
DE SPV IN DE POLIKLINIEK

Casemanagement: voor de polikliniek-spv is er niets nieuws onder de zon

Dit artikel is een bewerking van een lezing, welke werd gehouden op de studiemiddag van de NVSPV van 18 mei 1994 met het thema: de SPV buiten de Riagg.

Onderwerp is de SPV in de polikliniek van een algemeen ziekenhuis.

Inleiding

uit de praktijk.....

Mw. de Bruin (58) is al enige tijd in behandeling op de poli vanwege een reactieve depressie met een afhankelijk gedrag na het overlijden van haar man 1 jaar geleden.

Recent viel aan een heropname niet te ontkomen, maar is het beleid erop gericht om hospitalisatie te voorkomen en wordt, in overleg met betrokkene, zo snel mogelijk aangekoerst op z.s.m. ontslag. Hiertoe onderhoudt de poli-spv wekelijks contact met betrokkene en participeert in de behandelbesprekingen op de afdeling. In overleg wordt een gefaseerd programma afgesproken waarin de poliklinische behandeldoelen vertaald worden in een klinisch programma. Na enkele weken is betrokkene zover hersteld dat de poli-spv contacten kan gaan leggen met de deeltijdbehandeling van het centrum en afspraken gemaakt kunnen worden m.b.t. ontslag, verdeling van de aard van hulpverlening (poliklinisch en deeltijd) en het regelen van de opvang thuis (gezinszorg, mantelzorg). In al deze situaties fungeert de poli-spv zowel als behandelaar als coördinator, doordat hij kan beschikken over een variatie aan kwantitatieve en kwalitatieve nuances in de behandeling door de korte verbindingen met het centrum als geheel.

Hierdoor krijgt mw. de Bruin de hulp die zij verlangt maar niet meer dan nodig is.....

De polikliniek, heden en verleden

Voor een buitenstaander is het goed om eerst even terug te blikken op de ontstaansgeschiedenis van de psychiatrische poliklinieken: in 1926 werd, naar Duits voorbeeld, de eerste Nederlandse 'buitendienst' opgericht

Hugo Sterkman

Hugo is sociaal psychiatrisch verpleegkundige. Hij werkt sinds 1982 op de polikliniek van St. Franciscushof te Raalte

vanuit het APZ teneinde het mogelijk te maken om patiënten (eerder) te kunnen ontslaan.

Tevens verwachtte men tot een betere beoordeling van de opname-aanvragen te kunnen komen. In de afgelopen decennia heeft de polikliniek zijn bestaansrecht wel bewezen: anno 1994 staan deze taken nog steeds centraal in het takenpakket van de psychiatrische poliklinieken.

Mijn werkkring betreft de polikliniek van het psychiatrisch centrum St. Franciscushof te Raalte, op welke polikliniek ik zo'n 12 jaar werkzaam ben. Het is een middelgroot centrum met overeenkomstige poliklinieken op 3 lokaties (Raalte, Zwolle en Kampen); de regio draagt een in hoofdzaak agrarisch karakter.

Het verzorgingsgebied telt zo'n 358.000 inwoners, waarvan 61% in Zwolle en omgeving woont.

Geschiedenis van mijn werkzaamheden

Van meet af aan heeft de polikliniek een zelfstandig bestaan gekend binnen het APZ met weinig dwarsverbanden naar kliniek en deeltijdbehandeling, waardoor het karakter van de hulpverlening in grote mate werd bepaald door zelfstandig opererende, in hoofdzaak psychotherapeutisch georiënteerde hulpverleners. Deze zelfstandige positie is ons uiteindelijk opgebroken: op de markt van de ambulante g.g.z. bleken wij te afhankelijk te zijn van externe verwijzers. De laatste jaren is het accent mede daarom steeds meer komen te liggen op het uitoefenen van de kerntaak: het uitoefenen van de nazorgfunctie.

Deze ontwikkeling weerspiegelt wellicht de ontwikkeling van de positie van de SPV op deze polikliniek.

Bij het overnemen van de werkzaamheden van mijn voorganger verschilden directie en polimedewerkers van mening over de inhoud van de functie van de SPV op de poli. De directie vond, dat de SPV 'het gezicht' naar buiten was, terwijl binnen het team men de mening deelde, dat de sociale psychiatrie door de Sociaal Psychiatrische Dienst (later Riagg) verzorgd diende te worden.

Door van meet af aan te werken aan een eigen taakinhoud, later geholpen door bovengenoemde ontwikkelingen, is het werk van de SPV uiteindelijk onlosmakelijk met de poli verbonden. De aard van mijn werkzaamheden betreffen:

- intake en diagnostiek
- beoordeling opnameaanvragen

- behandeling en begeleiding, met een sterk accent op de sociale psychiatrie en nazorg
- de uitvoering van de depot- en lithiumpolikliniek.

Nadrukkelijk heb ik er voor gezorgd een enigszins gevarieerd cliëntenbestand op te bouwen: gemiddeld zo'n 70% ernstige psychiatrische beelden en 30% de meer neurotisch georiënteerde problematieken. Met opzet heb ik dit zo verdeeld, om het gevaar van 'burn-out' enigszins te ondervangen, te meer daar ik de enige SPV in het behandelteam ben.

Mijn jaarproductie ligt op ongeveer 1200 vervolgekonsulten en intakes met een gemiddelde caseload van 100 cliënten.

Uitgangspunten en theorie in de praktijk

Hoewel ik in de afgelopen jaren kennis heb mogen nemen van verschillende theorieën en schrijvers, ondervind ik in de praktijk veel steun aan de, al weer enige tijd geleden verschenen, humanistisch georiënteerde psychologie van Maslov.

Hierbij wordt een beschrijving gegeven van behoeften bij mensen, behoeften die in elkaars verlengde liggen en waaraan voldaan dient te worden alvorens tot verdere groei kan worden gekomen.

In volgorde: lichamelijke, primaire behoeften, behoefte aan veiligheid en geborgenheid, behoefte aan genegenheid en liefde, behoefte aan waardering en behoefte aan zelfverwerkelijking.

In de praktijk van de sociale psychiatrie vind ik dit een geschikte 'meetlat' waaraan doelen kunnen worden 'afgemeten' en kunnen worden vertaald naar individueel niveau.

uit de praktijk.....

Dhr. Meyer (49) wordt aangemeld met een randpsychotisch beeld. Al snel blijkt, dat de man een vereenzaamd bestaan thuis leidt en geen structuur kent. In het tweede gesprek, samen met een familielid, wordt een plan opgesteld voor intensieve ambulante begeleiding; nog tijdens het gesprek wordt geregeld, dat hij de volgende week (via de deeltijdbehandeling) kan starten op het 'buitenproject' (onderhoud van het groen, kwekerij) van het Centrum voor een aantal uren per dag. De gezinszorg wordt ingeschakeld, waarbij een aantal begeleidende taken door de gespecialiseerde gezinszorg worden afgesproken. Somatisch wordt, in overleg met de huisarts, de man uitvoerig in kaart gebracht en bleek er een hyperthyreoïdie in het spel te zijn. Op de poli wordt de inzet van de verschillende vormen van hulpverlening gecoördineerd, waarbij, in geval van nood, direct teruggevallen kan worden op de opnameafdeling voor tijdelijke crisisopvang teneinde de somatische en psychische randvoorwaarden te kunnen blijven bewaken.

In bovenstaand voorbeeld blijkt, hoezeer de hulpverlening op verschillende niveaus gedefinieerd kan worden. Tevens blijkt het geen zin te hebben om plannen te maken over sociale integratie als niet eerst voldaan wordt aan herstel van A.D.L.-functies en somatische factoren.

Voor de verdere inkleuring van de behandelingen binnen de ambulante sociale psychiatrie voel ik mij geïnspireerd door het theorieën van Minuchin en v.d. Velden. De directieve therapie blijkt, afgezet tegen mijn doelgroep, zeer toepasbaar te zijn vanwege het concrete karakter van de uitgangspunten.

Casemanagement

Binnen de groep van de ambulante chronische psychiatrie heb ik op de polikliniek regelmatig gebruik kunnen maken van de mogelijkheden die een psychiatrisch centrum als geheel kan bieden: deeltijdbehandeling of deelname aan bepaalde therapievormen in combinatie met poliklinische ondersteuning en begeleiding.

Financieel wordt deze manier van werken gedekt door het instellen van een administratieve deeltijdbehandeling waarbij de coördinerende hulpverlener de eindverantwoordelijkheid heeft. Van deze, per cliënt wisselende, behandelmogelijkheid heb ik vele malen gebruik gemaakt, hetgeen tot tevredenheid leidde bij hulpvrager en hulpverlener: de cliënt voelt zich gehoord (soms op zeer korte termijn) en de hulpverlener verzekert zich van meer invalshoeken bij zijn behandeling. Deze manier van werken kan ik alleen realiseren om dat ik (binnen het centrum werkend) over korte lijnen beschik met afdelingen, therapieën en therapeuten, waardoor, soms binnen een paar uur, een pakket kan worden samengesteld en de cliënt snel geholpen kan worden.

Wanneer daarbij tevens meegenomen wordt dat ik, bij een te verwachten klinische behandeling van maximaal 3 maanden participeerde binnen het behandelteam t.a.v. informatieverstrekking, behandelplan en ontslag, kan m.i. gesproken worden van een casemanagement 'avant la lettre'.

De huidige discussies en publikaties over dit onderwerp voegen althans weinig fundamenteels toe aan de aard en wijze waarop het werk van de SPV binnen onze polikliniek gestalte heeft gekregen.

Riagg en polikliniek

De geschetste manier van werken (het aanbrengen van continuïteit en differentiatie in de behandeling) brengt wellicht een interessante vergelijking tussen de polikliniek en de Riagg aan het daglicht:

- know-how binnen de organisatie is op een polikliniek sneller bereikbaar door kortere lijnen
- mede hierdoor is het mogelijk om beter een op de cliënt toegesneden behandelpakket samen te stellen
- een relatief klein dus herkenbaar behandelteam
- een laagdrempelige manier van werken met hulpverleners die breed inzetbaar zijn
- depot- en lithiumfaciliteiten (laboratorium).

Ondanks de verschillen in ontstaansgeschiedenis, doelgroep en werkwijzen zijn er natuurlijk ook veel overeenkomsten tussen de polikliniek en de Riagg, zeker waar het 't terrein van de sociale psychiatrie betreft. Gestimuleerd door het landelijke beleid op dit punt (met een rammelende geldbuidel op de achtergrond) zijn er op verschillende projecten van samenwerking:

- door de SPV-en van de Riagg en maatschappelijk werkenden/spv van St. Franciscushof werd gezamenlijk een cursus casemanagement gevolgd
- er werd een kliniek voor verslavingszorg opgericht
- er komt, over een half jaar, een gezamenlijke huisvesting in Zwolle tot stand van polikliniek, deeltijdbehandeling, Riagg, RIBW en RIGG, zulks vooruitlopende op een

omvangrijke verplaatsing van St. Franciscushof naar Zwolle

- op dit moment gaan de gedachten verder uit naar een gezamenlijk project op het gebied de thuiszorg en contact-poli
- aanmeldingen worden binnenkort centraal geregeld, mede door participatie bij het spreekuurhouderschap van de Riagg

Te verwachten valt, dat de polikliniek en Riagg zich door verdere samenwerking duidelijker zullen gaan profileren ten opzichte van elkaar; hierbij zullen duidelijke afspraken gemaakt dienen te worden t.a.v. verwijsstromen en doelgroepen.

Hoewel ik voordelen zie van een samenwerking binnen de sociale psychiatrie tussen polikliniek en Riagg, zie ik ook nadelen op behandelinhoudelijke gronden voor de polikliniek en de SPV aldaar.

Met name dreigt de keuzevrijheid voor cliënten te verdwijnen en kan er een eenzijdig soort polimedewerker ontstaan, wanneer het accent meer en meer zal komen te liggen op nazorg. Specifieke know-how binnen de polikliniek dreigt dan verloren te gaan door het vertrek van andere specialistische hulpverleners. De mogelijkheden van kruisbestuiving en het vergroten van je eigen therapeutische vaardigheden kunnen dan tot stilstand komen.

Voorkomen zal moeten worden dat het werk van de SPV op de polikliniek hierdoor eentoniger en, vanwege de aard en omvang van de doelgroep, nog zwaarder zal worden.