

Eigen Kracht

Peter Braem

Met enige regelmaat horen wij berichten over de Eigen Kracht conferenties. Bij de Eigen Kracht conferenties maken gezinnen door middel van overleg met familieleden en leden van het eigen netwerk, zelfstandig een plan om een probleem op te lossen. Binnen de psychiatrie wordt hier naar ons weten nog nauwelijks gebruik van gemaakt. Wellicht heeft dit te maken met onbekendheid met deze vorm van hulp organiseren. De redactie van Sociale Psychiatrie ging op zoek naar informatie en klopte aan bij GGD Rotterdam, waar wij door Mariëtte Dirkzwager, regio manager Eigen Kracht, over deze veelbelovende manier van werken werden geïnformeerd. Wij kregen informatie over de uitvoering van de conferenties, de Maryska Jansen-Schwarz onderscheiding en onderzoek naar de effecten van de Eigen Kracht conferenties, dat door Wijnen-Lunenburg, Van Beek, Bijl, Gramberg en Slot in 2008 is uitgevoerd. Dit artikel is een weergave van de verzamelde informatie en bevat een samenvatting van de belangrijkste conclusies van het vermelde onderzoek.

Start en uitvoering

Eigen Kracht in Nederland is geïnspireerd op jeugdhulpverlening in Nieuw-Zeeland. Daar is in 1989 de wet 'Children, Young Persons and their Family Act' aangenomen. Die wet regelt dat een familie recht heeft op het gebruik van het besluitvormingsmodel dat we in Nederland Eigen Kracht noemen. Vanaf 2001 worden in de Nederlandse jeugdzorg Eigen Kracht-conferenties georganiseerd. Er hebben inmiddels meer dan 1000 conferenties plaatsgevonden. Het model is overigens niet alleen binnen de jeugdzorg toepasbaar, maar ook geschikt voor andere doelgroepen. Een Eigen Kracht-conferentie is geen vorm van hulpverlening, maar een wijze van besluitvorming over gewenste hulpverlening aan een gezin. Bij een Eigen Kracht-conferentie komt een gezin samen met leden van het eigen netwerk. Samen maken zij een plan, zonder dat daar hulpverleners bij zijn ook al zijn deze verbonden aan het netwerk. Die komen alleen aan het begin om informatie te geven over de problemen en over wat zij kunnen doen om te helpen. Wanneer echter het verplichte kader van Bureau Jeugdzorg erbij betrokken is, bijvoorbeeld bij een Onder Toezicht Stelling maatregel, waarbij de kinderrechter een gezinsvoogd heeft aangesteld, dan zal de gezinsvoogd voorafgaand aan de conferentie het kader kenbaar maken waaraan het plan- qua veiligheid- moet voldoen.

Een Eigen Kracht-conferentie begint meestal met een hulpverlener die bezorgd is en contact heeft opgenomen met Eigen Kracht. *Een gezin kan echter ook zelf om een Eigen Kracht-conferentie vragen.* De Eigen Kracht-coördinator neemt contact met de familie op en bespreekt de situatie en de problemen waarvoor de familie bij elkaar geroepen wordt. Aan de familie wordt gevraagd welke personen er uitgenodigd moeten worden. Het is de bedoeling dat zoveel mogelijk betrokkenen deelnemen. Ook wordt gevraagd van welke deskundigen informatie nodig is om een goed besluit te kunnen nemen. De coördinator zal ook contact met hen opnemen. In overleg met de familie zorgt de coördinator voor eten en drinken (altijd!).

Vooral kinderen hebben iemand nodig die hen tijdens de Eigen Kracht-conferentie steunt en helpt hun mening te zeggen. In overleg met de coördinator zoeken zij zelf zo iemand uit de eigen kring uit.

Wat gebeurt er tijdens een Eigen Kracht-conferentie? De conferentie bestaat uit drie fasen. In de eerste fase wordt iedereen welkom geheten en wordt door betrokken hulpverleners informatie gegeven over de problemen van het gezin en de hulp die kan worden gegeven. Fase twee is het gesprek tussen de familieleden en het netwerk. Het gaat over de problemen. Er wordt een plan gemaakt waarin wordt vastgelegd wie wat doet en welke hulp van anderen nodig is. In principe is er geen tijdlimiet. Tijdens de derde fase wordt het plan besproken met de coördinator en de hulpverleners. De hulpverleners accepteren het plan, mits wettelijk toegestaan en veilig. Als er verplichte hulpverlening van Bureau Jeugdzorg is, dan bepaalt de gezinsvoogd of het plan acceptabel is. Soms moeten dan bepaalde afspraken veranderd worden.

Eigen Kracht Centrale

In 2002 werd de Eigen Kracht Centrale opgericht, waarin alle initiatieven op het gebied van eigen kracht, door verschillende instanties ontplooid, werden gebundeld. De centrale maakt zich met succes sterk voor de invoering van het eigen kracht model als module in de Nederlandse hulpverlening. De Eigen Kracht Centrale wordt onder andere ondersteund door het Ministerie van VWS en Provincie Overijssel. Het kantoor van de Eigen Kracht Centrale verzorgt de administratie van alle conferenties, de pr, de werving en training van Eigen Krachtorganisatoren, ondersteunt de organisatie van de projecten in de verschillende regio's, onderhoudt contacten met subsidënten en fondsen en werkt aan landelijke invoering van de Eigen Krachtconferentie als democratisch recht van burgers om zeggenschap te houden over hun eigen leven.

De Maryška Jansen-Schwarz onderscheiding

In 2009 is voor de vijfde keer de Maryška Jansen-Schwarz onderscheiding uitgereikt. Deze onderscheiding is een initiatief van de Eigen Kracht Centrale om de principes van Family Group Conference voor het voetlicht te brengen. Family Group Conference krijgt in Nederland vorm middels de Eigen Kracht conferenties. De onderscheiding kan worden uitgereikt aan een familie, een coördinator, een aanmelder, een plan dat wordt gemaakt of iemand die veel voor Eigen Kracht betekent. De Eigen Kracht Centrale is de mening toegedaan dat de conferenties bijdragen aan actief burgerschap en meehelpen om de sociale structuur in de samenleving te versterken.

In de mooie folder, 'De Maryška Jansen-Schwarz onderscheiding 2004-2009, voorbeelden die het verschil maken', die ter gelegenheid van de 5e uitreiking werd gemaakt wordt de volgende casus beschreven.

Een tante bracht voor haar nichtje de familiekring bijeen om een plan te maken. Ruzies tussen een vader en zijn oudste dochter bepaalden de sfeer in huis. Het meisje besloot weg te lopen. De reactie daarop escaleerde en vader dreigde zijn zelfrespect te verliezen. De ouders trokken zich terug uit hun culturele gemeenschap. Ze vermeden contact met hun familieleden. Voor de vader liep de spanning op. Hij overwoog gewapend tegen zijn dochter op te treden. Moeder vreesde verlies van haar dochter en gevangenisstraf voor haar man. Zij nam haar zus in vertrouwen. Deze zus wist van de Eigen Kracht-conferenties. Zij bedacht zich dat zoiets een uitweg kon bieden voor haar nichtje. Een Turkse coördinator kon direct met de voorbereiding beginnen. De tante deed veel voorwerk. Ze benaderde andere familieleden over het idee. De ouders van de vader waren al enige tijd uit beeld, maar bleken bereid om mee te doen. Broers en zussen van beide ouders wilden meedenken over de zorgelijke situatie.

Het meisje, uitgenodigd door haar tante, durfde zelf niet te komen, maar vond de bijeenkomst een goed idee. Om die reden overwon de betrokken hulpverlener zijn scepsis en zegde medewerking toe. De ouders zagen zijn aanwezigheid niet zitten, maar hij was tijdens de conferentie telefonisch beschikbaar. De totale voorbereiding van een en ander vergde twee weken. Bij aanvang nam de tante het woord. Ze vertelde hoe ze bij de problemen betrokken was geraakt en dat ze geloofde in de mogelijkheden van de hele familie om een goede oplossing te vinden. Ze vertelde ook dat ze uitgebreid met haar nichtje had gesproken en hoe die over deze aanpak dacht.

De coördinator legde de informatie van de hulpverlener voor aan de aanwezigen en lichtte toe waarom die niet zelf aanwezig was. Daarop verliet de coördinator de ruimte en gingen de familieleden met elkaar in gesprek. Na veel verdriet en brainstormen ging het gesprek in de richting van beslissingen. Toen een zekere eenstemmigheid ontstond, belde tante met haar nichtje. Die toonde zich enorm opgelucht dat er nu een oplossing kwam. Ze stemde in met de gekozen weg.

Het familieplan

In het plan stond als eerste genoemd dat vader gewaardeerd werd om zijn rol als ouder: "Hij is gewoon een goede vader voor zijn dochter en de rest van zijn kinderen," zei zijn familie. Hij reageerde met de boodschap, dat hij veel van zijn kinderen houdt en dat ze wat hem betreft alle kansen mochten nemen die het leven hen geeft. Dan volgden concrete afspraken. Het meisje ging bij haar oma wonen. Vader zou daarbij zijn financiële verplichtingen nakomen. Kort na de conferentie ging het meisje met opa en oma voor drie maanden naar Turkije om tot rust te komen. Vader ging hulp zoeken voor zijn agressie. Er werd een beroep gedaan op het RIAgg. Vader, geruime tijd werkloos, ging ook werk zoeken. Het geweld tegenover het meisje stopte. In de komende periode moest eerst alles herstellen. Ze wilden elkaar met rust laten en elkaar tijd gunnen.

Na vijf jaar

Aansluitend aan de conferentie reisden opa, oma en hun kleindochter naar Turkije. Het meisje verbleef daar een half jaar, tijd voor iedereen om op verhaal te komen en de toekomst onder ogen te zien. Bij terugkeer kwam de dochter weer thuis wonen. Ze ging weer naar school, waar ze tot op vandaag onderwijs volgt. Ze heeft nog regelmatig contact met de tante. Nooit meer is de situatie thuis uit de hand gelopen. Wel waren er van tijd tot tijd flinke spanningen, maar die leidden nooit tot escalatie. De familie zegt daarover: "We weten nu dat het ons toen gelukt is en hebben het vertrouwen dat we opkomende spanningen steeds de baas kunnen zijn." De vader weet nu dat hem niets kan gebeuren door de steun van de familie.

Onderzoek

Buitenlands onderzoek laat zien dat met de conferenties positieve resultaten worden behaald. De effecten van de conferenties zijn een daling van het aantal opgelegde maatregelen voor kindbescherming en een verminderd aantal uithuisplaatsingen. Uit onderzoek gedaan in de VS, Engeland en Zweden (Lupton, 2000; Sundell & Vinnerljung, 2004) en Nederland (Van Beek, 2002 en 2006) zijn onder andere de volgende conclusies te trekken: bereidheid van direct betrokkenen tot deelname aan een Eigen Krachtconferentie is zeer groot; het overgrote deel van de plannen die door Eigen Kracht-conferenties zijn gemaakt wordt door professionals positief ontvangen en als realistisch beoordeeld; volgens betrokkenen én professionals biedt een Eigen Kracht-conferentie meer mogelijkheden tot actieve deelname van het netwerk van ouders en kind dan de traditionele werkwijze; Eigen Kracht-conferenties zijn niet minder effectief dan de traditionele werkwijzen in het bewerkstelligen van zorg en veiligheid voor kinderen.

Verder zijn er indicaties dat in Nieuw Zeeland de invoering van Eigen Krachtconferenties geleid heeft tot een drastische daling van het aantal maatregelen voor kindbescherming (Maxwell & Robertson, 1991; Thornton, 1993) en van het aantal uithuisplaatsingen (Nixon, Taverner & Wallace, 1996).

Als zorgen om welzijn en veiligheid van een kind de aanleiding vormen voor professionele bemoeienis met ouders, laten professionals zich minder gemakkelijk sturen door de vraag vanuit het gezin. Volgens Bruning (2001, p. 348) vinden professionals het moeilijk "om te schakelen van partij die verantwoordelijk is en de controle heeft over de onderhandeling met ouders en minderjarige naar gelijkwaardige partij naast de ouders". Professionals neigen tot vasthouden aan eigen verantwoordelijkheden en controle omwille van de veiligheid van een kind. Professionals kennen familie en netwerk onvoldoende. Men kent doorgaans wel het kerngezin, maar nauwelijks andere belangrijke personen in familie en netwerk.

Het onderzoek Familie aan Zet van Wijnen-Lunenburg ea. (2008) wees uit dat families en hun sociale netwerken desgevraagd hun verantwoordelijkheid nemen voor de vrijwel altijd ernstige zorgen in hun eigen kring. Soms diende eerst de onderlinge band hersteld te worden. Een onafhankelijke coördinator lukt het om in circa driekwart van de gevallen de vereiste cohesie tot stand brengt, waarop een conferentie kon volgen. Bij het overige kwart vindt de helft van de families een oplossing zonder een formele conferentie en is het bij de andere helft niet mogelijk om een (veilige) conferentie te organiseren.

De aanpak van het Eigen Kracht Centrale sluit aan bij de ontwikkeling van een vraaggestuurd stelsel in het Nederlandse jeugdzorgbeleid, waarbij de hulpvraag van de cliënt bepalend is voor de zorg die geboden wordt. In Overijssel is inmiddels in het provinciaal beleid opgenomen dat Eigen Kracht in ieder zorgtraject wordt aangeboden (Provincie Overijssel, 2007). Het ministerie van Jeugd en Gezin is van mening dat sprake is van "goed professioneel handelen als voorafgaand aan een indicatie jeugdzorg, altijd eerst wordt gezien of een Eigen Kracht-conferentie soulaas kan bieden" (Ministerie van Jeugd en Gezin, 2007). Uit onderzoek in Overijssel blijkt dat de Eigen Kracht-conferentie volgens professionals er toe leidt dat zij zelf meer mensen uit het netwerk van kind en gezin leerden kennen (Van Beek, 2006b).

Dertien personen nemen gemiddeld deel aan het overleg en gemiddeld maken zij achttien afspraken, zo wees het onderzoek uit. Opvallend is dat families daarbij vaak het reguliere zorgaanbod negeren. Zij zoeken oplossingen op gemiddeld vier levensgebieden (zoals wonen, financiën, gezondheid, onderwijs). Circa 80% van de afspraken neemt de familiegroep voor eigen rekening. Bij de andere 20% gaat het om vragen van de familie om zorg vanuit de professionele dienstverlening. Binnen drie maanden blijkt het grootste deel van de afspraken door de familieleden te zijn ingelost. De tevredenheid over de conferentie en het door de familie gemaakte plan is groot bij kinderen, ouders, familie én professionals.

Familie aan Zet laat ook de volgende resultaten zien. Ten eerste blijken gezinnen, die aan een Eigen Kracht-conferentie hebben deelgenomen, zich in positieve zin te ontwikkelen. In de tweede plaats leidt dit onderzoek tot de conclusie dat de Eigen Krachtconferentie, als het gaat om veiligheid en welzijn van jeugdigen op zijn minst zo goed presteert als de reguliere jeugdbeschermingspraktijk, ook op de langere termijn. De resultaten bieden geen grond voor de opvatting dat Eigen Kracht-conferenties niet in de jeugdbescherming kunnen worden ingezet in verband met de veiligheid van de kinderen of de veronderstelling dat ouders en families in jeugdbeschermingszaken niet in staat zijn om een voor de kinderen veilig plan te maken.

Aanbevolen wordt onder andere om gezien de overwegend positieve bevindingen van het huidige onderzoek stelselmatig het inzetten van een Eigen Kracht-conferentie te overwegen als er beslissingen genomen moeten worden in jeugdbeschermingszaken.

Samenvatting

Eigen Kracht in Nederland is geïnspireerd op jeugdhulpverlening in Nieuw-Zeeland. Een Eigen Kracht-conferentie is geen vorm van hulpverlening, maar een wijze van besluitvorming over gewenste hulpverlening aan een gezin. Bij een Eigen Kracht-conferentie komt een gezin samen met leden van het eigen netwerk. Samen maken zij een plan, zonder dat daar hulpverleners bij zijn. Uit onderzoek van Wijnen-Lunenburg ea. (2008) blijkt dat gezinnen, die aan een Eigen Kracht-conferentie hebben deelgenomen, zich in positieve zin te ontwikkelen en dat de Eigen Krachtconferentie, als het gaat om veiligheid en welzijn van jeugdigen op zijn minst zo goed presteert als de reguliere jeugdbeschermingspraktijk, ook op de langere termijn.

Literatuur

- Beek, F. van (2002). *Eigen Kracht Conferenties 2001; verslag van de gegevens uit de registratie*. Voorhout: WESP.
- Beek, F. van (2006). *Op de grens tussen bemoeizucht en zorg. Rapportage van het onderzoek naar Eigen Kracht-conferenties in Overijssel en de verhouding van Eigen Kracht tot de Wet op de Jeugdzorg*. Voorhout: WESP.
- Bruning, M. (2001). *Rechtvaardiging van kindbescherming*, Arnhem: Kluwer.
- Lupton, C. (2000). The national evidence-base. In: C. Lupton (Ed.), *Moving forward on Family Group Conferences in Hampshire; developments and research in practice*. Portsmouth: University of Portsmouth.
- Maxwell, G.M., & Robertson, J. P. (1991). *Statistics on the first year of the Children, Young Person's and their Families Act, 1989: A Collection of three papers*, p. 14- 23. Wellington: The Commissioner for Children.
- Ministerie Jeugd en Gezin (2007). *Alle kansen voor alle kinderen. Programma voor Jeugd en Gezin 2007-2011*. Den Haag.
- Nixon, P., Taverner, P., & Wallace, F. (1996). It gets you out and about or Family Group Conferences the views of children and their families. In: Morris, K., & Tunnard, J. (eds.). *Family Group Conferences: Messages from UK practice and research*. London: Family Rights Group.
- Provincie Overijssel (2007). *Nieuwe bezems. Ontwerp Beleidsprogramma Jeugdbeleid 2008-2011*. Zwolle.
- Sundell, K., & Vinnerljung, B. (2004). Outcomes of family group conferencing in Sweden. A 3-year follow-up. *Child Abuse & Neglect*, 28, p. 267-287.
- Thornton, C. (1993). *Family Group Conferences - A literature review*. New Zealand: Practitioners Publishing, C.G. Allen.
- Wijnen-Lunenburg, P., Beek, F. van, Bijl, B. Gramberg, P & Slot, W. (2008). *De familie aan zet. De uitkomsten van Eigen Kracht-conferenties in de jeugdbescherming met betrekking tot veiligheid, sociale cohesie en regie*. Duivendrecht: PI Research

Internet

- http://www.mariekamphuisstichting.nl/detailmwerker.asp?tbl_mwer_id=100
- <http://www.eigen-kracht.nl/meer+weten>

Het NEEd plan, een ambulante plan om separatie te voorkomen

Anne van Baar

Inleiding

Er is de laatste jaren steeds meer aandacht voor het terugdringen van het aantal separaties in Nederland. Het therapeutische effect van het gebruik van de separeer is nooit aangetoond. Er komen steeds meer aanwijzingen dat separeren kan leiden tot een posttraumatische stressstoornis (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, 2008).

Toch blijft het aantal dwangopnames en separaties hoog in de GGZ. Verklaringen hiervoor worden gezocht in de demografische ontwikkelingen (etnische verschillen, vergrijzing en vereenzaming), wijzigingen in de wet Bopz, het toenemende drugsgebruik onder cliënten in de GGZ, een gebrek aan continuïteit van zorg en de meer paternalistische houding van hulpverleners. Ook de afnemende tolerantie in de samenleving voor afwijkend gedrag speelt hierbij een rol (Henskens e.a., 2009).

Ook binnen Arkin, een GGZ instelling in Amsterdam, wordt (nog) gesepareerd. Zij hebben echter als doel gesteld dat er in 2011 niet meer gesepareerd wordt. Om dit te bereiken dienen alle afdelingen een plan van aanpak te maken waarin doelstellingen beschreven staan om dwang te bedwingen. Daarnaast is er in kaart gebracht wat er nodig is om deze doelstellingen te halen.

Vanuit de Langdurige Transmurale Psychiatrie (LTP) nemen hulpverleners samen met hulpverleners uit de Kliniek 1e Constantijn Huygenstraat deel aan het project Dwang Bedwingen. Vanuit de LTP kwam de vraag wat de SPV in de ambulante hulpverlening, in samenspraak met de cliënt en de naastbetrokkenen, kan doen om te voorkomen dat de cliënt in de kliniek gesepareerd wordt.

Vanuit deze vraag is het NEEd plan ontwikkeld, een ambulante plan om separatie te voorkomen. Het NEEd plan staat voor NEE tegen dwang en drang en verwijst daarnaast naar het Engelse woord "need", wat "willen" en "nodig hebben" betekent.

Het NEEd plan wordt ambulante gemaakt door de SPV samen met de cliënt, de naastbetrokkenen en een verpleegkundige van de afdeling waar de cliënt eerder opgenomen is geweest.

Separeren in Nederland

Er wordt geschat dat er in 2008 tussen de 14.000 en 15.400 separaties bij circa 5300 cliënten plaatsvonden. Dit komt neer op 305 separaties per 1000 opnamen en 5,1 separaties bij 1000 bezette bedden. De duur van de gemelde separaties was gemiddeld 5 dagen (Janssen e.a., 2009).

Binnen Arkin is een analyse gemaakt van het aantal afzonderingen en separaties (Analyse juridische maatregelen Arkin, 2009). De periode die hiervoor gebruikt is, is vanaf het 3e kwartaal in 2008 tot en met het 2e kwartaal in 2009.

Wat opvalt is dat het aantal separaties in zijn totaliteit is toegenomen. Wat uit de analyse blijkt is dat de duur van separaties wel is afgenomen, van 11,7 dagen in het 3e kwartaal van 2008 naar 5,7 dagen in het 2e kwartaal in 2009. Dit is iets hoger dan het landelijk gemiddelde van 5 dagen. Er werd dus meer gesepareerd, echter de cliënt verbleef korter in de separeer.

Separeren in het buitenland

In vergelijking met studies in het buitenland lijkt een cliënt in Nederland de grootste kans te lopen gesepareerd te worden tijdens een psychiatrische opname: 305 separaties per 1000 opnamen (2008), versus 66-116 separaties per 1000 opnamen in andere Europese landen (verschillende jaren), 1,3 per 1000 opnamen in Australië/ New Zeeland (2001), 3 tot 60 separaties per 1000 bezette bedden in de Verenigde Staten (verschillende jaren) (Janssen e.a., 2009).

Reden van separaties

In de literatuur is maar nauwelijks onderzoek te vinden naar de redenen van separaties. Ervaringen van cliënten die gesepareerd zijn worden veelvuldig beschreven, maar over de ervaringen van verpleegkundigen op de afdeling wordt maar weinig vermeld.

De belangrijkste reden voor separatie is het afwenden van gevaar. Door personeelsgebrek duren separaties vaak langer dan nodig is. Ook gebeurt het dat onbevoegde verpleegkundigen zich soms gedwongen voelen om over separatie te beslissen (Henskens e.a., 2009).

De reden om te separeren is vaak sterk afhankelijk van de persoonlijke interpretaties van de behandelaar en de afdelingscultuur (Henskens e.a., 2009). De pathologie van de cliënt is vaak geen reden om over te gaan tot separeren (Theunissen e.a., 2009).

Ervaringen van cliënten met separatie

Separatie gaat vaak gepaard met heftige gevoelens. Cliënten voelen zich vaak niet begrepen en hebben het idee gestraft te worden. Zij hebben het idee in het nauw gedreven te zijn en aan hun lot overgelaten te zijn. Gevoelens van vernedering omdat zij hun behoefte op een kartonnen po moeten doen komen ook vaak voor. Deze gevoelens kunnen leiden tot schuldgevoelens, angst en schaamte (Bosch, 2004). Dit zijn maar enkele voorbeelden van gevoelens waar cliënten die gesepareerd zijn mee te maken krijgen.

Huidige plannen om crisis te voorkomen

Binnen Nederland wordt al jaren gewerkt met plannen om crisis te voorkomen. Voorbeelden van dit soort plannen zijn het signaleringsplan, crisisprotocol en de crisiskaart. In het signaleringsplan worden de signalen van de cliënt bij een nadere crisis beschreven en er wordt beschreven hoe hiermee om te gaan. In het crisisprotocol staan afspraken beschreven hoe gehandeld dient te worden bij een crisis. Deze afspraken zijn gemaakt met de cliënt, de hulpverlener en soms ook de naastbetrokkenen. Een crisiskaart is een kaartje waarop staat wat er moet gebeuren als er een crisis optreedt. De gegevens van zowel de cliënt als de vertrouwenspersoon worden hierop genoteerd (www.netclienten.nl).

De juridische kaders van plannen om crisis te voorkomen

Indien je volgens de plannen wilt werken die je vooraf opstelt met de cliënt en de cliënt wil daar niet aan meewerken, dan blijken de afspraken met de cliënt niet veel waard te zijn. Je kunt een voorwaardelijke machtiging aanvragen waarin voorwaarden beschreven staan waaraan de cliënt zich dient te houden. De voorwaarden dienen in relatie te staan tot het gevaar dat de cliënt veroorzaakt door zijn/haar psychiatrische problematiek (Over de wet BOPZ, 2006). Daarnaast kun je gebruik te maken van een zelfbindingsverklaring die je samen met de cliënt en een onafhankelijke psychiater opstelt. Een voorwaarde voor het opstellen van een zelfbindingsverklaring is dat de cliënt beschikt over ziektebesef en -inzicht (Over de wet BOPZ, 2007). Indien je de cliënt geen zelfbindingsverklaring heeft, maar je als hulpverlener toch volgens het signaleringsplan wilt werken dien je bij het afwegen van je keuzes volgens de wet gebruik te maken van een aantal zorgvuldigheidseisen.

De begrippen subsidiariteit (minder ingrijpende alternatieven zijn er niet), proportionaliteit (dwangtoepassing staat in redelijke verhouding) en doelmatigheid (ingezette maatregel moet effectief zijn) dienen bij deze afweging betrokken te worden.

Het NEEd plan

In de psychiatrie wordt al veel gewerkt met plannen om crisissen te voorkomen. Echter indien de cliënt in de laatste fase van dit plan zit volgt vaak een opname. Hierna eindigt het plan en is er geen vervolg meer, terwijl de moeilijke tijd voor veel cliënten dan pas begint en juist tijdens die momenten een plan op maat gewenst is. Het maken van een plan op maat kan escalatie en separatie op de afdeling voorkomen. Het NEEd plan, een ambulante plan om separatie te voorkomen, is een aanvulling op de plannen die ambulante gebruikt worden om crisis te voorkomen.

Het NEEd plan is gebaseerd op het signaleringsplan van Bert van der Werf en het G-schema uit de cognitieve gedragstherapie.

Het signaleringsplan van Bert van der Werf

De cliëntgerichte werkwijze staat centraal in het signaleringsplan van Bert van der Werf. De hoofdpunten die hierin centraal staan zijn (Van der Werf e.a., 1998):

- Problemen rondom agressie zien als gezamenlijk probleem.
- Samen met de cliënt onderzoeken waarom hij/zij zich agressief of onaangepast gedraagt.
- Er zijn gemeenschappelijke belangen bij het doorbreken van een impasse. Probeer deze samen onder woorden te brengen.
- Bejegen de cliënt als een persoon met een stoornis of ziekte, niet als een gestoord persoon.
- Beschouw en behandel de cliënt niet als een defect ding waarbij alleen een strak behandelprogramma vereist is om te herstellen.
- Schaf de huisregels die voorkomen uit de stelling 'gelijke monniken gelijke kappen' zoveel mogelijk af. Cliënten zijn niet gelijk en hebben recht op erkenning van dit feit.
- Onderzoek samen met de cliënt hoe zijn/haar kwaliteit van leven verbeterd kan worden, in plaats van te proberen de cliënt 'beter' te maken.

Deze hoofdpunten zijn van belang om in het achterhoofd te houden als met cliënten in gesprek gegaan wordt over plannen om separatie te voorkomen.

Daarnaast viel in literatuuronderzoek naar het signaleringsplan van Bert van der Werf de vier fasen op waaruit het signaleringsplan is opgebouwd, waarin fase 0 de neutrale fase is en fase 3 de ernstigste fase. Veel cliënten hebben het idee dat zij van fase 0 naar fase 3 gaan en dat er geen tussenfasen zijn. Door op zoek te gaan naar signalen in de tussenliggende fasen kan er daardoor ook eerder ingegrepen worden en een separatie mogelijk voorkomen worden.

Een kritische noot wat betreft het signaleringsplan van Bert van der Werf is de beschrijving vanuit de hij/zij persoon in plaats van de beschrijving vanuit de ik-persoon. Door het NEEd plan vanuit de ik-vorm te beschrijven maak je de cliënt betrokken bij het plan, in plaats van dat je het over de cliënt hebt.

Onderdelen van de cognitieve gedragstherapie

De signaleringsplannen die binnen Arkin gebruikt worden om een crisis en opname te voorkomen zijn niet concreet genoeg, daarnaast worden de emoties en gedachten die voorafgaan aan het gedrag dat de cliënt laat zien hier niet in beschreven.

Het G-schema uit de cognitieve gedragstherapie is een manier om de situatie en het uiteindelijke gedrag uit elkaar te trekken, door te kijken naar gevoelens en gedachten die voortkomen uit de situatie (Bögels e.a., 1999).

In het NEEed plan worden achtereenvolgens de volgende onderdelen beschreven; allereerst worden de gebeurtenis/uitlokkende factoren beschreven, hierna de gedachten, gevoelens, het gedrag en als laatste wordt beschreven wat iemand nodig heeft. De beschreven punten uit het NEEed plan kunnen voor de ambulante hulpverlener tevens een manier zijn om met de cliënt in gesprek te gaan en de gedachten uit te dagen. Zo kunnen cliënten vaardiger worden in het leren omgaan met bijvoorbeeld de stemmen die zij horen of de achterdocht die zij jegens hun omgeving hebben.

De inhoud van het NEEed plan

Voor het invullen van het NEEed plan zijn een aantal onderdelen die ingevuld dienen te worden. Achtereenvolgens zijn dat ik ben, gebeurtenis/uitlokkende factoren, ik voel, ik denk, ik doe, ik heb nodig.

Ik ben

Hier kan de cliënt zichzelf beschrijven. De cliënt kan beschrijven wat hij/zij belangrijk vindt in zijn leven. Specifieke hobby's kunnen hier bijvoorbeeld beschreven worden.

Gebeurtenis/uitlokkende factoren

Hier kunnen eerdere gebeurtenissen die tot separatie geleid hebben beschreven worden. Ook kunnen uitlokkende factoren beschreven worden die kunnen zorgen voor oplopende spanning, wat weer kan leiden tot separatie.

Ik voel

Hier kunnen gevoelens die naar aanleiding van de gebeurtenis of uitlokkende factoren naar boven komen beschreven worden. Gedacht kan worden aan de vier basisemoties; bang, boos, blij en bedroefd. Het is van belang dit te beschrijven omdat veel cliënten vanuit angst agressief reageren, terwijl de verpleegkundige bijvoorbeeld denkt dat het om boosheid gaat.

Ik denk

Gedachtes die bij het gevoel horen kunnen hier beschreven worden. Bijvoorbeeld bij iemand die zich angstig voelt kan een gedachte zijn dat er mensen achter hem/haar aanzitten die hem/haar iets aan willen doen. Door dit te beschrijven krijg je meer inzicht in wat er in iemands hoofd omgaat voordat hij/zij bijvoorbeeld agressief reageert.

Ik doe

Hier wordt concreet gedrag beschreven. Bijvoorbeeld het verheffen van mijn stem, onrustig heen en weer lopen. Gedrag is iets wat waar te nemen is door bijvoorbeeld de verpleegkundige op de afdeling. Probeer dit zo concreet mogelijk te beschrijven.

Ik heb nodig

Hier kunnen allerlei activiteiten beschreven worden. Probeer te beschrijven wie deze activiteit inzet, of dit de cliënt zelf is of dat de verpleegkundige of naastbetrokkene hier een rol in heeft. Activiteiten die de cliënt kan ondernemen kunnen bijvoorbeeld specifieke hobby's zijn. De cliënt kan hulp zoeken bij de verpleegkundige, de SPV of de naastbetrokkenen of om medicatie vragen. Specifieke benadering van bijvoorbeeld de verpleegkundige op de afdeling kunnen hier ook beschreven worden. Hierbij valt te denken aan een directieve/begrenzende benadering of juist een open/rustige houding.

De betrokken partijen bij het NEEed plan

Om het NEEed plan goed in te kunnen vullen is de input van een aantal personen van belang, namelijk die van de cliënt, de naastbetrokkenen, de ambulante hulpverlener en de klinische hulpverlener. Het kan gebeuren dat een van deze betrokken personen om een of andere reden niet deel kan nemen aan het opstellen van het plan. Het heeft echter de voorkeur deze allemaal te betrekken.

De cliënt

De cliënt dient zoveel mogelijk betrokken te worden bij het opstellen van het NEEed plan. Cliënten zijn vaak heel goed in staat om in de periode na opname terug te kijken op de opname. Zij weten vaak goed te benoemen wat goed ging tijdens opname en wat minder goed ging. Ook zijn zij in staat te benoemen wat zij nodig hebben tijdens opname om een crisis op de afdeling te voorkomen.

De naastbetrokkenen

De naastbetrokkenen zoals familieleden kennen de cliënt vaak goed en hebben vaak meerdere crisissen van de cliënt van nabij meegemaakt. Zij zijn vaak goed in staat te benoemen wat signalen kunnen zijn wanneer het minder gaat met de cliënt en wat de cliënt dan nodig heeft. Ook kun zij een grote rol vervullen in de uitvoering van het NEEed plan, bijvoorbeeld door de cliënt gerust te stellen tijdens een crisis.

De ambulante hulpverlener

De ambulante hulpverlener dient het initiatief te nemen tot het opstellen van het NEEed plan. Hij/zij dient alle betrokken partijen uit te nodigen. De ambulante hulpverlener dient de signalen zo concreet mogelijk te formuleren. Ook kan de hulpverlener in het dossier van de cliënt opzoeken hoe eerdere opnames zijn gegaan en deze informatie meenemen in het opstellen van het plan. Ik pleit voor de SPV als ambulante hulpverlener en initiator voor het opstellen van het NEEed plan.

De SPV werkt volgens de uitgangspunten van de sociale psychiatrie. Deze uitgangspunten sluiten nauw aan bij de visie voor het maken van het NEEed plan, namelijk een plan waarin de autonomie van de cliënt centraal staat en de naastbetrokkenen een rol hebben in het maken en de uitvoering van het NEEed plan.

De klinische hulpverlener

Indien de cliënt eerdere opnames heeft gehad kan het nuttig zijn een klinische hulpverlener (vaak een verpleegkundige) van de laatste afdeling, waar de cliënt opgenomen is geweest, te betrekken bij het opstellen van het NEEed plan. Die verpleegkundige heeft de opname van de cliënt meegemaakt en heeft mogelijk signalen waargenomen die meegenomen kunnen worden in het NEEed plan. Ook kan de verpleegkundige een rol spelen bij wat de cliënt bij bepaalde signalen nodig heeft. De verpleegkundige kan de cliënt wijzen op de afspraken in het NEEed plan. Daarnaast heeft de verpleegkundige zicht op wat wel en niet kan op de afdeling. Je kunt bijvoorbeeld met de cliënt afspreken dat hij/zij bij crisis gebruik kan maken van de sportruimte. Dit moet echter wel haalbaar zijn op de afdeling.

Wanneer stel je het NEEed plan op?

De timing voor het opstellen van het NEEed plan is van belang. De cliënt moet in staat zijn te beschrijven wanneer de spanning oploopt, wat er dan gebeurt en wat hij/zij dan nodig heeft. Het NEEed plan dient dan ook opgesteld te worden tijdens een 'stabiele' fase van de cliënt. De stabiele fase is vaak als de cliënt weer thuis is. Daarom dient de ambulante behandelaar degene te zijn die het plan opstelt met de cliënt, de naastbetrokkenen en de verpleegkundige uit de kliniek. Bij sommige cliënten zal het niet lukken het plan op te stellen, omdat cliënten een 'stabiele' fase niet bereiken en ziekte inzicht en -besef afwezig blijven of omdat zij niet herinnerd willen worden aan deze nare ervaringen. Van belang is dan om gebruik te maken van de ervaringen van de naastbetrokkenen en de verpleegkundigen van de afdeling waar de cliënt eerder opgenomen is geweest. De ambulante hulpverlener kan ook in het dossier op zoek gaan naar signalen die zich bij eerdere crisissen voordeden.

Een ingevuld NEEed plan

Pieter Wildschut is 30 jaar oud. Pieter heeft 8 jaar geleden zijn eerste opname gehad op een gesloten afdeling.

Hierna volgden nog zeven opnames, allemaal op een gesloten afdeling. Hij is tijdens deze opnames meerdere malen gesepareerd. De laatste opname was een half jaar geleden. Ook tijdens deze opname is Pieter gesepareerd. Pieter werkt in het dagelijks leven vier dagdelen per week in een restaurant waar hij in de bediening staat. Daarnaast houdt Pieter erg van muziek en speelt hij graag gitaar. Pieter is erg gesteld op zijn privacy en heeft behoefte aan rust. Ook tijdens opname stelt hij dit erg op prijs. Daarnaast heeft hij graag regelmatig contact met een verpleegkundige van de afdeling.

Samen met zijn moeder en een verpleegkundige van de laatste afdeling, waar Pieter opgenomen is geweest, maken Pieter en zijn SPV het NEEd plan.

Naam :	Pieter Wildschut	tel:
Hulpverlener(s) :	Anne van Baar	tel:
Naastbetrokkene(n):	Carla van Bemen, moeder	tel:
Andere betrokkene(n) :	Michel de Wit, verpleegkundige kliniek	tel:
Datum :	10 oktober 2009	

Ik ben: Pieter, 30 jaar oud. Ik houd erg van muziek, vooral rockmuziek. Ik speel graag gitaar, wat ik graag op mijn kamer doe. Daarnaast vind ik het prettig om regelmatig contact te hebben met een verpleegkundige van de afdeling. Mijn moeder is erg belangrijk voor mij. Ik heb daarom ook vaak contact met haar.

Fase 0: Neutraal			
Gebeurtenis/ uitlokkende factoren:	Ik voel: - Rustig/ ontspannen.	Ik denk: - Neutrale/positieve gedachten. Niets bijzonders.	Ik doe: - Ik ben regelmatig aanwezig op de afdeling. Doe mee aan activiteiten.
<p>Ik heb nodig (inclusief wie mij daarbij kunnen helpen):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Betrokkenheid van de verpleegkundigen op de afdeling. Zij voeren dagelijks een gesprekje met mij. - Mijn moeder komt twee keer per week op bezoek. Wij bellen elkaar dagelijks. - Mijn SPV komt een keer per week langs. Wij gaan buiten de kliniek een kopje koffie drinken. - Ik speel graag gitaar en doe dit vaak op mijn kamer. 			

Fase 1: Licht			
Gebeurtenis/ uitlokkende factoren: - Ik heb slecht geslapen.	Ik voel: - Boos/ prikkelbaar, ik heb het gevoel weinig te kunnen hebben	Ik denk: - Laat me met rust.	Ik doe: - Slecht eten, ik ben in mezelf gekeerd.
Ik heb nodig (inclusief wie mij daarbij kunnen helpen): - Stimulatie van een verpleegkundige om te eten. - Rust, ik geef bij een verpleegkundige aan dat ik rust nodig heb en ga na de maaltijden een uur op mijn kamer rusten. Gitaarspelen helpt mij dan ook goed. - De verpleegkundige komt na ieder rustmoment mijn kamer toe om te vragen hoe het met mij gaat. - De verpleegkundige belt mijn moeder en vraagt of zij diezelfde dag langs kan komen. Aanwezigheid van mijn moeder maakt dat ik me rustiger voel. - De verpleegkundige belt mijn SPV en stelt haar op de hoogte van de fase waar ik in zit. De SPV blijft wekelijks langskomen.			

Fase 2: Matig			
Gebeurtenis/ uitlokkende factoren: - Spanningen op de afdeling - Me niet begrepen voelen	Ik voel: - Gespannen en angstig	Ik denk: - De mensen hier zijn tegen me/ hebben niet het beste met mij voor	Ik doe: - Onrustig over de afdeling lopen. - Boos reageren als mensen mij aanspreken
Ik heb nodig (inclusief wie mij daarbij kunnen helpen): - Het spreken van mijn moeder kan mij helpen, een verpleegkundige kan mij hierop wijzen. - Daarna gaat een verpleegkundige apart met mij zitten en vraagt mij wat er aan de hand is. Ik heb behoefte om mijn verhaal te doen. De verpleegkundige stelt mij gerust en kijkt samen met mij naar de gedachtes die ik heb en vraagt of deze kloppen. - Als dit niet werkt bel ik mijn SPV om deze gedachtes te bespreken. - Mijn SPV blijft wekelijks langskomen. - Een directieve benadering helpt niet, het versterkt mijn boosheid. - Als ik mij weer veilig genoeg voel helpt het mij om afleiding te zoeken, bijvoorbeeld door te gaan wandelen of muziek luisteren en gitaar spelen op mijn kamer.			

Fase 3: Ernstig			
Gebeurtenis/ uitlokkende factoren: - Psychose; horen van stemmen	Ik voel: - Angstig en onrustig	Ik denk: - Ik word afgeluisterd. - De mensen op de afdeling willen mij iets aandoen	Ik doe: - Opsluiten op mijn kamer. Deur barricaderen om iedereen buiten te houden. - Niet reageren op aanspraak
Ik heb nodig (inclusief wie mij daarbij kunnen helpen): - De verpleegkundige neemt contact op met mijn moeder en legt de situatie uit. Zij dient direct te komen. - In de tijd dat mijn moeder er nog niet is mij met rust laten. Ik zal mijzelf niks aandoen. Juist het contact maken met mij of het forceren van de deur zal mijn achterdocht en agressie alleen maar doen toenemen. - Als mijn moeder op de afdeling is zal zij met mij praten. Haar zal ik wel toelaten in mijn kamer. - Als ik mij weer wat rustiger voel zal mijn moeder een verpleegkundige bij mij laten komen om verdere afspraken te maken. Tranxene 50mg helpt mij heel goed. - Om hier snel uit te komen heb ik veel rust nodig, dus veel op mijn kamer en weinig in de woonkamer. Tijdens de maaltijden wil ik wel graag aanwezig zijn op de afdeling omdat ik vaak slecht eet als ik me niet goed voel. Door op de afdeling te moeten eten, zal ik wel eten. Verder zou ik in deze fase 3 x per dag tranxene 50mg willen krijgen. Echter na een week dient dit afgebouwd te worden. - In deze fase heb ik wel behoefte aan contact met de verpleegkundige. Ik zou graag bij wisseling van de dienst willen dat de verpleegkundige die mij die dienst begeleid naar mij toe komt om afspraken te maken voor die dienst; wanneer ben ik op mijn kamer, wanneer komt de verpleegkundige bij mij kijken, etc. - De verpleegkundige brengt mijn SPV op de hoogte. De SPV komt twee keer per week langs voor een gesprekje. Contact met mijn SPV werkt altijd erg goed in deze fase.			

Conclusies

Concluderend kan gesteld worden dat de kans om gesepareerd te worden in Nederland het grootst is. In andere landen in Europa worden vaak andere dwangtoepassingen gebruikt dan in Nederland. Uit onderzoek is gebleken dat separaties heel traumatisch kunnen zijn voor zowel de cliënt als de naastbetrokkenen en zelfs kan leiden tot een posttraumatische stressstoornis. Binnen Nederland wordt veel gebruik gemaakt van plannen om crisis te voorkomen. Echter wanneer de cliënt in de laatste fase van het signaleringsplan zit volgt vaak opname en houdt het plan op. Er is dan geen plan meer wat klinisch gebruikt kan worden terwijl de moeilijke tijd voor de cliënt dan vaak begint. Daarnaast is het signaleringsplan niet veel waard als de cliënt niet wil meewerken aan de interventies die erin beschreven staan. Wil je als hulpverlener toch volgens het signaleringsplan werken, dan dien je bij het afwegen van je keuzes volgens de wet gebruik te maken van een aantal zorgvuldigheidseisen. Het opstellen van een zelfbindingsverklaring of aanvragen van een voorwaardelijke machtiging kan een manier zijn om afspraken te maken over hoe te handelen wanneer de cliënt in een crisis zit.

Het NEEd plan dat ontwikkeld is, is gebaseerd op het signaleringsplan van Bert van der Werf waarin de fases 0 tot en met 3 centraal staan. Daarnaast is het G-schema uit de cognitieve gedragstherapie verwerkt in het plan. Het NEEd plan is vanuit de cliënt, de ik-persoon, beschreven om zo de cliënt meer betrokken te maken bij het plan. Het NEEd plan dient opgesteld te worden met de cliënt, de naastbetrokkenen, de ambulante hulpverlener en de klinische verpleegkundige. De naastbetrokkenen dienen betrokken te worden bij het opstellen van het NEEd plan omdat zij vaak veel crisissen met de cliënt hebben meegemaakt en hierdoor goed kunnen aangeven welke signalen de cliënt laat zien en wat hij/zij dan nodig heeft.

Ook is het van belang, bij cliënten die eerder opgenomen zijn geweest, de verpleegkundige van de afdeling waar de cliënt toen opgenomen is geweest te betrekken bij het opstellen van het NEEed plan. Hij/zij kan een goede bijdrage leveren bij het in kaart brengen van de signalen. Ook kan de verpleegkundige benoemen welke interventies wel en niet mogelijk zijn wanneer de cliënt in crisis zit.

Het NEEed plan dient opgesteld te worden tijdens een 'stabiele' fase van de cliënt. In de meeste gevallen is dat de periode dat de cliënt (weer) thuis is. De SPV dient te fungeren als initiator voor het opstellen van het NEEed plan. De SPV beschikt over specifieke kennis over de doelgroep en de cognitieve gedragstherapie en in het bijzonder over het G-schema.

Literatuur

- Analyse juridische maatregelen *Arkin* 3e kwartaal 2008 t/m 2e kwartaal 2009, uitgave van Arkin, Amsterdam, 2009.
- Bögels, S.M., Oppen, P. van, *Cognitieve therapie: theorie en praktijk*, eerste druk, Houten/Diegem, 1999.
- Bosch, K., Isoleren werkt angstverhogend. In T. Abma e.a. (red.) *Dwang en drang in de psychiatrie, kwaliteit van vrijheidsbeperkende interventies*, p 31-43, eerste druk, Utrecht, 2004.
- Heskens, R., Muusse, C., "Van beheersen naar betrokkenheid", in: *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 64 (2009) 437-449.
- Jansen, W.A., e.a., "Separaties in psychiatrische ziekenhuizen 2002-2008: Nederland internationaal vergeleken", in: *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 64 (2009) 457-469.
- *Over de wet BOPZ: Overzicht van de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen*, uitgave van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2006.
- *Over de wet BOPZ: zelfbinding*, uitgave van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2007.
- Theunissen, J., Hesta, H., "Op weg naar intensieve psychiatrische zorg", in *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 64 (2009) 561-570.
- Werf, B. van der, Goedhart, A., Huiberts, S., *Signaleringsplannen, naar minder agressie en dwang in de psychiatrie*, eerste druk, Lisse, 1998.
- www.netclients.nl