

Een depot- en lithiumpoli als onderdeel van Riagg-programma's voor chronici

door R.H.J. Hornsveld en M.B.J. Blom

Gepubliceerd in 1994, no. 9

Samenvatting

In dit artikel wordt beschreven hoe op Riagg Westhage een programmatisch zorgaanbod aan chronisch-psihiatrische patiënten gestalte krijgt. Doelstelling daarbij is de ontwikkeling van een breed, maar tegelijkertijd gedifferentieerd, ambulant aanbod aan deze doelgroep. In dit verband wordt de oprichting van een depot- en lithiumpoli beschreven. Het artikel laat zien hoe een dergelijke poli ingebouwd kan worden in Riagg-programma's voor chronici.

Aangegeven wordt hoe, terwille van een klantgericht aanbod, een onderverdeling in een zestal subdoelgroepen tot stand is gekomen. Bij de bespreking van de programma's wordt een relatie gelegd met het begrip casemanagement. Daarnaast worden de beleidsmatige ontwikkelingen genoemd die geleid hebben tot de keuze voor gedifferentieerde programma's en de oprichting van de depot- en lithiumpoli. Tot slot wordt informatie gegeven over de werkwijze en het patiëntenbestand van de poli.

De ervaringen met de poli zijn tot op heden positief. De conclusie luidt dat de oprichting van een depot- en lithiumpoli aanbeveling verdient in het kader van een breed Riagg-aanbod aan chronisch-psihiatrische patiënten.

Inleiding

In 1993 heeft Riagg Westhage, als eerste Riagg in Nederland, een eigen depot- en lithiumpoli opgericht in het kader van een ontwikkeling naar een integraal ambulant aanbod voor chronisch-psihiatrische patiënten. Onder chronici verstaan we patiënten met relatief langdurige en/of hoog-frequente symptomatologie, een duidelijke beperking in het persoonlijke en sociale functioneren, alsmede een voorgeschiedenis van minimaal twee jaar ambulante zorg en tenminste één opname (Schnabel 1991). Omdat bij chronisch-psihiatrische patiënten biologische factoren een belangrijke rol spelen bij het ontstaan en voortduren van de klachten (Kortmann en Tholen 1991), spreken wij liever van patiënten dan van langdurig zorgafhankelijken (Janssen en Van Weeghel 1990).

Zorgprogramma's voor chronici

In de nota 'Onder Anderen' spreekt staatssecretaris Simons zich uit voor de ontwikkeling van functionele zorgprogramma's, waarbij de hulpvraag en niet het hulpaanbod voorop staat (WVC 1993). Samenwerking van zorgaanbieders in de vorm van circuits voor omschreven doelgroepen, ziet hij als het daartoe aangewezen instrument. Functies worden in die circuits gerealiseerd door middel van programma's, gespecificeerde hulpverleningsactiviteiten voor gespecificeerde groepen hulpvragers (Stoelinga en Van Lieshout 1991).

In het marketingdenken zijn groepen hulpvragers (doelgroepen) marktsegmenten, die getypeerd worden met variabelen van de klant en niet in termen van de dienst. Deze doelgroepen/marktsegmenten kunnen opgespoord worden aan de hand van zogenaamde segmenteringsvariabelen. In de GGZ zijn dit, naast de DSM-III-R classificatie, klantkenmerken als

arbeidsomstandigheden, sociale klasse en belastende life events (Michiels van Kessenich 1993).

Inmiddels is al op verschillende plaatsen in het land op RIAGG- of instellingsniveau begonnen met de ontwikkeling en uitvoering van zorgprogramma's. Eén van de doelgroepen die daarbij relatief veel aandacht krijgt, is die van de chronisch-psihiatrische patiënten. Het gaat hier echter niet om een homogene groep.

Schnabel (1991) stelde dat chronisch-psihiatrische patiënten een heterogene groep vormen en derhalve niet met een homogeen aanbod geholpen zijn. Hij doelde echter met zijn uitspraak vooral op het onderscheid tussen chronici op een verblijfsafdeling van een psihiatrisch ziekenhuis en die patiënten, die zich met ambulante hulp buiten het ziekenhuis kunnen handhaven. Shepherd (1993) hanteerde een driedeling, die ook betrekking heeft op zowel klinische als ambulante patiënten. Hij onderscheidde old long-stay, new long-stay en long-term patiënten.

Bouman en Van Splunteren (1989) meenden dat ook de chronisch-psihiatrische patiënten die bij een Riagg in zorg zijn, niet als een homogene groep beschouwd kunnen worden. Zij onderzochten een groep van 190 chronici, die langer dan 17 maanden onafgebroken bij Riagg Westhage stonden ingeschreven of opnieuw ingeschreven werden, en minimaal één psihiatrische opname in de voorgeschiedenis hadden. Hun onderzoek resulteerde in een onderverdeling in drie groepen: (1) patiënten met een functionele, niet-affectieve psychose, (2) de zeer chronische patiënten, die langer dan vijf jaar zijn ingeschreven en tenminste tweemaal in een APZ of PAAZ zijn opgenomen en (3) de sociaal geïsoleerden, die vrijwel niet deelnemen aan maatschappelijke activiteiten en niet over een steunend sociaal netwerk beschikken. De auteurs vonden het overigens opvallend dat in hun onderzoek een herkenbare groep jonge schizofrenen ontbrak. Deze categorie kwam toentertijd kennelijk nauwelijks in het cliëntenbestand van Riagg Westhage voor.

In Riagg Westhage wordt, op basis van eerder genoemde segmenteringsvariabelen (Riagg Den Haag 1993) en het onderzoek van Bouman en Van Splunteren (1989), een onderverdeling gemaakt in zes subdoelgroepen: (1) beschermd wonenden, (2) begeleid wonenden, (3) jonge schizofrenen, (4) oudere schizofrenen, (5) sociaal geïsoleerden en (6) thuislozen.

De programma's voor deze subdoelgroepen bevatten de gebruikelijke middelen als sociale vaardigheidstraining, farmacotherapie, psycho-educatie en ondersteunende begeleiding. Maar ze verschillen in eind- en begintermen (respectievelijk de behandelings-/begeleidingsdoelen van het programma en de patiëntenkarakteristieken aan het begin van het programma) en in de manier waarop eerder genoemde middelen worden ingezet. Bovendien blijkt dat per subdoelgroep met verschillende (GGZ-)partners samenwerkingsafspraken gemaakt moeten worden (randvoorwaarden).

De uitwerking van de subprogramma's heeft als bijkomend voordeel opgeleverd dat lacunes in het huidige zorgaanbod zichtbaar werden, en besloten moest worden tot aanvullende begeleidings- of behandelingsvormen, waaronder een laagdrempelige depot- en lithiumpolikliniek. Daarnast blijken programmabeschrijvingen gebruikt te kunnen worden om met externe partners een gezamenlijke zorgvisie te expliciteren. In appendix I wordt als voorbeeld het subprogramma 'Oudere schizofrenen' weergegeven.

Omdat de programma's voor chronici in alle gevallen een instellingsoverstijgend karakter hebben, is coördinatie van de zorgverlening aan individuele patiënten geboden. Dit is mogelijk via casemanagement (Henselmans 1990). Deze auteur noemt als de vijf functies van casemanagement: het in kaart brengen van de behoefte aan zorg, het ontwikkelen van een plan voor zorgverlening, het arrangeren van de zorg, het bewaken van de voortgang en het effect van de hulp en het behartigen van de belangen van de individuele patiënt. Opvallend is dat Henselmans uitgaat van handhaving van de status quo: de bestaande verdeling tussen instellingen in functies en taken blijft onaangetaast. Dat

coördinatie van zorgverlening veel gemakkelijker wordt als binnen bestaande ambulante voorzieningen aanvullende voorzieningen worden gecreëerd, vermeldt hij niet. Dit beeld, van het haast krampachtig vasthouden aan bestaande taakverdelingen, treffen we ook aan bij andere auteurs (Bachrach 1989, 1991; Van de Beek en Van Lieshout 1992). Daarentegen stelde Van de Beek (1991) dat de ambulante sector een breed samengesteld hulpverleningspakket moet bieden, wil klinische zorgverlening tot een minimum beperkt kunnen blijven.

De plaats van depot- en lithiumpoli's binnen een ambulant zorgaanbod

De literatuur over de organisatie en plaats van depot- en lithiumpoli's binnen een ambulant zorgaanbod is beperkt van omvang.

Zo publiceerden Buis e.a. (1986) over hun ervaringen met de 'contactpoli', een samenwerkingsproject van een psychiatrisch ziekenhuis en een sociaal-psychiatrische dienst van een Riagg. Uitgangspunt van hun project was dat 'bij een goede nazorg medicamenteuze en sociaal-psychiatrische begeleiding hand in hand dienen te gaan'. Een belangrijk argument, volgens de auteurs, voor de samenwerking tussen ziekenhuis en Riagg was dat 'de SPD over weinig psychiatrische mankracht beschikte en zich slechts marginaal met medicatie bezighield'. Het zorgaanbod omvatte, naast de verstrekking van depotneuroleptica, individuele begeleiding en zorgcoördinatie, zogenaamde koffiebijeenkomsten en enkele malen per jaar informatieve familiebijeenkomsten. De doelgroep betrof vooral schizofrene patiënten.

In een tweede publikatie over de contactpoli (Buis 1993) werd geconstateerd dat het aantal heropnamen weliswaar constant bleef, maar dat het aantal drop-outs afnam naarmate allerlei andere voorzieningen deel uit gingen maken van het netwerk van de contactpoli. De oorspronkelijke doelstelling, het vermijden van opnamen, verschoof in de richting van het bieden van casemanagement, mede omdat de contactpoli inmiddels onderdeel was geworden van een zorgcircuit voor chronisch-psychiatrische patiënten, de zogenaamde Bossche compositie (Rigg 's-Hertogenbosch 1989). De auteur noemt het opvallend en verontrustend dat in de literatuur over casemanagement weinig gezegd wordt over de organisatie van de medicamenteuze zorg voor de doelgroep chronisch-psychiatrische patiënten.

Kamp (1987) constateerde aan de hand van een enquête, dat in Nederland de term lithiumpolikliniek verschillend wordt opgevat: sommige houden zich alleen bezig met de behandeling van bipolaire stoornissen, andere richten zich op een breder patiëntenbestand. Als belangrijkste argumenten voor een aparte lithiumpolikliniek worden door de auteur genoemd: de langdurige behandeling, de noodzakelijke continuïteit in de zorgverlening, de psychosociale begeleiding met name in de vorm van psycho-educatie en de gewenste laagdrempeligheid. Kamp, die een situatie beschrijft waarbij een lithiumpoli is opgericht door een psychiatrisch ziekenhuis, ervaart de contacten met een Riagg als constructief.

Bij de in de literatuur beschreven depot- en lithiumpoli's is er dus steeds sprake van een samenwerkingsverband met een Riagg, waardoor naast het verstrekken van depotneuroleptica en lithium verschillende vormen van psychosociale begeleiding kunnen worden geboden. Patiënten, die depotmedicatie krijgen en hun afspraken niet nakomen, krijgen door een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige van de Riagg hun depot thuis toegediend.

Voorgeschiedenis van de depot- en lithiumpoli

In 1987 begon Riagg Westhage, samen met psychiatrisch centrum Bloemendaal, in het Riagg-gebouw een depotpolikliniek: op een wekelijks spreekuur diende een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige van de Riagg de medicatie toe en controleerde een psychiater van Bloemendaal het effect ervan op de psychotische klachten en op de bijwerkingen. Het psychiatrisch centrum leverde de laboratoriumfaciliteiten. Verschenen patiënten niet op een afspraak, dan verrichtte de verpleegkundige een huisbezoek. Het betrof patiënten die zowel bij de Riagg als bij de polikliniek van het psychiatrisch centrum waren ingeschreven. Deze samenwerking tussen Riagg Westhage en psychiatrisch centrum Bloemendaal verliep goed.

In het voorjaar van 1993 vertrok echter de psychiater van de polikliniek en besloot het psychiatrisch centrum de vacature niet op te vullen. Riagg Westhage werd dus voor de keuze gesteld behandelingen met depotneuroleptica helemaal over te laten aan de polikliniek, gevestigd op het terrein van het psychiatrisch centrum, of om zelf een depotpoli te beginnen. Op grond van hieronder te noemen ontwikkelingen werd tot het laatste besloten. In het najaar van 1993 is hieraan een lithiumpoli toegevoegd.

Nieuw Riagg-beleid

De keuze voor de oprichting van een zelfstandige depot- en lithiumpoli laat zich mede verklaren door een tweetal ontwikkelingen binnen Riagg Westhage.

In de eerste plaats het besluit van Riagg Westhage haar zorgaanbod te herformuleren in termen van produkt-marktcombinaties (Kuijper 1992). De keuze voor een marktgerichte benadering heeft geleid tot een strategisch beleid waarin, naast samenwerking, competitie met GGZ- partners tot de mogelijkheden gaat behoren. Vervolgens is met name de ontwikkeling van het zorgaanbod voor de doelgroep chronisch- psychiatrische patiënten aan deze beleidslijn aangepast en heeft Riagg Westhage zich ten doel gesteld voor deze patiënten een integraal zorgaanbod te creëren, waarin een depot- en lithiumpoli is opgenomen.

In de tweede plaats de toenemende belangstelling bij de psychiaters voor biologische psychiatrie. Deze ontwikkeling lijkt onderdeel van een proces, waarbij sprake is van een remedicaliseringstendens binnen de Riagg's (Schwarz 1987). Bovendien zijn de verwachtingen over het effect van psychotherapeutische interventies inmiddels reëler geworden. Mede door de lopende discussie over de specifieke taken van de psychiater in de Riagg (Hutschemaekers e.a. 1992), zijn in het ambulante veld psychiaters meer geïnteresseerd geraakt in de biologische componenten van psychopathologie. Dit werd overigens al in 1987 door Gersons bepleit (Van den Boom 1987). Een belangrijke voorwaarde, namelijk het mogen uitschrijven van recepten door Riagg-psychiaters, werd eigenlijk al in 1986 gerealiseerd.

De depot- en lithiumpoli van Riagg Westhage

Depotpoli - Op 1 januari 1994 stonden 39 patiënten (19 mannen en 20 vrouwen) bij de depotpoli ingeschreven. De gemiddelde leeftijd bedraagt 40,9 jaar; de oudste is 65 en de jongste 20 jaar. Bij alle patiënten gaat het om chronisch-psychotische toestanden of frequente recidiefpsychosen. Therapie-ontrouw is bij deze categorie patiënten een welbekend fenomeen (Kane 1984; Dröes 1986). De meeste patiënten (31) zijn geclassificeerd als schizofreen. Met recht kan gesproken worden van een chronische populatie, want 26 van de 39 patiënten zijn langer dan 2 jaar in behandeling; 5 zelfs langer dan 5 jaar. De gebruikte depotmedicatie en dosering zijn terug te vinden in tabel 1. De verwachting is dat de dosering bij de meeste patiënten over een jaar lager zal zijn, omdat de patiënten dan optimaal zijn ingesteld.

Alle patiënten worden ondergebracht in een geautomatiseerd afsprakensysteem. Dit systeem helpt bij de signalering van patiënten die niet op hun afspraak verschijnen. Indien een patiënt niet op de afspraak komt, volgt er automatisch een schriftelijke uitnodiging voor het spreekuur van de week daarop. Verschijnt de patiënt dan weer niet, dan volgt diezelfde dag een huisbezoek door een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige. Wat betreft het lichamelijk onderzoek en de controle van de bloedspiegels, is de werkwijze niet verschillend van die van andere depotpoli's.

De depotverstrekking wordt gepresenteerd als onderdeel van een meer omvattend zorgaanbod voor de groep chronisch-psychiatrische patiënten. Op deze wijze wordt een bezoek aan de depotpoli niet iets apart. Zo heeft elke patiënt een vaste hulpverlener op de Riagg, en wordt psycho-educatie gegeven in de vorm van driemaandelijke voorlichtingsbijeenkomsten. Tijdens deze bijeenkomsten wordt gestimuleerd dat patiënten eigen ervaringen inbrengen.

Lithiumpoli - Op dit moment (januari 1994) zijn 13 patiënten ingeschreven bij de lithiumpoli. De gemiddelde leeftijd bedraagt 41,2 jaar; de jongste is 21, de oudste 68 jaar. Het betreft 11 vrouwen en 2 mannen. Bij de meesten (10 van de 13) is sprake van een bipolaire stoornis. De groep is als geheel betrekkelijk recent bekend in de GGZ, hoewel 4 patiënten al langer dan 5 jaar gebruik maken van ambulante of klinische zorg.

Sedert kort is de behandeling met lithium geprotocolleerd.* In dit protocol worden de diagnostiek, de indicaties/contra-indicaties, de somatische screening, de uitleg aan de patiënt en de controles beschreven aan de hand van een stroomschema. De wijze van behandelen verschilt niet van wat elders gebruikelijk is.

Slot

Het beleid van Riagg Westhage is op de langere termijn gericht op de ontwikkeling van een zo breed mogelijk zorgaanbod voor chronisch- psychiatrische patiënten. Daarbij hanteren we het uitgangspunt, dat in de meeste zorgprogramma's voor deze doelgroep ambulante behandeling centraal staat en dat klinische behandeling, hoe belangrijk op een bepaald moment ook, meer gezien wordt als een randvoorwaarde. We nemen dan ook afstand van het gangbare MFE-concept, waarin ambulante behandeling nog steeds synoniem is aan nazorg.

Een van de knelpunten die zich echter bij de operationalisering van de programma's voor zullen doen, is dat ze bijzonder arbeidsintensief zijn (Henselmans e.a. 1991). Een zorgaanbod aan 100 'oudere schizofrenen', zoals beschreven in appendix 1, vergt bijvoorbeeld 3 full-time eenheden aan behandelaars, terwijl in de stad Den Haag het aantal chronici wordt geschat op ongeveer 4.000 (Janssen en Van Weeghel 1990)!

Om de realisatie van de programma's mogelijk te maken, dienen bovendien in de stad Den Haag voldoende faciliteiten op het gebied van de dagbesteding en arbeidsrehabilitatie gecreëerd te worden. Dit betekent dat alleen met een voortvarend substitutiebeleid de zorgverlening aan deze doelgroep substantieel van de grond kan komen. De Riagg's doen er dus goed aan een voortrekkersrol op zich te nemen bij de ontwikkeling van een integraal zorgaanbod aan chronisch-psychiatrische patiënten. De functie- en programmaontwikkeling bieden daartoe nieuwe kansen.

***Dit protocol kan worden opgevraagd bij de tweede auteur.**

Literatuur

Bachrach, L.L. (1989), Case Management: Toward a Shared Definition. *Hospital and Community Psychiatry* 40

, 883-884.

Bachrach, L.L. (1991), *Leona Bachrach in The Netherlands*. NcGv, Utrecht.

Beek, H. van de (1991), Hulpverleningsprogramma's voor chronisch psychiatrische patiënten. In: H. van de Beek, *Tussen zorgen en behandelen*. NcGv, Utrecht.

Beek, H. van de, en P. van Lieshout (1992), De waarde van casemanagement voor de Nederlandse psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 34, 365-373.

Boom, F. van den (1987), *De Riagg en de psychiater*. NcGv, Utrecht.

Bouman, D., en P. van Splunteren (1989), *Wat heet chronisch?* Riagg Westhage, Den Haag.

Buis, W.M.N.J. (1993), De contactpoli: een vervolgbericht. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 48, 28-36.

Buis, W.M.N.J., H.J. Megens, A.J.M. Reukers en J.F.A. Schoeren (1986), De contactpoli; een depotpolikliniek als samenwerkingsproject van algemeen psychiatrisch ziekenhuis en sociaal-psychiatrische dienst. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 41, 355-366.

Dröes, J.T.P.M. (1986), Depotneuroleptica. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 130, 2251-2255.

Henselmans, H. (1990), Case management in de sociale psychiatrie. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 45, 494-506.

Henselmans, H., S. Kok, V. Nammensma en H. van Berkel (1991), Bemoeizorg. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 46, 1193-1205.

Hutschemaekers, G., H. van den Heuvel en C. Jacob (1992), *Beroep: Psychiater; een enquête onder de psychiaters in Nederland*. NcGv, Utrecht.

Janssen, M., en J. van Weeghel (1990), *Bezigheden buitenshuis*.

Kamp, J.S. (1987), De organisatie van een lithiumpolikliniek. In: W.A. Nolen (red.), *Lithium, de stand van zaken*.

Kane, J.M. (1984), The Use of Depot Neuroleptics: Clinical Experience in the United States. *Journal of Clinical Psychiatry* 45, 5-12.

Kortmann, F., en F. Tholen (1991), Cure en care in de psychiatrie. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 46, 123-133.

Kuijper, E.M. (1992), *Kwaliteit en klantgerichtheid*. Riagg Westhage.

Michiels Van Kessenich, H.H. (1993), *Produkt-markt combinaties voor de GGZ; modernisering vormgegeven*. Rigg Den Haag, Den Haag.

Schnabel, P. (1991), Gezondheidszorgonderzoek en de chronische psychiatrische patiënt. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* 69, 257-262.

Schwarz, R. (1987), *De psychiater in de Riagg*. NcGv, Utrecht.

Shepherd, G. (1993), Differentiation of care for the long-term mentally ill. In: J. Wolf en J. van Weeghel (red.), *Changing Community Psychiatry*. NcGv, Utrecht.

Simons, H.J. (1993), 'Onder anderen', *geestelijke gezondheid en geestelijke gezondheidszorg in maatschappelijk perspectief*. Sdu Uitgeverij Plantijnstraat, Den Haag.

Stoelinga, B., en P. van Lieshout (1991), Functies en programma's in de GGZ: een perspectief. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 46, 907-923.

Summary: an out-patient service for chronic patients on depot and lithium prophylaxis

This article provides information about the development of differentiated programs for chronic psychiatric patients by a Riagg, the Dutch version of an out-patient clinic. In this context the foundation of a depot and lithium policlinic is described.

Indicated is how for the sake of a client-oriented supply a division in six subprograms has been effected. In the discussion of the programs a relation is made with the concept casemanagement. In addition the development of the institutional policy is mentioned, which has resulted in the foundation of a depot and lithium policlinic. Finally information is given about the working method and the caseload of the policlinic. The conclusion is that it is advisable for a Riagg to found a depot and lithium policlinic in the context of a broad and differentiated supply to chronic psychiatric patients.

De auteurs zijn respectievelijk als afdelingshoofd en psychiater verbonden aan de afdeling Sociale Psychiatrie van Riagg Westhage, Postbus 17162, 2502 CDDen Haag.

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 23-6-1994.