

Het betrekken van naasten in de geestelijke gezondheidszorg: van multidisciplinaire richtlijn naar implementatie

Marieke Van Schoors, PhD, projectmedewerker bij Familieplatform vzw, Antwerpen en onbezoldigd medewerker bij de vakgroep Experimenteel Klinische en Gezondheidspsychologie, Universiteit Gent.

Contact: marieke.vanschoors@familieplatform.be

Elke Van Lierde, PhD, wetenschappelijk medewerker bij Familieplatform vzw, Antwerpen en onbezoldigd medewerker bij de vakgroep Psychologie, Vrije Universiteit Brussel.

Evelien Coppens, PhD, onderzoeksexpert LUCAS - Centrum voor Zorgonderzoek en Consultancy, KU Leuven.

Kim Steeman, MSc, directeur Familieplatform vzw, Antwerpen.

Inleiding

Het is een feit dat een individu niet leeft in een sociaal vacuüm, maar deel uitmaakt van sociale contexten (Social Ecological Model; Bronfenbrenner, 1977). We leven niet alleen, maar in interactie met anderen: wat we doen, beïnvloedt en wordt beïnvloed door onze omgeving.

Dat geldt ook voor personen met een psychische kwetsbaarheid: familie en naastbetrokkenen (hierna 'familie') spelen een essentiële rol in het leven van de patiënt. Op het moment dat professionele hulpverleners in beeld komen, bestaat er meestal al een langdurige zorgrelatie tussen de patiënt en zijn familie (Vanlinthout et al., 2020b). Meer nog, driekwart van alle zorg die mensen met een psychische kwetsbaarheid ontvangen, wordt geleverd door familie (Timmermans, 2003). Daarnaast speelt familie een belangrijke rol bij het signaleren van psychische problemen, bij het zetten van de stap naar hulpverlening en bij het ondersteunen van de patiënt tijdens zijn behandeling en herstel (Vanlinthout et al., 2020b). Deze grote investering in de zorg voor de patiënt heeft eveneens een impact op het leven van de familie (Bransen et al., 2014; Waters, 2016). Vaak zijn familieleden overbelast, doordat ze taken op zich nemen die de normale rollen binnen een familierelatie overstijgen, waardoor ook zij behoefte kunnen hebben aan extra ondersteuning (Helmer et al., 2016; Lee et al., 2021; Vermeulen et al., 2015).

Doordat familie een constante is in het leven en het zorgtraject van de patiënt, zou zij een volwaardige partner in de zorg moeten (kunnen) zijn (Familieplatform, 2018; Steeman, 2020). Verassend genoeg is dit momenteel in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) (nog) niet het geval (Helmer et al., 2016; Zorginspectie, 2018). Wanneer een patiënt in begeleiding of behandeling is voor een psychische problematiek, is de focus vaak uitsluitend op dit individu gericht. Familie en familieorganisaties trekken al langer aan de alarmbel over het gebrek aan informatie en de beperkte betrokkenheid van de familie in de ggz. Specifiek wordt de rol van familie in het herstelproces van de patiënt nog geregeld onderschat en wordt de behoefte aan ondersteuning van familie door te veel hulpverleners over het hoofd gezien (Ohaeri, 2003; ZitStil, 2020). Daarnaast blijkt de aandacht voor familie en het betrekken ervan bij de hulpverlening sterk afhankelijk te zijn van de zorgorganisatie, de afdeling en de individuele hulpverlener, waarbij de therapeutische achtergrond een belangrijke rol speelt (werken met familie wordt vaak gezien als een taak voor systeemtherapeuten of de sociale dienst). Verder bestaat er veel onduidelijkheid over welke naasten men *mag* betrekken bij de hulpverlening, hoe dit idealiter gebeurt en wat het beroepsgeheim al dan niet toelaat (Cleary et al., 2006). Deze onduidelijkheid zorgt voor handelingsverlegenheid: hulpverleners *durven* familie niet zomaar te betrekken uit angst om fouten te maken (Vanlinthout et al., 2020b). Met andere woorden, hulpverleners houden familie vaak op afstand en delen geen of slechts beperkte informatie, omdat ze ten onrechte denken dat het beroepsgeheim dit niet toelaat. Nochtans, een nauwe betrokkenheid van familieleden biedt veel voordelen, zowel voor de patiënt, de familie, de hulpverlener als de organisatie (Yesufu-Udechuku et al., 2015; Waters, 2016; Wonders et al., 2019). Ten slotte ontbreekt er momenteel een algemeen kader voor zorgorganisaties over het betrekken van familie. Afgezien van individuele initiatieven, is aandacht voor familie momenteel nog niet structureel ingebed in de hele ggz.

Multidisciplinaire richtlijn: betrekken van naasten in de ggz

Uitgaande van de noodzaak om familie te zien als een volwaardige partner in de zorg, ontwikkelde het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (WVG) in opdracht van de Vlaamse overheid en in samenwerking met onder andere het Familieplatform en het Vlaams Patiëntenplatform een multidisciplinaire richtlijn (MDR) over het betrekken van naasten in de ggz (Vanlinthout et al., 2020a). Enkele jaren voordien ontwikkelde het Steunpunt WVG reeds de “Kindreflex”, een instrument met als doel de reflex te installeren om meer stil te staan bij het welzijn en de veiligheid van kinderen van ouders met een psychisch en/of afhankelijkheidsprobleem, alsook de ouderrol van veel patiënten. Het instrument is opgevat als een stappenplan en moedigt hulpverleners aan om het onderwerp “ouderschap” op een ongedwongen wijze op tafel te leggen en bespreekbaar te maken. Daarnaast spoort de Kindreflex hulpverleners aan om ook oog te hebben voor potentieel verontrustende gezinssituaties en zich mee in te zetten om de veiligheid waar mogelijk zo snel mogelijk te herstellen. Het doel van de Kindreflex ligt in het verlengde van het doel van de MDR. Terwijl de MDR zich richt naar *alle* naasten, focust de Kindreflex specifiek op ouders en hun kinderen. Bijgevolg werd de Kindreflex ingebed in de bredere MDR betreffende het betrekken van naasten in de ggz. De MDR spoort hulpverleners, organisaties en beleidsmakers aan om meer aandacht te hebben voor familie en wil dat dit een basishouding in de ggz wordt (Vanlinthout et al., 2020a). De zorg moet plaatsvinden binnen de triade patiënt, hulpverlener en familie; samen of afzonderlijk, afhankelijk van de wensen van de patiënt (Van Audenhove & Vertommen, 2000). Daarenboven streeft het Familieplatform naar de installatie van de dialoog, waarbij de patiënt, de hulpverleners en de familie samenwerken als gelijkwaardige partners (Familieplatform, 2018; Steeman, 2020).

De MDR is wetenschappelijk onderbouwd; ze is gebaseerd op nationale en internationale richtlijnen, resultaten van klinisch wetenschappelijk onderzoek, resultaten van eigen kwalitatief onderzoek – onder andere focusgroepen met familieorganisaties – en juridische bronnen (voor meer informatie, zie Vanlinthout et al., 2020b). De MDR richt zich op drie doelgroepen: alle *hulpverleners* in de Vlaamse mobiele, ambulante en residentiële ggz die werken met patiënten van alle leeftijden, *directies* en *beleidsmedewerkers*. Voor elke doelgroep is er een aparte set van aanbevelingen uitgewerkt:

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

In wat volgt worden deze drie niveaus nader toegelicht.

Microniveau

De aanbevelingen op het microniveau zijn het uitgebreidst en behandelen drie thema's: 1. aanbevelingen met betrekking tot de juiste basishouding van hulpverleners ten opzichte van familie, 2. aanbevelingen over het omgaan met specifieke situaties, en 3. juridische aanbevelingen.

In het eerste deel, *aanbevelingen met betrekking tot de juiste basishouding van hulpverleners*, worden hulpverleners aangemoedigd om zicht te krijgen op de belangrijke personen in het leven van de patiënt (bv. “*Vraag na wie (andere) belangrijke personen en steunfiguren zijn in het leven van de zorggebruiker en betrokken kunnen worden in de zorg*”), om het belang van hun betrokkenheid duidelijk te maken aan de familie (bv. “*Leg aan de zorggebruiker uit dat het betrekken van naasten*

waarin de zorggebruiker vertrouwen heeft voordelig kan zijn voor de begeleiding en het herstel”), alsook om ze bij de hulpverlening te betrekken, rekening houdend met de voorkeur van de patiënt en de draagkracht van de familie. Deel 1 bevat ook specifieke aanbevelingen over hoe hulpverleners aan de slag kunnen gaan met kinderen en jongeren (als patiënt en als familie). Als patiënt onderstreept de richtlijn de betrokkenheid van beide ouders en andere betekenisvolle personen (bijvoorbeeld uit de vriendengroep of schoolcontext), en wordt het concept beslissingsbekwaamheid verduidelijkt. Als naaste wordt het belang van correcte informatie op maat en betrokkenheid benadrukt. Gezien de wet Patiëntenrechten geen strikt onderscheid maakt tussen minderjarigen en meerderjarigen, is de richtlijn echter generiek opgesteld en bijgevolg in zijn geheel van toepassing op organisaties die werken met kinderen en jongeren enerzijds en volwassenen anderzijds. Tenslotte wordt de juiste basishouding van hulpverleners verder geconcretiseerd, met de nadruk op vier pijlers: het bejegenen, het informeren, het ondersteunen en het actief samenwerken met familie. Elke pijler is nodig om op een correcte manier aandacht te hebben voor de rol van en de impact op familie. Specifieke aandacht wordt besteed aan het informeren van familie: vaak is het voor hulpverleners onduidelijk welke informatie ze onder welke voorwaarden mogen delen met welke naasten (Cleary et al., 2006). Deze sectie helpt hulpverleners om hun handelingsverlegenheid te overwinnen, in gesprek te gaan met familie en familie te voorzien van gepaste informatie.

In het tweede deel, *aanbevelingen met betrekking tot het omgaan met specifieke situaties*, wordt de hierboven vermelde basishouding uitgediept voor specifieke situaties die frequent voorkomen, zoals: wanneer een patiënt suïcidale gedachten heeft of suïcidaal gedrag vertoont, wanneer zich een crisissituatie voordoet die al dan niet leidt tot een (gedwongen) opname, wanneer een zorggebruiker in een residentiële voorziening verblijft, en bij doorverwijzing of afronding van de begeleiding/behandeling. In de MDR worden ook tips en aanbevelingen gegeven over hoe men als hulpverlener de patiënt kan ondersteunen wanneer de relatie met de familie verstoord is (bv. *“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”*). Deel drie, *juridische aanbevelingen*, behandelt bijzondere juridische kwesties rond het delen van informatie, zoals wanneer de zorggebruiker beslissingsonbekwaam is en dus geen toestemming *kan* geven om informatie te delen, wanneer de noodtoestand van kracht is en het uitzonderlijk nodig is om tegen de wil van de zorggebruiker informatie te delen om ernstig gevaar te verhelpen of wanneer de naaste een zorggebruiker is bij dezelfde hulpverlener en datgene wat de naaste toevertrouwt niet zonder toestemming gedeeld mag worden met de zorggebruiker.

Mesoniveau

De aanbevelingen op mesoniveau richten zich op de beleidsmedewerkers (directies/stafmedewerkers) van de zorgorganisaties die een gedragen familiebeleid op het niveau van de zorgorganisatie moeten uitwerken. Van directies wordt verwacht dat ze via dit familiebeleid een cultuur uitdragen waarbinnen hulpverleners aangemoedigd worden om familie correct te bejegenen, te informeren, te ondersteunen en er actief mee samen te werken (zie: de juiste basishouding en de vier pijlers). Hulpverleners zijn immers sterker geneigd om familie te betrekken wanneer de hele organisatie het belang hiervan

uitdraagt en wanneer men op organisatieniveau de nodige veranderingen invoert om het werken in een dialoog te faciliteren. Mogelijke handvatten hierbij zijn het creëren van gespecialiseerde functies (bijvoorbeeld familie-ervaringsdeskundigen), het trainen van hulpverleners in het werken met familie, uitwisseling van expertise faciliteren – zowel intern als extern (bijvoorbeeld: hoe om te gaan met kinderen van ouders met een psychische problematiek) – en het verbreden van de verantwoordelijkheid voor het betrekken van familie naar alle werknemers in de zorgorganisatie. Kortom, het betrekken van familie moet opgenomen worden in de visie, de missie en de doelstellingen van de organisatie, en uitgedragen worden door iedereen die aan de organisatie verbonden is.

Macroniveau

De aanbevelingen op macroniveau zijn gericht op de beleidsmakers die het overkoepelende beleid rond het betrekken van naasten op nationaal en deelstatelijk niveau uitwerken. Beleidsmakers worden aangemoedigd om de toepassing van de richtlijn op micro- en mesoniveau te ondersteunen bijvoorbeeld door het verspreiden van correcte en betrouwbare informatie naar alle betrokkenen (patiënten, hulpverleners en naasten), door structurele financiering of door een aangepaste regelgeving.

De Familierflex

Het is belangrijk te beseffen dat deze aanbevelingen niet bedoeld zijn als een strikt na te leven protocol. Het betrekken van familie is *maatwerk*: iedere patiënt, iedere naaste, iedere situatie en iedere zorgorganisatie is anders. Om zorgorganisaties te helpen bij het uitrollen en uitvoeren van dit maatwerk, werd door het Familieplatform 'De Familierflex' ontwikkeld (zie voor meer informatie: <https://www.familiereflex.be>). De Familierflex is een implementatieproject bedoeld om zorgorganisaties en hulpverleners kennis te laten maken met de richtlijn, om concrete toepassingen in de eigen manier van werken te faciliteren en hen globaal (meer) voeling te laten krijgen met het werken met familie. De Familierflex is gebaseerd op de MDR en biedt praktische handvatten voor hulpverleners, stafmedewerkers en directies. Het aanbod van de Familierflex bestaat uit verschillende onderdelen: met name Info- en Q&A-sessies, onlineopleidingen, de Quickscan en coaching op maat.

Info- en Q&A-sessies

In een digitale infosessie wordt de MDR en de hierin vervatte aanbevelingen overzichtelijk en begrijpelijk toegelicht. Interactieve vraag- en antwoord sessies (Q&A-sessies) bouwen verder op de infosessie en brengen directieleden/stafmedewerkers/hulpverleners samen die in vergelijkbare settings werken (bv. 'CGG's', 'residentiële zorg'). Tijdens deze sessies is er mogelijkheid om vragen en onduidelijkheden omtrent het toepassen van de aanbevelingen in de eigen specifieke organisatie meer in de diepte te bespreken en wordt bekeken wat sommige aanbevelingen voor specifieke organisaties en doelgroepen kunnen betekenen. *Onlineopleidingen*

Verschillende (online)basisleertrajecten en verdiepende modules vertalen de MDR naar de praktijk. In de basisleertrajecten wordt onder meer aandacht besteed aan de vier pijlers van een goed

familiebeleid en aan de omgang met kinderen van ouders met een psychische problematiek en kinderen van ouders met een afhankelijkheidsproblematiek. In verdiepende modules wordt onder andere een toelichting gegeven op het onderzoek dat aan de basis ligt van de MDR en op hoe om te gaan met het beroepsgeheim.

Quickscan

De Quickscan is een korte vragenlijst gebaseerd op de aanbevelingen op microniveau in de richtlijn. De resultaten geven zicht op hoe sterk het betrekken van familie al leeft binnen de organisatie, alsook op de knelpunten en kansen. Organisaties kunnen met deze resultaten zelf aan de slag gaan, of kunnen zich hierbij laten coachen door het Familieplatform.

Coaching op maat

Een coach van het Familieplatform gaat samen met medewerkers van een organisatie aan de slag om de MDR te implementeren in de eigen manier van werken. Tijdens een traject van acht thematische sessies worden concrete actiepunten opgesteld. In deze trajecten wordt de expertise van het Familieplatform ingezet om zorgorganisaties verder op weg te helpen naar het sterker betrekken van familie.

Uitdagingen voor de toekomst

De MDR en de Familiereflex vinden volop ingang in de praktijk. Vanzelfsprekend gaat dit gepaard met een aantal uitdagingen.

1. Op vraag van de overheid heeft de MDR een zeer generiek karakter, toepasbaar op de hele Vlaamse ggz-sector. Dit brengt een aantal uitdagingen met zich mee: Allereerst heeft de MDR een eerder residentiële ondertoon. Dit hangt samen met de wetenschappelijke fundering van de richtlijn en de focus van bestaand onderzoek op de residentiële hulpverlening. Hoewel de Familiereflex hier rekening mee houdt en de MDR verder concretiseert voor ambulante en mobiele hulpverlening, bestaat het gevaar dat sommige zorgorganisaties minder aansluiting vinden bij de aanbevelingen. Ten tweede, het generieke karakter maakt de aanbevelingen zeer algemeen. Zorgorganisaties kunnen hierdoor de nodige concrete handvatten missen en moeite ondervinden met de vertaalslag naar de praktijk (Vanlinthout et al., 2020a, 2020b). Het ondersteunen van zorgorganisaties op weg naar een familievriendelijker beleid is bijgevolg een belangrijke taak voor de Familiereflex en het Familieplatform, nu en in de toekomst.

2. De MDR rond het sterker betrekken van naasten in de ggz is niet de eerste richtlijn die ingang probeert te krijgen in de dagdagelijkse werking van hulpverleners. Vaak, echter, botsten dergelijke richtlijnen op weerstand en vinden ze niet hun weg naar de praktijk (Francke et al., 2008). Bij deze MDR lijkt dit niet het geval: de eerste reacties vanuit het werkveld zijn positief (Coolen, 2021). De aanbevelingen zijn naar verluidt duidelijk en realistisch (Coolen, 2021) wat vooral te danken is aan de manier waarop de MDR tot stand kwam. De ontwikkelaars van de richtlijn gingen tijdens het ontwikkelingstraject uitgebreid in dialoog met alle belanghebbenden waardoor de aanbevelingen

haalbaar en herkenbaar zijn. Daarnaast werd, onder de naam “de Familiereflex”, een uitgebreid implementatietraject aan de MDR gekoppeld om de opname van de richtlijn in te praktijk te faciliteren. De Familiereflex zet expliciet in op een gedeelde verantwoordelijkheid en gedragenheid van directie, stafmedewerkers en hulpverleners, alsook helpt het organisaties stil te staan bij de eigen valkuilen van implementatie. Door dit maatwerk krijgt de richtlijn een eerste duw in de rug; maar waakzaamheid in de toekomst blijft genoodzaakt. Immers, hoge werkdruk, tijdsgebrek en personeelstekort zijn realistische uitdagingen die de implementatie van de richtlijn in de weg (kunnen) staan (McArthur et al., 2021).

3. De overgang naar een nieuwe, familievriendelijkere basishouding in de ggz is een langdurig en continu proces. Dit vereist dat alle medewerkers in een zorgorganisatie (directie, artsen, psychologen, verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, maar ook onderhoudspersoneel enzovoort) oog hebben voor de behoeften van de familie. Hoewel we weten dat het beschikbaar stellen van richtlijnen op organisatieniveau aanleiding geeft tot waarneembare veranderingen op teamniveau (Lakeman, 2008), kan men de vraag stellen wanneer een organisatie zich deze nieuwe ‘basishouding’ eigen heeft gemaakt. Het implementeren van de richtlijn en het toepassen ervan door een aantal individuele voortrekkers is immers onvoldoende. *Alle* medewerkers moeten zich hieraan committeren, enkel dan kunnen zorgorganisaties bereiken wat de MDR voor ogen heeft. Het werken met meerdere personen is daarnaast niet altijd gemakkelijk, zeker niet in geval van tegenstrijdige voorkeuren of belangen tussen de patiënt en diens familie. Hoewel de richtlijn het werken met meer dan 1 persoon en de daarbij horende meervoudige partijdigheid als evidentie beschouwt, kan extra ondersteuning hieromtrent noodzakelijk zijn. Daarenboven is er onduidelijkheid over de status van de MDR: ze lijkt nog een vrijblijvend karakter te hebben. Zal deze richtlijn in de toekomst verplicht worden? Hoe zal de evaluatie gebeuren? En wat zijn de mogelijke consequenties? Vragen die momenteel onbeantwoord blijven.

4. We beseffen dat de huidige inspanningen zich afspelen op micro- en mesoniveau. Maar wat gebeurt er op het macroniveau? Waar blijven de noodzakelijke veranderingen op beleidsniveau? Bijvoorbeeld, veel ggz-organisaties worstelen met lange wachtlijsten, waardoor de beschikbare capaciteit en tijd sterk onder druk staat. Zonder extra financiële middelen zal het uitrollen van de MDR nog meer druk leggen op de sector, of het zal gewoon niet gebeuren (Martin et al., 2017; Peters et al., 2011; Vanlinthout et al., 2020a, 2020b). Daarenboven kan het zinvol zijn om het huidige financieringsmodel bij te stellen, zodat ook het werken met familie beloond wordt en niet enkel patiëntencontacten voor vergoeding in aanmerking komen.

Conclusie

Het belang van familie en naastbetrokkenen in het herstelproces van de patiënt wordt al decennia beschreven in de literatuur. Dit belang wordt nu ook steeds meer erkend in de Vlaamse ggz. De ontwikkeling van de MDR betreffende het sterker betrekken van naasten en de Familiereflex zijn belangrijke eerste stappen in de ontwikkeling van een nieuwe basishouding in de ggz. Hierdoor worden hulpverleners, directies van zorgorganisaties en beleidsmakers geholpen om op een gepaste manier aandacht te hebben voor (de behoeften van) familie. Maar blijvende inspanningen op micro-,

meso- en macroniveau zijn nodig om familie te erkennen als een gelijkwaardige partner in de hulpverlening.

Literatuur

- Bransen, E., Paalvast, M., & Slaats, M. (2014). De kracht van naasten ontsluiten. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 40(1), 20-33. <http://dx.doi.org/10.1007/s12485-014-0003-6>
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32(7), 513-531. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/000-3-066X.32.7.513>
- Cleary, M., Freeman, A., & Walter, G. (2006). Carer participation in mental health service delivery. *International Journal of Mental Health Nursing*, 15(3), 189-194. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2006.00422.x>
- Coolen, E. (2021). Maak jij de reflex al? Alle kanten van de Familierflex belicht. *Psyche*, 33(4), 4-6.
- Familieplatform. (2018). *Voor familie in de GGZ: samen zorgen we beter!* [Brochure]. <https://familieplatform.be/product/samen-zorgen-we-beter/>
- Francke, A. L., Smit, M. C., de Veer, A. J., & Mistiaen, P. (2008). Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: a systematic meta-review. *BMC medical informatics and decision making*, 8, 1-11. <https://doi.org/10.1186/1472-6947-8-38>
- Helmer, E., Vermeulen, B., Vanderhaegen, J., Coppens, E., & Van Audenhove, C. (2016). *Betere GGZ 107: de ervaringen van hulpverleners, mantelzorgers en patiënten*. LUCAS. <http://www.psy107.be/images/2016%2006%2029%20Onderzoeksrapport%20LUCAS.pdf>
- 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(1), 44-56. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2007.00510.x>
- Lee, D., Kim, Y., & Devine, B. (2021). Spillover effects of mental health disorders on family members' health-related quality of life: Evidence from a US Sample. *Medical Decision Making*, 42(1), 80-93. <https://doi.org/10.1177/0272989x211027146>
- Martin, R.M., Ridley, S.C., & Gillieatt, S.J. (2017). Family inclusion in mental health services: Reality or rethoric? *International Journal of Social Psychiatry*, 63(6), 480-487.
- McArthur, C., Bai, Y., Hewston, P., Giangregorio, L., Straus, S., & Papaioannou, A. (2021). Barriers and facilitators to implementing evidence-based guidelines in long-term care: a qualitative evidence synthesis. *Implementation Science*, 16, 1-25. <https://doi.org/10.1186/s13012-021-01140-0>
- Ohaeri, J.U. (2003). The burden of caregiving in families with a mental illness: A review of 2002. *Current Opinion in Psychiatry*, 16(4), 457-465. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1097/00001504-200307000-00013>
- 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, Article 172. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-172>
- Steeman, K. (2020). De familie als belangrijke zorgpartner. In ZitStil (Red.), *Van dialoog naar trialoog: naar evenwaardige inbreng van zorgverlener, familie en kind* (pp. 29-21). ZitStil.

- Timmermans, J.M. (Red.). (2003). *Mantelzorg: over hulp van en aan mantelzorgers*. Sociaal Cultureel Planbureau.
- Van Audenhove, C., & Vertommen, H. (2000). A negotiation approach to intake and treatment choice. *Journal of Psychotherapy Integration*, 10(3), 287-299.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1023/A:1009401129920>
- Vanlinthout, E., Coppens, E., Opgenhaffen, T., Scheveneels, S., Put, J. & Van Audenhove, C. (2020a). *Een multidisciplinaire richtlijn om naasten sterker te betrekken in de geestelijke gezondheidszorg*. Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
https://cdn.nimbu.io/s/5s8z9pq/channelentries/sm2apk4/files/multidisciplinaire%20richtlijn_betrekken%20naasten.pdf?lw3ci0o
- Vanlinthout, E., Coppens, E., Opgenhaffen, T., Scheveneels, S., Put, J. & Van Audenhove, C. (2020b). *De ontwikkeling van een multidisciplinaire richtlijn voor het betrekken van de context in de geestelijke gezondheidszorg*. Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
<https://cdn.nimbu.io/s/5s8z9pq/channelentries/sm2apk4/files/2020-15-rapport-47-ef37-mdr-betrekken-context.pdf?ocxu9tp>
- 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*. LUCAS KU Leuven; EUFAMI.
https://www.kuleuven.be/lucas/nl/Publicaties/publi_upload/copy_of_c4c-global-report-final.pdf
- Waters, F. (2016). *Good practice guidelines for engaging with families and carers in adult mental health services*. Government of Western Australia, Department of Health, North Metropolitan Health Service Mental Health. <https://www.chiefpsychiatrist.wa.gov.au/wp-content/uploads/2017/04/Good-Practice-Guidelines-for-engaging-with-families-and-carers-May-2016.pdf>
- Wonders, L., Honey, A., & Hancock, N. (2019). Family inclusion in mental health service planning and delivery: consumers' perspectives. *Community Mental Health Journal*, 55(2), 318-330. <https://doi.org/10.1007/s10597-018-0292-2>
- Yesufu-Udechuku, A., Harrison, B., Mayo-Wilson, E., Young, N., Woodhams, P., Shiers, D., Kuipers, E., & Kendall, T. (2015). Interventions to improve the experience of caring for people with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 206(4), 268-274. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.147561>
- ZitStil. (Red.). 2020. *Van dialoog naar trialoog: naar evenwaardige inbreng van zorgverlener, familie en kind*. ZitStil.
- Zorginspectie. (2018). *Beleidsrapport. Toezicht in de centra voor geestelijke gezondheidszorg 2017-2018*. Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. <https://publicaties.vlaanderen.be/view-file/27741>

Verantwoording

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Note: Dit is een ongecorrigeerde versie van het manuscript die is geaccepteerd voor publicatie.

Copyediting, typesetting en beoordeling van de proefdruk zullen worden uitgevoerd op dit manuscript voordat het definitief wordt gepubliceerd. Tijdens de productie en pre-press kunnen fouten worden ontdekt die de inhoud kunnen beïnvloeden.