



### Verwijsindicaties voor GZ psycholoog

Er moet sprake zijn van:

- Een somatische aandoening (bijv. COPD, ziekte van Parkinson, MS, CVA)
- Een psychogeriatrische aandoening of Niet-Aangeboren Hersenletsel
- Een verstandelijke beperking

De psycholoog kan een rol spelen bij:

- Functionele diagnostiek: (er dient al sprake te zijn van minimaal een werkhypothese, zoals “er lijkt sprake te zijn van een dementie”)
  - \* in kaart brengen van de ernst van de dementie, advisering tav zorgbehoefte en passende woonomgeving.
  - \*in kaart brengen van aard en ernst van stemmingsklachten
  - \*in kaart brengen van mogelijke gedragsproblemen en hun onderlinge samenhang, ter advisering aan mantelzorgers en/of zorgteam.
- Behandeling:
  - \* behandeling van depressieve klachten, angstklachten, gedragsproblemen bij dementie bij de patiënt zelf.
  - \* behandeling van traumagerelateerde problematiek.
  - \* behandeling van mantelzorgers, gericht op het leren omgaan met de problematiek bij de patiënt.
  - \*behandeling na de diagnose dementie: volgens de interventiemethode “samen verder na de diagnose dementie” (Trimbos) gericht op de patiënt en diens centrale mantelzorgers.

Met een verwijzing van huisarts of specialist ouderengeneeskunde kan bij het CIZ een indicatie worden aangevraagd voor individuele behandeling (hieronder kan ook functionele diagnostiek vallen).

De patiënt en/of diens wettelijk vertegenwoordiger zal in het eerste contact worden ingelicht over het aanvragen van deze indicatie en gevraagd worden hier toestemming voor te verlenen.

Voor deze indicatie geldt geen eigen bijdrage door de patiënt.

## **Uitgebreide toelichting bij protocol Verwijsindicaties voor psychologen IET**

### *Aanvullende functionele diagnostiek (tot 3 maanden)*

Aanvullende functionele diagnostiek betreft de inzet van de gedragswetenschapper met als doel het ondersteunen en uitvoeren van het behandelbeleid/de behandeling in de eigen omgeving van de verzekerde. Het gaat om onderzoek en advies in verband met problemen met gedrag, stemming en cognitie als gevolg van of samenhangend met een somatische aandoening, een psychogeriatrische aandoening, een verstandelijke handicap en/of een lichamelijke handicap. Dit onderzoek en advies bestaat onder andere uit neuropsychologische assessment/onderzoeken, stemmingsonderzoek, psycho-educatie en instructie en ondersteuning van de mantelzorg. Het gaat om activiteiten die zijn gericht op het adviseren van de verzekerde en mantelzorg, verzorgende, huisarts en wijkverpleegkundige, met de bedoeling de behandeling zodanig in te zetten dat de verzekerde en zijn systeem deze in de eigen omgeving kunnen blijven ontvangen.

De algemene lijn is, dat de regie over het primaire diagnostische proces bij de huisarts ligt. Van de huisarts wordt verwacht dat hij de (laagdrempelige) instrumenten die hij ter beschikking heeft (dossierstudie, (hetero-) anamnese, gericht lichamenlijk onderzoek, aangevuld met eenvoudig laboratoriumonderzoek) inzet om te komen tot een (waarschijnlijkheids-) diagnose of werkhypothese. Komt hij eerst tot een differentiaal diagnose<sup>1</sup> en twijfelt hij nog tussen verschillende diagnoses, dan kan eerst verdere verwijzing plaatsvinden naar de 2<sup>e</sup> lijn binnen het Zvw-domein, maar voor differentiaal diagnostisch onderzoek kan niet verwezen worden naar de gedragswetenschapper in het kader van de subsidieregeling. Voor het indiceren van aanvullende functionele diagnostiek betekent dit, dat de vraag van de huisarts doorslaggevend is voor het al of niet toekennen van een indicatie. Een indicatie voor aanvullende functionele diagnostiek kan namelijk pas afgegeven worden als er minimaal een (waarschijnlijkheids-) diagnose of werkhypothese ligt en de vraag van de huisarts betrekking heeft op het nader inventariseren van de stoornissen en beperkingen die daaruit voortvloeien en mogelijk gevolgd door het opstellen van een behandeladvies.

Op het aanvraagformulier moet dan ook minimaal de (waarschijnlijkheids-) diagnose of werkhypothese van de huisarts worden vermeld, gevolgd door de vraagstelling aan de gedragswetenschapper of de specialist ouderengeneeskunde en eventueel de gewenste inzet.

Onder aanvullende functionele diagnostiek wordt verstaan het nader in kaart brengen van de ernst van de stoornissen en beperkingen die voortvloeien uit de primair gestelde diagnose. Het verhelderen van de eventuele zorgvragen en het onderzoeken welke behandeldoelen hierbij haalbaar zijn. Voorts kan aanvullende functionele diagnostiek zich richten op onderzoek naar de belasting en belastbaarheid van de mantelzorg en het vaststellen of hier nog verbeterdoelen te halen zijn. Op basis van de aanvullende functionele diagnostiek kan een zorg-/behandelplan worden geformuleerd. Aanvullende functionele diagnostiek behelst dus niet het nader onderzoeken van differentiaal diagnostische overwegingen, of het complementeren van het diagnostische onderzoek van de huisarts, zoals het doen van neuropsychologisch onderzoek om de eventuele

---

<sup>1</sup> <sup>1</sup> Hiervan is sprake als er twee of meerdere ziekten zijn die het ziektebeeld kunnen verklaren maar het nog niet mogelijk is om tot een definitieve diagnose te komen. Denk bijvoorbeeld aan dementie, een delier of een depressie, waarbij er sprake kan zijn van identieke symptomen.

waarschijnlijkheidsdiagnose ziekte van Alzheimer nader te bevestigen. Het behelst ook niet het doen van psychologisch (stemmings-) onderzoek als differentiaal diagnostisch gedacht wordt aan de ziekte van Alzheimer of een depressie als oorzaak van de cognitieve problematiek.

*Behandeling (6 maanden tot 2 jaar)*

Wil iemand in aanmerking komen voor behandeling door een gedragswetenschapper in het kader van de subsidieregeling dan is forse lichamelijke en/of cognitieve problematiek een belangrijke voorwaarde. Het dient aannemelijk te worden gemaakt dat de behandeling niet ontvangen kan worden in de BGGZ. Daarnaast dient er een behandelplan te worden opgesteld waarin het onderstaande naar voren moet komen:

Diagnose:

Hulpvraag:

Doelen: