



SAMENWERKEN MET NETWERKGERICHTE MIDDELEN

Een onderzoek naar de verbetering van de inzet
van netwerkgerichte middelen in de samenwerking
tussen naasten en hulpverleners van cliënten met
psychosegevoeligheid

ONDERZOEKSVERSLAG

Saphina van den Heuvel
Gloria van Ouwerkerk

Project Innoveren en Ondernemen, SW-8-INNOV-17

Opleiding Social Work, Christelijke Hogeschool Ede

4 juni 2018

Titel

Samenwerken met netwerkgerichte middelen

Ondertitel

Een onderzoek naar de verbetering van de inzet van netwerkgerichte middelen in de samenwerking tussen naasten en hulpverleners van cliënten met psychosegevoeligheid

Auteurs, studentnummer en uitstroombrofiel

Saphina van den Heuvel

141007

Geestelijke gezondheidszorg

Gloria van Ouwerkerk

140995

Geestelijke gezondheidszorg

Datum

4 Juni 2018

Opleiding

Social Work

Christelijke Hogeschool Ede

Project

Project Innoveren en Ondernemen, eindverslag, SW-8-INNOV-17

Organisatie

Ypsilon

Opdrachtgever

Heleen Schönau

Annemiek de Kruif

Afstudeercoach

Petra Potters

Aantal woorden inhoudelijk deel

14398

Voorwoord

Voor u ligt het onderzoeksverslag 'Samenwerken met netwerkgerichte middelen'. In opdracht van familievereniging Ypsilon hebben wij, Saphina van den Heuvel en Gloria van Ouwerkerk, een kwalitatief onderzoek gedaan naar de inzet van netwerkgerichte middelen. Daarin hebben we ons deels gericht op de behoeften van de naasten van cliënten met psychosegevoeligheid. We hebben een deel van het onderzoek uitgevoerd bij Pro Persona in regio Ede. Naar aanleiding van ons onderzoek hebben we het werkkaartenboekje 'Netwerkgerichte middelen' ontworpen.

Het onderzoeksverslag is geschreven in het kader van ons afstudeerproject van de opleiding Social Work aan de Christelijke Hogeschool Ede. Beiden volgen we het uitstroomprofiel Geestelijke gezondheidszorg.

Met dit onderzoek willen we u bekendmaken met wat er voor de hulpverlener nodig is om netwerkgerichte middelen beter in te zetten in de samenwerking met de naasten van cliënten met psychosegevoeligheid. Hiermee willen we de hulpverleners motiveren om netwerkgerichte middelen meer in te zetten.

Voordat u begint met het lezen van het onderzoeksverslag willen we graag de volgende mensen bedanken. Onze eerste dank gaat uit naar onze afstudeerbegeleiders van Ypsilon, Heleen Schönau en Annemiek de Kruif. Zonder hun ondersteuning en begeleiding hadden we ons onderzoek niet zo goed uit kunnen voeren. Vanuit de Christelijke Hogeschool Ede gaat onze dank uit naar onze afstudeercoach Petra Potters en de andere medestudenten van onze Leerwerkgroep. Bedankt voor jullie inbreng en feedback. Daarnaast willen we de respondenten van Ypsilon en Pro Persona die meegewerkt hebben aan de interviews bedanken. Verder gaat onze dank uit naar de medewerkers van Ypsilon en Pro Persona die het uitvoeren van onze onderzoeksactiviteiten mede mogelijk hebben gemaakt.

Dit onderzoek was voor ons zeer leerzaam om te doen. We hebben veel mogen leren over Ypsilon als vereniging, maar ook over onze eigen positie als hulpverlener tegenover het netwerk van de cliënt. We hopen dat ons onderzoek een bijdrage mag leveren aan het werkveld van de GGZ en dat we onze verreikte kennis mee mogen nemen in de toekomst.

Wij wensen u veel lees- en leerplezier toe!

Saphina van den Heuvel & Gloria van Ouwerkerk

Christelijke Hogeschool Ede
4 Juni 2018

Samenvatting

Ypsilon heeft ervaren dat de samenwerking tussen naasten en hulpverleners niet goed loopt. Naasten worden niet altijd betrokken, wat blijkt uit een enquête over de zichtbaarheid van naasten in de GGZ (Paalvast, 2011). Naar aanleiding van dit praktijkprobleem is de volgende hoofdvraag opgesteld:

Wat hebben de hulpverleners van Pro Persona in regio Ede nodig om de bestaande netwerkgerichte middelen van Ypsilon en Pro Persona beter in te zetten, zodat deze beter aansluiten bij de behoeften van de naasten van mensen met psychosegevoeligheid in de samenwerking met de hulpverlener?

Door middel van dit onderzoek willen we Ypsilon en Pro Persona resultaten aanreiken die antwoord geven op deze hoofdvraag. Ons streven is dat dit bijdraagt aan het verbeteren van de samenwerking tussen de naasten en hulpverleners. Voor het beantwoorden van de hoofdvraag hebben we gebruik gemaakt van verschillende dataverzamelmethode: een literatuurstudie, interviews met zes naasten en acht hulpverleners en een groepsgesprek met twaalf naasten.

In ons onderzoek zijn er vijf aspecten die invloed hebben op het betrekken van de naasten en de inzet van netwerkgerichte middelen.

Allereerst worden de naasten niet als een primaire groep gezien door de hulpverleners. Ze richten zich in eerste instantie op de cliënt, waardoor de naasten minder betrokken worden.

Ten tweede hebben hulpverleners onvoldoende kennis van het familiebeleid. Kennis over het familiebeleid van de organisatie is belangrijk, omdat daarin richtlijnen gegeven worden om naasten te betrekken. Een oorzaak van de onvoldoende kennis is het wisselend personeel en het inzetten van flexwerkers.

Ten derde hebben hulpverleners inzicht nodig in de behoeften van de naasten. De belangrijkste behoeften met betrekking tot de houding en werkwijze van de hulpverlener zijn: een betrokken houding, een holistische benadering, zorg op maat en beschikbaarheid. Andere behoeften vanuit de naasten zijn: duidelijkheid, informatieverstrekking, goed contact en eigen ondersteuning.

Ten vierde moet de hulpverlener bekend zijn met netwerkgerichte middelen. Vanuit ons onderzoek is naar voren gekomen dat de hulpverleners bekend zijn met de Triadekaart, het signaleringsplan en de Crisiskaart. De MAT-training en de Generieke module 'Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek' zijn minder genoemd.

Tot slot speelt de visie van de hulpverlener een rol. Als de hulpverlener het belang niet ziet van het betrekken van naasten zal hij de netwerkgerichte middelen minder of niet inzetten.

Wat hulpverleners nodig hebben om netwerkgerichte middelen beter in te zetten, is: extra tijd, een kleinere caseload, kennis over het familiebeleid, inzicht in de behoeften van de naasten, bekendheid van netwerkgerichte middelen en het belang zien van het betrekken van de naasten.

Onze aanbevelingen zijn:

1. Weet wat de behoeften in de samenwerking zijn van de naasten van de cliënt.
2. Vergroot de bekendheid en maak het inzetten van netwerkgerichte middelen toegankelijk.
3. Weet waarom het netwerk belangrijk is voor de cliënt.

Naar aanleiding van onze conclusie en aanbevelingen hebben we het werkkaartenboekje 'Netwerkgerichte middelen' ontworpen. Met dit product willen we de inzet van netwerkgerichte middelen stimuleren en de behoeften van de naasten bekend maken.

Voor vervolgonderzoek raden we aan onderzoek te doen bij meerdere organisaties. Daarnaast stimuleren we het doen van herhaaldelijk onderzoek om informatie actueel te houden. Tot slot raden we aan om ons eindproduct te blijven uitbreiden.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting.....	3
Begrippenlijst.....	8
Hoofdstuk één: Inleiding	9
1.1 Aanleiding	9
1.2 Context	9
1.2.1 Meerjarenbeleidsplan Ypsilon.....	9
1.2.2 Familiebeleid Pro Persona	10
1.3 Probleemstelling	10
1.3.1 Praktijkprobleem	10
1.3.2 Doel van het onderzoek.....	10
1.3.3 Hoofdvraag.....	10
1.3.4 Deelvragen	11
1.4 Aanpak en methode	11
1.4.1 Deelvraag 1	12
1.4.2 Deelvraag 2 en 3.....	12
1.4.3 Deelvraag 4	13
1.4.4 Deelvraag 5	13
1.4.5 Randvoorwaarden	13
1.5 Leeswijzer	14
Hoofdstuk twee: Belang van het netwerk.....	15
2.1 Inleiding	15
2.2 Literatuur	15
2.2.1 Behandeling	15
2.2.2 Herstelbevordering.....	15
2.2.3 Ondersteuning.....	15
2.2.4 Privacy.....	16
2.3 Interviews	16
2.3.1 Invloed op naaste	16
2.3.2 Invloed van naaste.....	16
2.3.3 Werkwijze hulpverlener.....	16
2.3.4 Invloed psychische kwetsbaarheid.....	16
2.3.5 Wederzijdse invloeden	17
2.3.6 Middelen.....	17
2.4 Samenvatting	17

Hoofdstuk drie: Behoeften van de naasten	18
3.1 Inleiding	18
3.2 Literatuur	18
3.2.1 Stabiliteit	18
3.2.2 Betrokkenheid en ondersteuning.....	18
3.2.3 Informatieverstrekking	18
3.3 Interviews	18
3.3.1 Houding hulpverlener	19
3.3.2 Samenwerking.....	19
3.3.3 Middelen	20
3.3.4 Organisatie	20
3.4 Groepsgesprek	20
3.5 Samenvatting	21
Hoofdstuk vier: Betrokkenheid van naasten in het hulpverleningstraject	22
4.1 Inleiding	22
4.2 Literatuur	22
4.2.1 Ontwikkeling	22
4.2.2 Informatieverstrekking en ondersteuning	22
4.2.3 Positie van de naaste in de triade	22
4.3 Interviews	23
4.3.1 Samenwerking.....	23
4.3.2 Houding naaste	24
4.3.3 Houding hulpverlener	24
4.3.4 Werkwijze hulpverlener.....	25
4.3.5 Middelen en Pro Persona.....	25
4.3.6 Rol naaste.....	26
4.3.7 Invloed op naaste	26
4.4 Groepsgesprek	26
4.5 Samenvatting	26
Hoofdstuk vijf: Bestaande netwerkgerichte middelen	28
5.1 Inleiding	28
5.2 Literatuur	28
5.2.1 Ypsilon en Pro Persona	28
5.2.2 Ypsilon.....	28
5.2.3 Pro Persona	28
5.3 Interviews	29

5.3.1 Triadekaart.....	29
5.3.2 ZorgAfstemmingsGesprekken	29
5.3.3 Psycho-educatie	29
5.3.4 MAT-training	30
5.3.5 Familiebeleid	30
5.3.6 Familieraad.....	30
5.3.7 Quickscan.....	30
5.3.8 Signaleringsplan/Crisiskaart.....	30
5.3.9 Generieke module	30
5.3.10 Overig.....	30
5.4 Samenvatting	30
Hoofdstuk zes: Inzet van middelen door hulpverleners	32
6.1 Inleiding	32
6.2 Interviews	32
6.2.1 Invloeden op inzet	32
6.2.2 ZorgAfstemmingsGesprekken	32
6.2.3 MAT-training	32
6.2.4 Psycho-educatie	32
6.2.5 Triadekaart.....	33
6.2.6 Signaleringsplan/Crisiskaart.....	33
6.2.7 Familiebeleid	33
6.2.8 Familieraad.....	33
6.2.9 Quickscan.....	34
6.2.10 Generieke module	34
6.3 Samenvatting	34
Hoofdstuk zeven: Eindconclusie en aanbevelingen.....	35
7.1 Eindconclusie	35
7.2 Aanbevelingen	36
7.2.1 Weet wat de behoeften in de samenwerking zijn van de naasten van de cliënt.....	36
7.2.2 Vergroot de bekendheid en maak het inzetten van netwerkgerichte middelen toegankelijk	36
7.2.3 Weet waarom het netwerk belangrijk is voor de cliënt	37
7.3 Beknopte weergave eindproduct.....	37
Hoofdstuk acht: Discussie	38
8.1 Opzet	38
8.2 Uitvoering	38

8.3 Uitkomsten	39
8.4 Validiteit en betrouwbaarheid.....	39
8.5 Toegevoegde waarde van het project.....	40
8.6 Vervolgonderzoek en implementatie.....	40
Literatuurlijst	41
Bijlage 1 Kernlabelschema deelvraag 1.....	47
Bijlage 2 Kernlabelschema deelvraag 2.....	48
Bijlage 3 Kernlabelschema deelvraag 3.....	51
Bijlage 4 Kernlabelschema deelvraag 4.....	58
Bijlage 5 Kernlabelschema deelvraag 5.....	60
Bijlage 6 Literatuurschema.....	63
Bijlage 7 Literatuur kijkkader.....	73
Bijlage 8 Werkkaartenboekje 'Netwerkgerichte middelen'	107
Bijlage 9 Eindpresentatie	127
Bijlage 10 Stakeholderanalyse.....	131
Bijlage 11 Interviewleidraad naasten, vrijwilligers en familieraad	135
Bijlage 12 Interviewleidraad hulpverleners Pro Persona	138
Bijlage 13 Groepsgesprek Ypsilon.....	141

Begrippenlijst

Begrip	Definitie
Behoeften	In ons onderzoek zijn dit wensen van de naasten in de samenwerking met de hulpverlener.
Hulpverleners	In ons onderzoek spreken we over hulpverleners binnen een GGZ-instelling. Voor ons onderzoek hebben we interviews afgenomen bij hulpverleners van Pro Persona.
Hulpverleningstraject	Dit is de tijd dat iemand bij de hulpverlening in behandeling is. Deze hulpverlening kan intramuraal, semimuraal en ambulant zijn (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, z.d.).
Naasten	Onder naasten wordt in ons onderzoek de naasten van cliënten met psychosegevoeligheid verstaan. In de meeste gevallen gaat dit om naasten die lid zijn van Ypsilon. Daarnaast hebben we een medewerker van de Familieraad van Pro Persona meegeteld als naaste in ons onderzoek.
Netwerk	Onder het netwerk verstaan we het sociaal netwerk van een cliënt. Dit netwerk is een groep van mensen, waar de cliënt een band mee heeft (Mezzo, z.d.). Dit hoeft niet in familieverband te zijn.
Netwerkgerichte middelen	Onder netwerkgerichte middelen verstaan we middelen uit de hulpverlening die bedoeld zijn om te werken met het netwerk van de cliënt. In ons onderzoek kijken we naar de netwerkgerichte middelen binnen Ypsilon en Pro Persona.
Samenwerking	Dit is de samenwerking tussen naasten en hulpverlener in het hulpverleningstraject van de cliënt.
Triade	Dit is de samenwerking tussen cliënt, naasten en hulpverlener in het hulpverleningstraject van de cliënt.

Hoofdstuk één: Inleiding

Dit eerste inleidende hoofdstuk starten we met een beschrijving van de aanleiding (1.1). Vervolgens geven we een beschrijving van de context van Ypsilon en Pro Persona (1.2). In paragraaf 1.3 geven we de probleemstelling weer met onder andere onze hoofdvraag en de bijbehorende deelvragen. Daarna wordt de aanpak en methode beschreven (1.4). Tot slot wordt het hoofdstuk afgesloten met een leeswijzer (1.5).

1.1 Aanleiding

Het betrekken van naasten is niet vanzelfsprekend. “Nog te vaak horen wij bij Ypsilon verhalen van familieleden of naasten die niet serieus worden genomen door behandelaars. Terwijl het zo van belang kan zijn om hen te bevragen hoe zij de patiënt ervaren”, aldus Erin Wagenaar, docent aan de Universiteit van Amsterdam, afdeling Orthopedagogiek, en lid van familie- en naastenvereniging Ypsilon. (Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016)

Ypsilon heeft binnen haar vereniging waargenomen dat de naasten te weinig betrokken worden in het hulpverleningstraject van de cliënt. Dit heeft zij kunnen concluderen door haar jarenlange ervaring. Ypsilon is namelijk sinds 1984 een vereniging van familieleden van mensen met psychosegevoeligheid (Ypsilon, z.d.).

Bij onze eerste ontmoeting met Ypsilon is er aangegeven dat de vereniging benieuwd is naar de oorzaak van het onvoldoende betrekken van naasten, vooral omdat er genoeg netwerkgerichte middelen zouden zijn die het betrekken van naasten kunnen bevorderen. Deze vraagstelling is de aanleiding van ons onderzoek.

Pro Persona is een organisatie waar Ypsilon nog weinig vanaf wist met betrekking tot dit onderwerp. We hebben daarom in samenspraak met Ypsilon en Pro Persona besloten om ons onderzoek te richten op Pro Persona in regio Ede.

1.2 Context

In deze paragraaf wordt beschreven wat de context is van Ypsilon en Pro Persona. Onder deze context verstaan we de invloeden van het meerjarenbeleid van Ypsilon (2016) en het familiebeleid van Pro Persona (2015) op micro-, meso- en macroniveau.

1.2.1 Meerjarenbeleidsplan Ypsilon

Ypsilon (2016) werkt vanuit het meerjarenbeleidsplan ‘Ypsilon verzet de bakens’. Op microniveau beschrijft Ypsilon de werkwijze van haar eigen vereniging. In haar werkwijze vindt Ypsilon het belangrijk dat de zorg aansluit bij de leefwereld van cliënten en hun naasten. Ypsilon heeft bijvoorbeeld de gespreksgroep, waarin leden elkaar kunnen ondersteunen en ervaringen met elkaar kunnen delen.

Op mesoniveau wordt beschreven wat Ypsilon wil bereiken met externe verenigingen en organisaties. Ypsilon is betrokken bij Mind, het landelijke platform voor cliënten- en familieorganisaties binnen de psychische Gezondheidszorg. Mind en Ypsilon bieden elkaar inhoudelijke, organisatorische en financiële mogelijkheden. Verder zoekt Ypsilon contact met externe organisaties die bij kunnen dragen aan het realiseren van goede zorg en ondersteuning.

Op macroniveau is beschreven wat voor invloed bijvoorbeeld de WMO heeft op Ypsilon. Naar aanleiding van de WMO heeft Ypsilon drie documenten ontwikkeld die gebruikt kunnen worden in het contact met gemeentes. Dit zijn een visiestuk, een factsheet en een document met ervaringsverhalen.

Binnen Ypsilon richten we ons vooral op het micro- en mesoniveau. We verdiepen ons in de naasten van Ypsilon en Ypsilon zelf.

1.2.2 Familiebeleid Pro Persona

Pro Persona (2015) maakt binnen haar organisatie gebruik van een familiebeleid. Het uitgangspunt hiervan is dat de triade samen de richtlijnen van dit familiebeleid uitvoert. Daarnaast wordt de familie benaderd met aandacht en zorgvuldigheid. Het doel van het familiebeleid is de naasten te betrekken bij de behandeling van de cliënt.

Op microniveau moet de hulpverlener altijd informatie aan naasten verstrekken en zich aan vastgestelde afspraken houden. Als de cliënt niet wil dat de naasten betrokken worden, mag de hulpverlener niet-persoonsgebonden informatie verstrekken. Het is aan de hulpverlener om het contact tussen de cliënt en de familie zo goed mogelijk te herstellen en hen te betrekken bij de behandeling.

Op mesoniveau heeft het familiebeleid invloed op Pro Persona als organisatie. Het familiebeleid is opgesteld in samenwerking met het Landelijk Platform GGZ (LPGGZ). Het LPGGZ adviseert dat een goed familiebeleid vier pijlers heeft: het hebben van een familieraad, een familievertrouwenspersoon, een klachtenreglement voor familie en het hebben van een familiebeleid op papier (Van Maurik, Stoffelsma, Rikhof & De Haas, 2016). Pro Persona maakt gebruik van deze pijlers en het is aan de organisatie om dit te blijven waarborgen.

Op macroniveau heeft het familiebeleid invloed op andere hulpverleningsorganisaties. Landelijk is Pro Persona de zestiende GGZ-instelling die deze vier pijlers heeft binnen haar organisatie (Pro Persona, 2016). Daarmee vormt Pro Persona een voorbeeld voor andere GGZ-instellingen.

Binnen Pro Persona, regio Ede, zullen we ons richten op micro- en mesoniveau. We richten ons op de hulpverleners van Pro Persona en op de organisatie zelf.

1.3 Probleemstelling

1.3.1 Praktijkprobleem

Het Meldpunt Meld je Zorg van het Landelijke Platform GGZ heeft in 2011 een enquête gehouden over de zichtbaarheid van naasten in de GGZ. Uit de enquête bleek dat de zichtbaarheid onvoldoende was. De meerderheid van de respondenten geeft aan dat ze niet altijd voldoende informatie verstrekt krijgen en weinig tot geen ondersteuning krijgen van de instelling (Paalvast, 2011).

Sinds eind 2016 zijn GGZ-instellingen verplicht om een goed familiebeleid te hebben (GGZ Nieuws, 2016). Echter ervaart Ypsilon nog regelmatig dat de samenwerking tussen naasten en hulpverleners niet goed loopt. Ondanks deze verplichting, wordt het familiebeleid nog niet goed geïmplementeerd in de praktijk. Voor Ypsilon gaat het onvoldoende inzetten van het familiebeleid en de aangeboden netwerkgerichte middelen in tegen haar belangen.

1.3.2 Doel van het onderzoek

Het doel van ons onderzoek is Ypsilon en Pro Persona resultaten aan te reiken die antwoord geven op de vraag wat hulpverleners nodig hebben om netwerkgerichte middelen beter in te zetten. Ons streven is dat dit bijdraagt aan het verbeteren van de samenwerking.

1.3.3 Hoofdvraag

Naar aanleiding van de voorgaande paragrafen hebben we de volgende hoofdvraag opgesteld:

Wat hebben de hulpverleners van Pro Persona in regio Ede nodig om de bestaande netwerkgerichte middelen van Ypsilon en Pro Persona beter in te zetten, zodat deze beter aansluiten bij de behoeften van de naasten van mensen met psychosegevoeligheid in de samenwerking met de hulpverlener?

We hebben gekozen om ons vooral te richten op de middelen die binnen Ypsilon en Pro Persona gebruikt worden om het netwerk te betrekken. We richten ons op de hulpverleners en nemen de behoeften van de naasten mee in ons onderzoek. Dit sluit aan bij Ypsilon.

1.3.4 Deelvragen

Om antwoord te kunnen geven op onze hoofdvraag hebben we vijf deelvragen opgesteld. Deze worden hieronder uitgewerkt.

1. *Waarom is het betrekken van het netwerk van de cliënt belangrijk?*

Vanuit onze opleiding hebben we meegekregen dat het belangrijk is om het netwerk te betrekken. Door middel van deze deelvraag zullen wij deze aanname onderbouwen door onder andere een literatuurstudie te doen. Deze deelvraag geeft belangrijke informatie die als een basis fungeert voor de andere deelvragen.

2. *Wat zijn de behoeften van de naasten in de samenwerking met de hulpverleners?*

Als tweede is het belangrijk om inzichtelijk te hebben wat de behoeften van de naasten zijn in de samenwerking. Door te weten wat de behoeften zijn, kunnen naasten en hulpverleners zich op elkaar afstemmen. Verder richten we ons op netwerkgerichte middelen. Om de inzet hiervan te kunnen verbeteren is het belangrijk dat we de behoeften van het netwerk inzichtelijk hebben.

3. *In hoeverre worden de naasten betrokken bij een hulpverleningstraject?*

Vervolgens hebben we onderzocht in welke mate naasten werkelijk betrokken worden bij een hulpverleningstraject. Door dit te weten, kunnen we beter onderzoeken wat hulpverleners nodig hebben om netwerkgerichte middelen beter in te kunnen zetten.

4. *Wat zijn de bestaande netwerkgerichte middelen van Ypsilon en Pro Persona?*

In deze vierde deelvraag wordt er gekeken naar de netwerkgerichte middelen die aangeboden worden door Ypsilon en Pro Persona. Onder deze deelvraag leggen we uit wat voor middelen er zijn en wat ze inhouden.

5. *Hoe zetten de hulpverleners van Pro Persona in regio Ede de bestaande netwerkgerichte middelen van Ypsilon en Pro Persona in?*

Tot slot stellen we de vraag hoe deze middelen ingezet worden. Hierbij kijken we vooral naar de ervaringen van de hulpverleners. Deze deelvraag is de laatste stap om antwoord te kunnen geven op de hoofdvraag.

1.4 Aanpak en methode

In onze dataverzameling maken we gebruik van brontriangulatie en methodische triangulatie. Bij brontriangulatie maak je bij het verzamelen van informatie gebruik van verschillende bronnen (Van der Donk & Van Lanen, 2017). We hebben twee type respondenten: de naasten en de hulpverleners. De naasten die we geïnterviewd hebben, bestaan uit vier vrijwilligers en één naaste van Ypsilon en één

medewerker van de familieraad van Pro Persona. De hulpverleners die we daarentegen hebben geïnterviewd, zijn de hulpverleners van de FACT- en VIP-teams van Pro Persona in regio Ede. Ook hebben we een medewerker van het familiebeleid van Pro Persona gesproken.

Bij methodische triangulatie maak je gebruik van verschillende dataverzamelmethode(n) (Van der Donk & Van Lanen, 2017). We doen een literatuurstudie, nemen interviews af en nemen deel aan een groepsgesprek in Ede.

1.4.1 Deelvraag 1

Voor de eerste vier deelvragen hebben we alleen gebruik gemaakt van de literatuurstudie. Voor de literatuurstudie hebben we een literatuurschema en een kijkkader gemaakt. Deze staan in bijlage 6 en 7. In het literatuurschema hebben we alleen de bronvermeldingen geplaatst, zodat we een overzicht kregen van relevante bronnen. Voor het zoeken van literatuur hebben we Ypsilon gevraagd of ze nog relevante literatuur had. Daarnaast hebben we de databanken van de Christelijke Hogeschool Ede gebruikt. In het kijkkader hebben we de begrippen per deelvraag daarin per onderwerp gesorteerd (Van der Donk & Van Lanen, 2017). Dit zorgde voor een gestructureerd overzicht.

Na negen weken literatuurstudie te doen, bereikten we het moment van theoretische verzadiging. Nieuwe bronnen leverden geen nieuwe inzichten meer op en vulden de informatie die we hadden alleen goed aan (Baarda et al., 2013). Vervolgens zijn we aan de slag gegaan met het schrijven van de resultaten.

Tijdens de interviews kwam er informatie naar voren die relevant was voor deze deelvraag. In eerste instantie wilden we voor deze deelvraag geen interviews gebruiken, omdat deze vraag vooral verdiepend is voor het beantwoorden van de rest van de deelvragen. We hebben besloten de nieuwe informatie toch te gebruiken, omdat we dachten dat meer informatie het beantwoorden van de deelvraag makkelijker zou maken. Achteraf gezien hadden we dit anders willen doen. Dit is te lezen in de discussie in hoofdstuk acht.

1.4.2 Deelvraag 2 en 3

Voor deelvragen 2 en 3 hebben we gebruik gemaakt van literatuurstudie, interviews en een groepsgesprek. De literatuurstudie hebben we aangepakt zoals beschreven staat bij deelvraag 1.

Deelvraag 2 wilden we met naasten bespreken, omdat we hierdoor informatie konden verzamelen uit zo veel mogelijk verschillende perspectieven. Dit maakt ons onderzoek breder inzetbaar. Daarnaast zijn er weinig recente literatuurbronnen die weergeven wat de behoeften van de naasten zijn. We wilden de hoofdvraag zo praktisch mogelijk maken, dus hadden we daar recente informatie voor nodig. Dit krijg je het beste van de naasten zelf. Ondanks dat deze deelvraag niet in de interviewleidraad van de hulpverlener verwerkt zat, kwam er in de interviews toch relevante informatie naar boven. Deze hebben we voor dezelfde reden als bij deelvraag 1 toch gebruikt.

Voor de interviews hebben we een interviewleidraad opgesteld. Deze hebben we opgesplitst in vragen voor de naasten van Ypsilon en vragen voor de medewerker van de familieraad. De interviewleidraad voor de naasten staat in bijlage 11. Vervolgens hebben we de interviews geanalyseerd aan de hand van kernlabelschema's. Deze staan in bijlage 1 tot en met 5. We hebben de kernlabels gebruikt voor de indeling van de resultaten van de interviews. Onder elk kernlabel staat dus de belangrijkste informatie van dat kernlabel. Indien relevant is er ter verduidelijking een korte uitleg gegeven van het kernlabel.

Deelvraag 3 hebben we met zowel de hulpverleners als met de naasten besproken. Voor het afnemen van de interviews met de hulpverleners hebben we een aparte leidraad gemaakt. Deze is gericht op deelvragen 3, 4 en 5 en hebben we opgesplitst in vragen voor de hulpverleners van de VIP- en FACT-teams en vragen voor de medewerker van het familiebeleid. Deze interviewleidraad staat in bijlage 12.

Beide deelvragen hebben we behandeld in het groepsgesprek. De uitwerking van het groepsgesprek staat in bijlage 13. We hebben deze vorm van dataverzameling gekozen, omdat we meerdere naasten tegelijk konden spreken. Daarnaast was er interactie tussen de verschillende naasten, wat bij de naasten kan zorgen voor nieuwe inzichten en een nieuwe inbreng.

1.4.3 Deelvraag 4

Deze deelvraag hebben we beantwoord door middel van literatuurstudie en de interviews met de hulpverleners. In de interviews met de naasten voor deelvraag 2 en 3 werd ook informatie gegeven over deze deelvraag. Die informatie hebben we meegenomen in de analyse en de beantwoording.

1.4.4 Deelvraag 5

Deelvraag 5 wilden we alleen beantwoorden door middel van interviews met de hulpverleners, omdat deze deelvraag vooral om de praktijk gaat. Net zoals bij deelvraag 4 kwam in de interviews met de naasten ook informatie naar voren die we voor deze deelvraag konden gebruiken. Dit hebben we verwerkt in de kernlabelschema's.

1.4.5 Randvoorwaarden

Ter voorbereiding van ons onderzoek hebben we samen met Ypsilon, Pro Persona en de Christelijke Hogeschool Ede verschillende randvoorwaarden opgesteld.

Christelijke Hogeschool Ede	De eerste deadline voor ons onderzoek is 4 juni 12:00.
	Voor ons onderzoek hebben we 630 uur per persoon.
	We nemen deel aan de LWG-bijeenkomsten.
	Petra Potters is onze afstudeercoach.
	We kunnen werken op de CHE en werkruimtes reserveren.
	We kunnen de boeken voor de literatuurstudie tijdelijk lenen uit de mediatheek.
	We kunnen op school printen. Dit kost geld.
	De meeste online-databanken zijn alleen toegankelijk met de inlogcode van de CHE.
	We kunnen voor advies van een docent naar het Atelier.
Ypsilon	We hebben twee aanspreekpunten: Heleen Schönau en Annemiek de Kruif.
	We hebben alleen contact met de leden als Heleen Schönau en Annemiek de Kruif ons hier toestemming voor gegeven.
	De contactgegevens van de leden blijft anoniem.
	In overleg kunnen we werken op de hoofdlocatie in Den Haag.
	Het eindproduct moet relevant zijn voor Ypsilon.
Pro Persona	We spreken alleen met de hulpverleners van Pro Persona.
	Ons aangewezen contactpersoon en de aandachtsfunctionarissen van het VIP- en FACT-team uit Ede en Veenendaal zijn ons aanspreekpunt.
	Zij zijn degenen die de interviews met de hulpverleners regelen.
	De zorgmanager geeft de definitieve doorslag op het moment dat wij toestemming voor een handeling nodig hebben.
	In overleg kunnen we werken op een locatie van Pro Persona.
	De interviews die we afleggen nemen een tijdsbeslag in van drie weken en duren maximaal 30 minuten per respondent.

1.5 Leeswijzer

Hoofdstukken twee tot en met zes beschrijven de resultaten van de deelvragen. De hoofdstukken twee tot en met vijf beginnen met een stuk literatuur. Vervolgens zal in alle hoofdstukken verder worden ingegaan op de resultaten uit de interviews. Hoofdstuk drie en vier geven na de interviews informatie over de resultaten uit het groepsgesprek. Elk hoofdstuk sluit af met een samenvatting. Hoofdstuk zeven beschrijft de eindconclusie en de aanbevelingen. In hoofdstuk acht staat de discussie.

Aan de interviews hebben acht hulpverleners en zes naasten meegewerkt. Er waren twaalf deelnemers aanwezig bij het groepsgesprek. Alle respondenten zijn in het verslag geanonimiseerd. Elk respondent heeft een eigen nummer. Respondenten 1, 2, 3, 7, 8 en 12a zijn naasten. Respondenten 4, 5, 6, 10a, 10b, 11a, 11b en 12b zijn hulpverleners. Respondent 9 is het groepsgesprek. De nummers van de respondenten staan gelijk aan het nummer van het interview. De geschrapte interviews en bijbehorende labelschema staan in het bronnenboek.

De kernlabelschema's van de interviews zijn te vinden in bijlage 1 tot en met 5. De uitwerking van het groepsgesprek staat in bijlage 13. In de bijlagen zijn de fragmenten weggehaald. Deze staan in het bronnenboek.

Hoofdstuk twee: Belang van het netwerk

2.1 Inleiding

In hoofdstuk twee wordt de eerste deelvraag “Waarom is het betrekken van het netwerk van de cliënt belangrijk?” besproken. Het hoofdstuk zal beginnen met een onderbouwing vanuit de literatuur (2.2). Daaropvolgend kunt u de uitwerking van de interviews hierover lezen (2.3). Zoals eerder genoemd, zijn deze gebaseerd op onze kernlabels en zijn de kernlabelschema's te vinden in bijlage 1 tot en met 5. Vervolgens worden de literatuur en de interviews samengevat (2.4). Dit hoofdstuk bestaat uit literatuur en interviews, die de deelvraag zullen beantwoorden.

2.2 Literatuur

Allereerst beantwoorden we de deelvraag met het oog op de behandeling (2.2.1). Vervolgens wordt er geschreven dat het betrekken van het netwerk herstelbevorderend kan zijn (2.2.2). Dan wordt de ondersteuning van de naasten benoemd (2.2.3). Tot slot gaat het over de privacy van de cliënt (2.2.4).

2.2.1 Behandeling

Het netwerk speelt een belangrijke rol in het hulpverleningstraject van de cliënt. Zo kan het betrekken van naasten leiden tot betere uitkomsten van de behandeling (Meis et al., 2013). Daarnaast kunnen ze de stabiliteit van de cliënt bevorderen (Pro Persona, 2015). Ook kan door middel van een triadegesprek meer inzicht opgedaan worden op de geestelijke gezondheid van de cliënt (Baars & Van Meekeren, 2013). Juist als de naasten weten hoe ze met de cliënt om moeten gaan, kan dit een positieve werking hebben op de gezondheid van de cliënt (Van de Bovenkamp & Trappenburg, 2008).

Ook voor de hulpverlener kan het nuttig zijn om de naasten te betrekken. Ze zijn een informatiebron voor de hulpverlener, doordat ze de cliënt al langer kennen. Ze hebben informatie die een hulpverlener niet tot zijn beschikking heeft. De naasten weten bijvoorbeeld hoe ze met de cliënt om moeten gaan (Van Erp, Place & Michon, 2009).

2.2.2 Herstelbevordering

De ondersteuning van naasten door de hulpverlener kan zowel een preventieve werking hebben als herstelbevorderend zijn voor de cliënt (Haenen, Fox, Meijer & Veen, 2008; Movisie, 2013). Ten eerste biedt het betrekken van naasten continuïteit aan de cliënt (Van Busschbach, Wolters & Boumans, 2009). Door deze continuïteit geeft de familie de cliënt hoop op verbetering (LPFED, 2012). Ten tweede kan de cliënt meer zelfvertrouwen krijgen (Van Erp et al., 2009).

2.2.3 Ondersteuning

Naasten bieden emotionele en praktische ondersteuning aan de cliënt (Haenen et al., 2008; Van Erp et al., 2009). Wat betreft emotionele ondersteuning kunnen ze de cliënt een gevoel geven van veiligheid en steun (LPFED, 2012). Daarnaast stimuleren de naasten zelfstandigheid en bieden zij hun vriendschap aan (Blomgren Mannerheim, Hellström Muhli & Siouta, 2016).

De naasten ondersteunen de cliënt bij praktische behoeftes zoals onderdak, voeding en financiële hulp (Haenen et al., 2008). Ze reageren op crisissen en nemen de rol van casemanager op zich (Van Erp et al., 2009).

Het ziek zijn van de cliënt heeft invloed op de naasten. De verwachtingen veranderen en de mate van afhankelijkheid en toegankelijkheid verandert (Van Busschbach et al., 2009). Ook hebben de naasten te maken met een negatieve houding van de omgeving tegenover de zieke cliënt. Dit heeft invloed op het welzijn van de naasten, hierdoor kan het belangrijk zijn om hen te ondersteunen (Blomgren Mannerheim et al., 2016).

Door als hulpverlener de naasten te ondersteunen kunnen de naasten zelf hun ondersteunde rol behouden (Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016). Ze kunnen zo meer regie hebben over hun eigen leven (Klaassen, 2011). Ondersteuning bieden aan naasten is daardoor belangrijk. Ook als de cliënt geen samenwerking wil met de naasten, moet er aparte ondersteuning worden aangeboden aan de naasten (Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016).

2.2.4 Privacy

Uit twee publicaties van Van de Bovenkamp en Trappenburg (2008, 2009) komt naar voren dat veel hulpverleners binnen de GGZ de privacy van de cliënt als reden gebruiken om naasten minder te betrekken. Hierin staat de autonomie en privacy van de cliënt voorop. Daarnaast zijn hulpverleners bijvoorbeeld voorzichtig met informatieverstrekking (Van Busschbach et al., 2009). Dit wordt toegelicht in paragraaf 4.2.2.

2.3 Interviews

We kijken allereerst naar de invloed van het betrekken op de naaste (2.3.1). Vervolgens is er beschreven wat voor invloed de naasten hebben op het herstelproces (2.3.2). Daarna is er een kritiekpunt benoemd op de werkwijze van de hulpverlener (2.3.3). Verder is de invloed van de psychische kwetsbaarheid van de naaste beschreven (2.3.4), gevolgd door de invloeden tussen de cliënt en de naasten (2.3.5). Tot slot zijn er drie middelen genoemd die belangrijk kunnen zijn bij het betrekken van naasten (2.3.6).

2.3.1 Invloed op naaste

Het betrokken worden van de naasten bij het hulpverleningstraject draagt een belasting met zich mee (8.58, 3.25). Respondent 8 zegt: “Als de ouders niet afstand nemen, dan gaan ze er helemaal in onderdoor” (8.62). Volgens een hulpverlener kunnen naasten in een spagaat terecht komen:

Alleen je ziet soms wel halve spagaten als bijvoorbeeld hun partner ziet hoe zijn vrouw of man wat afglijdt of moeilijk bereikbaar is van “Ja, wat mag ik dan tegen de hulpverleners zeggen?” “Raak ik dan zelf niet in conflict met mijn partner die eigenlijk in zorg is?” (4.17)

2.3.2 Invloed van naaste

“Het betrekken van naasten is steeds belangrijker geworden”, zegt respondent 6 (6.1). Zo zijn ze belangrijk bij het herstel van de cliënt (4.54). Als tweede zal een cliënt niet voortdurend wankelen als de familie zelf staande blijft (11.58). Wat betreft het signaleren van de problematiek hebben de naasten dat vaak eerder door dan de cliënt zelf (10.15).

2.3.3 Werkwijze hulpverlener

Een naaste heeft kritiek op de werkwijze van de hulpverlener. Volgens haar mag er door de hulpverleners meer afgestemd worden met de naasten (8.53, 8.55).

2.3.4 Invloed psychische kwetsbaarheid

Een psychische kwetsbaarheid heeft invloed op de cliënt en haar omgeving. Volgens een hulpverlener zijn als gevolg hiervan veel cliënten eenzaam (4.6). Een andere hulpverlener beaamt dit en geeft aan dat de kwetsbaarheid altijd invloed heeft op het leven van de cliënt, maar ook op die van de verwanten (5.4).

Ondanks dat kan de omgeving een hele grote rol spelen, zowel ten goede als ten kwade (4.35, 4.36, 4.37). Zo geeft deze respondent het volgende aan: “Ook dat iemand met al je vriendelijk bedoelde betrokkenheid iemand de psychose injagen, bij wijze van spreken. Dus dat is wel ook iets waar aandacht voor is” (4.37).

2.3.5 Wederzijdse invloeden

Een hulpverlener geeft aan dat het betrekken van het netwerk soms een ideaal plaatje is, omdat er soms al veel gepasseerd kan zijn tussen de cliënt en de naasten (6.68). Hier gaat het dus om wederzijdse invloeden.

2.3.6 Middelen

Daarnaast geeft een hulpverlener een drietal middelen aan die belangrijk kunnen zijn bij het betrekken van naasten, namelijk Motiverende gespreksvoering, het uitwerken van een signaleringsplan en psycho-educatie (4.11, 4.12, 4.55). Over psycho-educatie zegt hij bijvoorbeeld:

En zeker als die EE heel hoog is, dan moeten we wel meer psycho-educatie denk ik geven aan families zo van: “Ja, u kunt uw familieleden niet veranderen bij wijze van spreken, maar u kunt wel veranderen hoe u tegenover uw kind staat, of uw partner of uw vader”. Dat soort dingen. Dat is, denk ik, wel belangrijk. (4.55)

2.4 Samenvatting

Het betrekken van het netwerk van de cliënt is belangrijk. Deze betrokkenheid kan herstelbevorderend voor de cliënt zijn en een preventieve werking hebben (Haenen et al., 2008; Movisie, 2013). Ten eerste zijn de naasten een informatiebron. Ze kennen de cliënt langer en weten hoe ze met de cliënt om moeten gaan (Van Erp et al., 2009). Tevens kunnen de naasten bijdragen aan de signalering van de problematiek van de cliënt. De naasten kunnen stabiliteit bevorderen en continuïteit bieden aan de cliënt (Pro Persona, 2015; Van Busschbach et al., 2009). Door het betrekken van het netwerk kan de cliënt meer zelfvertrouwen krijgen. Daarnaast reageren de naasten op crisissen en nemen ze de rol van casemanager op zich (Van Erp et al., 2009). Verder wordt er emotionele en praktische ondersteuning aan de cliënt geboden (Haenen et al., 2008). Tot slot kunnen de naasten invloed hebben op het stimuleren van de psychose. Juist door hen te betrekken kan de hulpverlener daar aandacht voor hebben.

Het is ook voor de naasten belangrijk dat ze betrokken worden doordat een cliënt voor een belasting kan zorgen bij de naasten. Door de naasten te betrekken kunnen ze ondersteuning blijven bieden aan de cliënt en regie blijven houden over hun eigen leven (Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016; Klaassen, 2011).

De privacy van de cliënt kan een reden zijn om een netwerk minder of niet te betrekken (Van Busschbach et al., 2009). Daarnaast kan er veel gepasseerd zijn tussen de cliënt en de naasten.

Hoofdstuk drie: Behoeften van de naasten

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de deelvraag “Wat zijn de behoeften van de naasten in de samenwerking met de hulpverleners?” besproken. Eerst wordt er vanuit de literatuur behoeften genoemd (3.2). Volgens beschrijven we de resultaten op deze deelvraag vanuit de interviews (3.3) en het groepsgesprek (3.4). Tot slot zullen deze paragrafen samengevat worden (3.5).

3.2 Literatuur

De literatuur bij deze deelvraag heeft verschillende aspecten. Eerst wordt de invloed van een (in)stabile situatie op de behoeften van naasten besproken (3.2.1). Vervolgens worden de behoeften behandeld die vallen onder ondersteuning en betrokkenheid van de naasten in het hulpverleningsstraject (3.2.2). Paragraaf 3.2.3 gaat over de behoefte aan informatieverstrekking.

3.2.1 Stabiliteit

Behoeften van naasten zijn afhankelijk van de stabiliteit in hun eigen situatie en de situatie van de cliënt. Op het moment dat de naasten in een stabiele situatie zitten, hebben ze minder behoeften en wensen (Been, 2014).

3.2.2 Betrokkenheid en ondersteuning

Volgens Van Erp et al. (2009) willen naasten bij de zorg betrokken worden. Deze betrokkenheid kan zich uiten in het serieus genomen worden en het gevoel hebben dat er naar hen geluisterd wordt (LPGGZ, 2011). Daarnaast is er behoefte aan goed contact met de hulpverlening op het moment dat er weinig tot geen normale communicatie is met de cliënt (Bransen, Paalvast & Slaats, 2014).

Tevens hebben naasten behoefte aan eigen ondersteuning (Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016). Belangrijk hierin is het geven van aandacht en het geven van ruimte, zodat de naasten hun verhaal kunnen doen (Klaassen, 2011). Verder hebben naasten door de grote belasting van het zorgen voor de cliënt behoefte aan rust en minder verantwoordelijkheid. Ze vinden het fijn om een stuk van deze verantwoordelijkheid los te laten en het vertrouwen uit handen te geven aan de hulpverlening (Been, 2014).

3.2.3 Informatieverstrekking

Naasten vinden het belangrijk dat er (blijvende) informatieverstrekking is (Haenen et al., 2008). Daarin is het goed als de naasten weten waar ze met hun vragen terecht kunnen. Hiervoor zou een contactpersoon aangewezen kunnen worden (Paalvast, 2011).

Wat betreft de inhoud van de informatieverstrekking willen naasten ten eerste informatie over de psychische aandoening van de cliënt. Daarbij hoe ze daar het beste mee om kunnen gaan (Drapalski et al., 2008). Ten tweede zouden naasten kennis willen opdoen over zichzelf en hun eigen mogelijkheden. Dit zou vormgegeven kunnen worden door therapie en/of psychiatrische vakkennis (Blomgren Mannerheim et al., 2016).

3.3 Interviews

Paragraaf 3.3.1 gaat over de houding van hulpverlener in de samenwerking met de naasten. Vervolgens wordt in paragraaf 3.3.2 de behoeften binnen deze samenwerking behandeld. In 3.3.3 worden behoeften genoemd met betrekking tot de netwerkgerichte middelen. Tot slot worden de behoeften in een hulpverleningsorganisatie in het algemeen behandeld (3.3.4).

3.3.1 Houding hulpverlener

Onder dit kopje worden de behoeften van de naasten over de opstelling van de hulpverlener in zijn werk als professional besproken. Zo vinden drie naasten het belangrijk dat de hulpverlener naar ze luistert en/of dat ze met empathie benaderd worden (3.18, 1.34, 7.29). Respondent 1 zegt hierover: “Dat is ook wat je verwacht als ik daar kom. Dat je dan gewoon met alle empathie benaderd wordt” (1.34). Ondanks dat naasten dit belangrijk vinden, is er in de interviews ook naar voren gekomen dat dit niet veel gebeurt (3.18).

Verder vertelt respondent 1 dat de hulpverlener niet alleen open moet staan voor de problemen van de cliënt, maar ook voor de problemen van de familie met deze cliënt (1.4, 7.29b). Daarbij wordt door twee naasten ondersteuning belangrijk gevonden (1.10, 8.28).

Naasten vinden het belangrijk dat de hulpverlener beschikbaar is. Dit komt bij vier naasten terug. Een vorm van deze beschikbaarheid is het nemen van tijd door de hulpverlener (3.17, 7.31, 7.33). Beschikbaarheid kan ook vormgegeven worden door het hebben van een betrokken houding (1.37, 2.15). Respondent 2 en 3 vullen allebei in hun interviews aan dat ze beiden hebben meegemaakt dat ze hulp nodig hadden van de hulpverlening, maar dat deze niet kwam (2.13, 3.22, 3.24). Een deel uit 2.13:

We zaten hier met een zwaar psychotisch kind, die dus ook nog zo had gereageerd op de medicatie en vervolgens werd ik af en toe gebeld door iemand die ik niet kende van het FACT-team: “Hoe gaat het met u en uw kind?” “Het gaat heel slecht. Het is eigenlijk levensbedreigend. Hij moet worden opgenomen.” “Ja, nee, dat doen we niet meer.” “Oké, dan hang ik nu op. Ik heb dan met jullie niks te bespreken. Wat moet ik hiermee?”.

Dat sommige mensen niks van de hulpverlening horen, wordt bevestigd door een hulpverlener (4.44).

Naast beschikbaarheid verwachten naasten ook duidelijkheid in de samenwerking (2.14, 7.29a, 3.30). Twee naasten geven aan dat een hulpverlener moet doen wat hij zegt en zegt wat hij doet (2.14, 7.29a).

Andere behoeften betreffende de houding van de hulpverlener zijn belang van professionele zorgnabijheid, een professionele houding of het begrijpen van de triade (2.21, 8.19, 1.7). Wat genoemd is, is dat een naaste aangeeft dat ze aanloopt tegen de stigmatisering van ‘cliënt’ dat er van iemand met een psychische aandoening verwacht wordt dat hij moet participeren in de maatschappij (2.27, 2.28)

3.3.2 Samenwerking

Het hebben van andere verwachtingen of behoeften wordt door een hulpverlener gezien als een reden waarom de samenwerking niet goed loopt. Een andere reden kan zijn dat de hulpverlener deze andere verwachtingen of behoeften niet ziet (6.43).

Een naaste vindt het belangrijk dat er menselijke zorg is in de samenwerking (2.3). Een tweede naaste sluit daarop aan door aan te geven dat hij het belangrijk vindt dat jij als persoon voorop gesteld wordt (1.1). Een andere behoefte in de samenwerking is het werken met de triade (12.57, 12.58, 1.3, 1.5, 1.6).

Drie naasten hebben het over een relatie binnen de samenwerking. Ten eerste noemen respondent 1 en 8 de ervaring van een band of een klik met de hulpverlener (1.28, 8.33). Verder zegt respondent 2 hierover:

Je moet elkaar ook gewoon mogen. Dan kan je wel zeggen: “Nou, ik heb een professionele afstand”, maar als je elkaar niet mag en de familie ook niet, dat voegt niet echt iets positiefs

toe. Dan kan je best een keer een gesprek met iemand hebben of iets voor iemand uitzoeken, maar je kan niet langdurig iemand begeleiden. (2.22)

Een andere behoefte is de behoefte aan informatie (3.19, 7.20, 7.22, 7.28, 8.12). Daarentegen geeft een hulpverlener aan dat het lastig is om informatie te geven. De hulpverlener moet namelijk goed omgaan met de privacy van de cliënt (11.15, 11.17).

Vijf naasten hebben het in hun interviews over betrokkenheid. Respondent 2 noemt dat het belangrijk is dat de naasten betrokken worden bij belangrijke veranderingen, bijvoorbeeld verandering van medicatie (2.18). Deze respondent geeft ook aan dat ouders vanwege privacyredenen soms niet betrokken worden (2.10). Over de betrokkenheid binnen de behandeling zegt respondent 12a: “Dus ik denk als je familielid een psychiatrische aandoening krijgt dan is het al heel erg voor iedereen en dan is het heel fijn dat je betrokken wordt bij de behandeling” (12.3).

Binnen de samenwerking is de behoefte dat er naar de naasten geluisterd wordt en dat de hulpverlener daar wat mee doet (3.20).

3.3.3 Middelen

Middelen kunnen helpen bij het bevredigen van de behoeften van de naasten. Zo zou volgens een hulpverlener de Triadekaart kunnen helpen bij het maken van een goede taakverdeling. Deze hulpverlener geeft aan dat de meeste klachten daarover gaan (6.38). In een noodplan of de Crisiskaart zou vastgelegd kunnen worden hoe de cliënt zaken geregeld wil hebben en wie er moet reageren in nood (2.32, 2.33, 3.35).

Door psycho-educatie kunnen de naasten leren over de psychische stoornis (8.45). Wat confronterend bij psycho-educatie kan zijn, is: “Met name als je iemand tegenkomt die een heel ziek familielid heeft en jouw familielid is wat minder ziek. Daar kunnen mensen ook wel heel erg van schrikken” (11.49).

3.3.4 Organisatie

Een behoefte is dat de naasten op de hoogte gehouden willen worden (7.22). Oorzaken op organisatieniveau waar dit niet gebeurt, zijn het hebben van geen tijd, het personeelstekort en een overbelast personeel (7.23, 7.34).

3.4 Groepsgesprek

In het groepsgesprek werd de vraag “Wat vind je belangrijk in de samenwerking met de hulpverlener?” besproken. Er werden verschillende aspecten over de houding van de hulpverlener gezegd. Van de twaalf aanwezigen kwam vier keer naar voren dat naasten aandacht (voor de thuissituatie) belangrijk vinden (9.1, 9.2, 9.3). Drie keer noemden de naasten de behoefte aan vertrouwen in de samenwerking (9.17, 9.18). Andere genoemde behoeften over de houding van de hulpverlener zijn: betrokkenheid, empathie, een holistische benadering door de hulpverlener en het serieus genomen worden (9.4, 9.6, 9.11, 9.12, 9.15).

Behoeften in de werkwijze van de hulpverlener zijn: zorg op maat, het afstemmen van het aanbod op de vraag van de naaste en praktische hulpverlening (9.21, 9.23, 9.24).

Op het gebied van communicatie vinden naasten het belangrijk dat het contact vanuit de hulpverlener komt (9.25, 9.26). Belangrijk wordt gevonden dat de hulpverlener zijn afspraken nakomt en signaleert en communiceert (9.31, 9.32, 9.34). Tot slot willen naasten informatie en inzicht in de ziekte van de cliënt (9.37, 9.38).

3.5 Samenvatting

Naasten hebben de behoefte aan betrokkenheid (Van Erp et al., 2009). Ze verwachten dat de hulpverlener een betrokken houding heeft en dat de hulpverlener naar hen luistert. Daarnaast willen de naasten serieus genomen worden (LPGGZ, 2011). Verder is er behoefte aan vertrouwen en openheid in de samenwerking. De hulpverlener moet niet alleen open staan voor de problemen van de cliënt, maar ook voor de problemen van de naasten. Verder vinden naasten het belangrijk dat de hulpverlener beschikbaar is, de tijd neemt en duidelijk is.

In de houding van de hulpverlener vinden de naasten belangrijk dat de hulpverlener werkt vanuit een holistische benadering. De behoeften in de werkwijze van de hulpverlener zijn dat de hulpverlener zorg op maat biedt en dat het contact vanuit de hulpverlener moet komen. Daarbij is het belangrijk dat hij zijn afspraken nakomt. Verder wordt goed contact op het moment dat er geen normale communicatie is met de cliënt belangrijk gevonden (Bransen et al., 2014). In de samenwerking in de triade vinden de naasten belangrijk dat er een overeenstemming is in de rol- en taakverdeling (Ypsilon, 2012).

Naasten hebben tevens de behoefte aan eigen ondersteuning (Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016). Ze vinden het belangrijk dat er aandacht en ruimte is, zodat naasten hun verhaal kunnen doen (Klaassen, 2011). Naasten kunnen door de grote belasting behoefte aan rust en minder verantwoordelijkheid hebben (Been, 2014).

Tot slot is er behoefte aan (herhaaldelijk) informatie (Haenen et al., 2008). Zo willen de naasten informatie over de problematiek van de cliënt en over zichzelf en hun eigen mogelijkheden (Drapalski et al., 2008; Blomgren Mannerheim et al., 2016).

Als een samenwerking niet goed loopt, kan een oorzaak zijn dat hulpverleners en naasten andere verwachtingen en behoeften hebben. Daarnaast kan het zo zijn dat de hulpverlener deze andere verwachtingen en behoeften niet ziet.

Hoofdstuk vier: Betrokkenheid van naasten in het hulpverleningstraject

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zijn de resultaten beschreven die horen bij de volgende deelvraag: “In hoeverre worden de naasten betrokken bij een hulpverleningstraject?”. Eerst brengen we door de literatuur in kaart hoe ze betrokken worden (4.2). Vervolgens kijken we in paragraaf 4.3 naar de interviews. Daarna is kort benoemd wat er uit het groepsgesprek is gekomen (4.4). Tot slot wordt in paragraaf 4.5 een samenvatting gegeven.

4.2 Literatuur

Onder deze paragraaf komen verschillende thema's naar voren. Allereerst wordt er een ontwikkeling in het betrekken van naasten beschreven (4.2.1). Vervolgens kan u lezen hoe er informatie verstrekt wordt en ondersteuning geboden wordt (4.2.2). Tot slot wordt de positie van de naaste in de triade genoemd. Naasten hebben verschillende rollen die invloed hebben op de mate van betrokkenheid (4.2.3).

4.2.1 Ontwikkeling

Het betrekken van naasten wordt in de zorg steeds meer erkend. Toch constateerde Ypsilon (2008) dat dit in de praktijk nog weinig zichtbaar is. Zo worden de naasten wel steeds meer betrokken, maar zijn nog geen vast teamgenoot in het steunsysteem rond de cliënt (Van Busschbach et al., 2009). Uit een ander onderzoek is gebleken dat er een verandering plaats vindt. Zo waren eerst de ervaringen van naasten vaak problematisch door de slechte bereikbaarheid, weinig informatie en communicatie. Toch is volgens Van Erp et al. (2009) de voorlichting aan familieleden verbeterd en het contact tussen familie en hulpverlening toegenomen.

Een recenter document beschrijft dat de belangrijke verantwoordelijkheden voor de zorg van de cliënt zijn overgedragen aan naasten (Blomgren Mannerheim et al., 2016). Hierdoor hebben naasten een belangrijke rol en worden ze betrokken. Desondanks schrijft een ander artikel dat naasten juist niet worden opgenomen in het behandelingsproces. Ze ondervinden frustraties doordat ze worden uitgesloten van behandelbeslissingen en een algemeen gebrek aan informatie en ondersteuning ervaren. Dit was vaak vanwege de privacy van de cliënt (Haskell et al., 2016).

4.2.2 Informatieverstrekking en ondersteuning

Het contact in de samenwerking met de cliënt, naasten en hulpverlener is met name gericht op het herstel van de cliënt en het verhogen van de kwaliteit van zijn leven. De hulpverlener behoort alert te zijn op de behoeften van de naasten wat betreft informatieverstrekking of ondersteuning. Door de hulpverlener wordt er informatie gegeven en vaardigheden aangeleerd aan de naasten. Hierdoor kunnen ze de autonomie van de cliënt stimuleren en vergroten (Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016).

Uit een enquête in de GGZ blijkt dat de naasten niet altijd de informatie krijgen waar ze recht op hebben (Paalvast, 2011). Ook gaf de meerderheid van de respondenten aan dat ze geen hulp of ondersteuning ontvangen (Van der Pijl, 2014). Bransen, De Gee & De Jonge (2013) bevestigen dit door te noemen dat naasten laat bij het ondersteuningsaanbod terecht komen.

Met betrekking tot de privacy mag de hulpverlener niet persoonsgebonden informatie geven aan de naasten. In een situatie waarbij de veiligheid van de cliënt in het geding is, mag de privacy wel worden doorbroken (Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016).

4.2.3 Positie van de naaste in de triade

Een hulpverlener behoort zorg op maat te verlenen aan de cliënt en aan naasten (Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016). Hierin hoort de hulpverlener rekening te houden met de naasten

en zijn verschillende rollen. Van de Bovenkamp en Trappenburg (2012) en Zegwaard et al. (2013) benoemen er een aantal: de naasten kan een informatiebron, een co-begeleider, een mantelzorger of zelf een zorgvrager zijn.

Verder kunnen naasten betrokken worden door de hulpverlener als de naasten gezien worden als onderdeel van de probleemsituatie van de cliënt. Dan wordt medebehandeling aangeraden.

Daarnaast kunnen naasten er ook voor kiezen om niet betrokken te willen worden. Een reden hiervoor is bijvoorbeeld de psychische problematiek van de cliënt (Wittenberg, Kwekkeboom & De Boer, 2012).

4.3 Interviews

Elk kopje van deze paragraaf beschrijft een kernlabel die te maken heeft met in hoeverre naasten betrokken worden. Allereerst wordt er in het algemeen wat gezegd over de betrokkenheid in de samenwerking. Hier worden positieve en negatieve geluiden gehoord. Daarbij wordt benoemd wat de rol van de naaste kan betekenen in deze samenwerking (4.3.1). Vervolgens worden de houding van de naaste (4.3.2), de houding van de hulpverlener (4.3.3) en de werkwijze van de hulpverlener (4.3.4) beschreven. Daarna worden verschillende middelen benoemd die, doordat ze ingezet worden, het netwerk kunnen betrekken (4.3.5). Dan wordt er kort de rol van de naaste benoemd vanuit het perspectief van de hulpverlener (4.3.6). Tot slot wordt de invloed van de cliënt en de invloed van de betrokkenheid benoemd (4.3.7).

4.3.1 Samenwerking

Naasten worden op verschillende manieren betrokken. Zo geeft een respondent aan dat ze betrokken wordt door haar rol als mentor (2.16). Een ander mocht meedenken en erbij zijn (7.18). Een derde maakte kennis met hulpverleners na de eerste paar dagen (8.1). Een vierde geeft aan dat de hulpverlener eens per maand kwam praten (3.4a). Twee naasten geven aan dat ze een soort band met de hulpverlener hebben gekregen (1.28, 7.15).

Een drietal hulpverleners geven aan dat als de samenwerking er is, dat het best goed gaat en dat de naasten in principe betrokken worden (4.40, 11.10, 12.17). Daarnaast zeggen daarvan twee dat dit wel beter kan (4.63, 12.17).

De naasten worden betrokken bij belangrijke momenten in het hulpverleningstraject (5.19). De door drie hulpverleners genoemde momenten zijn: gesprek met een woonvorm, evaluaties, plannen bespreken en opstellen, gebruik van medicijnen, inzet interventies, plotselinge opname en bij (ZorgAfstemmings)gesprekken (5.19, 5.26, 6.17, 10.1).

Verder worden naasten betrokken door outreachend en ambulant te werken (5.24, 6.26, 10.7, 12.27). Er wordt geprobeerd om zo veel mogelijk bij de cliënt thuis te komen (6.48, 11.2, 11.5, 11.36).

Naast deze positieve geluiden zijn er ook negatieve klanken te horen. Er wordt bijvoorbeeld door vier naasten gezegd dat er niet wordt samengewerkt, dat ze weinig hulp hebben kregen of dat er te weinig rekening met de naasten wordt gehouden (2.11, 3.5, 3.11, 3.15, 3.27, 7.1, 7.2, 7.24, 8.53, 8.55, 8.58). Er worden drie redenen gegeven dat invloed kan hebben op het wel of niet betrekken van de naasten. Volgens respondent 6 kan er al van alles gepasseerd zijn tussen de cliënt en de familie (6.68). Een ander geeft aan dat de naasten geen primaire groep zijn waar hulpverleners zich op richten (12.27). Als derde wordt de privacy van de cliënt genoemd, waardoor er bijvoorbeeld weinig contact mag zijn (2.10).

Een viertal naasten geven aan dat de rol van de naaste belangrijk is. Als ze meer betrokken willen worden, kunnen ze bijvoorbeeld op eigen initiatief contact zoeken met de hulpverlener (3.10, 7.9, 7.10, 7.11, 7.26, 7.27, 8.5, 8.13, 8.24). Ook is het belangrijk dat als die samenwerking er is, dat er een evenwicht en sprake van gelijkheid moet zijn (1.12, 2.6). De rolverdeling is daarin belangrijk, waarin je elkaars positie respecteert (1.13), elkaars verantwoordelijkheden ziet (1.14b), dat je weet wat je van elkaar kan verwachten (7.12) en waarin je elkaars rol accepteert (8.14).

Hulpverleners hebben ook wat gezegd over de rol van de naaste. Dit is beschreven onder paragraaf 4.3.6.

4.3.2 Houding naaste

Drie naasten hebben wat gezegd over hun actieve en autonome houding (2.23, 2.34, 3.7, 3.13, 3.14, 8.27). Respondent 3 verwoordde het als volgt: “Maar we waren erg bijdehand, dus we hebben eigenlijk alles ook wel verder zelf opgelost, dus... ik heb weinig met de hulpverlening verder van doen gehad ook.”

De mate van betrokkenheid onder naasten verschilt (10.4, 12.49a). Zo raadde een naaste aan om betrokken te blijven (2.25), terwijl een ander het lastig vindt om daar haar rol en plek in te nemen (8.17). Een ander zei:

Ik kom vaak natuurlijk in het weekend hier op bezoek en dan denk ik “Hoe kan het dat het hier zo uitgestorven is?”, dus ik vraag me af of alle families zo betrokken altijd zijn, maar dat weet ik niet of dat... (12.48)

4.3.3 Houding hulpverlener

Vijf hulpverleners gaven aan dat er wordt geprobeerd om het netwerk zo goed mogelijk te betrekken (4.9, 5.3, 6.9, 11.9, 11.12). Respondent 5 zei: “Het standpunt in het team is ook dat verwanten betrokken moeten worden” (5.3). Maar het wordt moeilijk als de cliënt niet wilt dat het netwerk betrokken wordt (5.14, 6.10, 11.8, 11.14). Respondent 6 zegt:

Het wordt ook weleens moeilijk als de patiënt of de patiënte zegt zelf: “Ik wil niet dat je er iemand bij betreft. Ik wil niet niemand informatie geven. Ik wil niet...”. Naja, daar wordt veel over gestoeid tegenwoordig; wat kun je wel en wat kun je niet? (6.10)

Hoewel er wel wordt geprobeerd om de naasten zo goed mogelijk te betrekken, gaven een vijftal naasten aan dat zij zich niet serieus genomen voelden (1.15, 2.3, 3.1, 3.2, 3.30, 8.9, 8.25, 12.1, 12.2, 12.63). Een hulpverlener kan bijvoorbeeld denken dat hij geen samenwerking nodig heeft, waardoor hij vervolgens de naasten niet serieus neemt (12.63). Dit werd door een hulpverlener herkend (4.43).

Ook geeft respondent 6 een paar voorbeelden waaruit blijkt dat er ook sprake kan zijn van misinterpretatie van de hulpverlener (6.39, 6.41, 6.42, 6.51). Een voorbeeld van hem is:

We denken al gauw... – misschien is dat een valkuil – als iemand zijn medicatie gebruikt en het is wat rustig en er komt af en toe een verpleegkundige, dat het dan oké is. Maar ondertussen belt bijvoorbeeld die schizofrene zoon zo’n vijf keer zijn moeder iedere dag over dit soort dingen. Dan denken we: “Dan moet je niet antwoorden”, maar ja zo werkt het niet. (6.41, 6.42)

Verder hebben een tweetal naasten wat gezegd over de beschikbaarheid van hulpverleners. Respondent 1 was positief over deze houding van de hulpverlener (1.27, 1.29, 1.30). Respondent 2 daarentegen gaf aan dat er bij een afdeling nooit iemand bereikbaar was (2.5).

Twee hulpverleners hebben benoemd dat ze bereikbaar zijn om te bellen of te appen (10.10, 11.33).

Vier naasten hebben wat genoemd over ondersteuning van de hulpverlener. Zo werden er adviezen gegeven (2.20). Daarnaast moet een hulpverlener kunnen uitleggen, geruststellen, vragen en luisteren (3.18, 7.19, 8.2).

4.3.4 Werkwijze hulpverlener

Vanuit de naasten is er enige kritiek op de hulpverlening. Zo zegt respondent 2: “De keren dat het mis liep, was het niet omdat we het allemaal niet zagen of niet aanpakten, maar omdat de professionele hulpverlening het liet afweten” (2.31). Soms moeten naasten wachten totdat ze hulp krijgen. Dat is voor hen slopend (3.26). Volgens respondent 3 moet dit beter ingeschat worden door de hulpverlening (3.23).

Verder worden er mogelijke invloeden op de werkwijze genoemd. Een invloed is de maatschappelijke druk (7.30). Een ander invloed is de naweeën van de gedachten “Wij bepalen alles en zorgen voor iedereen” (12.40). Een derde invloed is de grootte van de caseload. Als deze verkleind zou worden, kunnen hulpverleners meer de naasten betrekken (4.64).

Soms lijkt het ook een kwestie van investeren. Het betrekken van naasten kost veel aan (extra) inspanning en tijd (4.61, 6.69, 11.3, 11.53). Hoewel de houding steeds meer gericht is op het betrekken van naasten, voelt het toch als iets wat erbij komt. De hulpverleners hebben hun handen al vol aan cliënten (4.61).

Het in kaart brengen van het netwerk of het zoeken naar een contactpersoon is een taak van de hulpverlener. Respondent 4 geeft aan dat hij contact zoekt met het netwerk (4.7, 4.14). “Daar is steeds meer aandacht voor. Je wil ze eigenlijk bij de intake er al bij hebben”, zegt respondent 5 (5.1). Twee hulpverleners geven aan dat ze dit gewend zijn (6.3) of dat ze dit wel proberen te doen (11.7). Volgens respondent 12b is het wel de intentie, maar het lukt volgens haar nog niet overal (12.13).

Verder blijkt dat er enige terughoudendheid bij hulpverleners te zijn wat betreft informatieverstrekking (4.18). Afspraken met betrekking tot informatieverstrekking kunnen vastgelegd worden in de Crisiskaart en de Triadekaart (4.19, 4.51, 4.52).

Twee hulpverleners geven aan dat de hulpverlening actiever mensen moet informeren (4.42, 11.29). Dit blijft moeilijk doordat ze gebonden zijn aan de wet en privacywetgeving (4.45, 4.47, 12.36). Drie hulpverleners geven voorbeelden wanneer je wel of niet informatie mag geven (4.44, 4.46, 11.16, 12.12, 12.37). Respondent 12b vat het als volgt samen:

Juridisch gezien zijn er ook verschillende dingen, want informatie delen mag altijd. Alleen informatie delen over de cliënt mag alleen maar als de cliënt instemt. Algemene informatie mag je altijd delen. Je mag ook altijd als behandelaar informatie ontvangen, van familie ook, alleen wat je ermee doet dat hoeft je niet altijd met de cliënt te delen. (12.12)

4.3.5 Middelen en Pro Persona

Er zijn acht middelen genoemd die ingezet en gebruikt kunnen worden om de naasten te betrekken, namelijk: Crisiskaart, signaleringsplan, familiebeleid, familieraad, psycho-educatie, ZorgAfstemmingsGesprekken, motiverende gespreksvoering en systeemtherapie.

Allereerst worden naasten betrokken bij het maken van de Crisiskaart of het signaleringsplan. Ze mogen meedenken bij het opstellen hiervan (6.28, 10.16). Respondent 6 geeft een voordeel van dit middel: “Dus het voordeel daarvan vind ik dat de band tussen ons en de betrokkenen groter wordt, meer overleg is, we eerder aan de bel mogen trekken en er meer gesprek komt” (6.30).

Er is vanuit Pro Persona een familiebeleid opgesteld. Hierin is het betrekken van naasten een belangrijk punt. Respondent 4 geeft aan: “Maar ik weet wel dat het beleid is van Pro Persona om dat heel erg te stimuleren, om te kijken of naastbetrokkenen kunnen worden betrokken bij de behandeling” (4.4). Alleen het is in de praktijk niet altijd makkelijk en volgens respondent 12b heeft dat vaak met privacy van cliënt te maken (12.11).

Een derde is de familieraad die de belangen behartigt van de familie (12.53).

Psycho-educatie voor naasten wordt incidenteel aangeboden (4.56, 11.30). Dit komt door het teveel aan werk en aan een tekort aan mensen (4.57, 11.31).

Verder kunnen in ZorgAfstemmingsGesprekken naasten betrokken worden. Bij elke uitnodiging van een ZAG wordt er gekeken of een naastbetrokkene erbij kan zijn (4.5). Na elk half jaar komt er een nieuw ZorgAfstemmingsGesprek (6.47, 11.43).

Door middel van Motiverende gespreksvoering wordt er geprobeerd om de cliënt te motiveren zodat hij toch bereid is om de naasten te betrekken (4.10).

Als laatste noemden drie hulpverleners en één naaste systeemtherapie. Respondent 10a legt uit: “Wat je dan vaak ziet, is dat er in het systeem een losmaking plaats moet vinden tussen de ouders en de cliënt, dus daar heb je ook systeemgesprekken voor” (10.26).

4.3.6 Rol naaste

Onder paragraaf 4.3.1 hebben naasten wat gezegd over hun eigen rol binnen de samenwerking. Ook hebben vijf hulpverleners hier wat over gezegd, namelijk wat voor invloeden ze kunnen hebben.

Ouders zijn bij psychoses heel belangrijk (5.2). Ze kunnen een grote invloed hebben. Respondent 5 geeft een voorbeeld: “En die kunnen ook een hele belangrijke rol hebben om de cliënt te leren met de klachten om te gaan of hoe ze kunnen steunen en het ook vol kunnen houden” (5.5). Naasten kunnen ook helpen bij het signaleren van psychoses. Zij hebben het vaak eerder door dan de cliënt zelf (10.15). Daarentegen geeft respondent 4 een negatief invloed van de naasten: “Ook dat iemand met al je vriendelijk bedoelde betrokkenheid iemand de psychose injagen, bij wijze van spreken. Dus dat is wel ook iets waar aandacht voor is” (4.37).

4.3.7 Invloed op naaste

Daarnaast heeft de cliënt en het betrokken worden invloed op de naaste. Vaak zie je dat een familie echt erg moe is, soms moe gestreden is. Dan zijn ze eigenlijk erg blij als de hulpverlening komt en blijven ze juist weg om niet betrokken te worden (4.8). Soms zijn de naasten verrast, omdat ze betrokken worden (4.15), maar over het algemeen zijn ze blij (4.16). Daarnaast kunnen naasten ervaren dat ze in conflict of in een spagaat zitten (4.17, 11.23).

4.4 Groepsgesprek

In het groepsgesprek is weinig gezegd over deze deelvraag. Er is alleen beschreven dat betrokkenheid gemist wordt (9.4).

4.5 Samenvatting

Naasten worden verschillend betrokken, wat blijkt uit de interviews. Zo deelden vijf naasten positieve ervaringen, waarin ze vertelden dat ze betrokken werden. Ze mochten bijvoorbeeld meedenken of hadden contact met de hulpverlener.

Helaas zijn er ook naasten die negatieve ervaringen hebben. Vier naasten gaven aan dat er niet werd samengewerkt, dat ze weinig hulp kregen of dat er weinig rekening met hen werd gehouden. Daarnaast wordt er een gebrek aan informatie en ondersteuning ervaren (Haskell et al., 2016).

Er zijn verschillende redenen genoemd waarom het netwerk niet betrokken wordt. Allereerst is er een terughoudendheid bij de hulpverleners wat betreft de privacy van de cliënt. Ten tweede kan er tussen de cliënt en de naasten van alles gepasseerd zijn, waardoor er geen wens is om betrokken te worden. Soms willen naasten niet betrokken worden als gevolg van de psychische problematiek van de cliënt (Wittenberg et al., 2012). Een derde reden is dat naasten geen primaire groep zijn. De hulpverlener richt zich in eerste instantie zich op de cliënt. Het betrekken van naasten kost hierdoor extra werk en inspanning. Daarnaast kan de overtuiging van de hulpverlener ervoor zorgen dat naasten niet betrokken worden. Als de hulpverlener van mening is dat hij geen samenwerking nodig heeft, zal hij

de naasten ook niet betrekken. Tot slot kunnen de maatschappelijke druk en de hoeveelheid werk van de hulpverlener invloed hebben op het wel of niet betrekken.

Van Busschbach et al. (2009) geeft aan dat de familieleden steeds meer betrokken worden. Hulpverleners doen dit door allereerst het netwerk in kaart te brengen en ze vervolgens zo snel mogelijk uit te nodigen bij de intake. Verder worden ze betrokken bij bijvoorbeeld gesprekken, plannen, interventies en opnames. Ook proberen ambulante hulpverleners zo veel mogelijk bij de cliënt thuis te komen, waardoor ze in contact komen met het netwerk.

Naast deze betrokkenheid kan er ook ondersteuning geboden worden. De hulpverlener geeft in het contact ruimte voor gesprek als daar behoefte aan is. Daarbij houdt hij rekening met de verschillende rollen van de naasten (Van de Bovenkamp & Trappenburg, 2012; Zegwaard et al., 2013). Verder worden er vaardigheden aangeleerd en informatie verschaft (Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016).

Middelen die gebruikt worden bij het betrekken van het netwerk zijn: de Crisiskaart, het signaleringsplan en het ZorgAfstemmingsGesprek. Motiverende gespreksvoering en het familiebeleid kan het betrekken van het netwerk stimuleren. Daarnaast is er een familieraad en wordt er psycho-educatie geboden aan de naasten.

Hoofdstuk vijf: Bestaande netwerkgerichte middelen

5.1 Inleiding

In hoofdstuk vijf staat de deelvraag “Wat zijn de bestaande netwerkgerichte middelen en instrumenten van Ypsilon en Pro Persona?” centraal. Er wordt antwoord hierop gegeven door middel van allereerst de literatuur (5.2). Daarnaast zijn in de interviews ook middelen genoemd (5.3). In de samenvatting staan de middelen bij elkaar (5.4).

5.2 Literatuur

Eerst wordt besproken welke netwerkgerichte middelen zowel bij Ypsilon als bij Pro Persona bekend zijn (5.2.1). Vervolgens worden de netwerkgerichte middelen van Ypsilon (5.2.2) en Pro Persona (5.3.3) behandeld.

5.2.1 Ypsilon en Pro Persona

Generieke module

De Generieke module ‘Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek’ is ontworpen door Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ en Ypsilon. Het doel van deze module is een verbetering van de samenwerking in de triade. In de Generieke module worden concrete handvatten aan de hulpverlener gegeven voor het samenwerken met naasten (Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016). De Generieke module is gebruikt bij het schrijven van de notities van het familiebeleid van Pro Persona (Pro Persona, 2017).

Triadekaart

De Triadekaart is een netwerkgericht middel die ontworpen is door Ypsilon (Ypsilon, 2015). Door middel van de Triadekaart gaat de triade met elkaar in gesprek over de taakverdeling binnen de zorg van de cliënt (Van Busschbach et al., 2009). Een goede taak- en rolverdeling geeft duidelijkheid voor alle partijen en kan bijdragen aan het herstel van de cliënt (Van Erp et al., 2009).

Quickscan GGZ

De Quickscan GGZ is ontwikkeld door Ypsilon, GGZ Antes en GGZ Altrecht (Ypsilon, 2016). Dit middel geeft duidelijkheid over wat goed gaat en wat beter kan in een organisatie of op een afdeling wat betreft het betrekken van naasten (Ypsilon, z.d.). Daarnaast kan de Quickscan helpen bij het maken van verbeterplannen binnen een GGZ-instelling (Ypsilon, 2016).

5.2.2 Ypsilon

Ypsilon heeft gespreksgroepen, een adviesdienst en geeft voorlichting, bijvoorbeeld via Ypsilon Nieuws (Ypsilon, 2012). Daarnaast heeft Ypsilon de afgelopen jaren meegewerkt aan de organisatie van het familiebeleid. Sommige kaderleden van Ypsilon werken in de functies van een familieraad, een Familiekamer in de LPGGz, een familie-ervaringsdeskundige of een familievertrouwenspersoon (Ypsilon, 2016).

5.2.3 Pro Persona

Pro Persona heeft binnen de organisatie een familieraad en een familievertrouwenspersoon, die beiden de belangen behartigen van naasten van cliënten van Pro Persona (Pro Persona, z.d.). Daarnaast maakt Pro Persona gebruik van de MAT-training, ZorgAfstemmingsGesprekken, de Crisiskaart en het signaleringsplan. Deze worden hieronder uitwerkt.

MAT-training en ZorgAfstemmingsGesprek (ZAG)

Naast de Generieke module, de Triadekaart en de Quickscan maakt Pro Persona gebruik van de MAT-training en het ZAG. De MAT-training heeft als doel het versterken van naasten, zodat er een goede samenwerking opgebouwd kan worden in de triade (Pro Persona, 2015). Het ZAG helpt bij het maken van een taakverdeling, zodat er een goede afstemming is tussen alle teams en betrokkenen (Jacobs, Lamers, Peeters & Westen, 2017).

Crisiskaart en signaleringsplan

Pro Persona maakt gebruik van de Crisiskaart en het signaleringsplan. Het signaleringsplan helpt bij het in kaart brengen van de signalen en het maken van een taakverdeling bij een (mogelijke) psychose (Parnassia Groep, 2014). De Crisiskaart geeft een weergave van de wensen van de cliënt tijdens een crisis. Op deze kaart staat wie wat moet doen en welke afspraken er zijn gemaakt met hulpverleningsinstanties en vertrouwenspersonen (Crisiskaart, z.d.).

5.3 Interviews

Hieronder worden de resultaten van de interviews voor deze deelvraag per netwerkgericht middel besproken. Dit zal in de volgorde zijn van de Triadekaart (5.3.1), de ZorgAfstemmingsGesprekken (5.3.2), psycho-educatie (5.3.3), de MAT-training (5.3.4), het familiebeleid (5.3.5), de familieraad (5.3.6), de Quickscan (5.3.7), het signaleringsplan/Crisiskaart (5.3.8) en de Generieke module 'Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek' (5.3.9). Tot slot wordt er in 5.3.10 informatie gegeven die wel relevant is voor de deelvraag, maar niet onder bovengenoemde middelen geplaatst kon worden.

5.3.1 Triadekaart

Vijf hulpverleners en twee naasten hebben wat over de Triadekaart gezegd. Door een hulpverlener en een naaste wordt genoemd dat de Triadekaart gebruikt kan worden om de taken te verdelen (3.33, 6.44, 6.29). Daarnaast kan het gebruikt worden voor de formele vastlegging (4.20). Eén naaste geeft aan de Triadekaart gebruikt te hebben (2.12).

Kritiek op de Triadekaart is dat het veel tijd kost en dat de Triadekaart heel uitgebreid is (11.40, 11.45, 12.33).

5.3.2 ZorgAfstemmingsGesprekken

Zowel respondent 8 als respondent 10a geven aan dat ze het ZAG gebruikt hebben (8.16, 10.27). Volgens respondent 8 werd het ZAG snel ingevoerd (8.16). Volgens een hulpverlener wordt er geprobeerd om het ZAG elk half jaar te evalueren (6.4). Het ZAG wordt gebruikt om de zorg af te stemmen binnen de triade (10.30, 11.41).

5.3.3 Psycho-educatie

Onder dit kopje vallen fragmenten die gaan over de inhoud van de familiebijeenkomst en als onderdeel daarvan de psycho-educatie.

De afgelopen twee jaar zijn er volgens een hulpverlener familiebijeenkomsten geweest, maar zouden de bijeenkomsten meer gestructureerd kunnen zijn (6.15). Een naaste vertelt dat er vanuit het psychoseteam elk jaar familiebijeenkomsten worden georganiseerd (4.33). Een tweede hulpverlener zegt juist dat er vorig jaar twee psycho-educatie bijeenkomsten zijn geweest, maar dat het dit jaar niet gelukt is. Volgens haar zou dit beter kunnen (11.30).

Over het doel van psycho-educatie vertelt respondent 8 dat psycho-educatie er is om naasten te informeren en zodat naasten hun verhaal kwijt kunnen (8.50).

5.3.4 MAT-training

De MAT-training wordt aangeboden door Bureau de Mat. Het doel van de MAT-training is het weerbaarder maken van de naasten en daarmee te oefenen (12.60). Je leert hoe je moet reageren (8.48). Daarnaast leer je: “Om te kijken wat jouw deel is en wat je bij je kind moet laten en hoe je dat aan kan pakken” (3.31).

5.3.5 Familiebeleid

Het familiebeleid van Pro Persona (2015) heeft vier pijlers: de familieraad, het hebben van een familiebeleid op papier, de familievertrouwenspersoon en het hebben van een klachtenregeling (12.7). De naaste bevestigt dat het betrekken van het netwerk doel is van het familiebeleid (12.4). De hulpverlener vertelt dat het betrekken van het netwerk binnen het beleid van Pro Persona vanzelfsprekend is, behalve op het moment dat de cliënt dit niet wil (12.5, 12.6).

5.3.6 Familieraad

Onder dit kopje valt de familieraad van Pro Persona. Een naaste geeft aan dat de familieraad staat voor de belangenbehartiging met familie (12.53) en betrokken is bij de familievertrouwenspersoon en bij het familiebeleid (12.55a, 12.25).

5.3.7 Quickscan

De Quickscan is een hulpmiddel van CZ Fonds en Ypsilon (z.d.). Een naaste en een hulpverlener zijn bekend met de Quickscan (12.30, 12.38).

5.3.8 Signaleringsplan/Crisiskaart

Het kernlabel Signaleringsplan/Crisiskaart hebben we gebruikt, omdat deze middelen qua naam en toepassing door de hulpverleners door elkaar heen gebruikt worden. Drie hulpverleners hebben termen genoemd, zoals het (crisis)signaleringsplan, de Crisiskaart en het Crisiskaartplan.

Ten eerste wordt de Crisiskaart niet alleen binnen de FACT-teams gebruikt, maar is dit middel Pro Persona breed (4.12, 4.13, 4.29). Verder bestaat het crisissignaleringsplan uit drie fasen: groen, oranje en rood. Belangrijk hierin is dat de cliënt zijn positie in de fase herkent (10.14). Respondent 6 vertelt dat het crisiskaartplan gericht is op het voorkomen en signaleren van crisissen en de rol van de naasten daarin (6.30). Dezelfde respondent mist bij het crisiskaartplan het verdelen van de taken, wat de Triadekaart wel heeft (6.33). Respondent 4 noemt dat de contactpersoon betrokken wordt bij de crisiskaart en het signaleringsplan (4.13).

5.3.9 Generieke module

Binnen deze deelvraag heeft één hulpverlener genoemd dat hij bekend is met de Generieke module. Een andere hulpverlener kent de module niet (11.46, 4.31).

5.3.10 Overig

Respondent 11a noemt dat hij bekend is met Ypsilon (11.47). Daarnaast vertelt Respondent 12b over twee, voor ons onbekende, netwerkgerichte middelen van Pro Persona: de Meetlat en de Handy Cards (12.39, 12.34). Daarnaast vertelt een hulpverlener dat Pro persona een telefonisch spreekuur en een bureaudienst heeft (6.62, 6.5).

5.4 Samenvatting

De bestaande netwerkgerichte middelen van Ypsilon zijn de Quickscan, de Triadekaart, Generieke module ‘Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek’.

Pro Persona maakt ook gebruik van bovenstaande middelen. Verder gebruikt deze organisatie de MAT-training, psycho-educatie, het familiebeleid, de familieraad, het signaleringsplan, de Crisiskaart, de Meetlat, Handycards, het telefonisch spreekuur en de bureaudienst.

Hoofdstuk zes: Inzet van middelen door hulpverleners

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de resultaten behandeld van de deelvraag: “Hoe zetten de hulpverleners van Pro Persona in regio Ede de bestaande netwerkgerichte middelen van Ypsilon en Pro Persona in?”. In paragraaf 6.2 worden de antwoorden op deze vraag gegeven naar aanleiding van de interviews. Dit zal in paragraaf 6.3 worden samengevat.

6.2 Interviews

Eerst zal besproken worden welke factoren invloed hebben op de inzet van netwerkgerichte middelen (6.2.1). Vervolgens wordt de inzet van de middelen behandeld in de volgorde van de ZorgAfstemmingsGesprekken (6.2.2), de MAT-training (6.2.3), Psycho-educatie (6.2.4), de Triadekaart (6.2.5), het Signaleringsplan/Crisiskaart (6.2.6), het Familiebeleid (6.2.7), de Familieraad (6.2.8), de Quicksan (6.2.9) en de Generieke module (6.2.10).

6.2.1 Invloeden op inzet

Drie hulpverleners hebben iets gezegd over de invloeden op het inzetten van netwerkgerichte middelen. Ten eerste is het betrekken en informeren van familie een speerpunt bij een locatie van Pro Persona in hun beleid (4.32). Naast het beleid heeft de hoeveelheid aan werk invloed op de inzet. Dezelfde hulpverlener zegt hierover: “Omdat het te veel werk is. We hebben hier in dit FACT-team een caseload over de 250 cliënten. Dat is gewoon eigenlijk veel te veel. We zijn al overbelast daarin” (4.57). Volgens respondent 12b moet je een middel niet opgelegd krijgen en moet je het middel flexibel kunnen gebruiken. Daarnaast moet het middel niet te moeilijk zijn (12.56, 12.67). Tot slot wordt de mate van (actieve) informatieverstrekking als invloed op de inzet genoemd (4.42, 11.29).

6.2.2 ZorgAfstemmingsGesprekken

Uit de interviews is naar voren gekomen dat het ZAG heeft plaatsgevonden en snel werd ingevoerd (8.16). In principe hoort het ZAG twee weken na de intake plaats te vinden, maar meestal gebeurt dit pas na vier weken (11.42). Daarna vindt het ZAG elk half jaar plaats (6.47, 11.43). In een ZAG wordt het behandelplan en signaleringsplan geëvalueerd. Verder wordt er gekeken naar de leefgebieden en het welzijn van de familie (11.42, 11.43, 11.50).

6.2.3 MAT-training

Uit de interviews kwam naar voren dat de MAT-training vanaf het begin van het hulpverleningstraject werd aangereikt. Dit was in januari/februari (8.40). Echter kon deze respondent pas in oktober meedoen (8.41). Daarnaast wordt genoemd dat de MAT-training op de stapel ligt (11.34).

6.2.4 Psycho-educatie

Vijf respondenten hebben informatie gegeven over de inhoud, inzet en verbetering van Psycho-educatie/pscyho-educatie. Allereerst is de psycho-educatiebijeenkomst een familieledenbijeenkomst. Er zijn geen cliënten aanwezig. De familieleden krijgen tijdens deze bijeenkomst informatie over de behandeling en psychoses en hebben de mogelijkheid om vragen te stellen (6.15).

De psycho-educatiebijeenkomsten worden incidenteel of zonder regelmaat worden ingezet (4.56, 6.15, 11.30, 11.32), terwijl een andere hulpverlener het hebben van psycho-educatie vanzelfsprekend vindt (10.31a). Deze bijeenkomsten hebben de laatste twee jaar een aantal keren plaatsgevonden (6.15). Vorig jaar zijn er twee bijeenkomsten geweest, maar dit jaar is dat niet gelukt. Volgens respondent 11a zou dit beter kunnen (11.30). Een ander verbeterpunt is dat een naaste de bijeenkomsten van korte duur vindt (8.42).

Het tekort aan personeel wordt door een hulpverlener als reden gegeven dat het niet altijd lukt om voldoende bijeenkomsten te houden (11.31).

6.2.5 Triadekaart

De Triadekaart wordt heel wisselend gebruikt (12.31). Drie hulpverleners geven aan dat ze de Triadekaart gebruiken (4.24, 5.10, 5.11, 11.37). Verder wordt de kaart binnen het zorgprogramma Psychose (4.30). Respondent 10b geeft daarentegen aan dat hun team de Triadekaart niet gebruikt (10.13). Volgens een andere hulpverlener ligt de focus momenteel niet op de Triadekaart (6.37b). Deze respondent heeft zelf geen ervaring met de Triadekaart (6.31a). Een andere hulpverlener kent de kaart niet (10.12).

De Triadekaart wordt gebruikt om zaken formeel vast te leggen (4.20). Het middel zou beter ingezet moeten worden, om bijvoorbeeld de taken af te stemmen. De klachten die respondent 6 te horen krijgt, gaan meestal daarover (fragment 6.38). Respondent 6 zegt: "De Triadekaart kan een instrument zijn om die verwachtingen en taakverdelingen beter te doen, dat duidelijker te hebben met elkaar en dat dan meer te delen met elkaar. Dat zou kunnen" (6.53). Een nadeel van de Triadekaart zou kunnen zijn dat de inzet van de Triadekaart veel tijd kost (11.39, 11.45).

6.2.6 Signaleringsplan/Crisiskaart

De Crisiskaart wordt actief ingezet (4.24, 4.28). Een signaleringsplan wordt bijvoorbeeld ingezet als iemand psychotisch binnenkomt of misschien al wat gestabiliseerd is vanuit de kliniek (5.7). Uit een interview kwam naar voren dat het vanzelfsprekend is dat een crisissignaleringsplan wordt toegepast en dat er een regelmatige terugkoppeling moet zijn, maar dat dit niet altijd gedaan wordt (10.31b, 10.20, 10.21).

Het netwerk wordt heel erg betrokken bij de Crisisplankaart (5.21, 6.27). De naasten dragen bij aan het in kaart brengen van de symptomen en gedragingen van degene met psychotische verschijnselen (10.18, 10.19). Desondanks zegt respondent 4: "Het Crisiskaartplan is wel facultatief. Als mensen zeggen "Ja, ik wil wel een signaleringsplan, maar geen Crisiskaart", dan doen we alleen het signaleringsplan. Daarin is de familiebetrokkenheid wel wat vrijblijvender" (4.27).

6.2.7 Familiebeleid

Respondent 12b zegt over het familiebeleid: "We zoeken ook gewoon de verbinding met, en de connectie met, de familieraad. We doen ook dingen samen, ook met de familievertouwenspersoon overigens, die hier binnen de organisatie werkzaam is" (12.24).

Pro Persona wil het familiebeleid stimuleren door middel van ambassadeurs, die ieder op hun locatie kijken wat nodig is om het familiebeleid bekender te maken (12.19). Dit stimuleren blijft moeilijk (12.18).

Volgens een hulpverlener zit er een manco in de informatieverstrekking (6.14). Het familiebeleid is volgens respondent 12a niet bij iedereen bekend. Een oorzaak hiervan is werknemers met flexuren en korte contracten (12.26). Daarnaast is een valkuil van het familiebeleid is dat het familiebeleid te moeilijk is (12.68).

6.2.8 Familieraad

Het gaat hier over de familieraad van Pro Persona. De familieraad heeft geregeld dat er een familievertouwenspersoon kwam, introduceert nieuwe managers of behandelaren, organiseert de familiedag en zorgt voor het versturen van een nieuwsbrief (12.25, 12.44)

6.2.9 Quickscan

Momenteel wordt er nog niet overal aan de Quickscan gedaan. Er is hier steeds meer aandacht voor (12.42, 12.43).

6.2.10 Generieke module

Twee van de acht hulpverleners zijn niet bekend met de Generieke module (4.31, 5.23). Eén hulpverlener is wel bekend met deze module (11.46).

6.3 Samenvatting

Over het algemeen is de Triadekaart bekend bij de hulpverleners. De Triadekaart wordt vooral ingezet voor het regelen van de taakverdeling. Een nadeel van de Triadekaart is dat het inzetten ervan veel tijd kost.

Tevens wordt het netwerk betrokken bij het signaleringsplan of de Crisiskaart. Er is aangegeven dat dit actief gebeurt, maar dat er geen regelmatige terugkoppeling is.

Bij de intake van Pro Persona hoort er een ZorgAfstemmingsGesprek plaats te vinden, die zich elk half jaar herhaalt. Een hulpverlener gaf aan dat het ZAG meestal later plaatsvindt dan dat de bedoeling is. Daarentegen werd genoemd dat het ZAG snel heeft plaatsgevonden.

De MAT-training wordt door weinig respondenten genoemd. Deze training ligt aan de ene kant op de stapel. Aan de andere kant wordt hij snel aangereikt. De toepassing ervan duurt echter langer.

Drie hulpverleners hebben de Generieke module genoemd. Twee hiervan zijn hier onbekend mee.

De Quickscan komt steeds meer onder de aandacht.

De psycho-educatiebijeenkomsten worden incidenteel of zonder regelmaat ingezet. Aan de andere kant wordt genoemd dat het vanzelfsprekend is om psycho-educatie te hebben. Tevens is genoemd dat de inzet van psycho-educatie beter kan en langer en sneller ingezet zou moeten worden.

Het familiebeleid is niet bij iedereen bekend. Er zit een manco in de informatieverstrekking van het familiebeleid en het stimuleren van het familiebeleid is moeilijk. Een mogelijke oorzaak is het wisselend en verschillend personeel. De familieraad heeft juist actieve rol binnen Pro Persona.

Tot slot worden er drie aspecten genoemd die invloed hebben op de inzet van netwerkgerichte middelen. Ten eerste zijn de speerpunten van het beleid belangrijk. Ten tweede heeft de hoeveelheid aan werk invloed op de mate van inzet. Als derde zijn de eigenschappen van het middel van belang. Verder geven hulpverleners aan dat er meer (en actiever) informatie gegeven moet worden.

Hoofdstuk zeven: Eindconclusie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk willen we allereerst de conclusie geven op de hoofdvraag (7.1). Vanuit deze hoofdvraag worden drie aanbevelingen beschreven (7.2). Tot slot wordt het hoofdstuk afgesloten met een beknopte weergave van ons eindproduct (7.3). Dit is een product gemaakt naar aanleiding van ons onderzoek.

7.1 Eindconclusie

Met onze eindconclusie willen we antwoord geven op de hoofdvraag:

Wat hebben de hulpverleners van Pro Persona in regio Ede nodig om de bestaande netwerkgerichte middelen van Ypsilon en Pro Persona beter in te zetten, zodat deze beter aansluiten bij de behoeften van de naasten van mensen met psychosegevoeligheid in de samenwerking met de hulpverlener?

In ons onderzoek zijn verschillende aspecten naar voren gekomen die hulpverleners nodig hebben om bestaande netwerkgerichte middelen beter in te zetten. Deze aspecten zijn tijd, hoeveelheid werk, kennis over het familiebeleid, inzicht hebben in de behoeften van de naasten, bekendheid en bruikbaarheid van netwerkgerichte middelen en de visie van de hulpverlener.

De naasten zijn geen primaire groep in het werk van de hulpverlener. Hulpverleners richten zich in eerste instantie op de cliënt. Het betrekken van het netwerk en het inzetten van netwerkgerichte middelen vergt daardoor extra werk en kost tijd. Uit de interviews is naar voren gekomen dat de grootte van de caseload hier een rol in speelt. Als de caseload van de hulpverlener verkleind zou worden, zou de hulpverlener meer aandacht voor het netwerk kunnen hebben.

Inzicht hebben in het familiebeleid kan de hulpverlener stimuleren om het netwerk te betrekken en gebruik te maken van netwerkgerichte middelen. Hulpverleners van Pro Persona hebben momenteel onvoldoende kennis van het familiebeleid, mede door het wisselend personeel en het inzetten van flexwerkers. De verwachting dat al het personeel kennis heeft over het familiebeleid kan niet altijd waargemaakt worden. Momenteel worden ambassadeurs ingezet om het familiebeleid meer te stimuleren binnen de organisatie. Hulpverleners krijgen hier zo meer informatie over.

Voor het inzetten van netwerkgerichte middelen hebben hulpverleners inzicht nodig in de behoeften van de naasten. Uit ons onderzoek blijken de volgende behoeften van naasten in de samenwerking met de hulpverleners. Ten eerste is er behoefte aan een betrokken houding. Naasten willen dat er naar hen geluisterd wordt, dat ze serieus genomen worden, dat er vertrouwen en openheid is, dat er aandacht voor hen is en dat ze de ruimte hebben om hun verhaal te doen. Daarnaast hebben naasten behoeften aan een holistische benadering door de hulpverlener. Verder is er de behoefte aan zorg op maat. Naasten hebben tevens de behoefte aan beschikbaarheid van de hulpverlener, bijvoorbeeld dat hij zijn afspraken nakomt en de tijd neemt. Ook is er behoefte aan duidelijkheid. Een overeenstemming in rol- en taakverdeling is gewenst. Naasten zouden met regelmaat informatie willen en op de hoogte gehouden willen worden. Daarnaast wordt contact vanuit de hulpverlener gewenst. Ook op het moment dat er geen normale communicatie is met de cliënt hebben de naasten behoefte aan goed contact met de hulpverlener. Tot slot hebben naasten behoefte aan eigen ondersteuning.

Om een middel in te kunnen zetten, moet de hulpverlener bekend zijn met het middel. Uit ons onderzoek blijkt dat de bekendheid van netwerkgerichte middelen verschilt. Zo zijn bijvoorbeeld de Triadekaart, het signaleringsplan en de Crisiskaart bekend bij de hulpverleners, maar werden de MAT-training en de Generieke Module weinig genoemd. Het creëren van meer bekendheid van de middelen en het gebruik daarvan zou bijvoorbeeld bereikt kunnen worden door informatieverstrekking. Dit kan gedaan worden door de organisatie.

Tot slot heeft de visie van de hulpverlener invloed op het inzetten van netwerkgerichte middelen. Als een hulpverlener niet het belang ziet van het betrekken van een netwerk zal hij ook niet de middelen inzetten. Het betrekken van het netwerk is om verschillende redenen van belang. Allereerst draagt het bij aan het herstel van de cliënt en kan het een preventieve werking hebben. Het netwerk is rijk aan informatie over de cliënt. Ze kan helpen bij het signaleren van de problematiek en de stabiliteit van de cliënt bevorderen. Daarnaast biedt ze de cliënt praktische en emotionele ondersteuning.

7.2 Aanbevelingen

Er worden hieronder drie aanbevelingen genoemd. De eerste gaat over kennis van de behoeften (7.2.1). In de tweede aanbeveling bevelen wij de bekendheid en toegankelijkheid van de middelen aan (7.2.2). Tot slot raden wij aan om de kennis te vergroten over waarom het netwerk belangrijk is (7.2.3).

7.2.1 Weet wat de behoeften in de samenwerking zijn van de naasten van de cliënt

Door inzicht te hebben in de behoeften van de naasten kunnen netwerkgerichte middelen beter ingezet worden en beter aansluiten. Zo kan een naaste bijvoorbeeld de behoefte hebben om meer duidelijk te hebben wat haar taken zijn binnen de triade. Een Triadekaart kan daarbij helpen.

Om de behoeften duidelijk te hebben, is allereerst gesprek belangrijk. Door middel van een gesprek met de cliënt of de naasten kunnen de behoeften besproken worden.

Verder is er een groot aanbod aan informatie wat inzicht geeft in de behoeften. Er zijn verschillende onderzoekers die hierover hebben geschreven, zoals bijvoorbeeld Van Erp et al. (2009) en Bransen et al. (2014). In ons eigen onderzoek hebben we ook een hoofdstuk gewijd aan de behoeften van naasten. Deze behoeften zijn overzichtelijk weergegeven, zodat ze makkelijk te lezen zijn door de hulpverlener. Daarnaast heeft Ypsilon een groot aanbod op haar website die hieraan bij kan dragen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de Generieke module 'Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek' (Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016). Het document beschrijft verschillende behoeften.

Ook meer samenwerken met verenigingen zoals Ypsilon bevelen we aan. Dit kan op organisatieniveau, maar ook op individueel niveau. Zo kan een hulpverleningsorganisatie meer Ypsilon promoten en samen bijeenkomsten organiseren waarin informatie gedeeld kan worden door onder andere gebruik te maken van ervaringsdeskundigen. Verder kan een hulpverlener lid worden van de vereniging waardoor hij bijvoorbeeld informatie krijgt door tijdschriften of door thema-avonden. Dit kan zijn blik verbreden wat betreft onder andere de behoeften van de naasten.

7.2.2 Vergroot de bekendheid en maak het inzetten van netwerkgerichte middelen toegankelijk

Voor het praktisch inzetten van netwerkgerichte middelen is het belangrijk dat de middelen bekend zijn bij de hulpverlener en dat ze toegankelijk zijn. Als je weet waar je de middelen kan vinden, kun je je hier sneller over inlezen en kun je je kennis over deze middelen vergroten.

In hoofdstuk vijf en zes van ons onderzoek komt naar voren dat de kennis en het gebruik van netwerkgerichte middelen door de hulpverleners erg verschillen van elkaar. We zijn van mening dat hulpverleners in eenzelfde organisatie kennis moeten hebben over dezelfde netwerkgerichte middelen. Dit moet natuurlijk aansluiten bij het beleid van de organisatie. Om dit te kunnen bereiken is informatieverschaffing belangrijk. Dit komt terug in ons onderzoek. Een organisatie zou bijvoorbeeld een informatiebijeenkomst kunnen houden om hulpverleners bekend te maken met de netwerkgerichte middelen binnen de organisatie.

Om netwerkgerichte middelen meer toegankelijk te maken, zou een hulpverleningsorganisatie zijn intranet of website beter kunnen inrichten. Hierdoor is het voor de hulpverlener makkelijker om informatie over netwerkgerichte middelen binnen de organisatie te vinden.

Op de werklocatie van de organisatie is het belangrijk dat middelen genoeg aanwezig zijn en makkelijk te vinden zijn. Stop daarom de folders en netwerkgerichte middelen niet in de onderste lade van het bureau of in een hoekje op het kantoor, maar maak hier bijvoorbeeld een aparte map voor.

7.2.3 Weet waarom het netwerk belangrijk is voor de cliënt

Voor het inzetten van netwerkgerichte middelen is het belangrijk dat de hulpverlener weet waarom het netwerk belangrijk is voor de cliënt. Op het moment dat een hulpverlener hier zich niet bewust van is, is het belang voor hem minder groot om netwerkgerichte middelen in te zetten.

Ten eerste raden we aan dat de hulpverleners in gesprek te gaan met de cliënt of met de familie zelf. Ze kunnen hem het beste informatie geven over de invloed van het netwerk op de cliënt en wat het netwerk voor de cliënt betekent.

Daarnaast vinden we het belangrijk dat een hulpverlener in gesprek gaat met andere hulpverleners. Hierdoor kunnen ervaringen gedeeld worden het samenwerken met het netwerk van de cliënt.

Ook kan Ypsilon helpen bij het duidelijk krijgen waarom het netwerk belangrijk kan zijn. We bevelen hulpverleners aan om lid te worden van Ypsilon. De hulpverleners kunnen daardoor in contact komen met naasten door bijvoorbeeld het bijwonen van een thema-avond. De hulpverlener kan informeel met hen in gesprek gaan en zo een beter beeld krijgen waarom het betrekken van het netwerk belangrijk is.

Verder kan de hulpverlener zich inlezen in verschillende boeken, zoals het boek *Bondgenoten* van Henk-Willem Klaassen (2014). Onderzoeken over het netwerk door bijvoorbeeld Maartje van der Pijl (2014) en ons eigen onderzoek kunnen hier ook informatie over geven.

Tot slot raden we aan dat de hulpverleningsorganisatie hier een rol in speelt. Bijvoorbeeld door middel van het aanbieden van een informatiebijeenkomst.

7.3 Beknopte weergave eindproduct

Aan de hand van de conclusie en de aanbevelingen zijn we gekomen tot een eindproduct. Dit eindproduct is een werkkaartenboekje voor hulpverleners binnen de GGZ. In het werkkaartenboekje kan de hulpverlener een achttal netwerkgerichte middelen vinden die ingezet kunnen worden door de hulpverlener in de samenwerking met naasten. Bij elk middel zijn de beschrijving van het middel, het doel van het middel, de bijbehorende behoeften van de naasten in de samenwerking en een link met extra informatie weergegeven. Het boekje eindigt met een deel van het aanbod van Ypsilon en een bronvermelding.

In bijlage 8 is het definitieve ontwerp van ons eindproduct weergegeven. Daarnaast zijn in deze bijlage de verantwoording en aandachtspunten voor implementatie en vervolgonderzoek beschreven.

Hoofdstuk acht: Discussie

Als we terugblikken op ons onderzoek levert het onderzoek een aantal discussiepunten op. Deze willen we hieronder aan de hand van de opzet (8.1), de uitvoering (8.2) en de uitkomsten (8.3) van ons onderzoek bespreken. Hierbij zullen we ook kijken naar de validiteit en betrouwbaarheid (8.4). Daarna benoemen we de toegevoegde waarde (8.5) van ons onderzoek voor Ypsilon en mogelijkheden voor vervolgonderzoek en implementatie (8.6).

8.1 Opzet

Naar ons idee hebben we voorafgaand aan ons onderzoek de opzet van ons onderzoek goed overdacht en dit verwerkt in een Plan van aanpak. Desondanks sloot ons Plan van aanpak niet geheel aan bij de praktijk.

Wat beter had gekund, is dat we de vraagstelling van deelvraag 3 concreter hadden kunnen maken. De vraagstelling was te onduidelijk en te breed. Dit maakte de uitvoering omtrent deze deelvraag moeilijker. Enerzijds kunnen er meer fouten ontstaan bij de verwerking van de resultaten, wat invloed heeft op de betrouwbaarheid van het onderzoek. Een voorbeeld hiervan is het maken van het kernlabelschema. Door de moeilijke vraagstelling merkten we dat we het lastig vonden om de resultaten hiervan overzichtelijk in een kernlabelschema te zetten.

Anderzijds konden de respondenten door de brede vraagstelling een eigen invulling geven op deze vraag. Dit maakt het onderzoek persoonlijker, omdat we zo inzicht kregen in de verschillende individuele ervaringen.

Verder hadden we de vormgeving van de vragen van het groepsgesprek anders kunnen doen. We hebben voorafgaand ervoor kozen om aan de hand van een drietal nieuwe vragen antwoorden te verzamelen op deelvraag 2 en 3. Deze nieuwe vragen sluiten namelijk beter aan bij de doelgroep. Door deze nieuwe vragen was het moeilijk om ze uit te werken zonder te interpreteren. Dit tast de betrouwbaarheid van het onderzoek aan.

Waar we tevreden over zijn, is de planning van ons onderzoek. We hebben een realistische en haalbare planning gemaakt, die ook ruimte gaf voor flexibiliteit. Dit werkte erg prettig.

8.2 Uitvoering

Over de interviews zijn we over het algemeen tevreden. Echter, er zijn een paar kanttekeningen. Ten eerste hadden we achteraf op een andere manier nadruk willen leggen op de netwerkgerichte middelen binnen de interviews met de hulpverleners. Voorafgaand kozen we ervoor om semigestructureerde interviews te houden (Van der Donk & Van Lanen, 2017). Het gevolg hiervan is dat we een minder consequente aanpak hadden met betrekking tot het concreet vragen naar netwerkgerichte middelen. Zo hebben we bijvoorbeeld aan drie hulpverleners gevraagd of ze bekend waren met de eerdergenoemde Generieke module. Dit hebben we bij de rest van de hulpverleners niet gedaan, wat voor onvolledige resultaten kan zorgen.

Ten tweede zijn we gedurende ons onderzoek van aanpak veranderd bij het verzamelen van de resultaten. We hadden bijvoorbeeld bij de opzet besloten dat we deelvraag 1 alleen zouden onderzoeken door middel van de literatuurstudie. Later bleek dat antwoorden op deze deelvraag ook naar voren kwamen in een aantal interviews. Deze hebben we toen ook meegenomen bij het schrijven van de resultaten. Doordat we hier geen gelijke aanpak voor hadden, konden we de resultaten minder goed met elkaar vergelijken. Hierdoor weet je niet in hoeverre de gegevens valide zijn. Achteraf hadden we dit anders moeten doen.

Wat goed ging, is dat we voor zowel hulpverleners als naasten een aparte interviewleidraad hebben opgesteld. Hierdoor hadden we structuur tijdens de interviews, maar was er ook ruimte voor eigen inbreng. Ondanks de interviewleidraad gaven wij toch allebei een andere invulling aan de interviews. Dit merkten we toen een van ons niet bij twee interviews aanwezig kon zijn. Hoewel de resultaten van de interviews valide waren, misten we daarin wederzijdse aanvulling tijdens het leiden van de interviews.

Gedurende het hele onderzoek hebben we goed met elkaar gecommuniceerd en bleven we elkaars werk kritisch controleren. Dit heeft bijgedragen aan het verhogen van de kwaliteit en de betrouwbaarheid van ons onderzoek. Ook heeft het regelmatige contact met Ypsilon en Pro Persona hieraan bijgedragen. Dit is in de stakeholderanalyse in bijlage 10 verder uitgewerkt.

8.3 Uitkomsten

Hoewel we een aantal discussiepunten hebben van wat achteraf beter had gekund in ons onderzoek, zijn we van mening dat we het onderzoek niet beter hadden kunnen doen met de ervaring en de kennis die we toen hadden. We hebben elke stap goed doordacht en we hebben geprobeerd het beste te halen uit de uitkomsten die we tot onze beschikking hadden. We denken dat ons onderzoek daarom betrouwbaar is. Als iemand dit onderzoek zou doen met dezelfde kennis en middelen die wij tot onze beschikking hadden, zou het onderzoek tot dezelfde resultaten leiden.

In eerste instantie dachten we dat de resultaten niet goed aansloten op onze hoofdvraag. De oorzaak hiervan was dat de uitkomsten anders waren dan de verwachtingen die we van tevoren over de uitkomsten hadden. Toch hebben we de hoofdvraag kunnen beantwoorden en daardoor ons eindproduct kunnen aansluiten op de conclusie en de aanbevelingen. Daarnaast sluit ons onderzoek aan bij de vraag van onze opdrachtgever. Dit is bevestigd bij onze eindpresentatie op 28 mei 2018. De link naar de presentatie, de beoordeling hiervan en een bijbehorend verslag zijn te vinden in bijlage 9.

8.4 Validiteit en betrouwbaarheid

Een factor die invloed heeft op de validiteit van ons onderzoek is de vanzelfsprekendheid van het gebruik van netwerkgerichte middelen. Een hulpverlener gaf aan dat het zo vanzelfsprekend is om bepaalde middelen te gebruiken, dat hij het niet noemt in de interviews (10.31). Dit kan als gevolg hebben dat er weinig genoemde resultaten zijn over het gebruik van de netwerkgerichte middelen. Het kan er dan op lijken dat deze middelen onbekend zijn bij de hulpverlener, waardoor er een onjuiste conclusie getrokken kan worden. Dit hebben we proberen te voorkomen door zo dicht mogelijk bij de verzamelde gegevens te blijven.

Een tweede factor is de keuze voor het opnemen van de interviews. We hebben hiervoor gekozen om de interviews zo nauwkeurig mogelijk te kunnen verwerken, wat de betrouwbaarheid verhoogt. Het gevolg van het opnemen van de interviews kan zijn dat respondenten gewenste, onjuiste of onvolledige informatie geven. Dit kunnen we niet controleren, maar we zijn wel bewust dat het invloed heeft op de validiteit van ons onderzoek.

Een factor die invloed heeft op de betrouwbaarheid is de interactie tussen aanwezigen. Een voorbeeld is dat bij het interview met een respondent haar man ook aanwezig was. Daardoor kan ze op hem reageren of juist op nieuwe ideeën komen, wat invloed heeft op de antwoorden. Een ander voorbeeld is het groepsgesprek. Doordat er twaalf deelnemers aanwezig waren, met ieder hun eigen gedragingen en emoties, is de kans klein dat door de wederzijdse beïnvloeding de resultaten van een herhaalonderzoek hetzelfde zullen zijn.

Een tweede factor is het gegevens noteren op papieren vellen bij het groepsgesprek. In het groepsgesprek hebben we vier vellen op tafel gelegd voor twaalf deelnemers. Niet iedereen heeft dezelfde mogelijkheid gehad om op de vellen te schrijven, wat de resultaten van het groepsgesprek beïnvloedt. Antwoorden kunnen bijvoorbeeld hierdoor ontbreken.

8.5 Toegevoegde waarde van het project

Ons onderzoek is om verschillende redenen van toegevoegde waarde voor Ypsilon. Allereerst geeft ons onderzoek inzicht in de behoeften en ervaringen van de naasten in de samenwerking met de hulpverlener. Daarnaast krijgt Ypsilon inzicht in de ervaringen en het perspectief van de hulpverleners van Pro Persona. Deze inzichten kunnen ook een verrijking zijn voor naasten en hulpverleners en kunnen hun bewustwording vergroten. Dit verhoogt de kans op het meer inzetten van de netwerkgerichte middelen door de hulpverlener.

Als tweede zal dit onderzoek Ypsilon meer bekendmaken. Allereerst omdat een deel van ons onderzoek gehouden is bij Pro Persona. Daarnaast hebben we in ons eindproduct verwezen naar een deel van het aanbod van Ypsilon.

Tot slot zijn er landelijk nog weinig onderzoeken bekend over ons onderwerp. Dit onderzoek draagt bij aan de reeds verzamelde kennis.

Het onderzoek heeft een toegevoegde waarde voor de andere stakeholders. Dit is uitgewerkt in bijlage 10.

8.6 Vervolgonderzoek en implementatie

Naar aanleiding van ons onderzoek hebben we een aantal mogelijkheden voor vervolgonderzoek geformuleerd. Ten eerste bevelen we aan om onderzoek te doen bij meerdere organisaties en op meerdere afdelingen. In ons onderzoek richten wij ons op de FACT- en VIP-teams van Pro Persona, wat een specifieke doelgroep is. Hierdoor kunnen de gegevens niet geheel worden gegeneraliseerd. Als er onderzoek gedaan wordt bij meerdere organisaties en op meerdere afdelingen worden de onderzoeken breder inzetbaar en zal de validiteit verhoogd worden.

Verder raden we aan om herhaaldelijk onderzoek te doen bij dezelfde organisaties en afdelingen, zodat informatie actueel blijft.

Tot slot adviseren we om ons eindproduct uit te breiden met meer netwerkgerichte middelen en behoeften. We hebben dit eindproduct gemaakt met de informatie die we tijdens ons onderzoek hebben verzameld. Dit zou met informatie uit andere organisaties aangevuld kunnen worden.

Mogelijkheden voor implementatie van ons onderzoek en eindproduct staan beschreven in bijlage 8.

Literatuurlijst

Akkerman, R., & Extercate, C. (2014). *Profiel Pro Persona*. Geraadpleegd van <https://www.propersona.nl/upload/Profiel%20Pro%20Persona%20aangepast%202014%20digitale%20versie.pdf>

Andrew, A., Knapp, M., McCrone, P., Parsonage, M., & Trachtenberg, M. (2012). *Effective interventions in schizophrenia: the economic case* (A report prepared for the Schizophrenia Commission). Geraadpleegd van <http://www.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/pdf/LSE-economic-report-FINAL-12-Nov.pdf>

Baarda, B., Bakker, E., Fischer, T., Julsing, M., Peters, V., Van der Velden, T., & De Goede, M. (2013). *Basisboek kwalitatief onderzoek* (3e ed.). Groningen/Houten, Nederland: Noordhoff.

Baars, J., & Van Meekeren, E. (2013). *Een psychische stoornis heb je niet alleen. Praten met families en naastbetrokkenen*. Amsterdam, Nederland: Boom.

Been, L. (2014). *Samenwerken in Netwerken*. Geraadpleegd van http://easy.squareis.com/https/hbo-kennisbank.nl/resolve/sharekit_hz/eyJoljogIjlkYTYzMWYxYWNINlImNTliYzI1Yzk5MzkzZTUyNDZhMzIZGU0N2IwOWYxOGE4ODdmNDBkMWFmZWZhYjYwJiM2YiLCAidSI6ICJodHRwczovL3N1cmZzaGFyZWtpdC5ubC9kbC9oei83MzM0MjQ1NS01ZW5LTQyY2QtOTc5Mi0yOWIzYjE2YjBhZTEvMGNIZWlyMGItNWE5ZS00NWFlLWlyNTgtZjc5ZDU3ZDg5OTU3In0=?x=1353¹

Blomgren Mannerheim, A., Hellström Muhli, U., & Siouta, E. (2016). Parents' Experiences of Caring Responsibility for Their Adult Child with Schizophrenia. *Schizophrenia Research and Treatment*, 2016, 1-12. Geraadpleegd van <http://dx.doi.org/10.1155/2016/1958198>

Bransen, E., De Gee, A., & De Jonge, M. (2013, 1 april). Psychische problemen in de familie: een voor mantelzorgers. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 2013(3), 139-142.

Bransen, E., Paalvast, M., & Slaats, M. (2014). *De kracht van naasten ontsluiten*. Geraadpleegd van <http://kenniscentrump.nl/sites/default/files/publications/bransen-tvp-nr.1-2014-themanummer naastbetrokkenen.pdf>

Crisiskaart. (z.d.). Wat is de crisiskaart? Geraadpleegd op 15 februari 2018, van <https://www.crisiskaart.nl/de-crisiskaart-jouw-eigen-stem-tijdens-een-crisis/wat-is-de-crisiskaart/>

De Jong, H. (2017, 18 september). Minor ZPBM - Hoe maak je een stakeholderanalyse? [YouTube]. Geraadpleegd op 31 mei 2018, van <https://www.youtube.com/watch?v=VhQ2QP0xEL8>

Drapalski, A. L., Marshall, D., Seybolt, D., Medoff, D., Peer, J., Leith, J., & Dixon, L. B. (2008). Unmet Needs of Families of Adults With Mental Illness and Preferences Regarding Family Services. *Psychiatric Services*, 59(6), 655-662. Geraadpleegd van <https://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/ps.2008.59.6.655>

FysioExperts. (2016). Effectievere behandeling door samenwerking! [Foto]. Geraadpleegd van <https://www.fysioexperts.nl/over-ons/blog/2017/effectievere-behandeling-door-samenwerking/>

¹ Bron afkomstig van EASY (niet publiekelijk toegankelijk)

GGZ Nieuws (2016, 27 december). Goed familiebeleid vanaf nu verlicht in de GGZ. Geraadpleegd op 16 februari 2018, van <https://www.ggznieuws.nl/home/goed-familiebeleid-vanaf-nu-verplicht-ggz/>

Haenen, J., Fox, H., Meijer, A., Veen, P. (2008). *De rol van samenwerken in de triade cliënt, familie, hulpverlener in het herstellen met een psychiatrische ziekte*. Ontleend aan <http://www.hardzaak.eu/pix/triadesamenwerking.pdf>

Haskell, R., Graham, K., Bernards, S., Flynn, A., & Wells, S. (2016). Service user and family member perspectives on services for mental health, substance use/addiction, and violence: a qualitative study of their goals, experiences and recommendations. *International Journal of Mental Health Systems*, 10(9), 1-14. Geraadpleegd van <https://doi.org/10.1186/s13033-016-0040-3>

Jacobs, R., Lamers, D., Peeters, P., & Westen, K. (2017). *Het zorgafstemmingsgesprek*. Geraadpleegd van <https://www.ypsilon.org/download/?id=19272436>

Klaassen, H.W. (2011, januari). *Familiebegeleiding in de langdurige psychiatrie*. Geraadpleegd van <https://www.ypsilon.org/download/?id=18250373>

Klaassen, H.W. (2014). *Bondgenoten*. Amsterdam, Nederland: Boom.

Kwaliteitsontwikkeling GGZ. (2016, 1 juli). Generieke module benadrukt belang van naasten in de GGZ. Geraadpleegd op 30 mei 2018, van <http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl/2016/07/01/nieuwe-generieke-module-benadrukt-belang-naasten-ggz/>

Kwaliteitsontwikkeling GGZ. (2016). *Generieke Module Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek*. Geraadpleegd van <http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl/wp-content/uploads/2016/12/20161222-GM-Naasten.pdf>

Kwaliteitsontwikkeling GGZ. (2017, 16 juni). *Samenvattingskaart Generieke module*. Geraadpleegd op 22 februari 2018, van <https://www.ypsilon.org/download/?id=19420468>

Leggatt, M. (2002, februari). Families and mental health workers: the need for partnership. *World Psychiatry*, 1(1), 52-54.

LPFED. (2012, 24 juli). *Visiedocument familie-ervaringsdeskundige*. Geraadpleegd van <http://www.platformggz.nl/LPGGz/download/slhf-archief/fed-visiedocument-2012.pdf>

LPGGZ. (2011, 1 maart). *Startdocument Indicatorset Familiebeleid in de GGZ*. Geraadpleegd van <https://www.ypsilon.org/download/?id=7796392>

LPGGZ. (2018, 22 februari). *Criteria familiebeleid*. Geraadpleegd van <http://www.platformggz.nl/LPGGz/download/familiebeleid/criteria-familiebeleid-definitief.24-oktober-2011.pdf>

Magliano, L. (2008). *Families of people with severe mental disorders: difficulties and resources*. Copenhagen, Denemarken: World Health Organization.

Meis, L. A., Griffin, J. M., Greer, N., Jensen, A. C., MacDonald, R., Carlyle, . . . Wilt, T. J. (2013). Couple and family involvement in adult mental health treatment: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 33(2), 275-286.

Meld je zorg. (2011). *Uitkomsten van de enquête familiebeleid Meld je zorg*. Geraadpleegd van <http://www.platformggz.nl/LPGGz/download/podium/familie-de-ggz-factsheet1-3-def.pdf>

Mezzo. (z.d.). Sociale netwerken betrekken. Geraadpleegd op 2 mei 2018, van <https://www.mezzo.nl/pagina/voor-professionals/kennisbank/mantelzorg-thema-s/sociale-netwerken-betrekken>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (z.d.). Zorg: verschillende indelingen. Geraadpleegd op 2 juni 2018, van <https://www.volksgezondheidenzorg.info/zorg-verschillende-indelingen#node-zorg-ingedeeld-naar-zorgbehoefte>

Movisie. (2013, 11 maart). Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen. Geraadpleegd op 16 februari 2018, van <https://www.movisie.nl/esi/systematisch-rehabilitatiegericht-handelen>

Movisie. (2013, 3 juli). Het netwerk van je cliënt in kaart brengen. Hoe doe je dat? Geraadpleegd op 22 februari 2018, van <https://www.movisie.nl/artikel/netwerk-je-client-kaart-brengen-hoe-doe-je>

Movisie. (2014, maart). *Aan de slag met sociale netwerken*. Geraadpleegd van https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Aan-de-slag-met-sociale-netwerken%20%5BMOV-2237000-1.1%5D.pdf

National Alliance on Mental Illness. (2008). *Schizophrenia: public attitudes, personal needs*. Geraadpleegd van <https://www.nami.org/schizophreniasurvey>

Paalvast, M. (2011). *Familie & de ggz. Uitkomsten van de enquête familiebeleid Meld je zorg*. Utrecht: Landelijk Platform GGZ (LP-GGZ).

Parnassia Groep. (2014). Signaleringsplan. Geraadpleegd op 14 mei 2018, van <https://www.helpikhebeenpsychose.nl/behandeling/soorten-behandeling/signaleringsplan>

Phorza. (2005). Beroepscode SPH/SPW. Geraadpleegd van <http://pdf.swphost.com/phorza/bss.pdf>

Pro Persona. (z.d.). (F)ACT teams. Geraadpleegd op 16 maart 2018, van <https://www.propersona.nl/Client-en-familie/Een-doorverwijzing%2C-wat-nu%3F/%28F%29ACTteams/>

Pro Persona. (z.d.). Familieraden. Geraadpleegd op 16 maart 2018, van <https://www.propersona.nl/Client-en-familie/Informatie-voor-familie/Familieraden/>

Pro Persona. (z.d.). Systeembehandeling. Geraadpleegd op 14 mei 2018, van <https://www.propersona.nl/files/folders/151/Systeembehandeling-Informatie-van-partners,-familie-en-vrienden-van-clienten.pdf?nd=1458080232>

Pro Persona. (z.d.). Vertrouwenspersoon. Geraadpleegd op 16 maart 2018, van <https://www.propersona.nl/Client-en-familie/Informatie-voor-familie/Vertrouwenspersoon>

Pro Persona. (2015, 3 juni). *Richtlijnen Pro Persona Familiebeleid*. Geraadpleegd van https://www.propersona.nl/upload/Richtlijnen_Pro_Persona_Familiebeleid.pdf

Pro Persona. (2015, november). Training interactievaardigheden De Mat. Geraadpleegd op 16 maart 2018, van <https://www.propersona.nl/files/folders/112/ZP-A4-infoblad-internet-EPA-002->

Mantelzorg-Training-interactievaardigheden-De-Mat-voor-familie-en-andere mantelzorgers.pdf?nd=1521200648

Pro Persona. (2016, 23 juni). Pro Persona ontvangt Ster familiebeleid. Geraadpleegd op 1 maart 2018, van

<https://www.propersona.nl/Nieuws/?id=241&Pro+Persona+ontvangt+Ster+voor+familiebeleid>

Pro Persona. (2017). *Notitie familiebeleid Pro Persona*. Ede, Nederland: Pro Persona.

Rijksoverheid. (z.d.). Functionele rollen in een netwerk. Geraadpleegd op 31 mei 2018, van

<https://www.communicatierijk.nl/vakkennis/f/factor-c/ringen-van-invloed>

Steyaert, J. & Kwekkeboom, R. (2010). *Op zoek naar duurzame zorg*. Utrecht: Libertas.

Slaats, M. (2013). Ervaringen van familieleden en naastbetrokkenen. In J. Baars, & E. van Meekeren (Reds.), *Een psychische stoornis heb je niet alleen – Praten met families & naastbetrokkenen* (pp. 143-159). Amsterdam, Nederland: Boom.

The Schizophrenia Commission. (2012, 14 november). *The Abandoned Illness: A report by the Schizophrenia Commission*. Geraadpleegd op 10 april 2018, van

<https://mentalhealthpartnerships.com/resource/the-abandoned-illness-a-report-by-the-schizophrenia-commission/>

Van Busschbach, T., Wolters, J. K., & Boumans, P. A. T. (2009). *Betrokkenheid in kaart gebracht*.

Geraadpleegd van <https://www.ypsilon.org/download/?id=11600324>

Van de Bovenkamp, H., & Trappenburg, M. (2008). *Niet alleen de patiënt centraal: Over familieleden in de geestelijke gezondheidszorg*. Geraadpleegd van <https://margotrappenburg.nl/wp-content/uploads/2014/11/Ypsilonrapport.pdf>

Van de Bovenkamp, H., & Trappenburg, M. (2009). De moeizame relatie tussen hulpverleners en familieleden in de GGZ. *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid*, 64(1-2), 27-38

Van de Bovenkamp, H. & Trappenburg M. (2012). Comparative review of family–professional communication: What mental health care can learn from oncology and nursing home care. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(4), 366–385

Van der Donk, C., & Van Lanen, B. (2017). *Praktijkonderzoek in zorg en welzijn* (Herz. ed.). Bussum, Nederland: Coutinho.

Van der Pijl, M. (2014, oktober). *Investeren in de familie is investeren in de cliënt*. Geraadpleegd van <http://www.familiebegeleidingindepsychiatrie.nl/wp-content/uploads/2014/09/artikel-Maartje-van-der-Pijl-in-sociale-psychiatrie-nov-2014.pdf>

Van Erp, N., Place, C., & Michon, H. (2009). *Familie in de langdurige GGZ Deel 1: interventies*. Geraadpleegd van <http://www.platformggz.nl/LPGGz/download/extern-persberichten-rapporten-brochures-ea/rapport-trimbos-familie-in-de-langdurige-ggz-deel1-interventies.pdf>

Van Maurik, R., Stoffelsma, N., Rikhof, M., & De Haas, C. (2016). Handleiding Familiebeleid GGZ. Geraadpleegd van <http://www.platformggz.nl/LPGGz/download/common/handleidingfamiliebeleid-ggz-interactief.pdf>

- Van Oenen, F. J., Van Deursen, S., & Cornelis, J. (2014). De rol van de psychiater; medisch, contextueel én persoonsgericht denken en handelen in de psychiatrie. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 56(11), 728-736. Geraadpleegd van <http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/56-2014-11-artikel vanoenen.pdf>
- Wittenberg, Y., Kwekkeboom, M. H., & De Boer, A. (2012). *Bijzondere mantelzorg*. Geraadpleegd van https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2012/Bijzondere_mantelzorg
- Wolfgang Fleischhacker, W., Arango, C., Arteel, P., Barnes, T. R. A., Carpenter, W., Duckworth, K., Galderisi, S., . . . Woodruff, P. (2014). Schizophrenia—Time to Commit to Policy Change. *Schizophrenia Bulletin*, 40(3), 165-194
- Yesufu-Udechuku, A., Harrison, B., Mayo-Wilson, E., Young, N., Woodhams, P., Shiers, D., . . . Kendall, T. (2015). Interventions to improve the experience of caring for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 206(4), 268-274
- Ypsilon. (z.d.). Project Peer2Peer; de ervaringen verdiept. Geraadpleegd op 28 maart 2018, van <https://www.ypsilon.org/peer2peer2>
- Ypsilon. (z.d.). Psychose en verslaving. Geraadpleegd op 28 maart 2018, van https://www.ypsilon.org/dubbele_diagnose
- Ypsilon. (z.d.). Quickscan GGZ Werken met families. Geraadpleegd op 16 maart 2018, van <https://www.ypsilon.org/quickscanggz>
- Ypsilon. (z.d.). Rol van familie. Geraadpleegd op 22 mei 2018, van <https://www.ypsilon.org/familiebeleid>
- Ypsilon. (z.d.). Vroeg ingrijpen. Geraadpleegd op 28 maart 2018, van [https://www.ypsilon.org/vroeg ingrijpen](https://www.ypsilon.org/vroeg_ingrijpen)
- Ypsilon. (z.d.). Wat is psysalon? Geraadpleegd op 28 maart 2018, van <https://www.ypsilon.org/psysalon>
- Ypsilon. (z.d.). Bestellen bij Ypsilon kan gemakkelijk online! Geraadpleegd op 24 mei 2018, van <https://www.ypsilon.org/webwinkel>
- Ypsilon. (z.d.). Wie zorgt praat mee! Geraadpleegd op 28 maart 2018, van <https://www.ypsilon.org/privacy>
- Ypsilon. (z.d.). Workshop Hoezo ziek? Geraadpleegd op 28 maart 2018, van <https://www.ypsilon.org/workshop-gespreksvaardigheden>
- Ypsilon. (z.d.). Ypsilon voor hulpverleners. Geraadpleegd op 15 februari 2018, van <https://www.ypsilon.org/ypsilonvoorhulpverleners>
- Ypsilon. (2010). *Ypsilon Familiester* (2e ed.). Voorburg, Nederland: Ypsilon
- Ypsilon. (2012, 23 mei). *Perspectief bieden, kansen benutten*. Geraadpleegd van <https://www.ypsilon.org/download/?id=18246760>

Ypsilon. (2015, juni). De triadekaart - een overzicht. Geraadpleegd op 15 februari 2018, van www.triadekaart.nl

Ypsilon. (2016, 12 december). *Ypsilon verzet de bakens*. Geraadpleegd van <https://www.ypsilon.org/download/?id=19272397>

Ypsilon. (2017, 25 januari). Tuchtcollege: Naasten informeren moet! Geraadpleegd op 23 maart 2018, van <https://www.ypsilon.org/nieuws/25-01-2017/19281880/Tuchtcollege-Naasten-informeren-moet->

Zegwaard, M., Aartsen, M. J., Grypdonck, M. H. F., & Cuijpers, P. (2013). Differences in impact of long term caregiving for mentally ill older adults on the daily life of informal caregivers: a qualitative study. *BMC Psychiatry*, 13(103), 1-9. Geraadpleegd van <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-103>

Zegwaard, M., Aartsen, M. J., Grypdonck, M. H. F., & Cuijpers, P. (2015). Mental health nurses' support to caregivers of older adults with severe mental illness: a qualitative study. *BMC Nursing*, 14(37), 1-10. Geraadpleegd van <https://doi.org/10.1186/s12912-015-0087-5>

Bijlage 1 Kernlabelschema deelvraag 1

Naasten

Kernlabel	Label	Fragmentnummer
Algemeen	Hulpverleningstraject	2.2
Invloed op naaste	Ondersteuning	2.19
	Huisvesting	8.54
	Belasting	8.58
		8.62
		3.25
Werkwijze hulpverlener	Afstemmen	8.55
		8.53

Hulpverleners

Kernlabel	Label	Fragmentnummer
Invloed psychische kwetsbaarheid	Eenzaamheid	4.6
	Sociale netwerk	4.35
		4.36
		5.4
	Betrokkenheid	4.37
		6.2
Invloed van naaste	Algemeen	6.1
	Herstel	4.54
		11.58
	Contactpersoon	6.20
		6.46
Invloed op naaste	Signaleren	10.15
	Conflict	4.17
	Op de been blijven	11.57
Wederzijdse invloeden	Ideaalbeeld - reactie patiënten -	6.68
Middelen	Motiverende gespreksvoering	4.11
	Signaleringsplan	4.12
	Psycho-educatie	4.55

Bijlage 2 Kernlabelschema deelvraag 2

Naasten

Kernlabel	Label	Fragmentnummer
Algemeen	Diversiteit	12.46
Houding hulpverlener	Luisteren	1.2
		2.7
		3.18
		1.33
		3.16
	Openheid	1.4
		7.29b
	Ondersteunen	8.2
		1.10
		8.8
		8.26
		8.28
		8.31
		8.32
	Empathie	1.17
		1.18
		1.19
		1.20
		1.21
		1.26
		1.34
		1.42
		1.44
		1.45
		1.46
	Beschikbaar zijn	1.22
		1.30
		1.35
		1.38
		1.27
		1.29
		1.36
		2.1
		2.8
		3.17
		7.25
		7.31
		7.33
	Betrokkenheid	1.37
		2.15
	Geen gehoor	2.13
		3.22
		3.24
	Duidelijkheid	2.14
		7.29a

		3.30
	Professionaliteit	2.21
		8.19
		1.7
	Stigmatisering	2.27
Samenwerking		2.28
	Menselijke maat	1.1
		2.30
	Triade	1.3
		1.6
		1.5
	Betrokkenheid	1.11
		2.18
		2.29
		3.20
		8.20
		12.3
	Relatie	1.28
		8.33
		2.22
		7.32
		8.34
	Privacy	2.17
		2.10
	Informereren	3.19
		7.20
		7.22
		7.28
		8.12
Middelen	Algemeen	2.32
		2.33
	Psycho-educatie	3.21
		8.45
	Crisiskaart	3.35
	Ervaringsdeskundigen	8.47
Organisatie	Personeel	7.23
		7.34

Hulpverleners

Kernlabel	Label	Fragment-nummer
Algemeen	Diversiteit	12.47
Houding hulpverlener	Geen gehoor	4.44
	Activeren	5.16
	Informeren	6.52
Houding naaste	Zelfstandigheid	5.17
		5.18
Samenwerking	Verwachtingen	6.43
	Triade	12.57
		12.58
	Informeren	11.15
		11.17
	Gehoord worden	11.56
		11.61
Middelen	Taakverdeling	6.38
	Psycho-educatie	11.49
	Lotgenotencontact	11.48

Bijlage 3 Kernlabelschema deelvraag 3

Naasten

Kernlabel	Label	Fragment-nummer
Samenwerking	Algemeen	3.15
		8.56
		8.61
	Rol naaste	1.9
		3.10
		7.9
		7.10
		7.11
		7.26
		7.27
		8.5
		8.13
		8.24
	Verhouding	1.12
		1.13
		2.6
		1.14b
		7.12
	Relatie	8.14
		1.28
	Verschil in ervaring	7.15
		1.39
		1.41
		7.24
	Betrokkenheid	12.45
		2.9
		2.11
		2.16
		3.4a
		3.11
		3.27
		7.18
		7.22
	Geen hulp	8.1
		7.1
	Privacy	7.2
		2.10
	Geen rekening houden	3.5
		8.53
		8.55
		8.58
Houding naaste	Eisen stellen	1.14a
		1.16
	Autonomie	2.23
		2.34
		3.7

		3.13
		3.14
		8.27
	Weerstand	2.26
	Betrokkenheid	2.25
		8.17
		12.48
		12.49b
	Invloeden	12.50
Houding hulpverlener	Niet serieus nemen	1.15
		2.3
		3.1
		3.2
		3.30
		8.9
		8.25
		12.1
		12.2
		12.63
	Empathie	1.26
		1.43
	Beschikbaarheid	1.27
		1.29
		1.30
		2.5
	Ondersteuning	2.20
		3.18
		7.19
		8.2
		8.8
		8.29
		8.30
		8.59
		8.60
	Relatie	3.3
Werkwijze hulpverlener	Triade	1.8
		7.16
		7.21
		8.18
	Diversiteit	1.23
		1.24
		1.25
		1.40
		3.4b
		7.14
		7.35
		8.4
		8.15
		8.22
	Mogelijkheden/faciliteren	1.31

		1.32
	Inzet	2.4
		2.31
		3.23
		3.26
		3.29
		7.13
		12.15
	Invloeden	7.30
		12.40
Middelen	Systeemtherapie	8.3
		8.6
	ZorgAfstemmingsGesprekken	8.21
	Familieraad	12.53
	Overig	12.23

Hulpverleners

Kernlabel	Label	Fragment-nummer
Samenwerking	Algemeen	4.40
		4.41
		4.63
		6.68
		12.17
		12.27
	Triade	5.9
		6.6
		6.26
		5.24
		10.7
		10.8
		11.2
		6.40
		6.48
		10.11
		11.5
		11.28
		11.36
		11.51
		11.52
		12.62
	Afstemmen	6.5
		6.16
		6.25
		6.38
		6.49
		6.50
		6.74
	Betrokkenheid	5.19
		5.26
		6.17
		10.1
		6.55
		11.10
		11.56
	Contact	6.56
		10.5
	Invloed op hulpverlener	4.62
Houding naaste	Zelfstandigheid	5.18
	Mate van betrokkenheid	10.4
		11.13
		11.19
		11.20
		12.49a
	Ervaring	11.54
Rol naaste	Algemeen	5.2
	Informatieverstrekking	4.22

	Invloed van naaste	4.37
		5.4
		5.5
		10.15
	Systeem	10.6
		11.22
		11.26
Invloed op naaste	Overbelast	4.8
	Verrast en blij	4.15
		4.16
	Conflict	4.17
		11.23
Houding hulpverlener	Actief betrekken	4.9
		5.3
		5.15
		5.20
		6.9
		6.72
		11.9
		11.12
		11.35
	Betrokkenheid	6.54
		6.55
		6.56
		6.57
	Begrip	11.24
	Wel of geen gehoor	4.43
		6.2
		6.11
		6.12
		10.9
	Misinterpretatie	6.39
		6.41
		6.42
		6.51
	Privacy	5.14
		6.10
		11.8
		11.14
	Bewust zijn	6.22
		6.24
		11.27
		11.55
	Contact	10.10
		11.21
		11.33
Werkwijze hulpverlener	Netwerk in kaart brengen/ contactpersoon	4.7
		4.14
		5.1
		5.6

		5.8
		5.25
		6.3
		6.19
		6.21
		11.4
		11.7
		11.11
		12.13
		12.14
		12.16
		12.66
	Aandachtspunten/ contact	6.7
		6.8
	Informatieverstrekking	4.18
		4.19
		4.21
		4.42
		4.44
		4.45
		4.46
		4.47
		4.49
		4.51
		4.52
		11.16
		11.29
		12.12
		12.37
	Conflict	4.23
		4.61
		11.18
		12.36
	Verbetering	4.64
		6.13
		6.18
		6.58
		6.63
		6.64
		6.73
		12.61
	Investerings	12.64
		6.67
		6.69
		6.70
		11.3
		11.53
Pro persona	Algemeen	11.59
		4.2
		4.32

	Signaleringsplan/ Crisiskaart	6.28
		6.30
		6.32
		10.14
		10.16
		10.17
		10.18
		10.19
		10.20
		10.21
	Familieraad	12.52
	Familiebeleid	4.3
		4.4
		12.9
		12.10
		12.11
	Psycho-educatie	4.55
		4.56
		4.57
		11.30
		11.31
		11.49
	ZorgAfstemmingsGesprek	4.5
		6.47
		11.42
		11.43
		11.44
		11.50
	Motiverende gespreksvoering	4.10
	Lotgenotencontact	4.33
	Systeemgesprekken/ -therapeut	4.38
		10.2
		10.3
		10.26
		10.29
	FACT-team	11.1
		11.6
	Overig	4.39
		5.13

Bijlage 4 Kernlabelschema deelvraag 4

Naasten

Kernlabel	Label	Fragmentnummer
Triadekaart	Inzet	2.12
	Taakverdeling	3.32
		3.33
ZorgAfstemmingsGesprekken	Inzet	8.16
Ypsilon	Voordelen	8.35a
		8.44
	Nadelen	8.35b
	Ervaringsdeskundigen	8.36
		8.37
		8.52
Psycho-educatie	Algemeen	8.43
	Inzicht	8.38
		8.46
		8.50
MAT-training	Inzicht	3.31
		8.48
		8.49
		12.60
	Inzet	11.34
Familiebeleid	Doel	12.4
Familierraad	Familievertrouwenspersoon	12.25
	Visie	12.53
	Familiebeleid	12.55b
Quickscan	Algemeen	12.30
Trainingen	Pro Persona	8.39

Hulpverleners

Kernlabel	Label	Fragmentnummer
Triadekaart	Vastlegging	4.20
	Afstemmen	6.44
		6.29
	Inzet	11.37
		11.39
		12.29
	Kritiek	11.40
		11.45
		12.33
ZorgAfstemmingsGesprekken	Inzet	10.27
		6.4
	Afstemmen	10.30
		11.41
Systeemgesprekken	Inzet	10.2
		10.3
		10.25
	Inhoud	10.28
Psycho-educatie	Familiebijeenkomsten	4.33
		6.61
	Verbetering	11.30
		11.32
	Inhoud	6.15
Ervaringsdeskundigen	Activiteiten	4.1
Signaleringsplan/Crisiskaart	Crisiskaart	4.13
		4.29
	Signaleringsplan	4.12
	Crisissignaleringsplan	10.14
	Crisiskaartplan	6.30
		6.32
		6.33
		6.34
Quickscan	Algemeen	12.38
Generieke module	Bekend	11.46
	Onbekend	4.31
Familierraad	Diversiteit	12.52
	Familiebeleid	12.55a
Familiebeleid	Betrekken netwerk	12.5
		12.6
	Vier pijlers	12.7
		12.8
Overig	Ypsilon	11.47
	Meerdere middelen	10.1
		10.31
		12.39
	Telefonisch spreekuur	6.62
	Bureaudienst	6.65
	Handy Cards	12.34
		12.35

Bijlage 5 Kernlabelschema deelvraag 5

Naasten

Kernlabel	Label	Fragmentnummer
Algemeen	Vanzelfsprekendheid	12.65
Lotgenotencontact	Informatieverstrekking	8.10
		8.11
ZorgAfstemmingsGesprekken	Inzet	8.16
MAT-training	Aanreiken	8.40
	Praktijk	8.41
Psycho-educatie	Inhoud	8.42
	Aanreiken	8.51
Familierraad	Activiteiten	12.25
		12.44
Familiebeleid	Bekendheid	12.26
Overig	Familieday	12.23
		12.22a

Hulpverleners

Kernlabel	Label	Fragmentnummer
Algemeen	Inzet	12.41
	Invloeden op inzet	4.32
		4.57
		12.56
		12.67
		4.42
	Informatieverstrekking	11.29
Lotgenotencontact	Organiseren	4.33
	Ervaringsdeskundigen	4.34
ZorgAfstemmingsGesprekken	Inzet	6.47
		11.42
		11.43
		11.44
		11.50
Systeemgesprekken	Ruimte geven	10.26
		10.29
MAT-training	Inzet	11.34
Psycho-educatie	Inhoud	6.15
	Mate van inzet	5.12
		11.32
		4.55
		4.56
	Invloeden	11.31
	Vanzelfsprekendheid	10.31a
	Verbetering	11.30
Triadekaart	Gebruik	5.10
		5.11
		6.35
		6.36
		10.13
		11.37
		11.38
		11.39
		12.31
		11.45
		4.24
		12.59
		4.30
		6.37b
	Inhoud	6.53
		4.52
	Bekendheid	6.31a
		10.12
	Vastlegging	4.20
		11.40
	Verbetering	6.38
Signaleringsplan/Crisiskaart	Inzet	4.28
		5.7

		4.24
	Terugkoppeling	10.20
		10.21
		10.22
		10.23
	Bekendheid	6.31b
	Vanzelfsprekendheid	10.31b
	Betrekken	4.12
		4.13
		4.27
		5.22
		10.17
		10.18
		10.19
		5.21
		6.27
	Vastlegging	4.14
		4.19
		4.51
	Insteek	4.25
		4.26
6.37a		
Familiebeleid	Inzet	12.24
		12.28
	Invloeden op inzet	12.68
	Informatieverstrekking	6.14
	Stimuleren	12.18
		12.19
		12.20
12.21		
Quickscan	Inzet	12.43
		12.42
Generieke module	Bekendheid	5.23
		11.46
		4.31
Overig	Familiedag	12.22b
	Motiverende gespreksvoering	4.10
		4.11

Bijlage 6 Literatuurschema

Kernbegrip	Deelaspect	Bronnen	Toelichting
Samenwerk en met naasten	Onderzoeken	Van der Pijl, M. (2014, oktober). <i>Investeren in de familie is investeren in de cliënt</i> . Geraadpleegd van http://www.familiebegeleidingindep-sychiatrie.nl/wp-content/uploads/2014/09/artikel-Maartje-van-der-Pijl-in-sociale-psychiatrie-nov-2014.pdf	In dit onderzoek verwijst Van der Pijl naar verschillende onderzoeken over het investeren en inzetten van familieleden.
		Meld je zorg. (2011). <i>Uitkomsten van de enquête familiebeleid Meld je zorg</i> . Geraadpleegd van http://www.platformggz.nl/LPGGz/download/podium/familie-de-ggz-factsheet1-3-def.pdf	Enquête naar de zichtbaarheid van naasten in de GGZ.
		Paalvast, M. (2011). <i>Familie & de ggz. Uitkomsten van de enquête familiebeleid Meld je zorg</i> . Utrecht: Landelijk Platform GGZ (LP-GGZ).	Uitkomsten van de enquête naar de zichtbaarheid van naasten in de GGZ.
		Been, L. (2014). <i>Samenwerken in Netwerken</i> . Geraadpleegd van http://easy.squareis.com/https/hbo-kennisbank.nl/resolve/sharekit_hz/eYJoljogljYTYzMWYxYWNINTlmNTliYzI1Yzk5MzkzZTUyNDZhMzdlZGU0N2lwOWYxOGE4ODdmNDBkMWFmZWlhYjYwJiM2YiLCAidSI6ICJodHRwczovL3N1cmZzaGFyZWtpdC5ubC9kbC9oei83MzM0MjQ1NS01ZW5LTQyY2QtOTc5Mi0yOWIzYjE2YjBhZTEvMGNIZWlyMGItNWE5ZS00NWFlWlYNTgtZjc5ZDU3ZDg5OTU3In0=?__x=13532	Een onderzoek naar familieparticipatie vanuit de afdeling woonondersteunende zorg. De overtuiging dat familie belangrijk is voor de cliënten komt voort uit de contextuele benadering, ontwikkeld door Ivan Boszormenyi-Nagy.
		Van Busschbach, T., Wolters, J. K., & Boumans, P. A. T. (2009). <i>Betrokkenheid in kaart gebracht</i> . Geraadpleegd van https://www.ypsilon.org/download/?id=11600324	Document waarin veel staat over betrokkenheid in de hulpverlening. Gaat vooral over de triadekaart. Dit is een belangrijk document voor Ypsilon.
		Bransen, E., Paalvast, M., & Slaats, M. (2014). <i>De kracht van naasten ontsluiten</i> . Geraadpleegd van http://kenniscentrums.nl/sites/default/files/publications/bransen-tvp-nr.1-2014-themanummer-naastbetrokkenen.pdf	De kracht van naasten inzetten in het hulpverleningstraject van de cliënt.

² Bron afkomstig van EASY (niet publiekelijk toegankelijk)

		Haenen, J., Fox, H., Meijer, A., Veen, P. (2008). <i>De rol van samenwerken in de triade cliënt, familie, hulpverlener in het herstellen met een psychiatrische ziekte</i> . Ontleend aan http://www.hardzaak.eu/pix/triadesamenwerking.pdf	Onderzoek over de perspectieven van familieleden en cliënten met betrekking tot mental health issues.
		Meis, L. A., Griffin, J. M., Greer, N., Jensen, A. C., MacDonald, R., Carlyle, . . . Wilt, T. J. (2013). Couple and family involvement in adult mental health treatment: A systematic review. <i>Clinical Psychology Review, 33</i> (2), 275-286.	Dit artikel gaat over het betrekken van partners en familie in de behandeling.
		National Alliance on Mental Illness. (2008). <i>Schizophrenia: public attitudes, personal needs</i> . Geraadpleegd van https://www.nami.org/schizophreniasurvey	Analyse over cliënten met schizofrenie en hun familie en omgeving.
		The Schizophrenia Commission. (2012, 14 november). <i>The Abandoned Illness: A report by the Schizophrenia Commission</i> . Geraadpleegd op 10 april 2018, van https://mentalhealthpartnerships.com/resource/the-abandoned-illness-a-report-by-the-schizophrenia-commission/	Dit artikel gaat over veranderingen die plaats moeten vinden in gezondheidszorg met betrekking tot cliënten met schizofrenie.
		Van de Bovenkamp, H. & Trappenburg M. (2012). Comparative review of family–professional communication: What mental health care can learn from oncology and nursing home care. <i>International Journal of Mental Health Nursing, 21</i> (4), 366–385	Review over de relatie tussen familie en professionals.
		Zegwaard, M., Aartsen, M. J., Grypdonck, M. H. F., & Cuijpers, P. (2013). Differences in impact of long term caregiving for mentally ill older adults on the daily life of informal caregivers: a qualitative study. <i>BMC Psychiatry, 13</i> (103), 1-9. Geraadpleegd van https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-103	Een artikel over het verschil tussen langdurige- en kortdurende zorg.
		Zegwaard, M., Aartsen, M. J., Grypdonck, M. H. F., & Cuijpers, P. (2015). Mental health nurses'	Een studie over ondersteuning aan mantelzorgers voor

		support to caregivers of older adults with severe mental illness: a qualitative study. <i>BMC Nursing</i> , 14(37), 1-10. Geraadpleegd van https://doi.org/10.1186/s12912-015-0087-5	oudere volwassenen met een psychische aandoening.
Vakkennis		Movisie. (2013, 3 juli). Het netwerk van je cliënt in kaart brengen. Hoe doe je dat? Geraadpleegd op 22 februari 2018, van https://www.movisie.nl/artikel/netwerk-je-client-kaart-brengen-hoe-doe-je	Over de wederkerigheid van het netwerk van een cliënt en hoe je een netwerk in kaart kan brengen.
		Klaassen, H. W. (2011, januari). <i>Familiebegeleiding in de langdurige psychiatrie</i> . Geraadpleegd van https://www.ypsilon.org/download/?id=18250373	Voorbeelden van samenwerking tussen hulpverlener en naasten.
		Van Erp, N., Place, C., & Michon, H. (2009). <i>Familie in de langdurige GGZ Deel 1: interventies</i> . Geraadpleegd van http://www.platformggz.nl/LPGGz/download/extern-persberichten-rapporten-brochures-ea/rapport-trimbos-familie-in-de-langdurige-ggz-deel1-interventies.pdf	In hoofdstuk 2 is er theoretische kennis te vinden over de achtergrond van familiebetrokkenheid en –interventies. In deze bron is er veel te vinden over families en hun rol in de GGZ.
		Wolfgang Fleischhacker, W., Arango, C., Arteel, P., Barnes, T. R. A., Carpenter, W., Duckworth, K., Galderisi, S., . . . Woodruff, P. (2014). Schizophrenia—Time to Commit to Policy Change. <i>Schizophrenia Bulletin</i> , 40(3), 165-194	Onderzoek over Schizofrenie en de politieke veranderingen die op dat gebied moeten plaatsvinden.
		Baars, J., & Van Meekeren, E. (2013). <i>Een psychische stoornis heb je niet alleen. Praten met families en naastbetrokkenen</i> . Amsterdam, Nederland: Boom.	Boek over het betrekken van familie.
		Bransen, E., De Gee, A., & De Jonge, M. (2013, 1 april). Psychische problemen in de familie: een groepscursus voor mantelzorgers. <i>Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen</i> , 2013(3), 139-142.	Een artikel over groepscursus voor mantelzorgers.
		Haenen, J., Fox, H., Meijer, A., Veen, P. (2008). <i>De rol van samenwerken in de triade cliënt, familie, hulpverlener in het herstellen met een psychiatrische ziekte</i> . Ontleend aan	Een analyse over het werken in de triade.

		http://www.hardzaak.eu/pix/triadesamenwerking.pdf	
		Steyaert, J. & Kwekkeboom, R. (2010). <i>Op zoek naar duurzame zorg</i> . Utrecht: Libertas	Een boek over duurzame zorg.
		Van de Bovenkamp, H., & Trappenburg, M. (2009). De moeizame relatie tussen hulpverleners en familieleden in de GGZ. <i>Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid</i> , 64(1-2), 27-38	Een artikel over de relatie tussen hulpverleners en familieleden.
		Van Oenen, F. J., Van Deursen, S., & Cornelis, J. (2014). De rol van de psychiater; medisch, contextueel én persoonsgericht denken en handelen in de psychiatrie. <i>Tijdschrift voor psychiatrie</i> , 56(11), 728-736. Geraadpleegd van http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/assets/articles/56-2014-11-artikel-vanoenen.pdf	Een artikel over de rol van de hulpverlening in de psychiatrie.
		Wittenberg, Y., Kwekkeboom, M. H., & De Boer, A. (2012). <i>Bijzondere mantelzorg</i> . Geraadpleegd van https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2012/Bijzondere_mantelzorg	Een publicatie over mantelzorg.
		Yesufu-Udechuku, A., Harrison, B., Mayo-Wilson, E., Young, N., Woodhams, P., Shiers, D., . . . Kendall, T. (2015). Interventions to improve the experience of caring for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis. <i>British Journal of Psychiatry</i> , 206(4), 268-274	Een artikel over verbeteringen voor het zorgen voor iemand met een psychische aandoening.
	Behoeften van naasten	Bransen, E., Paalvast, M., & Slaats, M. (2014). <i>De kracht van naasten ontsluiten</i> . Geraadpleegd van http://kenniscentrump.nl/sites/default/files/publications/bransen-tvp-nr.1-2014-themanummer-naastbetrokkenen.pdf	De kracht van naasten inzetten in het hulpverleningstraject van de cliënt.
		Van der Pijl, M. (2014, oktober). <i>Investeren in de familie is investeren in de cliënt</i> . Geraadpleegd van http://www.familiebegeleidingindep psychiatrie.nl/wp-content/uploads/2014/09/artikel-Maartje-van-der-Pijl-in-sociale-psychiatrie-nov-2014.pdf	In haar onderzoek schrijft ze het een en ander over de behoeften van de naasten.

		Van de Bovenkamp, H., & Trappenburg, M. (2008). <i>Niet alleen de patiënt centraal: Over familieleden in de geestelijke gezondheidszorg</i> . Geraadpleegd van https://margotrappenburg.nl/wp-content/uploads/2014/11/Ypsilonrapport.pdf	In dit boek gaat het over de belevingswereld van de familieleden, hun rol in de besluitvorming en de belevingswereld en erkenning. Hierbij worden aanbevelingen gedaan.
		Blomgren Mannerheim, A., Hellström Muhli, U., & Siouta, E. (2016). Parents' Experiences of Caring Responsibility for Their Adult Child with Schizophrenia. <i>Schizophrenia Research and Treatment</i> , 2016, 1-12. Geraadpleegd van http://dx.doi.org/10.1155/2016/1958198	Onderzoek over de zorg voor de cliënt door de naaste.
		Slaats, M. (2013). Ervaringen van familieleden en naastbetrokkenen. In J. Baars, & E. van Meekeren (Reds.), <i>Een psychische stoornis heb je niet alleen – Praten met families & naastbetrokkenen</i> (pp. 143-159). Amsterdam, Nederland: Boom.	Een hoofdstuk uit het boek van Baars over ervaringen van familie en betrokkenen.
		Drapalski, A. L., Marshall, D., Seybolt, D., Medoff, D., Peer, J., Leith, J., & Dixon, L. B. (2008). Unmet Needs of Families of Adults With Mental Illness and Preferences Regarding Family Services. <i>Psychiatric Services</i> , 59(6), 655-662. Geraadpleegd van https://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/ps.2008.59.6.655	Een artikel over de behoeften van families van cliënten met een psychische stoornis.
Ypsilon	Vereniging	Ypsilon. (2016, 12 december). <i>Ypsilon verzet de bakens</i> . Geraadpleegd van https://www.ypsilon.org/download/?id=19272397	In dit meerjarenbeleidsplan van 2017-2019 is de visie en missie verwerkt van de vereniging. Daarnaast beschrijven ze hun doelen voor de komende jaren.
		Ypsilon. (2012, 23 mei). <i>Perspectief bieden, kansen benutten</i> . Geraadpleegd van https://www.ypsilon.org/download/?id=18246760	Visie, missie, doel en projecten tot 2014.
	Kennis	Ypsilon. (2017, 25 januari). Tuchtcollege: Naasten informeren moet!. Geraadpleegd op 22 februari 2018, van https://www.ypsilon.org/nieuws/25-	Voorbeeld van een klacht met betrekking tot het betrekken van een familielid bij het

		01-2017/19281880/Tuchtcollege-Naasten-informereren-moet-	hulpverleningstraject van de cliënt.
		Ypsilon. (2010). <i>Ypsilon Familiester</i> (2e ed.). Voorburg, Nederland: Ypsilon	Een prijsuitreiking voor organisaties die veel en goed met familieleden samenwerken.
Pro Persona	Organisatie	Akkerman, R., & Extercate, C. (2014). <i>Profiel Pro Persona</i> . Geraadpleegd van https://www.propersona.nl/upload/Profiel%20Pro%20Persona%20aangepast%202014%20digitale%20versie.pdf	Een document over de missie, visie en filosofie over verschillende onderwerpen, o.a. de visie op medezeggenschap van medewerkers, cliënten en familie (pp. 20-21)
	Methoden	Movisie. (2013, 11 maart). Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen. Geraadpleegd op 16 februari 2018, van https://www.movisie.nl/esi/systematisch-rehabilitatiegericht-handelen	Methode waaruit Pro Persona werkt. In deze methode wordt ook gewerkt met netwerken.
	(F)ACT-Teams	Pro Persona. (z.d.). (F)ACT teams. Geraadpleegd op 16 maart 2018, van https://www.propersona.nl/Client-en-familie/Een-doorverwijzing%2C-wat-nu%3F/%28F%29ACT-teams/	Uitleg (F)ACT-teams Pro Persona.
	Familie	Pro Persona. (z.d.). Informatie voor familie. Geraadpleegd op 16 maart 2018, van https://www.propersona.nl/Client-en-familie/Informatie-voor-familie/	Informatie voor familie over wat er mogelijk is bij Pro Persona voor familie. Bijvoorbeeld: familieraad, vertrouwenspersoon, cursusaanbod voor familie
Netwerk-gerichte middelen	Generieke Module	Kwaliteitsontwikkeling GGZ. (2016). <i>Generieke Module Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek</i> . Geraadpleegd van http://www.kwaliteitsontwikkelinggz.nl/wp-content/uploads/2016/12/20161222-GM-Naasten.pdf	Generieke Module Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek, het gehele document.
		Kwaliteitsontwikkeling GGZ. (2017, 16 juni). <i>Samenvattingskaart Generieke module</i> . Geraadpleegd op 22 februari 2018, van https://www.ypsilon.org/download/?id=19420468	Samenvattingskaart Generieke Module Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek.
	Triadekaart	Ypsilon. (2015, juni). De triadekaart - een overzicht. Geraadpleegd op 15 februari 2018, van www.triadekaart.nl	Triadekaart die ontwikkeld is door Ypsilon. Deze wordt veel ingezet.

		Van Busschbach, T., Wolters, J. K., & Boumans, P. A. T. (2009). <i>Betrokkenheid in kaart gebracht</i> . Geraadpleegd van https://www.ypsilon.org/download/?id=11600324	Intrede van de triadekaart door Ypsilon.
	Signaleringsplan	Parnassia Groep. (2014). Signaleringsplan. Geraadpleegd op 14 mei 2018, van https://www.helpikhebeenpsychose.nl/behandeling/soorten-behandeling/signaleringsplan	Informatie over het signaleringsplan
	Crisiskaart	Crisiskaart. (z.d.). Wat is de crisiskaart? Geraadpleegd op 15 februari 2018, van https://www.crisiskaart.nl/de-crisiskaart-jouw-eigen-stem-tijdens-een-crisis/wat-is-de-crisiskaart/	Informatie over de Crisiskaart
	Document met meerdere middelen of interventies	Movisie. (2014, maart). <i>Aan de slag met sociale netwerken</i> . Geraadpleegd van https://www.movisie.nl/sites/default/files/alfresco_files/Aan-de-slag-met-sociale-netwerken%20%5BMOV-2237000-1.1%5D.pdf	Ruim veertig meest bekende methoden om te werken met sociale netwerken.
		Ypsilon. (z.d.). Ypsilon voor hulpverleners. Geraadpleegd op 15 februari 2018, van https://www.ypsilon.org/ypsilonvoorhulpverleners	Aanbod van middelen aan hulpverleners van Ypsilon waaronder de triadekaart en de Quickscan.
		Andrew, A., Knapp, M., McCrone, P., Parsonage, M., & Trachtenberg, M. (2012). <i>Effective interventions in schizophrenia: the economic case</i> (A report prepared for the Schizophrenia Commission). Geraadpleegd van http://www.lse.ac.uk/LSEHealthAndSocialCare/pdf/LSE-economic-report-FINAL-12-Nov.pdf	Een artikel over interventies met betrekking tot schizofrenie.
		Movisie. (z.d.). Databank Effectieve sociale interventies. Geraadpleegd op 2 maart 2018, van https://www.movisie.nl/effectieve-sociale-interventies	Databank van Movisie met allerlei verschillende effectieve sociale interventies.
	Overige middelen	Jacobs, R., Lamers, D., Peeters, P., & Westen, K. (2017). Het Zorgafstemmingsgesprek. Geraadpleegd van	Gespreksvorm om samen met de hulpverleners(instanties) , betrokkenen en de cliënt in gesprek te gaan.

		https://www.ypsilon.org/download/?id=19272436	
		Ypsilon. (z.d.). Wie zorgt praat mee! Geraadpleegd op 28 maart 2018, van https://www.ypsilon.org/privacy	Folder over privacy van Ypsilon.
		Ypsilon. (z.d.). Psychose en verslaving. Geraadpleegd op 28 maart 2018, van https://www.ypsilon.org/dubbele_diagnose	Info over brochure Dubbele Diagnose van Ypsilon.
		Ypsilon. (z.d.). Wat is psysalon? Geraadpleegd op 28 maart 2018, van https://www.ypsilon.org/psysalon	Psysalon Ypsilon.
		Ypsilon. (z.d.). Vroeg ingrijpen. Geraadpleegd op 28 maart 2018, van https://www.ypsilon.org/vroeg-ingrijpen	Ypsilon folder over VIP-voorlichting.
		Ypsilon. (z.d.). Project Peer2Peer; de ervaringen verdiept. Geraadpleegd op 28 maart 2018, van https://www.ypsilon.org/peer2peer2	Project van Ypsilon om door het gebruiken van netwerkervaringen de zorg te verbeteren.
		Ypsilon. (z.d.). Workshop Hoezo ziek? Geraadpleegd op 28 maart 2018, van https://www.ypsilon.org/workshop-gespreksvaardigheden	Workshop Hoezo ziek?
		Van Erp, N., Place, C., & Michon, H. (2009). <i>Familie in de langdurige GGZ Deel 1: interventies</i> . Geraadpleegd van http://www.platformggz.nl/LPGGz/download/extern-persberichten-rapporten-brochures-ea/rapport-trimbos-familie-in-de-langdurige-ggz-deel1-interventies.pdf	Voorbeelden van interventies die ingezet kunnen worden door de hulpverlening om naasten te ondersteunen, zoals lotgenotencontact, psycho-educatie en individuele familie ondersteuning.
		Pro Persona. (2015, november). Training interactievaardigheden De Mat. Geraadpleegd op 16 maart 2018, van https://www.propersona.nl/files/folders/112/ZP-A4-infoblad-internet-EPA-002-Mantelzorg-Training-interactievaardigheden-De-Mat-voor-familie-en-andere-mantelzorgers.pdf?nd=1521200648	Informatie over de MAT-training.
		Ypsilon. (z.d.). Quickscan GGZ Werken met families. Geraadpleegd op 16 maart 2018, van https://www.ypsilon.org/quickscanggz	Informatie over de Quickscan.

Familiebeleid	Pro Persona	Pro Persona. (2015, 3 juni). <i>Richtlijnen Pro Persona Familiebeleid</i> . Geraadpleegd van https://www.propersona.nl/upload/Richtlijnen_Pro_Persona_Familiebeleid.pdf	Familiebeleid van Pro Persona.
		Pro Persona. (2017). <i>Notitie familiebeleid Pro Persona</i> . Ede, Nederland: Pro Persona ³ .	Concept notitie familiebeleid Pro Persona 27-11-2017.
	Familie-ervaringsdeskundige en familievertrouwenspersoon	LPFED. (2012, 24 juli). <i>Visiedocument familie-ervaringsdeskundige</i> . Geraadpleegd van http://www.platformggz.nl/LPGGz/download/slkf-archief/fed-visiedocument-2012.pdf	Visiedocument Familie-ervaringsdeskundige.
		Van de Bovenkamp, H., & Trappenburg, M. (2008). <i>Niet alleen de patiënt centraal: Over familieleden in de geestelijke gezondheidszorg</i> . Geraadpleegd van https://margotrappenburg.nl/wp-content/uploads/2014/11/Ypsilonrapport.pdf	Betrekken van familieraden en familievertrouwenspersonen, incl. aanbevelingen.
		Pro Persona. (z.d.). Vertrouwenspersoon. Geraadpleegd op 16 maart 2018, van https://www.propersona.nl/Client-en-familie/Informatie-voor-familie/Vertrouwenspersoon/	Pro Persona Familievertrouwenspersoon: filmpje over wat de FVP doet.
		Pro Persona. (z.d.). Familieraden. Geraadpleegd op 16 maart 2018, van https://www.propersona.nl/Client-en-familie/Informatie-voor-familie/Familieraden/	Familieraad van Pro Persona. Filmpje: redenen waarom familie betrokken moet worden.
	Familiebeleid binnen de GGZ.	Ypsilon. (2016, 27 december). Goed familiebeleid vanaf nu verplicht in de GGZ. Geraadpleegd op 16 februari 2018, van https://www.ggznieuws.nl/home/goed-familiebeleid-vanaf-nu-verplicht-ggz/	Volgens dit nieuwsbericht is het vanaf nu verplicht om een familiebeleid te hebben in de GGZ.
		LPGGZ. (2018, 22 februari). <i>Criteria familiebeleid</i> . Geraadpleegd van http://www.platformggz.nl/LPGGz/download/familiebeleid/criteria-familiebeleid-definitief.24-oktober-2011.pdf	Criteria familiebeleid voor een GGZ-instelling.

³ Bron is een concept en nog niet online beschikbaar

		LPGGZ. (2011, 1 maart). <i>Startdocument Indicatorset Familiebeleid in de GGZ</i> . Geraadpleegd van https://www.ypsilon.org/download/?id=7796392	Startdocument Indicatorset Familiebeleid in de GGZ.
		SLKF Handleiding Familiebeleid. (2012). <i>1.3 Achtfasenmodel voor het bevorderen van familiebeleid in GGZ-instellingen</i> . Geraadpleegd van http://www.platformggz.nl/LPGGz/download/kamer-familieraden/1-3-achtfasenmodel-voor-het-bevorderen-van-familiebeleid-versie-1-1.pdf	Op pagina 2 staat een Quickscan/checklist om de manier te ontdekken waarop er binnen de GGZ-instelling aan de implementatie en borging van het familiebeleid gewerkt wordt.
Algemeen GGZ	Algemene voorwaarden	SER. (2017). <i>Algemene Voorwaarden 2017 Geestelijke Gezondheidszorg</i> . Geraadpleegd van https://www.ggzdocs.nl/documents/2177/detail	Algemene voorwaarden voor instellingen in de GGZ.
	Kwaliteitsstandaarden	Kwaliteitsontwikkeling GGZ. (z.d.). GGZ standaarden. Geraadpleegd op 15 februari 2018, van https://www.ggzstandaarden.nl/	Online database met alle zorgstandaarden, richtlijnen en Generieke modules.

Bijlage 7 Literatuur kijkkader

Deelvraag 1: Waarom is het gebruik maken van het netwerk van de cliënt belangrijk?	Beschrijving
Definitie netwerk	(...) 'familieparticipatie' ofwel het vergroten van de invloed en zichtbaar maken van de inbreng van familie binnen de professionele zorg (Van Busschbach, Wolters, & Boumans, 2009, p. 8).
Waarom is het netwerk belangrijk voor de cliënt?	In sommige fasen van de ziekte is er veel ondersteuning nodig omdat de betrokkene last ondervindt van bijvoorbeeld stemmen en hallucinaties en daardoor niet zelfstandig kan functioneren. In andere periodes is soms ondersteuning nodig omdat betrokkene moeilijk tot dingen komt en kamp met aandachtstoornissen of geheugenproblemen. En ook in tijden dat het goed gaat kunnen naasten een belangrijke rol spelen. Zij kunnen zorgen voor advies, stimulans en concrete hulp om het zelfstandig leven weer te 'herwinnen': om huisvesting te vinden, om weer aan de slag te gaan met werk of andere bezigheden en voor de (re)activering van het sociaal netwerk. Daarbij komt dat het contact met naasten continuïteit biedt en, in gunstige omstandigheden, voor de betrokkenen het gevoel dat, hoewel er veel gebeurd is, men als persoon wel dezelfde is gebleven met een eigen geschiedenis, persoonlijkheid en aspiraties (Van Busschbach et al., 2009, pp. 7-8). Het uitgangspunt is dat het contact met de familie een onderdeel is van de behandeling van de cliënt (Klaassen, 2011, p. 4). De naasten zijn een informatiebron voor de hulpverlening zodat ze het herstelproces van de cliënt kunnen bevorderen. Ook nemen naasten een andere vorm van ondersteuning op zich. Naasten bieden ook emotionele ondersteuning. Deze ondersteuning kan herstelbevorderend zijn voor de cliënt (Haenen et al., 2008) (Van der Pijl, 2014, p. 18). Naasten zijn een continue factor in het leven van de cliënt. Zij kunnen de cliënt hierdoor hoop op verbetering bieden en een gevoel geven van veiligheid en steun (Haenen et al., 2008) (Van der Pijl, 2014, p. 18). Voor mensen met een psychische aandoening bieden familie en/of naastbetrokken op uiteenlopende vlakken ondersteuning. Familie en naastbetrokkenen helpen met behoeften als onderdak, voeding en financiële hulp. Maar de ze geven ook emotionele ondersteuning, reageren op crisissen en nemen de rol op zich van casemanager. Als hulpverleners deze zorgfuncties erkennen, kunnen ze familie en naastbetrokkenen ondersteunen in deze taken die herstelbevorderend zijn voor het zieke familielid (Haenen et al., 2008) (LPGGZ, 2011, p. 5). Familie en naastbetrokkenen helpen met behoeften als onderdak, voeding en financiële hulp. Maar ze geven ook emotionele ondersteuning, reageren op crisissen en nemen de rol op zich van casemanager, of co-diagnosticus. Zij zijn het die het overgrote deel van het leven van de cliënt meeleven en

	kennen de levensgeschiedenis en achtergrond van de cliënt. De hulpverlener ziet de cliënt 1 tot 2 keer in de week, zeker als deze ambulant wordt behandeld. De familie ziet en helpt de cliënt in alle andere uren van de week. Hoe goed familie in staat is de cliënt te ondersteunen en te helpen, hangt af van hoe goed familie om kan gaan met de ziekte van de cliënt en met de invloed die de ziekte op hun eigen leven heeft. Gaat dit goed, dan kan de ondersteuning van familie herstelbevorderend zijn (Meld je zorg, 2011).
	De redenering is dan dat wanneer de familie goed geïnformeerd is en weet hoe zij met de patiënt om moet gaan, dit een gunstige uitwerking zal hebben op de gezondheid van de patiënt (Van de Bovenkamp & Trappenburg, 2008, p. 56).
	De interventies hebben niet alleen meerwaarde voor familieleden maar ook voor de cliënten, zo blijkt uit de interviews met familieleden, trainers en projectleiders. Een veelgenoemd voordeel is dat het contact tussen cliënten en familieleden door de interventie verbetert en dat er meer gecommuniceerd wordt. Verder kunnen cliënten meer zelfvertrouwen krijgen en meer ruimte om eigen keuzes te maken en zichzelf te ontwikkelen (Van Erp, Place, & Michon, 2009).
	Nu het beroep op naasten toeneemt vanwege de ambulantisering van de zorg en het overheidsbeleid op meer zorg in 'eigen kring' is gericht, is dit des te belangrijker. Onderzoek bevestigt dat een goed contact tussen professional, patiënt en naasten en afstemming binnen deze triade over ieders rol en taken herstel kan bevorderen (Van Erp et al., 2009). Training van partners en familie kan tot betere uitkomsten van de behandeling leiden bij volwassenen met psychische problematiek (Meis et al., 2013) en overbelasting bij naasten tegengaan (Yesufu-Udechuku et al., 2015). (Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016, p. 4) (dubbel)
	Conclusie: de deelnemende patiënten aan de focusgroep gaven aan dat het samenwerken met naasten helpt bij de behandeling en dat ondersteuning voor de naasten zelf ook nodig is (Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016, p. 12).
	Het herstelproces van patiënten hangt met veel factoren samen waaronder de invloed van klachten of aandoeningen op sociale of maatschappelijke rollen en vaardigheden. De persoonlijke context van de patiënt en de positie of rol daarbinnen van de naaste heeft eveneens een belangrijke invloed op het herstelproces (Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016, p. 24).
	The economic data available suggest that family therapy is superior to standard care, in that it can offer cost savings as well as better clinical outcomes (Andrew, Knapp, McCrone, Parsonage & Trachtenberg, 2012) (Wolfgang Fleischhacker et al., 2014)
	Het gesprek met de patiënt, familie en naastbetrokkenen is het belangrijkste instrument om zicht te krijgen op de psychische problemen van de patiënt en zijn geestelijke gezondheid, en de draagkracht en draaglast van de familie en naastbetrokkenen (Baars & Van Meekeren, 2013, p. 27).

	Investeren in het netwerk van de cliënt kan volgens de trainers duurzame ondersteuning geven en een preventieve werking hebben (Movisie, 2013). Without professional healthcare support in the caring role, the social network has an even greater importance. The parents are critically of limited access to formal healthcare as well as limited choices of healthcare resources. They mentioned that a lack of trust in healthcare occurs when being unable to understand the behavior of nursing staff, the information provided, or the prescribed drug treatment (Blomgren Mannerheim, Hellström Muhli, & Siouta, 2016). Naasten zijn dan de eerste hulpbron waar de cliënt een beroep op doet. Daarnaast zijn de naasten de eerste schakel tussen de cliënt en de hulpverlening. Deze driehoeksverhouding tussen de cliënt, de naasten en de hulpverlening wordt de triade genoemd (LPGGZ, 2011) (Van der Pijl, 2014, p.14). Because of their extensive knowledge of what was happening with their relative and their ultimate responsibility for the service user, some family members suggested that help for the service user could be improved if the family member's insights were taken into consideration in treatment planning (Haskell et al., 2016).
Waarom is het netwerk belangrijk voor de naasten van de cliënt?	Wanneer een ouder, partner, kind of vriend een ernstige chronische ziekte krijgt, heeft dit ook invloed op de mensen in de omgeving. Er is bezorgdheid en betrokkenheid en er zijn zaken om te regelen, taken om over te nemen. Op allerlei manieren verandert de relatie die men met elkaar had: de verwachtingen die er over en weer zijn, de mate van afhankelijkheid en de mate waarin men de invloed van de ander toelaat op verschillende levensdomeinen (Van Busschbach et al., 2009, p. 7). Het doel van familiebegeleiding is om familie te betrekken in de triade, het andere doel is empowerment van de familie (Klaassen, 2011, p. 2). Daarnaast kan het belang van familieleden zelf erkend worden. Het argument is dan dat zij zelf informatie nodig hebben over de ziekte van de patiënt en dat het belangrijk is dat er aandacht is voor ondersteuning van familieleden (Van de Bovenkamp & Trappenburg, 2008, p. 56). De rol als mantelzorger kan zowel positieve als negatieve gevolgen voor familieleden hebben. Enerzijds kan de zorg voor iemand met een ernstige psychiatrische aandoening dankbaar werk zijn en veel voldoening opleveren voor het betreffende familielid. Anderzijds bestaat het gevaar dat de familie overbelast raakt en de zorg niet meer aankan. De ervaren belasting van familieleden van mensen met een ernstige psychische aandoening blijkt vooral beïnvloed te worden door hun beoordeling van de problemen van de cliënt en hun eigen capaciteiten (Van Erp et al., 2009, p. 11). Nu het beroep op naasten toeneemt vanwege de ambulantisering van de zorg en het overheidsbeleid op meer zorg in 'eigen kring' is gericht, is dit des te belangrijker. Onderzoek

	bevestigt dat een goed contact tussen professional, patiënt en naasten en afstemming binnen deze triade over ieders rol en taken herstel kan bevorderen (Van Erp et al., 2009). Training van partners en familie kan tot betere uitkomsten van de behandeling leiden bij volwassenen met psychische problematiek (Meis et al., 2013) en overbelasting bij naasten tegengaan (Yesufu-Udechuku et al., 2015). (Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016, p. 4) (dubbel)
	Naasten hebben om verschillende redenen ondersteuning nodig. Enerzijds is er ondersteuning nodig voor het leren verwoorden van de gevolgen van de ziekte voor het eigen bestaan en het managen van stress en de eigen gezondheid (Zegwaard, Aartsen, Grypdonck & Cuijpers, 2015). Anderzijds richt de ondersteuning zich op existentiële issues die het “eigen bestaan van de naaste en het samenleven van de naaste met de patiënt raken”, namelijk het interpersoonlijk functioneren, verlies en rouw en entrapment (Zegwaard, Aartsen, Grypdonck & Cuijpers, 2013), het ontbreken van kennis hoe om te gaan met de naaste met de klachten of aandoening, zorgen over de gevolgen van de aandoening zoals verlies van werk of veranderd toekomstperspectief, veranderingen (in de wederkerigheid) in de relatie en onbegrip bij anderen voor de situatie (Bransen, Paalvast & Slaats, 2014). Waarbij uiteraard ook de soort (familie)band met de patiënt relevant is (Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016, pp. 4-5)
	Ondersteuning van naaste(n) vindt plaats binnen de behandeling van de patiënt om de effectiviteit van de behandeling te vergroten en de naasten in staat te stellen hun ondersteunende rol te kunnen blijven spelen (Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016, p. 29) (Pro Persona, 2015, p. 1).
	Familie informeren en betrekken bij de behandeling om een stabiele situatie van cliënt en familie te bevorderen (Pro Persona, 2015, p. 1).
	Gedrag van naasten dat niet doelmatig lijkt of irrationeel, en soms zelfs ronduit stigmatiserend overkomt, is meestal een uiting van machteloosheid, wanhoop en overmand zijn. Het is vaak een gevolg (geen oorzaak) van de situatie waarin de patiënt verkeert. Ook daarom is het gesprek met naasten belangrijk zodat zij overeind blijven. Verschillende vormen van ondersteuning kunnen bijdragen aan het welbevinden van de naaste (Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016, p. 27).
	Het gesprek met de patiënt, familie en naastbetrokkenen is het belangrijkste instrument om zicht te krijgen op de psychische problemen van de patiënt en zijn geestelijke gezondheid, en de draagkracht en draaglast van de familie en naastbetrokkenen (Baars & Van Meekeren, 2013, p. 27). (dubbel)
	Professionals zijn er alert op dat naasten vaak gericht zijn op de patiënt en weinig oog hebben voor zichzelf terwijl dat wel nodig. Bij overmatig aanpassen (op eieren lopen), raken ze hun eigen leven volkomen kwijt. Professionals stimuleren dat de naaste voor zichzelf blijft zorgen en een beroep blijft doen op zijn eigen

	netwerk om isolement te voorkomen (Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016, p. 28).
Waarom is het netwerk van de cliënt belangrijk voor de hulpverlener?	Naasten hebben daarbij een schat aan (ervarings-)kennis over zichzelf maar ook over het familielid dat in zorg is. 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 (Van Busschbach et al., 2009, p. 20). Familieleden zijn als betrokkenen een belangrijk informatiebron voor de hulpverlener: de familie kent in het algemeen de cliënt goed en heeft veel ervaring en kennis opgebouwd in de omgang met de cliënt. Toch wordt er in de huidige praktijk nog weinig gebruik gemaakt van de ervaringskennis van familieleden. Deze interventies zijn vooral gericht op het creëren van actieve samenwerking van familieleden, hulpverleners en cliënten. Iedereen werkt aan hetzelfde doel in een relatie die gericht is op samenwerking en ondersteuning. De hulpverlener heeft de verantwoordelijkheid om het samenwerkingstraject aan te gaan en goed te laten functioneren (Haenen et al., 2008) (Van Erp et al., 2009, p. 5). Er zijn wat mij betreft drie doelen. Het eerste doel is om de ouders voldoende handvatten te geven zodat zij ouders kunnen blijven en geen hulpverleners worden. Het tweede doel is om te bewerkstelligen dat vroeg of laat een triadegesprek plaatsvindt waarin hulpverlening, cliënt en familie met elkaar om de tafel gaan om het behandelplan zo goed mogelijk aan te laten sluiten op de mogelijkheden van alle drie de partijen. Het derde doel is dat de ouders weer meer regie hebben over hun eigen leven (Klaassen, 2011, p. 3). Recent onderzoek (Linszen-Dingemans 2010, publicatie in voorbereiding; Shiers 2010) heeft uitgewezen dat aandacht voor familie de opnameduur verkort en dat de prognose gunstiger is en de behandeling goedkoper (Klaassen, 2011, p. 4). Naasten zijn voor de hulpverlening een belangrijke informatiebron omdat zij de cliënt langer kennen en expert zijn in de omgang met de cliënt (Van Erp et al., 2009). Doordat naasten zo dicht bij de cliënt staan, hebben zij vaak als eerste door dat er iets mis is met de cliënt. Zij signaleren als eerste dat het niet goed gaat en er hulp nodig is (Van de Bovenkamp & Trappenburg, 2008) (Van der Pijl, 2014, p. 17). Tot slot kan het maatschappelijk belang van familieleden erkend worden. Een aantal van de rollen die zij voor hun familielid op zich nemen, wordt immers uit de handen van zorgverlenende en maatschappelijke instanties genomen, wat kostenbesparend werkt (Van de Bovenkamp & Trappenburg, 2008, p. 56).

	• Familieleden kennen de levensgeschiedenis van de cliënt. Ze zijn daarmee een essentiële bron van informatie die het welzijn bevordert en van pas komt bij herstelondersteuning; • De familie kan, waar nodig met ondersteuning van de FED, veiligheid en steun bieden; (...) • Familie kan hoop op verbetering bieden doordat zij vaak de continue factor is en blijft in het leven van de cliënt; • Familieleden kunnen, waar nodig met ondersteuning van de FED, voor anderen een inspirerend voorbeeld zijn in de omgang met hun verwante; • Familieleden zijn zich, waar nodig met ondersteuning van de FED, bewust van de deskundigheid van de deelnemers in de triade. Een FED kent en waardeert de eigen kracht en is in staat deze te gebruiken in herstelprocessen (LPFED, 2012, p. 2).
Wat zijn redenen om niet gebruik te maken van het netwerk (voor cliënt, naasten en hulpverlener)?	Deze hulpverleners ontmoeten naastbetrokkenen vaak voor het eerst in een crisissituatie. Familieleden kunnen dan emotioneel en gespannen zijn, waardoor hulpverleners kunnen denken dat zij zich altijd zo gedragen en hierin bijvoorbeeld een bevestiging zien van de familie als oorzaak van de problemen (Slaats, 2013) (Bransen et al., 2014, p. 24). In sommige gevallen wil een patiënt, door diverse oorzaken, geen samenwerking met (bepaalde) naasten. In die gevallen moet ondersteuning aan die naasten gescheiden worden aangeboden. Andere naasten waar dit niet voor geldt, kunnen vaak wel worden betrokken. Houd het gesprek over het samenwerken met en ondersteunen van naasten altijd open (Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016, p. 12). Volgens Bovenkamp en Trappenburg (2008, 2009) gebruiken veel GGZ-hulpverleners de privacywetgeving als reden om weinig met familieleden en betrokkenen samen te werken. De heersende cultuur in de GGZ is dat grote waarde wordt gehecht aan de autonomie en privacy van de cliënt (Van Erp et al., 2009, p. 13). Deze discrepantie tussen het eigen leven met de cliënt en dat wat de buitenwereld daarvan signaleert en/of begrijpt, leidt vaker tot gevoelens van onmacht, eenzaamheid en vertwijfeling (Bransen et al., 2014, p. 23). 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 worden gesproken van structureel meer daadwerkelijke samenwerking tussen hulpverleners en familie en andere naasten. Dat de veranderingen langzaam gaan heeft te maken met een aantal zaken. De instellingen worden bevolkt door werknemers die hun opleiding volgden in de tijd dat het gewoon was 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) (Van Busschbach et al., 2009, pp. 13-14).

Waarom zou het netwerk geen ondersteuning bieden aan de cliënt?	Naasten willen deze rol ook vaak vervullen maar tegelijkertijd kan de betrokkenheid bij degene met een psychische aandoening of klachten ook een bron van stress voor hen zijn. Het gaat daarbij om zaken als verstoring van huishoudelijke routines, financiën, werk en vrije tijd van het familielid, spanning in de relatie tussen familielid en patiënt en afname van sociale steun en sociale uitsluiting (Magliano, 2008) (Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016, p. 26). Het gevoel al dan niet een keuze te hebben om te stoppen met de ondersteuning voor de patiënt bleek bepalend voor de mate van ervaren belasting van naasten van ouderen met een psychiatrische stoornis (Zegwaard et al., 2013) (Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016, p. 27). The analysis shows that the parents were strongly affected by the negative social attitudes directed toward the mentally ill in the community. Their own physical and mental health was, as the parents experienced it, affected by those attitudes (Blomgren Mannerheim, Hellström Muhli, & Siouta, 2016). Descriptions of illness that parents had experienced included, for example, obesity, insomnia, back pain, increased blood pressure, effects on the cardiovascular system, muscle inflammation, vocal cord inflammation, and breathing difficulties. The parents linked all of these symptoms to the fact that they were responsible as carers and that their son or daughter was mentally ill (Blomgren Mannerheim et al., 2016). The fear of becoming sick themselves existed, but the most critical threats to the parents' health as was experienced were the feelings of powerlessness and anger about not being good enough, not being able to protect and help one's own child, and not being able to access healthcare or get sufficient healthcare (Blomgren Mannerheim et al., 2016). Many carers experience challenging emotions such as grief, exhaustion, anger, and fear for the future (The Schizophrenia Commision, 2012). Some carers may find the burden of care so excessive that they cannot continue in their role (Wolfgang Fleischhacker et al., 2014). <table border="1"> <thead> <tr> <th>Challenge</th> <th>Proportion of carers (%)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Have provided care for > 10 years</td> <td>41</td> </tr> <tr> <td>Provide > 40 hours of care per week</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td>Challenged to find time for themselves</td> <td>63</td> </tr> <tr> <td>Challenged to find time to take care of their own health</td> <td>55</td> </tr> <tr> <td>Feel taken advantage of by loved ones living with schizophrenia</td> <td>51</td> </tr> <tr> <td>Worry about what will happen to loved one when they die</td> <td>90</td> </tr> </tbody> </table> Compared with the general population, carers of people with schizophrenia are at an increased risk of developing stress-related disorders and physical health problems. In 1 survey in the United States, 41% of carers had provided care for more than 10 years, and over half found it challenging to take care of their own health when caring for somebody with a mental illness (figure 2)	Challenge	Proportion of carers (%)	Have provided care for > 10 years	41	Provide > 40 hours of care per week	20	Challenged to find time for themselves	63	Challenged to find time to take care of their own health	55	Feel taken advantage of by loved ones living with schizophrenia	51	Worry about what will happen to loved one when they die	90
Challenge	Proportion of carers (%)														
Have provided care for > 10 years	41														
Provide > 40 hours of care per week	20														
Challenged to find time for themselves	63														
Challenged to find time to take care of their own health	55														
Feel taken advantage of by loved ones living with schizophrenia	51														
Worry about what will happen to loved one when they die	90														

(National Alliance on Mental Illness, 2008).(Wolfgang Fleischhacker et al., 2014)

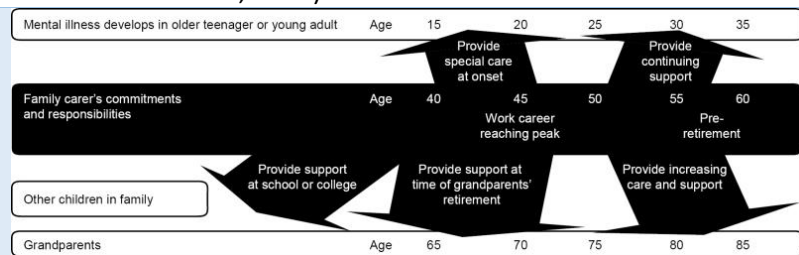


Fig. 1 Burden on family carers: what is the bigger picture? At the age of onset of a child's mental illness, the age of family carers (40–60 years) and the possibility of separation or divorce mean that they are at a time of great family stress and pressure. Reproduced with permission from EUFAMI. (Wolfgang Fleischhacker et al., 2014)

Er speelt vraagverlegenheid bij cliënten, maar daardoor ook handelingsverlegenheid bij degene waar hulp aan wordt gevraagd. Deze laatste groep staat welwillend tegenover hulp, maar biedt die vaak niet uit zichzelf aan. Daarnaast speelt ook handelingsverlegenheid bij sociaal werkers om het sociale netwerk van de cliënt te betrekken bij de ondersteuning van de cliënt. Het is goed om je als werker te beseffen dat, als vraagverlegenheid en handelingsverlegenheid samen komen, er weinig tot niets zal gebeuren. Als sociaal werker heb je een brugfunctie, je bent een verbindingsfunctionaris (Movisie, 2013).

Deelvraag 2: Wat zijn de behoeften van de naasten van de cliënten? <i>In de samenwerking met de hulpverlener, op het gebied van:</i>	Beschrijving
Eigen begeleiding/ondersteuning	We zullen betogen dat hiervoor allereerst ‘familievaardigheden’ van de hulpverlener nodig zijn, dat wil zeggen dat de hulpverlener weet hoe hij op adequate wijze naasten kan informeren en betrekken bij het hulpverleningsproces. (...) Daarnaast helpt het als de organisatie of praktijk waar de hulpverlener werkzaam is, beschikt over een heldere visie en uitvoerbare (breed gedragen) richtlijnen voor de samenwerking met familie en andere naasten (Bransen et al., 2014, pp. 21-22). Familieleden zouden meer gecoacht kunnen worden om met hulpverleners om te gaan. Hulpverleners zouden meer handvatten dienen te krijgen om het contact en de begeleidingsrelatie aan te gaan (Klaassen, 2011, p. 4). Aandacht geven aan de familie en hun ruimte geven om hun verhaal te doen zijn, naast voorlichting, in deze fase erg belangrijk (Fase 1: Overweldigd worden door de aandoening). (...) Familieleden zijn in deze fase (Fase 2: worstelen met de aandoening) vooral op zichzelf aangewezen, hebben soms geen of weinig voorlichting gehad, hebben soms geen begeleiding. Veel familieleden zullen onbewust in deze fase blijven hangen. Individuele begeleiding, triadische gesprekken, psycho-educatie zijn in deze fase van belang. (...) Van belang is in hoeverre er een samenwerking c.q. contact is met de hulpverleners (fase 3: Leven met de aandoening) (Klaassen, 2011, p. 6). Na een gesprek met veel informatie-uitwisseling is het goed als familie/naasten weet waar ze met hun vragen terecht kunnen. Dit kunnen verschillende vragen zijn, over hun familielid, over hoe ze zelf verder kunnen, over de ziekte en zo nog veel meer. Een vaste contactpersoon, die goed bereikbaar voor familie is, is daarvoor een vereiste (Paalvast, 2011). De behoeften die de familieleden hebben blijkt afhankelijk van de situatie. Zolang de situatie stabiel is, zijn de behoeften gering en hebben zij weinig wensen. Dit heeft ook te maken met de opgedane ervaringen van familieleden waardoor zij zichzelf vaardigheden hebben aangeleerd. Uit het onderzoek komt wel naar voren dat, als de behoefte er is, deze gericht is op ondersteuning, communicatie en waardering. Zoals Drapalski (2008) zegt, familieleden hebben naast informatie ook behoefte aan ondersteuning. De respondenten geven hieraan ook blijk van waardering en benoemen het tevens fijn te vinden om een stuk verantwoordelijkheid voor de zorg los te laten en het vertrouwen uit handen te geven aan de hulpverlening. Dit valt te verklaren doordat de belasting vaak erg groot is geweest en zij nu vooral

behoefte hebben aan rust en minder verantwoordelijkheid (Been, 2014, p. 24)⁴

Family members' experiences of stigma and having an ill relative with a more recently occurring condition (for example, a younger relative or a shorter length of illness) or with a disabling condition (for example, recent hospitalization) were significantly associated with a greater number of unmet needs (Drapalski et al., 2008, p. 655).

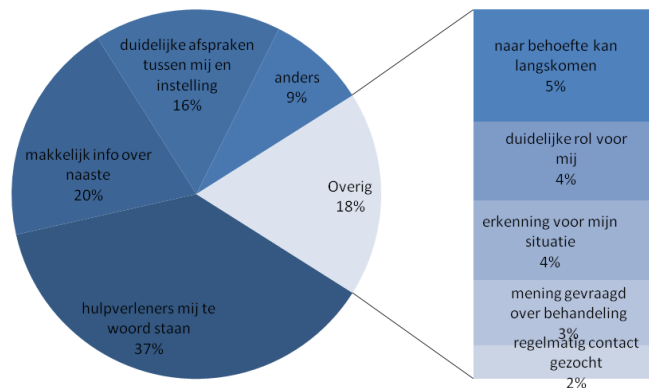
Veel familieleden hebben niet alleen behoefte aan informatie over de ziekte en over hoe ze daarmee om kunnen gaan, maar willen ook bij de zorg betrokken worden of ondersteund worden (Van Erp et al., 2009, p. 71).



Wat is dat eigenlijk, serieus genomen worden? Hoe doe je dat dan als hulpverlener? Dat is helemaal niet zo ingewikkeld, blijkt uit de gegeven antwoorden en ook vrij gemakkelijk te toetsen. Alleen al door als hulpverlener familieleden te woord te staan, is de eerste 37 procent binnen. Een tweede groep vindt het belangrijk dat ze gemakkelijk informatie kunnen krijgen over hun naaste en als derde hebben familieleden het gevoel dat ze serieus worden genomen als er duidelijke afspraken zijn tussen hen en de instelling:

⁴ Bron afkomstig van EASY (niet publiekelijk toegankelijk)

Wanneer voelt u zich serieus genomen



(Ypsilon, 2010, pp. 18-23)

Familiester Alle gegeven toelichtingen op een rij 18-23,24-29
(Ypsilon, 2010, pp. 24-29)

Bejegening is een belangrijk onderdeel van familiebeleid. Om een gelijkwaardig onderdeel te kunnen vormen van de triade is het van belang dat familie en/of naastbetrokkenen zich serieus genomen voelen en het gevoel hebben dat er naar hen geluisterd wordt (LPGGZ, 2012, p. 21).

Belangrijke algemene aandachtspunten bij de ondersteuning van naasten zijn:

(...)

Thema's die bij de ondersteuning van naasten aan bod komen zijn: a. Gezien en gehoord worden (erkenning); b. Kennis over de aandoening, suicidegevaar en de eigen rol; c. Informatie over de impact die psychiatrie kan hebben op familie en naasten; d. Verhelderen van de ondersteuningsvraag t.a.v. de patiënt en voor de naasten zelf; e. Ervaren vrijheid om te stoppen met de ondersteuning (entrapment); f. Belasting en begrenzing; g. Omgaan met veranderingen en spanningen in de relatie met de patiënt en belangrijke anderen; h. Rouw; i. Rolverandering en rolwisseling; j. Eenzaamheid en sociaal isolement; k. Communicatie- en oplossingsvaardigheden; l. Informatie over hulpverleningsmogelijkheden en over familie- en patiëntenverenigingen; m. Informatie over relevante wetgeving (Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016, p. 27).

In a constant search for knowledge and understanding of mental health and diseases, the parents test and process their own attitudes toward the illness as well as the general view in the society against persons with mental disabilities and illness. Alleviation of difficulties in their lives is also experienced by talking openly to others about their child being mentally ill (Blomgren Mannerheim et al., 2016).

As shown, work gives the opportunity to break with the everyday caring responsibility and creates contrasts between the role of

	parent and professional. Having a job cultivates a healthy distance with the informal caring responsibility helping to satisfy parents' own personal needs in the context of informal caring responsibility (Blomgren Mannerheim et al., 2016). The parents feel that having time to engage in diverse individual activities, from various forms of exercise to travel, is a valuable strategy to realize their own life in the caring responsibility. Social contact with openness about the disease with family, friends, and wider community is another strategy that also offers relief from shame and guilt (Blomgren Mannerheim et al., 2016). As shown, maintaining their social relationships and finding space and time for their own needs were emphasized by the parents as an important strategy to realize their life situation and circumstance (Blomgren Mannerheim et al., 2016). Another important form of support from the formal care community is to acknowledge the relatives for the care they provide (Blomgren Mannerheim et al., 2016). The parents find it valuable to encounter positive attitudes from others (Blomgren Mannerheim et al., 2016). As shown, the parents' meaning-making of their care responsibility is also a communicative discursive negotiation with the psychiatric care community and the care professionals about accountability. This involves confirmation of the parents' self-definition and social interaction as responsible parents. This kind of confirmatory care or lack of the same can have long-term consequences for parents' health and well-being (Blomgren Mannerheim et al., 2016). The parents' desire for information and knowledge is at stake in the discursive negotiations with the healthcare professionals. This study shows that parents have a great need to try to understand the illnesses and, above all, the knowledge that will enable them to provide appropriate support for their child. Instead of formal confirmatory care (e.g., information, social, emotional, and practical support), the parents expressed both frustration and anger over the construction of rigid rules and laws. They found themselves facing roadblocks. However, the information that was supportive could encourage the parents to regain or hold on to the social networks and thereby promote the informal care responsibility for the ACWS (Blomgren Mannerheim et al., 2016).
Hulpverleningstraject van de cliënt	It is also important for the parents' own well-being that the family, son, or daughter is doing well, that his/her condition is more stable, or that one can see a positive ongoing development. The parents say they are influenced by how different healthcare interventions work. When the situation is experienced as more stable, the parents feel safe in their adaption to the caring responsibility (Blomgren Mannerheim et al., 2016). Als er weinig tot geen 'normale' communicatie mogelijk is met de cliënt, heeft de naaste omgeving des te meer behoefte aan goede contacten met de hulpverlening (Bransen et al., 2014, p. 23).

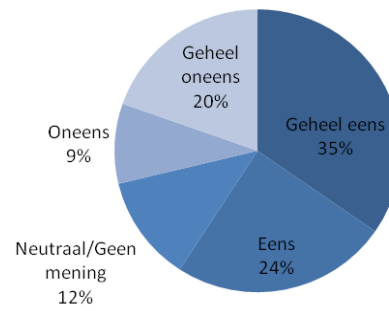
	Betrokken familieleden hebben meestal maar één doel voor ogen, als het gaat om samenwerking met de hulpverlening: het verbeteren van de kwaliteit van leven van degene met een psychische stoornis (Bransen et al., 2014, p. 24).
	Zo hebben naasten vaak behoefte om blijvend op de hoogte te worden gehouden van het hulpverleningsproces van de cliënt. Ook is er vaak behoefte aan persoonlijke ondersteuning (Drapalski et al., 2008) (Van der Pijl, 2014, p. 18).
	Early studies assessing the needs of families of adults with mental illness have consistently found that families need information about their relative's illness, coping strategies, support, understanding of the illness, and assistance with problem-solving (1–6) (Drapalski et al., 2008, p. 656).
	More than half of family respondents reported needing information on their relative's treatment progress, assertive community treatment, future planning for care of their ill relative, and advocating for services for their ill relative (Table 3). No individual need or specific area of need emerged as most important (Drapalski et al., 2008. p. 657).
	These results suggest that family needs cannot be adequately addressed by simply providing information once, but rather, ongoing provision of information and support is required (Drapalski et al., 2008, p. 659).
	Families prefer greater flexibility in how family services are provided (Drapalski et al., 2008, p. 660).
	De vereniging werkt vanuit het besef dat in een optimale behandeling de triade van patiënt, hulpverlener en familie in harmonie met elkaar optrekken. Dit vereist dat er overeenstemming is over de rol die de familie binnen deze triade speelt. Ze is partij in de zorg voor de patiënt, indien deze zelf niet voldoende voor zijn eigen belangen op kan komen (Ypsilon, 2012, p 5).
	Veel familieleden hebben niet alleen behoefte aan informatie over de ziekte en over hoe ze daarmee om kunnen gaan, maar willen ook bij de zorg betrokken worden of ondersteund worden (Van Erp et al., 2009, p. 71). (dubbel)
	The analysis shows that the parents felt that they could relax more and feel better if their son or daughter was in a stable period of the disease process (Blomgren Mannerheim et al., 2016).
	The parents in this study expressed in many different ways that they became positively involved in their caring responsibility when someone points out the merits of their children—for example, when the formal healthcare staff speaks positively about the son or daughter. This can be praise for the ability to cope with different things or expressing that the children are well liked within the staff group of service providers (Blomgren Mannerheim et al., 2016).
	Family members wanted their relatives to be more caring and loving as a result of accessing services for their MSD(V) issues (Haskell, Graham, Bernards, Flynn, & Wells, 2016).

(Psycho-)educatie	Participants, especially family members, hoped that MSD(V) programs would assist service users to meet their basic and practical needs (Haskell et al., 2016).
	Others wanted the service user to be more self-sufficient as a result of accessing support for MSD(V) issues (Haskell et al., 2016).
	However, some service users and family members felt that health care professionals were too quick to “push pills” without talking with the service user about their issues or considering the service user’s concerns about medications, including unwanted side effects or their addictive nature (Haskell et al., 2016).
	En ten slotte moet de hulpverlener zicht hebben op de beschikbaarheid, aantrekkelijkheid en effectiviteit van een educatie- en hulpaanbod voor naasten (Bransen et al., 2014, pp. 21-22).
	One potential reason for the low participation in family psychoeducation may be that services do not appropriately target the differing needs and preferences of family members and consumers (13–15) (Drapalski et al., 2008, p. 655).
	Veel familieleden van mensen met een ernstige psychische aandoening hebben behoefte aan informatie en ondersteuning. Voor de meeste familieleden is eenmalige voorlichting niet voldoende, zij willen graag blijvend op de hoogte gehouden worden en indien nodig ondersteund worden (Drapalski e.a., 2008) (Van Erp, et al., 2009, p. 12). (dubbel)
	Veel familieleden hebben niet alleen behoefte aan informatie over de ziekte en over hoe ze daarmee om kunnen gaan, maar willen ook bij de zorg betrokken worden of ondersteund worden (Van Erp et al., 2009, p. 71). (dubbel)
	Op grond van het literatuuronderzoek naar ondersteuning van naasten volgens de criteria van de EBRO-methode (...) kan worden geconcludeerd dat psycho-educatie en supportgroepen effectief zijn in het verlagen van de ervaren belasting van naasten (Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016, p. 36).
	Parents also report that they receive valuable knowledge about their own self and about their own abilities to realize their life through self-therapy or by consulting people and through psychiatric expertise about the disease affecting their child (Blomgren Mannerheim et al., 2016).
	The analysis shows that parents express feelings of great uncertainty facing all the unknowns that they encounter in their caring capacity as parent of an ACWS. This uncertainty leads to personal and social adaptations on different levels in order to be able to care. The parents describe how they lack the ability to be able to assess the decisions they make and feel uncertain about them. They do not know how they should act in relation to the children, family, friends, and formal psychiatric care providers (Blomgren Mannerheim et al., 2016).
	Parents need support and knowledge about mental illness. However, that support is not adequate if one looks at the formal psychiatric care support available for relatives who are taking

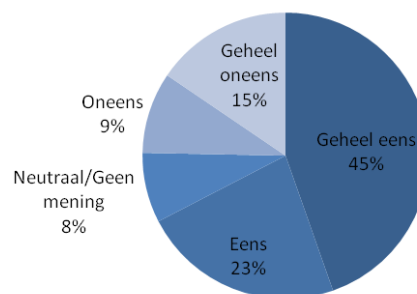
	care of individuals with a mental illness (Blomgren Mannerheim et al., 2016). Some family members were frustrated by the lack of support for family members who are coping with an individual with MSD(V) issues (Haskell et al., 2016).
Anders	Terwijl mantelzorgers van mensen met psychische problemen gemiddeld zwaarder belast blijken dan 'gewone' mantelzorgers, wordt hun bijzondere positie en rol vaak niet of onvoldoende erkend. Enerzijds hebben naastbetrokkenen te maken met de onzichtbaarheid voor de buitenwereld van een psychische stoornis ('Je ziet niet aan hem dat er iets mis is') en met het taboe dat nog altijd rust op dit type problemen. Anderzijds worden zij bij perioden of langdurig geconfronteerd met het onvoorspelbare verloop van de stoornis, waarbij zich ook crises kunnen voordoen (Bransen et al., 2014, p. 23). -Familieparticipatie is nog niet doorgedrongen tot alle niveaus in de zorg -Weinig samenhang belangenbehartiging op regionaal niveau (Ypsilon, 2012, p 7).

Deelvraag 3: In hoeverre worden de naasten betrokken bij een hulpverleningstraject?	Beschrijving
Worden de naasten betrokken bij een hulpverleningstraject?	Geconstateerd werd dat, hoewel het belang van naasten binnen de zorg wel formeel erkend wordt, zij in de praktijk nog weinig zichtbaar zijn. Veelal is niet vastgelegd wat de rol is van naasten binnen de zorg en op weinig plaatsen is er sprake van een expliciet aanbod van ondersteuning voor naasten zodat zij hun rol ook effectief kunnen vervullen (Ypsilon, 2008) (Van Busschbach et al., 2009, p. 8).
	De laatste jaren, met de ontwikkeling van de ACT-teams en (F)ACT-teams, is er wel echt sprake van een verandering in de attitude en de organisatie met meer nadruk op continuïteit, flexibiliteit en zichtbaarheid. Er zijn steeds meer initiatieven tot samenwerking tussen de GGZ en maatschappelijke partners en in de teams worden naast ervaringsdeskundige cliënten ook familieleden als ervaringsdeskundigen opgenomen. Deze ervaringsdeskundige familieleden zouden moeten waarborgen dat er structureel meer aandacht en contact is met naasten (Van Busschbach et al., 2009, p. 14).
	Zij stellen ook dat de formele inbreng van familieleden niet betekent dat de familieleden waar het om gaat in de praktijk van de hulpverlening ook adequaat betrokken worden. De familie is wel steeds meer een partij in de zorg maar nog geen vaste teamgenoot in het steunsysteem rond de cliënt. Het contact met de familie binnen de GGZ is in vergelijking met andere sectoren minder vanzelfsprekend, verloopt vaak moeizaam en wordt door alle betrokkenen als complex ervaren. Ideeën over de wettelijke kaders waarbinnen men moet functioneren maken het voor hulpverleners lastig om de goede keuzes te maken en leiden tot defensief handelen: zo is men bijvoorbeeld erg voorzichtig met informatieverstrekking (Van Busschbach et al., 2009, p. 18).
	Uit de interviews met familieleden die hebben deelgenomen aan de interventies komt naar voren dat de samenwerking met de hulpverlening in de loop der tijd is verbeterd. Waren de eerste ervaringen met hulpverleners vaak problematisch (slechte bereikbaarheid, weinig informatie en communicatie), de laatste jaren is de voorlichting aan familieleden verbeterd en het contact tussen familie en hulpverlening toegenomen. Toch is de situatie nog lang niet optimaal (Van Erp et al., 2009, p. 71).

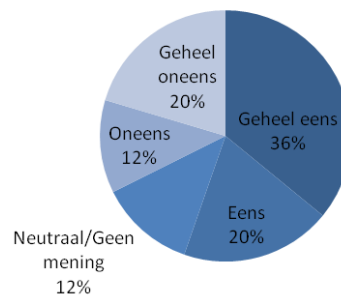
Ik werd betrokken bij de behandeling



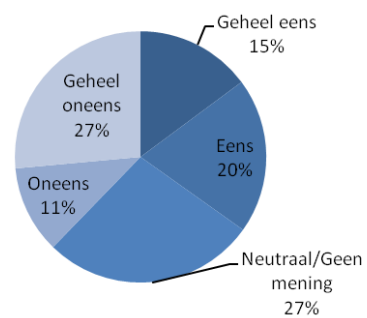
Familie-inbreng wordt gewaardeerd



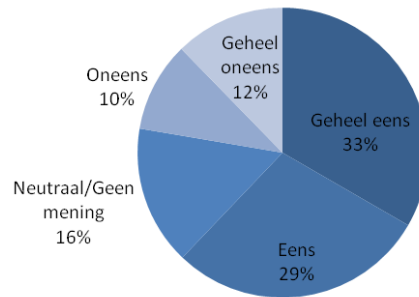
Ik werd geïnformeerd over de zorg aan mijn naaste



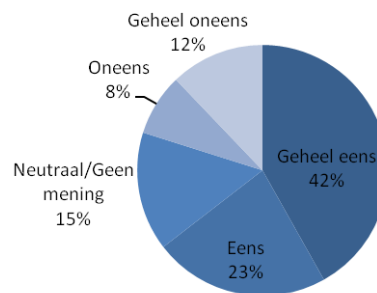
Hulpverlening neemt altijd initiatief tot contact



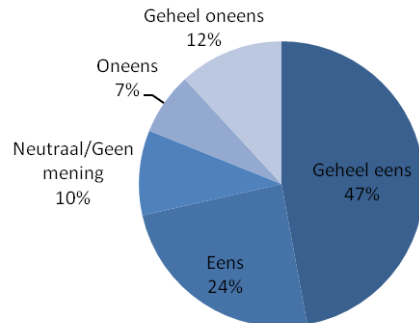
Als ik kritiek had, werd dat serieus genomen



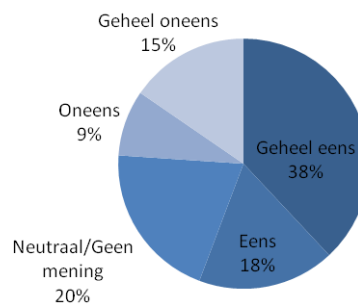
Contact opnemen met hulpverlener was eenvoudig



Bij problemen weet ik waar ik terecht kan



Mijn eigen problemen werden serieus genomen



(Ypsilon, 2010, pp. 18-23)

Bij het vanzelfsprekend betrekken van familie en naasten geldt het 'ja-tenzij' principe. Dat wil zeggen, familie wordt

	vanzelfsprekend betrokken behalve als de cliënt aangeeft dit niet te willen. In een dergelijke situatie is een hulpverlener zich ervan bewust dat het mogelijk is dat een cliënt tijdelijk door toedoen van zijn ziekte of aandoening geen contact wil met familie. Er is een blijvende inspanningsverplichting voor hulpverleners te proberen het contact te herstellen (Pro Persona, 2017, p. 1).
	Goed familiebeleid is vanaf nu verplicht in GGZ-instellingen, mét structurele ondersteuning van familie en naasten. De samenwerking met en ondersteuning van familie en naasten is vanaf deze week verankerd in een kwaliteitsstandaard die te vinden is op de website van het Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGZ en van Ypsilon (LPGGZ, 2018).
	A significant responsibility for care has also been transferred from the formal psychiatric care to related parties, that is, the families of the mentally ill individual (Blomgren Mannerheim et al., 2016).
	Others felt that family members were not included in the treatment process, often due to privacy laws (Haskell et al., 2016).
	Several family members expressed frustration at a perceived lack of options in situations where they recognized that their relative needed help for MSD(V) issues, but the service user did not recognize the issues or was not ready to seek help (Haskell et al., 2016).
	Family members experienced frustration with a system that excludes them from treatment decisions and with the general lack of information and support for family members (Haskell et al., 2016).
Welke disciplines maken gebruik van het netwerk van de cliënt?	Cliënten zelf Cliënten zelf spelen natuurlijk de belangrijkste rol. Zij ontmoeten mensen, leggen contacten, maken vrienden, helpen anderen en accepteren hulp. Ook als mensen hulpbehoevend zijn, houden zij de regie en blijven ze zoveel mogelijk actief. Mantelzorgers Mantelzorgers vervullen vaak een actieve rol bij het onderhouden van het netwerk van degene voor wie ze zorgen. Door samen activiteiten te ondernemen of door de mensen voor wie ze zorgen te stimuleren zelf activiteiten te ondernemen. Denk aan een zoon of dochter die een ouder stimuleert om lid te worden van een leesclub. Familie en bekenden Ook anderen uit het persoonlijke netwerk kunnen een rol spelen. Een buurvrouw die meegaat naar de sportschool of een vriendin die helpt bij het aanhalen van verwaterde contacten.
	91

	Vrijwilligers Vrijwilligers kunnen helpen bij het versterken van het netwerk, bijvoorbeeld als vrijwillige netwerkcoach. In maatjesprojecten kunnen ze (tijdelijk) deel gaan uitmaken van het netwerk. Daarnaast kunnen ze samen met cliënten sociale activiteiten ondernemen. Professionals Welzijnsprofessionals hebben vanuit de WMO de opdracht mensen te ondersteunen bij het meedoen in de maatschappij. Netwerkgericht werken behoort dus tot de basistaken van de sociale werker. Ook zorgprofessionals hebben steeds meer de opdracht om het netwerk van de cliënt te mobiliseren. Beide zijn in hun werk aanvullend op wat cliënten zelf al doen (Movisie, 2014).
Wat houdt dit contact in?	Een literatuurstudie van Van Erp e.a. (2009) laat zien dat naasten die goed geïnformeerd zijn, betrokken worden bij de zorg en zonodig steun krijgen bij verwerking en omgang met de (aandoening van de) cliënt beter in staat zijn een positieve bijdrage te leveren aan de behandeling en het herstel van hun familielid (Bransen et al., 2014, pp. 21-22). Familie en vrienden staan in hun zorg en betrokkenheid niet alleen. Vanuit de geestelijke gezondheidszorg en eerste lijn is professionele ondersteuning beschikbaar in allerlei vormen, van laag frequente ondersteuning bij mensen die zelfstandig wonen tot 24-uurzorg. In principe staat de vraag van de direct betrokkene centraal, diens behoefte aan zorg en diens wensen over hoe de zorg geboden wordt. Maar afstemming is nodig tussen al de drie partijen in de triade: de direct betrokkenen, diens naasten en de professionele hulpverleners. Bij het contact tussen naasten en hulpverleners kan het gaan om informatie: over de ziekte, medicatie en verwachtingen maar daarnaast ook over geboden of te bieden hulp. Familie en vrienden staan in hun zorg en betrokkenheid niet alleen. Vanuit de geestelijke gezondheidszorg en eerste lijn is professionele ondersteuning beschikbaar in allerlei vormen, van laag frequente ondersteuning bij mensen die zelfstandig wonen tot 24-uurzorg (Van Busschbach et al., 2009, p. 8). Afgemeten aan het geschatte aantal naastbetrokkenen van mensen met psychische stoornissen op grond van de epidemiologie van deze stoornissen, is het bereik van het ondersteuningsaanbod voor deze groep klein. Bovendien komen naastbetrokkenen relatief laat bij dit aanbod terecht (Bransen, De Gee, & De Jonge, 2013). Dat is jammer, omdat gebruikers het aanbod positief waarderen en het bovendien effectief is in het verminderen van overbelasting en depressieve klachten (Bransen et al., 2014, p. 31). Van 16 juni tot 20 september 2011 heeft het Meldpunt Meld je Zorg van het Landelijke Platform GGZ een enquête gehouden over de zichtbaarheid van naasten in de GGZ. Het

	doel van deze enquête was om te kijken in hoeverre de naasten merken dat ze in beeld zijn bij de hulpverlening. De uitkomsten van de enquête zijn veelal niet positief. Zo geven naasten onder andere aan dat ze niet altijd de informatie krijgen waar ze recht op hebben. Bij een vraag of naasten hulp of ondersteuning krijgen van de instelling antwoordt de meerderheid met nee (Van der Pijl, 2014, p. 16).
	Familieleden helpen cliënten niet alleen met praktische zaken als onderdak, voeding en financiën, maar geven daarnaast ook emotionele ondersteuning, reageren op crisissen en nemen de rol op zich van casemanager. Ook hebben familieleden en andere betrokkenen een rol als ervaringsdeskundige in de hulpverlening. Familieleden kennen in het algemeen de cliënt erg goed en hebben veel ervaring en deskundigheid opgebouwd in de omgang met de cliënt (Van Erp et al., 2009, p. 11).
	Naasten hebben recht op informatie, zelfs als de patiënt in kwestie dat niet wil. Die boodschap was al vastgelegd in de nieuwe kwaliteitsstandaard over familie en naasten, die onlangs werd vastgesteld. Nu komt daar nog een uitspraak van het Tuchtcollege bovenop. Die stelde onlangs de partner van een patiënt in het gelijk omdat de behandelaar hem geen informatie had verschaft, blijkt uit een vonnis dat onder meer in het blad Medisch Contact is gepubliceerd (Ypsilon, 2017).
	De professional is alert op behoeften van naasten aan informatie of ondersteuning. Hij heeft aandacht voor de gevolgen van ‘psychische problemen in de familie’ en de verwerking daarvan en geeft informatie over hulpaanbod om zelf overeind te blijven (psycho-educatie, adressen van websites, lotgenotencontact bij familieorganisaties, zelfhulpmogelijkheden of andere voorzieningen) (Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016, p. 1).
	De samenwerking in de triade met professional, naasten en patiënt is vooral gericht op het bevorderen van de kwaliteit van leven en het herstel van veerkracht en vitaliteit van de patiënt maar ook die van de naaste(n). Door de naasten meer informatie en vaardigheden mee te geven kunnen naasten het zelfmanagement en de zelfredzaamheid van de patiënt stimuleren, waardoor de patiënt zo veel mogelijk weer onafhankelijk van professionals verder kan leven en deelnemen aan zijn/haar leefomgeving en de samenleving. De professional heeft aandacht voor de verschillende rollen van de naaste: bijvoorbeeld voor de relatie tussen de patiënt en naaste in het licht van herstel – hiermee wordt ruimte gecreëerd om ook gewoon als mensen met elkaar om te gaan. Of de naaste als expert, dan wordt juist informatie gevraagd en gegeven (Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016, p. 11).
	De professional verleent zorg op maat, afgestemd op de wensen en de behoeften van de patiënt en de mogelijkheden

van de naasten. Tevens stemt de professional ondersteuning en begeleiding aan naasten af op hun wensen en behoeften. Tijdens de diagnostiek fase worden de fysieke, mentale en sociale factoren in kaart gebracht, waaronder de mogelijkheden van de naasten. Dit gebeurt in overleg zoveel mogelijk triadisch. Naasten ontvangen altijd informatie en ondersteuning indien zij dat vragen. In overgangen van settings (thuis-ambulant/intern) wordt afgestemd met naasten en andere partijen zoals huisarts en maatschappelijke ondersteuning. Indien de patiënt de naasten niet wil betrekken en naasten wel een vraag hebben, wordt niet-patiëntgebonden informatie verstrekt, en indien nodig eigen ondersteuning voor naasten aangeboden (Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016, p. 11).

In de nieuwe Wet verplichte GGZ (WvGGZ) die de wet BOPZ moet gaan vervangen krijgt de familie bovendien naar verwachting een (zeer) prominente signalerende rol in het toeleiden naar (gedwongen) zorg (Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016, p. 25).

Tabel: Overzicht erkende Nederlandse interventies voor ondersteuning naasten, bv. Triadekaart (Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016, p. 36-40).

Tabel: Een selectie van vormen van ondersteuning voor naasten bv. de Mat (Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016, p. 36-40).

Tabel: Overzicht van trainingen om beter met naasten samen te werken en ondersteuning te bieden waar nodig (36-40).

De familie moet altijd informatie krijgen over:

- De algemene gang van zaken binnen Pro Persona
- Familiebeidekomsten en cursusaanbod voorlichting en ondersteuning van de familie
- Familiebeleid: familieraad, FVP (Familievertrouwenspersoon), klachtenregeling familie en/of naasten en familie-/cliëntenorganisaties

Bij een klinische opname en langdurige ambulante zorg gelden de volgende afspraken:

- De familie binnen twee weken uitnodigen voor het (opname)gesprek
- De familie informatie over de afdeling geven en een rondleiding aanbieden
- De familie verstrekt informatie over de cliënt, die van belang is, aan hulpverleners
- Kennismaking met EVV (eerst verantwoordelijk verpleegkundige)/SPV (sociaal psychiatrisch verpleegkundige)/casemanager en behandelend psychiater
- Een contactpersoon vanuit de hulpverlening en vanuit de familie aanstellen
- Periodieke gesprekken met één van hen (en zo mogelijk cliënt)
- De familie betrekken bij het behandelplan en indien van toepassing het crisisinterventieplan

	Bij een klinische opname gelden daarnaast nog de volgende afspraken: • Bij gedwongen behandeling (medicatie, separatie) de familie inlichten en gesprek aanbieden • Verlofregeling met de familie bespreken en (indien nodig) nabespreken • De familie zo mogelijk vooraf betrekken bij overplaatsing en/of ontslag Bij kortdurende ambulante zorg (deeltijdbehandeling en polikliniek) geldt: • In overleg wordt afgesproken of en hoe de familie bij de behandeling betrokken wordt Wanneer de cliënt (tijdelijk) niet wil dat de familie wordt betrokken: • De hulpverlener heeft een inspanningsplicht om het contact tussen familie en cliënt zodanig te herstellen, dat de familie geïnformeerd en betrokken bij de behandeling mag worden. • Vanwege het respect voor de mening van de cliënt beperkt de informatieverstrekking naar de familie zich in dit geval tot niet-persoonsgebonden informatie, maar zal (extra) oog zijn voor de ondersteuningsbehoefte van de familie. • Hoewel de privacywet de informatie die hulpverleners aan de familie mogen geven zonder toestemming van de cliënt beperkt, mogen hulpverleners in bijzondere situaties, waar sprake is van een vitaal belang voor de cliënt, wel beperkte persoonsgebonden informatie geven aan familie. Zoals bij ongevallen, suïcidedreiging en situaties waarin sociale ontwrichting dreigt (schulden, verlies huisvesting) en alleen dan als de familie een bijdrage kan leveren aan het beperken van de problemen. Als de hulpverlener informatie geeft zonder toestemming wordt de cliënt hierover geïnformeerd en het moet, met redenen omkleed, in het dossier vermeld worden. Ook als de cliënt regelmatig op verlof komt bij de familie kan het nodig zijn informatie aan de familie te geven, bijvoorbeeld over medicijngebruik, dieetbeperking. • De familie kan en mag wel altijd het initiatief nemen om contact op te nemen met de behandelaar of verpleging, bijvoorbeeld als ze zich zorgen maken om hun naasten. Ook mogen hulpverleners contact opnemen met de familie als ze informatie willen vragen, bijvoorbeeld voor de inschatting bij suïcidegevaar. Het is niet in strijd met het beroepsgeheim om informatie te ontvangen van de familie (Pro Persona, 2015).
Hoe wordt het contact ervaren door de naaste?	Vaak gaat de betrokkenheid van familieleden bij de zorg en begeleiding van cliënten vanzelf goed, maar er zijn ook situaties waarin dit niet het geval is. Met enige regelmaat komen verhalen naar buiten van familieleden en andere betrokkenen die door hulpverleners niet goed geïnformeerd worden of onvoldoende serieus worden genomen (Van Kerkhof, 2008) (Van Erp et al., 2009, p. 5).

	The parents describe feelings of fear and fright when they were told that their daughter or son had been given a psychiatric diagnosis. The parents also describe feelings of great frustration when they did not get answers to their questions from the formal psychiatric care services or when they got fuzzy information regarding the proposed care or failed care. Lack of communication between the parents and the formal professional caregivers created many situations that contributed to the parents' insecurities (Blomgren Mannerheim et al., 2016).
	Nobody saw me, nobody told me anything; instead, it was only a shock to see all the people that were constantly sick, someone who just screamed right out and someone who just walked around like a zombie, and to know that there was my son (Blomgren Mannerheim et al., 2016).
	Feelings of being questioned in their parental role by the health professionals were experienced as a lack of dignity (Blomgren Mannerheim et al., 2016).
Hoe wordt het contact ervaren door de hulpverlener?	De professional mag altijd informatie geven die niet patiëntgebonden is. Bovendien mag in situaties waar de veiligheid in het geding is, de privacy worden doorbroken. Dit is in overeenstemming met de richtlijnen voor goed hulpverlenerschap en het kwaliteitsstatuut (Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016, p. 1).
	Als de patiënt zijn naasten niet bij de zorg wil betrekken en de naasten wel vragen hebben kan de professional de volgende informatie geven zonder tegen het beroepsgeheim in te gaan en met inachtneming van de richtlijnen voor goed hulpverlenerschap: - Algemene, niet-patiënt-gebonden informatie over psychische aandoeningen en de impact daarvan op de naasten - Informatie over de zorgorganisatie, wet- en regelgeving - Indien aanwezig informatie over de familieraad en familievertrouwenspersoon - Informatie en/of aanbod voor ondersteuning aan naasten (intern en extern bij familieorganisaties of patiëntenorganisaties met aandacht voor familie) - Zie ook paragraaf 4.2 (Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016, pp. 15-16).
	Deze hulpverleners ontmoeten naastbetrokkenen vaak voor het eerst in een crisissituatie. Familieleden kunnen dan emotioneel en gespannen zijn, waardoor hulpverleners kunnen denken dat zij zich altijd zo gedragen en hierin bijvoorbeeld een bevestiging zien van de familie als oorzaak van de problemen (Slaats, 2013) (Bransen et al., 2014, p. 24).
Eigen rol van de naasten	Een positieve bijdrage van familie en andere naastbetrokkenen aan genezing of herstel van een cliënt komt echter niet gemakkelijk vanzelf tot stand. Soms zijn naasten deel van het probleem, bijvoorbeeld wanneer er sprake is (geweest) van (seksuele) kindermishandeling,

	relationeel geweld of andere onheuse bejegening in eigen kring. Dan is medebehandeling van deze naasten aangewezen. Ook komt het voor dat familie en vrienden zich van iemand afkeren als zich psychische problemen voordoen of dat – omgekeerd – cliënten de boot afhouden. Vaker echter proberen mensen in de omgeving van de cliënt te helpen met adviezen of door ondersteuning te bieden bij het verrichten van taken die de cliënt moeite kosten. Daarbij missen ze vaak informatie over de stoornis of klacht, de mogelijke consequenties ervan en hoe het beste te reageren (Wittenberg, Kwekkeboom & De Boer, 2012)(Bransen et al., 2014, pp. 21-22)
	Professionals kunnen naasten globaal in vier ‘rollen’ tegenkomen. Als informatiebron voor diagnostiek en monitoring en als co-begeleider die daadwerkelijk in het behandelplan van de patiënt participeert. Voor de patiënt hebben zij vaak een rol als mantelzorger voor persoonlijke zorg, praktische hulp of emotionele ondersteuning. En ten slotte kunnen naasten zelf zorgvrager zijn of worden vanwege overbelasting (Van de Bovenkamp, 2012; Zegwaard et al., 2013). Als de naaste een minderjarig kind of jongere is vraagt het omgaan met deze rollen een andere aanpak van de professional dan als het een volwassene betreft (Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016, p. 14)
	Naasten vervullen in veel gevallen een rol als mantelzorger of zelfs co-begeleider (‘partner in zorg’) en die rollen worden ook steeds meer van hen verwacht gezien de ambulantisering van de zorg en de nadruk op meer ‘zorg in eigen kring’. Naasten willen deze rol ook vaak vervullen maar tegelijkertijd kan de betrokkenheid bij degene met een psychische aandoening of klachten ook een bron van stress voor hen zijn. Het gaat daarbij om zaken als verstoring van huishoudelijke routines, financiën, werk en vrije tijd van het familielid, spanning in de relatie tussen familielid en patiënt en afname van sociale steun en sociale uitsluiting (Magliano, 2008) (Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016, p. 25).
	Parents tried in various ways to support their children, for example, by teaching about finances, by encouraging independence, by offering companionship, and by finding employment (Blomgren Mannerheim et al., 2016).

Deelvraag 4: Wat zijn de bestaande netwerkgerichte middelen en instrumenten van Ypsilon en Pro Persona?	Beschrijving
Wat zijn de middelen en instrumenten van Ypsilon?	Instrumenten Ypsilon (Ypsilon, z.d.) Generieke module Samenwerking met Naasten Het doel van de module is een toename van samenwerking in de triade van patiënt, naasten en zorgprofessionals en daarmee een kwaliteitsimpuls voor het zorgproces. Dit doel wordt bereikt door zorgprofessionals concrete handvatten te geven voor het samenwerken met naasten en bieden van passende ondersteuning in geval van disbalans tussen hun draaglast en draagkracht (overbelasting). De samenwerking met naasten staat in dienst van het herstelproces van de patiënt, het behoud van zijn netwerken en de veerkracht van zijn naasten. Immers, als naasten hun rol in de triade zorgprofessional, patiënt en naaste (nog) beter op zich kunnen nemen, neemt de kans op een goede uitkomst van zorg en herstel toe (Van Erp, Place & Michon, 2009) en neemt de kans op uitval door lichamelijk en geestelijke gezondheidsklachten af (Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016). Doel van de module is een toename en verbetering van de samenwerking in de triade patiënt, naasten en professional. Uitgangspunt van de module is een systemische visie op psychische aandoeningen en een herstelgerichte visie op zorg. De samenwerking met naasten staat in dienst van het herstelproces van de patiënt. Zijn wensen staan centraal, evenals het behoud van zijn netwerken en de veerkracht van zijn naasten (Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016, p. 1) Als in het contact met de zorgprofessional de naaste omgeving niet vanzelf ter sprake is gekomen, stellen uitvoerende professionals de volgende twee vragen aan de patiënt. - Wie in uw naaste omgeving is betrokken bij de situatie waarin u momenteel verkeert? - Vindt u het goed deze naaste uit te nodigen om zijn kijk op de zaak te bespreken? (Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016, p. 1) Alle professionals dienen samenwerking met naasten vorm te geven en hun een vorm van ondersteuning te bieden bij tijdige signalering van mogelijke overbelasting (en zo nodig doorverwijzing). Overgangen tussen verschillende zorgsettings verlopen soepel (kennis van sociale kaart en gegevens ook over naasten goed overdragen). Professionals hebben kennis van familiebeleid, de relevante richtlijnen en standaarden en zicht op het aanbod voor naasten aan (verwijs)mogelijkheden in zorg en welzijn. Professionals hebben oog voor de positie van de naasten en hun rouw- en verliesverwerking. De organisatie biedt een veilige en rustige omgeving waarin patiënten zich op hun gemak kunnen

voelen en naasten een plek hebben (Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016, p. 11).

Triadekaart

Om afspraken te maken over de inbreng van naasten in de behandeling, moet eerst duidelijk zijn waar ieders wensen zitten. De kaart bevat daarom een uitgebreide lijst van taken. Patiënt/cliënt, familie en behandelaar kunnen ieder voor zich aankruisen over welke taken 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. In het 'triadegesprek' neemt u met z'n drieën de aangevinkte onderwerpen door en maakt u hierover afspraken. De kaart dient daarbij als handige agenda voor het gesprek (Ypsilon, 2015).

Gekozen is voor een kaart met behulp waarvan naasten, in gesprek met betrokkene en professionele hulpverleners, aan zouden kunnen geven welke rol zij willen vervullen in de zorg (Van Busschbach et al., 2009, p. 8).

Het doel is een optimale behandeling van de stoornis door een nauwe samenwerking tussen de drie kernbetrokkenen (behandelaars, cliënt en familie). Als familieleden weten wat hun taken en verantwoordelijkheden zijn, kan dit bijdragen aan het herstel van de cliënt. Voor veel familieleden - en dus ook voor de hulpverlening - is niet geheel duidelijk welke zorg ze op zich willen nemen en welke ondersteuning zijzelf nodig hebben om die zorg te kunnen bieden. De familiekaart helpt naastbetrokkenen bij het maken van deze keuzes (Van Erp et al., 2009, p. 44).

Het is de bedoeling dat de kaart (in het huidige concept) door de familie wordt ingevuld en dat tijdens een triadegesprek de precieze rol van het familielid wordt besproken. Aan de hand van de kaart worden concrete afspraken gemaakt en vastgelegd over de ondersteuning die familieleden zullen bieden en ontvangen (Van Erp et al., 2009, p. 45).

Het triadegesprek heeft de volgende principes als uitgangspunt:

1. Bij de behandeling staat het welbevinden van de cliënt voorop. Binnen de triade dus ook;
2. In de behandeling wordt ernaar gestreefd dat de cliënt zo zelfstandig mogelijk kan functioneren. Binnen de triade dus ook;
3. Het aantal taken dat familieleden en andere naastbetrokkenen op zich nemen, is vaak te groot. Hoe beter zij de eigen grenzen leren bewaken, des te meer ruimte geven zij de ander. Dat is in ieders belang;
4. Om de overeengekomen taken goed te kunnen verrichten, moeten ook de familieleden of andere naastbetrokkenen kunnen rekenen op ondersteuning van de

professionele hulpverlening op het gebied van informatie, training en begeleiding;

5. De rol van de familie kan in de loop van de tijd veranderen. Wat nu wenselijk is, hoeft dat over een tijdje niet meer te zijn. Familie wordt aangeraden om nieuwe afspraken te maken als zij daartoe aanleiding zien (Ypsilon, 2015) (Van Erp et al., 2009, p. 45).

Volgens de projectleider is een belangrijke meerwaarde van de Triadekaart dat het duidelijkheid schept in de rolverdeling. Het geeft houvast voor zowel hulpverleners als 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. (...) De meerwaarde voor familieleden is vooral dat zij door het gebruik van de kaart soms beseffen dat ze te diep betrokken zijn. Ze kunnen dan ontlast worden. Familieleden zijn veelal niet op de hoogte van de vele mogelijkheden zoals thuiszorg, bewindvoering of maatschappelijk werk. Op deze mogelijkheden kunnen familieleden naar aanleiding van de kaart gewezen worden. Tot slot verbetert de kaart het contact tussen familie en hulpverleners bevordert het de samenwerking. In een enkel geval herstelt langzamerhand ook het contact tussen de familieleden en de cliënt (Van Erp et al., 2009, p. 47).

Uit een enquête onder 39 familieleden blijkt dat zij zeer tevreden zijn over de gesprekken. Als rapportcijfer geven ze een 8. Meer dan 80% van de cliënten geeft toestemming voor het gebruik van de Triadekaart. Sommige cliënten geven aan dat ze het meer een zaak tussen familie en hulpverlener vinden en liever achteraf op de hoogte worden gesteld van de gemaakte afspraken. In de meeste gesprekken hadden cliënten ook een minder grote rol dan de familie en hulpverlener (presentatie door het RGOc op het congres Sociale relaties en burgerschap, december 2008).

Uit de interviewverslagen van drie familieleden blijkt dat de familieleden tevreden zijn over de vorm en inhoud van de kaart. Een familielid merkt op dat het goed is dat de client wordt betrokken bij het gebruik van de kaart, omdat hij anders het gevoel kan krijgen dat er iets achter zijn rug om geregeld wordt. De familieleden zien de kaart vooral als een intentieverklaring en als een eerste stap naar meer betrokkenheid van familieleden. Ook wordt door een familielid opgemerkt dat zij de kaart ziet als een erkenning van het belang van het betrekken van de familie bij de hulpverlening (Evaluatiestudie RGOc). (Van Erp et al., 2009, p. 48)

Quickscan GGZ

De Quickscan GGZ is een gemakkelijk in te vullen online instrument, bestaande uit meerdere stellingen. Per item kun

je aanklikken hoeveel verbetering er nodig is. De Quickscan bevat 5 thema's over de dagelijkse praktijk op de afdeling en 2 thema's over het beleid van de instelling. Na het invullen kun je zien hoe de afdeling of het team scoort in de vorm van een rapportcijfer. Ook krijg je tips en verwijzingen om deze score te verbeteren (Ypsilon, z.d.).

Voorbeeld van een quickscan/vragenlijst (SLKF Handleiding Familiebeleid, 2012, p. 2).

Ypsilon ontwikkelde het afgelopen jaar samen met Altrecht en Antes in het kader van 'PG Werkt Samen' de 'Quickscan GGZ Werken met familie'. Deze test maakt voor teams of afdelingen van GGZ-instellingen inzichtelijk wat ze goed doen en waar het beter kan. Voor dat laatste biedt de Quickscan direct bijpassende suggesties en hulpbronnen. Labyrint~In Perspectief ontwikkelde gelijktijdig een variant voor de welzijnssector.

De Quickscan maakt het mogelijk om afdelingen of locaties onderling van GGZ-instellingen te vergelijken en verbeterplannen op te stellen. Daarbij kunnen familieraden een belangrijke rol spelen. Het prototype van Ypsilon zal nog verder worden verfijnd en daarna breder worden uitgezet. Daarnaast gaan we werken aan een versie die familieleden kunnen invullen. In een later stadium overwegen we om de ondersteuning uit te breiden met een consultancyteam van familieleden dat de instelling waar gewenst kan consulteren voor advies. Ook werken we aan wetenschappelijke validering van de Quickscan (Ypsilon, 2016, p.9).

Er is de afgelopen jaren veel geschreven en vastgelegd rondom familiebeleid. Er zijn familieraden, gebundeld in de Familiekamer van het LPGGz, er zijn familie-ervaringsdeskundigen (FED's) met een eigen platform en er zijn familievertrouwenspersonen (FVP's), gesteund door de landelijk stichting LSFVP. En we hebben onze eigen kaderleden die soms in een van deze functies werken en soms zelfstandig te werk gaan. De borging van familie in de zorg lukt steeds beter, zowel formeel als informeel via concepten als ART (voor langdurige zorg) waarin FED's standaard onderdeel uitmaken van het team (Ypsilon, 2016, p.12).

Familie-ervaringsdeskundige

Door de familie-ervaringsdeskundige (FED) te betrekken bij de zorg aan familie van cliënten in de GGZ en aanpalende sectoren, wordt:

1. het herstel van familie van de cliënt ondersteund;
2. het welzijn van de familie en de cliënt/patiënt verbeterd;
3. de constructieve samenwerking in de triade van cliënt-familie-hulpverlening bevorderd (LPFED, 2012, p.1)

Mind

Mind is het initiatief van het LPGGz en het Fonds Psychische Gezondheid/Korrelatie om de positie van patiënten en familieleden te versterken. Het is geïnspireerd op de

	gelijknamige organisatie in Engeland die 140 lokale initiatieven herbergt, gesteund door een krachtig bureau met één naam, één uitstraling en die samen een beweging vormen (Ypsilon, 2016, p.12).
	Gespreksgroepen Gespreksgroepen/Lotgenotencontact zijn methoden om stoom af te blazen en troost te vinden. Maar hoe zetten we mensen weer op het goede spoor, geven wij hen weer een positief perspectief? Ypsilon zal al in 2012 voor groepsleiders tools ontwikkelen om zo'n kanteling in de groep te bewerkstellingen (Ypsilon, 2012, p. 12).
	Niet iedereen wil (direct) lotgenotencontact groepsgewijs. Behalve de GGZ, zou dus ook Ypsilon zelf 'outreachender' kunnen werken. Onder meer Alkmaar (familie-ervaringsdeskundige), Eindhoven (Naasten voor naasten) en Utrecht (thuiscoaching) zijn inspirerende voorbeelden van het (vroegtijdig) bezoeken van nieuwe families (Ypsilon, 2012, p. 12).
	Media/e-mail Niet iedereen wil (direct) lotgenotencontact groepsgewijs. Behalve de GGZ, zou dus ook Ypsilon zelf 'outreachender' kunnen werken. Onder meer Alkmaar (familie-ervaringsdeskundige), Eindhoven (Naasten voor naasten) en Utrecht (thuiscoaching) zijn inspirerende voorbeelden van het (vroegtijdig) bezoeken van nieuwe families (Ypsilon, 2012, p. 12).
	Belangenbehartiging Vanaf komend jaar wordt belangenbehartiging niet langer gezien als kerntaak van patiënten(- en familie)organisaties die subsidie behoeft. Dat betekent dat we eigen slagkracht gaan missen en voor landelijke belangenbehartiging in veel gevallen moeten terugvallen op het Landelijk Platform GGZ. Tegelijk zullen leden die functie van ons blijven verwachten, zo veel mogelijk op maat en (dus) in de regio (Ypsilon, 2012).
	Voorlichting Traditioneel is Ypsilon sterk in voorlichting via onder meer Ypsilon Nieuws, meerdere websites en Schizbul. En niet zonder reden: Ypsilon is ervan overtuigd dat beter geïnformeerde familieleden zichzelf beter staande kunnen houden, gericht kunnen kiezen en een sterkere rol kunnen vervullen als derde partij (Ypsilon, 2012, p. 13).
	'Dubbele Diagnose, informatie voor familieleden' geeft achtergrondinformatie, verdieping en uitleg over oorzaken en gevolgen, zorg en behandeling, maar vooral over wat familie en naasten kunnen doen, voor zichzelf én voor hun familielid. Familieleden die zijn geïnformeerd staan steviger in hun schoenen staan en zijn beter toegerust om de problemen in hun familie en naaste omgeving het hoofd te bieden (Ypsilon, z.d.).
	De Ypsilonbrochure met informatie voor familieleden en naastbetrokkenen over privacy en autonomie beschrijft hoe

patient, hulpverlener en familie met elkaar om kunnen gaan om optimale zorg mogelijk te maken (Ypsilon, z.d.).

Psysalon

Met psysalon biedt Ypsilon een nieuwe vorm van voorlichting en ontmoeting voor iedereen die betrokken is bij iemand met een kwetsbaarheid voor psychose. De bijeenkomsten, georganiseerd volgens de formule van het Alzheimer- en Autismecafé, gaan over hoe je samen kunt werken als patiënt en mantelzorger aan herstel. Herstellen kan immers alleen met steun van de directe omgeving. De hervormingen in de zorg gaan hier vanuit. Van de eigen kracht van de patiënt en van de mogelijkheden van zijn netwerk, waaronder de mantelzorgers (Ypsilon, z.d.).

De brochure 'VIP-zorg - informatie over vroege interventie bij psychose' biedt familieleden informatie over het voorkomen en opsporen van en ingrijpen bij een psychose. Over risicofactoren, zorg en behandeling (Ypsilon, z.d.).

Adviesdienst

Dagelijks biedt Ypsilon advies aan familieleden en andere belanghebbenden (onder wie patiënten en hulpverleners) op sociaal, praktisch en juridisch vlak. Telefonisch elke werkdag tussen 10 en 16 uur, per e-mail dankzij een fantastisch team van vrijwilligers zelfs ook in het weekend (Ypsilon, 2012, p. 13).

Deskundigheidsbevordering

Analoog aan het project Levensfasen, onderdeel van Boeien en binden, wil Ypsilon werken aan een levensbestendig scholingsprogramma: elk familielid moet weten welke vormen van scholing en training er zijn en op welke fase deze betrekking hebben. In de eerste fasen zal het vooral gaan om trainingen die zich richten op kennis, bewustwording en vaardigheden voor verbetering van de persoonlijke situatie. Te denken valt hierbij aan een psycho-educatie en de Training Interactievaardigheden, maar ook aan een cursus contactherstel voor broers/zussen of aan internationaal ontwikkelde trainingen, zoals de Prospecttraining en de training van Xavier Amador waar inmiddels tienduizenden Amerikaanse familieleden mee zijn bijgeschoold (Ypsilon, 2012, p. 15).

Projecten

Ypsilon gelooft in de meerwaarde van professionals met eigen familie-ervaring. In het project 'Peer2Peer; de ervaringen verdiept' onderzoekt Ypsilon hoe deze ervaringen bewuster benut kunnen worden om de zorg te verbeteren en openheid te bevorderen (Ypsilon, z.d.).

Workshops

In deze workshop leert u wat 'gebrek aan ziekte-inzicht' inhoudt en krijgt u handreikingen om de communicatie met uw naaste te verbeteren. Daarmee kunt u uw naaste beter ondersteunen en zo bijdragen aan een stabiel ziektebeeld en herstel. U leert vaardigheden

	toepassen: vragen, écht luisteren en afzien van argumenteren (Ypsilon, z.d.).
Wat zijn de middelen en instrumenten van Pro Persona? (kern/inhoud beschrijven)	Familieraad en Familievertrouwenspersoon De patiënt die wordt wel geholpen, maar het gezin, daar is eigenlijk de vertrouwenspersoon heel belangrijk voor. Deze geeft je toch wel heel veel handvatten en wegen die voor jou geopend worden (Pro Persona, z.d.).
	De familievertrouwenspersoon is er voor familie, mantelzorgers, naastbetrokkenen en vrienden van patiënten die bij Pro Persona in behandeling zijn. Zij kan luisteren naar het verhaal van uw familie en kan ondersteuning bieden. Daarbij vertegenwoordigt zij het belang van familielid of naastbetrokkenen. Zij wil ervoor zorgen dat uw familie meer betrokken wordt bij de behandeling, zodat de samenwerking tussen hulpverlener, uw familie en u beter verloopt. Dit komt uw behandeling ten goede (Pro Persona, z.d.).
	De Familieraden behartigen de collectieve belangen van familieleden en naasten van cliënten die in behandeling zijn. De raden stimuleren de betrokkenheid van familieleden bij beleid en organisatie, maar ook bij behandeling en verblijf van cliënten, zowel intern als bij de zelfstandig wonende ambulante cliënt. Ook bevorderen de Familieraden de informatieverstrekking aan individuele familieleden en zorgt voor vertegenwoordiging van de achterban op instellings- en regionaal niveau (Pro Persona, z.d.).
	Familieraden en betrokkenheid familieleden Juist de cliënten en familieleden zijn in staat om ons een spiegel voor te houden en feedback te geven, waar de organisatie van kan leren. Zij ervaren de dagelijkse zorgpraktijk. Met deze invalshoeken en terugkoppeling zullen wij in staat zijn om onze zorg en dienstverlening aan cliënten te verbeteren (Akkerman & Extercate, 2014, p. 20).
	Bij de zorg voor cliënten in de GGZ zijn altijd drie partijen betrokken: de cliënt, de hulpverlener en de familie. Familieleden hebben vanuit hun positie een eigen inbreng en invloed op de behandeling. Pro Persona onderkent het belang van betrokken familieleden voor de kwaliteit van zorg en heeft met de familieraden een convenant afgesloten. Daarin zijn ook de verantwoordelijkheden van de familievertrouwenspersoon geregeld. Hulpverleners moeten voor familieleden bereikbaar en toegankelijk zijn (Akkerman & Extercate, 2014, p. 21).
	Informatie over de Mat-training Het doel van het trainingsprogramma is om familie en andere mantelzorgers zo te versterken dat zij een veilige en effectieve samenwerking op kunnen bouwen met hun zieke familielid maar ook met de hulpverlening en anderen binnen het gezin (Pro Persona, 2015). Quickscan, Triadekaart en Generieke module Samenwerking en ondersteuning naasten (Pro Persona, 2017)

Deze zijn uitgewerkt bij 'Ypsilon', maar komen voor in de Notitie van het concept familiebeleid van Pro Persona.

Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen

Er is na implementatie van SRH meer aandacht voor de relatie met de cliënt en diens mogelijkheden, wensen en krachten. Ook neemt de zelfredzaamheid van de cliënt toe. Cliënten zijn positief over de ondersteuning door professionals. Er zijn twee veranderingsonderzoeken gedaan naar de effecten van SRH. Daarin is aangetoond dat SRH heeft geleid tot een afname van de zorgintensiteit en van het aantal crisissituaties (Movisie, 2013).

(F)ACT-teams

'Flexible' (flexibel)

Dit wil zeggen dat we precies inzetten wat u nodig heeft. Als de behandeling goed loopt, heeft u regelmatig contact met één of twee hulpverleners.

'Assertive' (pro-actief)

Dit betekent dat het team alles op alles zet om met u tot een goede behandelrelatie te komen.

'Community' (buurt of wijk)

De behandelaars ondersteunen u bij voorkeur in uw eigen omgeving.

In de (F)ACT-teams werken sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen, casemanagers, psychiaters/psychiaters in opleiding, psychologen, maatschappelijk werkenden, ervaringswerkers, trajectbegeleiders en verslavingsdeskundigen nauw met elkaar samen (Pro Persona, z.d.)

Zorgafstemmingsgesprek

Het doel van een ZorgAfstemmingsGesprek (ZAG) is het zorgen voor een goede afstemming en samenwerking tussen de cliënt, het ambulante team, het klinische team, eventuele andere betrokken professionals en naasten voor optimale aansluiting van zorg. Tijdens het ZAG wordt besproken wie welke taken uitvoert. Het ambulante behandelbeleid is hierin leidend; de klinische interventies passen binnen het beleid van het ambulante team (Jacobs, Lamers, Peeters & Westen, 2017).

De Generieke module

Bij het schrijven van deze notitie is gebruik gemaakt van de Generieke module: 'Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek'. Deze module is een voortzetting van de onderschrijving van het belang van een 'betrokken omgeving' in een convenant 2004 door GGZ Nederland en de samenwerkende patiënten – en familieorganisatie. De Generieke module is een belangrijke stap verder op weg naar erkenning van de rol van naasten in het herstelproces van cliënten (Pro Persona, 2017, p. 1)⁵.

Crisiskaart

De Crisiskaart is een persoonlijk, opvouwbaar kaartje, zo groot als een bankpas. Je draagt de Crisiskaart altijd met je mee, bijvoorbeeld in je portemonnee. De Crisiskaart geeft aan wat jouw wensen zijn tijdens een crisis. Wat moeten omstanders en hulpverleners doen of laten? Wie kunnen ze bellen? Ook staat op de kaart welke afspraken zijn gemaakt met bijvoorbeeld behandelaar(s), crisisdienst en vertrouwenspersonen. Een Crisiskaart geeft houvast voor jezelf en voor de mensen die je helpen als jij het moeilijk hebt. De Crisiskaart is er voor mensen die vrezen een crisis mee te gaan maken of bang zijn om in een verwarde toestand te raken (Crisiskaart, z.d.).

Signaleringsplan

De ervaringen of klachten van een tweede psychose en de voortekenen (signalen) die erbij horen zijn vaak hetzelfde als bij de eerste psychose.

Een aantal dagen of weken vóór de psychose zijn meestal signalen zichtbaar. Deze kunnen als een waarschuwingssignaal worden opgevat. Het gaat hierbij om veranderingen in je denken, voelen en gedrag. Bijvoorbeeld: slecht slapen, veel piekeren, onrustig gevoel.

Een signaleringsplan bestaat uit twee gedeelten:

- De beschrijving van de voortekenen (signalen) van jouw psychose.
- De beschrijving van wat jij (of je omgeving) het beste kunt doen wanneer je denkt dat er een psychose op komst is. (Parnassia Groep, 2014).

Bijlage 8 Werkkaartenboekje ‘Netwerkgerichte middelen’

In dit verantwoordingsverslag bespreken we de opzet en inhoud, de totstandkoming, onze persoonlijke en professionele visie, de vormgeving, de implementatie en het vervolgonderzoek met betrekking tot ons eindproduct. Het verantwoordingsverslag sluit af met het definitieve ontwerp.

Opzet en inhoud

Volgend op ons onderzoek hebben we het werkkaartenboekje ‘Netwerkgerichte middelen’ ontworpen voor hulpverleners binnen de GGZ. De inhoud ervan is gebaseerd op de resultaten, van de interviews en de literatuur, van ons onderzoek. In het pocketboekje staan acht netwerkgerichte middelen beschreven. Deze middelen kunnen ingezet worden door de hulpverlener in de samenwerking met naasten. De behoeften van de naasten hebben we meegenomen in het product, zodat het inzetten van de middelen goed bij hen aan kan sluiten. We hopen dat hierdoor de samenwerking en de inzet van de middelen verbeterd wordt.

Elk netwerkgericht middel wordt per hoofdstuk behandeld. In de hoofdstukken 1 tot en met 6 staan: de Triadekaart, het signaleringsplan, de Crisiskaart, het ZorgAfstemmingsGesprek, de MAT-training en de Quicksan GGZ. Deze selectie hebben we gemaakt door te kijken welke netwerkgerichte middelen het meeste terugkwamen in ons onderzoek.

In hoofdstuk 7 staat informatie over de Generieke module ‘Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek’. We hebben dit hoofdstuk bijgevoegd, omdat het doel van deze module een verbetering is van de samenwerking in de triade (Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016). Daarnaast is deze Generieke module opgenomen in de Kwaliteitsstandaarden van de GGZ (Kwaliteitsontwikkeling GGZ, 2016). Ypsilon heeft meegewerkt aan het ontwerpen van de module en Pro Persona heeft de module meegenomen in het schrijven van de notities van hun familiebeleid (Pro Persona, 2017).

In hoofdstuk 8 wordt informatie gegeven over het familiebeleid van een organisatie in het algemeen. We hebben gekozen om dit hoofdstuk toe te voegen, omdat het beleid van de organisatie een grote rol speelt in het wel of niet betrekken van naasten. Op het moment dat een organisatie bijvoorbeeld het werken vanuit het familiebeleid stimuleert, wordt dit sneller meegegeven aan de hulpverleners en kunnen ze het werken met naasten sneller toepassen in de praktijk. Door dit hoofdstuk toe te voegen, willen we de hulpverlener extra stimuleren om hier alert op te zijn binnen de eigen organisatie.

Door ons eindproduct te richten op de meest genoemde middelen en de Generieke module en het familiebeleid daaraan toe te voegen, wordt ons eindproduct breder inzetbaar. Een toevoeging hieraan is, is dat de behoeften van de naasten gebaseerd zijn op de behoeften van de naasten van Ypsilon. Deze naasten zijn niet gebonden aan één hulpverleningsorganisatie, maar zijn bij verschillende organisaties betrokken.

In het negende hoofdstuk staat een deel van het aanbod van Ypsilon. Dit aanbod is specifiek gericht op de hulpverlener en wordt online door Ypsilon aangeboden. We verwijzen in dit hoofdstuk als eerste naar een link van Ypsilon over het familiebeleid. Verder wordt er informatie gegeven over brochures, lotgenotencontact, de adviesdienst en haar workshops. De toegevoegde waarde van dit hoofdstuk is dat dit aanbod veel informatie bevat die de hulpverlener kan inlezen of gebruiken om het samenwerken met naasten kunnen verbeteren. Daarnaast kan deze informatie duidelijkheid geven over het belang van het betrekken van het netwerk, wat een van onze aanbevelingen is.

Tot slot wordt het boekje afgesloten met een bronvermelding.

De opzet van de hoofdstukken is als volgt. Elk hoofdstuk begint met een korte beschrijving en het doel van het middel. Op deze manier ontdekt een hulpverlener snel wat het middel inhoudt. Daarbij hebben wij ervoor gekozen om de behoeften van naasten bij de middelen te vermelden. De hulpverlener kan zien welke behoeften bevredigd kunnen worden als het desbetreffende middel wordt ingezet. Elk

hoofdstuk eindigt met een informatielink, zodat de hulpverlener weet waar hij extra informatie over het betreffende hoofdstuk kan vinden.

Totstandkoming

Het werkkaartenboekje is een product dat ontwikkeld is naar aanleiding van de eindconclusie en aanbevelingen. We hebben ervoor gekozen om ons te focussen op twee aspecten uit onze eindconclusie.

Het eerste aspect is de bekendheid van netwerkgerichte middelen. We hebben gekozen om dit aspect te gebruiken, omdat wij denken dat het, samen met het aspect van de visie van de hulpverlener, het grootste aspect is die effect heeft op het inzetten van deze middelen. De visie van de hulpverlener is een aspect dat minder concreet gemaakt kan worden in een product, dus hebben we ervoor gekozen om deze minder mee te nemen bij de ontwikkeling van het eindproduct. Meer bekendheid creëren van middelen is echter wel concreet te maken in een eindproduct.

Een tweede aspect waar we ons op hebben gefocust bij het maken van het eindproduct, is het aspect over het inzicht in de behoeften van naasten. Zoals eerder genoemd hebben we de behoeften van de naasten nodig om het inzetten van netwerkgerichte middelen zo goed mogelijk bij de naasten te laten aansluiten.

De overige twee aspecten – de naasten zijn geen primaire groep en het betrekken van hen kosten extra tijd en vergen extra werk en kennis van het familiebeleid - zijn aspecten waar we ons niet op richten bij het maken van het product. Deze aspecten liggen vooral bij de hulpverleningsorganisatie zelf. Wij denken dat we daar door middel van ons eindproduct weinig verandering in kunnen brengen.

Onze persoonlijke en professionele visie

Hieronder wordt beschreven hoe onze visie en onze persoonlijke en professionele waarden meespelen in de totstandkoming van ons eindproduct.

Vanuit onze eigen persoonlijk waarden vinden we het belangrijk om naasten te betrekken. Beide vinden we wederkerigheid hierin belangrijk. Als wij in de schoenen hadden gestaan van de naasten hadden wij ook graag betrokken willen worden. Om dit te kunnen realiseren, was het belangrijk voor ons om hen te betrekken bij ons eindproduct. Daarnaast kan het verhogen van de inzet van netwerkgerichte middelen de samenwerking met naasten verbeteren.

Verder vinden we het belangrijk dat de gegevens in ons onderzoek praktisch ingezet worden. Ons eindproduct helpt hierbij. Het praktisch inzetten van ons onderzoek helpt bij de professionalisering en kwaliteitsverbetering van ons beroep, wat staat beschreven in de Beroepscode SPH/SPW (Phorza, 2005). Dit speelt ook op internationaal niveau. Zo loopt Amerika bijvoorbeeld voor op Nederland wat betreft het betrekken van naasten in de GGZ. Uit een oud artikel van Leggatt (2002) blijkt dat de punten waar zij toen tegenaan liepen, punten zijn waar Nederland nu tegenaan loopt. De kennis die Amerika tot zijn beschikking heeft, kan de GGZ in Nederland helpen bij professionalisering en kwaliteitsverbetering. We vinden het belangrijk dat de beroepspraktijk zich blijft ontwikkelen en blijft leren. Ons onderzoek en ons eindproduct kunnen daar deels aan bijdragen.

Vormgeving

Voor de vormgeving van het eindproduct vinden we het belangrijk dat het product toegankelijk en makkelijk te gebruiken is. Hierdoor worden netwerkgerichte middelen meer toegankelijk en krijgen hulpverleners makkelijker inzicht in de behoeften van de naasten.

We hebben ervoor gekozen om een pocketboekje te maken. We zijn van mening dat een boekje op dit formaat makkelijk mee te nemen is en de hulpverlener deze snel bij de hand kan hebben.

We denken dat het product hierdoor innovatief is. Naast dat er niet veel onderzoek is gedaan naar ons vraagstuk zijn de resultaten door dit pocketboekje nu ook makkelijk toepasbaar in de praktijk. We hebben in ons onderzoek nog geen product kunnen vinden wat zo volledig is als met de informatie die wij in ons onderzoek over dit onderwerp hebben verzameld.

Verder is het boekje toegankelijk omdat er in één document een korte en concrete weergave wordt gegeven van een selectie van netwerkgerichte middelen. De hulpverlener hoeft bijvoorbeeld niet het internet af te struinen, maar kan dit boekje pakken en daarin zien welke middelen er zijn. Daarnaast kunnen de hulpverleners mogelijk nieuwe middelen leren kennen

Om het product goed aan te laten sluiten bij Ypsilon, hebben we ervoor gekozen om het product een blauwe kleur te geven. Dit zijn de kleuren van Ypsilon. Daarnaast willen we de vormgeving van het product aantrekkelijk maken voor de hulpverlener. Wij zijn van mening dat een kleurrijk product sneller opvalt. Dat verhoogt de kans dat het product sneller doorgelezen of ingezet wordt.

Naast Ypsilon en de hulpverlener wilden we de naasten terug laten komen in de vormgeving. Daarom hebben we op de voorkant een afbeelding van vier poppetjes geplaatst (FysioExperts, 2016). De triade bestaat uit drie personen, de cliënt de naasten en de hulpverlener. Wij hebben bewust gekozen voor vier personen. Eén hiervan zien we als de hulpverlener en één als de cliënt. Voor het netwerk hebben wij gekozen om dit door middel van twee poppetjes weer te geven. Wij vinden het belangrijk dat de samenwerking met de naasten breder gezien wordt dan alleen de mensen die dicht bij de cliënt staan. Een omgeving bestaat tenslotte uit meerdere personen die verder van de cliënt af kunnen staan. Elke persoon heeft een eigen invloed hebben op de cliënt. De puzzelstukjes op de afbeelding geven weer dat alle partijen gezamenlijk één puzzel willen maken, oftewel allemaal samen willen werken in één team of voor één doel.

Implementatie en vervolgonderzoek

Nu het product klaar is, kan er gekeken worden naar implementatie. Zo hebben we de definitieve versie van ons eindproduct bekend gemaakt aan de opdrachtgever. Ypsilon zal het product samen met het onderzoek publiceren op de onderzoekspagina van hun site. Deze pagina is openbaar, dus toegankelijk voor zowel hulpverleners als naasten. Om ons product meer onder hulpverleners te implementeren, zou Ypsilon het product kunnen plaatsen op de pagina van het hulpverlenersaanbod van Ypsilon. Verder wordt ons onderzoek beschreven in het YN magazine van Ypsilon.

Wat betreft implementatie binnen Pro Persona zijn we nog met hen in gesprek. De organisatie heeft hierover positieve geluiden laten horen. We zullen in juni 2018 in gesprek gaan met een ambassadeur van het familiebeleid. Samen zullen we concreet maken of en hoe ons onderzoek en ons eindproduct kan worden geïmplementeerd. Een mogelijkheid voor de implementatie van ons eindproduct, is door het allereerst te publiceren op het intranet van Pro Persona. Deze is alleen toegankelijk voor hulpverleners. Door ons product bijvoorbeeld zichtbaar te maken op een pagina die gaat over meerdere middelen, kan de hulpverlener via ons product makkelijk andere middelen vinden. Verder kunnen de boekjes gedrukt worden en verspreid worden binnen de organisatie.

Zoals eerder is beschreven willen we het product landelijk inzetbaar maken. Om dit te realiseren, moet het product landelijk onder de aandacht moet komen. Dat gebeurt allereerst door het te publiceren vanuit Ypsilon. Daarnaast is er vanuit de Christelijke Hogeschool Ede het idee geopperd om vervolgonderzoek te doen en daar samen met Ypsilon naar te kijken. Door deze samenwerking of vervolgonderzoek kunnen het product en het onderzoek ook op andere plekken kenbaar gemaakt worden.

Wat betreft vervolgonderzoek zou er onderzoek bij andere organisaties en afdelingen gedaan kunnen worden. Daarbij is een aandachtspunt dat niet alle organisaties daar behoeften aan hebben. Daar zou rekening mee gehouden kunnen worden.

Na, bijvoorbeeld, vijf jaar zou het onderzoek herhaald kunnen worden. Hierdoor worden de gegevens actueel gehouden. Een organisatie kan namelijk gedurende de tijd de inzet van de middelen verbeteren. Het is dan belangrijk dat de gegevens nog kloppen. Dit kan bereikt worden door herhaaldelijk onderzoek te doen. Mogelijk kunnen GGZ-organisaties zelf ook veranderen, wat invloed heeft op de resultaten van het herhaalonderzoek.

Verder kan ons eindproduct uitgebreid worden. Dit kan gedaan worden door middel van herhaal- of vervolgonderzoek, waarbij nieuwe middelen van andere organisaties toegevoegd worden. Hierdoor kan het eindproduct steeds breder en landelijk ingezet worden. Een aandachtspunt voor dit vervolgonderzoek is dat de onderzoekers de middelen selecteren op dezelfde criteria als de criteria die wij gehanteerd hebben in ons onderzoek, zodat de middelen goed op elkaar aansluiten.

Werkkaartenboekje Netwerkgerichte middelen



Saphina van den Heuvel
Gloria van Ouwerkerk
Juni 2018

Auteurs

Saphina van den Heuvel
Gloria van Ouwerkerk

Mede mogelijk gemaakt door Ypsilon

Uitgave Christelijke Hogeschool Ede
Juni 2018

Afbeelding

FysioExperts. (2016). Effectievere behandeling door samenwerking! [Foto]. Geraadpleegd van <https://www.fysioexperts.nl/over-ons/blog/2017/effectievere-behandeling-door-samenwerking/>

INLEIDING

Dit werkkaartenboekje is een ontwerp naar aanleiding van ons afstudeerproject *Samenwerken met netwerkgerichte middelen*. Het boekje is een beknopte weergave van een achttal netwerkgerichte middelen die ingezet kunnen worden door de hulpverlener in de samenwerking met naasten van cliënten met psychosegevoeligheid. Daarnaast bevat dit product een hoofdstuk met een deel van het hulpverlenersaanbod van onze opdrachtgever Ypsilon.

Bij elk middel zijn een beschrijving en het doel van het middel, de bijbehorende behoeften van de naasten in de samenwerking met de hulpverlener en een link met extra informatie weergegeven. Tijdens ons afstudeerproject hebben we de behoeften van naasten verzameld door middel van interviews en een literatuuronderzoek. De voetnoten verwijzen naar bronnen in de bronvermelding.

INHOUDSOPGAVE

- 1. TRIADEKAART**
- 2. SIGNALERINGSPLAN**
- 3. CRISISKAART**
- 4. ZORGAFSTEMMINGSGESPREEK**
- 5. MAT-TRAINING**
- 6. QUICKSCAN GGZ**
- 7. GENERIEKE MODULE SAMENWERKING EN
ONDERSTEUNING NAASTEN VAN MENSEN
MET PSYCHISCHE PROBLEMATIEK**
- 8. FAMILIEBELEID**
- 9. AANBOD YPSILON**
- 10. BRONVERMELDING**

1 TRIADEKAART

Beschrijving

Een uitgebreide lijst van taken die tijdens een triadegesprek besproken en verdeeld kunnen worden tussen cliënt, hulpverlener en naasten¹.

Doel

Formele vastlegging van taak- en rolverdeling, wat duidelijkheid geeft over o.a. de verwachtingen voor alle partijen in de triade².

Behoeften van naasten

Betrokkenheid², duidelijkheid² over o.a. verwachtingen, gehoord worden⁹, een goede taakverdeling, zorg op maat

Informatie

www.triadekaart.nl

2 SIGNALERINGSPLAN

Beschrijving

Een plan waarin de persoonlijke signalen van een psychose staan beschreven en wat de cliënt en de naasten het beste kunnen doen tijdens de aanloop naar een nieuwe psychose aan de hand van een viertal fasen van het ziektebeloop³.

Doel

Het in kaart brengen van signalen en het maken van een taakverdeling om vroegtijdig te kunnen reageren op een mogelijke psychose en voor het voorkomen van een nieuwe psychose⁴.

Behoeften van naasten

Informatie⁵, psycho-educatie, duidelijkheid², betrokkenheid², een goede taakverdeling, zorg op maat, signaleren

Informatie

www.helpikhebeenpsychose.nl/behandeling/soorten-behandeling/signaleringsplan

3 CRISISKAART

Beschrijving

Een persoonlijk, opvouwbaar kaartje dat aangeeft wat de wensen van de cliënt zijn tijdens een crisis met betrekking tot afspraken, acties, contactgegevens etc.⁶

Doel

Informatie over de wensen van de cliënt duidelijk hebben en houvast bieden voor de cliënt en de naasten tijdens een crisis⁶.

Behoeften van naasten

Betrokkenheid², zorg op maat, informatie⁵, duidelijkheid²

Informatie

www.crisiskaart.nl

4 ZORGAFSTEMMINGSGESPREEK

Beschrijving

Het ZorgAfstemmingsGesprek is een gespreksvorm waarin de behandelvraag, de wensen en de doelen van de cliënt en/of de hulpverleners duidelijk worden en met elkaar afgestemd worden⁷.

Doel

Afstemming en samenwerking tussen cliënt, naasten en hulpverleners ten behoeve van optimale aansluiting van de zorg. Het kwalitatief bevorderen van het verloop van de opname met als streven het verkorten van de opnameduur⁷.

Behoeften van naasten

Blijvende informatieverstrekking⁸, inzicht in problematiek, betrokkenheid², gehoord worden⁹, duidelijkheid² over o.a. verwachtingen, een goede taakverdeling, zorg op maat, aandacht (voor de thuissituatie)

Informatie

www.ypsilon.org/download/?id=19272436

5 MAT-TRAINING

Beschrijving

Een training waarin naasten leren het praktische, toepasbaar model De Mat te gebruiken om effectiever om te gaan met de dagelijkse interacties met cliënten. De Mat helpt inzicht te geven in gedragingen en hoe de naasten daar het beste op kunnen handelen¹⁰.

Doel

Het versterken van naasten, zodat er een veilige en effectieve samenwerking opgebouwd kan worden tussen hulpverlener, naasten en cliënt¹⁰.

Behoeften van naasten

Ondersteuning¹¹, psycho-educatie, zelfstandigheid

Informatie

www.demat.nl

6 QUICKSCAN GGZ

Beschrijving

Een online instrument waarin de hulpverleners en/of de naasten antwoord geven op stellingen, die verdeeld zijn onder thema's over de dagelijkse praktijk op de afdeling en het (familie)beleid van de instelling. De hulpverlener en de naasten geven per stelling aan hoeveel verbetering er nodig is¹².

Doel

Duidelijkheid over wat goed gaat en wat beter kan in de samenwerking met de naasten in een organisatie of op een afdeling¹². Daarbij worden concrete handvatten aangereikt ter verbetering van de samenwerking met en ondersteuning van naasten.

Behoeften van naasten

Gehoord worden⁹, openheid, duidelijkheid², betrokkenheid²

Informatie

www.quickscanggz.nl/

7 GENERIEKE MODULE SAMENWERKING EN ONDERSTEUNING NAASTEN VAN MENSEN MET PSYCHISCHE PROBLEMATIEK

Beschrijving

De Generieke module is een kwaliteitsstandaard waarin de samenwerking met en ondersteuning van naasten van cliënten met psychische problematiek is verankerd. Alle GGZ-instellingen hebben zich hieraan te houden. In de module worden richtlijnen en aanbevelingen gegeven¹⁴.

Doel

Toename en verbetering van de samenwerking in de triade cliënt, naasten en professional. De verbetering van de samenwerking in de triade draagt bij aan het herstel van de cliënt¹¹.

Behoeften van naasten

Ondersteuning¹¹, betrokkenheid², gehoord worden⁹, duidelijkheid², contact vanuit de hulpverlener

Informatie

www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl/wp-content/uploads/2016/12/20161222-GM-Naasten.pdf
Samenvattingskaart Generieke module:
www.ypsilon.org/download/?id=19420468

8 FAMILIEBELEID

Beschrijving

In het familiebeleid van een organisatie worden richtlijnen gegeven over het betrekken van naasten. Een goed familiebeleid bestaat uit: familievertrouwenspersoon, familieraad, klachtenregeling en familiebeleid op papier¹³.

Doel

Richtlijnen voor de hulpverlener over het betrekken en ondersteunen van naasten en over informatiedeling. De hulpverlener krijgt concrete handvatten die bijdragen aan de verbetering van de samenwerking met naasten¹³.

Behoeften van naasten

Ondersteuning¹¹, betrokkenheid², informatie⁵, gehoord worden⁹, duidelijkheid², contact vanuit de hulpverlener

Informatie

<http://www.platformggz.nl/lpggz/download/common/handleiding-familiebeleid-ggz-interactief.pdf>
www.platformggz.nl/lpggz/download/familiebeleid/criteria-familiebeleid-definitief.24-oktober-2011.pdf

Zie ook het familiebeleid van uw eigen organisatie

9 AANBOD YPSILON

Een deel van het hulpverlenersaanbod van Ypsilon

Rapporten en documenten over familiebeleid

www.ypsilon.org/familiebeleid

Brochures

Informatie over privacy en autonomie voor familieleden en naastbetrokkenen:

www.ypsilon.org/download/?id=19309561&download=1

Psychosegevoelig en verslaafd?:

www.ypsilon.org/dubbele_diagnose

VIP-zorg:

www.ypsilon.org/vroeg-ingrijpen

Lotgenotencontact

www.ypsilon.org/lotgenotencontact

Adviesdienst

www.ypsilon.org/advies

Workshops

www.ypsilon.org/academie

BRONVERMELDING

¹ Ypsilon. (2015, juni). De triadekaart - een overzicht. Geraadpleegd op 15 februari 2018, van www.triadekaart.nl

² Van Erp, N., Place, C., & Michon, H. (2009). *Familie in de langdurige GGZ Deel 1: interventies*. Geraadpleegd van <http://www.platformggz.nl/lpggz/download/externpersberichten-rapporten-brochures-ea/rapport-trimbo-s-familie-in-de-langdurige-ggz-deel1-interventies.pdf>

³ Dimence. (z.d.). Signaleringsplan. Geraadpleegd op 24 mei 2018, van <https://www.dimence.nl/behandelingen/signaleringsplan>

⁴ Parnassia Groep. (2014). Signaleringsplan. Geraadpleegd op 14 mei 2018, van <https://www.helpikhebeenpsychose.nl/behandeling/soorten-behandeling/signaleringsplan>

⁵ Drapalski, A. L., Marshall, D., Seybolt, D., Medoff, D., Peer, J., Leith, J., & Dixon, L. B. (2008). Unmet Needs of Families of Adults With Mental Illness and Preferences Regarding Family Services. *Psychiatric Services*, 59(6), 655-662. Geraadpleegd van

<https://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/ps.2008.59.6.655>

⁶ Crisiskaart. (z.d.). Wat is de crisiskaart? Geraadpleegd op 15 februari 2018, van <https://www.crisiskaart.nl/de-crisiskaart-jouw-eigen-stem-tijdens-een-crisis/wat-is-de-crisiskaart/>

⁷ Jacobs, R., Lamers, D., Peeters, P., & Westen, K. (2017). *Het ZorgAfstemmingsGesprek*. Geraadpleegd van <https://www.ypsilon.org/download/?id=19272436>

⁸ Van der Pijl, M. (2014, oktober). *Investeren in de familie is investeren in de cliënt*. Geraadpleegd van <http://www.familiebegeleidingindepsychiatrie.nl/wp-content/uploads/2014/09/artikel-Maartje-van-der-Pijl-in-sociale-psychiatrie-nov-2014.pdf>

⁹ LPGGZ. (2011, 1 maart). *Startdocument Indicatorset Familiebeleid in de GGZ*. Geraadpleegd van <https://www.ypsilon.org/download/?id=7796392>

¹⁰ Pro Persona. (2015, november). Training interactievaardigheden De Mat. Geraadpleegd op 16 maart 2018, van <https://www.propersona.nl/files/folders/112/ZP-A4->

infoblad-internet-EPA-002-Mantelzorg-Training-interactievaardigheden-De-Mat-voor-familie-en-andere-mantelzorgers.pdf?nd=1521200648

¹¹ Kwaliteitsontwikkeling GGZ. (2016). *Generieke Module Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek*. Geraadpleegd van <http://www.kwaliteitsontwikkelingggz.nl/wp-content/uploads/2016/12/20161222-GM-Naasten.pdf>

¹² Ypsilon. (z.d.). Quicksan GGZ Werken met families. Geraadpleegd op 16 maart 2018, van <https://www.ypsilon.org/quicksanggz>

¹³ Van Maurik, R., Stoffelsma, N., Rikhof, M., & De Haas, C. (2016). *Handleiding Familiebeleid GGZ*. Geraadpleegd van <http://www.platformggz.nl/lpggz/download/common/handleiding-familiebeleid-ggz-interactief.pdf>

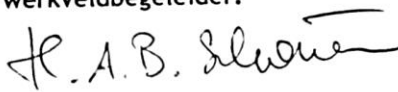
¹⁴ Ypsilon. (z.d.). Rol van familie. Geraadpleegd op 22 mei 2018, van <https://www.ypsilon.org/familiebeleid>

Bijlage 9 Eindpresentatie

Prezi-presentatie

<https://prezi.com/view/G7ScEdCv8aK0CwWv9YSC/>

Beoordelingsformulier en feedback van opdrachtgever

Beoordeling door opdrachtgever Toets SW-8-INNOV-17 Presentatie Project Innoveren en ondernemen Jaar 4 17-18		Student 1: Sophia v.d. Kuvel Studentnr: 141007	Student 2: Glara v. Ouwertveld Studentnr: 140995
Titel Presentatie/Project: Samenwerken met netwerkgerichte middelen		Datum presentatie/beoordeling: 28-5-2018	
Naam opdrachtgever/instelling/organisatie: Ypsilon		Kans: 1	
Naam opdrachtgever/werkveldbegeleider: Heleen Schönaau E-mailadres: h.schoanaau@ypsilon.org Telefoonnummer: 088-0002120 Handtekening opdrachtgever/werkveldbegeleider: 		Beoordeling: Student 1: OV (G) Student 2: OV (G) = Voldoende (V), mits A. op alle aangegeven criteria minimaal 3 punten is gescoord. NB: de punten van deze beoordeling van de presentatie per student worden door de beoordelaars van het verslag overgenomen op het beoordelingsformulier van de Toets SW-8-INNOV-17 Verslag, mits is voldaan aan de voorwaarden voor beoordeling (zie volgende rij deze tabel)	
Voldaan aan voorwaarden voor overnemen van beoordeling door opdrachtgever: Naast deze beoordeling is de powerpoint, prezie, een link met een filmpje van de presentatie of een beschrijving/draaiboek van de presentatie door de studenten opgenomen als bijlage in hun eindverslag van het Project Innoveren en Ondernemen.		Akkoord/niet akkoord* *Indien niet akkoord wordt niet overgegaan tot het overnemen van deze beoordeling en zijn criteria 14, 15 en 16 op het beoordelingsformulier van het verslag Toets SW-8-INNOV-17 ongeacht bovengegeven beoordeling onvoldoende.	
Beoordelingscriteria	Onvoldoende	Voldoende	Goed
9.2.3. De sociaal werker presenteert resultaten uit eigen praktijkonderzoek aan professionals.			
14. Resultaten en aanbevelingen van het onderzoek zijn in relatie tot het eindproduct aan professionals gepresenteerd.	Er is geen presentatie gegeven aan professionals. In de presentatie zijn de resultaten en aanbevelingen van het onderzoek niet of onvolledig aan de orde geweest en/of niet verbonden aan het eindproduct. 0	Er is een presentatie gegeven aan professionals, waarbij de belangrijkste resultaten en aanbevelingen van het onderzoek in relatie tot het eindproduct naar voren zijn gebracht. 3	Als voldoende. De resultaten van het eigen praktijkonderzoek zijn helder en kritisch verwoord en zijn passend ter onderbouwing van de presentatie van het ontwikkelde eindproduct. 5

Aantal punten 0, 3 of 5 volgens rubric voor student 1:	Feedback/ toelichting: Presentatie was goed voorbereid en zag er zeer verzorgd uit. ++ Aan begin presentatie werd inhoud geschetst		
Aantal punten 0, 3 of 5 volgens rubric voor student 2:	Feedback/ toelichting: idem		
15. De uitvoering van de presentatie is passend bij de inhoud van het onderzoek en het eindproduct en het beoogde publiek.	De uitvoering van de presentatie is niet passend bij het eindproduct en/of beoogde publiek. 0	De uitvoering van de presentatie past door de vormgeving bij de inhoud van het onderzoek en het eindproduct en sluit aan bij het beoogde publiek. 3	Als voldoende. De presentatie gaat gepaard met interactie met het publiek waarbij professionele afstemming of dialoog ten aanzien van het eindproduct wordt gezocht. 5
Aantal punten 0, 3 of 5 volgens rubric voor student 1:	Feedback/ toelichting: Vragen om herkenning / feedback, waardoor het een inhoudelijke gesprek werd en niet alleen een eenzijdige presentatie		
Aantal punten 0, 3 of 5 volgens rubric voor student 2:	Feedback/ toelichting: idem		
6.2.3. De sociaal werker levert een actieve bijdrage aan de kwaliteit en ontwikkeling van de organisatie.			

16. In de presentatie van het eindproduct is geëxpliciteerd wat de toegevoegde waarde is van het project aan de kwaliteit en ontwikkeling van de organisatie.	Tijdens de presentatie aan professionals is geen verantwoording van de toegevoegde waarde van het project aan de kwaliteit en ontwikkeling van de opdrachtgevende organisatie gegeven. Of de gegeven verantwoording is niet realistisch, omdat deze onvoldoende aansluit op de organisatie. 0	Er is in de presentatie een realistische, kritische verantwoording gegeven van wat de toegevoegde waarde is van het project aan de kwaliteit en ontwikkeling van de organisatie. 3	Als voldoende. En er zijn passende aanbevelingen gepresenteerd voor vervolgonderzoek om de uitkomsten/ opbrengsten van het project verder te ontwikkelen en/of implementeren. 5
Aantal punten 0, 3 of 5 volgens rubric voor student 1:	Feedback/ toelichting: Bepalingen onderzoek goed benoemd. Maken steeds goed duidelijk waarom ze bepaalde keuzes gemaakt hebben in het onderzoek.		
Aantal punten 0, 3 of 5 volgens rubric voor student 2:	Feedback/ toelichting: idem		
Aantal punten student 1: 15			
Aantal punten student 2: 15			
Eventueel algemene toelichting beoordeling/aanvullende opmerkingen:			
Een prima presentatie! Beide studenten vullen elkaar goed aan - Gaven (praktijk) voorbeelden om zaken uit het onderzoek te illustreren. Realistisch over mogelijkheden in de praktijk.			

Beschrijving van de presentatie

Maandag 28 mei 2018 hebben we onze eindpresentatie gehouden bij Ypsilon in Den Haag. Dit hebben we gepresenteerd voor onze afstudeerbegeleiders en drie andere collega's, waaronder de directeur van Ypsilon.

Voor de presentatie hebben we aangegeven dat we graag interactief de presentatie wilden houden. Daardoor mochten ze inbreken als daar behoefte aan was. We waren verrast door de vele reactie die we daarop kregen. Ook hebben we de aanwezigen gevraagd naar hun meningen over onze conclusie en ons eindproduct. Ze herkenden zich in de aspecten van de conclusie, maar daarnaast hoorden ze ook nieuwe informatie. Een voorbeeld hiervan is de caseload van de hulpverlener. De aanwezigen waren verrast over de grote rol die deze speelt in het inzetten van de netwerkgerichte middelen. Verder waren ze positief over ons eindproduct, maar hebben we weinig concrete feedback daarover teruggekregen.

We merkten beiden bij onszelf een enthousiasme tijdens het vertellen over ons onderzoek. Achteraf kregen we van de groep terug dat we ons goed in het onderwerp verdiept hadden. Dit herkenden we, wat onze enthousiasme wekte. Het was fijn om na vier maanden onderzoek onze opbrengsten met Ypsilon te mogen delen. Verder kregen we terug dat ze onze presentatie duidelijk, overzichtelijk en '*clean*' vonden. De aanwezigen gaven terug dat het onderzoek ons zeker bij zal blijven in de toekomst. Hier zijn we allebei van overtuigd.

Bijlage 10 Stakeholderanalyse

Deze stakeholderanalyse geven we vorm door eerst aan te geven welke stakeholders betrokken zijn bij ons onderzoek. Voor elke stakeholder zullen we de toevoegde waarde van de stakeholder en zijn belang bij ons onderzoek benoemen. Daarnaast geven we weer op welke wijze de stakeholder betrokken is geweest bij ons onderzoek. Dit zullen we vormgeven door middel van het instrument Ringen van invloed (De Jong, 2017).

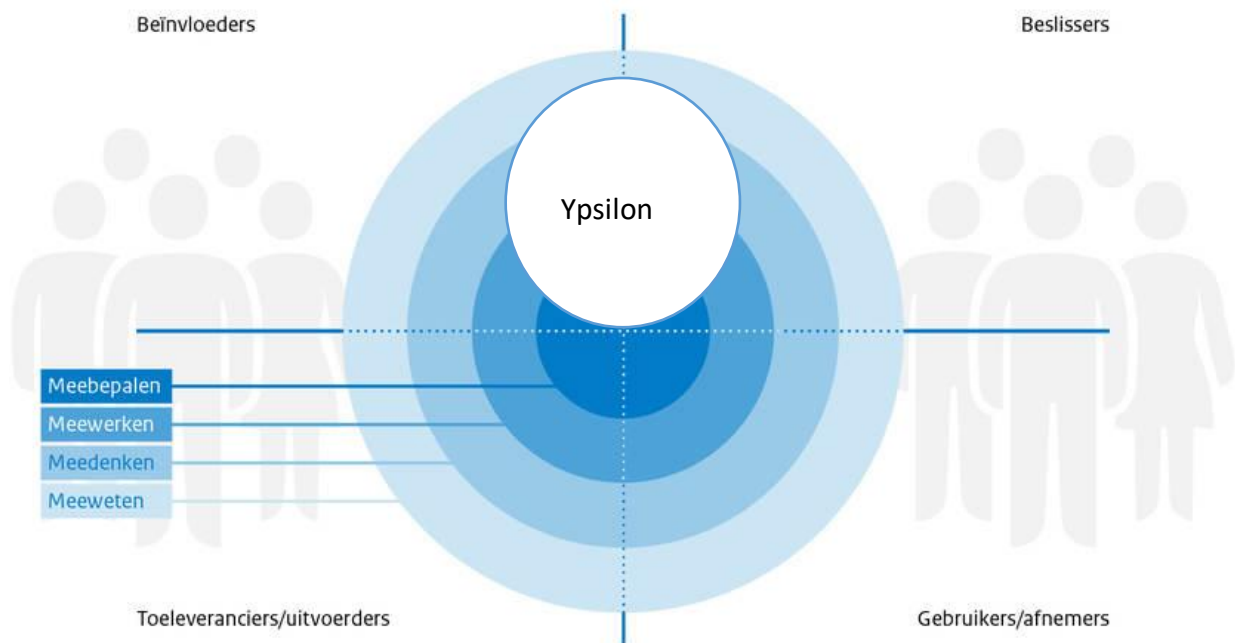
We hebben bij de analyse gekozen uit drie instrumenten. Dit instrument sloot het beste aan, omdat het concreet weergeeft welke invloed en positie elke stakeholder heeft bij ons onderzoek (Rijksoverheid, z.d.). Dit in tegenstelling tot de Belangenmatrix en de Krachtenanalyse, die alleen de belangen van de stakeholders naast elkaar leggen en inzicht geven in de mate van overeenstemming en vertrouwen tussen partijen in het onderzoek.

Ypsilon

Ypsilon is onze opdrachtgever. De toegevoegde waarde van Ypsilon is dat ze ons begeleidt gedurende ons onderzoek. In deze begeleiding bepaalt ze mee en heeft ze invloed op de activiteiten die we hebben uitgevoerd. Daarnaast verstrekt ze ons informatie en feedback. Verder heeft Ypsilon toegang tot haar leden, de naasten. Dit maakt het voor ons makkelijker om respondenten te verzamelen. Tot slot heeft Ypsilon een beslissende functie. Ze geeft een beoordeling voor onze presentatie en moet onze resultaten goedkeuren.

Het onderzoek is voor Ypsilon van belang, omdat ons onderzoek als doel heeft om antwoord te geven op de hoofdvraag die we samen met Ypsilon hebben opgesteld. Ten tweede sluit de doelgroep van Ypsilon aan bij ons onderzoek. We richten hierin op de naasten en kijken naar de samenwerking tussen de naasten en de hulpverlener.

We hebben Ypsilon betrokken doordat we regelmatig contact hebben gehad met onze afstudeerbegeleiders. Dit hebben we gedaan door hun telefonisch of via de e-mail op de hoogte gehouden van belangrijke activiteiten en spraken met hen af om bijvoorbeeld feedback uit te wisselen. We hebben onze onderzoeksperiode bij Ypsilon afgerond door een eindpresentatie voor een deel van de medewerkers te geven en ons eindproduct aan hen te overhandigen.



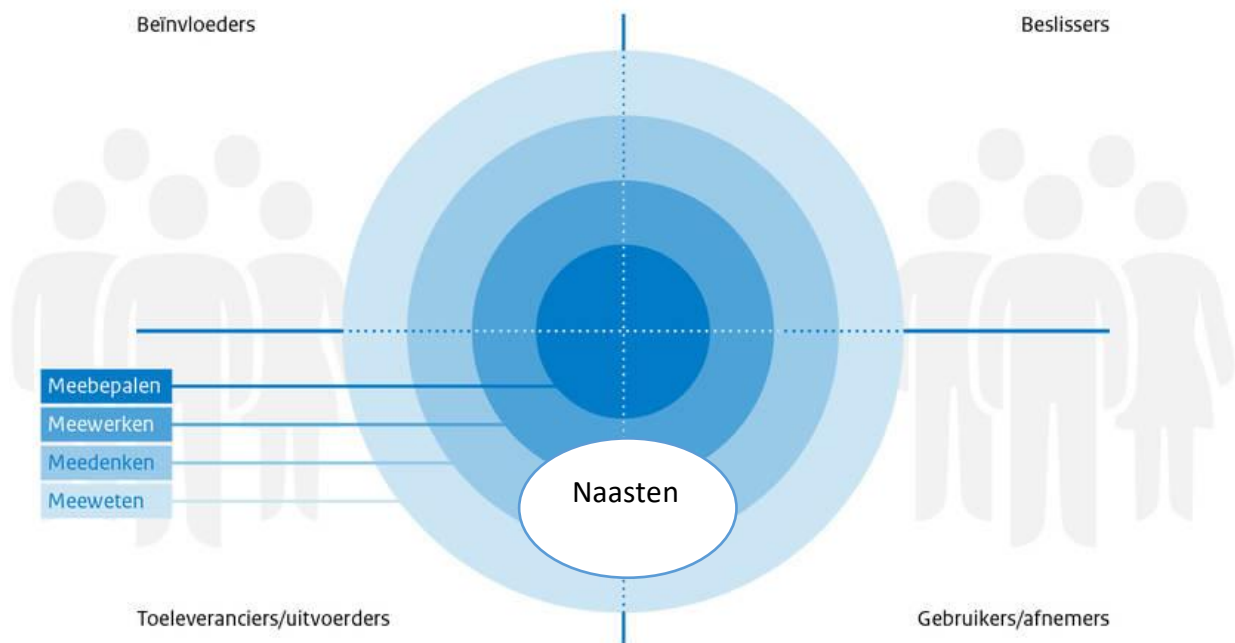
Figuur 1 Ringen van invloed, Ypsilon (Rijksoverheid, z.d.).

Naasten

De naasten zijn tevens stakeholder. Onder deze naasten vallen de naasten die lid zijn van Ypsilon en een medewerker van de familieraad van Pro Persona. De toegevoegde waarde van de naasten is dat ze ons inzicht geven in hun perspectief en hun behoeften in de samenwerking met de hulpverlener. Voor ons onderzoek zijn de naasten dus vooral leveranciers van informatie. Ze werken mee met ons onderzoek, maar hebben geen beslissende positie. Ze hebben wel invloed op ons onderzoek. We nemen hun gegeven informatie mee in het analyseren van onze resultaten en maken een conclusie en aanbevelingen mede aan de hand van die informatie.

Ons onderzoek is van belang voor de naasten, omdat we hun ervaringen meenemen in de interviews met de hulpverleners van Pro Persona. De hulpverleners krijgen zo meer inzicht in het perspectief van de naasten en kunnen dit toepassen in de praktijk. Daarnaast geven we aan het eind van ons onderzoek een conclusie en aanbevelingen aan Ypsilon en de hulpverleners. Deze conclusie en de aanbevelingen zijn gericht op het stimuleren van het inzetten van netwerkgerichte middelen en het aangaan van een samenwerking met de naasten. De samenwerking met de naasten kan hierdoor verbeterd worden.

We hebben de naasten bij ons onderzoek betrokken door een enquête en interviews met hen af te nemen. Daarnaast hebben we een groepsgesprek geleid, waarin we met de naasten van Ypsilon in gesprek zijn gegaan over aspecten van ons onderzoek. We hebben de naasten op de hoogte houden door de uitgewerkte interviews naar hen te mailen en hen daar feedback op te laten geven. Daarnaast gaan we nogmaals de gespreksgroep in Ede bijwonen, zodat we de aanwezigen onze resultaten kunnen laten zien.



Figuur 2 Ringen van invloed, naasten (Rijksoverheid, z.d).

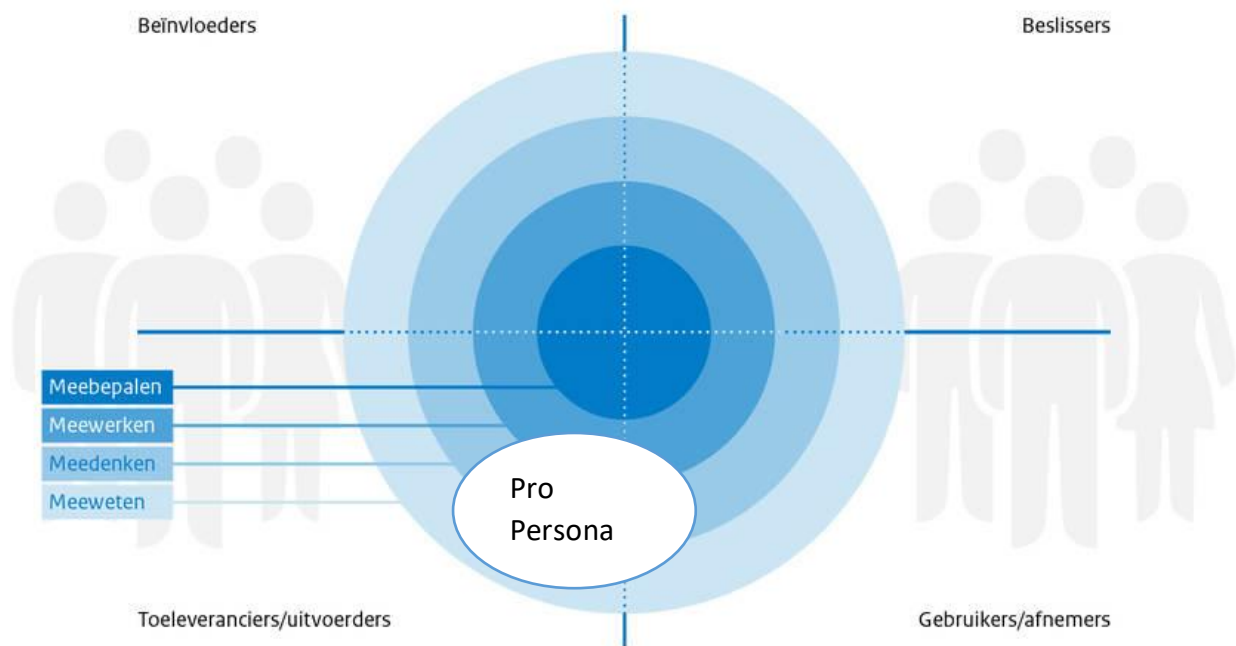
Pro Persona

De derde stakeholder van ons onderzoek is Pro Persona. De toegevoegde waarde van Pro Persona voor ons onderzoek is dat de organisatie een meewerkende rol heeft gehad en leverancier was voor

respondenten. We hebben interviews afgenomen bij hulpverleners van de FACT- en VIP-teams van Ede en Veenendaal en bij een medewerker van het familiebeleid in Wolfheze.

Het belang van ons onderzoek voor Pro Persona is dat we de organisatie inzicht geven in wat naasten belangrijk vinden in de samenwerking met de hulpverlener en in hoeverre ze werkelijk betrokken worden bij het hulpverleningstraject van de cliënt. Daarnaast geven we Pro Persona inzicht in de mate van inzet van netwerkgerichte middelen. Dit kan Pro Persona helpen om te kijken wat er beter kan in de samenwerking met de naasten binnen de eigen teams en binnen de organisatie.

Pro Persona heeft vooral een meewerkende rol gehad binnen ons onderzoek. We hebben ze daarom niet inhoudelijk op de hoogte houden. Wel hebben we contact met hen gehad omtrent afspraken binnen het onderzoek. Voorbeelden hiervan zijn het regelen van de interviews, feedback op en implementatie van het eindproduct en het publiceren van ons onderzoeksverslag.



Figuur 3 Ringen van invloed, Pro Persona (Rijksoverheid, z.d).

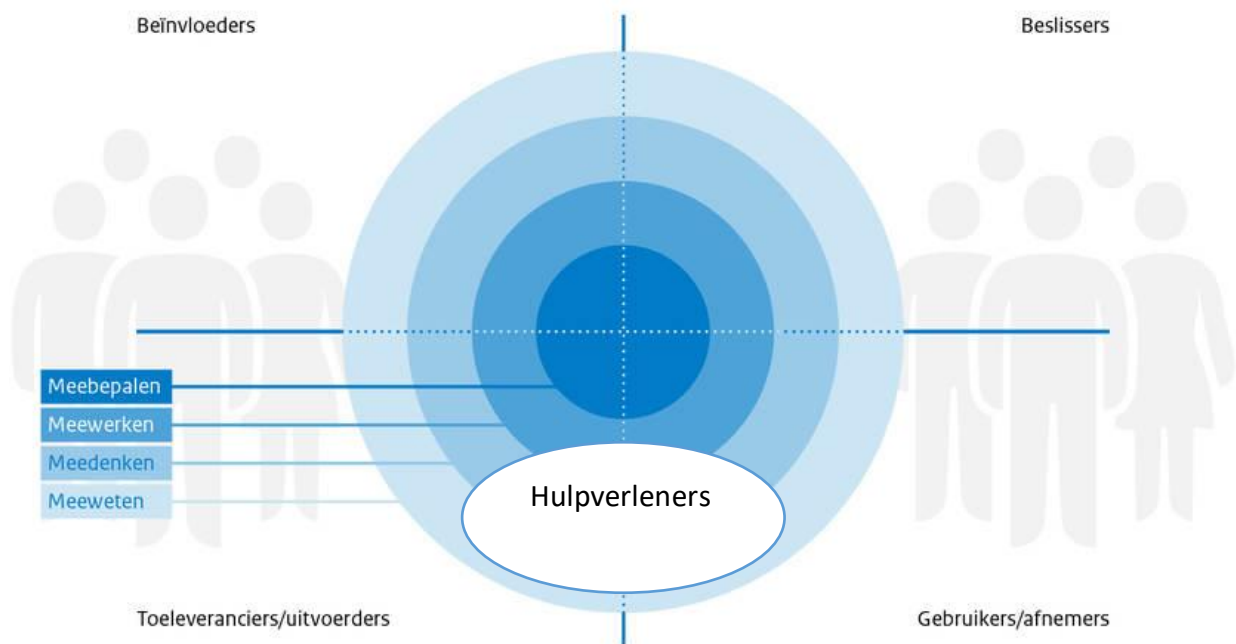
Hulpverleners

De laatste stakeholder is de hulpverleners van Pro Persona. De toegevoegde waarde van deze hulpverleners is dat we mede door hen antwoorden konden verzamelen op onze deelvragen. Ze hebben dus een meewerkende functie gehad en waren leveranciers van informatie. We kregen informatie over hoe naasten betrokken worden bij het hulpverleningstraject van de cliënt en hoe netwerkgerichte middelen ingezet worden bij Pro Persona.

Het belang van ons onderzoek voor de hulpverlener is dat we met ons onderzoek deze vragen in beeld brengen en dat ze deze kennis en nieuwe inzichten kunnen gaan toepassen in de praktijk.

Hulpverleners kunnen de samenwerking met naasten en de inzet van netwerkgerichte middelen verbeteren. Door ervaringen van andere hulpverleners wordt hun eigen referentiekader verbreed en krijgen ze concreet toepasbare informatie die zowel gericht is op hun organisatie als op hun eigen werkwijze.

We hebben de hulpverleners van Pro Persona bij ons onderzoek betrokken door interviews af te nemen bij de hulpverleners. Naast de FACT- en VIP-teams hebben we dit ook gedaan bij de aandachtsfunctionaris van het familiebeleid van Pro Persona. Net zoals bij de naasten hebben de we de hulpverleners de uitgewerkte interviews toegestuurd en gevraagd om terugkoppeling. We willen ons onderzoek en het eindproduct implementeren bij Pro Persona, waardoor zowel de hulpverleners als de naasten betrokken blijven.



Figuur 4 Ringen van invloed, hulpverleners (Rijksoverheid, z.d.).

Bijeenkomsten

Tijdens ons onderzoek hebben we verschillende bijeenkomsten gehad met enkele stakeholders. Ten eerste hebben we als veldoriëntatie een lezing bijgewoond van Henk-Willem Klaasen. Deze lezing ging over de samenwerking in de triade. Bij deze bijeenkomst waren leden van Ypsilon en hulpverleners van verschillende GGZ-instellingen aanwezig. Gezamenlijk zijn we in gesprek gegaan over het onderwerp van de lezing. De opbrengst van deze bijeenkomst was dat we beiden inzicht kregen in het beeld wat naasten en hulpverleners hadden van het werken binnen de triade. Dit was met name relevant voor deelvragen 2 en 3.

In deze bijeenkomst hebben we de stakeholders betrokken door uitleg te geven over ons onderzoek en aan te geven dat we de resultaten van het onderzoek, bijvoorbeeld via de website van Ypsilon, bekend zullen maken.

Ten tweede zijn we constant in gesprek geweest met Ypsilon. Een voorbeeld hiervan is dat we aan het werk waren op de hoofdlocatie van Ypsilon in Den Haag en daar in gesprek zijn geweest met de directeur en medewerkers van Ypsilon. Deze bijeenkomst was aan het begin van ons onderzoek. De bijeenkomst was verrijkend, omdat we meer inzicht kregen in het praktijkprobleem van ons onderzoek.

Bijlage 11 Interviewleidraad naasten, vrijwilligers en familieraad

Interviewleidraad naasten, vrijwilligers en familieraad

Het beschrijven deze interviewleidraad hebben we gedaan aan de hand van de stappen die gegeven worden in het boek *Praktijkonderzoek in zorg en welzijn* (Van der Donk & Van Lanen, 2017). De gegevens van de respondenten hebben we wegens anonimiteit niet in het bronnenboek vermeld.

Doel

We zullen interviews afnemen bij zeven naasten van cliënten met psychosegevoeligheid. De naasten zijn lid van Ypsilon. Vier van deze geïnterviewde leden zijn daarnaast ook vrijwilliger binnen Ypsilon. Elk van de vier vrijwilligers heeft een specifieke rol binnen de vereniging, namelijk: gespreksleider van het lotgenotencontact, contactpersoon van afdeling Ede, lid van de WMO-raad in Wageningen en werknemer bij de online adviesdienst van Ypsilon.

Verder zullen we ook een interview afnemen bij de familieraad in Wolfheze. Deze raad behartigt de collectieve belangen van de familieleden en de naasten (Pro Persona, 2017). Doordat een familieraad veel kan betekenen voor naasten en familieleden denken we dat ze een aanvulling zijn op ons onderzoek.

Door het gesprek aan te gaan met de naasten en de familieraad krijgen we inzicht in de behoeften en ervaringen van de naasten in de samenwerking met de hulpverlener. Verder zullen de verschillende perspectieven van de vrijwilligers en de familieraad ons meer informatie verschaffen.

Met deze interviews willen we inzicht krijgen in twee deelvragen. Ten eerste willen we inzicht krijgen in de behoeften van de naasten in de samenwerking met de hulpverlener(s). Daarnaast willen we inzicht krijgen in de mate van betrokkenheid van de naaste bij het hulpverleningstraject van de cliënt met psychosegevoeligheid.

Opbouw

De interviews die we zullen houden, zijn semigestructureerde interviews. We stellen van tevoren vragen op die tijdens het interview worden behandeld. De opgestelde vragen hebben een nauwelijks gestructureerde basis. We willen de naasten zo veel mogelijk de ruimte kunnen geven om hun verhaal te kunnen doen, waarin we de opgestelde vragen als leidraad gebruiken (Donk & Van Lanen, 2017).

In het interview gaan we als eerste in gesprek over de persoonlijke ervaring van de naaste. In de gesprekken met de vrijwilligers bespreken we als tweede onderdeel hun rol als vrijwilliger. Bij deze twee perspectieven maken we gebruik van de omgekeerde trechterstructuur. We starten met het stellen van specifiekere vragen, deze maken we naar verloop van tijd algemener door met de vrijwilligers daarna hun rol als vrijwilliger te bespreken (Van der Donk & Van Lanen, 2017). Wat betreft de familieraad zullen we ons alleen focussen op de professionele ervaring.

Inhoud

Het interview delen we in drie delen: de inleiding, de kern en het slot (Van der Donk & Van Lanen, 2017). Aan de hand van deze drie delen zullen we ons interview houden. Hieronder zullen we deze delen opdelen in verschillende stappen die we zullen doorlopen in ons interview.

Inleiding: 15 minuten

1. Kennismaking
Wie zijn we en wie is de vrijwilliger? Wil de vrijwilliger wat vertellen over zijn rol als naaste?
2. Uitleggen van ons onderzoek
3. Uitleggen van het doel van het interview
4. Op welke wijze doen we het interview en hoelang zal het interview duren
5. Afspraken over verwerken data
Toestemming vragen om het interview op te mogen nemen. Daarnaast aangeven dat we het uitgewerkte interview naar de naaste zullen sturen, zodat de naaste deze kan controleren op echtheid.
6. Wat gaan we met de data doen?
7. Ruimte voor vragen

Kern: 30 minuten

Vragen voor de naasten en vrijwilligers:

Persoonlijke ervaring in de samenwerking

Deelvraag 1 Wat zijn de behoeften van de naasten in de samenwerking met de hulpverleners?

8. Wat verwacht je van een hulpverlener in de samenwerking?
9. Hoe wil je betrokken worden bij het hulpverleningstraject van de persoon met psychosegevoeligheid?

Deelvraag 2 *In hoeverre worden de naasten betrokken bij een hulpverleningstraject?*

10. Hoe wordt je betrokken bij het hulpverleningstraject van de persoon met psychosegevoeligheid?

Bij de vrijwilligers:

Ervaring vanuit zijn rol als vrijwilliger

Deelvraag 1 Wat zijn de behoeften van de naasten in de samenwerking met de hulpverleners?

11. Welke behoeften zie je bij de naasten van cliënten met psychosegevoeligheid?
12. Hoe geven naasten terug dat ze betrokken willen worden bij het hulpverleningstraject van de persoon met psychosegevoeligheid?

Deelvraag 2 *In hoeverre worden de naasten betrokken bij een hulpverleningstraject?*

13. Hoe worden de naasten betrokken bij het hulpverleningstraject van de persoon met psychosegevoeligheid?

Vragen voor de familieraad:

Professionele ervaring in de samenwerking met naasten

Deelvraag 2 (in hoeverre ze betrokken worden)

1. Wat doet de familieraad?
2. Hoe worden de naasten betrokken bij het hulpverleningstraject van de persoon met psychosegevoeligheid?

Deelvraag 1 (behoeften)

3. Welke behoeften zie je bij de naasten van cliënten met psychosegevoeligheid?
4. Hoe geven naasten terug dat ze betrokken willen worden bij het hulpverleningstraject van de persoon met psychosegevoeligheid?

Deelvraag 3 (netwerkgerichte middelen)

5. Maken de hulpverleners gebruik van netwerkgerichte middelen?
6. Hoe zetten de hulpverleners netwerkgerichte middelen in?

Slot: 15 minuten

14. Aanvullende opmerkingen door de respondent

15. Hoe koppelen we de data terug?

16. Afsluiting

Hoe wordt het interview vastgelegd?

Het interview zullen we opnemen met onze telefoon na toestemming van de geïnterviewde. Doordat we het interview opnemen, kunnen we het zo gedetailleerd mogelijk verwerken. Hierin beperken we de mogelijkheid tot het verkeerd interpreteren van de interviews.

Afspraken over anonimiteit

De interviews zullen we anoniem verwerken in ons verslag. Met Ypsilon hebben we afgesproken dat we de leden van Ypsilon zullen anonimiseren. Dit zullen we mededelen aan de geïnterviewde voorafgaand aan het interview.

Terugkoppeling van resultaten

Om de validiteit zo hoog mogelijk te houden, zullen we aan de respondent vragen om ons verwerkte interview te controleren op echtheid. Indien nodig kunnen we het verwerkte interview aanpassen.

Bijlage 12 Interviewleidraad hulpverleners Pro Persona

Het beschrijven deze interviewleidraad hebben we gedaan aan de hand van de stappen die gegeven worden in het boek Praktijkonderzoek in zorg en welzijn (Van der Donk & Van Lanen, 2017).

Doel

We zullen interviews afnemen bij hulpverleners bij Pro Persona. Zeven hiervan zijn werkzaam in een FACT- of VIP-team. Eén van de geïnterviewden is de voorzitter van het familiebeleid en heeft daarom veel kennis over het familiebeleid.

Door het gesprek aan te gaan met deze hulpverleners krijgen we inzicht in hun ervaring met het werken met de naasten en in hun ervaring met het werken met netwerkgerichte middelen. Met deze interviews willen we inzicht krijgen in twee deelvragen. Ten eerste willen we inzicht krijgen in hoeverre naasten betrokken worden bij een hulpverleningstraject. Daarnaast willen we inzicht krijgen hoe de hulpverleners van Pro Persona de bestaande netwerkgerichte middelen van Ypsilon en Pro Persona inzetten om de samenwerking met naasten te verbeteren ten behoeve van de cliënt.

Opbouw

De interviews die we zullen houden, zijn gestructureerde interviews. We stellen van tevoren vragen op die tijdens het interview worden behandeld. De opgestelde vragen hebben een nauwelijks gestructureerde basis. We willen de hulpverleners de ruimte geven om hun verhaal te kunnen doen, waarin we de opgestelde vragen als leidraad gebruiken (Van der Donk & Van Lanen, 2017).

De deelvragen zullen we bespreken vanuit de eigen rol van de hulpverlener. Zo zullen we tijdens het interview met de hulpverlener die kennis heeft van het familiebeleid, ons meer focussen op haar visie op de samenwerking vanuit het familiebeleid. Bij de hulpverleners die werkzaam zijn binnen een FACT- of VIP-team zullen we ons meer op hun rol focussen.

In dit interview maken we gebruik van de trechterstructuur. We starten met het stellen van algemene vragen. Deze maken we naar verloop van ons interview steeds specifieker (Van der Donk & Van Lanen, 2017). We zullen beginnen met hun professionele ervaring en zullen dan overgaan op hun persoonlijke ervaringen. Het is mogelijk dat deze vragen door elkaar zullen lopen, net zoals bij de interviews met de naasten en de familieraad, daar is gewoon ruimte voor.

Inhoud

Inleiding: 5 minuten

1. Kennismaking
2. Uitleggen van ons onderzoek
3. Uitleggen van het doel van het interview
4. Op welke wijze doen we het interview en hoelang zal het interview duren
5. Afspraken over verwerken data
6. *Toestemming vragen om het interview op te mogen nemen. Daarnaast aangeven dat we het uitgewerkte interview naar de hulpverlener zullen sturen, zodat de hulpverlener deze kan controleren op echtheid.*
7. Wat gaan we met de data doen?
8. Ruimte voor vragen

Kern: 20 minuten

Vragen voor de hulpverleners van de FACT-teams/VIP-teams:

Professionele ervaring in de samenwerking met naasten

Deelvraag 1

9. Worden de naasten betrokken in het hulpverleningstraject van de cliënt?
10. Waarom wordt dit wel/niet gedaan?

Deelvraag 2

11. Welke netwerkgerichte middelen worden gebruikt bij Pro Persona (in hoeverre degene dit weet)
12. Worden netwerkgerichte middelen ingezet in je FACT-team/VIP-team?

Waarom wordt dit wel/niet gedaan?

Persoonlijke ervaring in de samenwerking

Deelvraag 1

13. Werk je zelf met naasten van cliënten met psychosegevoeligheid?
14. Hoe vind je dat deze samenwerking gaat?
15. Wat kan er anders in de samenwerking met de naaste?

Deelvraag 2

16. Werk je zelf met netwerkgerichte middelen?
17. Waarom doe je dit wel/niet?
18. Zou je dit anders willen?
19. Wat weet je over het familiebeleid van de organisatie?

Wat weet je over de Generieke Module *Samenwerking en ondersteuning naasten van mensen met psychische problematiek*?

Vragen voor de voorzitter van het familiebeleid:

Professionele ervaring in de samenwerking met naasten

Deelvraag 2

1. Wat houdt het familiebeleid in?
2. Welke netwerkgerichte middelen komen hierin voor?
3. Is het familiebeleid bekend bij de hulpverleners?
4. Zijn de netwerkgerichte middelen bekend bij de hulpverleners?
5. Hoe worden hulpverleners vanuit Pro Persona geïnformeerd over het familiebeleid en de netwerkgerichte middelen?
6. Hoe kan dit beter?

Deelvraag 1

7. Worden de naasten betrokken in het hulpverleningstraject van de cliënt?
8. Waarom wordt dit wel/niet gedaan?

Slot: 5 minuten

1. Aanvullende opmerkingen door de respondent
2. Hoe koppelen we de data terug?
3. Afsluiting

Hoe wordt het interview vastgelegd?

Het interview zullen we opnemen met onze telefoon, na toestemming van de geïnterviewde. Doordat we het interview opnemen, kunnen we het zo gedetailleerd mogelijk verwerken. Hierin beperken we de mogelijkheid tot het verkeerd interpreteren van de interviews.

Afspraken over anonimiteit

De interviews zullen we anoniem verwerken in ons verslag. Naast dat we met Ypsilon hebben afgesproken om de leden van Ypsilon te anonimiseren in onze interviews, hebben we besloten om dit zelfde te doen voor de gegevens van Pro Persona.

Terugkoppeling van resultaten

Om de validiteit zo hoog mogelijk te houden, zullen we aan de respondent vragen om ons verwerkte interview te controleren op echtheid. Indien nodig kunnen we het verwerkte interview aanpassen.

Bijlage 13 Groepsgesprek Ypsilon

Naam: 12 aanwezigen
Functie: Gespreksgroep Ypsilon
Datum: 3-4-2018
Tijdstip: 19:30-21:15
Plaats: Ede

Context

Dinsdag 3 april mochten we deelnemen aan de gespreksgroep van Ypsilon, regio Ede. Deze gespreksgroep is georganiseerd door Ypsilon en wordt geleid door een vrijwilliger van Ypsilon. De gespreksgroep is bedoeld voor leden van Ypsilon die hun verhaal kwijt willen aan andere naasten. Daarnaast kunnen de leden leren van de ervaring van de andere aanwezigen (Ypsilon, z.d.). Er is elke eerste dinsdag van de maand een bijeenkomst, wat afgewisseld wordt tussen gespreks- en themabijeenkomsten. Door de gespreksleider van regio Ede waren we uitgenodigd om een van deze themabijeenkomsten te leiden en daarin ons onderzoek centraal stellen.

De avond hebben we vormgegeven door eerst ons onderzoek uit te leggen en daarna aan de hand van drie opgestelde vragen met de naasten in gesprek te gaan. Deze vragen zijn als volgt:

1. Wat vind je belangrijk in de samenwerking met de hulpverlener?
2. Hoe kan de samenwerking beter tussen naasten en hulpverlener?
3. Wat kun je zelf doen om de samenwerking te verbeteren?

Voor het beantwoorden van deze vragen hebben we de naasten opgedeeld in kleine groepjes. Terwijl de naasten de vragen met elkaar bespraken, hadden zij de mogelijkheid om de antwoorden op drie grote vellen te schrijven. Op elk vel stond één vraag, waardoor wij overzichtelijk kregen welke antwoorden precies werden gegeven door de naasten. Na het bespreken in groepjes hebben we de vragen gezamenlijk nabesproken. Ter afsluiting van de avond hebben we een korte evaluatie gehouden om te kijken wat de naasten van de bijeenkomst vonden.

De naasten noemen in dit document degene met de psychosegevoeligheid 'de betrokkene'.

Analyse

Voor het analyseren van het groepsgesprek hebben we gebruik gemaakt van de analysemethode Thematisch coderen. Bij deze methode kijken we naar hoe de antwoorden en thema's zich tot elkaar verhouden (Van der Donk, C., & Van Lanen, B., 2017, p. 246). Als eerste stap hebben we de vergelijkbare antwoorden die geschreven waren op de vellen onder verschillende thema's verdeeld. Door de antwoorden van de leden te clusteren onder thema's en subthema's kunnen we deze beter analyseren voor ons onderzoek. De subthema's zijn gevormd door te kijken naar het onderwerp van het antwoord. Overkoepelend hebben we de antwoorden gebundeld onder thema's die centraal staan in ons onderzoek, bijvoorbeeld thema's zoals psycho-educatie en de houding van de hulpverlener. Bij elk antwoord hebben we aangegeven welke deelvragen bij dit antwoord passen en bij welke gestelde vraag (zie kopje "Onderwerp") het antwoord hoort. Zie onderstaande tabel voor de uitwerking hiervan en zie bijlage 1 voor de vellen met gegeven antwoorden.

Deel- vraag	Thema	Onderwerp	Subthema	Nummer
2	Houding van de hulpverlener	Belangrijk	Aandacht	9.1
2		Belangrijk	Aandacht voor thuisituatie Aandacht voor mantelzorger	9.2
2		Belangrijk	Inbedden	9.3
2,3		Belangrijk	Betrokkenheid	9.4
2,3		Verbetering	Betrokkenheid Luisteren	9.5
2		Belangrijk	Empathie	9.6
2		Verbetering	Tijd	9.7
2		Verbetering	Verplaatsen	9.8
2		Verbetering	Assertief zijn	9.9
2		Verbetering	Kennis opdoen Assertief zijn	9.10
2		Belangrijk	Holistische benadering	9.11
2		Belangrijk	Hele mens	9.12
2		Belangrijk	Hokjes denken	9.13
2		Verbetering	Stigmatisering	9.14
2,3		Belangrijk	Serieus nemen	9.15
2,3		Verbetering	Serieus nemen Gelijkwaardig	9.16
2		Belangrijk	Vertrouwen	9.17
2		Belangrijk	Vertrouwen	9.18
2		Belangrijk	Continuïteit	9.19
2	Werkwijze van de hulpverlener	Verbetering	Intermediair	9.20
2		Belangrijk	Afstemmen	9.21
2		Verbetering	Eerlijk Kennis	9.22
2		Belangrijk	Zorg op maat	9.23
2		Belangrijk	Praktische hulpverlening	9.24
2	Communicatie	Belangrijk	Contact vanuit de hulpverlening	9.25
2		Belangrijk	Contact zoeken hulpverleners	9.26
2		Belangrijk	Contact	9.27
2		Verbetering	Meer doen	9.28
3		Rol naaste	Regelmatig contact	9.29
3		Rol naaste	Eisen stellen - naasten	9.30
2,3		Belangrijk	Signaleren Communiceren	9.31
2		Belangrijk	Luisteren	9.32
2,3		Verbetering	Betrokkenheid Luisteren	9.33

2		Belangrijk	Afspraken nakomen Feedback	9.34
2		Rol naaste	Aanwezig zijn	9.35
2		Rol naaste	Bereikbaarheid	9.36
2		Rol naaste	Begrip	9.37
2		Belangrijk	Inzicht door naasten	9.37
2,3		Belangrijk	Informatie	9.38
2		Verbetering	Eerlijk Kennis	9.39
2		Verbetering	Verwijzen Samenwerken	9.40
2		Verbetering	Kennis opdoen Assertief zijn	9.41

Samenvatting themabijeenkomst

19:30-19:50

Nadat we bij de bijeenkomst gearriveerd waren en geïntroduceerd werden door de gespreksleider, gingen we van start. Saphina trapte ons programma af door de aanwezigen te vertellen over de inhoud van het onderzoek en hoe we omgaan met privacy. We hebben de groep daarin specifiek gevraagd of zij het goed vonden als we delen van de avond opnamen voor het verwerken van de avond. Hier gingen alle aanwezigen mee akkoord. We hebben afgesproken dat we de opnames zullen verwijderen na het verwerken van de opnames in ons onderzoeksverslag en dat we in de week van de bijeenkomst een samenvatting van de avond sturen naar de gespreksleider, zodat de gespreksleider de samenvatting kan sturen naar de aanwezigen.

19:50-20:10

Na de introductie gaf de gespreksleider aan dat er een lid was die nog graag iets met de groep wilde delen. De rode lijn hiervan was de hulpverleners niet op één lijn zaten en dat er een bijeenkomst was georganiseerd om het personeel meer op één lijn te krijgen. De groep gaf daarbij aan dat naast de verschillende werkwijzen ook het te weinig hebben van continuïteit een negatief aspect is van de hulpverlening. Het personeel wordt veel gewisseld, wat geen goede begeleiding van de cliënt met psychosegevoeligheid tot gevolg heeft.

Na de inbreng hebben we twee opnames aangezet en heeft Gloria de eerste opdracht uitgelegd. Bij deze opdracht hadden we bedacht dat drie vragen in groepjes werden besproken en de leden de antwoorden op drie grote vellen konden schrijven. De leden maakten zelf vier groepjes en gingen hiermee aan de slag. We hebben er zelf voor gekozen om tijdens deze opdracht de groepjes te observeren. De groep deed actief mee en ze gingen met elkaar in discussie. De vellen werden snel volgeschreven en er werd aangegeven dat er te weinig papier was om de antwoorden op te schrijven. We konden extra papier regelen, waardoor iedereen de mogelijkheid had om zijn of haar antwoorden te noteren. Onderwerpen die bij de gesprekken aan bod kwamen, waren bijvoorbeeld: vertrouwen, contact en empathie. Wat opvallend was, is dat een deelnemer aangaf dat Ypsilon heeft bijgedragen aan het vergroten van het zelfvertrouwen. Zie het schema hierboven voor de specifieke antwoorden. De vellen geschreven staan in bijlage 1.

20:10-20:30

Normaliter houden de deelnemers om 20:00 een korte pauze. Doordat we iets later waren begonnen,

hebben we ervoor gekozen om iets langer door te gaan. In de pauze werden we verwend met een kop thee en een stuk gebak.

Tijdens de pauze werden we benaderd door een lid, die ons vertelde over zijn ervaring met de hulpverlening. Wat hierin naar voren kwam, was dat hij in 4,5 jaar tijd geen enkele keer contact heeft gehad en niks heeft gehoord van de hulpverlening, terwijl zijn kind wel actief betrokken was bij de instelling. Het lid heeft pas sinds een half jaar contact met de betreffende organisatie. De deelnemer gaf daarnaast aan dat de gespreksleider de bijeenkomst eigenlijk wilde beginnen met een kringgesprek waarin elk lid de ruimte had om kort zijn verhaal te vertellen. Dit vonden wij een goed idee en besloten we toe te voegen aan onze planning.

20:30-21:00

Na de pauze zijn we verder gegaan met de evaluatie. We noemden per vel de gegeven antwoorden en vroegen aan de groep of er mensen waren die op de gegeven antwoorden reageren.

Wat vind je belangrijk in de samenwerking met de hulpverlener?

We hebben bij deze vraag vooral de holistische benadering besproken. Een lid gaf aan dat er vooral naar een specifiek aspect gekeken wordt in plaats van dat er ook andere gebieden van het leven van de betrokkene worden meegenomen bij de begeleiding, zoals communicatie met anderen en werk. Verder gaf iemand een voorbeeld over iemand met een zwaar zorgpakket en hoe die zorg ingevuld moet worden. Deze betrokkene mist invulling van de dag en een stabiel contact met familie en met de hulpverlener, waardoor de zorgvraag bij deze vrijwilliger van Ypsilon terecht komt. "Alles moet eenvoudiger en goedkoper", volgens het lid. De zorg wordt steeds meer veranderd en "je staat met je handen in je haar". Dit zou aangevuld worden door het benoemen van een mentor in je netwerk.

Hoe kan de samenwerking beter tussen naasten en hulpverlener?

Bij deze vraag zijn we dieper ingegaan op het antwoord: "Met patiënt meer doen en niet steeds vragen stellen, waardoor de patiënt dicht klapt of 'gewenste' antwoorden geeft". Deze werd bevestigd door de groep. Daarin werd door een lid aangevuld dat een betrokkene vaak 'nooit' zelf wat nodig heeft. Bij de uitleg van dit antwoord werd genoemd dat het niet helpt om steeds vragen te stellen, maar dat er "vanzelf wel dingen naar voren komen waarop je in kunt schieten" op het moment dat je wat gezelligs doet met de betrokkene. Het lid gaf aan dat ze hier wel bij betrokken wordt, maar dat ze steeds met verschillende mensen te maken krijgt. Er wordt van de betrokkene verwacht dat deze steeds meer zelfstandig is, maar dat ze dit zelf niet kan. Het lid vulde hierbij aan: "Ze kan de vrijheid wel aan op haar manier, maar ze komt niet verder." Het lid ziet het liefst een andere manier van omgaan, maar dat deze er niet is. Een aantal leden noemen de nieuwe wetgeving als oorzaak hiervan: "De zorg is niet op orde, maar we schaffen wel een heleboel af." Volgens de naasten wordt er veel te veel van de naasten en van de betrokkenen verwacht. Allereerst noemen ze dat het thema Eigen kracht de laatste drie jaar voorop staat in de hulpverlening, terwijl er ook een groep is die die 'Eigen kracht' niet heeft. Aan deze groep moet ook gedacht worden. De naasten proberen bij deze betrokkenen juist aan te moedigen wat de betrokkene nog wel kan en zoeken daar hulp bij als dat nodig is.

Hierna noemde een lid het begrip 'herstel'. Veel van de groep waren het erover eens dat er een ander woord moet komen voor herstel, omdat men er bij dit begrip snel vanuit gaat dat de betrokkene met de psychische aandoening hiermee genezen wordt, terwijl dit meestal niet het geval is. Hier zou eigenlijk een ander woord voor moeten komen. "De een vindt herstel namelijk hele kleine stapjes en de ander gaat erover heen en je bent klaar." De leden noemen dat er is geen eenheid over dit begrip en dat er mee aan de haal wordt gegaan door organisaties, door bijvoorbeeld het formuleren van te hoge doelen. Daarnaast wordt genoemd dat in de politiek er maar weinig mensen zullen zijn die zich echt zorgen zullen maken om het herstel van de betrokkenen.

Wat kun je zelf doen om de samenwerking te verbeteren?

De groep vond het lastig om deze vraag te beantwoorden, omdat je als naaste zelf niet het inzicht hebt in hoe, wat en waar. De hulpverlener horen eigenlijk te weten wat er is. Leden voelen zich een leek. Je kan je eigen kennis vergroten door bijvoorbeeld de website van Ypsilon. “Ypsilon is niet zichtbaar bij organisaties, het heeft een stigma en is een vergeten groep in de samenleving.” De gespreksleider gaf aan dat eigenlijk elke organisatie de naam MIND zou moeten dragen, zodat je elkaar kan dragen. Volgens de een lid zou Ypsilon haar naam moeten koppelen aan Mind, de overkoepelende organisatie voor cliënten- en familieverenigingen in de GGZ. Dat zou dan Ypsilon-Mind worden. Hierdoor kan Ypsilon meer bekend raken bij anderen.

21:00-21:15

Vooraf aan het kringgesprek werd verzocht om de opname uit te zetten. Dit hebben we gedaan. Bij dit kringgesprek heeft elk lid kort zijn persoonlijke ervaring verteld.

Evaluatie

Tijdens de evaluatie gaven de aanwezigen aan dat ze het een interessante avond vonden. Ondanks dat er al onderzoeken zijn over dit onderwerp wordt er in de praktijk nog veel te weinig mee gedaan. Ze vonden ons afstudeeronderzoek dus een goede manier om hier mee bezig te zijn. Wij als onderzoekers kregen de indruk dat de naasten dankbaar waren dat ze bij ons hun stem konden laten horen. De aanwezigen hebben ons gevraagd om nog een keer terug te komen om hen een update te geven over de voortgang en de resultaten van ons onderzoek. Hier zijn we mee akkoord gegaan.