

De betekenis van de psychiatrische polikliniek voor een integrale geestelijke gezondheidszorg

door W. P. van den Hout

Motivering

De laatste jaren staat de plaats en de functie, menigmaal zelfs het bestaansrecht van de psychiatrische polikliniek van ziekenhuizen en psychiatrische centra ter discussie. De op te richten RIGG's dragen hier nog het nodige toe bij. Hoe goed organisatorisch doorzocht ook, mijns inziens wordt bij RIGG-vorming keer op keer voorbijgegaan aan de inhoudelijkheid van de psychiatrische polikliniek, die onvoldoende wordt gezien of erkend. Vandaar dit verslag: een weergave van hoe een psychiatrische polikliniek functioneert in een middelgrote Nederlandse stad, waar bovendien een grote, goed georganiseerde GGZ is gevestigd en de discussie tussen GGZ en kliniek over de RIGG in volle gang is. Vrij gevestigde psychiaters ontbreken er in deze regio.

De psychiatrie is geen welomschreven of wel-gedefinieerd specialisme. Psychiatrische zorg al evenmin. Werkwijze, lokale omstandigheden, persoonlijke inzichten verschillen zoals elders in de Nederlandse situatie. Dit betekent dat dit verhaal een persoonlijk verhaal is van een psychiater, die verslag uitbrengt vanuit zijn werksituatie. Geen algemene waarheden dus, maar een visie op inhoudelijke poliklinische werkzaamheden van een aantal praktische werkers.

Schets van de lokale situatie

Voor de algemene psychiatrische hulpverlening is de regio waar het psycho-medisch centrum Welterhof voor dient te zorgen verdeeld in drieën. Voor elk van deze subregio's is een woonlaag beschikbaar van 72 bedden verdeeld over 6 afdelingen met 12 bedden met verpleegkundige staf en behandelingsteam voor klinische en poliklinische werkzaamheden. Dit team bestaat uit 2 psychiaters, twee klinisch psychologen, een maatschappelijk werker en 1 à 2 secretaresses. Daarnaast zijn er voor gespecialiseerde taken gespeciali-

seerde afdelingen en behandelingsteams (kinderen en jeugd, alcohol en drugs, geriatrie enz.). Er is tevens een hulppost voor acute opvang met een crisis-interventiecentrum. Verder zijn er dagvoorzieningen en een avond- en nachtcentrum.

Het behandelingsteam, waarvan ik deel uitmaak, staat voor de stad Heerlen en het dorp Voerendaal. Deze sub-regio omvat 80.200 inwoners. In tegenstelling tot de beide andere sub-regio's is er in de onze geen PAAZ. Zoals reeds vermeld, er is een grote goed georganiseerde GGZ en er zijn geen vrij gevestigde psychiaters.

In ons team hebben de twee psychiaters een volledig psychotherapeutische opleiding achter de rug (NVP-normen). De klinisch-psychologen zijn thans gedeeltelijk geschoold en vervolgen hun opleiding (NVP- en NIP-normen).

Op onze polikliniek komt een grote verscheidenheid aan mensen. Onze voornaamste en nagenoeg enige verwijzers zijn huisartsen. Er zijn echter ook huisartsen die zelden of nooit naar ons verwijzen. Net als elders in den lande bestaat er bij ons in feite ook nog weinig inzicht in het verwijzingspatroon vanuit de regio naar ons. Ook hebben we nog onvoldoende zicht op de zo verschillende beeldvorming over ons.

In principe kan iedere problematiek naar onze polikliniek worden verwezen. En dat gebeurt dan ook. Dat betekent dat – afgezien van kinderen – in principe ieder probleem in iedere leeftijdsklasse te verwachten is.

Daarnaast is er de nazorg van onze woonlaag: één opnameafdeling, één meer individueel en voornamelijk op de oudere mens gerichte afdeling, één minder gestructureerde klinisch-psychotherapeutische afdeling, één sterk gestructureerde klinisch-psychotherapeutische afdeling en één gecombineerde middellange/chronische afdeling. De poliklinische ambulante hulpverlening als ook de nazorg van voorheen opgenomen patiënten wordt door hetzelfde behandelingsteam gedaan. Voor de nazorg geldt, dat deze patiënten worden behandeld of begeleid door die teamleden, die ook de klinische zorg hebben gehad.

Aanbod

Uitgaande van onze praktijk van alledag, blijkt er bij ons nogal eens sprake van een fors aanbod van mensen bij wie psychopathologie en somatische pathologie een grote rol speelt in hun ziektebeeld. Met name de somatische pathologie is bij de huidige sociale wetgeving in onze cultuur eigenlijk vanzelfsprekend te verwachten. Maar ook psychopathologie is zeer vaak een realiteit.

In de zestiger jaren is er een zeer optimistische stroming geweest binnen de geestelijke gezondheidszorg, gekant tegen het statisch en dientengevolge negatief etiketteren vanuit de oude nosologie. Niet ten onrechte. Men heeft echter – doorslaande – met het badwater ook het kind weggespoeld: de kennis van en de erkenning van psychopathologie. De psychiatrie heeft hierop over het algemeen een onvoldoende antwoord gehad en daardoor komen mensen heden

ten dage te kort in de erkenning van hun ziektebeelden met vaak ernstige gevolgen voor hun behandeling. Dit is mijns inziens ook het inhoudelijke probleem van de huidige voornamelijk organisatorisch gerichte discussies binnen de ambulante geestelijke gezondheidszorg: voorbijgaan aan het feitelijke bestaan van psychopathologie en de noodzaak tot kennis van deze psychopathologie.

Ik gebruik hier ook bewust het woord 'ziekte-beeld'. Niet om deze mensen ziek te verklaren en in het medisch model te duwen, maar wel om aan te geven dat er voor deze mensen bij wie psychopathologie een rol speelt op dat moment van hun leven in bepaalde, meestal acute en korte periodes een hulpverleningsplicht bestaat zoals die ook geldt bij verkeersongelukken, hartinfarcten, longontstekingen e.d.

Ook in de psychiatrie kan tijdelijk overnemen van een stuk verantwoordelijkheid en zorg een noodzaak zijn om verder te komen. Het niet erkennen van deze feitelijke situatie kan leiden tot vrijblijvendheid of erger nog tot kwalitatief onvoldoende zorg voor mensen in ernstige moeilijkheden. Het draagt tevens bij tot het elitaire karakter, dat onze ambulante geestelijke gezondheidszorg dreigt te krijgen, omdat een bepaald groep mensen zo van zorg verstoken blijft. Een mens moet tegenwoordig al akelig gezond zijn wil hij de wachtlijden, de motivatiedrempels en het uitgesloten raken juist wegens zijn pathologie doorstaan en tot een hulpverlener doordringen.

Positie van de hulpverlener

In onze werksituatie is de positie van de hulpverlener, gezien het bovenstaande dan ook altijd gekleurd door een dualiteit. De hulpverlener zal voortdurend moeten wikken en wegen in hoeverre hij juist deze mens moet aanspreken op zijn eigen zorg en verantwoordelijkheid op dat moment van zijn leven. Gelijkwaardigheid tussen hulpvrager en hulpverlener is mooi. Maar dan moet de hulpvrager ook in een gelijkwaardige positie verkeren. Zo deze gelijkwaardigheid al bestaat of is na te streven, deze bestaat stellig niet voor de mens in een acute psychose, een crisis, een diepe vitale depressie, om enkele voorbeelden te noemen.

Dit betekent voor ons, dat wij in ons werken bij voortduring moeten bezig zijn met ziekte (psychopathologie, weerstandsgedrag) en levensproblemen, combinaties daarvan en de daarenboven nog voorkomende somatische pathologie. Onze hulpverleningssituatie wordt dan ook altijd gekenmerkt door een aantal dualiteiten, die wisselende methodieken, posities en benaderingen van de hulpverleners vragen. Deze dualiteiten zijn:

- | | |
|------------------------------|---|
| motivatie van de patiënt | – weerstand/weerstandsgedrag. |
| attitude van de hulpverlener | – ambachtelijkheid/kennis. |
| nabijheid in de relatie | – eigen verantwoordelijkheid van de patiënt zelf. |
| ziekte | – gezondheid. |
| psychopathologie | – levensproblemen. |

Werkinhoud en taken

In feite zijn wij een 'grote stad'-polikliniek. We komen dan ook de volgende probleemsoorten tegen: acute situaties, crisissituaties, psychopathologie en somatische pathologie, levens- en gezinsmoeilijkheden, netwerkproblematieken, sociale problemen, psychosomatiek, verslavingsproblematiek, begeleidingsproblematiek enz. Uit het aanbod en onze positie daarin betekent dit voor ons in principe de volgende taken:

- a. intake,
- b. diagnostiek c.q. probleemomschrijving,
- c. evt. crisis-interventie (acuut),
waarna kan volgen:
- d. doorverwijzing c.q. terugverwijzing (huisarts, eigen dagvoorzieningen, GGZ, Mw, CAD enz.),
- e. begeleiding: toedekkend,
structurerend,
voorzichtig explorerend,
- f. behandeling: crisis-interventie (niet acuut),
depressie-behandeling (medicamenteus en psychotherapeutisch),
psychose-behandeling,
kortdurende en meer directieve (psycho)therapieën (30 minuten),
psychotherapieën (psychodynamisch, gedragstherapeutisch, interactioneel, groepen),
partner-relatie-therapie, gezinstherapie enz.,
- g. prikpoli: gestructureerde begeleiding van mensen,
ingesteld op depot-preparaat,
- h. restgroep: zorg voor de groep der 'chronische patiënten'.
Ik noem deze groep mensen apart omdat zij een herkenbare populatie van iedere polikliniek zijn, soms groot, soms klein, die om onduidelijke redenen jaar in jaar uit de polikliniek blijven bezoeken.
Hoe duister de motieven ook mogen zijn, het zijn mensen die niet uit het bestand willen/kunnen verdwijnen.
- i. opname: eigen afdelingen of doorverwijzingen naar gespecialiseerde afdelingen.

Naast het poliklinische aanbod zijn er de mensen, die ontslagen worden uit onze klinische situatie. Deze komen in eerste instantie in onze nazorg en worden van daaruit gerubriceerd in de categorieën d t/m h en zo opgenomen in onze poliklinische werkwijzen.

Intake

De grote verscheidenheid in het aanbod stelt de intake in de hele werkwijze van de polikliniek erg centraal. We kennen veel waarde toe aan een snelle en goede intake en streven er ook naar deze zo

snel mogelijk na aanmelding te laten plaatsvinden (0-2 weken). Eén week na het eerste intake-gesprek wordt de betreffende besproken in ons wekelijks intern poli-overleg.

Daarbij is in eerste instantie de vraag aan de orde of er sprake is van:

- crisis of niet,
- pathologie of niet,
- opname-noodzaak of niet.

Er wordt getracht te komen tot een eerste probleemdefiniëring of diagnose en er wordt overlegd welk onderzoek/welke diagnostiek verder nodig zal zijn, zeker als er sprake is van verdenking op pathologie.

Is er geen sprake van pathologie dan wordt overwogen of het mogelijk is de patiënt naar de GGZ te verwijzen (in onze situatie 20% reële doorverwijzingen).

Ons team (multidisciplinair in zijn samenstelling) tracht te komen tot een integrale probleemomschrijving c.q. diagnostiek. Pas daarna volgt het beleids- c.q. behandelingsplan.

Voorzieningen

Een polikliniek, die moet kunnen tegemoetkomen aan datgene wat het aanbod aan patiënten oproept, moet over een aantal basale voorzieningen beschikken in materiële en personele zin.

In materiële zin zijn hiervoor nodig: een goed geoutilleerde polikliniekruimte, eventueel met aparte ruimte voor crisis en acute hulp, een 24-uurs bereikbaarheid, een reële bereikbaarheid van de teamleden ondanks volle dagprogramma's, een wachtlijst binnen redelijke proporties, een snelle intake-procedure en probleemdefiniëring, diagnostische mogelijkheden, klinische mogelijkheden.

En in personele zin betekent dit mensen met: kennis en ervaring betreffende acute situaties, ook in somatische zin, kennis en ervaring met crisis-interventie, kennis van psychopathologie (en in staat deze daadwerkelijk toe te passen!), zicht op psychische problematiek zonder psychopathologie, zicht op sociale problematiek, kennis van psychosomatiek en onverklaarde lichamelijke klachten, kennis en ervaring met vormen van psychotherapie, en kennis van de hulpverleningskaart in de regio.

Bestaansrecht psychiatrische polikliniek

Uit het aanbod op onze polikliniek blijkt dat er in onze regio een voorziening dient te zijn, waar, in de complexiteit van de hulpvraag, de pathologie als onderdeel van deze hulpvraag kan worden onderkend, nader gediagnostiseerd en in een integrale diagnose met daaruit voortvloeiend behandelingsplan kan worden opgenomen. Deze voorziening dient ook zodanig te zijn ingericht dat op deze aspecten snel en daadwerkelijk kan worden ingegaan.

Pathologie komt zelden of nooit als geïsoleerd verschijnsel voor. Combinatie van levensproblemen en sociale problemen enerzijds

en psychopathologie en/of somatische pathologie anderzijds komt veel vaker voor. Dit betekent, dat de bemanning van een dergelijke voorziening ook alleen maar adequaat is wanneer het een multidisciplinair team betreft dat in zijn samenstelling zodanig gevormd moet zijn dat het zowel de pathologie als ook de niet pathologische kant kan onderkennen en hanteren. Een alleen op de pathologie gerichte werkwijze is dus theoretisch en technische een onmogelijkheid, zeker voor al die gevallen waarin 'mengvormen' bestaan.

Zo ook is het omgekeerde een onmogelijkheid: een werkwijze alleen gericht op levensproblemen of sociale problematiek.

De plek die voor bovengenoemde voorziening in onze regio bij uitstek is aangewezen is de polikliniek van Welterhof. Zowel ruimtelijk alsook in materiële voorzieningen liggen hier voldoende mogelijkheden. Met andere woorden: een sluitende ambulante geestelijke gezondheidszorg zonder polikliniek in Welterhof is in onze regio ondenkbaar en onuitvoerbaar.

Wat ik voor onze regio stel durf ik als hypothese te veralgemenen voor de Nederlandse situatie in de volgende stelling: *Voor een sluitende ambulante geestelijke gezondheidszorg is een voorziening noodzakelijk met kennis van en ervaring in pathologie in ons werkveld. De beste plaats voor een dergelijke voorziening zal over het algemeen de polikliniek zijn van een goed geoutilleerd algemeen psychiatrisch ziekenhuis c.q. inrichting.* (Ook een PAAZ kan hiervoor dienen, mits deze voldoende is uitgerust).

Deze stelling verdient echter een aanvulling in de vorm van een tweede stelling:

Een psychiatrische polikliniek, die niet geïntegreerd is in een gesloten circuit van ambulante voorzieningen voor de geestelijke gezondheidszorg voor een bepaalde regio loopt het gevaar te sterk gericht te raken op de pathologie en het zicht op levensproblemen en sociale problemen in de maatschappij te verliezen. ('Psychiatrisering' van levensproblemen en sociale problematiek).

Positiebepaling psychiatrische polikliniek

Met andere woorden: m.i. is een psychiatrische polikliniek onontbeerlijk, maar dan geïntegreerd in de andere voorzieningen van die regio. Dit omvat naast eerdergenoemde inhoudelijke aspecten ook een aantal functionele aspecten. Ik zet ter verduidelijking daartoe een aantal uitgangspunten op een rij:

a. *Subregionalisatie* – In Welterhof is gekozen voor de alom gewenst geachte onderverdeling van het totale verzorgingsgebied in subregio's. De motieven en achtergronden voor deze koppeling van kleinere werkverbanden aan een vaste subregio zijn voldoende bekend. Ik herinner aan: aanspreekbaarheid van behandelaars, gesloten behandelingscircuit, korte lijn tussen verwijzers en behandelaars, meer betrokkenheid en verantwoordelijkheid, onderling overleg, enz.

b. *Gesloten circuit* – Er wordt steeds meer gedacht aan en gewerkt naar een gesloten circuit binnen de geestelijke gezondheidszorg. In

deze gedachte hoort ook thuis het continuüm in de behandeling en de begeleiding. Hoewel psychiatrische opnames over het algemeen langer duren dan de andere ziekenhuisopnames, zijn ze doorgaans toch in het leven van patiënt als geheel een (zeer) klein onderdeel. De niet-klinische behandeling beslaat het grootste deel van de zorg. De overgang van klinische naar niet-klinische zorg en omgekeerd zal daarom een zeer vloeiende dienen te zijn.

Om de eventuele opname en vooral om de terugkeer na de opname goed te doen verlopen moet deze geplaatst kunnen worden in een goed gesloten circuit van voor- en nazorg. Bovendien kan een goed geoutilleerde, goed bemande en geïntegreerde poliklinische setting veel opnames en vooral heropnames voorkomen.

c. *Integrale diagnostiek* – In Welterhof is gekozen voor een multidisciplinaire samenstelling van de teams met het oogmerk te komen tot een betere, integrale benadering en behandeling. Hieraan gaat een integrale diagnostiek vooraf. Deze is in de psychiatrie (doch ook in de andere takken van geestelijke gezondheidszorg) van groot belang. Niet alleen is de psychiatrie een moeilijk te omschrijven vakgebied, maar ook wordt dit kanaal zeer vaak voor totaal andere zaken gebruikt ('vuilnisbakkenfunctie').

Bovendien is de probleemomschrijving of diagnostiek binnen de geestelijke gezondheidszorg nog steeds zeer pover en allesbehalve uniform. Tot slot hangt de omschrijving ook nog af van de 'school' die men aanhangt. Een systeemgerichte therapeut zal anders diagnosticeren dan een psychiater en die weer anders dan een klinisch-psycholoog met gedragstherapeutische scholing. Kortom: één- of twee-woordige diagnostiek is zinloos en gevaarlijk. Alleen een geïntegreerde probleemomschrijving vanuit de verschillende gezichtshoeken is zinvol.

d. *Beleidsplan* – Pas na deze integrale diagnose – die wij een van de meest wezenlijke punten vinden in de poliklinische (ambulante) ontmoeting met de patiënt – kan worden overgegaan tot het opstellen van een beleid. Wij spreken eigenlijk liever van beleids- dan van behandelingsplan omdat helemaal niet vaststaand dient te zijn dat iedereen in behandeling wordt genomen.

In dit plan zal de nood van de hulpvrager moeten tellen, doch ook zal realistisch onder ogen gezien moeten worden wat er aan deskundigheid voorradig is. Het niet hebben van een deskundigheid is geen schande. Een behandeling starten alsof men deze deskundigheid wel heeft, is dat wel.

e. *Behandelaars* – Op grond van de integrale diagnose en het beleidsplan wordt binnen de multidisciplinaire setting bekeken wie de benodigde en juiste deskundigheid heeft voor de betreffende hulpvrager. In principe kan in overweging worden genomen: begeleiding, behandeling, psychotherapie, groepsgewijs, gezinstherapie enz. Dit alles uiteraard in het licht van de aanwezige behandelingsmogelijkheden.

f. *Intake* – In onze visie dient de intake-setting te worden verzorgd vanuit de groep van de latere eventuele behandelaars.

g. *Efficiëntie* – Goed poliklinisch werk is arbeidsintensiever en

vaak moeilijker dan klinisch werk. Maar er kunnen ontzettend veel mensen behandeld worden die nooit ook maar de kliniek hoeven te zien. Voorwaarde is mankracht, deskundigheid, maar voor alles het 'poolen' en efficiënt gebruik maken van in de subregio aanwezige deskundigheid in een niet-anoniem, niet te groot en verantwoordelijk samenwerkingsverband.

Wat ik met deze uitgangspunten wil aangeven is tweeledig. Een psychiatrisch polikliniek heeft de geestelijke gezondheidszorg veel te bieden, een aantal zelfs onontbeerlijke onderdelen. Maar een psychiatrische polikliniek alleen is onmogelijk in staat adequate, kwalitatief voldoende en sluitende ambulante zorg te bieden. Het bestaansrecht staat voor mij onomstotelijk vast. De samenwerking met andere instanties – in ons geval de GGZ – voor mij evenzeer. Hoe deze er in de lokale situaties zou moeten uitzien laat ik hier buiten beschouwing, omdat dit in zijn vorm en detaillering van situatie tot situatie zal verschillen.

Twee grondprincipes wil ik wel noemen, omdat deze naar mijn overtuiging wel overal zullen moeten gelden:

- *Er moet* een gemeenschappelijke intake-procedure zijn van de samenwerkende hulpverleners der verschillende organisaties.
- *Er zal* moeten worden uitgegaan van kleine, aan elkaar gekoppelde samenwerkingsverbanden, die gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor de totale zorg binnen één sub-regio. (Functionele eenheden).

Dit brengt mij bij mijn derde stelling:

Samenwerking met de GGZ? Onontbeerlijk en maar al te graag. Maar niet ten koste van onze identiteit, niet ten koste van onze know-how. Daarvoor is ons het bestaansrecht van de psychiatrische polikliniek te duidelijk geworden.

Overheden en directies die aan deze werkelijkheid voorbijgaan maken een ernstige inhoudelijke beleidsfout. En in de discussies rond de RIGG's gebeurt dit maar al te vaak.

Tot slot

De personele voorzieningen vormen een van de meest sombere kanten bij het functioneren van psychiatrische poliklinieken. Geperst binnen het kader van de COZ-normen lijden wij een bestaan onder het bestaansminimum. In ons geval dienen wij met vijf krachten naast onze klinische taak ook de bovenomschreven poliklinische taak te verrichten. In een stad als Heerlen met zijn complexe problematiek is dat een feitelijke onmogelijkheid. Psychiatrische poliklinieken worden vaak alleen betiteld als instituten van 'nazorg'. Aan de ambulante zorg, zoals die feitelijk op talloze plaatsen in ruime mate wordt gegeven, wordt maar al te vaak over het hoofd gezien.

Ook wordt daarbij voorbijgegaan aan de 'voorzorg'. Onder deze term versta ik het complex van preventie, begeleiding en behandeling, dat een dreigende opname kan voorkomen. Het is onze overtuiging, dat vele opnames korter zouden kunnen duren en evenzo-

vele opnames zouden kunnen worden voorkómen, wanneer de bemanning van psychiatrische poliklinieken ruimer en gedifferentieerder zou zijn.

Het doet pijn als men ziet over welke middelen semi-murale en ambulante instituten kunnen beschikken als men zelf met structurele onderbezetting moet werken.

En dit brengt mij tot mijn laatste stelling:

De onvoldoende en te weinig gedifferentieerde bemanning van psychiatrische poliklinieken is goed voor de economie van en de werkgelegenheid in psychiatrische instituten omdat meer bedden worden gebruikt dan strikt noodzakelijk is. Maar het doet afbreuk aan een kwalitatief goede en meer menswaardige ambulante psychiatrische zorg binnen de geestelijke gezondheidszorg. Het COZ bijt zich met zijn krapte-model op dit punt in zijn eigen financiële billen.