

# **Triadekaart**

**Werkblad beschrijving interventie**

# Colofon

## Ontwikkelaar / licentiehouder van de interventie

Naam Vereniging Ypsilon  
Adres Postbus 715  
Postcode 3000 AS  
Plaats Rotterdam  
Email [triadekaart@ypsilon.org](mailto:triadekaart@ypsilon.org)  
Telefoon (088) 000 21 20  
Website van [www.triadekaart.nl](http://www.triadekaart.nl)  
interventie

## Contactpersoon

Vul hier de contactpersoon voor de interventie in, wanneer deze afwijkt van de ontwikkelaar of licentiehouder.

Naam Heleen Schönau/Bert Stavenuiter  
Adres Zie boven  
Postcode  
Plaats  
Email  
Telefoon  
Website van  
interventie

## Referentie

Naam auteur  
Titel interventie  
Databank  
Plaats, instituut  
Datum

Het Werkblad moet een samenvatting van de beschikbare schriftelijke informatie zijn en geeft informatie over de interventie die van belang is voor de beoordeling van de kwaliteit, effectiviteit en randvoorwaarden van de interventie. Daarnaast is de informatie bedoeld voor bezoekers van de databank(en) van de samenwerkende organisaties.

Het Werkblad is een invulformulier, geordend naar onderwerp (doelgroep, doel enzovoort). De onderwerpen volgen de criteria voor beoordeling.

Dit is een gezamenlijk werkblad van de volgende organisaties



# Inhoud

Samenvatting.....	4
Uitgebreide beschrijving.....	6
1. Probleemomschrijving.....	6
2. Beschrijving interventie.....	8
3. Onderbouwing.....	11
4. Uitvoering.....	14
5. Onderzoek naar praktijkervaringen.....	17
6. Onderzoek naar de effectiviteit .....	19
7. Aangehaalde literatuur .....	20

# Samenvatting

---

## Doelgroep

De Triadekaart is bedoeld als hulpmiddel voor mensen met een psychotische aandoening, hun familieleden en/of naastbetrokkenen en betrokken hulpverleners.

---

## Doel

Doel van de kaart is de zorg voor mensen met een psychotische aandoening te optimaliseren door de samenwerking binnen de triade cliënt - hulpverlening - naasten te verbeteren. De Triadekaart maakt het aandeel van familieleden en andere naasten in de zorg voor de cliënt duidelijk en legt dat vast.

---

## Aanpak

In de zorg voor iemand met een psychotische kwetsbaarheid lopen mensen vaak vast op dezelfde vraag: Hoe zorgen we ervoor dat de naaste een passende rol speelt in de zorg zonder dat de cliënt/bewoner het gevoel heeft dat hij buitenspel wordt gezet en zo dat de hulpverlener weet wat hij van de naaste kan vragen en wat niet. Op die vraag biedt de Triadekaart een antwoord. De Triadekaart:

- is een kapstok om met elkaar in gesprek te komen
- maakt concreet wat naastbetrokkenen wel én niet aan de zorg bijdragen
- maakt duidelijk welke ondersteuning zij daarbij zelf nodig hebben
- signaleert taken die geen eigenaar hebben
- geeft door de tijd heen een beeld van het verloop.

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

De Triadekaart zelf bestaat uit een uitgebreide lijst met taken. Daarop kunnen naasten, de cliënt en de hulpverleners aankruisen wat ze met elkaar willen bespreken. Ook is er op de kaart ruimte om gemaakte vervolgafspraken op te schrijven. Op die manier is de Triadekaart een hulpmiddel om taken in de zorg voor en de ondersteuning van de patiënt te verdelen. Dit kan variëren van onderwerpen die specifiek bijdragen aan de medische situatie (wie houdt bijvoorbeeld oog op signalen die wijzen op een terugkerende psychose) of praktische zaken als het schoonhouden van de woning of financieel beheer.

Inmiddels wordt in meer dan 25 instellingen de Triadekaart actief aangeboden aan familie en patiënten. De Triadekaart kent inmiddels een behoorlijk grote naamsbekendheid, die versterkt wordt door het geven van workshops op congressen e.d. De meeste nieuwe instellingen melden zich vaak spontaan op aansporing van medewerkers, familieleden of cliënten enerzijds of zorgverzekeraars anderzijds. Als in een instelling nog niet met de kaart gewerkt wordt, kunnen familieleden ook verzoeken om alvast binnen hun eigen triade met de kaart te werken. Zij fungeren dan als ambassadeur naar de instelling toe.

---

## Materiaal

Papieren uitvouwbare Triadekaart met overzicht van taken, gerangschikt per thema, en geïntegreerde handleiding.

Achtergrondinformatie via website [www.triadekaart.nl](http://www.triadekaart.nl).

Voor professionals: achtergrondmateriaal via besloten pagina's website [www.triadenet.nl](http://www.triadenet.nl), Triadekit (klapper met achtergrondmateriaal), instructiefilm voor hulpverleners over het voeren van een triadegesprek (DVD).

Onderzoeksrapport 'Betrokkenheid in kaart gebracht'.

## **Onderbouwing**

Het feit dat mensen kampen met psychosen of andere ernstige psychiatrische aandoeningen leidt, naast eigen lijdensdruk, tot grote belasting van naasten. Daarnaast blijken naasten van groot belang waar het gaat om zorg en sociale contacten. Het blijkt moeilijk om familiebeleid in de praktijk goed vorm te geven, ondanks krachtige belangenbehartiging, constructieve initiatieven ter ondersteuning van de samenwerking, consensus op landelijk niveau en heldere richtlijnen (Van de Bovenkamp en Trappenburg, 2008). Binnen de GGz blijkt daarbij dat een goede samenwerking tussen naasten en formele zorg bevorderd wordt wanneer de taken goed afgestemd worden. Belangrijk is dat zowel cliënt als naasten weten dat de eigen grenzen van autonomie en privacy gerespecteerd worden, zonder dat dit ten koste gaat van betrokkenheid en verantwoordelijkheden (vgl. Pater-Zijlstra, 2007). De Triadekaart biedt de mogelijkheid om, met respect voor autonomie en privacy, met alle betrokkenen tot overleg te komen over behoefte aan ondersteuning en aanbod aan zorg. De Triadekaart is een laagdrempelig hulpmiddel ter versterking van de samenwerking binnen de triade cliënt, naaste en hulpverlening waar andere intensievere, effectief gebleken, vormen van gezinsinterventies nog geen standaard onderdeel van het zorgaanbod vormen (Van der Gaag, 2007).

---

## **Onderzoek**

In 2008/2009 is een onderzoek uitgevoerd naar gebruik en tevredenheid van de interventie. Conclusie is dat bij goede inbedding de Triadekaart een goed instrument blijkt om naasten uit te nodigen hun zorgen te delen en een goede samenwerking op te bouwen.

De tevredenheid van alle betrokkenen bij het initiatief om de kaart in te voeren en de gesprekken die daaruit voortvloeiden bleek groot. Op basis van aanbevelingen vanuit het onderzoek is de kaart aangepast en zijn de noodzakelijke voorwaarden rondom de implementatie geëxpliciteerd. Op dit moment loopt een grote landelijke studie naar werkzaamheid van de kaart in de instellingen waar de kaart al is ingevoerd en een quasi-experimenteel onderzoek binnen teams die nog niet werkten met de kaart. Het onderzoek meet de effecten van de kaart op samenwerking met naasten en kwaliteit van de zorg.

# Uitgebreide beschrijving

---

## 1. Probleemomschrijving

---

### Probleem

In de zorg aan mensen met een psychotische aandoening is het contact tussen familie en patiënt vaak intensief en langdurig, in tegenstelling tot veel hulpverleningscontacten. Als familieleden weten wat ze te doen staat, kunnen zij de gevolgen van de ziekte verkleinen. Een goede 'triade', waarin behandelaar, patiënt en familie samenwerken, levert de beste zorg. Falloon (1985): goede begeleiding van de familie kan tot 50% van de nieuwe psychoses voorkomen, terwijl onwetendheid de ziekte juist kan verergeren.

Voor veel familieleden -en dus ook hulpverleners- is echter niet duidelijk welke zorg naasten op zich kunnen en willen nemen en welke ondersteuning zij daarbij zelf nodig hebben. Vaak zijn afspraken vastgelegd in een behandelplan, een zorgplan, een signaleringsplan of een crisiskaart. Maar de rol van de familie of andere naastbetrokkenen blijft daarin veelal onbesproken.

Hoewel binnen de GGz het besef van het belang van het sociaal netwerk voor patiënten is gegroeid en er ook een nieuw aanbod is ontstaan, kan nog niet gesproken worden van structureel meer daadwerkelijke samenwerking tussen hulpverleners en familie en andere naasten. Dat de veranderingen langzaam gaan heeft te maken met een aantal zaken.

Hulpverleners geven aan dat het samenwerken met naasten ingewikkeld kan zijn. Zo kan bij hulpverleners huivering bestaan om naasten te betrekken bij de samenwerking bijvoorbeeld uit angst de samenwerkingsrelatie met de cliënt op het spel te zetten.

De instellingen worden bevolkt door werknemers die hun opleiding volgden in de tijd dat het gewoon was (of zelfs aan te raden) om de familie op afstand te houden. Nog belangrijker is echter de nadruk op de juridische aspecten rondom het recht op privacy en de autonomie van de patiënt. Onzekerheid en onwetendheid over wat 'mag' en 'niet mag' maakt het extra moeilijk om oude gewoonten te doorbreken en de familie te accepteren als bondgenoot in de zorg (Van de Bovenkamp & Trappenburg, 2008).

---

### Spreiding

De Triadekaart is ontwikkeld voor gebruik bij mensen met een psychotische aandoening, waaronder psychose en schizofrenie. In de praktijk zien we echter dat veel zorgaanbieders de kaart binnen de veel bredere groep van mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen inzetten. We spreken bij mensen van een Ernstige Psychiatrische Aandoening (EPA) als zij gedurende langere tijd (langer dan twee jaar) lijden aan een psychiatrische stoornis, waarvoor intensieve en langdurige behandeling noodzakelijk is, en die daardoor ook in de problemen komen met bijvoorbeeld hun werk, woonplek, relaties, financiën.

Delespaul (2013) geeft de volgende definitie:

- een ernstige psychiatrische aandoening die zorg/behandeling noodzakelijk maakt ( $\neq$  in symptomatische remissie);
- en die ernstige beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren geeft ( $\neq$  in functionele remissie);
- en waarbij de beperking oorzaak en gevolg is van psychopathologie;
- en niet van voorbijgaande aard is (structureel c.q. langdurig);
- en waarbij gecoördineerde zorg van zorgnetwerken of professionals geïndiceerd is en noodzakelijk om het zorgplan te realiseren.

Op basis van deze definitie van ernstige psychische aandoeningen, maakte de consensusgroep van Delespaul et al. (2013) een analyse en kwam tot de volgende schatting van de omvang van de doelgroep: totaal 281.000 mensen met ernstige psychische aandoeningen van de algemene bevolking in Nederland (1,7%). De helft van hen lijdt aan schizofrenie dan wel een andere aandoening in het psychotisch spectrum (31 resp. 19%). Van de totale EPA-groep is slechts ca. 75% in GGz-zorg (incl. verslavingszorg en forensische zorg).

Onder naasten verstaan wij iedereen die een directe relatie met de cliënt heeft, dus zowel familieleden als partners maar ook goede vrienden of anderen die zich sterk betrokken voelen bij het wel en wee van de cliënt en die ook als zodanig door de betrokken cliënt daarin worden erkend (vgl. Blaauwbroek, 2004). Het gaat hierbij niet om grote aantallen mensen per patiënt: veelal blijkt het sociale netwerk van mensen met EPA relatief klein (Kwekkeboom, 2010). Daarnaast wordt in de praktijk van de samenwerking met de formele zorg om pragmatische redenen slechts zelden het hele netwerk betrokken maar gaat het om samenwerking met één centrale of enkele daadwerkelijke contactpersonen. Per patiënt gaat het dus om een klein aantal, maar gezien de hoge prevalentie betreft het in totaal een enorme groep. Gaan we uit van de voorzichtige schatting dat elke cliënt gemiddeld minimaal twee betrokken familieleden heeft, dan gaat het in Nederland dus om meer dan een half miljoen naasten.

---

## **Gevolgen**

Naasten als mantelzorgers bieden continuïteit en kunnen fungeren als ‘prothese’, hulpmiddel, voor cliënten wanneer deze beperkingen ervaren op allerlei dagelijkse levensterreinen. Naasten hebben, juist bij de substitutie van klinische zorg door ambulante zorg een belangrijke signalerende functie, zijn zo ‘co-diagnosticus’. Door op tijd te signaleren dat het slechter gaat kan escalatie worden voorkomen. Gebeurt dit toch dan vervullen naasten soms de rol van crisismanager en halen familieleden de cliënt bijvoorbeeld midden in de nacht van de vreemdste plekken op. Naasten hebben daarbij een schat aan (ervarings)kennis over zichzelf maar ook over het familielid dat in zorg is (vgl. Van de Bovenkamp & Trappenburg, 2008). Probleem is wel dat naasten lang niet altijd bij machte zijn om binnen de zorg aandacht te vragen voor hun eigen rol. (Sociale) afstand tot de hulpverlening, schroom, onzekerheid over wat wel en wat niet van hen verwacht wordt, kan leiden tot een afwachtende, ‘volgende’ opstelling waardoor niet helder in beeld komt wat nu precies de zorg is die de familie levert en, misschien nog belangrijker, wat de familie wil en zou kunnen bieden (Busschbach et al, 2009). Kwekkeboom (2010) wijst erop dat de onzekerheid en ook de plots opkomende crisissituaties waarbij de cliënt de macht over zijn leven lijkt kwijt te raken, tot grote zorgen bij de familie kan leiden. De kans dat het familie te veel wordt, dat zij afhaken of zelf ziek worden is dan groot.

Wat zijn nu de gevolgen wanneer naasten niet op een goede manier worden betrokken bij de zorg?

- Overbelasting van mantelzorgers

Mantelzorgers in de GGZ zijn de zwaarst belaste van alle mantelzorgers (Wittenberg, 2012; Van de Bovenkamp & Trappenburg, 2008; Van Wijngaarden, 2003). De zorg kan moeilijk uit handen gegeven worden omdat de relatie van de mantelzorger met de cliënt zo belangrijk is. Overbelasting maakt dat de mantelzorger uitvalt en de cliënt een beroep moet doen op professionele zorg of er alleen voor staat met het risico op terugval.

- Snellere terugval, langzamer herstel patiënt

Daarnaast richt elke psychotische episode grote schade aan, zowel medisch als maatschappelijk gezien.

- Hogere kosten

Wanneer familie, patiënt en professional niet goed samenwerken zullen eerder crisissituaties ontstaan, met als gevolg (duurdere) opnames of overlast in de maatschappij met alle kosten van dien. Ook wordt de zorg dan minder efficiënt: doordat naasten en hulpverleners niet weten wat er van elkaar kan worden verwacht, worden taken dubbel gedaan of blijven juist liggen.

---

## 2. Beschrijving interventie

### 2.1 Doelgroep

#### **Uiteindelijke doelgroep**

De kaart is oorspronkelijk ontwikkeld voor mensen met een psychotische aandoening en hun naastbetrokkenen en hulpverleners. In de praktijk zien we echter dat de kaart binnen de veel bredere groep van mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen wordt ingezet, al dan niet met versies waarin de diagnosegebonden terminologie is aangepast. Deze varianten worden in deze beschrijving niet verder meegenomen.

---

#### **Intermediaire doelgroep**

Zijn er intermediaire doelgroepen? Zo ja, welke?

Nee.

---

#### **Selectie van doelgroepen**

De Triadekaart kan door elk van de drie partijen worden ingezet.

Ook als een instelling (nog) niet structureel met de kaart werkt, kan ieder binnen een triade ertoe besluiten om de kaart te introduceren.

Contra-indicatie:

Bij cliënten kan het voorkomen dat zij vanwege de symptomen van hun ziektebeeld (tijdelijk) niet in staat zijn om actief deel te nemen aan gesprekken. Dit kan te maken hebben met wantrouwen richting anderen, verminderde concentratie of gebrek aan overzicht. Wanneer dit aan de orde is, kan niet gesproken worden van gelijkwaardigheid binnen de triade. Echter ook dan is het van belang dat de zorg doorgaat en kunnen hulpverlener of naaste behoefte hebben om taken af te stemmen. De cliënt dient er weer bij te worden betrokken zodra dit mogelijk is.

Wanneer de cliënt uitdrukkelijk aangeeft geen contact met zijn naasten te willen, moet de privacywens van de cliënt gerespecteerd worden.

---

### 2.2 Doel

#### **Hoofddoel**

Doel van de kaart is optimale zorg aan de patiënt door goede samenwerking tussen hulpverlener, patiënt en naastbetrokkenen/mantelzorger. De Triadekaart is een hulpmiddel om hun inbreng zo concreet mogelijk vast te leggen.

Wat wordt hier verstaan onder goede samenwerking binnen de triade en wat is goede zorg?

In het kader van het onderzoek naar effecten van de Triadekaart zijn focusgroepen georganiseerd.

Deelnemers aan deze focusgroepen werd gevraagd wat men onder goede samenwerking verstaat.

- Er is een vaste structuur van regelmatig contactmomenten tussen hulpverlening, naasten en de betrokken cliënt.
- De samenwerking is vormgegeven op geleide van de behoeften van alle betrokkenen.
- De instelling straalt laagdrempeligheid uit in de samenwerking.
- Het contact binnen de samenwerking is respectvol met oog voor ieders deskundigheid, mogelijkheden en wensen.
- De hulpverlening heeft een vaste contactpersoon binnen het netwerk van naasten. Echter, de triade moet ook open staan voor anderen die bij de zorg betrokken zijn.



Deelnemers van de focusgroepen is ook gevraagd naar wat zij goede zorg vinden. De belangrijkste zaken die hieruit naar voren kwamen zijn:

- Goede samenwerking dient ertoe te leiden dat terugval en daarop volgende intensivering van de zorg, bijvoorbeeld door heropname, zoveel mogelijk wordt voorkomen
- Goede zorg dient bij te dragen aan vergroting van de kwaliteit van leven van de cliënt.
- Goede zorg is gericht op het persoonlijk herstelproces van de cliënt.

(Van Busschbach en Bak, 2014)

---

## **Subdoelen**

- Afstemming van taken
  - Eigen regie voor de patiënt
  - Ontlasting van de naaste
  - Duidelijkheid voor de hulpverlener
  - Versterking van het contact in de triade
- 

## **2.3 Aanpak**

### **Opzet van de interventie**

Het algemene idee is dat de instelling initiatief moet nemen en verantwoordelijk is voor het aanbieden van de kaart en voor het plannen van de triadegesprekken. In de meeste gevallen zal de kaart door de vaste hulpverlener worden geïntroduceerd bij patiënt en naaste. Dit gebeurt bij voorkeur in een gesprek. Uit ervaring blijkt namelijk dat toesturen van de kaart per post niet leidt tot adequaat gebruik.

Om afspraken te maken over de inbreng van naasten in de zorg, moet eerst duidelijk zijn waar ieders wensen liggen. De kaart bevat daarom een uitgebreide lijst van taken. Patiënt, familie en hulpverlener kruisen voor het gesprek op hun eigen exemplaar van de kaart aan over welke onderwerpen zij het graag willen hebben. Dat kan bijvoorbeeld zijn omdat iemand bereid is deze taak op zich te nemen, maar ook omdat de betreffende taak juist door niemand wordt gedaan of door de 'verkeerde' persoon. Door vervolgens de ingevulde kaarten naast elkaar te leggen, wordt in één oogopslag duidelijk welke taken afstemming behoeven.

In een triadegesprek neemt men gedrieën de aangevinkte punten door en maakt men afspraken over het vervolg en over de ondersteuning. De kaart dient daarbij als agenda voor het gesprek. Gemaakte afspraken worden vastgelegd in het EPD. Ieder ontvangt een kopie van de afspraken. Ten slotte wordt een vervolgspraak gemaakt om de gemaakte afspraken te evalueren en te actualiseren.

---

### **Locatie en uitvoerders**

Idealiter vindt het contact plaats op initiatief van de hulpverlener. Deze geeft uitleg over de kaart en maakt een afspraak voor een triadegesprek met patiënt en naaste. Voorafgaand aan het gesprek vullen alle drie (thuis) hun eigen exemplaar van de kaart in. Als door de instelling niet standaard met de kaart gewerkt wordt kan een naaste of patiënt ook zelf het initiatief nemen tot gebruik van de kaart. Het gesprek vindt plaats in de instelling, thuis bij de cliënt of elders als daar aanleiding toe is.

---

### **Inhoud van de interventie**

De Triadekaart wordt gebruikt in het gesprek tussen hulpverlener, patiënt en naaste. De kaart bestaat uit twee gedeelten: een beschrijving van allerlei mogelijke klussen en taken die zich voordoen in de zorg rondom iemand met een psychotische aandoening en een gedeelte met achtergronden en uitleg.

Het begint met een inventarisatie; van te voren krijgen alle betrokkenen hun eigen exemplaar van de kaart en kruisen daarop aan welke zaken zij van belang vinden om te bespreken. Het gaat hierbij om een keuze uit de volgende onderwerpen:

- a. Behandeling, gezondheid en herstel
- b. Crisis/opname

- c. Huishouden en persoonlijke verzorging
- d. Sociale contacten en dagbesteding
- e. Administratie, vertegenwoordiging en regelzaken
- f. Contact en ondersteuning binnen de triade

Van elk hoofdonderwerp zijn voorbeelditems in de kaart opgenomen.

Vervolgens worden deze onderwerpen - na vaststellen van ieders agendapunten- besproken in een z.g. triadegesprek. De hulpverlener fungeert daarbij als regisseur van het gesprek. Aan het eind van het gesprek worden afspraken gemaakt over wie welke taken op zich neemt en over het vervolg. Deze afspraken worden vastgelegd in het EPD en tevens wordt een vervolgspraak gemaakt.

---

## **2.4 Ontwikkelgeschiedenis**

### **Betrokkenheid doelgroep**

In 2005 startte vereniging Ypsilon in het kader van het project 'Familieparticipatie' met de ontwikkeling van een instrument om de rol van naasten in de zorg beter zichtbaar te maken. In de loop van 2006 is tijdens bijeenkomsten met actieve vrijwilligers een inventarisatie gemaakt van alle mogelijke taken, rollen en verantwoordelijkheden die familie op zich neemt in de zorg voor hun naaste. Ook is aan de Ypsilonleden (6.000) gevraagd aan te geven wat ze wel zouden willen blijven doen en wat ze niet tot hun taak vinden horen. Op grond van deze lijst is een eerste conceptkaart ontworpen die opnieuw aan de achterban is voorgelegd en bijgesteld. Ook was er aandacht voor de positie van de cliënt en diens instemming met de gemaakte afspraken (vgl. Meinardi, 2007).

Met een eerste versie, de z.g. Keuzekaart Familie-inbreng, is in 2007/2008 proefgedraaid in een viertal GGZ-instellingen. Op basis van de ervaringen is –na verschillende aanpassingen- een nieuwe versie ontwikkeld, de Triadekaart.

Patiëntenvereniging Anoksis was betrokken bij de ontwikkeling en nam deel aan de stuurgroep die het onderzoek tijdens het ontwikkeltraject begeleidde. In deze stuurgroep waren ook professionals vertegenwoordigd.

---

### **Buitenlandse interventie**

Is de interventie buiten Nederland ontwikkeld en wat is aangepast met het oog op de uitvoering in Nederland?

N.v.t.

---

## **2.5 Vergelijkbare interventies**

### **In Nederland uitgevoerd**

Er is enige overlap met de Crisiskaart, ontwikkeld door Vereniging Geestdrift en inmiddels overgegaan naar het Landelijk Platform GGZ (LPGGz) en het signaleringsplan dat in veel GGz-instellingen wordt gebruikt. Ook de Crisiskaart wordt in 2014 ingediend ter beoordeling bij de erkenningscommissie.

---

### **Overeenkomsten en verschillen**

Beide richten zich op andere gebieden: Op de Crisiskaart, een kaartje dat de patiënt bij zich draagt, staat specifieke informatie over hoe een crisis er bij de betreffende persoon uit ziet en wat er moet gebeuren als er een (psychische) crisis optreedt.

Het signaleringsplan stelt de patiënt samen met de behandelaar op. Doel is het voorkomen van een nieuwe psychose. Hiertoe worden de vroege voortekenen daarvan beschreven en maatregelen die de cliënt zelf en mensen in de omgeving kunnen nemen om deze te voorkomen.

Het verschil met bovengenoemde instrumenten is dat in de Crisiskaart en het signaleringsplan de rol van de familie vaak niet of niet goed beschreven is. Bij de Triadekaart worden alle deelnemers van de triade ingeschakeld.

Daarnaast helpt de Triadekaart de kwaliteit van het dagelijks leven te verbeteren.

---

### **Toegevoegde waarde**

Uit onderzoek blijkt dat bij goede inbedding de Triadekaart een goed instrument is om naasten uit te nodigen hun zorgen te delen en een goede samenwerking op te bouwen (Busschbach, J.T. e.a. 2009).

De kaart schept duidelijkheid in de rolverdeling. Het geeft houvast voor zowel hulpverleners, familieleden als cliënten. Voor de hulpverleners is het een goed instrument om de familie beter te leren kennen en hen te kunnen voorlichten. Het is een manier om snel de behoeften en ontbrekende informatie te achterhalen (van Erp, 2009).

Daarbij komt nog:

- Vanuit medisch perspectief: een goede inzet van naastbetrokkenen leidt aantoonbaar tot reductie van het aantal psychoses
  - Vanuit het oogpunt van kwaliteit: de richtlijn schizofrenie zegt dat een optimale behandeling uitgaat van de triade behandelaar, cliënt en naaste
- 

## **3. Onderbouwing**

---

### **Oorzaken**

Het betrekken van naasten is in andere sectoren van de zorg veel gebruikelijker dan in de GGZ. Terwijl het ook daar de zorg kan verbeteren met minder psychoses en sneller herstel tot gevolg. Hulpverleners kampen vaak met een zekere handelingsverlegenheid en weten niet altijd goed wat mag en wat niet in het contact met naasten. Naasten zijn soms jarenlang buiten de deur gehouden of werden als 'lastig' gezien.

Historisch gezien is ook verklaarbaar dat in de algemene gezondheidszorg een goed contact tussen naasten, met name familieleden en hulpverleners vanzelfsprekender is dan in de GGZ. 'Dit is voor een groot deel te verklaren vanuit de geschiedenis, waar autonomie in de antipsychiatrie een belangrijke rol speelde. Sinds die tijd is er in de GGZ al veel veranderd en verbeterd, onder andere wat betreft patiëntenrechten.' (Bovenkamp, H.M. van de, & Trappenburg, M.J., 2008)

Hoewel steeds meer erkend wordt dat naasten een belangrijke rol spelen bij de langdurige ondersteuning maar ook bijvoorbeeld bij preventie van crisis en dwangopname (Bijma & Hutschemaekers, 2007) wordt nog maar weinig gebruik gemaakt van de mogelijkheid tot samenwerking. Verklaringen die hulpverleners hier zelf voor geven is dat cliënten het vaak niet willen of dat men niet goed weet of de familie hiermee wel belast wil of kan worden (Dauwerse et al., 2009).

De ommekeer in de GGZ kwam in 2004 toen de Modelregeling voor de relatie GGZ-instelling en naastbetrokkenen 'Betrokken omgeving' werd opgesteld (Blaauwbroek, 2004). Hierin staan richtlijnen voor het contact tussen hulpverleners en naastbetrokkenen.

De rol van familie en naasten in de zorg wordt sindsdien steeds groter. Inmiddels ontwikkelen veel GGZ-instellingen familiebeleid waarin samenwerking met, bejegening van en aanbod voor naasten is beschreven. Toch valt er nog veel te verbeteren. In 2011 hield het Landelijk Platform GGZ in samenwerking met het Fonds Psychische Gezondheid een landelijke enquête over de zichtbaarheid van familie in de GGZ. De conclusie was dat familie daadwerkelijk te weinig wordt betrokken bij de behandeling van hun naaste binnen de GGZ.

---

### **Aan te pakken factoren**

Doel van de kaart is zoals aangegeven een optimale zorg aan de patiënt door goede samenwerking tussen hulpverlener, patiënt en naastbetrokkene/mantelzorger. Belangrijke knelpunten (zie ook hiervoor) zijn

1. Er is geen vaste structuur van regelmatige contactmomenten tussen hulpverlening, naasten en de betrokken cliënt.

2. De samenwerking is vaak te weinig vormgegeven op geleide van de behoeften van alle betrokkenen.
3. De instelling straalt geen laagdrempeligheid uit in de samenwerking.
4. Het contact binnen de samenwerking heft te weinig oog voor ieders deskundigheid, mogelijkheden en wensen.
5. De hulpverlening heeft geen vaste contactpersoon binnen het netwerk van naasten.
6. Er is vaak geen goede samenwerking waardoor terugval en daarop volgende intensivering van de zorg, bijvoorbeeld door heropname, in de hand worden gewerkt

De Triadekaart beoogt aan deze knelpunten tegemoet te komen door het aanreiken van een manier om via een driegesprek tot afspraken te komen over welke zorg aangeboden moet worden en wie dit gaat doen.

Subdoelen:

- Afstemming van taken
- Eigen regie voor de patiënt
- Ontlasting van de naaste
- Duidelijkheid voor de hulpverlener
- Versterking van het contact in de triade

## Verantwoording

1. De Triadekaart biedt een gemakkelijke aanleiding voor cliënt, naaste en hulpverlener om in een triade bijeen te komen en helpt het gesprek op gang. Zijn de afspraken gemaakt, dan wordt in gezamenlijkheid bepaald (niet óf, maar) wanneer het volgende triadegesprek zal plaatsvinden. Zo ontstaat een vaste structuur van regelmatige contactmomenten tussen hulpverlening, naasten en de betrokken cliënt.
2. Met behulp van de Triadekaart brengen cliënt, naaste en hulpverlener los van elkaar in kaart waar hun grootste behoefte aan uitwisseling en ondersteuning zit. De samenwerking wordt zo vormgegeven op geleide van de behoeften van alle betrokkenen.
3. Zelfs al heeft de instelling het beleid verlaten om naasten nadrukkelijk af te houden van betrokkenheid bij de zorg, dan nog wordt in de communicatie de naaste nog met te vaak vergeten als doelgroep. Dit wordt nog eens versterkt doordat vaak sprake is van handelingsverlegenheid van hulpverleners als het gaat om de vraag hoe naasten te betrekken bij de zorg. De inzet van de Triadekaart lost beide problemen op, doordat de naaste de kaart kan zien als een expliciete uitnodiging van de instelling en de betrokken hulpverlener om mee te denken en mee te helpen in de zorg. De instelling straalt via de Triadekaart laagdrempeligheid uit in de samenwerking.
4. Veel naasten ervaren hun positie ten opzichte van de hulpverlener als lastig: hoewel men over veel informatie beschikt en vaak veel zorg verleent is men geen gelijkwaardige gesprekspartner in de samenwerking en het gesprek. De cliënt kan zo'n zelfde ondergeschikte rol ervaren. Door de Triadekaart al vooraf in te vullen, hebben cliënt, naaste en hulpverlener de ruimte om aan te geven op welke gebieden ze iets in te brengen hebben of juist ondersteuning bij willen hebben. In het gesprek zelf wordt de inbreng van een ieder afgestemd op de wensen. Zo is er optimaal oog voor ieders deskundigheid, mogelijkheden en wensen.
5. Werd voorheen vaak alleen een contactpersoon genoteerd om in uiterste nood te kunnen bellen, met de introductie van de Triadekaart is dat stadium definitief voorbij. Willen cliënt, naaste en hulpverlener op elkaar kunnen terugvallen, dan is het een sine qua non dat ze elkaar weten te vinden en ook de contactgegevens van de naaste in het dossier worden opgenomen. Daarmee is direct voor de hulpverlening duidelijk wie binnen het netwerk van naasten de vaste contactpersoon is.
6. Met het betrekken van naasten biedt de Triadekaart een derde partij die kan meekijken met en actief kan bijdragen aan de gezondheidstoestand van de patiënt. Zodra relevant denkt en werkt de naaste dus actief mee als sprake is van een dreigende terugval, juist ook omdat het expliciet als gespreksthema op de kaart benoemd staat. Dit bevordert de goede samenwerking waardoor terugval en daarop volgende intensivering van de zorg, bijvoorbeeld door heropname, mogelijk kan worden voorkomen.

Op soortgelijke wijze draagt de Triadekaart ook bij aan het verwezenlijken van de subdoelen:

7. Afstemming van taken
8. Eigen regie voor de patiënt
9. Ontlasting van de naaste
10. Duidelijkheid voor de hulpverlener

## 11. Versterking van het contact in de triade

Vanuit een meer overkoepelende beschouwing leidt het bovenstaande tot de volgende constatering: De Triadekaart is in eerste instantie ontwikkeld als emancipatie-instrument voor familie. 'Een instrument waarmee *ieder individueel familielid kan bepalen wat hij wel en niet wil doen* voor zijn zieke familielid en wat hij nodig heeft om die taken goed te kunnen vervullen'.

- Bij inventarisatie van behoeften aan zorg en geboden zorg, dient, ook bij cliënt en hulpverlener duidelijk te worden waar *de leemtes* zijn en ook welke taken zouden blijven liggen als die niet door naastbetrokkenen worden opgepakt.
- Wanneer cliënt, hulpverlener en naastbetrokkenen overeenstemming hebben over welke rol naasten spelen in de zorg, dan kan de *informatie-uitwisseling open zijn* en zal er meer duidelijkheid zijn over waar de *eigen grenzen* liggen op het gebied van privacy en autonomie.
- Omdat er een *betere afstemming* is en de mogelijkheden van iedereen in de triade optimaal worden benut, wordt de kwaliteit van zorg verhoogd.
- De kaart zou ook binnen de gehele instelling bij kunnen dragen aan een betere afstemming van het aanbod van zorg en kan dienen als een hulpmiddel om het familiebeleid vorm te geven.

Samengevat brengt de Triadekaart dus een betere informatieoverdracht tot stand tussen patiënt, naasten en formele hulpverlening en meer afstemming waar het gaat om het daadwerkelijke zorgaanbod. Deze verbetering van de informatie-uitwisseling en afspraken rondom de zorg afgestemd op de behoeften en mogelijkheden van alle betrokkenen leidt tot enerzijds betere kwaliteit van zorg en anderzijds tot een minder grote belasting voor naasten. Dit alles met respect voor autonomie en privacy van betrokken patiënt.

Hiermee is duidelijk welke voordelen de Triadekaart biedt in de triade als geheel. Van Erp en anderen (2009) stellen echter op basis van onderzoek naar meerdere vormen van familie-interventies dat ze ook nog voordelen kunnen hebben voor de afzonderlijke hoekpunten van de triade. Kijken we specifiek naar de voordelen van Triadekaart, dan biedt die de volgende voordelen voor de *naasten*:

- meer informatie over de behandeling, maar ook over het welzijn van de patiënt
- erkenning en betrekking in de behandeling
- ondersteuning
- een vorm van samenwerking: taakverdeling
- weer familie kunnen zijn in plaats van een hulpverlener
- door ondersteuning betere omgangsvormen vinden met de patiënt
- verbetering van de relatie met de patiënt

Voor de *hulpverleners* biedt de Triadekaart de volgende voordelen:

- meer informatie over de patiënt
- verhoogde motivatie van de patiënt
- verbetering preventief werken door de signalering van familieleden
- gestelde doelen kunnen ook in de thuissituatie nagestreefd worden

Voor de *patiënt* biedt de Triadekaart de volgende voordelen:

- de behandeling is beter
- decompensatie kan beter voorkomen worden
- kans op heropname is kleiner
- verbetering van zowel de hulpverleningsrelatie als wel de relatie met de familie
- versterking van het gevoel van erkenning en betrokkenheid
- vergroting van de ervaring steun, houvast en begrip van de familie

---

## Werkzame elementen

Elementen in de kaart die moeten bijdragen aan het doel van betere samenwerking zijn

- Het initiatief van de instelling tot het aanbieden van de kaart is een duidelijke uitnodiging aan zowel naasten als patiënt om mee te denken met zorg.
- De kaart en instructies geven duidelijke structuur voor zorgteams als het gaat om het vormgeven van contact met naasten.

- Het grote scala aan taken op de kaart biedt alle betrokkenen overzicht en stimuleert ze tot het bespreken van mogelijkheden waaraan anders wellicht niet zou worden gedacht.

---

## 4. Uitvoering

---

### Materialen

- Algemene informatie over achtergronden kaart : [www.triadekaart.nl](http://www.triadekaart.nl)
- Triadekaart: papieren versie en digitale versies in EPD (een aantal instellingen heeft de kaart gedigitaliseerd voor gebruik in hun eigen EPD. Ook Ypsilon zelf heeft plannen om de kaart aan te passen voor gebruik via een webapplicatie.)
- Dvd 'Gedeelde zorg', een film voor hulpverleners over het voeren van een triadegesprek
- Triadekit: ondersteuningsmateriaal voor gebruikers
- Triadenet: digitale ondersteuning voor professionals die met de kaart werken ([www.triadenet.nl](http://www.triadenet.nl))
- Trainingen: Aan de slag met de Triadekaart en Hoe voer ik een triadegesprek

---

### Type organisatie

GGz-instellingen kunnen als instelling, als afdeling of als team met de kaart werken en deze actief aanbieden als instrument in de triade van mantelzorger, hulpverlener en patiënt.

Ook kunnen mantelzorgers zelf de kaart inbrengen in het contact met de hulpverlener en hun naaste.

Op dit moment zijn er ca. 27 geregistreerde instellingen die de kaart gebruiken.

Zie: [www.ypsilon.org/triadelandkaart](http://www.ypsilon.org/triadelandkaart)

---

### Opleiding en competenties

Het hoort bij de reguliere taken van de hulpverlener om het contact met naasten vorm te geven, dus geen specifieke competenties bij nodig, anders dan de gewone competenties zoals kunnen inleven in de situatie, kunnen luisteren, een veilige sfeer kunnen creëren en een vertrouwensband kunnen opbouwen. Er is daarom voor uitvoerders geen specifieke training noodzakelijk.

Uit ervaring is wel gebleken dat niet alle professionals zich vaardig genoeg voelen in bijvoorbeeld het voeren van een triadegesprek. Er zijn mogelijkheden voor bijscholing, onder andere door Ypsilon (zie: [www.ypsilon-support.org](http://www.ypsilon-support.org) - in ontwikkeling) of middels supervisie of intervisie.

Verder heeft Ypsilon een film voor hulpverleners ontwikkeld met als onderwerp het voeren van een triadegesprek: 'Gedeelde zorg'. Deze dvd maakt deel uit van de Triadekit.

---

### Kwaliteitsbewaking

Vanuit Ypsilon worden de instellingen op de volgende wijze ondersteund:

- Instructiebijeenkomst  
Hierin krijgen 2 vertegenwoordigers van de instelling basiskennis mee om de introductie bij hun eigen collega's te organiseren.
- Ondersteuningsmateriaal in de vorm van een z.g. triadekit  
Een handzame klapper met per thema informatie op maat
- Digitale ondersteuning via triadenet  
Vele pagina's met informatie, veelgestelde vragen, presentaties, downloads, etc.
- Directe adviezen  
Over invoering en gebruik, zowel voor beleidsmedewerkers als voor mensen van de werkvloer.

Om de kwaliteit te bewaken rust er copyright op de kaart. Het is instellingen niet toegestaan wijzigingen aan te brengen in de kaart, omdat het effect van die wijzigingen niet onderzocht is.

De proof of the pudding zit hem in de praktijk: zodra cliënt, naaste en hulpverlener met de kaart hebben gewerkt, heeft ieder van hen de mogelijkheid om op de kaart en de van daaruit gemaakte afspraken terug te komen en aan te geven wat er zijns inziens anders moet.

---

## **Randvoorwaarden**

Om het welslagen van de invoering te bevorderen stelt Ypsilon enkele voorwaarden:

- Een verklaring van de Raad van Bestuur of directie dat het team de ruimte krijgt om met de kaart te gaan werken
- Aanwezigheid van twee aanspreekpunten/contactpersonen binnen de instelling
- Bijwonen van instructiebijeenkomst met twee mensen, onder wie minimaal één van de werkvloer
- Budget voor de kosten.

Daarnaast is bereidheid tot samenwerking bij alle drie de partijen een belangrijke voorwaarde om tot goede samenwerking te komen. De ervaring leert dat deze bereidheid er niet altijd is. Zo kan het voorkomen dat een cliënt niet wil dat zijn naaste bij de behandeling wordt betrokken. En voor hulpverleners is het bijvoorbeeld lang niet altijd vanzelfsprekend om gesprekken te voeren met naasten.

---

## **Implementatie**

Om de implementatie te ondersteunen stelde Ypsilon twee stappenplannen samen, een beleidsmatig en een meer praktisch stappenplan. Deze zijn opgenomen in de Triadekit, de klapper met ondersteunend materiaal voor professionals die met de kaart (gaan) werken.

Beleidsmatig zien de stappen er samengevat als volgt uit:

### ***Oriëntatie***

- Idee: Triadekaart invoeren
- Uitwerken in projectplan
  - Waarom de familie betrekken?
  - Wat hebben we al aan instrumenten voor familiebeleid?
  - Wat gaat de Triadekaart toevoegen?
  - Hoe goedkeuring RvB vragen?
  - Financiële consequenties
  - Tijdpad invoering
- Ondersteuningsverklaring RvB toesturen naar Ypsilon

### ***Maken beleidskeuzes***

- Beslis: Hoe controleren/sturen we:
  - de voortgang van de invoering
  - de voortgang van het gebruik
  - de voortgang van de tevredenheid?
- Beslis: Hoe komen we tegemoet aan evt. behoefte aan scholing, intervisie, supervisie bij het personeel?
- Beslis: Hoe gaan we om met weerstand?
- Hoe komen we tegemoet aan evt. behoefte aan scholing en ondersteuning van de familie bij hun rol in de zorg?
- Hoe evalueren we de eerste fase?

### ***Inpassen in bestaand beleid***

- Beslis: Hoe kunnen we de andere instrumenten van familiebeleid op de Triadekaart laten aansluiten en omgekeerd?
- Beslis: Hoe betrekken we alle disciplines? (verpleegkundigen zijn snel enthousiast, maar hoe krijgen we ook onze psychiaters mee?)

- Beslis: Wat wordt de rol van de afdeling Preventie?
- Beslis: Moet er nog iets op ICT-gebied?

### **Concretisering**

- Binnen de instelling ruchtbaarheid geven aan het voornemen om te gaan werken met de kaart
- Aanwijzen 2 contactpersonen als kartrekker
- Controleer: Hebben de kartrekkers voldoende zicht op hoe het bij deze afdelingen werkt? Zo niet: formeer projectgroep/werkgroep waarin elke afdeling is vertegenwoordigd
- Met de afdeling Communicatie/ PR-functionaris doornemen wat wanneer in de publiciteit wordt gebracht (buiten de instelling, maar ook intern)
- Beslis: Hoe informeren we de buitenwereld.

Vanuit de ervaringen in het implementatieonderzoek zijn verder een aantal praktische do's en don'ts opgesteld:

- Start de invoering niet op een crisis/opnameafdeling (te hectisch) en niet op een woon/verblijfafdeling (te laat in het zorgproces). Begin het liefst met een afdeling tussen die twee in en bouw vanuit daar verder
- Breng de Triadekaart als een initiatief van de eigen instelling en niet als een idee van derden/Ypsilon
- Breng de Triadekaart niet als iets fonkelnieuws, maar als handig hulpmiddel voor iets waar – vanzelfsprekend - altijd mee wordt gewerkt

### **Kosten**

Ypsilon heeft copyright op de Triadekaart. Instellingen die met de Triadekaart gaan werken betalen Ypsilon hiervoor de volgende fee:

De kosten voor gebruiksrecht bedragen € 1750,-

Hiervoor krijgen zij de eerste 150 kaarten gratis en standaard 2 triadekits.

Nabestellingen voor gebruikers:

100-250 exx: € 0,60 p/st

250-500 exx: € 0,55 p/st

500 of meer exx: € 0,50 p/st

Ypsilon kan optioneel voor de instelling een tweetal trainingen op maat organiseren; *Aan de slag met de Triadekaart* en *Hoe voer ik een triadegesprek*.

Voor de invoering en introductie van de Triadekaart binnen de instelling dienen zij een budget te hebben dat hen in staat stelt de introductiebijeenkomst bij te wonen, de invoering te organiseren en kaarten bij te bestellen. Deze kosten zullen per gebruiker verschillen, afhankelijk van de grootte van de instelling, het aantal afdelingen dat meedoet, e.d.



---

## 5. Onderzoek naar praktijkervaringen

---

### Onderzoek praktijkervaringen

In 2007/2008 hebben van Busschbach, Wolters en Boumans onderzoek verricht naar ontwikkeling en gebruik van de Triadekaart in de GGZ: 'Betrokkenheid in kaart gebracht'. De kaart werd gedurende tweemaal een half jaar uitgetoetst op verschillende locaties. Doel van het onderzoek was om na te gaan hoe de eerste (proef)versies van de kaart in de praktijk werden ontvangen, hoe de kaart werd gebruikt en hoe tevreden betrokkenen daarmee waren. Ook werd gekeken naar de factoren die bijdragen aan succesvolle invoering van de kaart en mogelijke knelpunten

A. J.T. van Busschbach, K.J. Wolters en P.A.T Boumans (2009)

B. Er is gebruik gemaakt van een toegepast, maar deels ook strategisch implementatieonderzoek. Rondom de invoering van het eerste proefmodel van de kaart diende vastgelegd te worden of en hoe deze wordt gebruikt en of men tevreden is met de inhoud. Om zowel de verspreidingsvragen te kunnen beantwoorden als de meer evaluatieve, is er in de onderzoeksopzet voor gekozen om meerdere informatiebronnen te gebruiken. Tijdens de twee 'pilots', periodes waarin proefgedraaid wordt met de kaart, werd op vier manieren data verzameld: via inventarisatie en registratie van de verspreide kaarten (1), via een zog 'entree-enquête' naar de tevredenheid met de kaart bij alle familieleden die de kaart in handen krijgen en willen gaan gebruiken (2), via interviews over (het gebruik van) de ingevulde kaarten met alle betrokkenen in een triade: naaste, de cliënt en de hulpverlener (3) en via implementatie-interviews met de 'kartrekkers'.

C. Resultaten ten aanzien van het gebruik van de kaart:

Bij de start van het onderzoek werd uitgegaan van een zo breed mogelijke verspreiding van de kaart. Dit bleek in de praktijk moeilijk te realiseren. In de onderzoeksperiode van 6 maanden heeft in een derde van de gevallen (N=374) daadwerkelijk een (triade)gesprek plaatsgevonden, in een derde van de gevallen is er wel contact geweest met naasten maar (nog) geen gesprek geweest en in een derde van de gevallen is het helemaal niet tot contact met naasten gekomen.

Belangrijke redenen waarom gesprekken niet gevoerd werden zijn respectievelijk onbekendheid met of onbereikbaarheid van een vast contactpersoon (0-10%), geen toestemming van cliënt om kaart bij naasten te introduceren (2-20%), geen behoefte aan bespreking van de kaart bij naasten (10-20%) en tekort aan tijd. Ook waren er redenen van logistieke aard. In die gevallen waar het gesprek over de kaart gekoppeld was aan al structureel vastgelegde besprekingen met de contactpersoon kwam de kaart vaak niet aan de orde. Een lage frequentie van contact, zoals bij sommige cliënten in de ambulante zorg, of veel wisselingen in de cliëntenpopulatie zoals bij de opnameafdeling, stond eveneens het gebruik van de kaart in de weg.

Oordeel over kaart:

In het algemeen zijn alle betrokkenen heel positief over het initiatief en over de gesprekken die naar aanleiding van de kaart zijn gevoerd. Kanttekeningen werden gezet bij de kaart zelf en ook over hoe het verder in de toekomst met de kaart moest.

Wat het initiatief betreft zagen zowel hulpverleners en naasten als cliënten het belang van meer aandacht voor samenwerking. Er is behoefte aan structureel overleg en afstemming en de kaart sluit aan op deze behoefte. In de praktijk werd echter wel duidelijk dat de kaart met name bij hulpverleners moet concurreren met andere zaken die ook aandacht vragen. Naasten gaven aan dat het belang van de kaart minder groot is wanneer er al sprake is van openheid naar naasten, een constructief contact en goede afspraken. Cliënten benadrukten vooral het belang van de kaart voor hun naasten.

Over de kaart zelf, zowel de eerste als de tweede versie, toonden alle betrokkenen zich iets minder tevreden. Positief was dat de kaart structuur geeft aan het gesprek en ook een handvat biedt om dingen te bespreken die anders zouden blijven liggen bij een te algemene invalshoek. Kritiek was er op de administratieve kant en

het 'voorschrijvende' karakter van de kaart. De kaart was voor mensen soms te uitgebreid en door de specifieke invulling en de gehanteerde terminologie herkende men de eigen situatie niet altijd. Anders dan verwacht leidde het benoemen en navragen van allerlei mogelijke taken niet altijd tot een beter en completer overleg. Men wilde graag de terminologie zoals men die zelf gebruikt en die onderwerpen op de kaart die relevant waren binnen de eigen context. Het verschil tussen vragen die men 'moest' invullen en vragen die meer suggesties zijn van onderwerpen waarover men zou kunnen spreken bleek in de praktijk echter ook lastig.

De resultaten van het onderzoek hebben direct geleid tot belangrijke aanpassingen in de derde en definitieve versie van de kaart. Anders dan in de eerste versies is gekozen voor een duidelijkere scheiding tussen inventarisatie van behoefte aan steun en het aanbod, en de uiteindelijke afspraken. De vormgeving is aangepast en de kaart kan nu ook digitaal in het EPD worden opgenomen.

Een deel van de resultaten van dit onderzoek heeft ook betrekking op de effecten van de kaart, hoewel niet gesproken kan worden van een echt effectiviteitsonderzoek. Zo zijn er aanwijzingen dat de kaart leidt tot verlichting van taken van naasten. In de interviews geven naasten aan dat zij, doordat zij zich gehoord en gezien weten, de ondersteunende taken als minder belastend ervaren.

De kaart en de gesprekken blijken daarnaast in sommige gevallen te leiden tot verbetering van het zorgaanbod. Om lacunes of een overlap in zorg boven water te halen en om tot verbetering te komen moet dan echter expliciet stil gestaan worden bij de 'match' tussen deze drie zaken: het aanbod van de naasten, het aanbod van de GGZ en de behoefte van de betrokken cliënt. Door de aanpassingen in de nieuwe versies van de kaart zijn de mogelijkheden om dit helder te krijgen vergroot.

---

## 6. Onderzoek naar de effectiviteit

---

### Onderzoek in Nederland

J.T. van Busschbach, M. Bak (start onderzoek 2013, wordt afgerond in mei 2016)

‘De Triadekaart verder onderzocht: een onderzoek naar de effecten op samenwerking en kwaliteit van zorg.’

In 2013 heeft Ypsilon een onderzoeksopdracht gegeven aan het RGOc met als doel inzicht verkrijgen in de bijdrage die de kaart heeft op de op samenwerking met naasten en de kwaliteit van de zorg bij gebruik van de kaart zoals deze bedoeld is. Centraal in het onderzoek staan de volgende onderzoeksvragen:

- Wat zijn de criteria voor een adequaat gebruik van de Triadekaart?
- Welke belemmeringen staan adequaat gebruik in de weg en hoe zijn deze weg te nemen?
- Zijn bij adequaat gebruik de effecten op de samenwerking met naasten en op de zorg zoals beoogd?

Daarbij is gekozen voor een gecombineerde onderzoeksopzet met twee deelonderzoeken: a) Een evaluatieonderzoek bij (zo veel mogelijk) teams die op dit moment al werken met de kaart b) Een quasi-experimenteel effect- onderzoek gericht op veranderingen bij teams die bij de start nog niet met de Triadekaart werken maar waarvan de helft bij de start wel met de kaart aan de gang gaat.

Op dit moment is het onderzoek nog in volle gang.

---

### Onderzoek naar vergelijkbare interventies

Er is ons geen buitenlands onderzoek bekend naar interventies die vergelijkbaar zijn met de Triadekaart en dus gericht zijn op het gesprek rondom de (verdeling van de) zorg met cliënt, naasten en professionele hulpverlening.

Wel is veel wetenschappelijk onderzoek verricht naar de belasting van familie en andere naasten van mensen met psychosen (o.a. Van den Bosch e.a. 1999; van Wijngaarden, 2003). Dit betreft zowel de praktische belasting (de extra taken die deze problematiek met zich meebrengt omdat de betrokkene daar zelf soms niet meer toe in staat is) maar ook de emotionele belasting (de onzekerheid en het verdriet). Daar komt het isolement bij: voor de betrokkene is het moeilijk om zelf het sociaal netwerk te blijven onderhouden en veel mensen vallen weg als iemand ziek wordt en niet meer op school of werk verschijnt. De familie wordt hierdoor belangrijker maar tegelijkertijd staat die familie ook meer alleen. Onderzoek naar het stigma rondom psychosen en schizofrenie maakt duidelijk dat het voor familie en andere naasten soms heel moeilijk is om hun zorg(en) met hun omgeving te delen (Phelan et al, 1998; Catthoor e.a. 2003).

Daarnaast zijn er een aantal zogenaamde vergelijkende studies gedaan naar gezinsinterventies gericht op juist het vermijden van verstoorde relaties en verlichten van de belasting van de familie. Deze gezinsinterventies bestaan uit psycho-educatie, maar ook uit emotionele ondersteuning, (praktische) hulp bij crises en de training van probleemoplossende vaardigheden en blijken zeer effectief. Zij hebben een positieve invloed op de preventie van terugval en heropname, en tevens op het welbevinden van familieleden (NICE, 2002; Dixon et al, 2001). In het onderzoeksrapport ‘Familie in de langdurige GGZ deel 1: interventies’ beschrijven van Erp, Place en Michon (2009) welke familie-interventies de GGZ in Nederland kent, welke gebruikt worden en in hoeverre deze bewezen effectief zijn. Binnen het onderzoek zijn diverse familie-interventies met elkaar vergeleken. Hieruit wordt een verdeling in doelen gemaakt, namelijk: informatie en voorlichting, ondersteuning, samenwerking en inzet ervaringsdeskundigheid. De conclusie uit het literatuuronderzoek luidt dat een familie-interventie minimaal zes maanden moet worden ingezet, minimaal tien sessies moet bevatten en de patiënten aanwezig moeten zijn. De aanbeveling van het onderzoeksrapport luidt onder andere dat er in vervolgonderzoeken ook meer naar de gevolgen voor de naastbetrokkenen gekeken moet worden.

---

## 7. Aangehaalde literatuur

---

Alphen, van et al. (2012). *Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie*. Utrecht: De Tijdstroom.

Blauwbroek, H. (2004). *Betrokken Omgeving, Modelregeling relatie GGZ-instelling-naastbetrokkenen*. Utrecht: Cliëntenbond in de geestelijke gezondheidszorg, Landelijke Stichting Ouders van Drugsgebruikers, Stichting Labyrint/In perspectief, Stichting LPR, Belangenorganisatie Cliënten GGZ, GGZ Nederland, Ypsilon.

Bijma, M.W & Hutschemaekers, G.J.M.(2007). *Samenwerken voor minder dwang. Een onderzoek naar de bijdrage van familie- en systeemleden aan het verminderen van dwangtoepassing*. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 62, 9, 734-743.

Bovenkamp, H.M. van de, & Trappenburg, M.J.(2008) *Niet alleen de cliënt centraal. Over familieleden in de geestelijke gezondheidszorg*. Rotterdam: iBMG

Busschbach, J.T. van, Wolters, K.J.K., Boumans, P.A.T (2009). *Betrokkenheid in kaart gebracht, ontwikkeling en gebruik van de Triadekaart in de GGZ*. Groningen: RGOc

Busschbach, J.T. van, Bak, M (2014) *Verslag focusgroepen Onderzoek Triadekaart. Inventarisatie van ideeën rondom mogelijke effecten van de Triadekaart op samenwerking met naasten en kwaliteit van zorg*. Groningen: RGOc, UMCG.

Dauwerse et al. (2009). *Familie betrekken bij dwang(reductie): altijd wenselijk?* Maandblad Geestelijke Volksgezondheid. 64, 5-7.

Delespaul, Ph. (2013) *Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA) en hun aantal in Nederland*. Tijdschrift voor psychiatrie. 2013 (6): 427 - 438.

Erp, N. van, Place, C. & Michon, H. (2009). *Familie in de langdurige GGZ; deel 1 Interventies*. Publicatie Monitor Langdurige zorg. Utrecht: Trimbosinstituut.

Falloon, I.R.H., Boyd, J., McGill, C. (1984). *Family Care of Schizophrenia*. New York: Guilford

Kwekkeboom M.H. (2001). *Zo gewoon mogelijk: Een onderzoek naar draagvlak en draagkracht voor de vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg*. Den Haag: SCP.

Meinardi, S. (2007). *Keuzekaart familie-inbreng. Implementatie op het psychosecircuit GGZ Drenthe*. Afstudeerscriptie Sociaal Pedagogische hulpverlening, Hanzehogeschool Groningen.

Pater-Zijlstra, M. de (2007). *Privacy en autonomie*. Reeks 'Nu Voor Later' nr 11. Rotterdam: Stichting Bewindvoering en vermogensbeheer Nu voor Later.

Wijngaarden, B. van (2003), *Consequences for caregivers of patients with severe mental illness: The development of the Involvement Evaluation Questionnaire*. Academisch proefschrift.

Wittenberg, Y. et al. (2012). *Bijzondere mantelzorg: Ervaringen van mantelzorgers van mensen met een verstandelijke beperking of psychiatrische problematiek*. Amsterdam/Den Haag: HvA/SCP.