

Oorspronkelijk artikel

Psychiatrische thuiszorg I

Een verkennend onderzoek naar organisatie- en kwaliteitskenmerken

door O.H. Brook, P. Gassman, F. van Hoof en J. van Weeghel

Samenvatting

Psychiatrische thuiszorg is de meest recente verschijningsvorm van het proces van extramuralisering en vermaatschappelijking in de geestelijke gezondheidszorg. Een kwalitatief onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg bij vijftien projecten leert dat er twee typen psychiatrische thuiszorg te onderscheiden zijn: de langdurige psychiatrische thuiszorg, die vooral een verblijfsvervangende functie heeft, en de acute psychiatrische thuiszorg, die vooral ten doel heeft opnamen te voorkomen. Er blijkt echter, mede vanwege het prille bestaan van de projecten, (nog) geen sprake te zijn van een specifieke thuiszorgmethodiek, noch van een toegesneden kwaliteitsbewakend systeem. De onzekerheid die het ontbreken van structurele financiering met zich meebrengt, is daar mede debet aan. Niettemin wordt in alle projecten gewerkt aan protocollering, de ontwikkeling van kwaliteitsbewakende instrumenten en deskundigheidsbevordering. Eenmaal ingebed in de reguliere toetsings- en financiële kaders kan de psychiatrische thuiszorg een structureel onderdeel worden van de geestelijke gezondheidszorg.

Inleiding

In de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg (GGZ) krijgen mensen met ernstige psychische problemen steeds vaker zorg aan huis aangeboden. Enige jaren geleden zijn begeleid (zelfstandig) wonen (o.a. Ten Cate & Wolf 1995) en casemanagement (o.a. Kroon 1996) al ingevoerd als alternatieven voor een (langdurige) opname in een psychiatrisch ziekenhuis. Recentelijk is 'psychiatrische thuiszorg' (PT) sterk in opkomst. Was de term psychiatrische thuiszorg een aantal jaren geleden nog vrijwel onbekend, een recente inventarisatie leert dat Nederland eind 1997 vermoedelijk ongeveer 50 PT-projecten telde (Van Erp e.a. 1998).

Ondanks de snelle groei van deze nieuwe zorgvorm is er nog weinig bekend over de praktijk ervan. Ook over de kwaliteit van de nieuwe praktijken valt nog nauwelijks iets te zeggen. Onduidelijk is in hoeverre de projecten kunnen voldoen aan de kwalificatie 'verantwoorde zorg', zoals die in de Kwaliteitswet Zorginstellingen (Ministerie van vws 1996) wordt verwoord.

In het kader van het thematisch toezicht heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) daarom een inventariserend onderzoek gedaan naar de organisatorische inbedding van de projecten en naar indicatoren voor de kwaliteit van de psychiatrische thuiszorg (IGZ 1997). In dit artikel bespreken we de resultaten van dit onderzoek.

Methode en onderzoeksvragen

In 1996 werden 15 PT-projecten, verspreid over het hele land, door de inspectie bezocht. De selectie van de projecten was willekeurig. Niettemin leert een vergelijking met de recente inventarisatie van Van Erp e.a. (1998) dat de geselecteerde projecten qua omvang en type aanbod (kort of lang) representatief zijn voor de landelijke situatie.

De werkbezoeken bestonden uit semi-gestructureerde vraaggesprekken met een aantal leden van het PT-team, de projectcoördinator, een eindverantwoordelijke behandelaar en een beleidsfunctionaris. Voorts werden per project samen met PT-werkers enkele huisbezoeken afgelegd aan cliënten (voorzover zij daarin toestemden). Ten slotte werd documentatie verzameld van en over de PT-projecten, zoals jaarverslagen, projectvoorstellen en protocollen. Ieder werkbezoek duurde een dag en werd uitgevoerd door een team, bestaande uit een inspecteur in algemene dienst, een onderzoeker en een inspecteur uit de regio waar het PT-project is gesitueerd.

Vier hoofdthema's stonden in het onderzoek en in de werkbezoeken centraal, namelijk de inhoudelijke doelstellingen van de projecten, de organisatorische opzet ervan, de methodische werkwijzen en de interne kwaliteitsbewakende procedures. De eerder genoemde Kwaliteitswet Zorginstellingen (Ministerie van vws 1996) en de wet Beroepen Individuele Gezondheidszorg (BIG) (Ministerie van vws 1993) dienden als referentiekader voor de informatieverzameling. Overigens was van een daadwerkelijke toetsing van de praktijk aan deze wetten geen sprake; daarvoor bestaan de meeste projecten nog te kort. Het onderzoek had vooral een verkennende functie.

In het volgende maken we eerst een onderscheid in de twee belangrijkste typen psychiatrische thuiszorg. Daarna bespreken we achtereenvolgens de onderzoeksbevindingen op de vier hoofdthema's: doelstellingen, organisatie, methodiekontwikkeling en kwaliteitsbewaking. Wanneer dat relevant is, differentiëren we de resultaten naar de twee verschillende typen psychiatrische thuiszorg.

Resultaten

Twee typen psychiatrische thuiszorg – De 15 onderzochte PT-projecten zijn te onderscheiden in zeven projecten voor acute psychiatrische thuiszorg (APT) en acht projecten voor langdurige psychiatrische thuiszorg (LPT).

Het belangrijkste verschil tussen deze twee PT-vormen is dat acute psychiatrische thuiszorg gebonden is aan een maximale begeleidingsduur van drie maanden, na uitdrukkelijke toestemming van de zorgverzekeraar eventueel eenmalig te verlengen met nog eens drie maanden; projecten voor langdurige psychiatrische thuiszorg kennen doorgaans geen restricties wat de zorgduur betreft.

Tabel 1: Financiering en capaciteit van de PT-projecten

	APT	LPT	PT-totaal
<i>Aantal projecten</i>	7	8	15
<i>Financiering*</i>			
Zorgvernieuwingsfonds	6	5	11
Substitutie	2	5	7
<i>Personele capaciteit**</i>			
minder dan 3 fte	4	1	5
3 tot 5 fte	1	5	6
meer dan 5 fte	—	2	2
<i>Cliënten in zorg</i>			
minder dan 25	6	1	7
25 tot 75	1	4	5
meer dan 75	—	3	3

* Een aantal projecten worden zowel uit zorgvernieuwings- als substitutiegelden gefinancierd; vandaar een totaal van meer dan 15.

** Twee (APT-)projecten konden, om verschillende redenen, geen exacte capaciteitsgegevens leveren.

Het onderscheid in (toegestane) begeleidingsduur hangt deels samen met de financieringsbronnen van de projecten (zie tabel 1). APT-projecten worden vrijwel alle geheel of gedeeltelijk uit zorgvernieuwingsgelden bekostigd. Bij de LPT-projecten vormen substitutiegelden ook een belangrijke financieringsbron; dat wil zeggen: erkende capaciteit van algemene psychiatrische ziekenhuizen (APZ'en) en regionale instellingen voor beschermd wonen (RIBW'en) wordt niet gebruikt voor bedden of stoelen maar voor PT-capaciteit. Overigens hebben de APT-projecten vanwege de financieringswijze doorgaans een geringere bestaanszekerheid dan de LPT-projecten. De afschaffing van het zorgvernieuwingsfonds per 1 januari 1998 draagt daar mogelijk verder toe bij.

Zoals het type project deels afhankelijk is van de financieringswijze, zo blijkt die financiering vaak weer samen te hangen met de zorgaanbieder onder wiens beheer het project valt. Sommige projecten vallen onder de verantwoordelijkheid van de RIAGG, andere (de meeste) on-

der RIBW of het APZ'en weer andere onder een samenwerkingsverband van GGZ-instellingen. Daarbij blijken de RIAGG-projecten vaker uit zorgvernieuwingsgelden gefinancierd te worden en de RIBW- en APZ-projecten vaker met substitutiegelden. RIAGG's doen dan ook meer aan APT, RIBW'en en APZ'en meer aan LPT.

Doelstellingen – In steekwoorden samengevat kunnen we zeggen dat acute psychiatrische thuiszorg een opname-*voorkomende* functie heeft, terwijl de langdurige psychiatrische thuiszorg vooral als *vervanging* (of bekorting) van een APZ-verblijf bedoeld is.

LPT-projecten hebben vooral een woonbegeleidingsfunctie. De begeleiding is gericht op het ontwikkelen en instandhouden van vaardigheden, zodat cliënten in staat zijn zelfstandig een huishouden te (blijven) voeren. Daarbij gaat het om huishoudelijke en sociale vaardigheden en vaardigheden op het gebied van persoonlijke zorg, financiën en dagbesteding, aldus de projectmedewerkers.

De APT-projecten hebben vooral een crisisbegeleidende functie. De begeleiding is intensief en kortdurend en is gericht op het voorzien in de eerste levensbehoeften van de cliënt, het trachten te handhaven of herstellen van dag-/nachtritme en dagstructuur, ondersteunende gesprekken en indien nodig toezicht op medicatie-inname. Belangrijke anderen (familie, vrienden etc.) rond de cliënt worden ondersteund en zo nodig geïnstrueerd, zo melden de projectmedewerkers.

Duidelijk is dat er een verschil maar ook veel overlap bestaat in de doelstellingen en werkzaamheden van de twee typen psychiatrische thuiszorg. Zo doen APT-projecten voor een deel ook aan woonbegeleiding, en in LPT-projecten moet soms aan crisisbegeleiding worden gedaan. Een overeenkomst tussen de twee typen thuiszorg is verder dat ze formeel aanvullend en ondersteunend zijn aan een psychiatrische behandeling. Officieel staat de PT-client altijd onder behandeling van een psychiater of psycholoog. Die behandelaar is eindverantwoordelijk voor de geleverde zorg, waaronder de psychiatrische thuiszorg. Hierin onderscheidt de psychiatrische thuiszorg zich van andere varianten van 'zorg aan huis', zoals projecten voor begeleid zelfstandig wonen (zie ook: Van Rooijen e.a. 1996). Overigens kunnen, gegeven die formele eindverantwoordelijkheid, de concrete activiteiten van psychiaters binnen de psychiatrische thuiszorg per project nogal wisselen. Vaak richten psychiaters zich vooral op diagnostiek en de psychiatrische (medicamenteuze) behandeling, maar soms is de psychiater ook betrokken bij (overleg over) de dagelijkse zorg.

Vooralsnog is niet geheel duidelijk voor wie de psychiatrische thuiszorg precies bedoeld is. Uniforme indicatiecriteria ontbreken. Wel worden in de APT-projectvoorstellen de volgende criteria vaak genoemd: er moet sprake zijn van een verslechtering van het psychiatrisch toestandbeeld en van een situatie waarin opname onafwendbaar lijkt.

Verder zijn een tekort aan woonvaardigheden, een weigering opgenomen te worden en ontoereikendheid van het (semi-)ambulante zorgaanbod veelgenoemde criteria voor de APT. In de LPT-projectvoorstellen worden vaak de volgende indicatiecriteria genoemd: er moet sprake zijn van een ernstige en langdurige psychiatrische stoornis, van regelmatig GGZ-contact (bijvoorbeeld meer dan twee APZ-opnames in de afgelopen vijf jaar of langer dan twee jaar in een APZ), van beperkingen in dagelijks functioneren, het nagenoeg ontbreken van een sociaal netwerk, regelmatige conflicten met anderen en/of verwaarlozing van zichzelf of de omgeving. Volgens de projectmedewerkers gaat het ook bij de LPT vaak om personen die ondanks een indicatie voor een RIBW of APZ niet opgenomen willen worden. Ook bevinden zich onder de LPT-cliënten vaak APZ-cliënten en RIBW-bewoners die zelfstandig willen gaan wonen.

Een aantal projecten hanteren formeel ook contra-indicaties. Genoemd worden onder andere verslavingsproblemen, verpleegbehoefte en herhaaldelijk agressief gedrag. In de praktijk blijken cliënten met deze kenmerken echter toch vaak in het project te worden toegelaten.

Opmerkelijk is dat ontslagcriteria in de projectvoorstellen onbesproken blijven. Ook voor de projectmedewerkers zelf blijkt vaak onduidelijk te zijn op grond van welke zorginhoudelijke criteria de thuiszorg aan cliënten wordt beëindigd. Het lijkt erop dat bij APT het verstrijken van de maximaal toegestane begeleidingsduur vaak de belangrijkste reden voor beëindiging van de zorg is. LPT lijkt vaak voort te duren zonder uitzicht op of afspraken over een moment van beëindiging van de zorg.

Overigens werken zeven van de vijftien projecten met een (districts-, regionale of centrale) indicatiecommissie. In de overige thuiszorgprojecten beoordeelt de projectcoördinator de potentiële cliënten. Dit gebeurt doorgaans in overleg met de behandelaar van de cliënt of na samspraak met een interne toetsingscommissie.

Interne organisatie – De psychiatrische thuiszorgteams verschillen van elkaar in personele omvang en samenstelling. De personele formatie van de teams varieert van 1,5 fte tot 6,6 fte. Over het algemeen zijn de APT-projecten kleiner dan de LPT-projecten (zie ook tabel 1). De teams bestaan in hoofdzaak uit psychiatrisch verpleegkundigen. De teamcoördinatoren zijn meestal sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen (SPV'en). In vier teams zijn ook andere beroepsgroepen vertegenwoordigd, met name maatschappelijk werkers, inrichtingswerkers en ergotherapeuten.

Niet alleen de personele capaciteit, ook de caseload van de medewerkers verschilt sterk per project. Deze varieert van één thuiszorgwerker op 3 à 4 cliënten tot één thuiszorgwerker op meer dan 20 cliënten.

Ook op projectniveau doen zich grote verschillen voor: sommige projecten hebben niet meer dan 15 cliënten, andere meer dan 100. Daarbij doet zich opnieuw een verschil voor tussen APT- en LPT-projecten (zie tabel 1). Doorgaans is zowel per project als per projectmedewerker de caseload bij de APT lager dan bij de LPT. De 2 à 3 APT-medewerkers per project hebben ieder gemiddeld 4 à 5 cliënten onder hun hoede, de 4 à 5 LPT-medewerkers per project dragen ieder zorg voor gemiddeld 10 à 15 cliënten. We veronderstellen dat de zorg van de APT-medewerkers navenant intensiever zal zijn.

Uit de gesprekken en uit de door ons onderzochte documentatie bleek dat een expliciete toedeling van de verantwoordelijkheden en bevoegdheden naar de diverse disciplines zelden voorkomt. Bij de start van een project is hierover vaak niets vastgelegd. Onze indruk is dat dergelijke omschrijvingen er wel dienen te komen, niet alleen omdat een duidelijke toedeling van verantwoordelijkheden een van de elementen is van een intern kwaliteitsbewakend systeem, maar ook omdat de PT'ers zelf te kennen gaven duidelijk te willen hebben wat de grenzen van hun bevoegdheden zijn. Tussen SPV'en en B-verpleegkundigen is volgens de betrokkenen vaak sprake van meer of minder latente competentiestrijd, waarbij met name de B-verpleegkundigen zich ondergewaardeerd voelen. Werkinhoudelijk komt de wrevel vooral voort uit het feit dat de B-verpleegkundige als persoonlijk begeleider doorgaans de regie over de dagelijkse begeleiding van zijn of haar cliënt heeft, de cliënt het meest frequent ziet en diens actuele beperkingen, handicaps en capaciteiten het best kent, maar belangrijke beslissingen toch aan de bovengeschatte, de SPV, moet overlaten. Een andere bron van ontevredenheid is het grote verschil in beloning tussen B-verpleegkundige en SPV; een erfenis van de twee verschillende CAO's waartoe de beide disciplines tot voor kort behoorden. (Zie ook Wolf e.a. 1997.)

Terugkerend naar de organisatorische kenmerken van de projecten constateren we dat PT vrijwel altijd in samenwerking met andere GGZ-voorzieningen wordt aangeboden. De behandelinhoudelijke eindverantwoordelijkheid van de psychiater of psycholoog wijst daarop, maar ook de afspraken die met bijvoorbeeld een PAAZ, RIAGG (crisisdienst), MFE (time-out bed) of APZ (telefoon dienst, bed op recept) gemaakt worden over opvang buiten kantooruren; noodzakelijke afspraken, want de meeste thuiszorgprojecten zijn alleen van 8.30 tot 17.00 uur en een enkele van 9.00 tot 20.30 uur bereikbaar. Een drietal projecten is ook 's avonds en 's nachts bereikbaar via de RIAGG of het naburige APZ.

Teamcoördinatoren geven vaak aan dat ook gestreefd wordt naar een netwerk van contacten met andere relevante instanties zoals de huisarts, het maatschappelijk werk, de reguliere thuiszorg en de gezinszorg. Soms zijn er contacten met instanties zoals kredietbank, sociale dienst, stichting inkomensbeheer, woningbouwvereniging, politie (wijk-

agent), arbeidsbureau of dagactiviteitencentrum in de buurt. Eén projectteam maakt gebruik van de service van een Stichting Vriendendienst, van waaruit vrijwilligers cliënten begeleiden bij recreatieve activiteiten. Over het algemeen lijken de contacten met andere maatschappelijke voorzieningen echter nog tamelijk incidenteel; van intensief samenwerkende netwerken of maatschappelijke steunsystemen is voornamelijk geen sprake (zie RVZ 1996; Van Weeghel 1996).

Methodiekontwikkeling – Is er sprake van een specifieke PT-methodiek? De gesprekken die we hierover hadden, doen vermoeden dat dit (nog) niet het geval is. De werkwijze in de projecten valt wellicht nog het best als 'eclectisch' te typeren. In de meeste projecten lijkt gebruikgemaakt te worden van verschillende methodische aspecten, die doorgaans afkomstig zijn van de verschillende vroegere werksituaties van de betrokken teamleden. De achtergronden van de medewerkers zijn derhalve nogal bepalend voor de inhoudelijke invulling van het zorgaanbod. Een en ander klinkt deels door in de functiebenamingen: in een aantal projecten noemt men de uitvoerend medewerkers 'casemanagers', in de meeste projecten wordt echter van 'persoonlijke begeleiders' ofwel PB'ers gesproken. Vaak hebben deze persoonlijke begeleiders trouwens, net als de casemanagers, ook een coördinerende taak met betrekking tot de uitvoering van de directe zorg aan de hun toegewezen cliënten.

Hoewel van een specifieke PT-methodiek dus (nog) geen sprake is, wordt er in de meeste projecten al wel gewerkt met individuele begeleidings- en zorgplannen. PT-medewerkers zijn doorgaans zelf verantwoordelijk voor zowel het opstellen als het uitvoeren van het begeleidings- of zorgplan. De PT-medewerkers geven te kennen dat de plannen totstandkomen in overleg met de cliënt. De frequentie waarmee het zorgplan wordt geëvalueerd, wisselt nogal.

In een aantal projecten (de minderheid) wordt behalve met begeleidings- of zorgplannen ook met zogenaamde logboeken gewerkt. In een logboek, dat bij de cliënt thuis ligt, worden alle zakelijke afspraken van en met de cliënt bijgehouden. Deze afspraken kunnen variëren van huishoudelijke klussen en familiebezoek tot afspraken met maatschappelijke instanties zoals de reguliere thuiszorg of de woningbouwvereniging. Het logboek is niet alleen bedoeld als geheugensteun voor PT-werker en cliënt zelf, maar ook voor eventuele andere functionarissen (alpha-hulp, wijkagent e.a.). In het logboek wordt geen medische informatie genoteerd. Overigens bleken de PT-werkers er niet van op de hoogte dat op een logboek waar wel medische gegevens in staan, de privacywetgeving en de Wet Geneeskundige Behandeloovereenkomst (WGBO; Ministerie van VWS 1995) van toepassing is, inhoudende dat niet-GGZ-functionarissen, zonder toestemming van de cliënt, geen inzage in het logboek mogen hebben.

We constateren dat ondanks het ontbreken van een PT-methodiek wel gestreefd wordt naar een systematische werkwijze in de psychiatrische thuiszorg. Ook menen we uit de gesprekken met de PT-teams een indruk te hebben gekregen van de kwalificaties waar een goede PT-werker aan moet voldoen. Ons inziens gaat het om: een behoorlijke functionele zelfstandigheid, een uitgebreide kennis van de organisatie van de zorg in de regio, een brede kennis van de sociale kaart, de vaardigheid om aan netwerkvorming voor de aan hem toegewezen cliënten te doen, onderhandelingsvaardigheid met cliënten en belangrijke anderen (ouders, familie, naaste vrienden), de vaardigheid om te gaan met weerstanden en conflictsituaties, het kunnen toepassen van directieve en ontwikkelingsgerichte (rehabilitatie)methodieken en het planmatig en resultaatgericht kunnen werken (zie ook: Brook 1997).

Interne kwaliteitsbewaking – De Kwaliteitswet stelt aan zorginstellingen, en dus ook aan de zorgaanbieders van de psychiatrische thuiszorg, de eis verantwoorde zorg te verlenen en een intern kwaliteitsbewakend systeem (IKBS) te ontwikkelen.

In geen van de 15 PT-projecten maakt blijkens de mondelinge informatie en volgens de documentatie die we op dit aspect onderzochten, de psychiatrische thuiszorg deel uit van een IKBS. Wel zijn over het algemeen de meer gebruikelijke kwaliteitsbewakende instrumenten in de psychiatrische thuiszorg aanwezig. Zo worden er in vrijwel alle projecten met grote regelmaat intervisiebijeenkomsten gehouden voor de PT'ers onderling. De helft van de projecten meldt dat de behandelaar en/of coördinator supervisie geeft aan teamleden, en bij vrijwel alle projecten doet de teamcoördinator zo nodig ook aan werkbegeleiding. Eenderde van de projecten geeft te kennen op een vast uur in de week een werk- of teamoverleg te voeren om de dagelijkse gang van zaken in het project te bespreken. Verder houdt vrijwel elk project er een crisis- of calamiteitenprotocol op na. Incidenteel kwamen we een intimiteitenprotocol, een behandel- en medicatieprotocol, een veiligheids- en weekenddienstprotocol en een aanmeldings-, intake- en screeningsprotocol tegen.

De meeste projecten doen dus zeker iets aan de bewaking van de zorgkwaliteit, zij het over het algemeen ook niet veel meer dan wat minimaal voor een normale bedrijfsvoering nodig is. Veel moet nog ontwikkeld worden, met name ten aanzien van de eis van cliëntgericht werken, zoals die in de Kwaliteitswet wordt gesteld. Zo heeft nog geen enkele van de vijftien projecten een volwaardig cliëntenfeedbacksysteem, waarin naar het oordeel van de cliënt over de verleende zorg wordt gevraagd. Slechts drie projecten hanteren exit-interviews of evaluatiegesprekken wanneer cliënten uit zorg of met ontslag gaan (vier projecten hadden ten tijde van het onderzoek een instrument van exit-interviews in ontwikkeling). En slechts in twee projecten is het

gebruikelijk dat tussentijds en voorafgaand aan een cliëntenbespreking de resultaten van het zorgplan met de cliënten zelf worden geëvalueerd.

Ook aan de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorgsector (Ministerie van vws 1996) wordt in de PT-projecten nog nauwelijks uitvoering gegeven. Deze wet schrijft voor dat er cliëntenraden moeten komen, die zeggenschap krijgen in het beleid van de instellingen en de samenstelling van het bestuur. In het onderzoek bleek dat één project juist een gebruikersraad aan het oprichten was, bij een tweede project inspraak volgens de medewerkers informeel plaatsvond via themabijeenkomsten met cliënten, familie en teamleden en in een derde project de medezeggenschap geregeld was via de cliëntenraad van een APZ, waarvan het project onderdeel was. In de overige twaalf projecten hadden de PT-clianten op geen enkele wijze medezeggenschap in het psychiatrische thuiszorgbeleid.

Wel beschikte vrijwel ieder project al over een klachtenprocedure. Daarbij gaat het steeds om de procedure van de instelling (RIAGG, APZ of RIBW) waarvan het project organisatorisch onderdeel is. Overigens hebben we niet na kunnen gaan in hoeverre de cliënten bekend waren met de klachtenprocedures.

Wil de psychiatrische thuiszorg tot een volwaardig GGZ-aanbod uitgroeien, dan is verantwoording van de geleverde zorg een vereiste. Vermoedelijk kan dat het best door de PT-projecten in het intern kwaliteitsbewakend systeem van de moederorganisatie op te nemen. De organisatie van waaruit psychiatrische thuiszorg wordt verleend, kan dan zelf de kwaliteit van die zorg bewaken en tevens externe instanties in de gelegenheid stellen die zorg te toetsen.

Conclusie

Geestelijke gezondheidszorg aan huis is niet nieuw. In de Verenigde Staten, Groot-Brittannië en Italië heeft men inmiddels enige decennia ervaring met verschillende vormen van 'community care' (zie onder andere Anthony & Blanch 1989; Fenton e.a. 1982; Muijen e.a. 1994). Maar ook in Nederland kwam de psychiatrie al veel eerder bij cliënten thuis. Al in de vorige eeuw en in de eerste helft van deze hielden verplegers en verpleegsters van de krankzinnigengestichten zich bezig met de nazorg van ontslagen cliënten. In de jaren dertig introduceerde Querido in Amsterdam een model van ambulante geestelijke gezondheidszorg *avant la lettre*: met het doel een intramurale opname zo veel mogelijk te voorkomen of de opname zo kort mogelijk te houden, verleenden de psychiater en vooral de sociaal-psychiatrisch verpleegkundige zorg bij de cliënt thuis (Querido 1980).

Toch is zorg aan huis nooit een prominent onderdeel van de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg geweest. De laatste decennia is het

zelfs een tamelijk marginaal fenomeen geworden. Psychiaters en verpleegkundigen kwamen steeds minder de instellingen uit en SPV'en gingen steeds meer een behandel functie vervullen.

Een en ander roept de vraag op wat de status is van de nieuwe vormen van zorg aan huis. Zal psychiatrische thuiszorg net zo voorbijgaand zijn als eerdere versies? Of zullen de huidige projecten een permanentere en prominenter plaats weten te veroveren?

Duidelijk is dat psychiatrische thuiszorg in de lijn ligt van het overheidsbeleid, dat nadrukkelijk op extramuralisering gericht is. Dat geldt zowel voor de langdurige psychiatrische thuiszorg, met zijn verblijfsvervangende functie, als voor de acute psychiatrische thuiszorg, met zijn opnamevoorkomende functie. De zeer snelle groei van de laatste jaren wijst erop dat de psychiatrische thuiszorg in een behoefte voorziet. Uit de gesprekken die we met betrokken PT-werkers hadden, hebben we tevens de indruk overgehouden dat in regio's waar men eerst begon met langdurige psychiatrische thuiszorg, de behoefte ontstaat om ook te starten met de acute vorm. Omgekeerd ervaart men daar waar tot dusver alleen acute psychiatrische thuiszorg voorhanden is, dat de langdurige variant gewenst is om continuïteit van zorg te realiseren.

Toch is er ook nog veel onduidelijk. We constateerden dat (nog) geen sprake is van een specifieke thuiszorgmethodiek. Eenduidige indicatie- en ontslagcriteria ontbreken veelal. We zagen dat de oude taakafbakeningen tussen de disciplines, met name SPV enerzijds en psychiatrisch verpleegkundige anderzijds, in de nieuwe situatie problemen opleveren. In alle projecten moet de kwaliteitsbewaking nog grotendeels opgezet worden. Van cliëntgerichtheid valt nog niet veel te bepeuren.

Overigens is dit alles zeer wel te verklaren uit de korte geschiedenis van de projecten. (Ook willen we opmerken dat een deel van de reguliere, al veel langer bestaande zorg, op de genoemde punten niet per se beter scoort dan de PT-projecten.) Niettemin menen we dat de toekomst van de psychiatrische thuiszorg vooral zal afhangen van de mate waarin zij aan de geldende kwaliteitseisen tegemoet kan komen. We zagen dat de animo om daaraan te werken in de projecten zeker aanwezig is.

Summary: Psychiatric home care I. A survey of organizational and quality features

In the Netherlands the pursuit of a community based care results in mental health care being more and more delivered at the home of the client. The most recent version of this type of care is called 'psychiatric home care'. A qualitative survey of the Inspection of Health Care in 15 projects shows that there are roughly two types of psychiatric home care: long-term psychiatric home care, that aims to substitute a psychiatric hospital stay, and short-term or acute psychiatric home care, that aims to prevent hos-

pitalisation in crisis-situations. Partly because of the young age of the projects there is still no specific psychiatric home care method nor a specific quality assurance system. The uncertainty of project-financing adds to this situation. Nevertheless most projects are working on protocols, developing quality assurance instruments and offer their employees skills-training. Once embedded in the existing quality control and finance structures psychiatric home care can become a regular mental health care service.

Literatuur

- Anthony, W.A., & Blanch, A. (1989). Research on community support services: What have we learned? *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 12, 55-78.
- Brook, O.H. (1997). Cliëntentoewijzing in instellingen voor de geestelijke gezondheidszorg en de deskundigheidseisen die daarbij aan de psychiatrische verpleegkundigen worden gesteld. *Tijdschrift Psychiatrie en Verpleging*, 1, 4-13.
- Brunenberg, W., & Borgesius, E. (1996). *Zorgvernieuwing in de psychiatrie*. Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid.
- Cate, P. ten, & Wolf, J. (1995). *Begeleid wonen in de GGZ*. Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid.
- Erp, N. van, Kroon, H., & Wolf, J. (1998). Zorg aan huis voor mensen met ernstige en langdurige psychische problemen. Op 20 april 1998 geaccepteerd voor publicatie door het *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*.
- Fenton, F.R., Tessier, L., Struening, E.L., e.a. (1982). *Home and hospital psychiatric treatment*. Londen: Croom Helm.
- Gassman, P., Melchior, M.E.W., & van den Berg, A.A. (1994). *De verpleegkundige als regisseur*. Rijswijk/Maastricht.
- Gassman, P. (1996). De verpleegkundige als regisseur: een functie-innovatie in de chronische psychiatrie. *Tijdschrift Psychiatrie en verpleging*, 6, 376-384.
- Henselman, H. (1993). *Bemoeizorg*. Delft: Eburon.
- Hoof, F. van, & van Weeghel, J. (1996). *Psychiatrische thuiszorg: de cliënten*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (1997). *Jaarrapportage 1996*. Rijswijk: IGZ.
- Kroon, J. (1996). *Groeiende zorg*. Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid.
- Ministerie van vws (1996). *Kwaliteitswet Zorginstellingen*. Rijswijk.
- Ministerie van vws (1993). *Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg*. Rijswijk.
- Ministerie van vws (1995). *Wet Geneeskundige Behandelovereenkomst*. Rijswijk.
- Ministerie van vws (1996). *Wet Medezeggenschap Cliënten Zorgsector*. Rijswijk.
- Ministerie van vws (1997). *Jaaroverzicht Zorg*. Rijswijk.
- Muijen, M., Cooney, M., Strathdee, G., e.a. (1994). Community psychiatric nurse teams: Intensive support versus generic care. *British Journal of Psychiatry*, 165, 211-217.
- Raad voor de Volksgezondheid & Zorggerelateerde dienstverlening (1996). *Thuis in de GGZ*. Zoetermeer: RVZ.
- Rooijen, S. van, van Zuthem, J.W., & van der Meer, D. (1996). *Thuis best: Zorgverlening aan huis voor mensen met psychiatrische problemen*. Utrecht: LVBW, NVBW.
- Querido, A. (1980). *Doorgaand verkeer. Autobiografische fragmenten*. Lochem: De Tijdstroom.
- Veldhuizen, J.R. (1988). Opnamevervangende dagbehandeling in ontwikkeling. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 43, 3-18.

- Weeghel, J. van (1996). Een maatschappelijk steunsysteem: Venster op de wereld? *Pas-sage*, 5, 171-179.
- Wolf, J.R.L.M., van Hoof, F.C.M., & Neijmeijer, L.J. (1997). Sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen en psychiatrisch verpleegkundigen. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 52, 1007-1020.

O.H. Brook, socioloog, is senior-onderzoeker bij de Hoofdinspectie voor de Gezondheidszorg. P. Gassman, psycholoog, is inspecteur in algemene dienst bij de Hoofdinspectie voor de Gezondheidszorg. F. van Hoof, psycholoog en socioloog, is wetenschappelijk medewerker bij de afdeling Zorg en Rehabilitatie van het Trimbos-instituut. J. van Weeghel, andragoloog, is hoofd van de afdeling Zorg en Rehabilitatie van het Trimbos-instituut. Correspondentieadres: Trimbos-instituut, t.a.v. drs. F. van Hoof, Postbus 725, 3500 AS Utrecht.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 18-3-1998.