

# GGZ

# Standaarden

Deze pdf is gepubliceerd op 14-03-2025 om 09:25. Bekijk de meest actuele versie op <https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/samenwerking-en-ondersteuning-naasten-van-mensen-met-psychische-problematiek>

Autorisatiedatum 02-08-2021 Beoordelingsdatum 02-08-2021

Zorgstandaard

**Naasten**

**Samenwerking en ondersteuning naasten van  
mensen met psychische problematiek**

# Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	2
1. Introductie	5
1.1 Introductie	5
1.2 Triadisch werken	5
1.3 Naasten ondersteunen	6
1.4 Introductie film	6
2. Samenvatting	7
2.1 Samenvatting	7
3. Inleiding	8
3.1 Algemeen	8
3.2 Doelstelling van deze zorgstandaard	8
3.3 Doelgroepen van deze standaard	9
3.3.1 Wie zijn de naasten?	9
3.3.2 Definitie	9
3.4 Versiebeheer	11
3.4.1 Algemeen	12
3.5 Opname in het Register	12
4. Patiëntenperspectief	14
4.1 Uitgangspunten	14
4.2 Patiënt en naasten	14
4.3 Focus op gezondheid - zorg voor herstel	15
5. Zorg voor naasten: samenwerking en ondersteuning	16
5.1 Inleiding	16
5.2 Vroege onderkenning en preventie	16
5.3 Diagnostiek	16
5.4 Behandeling, begeleiding en terugvalpreventie	17
5.4.1 Bespreekpunten met naasten tijdens de behandeling	17
5.5 Monitoring	18
5.6 Ondersteuning van naasten in het proces van herstel	19
5.7 Informeren en betrekken van naasten vanuit de Wvvgz	19
5.8 Patiënt zonder naasten	20
5.9 Naasten zonder patiënt	20
6. Organisatie van zorg	21
6.1 Betrokken zorgverleners	21
6.2 Samenwerking	21
6.3 Informatie-uitwisseling met naasten	22
6.4 Geheimhoudingsplicht en doorbreken zwijgplicht	22

6.5 Competenties	23
6.6 Kwaliteitsbeleid	23
6.7 Kosteneffectiviteit en doelmatige zorg	24
6.8 Financiering	25
6.8.1 Algemeen	25
6.8.2 Specifiek	25
7. Kwaliteitsindicatoren	28
7.1 Inleiding	28
7.2 Overwegingen ten aanzien van kwaliteitsindicatoren	28
7.3 Kwaliteitsindicatoren	28
8. Implementatieplan	29
8.1 Inleiding	29
8.2 Bewustwording en kennisdeling	29
8.3 Samenwerking	30
8.4 Capaciteit	31
8.5 Behandelaanbod	31
8.6 Financiering	31
8.7 ICT	32
8.8 Specifieke aandachtspunten	32
9. Achtergronddocumenten	33
9.1 Samenstelling werkgroep	33
9.2 Erkende interventies	33
9.2.1 Inleiding	33
9.2.2 Crisiskaart - niveau 3	34
9.2.3 Multi-Familie Groepen - niveau 2	34
9.2.4 Psychische problemen in de familie - niveau 2	34
9.2.5 Ouder-baby interventie - niveau 2	34
9.3 Andere vormen van ondersteuning	34
9.3.1 Inleiding	34
9.3.2 Ondersteuning van mantelzorgers	34
9.3.3 Lotgenotencontact	35
9.3.4 Trainingen en methodes	35
9.4 Trainingen en / of methodes voor professionals	36
9.4.1 Inleiding	36
9.4.2 Cursus 'betrekken van naasten'	36
9.4.3 Naast en betrokken	36
9.4.4 Familie als bondgenoot	36
9.4.5 PIMM - Pakket intensieve mantelzorg op maat	37
9.4.6 De Mat	37
9.4.7 Systeemtherapie	37

9.5 De wettelijke regeling in het kort betreffende jeugdigen	37
9.6 Referenties	39

# 1. Introductie

Autorisatiedatum 02-08-2021 Beoordelingsdatum 02-08-2021

## 1.1 Introductie

Deze zorgstandaard gaat over de samenwerking met en ondersteuning van naasten van mensen met psychische problematiek.

Aandacht voor de verbinding met de omgeving is cruciaal. Dat geldt nog meer voor mensen in herstel. Naasten zijn cruciaal voor herstel. Een mens is een sociaal wezen en fungeert in een relationeel netwerk en een maatschappelijk systeem. Een individu met mentale problemen heeft een ziektelast (verlies aan welzijn: ervaring van beperking) en een hulpvraag (herstel van welzijn: behandeling en begeleiding). De naasten worden vaak belast met een aanzienlijk deel van de ziektelast en de hulpvraag.

Het gedrag van naasten kan een positieve dan wel negatieve invloed hebben op het functioneren van de patiënt.

**patiënt.:** Het begrip 'patiënt' staat afhankelijk van de context voor: patiënt, cliënt, zorgvrager, (wettelijk vertegenwoordiger van de) patiënt/cliënt, mens of burger. Daar waar 'hij' (m) staat, bedoelen we ook 'zij' (v), of 'hen' (x).

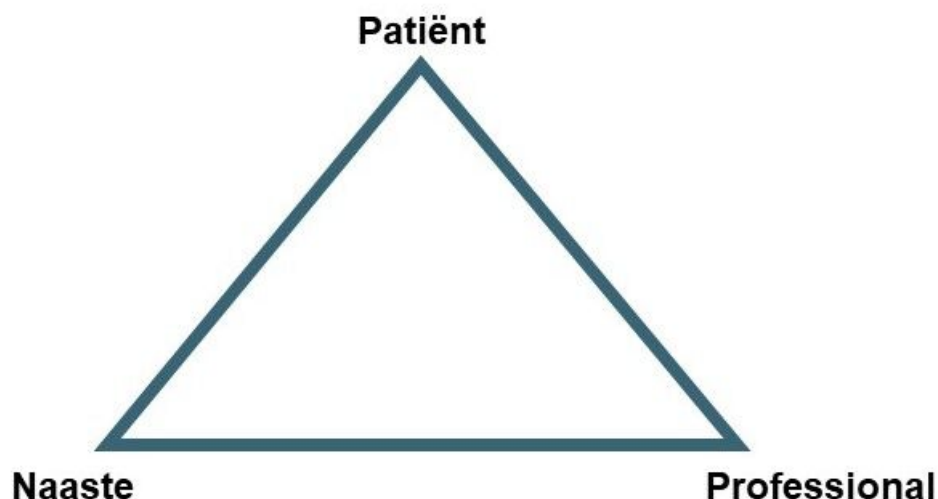
Het is dus belangrijk om samen te werken met naasten en deze zo nodig steun te bieden. Uiteraard omwille van hun eigen welzijn, maar ook omdat ze alleen een passende rol kunnen (blijven) spelen bij het herstelproces van de patiënt als ze zelf overeind blijven.

In de zorg is er dan ook grote behoefte aan concrete handvatten hoe de samenwerking tussen patiënt, naaste(n) en professional kan worden geoptimaliseerd. Deze zorgstandaard en de bijbehorende werkkaarten (zie tabblad [Hulpmiddelen](#)) voorzien hierin.

Met een [TeamTalk over Naasten](#) kan je gratis deskundigheidsbevordering door een expert aanvragen. De expert komt bij jouw team langs, of verzorgt een online sessie. Akwa GGZ organiseert het voor je.

## 1.2 Triadisch werken

De patiënt, de naaste(n) en de professional werken samen om het proces van herstel van de patiënt te bevorderen en te borgen. Dit wordt triadisch werken genoemd (triade = driehoek). In de werkkaart 'Triadisch werken' op het tabblad [Hulpmiddelen](#) wordt hier dieper op ingegaan.



Samenwerken en samen reflecteren levert veel op. Zoals inzicht in de geschiedenis en levensloop van de patiënt, en ook afstemming in de taakverdeling en inzet, overzicht van de thuissituatie, crisissignalering en sociale steun en presentie voor de patiënt. Hulp aan naasten is dus zorgbreed

**zorgbreed** : Zorgbreed: gespecialiseerde ggz (S GGZ), de generalistische basis ggz (GB GGZ), forensische zorg, verslavingszorg, de huisartsenzorg, de jeugdhulp en de maatschappelijke ondersteuning (inclusief Intensief Begeleid Wonen).

een zinvolle investering.

### 1.3 Naasten ondersteunen

Deze zorgstandaard vraagt nadrukkelijk aandacht voor het ondersteunen van naasten. Zeker op momenten dat er een grote verandering optreedt (denk aan crisisopname of ontslag), is het goed de draagkracht van de naaste te checken. Niet alleen vanwege de rol die ze kunnen spelen in het herstelproces van de patiënt, maar ook om hun eigen herstelproces te kunnen doorlopen.

Zie ook de werkkaarten 'samenwerken en ondersteunen van naasten', 'wat heeft een naaste nodig' en de infographic 'handvatten voor naasten', op het tabblad [Hulpmiddelen](#).

### 1.4 Introductie film

## 2. Samenvatting

Autorisatiedatum 02-08-2021 Beoordelingsdatum 02-08-2021

### 2.1 Samenvatting

De [samenvattingskaart](#) geeft beknopt de inhoud van de zorgstandaard weer en geeft concrete handvatten om aan de slag te gaan.

De zorgstandaard Naasten draagt bij aan de erkenning van de rol die naasten hebben in het herstelproces van mensen met psychische of verslavingsproblematiek. Deze problematiek raakt niet alleen de patiënt, maar ook de naasten: partners, ouders, (volwassen) kinderen, vrienden, broers en zussen. Daarom is het belangrijk om in de zorg aandacht te hebben voor deze naasten, met hen samen te werken en hen waar nodig te ondersteunen.



Herstellen doe je als **patiënt** zelf, maar samen kom je verder



Als **naaste** heb je te maken met wisselende rollen, evenwicht, verdriet, vragen, behoeftes, etc.



Als **professional** ken je het verhaal van de patiënt en diens naasten



Als **ggz-bestuurder** geef je handen en voeten aan naastenbeleid

Deze zorgstandaard is bedoeld voor de patiënt zelf, de naasten, de professional en de ggz-bestuurder. Ieder vanuit de eigen rol.

## 3. Inleiding

Autorisatiedatum 02-08-2021 Beoordelingsdatum 02-08-2021

### 3.1 Algemeen

Deze zorgstandaard gaat uit van een systemische

**systemische:** Mensen ontwikkelen zich in relatie tot anderen in hun woon- en werkomgeving en hun bredere individuele, maatschappelijke en culturele context. (Baars & van Meekeren 2013). Deze gedachtegang impliceert dat een aandoening, kwetsbaarheid of handicap niet alleen de patiënt raakt, maar ook zijn of haar naasten. Het betekent ook dat de wederzijdse beïnvloeding kan leiden tot een verbetering of verslechtering van de bestaande situatie. Systemisch werken reikt dus veel verder dan de behandelkamer van de systeemtherapeut, maar raakt iedereen in de zorg.

en herstelgerichte

**herstelgerichte:** Herstelgericht: een individueel proces gericht op het hervinden van de persoonlijke identiteit en het hernemen van de regie op het leven (Anthony 1993). De mogelijkheden en krachten van de mens staan centraal. Herstel impliceert een actieve acceptatie van kwetsbaarheden en beperkingen en ontwikkeling van de eigen identiteit naar burgerschap. Zie ook de zorgstandaard Herstelondersteuning bij Meer informatie hieronder.

[Meer informatie](#)

visie op gezondheid. De mens is meer dan alleen zijn psychische aandoeningen en klachten. Wie een maximale kwaliteit van leven nastreeft voor de patiënt en diens naasten zal aandacht moeten hebben voor zijn unieke context en voor de manier waarop de patiënt en zijn omgeving interactie met elkaar hebben. In deze visie is het (on)welbevinden van een individu dus gekoppeld aan de situatie van de naasten en omgekeerd. Zowel patiënt als diens naasten doorloopt een eigen herstelproces.

### 3.2 Doelstelling van deze zorgstandaard

Het doel van deze zorgstandaard is het borgen en bevorderen van de samenwerking tussen patiënt, zorgprofessionals en naasten. Een ander doel is verbeteren van de ondersteuning van naasten. De zorgstandaard geeft zorgprofessionals, patiënten en naasten hiertoe concrete handvatten. De samenwerking met de naasten en het triadisch werken staan in dienst van het herstelproces van de

patiënt, het behoud van zijn netwerk en de veerkracht van hem en zijn naasten. De ondersteuning van naasten draagt bij aan het eigen herstelproces, aan betekenisgeving en aan het voorkomen van overbelasting.

Voor diagnostiek en behandeling bij patiënten met een (vermoeden van) laag IQ zie [Psychische stoornissen en ZB/LVB](#)

### 3.3 Doelgroepen van deze standaard

De doelgroepen van deze standaard zijn de patiënten, de zorgprofessionals en de naasten.

#### 3.3.1 Wie zijn de naasten?

Naasten zijn mensen uit de directe omgeving van personen die zorg (zouden moeten) krijgen vanwege psychische aandoeningen en klachten. Mede als gevolg van ambulantisering

**ambulantisering:** Ambulantisering is een term die gekoppeld zit aan de visie dat mensen met psychische aandoeningen zoveel mogelijk de regie over hun eigen leven moeten houden en kunnen deelnemen aan en wonen in de maatschappij. Hierdoor is er een verschuiving in de behandel- en begeleidingsaanpak. Deze is minder gericht op klinische opname (intramuraal), en meer gericht op zorg vanuit huis (ambulant).

en de-institutionalisering

**de-institutionalisering:** De-institutionalisering is een proces waarbij personen met een handicap weer kansen krijgen of kansen behouden om een onafhankelijk leven te leiden midden in de samenleving.

spelen naasten vaak een grote rol in de zorg en de herstelondersteuning van de patiënt. Sommigen zijn zeer betrokken, anderen staan meer op afstand. In de eerste plaats zijn ze partner, ouder, vriend, (volwassen) kind, broer of zus, buur of collega. Maar krijgt hun dierbare psychische klachten, dan krijgen ze er vaak nieuwe rollen bij. Bijvoorbeeld de rol van informatiebron, van co-begeleider en/of mantelzorger. Voor diverse rollen kan een naaste ondersteuning nodig hebben. Als de balans tussen de verschillende rollen (tijdelijk) verstoord raakt, dan kunnen naasten in de rol van zorgvrager terecht komen.

#### 3.3.2 Definitie

Er bestaat geen algemene definitie voor 'naasten'. Iemand bepaalt zelf wie zijn naasten zijn, wie hem dierbaar zijn en wie voldoende vertrouwen genieten. Het gaat hier om gevoel van veiligheid en verbondenheid. Wie de naasten zijn, kan door de tijd heen veranderen.

Naasten kunnen bij de zorg betrokken zijn, bijvoorbeeld op verzoek van de patiënt of omdat ze dat zelf graag willen. Hun juridische status kan daarbij verschillen. Vaak zijn ze 'gewoon' familie, maar soms hebben ze de status van mentor, bewindvoerder of curator. Naasten kunnen ook op afstand staan. Dat kan zijn omdat de patiënt meent dat zij deel uit maken van het probleem (bijvoorbeeld vanwege mishandeling of misbruik) of omdat de patiënt het op eigen kracht wil proberen, of de naasten niet wilt belasten. Naasten kunnen er ook zelf voor kiezen zich af te keren van degene met problemen, bijvoorbeeld in geval van eigen handelingsverlegenheid, agressie of verslavingsproblematiek. Ten slotte zijn er naasten 'zonder patiënt', dat wil zeggen mensen met een hulpvraag vanwege iemand uit hun naaste omgeving die nog niet of niet meer in zorg is.

[Klik hier](#)

**Klik hier:** Naasten zijn mensen uit de directe omgeving van personen die zorg (zouden moeten) krijgen vanwege psychische aandoeningen en klachten. Het gaat om partners, ouders, vrienden, (volwassen) kinderen, broers en zussen, buren of collega's en overige naasten. Zij spelen vaak een belangrijke rol bij de signalering van psychische aandoeningen, (het volhouden van) de behandeling en het leven met de aandoening. ((Klaassen HW. (2014), Baars J. & Meekeren E. van (red.), Haan L. de. (2002)). Vaak is er al een langdurige zorgrelatie tussen patiënt en naasten op het moment dat professionals in beeld komen. Driekwart van alle zorg die mensen met een (chronische) psychische aandoening of beperking nodig hebben, krijgen zij immers van mensen uit hun eigen gezin, familie- of vriendenkring. ((Timmermans JM. (red.). (2003)).

Voor veel naasten heeft de betrokkenheid bij degene met psychische problematiek ook een grote impact op het eigen leven. Ruim 1 op de 10 naasten die mantelzorger zijn van iemand met psychische problemen, heeft een depressie of angststoornis. ((Tuithof M, Ten Have M, van Dorsselaer S, de Graaf R. (2015)). Zij voelen zich significant meer overbelast dan andere mantelzorgers. ((Klerk M. de, Boer A. de, Plaisier I., Schyns P. en Kooiker S. (2015); Wittenberg Y, Kwekkeboom MH, De Boer AH. (2012)). Naasten hebben om verschillende redenen ondersteuning nodig. Enerzijds is er ondersteuning nodig voor het leren verwoorden van de gevolgen van de ziekte voor het eigen bestaan en het managen van stress en de eigen gezondheid. ((Lazarus en Folkman (1984); Zegwaard MI, Aartsen MJ Grypdonck MHF, Cuijpers P. 2015)). Anderzijds richt de ondersteuning zich op existentiële issues die het "eigen bestaan van de naaste en het samenleven van de naaste met de patiënt raken", namelijk het interpersoonlijk functioneren, verlies en rouw en entrapment (klemzitten). (Zegwaard M, Aartsen MJ, Grypdonck MHF, Cuijpers P. (2013)).

Het ontbreken van kennis hoe om te gaan met de naaste met de klachten of aandoening, zorgen over de gevolgen van de aandoening zoals verlies van werk of veranderd toekomstperspectief, veranderingen (in de wederkerigheid) in de relatie en onbegrip bij anderen voor de situatie. (Bransen E., Paalvast M. & Slaats M. (2014)). Waarbij uiteraard ook de soort (familie)band met de patiënt relevant is.

voor aanvullende informatie.

### 3.4 Versiebeheer

De eerste versie van de zorgstandaard naasten is door partijen geautoriseerd op 21 november 2016. In 2020 is de werkgroep gestart met een herziening. De opdracht voor de werkgroep was om de zorgstandaard op de volgende punten aan te vullen en te actualiseren:

- De invoering van de Wet verplichte ggz (Wvvggz)
- De leesbaarheid (ook voor het sociale domein)
- Met aandacht voor implementatie

De werkgroep heeft de oorspronkelijke zorgstandaard als uitgangspunt genomen en zichzelf tot doel gesteld om de boodschap van deze standaard aan te passen aan de laatste ontwikkelingen en de kern van de standaard zo kort en helder mogelijk op te schrijven. Ter ondersteuning in de praktijk is een [aantal werkkaarten](#) ontwikkeld.

### 3.4.1 Algemeen

Een zorgstandaard beschrijft vanuit het perspectief van patiënten en naasten wat onder goed professioneel handelen (goede zorg) wordt verstaan. De meest actuele kennis vormt het uitgangspunt. Het gaat over kennis gebaseerd op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek, praktijkkennis en de voorkeuren van patiënten en naasten. De beschreven zorg in de standaarden zijn geen wetten of voorschriften, maar bieden handvatten voor de professional om matched care

**matched care:** Matched care: passende zorg

en gepersonaliseerde zorg te kunnen leveren.

Het werken volgens de zorgstandaard is geen doel op zich. De combinatie van factoren die tot ziekte hebben geleid en de sociale context waarin de aandoening zich voordoet zijn voor iedere patiënt uniek. Daarnaast heeft iedere patiënt unieke behoeften om regie te voeren over zijn of haar herstel en leven. Zorgprofessionals ondersteunen dit proces vanuit hun specifieke expertise en de kennis die een zorgstandaard hun biedt. De kwaliteit van een professional kenmerkt zich wellicht meer door de wijze waarop hij of zij in staat is in de juiste gevallen en op het juiste moment (goed beargumenteerd) van een standaard af te wijken. Mede op basis van de zorgstandaard bepalen de patiënt met diens naasten en de professional, ieder met hun eigen expertise, samen wat de gewenste uitkomsten van zorg zijn en welke behandel- en ondersteuningsopties daarbij passend zijn.

Het is voor een succesvolle implementatie van de standaard belangrijk om aandacht te hebben voor de mogelijke benodigde veranderingen in het zorgveld die de standaard met zich meebrengt. Voorbeelden zijn mogelijke effecten op de beschikbare capaciteit van zorgverleners, budgetvraagstukken of ict-aanpassingen. Soms is niet elk onderdeel van deze standaard per direct uitvoerbaar. Bij deze standaard zijn een implementatieplan en de rapportage uitvoerbaarheidstoets opgeleverd. Deze bieden inzicht in hoeverre de standaard uitvoerbaar is. In de komende periode worden de stappen voor implementatie nader uitgewerkt.

## 3.5 Opname in het Register

Op 16 juli 2019 is deze zorgstandaard opgenomen in het Register van het Zorginstituut Nederland. Dit is de centrale plek voor informatie over kwaliteit van zorg in Nederland. Het Register vind je op [www.zorginzicht.nl](http://www.zorginzicht.nl).

Het Register bevat alle zorgstandaarden, meetinstrumenten en informatie-standaarden die voldoen aan het [Toetsingskader](#). Dit kader toetst of een zorgstandaard kan worden aangemerkt als een verantwoorde beschrijving van de kwaliteit van een zorgproces of een verantwoord middel om te meten of goede zorg is geleverd.

## 4. Patiëntenperspectief

Autorisatiedatum 02-08-2021 Beoordelingsdatum 02-08-2021

### 4.1 Uitgangspunten

<b>Focus van zorg</b> (uitkomst)	<i>Kwaliteit van leven:</i> patiënten ervaren een verbetering van hun welbevinden op hun relevante levensgebieden.
	<i>Herstel van vitaliteit:</i> patiënten ervaren een verbetering van hun levenslust en hun vermogen dingen te doen
<b>Vorm van Zorg</b> (relaties)	<i>Patiënt centraal:</i> het gaat om het persoonlijke verhaal van de patiënt en de regie over de zorg ligt bij de patiënt
	<i>Zorg in triade:</i> naasten worden betrokken bij de zorg en worden geïnformeerd en ondersteund
<b>Inhoud van zorg</b> (proces)	<i>Adequate zorg:</i> er is zorg op maat en de zorg is effectief, efficiënt, veilig, tijdig en toegankelijk
	<i>Integrale zorg:</i> er is integratie van zorg en welzijn, coördinatie van zorg en continuïteit van zorg
<b>Eisen aan zorg</b> (structuur)	<i>Professionele zorg:</i> er zijn competente professionals, deugdelijke faciliteiten en adequate richtlijnen
	<i>Transparante zorg:</i> er is inzicht in het aanbod van zorg, de kosten van zorg en de kwaliteit van zorg

Het visiedocument '[Focus op gezondheid](#)' bevat bouwstenen die relevant zijn voor de samenwerking met en de ondersteuning van naasten.

**Bron:** Het werkdocument Focus op Gezondheid - Zorg voor Herstel is oorspronkelijk geschreven door Paul Ulrich en Anne Marie Kamevaar in 2015 en uitgegeven onder Creative Commons 4.0 BY SA. De ALV van MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid heeft in 2018 het werkdocument als visiedocument overgenomen.

Aandacht voor de verbinding met de omgeving is cruciaal voor gezondheid en herstel.

Ook voor deze zorgstandaard over naasten zijn deze bouwstenen leidend geweest.

### 4.2 Patiënt en naasten

Er kan spanning zijn in de relatie tussen patiënt en de naaste(n). Zeker in acute situaties kan de spanning dusdanig groot zijn dat de relatie op de proef wordt gesteld.

Wanneer een patiënt ambivalent

**ambivalent:** Ambivalent betekent ook wel dubbelwaardig. Als iemand ambivalent is, dan weet deze persoon vaak niet tussen welke twee waarden er moet worden gekozen. Er spelen dan tegenstrijdige gevoelens. Ambivalentie zijn emoties die over hetzelfde object, idee of persoon gaan en die in conflict zijn met elkaar.

is ten aanzien van de betrokkenheid van naaste(n), is het de taak van de professional om die ambivalentie te onderkennen, te waarderen, te exploreren

**exploreren:** Exploreer waarom de naaste op afstand wordt gehouden. Heeft dit te maken met schuld, met schaamte, met (zelf)stigma, met ruzie, rouw, trots, trauma, levend verlies?

en hierover in gesprek te blijven.

De patiënt bepaalt wie zijn naaste(n) zijn. Sommige personen uit het netwerk van de patiënt kunnen schadelijk zijn. In deze gevallen is het reëel als de patiënt weigert om naasten te betrekken of zich daartegen verzet. Blijf wel exploreren of het contact in de loop der tijd kan veranderen, maar met respect voor de eigen regie van de patiënt. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van handvatten uit de werkkartaart '[Patiënt houdt de naaste af](#)'. Ook kan het zijn dat de naaste met tegenstrijdige gevoelens ten opzichte van de patiënt staat. Aandacht voor de relatie is in beide gevallen van belang.

De afspraken over samenwerken met naasten en privacy dienen in goede tijden te worden gemaakt en in het dossier te worden vastgelegd. Weigering van contact met naasten kan duiden op een crisis of terugval en weerspiegelt niet noodzakelijk de duurzame mening van de patiënt. Soms is een zeer beperkte rol voor naasten (inactief of minimaal actief) voor een patiënt de beste optie. Een actievere rol voor naasten wordt wel aangemoedigd en aangeraden. De insteek is om als patiënt te groeien de regie te krijgen om netwerken op te bouwen en vertrouwen te winnen.

### 4.3 Focus op gezondheid - zorg voor herstel

Gezondheid gaat over veerkracht en vitaliteit en niet slechts de afwezigheid van ziekten of gebreken. Herstel van gezondheid leidt tot meer zelfredzaamheid en minder afhankelijkheid. Mensen kunnen om hulp vragen bij het herstellen van hun gezondheid zodat ze een volwaardig en zinvol leven kunnen leiden. Het gaat om hun gezondheid in plaats van hun klachten en stoornissen. Het gaat om het herstellen van levenslust in plaats van het genezen van ziekten. Kortom, zorg op basis van de menselijke maat met als motto: *Zie de mens, niet het etiket*.

In deze zorgstandaard praten we over patiënten en naasten, maar het gaat in eerste plaats om de mens. Mensen met een eigen verhaal en betekenisverlening, eigen wensen en doelen. Mensen die samen met professionals toewerken naar een betekenisvol leven.

## 5. Zorg voor naasten: samenwerking en ondersteuning

Autorisatiedatum 02-08-2021 Beoordelingsdatum 02-08-2021

### 5.1 Inleiding

Stel de patiënt de volgende vragen:

1. Wie zijn er belangrijk voor u?
2. Wie in uw naaste omgeving is betrokken bij de situatie waarin u momenteel verkeert?
3. Wie van uw naasten is uw contactpersoon en kunnen wij uitnodigen?

Deze vragen passen binnen alle fases van herstel waarin de patiënt zich kan bevinden: De fase waarin de patiënt wordt overmand door de aandoening, de fase waarin hij worstelt met de aandoening, leeft met de aandoening en de fase waarin hij voorbij de aandoening leeft. Stel deze vragen regelmatig. Let daarbij op dat de patiënt ambivalent kan staan tegenover het betrekken van een naaste, zeker wanneer de zorg acuut nodig is. Soms zijn naasten of andere mensen wel belangrijk, maar durft de patiënt geen contact meer op te nemen, uit angst de ander te belasten.

Attendeer naasten op de werkkaart [Wat heeft een naaste nodig](#) en de infographic [Handvatten voor naasten](#) (ook te vinden op het tabblad [Hulpmiddelen](#) bij deze standaard).

### 5.2 Vroege onderkenning en preventie

- Neem de hulpvraag en visie van mensen die zich melden vanwege zorgen om iemand serieus. Verhelder en onderscheid indien nodig wat wiens probleem is.
- Vraag na of de hulpvrager bekend is met de wereld van de ggz(-instelling), maatschappelijke ondersteuning en/of jeugdhulp. Als deze zorg onbekend is, zijn procedures, gelaagdheid, mogelijkheden etc. vaak onduidelijk. Geef uitleg waar nodig.
- Wijs mensen op het bestaan van [patiënten- en naastenorganisaties](#).
- Wijs mensen op het bestaan van patiënt- en [familievertrouwenspersonen](#).
- Onderken suïcidegevaar (attendeer op [113 zelfmoordpreventie](#) of 0800-0113) of andere veiligheidsproblemen voor de (potentiële) patiënt, diens kinderen (zie zorgstandaard [KOPP/KOV](#)) of voor andere mensen in zijn omgeving.
- Bij zorgen kan ook deskundige hulp worden ingeroepen via [Meldpunt Zorgwekkend Gedrag](#) of via telefoonnummer 0800-1205.

### 5.3 Diagnostiek

- Breng tijdens de diagnostische fase in kaart wat de impact van de aandoening op naasten is.
- Nodig de naasten zoveel mogelijk uit bij de terugkoppeling van de diagnostiek, zodat zij hun vragen kunnen stellen en er naderhand met de patiënt over kunnen doorpraten. Als het niet lukt

om de naasten uit te nodigen, zoek dan naar andere mogelijkheden om de terugkoppeling te geven.

- Zijn gesprekken in de triade niet mogelijk, bespreek dan met de patiënt hoe hij, als dat belangrijk is, achter de opvattingen van de naasten kan komen.
- Raadpleeg de [zorgstandaard Diagnostiek](#).

## 5.4 Behandeling, begeleiding en terugvalpreventie

- Uitgangspunt is het [triadisch werken](#). Maak hier met de patiënt en naasten afspraken over (ook over hoe te handelen als deze afspraken gaan knellen of het niet lukt deze na te leven). Werk in ieder geval samen met naasten bij:
  1. de intake, bespreek hier het triadisch werken en leg afspraken vast;
  2. verandering van behandeling (ook afsluiting behandeling), behandelaar of behandelsetting;
  3. crisissituaties en suïcidaliteit.
- **Is er geen werkbare consensus mogelijk?** Zoek dan naar mogelijkheden om de naaste(n) te ondersteunen met respect voor de patiënt. Eventueel in gescheiden vorm.
- Gebruik de bespreekpunten met naasten tijdens de behandeling om te kijken of je geen relevante thema's mist in het gesprek met naasten. Gebruik daarnaast een overzichtelijk instrument om afspraken over de taakverdeling concreet vast te leggen, bijvoorbeeld [de Triadekaart](#).
- Ga altijd in op vragen van naasten. Ook als de patiënt de naaste buiten zijn zorgsituatie wil houden. Of als een naaste zich meldt vanwege (zorgen om) iemand uit zijn omgeving met een (potentiële) psychische aandoening of suïcidedreiging.
- Overweeg de inzet van methodieken en werkwijzen waarin naasten een expliciete rol spelen in de behandeling en ondersteuning, zoals [Peersupported Open Dialogue \(POD\)](#), de [resource-groep \(RACT\)](#) en de [Eigen Kracht-conferentie \(EKc\)](#).

### 5.4.1 Bespreekpunten met naasten tijdens de behandeling

- **Wat moeten naasten weten over de aandoening en de behandeling?**  
Bied naasten in ieder geval niet-patiëntgebonden informatie over de aandoening en over het hulpaanbod van de zorgaanbieder.
- **Hoe kunnen naasten een positieve bijdrage leveren aan de behandeling en begeleiding?**  
Geef naasten indien nodig een aanbod om hun competenties te vergroten, door bijvoorbeeld psycho-educatie of een training. En attendeer ze op familie-ervaringsdeskundigen.
- **Wat is de impact van de aandoening op de relatie met de patiënt?**  
Bespreek met patiënt en naasten geregeld de kwaliteit van hun relatie en bepaal met hen of daar op dat moment zorg voor nodig is. Thema's kunnen onder andere schuld, schaamte, stigma of ruzie zijn.
- **Zijn er kinderen betrokken?**  
Check als er kinderen zijn betrokken altijd of de naasten relevante informatie hebben gekregen en/of ondersteuning nodig hebben. Ondersteun ook de patiënt in zijn ouderrol. Ook als de kinderen ouder zijn dan 18 jaar, kan dit nog wenselijk/noodzakelijk zijn. Volg bij een onveilige situatie voor kinderen de meldcode. Zie [zorgstandaard KOPP/KOV](#).
- **Waar kan de naaste binnen de instelling terecht?**

Zorg voor een contactpersoon binnen het team bij wie naasten te allen tijde met signalen en vragen terecht kunnen. Bijvoorbeeld over de uitval van de patiënt uit een behandelings- of begeleidingstraject.

- **Waar kan de naaste terecht bij onvrede of klachten?**

Attendeer naasten op de aanwezigheid van de familievertrouwenspersoon, de familie- of naastenraad, de klachtenfunctionaris en relevante wet- en regelgeving.

- **Welke ondersteuningsmogelijkheden bestaan er buiten de instelling?**

De eenzaamheid en het sociaal isolement kunnen ook voor een naaste groot zijn. Stimuleer de naaste om zijn eigen netwerk aan te spreken en benoem hulpbronnen buiten de zorg (sport, ontspanning, educatie). Het bespreken van de mogelijkheden van lotgenotencontact voor naasten kan zinvol zijn.

- **Welke praktische ondersteuning is mogelijk?**

Denk hier aan (tijdelijke) hulp in het huishouden, huiswerkbegeleiding, extra opvangmogelijkheden voor de kinderen etc.

- **Lukt het de naaste voldoende om aan zijn eigen leven toe te komen?**

Naasten hebben een verhoogd risico om zelf psychische problemen te ontwikkelen. Soms houden naasten door '[vraagverlegenheid](#)' hun netwerk kleiner dan nodig en vergeten ze om ondersteuning voor zichzelf te zoeken. Stimuleer naasten om dit te voorkomen of te doorbreken. Verwijs indien nodig door naar een familie ervaringsdeskundige, de huisarts of praktijkondersteuner (POH-GGZ).

- **Welke helpende of belemmerende rol kunnen naasten hebben bij (zelf)stigma?**

Veel naasten zijn bang voor vooroordelen over hun dierbare. Daarnaast worden ook zichzelf geconfronteerd met uitsluiting of onbegrip.

**Bron:** Phelan et al, 1998; Corrigan en Miller, 2004; van der Sanden et al, 2013

En net als patiënten en hulpverleners kunnen naasten ook zélf stigmatiseren. Bespreek dit met elkaar (zie [zorgstandaard Destigmatisering](#)).

## 5.5 Monitoring

Het is van belang om samen periodiek te evalueren.

- Monitoringsgesprekken kunnen in de triade, maar als de naaste een eigen ondersteuningsbehoefte heeft, kunnen deze ook apart met naasten worden gevoerd.
- Evalueer de samenwerking met naasten altijd in de triade en op een aantal vaste momenten. In ieder geval bij iedere behandelplanevaluatie, bij grote veranderingen (zoals ontslag) en na een crisisinterventie.
- Verken bij het ontbreken van samenwerking met naasten de mogelijkheden om het contact te herstellen.
- Evalueer bij contactmomenten met naasten zowel de draagkracht als de draaglast van de naasten omdat deze sterk kan wisselen. Dit kan door het gesprek hierover aan te gaan en / of met een vragenlijst zoals de [CarerQol](#).

## 5.6 Ondersteuning van naasten in het proces van herstel

Professionals kunnen naasten in verschillende rollen tegenkomen. In eerste instantie als naaste, maar ook als bron van informatie, in een signalerende rol, of als co-begeleider of mantelzorgger. Maar ook als zorgvrager, als er kans is op het ontstaan van overbelasting. Patiënten en naasten krijgen door rolwisselingen soms te maken met een veranderende relatie en moeten een nieuwe balans zien te vinden. Lukt het een zus bijvoorbeeld om nog 'zus' te blijven als haar broer 'patiënt' is geworden?

Bij de [Hulpmiddelen](#) van deze zorgstandaard vind je hierover de werkkaart [Wat heeft een naaste nodig](#) en de infographic [Handvatten voor naasten](#).

- Zoals het herstel van een patiënt verschillende fasen doorloopt, zo doorloopt ook de naaste verschillende fasen. Deze fasen lopen lang niet altijd synchroon (ieder heeft een eigen tempo van herstel), waardoor de behoeften van naaste(n) en patiënt kunnen botsen. Bespreek dit met compassie voor beiden.
- Ook kinderen hebben een eigen tempo. Kinderen kunnen angstig, bang of getraumatiseerd zijn door bepaalde ervaringen, als de ouder thuis komt of de ouderrol oppakt, kan dit voor kinderen heel lastig zijn, heb hier aandacht voor.
- Er moet aandacht zijn voor de kinderen om ze hierin mee te nemen en gerust te stellen door informatie en steun aan beide ouders.
- Naast fasen van herstel kan levensfasethematiek naar voren komen. Zo is het goed mogelijk dat een jongvolwassene niet toekomt aan het opbouwen van een eigen leven als hij of zij voor een ouder moet zorgen. (zie ook [zorgstandaard KOPP/KOV](#))
- [Meer dan andere mantelzorgers](#) hebben naasten van mensen met psychische problemen behoefte aan ondersteuning in de vorm van erkenning, begrip en waardering. Simpelweg gezien en gehoord te worden is dus al enorm helpend.
- Belasting en begrenzing zijn voor veel naasten hete hangijzers. Bespreek hoeveel vrijheid ze ervaren om te stoppen of te minderen met het ondersteunen van de patiënt.
- Faciliteer standaard psycho-educatiecursussen voor wie daar behoefte aan heeft en trainingen voor naasten in communicatie- en oplossingsvaardigheden zoals de training van [De Mat](#) of van [Naast en betrokken](#).

## 5.7 Informeren en betrekken van naasten vanuit de Wvggz

Met de komst van de Wet verplichte ggz (Wvggz) hebben familie en directe naasten voor het eerst een wettelijke status gekregen in de procedure bij verplichte zorg. In deze wet heeft de wetgever naasten gedefinieerd als 'de voor de continuïteit van zorg relevante familie en naasten'.

In de wet is geregeld dat naasten zoveel mogelijk betrokken moeten worden als er verplichte zorg (dwangzorg) aan de orde is. Het gaat dan onder meer om de voorbereiding, uitvoering, wijziging, voortzetten en/of beëindiging een crisismaatregel of zorgmachtiging. De naaste kan zich hierbij laten ondersteunen door een familievertouwenspersoon.

De wet wil verplichte zorg voorkomen en daar kunnen naasten bij helpen. Zij kunnen de patiënt bijvoorbeeld ondersteunen bij het maken en uitvoeren van een eigen plan van aanpak, een zorgplan en de crisiskaart. Triadisch werken is hiervoor een voorwaarde.

De positie van naasten vraagt wel om alertheid van de hulpverlener op de draagkracht en draaglast van de naasten. Zeker omdat opnames minder gaan voorkomen of minder lang duren. Naasten voelen daardoor meer verantwoordelijkheid en kunnen niet even op adempauze komen.

- Meer informatie over de familievertrouwenspersoon is te vinden op de website van de [Familievertrouwenspersonen](#).
- Raadpleeg ook de [zorgstandaard Assertieve en verplichte zorg](#).

## 5.8 Patiënt zonder naasten

Psychische aandoeningen hebben impact op elk individu in het gezin en vormen direct en indirect een grote belasting voor de onderlinge relaties. Relationele problemen zijn bijna onontkoombaar en (familie)relationele problemen komen dan ook geregeld voor. Vaak tot verdriet van zowel de naasten als de patiënt. Als gevolg hiervan kan de patiënt zó alleen komen te staan dat hij geen netwerk meer over heeft. Het is daarom goed om na te gaan of herstel van de triade mogelijk is. Ga na of overleg over verloren gegane of gespannen relaties mogelijk is en ga na wat of wie daar behulpzaam kunnen zijn. Dit kan het opbouwen van een nieuw netwerk zijn, maar eventueel ook systeemtherapie.

In de werkkaart [Patiënt houdt naaste af](#) vind je handvatten hoe je in dit soort situaties te werk kan gaan.

## 5.9 Naasten zonder patiënt

Het kan ook dat een patiënt nog niet of niet meer in zorg is, maar volgens de naaste(n) wel zorg nodig heeft. Naasten kunnen een grote belasting ervaren als zij in een machteloze positie zijn. Het is voor een naaste/professional dan goed om toegang te hebben tot iemand die hen kan bijstaan. Zorgmijding en bemoeizorg zijn in dit geval vaak dominante thema's waarbij ondersteuning van belang is. In een systemische zorgvisie moeten naasten hierbij ondersteuning kunnen inroepen van een huisarts of de ggz.

GGD, Gemeenten en Veiligheidshuizen handelen op signalen vanuit omgeving van een zorgmijder of mensen met zorgelijk gedrag die geen hulpvraag stellen.

Raadpleeg ook de [zorgstandaard Assertieve en verplichte zorg](#).

## 6. Organisatie van zorg

Autorisatiedatum 02-08-2021 Beoordelingsdatum 02-08-2021

### 6.1 Betrokken zorgverleners

Zorg voor mensen met psychische problemen en hun naasten vindt plaats in de brede ggz. In de maatschappelijke ondersteuning, de jeugdhulp, de huisartsenzorg, de generalistische basis ggz (GB GGZ) en de gespecialiseerde ggz (S GGZ) inclusief de instellingen voor forensische en verslavingszorg. Alle professionals moeten oog hebben voor de relatie van de patiënt met zijn naaste omgeving. Uitgangspunt is waar mogelijk de samenwerking met naasten vorm te geven en hen een vorm van ondersteuning te bieden. Tijdige signalering van een mogelijke ondersteuningsbehoefte van naasten en het invullen ervan (zo nodig doorverwijzen) horen in het takenpakket van elke zorgprofessional in de brede ggz.

### 6.2 Samenwerking

Het is voor de patiënt en diens naasten belangrijk dat er tijdens de behandeling en begeleiding één centraal aanspreekpunt is. Iemand die zorg draagt voor een goede communicatie tussen de patiënt, diens naasten en de hulpverleners. Deze rol wordt ingevuld door de coördinerend regiebehandelaar

**coördinerend regiebehandelaar:** Taken en verantwoordelijkheden coördinerend regiebehandelaar Na het vaststellen van het behandelplan volgt het uitvoeren van de daadwerkelijke behandeling en begeleiding. Afhankelijk van de problematiek zijn vaak meerdere zorgverleners betrokken, die allemaal hun eigen verantwoordelijkheid hebben voor het deel van de zorg dat zij verrichten. Een centraal aanspreekpunt voor de patiënt/cliënt en diens naasten is cruciaal, evenals onderlinge afstemming tussen zorgverleners, coördinatie van de activiteiten rond de behandeling en begeleiding en reflectie hierop. Het is belangrijk dat voor deze taken één van de betrokken zorgverleners als coördinerend regiebehandelaar wordt aangesteld. Uit paragraaf 2.7 landelijk kwaliteitsstatuut GGZ

zoals aangegeven in het [landelijk kwaliteitsstatuut GGZ](#).

Mocht de samenwerking in de triade vastlopen en de competenties van de hulpverlener ontoereikend zijn om dit op te lossen, dan kan de specifieke kennis worden ingezet van een expert op het gebied van systemisch werken. Bijvoorbeeld een systeemtherapeut, een familie-ervaringsdeskundige of een familievertrouwenspersoon.

Als de interventie uitsluitend bedoeld is ter ondersteuning van de naaste zelf, dan gaat het om een hulpvraag van deze naaste zelf. Komt een naaste zodanig in de problemen dat er een

behandelindicatie ontstaat, dan kan hij of zij verwezen worden naar een geëigende professional (waaronder de familie-ervaringsdeskundige).

Specifieke interventies voor training en ondersteuning van naasten, binnen het kader van de behandeling van de patiënt, vragen om daarvoor getrainde professionals of experts. Dit is bijvoorbeeld het geval bij psycho-educatiecursussen, trainingen voor psychische kwetsbaarheid in naaste omgeving, coaching, lotgenotengroepen en de Multi-Familiegroepen. Lotgenotengroepen zijn ook buiten de zorgsetting van de ggz te vinden en worden geleid door ervaren leden van familieorganisaties en andere familie-ervaringsdeskundigen.

De zorgaanbieder dient dus te zorgen voor:

- Voldoende medewerkers die trainingen aan naasten kunnen verzorgen.
- Het faciliteren van externe ondersteuning indien er intern onvoldoende capaciteit is.
- Een goede inbedding van familie-ervaringsdeskundigheid in de organisatie.
- Een goede inbedding van de familievertrouwenspersoon binnen de organisatie.
- Het faciliteren van een familie- en naastenraad die de organisatie scherp houdt op het naleven en versterken van familie- en naastenbeleid conform deze zorgstandaard.

### **6.3 Informatie-uitwisseling met naasten**

Voorwaarde voor samenwerking en ondersteuning is dat er informatie wordt uitgewisseld. Privacy is binnen dit kader een veelbesproken thema. De werkkaart [Samenwerken & privacy](#) geeft concrete aanbevelingen en tips hoe je zorgvuldig informatie kan delen in de triade.

Als de patiënt zijn naasten niet bij de zorg wil betrekken en de naasten wel vragen hebben, geeft de professional hun de volgende informatie zonder het beroepsgeheim te schenden:

- Algemene informatie over ziekte en zorgprocessen die de persoonlijke levenssfeer niet raken en dus niet-patiëntgebonden zijn.
- Wat het betekent voor naasten van mensen met psychische problematiek in het algemeen.
- Waar kunnen de naasten ondersteuning vinden.
- Informatie over de familie-ervaringsdeskundige, de familievertrouwenspersoon en eventueel aanwezige familieraad.

### **6.4 Geheimhoudingsplicht en doorbreken zwijgplicht**

Binnen de ggz hanteren we een systemische visie. Binnen deze visie past de samenwerking met de directe omgeving van de patiënt. Samenwerken impliceert de noodzaak van het delen van informatie. De informatie moet zich wel verhouden tot deze noodzaak. Raadpleeg de werkkaart [Samenwerken & privacy](#).

Op alle ggz-professionals rust de plicht tot geheimhouding van wat hen als geheim wordt toevertrouwd of als geheim mag worden verondersteld. Het beroepsgeheim is echter niet absoluut. In sommige situaties mag, moet en kan de ggz-professional zijn zwijgplicht in ieder geval doorbreken:

- als er toestemming van de patiënt is *mag* informatie gedeeld worden;
- vanuit de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) *mag* informatie gedeeld worden *zonder toestemming van de patiënt* met rechtstreeks bij de behandeling betrokken behandelaars;
- als er een meldplicht of andere wettelijk verplichting (bijvoorbeeld spreekplicht t.o.v. de gezinsvoogd/jeugdbeschermer meewerken aan inzage door IGZ in dossiers) (dan *moet* worden doorbroken);
- als er een conflict van plichten is (bijvoorbeeld suïcide gevaar) (dan *mag* worden doorbroken);
- als er een wettelijk meldrecht is (bijvoorbeeld de [Meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling](#)).

Let wel: de professional schendt zijn beroepsgeheim altijd zo min mogelijk en verstrekt alleen noodzakelijke informatie.

Zie ook de achtergronddocumenten voor [de wettelijke regeling in het kort betreffende jeugdigen](#).

## 6.5 Competenties

In de samenwerking met naasten is inzicht in de wisselwerking tussen individu en omgeving voor de professional een kerncompetentie. Hij moet in staat zijn om verbinding te maken met de patiënt, de naaste(n) en met collega's. Dit om het herstelproces van de patiënt te bevorderen en zijn omgeving te ondersteunen en te versterken.

De betrokken regiebehandelaar beschikt over voldoende professionele en communicatieve vaardigheden om op een adequate manier de naasten te betrekken in de behandeling en begeleiding van de patiënt. En weet hun mening en ervaring op de juiste wijze te integreren in het individuele behandelplan. Daarnaast beschikt de behandelaar over voldoende culturele sensitiviteit om diversiteit in gevoelens, behoeften, normen en waarden te onderkennen bij mensen met een verschillende etnisch-culturele achtergrond. Zie ook [zorgstandaard Diversiteit](#).

## 6.6 Kwaliteitsbeleid

Ggz-instellingen horen een familiebeleid te hebben met een kwaliteitscyclus waarin wordt nagegaan in hoeverre de zorgstandaard Naasten is geïmplementeerd. De werkkaart [Familie- en naastenbeleid](#) geeft houvast om beleid te formuleren en antwoord te vinden op de vertaling van naastenbeleid naar de praktijk. Naastenbeleid bevat onder andere:

- Dat er een familie (of naasten)raad is.
- Dat professionals zo nodig bijscholing krijgen in samenwerken met en ondersteunen van naasten. (zie achtergronddocumenten voor lijst)
- Dat patiënten zich bij hun zorgplanbespreking kunnen laten bijstaan door een persoon die hun belangen helpt te behartigen.

Kleine praktijken zullen niet altijd een eigen naastenbeleid hebben opgesteld. Voor deze praktijken

geldt dat zij - conform de aanbevelingen omtrent kwaliteitsbeleid in zorginstellingen - naastenbeleid ontwikkelen passend binnen hun mogelijkheden.

## 6.7 Kosteneffectiviteit en doelmatige zorg

Mantelzorg is een belangrijk fundament van de zorg. Ruim 4,4 mln. mantelzorgers nemen maar liefst 70 procent van de zorg thuis voor hun rekening. Het SCP heeft in 2014 berekend dat de economische waarde van mantelzorg ongeveer €6,6 miljard bedraagt.

**Bron:** Boer de A.H., Woittiez I.B., Zonneveld van T.M.; Mantelzorg op waarde geschat (forum, jaargang 91, 2013, nummer 3)

Uit gepubliceerde praktijkkennis blijkt dat het samenwerken met en het ondersteunen van naasten zowel de patiënt als diens naasten veel opleveren.

**Bron:** Lier, W. van (2008). Familie in de GGZ: partner in zorg. Van beleid naar uitvoering. Expertisecentrum Mantelzorg (Vilans en MOVISIE).

Fox, H. e.a. (2009). Familie als bondgenoot, in: Tijdschrift voor Rehabilitatie, nummer 3.

Klaassen HW. (2014). Bondgenoten. Hoe familieleden en hulpverleners in de psychiatrie kunnen samenwerken. Amsterdam: Boom;

Baars J. & Meekeren E. van (red.), Een psychische stoornis heb je niet alleen. Praten met families en naastbetrokkenen. Amsterdam: Boom;

Bijvoorbeeld als het gaat om draagkracht, welbevinden, omgaan met de stoornis en de consequenties daarvan.

Uit onderzoek naar ondersteuning van naasten van mensen met psychische aandoeningen en dementie blijkt dat psycho-educatie en lotgenotensupport bij naasten overbelasting vermindert en de veerkracht verbetert.

**Bron:** Meis LA, Griffin JM, Greer N, Jensen AC, MacDonald R, Carlyle M, Rutks I, Wilt TJ. (2013). Couple and family involvement in adult mental health treatment: A systematic review. *Clinical Psychology Review* 33, 275–286;

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* (2015) 206, 268-274.

Het is aannemelijk dat de ondersteuning van naasten de samenwerking in de triade verbetert evenals de uitkomsten van zorg bij de patiënt.

De informele zorg van naasten en de mantelzorg dragen bij aan het betaalbaar houden van de gezondheidszorg.

## 6.8 Financiering

### 6.8.1 Algemeen

Een zorgstandaard beschrijft wat goede zorg is, ongeacht de financieringsbron (Zorgverzekeringswet (Zvw), Wet langdurige zorg (Wlz), Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), aanvullende verzekering of eigen betaling door de cliënt/patiënt). Onderschrijving van de zorgstandaard door een financier, dan wel opname in het Register van Zorginstituut Nederland, betekent niet dat de beschreven zorg per definitie vergoed wordt door een financier.

Voor vergoeding van de beschreven zorg heeft de patiënt/cliënt mogelijk een aanspraak op een van de financiers. In het geval van de Zvw is het echter aan het Zorginstituut Nederland om te duiden wat verzekerde zorg is binnen het basispakket. Hetgeen betekent dat de goede zorg beschreven in de zorgstandaard niet gelijk staat aan verzekerde zorg conform het basispakket.

### 6.8.2 Specifiek

Samenwerken met en ondersteunen van naasten vragen voorslagnog om weinig aanpassingen in de financiering van de zorg.

Vanuit de zorgverzekeringswet (ZVW) wordt per 1 januari 2022 het zorgprestatie-model ingevoerd. De indirecte tijd is een aantal jaren bijgehouden en verrekend per setting. Op basis van historische gegevens is bekend wat de gemiddelde indirecte tijd is per setting (bijvoorbeeld ambulant of klinisch). Professionals hoeven deze tijd niet langer te registreren. In het tarief van de directe tijd is tegenwoordig de indirecte tijd versleuteld. Een gesprek van een professional met een naaste geldt dan als directe tijd en kan gedeclareerd worden net zoals een consult met een patiënt.

Ook financiering van familie-ervaringsdeskundigen is geregeld in de opslagkosten bij het zorgprestatie-model. Een ervaringsdeskundige werker MLQF6 kan declarabele consulten registreren.

Voor meer informatie zie lijst met overige beroepen van het [zorgprestatiemodel](#).

Voor patiënten die langer dan 3 jaar zijn opgenomen of een Wlz-indicatie hebben vanuit het [Centrum Indicatiestelling Zorg \(CIZ\)](#), wordt de zorg gefinancierd vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz)

Is de patiënt niet (meer) in behandeling, dan zullen gesprekken met naasten niet gedeclareerd kunnen worden. Naasten van patiënten met psychische problemen kunnen altijd terecht in de huisartsenzorg voor ondersteunende gesprekken. Dit omdat zij als ingeschreven patiënt recht hebben op hulpverleningscontact. De zorg voor naasten past bij uitstek in de huisartsenzorg en vooral ook in het pakket van de praktijkondersteuner huisartsenzorg GGZ (POH-GGZ). Huisartsenzorg wordt gefinancierd vanuit de basisverzekering op grond van de Zorgverzekeringswet. Daarnaast kan het ondersteunen van naasten ook door de ggz-aanbieder (vanuit het zorgprestatiemodel) worden gedeclareerd voor zover onder de verzekerde aanspraak valt van de Zorgverzekeringswet.

Soms is ook groepsgewijze ondersteuning mogelijk door samenwerking met de (gespecialiseerde) ggz op basis van Wmo-financiering (Wet maatschappelijke ondersteuning).

Jeugdhulp (inclusief jeugd-ggz) wordt gefinancierd door de gemeenten in het kader van de Jeugdwet. Ondersteuning van naasten bestaat uit ouderbegeleiding in het kader van de behandeling, maar er kan ook ondersteuning worden geboden in de ouderrol en eigen draagkracht. Daarnaast is er de mogelijkheid van respijtzorg. Kinderen met een beperking, stoornis of aandoening kunnen in aanmerking komen voor logeeropvang in een instelling, ter ontlasting van de naasten.

Sociale wijkteams worden gefinancierd vanuit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Zij vormen (meestal) de toegang tot gemeentelijke voorzieningen voor ondersteuning, waaronder algemene voorzieningen en maatwerkvoorzieningen. Voor de laatstgenoemde is een beschikking nodig en geldt een vermogens- en inkomensafhankelijke eigen bijdrage.

In verschillende gemeenten valt mantelzorgondersteuning onder de algemene voorzieningen, ook als het ggz-mantelzorgers betreft. Deze gemeenten bieden groepscursussen voor familieleden (psycho-educatie) van ggz-patiënten. Hetzij soms met de beperking dat het om patiënten moet gaan die niet (meer) in behandeling zijn bij de ggz. Respijtzorg

**Respijtzorg:** Respijtzorg betekent dat iemand de zorg even overneemt. Bijvoorbeeld als iemand op vakantie gaat, of als de belasting te zwaar is. Soms is structurele vervangende zorg mogelijk: bijvoorbeeld één of twee dagen per week geen zorgtaken omdat degene voor zorg gedragen wordt bijvoorbeeld naar een dagopvang gaat.

vanuit de Wmo is mogelijk als de zorgvrager zelf ondersteuning krijgt vanuit de Wmo. Als iemand een indicatie heeft voor de Wlz kan de mantelzorger geen beroep doen op respijtzorg of andere maatwerkvoorzieningen uit de Wmo. Dit kan wel op algemene voorzieningen waarvoor hij of zij als mantelzorger in aanmerking komt.

Intensief begeleid wonen wordt ook gefinancierd vanuit de Wmo of vanuit de Wlz. Voor naasten van mensen die gebruik maken van beschermd wonen gelden dezelfde mogelijkheden voor

ondersteuning als genoemd bij sociale wijkteams.

Tot slot: met welke zorgsetting ze ook te maken hebben, naasten hebben altijd de mogelijkheid tot:

- Ondersteuning op basis van lotgenotencontact, voorlichting en empowerment

**empowerment:** Empowerment is een bewustwordingsproces. Het gaat erom dat iemand probeert bij zijn eigen kracht te komen en die in te zetten om zo eigen beslissingen te maken.

- en zelfmanagement vanuit familieorganisaties.
- Het zelf organiseren van ondersteuning met behulp van vrijwilligers of betaalde hulpverleners. Eventueel met een persoonsgebonden budget (pgb).
- Kijk ook op het tabblad geldzaken op [mantelzorg.nl](http://mantelzorg.nl) voor de mantelzorger zelf.

## 7. Kwaliteitsindicatoren

Autorisatiedatum 02-08-2021 Beoordelingsdatum 02-08-2021

### 7.1 Inleiding

In het [Landelijk Kwaliteitsstatuut GGZ](#) is aangegeven wat zorgaanbieders in de ggz geregeld moeten hebben op het gebied van kwaliteit en verantwoording om geestelijke gezondheidszorg in het kader van de Zorgverzekeringswet te kunnen verlenen. De invulling van de samenwerking met naasten wordt ingevuld passend bij de zorgsetting.

### 7.2 Overwegingen ten aanzien van kwaliteitsindicatoren

Deze zorgstandaard moet 'ter plekke' zijn. Dat betekent dat hij zichtbaar, beschikbaar en bekend moet zijn bij professionals, patiënten en naasten. Daarnaast is het belangrijk dat de zorgstandaard wordt opgenomen in opleidings- en nascholingscurricula (met scholing in 'uitvoeringsaspecten'). Monitoring door het medisch verantwoordelijk management is van belang om de implementatie te bevorderen. Kwaliteitsindicatoren zijn gericht op patiëntniveau en kunnen worden geëvalueerd door middel van onderzoek op groepsniveau.

### 7.3 Kwaliteitsindicatoren

De samenwerking met en ondersteuning van naasten zoals omschreven in deze zorgstandaard vereist beschikbaarheid van NAW-gegevens:

- (Aantal) geregistreerde naasten in het dossier van de patiënt.

Zichtbaarheid en vaardigheden om de samenwerking in de triade te faciliteren:

- 1 x per 3 jaar (na)scholing over triadisch werken en systeemvisie.

Evaluatie over samenwerking in de triade met naasten:

- 1 x per 2 jaar tevredenheidsonderzoek bij professionals, patiënten en naasten over de samenwerking in de triade. Ook hiervoor is het van belang om de contactgegevens van naasten gestructureerd te registreren in het dossier, zoals staat onder de eerste indicator.
- 1 x per 2 jaar een check in hoeverre het beleid aansluit op de zorgstandaard Naasten.

## 8. Implementatieplan

Autorisatiedatum 10-10-2022 Beoordelingsdatum 10-10-2022

### 8.1 Inleiding

Dit implementatieplan beschrijft de invoering van kwalitatief goede, integrale zorg zoals omschreven in de zorgstandaard Naasten. Uitgangspunt van de GM Naasten is het systemisch en triadisch werken vanuit de herstel ondersteunende visie, in combinatie met ondersteuning voor de naasten zelf.

De implementatie van de zorgstandaard Naasten is een verantwoordelijkheid voor de individuele zorgprofessional én voor de brede organisatie. Beleidskeuzes kunnen de toepassing van de GM Naasten ondersteunen of niet. Professionals en organisaties maken afwegingen hoe de schaarste ingezet kan worden. Niet alleen schaarste vanwege financiële middelen, maar ook van kennis en kunde. De brede ambitie is om kwalitatief goede zorg te leveren. Kwalitatief goede zorg, bestaat uit veel aspecten, waaronder het samenwerken en ondersteunen van naasten van mensen met psychische problematiek.

De positie van naasten binnen de ggz is afgelopen jaar versterkt. Dit is terug te zien door de onderschrijving van het brede ggz veld van de GM Naasten. En door de rol die de naasten heeft gekregen binnen de WVGZ en de [toetsingscriteria van de IGJ](#).

### 8.2 Bewustwording en kennisdeling

Het samenwerken en ondersteunen van naasten is niet overal vanzelfsprekend, het gaat hier om het veranderen van routines. Hiervoor is bewustwording en kennisdeling van belang. De komende 4 jaar wordt hier door de alliantiepartijen, relevantie stakeholders en Akwa GGZ op ingezet.

Bepaalde kennis, attitude en vaardigheden zijn nodig om triadisch te werken en naasten te ondersteunen. Deze competenties moeten versterkt worden. Bewustwording dat ieder in de triade (patiënt, naaste, professional) zijn of haar eigen expertise heeft, draagt bij aan de samenwerking én aan het herstel. Om het meest uit deze synergie te halen, is het goed oog te hebben voor de naasten en deze te ondersteunen als nodig.

#### *Landelijke afspraken*

In tabel 1 staan de activiteiten om kennis te delen en het bewustzijn in het brede ggz-veld, inclusief de verslavingszorg en het sociale domein, te vergroten op landelijk niveau\*.

Activiteiten	Doel	Wie	Wanneer
Breed trainingsaanbod (inclusief aandacht binnen bestaande opleidingen)	Inzetten beschikbare trainingen binnen en buiten de bestaande curricula, ontwikkelen aanvullende trainingen als nodig	Akwa GGZ met relevante stakeholders	2022 en verder
Handzame praktische tools ontwikkelen en actief verspreiden	Tools voor het sociale domein, tool voor relatie & seksuele gezondheid & Forensische zorg	Akwa GGZ, VNG, NVVS, NVGR, EFP en MIND	2023-2024
Campagne 'Samen beslissen'	Het aandacht geven aan de rol van de naasten	Akwa GGZ met relevante stakeholders	2022 en verder
Spreken en aanwezigheid op congressen.		Allen	Continu
Akwa ggz sprekers, teamtalks	Deskundigheidsbevordering voor professionals op het gebied van triadisch werken en ondersteunen van naasten	Akwa GGZ en deskundigen	Continu
Artikelen publiceren in (vak)bladen.		Allen	Continu
Quickscan updaten	GM Naasten integreren in bestaande tools	Allen	2023
*Akwa GGZ zal samen met de alliantiepartners en andere relevante stakeholders een communicatieplan opstellen om deze activiteiten te borgen. Onderdeel hiervan is het bundelen en samenbrengen van lopende (losse) initiatieven rondom de GM Naasten.			

Bovenstaande initiatieven zijn bekend, maar er lopen meer initiatieven rondom thema's uit de GM Naasten. Akwa GGZ gaat zich inspannen om deze initiatieven in kaart te brengen en daar waar nodig met elkaar in verbinding te brengen en te borgen. Denk hierbij aan de ZonMw projecten naar triadisch samenwerken, zoals het ZonMw project 'Herstellen van én in de triade' van GGZ Breburg.

### *Regionale afspraken*

Voor de gemeenten is de GM Naasten te zeer geschreven vanuit de GGZ. Daardoor voelen zij zich minder aangesproken en voelen niet de verantwoordelijkheid deze uit te gaan dragen. Tegelijkertijd kan de ggz leren van de mogelijkheden binnen het sociale domein. Beide domeinen kunnen elkaar in deze versterken. MIND, VNG en Akwa GGZ zullen lokaal of regionaal aansluiting zoeken om de verwachte synergie te duiden en deze uit te dragen. Een eerste stap is samen met GEM (Ecosysteem Mentale Gezondheid) Doetinchem op thema gebieden uitwisselen. Bijvoorbeeld over de vraag wat en wie er kan bijdragen aan je herstel gekoppeld aan de HOI (herstel ondersteunende intake).

## **8.3 Samenwerking**

Samenwerking in het kader van de GM Naasten kent verschillende niveaus:

### **1. Binnen de triade**, in het kader van het individuele herstelproces

Het werken in de triade en daarmee het betrekken van en het samenwerken met naasten in het individuele herstelproces heeft meer aandacht nodig. Op dit niveau zullen we kennis en bewustwording inzetten, zie vorige paragraaf.

## 2. Tussen professionals, binnen of buiten een organisatie

Om professionals goed te laten samenwerken met elkaar op het gebied van naasten, is het zaak dat er gedegen naastenbeleid is binnen de organisatie of het samenwerkingsverband. De lijnen zijn duidelijk, evenals de plekken waar men expertise kan vinden.

### *Landelijk en regionaal*

In het [Bestuurlijk akkoord geestelijke gezondheidszorg \(ggz\) 2019 t/m 2022](#) is afgesproken dat er per regio een sociaal-medische kaart is, die actueel is. In deze sociaal-medische kaart zou ook ruimte moeten zijn om het aanbod rondom ondersteunen van naasten op te nemen.

Het aanbod voor het ondersteunen van naasten is niet altijd duidelijk. Denk hierbij aan lotgenotencontacten, trainingen voor naasten etc. Akwa GGZ gaat in 2023 - samen met de Nederlandse GGZ, MIND en de gemeenten - onderzoeken of de sociaal-medische kaarten per regio er zijn en of het aanbod voor naastenondersteuning hierin geborgd kan worden.

## 8.4 Capaciteit

Binnen de zorg in het algemeen en ook in de ggz is sprake van arbeidsmarktkrapte. Het is niet dat direct door de invoering van de GM Naasten problemen ontstaan. Wel zullen door tekorten keuzes gemaakt worden.

Men ziet het belang van het samenwerken en versterken van het systeem. En daar zal men zich voor inzetten. Wanneer de naasten een eigen ondersteuningsvraag krijgt, kan door de krapte op de arbeidsmarkt deze aandacht voor naasten onder druk komen te staan.

## 8.5 Behandelaanbod

Triadisch werken wordt niet overal goed doorgevoerd, maar dit staat los van het aanbod. Over het ondersteunen is niet bekend of daar voldoende aanbod is. Door inventarisatie van dit aanbod, zie de paragraaf Samenwerking, wordt dit inzichtelijk.

## 8.6 Financiering

De financiering rondom de GM naasten kent geen expliciete issues. Binnen het zorgprestatie model is het mogelijk om naasten bij de behandeling te betrekken en dit als consult te declareren.

In de definitie van een consult is bepaald dat een consult een direct, ononderbroken en zorginhoudelijk contact is tussen zorgverlener en (forensische) patiënt en/of naaste(n) van de patiënt. Dit betekent dat als bijvoorbeeld de vader en moeder van een patiënt met de behandelaar van deze patiënt een zorginhoudelijk contact hebben over de patiënt hier een regulier consult voor gedeclareerd mag worden.

Meer informatie is te vinden in de [Informatiekaart Naasten](#) in het zorgprestatie model in de ggz en de fz van de NZA.

## 8.7 ICT

De ICT kan ondersteunend zijn om de zorgstandaard te implementeren. Zo is in veel Elektronische Patiënten Dossiers (EPD's) een standaard aanmeldformulier dat vaak geen rekening houdt met registreren van naasten. Als dit geregistreerd kan worden, kan het systeem ook meehelpen om de aandacht op de naasten te vestigen. Dit kan bijvoorbeeld door een automatische vraag die periodiek verschijnt.

Voorbeelden hoe ICT ondersteunend kan zijn, zullen onder de aandacht worden gebracht.

## 8.8 Specifieke aandachtspunten

- Als je partner vastloopt in zijn of haar leven, trekt dat ook een wissel op de onderlinge relatie. In de praktijk blijkt het lastig om dit onderwerp goed aan te snijden en daarmee bespreekbaar te maken. De Nederlandse Vereniging voor Seksuologen heeft daarom voorgesteld om in samenwerking met Akwa GGZ een werkkaart te ontwikkelen ter ondersteuning van dit proces.
- Als naaste van iemand die in een forensisch kader zorg ontvangt, is er een barrière dat het contact met familie erg verstoord is, of er helemaal niet meer is. Daarnaast speelt schaamte, stigma vaak een grote rol. Op verzoek van MIND zal gekeken worden of hier in samenwerking met het EFZ (Expertisecentrum Forensische Zorg) aandacht kan komen voor deze doelgroep.

## 9. Achtergronddocumenten

Autorisatiedatum 02-08-2021 Beoordelingsdatum 02-08-2021

### 9.1 Samenstelling werkgroep

organisatie	Naam
<b>Voorzitter</b>	<b>Bert Stavenuiter (MIND Ypsilon)</b>
Kamer Familie en Naasten Raden	Jan Peet (tot november 2020)
Kenniscentrum Phrenos (Platform Familie Ervaringsdeskundigheid)	Niek van Haasteren
Labyrint-In Perspectief	Cisca Goedhart
Landelijke Stichting Familievertrouwenpersonen	Ellen de Leijer
Landelijke Vereniging POH GGZ	Tessa Magnée
Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten	Dick Nieuwpoort
MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid	Margriet Paalvast
MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid	Beau Ackerman
Mind Ypsilon	Erin Wagenaar
Nederlandse Vereniging Gezondheids Psychologen	Tim Peetoom
Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie	Cecil Prins
P3nl - Nederlandse vereniging gezins- en relatietherapie	Lot Wouda
P3nl - Nederlandse Wetenschappelijke Vereniging voor Seksuologie	Marieke Reijmers
Vereniging verzorgenden & verpleegkundigen Nederland	Henk-Willem Klaassen
de Nederlandse ggz	geen deelname ontwikkelfase
Federatie Vaktherapeutische beroepen	geen deelname ontwikkelfase
InEen	geen deelname ontwikkelfase
Nederlands Huisartsen Genootschap	geen deelname ontwikkelfase
Nederlandse Vereniging Klinische Geriatrie	geen deelname ontwikkelfase
Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie	geen deelname ontwikkelfase
Nederlands Instituut van Psychologen	geen deelname ontwikkelfase

De volgende organisaties en personen zijn betrokken geweest bij de herziening van de zorgstandaard Naasten:

Movisie, Mantelzorg.nl en Netwerk ggz vriendelijke gemeente hebben meegelezen met de teksten van de werkgroep.

### 9.2 Erkende interventies

#### 9.2.1 Inleiding

De hier na volgende tabel geeft een overzicht van in Nederland beschikbare psycho-educatieve interventies en supportgroepen voor het tegengaan van overbelasting en het bevorderen van het welbevinden van naasten van mensen met psychische problemen. We vermelden uitsluitend interventies die zijn beoordeeld door de Erkenningscommissie Gezond en Actief Leven of de Erkenningscommissie Langdurige GGZ. Dit wil niet zeggen dat andere interventies niet geschikt zijn. Er zijn 5 niveaus van erkenning:

1. Goed beschreven
2. Goed onderbouwd
3. Effectief eerste aanwijzingen

4. Effectief goede aanwijzingen
5. Effectief sterke aanwijzingen

We vermelden interventies vanaf niveau 2.

### **9.2.2 Crisiskaart - niveau 3**

De [Crisiskaart](#) beschrijft hoe er bij een (dreigende) crisis gehandeld moet worden en heeft tot doel het voorkomen van crisissen en (gedwongen) opnames en verbetering van de kwaliteit van de acute zorg. De Crisiskaart bevat een samenvatting van het crisisplan en is daar onlosmakelijk mee verbonden. In het crisisplan staat uitgebreide informatie over hoe een crisis er bij de betreffende persoon uit ziet en wat er wel en niet moet gebeuren als er een crisis optreedt.

### **9.2.3 Multi-Familie Groepen - niveau 2**

Doel van de [Multi-Familie Groep](#) is om door middel van verbeterde oplossings- en communicatievaardigheden de symptomen van de patiënt te verminderen, terugval in symptomen te voorkomen en de ervaren belasting van zowel de patiënt als de naastbetrokkenen te verminderen.

### **9.2.4 Psychische problemen in de familie - niveau 2**

Deze [psycho-educatie cursus](#) richt zich op volwassen naasten van mensen met psychische problemen die behoefte hebben aan ondersteuning bij het omgaan met hun naaste met psychische problemen. Er is een algemene versie van de cursus, en daarnaast een specifieke voor naasten van mensen met schizofrenie, [borderline](#) en [depressie](#). De cursus zet in op het voorkomen van depressieve klachten bij volwassen naasten van mensen met psychische problemen door vermindering van hun ervaren overbelasting en het vergroten van hun ervaren grip op de situatie.

### **9.2.5 Ouder-baby interventie - niveau 2**

De doelgroep bestaat uit depressieve moeders (met hun partner) en hun baby ( tot en met 12 maanden). Het doel van de [ouder-baby interventie](#) is het verbeteren van de kwaliteit van de interactie tussen depressieve moeders en hun baby en het ontwikkelen van een veilige gehechtheidsrelatie. Met als uiteindelijk doel het voorkomen dat het kind op latere leeftijd zelf psychosociale problemen ontwikkelt.

## **9.3 Andere vormen van ondersteuning**

### **9.3.1 Inleiding**

Naast de erkende interventies zijn er nog vele andere vormen van ondersteuning. Zoals gesprekken met de behandelaar of begeleider van de naaste met een psychische aandoening ondersteunend zijn. Maar ook vanuit andere kanalen is er aandacht voor de naaste. In deze paragraaf worden enkele vormen genoemd.

### **9.3.2 Ondersteuning van mantelzorgers**

- Gemeentelijke voorzieningen, vanuit de WMO is er de mogelijkheid om ondersteuning te krijgen voor mantelzorg. Per gemeente is dit anders ingericht. Wel heeft iedere gemeente een onafhankelijk cliëntondersteuner die mensen wegwijs kan maken binnen de gemeente.
- De [toolkit Mantelzorg](#) van de landelijke huisartsen vereniging geeft informatie hoe u mantelzorgers herkent, of zij ondersteuning nodig hebben en waar u deze ondersteuning kunt vinden;
- De website van [Mantelzorg.nl](#), de landelijke vereniging voor iedereen die zorgt voor een naaste, bevat veel informatie over wetten, regels en de combinatie van werk en mantelzorg. Er is ook een [aparte pagina](#) voor naasten van mensen met psychische problemen.

### 9.3.3 Lotgenotencontact

- Lotgenotencontact voor naasten, zoals gespreksgroepen, thema-avonden, telefonische hulplijnen of online fora/chat. Deze worden verzorgd vanuit de zorgaanbieder zelf of vanuit de naastenorganisaties, terug te vinden op [website van MIND](#).
- KOPP/KOV groepen, gespreksgroepen waarin de KOPP/KOV van alles leert over de ziekte van de ouder. Delen met elkaar van gedachten en gevoelens en herkenning en erkenning vinden bij elkaar. De volwassen KOPP/KOV kan terecht bij [MIND Naasten Centraal](#), kinderen vaak bij de zorgaanbieder zelf.
- Via [Mijnihelp](#) kan men informatie, online zelfhulp cursussen, steun en lotgenotencontact vinden voor naasten.
- [Naasten in Kracht](#) is de website voor naasten van mensen met een psychische kwetsbaarheid (partners, kinderen, ouders, broers, zussen en goede vrienden). Via deze website krijg je informatie, tips, inspiratie en steun. Vooral van elkaar. De informatie is zo algemeen mogelijk zodat zoveel mogelijk naasten er van kunnen profiteren.

### 9.3.4 Trainingen en methodes

- Training geweldloze of verbindende communicatie. Voor deze wijze van communiceren heeft M. Rosenberg een model ontwikkeld gebaseerd op de elementen waarneming, gevoel, behoefte en verzoek. De kern is: intentie van behoeftes van anderen niet te schaden, waarheidskracht, niet kwetsen. De trainingen worden door verschillende bureaus verzorgd. Zoek op 'geweldloze communicatie' of verbindende 'communicatie'.
- Met [de Mat](#) leren naasten hoe ze doelgerichter, veiliger en gezonder kunnen samenwerken. De manier waarop gewerkt wordt is gericht op autonomie met passie, humor en diepgang.
- Verschillende aanbieders bieden ofwel gesprek op recept (GOR) of telefoon op recept (TOR) voor naasten en patiënten als extra ondersteuning als daar behoefte aan is.
- In [Peer-supported Open Dialogue](#) (POD) werkt de patiënt samen met zijn persoonlijke netwerk en professionele hulpverleners aan eigen hulpvragen. Het is een behandelvorm die - nóg nadrukkelijker dan andere - de patiënt en zijn of haar omgeving centraal stelt.

- De [resource-groep](#) (RACT) is een groep mensen, door de patiënt uitgekozen, die voor de patiënt belangrijk is en die hem helpt persoonlijke, zelfgekozen hersteldoelen te bereiken, naast een aantal vaste professionals.
- In de [Eigen Kracht-centrale](#) (EKc) gaat het over zelf de regie houden. Ook als het tegenzit en mensen te maken krijgen met hulpverlening. Over een plan met oplossingen maken, met mensen die belangrijk voor je zijn. Over meedenken. En over samenwerken om het plan uit te voeren.

## 9.4 Trainingen en / of methodes voor professionals

### 9.4.1 Inleiding

In de vorige paragraaf staan enkele methodieken genoemd, zoals het Bed of gesprek op recept, de Peer supported Open Dialogue, Eigen Kracht centrale, Resource groep (RACT) die ook voor professional zijn. Daarnaast zijn er verschillende andere methodieken die hieronder worden benoemd.

### 9.4.2 Cursus 'betrekken van naasten'

Via de [GGZ Ecademy](#) kan de cursus 'betrekken van naasten'

**cursus 'betrekken van naasten':** De Module is gemaakt door Monique Meutstege en Henk-Willem Klaassen in opdracht van HVO-Querido. De module is door HVO-Querido gratis ter beschikking gesteld aan alle leden van GGZ-Ecademy.

worden gevolgd. De module bestaat uit korte teksten, filmpjes, stukjes van een theatervoorstelling, vragen, luisterteksten, uitleg van enkele hulpmiddelen, een hand-out met praktijkopdrachten. de cursus geeft inzicht in het belang van betrekken van naasten met daarnaast veel oog voor de praktische toepassing. Onderwerpen die behandeld worden zijn: De naasten, jouw rol als begeleider, triadisch werken, reflectie en casuïstiek.

### 9.4.3 Naast en betrokken

'[Naast en betrokken](#)' geeft advies, training, lezingen, workshops en train-de-trainer over de zorgstandaard Naasten, over implementatie naastenbeleid en over hoe naasten betrokken kunnen worden.

### 9.4.4 Familie als bondgenoot

[Familie als bondgenoot](#) is een praktische training die ervaringskennis van familieleden en patiënten verbinden met professionele kennis. Vanuit de persoonlijke ervaringen wordt getraind in (het belang) van triadisch werken. De training bestaat uit drie modules die inzicht geven in:

- het effect dat een ernstige psychiatrische aandoening heeft op familie en naasten;
- de nieuwe rollen en taken die zij als gezinsleden/naasten op zich moeten nemen;
- het triadisch samenwerken met cliënten en hun familie/naasten - als gelijkwaardige gesprekspartners met elk hun eigen deskundigheid en perspectief.

#### **9.4.5 PIMM - Pakket intensieve mantelzorg op maat**

[PIMM](#) is een interventie waarmee professionals naasten op een gestructureerde wijze kunnen ondersteunen. Het richt zich op veranderingen in het persoonlijke leven, veerkracht, sociale contacten, voorkomen van (extra) spanning, omgaan met grenzen en afname van het (gevoel van) klemzitten.

#### **9.4.6 De Mat**

Met [de Mat](#) leren professionals en managers hoe ze doelgericht, veiliger en gezonder kunnen samenwerken. De manier waarop gewerkt wordt is gericht op autonomie met passie, humor en diepgang.

#### **9.4.7 Systeemtherapie**

Soms is het zinvol een systeemtherapeut in te schakelen. Mocht je zelf als systeemtherapeut aan de slag willen, dan zijn er twee mogelijke opleidingen:

- Opleiding tot systeemtherapeutisch werker.
- Opleiding tot systeemtherapeut.

### **9.5 De wettelijke regeling in het kort betreffende jeugdigen**

In de WGBO staan specifieke regels voor het geven van informatie aan en het verkrijgen van toestemming van minderjarigen en/of hun vertegenwoordigers (art. 7:448 en 450 BW). Deze regels vindt u hieronder per leeftijdscategorie beschreven.

#### **Kinderen tot 12 jaar**

Voor een onderzoek of behandeling van een kind jonger dan 12 jaar is toestemming van ouders/voogd vereist. Het kind hoeft zelf geen toestemming te geven om het onderzoek of de behandeling te mogen uitvoeren, maar heeft wel recht op informatie. De hulpverlener moet de inhoud van de informatie en de wijze waarop hij deze geeft, afstemmen op het bevattingsvermogen van het kind.

#### **Jongeren van 12 tot en met 15 jaar**

Bij een onderzoek of behandeling van een jongere van 12 tot en met 15 jaar geldt als hoofdregel dubbele toestemming, dat wil zeggen dat toestemming van beide ouders/voogd én de minderjarige is vereist. Op deze hoofdregel bestaan 2 uitzonderingen, die hierna worden beschreven.

In deze uitzonderingsgevallen kan op verzoek van de jongere worden volstaan met diens toestemming. Wat nu als de ouder toestemming geeft voor een behandeling en de jongere weigert

toestemming te geven? In die gevallen geeft de beslissing van de jongere de doorslag, gesteld dat de arts/hulpverlener overtuigd zijn van de omstandigheid dat deze zijn beslissing goed overziet en de arts/hulpverlener meent dat deze keuze in overeenstemming is met de eisen van het goed hulpverlenerschap.

### **Eerste uitzondering: ernstig nadeel**

Volstaan kan worden met toestemming van de jongere als het nalaten van de behandeling ernstig nadeel voor hem met zich brengt. Voorbeelden hiervan zijn de behandeling van een geslachtsziekte, het voorschrijven van de pil en het geven van een vaccinatie. Dit laatste voorbeeld creëert een kans op ernstig nadeel bij nalaten. De hulpverlener is in deze gevallen niet verplicht om de ouders/voogd in te lichten. Ook hoeft de hulpverlener aan hen geen toestemming te vragen, indien de hulpverlener ervan overtuigd is dat het betrekken van ouders/voogd bij de beslissing nadelig is voor de jongere.

### **Tweede uitzondering: weloverwogen wens**

De hulpverlener kan de jongere behandelen zonder toestemming van de ouders/voogd als dit de weloverwogen wens van de jongere is. De hulpverlener kan een eventuele weigering van een of beide ouders of voogd in dat geval naast zich neerleggen. Uit de praktijk blijkt dat ouders met gezag rond en na een echtscheiding het onderling regelmatig oneens zijn. De hulpverlener moet er dan voor waken dat dit niet ten koste gaat van de belangen van de jongere. Wel moet hij trachten met beide ouders contact te houden, zeker indien beiden gezag hebben en dan bijvoorbeeld beiden inzag in het dossier kunnen vragen. Voorbeelden zijn een abortus provocatus en (ook onder deze uitzondering) een vaccinatie. Bij deze uitzondering moet de hulpverlener in principe wel overleggen met de ouders/voogd. Goed hulpverlenerschap kan echter met zich meebrengen dat de ouders/voogd niet worden geïnformeerd. Als op deze grond de weigering van de ouders wordt gepasseerd, is het niet nodig een kindbeschermingsmaatregel aan te vragen. Het kan nuttig zijn dat de jongere zelf schriftelijk verklaart dat en waarom hij, ondanks de weigering van zijn ouders/voogden, de behandeling toch wenst te ondergaan.

Deze uitzondering is tijdens de wetsgeschiedenis aan de regeling toegevoegd om te voorkomen dat de vertegenwoordigers een vetorecht zouden hebben over de behandeling van minderjarigen in deze leeftijdsgroep. De uitzondering maakt het aanvragen van een kindbeschermingsmaatregel in deze gevallen overbodig.

### **Algemeen**

Altijd geldt dat de behandeling moet passen binnen de professionele standaard van de hulpverlener. Het is raadzaam om het overleg met jongere en ouders/voogd vast te leggen in het medisch dossier. Het kan ook nuttig zijn dat de jongere zelf schriftelijk verklaart dat en waarom hij, ondanks de weigering van zijn ouders/voogden, de behandeling toch wenst te ondergaan. Het is verstandig om het collegiale oordeel, dat in deze gevallen veelal zal worden ingewonnen, eveneens in het dossier vast te leggen.

### **Wilsonbekwame jongeren**

Net als kinderen tot 12 jaar worden wilsonbekwame jongeren van 12 tot en met 15 jaar vertegenwoordigd door hun ouders/voogd. Voor zover resterende wilsbekwaamheid dat toelaat,

wordt de informatie ook aan de jongere verstrekt, afgestemd op zijn bevattingsvermogen. Bij de informatieoverdracht aan wilsonbekwame minderjarigen kunnen ook pedagogisch medewerkers worden ingeschakeld.

Wat nu als de ouder toestemming geeft voor een behandeling en de wilsonbekwame jongere weigert toestemming te geven? In die gevallen is het mogelijk, ondanks het ‘verzet’ van de jongere, tot behandeling over te gaan. Dat kan alleen als voldaan is aan de vereisten van de WGBO (art.7:465 lid 6 BW). Dat betekent:

1) dat het moet gaan om een verrichting van ingrijpende aard én 2) dat de verrichting kennelijk nodig is om ernstig nadeel voor de patiënt te voorkomen.

Overigens staat de wet in principe toe dat jongeren van 12 tot en met 15 jaar ook de overige patiëntenrechten uit de WGBO uitoefenen. Hier kan van worden afgeweken op grond van goed hulpverlenerschap. Het is bijvoorbeeld niet in het belang van een jongere van 13 jaar om in te gaan op zijn verzoek om zijn dossiergegevens te vernietigen.

### **Jongeren van 16 en 17 jaar**

Jongeren van 16 en 17 jaar hebben een zelfstandig recht op informed consent. Toestemming voor een behandeling moeten zij zelf geven. Dit impliceert overigens dat de hulpverlener het beroepsgeheim ook bewaart tegenover hun vertegenwoordigers.

Ook over wilsonbekwame jongeren van 16 en 17 jaar oefenen ouders/voogden het gezag uit. Het gezag eindigt, net als bij wilsbekwame 16- en 17-jarigen, automatisch bij het bereiken van de leeftijd van 18 jaar. Daarna kan de rechter de ouders/voogden zo nodig tot curator of mentor benoemen.

Lees meer in: “Van wet naar praktijk. Implementatie van de WGBO. Deel 2 Informatie en toestemming”

## **9.6 Referenties**

- Anthony WA. (1993) Recovery from mental illness. The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal* 1993; 16: 11-23.
- Bransen E., Paalvast M. & Slaats M. (2014). De kracht van naasten ontsluiten. In *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 40, 1, 2014, pp. 20-33.
- Baars J. & Meekeren E. van (red.), Een psychische stoornis heb je niet alleen. Praten met families en naastbetrokkenen. Amsterdam: Boom;
- Bovenkamp, HM. van de. (2012) De rol van familieleden in de zorg: wat de GGZ kan leren van andere zorgsectoren. *Ned Tijdschr Geneeskd*; 156:A5208.
- Bussbuach, JT. van, Wolters, KJK, Boumans, HPAT. (2009). Betrokkenheid in kaart gebracht. Ontwikkeling en gebruik van de Triadekaart in de GGZ. RGOc Groningen.
- Erp N. van, Place C. & Michon H. (2009). Familie in de langdurige ggz, deel 1. Interventies. Utrecht: Trimbos-instituut.

- Haan L. de. (2002). Patients' perspectives. Subjective experiences and attitudes of patients with recent onset schizophrenia. Proefschrift, Universiteit van Amsterdam.
- Klaassen HW. (2014). Bondgenoten. Hoe familieleden en hulpverleners in de psychiatrie kunnen samenwerken. Amsterdam: Boom;
- Klerk M. de, Boer A. de, Plaisier I., Schyns P. en Kooiker S. (2015). Informele hulp: wie doet er wat? Omvang, aard en kenmerken van mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg en ondersteuning in 2014. Den Haag, SCP
- Lazarus en Folkman, Copingsparadigma (1984);
- Timmermans JM. (red.). (2003). Mantelzorg. Over hulp van en aan mantelzorgers. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau.
- Tuithof M, Ten Have M, van Dorsselaer S, de Graaf R. (2015). Emotional disorders among informal caregivers in the general population: target groups for prevention. BMC Psychiatry 15:23 DOI 10.1186/s12888-015-0406-0.
- Wittenberg Y, Kwekkeboom MH, De Boer AH. (2012). Bijzondere mantelzorg. Ervaringen van mantelzorgers van mensen met een verstandelijke beperking of psychiatrische problematiek. Den Haag/Amsterdam, Sociaal en Cultureel Planbureau / Hogeschool van Amsterdam.
- Zegwaard MI, Aartsen MJ Grypdonck MHF, Cuijpers P. (2015) Mental health nurses' support to caregivers of older adults with severe mental illness: A qualitative study. BMC Nursing; 14:37.
- Zegwaard M, Aartsen MJ, Grypdonck MHF, Cuijpers P. (2013). Differences in impact of long term caregiving for mentally ill older adults on the daily life of informal caregivers: a qualitative study. BMC Psychiatry, 13:103.
- Zorginstituut Nederland (2020) Landelijk kwaliteitsstatuut GGZ