

1 **Voorstel tot bijsturing**
2 **overeenkomst voor psychiatrische nabehandeling**
3 **versie 2022-05-31**
4

5 0. Situering
6

7 De GGZ heeft de laatste 10 jaar een grondige hervorming ondergaan, onder meer met de komst van
8 de netwerken Volwassenen en Kinderen en Jongeren, de reallocatie van bedden in de ziekenhuizen,
9 en de bijhorende ontwikkeling van nieuwe zorgvormen, zoals mobiele teams en HIC/ID, en de
10 uitbouw van de psychologische zorg in de eerstelijns. De beweging naar vermaatschappelijking van
11 zorg is duidelijk ingezet en dit leidt onder meer tot kortere ziekenhuisopnames. Echter, er zijn niet
12 minder mensen met psychiatrische stoornissen in de maatschappij aanwezig en de zorgactoren
13 ervaren een stijgende zorgvraag, mede doordat psychische kwetsbaarheid en mentale gezondheid
14 bespreekbaarder zijn geworden, oa mede onder invloed van COVID.

15 In dat opzicht kan een hervorming van de huidige nabehandeling, zoals vastgelegd in de nationale
16 overeenkomst psychiatrische ziekenhuisdiensten-verzekeringsinstelling binnen het RIZIV en de
17 laatste keer aangepast in 2013, ook bijdragen tot de verdere vermaatschappelijking van zorg en er
18 bijkomend voor zorgen dat meer mensen met een ernstige psychiatrische aandoening of een
19 complexe psychische stoornis de op dat moment voor hen gepaste zorgvorm krijgen: zorgnoden
20 evolueren in de tijd en zijn meestal niet lineair van aard.

21 Het huidige zorglandschap voor vermelde doelgroep van mensen met een ernstige psychiatrische
22 aandoening of een complexe psychische stoornis bestaat onder meer uit ambulante zorg,
23 gespecialiseerde psychologische zorg door psychologen of door centra geestelijke gezondheidszorg,
24 revalidatieprogramma's, begeleiding door mobiele teams, woonbegeleiding in beschut wonen,
25 activering, verblijf in PVT, behandeling in daghospitalisatie of residentiële opname. Toch ervaren we
26 dat er voor sommige fasen in hun zorgtraject nog een specifieke zorgvorm ontbreekt of onvoldoende
27 is uitgewerkt : een intensieve ambulante interdisciplinaire specialistische behandeling. Deze kan
28 onder de vorm van matched care worden ingezet als afschaling van zorg na een opname of als een
29 opschaling van zorg tijdens of na een zorgperiode door een mobiel team. In de toekomst kan het
30 toepassingsgebied nog verder verruimd worden in samenspraak tussen de federale overheid en de
31 deelstaten: gebruik van deze intensieve ambulante interdisciplinaire specialistische behandeling
32 zonder voorafgaandelijke opname.

33 Om deze ontbrekende zorgvorm te realiseren wordt verder gebouwd op de bestaande "revalidatie
34 nabehandeling", zoals vandaag vastgelegd in artikel 7 van de bestaande nationale overeenkomst
35 tussen psychiatrische ziekenhuisdiensten en verzekeringsinstellingen in de schoot van het RIZIV.
36

37 **1 Inhoudelijke elementen**

38 **1.1 Benaming**
39

40 Gelet op de gewijzigde doelstelling wordt een aangepaste benaming geïntroduceerd. In plaats van
41 "revalidatie nabehandeling", spreken we over "intensieve interdisciplinaire ambulante specialistische
42 behandeling", kortweg "**intensieve ambulante behandeling (IAB)**".
43

44 1.2 Doel van de intensieve interdisciplinaire ambulante specialistische behandeling

45

46 In het kader van het versterken van de zorgcontinuïteit heeft de intensieve ambulante behandeling
47 (IAB) tot doel om een kwalitatieve, intensieve interdisciplinaire, ambulante specialistische
48 behandeling te verstrekken aan die patiënten met een complexe psychische stoornis of een ernstige
49 psychiatrische aandoening die op dat moment in hun zorgtraject nood hebben aan deze
50 behandelvorm. Het is dus geenszins de bedoeling om IAB aan te bieden aan iedere patiënt die met
51 een complexe psychische stoornis of een ernstige psychiatrische aandoening te kampen heeft. De
52 reële meerwaarde is er enkel wanneer deze zorgvorm op dat moment in het zorgtraject van de
53 patiënt de meest aangewezen zorgvorm is. Net zoals van toepassing voor alle zorgvormen, gebeurt
54 deze afweging in het samenspel van de patiënt (en zijn naasten) samen met de zorgverleners,
55 waarbij de patiënt reeds in zorg is.

56

57 De IAB is behandeling gericht op het verder ambulante behandelen van de patiënt na een
58 ziekenhuisopname of na/tijdens een zorgperiode door een mobiel team. Deze nieuwe
59 behandelingsvorm is intensiever dan de bestaande monodisciplinaire ambulante interventies (oa
60 artsen, ambulante gespecialiseerde psychologische zorg door klinisch psychologen of door centra
61 geestelijke gezondheidszorg). De behandeling is sterker gericht het reduceren van de symptomen en
62 het verminderen van de functionele beperkingen dan vb in het aanbod vanuit revalidatieconventie
63 GGZ. Ze kan complementair zijn aan de interdisciplinaire specialistische behandeling tijdens een
64 voorafgaande ziekenhuisopname of kan een aanvullende specialistische behandeling zijn op de zorg
65 door een mobiel team.

66 Voor een schematisch overzicht van de positionering van de IAB: zie bijlage 1.

67

68 De IAB draagt er zeker toe bij dat een residentiële opname niet langer duurt dan nodig. Een
69 residentiële opname is in eerste instantie nodig in volgende situaties:

- 70 - Er is noodzaak aan medische monitoring in het kader van een psychiatrische
71 problematiek;
- 72 - Er is nood aan een beveiligde omgeving wegens gevaar voor zichzelf en/of anderen;
- 73 - De patiënt kampt met een onvermogen om structuur in het leven aan te brengen of te
74 houden;
- 75 - Het steunsysteem van de patiënt is uitgeput en de patiënt is op dat moment niet in staat
76 voor zichzelf te zorgen.

77 In het belang van het garanderen van zorgcontinuïteit is het aangewezen om de expertise van
78 eenzelfde behandelingsgroep te kunnen inzetten over diverse zorgmodaliteiten en zo af te stemmen op
79 de noden van de patiënt op dat moment, om zo vlot te kunnen opschalen en afschalen tussen een
80 hospitalisatie, een semi-residentiële, intensief ambulante, mobiele of ambulante zorgvorm.

81

82 1.3 Wie komt wel/niet in aanmerking : beschrijving van de doelgroep

83

84 IAB richt zich op bepaalde fasen in de behandeling van het zorgtraject van personen met een ernstige
85 psychiatrische aandoening of een complexe psychische stoornis.

86

87 Onder **personen met een ernstige psychiatrische stoornis** verstaan we personen waarbij ¹
88 “– er sprake is van een psychiatrische stoornis, die zorg/behandeling noodzakelijk maakt (niet in
89 *symptomatische remissie*);
90 –die met ernstige beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren gepaard gaat (niet
91 *in functionele remissie*);
92 –waarbij de beperking oorzaak en gevolg is van psychiatrische stoornis;
93 –niet van voorbijgaande aard is (structureel c.q. langdurig, ten minste enkele jaren);
94 –waarbij gecoördineerde zorg van professionele hulpverleners in zorgnetwerken geïndiceerd is om het
95 behandelplan te realiseren.
96 Soms worden deze personen ook benoemd als personen met integrale zorgnoden.
97 Deze groep van personen met een ernstige psychiatrische stoornis (cfr bovenstaande definitie)
98 onderscheidt zich duidelijk van de groep van personen met een lichte, matige of milde psychische
99 problematiek, waarbij de beperkingen in het sociaal en/of maatschappelijk functioneren vaak
100 beperkt blijven tot 1 of enkele levensdomeinen. In tegenstelling tot de doelgroep van IAB is, deze
101 laatste groep is meestal te behandelen met een monodisciplinaire aanpak.
102
103 De groep van mensen met EPA kan niet beperkt worden tot bepaalde psychiatrische diagnoses.
104 Meer dan de helft van de patiënten met EPA vertonen een langdurige psychotische problematiek,
105 met schizofrenie als meest voorkomende onderliggende aandoening. “Andere psychiatrische beelden
106 komen vaak bij personen met EPA voor, zoals (poly)druggebruik, persoonlijkheidsstoornissen en
107 pervasieve ontwikkelingsstoornissen. Ten slotte komen sommige beelden slechts bij uitzondering voor
108 bij personen met EPA, bijvoorbeeld angst, depressie en alcoholmisbruik. Omdat mensen met een
109 verstandelijke of lichamelijke handicap en mensen met dementie in andere zorgnetwerken begeleid
110 worden, werden ze slechts in deze beschrijving betrokken indien ze ook zorg behoeven van de ggz
111 voor comorbide psychiatrische aandoeningen.”
112 Maw De doelgroep van de IAB wordt niet afgebakend op basis van DSM-diagnoses omdat bij
113 patiënten met alle DSM-diagnoses een EPA-problematiek kan voorkomen. In vele gevallen gaat het
114 over een dubbele diagnose en zijn er problemen op meerdere levensdomeinen.
115
116 Naast de groep van personen met een EPA-problematiek richt de IAB zich ook **op behandeling van**
117 **personen met een complexe psychische stoornis**. Deze groep van personen (Serious mental illness -
118 SMI) wordt gedefinieerd als “ a mental, behavioral, or emotional disorder resulting
119 in serious functional impairment, which substantially interferes with or limits one or more major life
120 activities.” Dit is ruimer dan de personen met EPA (al hebben de meeste mensen met EPA ook
121 complexe psychische stoornissen).
122 Vaak refereert men aan patiënten met een combinatie van stoornissen, bijvoorbeeld paniekstoornis
123 en alcoholafhankelijkheid, of autisme en depressie. Soms wordt de term ook gebruikt voor de
124 combinatie van een (in principe) voorbijgaande aandoening, vb. depressie, en een onderliggende
125 persoonlijkheidsstoornis. De term kan ook verwijzen naar de combinatie van een psychiatrische
126 stoornissen met een ernstige psychosociale problematiek.
127

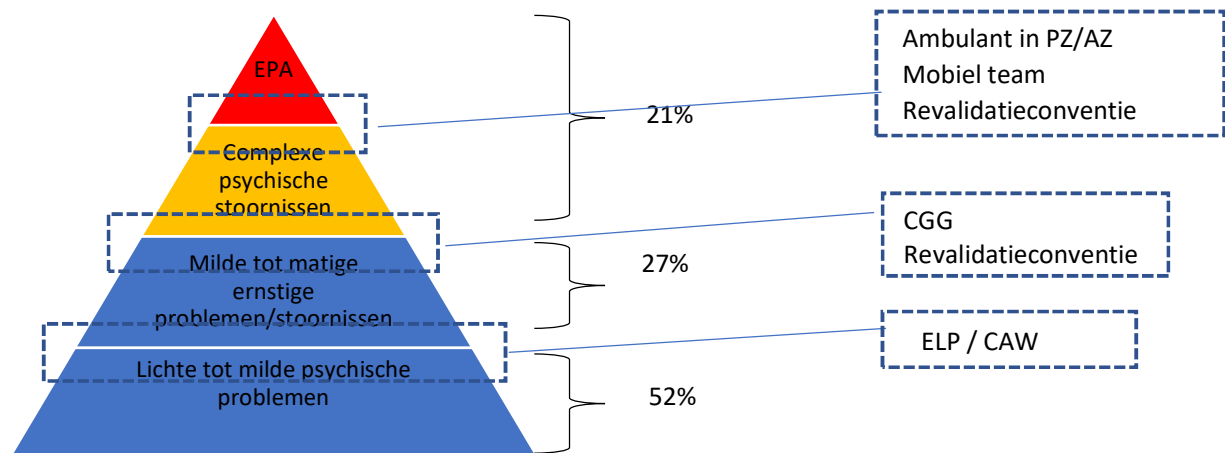
¹ Ph. Delespaul, en de consensusgroep epa: “Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (epa) en hun aantal in Nederland”, Tijdschrift voor psychiatrie 55 (2013), pag. 427-438.

128 De IAB richt zich **niet tot alle patiënten uit bovenstaande 2 groepen maar enkel tot de**
 129 **(intermediaire) fase in het zorgtraject van deze patiënten** met EPA of met complexe psychische
 130 stoornissen, **waarin onderstaande kenmerken gelijktijdig aanwezig zijn:**
 131 - een duidelijk verminderd functioneren in diverse levensdomeinen
 132 - een intensieve ambulante behandeling effectief kan bijdragen aan het verminderen van de
 133 symptomen of het verminderen van de beperkingen in het functioneren²
 134 - een ambulante mono-/duodisciplinaire behandeling van de problematiek (oa door
 135 psychiater of psycholoog of begeleider mobiel team langdurige zorg) zou onvoldoende effect
 136 ressorteren
 137 - een residentiële opname is klinisch niet (langer) aangewezen.

138 **De IAB wordt in die situaties ingezet waarbij de IAB voldoet aan de criteria van matched care om**
 139 **tegenoet te komen aan de zorgnoden van de patiënt en zijn omgeving op dat moment.**

140
 141 De IAB richt zich duidelijk behandelingsgericht. Gelet op het verminderd functioneren bij de beoogde
 142 doelgroep, is het aangewezen dat deze IAB gelijktijdig gepaard gaat met samenwerkingen /
 143 interventies van andere actoren binnen en buiten de GGZ, vb schuldbeheer door een OCMW.
 144

145 Volgende piramide maakt duidelijk voor wie de IAB in een PZ of -AZ-context aangewezen is.
 146



147
 148
 149 Bovenstaande indeling kan indicatief helpen om het onderscheid duidelijker te maken, maar het
 150 onderscheid tussen de diverse groepen is niet absoluut. Het kan uiteraard dat een patiënt met een
 151 EPA problematiek tijdens bepaalde perioden in zijn/haar leven geen nood heeft aan een intensieve
 152 behandeling door een AZ/PZ (intensief ambulant of (semi-)residentieel) en dat een periodieke
 153 ambulante opvolging door een huisarts en psychiater voldoende is. Anderzijds is het mogelijk dat
 154 deze persoon in een latere periode in zijn/haar leven tijdelijk opnieuw nood heeft aan een intensieve
 155 behandeling.
 156

² Voor zowel de problematieken waar een intensieve interdisciplinaire ambulante behandeling een werkbare zorgvorm zou kunnen zijn, als waar een monodisciplinaire aanpak onvoldoende effect zou ressorteren, verwijzen we naar bestaande wetenschappelijke literatuur over de werkzaamheid van behandelvormen ifv de pathologie en (combinatie van) stoornissen. Zo zal, vb, een loutere ambulante psychotherapie niet volstaan voor de behandeling van een schizofrene stoornis.

- 157 IAB kan worden ingezet als vervolgbehandeling:
- 158 - na een (semi)residentiële behandeling
- 159 o in een psychiatrische ziekenhuisdienst A, ad, an, T(g), Td, Tn, Tf, IB, K, Kd, of Kn
- 160 o in een somatische ziekenhuisdienst van een AZ op voorwaarde dat tijdens dit
- 161 verblijf in de somatische dienst een prestatie psychiatrische liaison werd
- 162 uitgevoerd en dat de IAB wordt uitgevoerd vanuit de expertise van de
- 163 psychiatrische ziekenhuisdienst
- 164 - na een zorgperiode van het mobiel crisisteam
- 165 - wanneer een mobiel team langdurige zorg aangeeft dat er nood is aan een intensiever
- 166 ambulant programma vanuit een specifiek behandelkader om de complexiteit van de
- 167 problematiek te kunnen aanpakken.
- 168

169 Het therapeutisch programma tijdens de IAB kan bestaan uit een combinatie van diverse sessies per

170 week

- 171 o individuele sessies bij psychiater, psychotherapeut; sociotherapeut,
- 172 bewegingstherapeut, (familie-)ervaringsdeskundigen, ...
- 173 o sessies met ouders/familie/omgeving (school) van patiënt;
- 174 o groepssessies die afhankelijk van aantal deelnemers worden begeleid door 1 of 2
- 175 therapeuten-(familie-)ervaringsdeskundigen.
- 176

177 Enkele voorbeelden van de inzet van IAB³:

- 178 - Behandeling van patiënten met persoonlijkheidsstoornissen vanuit een inhoudelijk
- 179 therapeutisch kader zoals MBT (Mentalisation based treatment) of DGT (Dialectische
- 180 Gedrags Therapie) of schemagerichte therapie;
- 181 - Behandeling van patiënten met middelenafhankelijkheid vanuit een inhoudelijk
- 182 therapeutisch kader zoals schemagerichte gedragstherapie of ACT (Acceptance and
- 183 Commitment Therapy);
- 184 - Behandeling van patiënten met psychose vanuit een inhoudelijk therapeutisch kader zoals
- 185 ACT (Acceptance and Commitment Therapy)
- 186 - Behandeling van jongeren in de transitieleeftijd met angsten, suicidaliteit, acting out,...
- 187 vanuit een therapeutisch kader zoals systeemtherapie, dikwijls in combinatie met elementen
- 188 uit Nieuwe Autoriteit/Geweldloos Verzet;
- 189 - Behandeling van complexe dwangstoornissen die geleid hebben tot het verlies van heel wat
- 190 sociale rollen, tot eenzaamheid, administratieve en financiële problemen (= grote
- 191 terugtrekking uit de maatschappij) met cognitieve gedragstherapie;
- 192 - Gelijktijdige behandeling van patiënten met een grote comorbiditeit van somatische en
- 193 psychische problemen, die vaak aanleiding geven tot sterk verminderde therapietrouw,
- 194 herhaalde korte opnames;
- 195 - Behandeling van eetstoornissen. Dit kan zowel vanuit een PZ (na een crisisopname), als
- 196 vanuit een PAAZ, als vanuit een somatische dienst van een AZ (bijvoorbeeld na een
- 197 “oppuntstelling” omwille van een kritisch lage BMI op de afdeling endocrino).

³ Het gaat hierbij steeds over de consistente toepassing van wetenschappelijke onderbouwde behandelkaders door alle medewerkers van het zorgteam dat IAB uitvoert.

- 198 - Behandeling van functionele somatische stoornissen (CVS, chronische pijn, psychogene
199 uitvalsverschijnselen) kan als IAB aangeboden worden na een opname in een algemeen
200 ziekenhuis. Veel van die patiënten komen in het algemeen ziekenhuis terecht voor allerlei
201 onderzoeken, om dan te vernemen dat er lichamelijk geen oorzaak wordt gevonden. Een
202 aanbod gebaseerd op CGT in groep, dat de patiënt helpt om een andere betekenis te geven
203 aan de lichamelijke gewaarwordingen, maar waarbij ook psychomotore therapie en
204 systeemgesprekken mogelijk zijn, kan hier heel nuttig zijn;
- 205 - Patiënten met somatisch-psychiatrische comorbiditeit zouden via IAB kunnen geholpen
206 worden, vb patiënten met een depressie na een myocardinfarct of bij nierinsufficiëntie. De
207 praktijk en de literatuur tonen aan dat dit frequent voorkomt. Een vrij groot deel hiervan
208 heeft voldoende aan ambulante zorg, maar IAB is voor een deel aangewezen.
- 209 - Behandeling van chronische alcoholproblematiek, waarbij een gecombineerde aanpak van de
210 levensdomeinen lichamelijke gezondheid, psychische gezondheid, werk, relaties, huisvesting,
211 financiën, ... aan de orde is;
- 212 - Verdergezette multidisciplinaire behandeling van een jongere/jongvolwassene en de context
213 bij ontslag uit een (semi-)residentiële setting naar de thuisomgeving, vb eetstoornissen,
214 beginnende psychose, ...

215

216 Deze behandelprogramma's zijn gestoeld op evidence en practice based ontwikkelingen en kunnen
217 dus in de tijd ook worden aangepast op basis van nieuwe bevindingen.

218 IAB draagt bij tot de vermaatschappelijking van zorg doordat mensen met een complexe
219 problematiek volledig aansluiting kunnen houden bij hun context/netwerk, woonst, ...en tegelijk aan
220 een intensief behandelprogramma kunnen deelnemen.

221

222 In de toekomst kan deze zorgvorm eventueel verder evolueren naar een intensief ambulant
223 behandel aanbod voor mensen met EPA of een complexe psychische stoornis zonder een
224 voorafgaande ziekenhuisopname vb een intensieve ambulante interdisciplinaire behandeling voor
225 personen die in hun thuisomgeving verblijven of in een woonzorgvorm waar in reguliere vorm geen
226 specialistische psychiatrische behandeling aanwezig is (oa IBW, WZC, VAPH, jeugdhulp,
227 jongerenwelzijn...).

228 Om deze toekomstige modaliteit te realiseren is voorafgaande intensief overleg nodig tussen de
229 federale overheid en de gemeenschappen en gewesten om de hinderpalen weg te werken. Er kan
230 ook worden nagedacht om deze IAB te realiseren vanuit een co-creatie waarbij de IAB wordt
231 georganiseerd vanuit een gemengd team van medewerkers die afkomstig zijn uit diverse ambulante
232 en (semi-)residentiële organisaties en diensten samen.

233

234 1.4 Randvoorwaarde: samenspel met andere actoren binnen het GGZ-netwerk

235

236 Net zoals bij de uitbouw van iedere nieuwe of gewijzigde zorgvorm binnen een GGZ-netwerk, zowel
237 kinderen en jongeren, als volwassenen en ouderen, is het gepast dat ook de IAB het voorwerp van
238 overleg is tussen de betrokken GGZ- en niet-GGZ-actoren actief binnen het GGZ-netwerk vooraleer
239 deze zorgvorm te realiseren. Hierbij dient men rekening te houden met de noden en de eigenheid
240 van de lokale populatie en het zorgaanbod dat reeds in het werkingsgebied bestaat: waar en voor
241 welke specifieke(re) doelgroepen is het aanbod via IAB binnen het werkingsgebied van het netwerk
242 kinderen en jongeren dan wel volwassenen en ouderen een complementaire zorgvorm?

243 Een PZ/AZ dat een programma IAB wil organiseren, deelt dit voorafgaandelijk mee aan het netwerk
244 Kinderen en Jongeren, dan wel het netwerk volwassenen waar zij deel van uitmaken.

245

246 Gelet op de doelstellingen en de werking, kan de IAB duidelijk complementair zijn aan andere
247 bestaande zorgvormen binnen een GGZ-netwerk kinderen en jongeren of volwassenen en ouderen
248 (107). Voor een schematische positionering van IAB naast de andere zorgvormen verwijzen we naar
249 bijlage 1.

250 De volledige hospitalisatie, de psychiatrische daghospitalisatie en de IAB richten zich naar dezelfde
251 doelpopulatie van personen met EPA en complexe psychiatrische stoornissen. De finaliteit van deze
252 zorgvormen is eveneens identiek. Om de zorgcontinuïteit op niveau van een individuele patiënt
253 maximaal te garanderen, is het aangewezen dat eenzelfde (uitgebreid) team van zorgverleners
254 vanuit eenzelfde therapeutisch kader de patiënt in zorg kan nemen tijdens de hospitalisatie, partiële
255 hospitalisatie en de IAB.

256 De therapeutische activiteiten onder de noemer van IAB onderscheiden zich van psychiatrische
257 volledige en daghospitalisatie door de lagere frequentie, kortere interactietijd per week, kortere
258 aanwezigheid per dag en de flexibele inzet en spreiding van individuele en groepsessies. Dit geeft de
259 patiënt de mogelijkheid om de uitvoering van zijn sociale rollen (als partner, ouder, werknemer,
260 collega, ...) te combineren met een intensieve behandeling. De IAB is gekoppeld aan de expertise van
261 een ziekenhuis maar niet aan "erkende bedden/plaatsen". Hierdoor kan deze IAB ook meer flexibel
262 ingezet worden in functie van het zorgtraject van de patiënt. Wanneer er voldoende veiligheid kan
263 worden geboden en het maatschappelijk steunsysteem rond de patiënt sterk genoeg staat, kan de
264 residentiële behandeling worden gecontinueerd in een semi-residentiële (als daghospitalisatie) of
265 ambulante vorm als IAB. Wanneer deze ambulante intensieve behandeling onvoldoende blijkt, kan
266 men flexibel zonder tussenstappen en wachtlijsten de modaliteit van zorg van IAB opschalen naar
267 een (semi-)residentiële behandeling: de zorg wordt immers gerealiseerd vanuit eenzelfde
268 therapeutisch kader door dezelfde zorgelijke. Enkel de modaliteit van zorg wordt aangepast aan de
269 noden van de patiënt op dat moment.

270

271 Sommige GGZ-professionals in ziekenhuizen worden voor hun poliklinische activiteiten ten aanzien
272 van ambulante patiënten op heden vergoed via nomenclatuur (artsen) vanuit het RIZIV. Dit geldt
273 evenwel niet voor andere zorgverstrekkers (psychologen, maatschappelijk werkers, therapeuten,
274 opvoeders, begeleiders, (familie-)ervaringsdeskundigen...).

275 Deze poliklinische activiteiten zijn prestaties door individuele zorgverstrekkers, evenwel niet vanuit
276 een teambenadering. In tegenstelling hiermee wordt de IAB georganiseerd vanuit een team van
277 hulpverleners gericht op een gelijktijdige interdisciplinaire behandeling vanuit eenzelfde
278 therapeutisch denkkader. Hierdoor bereikt men een grotere consistentie in de behandeling.

279 In vergelijking met de prestaties van de individuele verstrekkers in de polikliniek van ziekenhuizen, is
280 er een grotere continuïteit van de behandeling in IAB: de patiënt kan voortbouwen op de reeds
281 opgebouwde vertrouwensband met dezelfde zorgverleners en de setting van tijdens de
282 hospitalisatie.

283

284 In IAB biedt een team van zorgverleners, samengesteld uit medewerkers van verschillende
285 disciplines, vanuit eenzelfde therapeutische kader behandeling aan de patiënt en dit gedurende
286 verscheidene sessies per week. In vergelijking met een CGG, kan de IAB een intensievere
287 behandeling (meer sessies per week) met grotere afwisselingsmogelijkheden tussen individuele en

288 groepssessies aanbieden aan patiënten met EPA of complexe psychische stoornissen. Naast deze
289 doelgroep van EPA en complexe psychische stoornissen, richten de CGG zich ook op de behandeling
290 van minder complexe psychische stoornissen, wat niet het doelpubliek van IAB is.

291

292 Zowel de mobiele teams als de IAB richten zich tot dezelfde populatie van personen met EPA of
293 complexe psychische stoornissen. De mobiele teams bieden zorg aan huis.

294 De mobiele crisisteam, zowel voor doelgroep kinderen en jongeren, als volwassenen en ouderen,
295 bieden vaak enkel individuele, interdisciplinaire interventies aan gericht op het beheersbaar maken
296 van de crisis. De mobiele teams langdurende zorg bieden eerder duodisciplinaire begeleiding aan (
297 een begeleider die aan huis komt en af en toe ondersteund door een psychiater). De IAB bestaat uit
298 een individueel en groepsbehandelaanbod gericht op het verminderen en hanteren van de
299 symptomen en het verminderen van de functionele beperkingen en is bijgevolg meer gericht op de
300 behandeling van de problematiek en minder op crisisreductie of op begeleiding. De IAB kan
301 bijgevolg worden ingezet als intensieve behandeling na een crisis (mobiel team 2a) of als opschaling
302 van de begeleiding naar behandeling in geval van wijzigende zorgnoden (mobiel team 2b).

303 Gelet op de complementariteit tussen de mobiele teams en de IAB, is het noodzakelijk dat beide
304 zorgvormen tegelijk aan een patiënt kunnen aangeboden worden, minstens tijdelijk in het kader van
305 een warme overdracht. In het geval van een begeleiding door een mobiel team langdurige zorg,
306 houdt dit team de regie over de zorg van de patiënt, samen met de patiënt.

307

308 Daarnaast kunnen mobiele teams een grote meerwaarde betekenen voor personen die gedurende
309 een bepaalde fase in hun zorgtraject zich moeilijk kunnen verplaatsen naar een behandelsetting en
310 waar interventies aan huis noodzakelijk zijn. Dit is echter niet voor alle mensen met EPA en/of
311 complexe stoornissen het geval. Veel van deze mensen kunnen zich wel verplaatsen naar een IAB.
312 Bovendien kan er vanuit de IAB ook aanklampend gewerkt worden indien nodig. Er is namelijk
313 bewezen dat efficiënte behandelmodellen ook aanklampend werken wanneer een persoon om
314 bepaalde redenen dreigt af te haken. Dit kan door een samenwerking tussen IAB en mobiele teams
315 of dit kan doordat er vanuit het team IAB ook al eens outreachend gewerkt wordt, indien
316 aangewezen.

317

318 Het aanbod vanuit de revalidatieconventies GGZ is zeer divers en hangt samen met de inhoud van
319 elke individuele conventie. Vaak is de doelgroep van een revalidatieconventie scherp omschreven en
320 beperkt tot enkele specifieke diagnosegroepen. De behandeling in een psychosociale
321 revalidatieconventie is eerder gericht op het (her-)vinden van zijn persoonlijke identiteit waarin de
322 blijvende psychische kwetsbaarheid een plaats krijgt en (her-)vinden van zijn plaats in de
323 maatschappij met deze gewijzigde identiteit (=sociale inclusie en (re-)integratie in de maatschappij,
324 vb op het vlak van de levensdomeinen relaties, wonen, werk en vrijetijd). IAB is eerder gericht op een
325 intensieve behandeling van de problematiek met het oog op symptoomreductie en het verminderen
326 van de functionele beperkingen.

327

328 Samenvattend:

329 In het kader van het versterken van de zorgcontinuïteit kan IAB, wanneer aangewezen vanuit de
330 principes van matched care, worden ingezet als:

- 331 - Vorm van afschaling van de intensiteit van de zorg
- 332 o na een hospitalisatie

- 333 ○ na een opvolging door een mobiel crisisteam: nadat de crisis tot een hanteerbaar
334 niveau werd teruggebracht door interventies aan huis, wordt er ingezet op een
335 intensieve ambulante behandeling om te komen tot verandering;
- 336 - Vorm van opschaling van zorg
- 337 ○ na een opvolging door een somatische dienst in een algemeen ziekenhuis waarbij
338 men de grootste behandelwinst meent te kunnen bereiken door de comorbiditeiten
339 (lichamelijk en psychisch) intensief vanuit een interdisciplinair kader te behandelen;
- 340 ○ wanneer de zorgnoden wijzigen tijdens een opvolging door een mobiel team
341 langdurige zorg en waarbij de patiënt in die fase in zijn zorgtraject meer nood heeft
342 aan een intensieve specialistische behandeling.
- 343
344

345 1.5 Verwachte effecten van de IAB

346

347 Bij een volledige uitrol van IAB, kan men op langere termijn verwachten:

- 348 - Dat patiënten kunnen gebruik maken van een grotere diversiteit aan zorgmodaliteiten in het
349 kader van hun behandeling voor eenzelfde problematiek met behoud van eenzelfde
350 therapeutische aanpak en geleverd door eenzelfde team van hulpverleners. De patiënt kan
351 meer zorg op maat vinden en bijgevolg meer mogelijkheden inzake matched care vinden;
- 352 - Dat de patiënt in IAB meer sociale rollen kan blijven opnemen tijdens zijn behandeling. Dit
353 draagt bij tot een hogere levenskwaliteit maar ook tot minder afwezigheidsdagen op het
354 werk.
- 355 - Dat de verblijfsduren voor een aantal patiënten met EPA of complexe psychische stoornissen
356 in de volledige hospitalisatie of daghospitalisatie zal afnemen. Dit biedt perspectieven om de
357 wachttijden voor een aantal specialistische behandelingen in een (semi-)residentiële context
358 te laten afnemen. Op korte termijn zal hierdoor het aantal factureerbare verpleegdagen in
359 de psychiatrische ziekenhuisdiensten niet afnemen maar zullen op jaarbasis meer patiënten
360 in zorg zijn in de psychiatrische ziekenhuisdiensten volledige en daghospitalisatie. Op langere
361 termijn en bij gelijke prevalentie van pathologie in de bevolking is wel een daling van het
362 aantal factureerbare verpleegdagen in de psychiatrische ziekenhuisdiensten te verwachten.
- 363 - Door de uitbreiding van de IAB naar de psychiatrische diensten van de algemene
364 ziekenhuizen en de somatische diensten van het algemeen ziekenhuis, zal dit intensieve
365 ambulante aanbod op veel meer plaatsen in België kunnen worden aangeboden, theoretisch
366 in elk algemeen ziekenhuis met een psychiatrische afdeling en in elk psychiatrisch ziekenhuis.
367 Dit vergroot de (fysieke) toegankelijkheid van de zorg.
- 368 - Door de uitbreiding van de IAB naar de algemene ziekenhuizen, zullen er minder
369 doorverwijzingen nodig zijn van een PAAZ naar een PZ. Tevens biedt de IAB in een AZ de
370 opportuniteit om de comorbiditeiten gelijktijdig te behandelen, inclusief de somatische
371 comorbiditeiten, wat een directe gezondheidswinst bij deze patiënten oplevert;
- 372 - Er zal een betere borging zijn van een behandelprogramma. Nu wordt een
373 behandelprogramma soms afgerond omdat een residentiële opname in een ziekenhuis niet
374 meer nodig is terwijl dat vanuit de inhoud van het programma voor een cliënt te vroeg is,
375 maar. IAB maakt het mogelijk om de intensieve behandeling verder te zetten waardoor de
376 effecten duurzamer zijn en er minder kans is op herval. Daarnaast is er mogelijk ook meer
377 kans op een duurzamer herstel.

378

379 2 Modaliteiten

380

381 2.1 Toepassingsgebied

382

383 De bestaande nabehandeling wordt aangepast, waarbij het doelpubliek gelijk blijft maar het
384 toepassingsgebied wordt uitgebreid:

385

386 De aanpassingen op de bestaande voorwaarden van de revalidatie nabehandeling hebben betrekking
387 op:

- 388 - een aanpassing van de modaliteiten van de huidige nabehandeling in de Psychiatrische
389 ziekenhuizen (PZ),
- 390 - Een uitbreiding naar de psychiatrische diensten in de Algemene Ziekenhuizen (AZ),
391 een uitbreiding naar patiënten met EPA die opgenomen zijn op een somatische dienst in een
392 AZ, waar tijdens het verblijf op de somatische afdelingen reeds psychiatrische
393 liaisoninterventies werden gerealiseerd en de IAB wordt uitgevoerd vanuit een psychiatrische
394 ziekenhuisdienst
- 395 - een uitbreiding naar die patiënten die voorafgaandelijk reeds in zorg waren bij een mobiel
396 team De IAB is dan de intensieve behandeling na de crisisfase (mobiel team 2a – of
397 crisisteam kinderen en jongeren) of een opschaling van de begeleiding door een mobiel team
398 langdurige zorg.

399

400

401 De IAB is mogelijk na:

- 402 - een opname van minimum 4 kalenderdagen in een psychiatrisch ziekenhuisdienst A, Ad, An, T(g),
403 Td, Tn, Tf, IB, K, Kd, Kn van een algemeen of psychiatrisch ziekenhuis

404 In deze gevallen start de IAB uiterlijk binnen de maand na het ontslag uit de psychiatrische dienst
405 van het ziekenhuis, indien mogelijk sneller.

406

- 407 - na een opname van minimum 4 kalenderdagen in een niet-psychiatrische ziekenhuisdienst van een
408 algemeen ziekenhuis op voorwaarde dat er tijdens deze hospitalisatie een psychiatrische
409 liaisonactiviteit werd uitgevoerd en de IAB wordt uitgevoerd vanuit een erkende psychiatrische
410 ziekenhuisdienst.

411 In deze gevallen start de IAB uiterlijk binnen de maand na het ontslag uit de somatische dienst van
412 het ziekenhuis, indien mogelijk sneller.

413

- 414 - tijdens of na een begeleidingsperiode door een mobiel team.

415 In het laatste geval start de IAB uiterlijk binnen de maand na het beëindigen de zorg door het
416 mobiel team, indien mogelijk sneller.

417

418 2.2 (Aard van de) Activiteiten in het kader van behandeling voor de doelgroep

419

420 In het kader van het zorgtraject van de patiënt, worden bij de start van de IAB , voor zover dat nog
421 niet gebeurd is tijdens de (semi-)residentiële behandeling of de zorg door het mobiele team, de

422 specifieke doelstellingen van de IAB in onderling overleg tussen de patiënt, zijn naasten, en de
423 behandelteam in een behandelplan vastgelegd en genoteerd in het patiëntendossier. Dit
424 behandelplan wordt ook afgestemd met andere zorg- en hulpverleners die de patiënt reeds in zorg
425 hebben en krijgt zijn weerslag in een gemeenschappelijk handelingsplan, idealiter in de toekomst
426 vertaald in een multidisciplinair patiëntendossier. Dit gemeenschappelijk handelingsplan kan het
427 resultaat zijn van een multidisciplinair overleg, georganiseerd en gefinancierd door de
428 gemeenschappen.

429 Conform het therapeutisch programma maar rekening houdende met de mogelijkheden (oa nauwer
430 contact met naasten) en beperkingen (oa verplaatsingen) van de ambulante setting, geldt voor de
431 behandelactiviteiten van de IAB:

- 432 - Ze kunnen zowel met 1 patiënt, 1 patiënt en enkele van zijn familie/naasten, één of meer
433 naasten (zonder aanwezigheid van de patiënt) als in groep plaatsvinden
- 434 - Ze kunnen zowel via live face to face contacten tussen de patiënt (en evt zijn familie/naasten)
435 en de behandelingsequipe georganiseerd worden als via beeldbel- of telefonische sessies.
436 Beeldbel/telefonische sessies kunnen ten vroegste worden gebruikt na 1 maand na de start van
437 de IAB. Het gaat hierbij om sessies van minstens 1 uur.
- 438 - Ze kunnen zowel plaatsvinden in de gebouwen van het ziekenhuis als daarbuiten.
- 439 - Ze vinden meestal plaats op een vaste locatie. Na de opstart van de IAB kunnen deze
440 activiteiten sporadisch in de context van de individuele patiënt worden georganiseerd
441 (outreaching) wanneer dat volgens het behandelplan aangewezen is.

442 Een groepsactiviteit wordt omschreven als een activiteit met minstens 3 deelnemende patiënten live
443 face to face of in de beeldbelsessie en maximum 8 deelnemers per therapeut.

445 2.3 Technische elementen

447 2.3.1 Personeel

449 De IAB wordt uitgevoerd door zorgverleners die tewerkgesteld zijn binnen een psychiatrische
450 ziekenhuisdienst van een algemeen of psychiatrisch ziekenhuis. Om de continuïteit van de zorg te
451 verhogen en met het oog op het behoud van opgebouwde vertrouwensband met het zorgpersoneel
452 van het ziekenhuis, wordt de IAB bij voorkeur uitgevoerd door hetzelfde zorgteam als tijdens de
453 ziekenhuisopname oa het verderzetten van de residentieel opgestarte behandeling in een IAB
454 Het ziekenhuis zal dan het normpersoneel (= het verplegend, verzorgende en paramedisch personeel
455 en betaalde (familie-)ervaringsdeskundigen die instaan voor de zorg voor de gehospitaliseerde
456 patiënten) uitbreiden met bijkomende VTE zodat de uitvoering van de IAB niet ten koste gaat van de
457 gehospitaliseerde patiënten. Hiertoe zal het ziekenhuis per volledige schijf van 4.200 eenheden IAB
458 op jaarbasis 1 extra VTE zorgverlener inzetten. Ook (familie-)ervaringsdeskundigen komen hiervoor in
459 aanmerking.

461 2.3.2 Financiering

463 Ter dekking van de activiteiten IAB wordt volgende financiering voorzien:

- 464 - Een deelname van een patiënt aan een groepsessie van 1 ondeelbaar uur telt voor 1 eenheid
465 per deelnemende patiënt. Per therapeut zijn max 8 deelnemers toegelaten⁴.
466 - Een individuele sessie met 1 patiënt van 1 ondeelbaar uur telt voor 3 eenheden;
467 - Een individuele sessie van 1 ondeelbaar uur met een naaste van de patiënt telt voor 3
468 eenheden;
469 - Een sessie met patiënt en familie/naasten van 1 ondeelbaar uur telt voor 3 eenheden;
470 - Per kalenderweek kunnen per patiënt maximaal 15 eenheden worden aangerekend. Vanaf de
471 13^{de} kalendermaand, kunnen maximum 9 eenheden per kalenderweek worden aangerekend.
472 - Een interdisciplinair overleg waar vooruitgang en behandelplan patiënt besproken en
473 geëvalueerd wordt, telt voor 1 eenheid (kan maximaal 1 keer per 3 maanden worden
474 aangerekend);
475 - De financiering van 1 eenheid bedraagt 20 €.
476 - Overeenkomstig het KB van 08-12-1997 tot bepaling van de toepassingsmodaliteiten voor de
477 indexering van de prestaties in de regeling van de verplichte verzekering voor geneeskundige
478 verzorging, kan het bedrag per eenheid IAB op 1 januari van elk jaar aangepast worden aan de
479 evolutie van de waarde van het gezondheidsindexcijfer tussen de maand juni van het tweede
480 jaar ervoor en de maand juni van het jaar ervoor. Daartoe constateert de
481 Overeenkomstencommissie, met hetzelfde quorum als het quorum dat noodzakelijk is voor het
482 sluiten van een overeenkomst, dat er een toereikende begrotingsmarge is.

483

484 Bovenstaande bedragen omvatten eveneens de werkings- en administratiekosten.

485

485 Deze bedragen omvatten geen kosten voor maaltijden noch voor de verstrekking van medicatie.

486

487 Voor de financiering van de medische functie :

- 488 - De financiering van een individuele consultatie van een patiënt in IAB bij de psychiater valt
489 buiten de scope van de financiering IAB.⁵
490 - Voor de bijkomende teamcoaching en -ondersteuning door de psychiater en deelname aan
491 overleg rond de patiënten in IAB door de psychiater wordt een bijkomende nomenclatuur
492 gecreëerd naar analogie met *het honorarium voor het pluridisciplinair overleg op de*
493 *verpleegafdeling onder leiding van de geneesheer-specialist voor psychiatrie, voor een*
494 *volwassene opgenomen in een dienst T, met verslag*: Per periode van X kalenderweken mag
495 maximaal 1 pluridisciplinair overleg worden aangerekend.

496

497 De patiënt betaalt een persoonlijk aandeel in de IAB. Dit persoonlijk aandeel heeft niet zozeer tot
498 doel om overconsumptie af te remmen maar wel om het engagement en de verantwoordelijkheid
499 van de patiënt mee te versterken. De hoogte van het bedrag van het persoonlijk aandeel moet:

500

- 500 - evenwel in verhouding zijn tot de financiële draagkracht van de patiënt en mag geenszins de
501 toegang tot de zorg verhinderen. Hierbij wordt gekozen voor een gedifferentieerd persoonlijk

⁴ Naar analogie met de nomenclatuur 109572 groepstherapie door een psychiater. Bijgevolg vanaf 9^{de} deelnemer is 2^{de} therapeut vereist

⁵ De patiënt in nabehandeling kan zijn behandelende psychiater vrij kiezen. Deze behandelende psychiater wordt vergoed via de ambulante nomenclatuurcodes. Cfr art 2 van de nomenclatuur.

502 aandeel in functie van het al dan niet recht op verhoogde tegemoetkoming in het kader van
503 het RIZIV.

504 - Afgestemd worden op het persoonlijk aandeel in andere zorgvormen.

505

506 Volgende persoonlijke aandelen worden aangerekend:

507 - Voor patiënten zonder recht op verhoogde tegemoetkoming: 4 €

508 - Voor patiënten met recht op verhoogde tegemoetkoming: 2,5€

509 per kalenderweek (ma-zo) waarin minstens 1 eenheid IAB wordt gepresteerd, onafhankelijk van het
510 aantal factureerbare eenheden tijdens die kalenderweek.

511 Voor kalenderweken waarop enkel activiteiten doorgaan met naasten van de patiënt zonder diens
512 aanwezigheid, wordt geen persoonlijk aandeel aangerekend.

513 De aangerekende persoonlijke aandelen worden opgenomen in de maximumfactuur.

514

515 2.4 Administratieve bepalingen

516

517 2.4.1 Kennisgeving

518

519 De IAB moet vóór het begin ervan ter kennisgeving worden overgemaakt aan de
520 verzekeringsinstelling aan de hand van het aangepast formulier “kennisgeving IAB” (nieuwe
521 omzendbrief te maken) of via een elektronisch bericht via MyCareNet.

522 Een nieuwe hospitalisatie van maximaal 30 kalenderdagen, schort de IAB tijdelijk op. Bijgevolg kan de
523 IAB binnen de 30 dagen zonder nieuwe kennisgeving worden verdergezet.

524

525 2.4.2 Duur

526

527 Indien de IAB langer duurt dan 6 kalendermaanden, evalueert de behandelingsteam in samenspraak
528 met de patiënt (en zijn naasten) het behandelplan en worden desgevallend aangepaste
529 doelstellingen geformuleerd. Deze evaluatie wordt genoteerd in het patiëntendossier.

530 Gedurende de eerste 12 maanden kan het behandelplan maximaal 15 eenheden IAB per week
531 omvatten, vanaf de 13^e maand kan het behandelplan maximaal 9 eenheden per week omvatten.

532 Alternatief: verlenging voor een periode van 6 maanden na de 12^e maand aan 15 eenheden per week
533 na gemotiveerde aanvraag door de behandelende psychiater en goedkeuring door adviserend arts.

534 Een aaneensluitende periode van 60 kalenderdagen zonder factureerbare prestatie van eenheden
535 IAB, betekent het einde van een IAB.

536 Na een nieuwe hospitalisatie kan een nieuwe IAB worden gestart waarbij wordt gestart vanaf dag 1
537 van de IAB.

538

539 2.4.3 Statuut

540

541 Tijdens de looptijd van de IAB, behoudt de patiënt het ambulante statuut.

542

543 2.4.4 Cumul

544

545 De prestaties IAB zijn niet cumuleerbaar met

- 546 - de aanrekening van verpleegdagen in een ziekenhuisdienst.
- 547 - eerstelijnspsychologische sessies of sessies gespecialiseerde psychologische zorg bij een klinisch
- 548 psycholoog of klinisch orthopedagoog in het kader van de conventie psychologische zorg in de
- 549 eerste lijn

550

551 De prestaties IAB zijn wel cumuleerbaar met :

- 552 - Onder federale bevoegdheid
 - 553 ○ ambulante prestaties door een arts specialist in de (kinder-)psychiatrie
 - 554 ○ begeleiding door een mobiel team in het kader van de netwerken geestelijke
 - 555 gezondheid (zowel kinderen en jongeren als volwassenen en ouderen)
 - 556 - Onder gemeenschapsbevoegdheid:
 - 557 ○ Zorg en begeleiding in een initiatief beschut wonen, woonzorgcentrum, voorziening
 - 558 voor personen met een handicap
 - 559 ○ Tijdelijke cumul met een PVT (na een psychiatrische heropname in het ziekenhuis)
- 560