

# Gebruik van Triadekaart en invloed op de samenwerking met naastbetrokkenen

J.T. van Busschbach, M. Bak, R. Bruggeman

- Achtergrond** Er is consensus over het belang van het betrekken van naasten in de zorg voor mensen met ernstige psychiatrische problematiek. Vanuit de naasten, hulpverlening en cliënten is er de vraag hoe dit op een goede manier vorm te geven.
- Doel** Vaststellen of de Triadekaart, een gespreksinstrument ontwikkeld om de rol van naasten in het contact te versterken, leidt tot betere samenwerking.
- Methode** Quasi-experimenteel onderzoek bij 12 woonzorgteams en 3 FACT-teams die met de Triadekaart gingen werken en 8 vergelijkbare woonzorgteams en 2 FACT-teams. Met dossieronderzoek en enquêtes verzamelden we informatie over gebruik van de kaart en de samenwerking bij invoering en een jaar daarna.
- Resultaten** De Triadekaart bleek spaarzaam te worden ingezet. Bij gebruik ervan, werd een breder scala aan onderwerpen besproken waaronder de behoeften van naasten zelf. Ook kregen cliënten een grotere rol bij de verdeling van taken. In teams waar aandacht was geweest voor de Triadekaart kwam bij meer cliënten het netwerk in beeld en sprak men elkaar ook vaker face-to-face.
- Conclusie** Aandacht voor de Triadekaart leidt tot beter bereik van naasten en, indien ingezet, tot inhoudsvoller contact. Daadwerkelijke implementatie van de Triadekaart blijkt echter problematisch en de beoogde positieve invloed op samenwerking en zorg daarmee nog gering.

*‘Eén moment staat me nog goed voor ogen: op een keer belde de hulpverlener van mijn zoon en ik schrok want verwachtte het ergste. Maar ze belde om me te zeggen dat het goed met hem ging. Juist dat wilde ze even met me delen. Ik ben haar hier heel dankbaar voor. Dat ze onze betrokkenheid zag en dat ze met ons wilde samenwerken, ook wanneer er geen sprake van een crisis was.’*

(Citaat van een moeder met een zoon in zorg bij ACT-team.)

Sinds enige jaren is er geen debat meer over noodzaak en meerwaarde van de betrokkenheid van naasten bij de zorg aan mensen met ernstige psychiatrische problematiek. In veel instellingen is familiebeleid geformuleerd en zijn familieraden, familievertrouwenspersonen en soms familie-ervaringsdeskundigen geïnstalleerd. Zowel in FACT-teams als in teams voor begeleid en beschermd wonen wordt samenwerking met het sociaal netwerk van cliënten nagestreefd (Van Erp e.a. 2009; 2013). De generieke module ‘Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychisch problematiek’ (Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz 2016) beschrijft manieren om de samenwerking binnen de triade van professionals, naasten en patiënten vorm te geven. Daarnaast worden aanbevelingen gegeven over de ondersteuning aan naasten in hun rol als mantelzorger.

Onderzoek bevestigt de positieve effecten van dergelijke ondersteuning zowel op terugval en ziekenhuisopnames (Lenior e.a. 2003; Pharoah e.a. 2010;) als op de kwaliteit van de zorg en het voorkomen van overbelasting bij naasten (o.a. Bucci e.a. 2016). Desondanks ervaren naasten van cliënten in de ggz, sterker dan in andere sectoren, drempels als het gaat om het directe contact met hulpverleners (Van de Bovenkamp 2012). Zij geven aan dat zij zich onvoldoende gehoord en gezien voelen (van Meekeren 2016). Vanuit Ypsilon, de vereniging van familieleden van mensen met een verhoogde kwetsbaarheid voor psychose, zijn verschillende initiatieven genomen om naasten te verbinden en te ondersteunen. Zo zijn er een website met informatie, (digitale) lotgenotencontacten, telefoon-diensten en gespreksgroepen (Van Mierlo e.a. 2011). Om

## AUTEURS

**Jooske van Busschbach**, pedagoge, senior onderzoeker, Rob Giel Onderzoekcentrum, UMCG, Groningen.

**Meike Bak**, onderzoeksmedewerker, Rob Giel Onderzoekcentrum, UMCG, Groningen.

**Richard Bruggeman**, hoogleraar Neuropsychiatrie van psychotische stoornissen, psychiater en programmahoofd, Rob Giel Onderzoekcentrum, UMCG, Groningen.

### Correspondentie

Dr. J. T. van Busschbach (j.t.van.busschbach@umcg.nl)

Geen strijdige belangen meegedeeld. Van Busschbach en Bak ontvingen financiële steun van Vrienden van Ypsilon voor de uitvoering van deze studie.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 28-6-2021.

### Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2021;63(11):782-788

naasten een handreiking te bieden in de afstemming met de professionele hulpverlening is de 'Triadekaart' ontwikkeld (Ypsilon 2007). Beter afstemming zou moeten leiden tot het beter benutten van de mogelijkheden van iedereen in de triade patiënt-hulpverlening-naasten, terwijl de kwaliteit van zorg en daarmee de kans op herstel zouden worden vergroot. Na een eerste implementatiepilot (Van Busschbach e.a. 2009) kreeg de kaart zijn definitieve vorm ([www.triadekaart.nl](http://www.triadekaart.nl)).

In dit artikel staat de vraag centraal of met de Triadekaart de beoogde positieve bijdrage aan de samenwerking binnen de triade wordt gerealiseerd. Voor alle betrokkenen is het belangrijk te weten of de kaart werkt zoals bedoeld. Daarnaast komt het de implementatie van de kaart op de lange termijn ten goede wanneer er inzicht is in de specifieke effecten van de kaart. In overleg met Ypsilon kozen we voor een onderzoek met als doel 'het vaststellen van de gevolgen van het werken met de Triadekaart op de samenwerking met naasten en op de kwaliteit van de zorg' waarbij ervaringen van naasten en cliënten leidend zijn.

## METHODE

### De Triadekaart

De Triadekaart dient als handvat voor een gesprek tussen cliënt, naaste(n) en hulpverlener en bestaat uit een opsomming van taken en een toelichting. Gestart wordt met een inventarisatie van gespreksonderwerpen aan de hand van de categorieën: 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. De hulpverlener fungeert als regisseur van het gesprek waarin taken worden verdeeld, afspraken vastgelegd en een vervolgesprek gepland.

De kaart is ontwikkeld door een werkgroep van Ypsilonleden die alle mogelijke taken, rollen en verantwoordelijkheden die familie op zich neemt in de zorg inventa-

riseerde. Na consultaties, uitgezet bij alle Ypsilonleden (Meinardie 2007), werd een pilotonderzoek uitgevoerd met een eerste versie, de zogenaamde Keuzekaart Familie-inbreng, in vier ggz-instellingen. Ondanks tevredenheid bij gebruikers bleek het wenselijk de focus te verleggen van een afsprakenkaart naar een uitnodiging tot samenwerking (Van Busschbach e.a. 2009).

Bij Ypsilon was de wens om in het gesprek de positie van de cliënt sterker te benadrukken. Dit leidde tot de Triadekaart met een iets andere inhoud en vormgeving. Ypsilon ontwikkelde daarnaast de zogenaamde Triadekit met een instructie-dvd als hulpmiddel voor instellingen bij de introductie van de kaart.

### Onderzoeksopzet

We kozen voor een quasi-experimenteel onderzoek naar de veranderingen in de samenwerking binnen de triade die optreden in het jaar na ingebruikneming van de Triadekaart. Daarbij vergeleken we 15 teams die de Triadekaart invoerden (TK-teams) met 13 vergelijkbare teams die daar een jaar mee wachtten (W-teams). 7 instellingen (Delta, Emergis, Lentis, Lister, Promens Care, GGZ Friesland en METggz) die hadden aangegeven interesse te hebben in invoering van de kaart participeerden elk met minimaal 2 ambulante en/of woonzorgteams. Binnen Delta, Lister en Promens Care werden trainingdagen georganiseerd, bij de andere teams werd de Triadekaart geïntroduceerd op een informatiebijeenkomst waarbij ook de instructie-dvd werd vertoond.

### Instrumenten: dossieronderzoek

Veranderingen in frequentie en aard van de contacten tussen naasten en hulpverleners werden vastgesteld op basis van dossieronderzoek binnen 15 teams, waaronder 8 TK-teams. Medewerkers bekeken de dossiers en gegevens werden geanonimiseerd vastgelegd. Voor deze procedure, waarbij dus geen *informed consent* werd gevraagd bij betrokkenen, gaf de METC van het UMCG een niet-WMO-verklaring afgegeven (METC 2015/340). Per dossier en apart voor het jaar voor en na de invoering van de Triadekaart, werd genoteerd: a. wel/geen

geregistreerde contactpersoon, b. voor elk contact met naasten de aanwezigheid van de cliënt, het soort contact en de inhoud en c. het gebruik van de Triadekaart. Bij de woonlocaties werden alle dossiers bekeken, bij de FACT-teams een random selectie van 20-25% van de caseload (tabel 1).

### Instrumenten: enquêtes

In enquêtes voorafgaand en een jaar na de invoering van de Triadekaart werd cliënten en naasten gevraagd naar evaluatie van de samenwerking. De vragen werden geformuleerd op basis van drie focusgroepen waaraan 5 naasten, 5 hulpverleners en 8 cliënten deelnamen. Werving voor de focusgroepen verliep via contacten van Ypsilon, het Landelijk Platform GGZ en GGZ-instellingen (Van Busschbach & Bak 2018). Criteria werden geformuleerd voor 'goede samenwerking', die de basis vormden voor de vragen in de enquêtes.

Voor de naastenenquêtes werden twee subschalen onderscheiden: a. respect, openheid en gelijkwaardigheid van het contact (8 stellingen te scoren op een 5-puntsschaal (geheel eens-geheel oneens; alfa = 0,89), en b. de laagdrempeligheid van het contact met de hulpverlening (5 items; alfa = 0,89). Bij de vragen in de cliëntenquêtes ging het om: a. regie, openheid en serieus genomen worden (alfa = 0,67) en b. ervaren belemmeringen, hoop en mate waarin op mensen gerekend kon worden (alfa = 0,49).

De naastenenquête werd door de teams zelf gestuurd naar de contactpersoon of door cliënt overhandigd. De cliëntenquêtes werden soms per post, maar grotendeels door hulpverleners persoonlijk verspreid. Bij de start werden 357 cliëntenquêtes geretourneerd en na

een jaar 226, respectievelijk 18 en 11% uitgaande van de caseload. Voor naasten was dit 15% en 9%, ervan uitgaande alle cliënten een contactpersoon hadden. Bij de start werd de naastenenquête veelal ingevuld door ouders (62%) en broers of zussen (15%) en in een enkel geval de partner (12%), een vriend(in) of kennis (2%), of anderen (9%). Nagenoeg dezelfde verdeling was er bij de enquêtes na een jaar.

### Data-analyse

Bij de dossieranalyse werden de gegevens gesommeerd per cliënt en jaar. Vergelijkbaarheid van de TK en W-teams bij de start werd getoetst met een exacte toets van Fisher of  $\chi^2$ -toets of een onafhankelijke t-test voor de gemiddelden. Om na te gaan of er sprake was van een verandering toetsten we de verschillen binnen de twee groepen teams, nu waar mogelijk met een gepaarde t-test. Eenzelfde procedure werd gevolgd bij de analyse van de enquêtegegevens. Hoewel sprake was van clustering van de data, zagen we af van een *multilevel*analyse vanwege de relatief geringe aantallen, het grote aantal clusters en dichotome karakter van veel van de uitkomsten.

## RESULTATEN

### Gebruik Triadekaart

#### Resultaten dossieronderzoek

In 23% van de dossiers van de TK-teams werd een indicatie gevonden dat de kaart daadwerkelijk was ingezet. Binnen één FACT-team werd helemaal geen Triadega-

**Tabel 1. Caseload teams bij start (n = 25) en na een jaar (n = 23<sup>1</sup>) en respons<sup>2</sup> op enquêtes**

	Wonen <sup>3</sup>	FACT <sup>3</sup>	Totaal
<b>Teams met Triadekaart (TK)</b>			
<i>Bij start</i>			
Caseload	495	585	1080
Respons cliënten enquête	176 (33%)	81 (14%)	257 (24%)
Respons naasten enquête	112 (21%)	64 (11%)	176 (16%)
<i>Na een jaar</i>			
Caseload	456	556	1012
Respons cliënten enquête	73 (16%)	71 (13%)	144 (14%)
Respons naasten enquête	59 (13%)	44 (8%)	103 (10%)
<b>Teams zonder Triadekaart (W)</b>			
<i>Bij start</i>			
Caseload	314	534	848
Respons cliënten enquête	56 (18%)	43 (8%)	99 (12%)
Respons naasten enquête	22 (7%)	37 (7%)	59 (7%)
<i>Na een jaar</i>			
Caseload	213	292	505
Respons cliënten enquête	46 (22%)	37 (12%)	83 (16%)
Respons naasten enquête	25 (12%)	16 (5%)	41 (8%)

<sup>1</sup>Door reorganisatie waren twee teams in andere teams overgegaan.

<sup>2</sup>Respons gebaseerd op potentieel aantal cliënten en naasten die bereikt hadden kunnen worden.

<sup>3</sup>Wonen: beschermd wonen en ambulante begeleid wonen, FACT: *flexible assertive community treatment*.

Tabel 2. Contacten met naasten op basis van dossiers (n = 284)

	Teams met Triadekaart		Teams zonder Triadekaart	
	Jaar voor invoering	Jaar na invoering	Jaar voor invoering	Jaar na invoering
Geen contacten naasten in dossier	48%	37%	50%	52%
1 contact	10%	16%	16%	12%
2-4 contacten	19%	20%	20%	18%
5 contacten of meer	23%	26%	14%	17%
<b>Soort contact met naasten</b>				
Face-to-face	45%	58%*	54%	49%
Telefonisch	42%	35%	41%	41%
E-mail, sms, brief	12%	12%	5%	11%
Contact structureel/afspraken	33%	33%	35%	32%
Contact incidenteel	67%	66%	65%	67%
Cliënt aanwezig (% ja)	45%	50%	50%	50%
<b>Inhoud contact</b>				
Behandeling	53%	50%	51%	56%
Crisis	12%	9%	22%	29%
ADL	11%	11%	17%	10%*
Sociale contacten	15%	13%	13%	8%
Regelzaken	29%	34%	23%	21%
Ondersteuning naasten	27%	28%	45%	33%*

\*Significant verschil tussen meting bij start en na een jaar,  $p < 0,05$ .

sprek geregistreerd in de dossiers, in één woonteam 28. Bij alle Triadekaartgesprekken was de cliënt aanwezig en lag het initiatief bij de hulpverlening.

De inhoud van de 41 Triadekaartgesprekken was heel divers. Wanneer we dit vergeleken met de inhoud van contacten met naasten in diezelfde periode (zie tabel 2) dan bleken tijdens Triadekaartgesprekken alle onderwerpen frequenter aan bod te komen: zowel behandeling (82%;  $p < 0,001$ ), als ADL en huishouden (29%;  $p < 0,001$ ), sociale contacten (35%;  $p < 0,001$ ), regelzaken (62%;  $p < 0,001$ ) en ondersteuning aan de naasten (73%;  $p < 0,001$ ).

### Resultaten enquêtes

Van de geënquêteerden uit de TK-teams kende na een jaar 30% van de cliënten en naasten de Triadekaart. 20% had de kaart daadwerkelijk gebruikt. Voor geënquêteerde cliënten was dit 28% en 19%. Het merendeel van de Triadekaartgesprekken werd geïnitieerd vanuit het team, 21% hoorde hierover via Ypsilon en 10% via de familieraad. 44% van de naasten ontving ofwel een uitgeschreven verslag, ofwel een kopie van de afspraken. 30% van de cliënten gaf aan dat zij na een Triadegesprek zelf meer taken op zich hadden genomen.

Het aantal onderwerpen op de kaart en de inhoud ervan werd door 80% van de cliënten en 40% van de naasten als 'goed' ervaren (45% geen mening). Over de hele linie was het oordeel van gebruikers gematigd positief.

Cliënten: 'Het geeft een overzicht van gebieden waarop je hulp zou kunnen vragen (die je zelf soms niet bedenkt)', 'Het hielp mijn moeder een paar onderwerpen te bedenken om het over te hebben'.

Een naaste: 'Door de omvang van het aantal onderwerpen ontstaat een compleet beeld over het spectrum van de hulpvraag'.

Enkele cliënten zetten kanttekeningen: 'Samenwerking was al prima', 'We (ik, mijn familie en begeleider) hebben besloten dat de Triadekaart voor ons niet nodig was'.

Gevraagd naar een 'rapportcijfer' voor de kaart gaven cliënten een 7,38 (SD 1,45) en naasten een 7,0 (2,08).

### Veranderingen in de samenwerking met naasten

#### Resultaten dossieronderzoek

In 72% van de dossiers was geen informatie te vinden over een vaste contactpersoon. Dit gold voor zowel de FACT-teams als de woonzorgteams. Omdat hierover geen historie wordt bijgehouden, konden veranderingen na een jaar niet worden vastgesteld. In de TK-teams en de W-teams waren er in het eerste jaar bij ongeveer de helft van de cliënten ook gesprekken met naasten (tabel 2). Een jaar na de invoering van de kaart was dit percentage in de TK-teams significant gestegen ( $p = 0,04$ ) en in de W-teams niet. Het aantal gesprekken per triade verschilde niet tussen beide soorten teams, ook niet na het jaar van invoering.

In de TK-teams waren bij de start minder vaak face-to-face contacten met naasten dan in de W-teams ( $\chi^2(2) = 10,66$ ;  $p = 0,01$ ), maar na invoering van de kaart was dit juist andersom ( $\chi^2(2) = 9,181$ ;  $p = 0,01$ ). In alle teams en over beide jaren was er bij één op de drie contacten sprake van een regelmatige (vaste) afspraak met naasten, terwijl in ongeveer de helft van de contacten met naasten de cliënt aanwezig was.

Er was in eerste instantie geen verschil tussen de teams waar het ging om de onderwerpen van gesprek met naasten. Na een jaar was in de W-teams sprake van een afname in de aandacht voor ADL en huishouden ( $p = 0,04$ ) en voor de ondersteuning aan naasten zelf ( $p = 0,01$ ).

### Resultaten op basis van enquêtes

In de enquêtes werd gevraagd in hoeverre er bij naasten behoefte was aan contact met de hulpverlener (zie tabel 3). Er bleken geen significante verschillen tussen de teams bij de start en na een jaar. In de TK-teams waren bij de start en na een jaar meer naasten met een vast contactpersoon (66%) dan in de andere teams (51%;  $p = 0,04$ ). Naasten gaven aan dat het contact slechts heel zelden op initiatief van de betrokken cliënt plaatsvond (5%). Vaak (33%) kwam het initiatief vanuit de naasten, en iets minder vaak (20%) vanuit het hulpverlenings-team, maar meestal werd het initiatief ervaren als gemeenschappelijk. Hierin was geen verschil tussen de teams bij de start en na een jaar. In 25% van de gevallen was er sprake van structureel regelmatig contact, meestal maandelijks, soms wekelijks en heel soms (half-)jaarlijks contact. Hierin verschilden de TK- en W-teams niet, ook niet na een jaar.

Gevraagd naar de ervaringen met de samenwerking bleken naasten het veelal 'enigszins eens' met stellingen rondom openheid van het contact, gelijkwaardigheid en serieus genomen worden (tabel 3). Er was wat dat betreft geen verschil tussen de teams bij de start en geen sprake van verandering na een jaar.

Dit gold ook voor de vraag, ook gesteld aan naasten zonder contact met hulpverleners, naar hoe laagdrempelig het team zich opstelde naar naasten. Cliënten gaven aan dat er sprake is van kwaliteit en eigen inbreng in de samenwerking tussen naasten en hulpverlening. Ook

hierin waren geen verschillen tussen de teams bij de start en na een jaar. Ditzelfde gold voor autonomie en kwaliteit van leven: aandacht voor de kaart leidde niet tot een positiever oordeel van cliënten hierover.

## DISCUSSIE

De Triadekaart is ontwikkeld vanuit het idee dat een hulpmiddel nodig is om de inbreng van naasten 'op de kaart te zetten'. Verondersteld werd dat de kaart een opening zou bieden voor een gelijkwaardiger samenwerking en daarmee een positief effect zou hebben op de kwaliteit van zorg.

Het eerste wat opvalt, is dat de Triadekaart tijdens het onderzoek spaarzaam is gebruikt. Kijken we naar de criteria die vanuit de focusgroepen werden geformuleerd, dan kunnen we concluderen dat de teams er niet in slaagden de kaart minstens één keer aan *alle* cliënten aan te bieden. Een uitzondering vormt één woonteam met een jonge doelgroep waar men al gewend was om het netwerk te betrekken. Gesprekken mét de Triadekaart onderscheiden zich wel van het 'gewone' contact binnen de triade omdat meer onderwerpen worden besproken. Het gaat niet alleen over ADL, maar ook over regelzaken en sociaal contact. Bovendien komen de noden van naasten zelf in beeld en lijken cliënten in de afspraken een grotere rol te krijgen.

Naar de achtergrond van de gebrekkige implementatie is geen gestructureerd onderzoek gedaan. Tijdens het onderzoek bleken er wel algemene implementatieproblemen die bij de invoering van andere ('familie-') interventies ook een rol speelden, zoals gebrek aan tijd, andere ontwikkelingen in de zorg die veel aandacht vragen en een geringe invloed van kartrekkers op hun collega-professionals (Van Erp e.a. 2013). Daarnaast waren er concrete knelpunten die in eerder, ook inter-

Tabel 3. Samenwerking op basis van naasten- en cliëntenquêtes

	Teams met Triadekaart		Teams zonder Triadekaart	
	Bij invoering	Jaar na invoering	Bij invoering	Jaar na invoering
<b>Enquêtes naasten (alle)</b>	n = 176	n = 103	n = 59	n = 41
Behoeft aan contact bij naasten (% ja)	77%	71%	72%	80%
Contact naasten-hulpverlener(s) (% ja)	80%	77%	77%	72%
<b>Enquêtes naasten met contact hulpverlening</b>	n = 139	n = 75	n = 43	n = 31
Vaste hulpverlener als contactpersoon (% ja) <sup>1</sup>	66%	65%	51%	56%
Initiatief vanuit hulpverlening (% ja) <sup>1</sup>	19%	23%	21%	10%
Structuur van regelmatige contacten (% ja) <sup>1</sup>	24%	25%	25%	13%
Respectvol, open en gelijkwaardig <sup>1,2</sup>	4,13 (0,78)	4,03 (1,01)	3,95 (0,90)	3,87 (1,00)
Laagdrempelig contact <sup>3</sup>	4,20 (0,96)	4,19 (1,10)	3,99 (1,13)	3,93 (1,11)
<b>Enquêtes cliënten (alle)</b>	n = 236	n = 134	n = 102	n = 78
Regie bij cliënt, open en gelijkwaardig <sup>3</sup>	3,55 (0,66)	3,46 (0,59)	3,77 (0,69)	3,68 (0,68)
Invloed op kwaliteit van leven <sup>3</sup>	3,30 (0,66)	3,33 (0,62)	3,18 (0,68)	3,36 (0,66)

<sup>1</sup> Indien contact naasten-hulpverlener.

<sup>2</sup> Schaal 1-5, geheel oneens-geheel eens; gemiddelde (standaarddeviatie).

<sup>3</sup> Schaal 0-2, nee, enigszins, ja; gemiddelde (standaarddeviatie).

nationaal, onderzoek zijn gevonden (Baars & van Meeke- ren 2013; Eassom e.a. 2014), zoals onduidelijkheid over privacy, de plek in het dossier en de wijze van declareren van contacten met naasten in termen van diagnose-behandelcombinatie.

Observaties en groepsgesprekken met leden van de teams maakten meer structurele belemmeringen zichtbaar. Zo lijkt er, met het ‘jongere’ team als uitzondering, een gebrek aan vaardigheden en ervaring waar het gaat om gesprekken met ‘het systeem’. In enkele woonteam werd wel een korte training aangeboden, maar primair lijkt de veronderstelling dat waar het contact met naasten betreft hulpverleners vaardig en autonoom moeten zijn. Net als eerder Van Meekeren en Baars (2016) trof- fen wij hulpverleners die altijd naasten betrekken en anderen die dit nooit doen. Een FACT-medewerker: *‘Naasten werken net als ik in kantooruren dus daarom lukt het nooit om te bellen of elkaar te treffen’.*

Door wisselingen in teamleiding en aandachtsfunctionarissen bleek het een uitzondering als er binnen een team sprake was van sturing en een samen gedragen beleid rondom de kaart. Op teamvergaderingen wordt betrokkenheid van naasten niet structureel aan de orde gesteld, behalve bij de zorgafstemmingsgesprekken (ZAG-gesprekken) (Jacobs e.a. 2017) die in een enkel team jaarlijks op de agenda staan. Ook wordt nauwelijks tot geen gebruik gemaakt van de kennis en ervaringen van anderen, zoals systeemtherapeuten.

Door impliciete overeenstemming over competentie en autonomie, blijven onduidelijkheden bestaan rondom privacy, verantwoordelijkheden, prioritering, en worden uiteenlopende belangen, wantrouwen en stigma binnen de triade niet besproken (Van Meekeren & Baars 2016). Allemaal zaken die ook zonder de Triadekaart een goede samenwerking in de weg staan (Landeweer e.a. 2017). Waar verwacht werd dat de Triadekaart deze samenwerking zou verbeteren, heeft wellicht de wal het schip gekeerd: het gebruik van de kaart wordt bemoeilijkt als er niet al een begin van samenwerking is. Een laatste belemmering lijkt daarbij de kaart zelf. Hulpverleners gaven ons aan dat de vorm, een op het eerste gezicht uitgebreid formulier met een grote scala aan mogelijke gespreksonderwerpen, soms een drempel opwerpt voor naasten. Degenen die de kaart wel gebruikten, deden dat soms met ‘de kaart in de tas’.

Of de Triadekaart bij daadwerkelijk gebruik het geëi- gendste middel is om de samenwerking en daarmee de zorg te verbeteren, kunnen we op grond van deze studie niet concluderen. Betrokkenen evalueren de kaart als gematigd positief, maar slechts een gering aantal vulde de enquête in en een deel van hen gaf ook aan geen mening te hebben over inhoud en vorm van de kaart. Door de geringe implementatie is het potentieel van de Triadekaart wellicht ook niet benut en mogelijk hebben veranderingen meer tijd nodig. Bij ‘echte’ triadekaartge- sprekken ervaren cliënten wel meer eigen regie en los van het gebruik bleek er na invoering wel bij meer cliën-

ten contact tussen formele en informele steunsysteem terwijl ook het aandeel van de *face-to-face* gesprekken steeg. Deze geringe veranderingen zijn van belang: hoe meer naasten in beeld komen, hoe meer samenwerking een regulier onderdeel van de zorg wordt en hoe meer ruimte voor het naastenperspectief (Tambuyzer & Audenhove 2013).

Daarbij moeten we opmerken dat bij ongeveer de helft van de cliënten er over een jaar geen enkel contact met naasten is, terwijl bij een kwart een geregistreerde vaste contactpersoon ontbreekt. Wellicht heeft dit te maken met de afwezigheid van personen die als contactpersoon kunnen fungeren of het ontbreken van toestemming van de cliënt. Echter, in beide gevallen ligt een verantwoordelijkheid van de ggz om zoveel mogelijk in gesprek te blijven en het gemis aan naasten om mee samen te werken niet op te vatten als gegeven, maar als punt van aandacht (Landeweer 2017).

### Beperkingen

Dit onderzoek heeft naast het voordeel van de directe relatie met de praktijk en de relatieve homogeniteit van de onderzoeksgroep met alleen FACT- en woonzorg- teams, ook beperkingen. De quasi-experimentele opzet kan ertoe hebben geleid dat teams met een voorkeur voor het betrekken van naasten kozen voor de Triade- kaart: het hogere percentage naasten met een vaste hulpverlener als contactpersoon wijst hierop. Kanttekeningen betreffen ook de keuze om niet te con- trolleren voor clustering van gegevens binnen teams en de invloed van kanskapitalisatie door het grote aantal toetsen.

De lage respons op de enquêtes beperkt de waarde hier- van. Bij geen of slecht contact binnen de triade kwam de enquête soms niet aan of bij de verkeerde persoon aan, zo bleek uit verkeerde adresseringen en (telefonische) reacties. Maar ook bij goede samenwerking ervoeren naasten en cliënten soms geen noodzaak om de enquête te retourneren. Wellicht speelt hier hetzelfde als bij de implementatie: adequate en dus persoonlijke samenwer- king verhoudt zich voor veel mensen niet met formulie- ren en protocollen.


Belangrijk is dat nieuw onderzoek wordt opgezet naar hulpmiddelen zoals de Triadekaart die kunnen bijdra- gen aan een door iedere betrokkene als zinvol ervaren contact. Een combinatie van empirisch toetsend onder- zoek, zoals het beschreven dossieronderzoek, met kwalitatief onderzoek waarbij ervaringen, overwegingen en persoonlijk evaluaties verdient daarbij aanbeveling.

### Aanbevelingen

- Het verdient aanbeveling om bij implementatie van de Triadekaart zorg te dragen voor de juiste voorwaar- den, waaronder in ieder geval de formulering van een praktisch beleid rondom gebruik van de kaart in het eigen team, een aandachtsfunctionaris die zorgt dat het gebruik van de kaart structureel op teambijeen-

komsten aan bod komt, een introductietraining en regelmatige herhaaltrainingen zowel voor nieuwe als al getrainde medewerkers.

- Alleen beleid formuleren voor het betrekken van naasten is niet voldoende. Men dient structureel aandacht te hebben voor onder meer de vindbaarheid van gegevens over contactpersonen binnen het naastennetwerk in het dossier en de voortdurende actualisatie van de wijze van samenwerking en de afspraken daarover. Wanneer er (nog) geen samenwerking is met naasten, dient men zorg te dragen voor interventies gericht op het herstellen of opbouwen van contact met naasten.

 Zonder de hulp van naasten en cliënten die hun ervaringen deelden en ggz-medewerkers die de dataverzameling ondersteunden, was dit onderzoek niet mogelijk geweest. Leden van de Begeleidingscommissie, Elleke Landeweer, Ellen Visser en Agna Bartels, hielpen met de tekstredactie van het manuscript.

## LITERATUUR

- Baars J, Meekeren E van. Een psychische stoornis heb je niet alleen. Amsterdam: Boom; 2013.
- Bovenkamp H van de. De rol van familieleden in de zorg: wat de ggz kan leren van andere zorgsectoren. *Ned Tijdschr Geneesk* 2012; 156: A5208.
- Bucci S, Berry K, Barrowclough C, e.a. Family interventions in psychosis: a review of the evidence and barriers to implementation. *Aust Psychol* 2016; 51: 62-8.
- Busschbach JT van, Bak M. Naasten, cliënten en hulpverleners over de samenwerking binnen de Triade. *Participatie en Herstel* 2018; 3: 38.
- Busschbach JT van, Wolters KJ, Boumans HP. Betrokkenheid in kaart gebracht: ontwikkeling en gebruik van de Triadekaart in de GGZ. Groningen: RGOc; 2009.
- Caqueo-Urizar A, Rus-Calafell M, Craig TK, e.a. Schizophrenia: Impact on Family Dynamics. *Curr Psychiatry Rep* 2017; 19: 2.
- Eassom E, Giacco D, Dirik A, e.a. Implementing family involvement in the treatment of patients with psychosis. *BMJ open* 2014; 10: e006108.
- Jacobs R, Lamers D, Peeters P, e.a. De ZAG-werkwijze. Avans Hogeschool; 2017.
- Landeweer E, Molewijk B, Hem MH, Pedersen R. Worlds apart? *BMC Health Serv Res* 2017; 17: 349.
- Landeweer E. Sharing care responsibilities between professionals and personal networks in mental healthcare: a plea for inclusion. *Ethics and Social Welfare* 2017; doi: 10.1080/17496535.2017.1352008.
- Lenior ME, Dingemans PMAJ, Schene AH, e.a. Predictoren en het vijfjarig sociaal en symptomatisch beloop van recent ontstane schizofrenie: een padanalyse. *Tijdschr Psychiatr* 2003; 45: 597-608.
- Meekeren E van, Baars J. Contextuele psychiatrie, een herwaardering; met focus op naastbetrokkenen. *Tijdschr Psychiatr* 2016; 58: 301-8.
- Meinardie S. Keuzekaart familie-inbreng. Hanzehogeschool; 2007.
- Mierlo F van, Boer K de, Slooff C. Psycho-educatie voor familieleden van mensen met een schizofrenie of verwante psychose. Utrecht: Trimbos-instituut; 2011.
- Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz. Generieke module Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychisch problematiek. Utrecht; 2016.
- Pharoah F, Mari JJ, Rathbone J, e.a. Family Intervention for Schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; 12: CD000088.
- Tambuyzer E, Audenhove C. Service user and family carer involvement in mental health care: Divergent views. *Community Ment Health J* 2013; 49: 675-85.
- Erp N van, Place C, Michon H. Familie in de langdurige zorg, deel 1: Interventies. *Monitor langdurige GGz*. Utrecht: Trimbos-instituut; 2009.
- Erp N van, Place C, Michon H. Familie in de langdurige GGZ deel 2: Betrokkenheid in (F)ACT. Research Report No. AF0915. Utrecht: Trimbos-instituut; 2013.
- Ypsilon. Projectplan Project de Familiekaart. Ypsilon; 2007.

---

**SUMMARY**

## Use of the Triangle of Care Card and its influence on the cooperation with caregivers and clients

J.T. van Busschbach, M. Bak, R. Bruggeman

**Background** Although there is consensus on the importance of involving informal caregivers of people with severe mental illness, interventions are needed to support this.

**Aim** To explore whether the use of the 'Triangle of Care Card', an instrument developed to help strengthen the role of care-givers in their contact with workers, increases quality of cooperation and care.

**Method** Three outpatient mental health teams and twelve teams for supported housing started working with the card. Information from files and questionnaires were used to monitor change and compare this with the changes during the same year in ten other teams.

**Results** Use of the Triangle of Care Card was sparse. When it was used, a broader range of subjects were discussed, including the needs of caregivers. Also, clients were more involved. In teams where the card was introduced, the clients' networks became more apparent and there was an increase in face-to-face meetings with members of this network.

**Conclusion** Introduction of the Triangle of Care Card leads to change in the involvement of caregivers. However, implementation is problematic and therefore the increase in quality of the cooperation with caregivers and quality of care is yet small.