

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/349938553>

Schelpzorg: een palliatief zorgmodel voor patiënten met een ernstige, persisterende psychiatrische aandoening

Article in Tijdschrift voor Geneeskunde · January 2021

DOI: 10.47671/TVG.77.20.177

CITATION

1

READS

1,758

6 authors, including:



Loic Moureau
KU Leuven

10 PUBLICATIONS 26 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Axel Liégeois
KU Leuven (Catholic University of Leuven), Belgium

65 PUBLICATIONS 300 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Schelpzorg: een palliatief zorgmodel voor patiënten met een ernstige, persisterende psychiatrische aandoening

I. Decorte¹, F. Verfaillie², L. Moureau³, K. Van Ballaer⁴, I. De Geest⁵, A. Liégeois^{6,7}

Schelpzorg is een innovatief zorgmodel dat in Vlaanderen ontwikkeld wordt om kwaliteitsvolle zorg te bieden aan patiënten met een ernstige, persisterende psychiatrische aandoening (EPPA). Deze patiënten dreigen immers in de huidige zorgcontext onder- of overbehandeld te worden. Daarom hertaalt schelpzorg de palliatieve filosofie naar de psychiatrie en voegt het palliatieve elementen toe aan het herstel. De zorgverleners creëren een “exoskelet”, een “schelp” of een “externe structuur” omdat de patiënten een te zwakke “interne structuur” hebben om te kunnen functioneren. Schelpzorg is een holistische benadering met vier pijlers: de fysieke zorg gaat in op de somatische beperkingen, de psychologische zorg focust op comfort en welzijn, de sociale zorg biedt een structuur van activiteiten en contacten en de existentiële zorg bevordert de ervaring van een zinvol leven.

Belangrijk is een persoonlijke aanpak, een flexibele omgang met regels, een grote dosis creativiteit en een bijzondere expertise in de somatische en de existentiële zorg. De eerste ervaringen wijzen op een verhoging van het welzijn van patiënten en een positieve dynamiek bij zorgverleners. Daarom is een verdere ontwikkeling van gespecialiseerde zorgenheden voor schelpzorg, te vergelijken met palliatieve diensten, noodzakelijk. Ten slotte is er nood aan meer onderzoek, een betere detectie van de zorgnoden, kwaliteitsindicatoren en vorming.

Inleiding

De zorg voor patiënten met een ernstige, persisterende psychiatrische aandoening (EPPA) is een grote uitdaging. Deze patiënten lijden aan een aanhoudende, terugkerende psychische stoornis, zijn beperkt in hun dagelijkse activiteiten en hebben een langdurige behandeling nodig (1). Mogelijke diagnoses zijn een bipolaire stoornis, een depressieve stoornis, schizofrenie, anorexia, persoonlijkheidsstoornissen, angststoornissen, autismespectrumstoornissen en chronische verslavingen (2, 3). Meestal lijden ze aan een combinatie van verschillende aandoeningen. Hun problemen zijn heel complex: ze vertonen vaak storend, destructief of zelfdestructief gedrag en hun symptomen op psychologisch en sociaal vlak zijn doorgaans therapieresistent (4). De behandelopties zijn beperkt of onbestaand. Een belangrijke subgroep heeft intensieve en permanente residentiële zorg nodig. Ze worden vaak herhaaldelijk en voor lange tijd opgenomen en komen zelden tot herstel.

De hervorming van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) zet door de vermaatschappelijking van de zorg en de afbouw van bedden precies deze groep van EPPA-patiënten op paradoxale wijze onder druk: ze dreigen in de steek te worden gelaten of verwaarloosd te worden door de gezondheidszorg. Bovendien maakt de Belgische wetgeving euthanasie mogelijk wanneer men ondraaglijk psychisch lijdt ten gevolge van een ongeneeslijke, onbehandelbare psychiatrische aandoening en dit zonder een volwaardig alternatief, vergelijkbaar met palliatieve zorg in de somatische zorg, aan te bieden (5, 6).

Bijgevolg lopen zorgverleners het risico op therapeutische hardnekkigheid door steeds dezelfde behandelingen aan te bieden zonder effect. Als reactie daarop neigen ze naar therapeutisch nihilisme door geen verdere behandeling te bieden. Dit spanningsveld noodzaakt de zorgverleners om iets nieuws te creëren: schelpzorg, een zorgmodel voor EPPA-patiënten op basis van een palliatieve filosofie. Het model werd voor het eerst ontwikkeld in twee voorzieningen: het Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum te Geel en het Psychiatrisch Ziekenhuis Onzelvevrouw te Brugge.

“Schelpzorg hertaalt de palliatieve filosofie naar de psychiatrie en voegt palliatieve elementen toe aan de reeds bestaande herstelmodellen.”

Het zorgmodel

Schelpzorg hertaalt de palliatieve filosofie naar de psychiatrie en voegt palliatieve elementen toe aan de reeds bestaande herstelmodellen. Het is een holistisch zorgmodel dat tegemoetkomt aan de specifieke noden van EPPA-patiënten. Net zoals palliatieve zorg laat het een zinvolle behandeling en therapie niet los, maar focust het meer op de kwaliteit van het dagelijkse leven. Een casus maakt het zorgmodel concreet.

Casus

Marleen is 33 jaar, kampt sinds haar 16de levensjaar met emotionele en sociale problemen en gebruikt sindsdien drugs. Op 20-jarige leeftijd wordt ze voor het eerst opgenomen vanwege een acute psychose. Daarna volgen vele opnames, soms onder gedwongen statuut. Het lukt niet om een therapeutische alliantie op te bouwen. Ze heeft geen ziekte-inzicht, is medicatieontrouw en volgt het psychotherapieaanbod niet. Uiteindelijk is het niet meer mogelijk om bij haar ouders te blijven wonen of zelfstandig te wonen, te studeren en te werken. Een poging om via Beschut Wonen een stap naar meer zelfstandigheid te zetten mislukt. Ze blijft drugs gebruiken, krijgt epileptische insulpen en verwaarloost zichzelf. Ze is chronisch psychotisch met episoden van zeer ontregelende wanen en hallucinaties. Soms stelt ze agressief gedrag vanuit haar psychose, maar vermoedelijk ook onder druk van de therapeutische verwachtingen van het behandelteam. Na een jarenlang verblijf op een afdeling psychosezorg, waar de behandeling op haar grenzen botst, wordt ze verwezen naar de eenheid voor schelpzorg.

Daar valt de druk weg om te veranderen en om therapie- en resocialisatieprogramma's te volgen. Met een aantal praktische afspraken in het dagelijkse leven proberen de zorgverleners af te stemmen op haar chaotische manier van functioneren en een minimale structuur te vinden die haar kan dragen. Ook al wenst ze geen medicatie te nemen, toch leggen de zorgverleners haar in een continu proces van ondersteuning en motivering medicatie op om de toename van psychotische symptomen te beperken. Ze ervaart haar leven echter als leeg en betekenisloos. De zorgverleners onderzoeken samen met haar wat zij zin- en waardevol vindt: ze wil graag met paarden omgaan, werken, een relatie opbouwen en zelfstandig wonen. De zorgverleners brengen haar in contact met een hippotherapeut. Voor het eerst lukt het om een therapeutische alliantie op te bouwen met haar en de psychose voldoende te stabiliseren. De therapiefocus verschuift van inzichtbewerking, ontwikkelings- en herstelprocessen naar ondersteuning bij het maken van verbinding en het verminderen van de lijdensdruk. Ook de muziektherapie verhoogt haar gevoel van welzijn.

Ze wenst opnieuw Beschut Wonen op te starten. Gedurende zes maanden slaagt ze erin om drugsvrij te zijn en haar medicatie (clozapine) vlot in te nemen. Ze is minder psychotisch en het contact verloopt beter. Met Beschut Wonen wordt de schelp als het ware wat wijder opengezet en wordt het team uitgebreid met de medewerkers van Beschut Wonen. Ze volgt verder dagbehandeling, ook in het weekend. In haar woonsituatie heeft ze vanwege haar chaotische manier van functioneren maximale ondersteuning nodig van de woonbegeleider en de familiaal helpster. Het behandelteam, de woonbegeleider, de familiaal helpster en de hippotherapeut overleggen regelmatig met haar

en haar ouders. Men test haar ook regelmatig op druggebruik.

Aanvankelijk verloopt dit vlot. Haar onvermogen om aansluiting te vinden bij mensen van haar leeftijd en om een relatie aan te gaan, is echter erg confronterend. Ze hervalt in druggebruik. Dit kan men opvangen door korte heropnames. Geleidelijk nemen het druggebruik, de epileptische insulten en de psychotische symptomen toe. Ze heeft een karig leefloon, waardoor ze moeite heeft met budgetteren. Dit leidt tot kleine winkeldiefstallen en het lastigvallen van mensen met vragen naar geld. Beide teams blijven haar gezamenlijk volgen tijdens de heropnames en de pogingen om Beschut Wonen te hernemen. Uiteindelijk worden de periodes in Beschut Wonen zo kort dat men besluit om dit stop te zetten. De schelpzorg wordt opnieuw enkel vanuit de zorgeneid opgenomen.

Betekenis van schelpzorg

De pioniers van de schelpzorg hebben bewust voor deze naam gekozen om het eigene en het unieke van deze benadering te benadrukken. Ook de term “crustatieve zorg” wordt gebruikt, afgeleid van het Latijnse woord “crusta”, dat schelp betekent. De zorgverleners creëren een “exoskelet” of een “schelp” waarin EPPA-patiënten “tot leven kunnen komen”. Om te kunnen functioneren, zijn ze vooral afhankelijk van de “externe structuur” die ze krijgen, eerder dan van de “interne structuur” van hun eigen mogelijkheden. In het Engels wordt de term vertaald als “oyster care” (“oesterzorg”). De oorspronkelijke bewoner van de schelp is de oester. De schelp beschermt de oester. De parel ontstaat als een reactie op een vreemd object dat de schelp binnendringt: de oester biedt dan weerstand aan de bedreiging door het vreemde object te verharderen. De parel is dus het resultaat van een copingmechanisme van de oester.

Bij EPPA-patiënten faalt hun oorspronkelijke copinggedrag. Ze worden bedreigd in hun kwetsbaarheid. De zorgverleners aanvaarden hen met hun afwijkende gedrag, waarden hun copingmechanismen als een parel en beschermen hen met een schelp tegen schadelijk gedrag. Bij schelpzorg kan de schelp zich rond de kwetsbare patiënt en diens parel sluiten. Als de zorgnoden groter worden of als de keuzes en het gedrag van de patiënt schade berokkenen aan anderen of aan zichzelf, sluit de schelp zich meer om te beschermen. Als de zorgnoden meer naar de achtergrond verdwijnen en de keuzes en de gedragingen van de patiënt niet schadelijk zijn, dan kan de schelp zich opnieuw meer openen. De zorgverleners stemmen de zorg af op de mogelijkheden om een zinvol leven op te bouwen en de noodzaak om schade te voorkomen of te beperken. Zo helpen ze de patiënten om hun autonomie te realiseren of nemen ze hun verantwoordelijkheid over wanneer hun keuzes en gedragingen te schadelijk zijn voor zichzelf of anderen.

“De zorgverleners zoeken naar creatieve manieren om met de symptomen en het lijden om te gaan.”

Schelpzorg begint pas na andere zorgfasen waarin het stellen van diagnoses en het zo nodig bijsturen van vroegere diagnoses centraal staan. Bij schelpzorg komt de behandeling van de symptomen echter op de voorgrond. De zorgverleners zoeken naar creatieve manieren om met de symptomen en het lijden om te gaan. Ze proberen eerst de symptomen en de gedragingen te begrijpen: vanwaar komt dit symptoom of gedrag?, welke betekenis schuilt erachter?, welke functie heeft het in het geheel van de persoonlijkheid? Van daaruit bieden ze zorg, niet alleen comfortzorg, maar ook herstel en behandeling. Ze spelen in op

de noden van de patiënt en bieden ondersteuning waar het kan, maar nemen over waar het nodig is. Daarbij willen ze zoveel mogelijk schade voorkomen, zowel voor de patiënten als voor hun omgeving. Ondersteuning bij verlies en rouw hoort ook bij de benadering. Het doel van schelpzorg is de lijdensdruk te verlichten, de lasten van het leven te helpen dragen, de symptomen optimaal te behandelen, de bijwerkingen van farmacotherapie te beperken, de menselijke waardigheid te behouden en te herstellen en manieren te vinden om het leven zinvol te maken.

evenwicht tussen het mildereren van de symptomen en belastende bijwerkingen. In de casus van Marleen heeft de somatische zorg vooral betrekking op haar druggebruik, haar epileptische insulten en het zoeken naar een gepast medicatiebeleid.

Voor de psychologische pijler is de zorgrelatie nog belangrijker en vaak uitdagender dan bij andere zorgbenaderingen. De psychotherapie wordt niet voort- of stopgezet, maar “vertaald” naar de doelgroep (7). Bij Marleen zoeken de zorgverleners naar een aangepast therapeutisch programma met

“Dikwijls hebben patiënten een andere pijnbeleving of communiceren ze anders over pijn. Ze hebben vaak ook een gebrek aan ziekte-inzicht of coöperatie.”

Vier pijlers van zorg

Schelpzorg besteedt in de eerste plaats meer aandacht aan het opnemen van de somatische pijler van de zorg. De integratie van de huisarts in het team en de scholing van verpleegkundigen in de zorg voor somatische problemen zijn hierbij essentieel. Onderzoek toont immers aan dat EPPA-patiënten een veel lagere levensverwachting hebben door onder andere cardiovasculaire problemen, diabetes mellitus, overgewicht, verslikking ten gevolge van het “fast eating syndrome” en bijwerkingen van medicatie (2-4). Dikwijls hebben patiënten een andere pijnbeleving of communiceren ze anders over pijn. Ze hebben vaak ook een gebrek aan ziekte-inzicht of coöperatie. Dit bemoeilijkt de diagnostiek en de behandeling van het onderliggende somatische probleem en stelt de zorgverleners voor ethische dilemma's. Zoals in de somatische palliatieve zorg wordt pijn hier als “totale pijn” benaderd. Ook het optimaliseren van het psychofarmacabeleid bij therapieresistentie is een bijzondere uitdaging. Het is een zorgvuldig en continu monitoren van een

dagbehandeling, muziek- en hippotherapie. De therapie in de schelpzorg is niet primair inzichtelijk, maar creatief. De focus ligt niet op remissie of herstel, maar op het verminderen van de lijdensdruk en het vermeerderen van het welzijnsgevoel, zelfs genieten. De zorgverleners hebben uitstekende therapie- en communicatievaardigheden nodig om een vertrouwensrelatie op te bouwen en een “schelp” te vormen waarin verbinding mogelijk wordt. De rol van het nemen van positieve risico's is cruciaal. Zorgverleners gaan vaak anders om met de autonomie van de patiënten: ze zoeken actief naar de resterende autonomie en proberen deze te beschermen. Ze aanvaarden de patiënten met hun abnormale en vaak storende gedrag, maar voorkomen dat ze zichzelf of anderen ernstige schade toebrengen.

In de sociale pijler van de schelpzorg hebben de zorgverleners een meer multidimensionale rol dan in de meeste andere zorgeenheden. Ze creëren een veilige leefomgeving of “exoskelet” waarin ontmoetingen kunnen plaatsvinden en gestimuleerd worden en waarin het “vreemde” wordt erkend, gerespecteerd en getolereerd. Ze

zijn soms de enige echte betrokkenen, wat een bijzondere band creëert en aandacht vraagt voor een goede balans tussen nabijheid en afstand. Ze fungeren als een brug naar de wereld en ondersteunen de patiënten in hun verlangens om erbij te horen en andere rollen op te nemen dan die van “patiënt”. Familieleden en naaste betrokkenen die vaak een heel moeilijke en lange weg met de patiënt hebben afgelegd, krijgen erkenning en ondersteuning en worden betrokken bij de zorg. In de casus van Marleen overleggen de zorgverleners met haar en haar netwerk hoe ze de schelp kunnen openzetten om Beschut Wonen mogelijk te maken.

“De zorgverleners gaan actief op zoek naar wat patiënten in zichzelf herkennen aan eigenwaarde en als waarden.”

Ten slotte is de existentiële of spirituele pijler cruciaal in schelpzorg: EPPA-patiënten lijden zowel aan de ziekte zelf als aan de gevolgen ervan. In die scherpe confrontatie met ernstige verlieservaringen, de kwetsbaarheid en de gebrokenheid van het bestaan loopt de gebruikelijke, intuïtieve ervaring van zin in het leven gevaar. Anderzijds zien de zorgverleners bij deze patiënten een sterke wil om te leven. Ondanks de ernstige lijdensdruk is de vraag tot levensbeëindiging meestal afwezig of blijft deze op de achtergrond (8). Deze patiënten willen nog steeds “erbij zijn”. Het erkennen van de kracht van de wil om te leven is erg belangrijk. De “schelp” biedt een externe structuur om de patiënten te helpen om betekenis te ervaren door hen te ondersteunen bij het zoeken van verbinding met zichzelf, anderen, de natuur en het transcendente in hun leven. De zorgverleners gaan actief op zoek naar wat patiënten in zichzelf herkennen aan eigenwaarde en als waarden. Ze helpen hen om deze waarden te benoemen en richting te laten

geven aan hun keuzes om zo tot zinvolle activiteiten te komen en weer zin te ervaren in het dagelijkse functioneren (9, 10). Samen met Marleen zoeken de zorgverleners wat betekenis geeft aan haar leven en wat het leven voor haar waardevol maakt. De uitdaging voor de zorgverleners is om kritisch te reflecteren over welke waarden ze bij elke interventie proberen te ondersteunen en om stil te staan bij hun eigen ervaring van machteloosheid.

Bespreking

Structurele voorwaarden

Patiënten met een ernstige, persistente psychiatrische aandoening (EPPA) dreigen vergeten te worden door het gezondheidssysteem, de onderzoekswereld en de maatschappij. Schelpzorg wil aandacht geven aan deze groep door hun noden te identificeren, hun welbevinden te verbeteren en hun lijdensdruk te verminderen. Het is een holistische zorgbenadering ontwikkeld naar analogie met de palliatieve benadering in de somatische zorg.

Daartoe is de verdere ontwikkeling van eenheden voor schelpzorg nodig, te vergelijken met de palliatieve diensten, met een geschikte infrastructuur zodat alle aspecten van leven, welzijn, zorg en behandeling samenkomen. Dit zijn intensieve, residentiële eenheden voor zorg en behandeling, met meer en beter gekwalificeerd personeel, met op lange termijn eenpersoonskamers en bij voorkeur kleine wooneenheden. De patiënten worden er benaderd vanuit een palliatief en integratief zorgperspectief met volle aandacht voor de vier zorgpijlers.

Voor de structurele realisatie van schelpzorg is goed leiderschap onmisbaar: morele moed om vrijheid te geven aan de zorgverleners en consequente beleidskeuzes te maken. Zo kunnen de leidinggevenden de bezettingsgraad van een

eenheid schelpzorg tijdelijk lager houden of het personeelsbestand ervan tijdelijk verhogen door een beroep te doen op de solidariteit binnen de zorgseenheden en de zorgorganisatie.

Eerste ervaringen

De eerste ervaringen met schelpzorg in Vlaanderen zijn bemoedigend. Daaruit blijkt dat er minder incidenten met agressie en zelfmutilatie, alsook minder transfers naar andere zorgseenheden zijn vanwege gedragsproblemen. Het beperken van de medicatie heeft een positief effect op de bijwerkingen. Er zijn minder gevallen van verslikking met de dood als gevolg. Ondanks hun ziekte en lijden geven sommige patiënten aan zich beter te voelen. Ze ervaren dat ze niet in de steek worden gelaten en dat ze “erbij horen”. Familieleden en andere naasten geven aan dat ze zich meer betrokken en erkend weten. Ze zien positieve ontwikkelingen bij de patiënten.

Schelpzorg heeft ook positieve effecten op de zorgverleners. In het verleden zag men de zorgseenheden voor EPPA-patiënten vaak als “eindstations” waarin weinig werd geïnvesteerd. Nu creëert men een positieve appreciatie en identiteit. De zorgverleners geven aan dat de werktevredenheid stijgt en het risico op burn-out en compassiemoeheid daalt. Ze zien het werken op een schelpzorgseenheid als een uitdaging en een kans, niet als een last. Ze kunnen therapeutische hardnekkigheid loslaten zonder de patiënten op te geven.

Aanbevelingen

Om schelpzorg verder te ontwikkelen, is wetenschappelijk onderzoek over EPPA-patiënten essentieel, zowel kwantitatief empirisch als kwalitatief conceptueel. Het is belangrijk dat de zorgverleners weten hoeveel patiënten er precies zijn en waar ze terechtkomen. Vervolgens is het noodzakelijk dat de zorgverleners de zorgbehoeften in kaart brengen om hun welzijn te verbeteren.

Daartoe kunnen ze adequate meetinstrumenten ontwikkelen, zoals een zorgmonitor met kwaliteitsindicatoren. Verder is het onontbeerlijk dat de zorgverleners op basis van dit onderzoek en de bestaande ervaringen een specifieke en gespecialiseerde opleiding en training in schelpzorg kunnen volgen. Het is eveneens belangrijk dat de zorgverleners kritisch kijken naar de werking van schelpzorg zodat ze deze verder kunnen verbeteren. Hierbij gaat het om ethische vragen over respect voor autonomie en de toepassing van dwang en drang (11). Ook de vraag of het residentiële karakter noodzakelijk is of dat men schelpzorg ook in de thuiscontext kan aanbieden, is pertinent (12).

Indien de positieve aspecten van schelpzorg gestaafd kunnen worden via dit onderzoek, kan men de eerste stap zetten naar het overtuigen van de beleidsmakers met objectieve, wetenschappelijke argumenten.

Mededeling

Geen belangenconflict en geen financiële ondersteuning gemeld.

Afiliaties

¹Huisarts en palliatief arts OPZ, Geel.

²Psychiater en bestuurder vzw Bermhertigheid Jesu, Brugge.

³Ethicus vzw Bermhertigheid Jesu, Brugge en onderzoeker KU Leuven.

⁴Psychiater OPZ, Geel.

⁵Psycholoog PZ Onzelvevrouw, Brugge.

⁶Ethicus Organisatie Broeders van Liefde, Gent en hoogleraar KU Leuven.

⁷Correspondentieadres: A. Liégeois, KU Leuven, Charles Deberiotstraat 26, 3000 Leuven; e-mail: axel.liegeois@kuleuven.be

Literatuur

Algemeen

Voor een uitgebreide publicatie over dit onderwerp, inclusief uitvoerige casuïstiek en literatuurlijst, wordt er verwezen naar: DECORTE I, VERFAILLIE F, MOUREAU L, et al. Oyster care: an innovative palliative approach towards SPMI patients. *Front Psychiatry* 2020; *11*: 509.

Specifiek

- WOODS A, WILLISON K, KINGTON C, GAVIN A. Palliative care for people with severe persistent mental illness: a review of the literature. *Can J Psychiatry* 2008; *53*: 725-736.
- DONALD EE, STAJDUHAR KI. A scoping review of palliative care for persons with severe persistent mental illness. *Palliat Support Care* 2019; *17*: 479-487.
- HANCOCK N, SMITH-MERRY J, GILLESPIE JA, YEN I. Is the Partners in Recovery program connecting with the intended population of people living with severe and persistent mental illness? What are their prioritised needs? *Aust Health Rev* 2016; *41*: 566-572.
- DE HERT M, CORRELL CU, BOBES J, ET AL. Physical illness in patients with severe mental disorders: prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry* 2011; *10*: 52-77.
- MCGORRY PD, BERK M, BERK L, GOLDSTONE S. Commentary on "Palliative models of care for later stages of mental disorder: maximising recovery, maintaining hope and building morale". *Aust N Z J Psychiatry* 2012; *46*: 276-278.
- TRACHSEL M, IRWIN SA, BILLER-ANDORNO N, HOFF P, RIESE F. Palliative psychiatry for severe persistent mental illness as a new approach to psychiatry? Definition, scope, benefits, and risks. *BMC Psychiatry* 2016; *16*: 260.
- PROUTY G, VAN WERDE D, PÖRTNER M. Pre-therapy: reaching contact-impaired clients. Ross-on-Wye: PCCS Books, 2002.
- ELIE D, MARINO A, TORRES-PLATAS SG, ET AL. End-of-life care preferences in patients with severe and persistent mental illness and chronic medical conditions: a comparative cross-sectional study. *Am J Geriatr Psychiatry* 2018; *26*: 89-97.
- MOONEN C, LEMIENGRE J, GASTMANS C. Dealing with existential suffering of patients with severe persistent mental illness: experiences of psychiatric nurses in Flanders (Belgium). *Arch Psychiatr Nurs* 2016; *30*: 219-225.
- KAL D, POST R, SCHOLTERS G. Meedoen gaat niet vanzelf: kwartiermaken in theorie en praktijk. Amsterdam: Tobi Vroegh, 2012.
- LIÉGEOIS A. Waarden in dialoog: ethiek in de zorg. Leuven: LannooCampus, 2019.
- VAN MIERLO T, VAN DER MEER L, VOSKES Y, BERKVENNS B, STAVENUITER B, VAN WEEGHEL J. De kunst van ART: Werkboek Active Recovery Triad. Utrecht: De Tijdstroom, 2016.

ABSTRACT

Oyster care: a palliative care model for patients with a severe and persistent mental illness

Oyster care is an innovative care model being developed in Flanders (Belgium) to provide quality care to patients with a severe and persistent mental illness (SPMI). These patients are at risk of being under- or overtreated in the current care context. Therefore, oyster care translates the palliative philosophy to psychiatry and adds palliative elements to recovery. Caregivers create an "exoskeleton", a "shell" or "external structure" because the patients' "internal structure" is too weak to function. Oyster care is a holistic approach with four pillars: the physical care addresses the somatic limitations, the psychological care focuses on comfort and wellbeing, the social care provides a structure of activities and contacts, and the existential care enhances the experience of a meaningful life. A personal approach, a flexible use of rules, a large dose of creativity, and special expertise in somatic and existential care are important. The initial experiences indicate an increase in the patients' wellbeing and a positive dynamic among caregivers. Therefore, a further development of oyster care units, comparable to palliative services, is necessary. Finally, there is a need for more research, a better detection of care needs, quality indicators and training.