

De inclusie van EPA-patiënten in mobiele teams, in het kader van de Artikel 107-hervorming: de visie van de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie.

Auteur: Kirsten Catthoor

Deze tekst is tot stand gekomen na intensief overleg binnen de sectie Langdurige Zorg en Rehabilitatie van de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie. De visie werd mede mogelijk gemaakt door de studiedag over de inclusie van EPA-patiënten in een mobiel team ("EPA en het mobiel team: onenightstand, gedwongen huwelijk of echte liefde?"), op vrijdag 9 november 2019. Inhoudelijke bijdragen op deze studiedag kwamen van Phillippe Dellespaul (Universiteit Maastricht), Yves Wuyts (Zorgnet-Icuro), Jean-Louis Feys (Centre Psychiatrique Saint-Bernard, Manage), Pieter Goedemé (outreach team ZNA PZ Stuivenberg), Rik Van Laeken (familie ervaringsdeskundige), Ingrid Jongeneelen (Uilenspiegel).

*Wie is de gemiddelde EPA-patiënt (ernstige psychiatrische aandoening)?*

Een patiënt met een ernstige psychiatrische aandoening (EPA) is een patiënt die een psychiatrisch ziektebeeld vertoont dat nooit spontaan verdwijnt, en ook niet beter wordt met een enkelvoudige, specifieke en lineaire behandeling in de GGZ. De specifieke psychopathologie van een EPA-patiënt leidt naar disfunctioneren op verschillende levensdomeinen, en andersom geeft disfunctioneren op verschillende levensdomeinen aanleiding tot psychopathologie. Er is dus sprake van een circulariteit tussen de psychopathologie en het disfunctioneren.

*Wat is de focus van de behandeling die een EPA-patiënt nodig heeft?*

Optimale hulpverlening vermijdt dat de kwetsbaarheid van de EPA-patiënt groter wordt, en zet in op een versteviging van de weerbaarheid. Om de eerder genoemde circulariteit van het psychopathologische proces het hoofd te bieden, is een integrale psychiatrische behandeling noodzakelijk. De integrale psychiatrische behandeling kan bij deze populatie een vorm van intensieve ambulante zorgen zijn, door een outreach team.

Behandeling is geen enkelvoudige focus meer, maar wordt aangevuld door zorg, empowerment en belangenbehartiging op verschillende domeinen (lichamelijke en psychische gezondheid, wonen, werken, leren, vrije tijd, sociale contacten, zelfzorg, zingeving). De integrale zorg moet procesgericht zijn, met herstel (persoonlijk, klinisch, maatschappelijk, functioneel) en positieve gezondheid als leidende principes.

*Hoe kan er voor gezorgd worden dat de juiste EPA-patiënt geïncludeerd wordt in een mobiel team? Is hiervoor een meetinstrument beschikbaar?*

Er is unanieme consensus dat geen enkel meetinstrument een meerwaarde biedt bij het koppelen van een EPA-patiënt aan het zorgmodel van een mobiele 2b-equipe. Het werken met goed omschreven inclusie-criteria zou een hulpmiddel kunnen zijn. Als belangrijkste 3 criteria weerhouden we: een aangetoonde ernstige psychiatrische aandoening, disfunctioneren op minstens 2 levensdomeinen, en ontoereikende alternatieve ambulante ondersteuning (thuisverpleging, familiehelp, psychiatrische en psychotherapeutische raadpleging). Het laatste criterium hoeft niet geprobeerd, maar wel duidelijk aanwezig te zijn.

Nederlands onderzoek heeft aangetoond dat de huisarts 90% van de mensen met een EPA-problematiek juist kan indiceren richting het mobiele team. De doorverwijzing van een EPA-

patiënt naar een mobiel team zou kunnen geoptimaliseerd worden door een overlegmodel te installeren tussen de EPA-patiënt zelf (als deskundige in de regie van zijn eigen behandeling), de context van de EPA-patiënt, de huisarts, het mobiele team dat op huisbezoek is geweest, en een psychiater als medisch verantwoordelijke van het mobiele team. In het geval van zorgvermijding door verminderde oordeelsbekwaamheid (psychotische problematiek) kan de mobiele equipe ook starten zonder een expliciete zorgvraag van de EPA-patiënt zelf.

*Wanneer laat een outreach team de zorg voor een EPA-patiënt los?*

Als de EPA-patiënt voldoende stevig en lang gestabiliseerd is, en het reguliere netwerk rond de patiënt (mantelzorg, familie, professionelen) voldoende ondersteunend is om patiënt verder te begeleiden zonder onaanvaardbaar risico tot hervat, kan afgerond worden. Om dit op een goede manier te kunnen doen, is het noodzakelijk dat de overgang naar de reguliere zorg geleidelijk verloopt en de vertrouwensrelatie met het reguliere netwerk solide is opgebouwd. Wanneer dit niet zorgvuldig gebeurt, is frequente drop-out bij de ambulante reguliere zorg te verwachten, met secundaire heraanmelding voor lange residentiële opname en mobiele team.

Met de huidige beperkte middelen moet echter de keuze gemaakt worden tussen een individueel gerichte of een systeem gerichte aanpak. Wanneer een EPA-patient een langdurig outreach behandeltraject nodig heeft, dan zal de doorstroom in het mobiel team stremmen, en ontstaat er een wachtlijst. Een wachtlijst betekent altijd dat mensen zorg moeten ontberen. Wanneer men opteert voor een voldoende snelle doorstroom in het outreach team om de wachtlijst beheersbaar te houden, zal de individuele EPA-patient vaak te snel moeten afronden en daardoor noodzakelijke zorg te kort komen. Het lijkt er dus op dat met de huidige beperkte middelen, we altijd in een situatie terecht komen van herverdelen van schaarste. De Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie dringt er daarom bij de overheid op aan om de middelen voor outreach behandeling van de EPA-patient substantieel te verhogen, en ze af te stemmen op de noden van de bevolking.