

**AdSearch**

ADVIES & RESEARCH  
IN GEZONDHEIDSZORG EN WELZIJN

# EEN FIJN PLAN

**De praktijk van behandelplannen en begeleidingsplannen  
in de ogen van bewoners die met beide te maken hebben**

Een onderzoek in opdracht van:  
Centrale Cliëntenraad De Meren en  
Centrale Cliëntenraad HVO-Querido

Mark Janssen  
Jurje Onrust

Amsterdam  
23 februari 2005

© 2005 AdSearch en CCR De Meren/CCR HVO-Querido

Janssen, M.A. en J. Onrust, *Een fijn plan. De praktijk van behandelplannen en begeleidingsplannen in de ogen van bewoners die met beide te maken hebben.*  
AdSearch, Amsterdam, februari 2005.

ISBN 90-809530-1-6

Opdrachtgevers/financiers: Centrale Cliëntenraad De Meren  
Centrale Cliëntenraad HVO-Querido

Begeleiding: Toon van der Aa  
Prem Ansu  
Ron Miedema  
Ria Mulder  
Bert Peper  
Nynke van Zwol

Uitvoering: Mark Janssen  
Jurje Onrust

Projectleiding: Mark Janssen

**AdSearch**  
ADVIES & RESEARCH  
IN GEZONDHEIDSZORG EN WELZIJN

AdSearch  
T: 020-6794443  
E: MA.Janssen@inter.NL.net  
Website: [www.adsearch.nl](http://www.adsearch.nl)

## Inhoud

<b>Voorwoord</b>	<b>5</b>
<b>1. Over het onderzoek</b>	<b>7</b>
1.1 Aanleiding	7
1.2 Vraagstelling	7
1.3 Opzet van het onderzoek	8
1.4 Verloop van het onderzoek	8
<b>2. Behandelplannen en begeleidingsplannen in theorie</b>	<b>11</b>
2.1 Ontstaan en wettelijke basis van plannen	11
2.2 Verschillende perspectieven op plannen	11
2.3 Wat is een goed plan?	12
2.4 Eerder onderzoek naar plannen	14
<b>3. Behandelplannen en begeleidingsplannen in praktijk</b>	<b>15</b>
3.1 Wie hebben we geïnterviewd?	15
3.2 Waarom heeft niet iedereen een plan?	15
3.3 Plannen in soorten en maten	16
3.4 Doelen, plannen en praktijk	17
3.5 Eenzijdig of tweezijdig?	20
3.6 Afstemming van behandelen en begeleiden	22
3.7 Verschillen tussen woonvormen	23
3.8 Plannen leven niet onder bewoners	25
3.9 Waarom leven de plannen niet?	26
<b>4. Conclusies</b>	<b>27</b>
<b>5. Aanbevelingen</b>	<b>31</b>
<b>Bijlagen</b>	
A Methodologische verantwoording	35
B Lijst van aandachtspunten en hypothesen	36
C Wervingsfolder	38
D Ontstaan en juridische basis van plannen	39
E Het 8-fasen model / Planmatig werken	41
F Kenmerken en representativiteit van de respondenten	45
G Overzicht van ontbrekende plannen	47
H Diverse modellen van behandelplannen in De Meren	49
I Plannen leven niet onder bewoners	50
<b>Literatuur</b>	<b>53</b>
<b>Lijst van afkortingen</b>	<b>55</b>

## Leeswijzer

In de vijf hoofdstukken van dit rapport staan de hoofdzaken van dit onderzoek in eenvoudige taal.

In de bijlagen staan de wetenschappelijke achtergronden, details en tabellen die moeilijker leesbaar zijn.

Hoofdstuk 4 bevat de conclusies van het onderzoek die zich goed laten lezen als een samenvatting.

Een lijst van de helaas onvermijdelijke afkortingen vindt u op het eind van dit rapport.

## Woord van dank

De volgende personen hebben geholpen bij het uitvoeren van dit onderzoek. Wij willen hen hierbij hartelijk danken:

Toon van der Aa, John Abdoelaziz, Prem Ansu, Nina van den Berg, Evert Bod, Gerrie Cornelissen, Jaap Fransman, Wim Gorissen, Wouter van de Graaf, Andreas Heilingbrunner, Eric Holt, Eline IJsseldijk, Jan Jumelet, Walter Kamp, Frans van de Klundert, René Kragten, Steffie Lavette, Marijke Linke, Bert Peper, Peter Pleyte, Paula Ruijgrok, Willem Schermerhorn, Nynke van Zwol.

Onze erkentelijkheid gaat ook uit naar: Apassi, Bewonerscommissie Straetenburgh, Cliëntencommissie HVO-Querido Indische buurt, Cliëntencommissie HVO-Querido Oosterparkbuurt, Cliëntencommissie HVO-Querido Diemen, Bezoekersraad DAC Linnaeushof, Centrale Cliëntenraad HVO-Querido, Centrale Cliëntenraad De Meren. En ten slotte bedanken we alle 44 bewoners die hebben meegewerkt aan de interviews en hun begeleiders en behandelaars die ons plannen hebben opgestuurd.

Mark Janssen en Jurre Onrust

## Voorwoord

Zomer 2004 is een project nader ingevuld en bijgesteld waarvoor al geld toegekend was in het kader van de zorgvernieuwing. In plaats van een prijs voor behandelplannen werd het in het overleg van de Centrale Cliëntenraden (CCR) van HVO-Querido en De Meren een onderzoek naar behandel- en begeleidingsplannen van mensen met woonzorg van HVO-Querido die tevens in behandeling zijn bij De Meren. Dit teneinde de situatie van deze groep en de kwaliteit van de zorg die zij ontvangen in kaart te brengen door middel van een vergelijking van deze behandel- en begeleidingsplannen. Ik viel ooit zelf onder deze categorie mensen en mijn centrale drijfveer om aan belangenbehartiging te doen is dit geweest dat de positie van deze cliënten op essentiële punten belabberd was naar eigen ervaring.

Ik wilde graag een onafhankelijke onderzoeker de kans geven deze situatie te peilen en na te gaan hoe het echt zat, los van een wellicht door de zorgsector als lichtelijk lastig, kritisch, moeilijk enzovoort ervaren Ansu, dan wel als behorende tot deze groep blijkbaar helaas niet serieus te nemen mensen. Ik bracht het idee voor dit onderzoek tijdens een overleg van de Centrale Cliëntenraden van de Meren en HVO-Querido van de Tafelbergweg in. Aanwezig werden de vaste projectgroep. Ikzelf zag het als een gouden kans om tot lotsverbetering van de genoemde categorie mensen, cliënten, te komen door eerst helderheid te scheppen over hun situatie.

Ik ben de leden van de beide opdrachtgevende Centrale Cliëntenraden er dankbaar voor dat zij enthousiast achter dit plan zijn gaan staan, speciaal de overige leden van de projectgroep, Toon van der Aa, Ron Miedema, Nynke van Zwol en Bert Peper, terwijl ook Ria Mulder eens met betrokkenheid van de partij was. Alleen doordat ieder vaak belangrijk bijdroeg aan de totstandkoming van dit project, heeft het onderzoek kunnen gebeuren en uitmonden in het voorliggende rapport.

Ik ben ook zeker dankbaar, erkentelijk, voor de medewerking van instellingszijde om deze peiling mogelijk te maken. Met name bedank ik de beide directies.

Zeer dankbaar ben ik de beide onderzoekers voor hun gedegen, serieuze werk met als resultaat het voorliggende rapport.

De CCR De Meren en De CCR HVO-Querido hebben met dit rapport een leidraad in handen om te stimuleren dat zorgverbetering tot stand komt waar nodig of gewenst. Dit project is een prachtig voorbeeld van waar samenwerking van Cliëntenraden toe kan leiden. De uitkomsten liggen er nu. Het werk voor de Cliëntenraden om tot zorgverbetering te komen aan de hand van deze uitkomsten begint nu pas, stel ik me zo voor. Dat is dan aan de Cliëntenraden in de huidige samenstelling.

Tot zorgverbetering komen kan natuurlijk niet zonder de medewerking van de betrokken organisaties HVO-Querido en De Meren. Ook zij hebben met dit rapport een prachtig instrument in handen om tot verbetering van de zorg te komen. Uiteraard is het allemaal begonnen om het belang van deze categorie cliënten. Ik wens de betrokken partijen succes om samen verbetering van de zorg te bewerkstelligen.

Prem Ansu

(voorheen voorzitter van CCR HVO-Querido)

namens de Centrale Cliëntenraden van HVO-Querido en De Meren



## Hoofdstuk 1. Over het onderzoek

In dit eerste hoofdstuk beschrijven wij het hoe en waarom van dit onderzoek naar behandelplannen en begeleidingsplannen. Achtereenvolgens komen de aanleiding (§1.1), de vraagstelling (§1.2) en de opzet (§1.3) van het onderzoek aan de orde. In §1.4 vertellen we hoe het onderzoek in de praktijk is verlopen. De resultaten van het onderzoek vindt u pas in de volgende hoofdstukken.

### 1.1 Aanleiding

In de zomer van 2004 gaven de Centrale Cliëntenraden van De Meren en HVO-Querido aan het bureau AdSearch de opdracht om een onderzoek uit te voeren naar begeleidingsplannen en behandelplannen. De aanleiding hiertoe waren signalen dat de kwaliteit van deze plannen tekortschoot. Er leefden twijfels over de afstemming van behandeling en begeleiding. Ook was er behoefte om de situatie van de betrokken cliënten in kaart te brengen.

Het onderzoek werd gehouden onder bewoners van HVO-Querido die in behandeling zijn bij De Meren. Zij krijgen huisvesting en (woon)begeleiding van HVO-Querido in sociale pensions en in beschermd en begeleid wonen. Van De Meren krijgen zij psychiatrische behandeling.

Doel van het onderzoek is om voorstellen ter verbetering te doen. De Cliëntenraden doen dit vanuit hun taak om de kwaliteit van zorg te bewaken. Een neven doel van het onderzoek is de samenwerking tussen de twee Centrale Cliëntenraden te bevorderen.

### 1.2 Vraagstelling

Dit onderzoek gaat over bewoners van HVO-Querido die behandeling krijgen van De Meren (in het vervolg spreken we kortweg over 'bewoners'). Het gaat dus om Amsterdammers met ernstige psychische en sociale problemen, die begeleid wonen, beschermd wonen of in een sociaal pension verblijven. Als het goed is hebben deze bewoners zowel een behandelplan als een begeleidingsplan.

In dit onderzoek proberen we een antwoord te geven op de volgende centrale vraag:

*Welke plaats hebben behandelplannen en begeleidingsplannen in de dagelijkse praktijk van behandeling en begeleiding van bewoners?*

- *hoe verhoudt de praktijk van behandeling zich tot die van de begeleiding?*
- *hoe zijn behandel- en begeleidingsplannen op elkaar afgestemd?*
- *hoe ervaren bewoners dit alles?*
- *welke verbeteringen kunnen vanuit hun perspectief worden aanbevolen?*

Deze centrale vraag valt uiteen in een aantal deelvragen: Hebben alle bewoners wel een begeleidings- en een behandelplan? Hebben bewoners weet van hun begeleidings- en behandelplan? Zijn bewoners het eens met hun begeleidings- en behandelplan? Hoe zien behandelplannen en begeleidingsplannen eruit? En hoe zouden behandelplannen en begeleidingsplannen eruit *moeten* zien?

Zo zijn er in het begin van dit onderzoek nog meer deelvragen opgesteld (zie de lijst van aandachtspunten in Bijlage B).

Daarnaast werd tijdens het onderzoek ruimte gelaten voor nieuwe vragen. Toen we bijvoorbeeld merkten dat niet elke bewoner een begeleidings- of behandelplan had, was een nieuwe (en voor de hand liggende) vraag: Waarom ontbreekt in sommige gevallen een begeleidings- of behandelplan?

Maar er rees ook een moeilijker vraag, toen we ontdekten dat behandel- en begeleidingplannen nauwelijks leven voor bewoners, namelijk: Waarom leven behandel- en begeleidingsplannen niet voor bewoners?

Hiermee lopen we al vooruit op hoofdstuk 3, waarin de resultaten van het onderzoek worden gegeven. Van belang is hier om te onthouden dat het onderzoek is geleid door één centrale vraag, die is vertaald in meer concrete deelvragen. Bij de beantwoording daarvan konden tijdens het onderzoek soms weer nieuwe vragen rijzen.

### **1.3 Opzet van het onderzoek**

In de oorspronkelijke planning van dit onderzoek zijn vier stappen voorzien: a) oriëntatie en voorbereiding, b) literatuuronderzoek, c) kwantitatief onderzoeksdeel en d) kwalitatief onderzoeksdeel.

Tijdens de *oriëntatie en voorbereiding* zijn gesprekken gepland om vertrouwd te raken met het onderzoeksveld. Met dat doel wordt ook zoveel mogelijk gelezen en nagezocht op internet. Gesprekken worden gehouden met managers van de twee betrokken instellingen om medewerking te vragen en om ons te oriënteren. Cliëntenraden en bewonerscommissies worden bezocht om informatie te geven over het onderzoek en om medewerking aan interviews te vragen.

Een klein *literatuuronderzoek* wordt uitgevoerd om meer inzicht te krijgen in behandel- en begeleidingsplannen en de eisen waaraan ze zouden moeten voldoen. Ook wordt nagegaan wat de juridische basis is deze plannen. Gezocht wordt naar onderzoek over behandel- en begeleidingsplannen. Dit lijkt bijzonder schaars te zijn. Gesprekken worden gehouden met andere onderzoekers die thuis zijn op dit gebied.

In het *kwantitatieve onderzoeksdeel* is het doel om een cijfermatige beschrijving te geven van behandel- en begeleidingsplannen aan de hand van een steekproef en met behulp van andere bronnen.

In het *kwalitatieve onderzoeksdeel* is het doel om interviews te houden met 40 bewoners van HVO-Querido die bij De Meren in zorg zijn. In deze half gestructureerde interviews wordt tevens aan de bewoners gevraagd om een kopie van hun behandel- en begeleidingsplan. De zo verzamelde plannen worden kwalitatief en kwantitatief geanalyseerd.

De gehanteerde *onderzoeksmethode* bestaat dus uit een combinatie van een kwantitatieve en een kwalitatieve aanpak. Waar cijfers en opsommingen verschijnen gaat het om een beschrijvend onderzoek. Waar inzichten en verbanden worden gepresenteerd gaat het om een verkennend onderzoek. Naast interviews en documenten vormden observaties een bron van informatie. Zoveel mogelijk zijn gegevens uit verschillende bronnen met elkaar vergeleken. De methode van onderzoek wordt uitgebreider beschreven in Bijlage A.

### **1.4 Verloop van het onderzoek**

Om met het onderzoek te kunnen beginnen, moest er medewerking worden verkregen van HVO-Querido en De Meren. In gesprekken met de directies van beide instel-

lingen hebben we het onderzoek toegelicht en afspraken gemaakt over de werkwijze die gevolgd zou worden. We kregen zonder problemen toegang tot de beide organisaties. In samenspraak met de directie van HVO-Querido zijn de volgende locaties geselecteerd: de beschermde en begeleide woonvormen in de Indische buurt, de Oosterparkbuurt en Diemen, de woonvoorziening de Batjan, het pension Varikstraat en het sociaal pension Straetenburgh.

Daarnaast hadden we enkele oriënterende gesprekken met sleutelpersonen uit de cliëntenraden. Hierdoor kregen we een eerste indruk van de ervaringen van bewoners met de verschillende plannen. Daarnaast leerden we iets over de dagelijkse praktijk in de verschillende woonvormen.

Via de ondersteuners hebben we de bewonerscommissies van de verschillende woonvormen benaderd. In de vergaderingen van deze commissies gaven we voorlichting over het onderzoek en deelden we de wervingsfolder uit (zie bijlage C). De leden van de bewonerscommissies zijn uitgenodigd om deel te nemen aan een interview. Vervolgens zijn ze gevraagd om mensen buiten de commissie te vragen om mee te werken aan een interview. Op hun beurt hebben deze geïnterviewden weer nieuwe deelnemers geworven. Deze *sneeuwbalmethode* kon niet gebruikt worden in de Batjan en de Varikstraat, want daar is (nog) geen bewonerscommissie. In de Varikstraat hebben we samen met de teamleider een ronde langs de aanwezige bewoners gemaakt en hen gevraagd mee te doen aan een interview. De geïnterviewden in de Batjan zijn geworven door de teamleider. De bewoners uit de Indische buurt en de Oosterparkbuurt hebben we ook via het DAC Linnaeushof benaderd. Op het Bezoekers Team Overleg en via de informatiefolder is het onderzoek daar bekend gemaakt.

Tijdens de bezoeken aan de verschillende woonvormen hadden we af en toe korte gesprekjes met woonbegeleiders en SPV-ers, die zeer informatief bleken. In de woonvormen hebben we veel om ons heen gekeken. Deze toevallige observaties bleken vaak heel leerzaam. Daarnaast hebben we (onder meer op internet) zoveel mogelijk schriftelijke informatie gezocht. Collega-onderzoekers, beleidsmedewerkers en leden van de Cliëntenraden bezorgden ons een zestal rapporten. Dit alles heeft zeer nuttig achtergrondmateriaal opgeleverd (zie de literatuurlijst aan het eind van dit rapport).

In november en december 2004 hielden we interviews met in totaal 44 bewoners. Het aantal mensen per woonvorm staat in de onderstaande tabel weergegeven.

	BBW Indische buurt	BBW Oosterpark- buurt	BBW Diemen	De Batjan	Pension Varikstraat	Sociaal pension Straetenburgh
aantal interviews met bewoners	5	2	7	9	5	16

**Tabel 1. Verdeling van geïnterviewden over de woonvormen (BBW=Beschermd/Begeleid Wonen)**

Van deze 44 mensen krijgt één persoon (in Diemen) geen woonbegeleiding. Twee andere personen (in Straetenburgh) zijn niet in behandeling bij de Meren: de ene

wordt in het geheel niet behandeld en de andere is in behandeling bij Mentrum. Strikt genomen horen dus slechts 41 van de 44 geïnterviewden tot de onderzoeksgroep: bewoners van HVO-Querido in behandeling bij de Meren. Toch hebben we de mening van deze 3 'randfiguren' meegenomen als dat mogelijk was. In §3.1 worden de kenmerken en de representativiteit van de geïnterviewden beschreven.

We hielden de interviews aan de hand van een lijst met aandachtspunten en voorbeeldvragen. We gebruikten geen taperecorder, maar maakten aantekeningen in de vragenlijst. Gemiddeld duurden de interviews zo'n drie kwartier, variërend van 25 tot 70 minuten. We hebben elk interview als prettig ervaren en we denken dat ook de bewoners het gesprek hebben gewaardeerd. In ieder geval hebben we geen enkele wanklank gehoord. De geïnterviewden waardeerden de kleine financiële vergoeding (10 euro) die we konden bieden. Ook was vrijwel iedereen benieuwd naar de samenvatting van de resultaten van het onderzoek die we beloofden te sturen.

Aan de geïnterviewden is gevraagd of zij ons toestemming wilden geven om kopieën van hun behandel- en begeleidingsplan op te vragen. Niet van elke respondent hebben we de beide plannen kunnen zien. Behandel- en begeleidingsplannen bleken in enkele gevallen niet te bestaan of zoek te zijn. Sommige bewoners weigerden ons toestemming te geven. In één geval vonden we de geïnterviewde niet in staat om toestemming te kunnen geven. Die is toen niet gevraagd. In totaal gaven 31 bewoners ons toestemming om hun behandelplan op te vragen en gaven 34 bewoners ons toestemming om hun begeleidingsplan in te zien. Zij ondertekenden een briefje gericht aan hun SPV-er of woonbegeleider.

Al met al hebben we van heel veel mensen medewerking gekregen. We willen iedereen nog eens hartelijk danken.

## Hoofdstuk 2. Behandelplannen en begeleidingsplannen in theorie

In hoofdstuk 2 staan de bevindingen van het literatuuronderzoek. Allereerst zijn we nagegaan hoe behandel- en begeleidingsplannen zijn ontstaan en wat hun wettelijke basis is (§2.1). Vervolgens onderscheiden we diverse perspectieven van waaruit deze plannen bekeken worden (§2.2). Omdat er geen standaardplannen bestaan, gingen we na welke ideeën er leven over wat een goed plan is (§2.3). Tenslotte geven we weer wat andere onderzoekers over plannen hebben gevonden (§2.4).

### 2.1 Ontstaan en wettelijke basis van plannen

De eerste reden om behandelplannen en begeleidingsplannen in te voeren was de kwaliteit van zorg. Het idee was dat het methodisch werken van hulpverleners verbeterd kon worden door voor elke cliënt een plan op te stellen.

Behandelplannen werden in 1994 verplicht gesteld voor gedwongen opgenomen patiënten op grond van de BOPZ (Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen). Maar in 1995 kregen alle behandelplannen een wettelijke basis in de WGBO (Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst).

De WGBO geldt voor alle medische behandelingen, dus niet alleen voor de psychiatrie. Het doel van de wet is de positie van de patiënt te versterken. Uitgangspunt van de wet is dat alle behandelingen plaatsvinden op basis van een overeenkomst (contract) tussen patiënt en behandelaar. De behandelaar heeft de plicht om de patiënt voor te lichten en mag pas behandelen als de patiënt toestemming heeft gegeven. Dit is het principe van *informed consent*: toestemming op basis van informatie. Die toestemming hoeft niet schriftelijk, maar mag ook mondeling gegeven worden. Een uitzondering geldt als iemand wilsonbekwaam is: dan wordt aan een wettelijke vertegenwoordiger (meestal een familielid) toestemming gevraagd.

In 1998 is de WGBO van toepassing verklaard op beschermd wonen, in een overeenkomst tussen aanbieders en zorgverzekeraars. Daarbij is vastgelegd dat de bewoner schriftelijk moet instemmen met het begeleidingsplan.

Tot zover de hoofdzaken. Een uitgebreidere en preciezere weergave van het ontstaan en de wettelijke basis van de plannen is te vinden in Bijlage D.

### 2.2 Verschillende perspectieven op plannen

Tijdens dit onderzoek viel het ons op hoeveel partijen belang hechten aan behandel- en begeleidingsplannen. Elke partij heeft er vanuit het eigen perspectief hoge verwachtingen van:

a) *Toezichthouders*. De Inspectie van de Gezondheidszorg wil dat de beschermende woonvormen (RIBW-en) begeleidingsplannen maken. De kwaliteit van zorg zou daarmee gebaat zijn (en de controleerbaarheid ervan). Volgens de BOPZ zijn behandelplannen verplicht bij mensen die gedwongen worden opgenomen. Ook hier is toezicht het motief.

b) *Financiers*. Zorgverzekeraars en Gemeenten zien graag behandel- en begeleidingsplannen, omdat ze een instrument vormen om de kwaliteit en kosten van de zorg te toetsen.

c) *Beleidsmakers*. De Gemeente Amsterdam heeft een doorstroombeleid ontwikkeld voor de Maatschappelijke Opvang, zodat er geen uitbreiding van capaciteit meer nodig is. Er zijn 13 *doorstroomfunctionarissen* aangesteld om de doorstroom te stimuleren en begeleidingsplannen spelen hierbij een grote rol.

d) *Managers*. Directeuren van instellingen en koepelorganisaties van instellingen leggen nadruk op planmatig werken. Zij vinden het belangrijk om sturing te geven aan hulpverleners en de kwaliteit van zorg te controleren.

e) *Hulpverleners*. Hulpverleners en hun beroepsverenigingen vinden planmatig werken belangrijk om de kwaliteit van zorg te verbeteren. De schriftelijke plannen zijn behulpzaam bij evaluatie, overdracht en intervisie.

f) *Juristen*. De WGBO geeft het juridische kader voor het planmatig werken. Deze wet wil de positie van de cliënt/patiënt versterken. Volgens deze wet vinden behandelingen plaats binnen een contract, of overeenkomst tussen patiënt en arts. De arts moet volledige informatie geven, zodat de patiënt/cliënt zijn geïnformeerde instemming (*informed consent*) kan geven. Meer gelijkwaardigheid is het doel.

g) *Cliënten*. Door behandel- en begeleidingsplannen kunnen cliënten meer invloed krijgen op de behandeling of begeleiding. De plannen verschaffen hen meer informatie en duidelijkheid. Daardoor ontstaat een grotere gelijkwaardigheid en betere rechtspositie. Als cliënt kun je eisen dat een eenmaal gemaakte (en schriftelijk vastgelegde) afspraak wordt nageleefd.

De conclusie mag zijn dat er vele perspectieven en bedoelingen zijn rondom de plannen. In dit onderzoek kijken we vooral vanuit het perspectief van de cliënt. Incidenteel zullen we ook door de bril van de hulpverlener of de jurist kijken.

### **2.3 Wat is een goed plan?**

Er is geen overeenstemming over wat een goed behandel- of begeleidingsplan is. Elke instelling in Nederland doet het anders. Wel zijn er allerlei opvattingen over hoe een goed plan eruit zou moeten zien.

Volgens *De Meren* dient elke cliënt een schriftelijk behandelplan te hebben (Beleidsplan 2004-2007). In een gesprek met de eerste geneeskundige van De Meren worden twee plausibele uitzonderingen genoemd: een cliënt die pas kort in zorg is heeft vaak nog geen behandelplan en bij een cliënt die voor een zeer lichte en kortdurende behandeling komt, kan het behandelplan worden overgeslagen (en wordt alleen een verantwoording opgenomen in het dossier). Behandelplannen krijgen een evaluatie binnen zes of maximaal twaalf maanden. In de kliniek vindt evaluatie vaker plaats.

Volgens *Kragten* (2003), die zich verplaatst in de positie van de cliënt, is een goed plan een tweezijdig plan. Hiermee bedoelt hij dat het plan niet louter de informatie en visie van de hulpverlener bevat, maar een product is van de samenwerking tussen cliënt en hulpverlener. Een plan waarin ruimte is voor beide partijen en waarin beide partijen zich herkennen. In het tweezijdige plan worden steeds de meningen van beide partijen naast elkaar gezet, te beginnen met een evaluatie van de voorafgaande periode (een plan is immers meestal een vervolgplan). Het plan beschrijft voorts van twee kanten het probleem, de vraag, de mogelijke middelen, de nodige zorg, de afspraken en de hulpverleners. Bij 'bijzonderheden' wordt vermeld of er een crisisplan en een rehabilitatieplan aanwezig is, en wat de volgende evaluatiedatum is.

Volgens *Beenackers* (2002), die zich richt tot hulpverleners, is een goed behandelplan vooral een simpel plan. Het dient slechts vier punten te bevatten: 1. klachten van de patiënt, 2. hypothese van de hulpverlener, 3. voorgenomen behandelmethode en 4. beoogd behandelresultaat. Punten 1. en 4. zijn het domein van de cliënt, punten 2. en 3. zijn het terrein van de hulpverlener, en dit dient in het taalgebruik tot uiting te komen. *Beenackers* verzet zich tegen een tweeledige versie van een plan (zoals *Kragten* dat voorstaat), maar vindt dat de hulpverlener een gezamenlijke formulering moet kiezen. Een diagnose verschijnt niet onder punt 1., maar onder punt 2. De hypothese van de hulpverlener betreft datgene wat de klachten in stand houdt. Als een diagnose daarover geen inzicht verschaft, kan ze achterwege blijven, volgens *Beenackers*. Voorts pleit *Beenackers* voor het identificeren van de echte cliënt (als de buurman klaagt is hij de cliënt) en voor het zichtbaar maken van de cliënt (als een mens van vlees en bloed).

*Van Ginneken* (1995) richt zich tot begeleiders in beschermd wonen. Een goed begeleidingsplan omvat een of meerdere levensgebieden en geeft per gebied doelen en middelen aan. Het plan mag geen sancties of bedreigingen bevatten en ook geen 'afspraken' over medicatie die neerkomen op verplicht medicijngebruik. Het plan wordt binnen twee of drie maanden na binnenkomst van de bewoner opgesteld. Evaluatie vindt na zes maanden plaats. Het plan geeft aan hoe vaak de voortgangsgesprekken plaatsvinden, wat de evaluatiedatum is en liefst ook wat de verwachte verblijfsduur is van de bewoner. *Van Ginneken* vindt dat begeleider en bewoner het plan moeten ondertekenen.

*Van der Hijden* (1998) bepleit een participatiemodel: de bewoner moet een partner in de besluitvorming zijn. Deze participatie gaat verder dan 'informed consent', waarin de nadruk ligt op informeren (en niet op meedoen). De enige manier om tot vraaggestuurde zorg te komen is, volgens *Van der Hijden*, om de stem van de bewoner te onderscheiden van die van de begeleider. De dominantie van de begeleider moet erkend worden. De vraag is dan hoe de stem van de bewoner versterkt kan worden. Dat is mogelijk door in het begeleidingsplan steeds de bewoner en de begeleider afzonderlijk aan het woord te laten: bij de probleemomschrijving, bij de doelbepaling, bij de gewenste middelen en bij de evaluatie. De opvatting van *Van der Hijden* is gebaseerd op uitgebreid onderzoek en kan beschouwd worden als de theoretische onderbouwing van de aanbevelingen van *Kragten*. Een goed begeleidingsplan is tweezijdig, komt tot stand in goed overleg tussen bewoner en hulpverlener en wordt regelmatig geëvalueerd.

*Van der Meer, Van de Graaf & Tilborgh* (1999) onderzochten het nieuwe begeleidingsplan van RIBW Twente, dat voortbouwt op *Van der Hijden*. Het plan beslaat 12 leefgebieden, waarop doelen worden gesteld. Vastgelegd wordt wie het formuleert: de bewoner of de begeleider. Maar in de rest van het plan hoeft de herkomst van opmerkingen niet meer genoemd te worden. Het plan bevat een grote hoeveelheid deelformulieren. Het doel van vraagsturing wordt echter niet goed bereikt. In de praktijk voelen bewoners en begeleiders zich door het plan in een keurslijf gedrukt. Dat zou te maken hebben met de dwingende procedures ervan. Ook is de kritiek dat de stem van de bewoner te weinig doorklinkt. De auteurs pleiten voor meer aandacht voor het verleden en de levensgeschiedenis van de bewoner.

In *HVO-Querido* in Amsterdam worden twee begeleidingsplannen gebruikt, die veel op elkaar lijken. In de maatschappelijke opvang is het '8-fasen model' gangbaar. In de beschermde woonvormen wordt veelal gewerkt met 'Planmatig werken'. Deze twee plannen worden uitgebreid beschreven in Bijlage E.

#### **2.4 Eerder onderzoek naar plannen**

Beenackers (2002) onderzocht in 1995 of Riagg's werkten met behandelplannen. Dat bleek toen nauwelijks het geval. In datzelfde jaar werden begeleidingsplannen al in de helft van de RIBW-en gebruikt (Van Ginneken 1995). De kwaliteit van de plannen liet wel eens te wensen over.

Bewoners van beschermd wonen zijn vaak niet bekend met het woord 'begeleidingsplan'. In het onderzoek van Van der Meer (1997) onder 106 bewoners moest het woord vaak worden uitgelegd. Na deze uitleg zeiden 55 bewoners een plan te hebben, zeiden 35 bewoners geen plan te hebben en zeiden 16 het niet te weten.

In een klein leeronderzoek (Pluimgraaff e.a. 2000) werden 16 cliënten en hun hulpverleners ondervraagd. De helft van de cliënten was niet op de hoogte van hun behandelplan, terwijl de grote meerderheid van de hulpverleners dachten dat zij dat wel waren. Van de 16 cliënten dachten 11 dat hun behandelplan niet op papier stond; 10 hulpverleners dachten dat dat wel het geval was. Hulpverleners lijken de geïnformeerdeheid van hun cliënten te overschatten.

Bij het tot stand komen van begeleidingsplannen is de begeleider dominant, zo vond Van der Meer (1997), net als Van der Hijden (1998). Dat spoort met de ervaringen van Kragten (2003), die vooral eenzijdige plannen aantrof. De poging van de RIBW Twente om met een complexer plan meer tweezijdigheid en vraagsturing te bereiken hadden weinig succes (Van der Meer e.a. 1999). Misschien werkt teveel papierwerk averechts uit.

Naar aanleiding van een enquêteonderzoek onder 56 cliënten van GGzE concludeert Wesenbeek (1997) dat cliënten weinig betrokken zijn bij het behandelplan. Van de ondervraagden weet 25% niet wat een behandelplan is. Evaluatie vindt niet geregeld en volgens de ondervraagden niet vaak genoeg plaats. Zeer zelden wordt het behandelplan ondertekend meegegeven aan de cliënt. Een groot aantal cliënten is volgens Wesenbeek ontevreden met hun behandelplan, terwijl een behandeling alleen kan slagen met goedkeuring en medewerking van de cliënt. Wesenbeek pleit voor meer betrokkenheid door cliënten actief mee te laten denken in hun behandeling, onder meer door hen deel te laten nemen aan de evaluatie.

Geconstateerd moet worden dat er weinig onderzoek is gedaan naar behandel- en begeleidingsplannen. Dat betekent ook dat de talrijke goede bedoelingen (zie §2.2.) nog maar nauwelijks zijn getoetst. De magere onderzoeksresultaten tot dusver doen vermoeden dat de plannen nog niet goed functioneren.

## Hoofdstuk 3. Behandelplannen en begeleidingsplannen in praktijk

In dit derde hoofdstuk geven we de resultaten van het onderzoek. Allereerst beschrijven we de kenmerken van de geïnterviewden (§3.1). Vervolgens gaan we na waarom niet iedereen een behandel- of begeleidingsplan heeft (§3.2). De kenmerken van deze plannen staan in §3.3. Dan gaan we na hoe de doelen van bewoners in de plannen staan (§3.4). Zijn deze plannen eenzijdig of tweezijdig tot stand gekomen, is de vraag in §3.5. En hoe is de afstemming tussen behandeling en begeleiding (§3.6)? Verschillen tussen woonvormen komen aan de orde in §3.7. Uit alles blijkt dat de plannen onder de bewoners niet leven (§3.8). In §3.9 zoeken we naar de oorzaken hiervan.

### 3.1 Wie hebben we geïnterviewd?

De 44 geïnterviewden waren overwegend mannen (73%) en zij hadden vaak een verslavingprobleem (52%). In meerderheid (57%) hadden zij een allochtone afkomst. Dit hangt samen met de woonvormen in dit onderzoek: de bewoners van de Batjan zijn bijna allen man, in Straetenburgh hebben de meeste bewoners een verslavingsprobleem en pension de Varikstraat in Zuid-Oost is bedoeld voor mensen met een dubbele diagnose.

Het lijkt er op dat de 44 geïnterviewden een redelijke afspiegeling vormen van de bevolking van de woonvormen in dit onderzoek. Zij zijn echter niet representatief voor alle bewoners van HVO-Querido als geheel.

Van de 44 geïnterviewden zijn 11 lid van een Bewonerscommissie. Dat is een begrijpelijk gevolg van de sneeuwbalmethode die we gebruikten. Daarnaast zijn bewoners die in crisis waren of die in grote verwarring verkeerden, ontzien. Daardoor is de groep geïnterviewden waarschijnlijk mondiger en sociaal vaardiger dan gemiddeld. Zie Bijlage F voor meer details.

### 3.2 Waarom heeft niet iedereen een plan?

Van 18 bewoners hebben we zowel het begeleidings- als het behandelplan gekregen. Van 9 bewoners hebben we alleen het begeleidingsplan gekregen en van 7 alleen het behandelplan. We hebben in totaal 27 begeleidingsplannen en 25 behandelplannen ontvangen. In 29% van de gevallen ontbreekt er een begeleidingsplan. Hoofdoorzaak die daarvoor door begeleiders wordt gegeven, is een te kort verblijf in de huidige woonvorm. Dat lijkt in drie gevallen geen geldige reden: één bewoner verblijft al twee maanden in de huidige woonvorm, één al drie maanden en één zelfs al een jaar. In 4 gevallen konden we geen begeleidingsplan krijgen 'wegens printerproblemen'. We hebben het sterke vermoeden dat die begeleidingsplannen niet bestaan.

Het behandelplan ontbreekt in 24% van de gevallen. De belangrijkste oorzaak daarvoor is het niet opstellen van behandelplannen door één bepaalde SPV-er. Deze gaf aan dat de werkdruk geen uitgebreide administratie toelaat. Twee andere behandelplannen ontbraken omdat men op betreffende afdeling geen behandelplannen maakt. Soms ontbreken plannen door een toevallige of goede reden (bijvoorbeeld als iemand nog heel kort in behandeling of begeleiding is). Als we deze buiten beschouwing laten

moeten we concluderen dat 21% van de begeleidingsplannen en 18% van de behandelplannen zonder goede reden ontbreekt.

Dit onderzoek naar behandel- en begeleidingsplannen heeft de praktijk beïnvloed. In enkele gevallen merkten we dat een plan werd opgesteld, juist omdat wij er om vroegen. Ook werden er verschillende plannen geactualiseerd, nadat wij er om vroegen. Deze plannen zijn een onbedoeld (positief) effect van het onderzoek. De situatie lijkt hierdoor wellicht wat gunstiger dan ze in werkelijkheid is.

### **3.3 Plannen in soorten en maten**

Zoals in hoofdstuk 2 is aangegeven bestaat er geen standaard voor een behandelplan, evenmin voor het begeleidingsplan. In dit onderzoek hebben we meerdere soorten behandel- en begeleidingsplannen aangetroffen. De begeleidingsplannen van MO-bewoners zijn afkomstig uit het 8-fasenmodel. De begeleidingsplannen van BBW-bewoners behoren tot de methode van ‘planmatig werken’. Dit komt overeen met het beleid dat HVO-Querido voert (zie Bijlage E). Alleen de begeleidingsplannen uit de Varikstraat wijken hiervan af. Deze zijn ieder verschillend en volgen een verouderd model.

Van de behandelplannen hebben we maar liefst zeven verschillende modellen aangetroffen (zie Bijlage H). Het gehanteerde model lijkt samen te hangen met de locatie waar de SPV-er werkzaam is. Het meest uitgebreide behandelplan behoort bij het Elektronisch Patiënten Dossier. De meest beknopte komt uit de vestiging Nienoord.

De *begeleidingsplannen* hebben de onderstaande kenmerken (de volgende cijfers zijn gebaseerd op 27 begeleidingsplannen):

- Het merendeel is vrij recent: 58% is minder dan een half jaar oud, 23% is ouder dan een half jaar, 19% is ouder dan een jaar (1 plan heeft geen datum).
- Het tijdstip van evaluatie wordt meestal niet vermeld: slechts in 44% van de begeleidingsplannen staat een evaluatiedatum voor de beschreven doelen.
- Maar weinig begeleidingsplannen zijn ondertekend door de bewoner zelf: in 85% van de plannen ontbreekt de handtekening van de bewoner.
- In geen van de begeleidingsplannen staan crisisafspraken.
- Voor naastbetrokkenen is geen structurele aandacht (familieleden worden in enkele plannen slechts incidenteel genoemd).

De meeste begeleidingsplannen bestaan uit een uitgebreide persoonsbeschrijving of situatieschets en een beschrijving van gestelde doelen en bijbehorende acties. Afhankelijk van het aantal doelen worden deze in het merendeel van de plannen met ongeveer 100 tot 250 woorden beschreven. In sommige plannen zijn de doelen gericht op de korte termijn en zeer summier weergegeven, met minder dan 30 woorden. In twee begeleidingsplannen ontbreken ze zelfs (zie ook §3.4). Maar de meerderheid van de begeleidingsplannen bevat doelen die de cliënt kunnen helpen bij het ontwikkelen van zelfstandigheid. Gemiddeld staan er twee doelen in het begeleidingsplan.

In het merendeel van de plannen komt de beleving van de bewoner naar voren. Eén begeleidingsplan is door een bewoner zelf geschreven. De stijl van begeleidingsplannen is alledaags, ze bevatten vrijwel geen jargon.

Een grote meerderheid van de bestudeerde begeleidingsplannen is niet volgens alle richtlijnen ingevuld (zie ook Bijlage E.). Er zijn slechts twee begeleidingsplannen die minder dan een half jaar oud zijn, een streefdatum voor de doelstelling(en) hebben en ondertekend zijn door de bewoner. Dat wil niet zeggen dat alle overige plannen sterk afwijken van deze norm.

De *behandelplannen* hebben de volgende kenmerken (de volgende cijfers zijn gebaseerd op 25 plannen):

- De meeste behandelplannen zijn vrij recent: 56% is minder dan een half jaar oud, 28% is ouder dan een half jaar (maar jonger dan een jaar), 16% is ouder dan een jaar.
- Het tijdstip van evaluatie wordt meestal wel vermeld: in 67% van de plannen staat een evaluatiedatum voor de genoemde doelen.
- Relatief veel behandelplannen zijn geaccordeerd door de cliënt: in 56% van de behandelplannen staat aangegeven dat de cliënt er mee akkoord is gegaan, in 44% van de gevallen ontbreekt dit akkoord. Accorderen wil niet zeggen dat het plan is ondertekend. Ondertekening hebben we voor het behandelplan niet altijd na kunnen gaan, want een deel daarvan is afkomstig uit het Elektronisch Patiënten Dossier. Dat wordt alleen digitaal gehanteerd. We zagen slechts twee door de cliënt ondertekende behandelplannen.
- In 28% van de behandelplannen is een crisisprotocol opgenomen.
- In 11% van de plannen staat vermeld dat naastbetrokkenen, zoals familieleden en de huisarts, op de hoogte zijn gesteld van de behandeling. Slechts in één plan wordt vermeld dat de bewoner daarvoor toestemming geeft.

De behandelplannen zijn veel beknopter ingevuld dan de begeleidingsplannen. Elk onderdeel wordt met één of enkele verkorte zinnen beschreven, soms alleen met steekwoorden. Er wordt genoemd wat de diagnose en/of probleemdefinitie is en welke behandeling daarop wordt toegepast. Vervolgens staat er in veel behandelplannen weergegeven wat de doelstellingen op korte en lange termijn zijn en wie de verantwoordelijke behandelaar is. In alle aangetroffen behandelplannen staan doelen, maar soms zijn deze doelen zeer summier weergegeven. Nergens zijn doelstellingen met meer dan 70 woorden beschreven. Gemiddeld bestaan deze doelen uit zo'n 20 woorden. Soms zijn dat er minder dan 10.

Het grote merendeel van de behandelplannen is een document van de hulpverlener gericht aan de hulpverlening. Ze staan over het algemeen vol met afkortingen en psychiatrische vaktaal. Slechts in twee behandelplannen komt de bewoner zelf aan het woord.

Een meerderheid van de bestudeerde behandelplannen is niet volgens alle criteria ingevuld (zie ook Bijlage H). Er zijn drie behandelplannen die minder dan een half jaar oud zijn, een termijn stellen voor de genoemde doelstellingen en geaccordeerd zijn door de cliënt. De andere plannen wijken op één of meer gebieden van deze norm af.

### **3.4 Doelen, plannen en praktijk**

Verreweg de meeste geïnterviewde bewoners kunnen desgevraagd doelen aangeven. Hun hoofddoel heeft steeds te maken met hun woonwens:

- 8 bewoners willen geheel zelfstandig gaan wonen.
- 16 bewoners willen naar begeleid wonen.
- 2 bewoners willen naar beschermd wonen.
- 18 bewoners willen hun huidige woonsituatie handhaven.

Dat laatste doel, het handhaven van de woonsituatie, wordt niet altijd uitgesproken. De 18 mensen die dit willen kunnen in drie groepen worden verdeeld:

- 4 bewoners spreken niet over mogelijke verandering van woonsituatie, maar noemen als eerste doel: stoppen of beheersen van het gebruik van harddrugs (zij wonen allen in de Varikstraat).
- 7 bewoners hebben eigenlijk geen doel, zijn overwegend passief en "vinden het wel goed zo".
- 7 bewoners zijn tevreden met hun huidige woonsituatie. Zij kiezen er positief voor om hun verblijf voort te zetten (het onderscheid met de vorige groep is graduueel).

Naast de woondoelen hebben bewoners nog allerlei bijkomende doelen op het gebied van dagbesteding, werk, contacten, financiën, administratie, huishouden, enzovoorts.

In de *begeleidingsplannen* worden de hoofddoelstellingen van de bewoners vaak bevestigd, maar bijna even vaak tegengesproken. In 14 begeleidingsplannen is de woondoelstelling gelijk aan het doel dat de bewoner in het interview vertelt, zij het dat dit soms nogal impliciet blijft (bijvoorbeeld: de bewoner zegt dat hij "geen doelen heeft" – zijn begeleidingsplan bevat geen doelstellingen). Maar vaker is de overeenstemming expliciet (bijvoorbeeld: bewoner zegt dat hij begeleid wil wonen – doel in het begeleidingsplan is "uitstromen naar begeleid wonen").

In 13 begeleidingsplannen heeft de begeleider echter een geheel andere mening dan de bewoner, bijvoorbeeld:

*"Uitvoer. 2. Huisvesting. Doel: begeleid wonen volgens cliënt. Volgens begeleiding RIBW. Actie: Cliënt bewegen zich eerst met RIBW te verzoenen."*

In bovenstaand voorbeeld wordt het visieverschil tussen bewoner en begeleider openlijk beschreven. Maar dat komt zelden voor. Meestal lijken begeleiders het meningsverschil te ontwijken door nadruk te leggen op ondergeschikte doelen, zoals de schoonmaak. Een typerend voorbeeld is het plan van Z., die na twee jaar beschermd wonen graag op zichzelf wil gaan wonen. In dat plan staat:

*"Actieplan zorgdoel. Aandachtsgebied wonen. Gewenste situatie/doel: elke week kleding wassen; schoonmaakafspraken nakomen."*

Afwezig in dit plan, maar ook in de meeste andere begeleidingsplannen, zijn lange termijn doelstellingen, stappenplannen en streefdata. Nu hebben veel bewoners het gevoel dat ze aan het lijntje worden gehouden, zoals T. die al 1 jaar in het sociaal pension woont:

*"Zelf wil hij bijvoorbeeld weten of hij op de wachtlijst voor begeleid wonen staat, maar hij krijgt alleen maar onduidelijke antwoorden zoals 'Ik ben bezig' en 'Het komt wel goed'. Zijn traject is opgenomen in zijn dossier, maar hoe het precies verder gaat weet hij niet. Hij zou graag zien dat er in het begeleidingsplan termijnen worden gesteld. Dat zou de tevredenheid, maar ook de doorstroom vergroten."*

Een andere tekortkoming in begeleidingsplannen is dat ze soms verouderd zijn. Verschillende keren zien we dat een bewoner zijn doel heeft bijgesteld, zodat het niet meer overeenkomt met het begeleidingsplan van één of twee jaar geleden.

Over de doelen van *behandeling* tasten de meeste bewoners in het duister:

*"Gesprekken met de SPV-er betreffen voornamelijk het innemen van medicijnen. Als ik naar het doel van deze behandeling vraag, antwoordt H. na een lange stilte: 'Dat het goed gaat'. In dat opzicht lijkt de behandeling volgens hem te slagen, want het gaat beter."*

In de ogen van de bewoners bestaat de behandeling louter uit pillen en injecties, vaak met onbekende bedoelingen en bestanddelen:

*"Ik krijg pillen, ik weet niet precies wat. Vijf gele en een witte."*

Tien bewoners uiten hun tevredenheid met de medicatie, en zien het belang ervan:

*"Zonder deze medicijnen zou ik nu niet zo met jou kunnen praten."*

Daarentegen zijn vijf bewoners ontevreden met hun medicatie:

*"Hij zegt 34 methadonpillen per dag te krijgen. Daarnaast slaappillen, kalmeerpillen en een versterker van de medicijnen. Dat is allemaal heel schadelijk. Hij wil liever stoppen met zijn medicatie. Maar je eigen wensen zijn vaak het probleem: meer kan wel, maar zakken in dosering gaat niet."*

Op één na alle bewoners krijgen medicatie. Voor de meesten is het iets wat je overkomt, en niet zozeer een begrijpelijk antwoord op een bewuste vraag. Drie bewoners die zelf doelen stellen en wensen uiten over een alternatieve behandeling, vinden geen gehoor:

*"De behandeling bij De Meren vindt hij 'niet veel soeps'. Voorheen liep hij bij de angstpoli van het Lucasziekenhuis. Daar kreeg hij cognitieve therapie voor angst en dwang. Bij De Meren kreeg hij te horen dat hij het maar moest accepteren en dat het niet te verhelpen is. 'Ze hadden een teamvergadering gehad en ze zeiden dat ik er mee moest leren leven, omdat ik al zoveel behandeld ben.' Zijn woonbegeleider en zijn zus zijn het daar niet mee eens, evenals hij zelf.."*

In de praktijk komt de behandeling van de bewoners neer op medicatie en steunende gesprekken. Daarnaast worden wel Liberman-trainingen en assertiviteitscursussen aangeboden. SPV-ers hebben aandacht voor rehabilitatie, maar komen daar weinig aan toe. Voorop staat meestal het verbeteren van de woonsituatie. Afspraken over dagbesteding worden gemaakt, maar er wordt zelden actief bemiddeld of kwartiergemaakt.

De praktijk van de begeleiding wordt overheerst door de zorg voor het leefklimaat: het bezweren van conflicten of crises, zorg voor hygiëne, huishouden en dagelijkse levensverrichtingen. Veel tijd gaat ook zitten in het regelen van financiën van bewoners en in het bieden van structuur. Begeleiders hebben aandacht voor rehabilitatie en dagbesteding, maar zeker in de pensions komen zij daar nauwelijks aan toe. Volgens bewoners is hier sprake van personeelsgebrek.

Veel bewoners in de pensions hebben meervoudige problemen: psychiatrische problemen, verslaving aan harddrugs, gezondheidsproblemen (HIV, hepatitis, epilepsie, verwaarlozing) gaan samen met maatschappelijke problemen (dakloosheid, schulden,

isolement). Dat betekent dat hulpverleners een verwijzende en bewakende taak hebben voor medische zorg, verslavingszorg en maatschappelijk werk. Sommige bewoners zien de jaren verstrijken zonder dat er veel gebeurt. Zij verliezen vertrouwen in doelen en plannen en ontwikkelen een berustende houding:

*"Alles in HVO gaat langzaam.."*

### **3.5 Eenzijdige of tweezijdige plannen?**

De meeste behandel- en begeleidingsplannen die we in dit onderzoek hebben aangetroffen zijn eenzijdige plannen. Het zijn plannen van de hulpverlener. Toch zijn er soms ook tweezijdige plannen, die berusten op een samenwerking tussen bewoner en hulpverlener. Deze tweezijdige plannen vormen echter een kleine minderheid. We zullen er op het eind van deze paragraaf op terug komen; eerst zullen we beschrijven waarom eenzijdigheid overheerst.

Eenzijdige plannen komen volgens Kragten (2003) vaak voor. In dit onderzoek vinden wij net als hij:

- dat veel plannen in de taal van de hulpverlener zijn opgesteld.
- dat behandelplannen vaak onbegrijpelijk zijn door vakjargon, afkortingen en vreemde woorden.
- dat veel plannen het perspectief van de hulpverlener weergeven, en niet dat van de cliënt.
- dat in de plannen vaak het verhaal van de cliënt ontbreekt.

In veel behandelplannen wordt het probleem van de cliënt louter beschreven als diagnose, zonder enige vermelding van waar de cliënt precies last van heeft. De diagnose staat er meestal als een onwrikbaar gegeven, maar wordt soms ook wel geschreven onder het kopje 'werkhypothese/diagnose', wat meer discussie toelaat. Maar nooit wordt vermeld of de cliënt het met de diagnose eens is.

Soms is eenzijdigheid al bij voorbaat vastgelegd. Zo staat in het elektronische behandelplan de vraag wat het crisisprotocol is en of de cliënt daarover is ingelicht. Deze vraag gaat er kennelijk vanuit dat de cliënt niet betrokken wordt bij de opstelling van zijn crisisprotocol. Veel behandelplannen zijn geschreven in hulpverlenerstaal, over en zonder de cliënt, en geadresseerd aan andere hulpverleners.

Eenzijdige plannen komen tot stand in een ongelijke relatie tussen bewoner en hulpverlener, waarin de een veel meer macht heeft dan de ander. Dat betekent overigens niet dat die relatie slecht is, want in grote meerderheid zeggen de bewoners dat zij een goed contact hebben met hun hulpverleners. Sommige bewoners hebben geen moeite met de ongelijke rolverdeling of stellen zelfs prijs op een sturende hulpverlener:

*"Je wordt hier als een kind behandeld.(..) Misschien heb je dat soms wel nodig dat je als een kind wordt behandeld."*

Anderzijds zijn er ook bewoners die sancties vrezen en daarom niet met hun begeleider of behandelaar in discussie durven gaan. Bijvoorbeeld in de pensions voelen bewoners zich vaak bedreigd door de mogelijkheid van uitzetting, overplaatsing of psychiatrische opname. Bewoners hebben geen woonrecht (alleen in begeleid wonen komt dit voor) en zij zijn bang om hun huisvesting te verliezen:

*"Dreigementen komen ook wel voor, bijvoorbeeld: als je niet ... dan kan je hier niet blijven wonen."*

De meeste geïnterviewde bewoners beschouwen hun plannen als documenten van de hulpverlening die over hen gaan, in plaats van documenten die van hen zijn en door hen zijn samengesteld. Ons onderzoek wekt daarom vaak de nieuwsgierigheid:

*"Als ik R. naar een eventueel begeleidingsplan vraag, zegt hij dat hij er één heeft. 'Ik heb een map op kantoor. Iedereen heeft een map.' Het plan heeft hij nog nooit ingezien. Dat zou hij wel willen, 'om eens te kijken wat ze precies over ons denken'."*

De eenzijdigheid van behandel- en begeleidingsplannen blijkt ook uit het geringe aantal bewoners dat de inhoud kent van zijn plan en ermee instemt (zie verder §3.8). Maar zelden wordt een plan door hen ondertekend.

Eenzijdigheid van behandelplannen komt ook tot uiting in het feit dat behandeling soms wordt opgelegd. Een op de vier geïnterviewden zegt verplicht medicatie te gebruiken. Ze worden slechts tot de woonvorm toegelaten als ze met hun behandeling instemmen:

*"S. geeft aan dat hij niet weet of bij het plaatsingsgesprek iets op papier is gezet. Het enige wat hij heeft moeten ondertekenen was zijn corveetaak en een verplichting tot het nemen van medicatie."*

Anderen vertellen dat ze medicijnen gebruiken uit angst hun woonruimte te verliezen:

*"B. wil zelf liever geen medicijnen nemen, maar dat durfde ze aanvankelijk niet uit te spreken uit vrees voor gedwongen vertrek of gedwongen medicatie. Ze zegt dat bij medebewoners gezien te hebben en dat heeft grote indruk op haar gemaakt."*

Zulke voorbeelden van eenzijdige plannen waarin de instemming van de bewoner ontbreekt, of waarin de instemming niet vrijwillig wordt gegeven, lijken in strijd te zijn met de WGBO. Hierin is 'instemming op basis van informatie' (*informed consent*) immers de voorwaarde. In de gevonden voorbeelden ontbreekt die instemming en hoogstwaarschijnlijk ook die informatie.

Bij de evaluatie van de plannen is eveneens sprake van eenzijdigheid. In beschermd wonen is het gebruikelijk dat de bewoner wordt uitgenodigd in een teambespreking. Dit voelt als een examen:

*"Het is net of je overgaat, een geslaagd jaar."*

Deze eenzijdige benadering van evaluatie van begeleidingsplannen is ook terug te vinden in de brochure 'Planmatig werken':

*"De cliënt dient minimaal één maal per jaar integraal geëvalueerd te worden."*  
(HVO-Querido 2002, 5<sup>e</sup> bijlage)

Maar er zijn uitzonderingen op dit beeld van eenzijdigheid. Er zijn ook tweezijdige plannen gevonden, vooral als het ging om begeleidingsplannen. Sommige bewoners zeggen dat ze invloed hadden op de totstandkoming van hun begeleidingsplan. Ze hebben het in samenspraak met hun begeleider opgesteld. Eén begeleidingsplan is zelfs helemaal door de bewoner zelf geschreven. Tweezijdige begeleidingsplannen troffen we vooral aan in het begeleid en beschermd wonen.

In tweezijdige begeleidingsplannen is ruimte voor het perspectief van de bewoner. Daar staat ook in beschreven hoe de bewoner de situatie ziet, wat hij/zij er van vindt en welke wensen hij/zij heeft. De probleembeschrijving is hier gevarieerder dan in de behandelplannen. Het gaat om dagelijkse zaken zoals praktisch functioneren, wonen

en dagbesteding. Vergeleken met de behandelplannen geven de formulieren van de begeleidingsplannen veel meer ruimte voor een uitgebreide probleemomschrijving waar ook de bewoner een stem in heeft. Het behandelplan vraagt om indicaties, het begeleidingsplan vraagt om een beschrijving van verschillende levensgebieden.

In de tekst van behandelplannen wordt in het algemeen de derde persoon enkelvoud gebruikt ('cliënt voelt', 'mevrouw zegt'). Maar in sommige behandelplannen wordt de probleembeschrijving in de eerste persoon enkelvoud geschreven.

*"Ik beschouw mijzelf als gestabiliseerd en heb geen problemen. Vroeger had ik geen besef van mijn situatie. Nu heb ik wel besef. Ik heb het naar mijn zin in de Batjan. Ik wil nooit meer alleen wonen. Als we nog eens moeten verhuizen gaan we met zijn allen."*

Deze behandelplannen, waarin de probleemomschrijving meer omvat dan de loutere diagnose en waarin het perspectief van de cliënt wordt binnengelaten zijn in de minderheid.

In het algemeen geldt dat de begeleidingsplannen minder eenzijdig zijn dan de behandelplannen. Bewoners blijken beter geïnformeerd over hun begeleidingsplan, en sommige bewoners hebben er een kopie van. Geen van de geïnterviewden heeft een kopie van zijn of haar behandelplan (zie ook §3.8).

Al met al moeten we concluderen dat in de gevonden plannen eenzijdigheid overheerst, hoewel dat bij behandelplannen meer het geval is dan bij begeleidingsplannen. Dat neemt niet weg dat tweezijdige plannen wel degelijk voorkomen.

### **3.6 Afstemming van behandelen en begeleiden**

Van afstemming tussen begeleiden en behandelen is weinig sprake in de plannen die ons onder ogen kwamen. De afstemming vindt in de praktijk vooral mondeling plaats in (telefoon)gesprekken tussen de begeleider en de behandelaar (dit is bijna altijd een SPV-er). Bewoners zeggen dat ze niet weten wat in deze gesprekken wordt gezegd, met uitzondering van één bewoner die heeft bedongen dat hij hiervan altijd op de hoogte wordt gesteld. Soms vinden ook driegesprekken plaats tussen bewoner, begeleider en behandelaar. De inhoud hiervan spreekt de bewoners vaak niet aan:

*"Meestal gaat het over een pilletje minder of een pilletje meer."*

De taakverdeling tussen SPV-er en begeleider lijkt er als volgt uit te zien:

- De begeleider bewaakt het woonklimaat, zorgt voor praktische en materiële ondersteuning, controleert het medicijngebruik, signaleert problemen of dreigende crisissituaties en draagt bij aan rehabilitatie.
- De SPV-er schrijft onder verantwoordelijkheid van een arts medicijnen voor, geeft of verzorgt psychoeducatie en draagt bij aan rehabilitatie.

De begeleider heeft veel vaker contact met de bewoner dan de SPV-er:

*"C. stelt dat zijn SPV-er voor 'de grote lijn' is, terwijl zijn woonbegeleider beter weet hoe het met hem gaat omdat hij hem elke dag in het DAC ziet."*

In de relatie tussen SPV-er en begeleider lijkt de macht meer bij de eerste te liggen. Bij verhuizingen heeft de SPV-er bijvoorbeeld een belangrijke stem, onder meer doordat hij of zij de indicatiestelling verzorgt.

In de waargenomen taakverdeling tussen SPV-er en begeleider vormt rehabilitatie een grijs gebied. Beiden bemoeien zich ermee, beiden dragen er aan bij en beiden hebben er te weinig tijd voor.<sup>1</sup>

In dit grijze gebied van onduidelijke taakverdeling en gebrek aan tijd wordt verwezen naar 'specialistische centra' zoals Apassi (HVO-Querido 2002). In de bestudeerde plannen wordt Apassi weliswaar soms genoemd, maar wordt eventuele afstemming met Apassi nooit toegelicht. Wat bij alle geïnterviewden ontbreekt is een gedegen rehabilitatieplan: de begeleidingsplannen zijn teveel op beperkte en korte termijn doelen gericht en de behandelplannen zijn te summier en te eenzijdig. Mogelijk heeft Apassi voor sommige geïnterviewden een rehabilitatieplan ontwikkeld, maar daarvan wordt in geen enkel plan melding gemaakt.

Dit betekent dat bewoners in onzekerheid blijven over hun toekomstige woonsituatie. Zij hebben geen huurcontract of woonrecht (alleen in begeleid wonen wordt na enige tijd een echt huurcontract aangeboden). Dit schept een afhankelijkheid van de begeleiders, die bovendien vaak blijken te wisselen (een veel gehoorde klacht in dit onderzoek). Gelukkig zijn de SPV-ers stabiele aanwezigen en dit wordt door veel bewoners gewaardeerd.

Begeleidings- en behandelplannen dragen weinig bij aan afstemming, omdat:

- Bij een derde van de bewoners ofwel het ene ofwel het andere plan ontbreekt.
- Bij een kwart van de bewoners ofwel het ene ofwel het andere plan verouderd is.
- De plannen die wel aanwezig en recent zijn maar zelden naar elkaar verwijzen.

De conclusie is dat behandelaars en begeleiders mondeling afstemmen, vaak in afwezigheid van de bewoner. De afstemming is ad hoc en op de korte termijn. Afstemming op lange termijn en in het kader van gedegen rehabilitatie lijkt te ontbreken. Behandelplannen en begeleidingsplannen dragen hieraan weinig bij.

### **3.7 Verschillen tussen woonvormen**

In de diverse woonvormen die tijdens het onderzoek zijn bezocht, wordt op een verschillende manier begeleiding en behandeling geboden. Omdat het onderzoek over afstemming tussen behandel- en begeleidingsplannen gaat, is het van belang deze verschillen te beschrijven.

*De Batjan* kent de meest intensieve zorg. Deze zorg vindt volledig 'in huis' plaats. Er werken relatief veel woonbegeleiders. Meerdere SPV-ers komen ieder eens per week langs. Met hen hebben de meeste bewoners wekelijks persoonlijk contact. Ook met elkaar onderhouden woonbegeleiders en SPV-ers geregeld contact. Dit intensieve contact tussen cliënten, begeleiders en behandelaars is niet geheel terug te zien in de plannen. Hoewel de behandelplannen hier over het algemeen aansluiten op het verhaal van de geïnterviewden en redelijk recent en uitgebreid zijn, zijn de begeleidingsplannen beperkt en bevatten ze vrijwel geen doelstellingen. Bovendien ontbreken er nogal wat begeleidingsplannen. In de praktijk van behandeling en begeleiding lijkt het accent, getuige de plannen, op behandeling te liggen. Bovendien voltrekt deze praktijk

---

<sup>1</sup> Het rapport *Planmatig werken* (HVO-Querido 2002) erkent dat begeleiders te weinig tijd hebben voor rehabilitatie. Sommige SPV-ers lieten ons weten dat hun case load van meer dan 50 (zeer) problematische cliënten te hoog is voor de begeleiding die ze eigenlijk zouden willen geven.

zich min of meer buiten de cliënten om. Bij de afstemming die er plaatsvindt, worden zij niet betrokken. Bewoners zijn hier slecht op de hoogte van hun plannen.

In de *beschermde woonvormen*, die we met name in Diemen hebben bezocht, vindt ook intensieve begeleiding plaats. Twee keer per dag bezoekt minstens één woonbegeleider de verschillende groepswoningen om te kijken hoe het gaat. Daarnaast heeft elke bewoner ongeveer één keer in de week een persoonlijk gesprek met de mentor. De woonbegeleiding hier is vrij streng. Sommige bewoners die geen vaste dagbesteding hebben, moeten elke ochtend naar het kantoor komen om te melden wat ze die dag gaan doen. De begeleidingsplannen van bewoners uit Diemen zijn uitgebreid en bevatten veel doelstellingen. Behandeling hier is minder intensief. Bewoners moeten hun SPV-er opzoeken in een vestiging van De Meren. De meeste geïnterviewden uit deze woonvorm spreken eens per maand hun SPV-er. Het merendeel van de geïnterviewden uit deze buurt liet weten dat hun woonbegeleider en SPV-er met elkaar over hen van gedachten wisselen. Vaak worden de bewoners hier zelf bij betrokken. Met name van hun begeleidingsplan zijn bewoners uit Diemen goed op de hoogte. Ze vertelden betrokken te zijn bij de totstandkoming en in ieder geval op de hoogte te zijn van de evaluatie ervan.

Bewoners die *begeleid wonen* hebben we gesproken in de Indische Buurt en de Oosterparkbuurt. Deze bewoners wonen vrijwel zelfstandig. Hun woonbegeleider komt ongeveer eens per week op afspraak bij hen langs, of ze zoeken deze op in diens kantoor. Net als bij het beschermd wonen, zoeken mensen die begeleid wonen hun SPV-er op in een locatie van De Meren. De meeste bewoners vertelden hun SPV-er eens per week te spreken, enkelen lieten weten maar één keer in de drie maanden een afspraak te hebben. De meeste geïnterviewden uit deze wijken vertelden ons dat hun SPV-er en woonbegeleider met enige regelmaat overleg plegen. Sommige van hen zijn daar direct bij betrokken, doordat er een 'driegesprek' plaatsvindt. De plannen van veel van de bewoners komen wat betreft doelstelling redelijk overeen. Met name de begeleidingsplannen zijn redelijk uitgebreid en bevatten één of meerdere doelstellingen. Bewoners zijn hier over het algemeen redelijk op de hoogte van hun begeleidingsplan. Van evaluatie weten bewoners echter over het algemeen minder.

In pension *Varikstraat* vindt zowel de begeleiding als de behandeling in huis plaats. Het is een vrij kleine en daardoor overzichtelijke voorziening. Bewoners vertelden geen vaste afspraken te hebben met hun begeleider of behandelaar, maar lieten wel weten hen beiden meerdere keren per week te spreken. Van overleg tussen mentor en SPV-er weten de bewoners vrijwel niets. Hier zijn bewoners slecht op de hoogte van hun behandel- en begeleidingsplan. De meeste van de mensen die hier geïnterviewd zijn, weten niet of er een begeleidingsplan voor hen bestaat. Begeleidingsplannen wijken af het model van 'Planmatig werken' en van het '8-fasenmodel'.

Sociaal pension *Straetenburgh* is een zeer levendige voorziening. Ook hier vindt de begeleiding en behandeling in huis plaats. Gezien het redelijk grote aantal bewoners werken hier weinig woonbegeleiders. Veel van de geïnterviewde bewoners klagen dat hun mentor moeilijk te bereiken is omdat deze weinig tijd voor hen heeft. Niemand vertelde over een vaste afspraak met de mentor. Twee vaste SPV-ers komen ieder eens per week langs en hebben contact met de woonbegeleiding. Met de SPV-ers hebben de bewoners ook geen vaste afspraken. Deze drukke en weinig georganiseerde praktijk komt tot uiting in de plannen. Behandelplannen ontbreken relatief vaak. Zo-

wel de begeleidings- als de behandelplannen zijn summier. De begeleidingsplannen bevatten geen doelen voor de lange termijn. De meeste bewoners zijn slecht op de hoogte van hun plannen.

### 3.8 Plannen leven niet onder bewoners

De bewoners hebben we de volgende vragen gesteld: Weet je of je een plan hebt? Weet je wat er in staat? Heb je er een kopie van? Als je je plan kent, ben je het dan eens met de inhoud? Als je je plan kent, heb je dan invloed gehad op de totstandkoming ervan? Vind je een plan belangrijk? De antwoorden zijn samengevat in onderstaande tabel. Deze informatie is uitgebreider beschreven in Bijlage I.

	heeft er weet van	kent inhoud	heeft kopie	is het er mee eens	had invloed op totstandkoming	vindt plan belangrijk
behandelplan (N=42)	50%	11%	0%	60%	30%	39%
begeleidingsplan (N=43)	64%	27%	5%	82%	32%	55%

Tabel 2. De betrokkenheid van bewoners bij hun plannen

Wat betreft behandelplannen. De helft van de mensen weet niet of er een behandelplan is. Zeer weinig bewoners kennen de inhoud van het plan. Niemand heeft een kopie van het behandelplan. Van de 10 bewoners die enig inzicht in hun plan hebben, gaat 60% akkoord met de inhoud (dat zijn maar 6 mensen). Slechts 30% dacht invloed te hebben op de totstandkoming van het plan. Een minderheid geeft aan een behandelplan belangrijk te vinden.

*“Als ik haar vraag naar haar behandelplan, legt E. de vraag weer terug: ‘Wat versta jij daar onder?’”*

Wat betreft begeleidingsplannen. Bijna tweederde van de bewoners weet of er een begeleidingsplan voor hem/haar bestaat. Iets meer dan een kwart van de bewoners weet wat de inhoud van het begeleidingsplan is. Er zijn enkele bewoners die een kopie van het plan hebben (overigens konden zij hun plan niet vinden op het moment dat ze het ons wilden geven). Van de 11 bewoners die enigszins bekend zijn met hun begeleidingsplan, gaat 82% akkoord met de inhoud (dat zijn maar 9 mensen). Slechts 32% denkt invloed te hebben op de totstandkoming van het plan. In meerderheid vinden bewoners een begeleidingsplan belangrijk.

*“Ja, ik heb een begeleidingsplan, maar ik weet niet precies wat er in staat. Ik zou het wel eens willen lezen.”*

We kunnen concluderen dat de plannen over het algemeen niet leven onder bewoners. Maar weinigen kennen de precieze inhoud. Dat geldt met name voor het behandelplan. Het begeleidingsplan leeft iets meer, maar ook hiervan zijn bewoners over het algemeen slecht op de hoogte.

Deze conclusie geldt sterker voor de bewoners van de Batjan, Varikstraat en Straetenburg, en minder sterk voor mensen die begeleid of beschermd wonen. In tabel 8 in Bijlage I worden de cijfers opgesplitst.

### 3.9 Waarom leven de plannen niet?

Er zijn verschillende redenen waarom de plannen niet leven voor de geïnterviewden. Ten eerste zijn de plannen eenzijdig (zie ook §3.5). Ze worden geschreven vanuit het

perspectief en vaak ook in de taal van de hulpverlener. Plannen ontstaan binnen een ongelijkwaardige relatie tussen hulpverlener en bewoner. Hierin heeft de hulpverlener vaak een sturende rol ten opzichte van een passieve bewoner. Sommige bewoners zien de SPV-er en de woonbegeleider als deskundigen die het voortouw in de zorg moeten nemen.

Ten tweede is het samenstellen en het evalueren van het plan vooral een verantwoordelijkheid van de hulpverlener. Veel geïnterviewden lieten weten hun behandel- en begeleidingsplan slechts één of enkele keren gezien te hebben. Het evalueren van de plannen is volgens veel bewoners een aangelegenheid van ‘het team’ en dit voelt soms als een examen. Het plan wordt daardoor gezien als een instrument dat niet van hen is.

*“Het plan is tot stand gekomen doordat zijn mentor het formulier heeft ingevuld. ‘Hij stelt een paar vragen.’ R. zegt er wel bij betrokken te zijn geweest, maar het 8-fasenmodel is ingewikkeld. Volgens hem is het iets om het werk van de begeleiding te stimuleren en is het vooral een document van de begeleiding. ‘Het is meer om te zien hoe je mentor de situatie ziet.’”*

Ten derde is het model van en het woordgebruik in sommige plannen onbegrijpelijk (zie ook §3.3). Met name de behandelplannen bevatten nogal eens jargon. Dat zijn niet de woorden van de bewoner. Zij worden dan letterlijk niet aangesproken.

Ten vierde zijn de plannen soms verouderd of bevatten ze zeer beperkte doelen (zie ook §3.3 en §3.4). Ze sluiten niet goed aan bij de situatie en de wens van de bewoners. Daardoor hebben bewoners er soms weinig boodschap aan:

*“In het begin als je hier komt zetten ze wat op papier, maar daar hoor je verder niets van. Dat gaat in het archief. Of het wel eens geëvalueerd wordt? Nee, ik hoor daar verder niks van.”*

Ook sommige hulpverleners lijken te twijfelen aan de zin van het plan. Zijdelings hoorden we soms klachten over het papierwerk dat een plan oplevert of de tijd die het kost om er één te maken. Het is waarschijnlijk dat deze houding wordt overgedragen aan de bewoner.

Ten vijfde willen of kunnen sommige bewoners helemaal niet planmatig werken. Bepaalde bewoners kunnen moeilijk omgaan met schriftelijke plannen (niet voor niets worden er vaak doelen op het gebied van administratie gesteld). Andere bewoners hebben geen behoefte aan doelstellingen of kunnen deze niet formuleren. Zo staat in een behandelplan:

*“Dhr. wil geen doelen formuleren, werkt averechts.”*

Door eerdere teleurstellingen kan iemand huiverig zijn voor verandering. Misschien heeft diegene hierbij meer ondersteuning nodig en moet eerst aandacht worden geschonken aan wat in het verleden verkeerd ging.

Tenslotte is er een groep (vaak wat oudere) bewoners die tevreden is met de woonsituatie en eigenlijk niet meer lastig gevallen wil worden met veranderdoelen. De systematiek van planmatig en methodisch werken lijkt geen rekening te houden met zulke bewoners. Het druist wellicht ook in tegen de ambities van hulpverleners die willen blijven verbeteren.

## Hoofdstuk 4. Conclusies

In dit vierde hoofdstuk geven wij onze conclusies. We blijven dicht bij de feiten die we hebben aangetroffen. Daarom kan dit hoofdstuk ook goed gelezen worden als een samenvatting van het hele onderzoek.

Dit onderzoek naar behandel- en begeleidingsplannen is verricht in opdracht van de Centrale Cliëntenraden van De Meren en HVO-Querido. Doel van het onderzoek is om voorstellen tot verbeteringen te doen.

De tekortkomingen die in dit onderzoek worden gesignaleerd moeten gezien worden in de context van maatschappelijke opvang en beschermd/begeleid wonen in Amsterdam, waarin het gaat om mensen met meervoudige en ernstige problemen. Hulpverleners die hart hebben voor hun cliënten proberen met beperkte middelen zorg te bieden, soms ondanks personeelsgebrek en hoge case loads. Dat zich tekorten voordoen is begrijpelijk en vormt zeker geen verwijt aan hun adres.

In de tweede plaats moet gewezen worden op de beperkte bewijskracht van dit onderzoek. Het gaat om een inventariserend en verkennend onderzoek, waarin 44 bewoners van HVO-Querido zijn geïnterviewd. Zij zijn niet representatief voor alle bewoners van deze instelling. Wel vormen zij een redelijke afspiegeling van de populatie van de vijf onderzochte woonvormen. Door de wervingsmethode zijn mondige en sociaal vaardige bewoners waarschijnlijk oververtegenwoordigd. Dat betekent dat gezien vanuit het perspectief van de bewoner de situatie wat gunstiger uit het onderzoek komt dan deze in werkelijkheid is.

De centrale vraag van dit onderzoek is: welke plaats hebben behandelplannen en begeleidingsplannen in de dagelijkse praktijk van behandeling en begeleiding van bewoners van HVO-Querido die in behandeling zijn bij De Meren? Met toestemming van bijna alle 44 bewoners gingen we op zoek naar hun plannen. Het volgende bleek:

- Een op de vijf plannen ontbreekt (zonder goede reden).
- Een op de vijf plannen is verouderd (ouder dan een jaar).

Deze cijfers zijn enigszins vertekend, omdat sommige plannen werden geschreven of geactualiseerd, nadat wij er als onderzoekers naar hadden gevraagd.

Voorts viel een grote *diversiteit* in de plannen op. De behandelplannen zagen we in zeven verschillende modellen. Bij de begeleidingsplannen zagen we de formulieren van 'Planmatig werken' en van het '8-fasen model', maar ook nog van een derde model. Er is dus weinig standaardisatie in de plannen.

Daarnaast ontstaat diversiteit doordat formulieren verschillend worden ingevuld:

- De lengte van de plannen kan variëren van enkele korte zinnen tot ettelijke bladzijden vol.
- In bijna de helft van de plannen ontbreekt een evaluatiedatum.
- In 85% van de begeleidingsplannen ontbreekt de handtekening van de bewoner.
- In 44% van de behandelplannen wordt niet vermeld of de cliënt mondeling akkoord is gegaan (behandelplannen worden zelden door de cliënt ondertekend).
- In 72% van de behandelplannen wordt geen melding gemaakt van crisisafspraken.

- In 96% van de behandelplannen is niet vastgelegd aan wie informatie mag worden doorgegeven.
- Doelstellingen in behandelplannen zijn meestal zeer summier omschreven.
- In bijna alle plannen ontbreekt de combinatie van lange termijn doelstellingen, stappenplannen en streefdata.

De meeste plannen zijn bovendien *eenzijdig*. Daarmee bedoelen we dat deze plannen zijn geschreven vanuit het perspectief van de hulpverlener. Dat geldt meer voor behandelplannen dan voor begeleidingsplannen. Eenzijdigheid bleek uit het volgende:

- Behandelplannen zijn geschreven in onbegrijpelijke taal. Ze bevatten vakjargon, codes, afkortingen en buitenlandse woorden.
- Vaak ontbreekt in behandelplannen een probleemomschrijving en wordt alleen een diagnose vermeld. Klachten of problemen van de cliënt worden niet genoemd.
- In veel behandel- en begeleidingsplannen ontbreekt het verhaal van de cliënt.
- De helft van de begeleidingsplannen bevat doelen die in strijd zijn met de doelen van de bewoner. Dit verschil wordt zelden openlijk erkend.
- Zelden wordt in de plannen expliciet gemaakt om wiens mening het gaat. Eventuele meningsverschillen tussen hulpverlener en bewoner blijven onvermeld.
- De plannen komen tot stand in een ongelijke machtsverhouding: de hulpverlener heeft veel meer macht, mede omdat de bewoner geen woonrecht heeft.
- Slechts een kleine minderheid van de geïnterviewden kan zeggen dat ze het eens zijn met hun behandel- of begeleidingsplan.
- Een op de vier geïnterviewden zegt verplicht medicatie te gebruiken.
- Evaluatie van begeleidingsplannen in het team wordt vaak ervaren als examen.

Hier moet onmiddellijk aan worden toegevoegd dat er ook *tweezijdige* plannen zijn gevonden. Er zijn behandelplannen die in de ik-vorm zijn opgesteld en waarin het verhaal van de bewoner wel degelijk naar voren komt en de diagnose een bijzaak lijkt. Maar tweezijdigheid komt vaker voor in de begeleidingsplannen: één plan is zelfs door de bewoner zelf geschreven. In deze plannen zijn bewoner en begeleider het eens over de doelen en middelen. Tweezijdige plannen ademen een sfeer van samenwerking tussen de twee partijen. Ze worden soms in kopie gegeven aan de bewoner. Tweezijdige plannen zagen we vooral in het begeleid en beschermd wonen.

Toch is het overheersende beeld dat de plannen een instrument zijn van de hulpverleners. Geschreven door hulpverleners over cliënten, zonder cliënten, en geadresseerd aan andere hulpverleners.

De plannen vormen zelden of nooit een middel van *afstemming* tussen behandeling en begeleiding. Afstemming vindt mondeling plaats tussen hulpverleners, meestal in afwezigheid van de bewoner. Plannen dragen niet bij aan afstemming, omdat ze vaak ontbreken of verouderd zijn. Ook bevatten ze weinig lange termijn doelstellingen. Wat steeds ontbreekt is een goed rehabilitatieplan. De combinatie van begeleidingsplan en behandelplan vormt geen goede vervanging voor een rehabilitatieplan.

Dit brengt ons tot de vraag hoe de praktijk van de behandeling zich verhoudt tot die van de begeleiding. De volgende taakverdeling lijkt te bestaan:

- De begeleider heeft verantwoordelijkheid voor de woonsituatie, houdt toezicht over de dagelijkse gang van zaken en het medicatiegebruik.
- De SPV-er is (onder een arts) verantwoordelijk voor de medicatie en houdt overzicht over het geheel.
- Beiden vervullen rehabilitatietaken, maar hier ontstaat een grijs gebied waarin de verantwoordelijkheden niet goed afgebakend zijn. Door tijdgebrek komen beiden niet goed aan deze taken toe.

Het wonen is meestal niet gescheiden van de behandeling en de begeleiding. De enige uitzondering is het begeleid wonen waar mensen een huurcontract en dus woonrecht kunnen krijgen. In alle andere situaties is er geen scheiding tussen behandelen en wonen:

- Een behandelcontact is een voorwaarde voor verblijf in beschermd wonen.
- Gebruik van medicatie is een voorwaarde voor verblijf in een sociaal pension.
- De SPV-er bemoeit zich met de wooncarrière van de cliënt en regelt de indicatiestelling voor beschermd en begeleid wonen.

Maar er is ook geen scheiding tussen begeleiden en wonen:

- De begeleider is tegelijkertijd huisbaas.

Wonen komt zodoende neer op voorwaardelijk logeren. Dit verzwakt de positie van bewoners als onderhandelingspartij ten opzichte van hun begeleiders en behandelaars. Dit is nu juist de positie die de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) beoogt te versterken

Behandelplannen en begeleidingsplannen leven niet onder bewoners. Vaak hebben bewoners geen weet van een eventueel plan. Veel bewoners die weten dat ze een plan hebben, kennen niet de inhoud ervan. Zeer weinig bewoners hebben een kopie. Doordat de bekendheid met de plannen zo gering is, kunnen maar weinigen zeggen dat ze daadwerkelijk instemmen met het plan. Mede daardoor komt het principe van toestemming op basis van informatie (*informed consent*) in de praktijk niet uit de verf. Bewoners hebben meestal geen invloed op de totstandkoming van hun plan. Vrij veel bewoners vinden een plan onbelangrijk.

De begeleidingsplannen leven iets meer dan de behandelplannen, maar de cijfers ontlopen elkaar niet veel. Ook zijn de leden van Bewonerscommissies wat beter op hoogte van hun plannen dan andere bewoners. In begeleid en beschermd wonen leven de plannen duidelijk meer dan in de andere woonvormen.

Er zijn meerdere redenen aan te wijzen waarom de plannen niet leven. De belangrijkste daarvan is de eenzijdigheid van het merendeel van de plannen. Daardoor beschouwen bewoners de plannen als documenten van de hulpverlening.

In de praktijk van het plan worden bewoners weinig betrokken. Veelal hebben ze geen invloed op de totstandkoming van het plan en zijn ze geen onderdeel van de evaluatie. Bewoners hebben letterlijk en figuurlijk een beperkt zicht op de plannen.

De vorm en inhoud van de plannen zijn niet toegesneden op de bewoners. Een aanzienlijk deel van de plannen is moeilijk te begrijpen, onder meer door het gebruik van jargon. Hierdoor worden bewoners letterlijk en figuurlijk niet aangesproken.

Bepaalde bewoners hebben geen behoefte aan planmatig werken. Zij willen blijven wonen waar ze nu wonen en hebben geen boodschap aan doelstellingen voor de lange termijn. Andere bewoners kunnen niet meegaan in het planmatig werken. Zij zijn te passief of te chaotisch voor plannen. Soms willen bewoners geen doelen stellen vanwege eerdere teleurstellingen.

Een aanzienlijk deel van de plannen is verouderd en/of heeft beperkte doelen. Daardoor krijgen bewoners het gevoel dat er weinig met de plannen gebeurt. Ze hebben er weinig boodschap aan.

Ook onder enkele hulpverleners leven de plannen nauwelijks. Zij zien het nut er niet van in of hebben er geen tijd voor. Deze houding dragen ze in zo'n geval waarschijnlijk over aan bewoners.

Bewoners lijken onvoldoende geïnformeerd te worden over behandel- en begeleidingsplannen. Ze zijn niet op de hoogte van hun rechten en zien daardoor het belang van plannen niet. Ondanks goede bedoelingen van wetgevers, beleidsmakers en hulpverleners vormen behandel- en begeleidingsplannen in de huidige praktijk geen middel om de kwetsbare positie van bewoners te verbeteren.

## Hoofdstuk 5. Aanbevelingen

In dit hoofdstuk doen wij onze aanbevelingen ter verbetering. We baseren ons op het onderzoek en soms ook op informatie die ons zijdelings werd gegeven. Daarbij benutten we onze kennis van beleid en praktijk van de GGZ.

Naar aanleiding van dit onderzoek stellen we een aantal maatregelen voor die vraaggestuurd en methodisch werken ten goede moeten komen. Tweezijdige plannen en een gelijkwaardiger relatie tussen bewoner, woonbegeleider en SPV-er staan hierin centraal. Dat vraagt om een verbetering van de positie van bewoners.

### *Tweezijdigheid*

Tweezijdigheid wordt bereikt in een samenwerkingsrelatie tussen bewoner en hulpverlener. In de plannen moet structureel aandacht zijn voor het verhaal van de bewoner. Sommige behandelplannen bevatten het item ‘probleem volgens bewoner’. Dit moet een standaard in ieder plan zijn. Ieder plan wordt in de ik-vorm geschreven. Bewoners schrijven liefst zelf hun plan. Als dit niet lukt, schrijft de hulpverlener het plan namens de bewoner. De ik-vorm stuurt de hulpverlener in dat geval naar het perspectief van de bewoner. Het taalgebruik moet hierop aangepast worden. De stijl moet daarom alledaags zijn, jargon wordt zoveel mogelijk vermeden. Bij verschil van mening tussen bewoner en hulpverlener wordt dit expliciet gemaakt.

### *Inhoud*

Om de bewoners daadwerkelijk aan te spreken wordt de inhoud op hen afgestemd. Daarom is er aandacht voor het verleden van de bewoner nodig in het plan. Dan komt het verhaal van de bewoner in beeld. Dit betekent niet dat elk plan zeer uitgebreid moet zijn, zolang de bewoner maar de kans krijgt relevante gebeurtenissen uit zijn geschiedenis in het plan te noemen. Een plan is maatwerk. Crisisafspraken dienen een vast onderdeel te zijn van het plan (er moet op z'n minst naar verwezen worden) en er moeten afspraken in staan over het doorgeven van informatie (zie Cliëntenbond 2002).

### *Doelen*

Een plan moet ergens naartoe werken. Ieder plan moet wezenlijke doelen bevatten op korte en lange termijn. Wezenlijk betekent hier: datgene wat voor de bewoner van groot belang is. Een plan doet altijd uitspraken over de nagestreefde woonsituatie, omdat wonen de kern van de begeleiding vormt. Het moet ook mogelijk zijn dat een bewoner geen veranderdoel heeft, omdat de bereikte situatie tevreden stemt. Soms hebben bewoners hulp nodig bij het verwoorden van een doelstelling of bij het overwinnen van eerdere teleurstellingen. Bij de doelen worden steeds termijnen en streefdata gegeven. Per doelstelling wordt een evaluatiemoment vastgelegd.

### *Evaluatie*

Evaluaties dienen tijdig plaats te vinden: het streven is eens per zes maanden. Dit kan variëren naar gelang de situatie van de bewoner. De evaluatie vindt in eerste instantie

plaats tussen de bewoner en de hulpverlener. Zij hebben immers het plan opgesteld. Pas daarna vindt er een evaluatie in het team plaats. De bewoner en zijn/haar eventuele vertrouwenspersoon worden hierbij uitgenodigd. Het is aan hen om te bepalen of ze verschijnen of niet.

### *Afstemming*

Plannen zijn instrumenten voor de afstemming van behandeling en begeleiding. Cliënt, SPV-er en woonbegeleider leggen ten eerste hun gezamenlijk gemaakte afspraken over het onderlinge contact vast in zowel het behandel- als het begeleidingsplan. Ten tweede stemmen ze in overleg de doelstellingen op lange termijn van behandeling en begeleiding op elkaar af. Deze afstemming bevat of verwijst naar een rehabilitatieplan. Rehabilitatie en de rol van Apassi dient meer aandacht te krijgen.

### *Ondertekening*

Een plan moet gestalte geven aan instemming op basis van informatie. Daarom wordt het plan ondertekend door zowel hulpverlener als bewoner. Zodoende vormt het plan een overeenkomst waarin het gezamenlijk af te leggen traject is vastgelegd en waarop beide partijen kunnen terugvallen. De bewoner die liever niet wil ondertekenen krijgt de mogelijkheid om het plan te paraferen.

### *Kopie*

Om voorgaande reden is het belangrijk dat elke bewoner in principe een kopie van het plan ontvangt. Dit laat zien dat het plan toebehoort aan beide partijen. Van deze standaardprocedure mag alleen worden afgeweken als daar een goede en zwaarwegende reden voor is.

### *Informatievoorziening*

Om de plannen in de praktijk beter te laten functioneren, moeten bewoners beter geïnformeerd raken. Daartoe moet er eerst binnen instellingen duidelijkheid zijn over de plannen. Een eerste stap naar meer duidelijkheid is het werken met één model binnen de gehele instelling. Voorts dient de informatievoorziening aan de bewoners verbeterd te worden. Bij het eerste contact met een hulpverlener wordt de (aankomende) cliënt op de hoogte gebracht van het plan, de gang van zaken daar omheen, het belang ervan, de rechten en plichten. Een folder is behulpzaam hierbij. Alleen als de verwachting is dat iemand zeer kort gebruik maakt van de instelling kan hiervan worden afgeweken. De folder maakt deel uit van een informatiemap (vergelijkbaar aan de klantenmap die vele dienstverlenende instellingen aan hun klanten toe laten komen).

### *Regierol*

De regie dient zoveel mogelijk bij de bewoner te liggen. De bewoner wordt op de hoogte gehouden van de resultaten van alle overlegsituaties die hem of haar betreffen. De bewoner bewaart recente kopieën van begeleidingsplan, behandelplan en rehabilitatieplan in zijn informatiemap, zodat de bewoner overzicht gehouden kan worden over de voortgang. De regierol van de bewoner is des te belangrijker wanneer talrijke wisselingen van hulpverleners aan de orde zijn.

### *Woonrecht*

Het streven is dat iedere bewoner in principe woonrecht krijgt. Als dit niet haalbaar is krijgen bewoners een schriftelijke bevestiging van hun woonafspraken in hun begeleidingsplan. Er dienen experimenten te worden gehouden met het principe van 'housing first' (zie RBC Network 2004). In deze opzet zijn wonen en behandeling gescheiden en krijgt een bewoner in eerste instantie een eigen woning toegewezen. Vervolgens wordt de intensiteit van begeleiding en behandeling afgestemd op de (veranderende) situatie van de bewoner. Hier is het de hulpverlening die zich mobiel opstelt. Als bewoners minder begeleiding behoeven, trekken begeleiders zich terug. Daarnaast dient ernaar gestreefd te worden dat de woonjaren die men verblijft in een voorziening van HVO-Querido, erkend worden door de Stedelijke Woningdienst en de woningbouwcorporaties, zodat men meer aanspraak kan maken op vervolghuisvesting. Vanuit het perspectief van de hulpverlener zou de discussie over het tegengaan van verafhankelijkheid moeten worden gevoerd.

### *Medicatieregime*

Het medicatieregime wordt expliciet gemaakt. Zodra medicijngebruik verplicht wordt gesteld, dienen de geldende afspraken daarover in het plan te worden opgenomen. Deze informatie moet in ieder geval de precieze omschrijving van de medicatie bevatten en de naam van de arts op wiens gezag ze worden voorgeschreven. Duidelijk wordt gemaakt welke stappen de cliënt kan nemen bij bezwaren tegen medicatie. Gewenste veranderingen van medicatie worden binnen redelijke termijn doorgevoerd.

### *Internet*

De communicatie van bewoners met de buitenwereld moet worden gestimuleerd. Zodoende krijgen zij meer mogelijkheden om zich te laten informeren, ook over mogelijkheden ten aanzien van de behandeling en de begeleiding. Daarom moet op elke kamer een internetverbinding mogelijk zijn. Er moet worden onderzocht worden of er mogelijkheden zijn om behandel- en begeleidingsplannen digitaal beschikbaar te maken. Het Elektronisch Patiëntendossier van De Meren biedt mogelijkheden daartoe. In dit kader wordt opgemerkt dat er meer mogelijkheden moeten komen om met voldoende privacy te telefoneren. Internettelefonie kan hier een optie zijn.

### *Mogelijkheden van de medewerkers*

Medewerkers moeten voldoende mogelijkheden krijgen om planmatig te werken. Voor een belangrijk deel is dat een kwestie van tijd. Het opstellen van plannen is weinig zinvol als er geen tijd is om ze uit te voeren. In Straetenburgh lijken SPV-ers en woonbegeleiders bijvoorbeeld te kampen met tijdgebrek.

### *De waarde van onplanmatigheid*

Bij planmatig werken mag men niet het belang van het onvoorziene uit het oog verliezen. Gevoelens, levensgebeurtenissen en kwaliteit van relaties vallen niet te plannen. Ruimte moet bestaan voor spontaniteit, toeval, improvisatie en de moed om af te durven wijken van de regels.

