

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

Marieke Van Schoors, Elke Van Lierde, Evelien Coppens, Kim Steeman

[TIJDSCHRIFT KLINISCHE PSYCHOLOGIE, 2023, 53(1), 27-35]

Inleiding

Het is een feit dat een individu niet in een sociaal vacuüm leeft, 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 verleend 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 (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; Vermeulen et al., 2015).

Doordat familie een constante is in het leven en het zorgtraject van de patiënt, zou ze een volwaardige partner in de zorg moeten (kunnen) zijn (Familieplatform, 2018; Steeman, 2020). Verrassend 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 bel over het

gebrek aan informatie en de beperkte betrokkenheid van de familie in de ggz. Vooral 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). Nochtans, een nauwe betrokkenheid van familieleden biedt voordelen, zowel voor de patiënt, de familie, de hulpverlener als de organisatie (Waters, 2016; Yesufu-Udechuku et al., 2015). Ten slotte is er momenteel voor zorgorganisaties geen algemeen kader voor 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 al de ‘Kindreflex’. De Kindreflex is opgezet als een stappenplan en moedigt hulpverleners aan om het onderwerp ouderschap op een ongedwongen wijze ter sprake te brengen. Daarnaast stimuleert de Kindreflex hulpverleners om oog te hebben voor potentieel verontrustende gezinssituaties en zich in te zetten om de veiligheid waar mogelijk zo snel mogelijk te herstellen. Gezien de inhoudelijke overlap werd de Kindreflex ingebed in de bredere MDR over 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:

- het microniveau: hulpverlener en het team;
- het mesoniveau: zorginstelling/directies;
- het macroniveau: nationale en deelstatelijke beleidsvoering.

In wat volgt, worden die drie niveaus nader toegelicht.

Microniveau

De aanbevelingen op het microniveau zijn het uitgebreidst en behandelen drie thema's: 1. de juiste basishouding van hulpverleners ten opzichte van familie, 2. 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 (bijvoorbeeld: '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 (bijvoorbeeld: 'Leg aan de zorggebruiker uit dat het betrekken van naasten waarin de zorggebruiker vertrouwen heeft voordelig kan zijn voor de begeleiding en het herstel'), en 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 naaste). Ten aanzien van het kind/de jongere als patiënt onderstreept de richtlijn het belang van de betrokkenheid van beide ouders en andere betekenisvolle personen (bijvoorbeeld uit de vriendengroep of school), en wordt het concept 'beslissingsbekwaamheid' verduidelijkt. Met betrekking tot het kind/de jongere als naaste wordt het belang van correcte informatie op maat en betrokkenheid benadrukt. Ten slotte 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 die 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/afronding van de begeleiding/behandeling. De MDR bevat ook tips en aanbevelingen over hoe een hulpverlener de patiënt kan ondersteunen wanneer de relatie met de familie verstoord is (bijvoorbeeld: 'Overweeg om aandacht te hebben voor potentiële risicosituaties, bijvoorbeeld intrafamiliaal geweld, waarin meerderjarige en minderjarige zorggebruikers of naasten zich kunnen bevinden').

Deel drie, *juridische aanbevelingen*, behandelt bijzondere juridische kwesties rond het delen van informatie, zoals bij een beslissingsonbekwame zorggebruiker of wanneer de noodtoestand van kracht is.

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. Hulpverleners zijn immers sterker geneigd om familie te betrekken wanneer de hele organisatie het belang hiervan ondersteunt 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, het faciliteren van de uitwisseling van expertise – zowel intern als extern – 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 meso-niveau 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 (voor meer informatie: <https://www.familierflex.be>). De Familierflex is een implementatieproject, gebaseerd op de MDR, 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. Het aanbod van de Familierflex bestaat uit verschillende onderdelen: info- en Q&A-sessies, onlineopleidingen, de Quickscan en coaching op maat.

Info- en Q&A-sessies

In een digitale infosessie worden de MDR en de hierin vervatte aanbevelingen overzichtelijk en begrijpelijk toegelicht. Interactieve vraag- en antwoordsessies (Q&A-sessies) bouwen verder op de infosessie en brengen directieleden/stafmedewerkers en hulpverleners samen die in vergelijkbare settings werken (bijvoorbeeld: cgg's, residentiële zorg). Tijdens deze sessies is er de mogelijkheid om vragen en onduidelijkheden omtrent de toepassing van de aanbevelingen in de eigen organisatie uit te diepen 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 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 laten zien hoe sterk het betrekken van familie al leeft binnen de organisatie en tonen 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 Familiereflectie vinden volop ingang in de praktijk. Vanzelfsprekend gaat dit gepaard met een aantal uitdagingen:

- Op vraag van de overheid heeft de MDR een zeer generiek karakter, toepasbaar op de hele Vlaamse ggz-sector. Echter, door de wetenschappelijke fundering van de richtlijn en de focus van bestaand onderzoek op de residentiële hulpverlening heeft de MDR een eerder residentiële ondertoon. Hoewel de Familiereflectie 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.
- De MDR om naasten sterker te betrekken in de ggz is niet de eerste richtlijn die de dagelijkse manier van werken van hulpverleners probeert te beïnvloeden. Vaak stuiten dergelijke richtlijnen op weerstand (Francke et al., 2008; Vanlinthout et al., 2020a, 2020b). Bij deze MDR lijkt dat 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 is gekomen:

de ontwikkelaars van de richtlijn gingen tijdens het ontwikkelingstraject uitgebreid in dialoog met alle belanghebbenden, waardoor de aanbevelingen haalbaar en herkenbaar zijn. Maar waakzaamheid blijft geboden aangezien hoge werkdruk, tijdsgebrek en personeelstekorten realistische uitdagingen zijn die de implementatie van de richtlijn in de weg (kunnen) staan (McArthur et al., 2022).

- De overgang naar een nieuwe, familievaardigere basishouding in de ggz is een langdurig en continu proces. Dit vereist dat *alle* medewerkers in een zorgorganisatie 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 eraan committeren, enkel dan kunnen zorgorganisaties bereiken wat de MDR voor ogen heeft. Daarnaast is het samenwerken met meerdere personen niet altijd makkelijk, zeker niet wanneer er sprake is van tegenstrijdige voorkeuren of belangen van de patiënt en diens familie. Hoewel de richtlijn het samenwerken met meer dan één persoon en de daarbij horende meervoudige partijdigheid als een evidente competentie beschouwt, kan extra ondersteuning op dit vlak noodzakelijk zijn.
- De huidige inspanningen spelen zich af op micro- en mesoniveau. Maar wat gebeurt er op het macroniveau? Waar blijven de noodzakelijke veranderingen op beleidsniveau? Wordt de richtlijn verplicht, en zo ja, wanneer? Veel ggz-organisaties kampen met lange wachtlijsten, waardoor de beschikbare capaciteit en tijd sterk onder druk staan. Zonder extra financiële middelen zal het uitrollen van de MDR nog meer druk leggen op de sector, of de implementatie zal gewoon niet doorgaan (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 om naasten sterker te betrekken in de ggz en de Familierflex 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

- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32(7), 513-531. <https://doi.org/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 Familiereflex 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, Article 38. <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>
- 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(6), 480-487. <https://doi.org/10.1177/0020764017716695>
- McArthur, C., Bai, Y., Hewston, P., Giangregorio, L., Straus, S., & Papaioannou, A. (2022). Barriers and facilitators to implementing evidence-based guidelines in long-term care: A qualitative evidence synthesis. *Implementation Science*, 17, Article 30. <https://doi.org/10.1186/s13012-022-01209-4>
- 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>

- 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. *ZitStilMagazine*, 156.
- Zorginspectie. (2018). *Beleidsrapport: Toezicht in de centra voor geestelijke gezondheidszorg 2017-2018*. Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. <https://publicaties.vlaanderen.be/view-file/27741>

Personalia

Marieke Van Schoors, PhD, projectmedewerker bij Familieplatform vzw, Antwerpen en onbezoldigd medewerker bij de vakgroep Experimenteel Klinische en Gezondheidspsychologie, Universiteit Gent.
E-mail: 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, LUCAS – Centrum voor Zorgonderzoek en Consultancy, KU Leuven.

Kim Steeman, MSc, directeur Familieplatform vzw, Antwerpen.

Verantwoording

Geen strijdige belangen meegedeeld.