

**MINISTERIE VAN SOCIALE ZAKEN,
VOLKSGEZONDHEID EN LEEFMILIEU.**

BRUSSEL, 14/12/2000

—
Bestuur van de Gezondheidszorgen

—
Bestuursdirectie Gezondheidszorgbeleid.

—
**NATIONALE RAAD VOOR ZIEKEN-
HUISVOORZIENINGEN.**

—
Afdeling “Programmatie en Erkenning”.

—
Permanente werkgroep “PSYCHIATRIE”

O/Ref. : NRZV/D/PSY/183-2 (*)

ADVIES M.B.T. DE PSYCHIATRISCHE ZORG VOOR PATIENTEN IN DE THUISSITUATIE

(*) Dit advies werd bekrachtigd door het Bureau dd. 14/12/2000

ONTWERPADVIES M.B.T. DE PSYCHIATRISCHE ZORG VOOR PATIENTEN IN DE THUISSITUATIE

Dit advies wordt geformuleerd op eigen initiatief van de permanente werkgroep psychiatrie, die m.b.t. dit thema reeds op 6/10/1999 een ad-hocwerkgroep opdracht gaf een advies voor te bereiden, en op uitdrukkelijke vraag van de ministers M. Aelvoet en F. Vandenbroucke die op 2/2/2000 in hun verzoek tot advies over het zogenaamde zorgvernieuwingsfonds vroegen om eveneens een advies uit te brengen over de specifieke vormen van psychiatrische zorg voor patiënten in de thuissituatie die in het kader van de zorgvernieuwing in aanmerking komen.

Binnen de permanente werkgroep psychiatrie van de NRZV werd een ad-hocwerkgroep "psychiatrische thuiszorg" opgericht.

De leden van de werkgroep waren :

C. Bostijn, J. Boydens (voorzitter), R. De Rycke, N. Demeter, L. Du Laing, V. Fabry, P. Giebels, P. Igodt, Ph. Marroyen, B. Monaco, M. Moreels, J. Peuskens, M.P. Scailteur, H. Schröter, R. Stockman, I. Van Der Brempt, J. Van Holsbeke, M. Vandervelden.

Het secretariaat werd waargenomen door M. Moreels.

De werkgroep vergaderde op : 16/10/1999; 26/10/1999;
23/11/1999; 10/12/1999; 14/01/2000; 21/02/2000;
8/3/2000; 30/5/2000; 14/6/2000 en 3/8/2000.

Teneinde een zo ruim mogelijk beeld te krijgen van alle aspecten van de vereiste psychiatrische zorg voor patiënten in de thuissituatie, werden diverse personen uitgenodigd om de werkgroep hun inzichten en ervaringen mee te delen. Achtereenvolgens kwamen aan bod :

26/10/1999 : H. Vandenbroele en R. Lembrechts : auteurs van "*Psychiatrische thuiszorg : modellen, concepten, beleidsintenties en lastenboek*".

23/10/1999 Dr. M. De Hert, mevr. Staskowiak en mevr. Dries : verpleegkundigen.

10/12/1999 : Dhr Y. De Groot; project psychiatrische thuiszorg : "Het akkoord Oudenaarde": toelichting bij de rol van de huisarts.

Dr. P. Vanden Bussche : WVVH (*Wetenschappelijke Vereniging Vlaamse Huisartsen*); UHAK (*Unie van Huisartsenkringen*); VHP (*Vlaams Huisartsenparlement*) : visie van de huisartsen.

14/01/2000 : Mme. N. Guillaume (Administratie Région Wallonne)
Dr. Ph. Rochet (Société Scientifique de Médecine Générale)

21/02/2000 : M.E. Messens en F. Willems : Ligue Bruxelloise Francophone de Santé Mentale (LBFSM).

1. Advies

Dit advies kadert in het geheel van de adviezen die een verdere concretisering zijn van de principes, vervat in het tweede deeladvies van de permanente werkgroep psychiatrie van de NRZV (Bureau NRZV 12/1997).

Het huidige advies schetst een algemeen kader voor een stapsgewijze uitbouw van de psychiatrische zorg voor patiënten in de thuissituatie. In een latere fase kan een meer gedetailleerde uitwerking van de vastgelegde principes gebeuren.

Het betreft hier vooreerst het weergeven van een inventaris van de behoefte aan psychiatrische zorg voor patiënten in de thuissituatie, om vervolgens te komen tot een voorstel m.b.t. de organisatie ervan, rekening houdende met het bestaande aanbod.

Dit advies bepleit dan ook de verdere uitbouw van de diverse zorgfuncties in aangepaste samenwerkingsmodaliteiten en beoogt niet de creatie van een nieuwe structuur, organisatie of voorziening die een deel of het geheel van de psychiatrische hulpverlening voor patiënten in de thuissituatie op zich zou moeten nemen.

2. Terminologie en begripsafbakening

Psychiatrische zorg die geboden wordt aan patiënten in de thuissituatie wordt veelal benoemd met de term psychiatrische thuiszorg. Het is echter een term, een vlag, die diverse ladingen dekt en als dusdanig riskeert een clichébestaan te leiden.

Daarom wordt er in dit advies expliciet voor gekozen om deze term niet te gebruiken.

Vooreerst omdat deze term de indruk wekt dat het zou gaan om een nieuw, allesomvattend zorgaanbod dat los staat van de zorg die nu reeds geboden wordt door de actoren die in de thuiszorg actief zijn.

Ten tweede omdat deze term de indruk wekt dat de psychiatrische zorg die aan patiënten in de thuissituatie geboden wordt naar inhoud en modaliteit voor alle patiënten en situaties dezelfde zou zijn en/of vanuit één initiatief zou moeten worden aangeboden.

In dit advies wordt dan ook voorgesteld om te spreken over diverse inhouden en daarbij horende organisatievormen van psychiatrische zorg voor patiënten in hun thuissituatie.

Telkens is het gemeenschappelijke kenmerk dat de psychiatrische zorg moet worden aangeboden worden in de thuissituatie van de patiënt. Door alle genodigde sprekers werd ten overvloede geïllustreerd dat deze modaliteit, nl. de thuissituatie van de patiënt, specifieke deskundigheden en ervaring vereist.

Tegelijk benadrukten zij dat instaan voor “zorg op maat”, aangepast aan de behoeften van de patiënt en zijn omgeving, een grote differentiëring in het zorgaanbod vereist, die reeds ten dele bestaat of zich aan het ontwikkelen is via diverse zorgverleners.

In die zin is het nuttig om ten aanzien van de te bieden psychiatrische zorg voor patiënten in hun thuissituatie een onderscheid te maken naar de op te nemen zorgfuncties : begeleiden, ondersteunen, behandelen, dringende hulp, ...

Enkele voorbeelden

De doelstelling van een zorgfunctie kan gericht zijn op het begeleiden/ondersteunen; bv. met het oog op een optimale rehabilitatie, waarbij met wisselende frequentie, intensiteit en tijdsbestek geestelijke-gezondheidszorghulp geboden wordt aan patiënten, familieleden en hulpverleners uit de eerste lijn die rond deze patiënten actief zijn.

In een andere situatie kan het accent meer liggen op de zorgfunctie behandeling; bv. een behandeling die in een al of niet residentiële voorziening werd begonnen en die tijdens een zekere periode voortgezet en eventueel geconsolideerd wordt in de thuissituatie van de patiënt.

In nog een andere situatie betreft het een dringende hulpvraag die zich in de thuissituatie voordoet en kan het noodzakelijk zijn om vanuit de geestelijke gezondheidszorg snel zorg aan te bieden die adequaat inspeelt op wat de patiënt in die (thuis)situatie nodig heeft.

In elk van deze voorbeelden gaat het over psychiatrische zorg die in de modaliteit “thuis” wordt aangeboden hoewel het telkens over een andere zorgfunctie gaat.

Psychiatrische zorg voor patiënten in de thuissituatie is een van de opdrachten die verder uitgebouwd moeten worden in elk zorgcircuit teneinde een geïntegreerd en integraal zorgaanbod te kunnen waarborgen. Om dit doel te realiseren, zal men een nauwkeurige omschrijving moeten geven aan de uiteenlopende zorgfuncties die telkens beoogd worden en zal men rekening houden met de complementariteit van en het samenspel met de activiteiten van andere actoren die in de thuissituatie actief zijn.

3. Doelgroep

Personen (patiënten) met psychiatrische symptomatologie, aangemeld, gedepisteerd en eventueel reeds gediagnosticeerd door deskundige hulpverleners en die nood hebben aan en baat bij de specifieke vorm van hulpverlening om zich te kunnen handhaven in de thuissituatie.

De patiënten waarop de wet van 20/6/1990 van toepassing is behoren eveneens tot deze doelgroep.

4. Actoren

Psychiatrische zorgverlening aan patiënten in hun thuissituatie mag niet in de plaats van, niet los van, maar moet complementair en ondersteunend worden aangeboden aan de patiënten, families en alle actoren die nu reeds in de thuiszorg actief zijn.

Elk van de actoren uit de eerstelijnsgezondheidszorg dient op zich en/of in onderlinge functionele samenwerking in de thuissituatie zorg op te nemen voor patiënten met psychiatrische problematiek. De huisarts is in de eerste lijn een actor die, zoals van hem verwacht wordt in de somatische zorg, ook in de geestelijke gezondheidszorg voor de medisch aspecten van de zorg voor zijn patiënten een centrale rol vervult. Hij is degene die in de thuiszorg een basisfunctie vervult bij het tijdig inroepen van hulp van deskundigen van de diverse disciplines en voorzieningen uit de geestelijke gezondheidszorg. In de gevallen waarbij vanuit psychiatrische ziekenhuisdiensten zorgfuncties voor patiënten in de thuissituatie worden georganiseerd zal de aldus aangeboden geestelijke gezondheidszorg moeten uitgaan van een functioneel samenwerkingsverband waarin ten minste een centrum voor geestelijke gezondheidszorg, een PAAZ en een psychiatrisch ziekenhuis betrokken zijn. Ook initiatieven voor beschut wonen kunnen hierbij betrokken worden.

Het welslagen van de (re)integratie van patiënten in de thuissituatie zal ook het resultaat zijn van ondersteuning en hulp bij o.a. : het (her)vinden van aangepast werk of een vervangingsinkomen, van betekenisvolle sociale contacten, activiteiten en ontspanning, het verkrijgen van een aangepaste huisvesting en huishoudelijke hulp ... Daarbij zullen diverse actoren uit de brede thuiszorg en welzijnszorg moeten betrokken worden.

Het samenspel van al deze actoren uit de eerste lijn en uit de geestelijke gezondheidszorg moet resulteren in een gecoördineerd multidisciplinair zorgaanbod.

5. Opdrachten van de psychiatrische zorg voor patiënten in de thuissituatie

- Aanmelding, depistage, diagnose, behandeling, begeleiding, activering, psycho-educatie en verdere zorg aan patiënten die in hun thuissituatie (kunnen) geholpen worden;
- Wat de coördinatie van de psychiatrische zorg betreft, zijn er twee dimensies, die niet in een hiërarchische verhouding tot elkaar hoeven te staan. Zo onderscheiden we enerzijds de **coördinatie van de zorginhoud** en anderzijds de **coördinatie van de zorgorganisatie**.
- Ten aanzien van de coördinatie van de **zorginhoud** zal de patiënt, zijn omgeving, de hulpverleners die instaan voor de psychiatrische hulpverlening in de thuiszorg, de thuisverpleegkundige en de huisarts een belangrijke rol spelen.
In deze coördinatie van de **zorginhoud** moet de woon- en leefsituatie van de patiënt een permanent aandachtspunt zijn;

- een tweede dimensie, namelijk de coördinatie van de **zorgorganisatie**, moet de samenwerking met en tussen de actoren die de zorginhoud realiseren waarborgen en optimaliseren. Deze coördinatie houdt een geregeld structureel overleg in met deze actoren.

6. Essentiële vereisten om aan de opdracht te voldoen

- Grenzen kennen : psychiatrische zorgverlening aan patiënten in de thuissituatie dient zich bewust te zijn van haar beperkingen. Ze kan dus helemaal niet los van de andere aspecten van de geestelijke gezondheidszorg worden ontwikkeld en georganiseerd;
- psychiatrische zorg voor patiënten in de thuissituatie kan slechts als ze **voor de patiënt een reële meerwaarde** biedt die zijn integratie in de samenleving bevordert en bestendigt;
- voor psychiatrische zorgverlening aan patiënten in de thuissituatie, zijn specifieke vaardigheden deskundigheden en ervaring vereist. Daarvoor kan een beroep gedaan worden op hulpverleners uit de geestelijke gezondheidszorg. Voor diegenen die hierover nog onvoldoende beschikken zal een gedegen multidisciplinaire opleiding georganiseerd moeten worden teneinde een kwaliteitsvolle zorg te kunnen uitbouwen.
- de omgeving van de patiënt (partner, familie, burens, mantelzorg, ...) speelt een belangrijke faciliterende rol in het lukken van de psychiatrische hulpverlening in de thuissituatie;
- De continuïteit van de zorg moet waargemaakt kunnen worden; op crisissituaties dient liefst geanticipeerd door adequaat handelen van de betrokken actoren. Een goede communicatie tussen alle betrokken actoren is belangrijk.
- Financiële toegankelijkheid : ten aanzien van de patiënt en zijn familie dient de financiële toegankelijkheid gegarandeerd te worden.
- Geografische spreiding en bereikbaarheid : bij de organisatie van psychiatrische zorg, aan huis van de patiënt, zal een optimale balans moeten gezocht worden tussen vereisten van deskundigheid en continuïteit van zorg en vereisten van spreiding en bereikbaarheid van zorg.

7. Financiering

De psychiatrische hulpverlening aan patiënten in de thuissituatie kan ten dele reeds gerealiseerd worden door mensen en middelen, die nu reeds aan de voorzieningen en actoren uit de gezondheidszorg zijn toebedeeld, te mobiliseren, te bundelen en te richten op de diverse zorgfuncties die opgenomen moeten worden.

Deze reallocatie en bundeling van mensen en middelen door voorzieningen uit de gezondheidszorg vergt een soepeler en dynamisch regelgevend kader. Er moet ook een selectieve inbreng van additionele middelen zijn.

Die additionele middelen moeten ingezet worden om:

- de kosten van samenwerking en coördinatie te dragen;
- kosten van begeleiding en evaluatie van zorgvernieuwingsprojecten te dragen;
- diverse actoren uit de thuiszorg (huisartsen, verpleegkundigen, ...) in staat te stellen een ruimere en geïntegreerde werking op te laten nemen;
- voorzieningen uit de geestelijke gezondheidszorg toe te laten om gespecialiseerde zorgfuncties ter ondersteuning van de thuiszorg ter beschikking te stellen van de actoren in de thuissituatie (nabehandeling, crisisinterventies, ...).

8. Realisatie van een adequaat GGZ-aanbod van psychiatrische zorg aan patiënten in de thuissituatie

Een meer geïntegreerde en integrale psychiatrische zorg aanbieden aan patiënten met een psychiatrische problematiek in de thuissituatie kan niet zonder de inbreng te activeren en te valoriseren van de actoren, die nu reeds in de thuiszorg aanwezig zijn. Zij zullen zich in het kader van de aspecten van geestelijke gezondheidszorg moeten toeleggen op meer specifieke vormen van functionele samenwerking. Tenslotte zal voor de actie van specifieke zorgfuncties beroep moeten gedaan worden op de expertise en de inbreng van hulpverleners uit de geestelijke gezondheidszorg.

Het advies gaat ervan uit dat de geestelijke gezondheidszorg in de toekomst verder zal blijven evolueren.

De mogelijkheden en noodwendigheden van de te ontwikkelen vormen en inhouden van psychiatrische zorg voor patiënten in de thuissituatie zullen immers verder moeten inspelen op, en rekening houden met de noden van de cliënten, de maatschappelijke ontwikkelingen en verwachtingen ten aanzien van de (re)integratie van patiënten in de gemeenschap en nieuwe wetenschappelijke en therapeutische inzichten.

Daarom wordt in dit advies een algemeen kader geschetst van drie domeinen waarin initiatieven zullen moeten genomen worden nl. :

- de algemeen maatschappelijke context en de interactie tussen gezondheidszorg en andere domeinen zoals arbeid, huisvesting, welzijnszorg, onderwijs, cultuur en ontspanning, ...
- de opdracht van de actoren uit de thuisgezondheidszorg en hun onderlinge samenwerking;
- meer gespecialiseerde zorgfuncties die vanuit de geestelijke gezondheidszorg moeten aangeboden worden;

In elk van deze drie domeinen moeten zorgvernieuwend initiatieven genomen worden of zullen bestaande initiatieven verder uitgebouwd worden.

8.1. Een opdracht voor alle actoren in de thuissituatie.

Goede thuiszorg voor patiënten met een psychiatrische problematiek staat of valt met het verbeteren van de betrokkenheid en het optimaliseren van de opdracht van de actoren die nu reeds in de thuiszorg actief zijn.

Patiënten met een psychiatrische problematiek zullen zich beter en langduriger in hun woon- en leefmilieu kunnen handhaven als ze, zoals alle andere patiënten, volwaardig beroep kunnen doen op voorzieningen en diensten uit de brede thuiszorg. Concreet betekent dit dat moet nagegaan worden hoe deze patiënten die thuis verblijven beter toegang kunnen krijgen tot aspecten van welzijnszorg, onderwijs, arbeids- en tewerkstelling, cultuur en ontspanning, ... Stigmatisering, te hoge instapdrempels, ontoereikende begeleidingsmogelijkheden veroorzaken nog te dikwijls sociale uitsluiting. Werken aan de algemeen maatschappelijke acceptatie en tolerantie van het anders zijn van psychiatrisch zieken is hier een eerste vereiste.

Van de overheden die bevoegd zijn voor respectievelijk, tewerkstelling en arbeid, huisvesting, cultuur en vrije tijd, onderwijs en welzijn mag verwacht worden dat ze met het oog op het behoud en/of herstel van de geestelijke gezondheid en met het oog op de reïntegratie van personen met een psychiatrische problematiek gerichte maatregelen nemen om meer gemeenschapsgerichte psychiatrische zorg haalbaar te maken.

De werkgroep suggereert dat o.a. inzake

- onderwijs : initiatieven zouden ondersteund worden die werken aan de inzichten in en de beelvvorming bij jongeren over geestelijke gezondheidszorg.
- tewerkstelling : initiatieven zouden ondersteund worden op domeinen van GGZ op het werk bv. preventie, stress, arbeidsritme...; initiatieven gericht op handhaven of reïntegreren van patiënten met psychiatrische problematiek in reguliere of beschermde tewerkstellingsstatuten (o.a. sociale economie) inclusief specifieke initiatieven tot arbeidstrajectbegeleiding voor personen met een psychiatrische problematiek.
- Cultuur en vrije tijd : initiatieven zouden ondersteund worden om patiënten met een psychiatrische problematiek te begeleiden in de participatie aan algemeen of specifiek op deze doelgroep gerichte initiatieven m.b.t. vrije tijd en cultuur.
- Toegankelijkheid : problemen inzake het al dan niet verzekeren van risico's in het kader van de verplichte en private verzekering m.b.t. ziekte en invaliditeit.

8.2. Gezondheidszorgactoren in de thuissituatie : optimaliseren van de samenwerking en aangepaste werkmiddelen.

Patiënten met een psychiatrische problematiek kunnen nu reeds in de thuissituatie beroep doen op diverse vormen van thuisgezondheidszorg, o.a. bij huisartsen, thuisverpleging, paramedici, vrijevestigde psychiaters en klinisch psychologen, centra voor geestelijke gezondheidszorg, poliklinische zorg, ...

De zorg die algemene gezondheidswerkers (o.a. huisartsen, thuisverpleegkundigen, ...) kunnen bieden is in een aantal gevallen niet optimaal mede door de ontoereikendheid van de middelen (bv. geen of te beperkte vergoeding via nomenclatuurprestatie) en/of van ontoereikende vaardigheden en kennis.

Van de geestelijke gezondheidshulpverleners die actief zijn in de ambulante zorg is de honorering soms ontoereikend of zijn de werkvormen niet voor elke doelgroep of zorgsituatie aangepast.

Daarenboven wordt soms vastgesteld dat door gebrek aan overleg en communicatie het niet voor elke actor in de thuiszorg duidelijk of eenduidig is aan welke doelstellingen elk van hen werkt en op welke wijze er best gewerkt wordt.

Bij complexe zorgsituaties, waar de interactie tussen diverse professionele hulpverleners (binnen en buiten de GGZ) en mantelzorgers niet vanzelfsprekend verloopt, kan het nodig zijn om een beroep te doen op specifieke vormen van overleg, zorgafstemming en zorgbemiddeling. In het kader van dit advies wordt er expliciet voor gekozen om maximaal een beroep te doen op procedures en werkvormen die nu reeds in de thuiszorg bestaan, o.a. via de door de gemeenschappen/gewesten opgerichte overleg- en samenwerkingsinitiatieven in de thuiszorg (bv. SIT's), zorgbemiddeling door OCMW's of wijkgezondheidscentra, door ziekenfondsen, ...

De ambulante centra voor GGZ kunnen vanuit hun specifieke opdracht een brugfunctie realiseren tussen de thuiszorgactoren en de netwerken voor GGZ. In de nog verder te ontwikkelen vormen van thuiszorg en samenwerking rond patiënten met een psychiatrische problematiek kunnen de centra voor GGZ dan ook een belangrijke katalysator- of motorfunctie vervullen.

Pilootprojecten zorgvernieuwing in de thuissituatie

Nu reeds worden vanuit de GGZ en vanuit thuiszorgorganisaties al dan niet onder impuls van de overlegplatforms voor geestelijke gezondheidszorg zorgvernieuwende initiatieven opgezet.

Essentieel voor het welslagen van dit zorgvernieuwingsproces is dat de overheid een kader creëert waarbinnen deze initiatieven kunnen erkend en gefinancierd worden als pilootprojecten en waarbij op een onafhankelijke en efficiënte manier de resultaten van deze projecten worden geëvalueerd. Dit kader zal in een aanvullend advies verder uitgewerkt worden.

Uit deze evaluatie kunnen vervolgens conclusies getrokken worden naar bv. de minimale eisen die in de toekomst aan diverse vormen van psychiatrische zorg in de thuissituatie moeten gesteld worden, aan de noodzakelijke aanpassing die de regelgeving vereist (minder maar betere regelgeving ...) aan de mogelijkheden m.b.t. substitutie van middelen versus de noodzaak aan additionele financiering.

8.3 Aanvullende ondersteuning vanuit de GGZ voor specifieke zorgfuncties

Zorg voor psychiatrische patiënten in de thuissituatie door de inbreng van de actoren die nu actief zijn in de thuiszorg heeft ook zijn beperkingen. De beperkingen hebben te maken met:

- de specifieke kenmerken, noden en vragen van de doelgroep;
- de gespecialiseerde kennis, vaardigheden en methodieken die nodig zijn om een zorgfunctie te realiseren;
- de intensiteit en de continuïteit van mensen en middelen die nodig is om een zorgfunctie te realiseren.

Voor die zorgfuncties moeten de actoren uit de thuiszorg een beroep kunnen doen op additionele hulp die o.a. toegeleverd wordt vanuit de voorzieningen uit de geestelijke gezondheidszorg.

Nieuwe of bestaande initiatieven zullen ook in dit domein de nog te ontwikkelen psychiatrische zorgfuncties moeten exploreren en concretiseren. Steeds moet de inbreng vanuit de GGZ complementair en ondersteunend uitgebouwd worden aan de inbreng van de thuiszorgactoren. Beide expertises moeten in de te erkennen pilootprojecten aanwezig zijn.

Zonder voorbij te willen gaan aan de zorgvormen die aldus na evaluatie uit pilootprojecten zullen voorgesteld worden wordt geadviseerd om op korte termijn reeds drie specifieke zorgfuncties te ontwikkelen. De hierna beschreven drie zorgfuncties komen geenszins in de plaats van de (verder) te ontwikkelen pilootprojecten (zie punt 8.2). In tegendeel, deze 3 initiatieven ondersteunen de overgang van en naar de psychiatrische zorg in de GGZ-voorzieningen en de psychiatrische zorg in de samenleving. Daarom ook situeren deze drie specifieke zorgfuncties zich in het overgangsgebied tussen zorg in GGZ-voorzieningen en zorg in de thuissituatie. Deze zijn immers bedoeld als een steunpunt voor de andere nog via pilootprojecten te ontwikkelen vormen van psychiatrische zorg voor patiënten in de thuissituatie. In elk van de drie zorgfuncties gaat het bovendien om een beperkt aanbod ten aanzien van deze zorgfunctie (bv. beperkt in tijdsduur, niet voor alle patiënten, niet voor alle intensieve zorg ...).

8.3.1. Psychiatrische intensieve crisiszorg

Doelstelling van deze zorgfunctie is een verbetering van de dringende psychiatrische hulpverlening bij crisissituaties die zich voordoen in de thuissituatie. De zorgfunctie die hier moet vervuld worden kenmerkt zich door het dringend en intensief karakter van de crisiszorg. Voor de beschrijving van de doelgroepen, de patiëntkenmerken, de zorgactiviteiten, alsook de werkvormen en werkingsmiddelen die voor het vervullen van deze zorgfunctie vereist zijn verwijzen we naar het advies over de dringende psychiatrische hulpverlening (met o.a. de mobiele crisiszorgequipe).

8.3.2. Psychiatrisch aanvullende nabehandeling.

Deze zorgfunctie beoogt een gefaseerde overdracht te bewerkstelligen van patiënten die vanuit een specialistische behandeling in een intramurale context de stap zetten naar de thuissituatie. Deze overdracht moet tot stand gebracht worden via een functionele samenwerking tussen enerzijds personeel van psychiatrische ziekenhuizen, PAAZ en CGG en anderzijds huisartsen, thuisverpleegkundigen De nabehandelingsopdracht is er op gericht om binnen een beperkte tijdsspanne een overdracht en consolidatie van de opgestarte behandeling in de thuissituatie te waarborgen. De concrete beschrijving mbt de doelgroep, de doelstellingen, mensen en middelen, werkvormen,... van deze nabehandelingsmodaliteit worden uitgeschreven in het kader van de RIZIV-overeenkomst verzekeringsinstellingen en psychiatrische ziekenhuizen en –diensten.

8.3.3. Psychiatrische ondersteunende zorg

Voor sommige psychiatrische patiënten die in de thuissituatie verblijven is een gespecialiseerde begeleiding of ondersteuning (gericht op rehabilitatie) vereist om te voorkomen dat door ontoereikende begeleiding patiënten destabiliseren en terugvallen. De hier voorgestelde vorm van psychiatrisch ondersteunende thuiszorg richt zich tot een beperkte groep van patiënten met langdurige en complexe problemen en beoogt is een analoge zorgfunctie als diegene die nu reeds door de initiatieven beschut wonen wordt opgenomen voor “collectief wonende” psychiatrische patiënten. Het advies van de Nationale Raad m.b.t. erkennings- en programmatieaspecten van Beschut Wonen bepleit de mogelijkheid om 20% van de zorgfunctie die nu reeds wordt aangeboden in de initiatieven beschut wonen ook mogelijk te maken voor de in eigen thuissituatie wonende psychiatrische patiënten. De functionele samenwerking, die zelfs een bestuurlijke verankering heeft in de VZW's van initiatieven voor Beschut Wonen, biedt, naast het opvolgen van doelgroepen en zorgfuncties via MPG-parameters, de waarborg van een ondersteunende opdracht ten aanzien van de basisopdracht van de CGG. Deze wisselwerking dient in een eerste fase uitgeschreven te worden teneinde onnodige overlappingsen te voorkomen.

DE PLAATS VAN DE PSYCHIATRISCHE ZORG VOOR PATIENTEN IN DE THUISITUATIE

Samenvattend

Met betrekking tot de levenskwaliteit in het algemeen kan men een onderscheid maken tussen

- ① “welzijn” in het algemeen
- ② “goed verzorgd” worden in de brede zin van het woord
- ③ “goed verzorgd worden in de geestelijke gezondheidszorg”

Op dit derde echelon situeert zich de plaats van de psychiatrische zorg voor patiënten in de thuissituatie, waarbij nog volgende opsplitsing kan worden gemaakt

- ondersteuning/begeleiding
- rehabilitatie
- urgentie

Geraadpleegde bronnen en documenten

- advies van de NRZV dd. 12/6/1997 – m.b.t. de toekomstige inhoud en organisatie van de geestelijke gezondheidszorg.
- Advies van de NRZV dd. 18/4/2000 – m.b.t. zorgvernieuwingsfonds voor de geestelijke gezondheidszorg.
- Advies van de NRZV dd. 8/4/1999 – m.b.t. programmatie en erkenningscriteria voor beschut wonen.
Nieuw beschrijvend begrippenkader GGZ – redactie Edgard Nassen.
Organisatie en effecten van psychiatrische thuisverpleegkunde – redactie Prof. Dr. I. Abraham, Prof. Dr. J. Peuskens.
- Psychiatrische thuiszorg modellen, concepten, beleidsintenties en lastenboek – redactie H. Vandenbroele en R. Lembrechts.