**Nota t.a.v. de TVZ-werkgroep somatische zorg in de psychiatrie**

Om de bespreking zo concreet mogelijk te houden doen wij hierbij enkele voorstellen.

We hebben tijdens de vorige vergadering zelf aandacht gevraagd voor de psychiatrische functie bij de somatische patiënt. Die vraag blijft maar we zien dit binnen het beschikbare budget niet mogelijk. De liaisonfunctie in het ziekenhuis behoort ook eerder tot de bevoegdheid van de FRZV. Voor de psychiatrische zorg an sich werd recent een aanzienlijk groter budget ter beschikking gesteld. In de ziekenhuizen kan elke specialist beroep doen op een consult van de psychiater bij een gehospitaliseerde. In de ambulante sector is de huisarts het eerste aanspreekpunt. Uitbreiding van het GMD bij deze doelgroep zou zeker wenselijk zijn.

Wij gaan er dus nu van uit dat in dit project en met het beschikbare budget, het accent op de somatische zorg, met bijzondere aandacht voor eetstoornissen bij kinderen en adolescenten, moet liggen. Dat was ook de kern van het KCE-rapport en van het dossier dat we vorig jaar bij de Task Force hebben ingediend.

-Voor de patiënten die met eetstoornissen worden opgenomen in een K-dienst wordt het consult van de pediater uitgebreid en opgewaardeerd (in uitvoering).

TGR-PL

*11. Artsen-specialisten - Nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen – Wijziging van artikel 25, § 1 - Toezicht, onderzoeken en permanentie voor rechthebbenden opgenomen in een ziekenhuis en verstrekkingen verleend in de lokalen van een erkende functie voor gespecialiseerde spoedgevallenzorg (Eetstoornissen) - Ontwerp van koninklijk besluit (nota TGR 2022-004) Dr. S. Roosens leidt dit voorstel in. Het voorstel betreft het invoeren van een nieuw nomenclatuurnummer in artikel 25 ter ondersteuning van de arts-specialist in de pediatrie in de behandeling van kinderen en jongeren opgenomen met eetstoornissen op een K-dienst. Het akkoord Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen 2022-2023 stelt het volgende: 2.7. Andere initiatieven 2.7.1 De NCAZ zal, op voorstel van de TGR, in de loop van 2022 binnen de beschikbare middelen, o.m. voortvloeiend uit het saldo van de indexmassa ten belope van 602 duizend EUR, o.m. volgende projecten concretiseren vanaf 1 juni 2022: aanpassing van het consult bij de door de pediater bij opname van kinderen met eetstoornissen, (...) Sinds de COVID-19-pandemie wordt er een sterke toename gezien van het aantal hospitalisaties van kinderen en jongeren met eetstoornissen. Een snelle crisisopvang van deze pathologie is aangewezen, rekening houdend met de lange wachtlijsten binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie. Naast een toename in frequentie wordt er ook een toename in de ernst van de pathologie gezien. De patiënten worden gehospitaliseerd met reeds ver gevorderde, ernstige somatische problematiek zoals cachexie en elektrolietstoornissen. De kinderpsychiater rekent bijgevolg op de expertise van de kinderarts voor de opvolging van de somatische stoornissen eens de patiënt na initiële stabilisatie getransfereerd wordt naar een K-bed. De huidige nomenclatuur laat de pediater in dit geval slechts 1 keer per maand toe om een consultatiehonorarium aan te rekenen. Om hieraan tegemoet te komen, wordt een nieuw nomenclatuurnummer gecreëerd specifiek voor deze problematiek. Budget Het voorstel is met een impact van 101 duizend euro op jaarbasis conform de beschikbare middelen. De DGEC heeft geen opmerkingen.*

*➢ Het voorstel wordt goedgekeurd en verwezen naar de NCAZ (dossierbeheerder S. Roosens).*

Voor de deelname van de pediater aan het multidisciplinair overleg moet binnen deze werkgroep nog een oplossing gevonden worden (bv. analoog aan 597446 - 597682 Honorarium voor het multidisciplinair overleg op de verpleegafdeling onder leiding van de (geaccrediteerde) arts-specialist in de psychiatrie, voor een rechthebbende jonger dan 18 jaar gehospitaliseerd in een dienst K, met verslag C 75 + Q30; 1x per week gedurende 4-6 weken).

Voor de opgenomen patiënten is een diëtist beschikbaar maar in de ambulante sector is voor deze doelgroep een betere toegankelijkheid te voorzien. (maar niet elke psychiatrische patiënt heeft een nutritioneel probleem).

De ambulante opvolging (zowel voor als na een eventuele hospitalisatie) en de coördinatie ervan blijft een van de grote aandachtspunten.

Voor het schrijnende tekort aan K-bedden wordt in de FRZV een voorstel van de Beleidscel tot herprogrammatie besproken. Het voorstel werd door de kinderpsychiaters zeer gunstig onthaald.

-Voor de somatische zorg voor patiënten opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis wordt o.i. best beroep gedaan op een aan de instelling verbonden huisarts of internist. Het is niet werkbaar dat hiervoor de huisarts van elke patiënt afzonderlijk wordt ingezet. De vergoeding kan gebeuren min of meer analoog aan die van de CRA-artsen of via een (degressief) toezichthonorarium met een intakehonorarium en uiteraard mits de nodige kwaliteits- en dossiervereisten. Op dit ogenblik wordt dit toezicht, waar het nog bestaat, gefinancierd vanuit de pool van de psychiaters wat niet echt een goede oplossing is. Deelname aan een multidisciplinair overleg moet

-De somatische pathologie bij psychiatrische patiënten opgenomen in een acuut ziekenhuis is zeer frequent. De psychiater kan beroep doen op collega’s van diverse disciplines via het consult bij een gehospitaliseerde (599082 Onderzoek van een in een ziekenhuis opgenomen patiënt door een arts-specialist C26; "Het onderzoek wordt gevraagd door de arts die op de patiënt toezicht uitoefent. Het onderzoek wordt niet uitgevoerd door een arts-specialist in de psychiatrie. Het onderzoek wordt uitgevoerd door een arts die tot een ander specialisme behoort dan de aanvragend arts. Een arts-specialist in de pediatrie die houder is van de bijzondere beroepstitel in de neuropediatrie mag echter op verzoek van een arts-specialist in de pediatrie een onderzoek uitvoeren." “Er mag slechts één onderzoek per medisch specialisme per ononderbroken tijdvak van opneming worden aangerekend”.

Dat veronderstelt uiteraard dat de psychiater alle somatische problemen eerst onderkent. En gezien de beperkingen die de toepassingsregels opleggen verzekert dit ook geen goede opvolging. We pleiten dan eerder voor een structurele oplossing waarbij het toezicht mede wordt waargenomen door een aangewezen internist (of team van). Ook deelname aan een multidisciplinair overleg is gewenst (analoog aan 597586 – 597601 Honorarium voor het multidisciplinaire overleg op de verpleegafdeling onder leiding van de (geaccrediteerde) arts-specialist in de psychiatrie, voor een volwassene opgenomen in een A-dienst, met verslag C 75 +Q30).

Zowel in de psychiatrische als in de algemene ziekenhuizen zijn een performant elektronisch dossier en elektronische communicatie onmisbaar.

-In de ambulante sector blijft de huisarts het eerste aanpreekpunt. Uitbreiding van het GMD bij deze doelgroep zou zeker wenselijk zijn. De recente terugbetaling verbetert de toegankelijkheid van de psycholoog in de eerste lijn.

Huisartsen zijn geen vragende partij om voor elke chronische pathologie een apart zorgtraject uit te werken.

De continuïteit van zorg is blijkbaar een zeer groot probleem. Het ganse kluwen van GGZ wordt o.i. toch best eens volledig in kaart gebracht. Indien deze werkgroep dit niet doet wie is er dan mee bezig en in welk stadium van de werkzaamheden staan we?

Volgens onze informatie -die we graag willen laten verifiëren- wordt in tegenstelling tot de Vlaamse centra voor geestelijke gezondheidszorg waar de vergoeding forfaitair gebeurt, in de Franstalige centra voornamelijk gewerkt binnen de Riziv-nomenclatuur. Dit zorgt dan uiteraard voor een scheeftrekking in de uitgaven.

-We bepleiten ten slotte nog een betere terugbetaling van een aantal psychofarmaca, al kan die niet gefinancierd worden vanuit de honoraria.

Prof. Dr. Frieda Matthys Prof. Dr. Jan De Lepeleire Dr. Robert Rutsaert