
Het werken met een noodplan

Een onderdeel in de behandeling van patiënten met stemmingsstoornissen.

Inleiding

Sinds zes jaar werk ik als Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige (SPV) bij het team "Stemmingsstoornissen" van de Sociaal Psychiatrische Dienst (SPD) bij de RIAGG Maastricht. Een belangrijke taak van het team is het begeleiden en behandelen van patiënten met een unipolaire of een bipolaire stemmingsstoornis. De meeste patiënten die bij de SPD komen hebben een "lange" psychiatrische voorgeschiedenis.

Ondanks intensieve begeleiding en behandeling worden een aantal van deze patiënten toch nog regelmatig manisch of depressief en daarbij vaak ook nog psychotisch. Tijdens zo'n ernstig psychiatrisch toestandsbeeld moeten deze patiënten vaak opgenomen worden omdat het thuis niet meer gaat.

Het opnieuw ziek worden van deze patiënten heeft steeds weer een enorme invloed op hun persoonlijk, familie en maatschappelijk leven. Alles wat iemand opgebouwd heeft kan door een ziekteperiode weer ineens vallen, met alle grote gevolgen van dien. Bijvoorbeeld: verlies van werk, vrienden en het maken van enorme schulden. Naast patiënten is het ook voor de partners en andere direct betrokken familieleden een enorme belasting.

Sinds een aantal jaren wordt in het team gewerkt met een noodplan, een op maat gesneden protocol, dat erop gericht is een nieuwe ziekteperiode te voorkomen, dan wel de schade bij het eventueel uitbreken ervan te beperken. Door invoering van een noodplan in de behandeling bij deze patiënten hebben

zij en hun partners en ander direct betrokken familieleden meer controle gekregen over de ziekte. Dit geeft hen meer vertrouwen in de toekomst. Ik ben zelf erg enthousiast over het werken met een noodplan. In de praktijk zie ik dan ook dat het resultaat heeft in de behandeling.

Ter illustratie zal ik beginnen met twee praktijkvoorbeelden, waarbij een noodplan van toepassing zou kunnen

Annechien de Witt

Annechien is sociaal psychiatrisch verpleegkundige en werkt bij de Riagg Maastricht.

zijn. Vervolgens zal ik in dit artikel nader ingaan op wat een noodplan inhoudt, de voor- en nadelen ervan. Verder beschrijf ik de taken en vaardigheden van de SPV en tot slot geef ik een conclusie t.a.v. de bovengenoemde stelling.

Voor de leesbaarheid gebruik ik alleen de term "direct betrokkene(n)" voor partner, familie en anderen. Daarnaast spreekt het voor zich dat de lezer voor "patiënt" en "hij" ook "patiënte" en "zij" kan lezen.

Unipolaire- en bipolaire stemmingsstoornissen

Depressie en manisch depressief zijn begrippen die frequent gehanteerd worden, die makkelijk op de tong liggen,

maar die heel verschillende ladingen dekken.

Er bestaan heel wat indelingen en classificaties wat alles nog verwarrender maakt. Ik kies voor een indeling naar beloop, unipolaire- en bipolaire stemmingsstoornissen omdat dit in het kader van dit artikel het meest duidelijk maakt voor welke patiënten het noodplan geschikt is.

- Bij een unipolaire stemmingsstoornis komen alleen depressies voor.
- Bij een bipolaire stemmingsstoornis komen of alleen manieën voor of wel afwisselend manieën en depressies.

Beide stoornissen kennen een speciaal beloop van de ziekte. Dit beloop kan het beste gekenmerkt worden als een gezond leven met daarin beperkte ziekteperiodes. Tussen de ziekteperiodes kan de patiënt in principe klachtenvrij zijn. Zowel bij manieën als depressies kunnen patiënten psychotisch raken.

Enkele voorbeelden uit de praktijk

Hieronder volgen een tweetal casussen van patiënten uit mijn eigen caseload die bijvoorbeeld in aanmerking komen voor een noodplan.

Casus 1:

Een 24-jarige vrouw, ongehuwd, MEAO-opleiding, bekend sinds 1990 met een bipolaire stemmingsstoornis, wonend bij ouders thuis. Patiënte heeft zo'n driemaal per jaar manische decompensaties waarbij ze psychotisch wordt, waardoor ze steeds in het Krisiscentrum opgenomen wordt. Aanleidingen tot crisis zijn meestal veranderingen in het dagelijkse ritme van de patiënte. Door de frequente decompensaties mist ze veel van haar opleiding en raakt ze steeds meer geïsoleerd van activiteiten met leeftijdgenoten.

De ouders zijn erg bezorgd. Patiënte gebruikt Lithium. Sinds vier jaar SPD-begeleiding.

Casus 2

Een 62-jarige vrouw, gehuwd, huisvrouw bekend sinds 1970 met een unipolaire stemmingsstoornis. Patiënte heeft zo'n tweemaal per jaar last van een ernstige depressie met psychotische kenmerken. Patiënte eet en drinkt dan nauwelijks, zodat ze steeds opgenomen moet worden vanwege levensgevaar. De opnames ervaart zij als traumatisch. Het duurt enige maanden voordat ze weer haar oude activiteiten heeft opgepakt. Aanleiding tot depressies zijn meestal ruzie met de kinderen, feestdagen. Patiënte gebruikt antidepressiva. Sinds zes jaar SPD-begeleiding.

In deze casussen worden patiënten beschreven die ondanks intensieve begeleiding en behandeling toch regelmatig in crisis raken. Ook de omgeving is dan in crisis. Het is dan vaak te laat om een opname of andere gevolgen te voorkomen. Door middel van vroeg ingrijpen kan een ziekteperiode worden voorkomen of minder ernstig verlopen, zodat de schade voor een patiënt en diens omgeving niet zo groot is.

Wat is een noodplan?

Een noodplan is in feite een op maat gesneden protocol met betrekking tot het voorkomen van een nieuwe ziekteperiode, dan wel de schade te beperken bij het eventueel uitbreken ervan.

In een noodplan wordt precies beschreven wat voor de betreffende patiënt de vroege signalen van een depressie en/of manie zijn en op welk moment welke actie ondernomen moet worden als deze vroege signalen van

een nieuwe ziekteperiode zich voordoen. Een noodplan wordt opgesteld met de patiënt en een direct betrokkene. Dit kunnen ook meerdere mensen zijn. Meestal is dit echter de partner.

Als de patiënt al depressief of manisch is, dan werkt een noodplan niet meer, omdat er dan vaak moeilijk met de patiënt te onderhandelen valt. Belangrijk is dus om al in te grijpen bij de eerste symptomen van een depressie of manie.

Voorgeschiedenis

De laatste jaren is er in de psychiatrie steeds meer kennis gekomen over het ontstaan en de behandeling van chronisch psychiatrische problematiek. De nadruk is komen te liggen op hulp zo dicht mogelijk bij huis. Dus geen langdurige klinische opnames en zorg op maat. Verder hebben organisaties van familieleden (Ypsilon, Labyrinth) de hulpverlening de afgelopen tien jaar duidelijk gemaakt hoe belangrijk het is familie te betrekken bij behandeling van chronisch psychiatrische patiënten (Borgesius, 1994).

Psycho-educatie wordt steeds meer als een regulier onderdeel van de behandeling van chronische ziektes beschouwd. In de psychiatrie was de psycho-educatie aan schizofrene patiënten en hun direct betrokkenen de koploper (Van Meer, 1986).

Een gemeenschappelijk doel van de meeste psycho-educatie programma's is het verminderen van de last die vooral een chronische ziekte legt op patiënten en hun direct betrokkenen. Terzake kundige informatie wordt zowel gegeven omdat patiënten en hun direct betrokkene(n) erom vragen, alsook omdat verondersteld wordt dat het de angst voor een chronische ziekte kan verminderen en een betere omgang met de ziekte en zijn symptomen bevordert (Van Meer, 1991).

De belasting van een unipolaire- en een bipolaire stemmingsstoornis voor patiënten en hun direct betrokkenen is kwantitatief te vergelijken met die van schizofrenie (Hofman e.a., 1992).

Door verschillende publikaties hierover en zijn eigen bevindingen heeft Dr. Honig, toen psychiater bij de SPD, is een aantal jaren geleden een psycho-educatiecursus ontwikkeld voor patiënten met een unipolaire- of een bipolaire stemmingsstoornis samen met hun direct betrokkene(n). De cursus wordt gegeven door een psychiater en een sociaal psychiatrisch verpleegkundige. Tijdens de cursus oefenen de deelnemers al in het maken van een noodplan. De bedoeling is dat patiënten en hun direct betrokkene(n) uiteindelijk een specifiek noodplan maken, toegepast op hun situatie met hun eigen vaste hulpverleners. Het is overigens niet persé noodzakelijk dat de patiënt en een direct betrokkene de cursus volgen voor het maken van een noodplan. Het is echter wel aan te bevelen, zodat men ervaringen met anderen kan uitwisselen. (Na de psycho-educatie cursus heeft men ook de mogelijkheid verder te gaan als zelfhulpgroep.)

Doel van een noodplan

Patiënten en hun direct betrokkene(n) leren op tijd een dreigende terugval te signaleren. Veel patiënten en hun direct betrokkene(n) die een aantal manische en/of depressieve periodes hebben doorgemaakt, zijn erg bang dat het terugkomt.

Opvallend bij deze angst voor een terugval is, dat men de ziekte vaak ervaart als iets wat hen overkomt. Iets waar ze weinig of geen invloed op kunnen uitoefenen. De angst wordt daardoor diffuus, het is niet duidelijk waarvoor men nu juist precies bang moet zijn, maar ze weten wel dat ze het niet meer mee willen maken.

Patiënten die een aantal decompensaties achter de rug hebben, kunnen hierin vaak een bepaald patroon herkennen. Er kunnen bijvoorbeeld bepaalde omstandigheden zijn die extra belastend zijn (seizoenen, sociale gebeurtenissen etc.). Daarbij zijn er vaak vroege signalen in gedrag en beleving van de patiënten die kunnen wijzen op een terugval (bijv. slechter slapen, prikkelbaarheid). Het opstellen van een noodplan, het concreet maken van signalen die wijzen op een dreigende terugval is een manier om meer grip te krijgen op het beloop van de ziekte, waardoor de angst voor terugval kan afnemen. Men heeft het gevoel meer invloed op de ziekte te hebben. Als in een vroeg stadium op de juiste manier wordt ingegrepen, dan kan de depressie of manie vaak korter duren en minder ernstig zijn of zelfs geheel worden voorkomen. Langdurige opnames worden vermeden. Een dergelijke manier van omgang met de ziekte beïnvloedt bovendien het acceptatie proces van de ziekte door de patiënt en zijn omgeving.

Het maken van een noodplan

Een noodplan wordt samen met patiënt en diens direct betrokkene(n) liefst met een vaste behandelaar die de omstandigheden van een patiënt en diens ziekte-geschiedenis goed kent (SPV en/of psychiater) vastgesteld. Soms maak ik met een patiënt individueel een noodplan, wanneer er geen direct betrokkene(n) zijn. Dit heeft echter niet mijn voorkeur, omdat mijn ervaring is dat patiënten zelf over het algemeen slecht de eerste symptomen herkennen (van een depressie vaak beter dan van een manie).

Als ik met een patiënt en zijn direct betrokkene(n) een noodplan maak geef ik in eerste instantie de volgende opdracht:

- Patiënt en direct betrokkene(n) moeten elk afzonderlijk zo uitgebreid mogelijk opschrijven wat volgens hen vroegtijdige signalen van een depressie of manie zijn.
- In een gesprek worden de lijsten naast elkaar gelegd en vergeleken.
- Geprobeerd wordt tot overeenstemming te komen over wat de voortekenen zijn van een nieuwe ziekteperiode. Onderhandeling hierover tussen patiënt en direct betrokkene(n) is noodzakelijk. "Late signalen", als een patiënt al ziek is, worden geschrapt. In een noodplan moet goed observeerbaar gedrag staan. Belangrijk is te benadrukken dat het altijd meerdere symptomen zijn die leiden tot een depressie of een manie. Verder moeten de symptomen een bepaalde tijdsduur hebben (bijvoorbeeld een aantal dagen).
- Verder moet afzonderlijk beschreven staan wat volgens patiënt en direct betrokkene(n) belastende omstandigheden zijn die aanleiding kunnen zijn voor het uitbreken van een nieuwe ziekteperiode (bijvoorbeeld seizoenen, life-events, feestdagen enz.).
- Samen wordt besproken wat er in geval van vroegtijdige signalen van een depressie of manie moet gebeuren. Bij dit punt is met name de ervaring uit eerdere ziekteperiodes heel belangrijk. Er wordt gekeken wat in het verleden geholpen heeft en wat niet.

- Dan wordt een noodplan gemaakt, hoe te handelen, wie wat moet doen en wanneer hulpverlening erbij wordt gehaald. Bovendien wordt besproken, in overleg met de psychiater, welke medicatie wordt gebruikt. Gekeken wordt naar medicatie die bij "een crisis" succesvol was. De patiënt krijgt "een noodpotje" met medicijnen mee naar huis. Ook wordt er gekeken welke praktische activiteiten gedaan kunnen worden, of juist beter vermeden.
- Een noodplan wordt dan uitgetypt. Er komt een kopie in het dossier. Patiënt en direct betrokkene(n) krijgen een exemplaar. Verder wordt er een kopie aan de huisarts en eventueel crisisdienst verstuurd.

Vele variaties op een noodplan zijn mogelijk. Het moet een op persoonlijke omstandigheden van een patiënt toegespitst plan zijn. Deze omstandigheden kunnen ook veranderen, er moet dus regelmatig gekeken worden of een noodplan bijgesteld moet worden. (zie het 'voorbeeld noodplan' zoals achter dit artikel opgenomen).

Voor de volgende onderdelen van dit artikel heb ik informatie verzameld door middel van gesprekken met collega's, patiënten en hun direct betrokkene(n). Verder heb ik twee vragenlijsten opgesteld, één vragenlijst voor hulpverleners en een andere voor patiënten en hun direct betrokkene(n). Tien collega's en tien patiënten en/of hun direct betrokkene(n) hebben de vragenlijsten ingevuld. Mijn collega's zijn van discipline voornamelijk psychiater en SPV. Zij werken in het team "stemmingsstoornissen" of in het team "psychotische stoornissen" van de SPD. Vier hulpverleners werken regelmatig met een noodplan. Drie hulpverleners

incidenteel en drie hulpverleners werken nooit met een noodplan. De hulpverleners die nooit met een noodplan werken hebben bijna geen patiënten met stemmingsstoornissen in hun caseload. Patiënten en hun direct betrokkene(n) zijn in begeleiding/behandeling bij de SPD. Zij hebben in de periode 1991-1994 een noodplan, samen met hun hulpverlener, gemaakt. Drie patiënten hebben een noodplan ten aanzien van een manie. Twee patiënten hebben een noodplan voor een depressie. Vijf patiënten hebben een noodplan ten aanzien van beiden. Bij zeven patiënten is een noodplan één of meerdere malen in werking getreden. Drie patiënten hebben nooit gebruik hoeven te maken van een noodplan. Bij vijf patiënten is een nieuwe ziekteperiode minder ernstig verlopen en bij twee patiënten is een nieuwe ziekteperiode voorkomen. Bij acht patiënten is een noodplan na het maken ervan niet meer veranderd. Bij twee patiënten is een noodplan gewijzigd.

Voorwaarden voor een goed werkend noodplan

Op basis van de vragenlijst voor hulpverleners en mijn eigen ervaringen heb ik de volgende voorwaarden beschreven om te komen tot een goed werkend noodplan. Ik heb de voorwaarden onderverdeeld ten aanzien van patiënten, direct betrokkene(n) en hulpverleners.

Patiënten

Er moet bij een patiënt de diagnose unipolaire of bipolaire stemmingsstoornis gesteld zijn. Het is belangrijk in verband met het signaleren van de eerste symptomen van ziekte dat er meerdere periodes van ziekte zijn geweest (twee à drie ziekteperiodes). Ook moet een patiënt de belastende omstandigheden

kunnen herkennen. Kennis en inzicht in de ziekte zijn daarbij van belang. Daarnaast is het ook zeer belangrijk dat een patiënt zijn ziekte en medicatiegebruik accepteert. Ook over het omgaan met medicatie moet hij goed op de hoogte zijn. Verder is het aangewezen dat een patiënt in een stabiele periode een noodplan maakt. Ook erg belangrijk is dat hij een goede relatie heeft met zijn direct betrokkene(n) en hulpverlener, zodat een patiënt hen kan vertrouwen als zij zeggen dat het niet zo goed gaat.

Direct betrokkene(n)

Ook bij een direct betrokkene(n) is het belangrijk dat hij kennis en inzicht in de ziekte heeft. Een direct betrokkene(n) moet namelijk de eerste symptomen van ziekte herkennen en hierop actie ondernemen. Ook moet hij kennis hebben van de belastende omstandigheden die aanleiding kunnen geven tot ziekte. Belangrijk is daarbij dat ook een direct betrokkene(n) de ziekte accepteert. Hij moet weten welke medicatie nodig is en hoeveel. Een goede relatie met patiënt en vertrouwen in hulpverlener is belangrijk.

Hulpverleners

Bij een hulpverlener moet uitgebreide kennis aanwezig zijn van unipolaire en bipolaire stemmingsstoornissen. Hij moet ook de ziektegeschiedenis van een patiënt weten in verband met herkenning van de ziekte en succesvolle interventies in het verleden. Het is dus belangrijk dat er een vaste hulpverlener en eventueel een vaste plaatsvervanger is. Een hulpverlener moet goed bereikbaar zijn en snel kunnen handelen. Verder moet hij regelmatig rapporteren in het dossier en aan de huisarts en crisisdienst, zodat deze weten wat er moet gebeuren in geval van ziekte. Belangrijk is dat een hulpverlener achter de visie van een noodplan staat,

anders weet een patiënt en direct betrokkene(n) ook niet meer hoe ze moeten handelen in geval van ziekte. Na het in werking treden van een noodplan moet een hulpverlener evalueren of een noodplan voldoende gewerkt heeft. Indien nodig moet hij dan een noodplan veranderen. Verder moet een hulpverlener goed kunnen samenwerken met patiënt. Hij moet ook de direct betrokkene(n) betrekken in de behandeling. Het geven van psycho-educatie vormt een belangrijk punt in de contacten met patiënt en direct betrokkene(n).

Patiënten bij wie een noodplan gecontraïndiceerd is

Een noodplan werkt niet of onvoldoende als er bij een patiënt en/of direct betrokkene(n) sprake is van de volgende factoren:

Gebrek aan kennis, ziekte-inzicht en/of dat men de eerste symptomen van ziekte niet herkent. Ook een gebrek aan overeenstemming betreft de eerste symptomen van ziekte tussen patiënt en direct betrokkene(n) leidt er toe dat een noodplan niet werkt. Wanneer er ernstige relatie-problemen zijn heeft een patiënt te weinig vertrouwen in zijn direct betrokkene(n). Ook wanneer er geen afspraken gemaakt kunnen worden, men niet met medicatie kan omgaan en de betrokkene(n) niet weten hoe te handelen, dan verliest een noodplan zijn waarde. Ook bij een slechte relatie met een hulpverlener werkt het niet.

Verder verloopt het werken met een noodplan moeilijker of niet bij de volgende patiënten:

- patiënten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen
- patiënten met zwakbegaafdheid
- patiënten die middelen misbruiken
- patiënten die alleen wonen, dit is vaak lastiger in verband met het tijdig herkennen van de eerste symptomen van ziekte en omgaan met medicatie.

Bovenstaande betekent in de praktijk dat er individueel bekeken moet worden of een noodplan toepasbaar is of niet.

De voor- en nadelen

Als eerste beschrijf ik de voordelen van een noodplan vanuit de visie van hulpverleners en patiënt en direct betrokkene(n). Daarna beschrijf ik de nadelen.

Voordelen noodplan

Hulpverleners

Hulpverleners vinden het belangrijk dat patiënten en hun direct betrokkene(n) meer bekendheid hebben met de eerste symptomen van een depressie en/of manie. Zo kan er eerder ingegrepen worden en ernstige schade voorkomen worden. De angst voor een terugval wordt voor een patiënt en diens direct betrokkene(n) hanteerbaar en concreter te bestrijden. Zij hebben door een noodplan meer houvast en ze weten hoe er gehandeld moet worden. Zo is er meer betrokkenheid en voelen ze meer eigen verantwoordelijkheid om op tijd in te grijpen. Ook wanneer een hulpverlener niet bereikbaar is kunnen ze iets doen aan de eerste symptomen van ziekte. Zo worden patiënten en hun direct betrokkene(n) mondiger en geactiveerd om mee te denken in de behandeling.

Verder zijn er minder en minder ernstige recidieven, zo worden opnames voorkomen of blijven zo kort mogelijk. Gedwongen opnames worden voorkomen.

Doordat er een noodplan is ontstaat in moeilijke periodes minder of geen strijd tussen patiënt en direct betrokkene(n). Bij direct betrokkene(n) vermindert de bezorgdheid en kritiek. Er komt rust, direct betrokkene(n) hoeft niet voortdurend op te passen. Bovendien is er minder strijd met hulpverlener, maar meer samenwerking om de ziekte te bestrijden. Ook wordt er met een

noodplan methodisch, praktisch en doelgericht gewerkt.

Patiënten en direct betrokkene(n)

Alle ondervraagde patiënten en direct betrokkene(n) vinden dat een noodplan voordelen biedt. Ze vinden dat zo schade veroorzaakt door de ziekte voorkomen wordt of beperkt blijft. Zowel patiënten als betrokkene(n) kunnen nu sneller vaststellen wat de eerste symptomen van een depressie en/of manie zijn. Het belangrijkste vinden ze dat ze weten hoe ze moeten handelen, zonder te wachten op de behandelaar als deze niet bereikbaar is. Zowel patiënten als direct betrokkene(n) melden het prettig te vinden dat ze een noodpotje met medicatie thuis hebben, zodat de medicatie gebruikt kan worden wanneer het nodig is.

Met name partners waarderen het dat ze bij de behandeling betrokken worden. Eén patiënt meldt dat hij nu precies weet wat de eerste symptomen van een depressie bij hem zijn. Op momenten dat hij zich somber voelt, dan kan hij het gevoel beter plaatsen en denkt niet meteen dat het een depressie is.

Nadelen noodplan

Hulpverleners

Hulpverleners melden dat het soms voorkomt dat patiënt en/of direct betrokkene(n) te gefixeerd zijn op de eerste symptomen van ziekte. Dit kan spanning en onrust veroorzaken en een toename van bezorgdheid en kritiek geven bij de direct betrokkene(n). Dit kan juist weer een ziekteperiode veroorzaken (het begrip expressed emotion beschreven door Brown e.a., 1972).

Deelname aan een zelfhulpgroep biedt patiënten en direct betrokkene(n) extra steun en advies, zodat het opletten grotendeels verdwijnt. Dan is er ook tijd om andere thema's te bespreken.

Verder is er een mogelijkheid dat een patiënt de gegeven "noodmedicatie" onjuist gebruikt. De patiënt krijgt echter maar een kleine hoeveelheid medicatie mee in een noodpotje. Verder geven verschillende hulpverleners aan dat het opstellen van een noodplan veel tijd kost, maar uiteindelijk veel oplevert.

Ook heeft een noodplan geen rechtsgeldigheid, dit betekent dat alles afhangt van de medewerking van de patiënt.

Patiënten en direct betrokkene(n)

Alle patiënten en direct betrokkene(n) vinden dat een noodplan geen nadelen heeft. Een aantal van hen maakt wel de opmerking dat een noodplan regelmatig bijgesteld moet worden, omdat als er omstandigheden veranderen een noodplan niet werkt. Eén patiënt zegt het jammer te vinden dat een noodplan geen rechtsgeldigheid heeft. Verder meldt een patiënt dat een nieuwe hulpverlener wel achter een noodplan moet staan, anders weet hij ook niet meer wat hij moet doen als hij opnieuw ziek wordt.

Taken/vaardigheden van de SPV

Ten aanzien van het werken met een noodplan zie ik samengevat de volgende taken/vaardigheden van de SPV.

- centrale rol van casemanager
- zorgen voor continuïteit van zorg
- specifieke deskundigheid omtrent diagnostiek en behandeling van unipolaire- en bipolaire stemmingsstoornissen
- het betrekken van de direct betrokkene(n) van een patiënt bij de behandeling
- het ondersteunen en begeleiden van patiënten en direct betrokkene(n)
- het geven van psycho-educatie aan patiënten en direct betrokkene(n) (individueel of in de psycho-educatie cursus)

- creatief zijn in het bedenken van individuele oplossingen voor een noodplan
- contact met of kennis van de Nederlandse Stichting voor Manisch Depressieven (NSMD) in verband met verwijzing naar een zelfhulpgroep.

In Maastricht wordt regelmatig een bijscholingscursus gegeven voor hulpverleners die interesse hebben voor de psycho-educatie cursus en het werken met een noodplan.

Conclusie

Gezien de positieve ervaringen van hulpverleners, patiënten en hun direct betrokkene(n) lijkt het werken met een noodplan bij de behandeling van patiënten met een unipolaire- of bipolaire stemmingsstoornis zinvol en in een behoefte te voorzien. Zowel hulpverleners, patiënten en hun direct betrokkene(n) krijgen een werkbaar instrument in handen. Hierdoor kan op een vroeg tijdstip op een gewenste adequate manier worden ingegrepen tijdens beginnende periodes van ziekte. Belangrijk is dat patiënten en hun direct betrokkene(n) zo een gevoel van controle krijgen over de ziekte en de behandeling. Verder kan door middel van een noodplan en de psycho-educatie cursus ook de kritiek en overbetrokkenheid van direct betrokkene(n) verminderen.

Bekend is dat veel kritiek en overbetrokkenheid van de omgeving een nieuwe ziekte periode kan veroorzaken (het begrip expressed emotion, Brown e.a., 1972). Volgens een onderzoek van dr. Honig (Hofman e.a., 1992) wat nog vervolgd zal hebben, verminderde ten tijde van de psycho-educatie cursus ook daadwerkelijk de kritiek en overbetrokkenheid van de direct betrokkene(n).

Een noodplan kan niet regulier binnen de behandeling van stemmingsstoornissen worden toegepast. Het moet namelijk voldoen aan een aantal voorwaarden wil het effectief zijn. Een noodplan is dan ook een sterk op maat gesneden plan wat bij iedere patiënt anders is. De uitgangsprincipes zijn echter hetzelfde. Een hulpverlener moet dan ook per patiënt en diens direct betrokkene(n) kijken of hij het noodplan kan

toepassen. Verder moet er in de loop van de behandeling steeds gekeken worden of een noodplan actueel is.

In de praktijk is een noodplan bij patiënten met unipolaire- en bipolaire stemmingsstoornissen succesvol gebleken en vormt naar mijn mening een goede aanvulling in de begeleiding en behandeling.

Literatuur

Borgesius, E.,
Hulpverleners en familie: partners in zorg, een handleiding voor hulpverleners in de GGZ, van Gorcum en Camp, Assen, 1994.

Brown, G.W., Birley, J.L.T., Wing, J.K.
Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication, *British journal of psychiatry*, 121, 1972, p. 241-258.

Hofman, A., Honig, A., Vossen, M.,
Het manisch-depressief syndroom,

psycho-educatie als onderdeel van behandeling, *Tijdschrift voor psychiatrie* 34, 1992, p. 549-558.

Meer, C.R., van,
Steunende gezinsbegeleiding bij schizofrenie, *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 9, 1986, p. 867-876.

Meer, C.R., van,
Schizofrenie van nabij, belasting van familieleden van schizofrenie patiënten en effecten van steunende gezinsbegeleiding, Eburan, Delft, 1991.

Voorbeeld van een noodplan

Mevrouw B.
c.c.: Krisiscentrum
Huisarts

Belastende omstandigheden

- Het erg druk hebben, niet aan ontspanning toekomen.
- Examens.
- Verandering in het dagelijks ritme.
- Vakantie.

Eerste symptomen manie

- Meer irritatie naar moeder gedurende langer dan één week.
- Drukker, actiever en vrolijker worden.
- Veel plannen maken, dingen willen verbeteren en veranderen, maar niets afmaken.
- Veel praten en niet onderbroken willen worden.
- Onrustig slapen, vaak wakker worden gedurende ± drie dagen.
- 's Morgens teveel energie hebben.
- Meer geld aan kleding uitgeven.
- Feller opmaken (make-up).
- Opnieuw gaan roken.
- Veel eetlust en toch afvallen.

Wat te doen?

1. Ouders gaan met B. om de tafel zitten en wijzen haar op het noodplan.
2. B. maakt samen met ouders een dagprogramma met rusttijden.
3. Ouders of B. zelf bellen tijdens kantooruren met de RIAGG, tel. ... en vragen naar ... of
4. 's Avonds of in het weekend biedt vader B. één tablet Cisordinol 2 mg aan tot een maximum van 6 mg per dag (noodpotje) en z.n. 1/2 Seresta forte voor de nacht.
5. In geval van nood rechtstreeks contact opnemen met Krisiscentrum, tel.