

# PSYCHIATRISCHE THUISZORG EEN PERSPECTIEF VANUIT DE KLINIEK ST-JOZEF PITTEM<sup>1</sup>

## **Psychiatrische thuiszorg: een zinvol luik van de (geestelijke) gezondheidszorg**

De geestelijke gezondheidszorg en de psychiatrie zien er anno 2000 gelukkig duidelijk anders uit dan enkele decennia terug.

Er heeft zich een veelzijdig professioneel aanbod van specifieke dienstverlening ontwikkeld dat tegemoet komt aan diverse zorg- en behandelnoten van verschillende doelgroepen van “psychiatrische” patiënten.

Via opname (volledig of dagbehandeling) in een Psychiatrische Afdeling van een Algemeen Ziekenhuis of in een Psychiatrisch Ziekenhuis kunnen mensen met acute of ernstige psychische problemen of psychiatrische stoornissen aangepaste medicamenteuze en psychotherapeutische behandelingen krijgen. Aanvullend op de privé-praktijken van psychiaters en psychotherapeuten, bieden de Centra Geestelijke Gezondheidszorg laagdrempelige mogelijkheden tot diverse vormen van multidisciplinaire begeleiding en therapie. Bepaalde mensen met een langdurige zorgafhankelijkheid kunnen dankzij het Beschut Wonen en Beschutte Werkplaatsen en Dagactiviteitencentra relatief zelfstandig leven in de samenleving.

In de verdere ontwikkeling van een zorg en behandeling op maat is een gesystematiseerde psychiatrische thuiszorg duidelijk nog een ontbrekend luik, dat aansluitend op en complementair aan de bestaande thuisgezondheidszorg (huisarts en thuisverpleging), familiehulp, diverse sociale en welzijnsdiensten kan uitgebouwd worden.

## **Psychiatrische begeleiding na ontslag voor meer zorgafhankelijke patiënten**

Gezien het eerder acute (cure-gericht, psychotherapeutisch) profiel van ons ziekenhuis volstaat als *nazorg* voor een groot gedeelte van de patiënten:

- medisch-psychiatrische raadpleging bij de psychiater en/of huisarts en/
- de nazorg van de betrokken afdeling (bv. de nazorgmodules van de Ontwenningsskliniek) en/of
- een ambulante voortzetting van de psychotherapie (vaak via doorverwijzing)
- eventuele aanvullende sociale dienstverlening (verwijzing).

Dit geldt voor personen met een depressie, een neurotische of persoonlijkheidsproblematiek, een alcohol en/of medicatieafhankelijkheid die psychosociaal volledig zelfstandig functioneren.

Voor toch een aanzienlijk aantal mensen (als ik me aan een schatting waag ruim een vijfde van de patiënten in ons ziekenhuis) die een psychiatrische opname nodig hebben, kan een *systematischer follow-up* van de residentiële behandeling en begeleiding *in de thuissituatie* een onmiskenbare meerwaarde bieden.

Sinds twee jaar werken we mee aan het project van *ontslagmanagement*. Niettegenstaande er o.a. door de maatschappelijk werkenden al heel wat werd gedaan rond de ontslagvoorbereiding,

---

<sup>1</sup> Verschenen in de Coco-courant 2001

leerden we nog meer het belang inzien van een grondige planning van de zorgen die de patiënt nodig zal hebben na de opname. Dit geldt ondermeer voor nogal wat patiënten op de Seniorenkliniek, de Revakliniek en in mindere mate voor patiënten van de Ontwenningsskliniek (bv. regelmatig recidiverende patiënten met een globaal verlaagd functioneren) en de Depressiekliniek. Vanuit de Jeugdkliniek is er al een specifieke netwerkbegeleiding.

Voor bepaalde patiënten is een goed overleg met de huisarts, thuiszorgdiensten (verpleegkundig of gezinshulp), een CGGZ, een sociale dienst, e.d. wenselijk om een zorgplan af te spreken; een betere *coördinatie van de bestaande hulpverlening* is hier de beste oplossing.

Voor bepaalde patiënten is een aanvullende *algemeen psychiatrische begeleiding in de thuissituatie* tijdelijk of gedurende lange tijd wenselijk. Voornamelijk de bijkomende ondersteuning van de patiënt door een psychiatrisch verpleegkundige lijkt vaak nuttig of nodig.

Voorbeeld.

Een 72-jarige weduwe die in een serviceflat woont heeft al verschillende opnames achter de rug wegens depressies. Na de laatste opname op de Seniorenkliniek wordt in een zorgoverleg de volgende planning afgesproken: de patiënt neemt terug een paar huishoudelijke taken over van haar dochters die nu eerder voor een gezellige koffietafel op bezoek komen. De poets hulp wordt ingeschakeld, een vrijwilligster (thuisoppas) komt af en toe op bezoek, de patiënte komt dagelijks in de ontmoetingruimte van de flats, 1 maal per week gaat ze naar een dagverzorgingscentrum en de medische follow-up gebeurt wekelijks door de huisarts en maandelijks door de psychiater. Om zo'n planning tussen verschillende betrokkenen te doen slagen is het wenselijk dat een psychiatrische thuisverpleegkundige de rode draad trekt en de zorg coördineert. Daarbij aansluitend is een ondersteunende begeleiding zeker gedurende een periode nodig: motiveren, dagstructurering, activering, emotionele begeleiding (eenzaamheid, rouwverwerking, chronische pijnklachten).

Voor nog anderen zou een *meer gespecialiseerde psychiatrische zorg en begeleiding* wenselijk zijn, die aansluit bij een specifieke behandelingswijze (bv. op basis van cognitief-gedragstherapeutische principes, de rehabilitatiebenadering, concepten van verslavingszorg, psychodynamische aanpak van borderlineproblematiek) geïndiceerd voor de aard van de problematiek.

De nadruk blijft hier liggen op de therapeutische functie: consolidatie van de symptoombeheersing, gesprekstherapeutische begeleiding, concrete integratie van verworven inzichten en aangeleerde vaardigheden, steun bij het heropnemen van rollen, hervulpreventie, ...

Voorbeeld.

De 45-jarige schizofrene man die na een paranoïde opstoot in extreme verwaarlozing was opgenomen, en na een vrij langdurige revalidatie in de groep "psychosenzorg" uiteindelijk weerbaar genoeg lijkt om zich weer buiten de kliniek te wagen, kan mits enerzijds een duidelijk afbouwplan vanuit de kliniek (dagtherapie, opvolging angst, opvolging psychosemanagement, verdere gespreksbegeleiding rond zelfbeeld, wereldbeeld en zijn plaats hierin, planning huishouden, vrije tijd en werk) en anderzijds een goed hierop inspelende psychiatrische thuisbegeleiding (hoe kan wat zich in de kliniek opgebouwd heeft concreet vertaald worden in de dagelijkse context van de patiënt, vertrouwenspersoon in de omgeving, medicatiemanagement, hulp-ik ter plaatse, ...) allicht weer functioneren in zijn vertrouwde omgeving. Psychiatrische thuiszorg zorgt hier voor de prille generalisatie van inzichten en vaardigheden die de betrokkene in de kliniek opgestoken heeft, en nadien heeft de begeleiding een taak in de consolidatie hiervan. Het gaat hier om een begeleiding die enerzijds de patiënt met geëigende middelen leert om te gaan met moeilijke situaties en die anderzijds helpt opvangen, gezien een duidelijke verhoogde kwetsbaarheid inherent is aan het ziektebeeld.

Voorbeeld

Ook bij ernstige borderline patiënten (of ernstige persoonlijkheidsstoornissen) zou de behandeling via daghospitaal wat vroeger kunnen afgebouwd worden (of zou een vroeg herval kunnen vermeden worden) door een systematische thuiszorg. Belangrijk hierbij is de patiënt vanuit de dagelijkse realiteit in de meer geïntegreerde zelfbeleving, de vaardigheid om stabielere relaties aan te gaan, de beheersing van de extremere emoties en reacties, de sociale engagementen, enz. te ondersteunen en te versterken. Tevens zal vaak extra zorg en tussenkomst m.b.t. risico's van automutilatie, suicidaliteit, agressieregulering, escalerende problemen in familiekring, e.d. nodig zijn.

Dergelijke thuiszorg vergt van een multidisciplinair team en de psychiatrisch verpleegkundigen kennis, kunde en ervaring in het hanteren van specifieke therapeutische methodieken.

In de toekomst zouden we graag in de afbouw van de behandeling kunnen voorzien dat de patiënt enkel nog naar het ziekenhuis komt om een bepaald activiteitenpakket in het “**Forum voor Persoonsvorming**” te volgen. Dit Forum is een afdelingsoverstijgend gamma van diverse therapeutisch-vormende activiteiten: bv. cyclus alleenstaand zijn, preprofessionele training, cyclus begeleid wonen, huishoudelijke training, midlife, omgaan met rouw, omgaan met pijn, opvoeden van kinderen, psycho-educatieve activiteiten, communicatietrainingen, relaxatie, expressieve/creatieve/productieve/sportieve activiteiten, e.d. Het is een open aanbod waarbij “à la carte” kan worden ingeschreven. In een nazorgfase zou een bepaald pakket **in combinatie met een thuisbegeleiding** (bv. vanuit het CGGZ of een psychiatrisch thuiszorgteam) voor bepaalde patiënten zinvol zijn.

### **Ondersteuning van langdurig zorgafhankelijke patiënten**

Psychiatrische thuiszorg zou ook bijkomende kansen bieden voor mensen die langdurig of levenslang zorgafhankelijk zijn (bv. bepaalde personen met schizofrenie of een andere vorm van psychose, chronisch verslaafde en/of afgetakelde personen, bij dementie in een beginstadium) die via een goed gestructureerde ondersteunende begeleiding zelfstandig thuis kunnen blijven wonen. Dergelijke patiënten behoeven vooral een care-gerichte, op basale zelfredzaamheid gerichte zorg, samengaand met een ondersteuning van de familie en mantelzorg.

### **Acutere thuiszorg of -interventie**

Een tijdelijke thuisbegeleiding met een zekere intensiteit kan zinvol zijn bij mensen met voorbijgaande psychische of psychiatrische moeilijkheden: bv. post-partum depressie (om een opname te vermijden of kort te kunnen houden).

Bij sommige patiënten met persoonlijkheidsproblemen (bv. ook gecompliceerd met traumatische ervaringen, pedagogische verwaarlozing, misbruik of in combinatie met een alcoholafhankelijkheid) komen er tevens psychische of opvoedingsproblemen voor bij andere gezinsleden. Tijdens of na een hospitalisatie is er in dergelijke “multi-probleem gezinnen” vaak nood aan een steunende en systeemversterkende begeleiding aan huis die complementair is aan de residentiële therapie.

In de nabije toekomst zal ook aan huis dringende psychiatrische hulp moeten kunnen gebeuren (vergelijkbaar met de MUG).

### **Samenwerking om een gediversifieerde psychiatrische thuiszorg op maat te realiseren**

Zoals aangegeven zijn we ervan overtuigd dat diverse types van psychiatrische thuiszorg (ik heb geen volledigheid betracht) in de toekomst zinvol en noodzakelijk zijn.

Om dat vorm en inhoud te geven denk ik aan een getrappt samenwerkingsstelsel:

- (1) *optimalisering* van de communicatie, het *zorgoverleg en de coördinatie* tussen de bestaande actoren en diensten (mantelzorgers, huisarts, thuisgezondheidszorg, familiehelp, diverse sociale en welzijnsdiensten, ... de verschillende actoren in de geestelijke gezondheidszorg en psychiatrie)
- (2) een *versterking* van de psychiatrische know how van de eerstelijnsgezondheidszorg en welzijnszorg
- (3) de *uitbouw van nieuwe specifieke psychiatrische thuiszorgteams* (multidisciplinair en met een equipe van psychiatrisch verpleegkundigen) ter ondersteuning en aanvulling van de bestaande dienstverlening.

Hopelijk kan die samenwerking georiënteerd op een zorg op maat voor de patiënt tot stand komen via constructieve dialoog in respect voor elkaars eigenheid en deskundigheid. Uiteraard zal dit maar kunnen als de overheid via aangepaste financieringssystemen niet alleen de bestaanszekerheid van de betrokken hulpverleningsinstanties (in zorgcircuits en netwerken) weet te garanderen maar ook bijkomende middelen vrijmaakt voor initiatieven psychiatrische thuiszorg.

Eddy Deproost

Therapeutisch coördinator  
Centrum voor psychiatrie en psychotherapie Pittem