatry*, 63, 480-487. doi:10.1177/00207640177
- Mottaghipour, Y., & Bickerton, A. (2005). The Pyramid of Family Care: A framework for family involvement with adult mental health services. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 4, 210-217. doi:10.5172/jamh.4.3.210
- Movisie, Vilans, & ActiZ (2014).
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (2016). *Dwang en drang in de GGZ*. Nederland: Richtlijnen Database.
- Nelson, G., Kloos, B., & Ornelas, J. (Eds.). (2014). *Community psychology and community mental health*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ (2016). *Generieke module: Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek*. Utrecht: Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ.
- NICE, National Institute for Health and Care Excellence, (2011). *Service user experience in adult mental health: improving the experience of care for people using adult NHS mental health services*.
- Nieweg, M. (2020). TOPOI-model | Communicatie bij culturele verschillen. Geraadpleegd op 27/04/2020 via <https://www.jsn.nl/onze-opdrachten/topoi-model/>
- Norduin, C., Driss, R. B., Van Hoof, B. (2019). Therapie in vele talen. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 49(3), 173-182.
- Ohaeri, J. U. (2003). The burden of caregiving in families with a mental illness: A review of 2002. *Current Opinion in Psychiatry*, 16, 457-465. doi:10.1097/00001504-200307000-00013
- OPGanG (2020). Wordt patiëntenvertegenwoordiger!. Geraadpleegd op 27/04/2020 via <http://www.opgang.be/nieuws/word-patientenvertegenwoordiger>
- Reinhardt, I., Gouzoulis-Mayfrank, E., & Zielasek, J. (2019). Use of Telepsychiatry in Emergency and Crisis Intervention: Current Evidence. *Current Psychiatry Reports*. doi: <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1054-8>
- Peeters, T., De Cuyper, K., Ogenhaffen, T., Buyck, I., Put, J., & Van Audenhove, C. (2019). De preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële geestelijke gezondheidszorg: Een multidisciplinaire richtlijn met zicht op de toekomst. Leuven: Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. Geraadpleegd via <https://steunpuntwvg.be/images/swvg-3-rapporten/ef-21-md-richtlijn-afzondering-en-fixatie>
- Peters, S., Pontin, E., Lobban, F., & Morriss, R. (2011). Involving relatives in relapse prevention for bipolar disorder: A multi-perspective qualitative study of value and barriers. *BMC Psychiatry*, 11, 172. doi:10.1186/1471-244X-11-172

- Pharoah, F., Mari, J., Rathbone, J., & Wong, W. (2010). Family intervention for schizophrenia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, CD000088. doi:10.1002/14651958.CD000088.pub2
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2007). Correlates of physical health of informal caregivers: a meta-analysis. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences*, 62, 126-137. doi:10.1093/geronb/62.2.p126
- Plysier, S. (2019). It's culture, but not as we know it: cultuursensitieve zorg in tijden van superdiversiteit. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 49(3), 183-190.
- Positieve Gezondheid België (2020). Concept Positieve Gezondheid. Geraadpleegd op 15 mei 2020 via <https://www.mijnpositievegezondheid.be/positieve-gezondheid-belgie/concept-positieve-gezondheid>.
- Reupert, A., & Maybery, D. (2016). What do we know about families where parents have a mental illness? A systematic review. *Child & Youth Services*, 37, 98-111. doi:10.1080/0145935X.2016.1104037
- Price-Robertson, P., Obradovic, A., & Morgan, B. (2016). Relational recovery: beyond individualism in the recovery approach. *Advances in Mental Health*, doi: 10.1080/18387357.2016.1243014
- Rose, L. E., Mallinson, R. K., & Walton-Moss, B. (2004). Barriers to family care in psychiatric settings. *Journal of Nursing Scholarship*, 36, 39-47.
- Rowe, J. (2012). Great expectations: a systematic review of the literature on the role of family carers in severe mental illness, and their relationships and engagement with professionals. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19, 70-82. doi:10.1111/j.1365-2850.2011.01756.x.
- PsychoseNet.nl (2020). Systeemtherapie. Geraadpleegd op <https://www.psychosenet.nl/behandeling/therapievormen/systeemtherapie/>
- SAR WGG (2015). Visienota Nieuw professionalisme in zorg en ondersteuning als opgave voor de toekomst.
- SAR WGG (2012). Visienota Integrale zorg en ondersteuning in Vlaanderen.
- Sawrikar, P., & Muir, K. (2017). Toward a family-oriented treatment approach for consumers and carers of mental illness. *International Journal of Mental Health*, 47, 158-183. doi:10.1080/00207411.2017.1367448
- Schuster, F., Holzhüter, F., Heres, S., & Hamann, J. (2020). Caregiver involvement in psychiatric inpatient treatment – a representative survey among triads of patients, caregivers and hospital psychiatrists. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 29, e129, 1–8. doi: <https://doi.org/10.1017/S2045796020000426>
- Schrank, B., Bird, V., Rudnick, A., & Slade, M. (2012). Determinants, self-management strategies and interventions for hope in people with mental disorders: Systematic search and narrative review. *Social Science & Medicine*, 74, 554-564. doi:10.1016/j.socscimed.2011.11.008
- Sin, J., Jordan, C. D., Barley, E. A., Henderson, C., & Norman, I. (2015). Psychoeducation for siblings of people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8, CD010540. doi:10.1002/14651858.CD010540.pub2
- Singh, S. P., & Tuomainen, H. (2015). Transition from child to adult mental health services: needs, barriers, experiences and new models of care. *World Psychiatry*, 14(3), 358-361.

- Skärsäter, I., Keogh, B., Doyle, L., Ellilä, H., Jormfeldt, H., Lahti, M., ..., & Kilkku, N. (2018). Advancing the knowledge, skills and attitudes of mental health nurses working with families and caregivers: A critical review of the literature. *Nurse Education in Practice*, *32*, 138-146. doi:10.1016/j.nepr.2018.07.002
- Slade, M., Pinfold, V., Rapaport, J., Bellringer, S., Banerjee, S., Kuipers, E., & Huxley, P. (2007). Best practice when service users do not consent to sharing information with carers. National multimethod study. *British Journal of Psychiatry*, *190*, 148-155. doi:10.1192/bjp.bp.106.024935
- Smolak, A., Gearing, R. E., Alonzo, D., Baldwin, S., Harmon, S., & McHugh, K. (2013). Social Support and Religion: Mental Health Service Use and Treatment of Schizophrenia. *Community Ment Health J*, *49*, 444-450. doi: 10.1007/s10597-012-9536-8
- Spoth, R., & Redmond, C. (2000). Research on family engagement in preventive interventions: Toward improved use of scientific findings in primary prevention practice. *Journal of Primary Prevention*, *21*, 267-284.
- Stroebe, M., Schut, H., & Stroebe, W. (2007). Health outcomes of bereavement. *Lancet*, *8;370(9603)*, 1960-73.
- Steunpunt Geestelijke Gezondheid (2020). Zelfhulpgroepen en lotgenotencontact. Geraadpleegd op 14 juli 2020 via <https://www.geestelijkgezondvlaanderen.be/zelfhulpgroepen-en-lotgenotencontact>
- Sveen, C.A., & Walby, F.A. (2008). Suicide survivors' mental health and grief reactions: a systematic review of controlled studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *38*(1), 13-29.
- Tambuyzer, E., & Van Audenhove, C. (2010). Goede praktijken van participatie in de GGZ. *Tijdschrift voor Rehabilitatie*, *1*, 56-65.
- Tambuyzer, E., & Van Audenhove, C. (2011). Service User and Family Carer Involvement Mental Health Care: Divergent Views. *Community Mental Health Journal*, *49*(6), 675-685. DOI 10.1007/s10597-012-9574-2
- Tambuyzer, E., & Van Audenhove, C. (2013). Service user and carer involvement in mental health care: Divergent views. *Community Mental Health Journal*, *49*, 675-685. doi:10.1007/s10597-012-9574-2
- Tambuyzet, E., Pieters, G., & Van Audenhove, C. (2011). Patient involvement in mental health care: one size does not fit all. *Health Expectations*, 1-13. doi: 10.1111/j.1369-7625.2011.00743.x
- Thiers, E. (2019). Cultuursensitiviteit en diversiteit in de opleidingen: wie is er vandaag klaar voor? *Tijdschrift Klinische Psychologie*, *49*(3), 191-202.
- Trefpunt Zelfhulp vzw (2020). Zelfhulp werkt! Geraadpleegd op 14 juli 2020 via <http://www.zelfhulp.be/waarom-zelfhulp>
- Van Audenhove, C. (2015a). *Herstellen kan je zelf: Hoopvol leven met een psychische kwetsbaarheid*. Leuven: Lannoo
- Van Audenhove, C. (2015b). *Medische keuzes. Praktische gids voor overleg tussen zorgverstreker en patiënt*. Leuven: Lannoo Campus
- Van Audenhove, C. (2017). De geestelijke gezondheidszorg : een nieuwe mindset?. *Tijdschrift klinische psychologie*, *47*(1), 5-18.
- Van Audenhove, C., & Declercq, A. (2016). *Zorg voor de buurt*. Leuven: LUCAS.

- Van Audenhove, C., Van Humbeeck, G. & Van Meerbeek, A. (2005). *De vermaatschappelijking van de zorg voor psychisch kwetsbare personen*. Leuven: LUCAS en Uitgeverij Lannoo.
- Van Audenhove, C., & Vertommen, H. (2006). A Negotiation Approach to Intake and Treatment Choice. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10(3), 287-299.
- Vandeurzen, J. (2017). Vlaams Actieplan Geestelijke Gezondheid 2017-2019. Vlaams kabinet Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
- Van Hemert, A.M., Kerkhof, A.J.F.M., de Keyser, J., Verwey, B., van Boven, C., Hummelen, J.W., de Groot, M.H., Lucassen, P., Meerdinkveldboom, M., Steendam, B., Stringer, B., Verlinde, A., & van de Glind, G. (2012). *Multidisciplinaire behandelrichtlijn diagnostiek en behandeling van suïcidaal gedrag*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Van Meekeren, E., & Baars, J. (2014). In de spreekkamer. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 40(1), 62-79. Doi: 10.1007/s12485-014-0006-3
- Van Regenmortel, T., & Lemmens, A. (2012). Familie als volwaardige partner in de geestelijke gezondheidszorg. In J. Steyaert, & R. Kwekkeboom (reds.). *De zorgkracht van sociale netwerken*. Eindhoven: MOVISIE
- Vansweevelt, T., & Dewallens, F. (2014). *Handboek Gezondheidsrecht*.
- Vermeulen, B., Lauwers, H., Spruytte, N., Van Audenhove, C., Margo, C., Saunders, J., & Jones, K. (2015). Experiences of family caregivers for persons with severe mental illness: an international exploration. Leuven: LUCAS KULeuven/EUFAMI
- Vissers, W. (2013). *Verzorgingssociologie. Visies op samenleven en zorg*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Wade, D. T. (2015). Rehabilitation – A new Approach. Part two: The underlying theories. *Clinical Rehabilitation*, 29, 1145-1154.
- Wade, D. T., & Halligan, P. W. (2017). The biopsychosocial model of illness: A model whose time has come. *Clinical Rehabilitation*, 31, 995-1004.
- Wante, A. (2018). *De betekenis en rol van familie-ervaringswerkers in mobiele begeleiding binnen de geestelijke gezondheidszorg: een kwalitatief onderzoek [Masterproef]*. Universiteit Gent.
- Waters, F. (2016). *Good Practice Guidelines for Engaging with Families and Carers in Adult Mental Health Services*. Australia: Government of Western Australia, Department of Health, North Metropolitan Health Service Mental Health.
- Werner, S. (2012). Subjective well-being, hope, and needs of individuals with serious mental illness. *Psychiatry Research*, 196, 214-219. doi:10.1016/j.psychres.2011.10.012
- Wheeler, C., Lloyd-Evans, B., Churchard, A., Fitzgerald, C., Fullarton, K., Mosse, L., Paterson, B., Galli Zugaro, C., & Johnson, S. (2015). Implementation of the Crisis Resolution Teammodel in adult mental health settings: a systematic review. *BMC Psychiatry*. doi:10.1186/s12888-015-0441-x
- Yanos, P.T., Roe, D., & Lysaker, P.H. (2010). The impact of illness identity on recovery from severe mental illness. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 13, 73-93. doi:10.1080/15487761003756860
- Yesufu-Udechuku, A., Harrison, B., Mayo-Wilson, E., Young, N., Woodhams, P., Schiers, D., Kuipers, E., & Kendall, T. (2015). Interventions to improve the experience of caring for people with severe mental

illness: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 206, 268-274.
doi:10.1192/bjp.bp.114.147561

Young, I.T., Iglewicz, A., Glorioso, D., Lanouette, N., Seay, K., Ilapakurti, M., Zisook, S. (2012). Suicide bereavement and complicated grief. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(2), 177–186.

Zorginspectie (2018). *BELEIDSRAPPORT Toezicht in de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg 2017-2018*. Brussel: Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Bijlage 1: Het juridisch kader

1 Relevante wetgeving rond het betrekken van naasten

Het betrekken van naasten roept juridische vragen op. De Wet patiëntenrechten en het beroepsgeheim hebben een invloed op welke informatie onder welke voorwaarden met naasten gedeeld kan of moet worden. Het formuleren van een antwoord op deze vragen is belangrijk om te vermijden dat enerzijds informatie gedeeld wordt terwijl dit niet mag, en dat anderzijds naasten niet betrokken worden omdat dit ten onrechte juridisch ontoelaatbaar geacht wordt. In situaties waar vertrouwelijkheidskwesties meespelen is het voor hulpverleners vaak onduidelijk hoe zij moeten reageren, mede door onvoldoende kennis of onjuiste interpretaties van het recht, wat leidt tot handelingsverlegenheid (Clearly, Freeman & Walter, 2006; Cree et al., 2015; Doody et al., 2017; Rowe, 2012; van Meekeren & Baars, 2014). Het is immers niet zo dat het recht het betrekken van naasten verbiedt; wel wil het recht vermijden dat de vertrouwensrelatie tussen de zorggebruiker en hulpverleners onder druk komt te staan doordat er informatie over hem gedeeld wordt terwijl hij dit niet wil of niet weet.

Juridisch zijn er drie aspecten relevant: het beroepsgeheim, de beslissingsbekwaamheid en de vertrouwenspersoon.

1.1 Het beroepsgeheim

Artikel 458 van het Strafwetboek verbiedt hulpverleners om persoonsgebonden informatie – informatie die direct of indirect over de zorggebruiker gaat – te delen met naasten. De herkomst van de informatie (bv. uit gesprekken met de zorggebruiker, vaststellingen, het dossier of gesprekken met andere naasten) is niet relevant. Ook de identiteit van de zorggebruiker valt onder het beroepsgeheim. De zorggebruiker moet ervoor kunnen kiezen om het feit dat hij zorg ontvangt voor zijn naasten geheim te houden. Hulpverleners mogen dan ook niet zonder meer antwoorden op vragen van naasten over bijvoorbeeld de aanwezigheid van de zorggebruiker in een voorziening of tijdens een therapie.

Het beroepsgeheim is niet absoluut en voorziet dat hulpverleners in bepaalde gevallen toch informatie over de zorggebruiker kunnen of moeten delen met naasten:

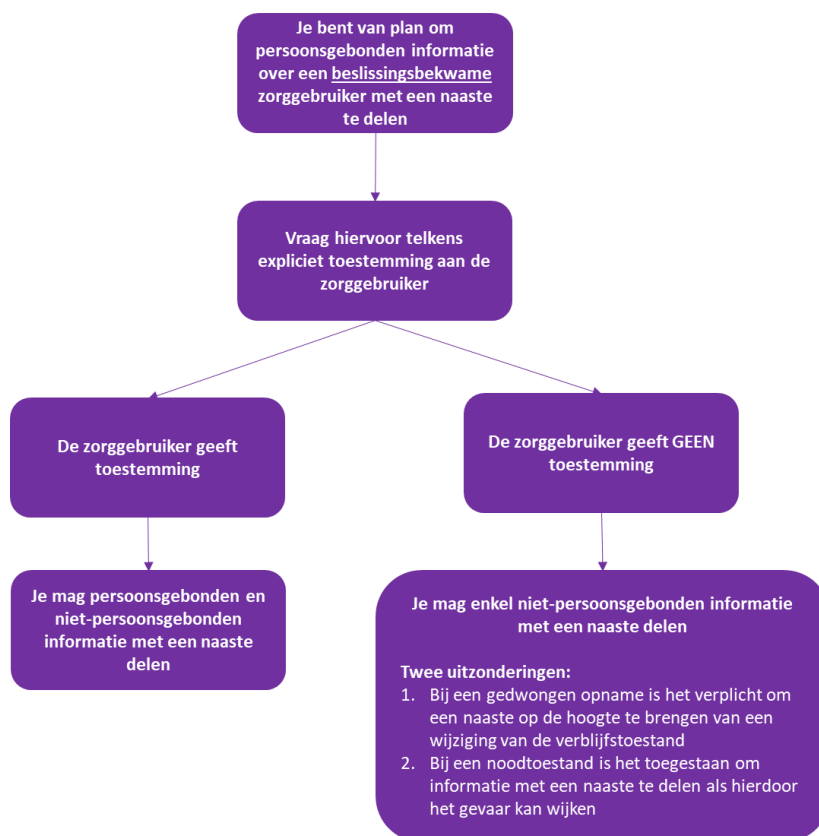
- **Toestemming van de zorggebruiker:** de zorggebruiker kan ermee toestemmen dat sommige naasten bepaalde informatie over hem ontvangen. Hoewel toestemming geen algemeen aanvaarde uitzondering is op het beroepsgeheim, suggereert de Wet patiëntenrechten onder meer via de figuur van de 'vertrouwenspersoon' dat de zorggebruiker er zelf voor kan kiezen dat de hulpverlener ook zijn naasten informeert (Art. 7, § 2 en 8, § 3 Wet patiëntenrechten). Naasten mogen enkel over de zorggebruiker geïnformeerd worden als deze laatste daarmee toestemt. Deze toestemming kan in sommige gevallen blijken uit het gedrag van de zorggebruiker (bv. doordat de naaste steeds meekomt naar de consultatie). Over het algemeen – en zeker wanneer er informatie gedeeld wordt over de zorggebruiker zonder dat hij erbij is – is het echter aan te bevelen om uitdrukkelijk met de zorggebruiker te bespreken welke informatie hij met wie wil delen. Van belang hierbij is dat de zorggebruiker steeds zijn toestemming kan herroepen en dat de informatiedeling met de naaste opgenomen wordt in het cliëntdossier. Wanneer de zorggebruiker ermee toestemt, kunnen naasten een specifieke rol spelen bij het recht om niet te weten en de therapeutische exceptie. Dit komt

nader aan bod in de aanbevelingen [zie Deel 3, topic 1.2: uitzonderingen op het geven van informatie aan naasten].

- **Wijziging van verblijfstoestand bij gedwongen opname:** bij een gedwongen opname heeft de directeur van de voorziening **de plicht** om bepaalde door de wet genoemde naasten (bv. de echtgenoot, de gezinsleden, de andere ouder als de zorggebruiker kinderen heeft) op de hoogte te brengen wanneer de verblijfstoestand van de zorggebruiker wijzigt (e.g. bij verlof, bij nazorg, bij ontslag). De te melden informatie beperkt zich tot het feit dat de verblijfstoestand van de zorggebruiker gewijzigd is. Op deze meldplicht en hoe ermee om te gaan wordt in detail ingegaan in de aanbevelingen [zie Deel 2, topic 5.1: omgaan met naasten tijdens een gedwongen opname].
- **Noodtoestand:** in een situatie van ernstig gevaar kan het uitzonderlijk nodig zijn om bepaalde persoonsgebonden informatie te delen, ook al wil de zorggebruiker dat niet. Omdat dit de vertrouwensrelatie met de zorggebruiker onder druk zet, kan dit slechts bij een ernstig en acuut gevaar voor de zorggebruiker of een andere persoon. Het gevaar mag dus nog niet geweken zijn, mag zich niet in de verre toekomst bevinden, en mag niet enkel tegen goederen gericht zijn. Opdat in een dergelijke gevaarsituatie informatie over de zorggebruiker gedeeld mag worden met naasten, is vereist dat dit nodig is om het gevaar te doen wijken (bv. omdat de naaste kan inpraten op de zorggebruiker bij een nakende suïcide, omdat de zorggebruiker er op geloofwaardige wijze mee bedreigd heeft de naaste aan te vallen). Hieraan is niet voldaan wanneer de naaste het gevaar niet (mee) kan verhelpen of als het gevaar al geweken is. De hulpverlener deelt bovendien niet meer informatie dan nodig is om het gevaar te doen wijken. De noodtoestand vereist een zorgvuldige afweging tussen de wil van de zorggebruiker en andere belangen voor de zorggebruiker en komt nader aan bod in de aanbevelingen [zie Deel 3, topic 1.2.2: informatie geven aan naasten zonder de toestemming van de zorggebruiker – de noodtoestand].

Het beroepsgeheim beschermt informatie over de zorggebruiker (persoonsgebonden informatie). Informatie die niet over de zorggebruiker gaat (niet-persoonsgebonden informatie), zoals bijvoorbeeld praktische informatie over de werking van de organisatie of algemene informatie over een aandoening en de typische kenmerken, het typische verloop en hoe hier als naaste mee om te gaan, vallen niet onder het beroepsgeheim en kunnen daarom met naasten gedeeld worden. Wel moeten hulpverleners erover waken dat ze door deze algemene informatie mee te delen of door naasten te betrekken niet indirect iets over de zorggebruiker vertellen waarvan de naaste nog niet op de hoogte is en dat de zorggebruiker niet met de naaste wil delen.

Figuur 5 beschrijft de stappen die nodig zijn om na te gaan of informatie met een naaste gedeeld kan worden.



Figuur 5: Stappenplan voor het delen van informatie wanneer de zorggebruiker beslissingsbekwaam is

1.2 De beslissingsbekwaamheid

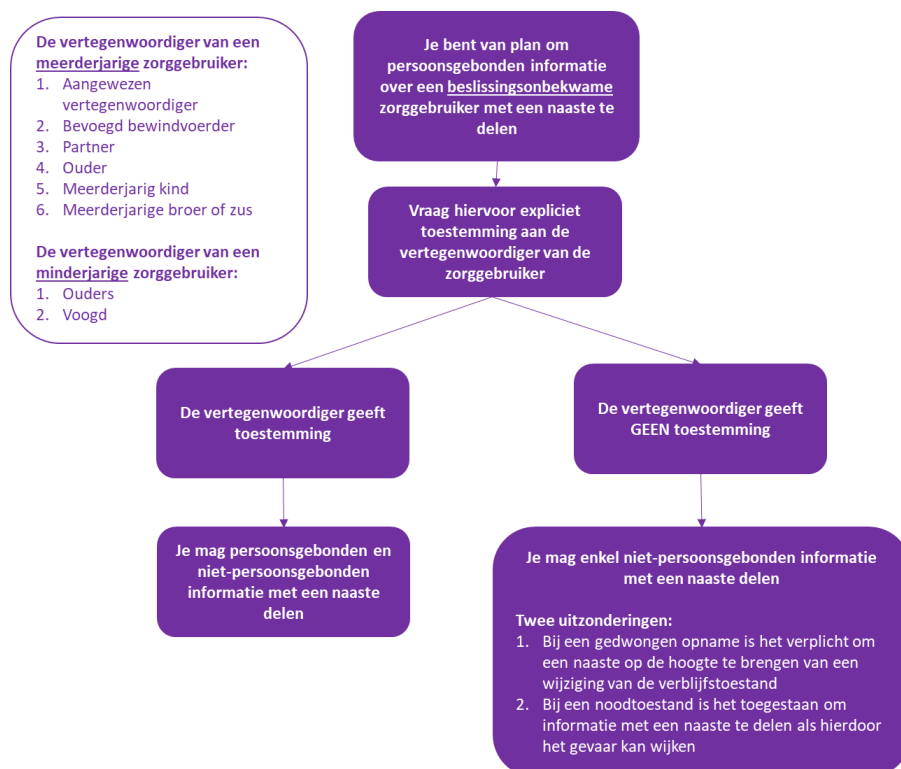
Soms zijn zorggebruikers zelf niet in staat om beslissingen te nemen en toestemming te geven. Ze zijn dan ‘beslissingsonbekwaam’. Of dit het geval is, wordt door de hulpverlener beoordeeld; de beslissingsonbekwaamheid volgt niet uit het vonnis van een rechter of uit de wet. De hulpverlener velst een oordeel over het vermogen van de zorggebruiker om vrij en overwogen beslissingen te nemen in de specifieke situatie. Dit is geen kwestie van alles of niets, maar is gradueel en wordt bepaald aan de hand van tien criteria [zie Deel 3, topic 1.1: wanneer de zorggebruiker beslissingsonbekwaam is] (Liégeois, 2014; Liégeois, 2018). Bij meerderjarigen geldt het vermoeden dat ze beslissingsbekwaam zijn, ook wanneer de zorggebruiker aan een psychiatrische aandoening lijdt of gedwongen opgenomen is (Art. 14 Wet patiëntenrechten). Bij minderjarigen daarentegen geldt het vermoeden dat ze beslissingsonbekwaam zijn (Art. 12 Wet patiëntenrechten). Toch kunnen minderjarigen ook in een medische context beslissingsbekwaam zijn. Dit hangt – anders dan in de jeugdhulp² – niet af van vaste leeftijdsgrenzen, maar volgt uit de maturiteit van de concrete minderjarige en de aard en de complexiteit van de specifieke situatie (Art. 12 Wet patiëntenrechten) [zie Deel 1, topic 2.2.2: een terughoudende houding bij de minderjarige zorggebruiker]. Een minderjarige die beslissingsbekwaam is, treedt op zonder de tussenkomst van zijn ouders of voogd. De hulpverlener mag in dat geval geen informatie over de minderjarige delen met de ouders zonder dat de minderjarige dit wil (zie Figuur 6).

² Het ‘Decreet betreffende de rechtspositie van de minderjarige’ bepaalt dat minderjarigen beslissingsbekwaam zijn vanaf de leeftijd van twaalf jaar. Deze regel geldt echter niet in een medische context (Art. 3, § 1 en 4, § 2 Decreet betreffende de rechtspositie van de minderjarige).

De beslissingsbekwaamheid is een algemeen vraagstuk in de zorg. Bij het betrekken van naasten is de beslissingsbekwaamheid om twee redenen relevant:

- **Het recht van de vertegenwoordiger op informatie:** zorggebruikers die beslissingsonbekwaam zijn worden vertegenwoordigd door een naaste. Is de zorggebruiker minderjarig, dan treden zijn ouders – voor zover ze over het ouderlijk gezag beschikken – of voogd op in zijn plaats (Art. 12 Wet patiëntenrechten). Is de zorggebruiker meerderjarig, dan wordt hij vertegenwoordigd – in dalende volgorde en in de mate dat ze aanwezig en hiertoe bereid zijn – door [1] een vertegenwoordiger die de zorggebruiker vooraf zelf heeft aangewezen, [2] een bewindvoerder die hiertoe bevoegd is, [3] de samenwonende echtgenoot, de wettelijk samenwonende partner of de feitelijk samenwonende partner, [4] een meerderjarig kind, [5] een ouder, [6] een meerderjarige broer of zus. Kan geen van hen de zorggebruiker vertegenwoordigen, dan behartigt de hulpverlener zelf zijn belangen (Art. 14 Wet patiëntenrechten). Opdat de vertegenwoordiger zijn taak kan vervullen, moet hij geïnformeerd worden over de gezondheidstoestand van de zorggebruiker. Anders dan met andere naasten moet met de vertegenwoordiger dus persoonsgebonden informatie over de zorggebruiker gedeeld worden, ook al verzet de beslissingsonbekwame zorggebruiker zich hiertegen.
- **Het betrekken van naasten bij beslissingsonbekwaamheid:** de zorggebruiker is door beslissingsonbekwaamheid mogelijk niet in staat om te oordelen welke naasten hij op welke wijze wenst te betrekken en welke informatie hij hierbij al dan niet wil delen. In dat geval beslist de vertegenwoordiger samen met of in de plaats van de zorggebruiker welke naasten hij wil betrekken. Het geniet de voorkeur om de zorggebruiker hier zoveel mogelijk bij te betrekken.

Figuur 6 beschrijft de stappen die nodig zijn om na te gaan of informatie met een naaste gedeeld kan worden in geval de zorggebruiker beslissingsonbekwaam is.



Figuur 6: Stappenplan voor het delen van informatie met naasten wanneer de zorggebruiker beslissingsonbekwaam is

1.3 De vertrouwenspersoon

Op grond van de Wet Patiëntenrechten kan elke beslissingsbekwame zorggebruiker een of meerdere vertrouwensperso(n)en hebben (art. 7, §2, derde lid WPR). Iedereen die de zorggebruiker vertrouwt, kan een vertrouwenspersoon zijn (een familielid, vriend, buur, andere zorggebruiker, etc.). De vertrouwenspersoon kan de zorggebruiker bijstaan wanneer deze informatie ontvangt, een beslissing neemt, het cliëntdossier inkijkt of er een afschrift van vraagt en een klacht neerlegt. Wanneer de zorggebruiker dit toelaat, kan de vertrouwenspersoon ook in afwezigheid van de zorggebruiker informatie over de zorggebruiker ontvangen of zijn dossier inkijken. Bovendien kan de vertrouwenspersoon een belangrijke rol spelen indien de zorggebruiker zich beroept op het recht om niet te weten of indien de beroepsbeoefenaar uitzonderlijk beslist om bepaalde gezondheidsinformatie niet mee te delen aan de zorggebruiker [zie Deel 3, topic 1.2.1: informatie geven aan naasten wanneer de zorggebruiker geen informatie wil of mag ontvangen] (Federale overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu, 2014). De vertrouwenspersoon kan enkel optreden wanneer en voor zover de zorggebruiker dit toelaat. Wanneer de vertrouwenspersoon samen met de zorggebruiker optreedt kan deze toelating blijken uit de feiten. (Zeker) wanneer de vertrouwenspersoon alleen optreedt is het belangrijk om vooraf met de zorggebruiker te bespreken welke informatie hij wil delen en hoe ver de bevoegdheid van de vertrouwenspersoon gaat (bv. alle informatie, bepaalde informatie.).

De vertrouwenspersoon is een dynamisch concept (FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu, Directoraat-Generaal Organisatie Gezondheidszorgvoorzieningen, & Federale Commissie 'Rechten van de patiënt', 2006). Welke naasten optreden als vertrouwenspersoon kan verschillen doorheen de tijd en naargelang de situatie. Bovendien hoeft een vertrouwenspersoon niet noodzakelijk toegang te hebben tot alle informatie. Niet elke vertrouwenspersoon hoeft alles te mogen wat mogelijk is volgens de Wet patiëntenrechten (bv. dossierinzage, informatie ontvangen bij de therapeutische exceptie).

Deze richtlijn tracht dit dynamische concept veilig te stellen en wil verhinderen dat het concept vertrouwenspersoon gevangen wordt in een statisch document waarin vastgelegd wordt dat één persoon alles mag en daardoor 'de' vertrouwenspersoon wordt. De richtlijn is zo opgebouwd dat zorgverleners regelmatig met de zorggebruiker bespreken welke naasten welke informatie over hem mogen krijgen, welke naasten het dossier mogen inkijken, en welke naasten op de hoogte gebracht mogen worden als de zorggebruiker zelf weigert om geïnformeerd te worden of wanneer de arts zich beroept op de therapeutische exceptie [zie Deel 3, topic 1.2.1: informatie geven aan naasten wanneer de zorggebruiker geen informatie wil of mag ontvangen]. De richtlijn spoort zorgverleners met andere woorden aan om samen met de zorggebruiker na te denken over welke naasten welke door het recht toegelaten rol kunnen vervullen.

Het concept van de vertrouwenspersoon is in de richtlijn geïntegreerd zodat wie de richtlijn volgt niet in strijd handelt met de Wet patiëntenrechten. Toch hanteert de richtlijn het begrip 'vertrouwenspersoon' zo weinig mogelijk. Omdat het concept vertrouwenspersoon dynamisch is en naasten binnen het toepassingsgebied ervan vallen (bv. omdat de zorggebruiker toelaat dat ze bepaalde informatie ontvangen) is het niet mogelijk om vertrouwenspersonen en naasten begripsmatig van elkaar te onderscheiden, zonder opnieuw in een statische benadering te vervallen.

Bijlage 2: Deelnemers RWG

Beroepsorganisaties	Patiënten- en familieplatformen	Koepelorganisaties
<ul style="list-style-type: none">•Vlaamse Vereniging voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie•Vlaamse Vereniging voor Klinisch Psychologen•Orde der artsen•Nationaal Verbond van Katholieke Vlaamse Verpleegkundigen en Vroedvrouwen (NVKVV)•Vlaamse Vereniging van Behandelingscentra Verslaafdenzorg•Federatie van Centra voor Ambulante Revalidatie• Onderzoekseenheid gezins- & orthopedagogiek, KU Leuven•Vakgroep Orthopedagogiek, UGent	<ul style="list-style-type: none">•Open Patiëntenkoepel Geestelijke Gezondheid (OPGanG)•Cachet vzw•Familieplatform Geestelijke Gezondheid vzw	<ul style="list-style-type: none">•Netwerken Geestelijk Gezondheidszorg (artikel 107)•Steunpunt Geestelijke Gezondheid•Zorgnet-Icuro

Bijlage 3: De triadekaart en de gespreksdriehoek

De Triadekaart



De cliënt:
‘Mijn zus doet veel voor me. Meer dan ik nodig vind.’

De hulpverlener:
‘Uitstekend hulpmiddel om met elkaar in gesprek te gaan en de lasten te verdelen.’

De naaste:
‘Zicht op wat ik aan ondersteuning kan bieden én krijgen.’



Triadekaart, deel 1: De inventarisatie

Geef aan welke taken wat u betreft aan bod komen in het triadegesprek. Dat kan zijn omdat:

- u bereid bent deze taak op u te nemen
- u (extra) ondersteuning nodig hebt bij het uitvoeren van deze taak
- u deze taak niet meer wilt doen
- deze taak nu door niemand wordt gedaan of in uw ogen door de verkeerde persoon.

hier wil ik het over hebben Afspraken:

- a. Behandeling, gezondheid en herstel**
1. Signaleren van voortekenen van een mogelijke psychose
 2. Signaleren van problemen in de werking van medicijnen
 3. Signaleren van problemen van medicijnen
 4. Signaleren van problemen in het gebruik van medicijnen
 5. Signaleren lichamelijke problemen
 6. Signaleren van alcohol/middelengebruik
 7. Dag- en nachtrijme bewaken
 8. Meedenken over/inbreng in de behandeling vanuit mijn perspectief
 9. Deelnemen aan gesprekken met de behandelaar
 10. Inbreng bij het opstellen van signaleringsplan en crisiskaart
 11.
 12.
 13.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- b. Crisis/opname**
1. Aanwezigheid op het moment van opname
 2. Meewerken aan gedwongen opname
 3. Opvang (klein)kinderen
 4. Huishoudelijke zaken regelen (bijv. huishoudens, koelkast, vuilnis, brievenbus)
 5. Informeren van instanties, school, werkgever, etc.
 6. Mogelijkheid om op weekendverlof te komen
 7. Inwoning in afwachting van opname of overplaatsing
 8.
 9.
 10.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- c. Huishouden en persoonlijke verzorging**
1. Boodschappen doen
 2. Koken
 3. De was doen
 4. Schoonmaken
 5. Klussen in en om de woning
 6. Stimuleren van persoonlijke hygiëne
 7. Stimuleren van uiterlijke verzorging
 8.
 9.
 10.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- d. Sociale contacten en dagbesteding**
1. Stimuleren van sociale contacten
 2. Samen erop uit
 3. Betrekken bij feestjes, familiebijeenkomsten
 4. Ondersteunen bij dagbesteding/(vrijwilligers)werk
 5. Stimuleren van onderwijs/persoonlijke ontwikkeling
 6. Samen op vakantie/organiseren van vakantie
 7.
 8.
 9.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Een nieuw begrip

Samen staan we sterk. Ook als het om gezondheid gaat. Denk bijvoorbeeld aan een bezoek aan de huisarts. Als de dokter uit een bloedonderzoek heeft opgemaakt dat het ‘foute boel’ is, wil hij graag dat je iemand meeneemt als hij het aan je uitlegt. Vaak zal dat een familielid zijn, maar een goede vriend of buurvrouw kan natuurlijk ook. Voor het gemak noemen we ze naastbetrokkenen of kortweg naasten.

Overall is het betrekken van naasten bij de zorg standaard, behalve in de psychiatrie. Terwijl het ook daar de zorg kan verbeteren, met minder psychoses tot gevolg. Een hulpverlener die werkt volgens de laatste inzichten zal aansturen op een behandeling waarin naasten meedenken en meewerken in de zorg. Er is zelfs een term voor de driehoek die cliënt/bewoner, zijn naasten én de hulpverlening samen vormen: *triade*. Omdat het werken in een triade gemakkelijker gezegd is dan gedaan, ontwikkelde Ypsilon de Triadekaart.

In deze brochure vertellen we meer over de kaart en is ook een voorbeeld opgenomen dat direct in de praktijk kan worden gebruikt. De Triadekaart is er voor de hele triade. Waar we in deze brochure spreken over ‘u’, bedoelen wij dus ook u alle drie.

Vijf vliegen in één klap

In de zorg voor iemand met een psychotische kwetsbaarheid lopen mensen vaak vast op dezelfde vragen: Hoe zorgen we ervoor dat de naaste een passende rol speelt in de zorg? Hoe voorkomen we dat de cliënt/bewoner het gevoel heeft dat hij daarbij buitenspel wordt gezet? Hoe weet de hulpverlener wat hij van de naastbetrokkene kan vragen en wat niet? Op die vragen biedt de Triadekaart een antwoord. Met de kaart slaat u vijf vliegen in één klap. De Triadekaart:

1. is een kapstok om met elkaar in gesprek te komen
2. maakt concreet wat naasten wel én niet aan de zorg bijdragen
3. maakt duidelijk welke ondersteuning zij daarbij zelf nodig hebben
4. signaleert taken die blijven ‘hangen’
5. geeft door de tijd heen een beeld van het verloop.

Veel instellingen werken met een signaleringsplan of een crisiskaart. De Triadekaart sluit hierop aan. In grove lijnen geven het signaleringsplan en de crisiskaart aan wat er moet gebeuren als het mis gaat en vertelt de Triadekaart wat er moet gebeuren om het goed te laten gaan.



hier wil ik het over hebben	Afspraken:
e. Administratie, vertegenwoordiging en regelzaken	
1. Afhandelen van post	<input type="checkbox"/>
2. Aanvragen van bijv. huurtoeslag, zorgtoeslag en Bijzondere Bijstand	<input type="checkbox"/>
3. Ondersteunen bij belastingaangifte	<input type="checkbox"/>
4. Regelen van verzekeringen	<input type="checkbox"/>
5. Regelen van vervoer	<input type="checkbox"/>
6. Regelen van passende huisvesting	<input type="checkbox"/>
7. Beheer van/toezicht op financiën	<input type="checkbox"/>
8. Contactpersoon zijn voor instanties (bijv. UWV, gemeente, Thuiszorg)	<input type="checkbox"/>
9. Betrokken zijn bij indicatieaanvragen	<input type="checkbox"/>
10. Bewindvoering of mentorschap	<input type="checkbox"/>
11. Betalen van claims/schulden	<input type="checkbox"/>
12.	<input type="checkbox"/>
13.	<input type="checkbox"/>
14.	<input type="checkbox"/>
f. Contact en ondersteuning binnen de triade	
1. Wie is als psychiater/arts eindverantwoordelijk voor de behandeling	<input type="checkbox"/>
2. Indien niet dezelfde: wie is de behandelaar	<input type="checkbox"/>
3. Informeren van naaste bij belangrijke wijzigingen in de behandeling	<input type="checkbox"/>
4. Informeren van naaste bij crisis/opname/separatie/vertrek/ontslag	<input type="checkbox"/>
5. Wat kan de instelling aan ondersteuning bieden aan naasten?	<input type="checkbox"/>
6. Hoe vaak/intensief hebben cliënt/bewoner en naaste contact?	<input type="checkbox"/>
7. Hoe vaak/intensief hebben hulpverlener en naaste contact?	<input type="checkbox"/>
8.	<input type="checkbox"/>
9.	<input type="checkbox"/>
10.	<input type="checkbox"/>

Triadekaart, deel 2: Tips voor het vervolg

U hebt zojuist de onderwerpen besproken die voor u belangrijk zijn en voor zover mogelijk afspraken gemaakt.

STAP 1

- Leg de gemaakte afspraken vast en zorg dat iedereen een kopie krijgt
- Spreek af welke zaken tussen nu en het volgende gesprek moeten worden aangepakt
- Spreek af wie dat doet

STAP 2

Maak een vervolgspraak. Datum:

Onderwerpen voor dit gesprek:

- Taken die nog nadere afstemming behoeven, nl:

.....

.....

- Bij welke taken is (extra) ondersteuning nodig?

.....

.....

.....

- Anders, nl:

STAP 3

Spreek af wanneer u de kaart opnieuw doortloopt.

Datum:



Veelgestelde vragen

Wordt in mijn instelling al gewerkt met de Triadekaart?

Individueel kunnen een hulpverlener, cliënt/bewoner en naaste altijd besluiten met de Triadekaart te gaan werken. Of zij daarin gesteund worden door de Raad van Bestuur van de instelling is te lezen op www.triadekaart.nl.

De cliënt/bewoner is op dit moment niet aanspreekbaar. Kan ik de kaart toch gebruiken?

Ja, dat is denkbaar. *Juist* als de cliënt/bewoner psychotisch is, moet de zorg doorgaan. In dat geval kunnen hulpverlener of naaste behoefte hebben om taken af te stemmen. Probeer de cliënt/bewoner er weer bij te betrekken zodra het kan.

Mág het wel, de naasten erbij betrekken?

Steeds meer wetgeving, richtlijnen en protocollen moedigen het betrekken van naasten bij de zorg juist aan. Twijfelt u toch? Op www.triadekaart.nl vindt u verwijzingen naar goede bronnen op dit gebied.

Wat kan mijn instelling behalve de kaart nog meer doen aan familiebeleid?

Goed familiebeleid bestaat uit een mix van instrumenten. De Triadekaart is er een van, maar er zijn er meer. Op www.triadekaart.nl vindt u een overzicht.

Bestaat er al een digitale versie van de kaart? En een anderstalige versie?

Op het moment nog niet. Kijk op www.triadekaart.nl voor eventuele vorderingen op dit terrein.

Meer vragen en uitgebreide antwoorden vindt u op www.triadekaart.nl.

Zo gaat u te werk

De Triadekaart helpt u om afspraken te maken over een taakverdeling waarin alle betrokkenen zich kunnen vinden.

Het begint met een inventarisatie. De kaart biedt ieder van u, dus zowel de cliënt/bewoner als zijn naaste en zijn hulpverlener, de mogelijkheid om vooraf aan te kruisen welke taken in het gesprek aan de orde moeten komen. Dat kan zijn omdat:

- **u bereid bent deze taak op u te nemen**
- **u (extra) ondersteuning nodig hebt bij het uitvoeren van deze taak**
- **u deze taak niet meer wilt doen**
- **deze taak nu door niemand wordt gedaan of in uw ogen door de verkeerde persoon.**

Laat u overigens niet afschrikken door de veelheid aan taken die op de kaart staan. Het zijn voorbeelden uit de praktijk, maar lang niet alle zullen op uw situatie van toepassing zijn. Die kunt u rustig overslaan.

Door de ingevulde lijstjes naast elkaar te leggen is in één oogopslag duidelijk welke taken afstemming behoeven. Daarover gaat u met elkaar in gesprek en maakt u samen afspraken. Het is van groot belang dat alle partijen hierin worden gekend. Dat hoeft echter niet te betekenen dat de inbreng van iedereen even intensief hoeft te zijn.

Zijn alle afspraken op de kaart genoteerd, dan zit de inventarisatie erop en overlegt u samen over de vervolgstappen:

- 1. Spreek af welke zaken tussen nu en het volgende gesprek moeten worden aangepakt en wie dat doet**
- 2. Spreek een datum af voor een vervolgesprek en noteer alvast de onderwerpen die u dan in elk geval wilt laten terugkomen**
- 3. Spreek af op welke termijn u de kaart opnieuw samen doorloopt.**

De hulpverlener noteert de afspraken direct op de kaart, die ieder van u na afloop van het gesprek als kopie meekrijgt. De afspraken worden ook opgenomen in het dossier.

De gemaakte afspraken zijn niet eeuwigdurend. U zult zien dat de aandacht bij een volgend triadegesprek kan verschuiven naar andere taken, al naar gelang de situatie en de behoefte van dat moment. Door de tijd heen zegt de kaart dus iets over de mate van herstel of eventueel van terugval.

Tips voor een triadegesprek

Ga in het gesprek uit van de volgende principes:

- 1. Bij de behandeling staat het welbevinden van de cliënt voorop. Binnen de triade dus ook.**
- 2. In de behandeling wordt ernaar gestreefd dat de cliënt zo zelfstandig mogelijk kan functioneren. Binnen de triade dus ook.**
- 3. Het aantal taken dat familieleden en andere naasten op zich nemen, is vaak te groot. Hoe beter zij de eigen grenzen leren bewaken, des te meer ruimte geven zij de ander. Dat is in ieders belang.**
- 4. Om de overeengekomen taken goed te kunnen verrichten, moeten ook naasten kunnen rekenen op ondersteuning van de professionele hulpverlening op het gebied van informatie, training en begeleiding.**
- 5. Ieders rol kan door de tijd heen verschillen. Wat nu wenselijk is, hoeft dat over een tijdje niet meer te zijn. Maak nieuwe afspraken als u denkt dat daartoe aanleiding is.**

Elke taak zijn eigen vervolg

Het heeft pas zin om iemand een taak toe te delen als hij hiervoor ook is toegerust. Dat geldt voor de cliënt/bewoner, maar ook voor zijn naaste. Een paar voorbeelden maken dit duidelijk:

- Een naaste vragen om bij een aanstaande opname aanwezig te zijn, kan alleen als diens adresgegevens in het dossier staan
- Omgekeerd kunnen cliënt/bewoner en naasten alleen bellen met de behandelaar over een dreigende psychose als zij over het juiste telefoonnummer beschikken, dat ook buiten kantooruren wordt opgenomen
- Om de voortekenen van een nieuwe psychose te kunnen signaleren, moeten de cliënt/bewoner en de naaste wel adequate voorlichting ('psycho-educatie') hebben gehad.

Het kan dus gaan om praktische zaken als een telefoonnummer of een bijsluiter, maar ook om ondersteuning in de vorm van bijvoorbeeld een training. Vaak hebben instellingen daarvoor meer in huis dan in eerste instantie lijkt. Bovendien is ook buiten de instelling nog van alles mogelijk. Volhouden en doorvragen kan dus lonen.

Belang van de kaart

Nog altijd is het vooral de familie die de cliënt/bewoner van hulp voorziet, leert onderzoek: 70% helpt de cliënt/bewoner bij de dagelijkse levensverrichtingen, 44% bij de begeleiding naar ambulante zorg, 33% van de familieleden controleert de medicatietrouw en 37% biedt steun bij of beslist over de behandeling.

Ander onderzoek laat zien dat de houding van naasten rechtstreeks invloed heeft op de ziekte van de cliënt/bewoner. Training van naasten kan aantoonbaar nieuwe psychoses voorkomen. Een goede samenwerking is dus niet alleen prettig voor alle betrokkenen, maar draagt bij aan een betere prognose en herstel.

Het besef dat het waardevol is om naasten meer bij de zorg te betrekken, neemt in snel tempo toe. Met deze kaart hebben instellingen een nieuw instrument in handen om die samenwerking handen en voeten te geven. Maar inbreng van naasten is niet met één gesprek geregeld, net zoals één kaart nog geen beleid maakt. Daar is veel meer voor nodig: het is een continu proces.

Ypsilon heeft als initiatiefnemer van de Triadekaart heel concrete ideeën over hoe de inbreng van naasten eruit kan zien. Deze kaart is het resultaat van een jaar proberen, aanpassen en opnieuw proberen. Er zijn dus al mensen voor u met de kaart aan de slag gegaan. Van hun kennis en ervaring maakt u nu gebruik. Maar er is meer kennis in huis. Informatie hierover kunt u vinden op www.triadekaart.nl.

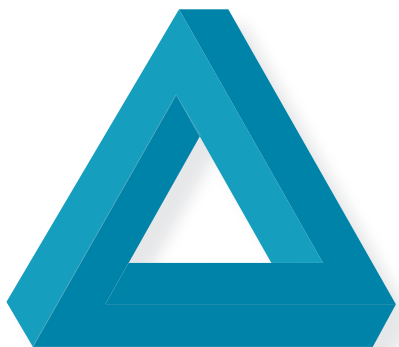
De Triadekaart: alwéér een initiatief van de vereniging Ypsilon.
Reageren? Lid worden? Schrijf of bel naar:

Landelijk Bureau Ypsilon

T (088) 000 21 20

E triadekaart@ypsilon.org

W www.triadekaart.nl



GespreksDRIEHOEK

CONTACTGEGEVENS CLIËNT

> _____
> _____
> _____
> _____

CONTACTPERSOON FAMILIE/NAASTEN

> _____
> _____
> _____
> _____

HULPVERLENER(S)

> _____
> _____
> _____
> _____

DOEL van dit gespreksmenu

Dit menu is een manier om het gesprek tussen cliënt, de familie/naaste en de hulpverlener te ondersteunen. Je kan het menu benutten om een gesprek voor te bereiden of als leidraad tijdens het gesprek.

Wanneer je het menu wenst te gebruiken tijdens het gesprek, is het raadzaam om iedere partner vooraf een exemplaar te bezorgen, de bedoeling ervan toe te lichten en eenieder de tijd te geven om het menu voor zichzelf te overlopen en zijn items kenbaar te maken, alvorens de discussie aan te vatten.

Je merkt dat de mogelijke gespreksonderwerpen gegroepeerd staan, echter zonder de bedoeling volledig te zijn, of minder of meer belangrijk te zijn. Je kan zelf dingen aanvullen wanneer je vindt dat er nog iets ontbreekt, of misschien brengt de opsomming iets onder de aandacht waar je nog niet had bij stilgestaan.

Misschien ben je wel verrast door wat de ander onder de aandacht wil brengen. Misschien kan je langs deze weg dingen ter sprake brengen die anders te delicaat zouden zijn, of die vergeten zouden worden.

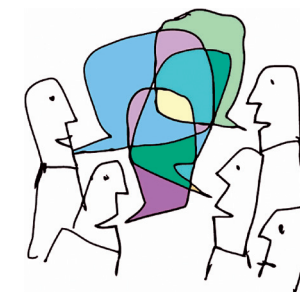
Door tijd en ruimte te maken voor de beleving van wat de andere partij als cruciaal ervaart, weet eenieder zich gehoord. Zo wordt het makkelijker om samen een concrete volgende stap te zetten waar eenieder zich in kan vinden.

ANDERE PUNTEN DIE IK GRAAG WIL BESPREKEN

> _____
> _____
> _____
> _____

BESPREKINGSMOMENTEN AAN DE HAND VAN DE KAART (DATA)

> _____
> _____
> _____
> _____



Kruis hier aan

... wat volgens jou aan bod moet komen tijdens de gezamenlijke gesprekken.
Wens je informatie of ondersteuning, wens je iets te doen of juist niet meer te doen,
voel je de nood om iets te vertellen of aan te kaarten?



GespreksDRIEHOEK 

Over mogelijkheden of problemen op het vlak van:

- wonen
- administratie (post, verzekeringen,
- belastingaangifte, loon, uitkering, ...)
- vervoer
- financiën
- bewindvoering
- thuiszorg
- _____
- _____

Over mogelijkheden of problemen op vlak van huishouden en persoonlijke verzorging:

- boodschappen
- koken en afwas
- schoonmaken
- klussen
- persoonlijke verzorging
- kleding
- wassen en strijken
- thuis eten
- _____
- _____

Over mogelijkheden of problemen op het vlak van werk, sociale contacten en dagbesteding:

- werk
- vrijwilligerswerk
- dagbesteding
- feestjes en uitgaan
- familiebijeenkomsten
- onderwijs/persoonlijke ontwikkeling/opleiding
- vakantie en uitstapjes
- sporten/bewegen
- sociale contacten
- vrije tijd
- _____
- _____

Over gezondheid, behandeling en herstel:

- lichamelijke gezondheid
- psychische gezondheid
- stressfactoren
- helpende factoren
- steunende personen
- alcohol- en middelengebruik
- dag- en nachtritme
- ziektebeeld
- medicatie (werking en bijwerkingen, afhalen apotheek, klaarzetten, toezien op inname)
- behandeling
- voortekenen van herval
- crisisplan
- vooruitzichten/vorderingen
- krachten en positieve mogelijkheden
- _____
- _____

Over crisis en opname:

- aanwezigheid bij opname
- gedwongen opname
- opvang van kinderen, huisgenoten
- huiselijke zaken regelen
- school, werk, instanties, ...
- weekendverlof
- verblijf in afwachting van opname, overplaatsing of andere huisvesting
- afzondering
- melden van crisis
- rechten, plichten en verantwoordelijkheden
- leefregels in de voorziening
- contacten met de hulpverlening
- informatie over belangrijke wijzigingen in de behandeling
- vertrek/ontslag
- krachten en positieve mogelijkheden
- _____
- _____

Over jouw familie of andere naastbetrokkenen:

- kinderen
- partner
- ouder(s)
- zussen/broers
- _____
- _____

Bijlage 4: Goede praktijken

Dit is geen exhaustieve lijst.

Aangereikte goede praktijken	Websites/brochures
Aan de slag gaan met sociale netwerken	https://www.kennisplein.be/Documents/Krachtgericht%20werken/Aan_de_slag_met_sociale_netwerken-2014.pdf
Attachement Based Family Therapy	https://ppw.kuleuven.be/ogop/abft/watisabft
Brochure Familieplatform: Voor familie in de GGZ. Samen zorg we beter!	https://familieplatform.be/shop/samen-zorgen-we-beter/
Brochure Patiëntenrechten	https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/brochure_patiëntenrechten_2014.pdf
Dienst Ondersteuningsplan vzw	https://www.kennisplein.be/Documents/Het%20genogram.pdf
Ecogram	https://www.kennisplein.be/Documents/Het%20ecogram.pdf https://www.kennisplein.be/Pages/Het-ecogram.aspx
Familieplatform Geestelijke Gezondheid	https://familieplatform.be/
Genogram	https://www.kennisplein.be/Documents/Het%20genogram.pdf
Gespreksdriehoek	https://familieplatform.be/shop/gespreksdriehoek/ https://www.kennisplein.be/Pages/Gespreksdriehoek.aspx
Goede praktijken van participatie in de GGZ	Artikel in Tijdschrift voor Rehabilitatie
Gids – De cliënt als partner in de geestelijke	http://www.psy107.be/images/Usagers_Familles/Client_als_partner.pdf

gezondheidszorg (Uilenspiegel)	
Gids – Familie als partner in de GGZ	http://www.psy107.be/images/Usagers_Familles/Werken_met_families.pdf
Herstelacademie	https://www.herstelacademie.be/
Kindreflex	Website: https://kindreflex.be/
Lus vzw	https://www.lusvzw.be/
Samenspraak mantelzorgers (fiche)	https://www.mantelzorgers.be/Documents/samenspraak_fiche_online.pdf

Bijlage 5: Kindreflex

Toevoegen brochure en steekkaart

Steekkaart:

https://kindreflex.be/wp-content/uploads/2019/05/253_20190215_steekkaart-16_web.pdf

Brochure:

https://kindreflex.be/wp-content/uploads/2019/05/253_20190409_brochure_interactif.pdf



Wanneer?

Hulpverleners doen de Kindreflex standaard bij elke cliënt. De eerste 2 stappen van het plan worden bij voorkeur bij aanvang van de begeleiding uitgevoerd.



De Kindreflex heeft een brede scope en streeft 2 doelstellingen na. De Kindreflex stimuleert hulpverleners om met hun volwassen cliënten een gesprek te voeren over het thema ouderschap. De Kindreflex helpt hulpverleners verontrustende gezinssituaties te detecteren en de veiligheid zo snel mogelijk te herstellen.

De Vlaamse Kindreflex werd ontwikkeld in opdracht van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin door dr. Evelien Coppens, dr. Kathleen De Cuyper en prof. dr. Chantal Van Audenhove – onderzoekers van LUCAS KU Leuven. Je kan het onderzoeksrapport downloaden via www.kindreflex.be.



VLAAMS EXPERTISECENTRUM KINDERMISHANDELING VZW
Contactpersoon: Kristof Desair Sainctelettesquare 17, 1000 Brussel
0493 81 02 87 info@expertisecentrumkinder mishandeling.be



V.U: Kristof Desair Sainctelettesquare 17 1000 Brussel / Layout: grafischbureau.maksvzw.org



Wat?

De Kindreflex heeft een brede scope en streeft 2 doelstellingen na:

- ✓ De Kindreflex stimuleert hulpverleners met hun volwassen cliënten een gesprek te voeren over het thema ouderschap. Ouders krijgen de kans om in alle vrijheid over de kinderen en hun bezorgdheden te praten. Waar nodig ondersteunen hulpverleners de ouders in hun rol als moeder of vader.
- ✓ De Kindreflex helpt hulpverleners verontrustende gezinssituaties te detecteren en de veiligheid zo snel mogelijk te herstellen.



Hoe?

Het uitvoeren van de Kindreflex verloopt in 6 stappen:

- ✓ **stap 1:** voer een gesprek over de kinderen en het ouderschap;
- ✓ **stap 2:** peil naar de veiligheid thuis en het welzijn van de kinderen;
- ✓ **stap 3:** ondersteun de cliënt in zijn rol als ouder;
- ✓ **stap 4:** ga verder na of er sprake is van verontrusting en bereidheid;
- ✓ **stap 5:** herstel de veiligheid;
- ✓ **stap 6:** betrek een gemandateerde voorziening.

Hulpverleners zetten de eerste 3 stappen standaard bij elke cliënt. De 3 vervolgstappen zijn afhankelijk van de situatie; ze zijn niet altijd aan de orde.

Het voorgestelde stappenplan is een generiek basis-model. Iedere voorziening is vrij om een gepersonaliseerde versie van het stappenplan uit te werken dat aansluit bij de eigen manier van werken.

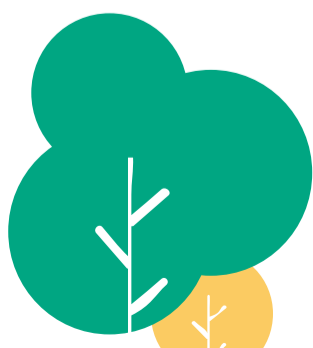


Wie?

Alle hulpverleners binnen de GGZ (psychiaters, psychologen, maatschappelijk werkers, verpleegkundigen) die werken met volwassenen, sporen we aan om de Kindreflex te doen.

Via de volwassen cliënt spelen hulpverleners in op het welzijn van de kinderen. Ze signaleren en herstellen verontrustende situaties zonder de kinderen zelf te zien.

Een hulpverlener hoeft niet het hele stappenplan alleen door te lopen. Elke hulpverlener heeft zijn eigen verantwoordelijkheden en competenties. Het is niet de bedoeling dat hulpverleners zaken opnemen waarover ze geen expertise hebben en zich onzeker voelen. Wel verwachten we dat elke hulpverlener de kennis en kunde heeft om de eerste 2 stappen van de Kindreflex te zetten. De 4 vervolgstappen kunnen een gedeelde verantwoordelijkheid zijn binnen een voorziening of ruimer netwerk.



Stappenplan

De Kindreflex vraagt van hulpverleners om onderstaande zes stappen van de Kind-reflex te doorlopen. Hulpverleners zetten de eerste drie stappen standaard bij elke cliënt. De drie vervolgstappen zijn situatie gebonden en dus niet altijd aan de orde.



1

Stap 1

Stap 1: voer een gesprek over de kinderen en het ouderschap.

Aandachtspunten:

- ✓ Geef aan dat het thema kinderen en ouderschap een standaard onderdeel is van de behandeling.
- ✓ Vraag tijdens de intake of de cliënt zorg draagt voor kinderen of een kind verwacht.
- ✓ Knoop op positieve wijze met de cliënt een gesprek aan over de kinderen en zijn rol als ouder.
- ✓ Vergeet bij een (dag)opname niet na te vragen of er opvang voor de kinderen geregeld is.
- ✓ Noteer in het dossier relevante informatie met betrekking tot de kinderen: het aantal kinderen, hun geboortedatum, hun naam en of ze permanent bij de cliënt verblijven.

4

Stap 4

Stap 4: ga verder na of er sprake is van verontrusting en bereidheid.

Aandachtspunten:

- ✓ Verzamel extra gegevens om een inschatting te kunnen maken van de situatie. Baseer je niet uitsluitend op de input van de cliënt, maar beluister ook sleutelfiguren in het leven van de cliënt (de partner, andere kinderen, grootouders, vriend, etc.). Zo krijg je een goede kijk op de situatie en mogelijke beschermende factoren. Wanneer je de kinderen zelf betreft, is het nodig om eerst hun toestemming hiervoor te vragen. Vanaf 12 jaar mogen kinderen immers veel zelf beslissen.
- ✓ Kijk naar risico- en beschermende factoren. Is er een opeenstapeling van risicofactoren en een afwezigheid van beschermende factoren?
- ✓ Je kan gebruikmaken van een assessment instrument om blinde vlekken systematisch in beeld te brengen.
- ✓ Houd er rekening mee dat de eigen waarden, normen en ervaringen een invloed hebben op de manier waarop je de situatie interpreteert. Bespreek de resultaten daarom altijd eerst met een collega-hulpverlener of expert voor je opnieuw in gesprek gaat met de cliënt.
- ✓ Wanneer je twijfelt of geen collega-hulpverlener hebt om jouw bezorgdheden mee te bespreken, kan je telefonisch en anoniem een beroep doen op de consultfunctie van zowel het Vertrouwenscentrum Kindermishandeling (VK) als het Ondersteuningscentrum Jeugdhulp (OCJ).
- ✓ Bespreek de conclusies met de cliënt en sta open voor alternatieve verklaringen.
- ✓ Leg alle verzamelde informatie samen en beslis in teamverband of de situatie verontrustend is.
- ✓ Wanneer je oordeelt dat de situatie verontrustend is, ga dan verder na of de cliënt bereid is om de situatie te veranderen.

2

Stap 2

Stap 2: peil naar de veiligheid thuis en het welzijn van de kinderen.

Aandachtspunten:

- ✓ Tracht zicht te krijgen op de veiligheid en het welzijn van de kinderen in het gezin.
- ✓ Overleg steeds met andere collega's of een expert om een eerste inschatting te maken van de veiligheid en het welzijn van de kinderen. Een thuissituatie als verontrustend bestempelen is een subjectief gebeuren. De eigen waarden en normen kunnen uw oordeel kleuren.
- ✓ Noteer in het cliëntdossier wanneer u een niet-pluisgevoel over de thuissituatie heeft en waarom.

Kies een vervolgstap:

- ✓ Ga naar stap 3 wanneer u geen twijfels heeft over de thuissituatie.
- ✓ Ga naar stap 4 wanneer u een niet-pluisgevoel heeft of wanneer de situatie onduidelijk is.



5

Stap 5

Stap 5: herstel de veiligheid.

Aandachtspunten:

- ✓ Creëer een veilige situatie voor de kinderen. Ga zelf met de cliënt aan de slag of betrek een gepaste hulpvoorziening.
- ✓ Indien nodig kan je telefonisch en anoniem een beroep doen op de consultfunctie van zowel het Vertrouwenscentrum Kindermishandeling (VK) als het Ondersteuningscentrum Jeugdhulp (OCJ).
- ✓ Volg de situatie op en blijf alert voor verontrustende signalen.
- ✓ Bespreek het ouderschap regelmatig opnieuw met de cliënt.
- ✓ Noteer de voortgang in het cliëntdossier.

Het stappenplan heeft 2 deeltrajecten, elk met een andere focus

1. De eerste 3 stappen focussen op de sterktes en krachten van de cliënt in zijn rol als ouder.
2. De laatste 3 stappen focussen op verontrusting.



3

Stap 3

Stap 3: ondersteun de cliënt in zijn rol als ouder.

Aandachtspunten:

- ✓ Vraag regelmatig naar de kinderen en het ouderschap.
- ✓ Voer een KOPP-preventiegesprek met de cliënt en eventueel de partner. Vraag hiervoor eerst toestemming aan de cliënt. Wanneer de cliënt een gesprek weigert, breng dan het preventiegesprek later opnieuw ter sprake.
- ✓ Betrek indien nodig een andere voorziening om de cliënt te ondersteunen in zijn rol als ouder. Op de website vind je een overzicht van voorzieningen die hiervoor in aanmerking komen.
- ✓ Betrek indien nodig relevante personen uit de context van de cliënt (kinderen, partner, grootouders, buur, vriend) en ondersteun hen waar nodig.
- ✓ Betrek de kinderen en ondersteun hen waar nodig (bv. boekjes en beeldmateriaal rond KOPP/ KOAP aanreiken, de formele of informele context van de kinderen activeren).
- ✓ Noteer in het dossier op welke manier je de cliënt ondersteund hebt in zijn rol als ouder.

6

Stap 6

Stap 6: betrek een gemandateerde voorziening.

Aandachtspunten:

- ✓ Neem (telefonisch) contact met een gemandateerde voorziening (VK of OCJ).
- ✓ Breng de cliënt hiervan op de hoogte en bereid hem voor.
- ✓ Houd contact met de gemandateerde voorziening om de voortgang van de cliënt op te volgen.
- ✓ Noteer de vervolgacties in het cliëntdossier.
- ✓ Bekijk samen met de gemandateerde voorziening welke acties je als hulpverlener verder kan opnemen om de veiligheid mee te herstellen.

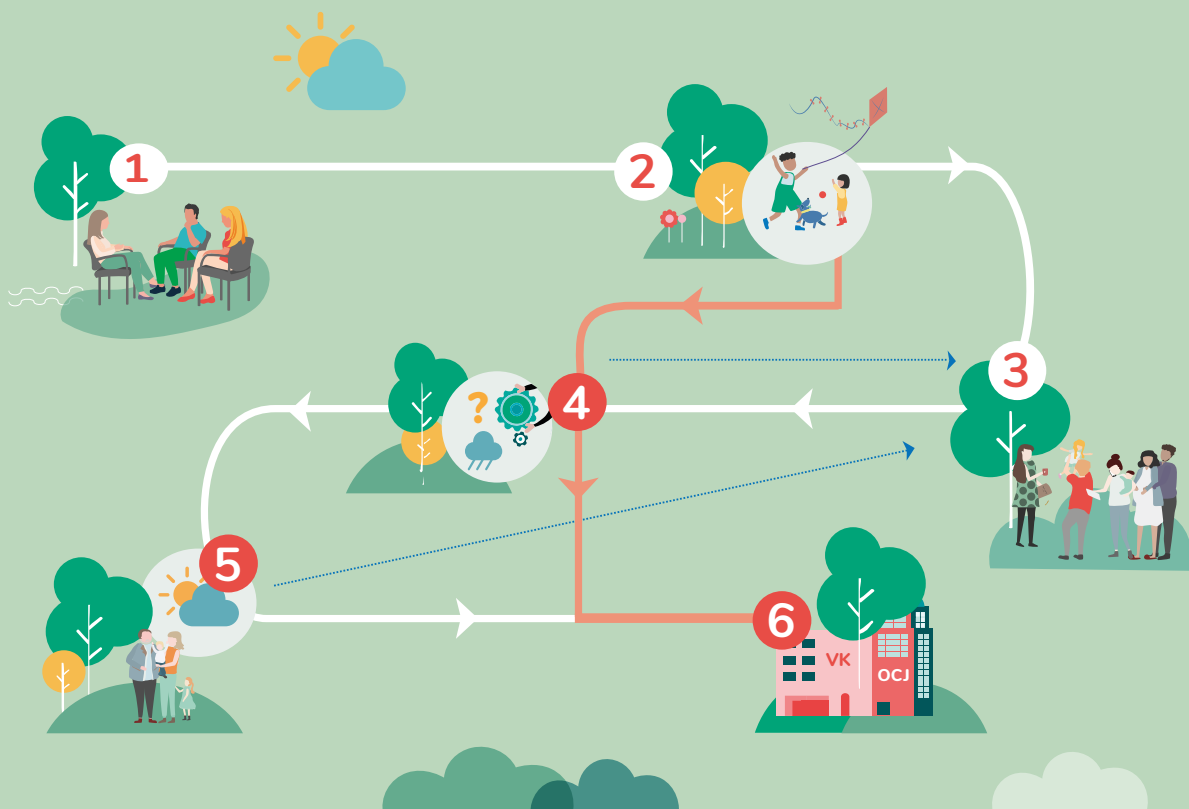


Kies een vervolgstap:

- ✓ Ga naar stap 3 wanneer de situatie verbetert.
- ✓ Ga naar stap 6 wanneer de veiligheid niet hersteld is.



De Kindreflex heeft een brede scope en streeft 2 doelstellingen na. De Kindreflex stimuleert hulpverleners om met hun volwassen cliënten een gesprek te voeren over het thema ouderschap. De Kindreflex helpt hulpverleners verontrustende gezinssituaties te detecteren en de veiligheid zo snel mogelijk te herstellen.



Inhoudstafel

Wat?	4
Hoe?	4
Wie?	5
Wanneer?	5
Relevantie	6
Stappenplan	7
Het stappenplan heeft 2 deeltrajecten, elk met een andere focus.	7
Stap 1	7
Stap 2	8
Stap 3	8
Stap 4	9
Stap 5	10
Stap 6	10
Stap 1	11
Wat vraag je als hulpverlener precies na?	11
Voorbeeldvragen:	11
Hoe kan je op een open en niet-controlerende manier naar de kinderen en het ouderschap vragen?	11
Stap 2	12
Welke vragen kan ik stellen om zicht te krijgen op het welzijn van de kinderen?	12
Welke signalen wijzen op een niet-pluisgevoel?	12
Stap 3	13
Hoe voer je een KOPP-preventiegesprek met de ouder(s)?	13
Hoe betrek en ondersteun je relevante personen uit de context van de cliënt?	14
Hoe kan je op een open en niet-controlerende manier naar de kinderen en het ouderschap vragen?	14
Stap 4	15
Wat is een verontrustende situatie?	15
Op welke risicofactoren moet je letten?	16
Op welke beschermende factoren moet je letten?	16
Welke instrumenten kan je gebruiken om de situatie in te schatten?	17

Hoe en waarvoor kan je de gemandateerde voorzieningen consulteren?.....	18
Hoe bespreek je jouw bevindingen met de cliënt?.....	18
Stap 5.....	19
Hoe kan je zelf de veiligheid herstellen?.....	19
Welke voorzieningen kan je inschakelen?	19
Stap 6.....	20
Hoe betrek je een gemandateerde voorziening?.....	20
Wat staat jouw cliënt te wachten als je een gemandateerde voorziening betreft?.....	20
Hulpaanbod.....	21
Nood aan advies van een expert	21
Nood aan extra ondersteuning voor de client en zijn gezin	21
CAW	22
Kind & Gezin	22
CLB	22
Een melding doen bij een gemandateerde voorziening.....	22
Vorming.....	23
Basisopleiding en Workshop Kindreflex voor praktijkwerkers in de GGZ	23
Tools	23
Wachtzaalaffiche “Hoe gaat het met de kinderen?”	23
Eindnota’s	25
Relevantie.....	25



Wat?

De Kindreflex heeft een brede scope en streeft 2 doelstellingen na:

- ✓ De Kindreflex stimuleert hulpverleners met hun volwassen cliënten een gesprek te voeren over het thema ouderschap. Ouders krijgen de kans om in alle vrijheid over de kinderen en hun bezorgdheden te praten. Waar nodig ondersteunen hulpverleners de ouders in hun rol als moeder of vader.
- ✓ De Kindreflex helpt hulpverleners verontrustende gezinssituaties te detecteren en de veiligheid zo snel mogelijk te herstellen.



Hoe?

Het uitvoeren van de Kindreflex verloopt in 6 stappen:

- ✓ **stap 1:** voer een gesprek over de kinderen en het ouderschap;
- ✓ **stap 2:** peil naar de veiligheid thuis en het welzijn van de kinderen;
- ✓ **stap 3:** ondersteun de cliënt in zijn rol als ouder;
- ✓ **stap 4:** ga verder na of er sprake is van verontrusting en bereidheid;
- ✓ **stap 5:** herstel de veiligheid;
- ✓ **stap 6:** betrek een gemandateerde voorziening.

Hulpverleners zetten de eerste 3 stappen standaard bij elke cliënt. De 3 vervolgstappen zijn afhankelijk van de situatie; ze zijn niet altijd aan de orde.

Het voorgestelde stappenplan is een generiek basismodel. Iedere voorziening is vrij om een gepersonaliseerde versie van het stappenplan uit te werken dat aansluit bij de eigen manier van werken.



Wie?

Alle hulpverleners binnen de GGZ (psychiaters, psychologen, maatschappelijk werkers, verpleegkundigen) die werken met volwassenen, sporen we aan om de Kindreflex te doen.

Via de volwassen cliënt spelen hulpverleners in op het welzijn van de kinderen. Ze signaleren en herstellen verontrustende situaties zonder de kinderen zelf te zien.

Een hulpverlener hoeft niet het hele stappenplan alleen door te lopen. Elke hulpverlener heeft zijn eigen verantwoordelijkheden en competenties. Het is niet de bedoeling dat hulpverleners zaken opnemen waarover ze geen expertise hebben en zich onzeker voelen. Wel verwachten we dat elke hulpverlener de kennis en kunde heeft om de eerste 2 stappen van de Kindreflex te zetten. De 4 vervolgstappen kunnen een gedeelde verantwoordelijkheid zijn binnen een voorziening of ruimer netwerk.



Wanneer?

Hulpverleners doen de Kindreflex standaard bij elke cliënt. De eerste 2 stappen van het plan worden bij voorkeur bij aanvang van de begeleiding uitgevoerd.





Relevantie



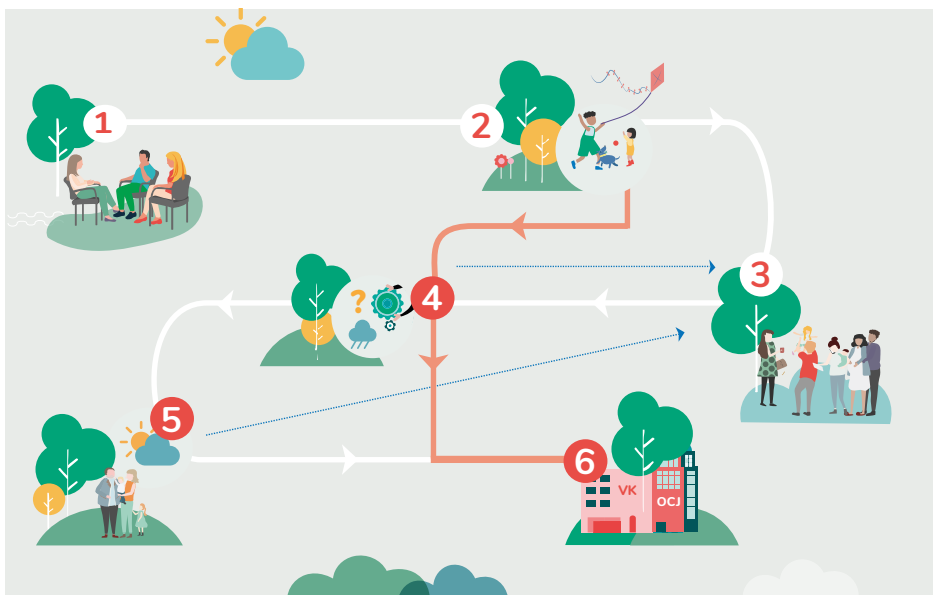
Heel wat hulpverleners werken vandaag vraaggericht en zijn niet geneigd om naar de kinderen en het ouderschap te vragen wanneer de cliënt hier zelf geen hulpvraag over heeft. De Kindreflex wil hier wel systematisch bij stilstaan om 4 redenen:

- 1 Reden 1:**
Vlaanderen telt heel wat kinderen die opgroeien bij een ouder met psychische problemen wat negatieve gevolgen kan hebben voor hun welbevinden. *Zie p. 24*
- 2 Reden 2:**
cliënten met kinderen voelen zich in de GGZ niet altijd even goed ondersteund in hun rol als ouder. *Zie p. 24*
- 3 Reden 3:**
kindermishandeling komt minder frequent voor, maar heeft verreikende gevolgen. *Zie p. 25*
- 4 Reden 4:**
verontrusting wordt doorgaans opgespoord door hulpverleners die in contact komen met de kinderen zelf. *Zie p. 25*

Stappenplan

De Kindreflex vraagt van hulpverleners om onderstaande zes stappen van de Kind-reflex te doorlopen. Hulpverleners zetten de eerste drie stappen standaard bij elke cliënt. De drie vervolgstappen zijn situatie gebonden en dus niet altijd aan de orde.

Het stappenplan heeft 2 deeltrajecten, elk met een andere focus.



1. De eerste 3 stappen focussen op de sterktes en krachten van de cliënt in zijn rol als ouder.
2. De laatste 3 stappen focussen op verontrusting

1

Stap 1



Stap 1: voer een gesprek over de kinderen en het ouderschap.

Aandachtspunten:

- ✓ Geef aan dat het thema kinderen en ouderschap een standaard onderdeel is van de behandeling.
- ✓ Vraag tijdens de intake of de cliënt zorg draagt voor kinderen of een kind verwacht.
- ✓ Knoop op positieve wijze met de cliënt een gesprek aan over de kinderen en zijn rol als ouder.
- ✓ Vergeet bij een (dag)opname niet na te vragen of er opvang voor de kinderen geregeld is.
- ✓ Noteer in het dossier relevante informatie met betrekking tot de kinderen: het aantal kinderen, hun geboortedatum, hun naam en of ze permanent bij de cliënt verblijven.

Wat vraag je als hulpverlener precies na? Zie p. 11

Hoe kan je op een open en niet-controlerende manier naar de kinderen en het ouderschap vragen? Zie p. 14



2 Stap 2



Stap 2: peil naar de veiligheid thuis en het welzijn van de kinderen.

Aandachtspunten:

- ✓ Tracht zicht te krijgen op de veiligheid en het welzijn van de kinderen in het gezin.
- ✓ Overleg steeds met andere collega's of een expert om een eerste inschatting te maken van de veiligheid en het welzijn van de kinderen. Een thuissituatie als verontrustend bestempelen is een subjectief gebeuren. De eigen waarden en normen kunnen uw oordeel kleuren.
- ✓ Noteer in het cliëntdossier wanneer u een niet-pluisgevoel over de thuissituatie heeft en waarom.

Kies een vervolgstap:

- ✓ Ga naar stap 3 wanneer u geen twijfels heeft over de thuissituatie.
- ✓ Ga naar stap 4 wanneer u een niet-pluisgevoel heeft of wanneer de situatie onduidelijk is.

Welke vragen kan ik stellen om zicht te krijgen op het welzijn van de kinderen?

Zie p. 12

Welke signalen wijzen op een niet-pluisgevoel? Zie p. 12

3 Stap 3



Stap 3: ondersteun de cliënt in zijn rol als ouder.

Aandachtspunten:

- ✓ Vraag regelmatig naar de kinderen en het ouderschap.
- ✓ Voer een KOPP-preventiegesprek met de cliënt en eventueel de partner. Vraag hiervoor eerst toestemming aan de cliënt. Wanneer de cliënt een gesprek weigert, breng dan het preventiegesprek later opnieuw ter sprake.
- ✓ Betrek indien nodig een andere voorziening om de cliënt te ondersteunen in zijn rol als ouder. Op de website vind je een overzicht van voorzieningen die hiervoor in aanmerking komen.
- ✓ Betrek indien nodig relevante personen uit de context van de cliënt (kinderen, partner, grootouders, buur, vriend) en ondersteun hen waar nodig.
- ✓ Betrek de kinderen en ondersteun hen waar nodig (bv. boekjes en beeldmateriaal rond KOPP/ KOAP aanreiken, de formele of informele context van de kinderen activeren).
- ✓ Noteer in het dossier op welke manier je de cliënt ondersteund hebt in zijn rol als ouder.

Hoe voer je een KOPP-preventiegesprek met de ouder(s)? Zie p. 13

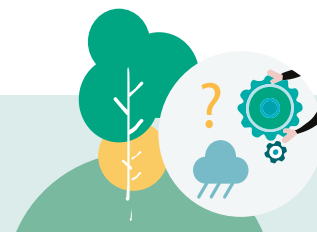
Hoe betrek en ondersteun je relevante personen uit de context van de cliënt?

Zie p. 14

Hoe ondersteun je een ouder die in een residentiële voorziening verblijft en zijn kinderen en familie? Zie p. 14

4

Stap 4



Stap 4: ga verder na of er sprake is van verontrusting en bereidheid.

Aandachtspunten:

- ✓ Verzamel extra gegevens om een inschatting te kunnen maken van de situatie. Baseer je niet uitsluitend op de input van de cliënt, maar beluister ook sleutelfiguren in het leven van de cliënt (de partner, andere kinderen, grootouders, vriend, etc.). Zo krijg je een goede kijk op de situatie en mogelijke beschermende factoren. Wanneer je de kinderen zelf betreft, is het nodig om eerst hun toestemming hiervoor te vragen. Vanaf 12 jaar mogen kinderen immers veel zelf beslissen.
- ✓ Kijk naar risico- en beschermende factoren. Is er een opeenstapeling van risicofactoren en een afwezigheid van beschermende factoren?
- ✓ Je kan gebruikmaken van een assessment instrument om blinde vlekken systematisch in beeld te brengen.
- ✓ Houd er rekening mee dat de eigen waarden, normen en ervaringen een invloed hebben op de manier waarop je de situatie interpreteert. Bespreek de resultaten daarom altijd eerst met een collega-hulpverlener of expert voor je opnieuw in gesprek gaat met de cliënt.
- ✓ Wanneer je twijfelt of geen collega-hulpverlener hebt om jouw bezorgdheden mee te bespreken, kan je telefonisch en anoniem een beroep doen op de consultfunctie van zowel het Vertrouwenscentrum Kindermishandeling (VK) als het Ondersteuningscentrum Jeugdhulp (OCJ).
- ✓ Bespreek de conclusies met de cliënt en sta open voor alternatieve verklaringen.
- ✓ Leg alle verzamelde informatie samen en beslis in teamverband of de situatie verontrustend is.
- ✓ Wanneer je oordeelt dat de situatie verontrustend is, ga dan verder na of de cliënt bereid is om de situatie te veranderen.
- ✓ Noteer in het dossier of de thuissituatie verontrustend is en of er bereidheid is bij de cliënt.
- ✓ Overschrijd de eigen competenties niet. Schakel een collega uit de eigen voorziening of het regionale netwerk in wanneer je niet zeker van je stuk bent.

Kies een vervolgstap:

- ✓ Ga naar stap 3 wanneer de thuissituatie veilig is.
- ✓ Ga naar stap 5 wanneer de thuissituatie verontrustend is maar er bereidheid is bij de cliënt.
- ✓ Ga naar stap 6 wanneer de thuissituatie verontrustend is en er onvermogen of weerstand is bij de cliënt of wanneer er acuut gevaar is.

Wat is een verontrustende situatie? Zie p. 15

Op welke risicofactoren moet je letten? Zie p. 16

Op welke beschermende factoren moet je letten? Zie p. 16

Welke instrumenten kan je gebruiken om de situatie in te schatten? Zie p. 17

Hoe en waarvoor kan je de gemandateerde voorzieningen consulteren? Zie p. 18



5

Stap 5



Stap 5: herstel de veiligheid.

Aandachtspunten:

- ✓ Creëer een veilige situatie voor de kinderen. Ga zelf met de cliënt aan de slag of betrek een gepaste hulpvoorziening.
- ✓ Indien nodig kan je telefonisch en anoniem een beroep doen op de consultfunctie van zowel het Vertrouwenscentrum Kindermishandeling (VK) als het Ondersteuningscentrum Jeugdhulp (OCJ).
- ✓ Volg de situatie op en blijf alert voor verontrustende signalen.
- ✓ Bespreek het ouderschap regelmatig opnieuw met de cliënt.
- ✓ Noteer de voortgang in het cliëntdossier.

Kies een vervolgstap:

- ✓ Ga naar stap 3 wanneer de situatie verbetert.
- ✓ Ga naar stap 6 wanneer de veiligheid niet herstel dis.

Hoe kan je zelf de veiligheid herstellen? Zie p. 19

Welke voorzieningen kan je inschakelen? Zie p. 19

6

Stap 6



Stap 6: betrek een gemandateerde voorziening.

Aandachtspunten:

- ✓ Neem (telefonisch) contact met een gemandateerde voorziening (VK of OCJ).
- ✓ Breng de cliënt hiervan op de hoogte en bereid hem voor.
- ✓ Houd contact met de gemandateerde voorziening om de voortgang van de cliënt op te volgen.
- ✓ Noteer de vervolgacties in het cliëntdossier.
- ✓ Bekijk samen met de gemandateerde voorziening welke acties je als hulpverlener verder kan opnemen om de veiligheid mee te herstellen.

Hoe betrek je een gemandateerde voorziening? Zie p. 20

Wat staat jouw cliënt te wachten als je een gemandateerde voorziening betreft? Zie p. 20

1

Stap 1

Wat vraag je als hulpverlener precies na?

Vraag na of de client:

- ✓ Minderjarige kinderen in huis heeft
- ✓ De zorg voor de kinderen met iemand anders deelt
- ✓ Een (ex)partner heeft met kinderen waarmee hij geregeld contact heeft
- ✓ Zwanger is



Voorbeeldvragen:

- Welke personen zijn belangrijk in jouw leven en op welke manier?
- Hoe ervaar jij de vele rollen die je in het leven te vervullen hebt? Je rol als partner, moeder of vader, dochter of zoon, collega of werknemer, vriend of vriendin, etc.?
- Hoe loopt het in je gezin? Wat loopt er goed en wat loopt er minder goed?
- Wat maakt dat het goed loopt? Wat maakt dat het minder goed loopt?
- Hoe gaat het met de opvoeding van de kinderen? In welke leeftijdsfase zitten ze en wat is er nu vooral aan de orde in hun opvoeding?
- Sommige mensen putten kracht uit het ouderschap, het helpt hen bij hun herstel. Voor anderen is het een belasting, ze hebben het gevoel dat ze als ouder falen. Hoe ervaar jij het ouderschap? Hoe vind je het om kinderen te hebben?
- Waar loop je zelf als ouder tegenaan en wat loopt er goed?
- Zou je hulp kunnen gebruiken bij de opvoeding van de kinderen? Wat zou voor jou helpend zijn?
- Zijn er mensen in je netwerk die je helpen bij de zorg voor de kinderen?

Hoe kan je op een open en niet-controllerende manier naar de kinderen en het ouderschap vragen?

Let als hulpverlener op je houding en houd rekening met volgende tips:

- ✓ Stel open vragen. Dit zijn vragen die beginnen met wie, wat, waar, hoe en wanneer. Gesloten vragen wekken de indruk van een verhoor en kunnen weerstand oproepen.
- ✓ Problematiseer niet. Geef de cliënt niet het gevoel een slechte ouder te zijn, maar spreek de cliënt op een positieve en bekrachtigende manier aan over de kinderen. Ga op zoek naar dingen die goed lopen en geef hier erkenning aan.
- ✓ Stigmatiseer niet. Ga ervan uit dat iedere ouder het beste voor zijn kinderen wil. Ouders voelen veroordelen aan, wat een nefaste invloed heeft op het verloop van het gesprek.
- ✓ Veroordeel en verwijt niet. Wees mild tegenover je cliënt. Toon interesse en begrip en vel niet te snel een oordeel. Wanneer er problemen zijn, bedenk dan dat deze eerder een gevolg zijn van 'niet kunnen' en plaats van 'niet willen'.
- ✓ Controleer niet. Zorg ervoor dat het gesprek niet op een ondervraging over de opvoedcapaciteiten lijkt.
- ✓ Wees transparant. Leg ouders uit dat het niet de bedoeling is om de informatie verkregen tijdens het gesprek door te spelen aan derden. Wanneer een verwijzing naar een andere instantie nodig blijkt, wees hierover dan eerlijk tegen de ouders en ondersteun hen hierin.
- ✓ Wees oprecht geïnteresseerd. Toon interesse – niet enkel in het welzijn van de kinderen maar ook in hoe de cliënt het ouderschap ervaart.



2 Stap 2

Welke vragen kan ik stellen om zicht te krijgen op het welzijn van de kinderen?

Voorbeeldvragen:

- ☞ Hoe neem je de zorg van de kinderen op als je een mindere dag hebt? Wie brengt de kinderen dan naar school of naar de opvang? Wie kookt er?
- ☞ Hoe zorg je ervoor dat je de kinderen voldoende verzorging en veiligheid biedt en je voldoende toezicht houdt als je een mindere dag hebt? Hoe doe je dit?
- ☞ Wie kan je bellen als de zorg voor de kinderen even te veel wordt? Wat kunnen zij voor jou en de kinderen doen?
- ☞ Wat denk je dat de kinderen merken van jouw situatie? Heb je enig idee wat jouw situatie voor hen betekent? Hoe gaan ze daarmee om?
- ☞ Ben je bezorgd over de kinderen vanwege jouw situatie?

Welke signalen wijzen op een niet-pluisgevoel?

Er bestaan in de wetenschappelijke literatuur geen vaste regels over wat een goede opvoeding precies is. Elke ouder, elk kind en elke situatie is immers anders. Er bestaan ook geen meetinstrumenten die verduidelijken of ouders hun kind wel of niet voldoende ondersteunen. Hulpverleners beantwoorden deze vraag veelal op basis van persoonlijke en professionele intuïtie.

Hoewel er geen normering bestaat over de juiste manier van opvoeden, zijn er 2 theoretische kaders die als kapstok kunnen dienen om de veiligheid van kinderen in kaart te brengen en te bepalen of er nood is aan bijkomende ondersteuning.

1 Het framework for the assessment of children in need and their families van Gray (2001) beschrijft **20 voorwaarden** om te kunnen spreken van goed ouderschap (zie bijlage 1). Het theoretisch kader deelt de 20 voorwaarden op in 3 categorieën:

- ☞ de ontwikkelingsnoden van het kind of de jongere;
- ☞ de opvoedcapaciteiten van de ouders;
- ☞ de bredere gezins- en omgevingsfactoren.



2 Volgens Heiner en Bartels (1989) en Zijlstra (2012) moet een ouder aan **14 voorwaarden** voor "goed genoeg" ouderschap voldoen (zie bijlage 2).

Beide kaders bieden houvast om een goed beeld te krijgen van de opvoedingssituatie en te beoordelen of de opvoedingssituatie pluis of niet-pluis is. Wanneer er in grote mate van de voorwaarden wordt afgeweken, zijn de ontwikkeling en het welzijn van de kinderen mogelijk bedreigd.

3 **Stap 3** **Hoe voer je een KOPP-preventiegesprek met de ouder(s)?**

Een KOPP-preventiegesprek dient in de eerste plaats om ouders te versterken in hun ouderrol en via deze weg de veerkracht van de kinderen te versterken. Idealiter wordt het gesprek met de cliënt en de partner gevoerd. Wanneer de cliënt geen partner heeft, is het aan te bevelen om een vertrouwenspersoon van het kind te betrekken.

Focus tijdens het gesprek op volgende 4 pijlers:

1 Pijler 1: vertel de ouders dat het belangrijk is om hun kinderen goed te informeren over wat er aan de hand is.

Leg hen uit dat dit de kinderen helpt om zich niet onnodig zorgen te maken en de dingen voorspelbaar te maken. Motiveer ouders om hun kinderen zelf te informeren over de psychische problemen en de behandeling. Geef aan dat er allerlei boekjes, brochures en websites over KOPP bestaan, die de kinderen kunnen helpen. Op de website "www.ikmaakklik.be" zijn

allerlei materialen te vinden. Wanneer de ouders het niet zien zitten om de kinderen zelf te informeren, stel hen dan voor om het gesprek met de kinderen samen te doen. Wanneer ouders weigerachtig staan tegenover het informeren van hun kinderen, probeer dan naar een andere – voor de ouders aanvaardbare – manier te zoeken om de kinderen te informeren.

2 Pijler 2: leg ouders uit dat het voor de kinderen belangrijk is om kindgerichte activiteiten te kunnen doen.

Naast kindgerichte activiteiten zijn sociale contacten voor de kinderen van groot belang. Stimuleer ouders om iets leuk met de kinderen te doen (bv.

een gezelschapsspel spelen), de kinderen toestemming te geven om bij een vriendje te gaan spelen of de kinderen in te schrijven in een sportclub.

3 Pijler 3: leg ouders uit dat het voor de kinderen belangrijk is dat ze met hun verhaal, hun zorgen en hun vragen bij iemand buiten het gezin terecht kunnen.

Kinderen verbieden om met iemand over de ouderproblematiek te praten, zorgt ervoor dat ze zich alleen voelen. Ga samen met de ouder na of er al steunfiguren zijn in het leven van de kinderen. Bekijk wie

deze rol kan vervullen indien dit nog niet het geval is. Dit kan gelijk wie zijn: een familielid, leerkracht, iemand van de jeugdbeweging, een buur, etc.

4 Pijler 4: wijs ouders erop dat het belangrijk is om stil te staan bij de emoties van hun kinderen.

Nodig hen uit om geregeld aan de kinderen te vragen hoe het met hen gaat, om interesse te tonen voor hun leefwereld, hobby's, ervaringen op school,

vrienden, etc. De kinderen krijgen zo het gevoel dat ze hun emoties mogen uiten, wat ondersteunend werkt.

De volgorde waarin je de 4 pijlers ter sprake brengt, doet er niet toe. Het is ook mogelijk dat de 4 pijlers niet evenwaardig aan bod komen of dat de ouders weigerachtig staan tegenover een van de pijlers. Bruskeer in dat geval niet, maar wees tevreden met wat de ouders wel weten te realiseren.

Op <https://familieplatform.be/> vind je bij toolbox een aantal instrumenten waarmee je concreet aan de slag kan.



Hoe betrek en ondersteun je relevante personen uit de context van de cliënt?



1

Ondersteun de andere ouder:

- ✔ vraag naar het welzijn van de andere ouder;
- ✔ bekijk of iemand uit het sociale netwerk mee ingeschakeld kan worden voor de opvoedingstaken;
- ✔ informeer de andere ouder over ondersteuningsmogelijkheden en motiveer hem om zo nodig stappen te zetten.

2

Ondersteun de andere ouder:

- ✔ Licht sleutelfiguren in en informeer hen over de situatie. Zo kunnen ze extra aandacht besteden aan het kind en steun bieden tijdens moeilijke momenten. Vraag hiervoor wel eerst de toestemming van de cliënt.

Hoe kan je op een open en niet-controlerende manier naar de kinderen en het ouderschap vragen?

Besteed aandacht aan de kinderen en familieleden die bij de cliënt op bezoek komen:

- ✔ zorg voor een vriendelijk onthaal van de kinderen en de familieleden;
- ✔ vraag hoe het met hen gaat en ga na of zij met bepaalde vragen zitten;
- ✔ luister aandachtig en let op non-verbaal gedrag;
- ✔ maak tijd vrij voor de kinderen en de familie – stap uit je rol van hulpverlener;
- ✔ geef een rondleiding op de afdeling;
- ✔ spreek op een open en eerlijke manier.

Stimuleer de interactie tussen ouder en kind:

- ✔ moedig bezoek van de kinderen en familieleden aan;
- ✔ vraag de kinderen om een kaartje, mailtje, sms'je of brief te schrijven of een tekening te maken;

- ✔ zorg ervoor dat belangrijke familiedagen niet uit het oog worden verloren (verjaardagen, familiefeesten, moeder- en vaderdag, etc.);
- ✔ zorg ervoor dat ouders en kinderen voldoende privacy hebben om tijdens een bezoek met elkaar te praten.

Besteed bijzondere aandacht aan weekendbezoek en ontslag uit de afdeling:

- ✔ maak deze momenten zeker voor jongere kinderen voorspelbaar door een kalender te gebruiken, waarop je aangeeft wanneer de ouder naar huis komt;
- ✔ sta open voor vragen van het kind en de familie hierover;
- ✔ bespreek met de ouders het verloop en de impact van het weekendbezoek en het ontslag.

4 Stap 4

Wat is een verontrustende situatie ?

Volgens het decreet Integrale Jeugdhulp is er sprake van verontrusting wanneer de ontwikkelingskansen van een minderjarige bedreigd zijn.

Dat kan het geval zijn als de provisie-, protectie- of participatierechten van de minderjarige worden geschonden. Maar ook als de psychische, fysieke of seksuele integriteit van een minderjarige of één of meer gezinsleden wordt aangetast.

Een aantal begrippen uit deze definitie lichten we even toe:

- ☑ provisierechten: het recht op toegang tot bepaalde voorzieningen en diensten (bv. gezondheidszorg, onderwijs, rust, ontspanning en aangepaste zorg voor kinderen met een beperking);
- ☑ protectierechten: het recht op bescherming tegen schadelijke praktijken (bv. bescherming tegen commerciële of seksuele uitbuiting en fysieke of mentale mishandeling);
- ☑ participatierechten: het recht om gehoord te worden bij beslissingen die je leven beïnvloeden (bv. vrijheid van spreken en van mening, vrijheid van cultuur, godsdienst of taal).





Op welke risicofactoren moet je letten?

Risicofactoren bij de ouder en het gezin:

- ✓ ouder met een verleden van mishandeling;
- ✓ ouder met een lage scholing;
- ✓ ouder met een beperkt cognitief vermogen;
- ✓ ouder met een verslaving, psychisch probleem of persoonlijkheidsstoornis;
- ✓ ouder met een gebrek aan empathie voor het kind;
- ✓ ouder die op een destructieve manier met anderen omgaat;
- ✓ ouder met rigide en gebrekkige communicatiepatronen;
- ✓ gezinnen met partnergeweld;
- ✓ relatieproblemen bij de ouders, waaronder echt- en vechtscheidingen.

Risicofactoren bij het kind:

- ✓ ongewenst kind;

- ✓ kind met een ziekte of handicap
- ✓ kind met een lastige persoonlijkheid, gedrags- of ontwikkelingsprobleem;
- ✓ stief-, pleeg- of adoptiekind;
- ✓ prematuur geboren kind (verhoogd risico op hechtingsproblemen);
- ✓ kind tussen 0 en 3 jaar (meer kwetsbaar, afhankelijk, eisend en egocentrisch).

Risicofactoren in de omgeving:

- ✓ armoede;
- ✓ zwak sociaal netwerk;
- ✓ criminaliteit;
- ✓ geweld in de leefomgeving;
- ✓ gebrek aan adequate kinderopvang.

Op welke beschermende factoren moet je letten?

Beschermende factoren voor de ouder en het gezin:

- ✓ minder ernstige problematiek en milde symptomen;
- ✓ beschikbaarheid andere ouder;
- ✓ beschikbaar als ouder in stabiele periodes
- ✓ sociale competenties.

Beschermende factoren voor het kind:

- ✓ creativiteit;
- ✓ temperament dat goed bij de ouder past;
- ✓ hogere intelligentie;
- ✓ sociale competentie;
- ✓ gedrevenheid;

- ✓ groot probleemoplossend vermogen;
- ✓ groot begrip en inzicht in zichzelf en anderen;
- ✓ positieve schoolervaringen;
- ✓ groot gevoel van zelfwaarde;
- ✓ goede band met beschermende volwassenen;
- ✓ positieve ervaringen met leeftijdsgenoten;
- ✓ veel ontspannende activiteiten;
- ✓ oudere leeftijd.

Beschermende factoren in de omgeving:

- ✓ uitgebreid sociaal netwerk;
- ✓ contact met hulpverlening;
- ✓ positieve kijk op de samenleving.

Welke instrumenten kan je gebruiken om de situatie in te schatten?

In Vlaanderen maken heel wat hulpverleners gebruik van de **Lijst voor Screening en Interventie Keuze (SIK-lijst)** voor een risico-inschatting van de thuissituatie en om op basis hiervan tussen te komen of te verwijzen (zie bijlage 3). De SIK-lijst levert echter geen genormeerde scores op. Het is eerder een theoretisch gefundeerd hulpmiddel voor de praktijk. Daarnaast bestaan er meer geavanceerde risicotaxatie-instrumenten om verontrusting te signaleren en eventuele blinde vlekken in kaart te brengen. Er zijn verschillende Nederlandstalige risicotaxatie-instrumenten, maar de meeste kennen een lage validiteit en betrouwbaarheid. Toch kunnen ze helpen om de blik te verruimen met aandacht voor relevante signalen en beschermende factoren, wat noodzakelijk is om tot een gefundeerde mening te komen en een subjectief oordeel expliciet te maken.

De instrumenten helpen ook bij de bespreking van de situatie met de collega's en de cliënt. Het **Licht Instrument Risicotaxatie Kindveiligheid (LIRIK)** wordt in Vlaanderen het vaakst door hulpverleners gebruikt (zie bijlage 4). De LIRIK maakt een inschatting van de huidige veiligheidssituatie van het kind en van de toekomstige risico's. LIRIK helpt bij het inzichtelijk maken van de balans tussen risico- en beschermende factoren. Een nadeel is dat het instrument geen handvatten aanreikt over hoe zwaar hulpverleners risicofactoren moeten wegen. De professional bepaalt uiteindelijk zelf hoe hij de risicofactoren inschat om tot een eindoordeel te komen.

Geen enkel instrument is in staat om op accurate wijze te bepalen of een opvoedingssituatie verontrustend is. Ze geven enkel richting. Houd daarom rekening met deze aandachtspunten:

- ⊗ Vertrouw niet blind op de uitkomst van een risicotaxatie-instrument. Sta kritisch ten aanzien van de bevindingen.
- ⊗ Maak een veiligheids- en risico-inschatting nooit alleen. Houd er rekening mee dat je eigen normen, waarden en ervaringen een invloed hebben op de manier waarop je de situatie interpreteert. Bespreek je conclusies daarom altijd met een collega of andere expert en bekijk of er geen alternatieve interpretatie of verklaring mogelijk is.
- ⊗ Ga altijd in gesprek met ouders over de conclusies die je samen met je collega's trekt. Sta open voor andere verklaringen die jouw interpretatie tegenspreken.



Hoe en waarvoor kan je de gemandateerde voorzieningen consulteren?

Hulpverleners die nood hebben aan het advies van een expert om de situatie in te schatten, kunnen een beroep doen op de consultfunctie van de twee gemandateerde voorzieningen: de Vertrouwenscentra Kindermishandeling en de Ondersteuningscentra Jeugdhulp. Consultgesprekken verlopen telefonisch en gebeuren op basis van anonieme cliëntgegevens. Hier telefoonnummers geven.

Wat is een consult?

- ☑ Een consult is een reflectie over het omgaan met verontrusting. Het kan pistes aanreiken die de horizon van de consultvrager verbreden, zodat hij weer handelingsmogelijkheden ziet.
- ☑ De hulpverlener die een consult vraagt, blijft verantwoordelijk voor de opvolging

van de cliënt en het al dan niet nemen van volgende stappen.

- ☑ Consultvragen leiden alleen tot een effectieve aanmelding bij een gemandateerde voorziening als de consultvrager dit zelf beslist en meldt.

Wat is een consult niet?

- ☑ Een consult is geen melding bij een OCJ of VK.
- ☑ Het is ook geen formeel oordeel over maatschappelijke noodzaak.

Hoe bespreek je jouw bevindingen met de cliënt?

Tips:

- ☑ Zet op een rij wat je al weet. Zo wordt duidelijk waarover je nog niet veel weet en dus verder moet doorvragen. Het gesprek moet je helpen om een beslissing te nemen en een vervolgstap te kiezen.
- ☑ Benoem je zorgen zo concreet mogelijk. “Ik maak me zorgen om de kinderen” is niet concreet. “De kinderen krijgen drie keer in de week geen eten mee naar school” is wel concreet.
- ☑ Formuleer je zorgen aan de hand van feiten zonder een oordeel te vellen.
- ☑ Kijk niet alleen naar de zorgen en problemen, maar ook naar wat goed gaat. Benoem positieve zaken en complimenteer de cliënt hiervoor. Zo leg je verbinding met de cliënt.
- ☑ Vermijd termen als verwaarlozing of kindermishandeling. Gebruik neutrale termen als “Ik maak me een beetje zorgen over uw kind en of het wel goed in zijn vel zit.”
- ☑ Neem de tijd. Zorg ervoor dat er tijd is om het gesprek eventueel te laten uitlopen.
- ☑ Zorg dat er een tolk aanwezig is als de cliënt niet goed Nederlands spreekt.



5 Stap 5

Hoe kan je zelf de veiligheid herstellen?

Enkele eenvoudige zaken die je als hulpverlener zelf kan doen om de veiligheid te herstellen:

Wat is een consult?

- ⊗ Zoek uitzonderingen. In geen enkel gezin is het altijd en overal onveilig. De sleutel tot verandering ligt in deze uitzonderingen. Kijk naar de momenten waarop de situatie wel veilig is en probeer te achterhalen waarom het dan wel lukt. Bv. op sommige momenten hebben jullie veel plezier samen. Hoe komt het dat het dan wel leuk is? Wat doen jullie dan? Misschien kunnen jullie dit vaker doen?
- ⊗ Zoek naar details. Oplossingen ontstaan altijd uit details, nooit uit algemeenheden. Maak de onveiligheid zo concreet mogelijk. Bv. soms lukt het jou wel om de kinderen aan de schoolpoort op te halen en eten klaar te maken! Wanneer is dat? Wat maakt dat het jou op dat moment wel lukt? Wat kan jou helpen om dit in de toekomst vaker te doen?
- ⊗ Formuleer de zorgen zo concreet mogelijk. "Ik maak me zorgen" is niet concreet. "De kinderen kregen deze week drie keer geen eten mee naar school" is wel concreet. Dit biedt meteen aanknopingspunten om tot verandering te komen.
- ⊗ Ga na wat de ouder zelf wil. Het kan thuis alleen veiliger worden als de ouder hier ook van overtuigd is en wil meewerken. Wat willen ouders zelf bereiken of veranderen? Bv. wat zou je zelf willen veranderen om het thuis beter te maken? Wat heb je nodig om dat te doen? Wie kan je hierbij helpen?
- ⊗ Schakel het netwerk in. Familie, buren, vrienden spelen een belangrijke rol om de veiligheid thuis te vergroten. Maak afspraken met relevante personen uit de context van de cliënt om toezicht te houden op de veiligheid van de kinderen. Vraag personen uit de ruimere gezinscontext om bij te springen wanneer de primaire verzorger ziek, gespannen of niet beschikbaar is. Noteer de naam van enkele veiligheidsmensen met wie het kind of de jongere contact kan opnemen in geval van problemen.

Het is belangrijk dat hulpverleners hun professionele en persoonlijke grenzen niet overschrijden en meer doen dan waarvoor ze zich bekwaam voelen. Bij twijfel of wanneer men zich niet prettig voelt bij de situatie, is het aangewezen om iemand anders in te schakelen die kan helpen of de situatie overneemt, bv. een collega of externe voorziening met meer expertise.

Welke voorzieningen kan je inschakelen?



- ✓ de huisarts
- ✓ het CAW
- ✓ de CLB
- ✓ de regioteams van Kind & Gezin
- ✓ de VK
- ✓ de OCJ



6 Stap 6 Hoe betrek je een gemandateerde voorziening?

Vlaanderen telt twee voorzieningen die door de overheid gemandateerd zijn om in verontrustende situaties maatschappelijk in te grijpen: de Ondersteuningscentra Jeugdhulp (OCJ) en de Vertrouwenscentra Kindermishandeling (VK). Beide voorzieningen geven consult aan hulpaanbieders in verontrustende situaties, onderzoeken meldingen van verontrustende situaties, starten gepaste hulpverlening op en volgen opgestarte hulpverlening mee op. Je neemt hiervoor telefonisch contact.



- 1 Je vindt de contactgegevens van het OCJ in jouw regio hier:

<https://www.jongerenwelzijn.be/contact/buitendiensten/ondersteuningscentrum-jeugdzorg/>

- 2 Je vindt de contactgegevens van het VK in jouw regio hier:

<http://www.vertrouwenscentrum-kindermishandeling.be>

Wat staat jouw cliënt te wachten als je een gemandateerde voorziening betreft?

Elke situatie is uniek en vraagt zorg op maat van de noden en krachten van kinderen, ouders en hun gezin. De hulpverleners van de gemandateerde voorzieningen zullen gesprekken voeren met kinderen en ouders, ze betrekken en activeren het netwerk, enzovoort. Neem gerust vooraf contact met een gemandateerde voorziening om te bekijken hoe men in deze stap van de Kindreflex met jouw specifieke zorgen aan de slag gaat en hoe men daarin de cliënt betreft.

Meer info vind je hier:

https://jongerenwelzijn.be/assets/docs/publicaties/integrale-jeugdhulp/brochure_A5_mand_voorz.pdf

Hulpaanbod

Nood aan advies van een expert

Hulpverleners die nood hebben aan advies van een expert bij het doorlopen van de zes stappen kunnen terecht bij de twee gemandateerde voorzieningen:



- ✓ de Vertrouwenscentra Kindermishandeling;
- ✓ de Ondersteuningscentra Jeugdhulp.

Hulpverleners die nood hebben aan advies van een expert bij het doorlopen van de zes stappen kunnen terecht bij de twee gemandateerde voorzieningen

Nood aan extra ondersteuning voor de client en zijn gezin

Wanneer een cliënt en zijn gezin nood hebben aan extra ondersteuning, kan je als hulpverlener diverse partners uit de jeugdhulp inschakelen naargelang de ernst van de situatie.

De meest laagdrempelige voorzieningen binnen de jeugdhulp zijn:

- ⊗ de Centra voor Algemeen Welzijnswerk (CAW);
- ⊗ de regionale teams van Kind & Gezin;
- ⊗ de Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB).

Zij vervullen de rol van brede instap.

Kinderen, jongeren, ouders en professionelen kunnen bij deze voorzieningen terecht met al hun vragen. Voorzieningen uit de brede instap bieden onthaal, vraagverheldering, aanbodverheldering en kortdurende hulpverlening aan en doen gerichte verwijzingen. Zij kennen het hulpverleningsaanbod voor minderjarigen en hun ouders zeer goed en zijn een ideale partner om in de stappen 4 tot 6 te betrekken.

**1**

CAW

In het CAW kunnen cliënten terecht voor alle vragen en problemen over welzijn (relaties, persoonlijke problemen, financiële of materiële problemen en vragen in verband met criminaliteit). Het CAW is laagdrempelig en biedt onthaal, begeleiding, crisishulp en opvang aan mensen van alle leeftijden.

2

Kind & Gezin

Gezinnen met kinderen tussen 0 en 3 jaar kunnen bij de regioteams van Kind en Gezin terecht voor gezinsondersteuning op maat. Ouders kunnen er terecht met al hun vragen over het ouderschap, ook als de dingen niet lopen zoals verwacht. Deze dienstverlening is gratis en op maat van elk gezin.

3

CLB

In het CLB kunnen kinderen, jongeren en ouders terecht voor informatie, hulp en begeleiding over volgende vier domeinen:

1. leren en studeren
2. schoolloopbaanbegeleiding
3. preventieve gezondheidszorg
4. psychosociaal functioneren.

*CLB

Wat het probleem ook is, het CLB luistert en zoekt mee naar mogelijke oplossingen. De hulp en begeleiding zijn kosteloos, vertrouwelijk en onafhankelijk van de school. Begeleiding bij psychosociaal functioneren is meestal gericht op gedragsproblemen, opvoedingsproblemen, sociale problemen, psychische problemen, emotionele problemen of verwerking bij rouw en verlies. Het CLB biedt in deze situatie onthaal en vraagverheldering, informatie en advies, diagnose, kortdurende begeleiding en werkt samen met relevante netwerkpartners voor de ondersteuning van de minderjarige, de ouders, de school of personen uit de leefomgeving. Het CLB is ook gemachtigd om bij de intersectorale toegangspoort een aanvraag in te dienen voor niet-rechtstreeks toegankelijke hulp. Elke erkende school in Vlaanderen werkt samen met een CLB. Op de website van Onderwijs Vlaanderen kan je opzoeken welke scholen aan welk CLB verbonden zijn. Een CLB is elke schooldag open en tijdens de schoolvakanties zijn er op bepaalde dagen medewerkers bereikbaar.

Een melding doen bij een gemandateerde voorziening

Vlaanderen telt twee voorzieningen die door de overheid gemandateerd zijn om in verontrustende situaties maatschappelijk in te grijpen: de Ondersteuningscentra Jeugdhulp (OCJ) en de Vertrouwenscentra Kindermishandeling (VK).

Beide voorzieningen hebben eenzelfde opdracht inzake maatschappelijke noodzaak, met name:

- ☉ Consult geven aan hulpaanbieders in verontrustende situaties
- ☉ Meldingen van verontrustende situaties onderzoeken
- ☉ Gepaste hulpverlening opstarten en mee opvolgen

In stap 6 van de Kindreflex vind je hier meer informatie over.



Eindnota's

Relevantie

Heel wat hulpverleners werken vandaag vraag-gestuurd en zijn niet geneigd om naar de kinderen en het ouderschap te vragen wanneer de cliënt hier zelf geen hulpvraag over heeft. De Kindreflex streeft er echter naar om hier wel systematisch bij stil te staan en dit om volgende vier redenen:

REDEN 1: VLAANDEREN TELT HEEL WAT KINDEREN DIE OPGROEIEN BIJ EEN OUDER MET PSYCHISCHE PROBLEMEN WAT NEGATIEVE GEVOLGEN KAN HEBBEN VOOR HUN WELBEVINDEN

In Vlaanderen zijn er op jaarbasis naar schatting 378.000 KOPP-kinderen. Deze inschatting is vermoedelijk een onderschatting, aangezien heel wat

ouders hun psychisch probleem niet erkennen. Onderzoek toont aan dat opgroeien bij een ouder met een psychisch probleem nefaste gevolgen kan hebben voor de ontwikkeling, het gedrag en de beleving van kinderen (Hosman et al., 2009). Minstens een derde van de KOPP-kinderen ontwikkelt later zelf een ernstig en langdurig psychisch probleem. Nog eens een derde ervaart problemen van voorbijgaande aard. Andere cijfers laten zien dat KOPP-kinderen 5 keer vaker in contact komen met de geestelijke gezondheidszorg dan andere kinderen. Dit komt deels doordat psychische problemen het opvoederschap van ouders sterk beïnvloeden. Veelvoorkomende opvoedingsproblemen bij ouders met psychische problemen zijn (Bifulco et al. 2002; De Dekker et al., 2014; Elgar et al., 2007; Harnish et al., 1995; Murray et al., 2003; Van der Maas, 2010):

- ✓ Niet of gespannen reageren
- ✓ Extreem kritisch of vijandig zijn
- ✓ Een chaotische, onvoorspelbare opvoedstijl hanteren
- ✓ Moeilijkheden hebben met het regelen van het huishouden
- ✓ Beschikken over beperkte opvoedkennis en -vaardigheden
- ✓ Moeilijkheden hebben om opvoedkundige taken ter harte te nemen
- ✓ Tekortschieten bij administratieve taken



378000

KOPP-kinderen die opgroeien bij een ouder met een psychisch of een verslavingsprobleem

REDEN 2: CLIËNTEN MET KINDEREN VOELEN ZICH IN DE GGZ NIET ALTIJD EVEN GOED ONDERSTEUND IN HUN ROL ALS OUDER

Een recent Nederlands onderzoek uitgevoerd bij KOPP-kinderen en hun ouders toont dat:



73%

van de ouders zich zorgen maakt over de ontwikkeling van de kinderen vanwege hun problematiek



63%

van de kinderen zich zorgen maakt over de eigen ontwikkeling



58%

van de ouders vindt dat er tijdens hun behandeling in de GGZ onvoldoende aandacht aan de kinderen besteed wordt



72%

van de ouders meer rechtstreekse aandacht voor de kinderen wenst

Deze resultaten tonen dat het belangrijk is om met cliënten te praten over hun kinderen en het ouder zijn.



REDEN 3:

KINDERMISHANDELING HEEFT VERREIKENDE GEVOLGEN OP DE GEZONDHEID EN HET WELBEVINDEN VAN KINDEREN

Kindermishandeling heeft verreikende gevolgen op zowel de gezondheid als het welbevinden in de kindertijd en de volwassenheid.

Lichamelijke gevolgen variëren van blauwe plekken en schaafwonden, over breuken en gebrek aan hygiëne, tot seksueel overdraagbare aandoeningen, zwangerschap, handicap, etc. In extreme gevallen kan het kind aan de lichamelijke gevolgen overlijden.

Daarnaast remt kindermishandeling de ontwikkeling af en kan het leiden tot neurologische problemen en groeistoornissen.

Op emotioneel vlak schaadt kindermishandeling het vertrouwen van het kind in de buitenwereld, wat de sociale omgang met anderen verstoort. Wantrouwen en relationele problemen komen veel voor. Het kind zoekt de schuld voor het gedrag van de mishandelende ouder vaak bij zichzelf en krijgt hierdoor een verwrongen, negatief

beeld van zichzelf en een beschadigd zelfvertrouwen.

De stress die gepaard gaat met de mishandeling leidt bovendien tot een overactief stress-systeem en allerlei psychische problemen zoals stemmingsstoornissen, angststoornissen, een posttraumatische stressstoornis, slaapproblemen, etc.

Kindermishandeling heeft daarnaast grote gevolgen op de gezondheid en het welbevinden in de volwassenheid. Traumatische en ingrijpende jeugdervaringen bepalen in hoge mate de latere gezondheid en het welbevinden van volwassenen. Ze leiden tot een sterk verhoogd risico op ernstige en levenslange geestelijke en lichamelijke gevolgen en betekenen een grote gezondheidskost voor de samenleving.

REDEN 4:

VERONTRUSTING WORDT DOORGAANS OPGESPOORD DOOR HULPVERLENERS DIE IN CONTACT KOMEN MET DE KINDEREN ZELF

De helft van de meldingen zijn afkomstig van hulpverleners die in contact komen met kinderen. Verontrusting wordt vrijwel nooit opgespoord via hulpverleners die in contact komen met enkel de ouders wat een gemiste kans is. Heel wat kinderen die in een verontrustende gezinssituatie opgroeien maar niet in contact komen met een hulpverlener blijven zo buiten beeld.

In Nederland zijn hulpverleners die werken met volwassen cliënten sinds 2013 verplicht om een Kindcheck uit te voeren. Dit houdt in dat zij tijdens de behandeling nagaan of een cliënt zorg draagt voor minderjarige kinderen en of de kinderen veilig kunnen opgroeien.

Onderzoek laat zien dat dankzij de invoering van de Kindcheck kinderen die in een verontrustende gezinssituatie verkeren vroegtijdig in beeld komen wat het mogelijk maakt om in een vroeg stadium hulp in te schakelen. De introductie van de Kindcheck in de spoedafdeling van vijf ziekenhuizen leidde in Nederland tot 60 keer meer meldingen van kindermishandeling vanuit de spoedeisende hulp. Het merendeel van de meldingen (91%) bleek achteraf terecht en driekwart van de gemelde kinderen was nog niet eerder bekend bij Veilig Thuis (het advies- en meldpunt huiselijk geweld en kindermishandeling van Nederland).

91%

Het merendeel van de meldingen (91%) bleek achteraf terecht en driekwart van de gemelde kinderen was nog niet eerder bekend bij Veilig Thuis (het advies- en meldpunt huiselijk geweld en kindermishandeling van Nederland).







De Vlaamse Kindreflex werd ontwikkeld in opdracht van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin door dr. Evelien Coppens, dr. Kathleen De Cuyper en prof. dr. Chantal Van Audenhove – onderzoekers van LUCAS KU Leuven. Je kan het onderzoeksrapport downloaden via www.kindreflex.be.

VLAAMS EXPERTISECENTRUM KINDERMISHANDELING VZW
 Contactpersoon: Kristof Desair 📍 Sainctelettesquare 17 1000 Brussel
 ☎ 0493 81 02 87 ✉ info@expertisecentrumkindermishandeling.be



Bijlage 6: Instrument om de beslissingsbekwaamheid te evalueren

Instrument overgenomen uit Liégeois (2018).

FIGUUR 1 Instrument om de beslissingsbekwaamheid te evalueren, waarbij tien criteria gescoord kunnen worden op een schaal met een gradatie van plus (+, ++ en +++) en min (-, -- en ---)

1. Begrijpen informatie	----- + ++ +++
2. Toepassen informatie op eigen situatie	----- + ++ +++
3. Inzicht verwerven in eigen situatie	----- + ++ +++
4. Overwegen keuzemogelijkheden	----- + ++ +++
5. Inschatten gevolgen voor zichzelf	----- + ++ +++
6. Inschatten gevolgen voor anderen	----- + ++ +++
7. Motiveren keuze op invoelbare en begrijpelijke wijze	----- + ++ +++
8. Vrij zijn van dwingende invloeden van binnenuit	----- + ++ +++
9. Vrij zijn van dwingende invloeden van buitenaf	----- + ++ +++
10. Motiveren keuze vanuit eigen waarden en doelen	----- + ++ +++