

# Oorspronkelijk artikel

## Psychiatrische thuiszorg II

Een verkennend onderzoek naar cliëntkenmerken en zorgdoelstellingen

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

### Samenvatting

In de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg krijgen mensen met ernstige psychische problemen steeds vaker psychiatrische thuiszorg aangeboden. Dit artikel beschrijft de resultaten van een onderzoek naar de achtergronden van de cliënten van psychiatrische thuiszorgprojecten. De onderzoeksresultaten laten zien dat psychiatrische thuiszorg wordt geboden aan mensen met ernstige psychische problemen die vaak moeilijkheden hebben met het zelfstandig functioneren. Vrijwel alle cliënten hebben een aantal perioden in hun leven doorgebracht in een psychiatrisch ziekenhuis. Afgaand op gegevens van de projecten is de thuiszorg effectief, gemeten naar het doel van het *voorkómen* van een opname. Minder duidelijk is vooralsnog de waarde van psychiatrische thuiszorg als *vervanger* van een verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis. Veel cliënten brengen, ook na langdurig thuiszorg ontvangen te hebben, hun dagen grotendeels thuis door, met weinig sociale contacten en zonder iets om handen te hebben. De auteurs concluderen dat voor de sociale integratie van mensen met ernstige psychische problemen een breder maatschappelijk steunsysteem nodig is.

### Inleiding

In de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg (GGZ) krijgen mensen met ernstige psychische problemen steeds vaker psychiatrische thuiszorg aangeboden. Was de term psychiatrische thuiszorg een aantal jaren geleden nog vrijwel onbekend, eind 1997 telde Nederland ongeveer 50 PT-projecten (Van Erp 1998). Een recent onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft inmiddels laten zien dat een onderscheid te maken is in projecten voor acute psychiatrische thuiszorg (APT) en 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. Organisatorisch onderscheiden de APT-projecten zich van de LPT-projecten door een kleinere personele

capaciteit en een kleinere caseload per medewerker (zie ook IGZ 1997).

In deze bijdrage staan de cliënten van de psychiatrische thuiszorg centraal. Met welke (psychische) problemen kampen PT-clieënten, wat zijn hun sociale omstandigheden en welke hulp krijgen zij aangeboden? Deze vragen lagen ten grondslag aan een verkennend onderzoek dat het Trimbos-instituut uitvoerde bij elf projecten voor psychiatrische thuiszorg.

## Methoden

Voor de keuze van de te onderzoeken projecten werd aangesloten bij het eerdergenoemde onderzoek van de IGZ. Aldus werd complementaire informatie over grotendeels dezelfde groep projecten verkregen. Een vergelijking met de recente inventarisatie van Van Erp e.a. (1998) leert dat de geselecteerde projecten qua omvang en type aanbod (kort of lang) representatief zijn voor de landelijke situatie.

De medewerkers van de projecten werd verzocht een vragenlijst in te vullen over iedere cliënt die op de peildatum (een door het project zelf te kiezen datum in mei of juni 1996) bij het project in zorg was. In deze vragenlijst, grotendeels gebaseerd op een instrument uit eerder onderzoek naar zorgvernieuwingsprojecten in de GGZ (zie Wolf 1995), kwamen onder andere aan de orde de sociaal-demografische achtergronden van de cliënt, diens maatschappelijke situatie, de hulpverleningsgeschiedenis, het sociaal functioneren, de psychopathologische verschijnselen en de psychiatrische diagnose. Verder werden enkele vragen gesteld over de activiteiten die PT-medewerkers ten behoeve van hun cliënten ondernamen.

In totaal waren op de peildatum 327 cliënten bij de projecten in zorg. De medewerkers van de elf projecten vulden over 254 van deze cliënten een vragenlijst in.<sup>1</sup>

In de bespreking van de onderzoeksresultaten staat het onderscheid tussen acute psychiatrische thuiszorg (APT) en langdurige psychiatrische thuiszorg (LPT) centraal. Eerst gaan we kort in op de hulp die de cliënten in beide typen projecten tot de peildatum van het onderzoek hebben ontvangen. Daarna bespreken we uitgebreider de achtergronden en de kenmerken van de cliënten.

## Resultaten

### *Het hulpaanbod*

Elf PT-projecten namen aan het onderzoek deel: vier projecten voor acute psychiatrische thuiszorg (met in totaal 59 cliënten in het onderzoek) en zeven projecten voor langdurige psychiatrische thuiszorg (met in totaal 195 cliënten in het onderzoek). Zoals te verwachten zijn de cliënten van de LPT-projecten doorgaans al veel langer in zorg – gemid-

deld bijna een jaar, ofwel 49 weken – dan de cliënten van de APT-projecten – gemiddeld ruim twee maanden, ofwel 10 weken. Wel is de intensiteit van de APT-zorg aanzienlijk groter dan die van de LPT-zorg: gemiddeld besteedden APT-medewerkers tot de peildatum van het onderzoek bijna een volle werkdag (7 uur) per week aan contacten met en ten behoeve van één cliënt (dat is inclusief eventuele contacten met vrienden, burens en familie van de cliënt of met instanties waarmee de cliënt te maken heeft). De LPT-medewerkers komen gemiddeld uit op twee à drie uur per week.

We concluderen dat de (kleinere) APT-projecten doorgaans kortere, maar intensievere zorg bieden dan de (grotere) LPT-projecten.

### *De cliënten*

Wat zijn de sociale omstandigheden en de (psychische) problemen van de PT-clieënten? We bespreken steeds eerst de gegevens voor de totale populatie om daarna eventuele verschillen tussen de APT- en LPT-populaties te benoemen. Overigens laten we in deze paragraaf twee projecten die uitsluitend voor ouderen werken (beide APT-projecten) omwille van de vergelijkbaarheid van de twee typen thuiszorg buiten de analyses.<sup>2</sup>

*Sociale achtergronden* – In de PT-populatie in zijn geheel bevinden zich iets meer vrouwen dan mannen: 54% tegenover 46%. De gemiddelde leeftijd is 44 jaar (sd 14,3). De helft (54%) van de cliënten is ongehuwd en bijna een kwart (23%) is gescheiden. De meeste cliënten (53%) wonen alleen. Een kleine groep (14%) woont met de partner samen, en eveneens een relatief kleine groep (13%) heeft een gezin. Verder komen nogal wat 'overige' woonsituaties voor, waaronder 'inwonend bij ouders', begeleid wonen, pensioen en 'geen vaste woon- of verblijfplaats'.

Minder dan één op de vijf cliënten (19%) heeft een baan, in vrijwel alle gevallen een onbetaalde. Van de andere cliënten heeft het merendeel geen structurele dagelijkse bezigheden. Voor bijna de helft is het werk in de (doorgaans éénpersoons)huishouding de belangrijkste dagbesteding. De meest genoemde bezigheid buitenshuis is het bezoeken van het dagactiviteitencentrum (24%).

Het sociale netwerk van de cliënt wordt door de PT-medewerkers over het algemeen als tamelijk klein en eenzijdig beoordeeld. Toch kunnen de meeste cliënten wel over enige (vooral praktische) steun beschikken, waarbij vooral vrienden, burens en familie worden genoemd, maar bijvoorbeeld ook lotgenoten. Een derde (33%) van de cliënten heeft een vaste partner. Overigens levert dit doorgaans kleine netwerk in de ogen van de PT-medewerkers vaak een belangrijke bijdrage aan de zorg van de cliënt: bij 77% van de cliënten levert de familie een (in de helft van de gevallen door de PT-medewerker als belangrijk beoordeelde) bijdrage in de zorg, en bij 57% wordt een (doorgaans kleiner geachte) bijdrage geleverd door vrienden, burens en kennissen. Verder

blijken tot het netwerk van cliënten vaak ook andere hulpverlenende instanties te behoren: 54% van de cliënten ontvangt, naast de psychiatrische thuiszorg, ook hulp vanuit een reguliere RIAGG-afdeling, terwijl 25% wordt bijgestaan door een casemanager. Verder levert vooral de huisarts (49%) vaak een bijdrage aan de zorg voor de cliënt. En met redelijk grote regelmaat worden volgens de medewerkers ook andere instanties bij de zorg aan de cliënt betrokken (huisvestings- en uitkeringsinstanties, gezinszorg, recreatieve voorzieningen, etc.). Deze bemoeienissen van vele andere personen en instanties met de cliënt roepen de vraag op wie hierin voor de nodige afstemming zorgt. Volgens het merendeel van de PT-medewerkers (67%) zijn zij degenen die een coördinerende rol vervullen in de zorg voor de cliënt. Vooral de LPT-medewerkers zeggen vaak de rol van coördinator te vervullen (75%); bij de APT-teams gebeurt dit wat minder vaak (41%) (zie ook IGG 1997).

Keren we terug naar de achtergronden van de cliënten, dan blijken zich tussen de APT- en de LPT-clieñten een paar verschillen voor te doen. Het meest opmerkelijke is dat de cliënten van de APT-projecten voor het overgrote deel (74%) vrouwen zijn, terwijl bij de LPT-projecten precies evenveel mannen als vrouwen in zorg zijn. Voorts blijkt dat LPT-clieñten volgens de medewerkers nog iets minder dagelijkse bezigheden (dagactiviteitencentrum, huishouden, anders) hebben dan de APT-clieñten. Ook schatten de LPT-medewerkers de door hun cliënten ontvangen sociale *steun* iets lager in dan de APT-medewerkers bij hun cliënten. Concluderend kunnen we zeggen dat, hoewel de verschillen niet groot zijn, de gegevens over de LPT-clieñten toch nog iets sterker dan die van de APT-clieñten een beeld oproepen van inactiviteit en sociaal isolement.

*Psychische problemen* – We vroegen de PT-medewerkers naar de psychische problemen van de cliënt. Om te beginnen werd retrospectief een indicatie van de psychopathologie ten tijde van de aanmelding gegeven aan de hand van de Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS; Overall & Gorham 1962).<sup>3</sup> Volgens de medewerkers kwamen symptomen die behoren bij de factor *depressie* ten tijde van de aanmelding verreweg het meest voor bij de PT-clieñten (M 3,0; sd 1,3). Gemiddeld wordt beduidend lager gescoord op symptomen van de factoren *vijandigheid* (M 2,3; sd 1,2), *manie* (M 2,1; sd 1,1), *denkstoornissen* (M 2,2; sd 1,3) en *anergie* (M 1,8; sd 0,8). Van de afzonderlijke BPRS-items scoren vooral zelfverwaarlozing, inhoudelijke denkstoornissen, schuldgevoelens, achterdocht en bezorgdheid over de lichamelijke toestand hoog.

Kijken we vervolgens naar de actuele hoofddiagnosen, dan blijken, enigszins in tegenstelling tot hetgeen de BPRS-resultaten doen vermoeden, schizofrene, schizo-affectieve en andere psychotische stoornissen het vaakst te worden genoemd (in totaal 49%). Eén op de vijf cliënten (19%) kampt volgens de medewerkers met een persoonlijkheidsstoor-

nis. Even vaak (19%) worden stemmings- en angststoornissen genoemd (depressie in engere zin, bipolaire stoornis, dysthymie, angststoornis). Bij de categorie 'overig' (13%) gaat het onder andere om zwakbegaafdheid, posttraumatische stoornissen, obsessief-compulsieve stoornissen, dementie en andere cognitieve stoornissen.

Aan bijna alle cliënten (89%) worden psychofarmaca voorgeschreven. (Overigens worden deze door een kleine groep van 5% geweigerd. Een groep van 11% heeft enige aanmoediging nodig.) Verder blijken de meeste cliënten al veel langer voor hun psychische klachten met de psychiatrie in contact te zijn. Gemiddeld zijn de PT-clieñten ruim vijf keer opgenomen geweest in een psychiatrisch ziekenhuis (15% is nooit opgenomen geweest). De helft (49%) van de cliënten die ooit opgenomen zijn geweest, heeft in totaal minstens een jaar in de intramurale psychiatrie doorgebracht.

*Dagelijks functioneren* – We vroegen de PT-medewerkers of cliënten in de twaalf maanden voorafgaande aan de peildatum problemen in het dagelijks functioneren hadden ondervonden. Dat blijkt inderdaad vaak het geval. De functioneringsproblemen betreffen vooral het huishouden en de sociale contacten. Voor driekwart (76%) van de cliënten leverde volgens de PT-medewerkers het schoonmaken van het huis, het bereiden van een maaltijd, boodschappen doen en/of de zorg voor de persoonlijke hygiëne problemen op. Voorts hadden veel cliënten problemen met contacten met instanties (62%) en met anderen in het algemeen (72%). Bij bijna alle cliënten (84%) was sprake van conflicten met familieleden.

Overigens hebben zich volgens de PT-medewerkers bij veel cliënten in de betreffende periode ook belastende omstandigheden voorgedaan, zoals financiële problemen (44%) en bij een kleiner aantal cliënten (steeds tussen de 10 en 15%) dreigende uithuisplaatsing, een onleefbare woonruimte en/of afsluiting van gas, water of licht. Van alle cliënten had 8% in de twaalf maanden voorafgaande aan de peiling te maken gehad met seksueel misbruik of mishandeling. Verder kampte een deel van de cliënten met drugs- of alcoholproblemen (respectievelijk 10 en 14%).

We vroegen de PT-medewerkers ten slotte aan de hand van een globalere categorisering op welke levensgebieden zich *op de peildatum* van het onderzoek in hun ogen de meeste problemen voordeden. Problemen rond de 'psychische stabiliteit' en problemen rond de 'dagbesteding' blijken bovenaan te staan (bij 58 respectievelijk 48% van de cliënten worden 'veel' of 'zeer veel' problemen op deze gebieden geconstateerd). Voorts zijn er vooral problemen met betrekking tot het 'sociale' (47%) en 'zelfstandige dagelijkse functioneren' (41%). De woonsituatie (29%), de financiële situatie (28%) en de lichamelijke toestand (12%) van de cliënt worden beduidend minder vaak als erg problematisch beschouwd. Wel is er vaak sprake van belasting van familie

of naasten (44%).

*Verschillen tussen APT- en LPT-cliënten* – Er doen zich ten aanzien van de psychische en (psycho)sociale problemen een aantal verschillen voor tussen APT- en LPT-cliënten.

In de eerste plaats hebben de APT-cliënten volgens hun hulpverleners in de twaalf maanden voorafgaande aan de peildatum meer problemen in het dagelijkse functioneren gekend dan LPT-cliënten. Daarbij gaat het met name om huishoudelijke activiteiten en om zaken als het gebruik van openbaar vervoer en openbare voorzieningen. Voorts hebben de APT-medewerkers bij hun cliënten ten tijde van de aanmelding meer en ernstigere psychopathologische verschijnselen geconstateerd. Op alle verschijnselen scoren de APT-medewerkers hun cliënten hoger, maar vooral op negativisme, depressie, suïcidaliteit, angst, schuldgevoelens en zelfverwaarlozing. In termen van de onderscheiden factoren zouden de APT-cliënten in vergelijking met hun LPT-lotgenoten vooral meer verschijnselen van *depressie* en ook iets meer verschijnselen van *vijandigheid* vertonen. (In alle gevallen  $p < 0.01$ .) Een verklaring voor de hogere BPRS-scores bij APT-cliënten zou kunnen zijn dat de APT-projecten op een ander moment worden ingeschakeld dan de LPT-projecten. APT-projecten komen waarschijnlijk vooral tijdens of kort na een acute fase in actie, terwijl die fase mogelijk al weer wat langer voorbij is op het moment dat een LPT-project wordt ingeschakeld.

Zetten we ten slotte de hoofddiagnoses op een rij, dan blijken bij LPT-cliënten vaker de diagnoses schizofrenie, schizoaffectieve stoornis of psychotische stoornis te worden gesteld (54 tegenover 31%). Omgekeerd zijn er meer APT-cliënten die als hoofddiagnoses stemmings- of angststoornis krijgen (39 tegenover 14%).

Samenvattend stellen we vast dat de cliënten van de APT-projecten en die van de LPT-projecten in veel opzichten op elkaar lijken. Ernstige psychische problemen, beperkingen in het dagelijkse functioneren, moeizame sociale contacten en het ontbreken van een zinvolle dagbesteding zijn typerend voor beide groepen. Het belangrijkste verschil tussen de twee groepen lijkt te zijn dat APT-cliënten, op het moment waarop de medewerkers van de acute teams met hen te maken hebben, gemiddeld slechter functioneren dan de LPT-cliënten, maar zich in het algemeen in een iets minder sociaal geïsoleerde omgeving lijken te bevinden (iets meer dagactiviteiten, iets meer steun). LPT-cliënten functioneren, gedurende de periode dat de thuiszorgmedewerkers hen meemaken, iets stabiel, maar leven vaak in een groter sociaal isolement. Ten slotte blijkt dat schizofrene en psychotische stoornissen onder de LPT-cliënten het meest voorkomen; de APT-cliënten tonen wat diagnose betreft een gemêleerder beeld.

## Tussenbalans

We hebben geen effectstudie gedaan, en de vraag wat psychiatrische thuiszorg de cliënten precies oplevert kunnen we dan ook niet goed beantwoorden. Niettemin willen we ter afsluiting een aantal onderzoeksresultaten presenteren die ten minste een eerste indicatie geven van hetgeen de PT-medewerkers bewerkstelligen.

In de eerste plaats vroegen we de elf projectleiders om een schatting te maken van het aantal cliënten dat gedurende de thuiszorgperiode of aan het eind daarvan opgenomen werd en dat aantal af te zetten tegen het aantal opname-indicaties bij aanmelding. De projectleiders van de APT-projecten schatten dat bij gemiddeld 88% van hun nieuw aangeelde cliënten sprake is van een opname-indicatie, terwijl geschat wordt dat 18% gedurende of aan het einde van de PT-periode feitelijk wordt opgenomen. De projectleiders van de LPT-projecten komen uit op 33% opname-indicaties en 12% feitelijke opnames.

Rechtstreeks gevraagd naar de mate waarin de situatie van de cliënt in de ogen van de PT-medewerkers verbeterd of verslechterd is (vergeleken met de toestand bij aanmelding), melden de medewerkers bij 71% van hun cliënten een verbetering (28% 'sterk verbeterd'). Bij 23% van de cliënten is de situatie gelijk gebleven en bij 6% van de cliënten is die verslechterd. Kijken we naar de afzonderlijke aspecten als psychische stabiliteit, dagbesteding, sociaal functioneren, belasting voor de familie, etc., dan blijkt, sinds de aanmelding, op al deze gebieden het aantal cliënten dat 'veel' of 'zeer veel' problemen heeft, ongeveer te zijn gehalveerd. Bekijken we de cijfers in absolute termen, dan worden de beste resultaten geboekt op die levensgebieden die bij aanmelding de meeste problemen gaven: de psychische stabiliteit en het dagelijkse (sociale) functioneren.

We vroegen medewerkers ook hoe zij dachten over het toekomstig thuiszorggebruik van hun cliënten. Opmerkelijk is dat APT-medewerkers voor bijna de helft (46%) van hun cliënten de psychiatrische thuiszorg als een eenmalige aangelegenheid beschouwen; de andere helft heeft misschien ooit nog één of een paar keer thuiszorg nodig, maar zelden zal permanente thuiszorg nodig zijn. Regressieanalyse (met als onafhankelijke variabelen de zorgduur tot dusver, sociale achtergronden, hulpverleningsverleden en diagnose) laat zien dat binnen de APT frequenter toekomstig PT-gebruik verwacht wordt wanneer er sprake is van een schizofrene stoornis ( $\beta = 0.46$ ) en wanneer de cliënt vaker opgenomen is geweest ( $\beta = 0.54$ ; totale verklaarde variantie  $R^2 = 0.51$ ). De LPT-medewerkers schetsen een heel ander beeld: tweederde (64%) van hun cliënten heeft permanent psychiatrische thuiszorg nodig; de rest zou in de toekomst misschien zonder kunnen, maar waarschijnlijk toch nog wel één of een paar keer psychiatrische thuiszorg nodig hebben. LPT'ers verwachten met name permanenter thuiszorg te zullen bieden aan cliënten met een eenzijdig sociaal netwerk ( $\beta = 0.27$ ), met weinig of geen dagelijkse bezigheden ( $\beta = 0.16$ ) en bij wie sprake is



van denkstoornissen (beta = 0.24; totale verklaarde variantie  $R^2 = 0.21$ ).

We vroegen de medewerkers ten slotte op een vijfpuntsschaal aan te geven in hoeverre de eerder onderscheiden aandachtsgebieden prioriteit zullen krijgen in de zorg die de cliënt nog van hen gaat ontvangen. Topprioriteit krijgt de 'psychische stabiliteit' van de cliënt (3,9), gevolgd door het zelfstandige dagelijkse en sociale functioneren van cliënten (ieder 3,3) en hun dagbesteding (3,2). Een minder hoge prioriteit wordt gegeven aan de kwaliteit van de sociale contacten (2,7), de belasting van familie en naasten (2,6) en de omvang van het sociale netwerk (2,5). De laagste prioriteit krijgen in de vervolcontacten de woon- (2,5) en financiële situatie (2,4) en de lichamelijke gezondheid van de cliënt (2,4). Kortom: vooral het psychische functioneren van de cliënt en (in iets mindere mate) het sociale functioneren in diens eigen (woon)omgeving, staan centraal.

Overigens valt op dat er tussen APT-teams en LPT-teams niet zozeer verschillen optreden in de *volgorde* van prioritering, maar wel in de *hoogte* van de scores in het algemeen: de APT-medewerkers scoren op vrijwel alle aandachtsgebieden gemiddeld 0,7 tot 1,1 punt hoger dan de LPT-medewerkers (ongeacht de duur van de periode dat de cliënten al in zorg zijn). Een verklaring zou kunnen zijn dat APT-medewerkers in het algemeen geneigd zijn om wat hoger in te zetten dan hun LPT-collega's. Mogelijk willen APT'ers binnen de beperkte tijd die ze beschikbaar hebben zoveel mogelijk zien te bewerkstelligen.

Samenvattend constateren we dat PT-medewerkers positief zijn over de (voorlopige) resultaten van hun werk, vooral met betrekking tot de opname-voorkomende werking ervan en ten aanzien van die aspecten van de situatie van de cliënt die bij aanmelding de meeste problemen gaven: de psychische stabiliteit en het dagelijkse (sociale) functioneren. Niettemin verwachten met name de medewerkers van de LPT-projecten aan het merendeel van de cliënten permanente thuiszorg te zullen bieden. Daarbij denken zij vooral aan cliënten zonder sociaal netwerk en dagelijkse bezigheden; overigens is dit een cliëntengroep waarvan het grote risico op heropname al eerder is aangetoond (o.a. Van den Hout 1985). De aandacht van de PT-medewerkers zal vooral (blijven) uitgaan naar de psychische stabiliteit en het functioneren van de cliënt. In mindere mate verwacht men zich op de sociale omgeving te zullen richten.

## Conclusie

De psychiatrische thuiszorg (PT) is een snelgroeïende voorziening in de GGZ, waarbij zich inmiddels twee typen hebben ontwikkeld: de minder intensieve langdurige PT met hoofdzakelijk een verblijfs-*vervangende* functie en de intensievere acute PT, die een opname-*voorkomende* functie heeft.

Gegevens over de cliënten van beide typen thuiszorg geven de indruk dat het om mensen gaat die de geboden zorg goed kunnen gebrui-



ken. De meeste cliënten kampen met ernstige psychische problemen en hebben moeilijkheden met het zelfstandig functioneren. Vrijwel alle cliënten hebben een aantal perioden in hun leven in een psychiatrisch ziekenhuis doorgebracht. Over het algemeen zijn de functioneringsproblemen bij de APT-cliënten wat groter dan bij de LPT-cliënten. Daar staat tegenover dat bij de laatste groep de sociale omgeving weer een wat 'armere' indruk maakt dan die van de APT-cliënten (een beperkt sociaal netwerk, het ontbreken van zinvolle dagbesteding).

Hoewel betrouwbaardere gegevens nodig zijn, geven schattingen van de projectleiders de voorlopige indruk dat psychiatrische thuiszorg goed functioneert, althans gemeten naar het doel van het *voorkomen* van een opname. Wat de waarde van thuiszorg is als *vervanger* van een verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis – wat zijn de voordelen voor de cliënten behalve het feit dat ze niet worden opgenomen? – is nog niet duidelijk. Enerzijds toont eerder onderzoek aan dat veel cliënten zorg aan huis prefereren boven een ziekenhuisopname (o.a. Audini e.a. 1989; Burns 1990; Fenton e.a. 1982; Marks e.a. 1994; Muijen e.a. 1994; Odenhoven e.a. 1995; De Wit 1995). Anderzijds laat ons onderzoek zien dat veel cliënten, ook na langdurig thuiszorg te hebben ontvangen, hun dagen grotendeels thuis doorbrengen, met weinig sociale contacten en zonder iets om handen te hebben.

Te verwachten is dat de komende jaren steeds meer 'zorg aan huis' aangeboden zal worden, onder welke noemer dan ook (zie RVZ 1997). Als psychiatrische thuiszorg wordt aangewezen als een 'maatschappelijk alternatief' voor een verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis, dient zich de vraag aan wat die thuiszorg daadwerkelijk kan bijdragen aan de sociale integratie en maatschappelijke participatie van mensen met ernstige en langdurige psychische problemen. Daartoe lijkt een aanbod van uitsluitend thuiszorg niet toereikend. Veel cliënten zullen daar, naast de psychiatrische thuiszorg, ook andere steunpunten en voorzieningen voor nodig hebben. Dat kan als de psychiatrische thuiszorg onderdeel is van een breder maatschappelijk steunsysteem in een regio (Boevink e.a. 1996; Van Weeghel 1996). Naarmate andere onderdelen van zo'n steunsysteem beter functioneren (bijv. crisisopvang of dagactiviteitencentra) en de aansluiting bij relevante maatschappelijke voorzieningen (bijv. sociaal-cultureel werk of de arbeidsvoorziening) voldoende tot stand is gebracht, zal de psychiatrische thuiszorg cliënten mogelijk beter in hun sociaal functioneren kunnen ondersteunen.

## Noten

1. Bij één project werden vragenlijsten ingevuld over een aselechte steekproef van de helft van de in zorg zijnde cliënten. Een ander project had een lage respons, vermoedelijk ten gevolge van de specifieke werkwijze van dat project (oproepkrachten).

De overige non-respons hangt voornamelijk samen met ziekte van medewerkers of andere externe oorzaken.

2. De beide PT-projecten voor ouderen nemen tezamen 13 cliënten voor hun rekening. De problemen van deze cliënten zijn grotendeels vergelijkbaar met die van de overige APT-cliënten, behalve als het gaat om de fysieke gezondheid, die bij de cliënten van de ouderenprojecten beduidend slechter is dan bij de overige cliënten. De duur en intensiteit van het zorgaanbod van de ouderenprojecten verschillen overigens niet van die van de andere APT-projecten.

3. BPRS-factorindeling volgens Guy (gebaseerd op de 18-item versie; D. Lukoff, R.P. Liberman & K.H. Nuechterlein 1986):

depressie: bezorgdheid over lichamelijke toestand, angst, schuldgevoelens, depressie  
 anergie: autisme, motorische retardatie, affectvlakheid, desoriëntatie

denkstoornis: formele denkstoornissen, zelfoverschatting, hallucinaties, inhoudelijke denkstoornissen.

manie: agitatie, gemaniëerdheid, opwinding

vijandigheid: vijandigheid, achterdocht, negativisme

### Summary: Psychiatric home care II. A survey of client backgrounds and goals of care

In the Netherlands, the care for people with serious mental health problems is more and more offered in the clients home. The most recent version of this type of mental health care is called 'psychiatric home care'. This article presents the results of a researchproject on the backgrounds of the clients of psychiatric home care. The results show that psychiatric home care is offered to people who suffer from serious mental health problems and who have difficulties in independent living. Almost all of the clients have spent some periods of their lives in psychiatric hospitals. Data from the projects suggest that the home care is effective, measured by the goal of *preventing* hospitalization. The value of psychiatric home care as a *substitute* for a hospital stay is less clear. Many clients – even after having received home care for a prolonged period – spend their days at home, with few social contacts and having little to do. The authors conclude that the social integration of people with serious mental health problems asks for a broader community support system.

### Literatuur

- Audini, B., Marks, I.M., Lawrence, R.E., e.a. (1994). Home-based versus out-patient/  
 in-patient care for people with serious mental illness: Phase II of a controlled study. *British Journal of Psychiatry*, 165, 204-210.
- Boevink, W., ten Cate, P., van Hoof, F., e.a. (1996). *Naar een Westfries maatschappelijk steunsysteem. Een raamplan voor de ondersteuning van mensen met een psychiatrische achtergrond in de samenleving*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Burns, T. (1990). The evaluation of a home-based treatment approach in acute psychiatry. In D. Goldberg & D. Tantam (red.), *The public health impact of mental disorder* (pp. 197-205). Toronto: Hogrefe & Huber Publishers.
- Burns, T., Rafferty, J., Beadsmoore, A., e.a. (1993). A controlled trial of home-based acute psychiatric services. II: Treatment patterns and costs. *British Journal of Psychiatry*, 163, 55-61.
- Endicott, J., Spitzer, R., Fleiss, J., e.a. (1976). The Global Assessment Scale. *Archives of General Psychiatry*, 33, 766-771.

- 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. (1996). *Psychiatrische thuiszorg in Nederland: Een overzicht van de stand van zaken bij tien thuiszorg-locaties ter gelegenheid van de studiemiddag van de Stichting Hilleliet op 9 februari 1996*. Rotterdam.
- Hout, A.C. van den (1985). *Ontslagen psychiatrische patiënten, een longitudinaal onderzoek naar heropname*. Nijmegen: Instituut voor Toegepaste Sociologie.
- Hoof, F. van, & van Weeghel, J. (1996). *Psychiatrische thuiszorg: de diënten*. Utrecht: Trimbo's-instituut.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (1997). *Jaarrapportage 1996*. Rijswijk: IGZ.
- Kluiters, H. (1994). *Evaluatie psychiatrische thuiszorg. Concept-verslag*. Groningen: Vakgroep (Sociale) Psychiatrie, Rijksuniversiteit Groningen.
- Lukoff, D., Liberman, R.P., Nuechterlein, K.H. (1986). Symptom monitoring in the rehabilitation of schizofrenic patients. *Schizophrenia Bulletin*, 12, 578-602.
- Marks, I.M., Connolly, J., Muijen, M., e.a. (1994). Home-based versus hospital-based care for people with serious mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 165, 179-194.
- Muijen, M., Marks, I.M., Connolly, J., e.a. (1992). The daily living programme: Preliminary comparison of community versus hospital-based treatment for the seriously mentally ill facing emergency admission. *British Journal of Psychiatry*, 160, 379-384.
- 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.
- Odenhoven, M.C.A. van, Rensen, G.M., Liem, D.I., e.a. (1995). *Jaarlijkse evaluatie zorgvernieuwingproject: Psychiatrische thuiszorg 1995*. Leiden: GGZ-Partners, Zuid-Holland Noord.
- Overall, J., & Gorham, D. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports*, 10, 799-812.
- Raad voor de Volksgezondheid en 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.
- Wit, M. de (1995). *Rehabilitatie tussen ideaal en werkelijkheid. Intensieve psychiatrische thuiszorg in Rotterdam-Zuid*. Utrecht: Wetenschapswinkel sociale wetenschappen.
- Wolf, J., (1995). *Zorgvernieuwing in de GGZ: Evaluatie van achttien zorgvernieuwingprojecten*. Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid.
- Wolf, J. & van Weeghel, J. (1993). *Psychiatrische Thuiszorg. Handboek Thuiszorg*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Weeghel, J. van (1996). Een maatschappelijk steunsysteem: venster op de wereld? *Passage*, 5, 171-179.

F. van Hoof, psycholoog en socioloog, is wetenschappelijk medewerker bij de afdeling Zorg en Rehabilitatie van het Trimbo's-instituut. J. van Weeghel, andragoloog, is hoofd van de afdeling Zorg en Rehabilitatie van het Trimbo's-instituut. 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. Correspondentieadres: Trimbo's-instituut, t.a.v. drs. F. van Hoof,