

# **Best practice ‘Naastbetrokkenen in de behandeling van mensen met een persoonlijkheidsstoornis’**

*Korte versie*

*21 juni 2012*

*Van: Podium Naastbetrokkenen, namens de voorzitter: Erwin van Meekeren*

*E: [evm@claproth.com](mailto:evm@claproth.com)*

*In opdracht van: Kenniscentrum persoonlijkheidsstoornissen (KPS)*

*([www.kenniscentrums.nl](http://www.kenniscentrums.nl)), namens Ad Kaasenbrood, directeur*

## **Inleiding**

De Best Practice “Naastbetrokkenen van mensen met een persoonlijkheidsstoornis” biedt een overzicht van argumenten waarom en hoe naastbetrokkenen bij de behandeling van mensen met een persoonlijkheidsstoornis betrokken kunnen worden. *Onder naastbetrokkenen verstaan we belangrijke mensen uit de naaste omgeving van de patiënt.* Er is voor deze formulering besloten omdat die naaste omgeving niet noodzakelijk beperkt hoeft te blijven tot de familie van de patiënt, maar ook vrienden, burens of collega's kunnen intensief bij het wel en wee van de patiënt betrokken zijn.

Voor u ligt de korte versie van deze Best Practice. We hebben ons hierin beperkt tot de hoofdlijnen. Voor belangstellenden is er de website ([www.kenniscentrums.nl](http://www.kenniscentrums.nl) podia-naastbetrokkenen) waarop uitgebreidere informatie te vinden is. Binnen een aantal maanden zal de uitgebreide versie van de Best Practice ook op de site worden gezet.

Deze Best Practice (BP) is in een aantal fasen ontwikkeld: een conceptfase, enkele commentaarrondes en een invitational conference. De BP beschrijft de plaats van naastbetrokkenen bij preventie, diagnostiek, behandeling en nazorg van mensen met een persoonlijkheidsstoornis, in alle geledingen. Hierbij is gebruik gemaakt van de beschikbare evidentie (evidence based): onderzoek, literatuur, bestaande richtlijnen en beleidsdocumenten. Dit is aangevuld met de klinische praktijk en professionele deskundigheid (practice en eminence based). De BP is niet alleen bedoeld als een instrument voor de dagelijkse praktijkvoering, maar kan ook worden gezien als een opmaat voor het betreffende onderdeel van de te herziene Multidisciplinaire Richtlijn persoonlijkheidsstoornissen (MDR).

Wij zien deze BP als een inhoudelijke verbetering van de zorg, als essentieel deel uitmakend van het professioneel repertoire. We gaan er van uit dat professionals kennis nemen van deze BP en wegen zoeken om de inhoud uit te voeren in de dagelijkse praktijk. We moedigen ook aan dat docenten in opleidingen van psychiaters, psychologen, psychotherapeuten, sociaal psychiatrisch verpleegkundigen en maatschappelijk werkers aan dit thema een vaste plaats in het curriculum toekennen.

Dit document straalt optimisme uit, wetende dat er binnen de Triade (patient- familie- hulpverlening) door alle betrokkenen schade berokkend kan zijn – en soms nog steeds berokkend wordt - en er bij sommigen weinig bereidheid is tot constructief overleg. Wij richten ons echter op de overgrote meerderheid die verbetering wil in de situatie van de patiënt en hun dierbaren.

## Voor de totale doelgroep

Slechts een deel van de mensen met persoonlijkheidsproblematiek wordt behandeld in specifieke, doelgroepgerichte zorgprogramma's. We kiezen nadrukkelijk ook voor aandacht voor mensen buiten deze zorgprogramma's, zoals mensen die (nog) niet in behandeling zijn, of elders (1<sup>e</sup> lijnszorg; andere zorgprogramma's en vakgebieden). Enerzijds omdat daar meestal weinig aandacht naar uit gaat, anderzijds omdat de problemen en de behoeftes van naastbetrokkenen daar vaak nog groter zijn. Dit 'buiten de eigen paden treden' houdt ook in dat wij kennis niet alleen putten uit het eigen vakgebied, maar bijvoorbeeld ook uit de hoek van psychotische stoornissen, langdurige zorg, rehabilitatie, epa (ernstige psychiatrische aandoeningen), et cetera. Daarnaast richten wij ons ook op mensen met persoonlijkheidsproblematiek buiten het 'geijkte' (blank, volwassen, reguliere GGZ) domein. Alternatieve programma's – anders dan de evidence based behandelingen uit de MDR – waar aan gedacht kan worden zijn: speciale multidisciplinaire (F)ACT-teams, bemoeizorg, rehabilitatieprogramma's of geïntegreerde behandelprogramma's persoonlijkheidsstoornissen – trauma – verslaving.

We hopen dat deze BP (met enige aanpassingen) van nut kan zijn voor andere vakgebieden/stoornissen.

## Doelgroep

Het gaat om aandacht voor naastbetrokkenen in specifieke programma's voor mensen met persoonlijkheidsproblematiek en in de volgende situaties:

### 1. Nog niet in zorg of zorg vermijdend

Sommige mensen hebben de (goede) weg naar de GGZ nog niet gevonden of zijn er (zeer) huiverig voor, soms op voorhand, door ernstige hechtingsproblemen of door eerdere slechte ervaringen. Het betrokkenen systeem kan ontwricht raken waardoor de individuele problematiek van patiënt en naastbetrokkenen kan toenemen. Een andere, en vaak actievere (outreaching) rol is dan vereist.

### 2. Crisissituaties

Sommige mensen komen in aanraking met de GGZ via crisissituaties (crisisdienst, opnames). Juist dan maken naastbetrokkenen zich enorm zorgen, zeker als professionals zich inhoudend opstellen (bijv: niet opnemen of adequate vervolgzorg komt niet op gang). Het betrekken van naasten hoort een standaardinterventie te zijn bij crisisinterventie.

### 3. Zorgverlening buiten zorgprogramma's persoonlijkheidsstoornissen (PS)

Overall waar mensen met persoonlijkheidsproblematiek zich bevinden: de 1<sup>e</sup> lijn, vrijgevestigden, SEH/EHBO en andere zorgprogramma's, zoals stemmingsstoornissen, ADHD en verslaving.

### 4. Zeer gecompliceerde zorg

Mensen met veel complexe comorbiditeit en ernstige hechtingsproblemen, die niet goed passen binnen een specifiek zorgprogramma (denk aan: ernstige

verslavingsproblematiek, criminaliteit, 'zorgmijders', dak- en thuislozen, oggz). Juist omdat behandelperspectieven beperkt zijn, is afstemming met naastbetrokkenen (in deze gevallen vaak ook een andere invulling dan directe familie of vrienden) van belang.

## 5. Forensisch

Sommige persoonlijkheidspathologie uit zich in grensoverschrijdend gedrag met als gevolg dat mensen met een persoonlijkheidsstoornis vergeleken met de gemiddelde populatie vaker in het forensische circuit terechtkomen. Binnen de populatie van gevangenen en reclassering wordt frequent de classificatie persoonlijkheidsstoornis gesteld. De impact van de persoonlijkheidsstoornis op de naastbetrokkenen wordt zowel versterkt als gecompliceerd wanneer er tevens sprake is van delictgedrag.

Extra aandachtspunt zijn leeftijds- en cultuurgebonden aspecten:

### A. Jongeren

De (voorlopige) diagnose PS - eventueel genoemd 'in ontwikkeling' - kan met de nodige terughoudendheid en na zorgvuldig onderzoek ook bij kinderen en adolescenten worden gesteld. Bij jongeren onder de 18 jaar met ernstige problematiek (stemmingswisselingen, uitagerend en/of agressief gedrag, stagnerende identiteitsontwikkeling) moeten opvoeders serieus genomen worden in hun zorgen over de jongere en niet worden 'gerustgesteld' met uitspraken als "het is de puberteit; het is de leeftijd; u moet meer loslaten; wees niet te bezorgd".

### B. Ouderen

Dubbele vergrijzing in Nederland: het aandeel ouderen neemt alsmaar toe en daarbij worden we ook steeds ouder. Ouderen zijn binnen vrijwel alle zorgvoorzieningen en zorgsectoren de belangrijkste zorgvragers, binnen de GGZ is het zorggebruik van ouderen afgelopen decennium eveneens flink gestegen. Juist omdat er veel zorgbehoefte is en mantelzorg – bijvoorbeeld door kinderen - 'vanzelfsprekend' wordt gevonden, is aandacht voor de naastbetrokkenen noodzakelijk.

Sommige persoonlijkheidstreken zijn hardnekkig, krijgen weer scherpere kanten bij het vorderen der leeftijd en komen soms zelfs pas 'te voorschijn' op oudere leeftijd ("laat ontstane persoonlijkheidsstoornis"). Ook in verzorgings- en verpleeghuizen is specifieke aandacht voor de omgeving (naastbetrokkenen, inclusief verzorgend team) geboden.

### C. Culturele diversiteit

Wij leven in een samenleving met veel verschillende culturele achtergronden. Cultuur kleurt niet alleen de pathologie, maar vraagt ook om aanpassing in bejegening. De opgave is ook voor mensen die niet goed 'passen' in bestaande zorgprogramma's, (bijvoorbeeld door een andere wijze van mentaliseren of een andere visie op de positie van 'de professional' ) een adequaat aanbod te bieden. Belangrijke thema's zijn o.a.: de migratiegeschiedenis (familie), familieverbanden en opvattingen over de (oorzaak van de) klachten.

## **Boven de partijen**

Wij streven naar een 'boven de partijen' attitude, dus een participatie van naastbetrokkenen 'ongeacht' (maar wel rekening houdend met) de gehanteerde behandelmethodiek of therapieschool. Vanuit dat perspectief is gekozen voor drie

invalshoeken die wat ons betreft 'altijd' toepasbaar kunnen zijn: hechtingstheorie, psychoeducatie en systeemvisie:

Hechtingstheorie: de hechtingstheorie staat de laatste jaren enorm in de belangstelling. De wetenschappelijke basis van deze theorie is steeds steviger geworden. Hechting is een biologisch kenmerk dat tot uitdrukking komt in een sterke neiging van jonge dieren en kinderen om de nabijheid van moeder of andere verzorgers te zoeken en is een motiverende kracht die een leven lang duurt. Door nader onderzoek krijgen we meer zicht op de wederzijdse beïnvloeding tussen individu en belangrijke anderen, we begrijpen steeds meer van de samenhang brein (neurobiologie), psyche en relaties. Sociale relaties hebben een grote invloed op emotieregulatie en identiteitsvorming

Psycho-educatie: ingebed in wetgeving (zoals de Kwaliteitswet, WGBO, de Wet BIG) en een onlosmakelijk verbonden aan de behandeling. Het betreft "het bespreken van symptomen, oorzaken, beloop, behandelmogelijkheden, terugvalpreventie *en* hoe patiënt en *verwanten* met de gevolgen van ziekte en handicap kunnen omgaan".

Systeemvisie: individueel gedrag wordt (ook) gezien als een element in de circulaire wisselwerking en patroonvorming in de gezinsrelaties. Het gaat om het in kaart brengen van de relevante omgeving van de patiënt, het hulpverlenersnetwerk, de familie, het relationele netwerk van vrienden, de school of werkomgeving, de woonomgeving, aangevuld met andere belangrijke contexten zoals hobbyclubs en religieuze groeperingen. Vervolgens worden strategieën ontwikkeld om deze relevante omgeving bij de behandeling te betrekken.

## De argumenten

Waarom aandacht voor naastbetrokkenen? Deze vraag beantwoorden we vanuit drie bronnen:

- A. Samenvatting van alle vakliteratuur (inclusief beleidsdocumenten en ervaringsdeskundigheid) vanuit het perspectief van de Triade patiënt-familie-professional.
- B. Samenvatting van de meest gezagdragende beleidsdocumenten
- C. Wetenschappelijke literatuur (gericht op evidentie)

### A. Samenvatting in Triadisch perspectief

In de vakliteratuur over dit onderwerp komen een aantal argumenten om naastbetrokkenen bij de diagnostiek en behandeling van mensen met een persoonlijkheidsstoornis te betrekken aan de orde. Onderstaand is hiervan een beknopt overzicht gegeven

#### 1. Diagnostiek, behandeling en terugval

Familieleden en andere naastbetrokkenen kennen de patiënt vaak goed en hebben expertise wat betreft beloop van de problemen. Zij kunnen meestal goed vertellen wat wel heeft gewerkt en wat contraproductief is. Ook hebben ze veelal ideeën over wat er onderliggend aan de hand is en op welke momenten er een verhoogde kans op terugval is.

## 2. Beïnvloeding

Wanneer iemand ziek is, kan het systeem (het gezin, de sociale context) waarbinnen hij leeft verstoord raken. De kans hierop is groter naarmate stoornissen – vooral in gedrag - ernstiger zijn. Verstoorde relaties in een systeem kunnen het individu ziek maken.

## 3. Behoeft

Naastbetrokkenen hebben grote behoefte aan informatie en instructie: zij worstelen over zaken als de schuldvraag, rouw- en verwerkingsproblematiek. Daarnaast willen ze graag weten wat de prognose is, hoe ze kunnen bijdragen aan herstel en wat de beste manier is om met de problematiek om te gaan. Terwijl professionals intensief bij- en nascholen (intervisies, congressen, literatuur) mogen ook naastbetrokkenen niet onthouden worden van kennis.

## 4. Belasting

Door extramuralisering, bezuinigingen en politieke keuzes komt er meer last op de schouders van naastbetrokkenen. Veel mantelzorgers voelen zich overbelast; door hen goed te informeren en te begeleiden kan voorkomen worden dat zij zelf psychische problemen ontwikkelen.

## 5. Complementair

De professionele zorg door zorgverleners en de informele zorg door naastbetrokkenen vullen elkaar aan en zijn voor de kwaliteit van leven van een patiënt beiden essentieel.

## 6. Doelmatigheid

Er is evidentie dat het betrekken van naasten effectief en doelmatig is; er zijn al veel richtlijnen en beleidsdocumenten.

### B. Samenvatting gezagdragende beleidsdocumenten: Modelregeling, Criteria Familiebeleid en MDR Persoonlijkheidsstoornissen

In deze drie beleidsdocumenten wordt het belang van het betrekken van naasten bij de diagnostiek en behandeling van mensen met een persoonlijkheidsstoornis als gegeven beschouwd. De beleidsdocumenten zijn normerend ten aanzien van wat een goede wijze en een minder goede wijze is om de naasten bij die diagnostiek en behandeling te betrekken. Samengevoegd wordt in bovengenoemde drie gezaghebbende documenten uitgegaan van de volgende criteria voor wat betreft een adequaat familiebeleid:

- Informatievoorziening:
  - Informatie betreffende behandelproces: diagnostiek - behandeling – nazorg van persoonlijkheidsstoornissen.
  - Het verstrekken van informatie over gang van zaken in instelling.
  - Het verstrekken van informatie betreffende algemene bijeenkomsten, cursusaanbod, preventie, voorlichtingsbijeenkomsten en respijtzorg, lotgenotencontact en hulpverlening voor familie.
  - Het verstrekken van informatie betreffende opname, behandeling en ontslag van de patiënt. (Familie is in principe betrokken, tenzij de patiënt dit gemotiveerd niet wil).
  - Het verstrekken van algemene informatie als patiënt geen toestemming geeft voor verstrekken van persoonlijke informatie.

- Het tijdig informeren van familie over verlof, ontslag, overplaatsing en zo nodig medicatie.
- Het verstrekken van informatie over wettelijke regelingen.
- Communicatie
  - Een vast aanspreekpunt voor de familie binnen de organisatie
  - Mogelijkheid tot communicatie met familievertouwenspersoon binnen organisatie
- Betrokkenheid
  - Inventarisatie wensen/behoefte familie (begrip/gehoord worden)
  - Mogelijkheid tot betrokkenheid bij behandelplan
  - Eerste opvang (een luisterend oor, kopje koffie) voor familie bij een opname, intake of crisissituaties.
  - Mogelijkheid tot betrokkenheid bij het tot stand komen van de afspraken rondom eventuele crisis (crisiskaart, signaleringskaart, etc.)
  - Indien geen contact tussen patiënt en familie zal de hulpverlener zich inspannen het contact te hernieuwen (inspanningsplicht).
- Bereikbaarheid
  - Hulpverlener goed bereikbaar en aanspreekbaar voor familie –naam, telefoonnummer bekend
  - In geval van een crisissituatie buiten kantooruren is het duidelijk voor familie wie zij kunnen benaderen.
- Familiebeleid binnen GGZ structuur
  - Hulpverlener registreert gegevens rondom contacten met familie in een verplicht registratieveld in het cliëntregistratiesysteem.
  - Familiebeleid is een onderdeel van de kwaliteitscyclus.
  - Scholing van hulpverleners in de omgang met familie is een onderdeel van de kwaliteitscyclus.
  - Professionalisering en positionering van familievertouwenspersonen,
  - Instellen van familieraden, familie- en cliëntenverenigingen en het houden van familie gesprekken.
- Een aanvullende – specifiek gericht op naastbetrokkenen - toegankelijke klachtenregeling.
  - Informatie over welke klachten kunnen worden ingediend en bij wie.
  - Informatie over wat er met de klacht gebeurt.
  - Eventuele ondersteuning van familievertouwenspersoon.
  - Klacht blijft buiten dossier patiënt.

### C. Evidentie uit de literatuur

In deze paragraaf volgt een verslag van de zoektocht naar uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek naar de rol van naasten bij de diagnostiek en behandeling van mensen met een persoonlijkheidsstoornis. Ofwel: wat weten we er nu eigenlijk echt van? De bruikbare evidentie wat betreft familie-interventies is vooral gericht op mensen met schizofrenie en bipolaire stoornis (ten aanzien van ‘persoonlijkheidsstoornissen’)

zijn er veel publicaties, maar geen harde evidentie, zoals RCT's). Bij deze stoornissen is familie-psychoeducatie veelvuldig effectief bevonden in het verminderen van terugval en verbeteren van psychosociale uitkomsten. Er zijn aanwijzingen dat deze programma's ook werken voor andere (ernstige) stoornissen, zoals de borderline persoonlijkheidsstoornis .

De onderzoeken naar naasten van mensen met een persoonlijkheidsstoornis beperken zich voornamelijk tot de borderline persoonlijkheidsstoornis. Veelbelovende familie-interventies zijn 'Psychische problemen in de familie' (waaronder Omgaan met borderline) en Moduleboek Mantelzorgondersteuning GGZ (Trimbos-instituut), Family Connections, DBT-FST en het Gunderson/McLean-programma. Binnen MBT worden sinds kort ook familieprogramma's gerealiseerd. Het bieden van psychoeducatie, copingvaardigheden en het verbeteren van relaties zijn elementen die in al deze interventies terugkomen en mogelijk bijdragen aan vermindering van lijden, verbeteren van relaties en copingvaardigheden van de familie.

Het ontbreekt echter aan toetsende kwantitatieve studies om het belang van de genoemde benaderingen in maat en getal vast te leggen. Meer kwalitatief hoogstaand onderzoek is van belang om de evidentie van familie-interventies bij mensen met een persoonlijkheidsstoornis verder te kunnen uitdrukken in maat en getal.

## **De Praktijk**

Op grond van de bovenstaande bronnen en met gebruikmaking van het veld om conceptversies van deze Best Practice te beoordelen en van commentaar te voorzien, komen we tot de volgende voorwaarden voor een adequaat beleid ten aanzien van naasten van mensen die voor een persoonlijkheidsstoornis in behandeling zijn.:

### **A. Randvoorwaarden**

#### *Management*

Het beleid zoals deze BP wordt positief en actief (uit)gedragen door alle lagen in het management. Het management moet het niet laten bij 'een mooi beleidsdocument' maar dit tot op de werkvloer brengen (stimuleren, evalueren, controleren, inzetten 'mystery guest')

De uitvoering moet door het management 'aantrekkelijk' worden gemaakt voor behandelaars: beschikbare spreekruimte, geen kopzorgen over formele zaken, de beschikbaarheid van bruikbare informatiematerialen in de behandeling zoals folders, internetsites en boeken (zie website), na- en bijscholing/opleidingen en speciale aandacht voor financiële aspecten (waarbij ook op landelijk niveau moet worden samengewerkt). Ook - soms zeer doelmatige - huisbezoeken moeten een optie kunnen zijn

#### *Specifieke aandachtfunctionaris*

Iemand die het beleid bewaakt, bijvoorbeeld onder de titel 'netwerfunktionaris'. Deze is verantwoordelijk voor implementatie, handhaving en aanpassingen. Daarnaast is deze persoon beschikbaar voor familie van patiënten die toestemming tot contact weigeren, zorgdragend voor voorlichtingsprogramma's, is actief contactonderhoudend met de

familieraad, Stichting Labyrint-In-Perspectief en andere relevante gremia.

### *Transparantie*

Het beleid is helder, begrijpelijk, zichtbaar (d.m.v. informatiefolders; website) en praktisch uitvoerbaar; de uitvoering ervan dient regelmatig te worden geëvalueerd

### *Specifieke aandacht voor geweld en calamiteiten:*

- “Kinderen van” (bijvoorbeeld preventieprogramma’s als KOPP-projecten)
- Richtlijn Huiselijk Geweld en Kindermishandeling
- ‘Over sommige kinderen moet je praten’; code voor het melden van kindermishandeling voor de ggz
- Calamiteiten-protocol gericht op naastbetrokkenen (te denken valt hier aan mislukte behandeling, gedwongen opname elders of andere verwijzingen, verlies door suïcide).

### B. Uitvoering

- Het eerste gesprek is van cruciaal belang. Zorg er voor dat men graag terugkomt, verder wil praten en iets te halen heeft.
- Van belang is het om te realiseren dat familieleden en naastbetrokkenen zich vaak overbelast voelen. Soms zijn ze boos, maar vaak maken ze zich ernstige zorgen. Het eerste gesprek is voor alle partijen spannend en er zal veel energie moeten worden gestoken in het “ijs-breken” en het op het gemak stellen van een ieder. Stel niet al te hoge doelen voor een eerste gesprek. Voor naastbetrokkenen is erkenning en het gevoel gehoord te worden van groot belang en kan bijdragen aan een goede verstandhouding en vertrouwen in de hulpverlening.
- Laat merken dat je actief wil meehelpen om de last voor alle deelnemers van het gesprek te verlichten en geeft duidelijk aan hoe en wanneer naastbetrokkenen contact kunnen zoeken.
- Terwijl een eerste gesprek door professionals met goede intenties en adequate gesprekstechnieken, voldoende scholing of supervisie gevoerd kan worden, is bij voortgezette gesprekken, zeker als er complexere zaken spelen, specifiekere deskundigheid vereist.
- Direct al in een eerste gesprek moeten alle betrokkenen zich gehoord en gezien voelen.

### **Kanttekeningen**

Moeten naastbetrokkenen altijd een rol spelen in de behandeling? Zijn er geen contra-indicaties of nadelige werking van systeemtherapie? Het is goed denkbaar dat een behandeling alleen maar individueel plaatsvindt. Sterker, dat gebeurt elke dag met succes. Zeker bij een patiënt die zelf goed in staat is te communiceren met zijn naasten en niet al te ingrijpende problematiek heeft. Zoals bij vrijwel alle interventies (medicamenteus en psychotherapeutisch) heeft ook het betrekken van naasten incidenteel ‘ongewenste neveneffecten’. Het betrekken van familieleden kan ook ontwrichtend werken. Zo kunnen er thema’s op tafel komen die daarvoor geheim waren of waarmee het gezin in zeker 'evenwicht' was. Er kan pijnlijk gezichtsverlies optreden en mensen kunnen uitspraken doen die ze na afloop liever niet hadden gedaan. Ook



kunnen er ernstige loyaliteitsconflicten worden opgeroepen.

Van naastbetrokkenen zelf mag ook een bijdrage worden verwacht:

- op de website van de behandelaar/instelling kijken (of vragen naar foldermateriaal) t.a.v. beleid voor naastbetrokkenen
- een actieve constructieve inzet
- hun dierbare (degene die in behandeling is) motiveren om toestemming te verlenen om hen bij de behandeling te betrekken
- een goede verstandhouding met de behandelstaf
- deelname aan aanbod voor naastbetrokkenen; lotgenotencontact
- informatie en ondersteuning zoeken via St Labyrint-In-Perspectief en/of afdeling Preventie

## **Bijlage Toetsingscriteria beleid Naastbetrokkenen**

U kunt de achtergronden teruglezen in de Best Practice, met name in de uitgebreide versie op ([www.kenniscentrums.nl](http://www.kenniscentrums.nl) podia-naastbetrokkenen).

U kunt toetsen op welk terrein u nog wat moet ontwikkelen of waar u al tevreden over kunt zijn.

### **Minimum**

In de minimumvariant zijn de onder randvoorwaarden genoemde items Management en Aandachtfunctionaris de belangrijkste. Als het management er werk van maakt en een aandachtfunctionaris met mandaat benoemt, vloeien de overige zaken hier uit voort:

- Helder, gedocumenteerd beleid
- Zichtbaarheid (beleidsdocument, EPD, folders, website)
- Evaluaties (bij behandelaars; tevredenheidsonderzoek naastbetrokkenen)
- Aanwezigheid familieraad/familievertrouwenspersoon
- Aanbod voor naastbetrokkenen in behandeling
- Aanbod voor naastbetrokkenen (nog) niet (meer) in behandeling
- Informatiematerialen voor behandelaars
- Scholing (na en bij-) met als minimumvariant 'Hoe spreek je met familie en naastbetrokkenen', super- en intervisie

### **Maximum**

Hiervoor wordt verwezen naar Startdocument Indicatorset Familiebeleid in de GGZ (van Zorgverzekeraars Nederland, LPGGZ en Plexus) of Criteria Familiebeleid. Dit zijn uitgebreide lijsten (zie website) met items die systematisch na te gaan en af te vinken zijn.