

# GZ-psycholoog als regiebehandelaar.

Profilering GZ-psycholoog,  
taakverdeling en verantwoordelijkheid  
in de behandeling van de  
Gerontopsychiatrie

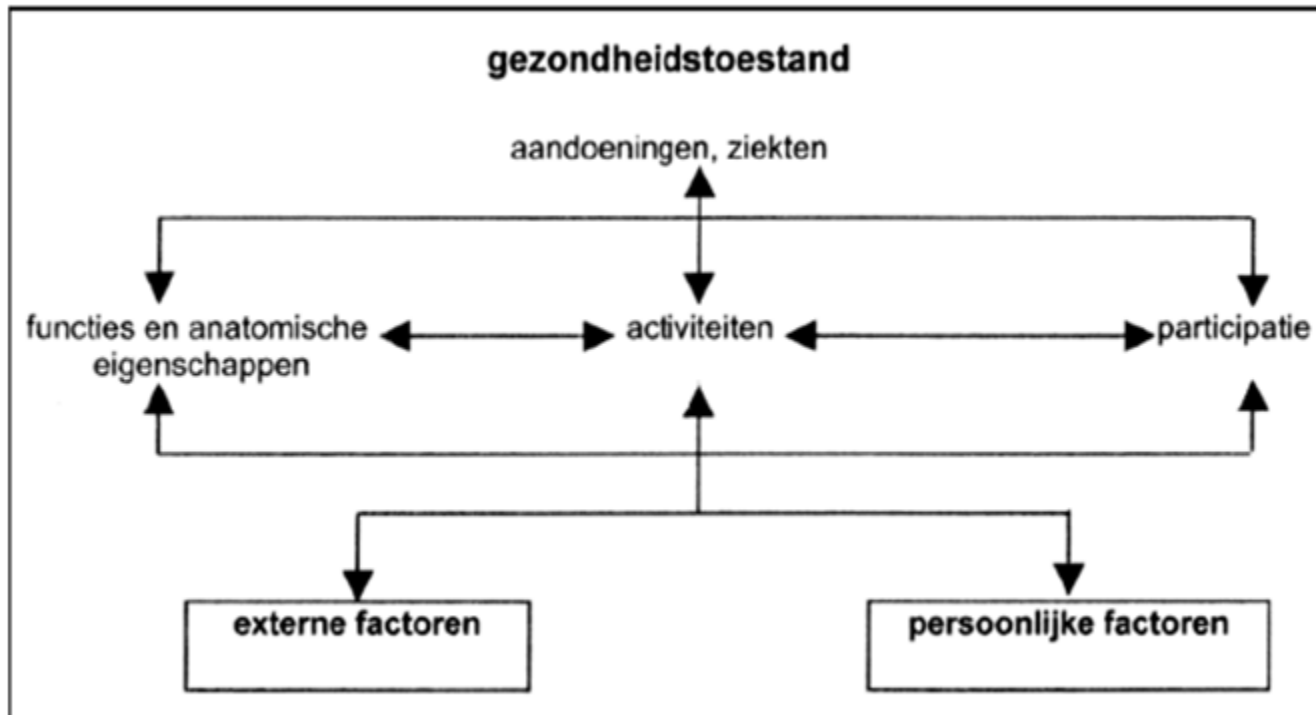
# Wie kunnen er regiebehandelaar zijn?

- Psychiater
- Specialist ouderen geneeskunde
- Arts
- Verpleegkundig specialist
- GZ-psycholoog
- Psychotherapeut/Klinisch psycholoog
- Verpleegkundige

# Wie voor wat ?

- De instelling maakt de keuze wie voor welke casus het meest in aanmerking komt.

**Figuur 1: Het ICF model**



**ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health**

- Psychiater, Klinisch psycholoog:
  - Wanneer er gevaar dreigt voor anderen of voor andere cliënten
  - M&M
  - plotseling ontslag anders dan voorzien
  - medisch coördinerende zorg
  - euthanasie of wanneer er non-respons is op protocollaire behandeling.

- GZ-Psycholoog:
  - bij patiënten waar de primaire focus van de behandeling niet gericht is op biologische factoren of de gevolgen van de psychiatrische stoornis c.q. de beperkingen die deze focus geeft, maar meer psychologische factoren. Het gaat om patiënten die behandeld kunnen worden met grotendeels psychologische behandelmethoden waarbij geen sprake is van een spoedeisend karakter.
  - Depressie, angst, somatisatie, persoonlijkheidsproblematiek.

- De specialist ouderen geneeskunde:
  - Voor patiënten van (biologisch) oudere leeftijd waarbij Multi morbiditeit (van zowel psychiatrische als somatische aard) een grote rol speelt in de klachten representatie.

- Verpleegkundig specialist:
- Bij patiënten waarbij de primaire focus van de behandeling niet meer gericht is op biologisch en psychologische factoren, maar meer op de gevolgen van de psychiatrische stoornis, c.q. de beperkingen die deze stoornis geeft in het interpersoonlijk functioneren. Of patiënten met een hoog complexe rehabilitatievraag. Laagcomplexe medische zorg.



# Hoe is het met regiebehandelaarschap van ..

- Verpleegkundige: Ook de verpleegkundige kan alleen in instellingen regiebehandelaar in specifieke situaties waarin de focus niet (meer) ligt op behandeling van psychologische en medische aspecten maar op de gevolgen van de aandoeningen en de daaruit voortvloeiende beperkingen.
- Psychiater: Vanzelfsprekend. Maar, moet er altijd een psychiater ingeroepen worden? Dat hangt af van welke medische vraagstukken en welke andere beroepsbeoefenaren al aanwezig zijn in het MDO. Het kan ook dat betrekken van een huisarts, medisch specialist of verpleeghuisarts afdoende is.
- PiogS: De opleider van de psycholoog ofwel GZ-psycholoog is in dit geval de regiebehandelaar.

# Welke overige behandelaren/begeleiders?

- Fysiotherapeut
- Ergotherapeut
- Diëtist
- Logopedist
- Activiteitenbegeleider
- Verzorgende
- Verpleegkundige

# Wat doet een regiebehandelaar?

- Intake
- Indicatiestelling
- Diagnostiek
- Coördinatie
- Communicatie met familie
- Behandeling
- Dossiervoering

# Juridische aspecten van taakverdeling

- Instellingen vallen onder de art. 40 Wet Big: art. 2 Kwaliteitswet zorginstellingen.
- Eindverantwoordelijkheid voor de kwaliteit en veiligheid van zorg bij het bestuur van de instelling.
- Hierbij is wel duidelijk dat de door een gemeenschappelijke inspanning van beroepsbeoefenaren en management aan de wettelijke verplichting kan worden voldaan.
- Individuele verantwoordelijkheid ligt onder de wet WGBO (art. 7:453 zorg van een goed zorgverlener in relatie tot de professionele standaard) en art. 3 Wet BIG.
- N.B. Tendens in het tuchtrecht; zorg is een collectieve aangelegenheid.

# Profilering GZ-psycholoog

- GZ-psycholoog als kwaliteitskenmerk.
- 2-jarige post-doctorale opleiding. (6 jaar) vergelijkbaar met een huisartsenopleiding
- BIG-registratie (artikel 3) en klachtregeling.
- Deskundigheid t.a.v. evidence based /practice based behandeling in de V&V.
- Emancipatie van de cliënt in de langdurige zorg t.o.v. het “medisch”-model: autonomie, terugdringen medicatiegebruik, onbegrepen gedrag, rehabilitatie en resocialisatie.

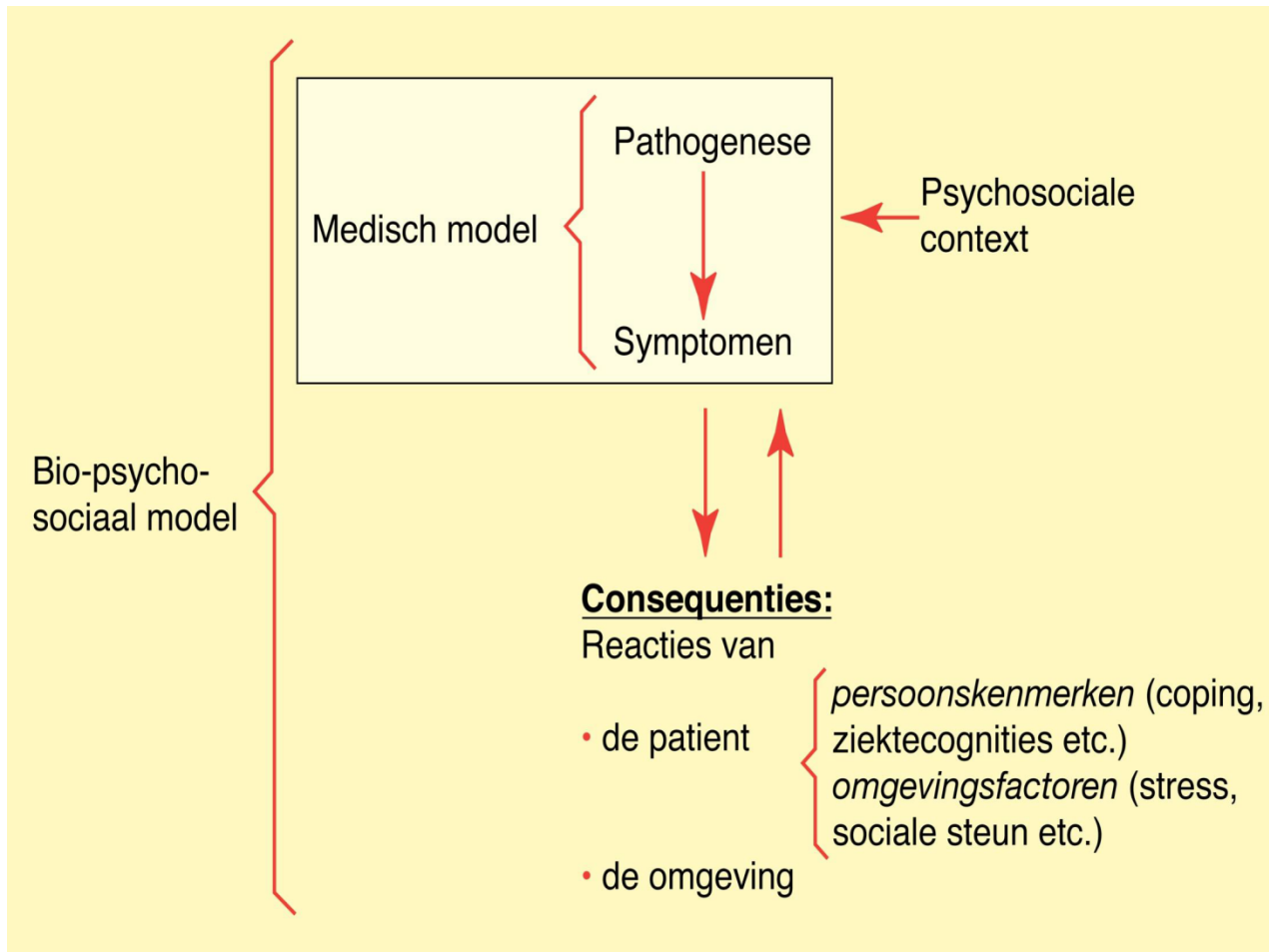
# Kijk van de GZ-psycholoog

- Cliënt mogelijk langer thuis laten wonen of de cliënt weer opnieuw middels rehabilitatie en resocialisatie weer terug laten deel nemen in de maatschappij.
- Woonzorgmodel en Gerontopsychiatrie als opgeschaalde PG- afdeling?

# Bio-psycho-sociaal model

- Uitbreiding van het medische en het woonzorgmodel bij de complexer wordende zorg.

Model om aan te geven dat biologische, psychische en sociale factoren een voorbeschikkende, uitlokkende, onderhoudende of versterkende rol spelen bij psychische, sociale of lichamelijke problematiek en/of herstel daarvan.





# Inspelen op complexere zorgvraag.

- Uit het toezicht van de inspectie blijkt dat de deskundigheid van de zorgverleners niet met het complexer worden van de zorg is meegegroeid. Bij veel instellingen blijft scholing steken op cursussen voor bijvoorbeeld agressie. Hierdoor ligt het accent bij de deskundigheidsbevordering teveel op symptoombestrijding, zonder dat gekeken wordt naar onderliggende oorzaken voor het gedrag van een cliënt. Ook is het belangrijk dat zorgverleners met de juiste deskundigheid, zoals GZ-psychologen en verzorgenden van niveau 4, de medewerkers helpen en kennis over te dragen. Uit het onderzoek van de inspectie blijkt dat veel deskundige medewerkers vaak andere werkzaamheden verrichten en niet altijd op de afdeling aanwezig zijn. (Kijken met andere ogen naar de zorg voor mensen met dementie en onbegrepen gedrag, IGZ, juni 2015)
- Het is nu aan verzekeraars om zich meer te richten op chronisch zieken en andere kwetsbare groepen die veel zorg nodig hebben. Zij kunnen dat doen door bij de inkoop van zorg meer rekening te houden met de behoeften van chronisch zieken en betere afspraken met zorgaanbieders te maken over kwalitatief goede en beter afgestemde zorg voor deze groepen. Betere kwaliteit bijvoorbeeld door vroegtijdige behandeling en minder nabehandelingen, kan leiden tot lagere kosten. (Minister Schippers, Brief aan de Tweede Kamer van 16 juni 2015 over risicoverevening 2016: verbetering compensatie chronisch zieken).

# Taakverdeling

- Zie document Handreiking  
“Verantwoordelijkheidsverdeling bij  
samenwerking in de zorg”. Door de KNMG en  
inspectie voor de gezondheidszorg.

# Kernaspect van samenwerking als regiebehandelaar

- A) Aanspreekpunt voor vragen van de cliënt of de diens vertegenwoordiger
- B) De inhoudelijke (eind-) verantwoordelijkheid voor de behandeling van en zorgverlening van de cliënt
- C) De coördinatie en regie van de behandeling van de zorg.

# Om welke verantwoordelijkheid gaat het?

- Zorgplanbespreking en behandelplanbespreking
- Dossiervoering
- (Mediatieve-) behandeling
- Gedragsvisites

# GZ-psycholoog als regiebehandelaar in de V&V

- GZ-Psycholoog als regie behandelaar voor het multidisciplinaire team.
- Client staat hierbij centraal.
- De regiebehandeling hoeft niet altijd door de hoogst opgeleide plaats te vinden. Deelbehandeling kan door de specialist ouderengeneeskunde of psychiater plaatsvinden.
- Er kan door omstandigheden ziekte van de behandelaar, ontevredenheid of een crisissituatie een andere regiebehandelaar worden toegewezen.

# Plichten

- 1. De regiebehandelaar weet zich overtuigd van de bevoegdheid en bekwaamheid van de andere betrokken zorgverleners in relatie tot de zelfstandige uitvoering van het deel van de behandeling waarvoor zij verantwoordelijk zijn.
- 2. De regiebehandelaar ziet er op toe dat de dossiervoering voldoet aan de gestelde eisen. Andere betrokken zorgverleners hebben een eigen verantwoordelijkheid in de adequate dossiervoering.
- 3. De regiebehandelaar laat zich informeren door de andere bij de behandeling betrokken zorgverleners, zo tijdig en voldoende als noodzakelijk is voor een verantwoorde behandeling van de patiënt/cliënt. De regiebehandelaar toetst of de activiteiten van anderen bijdragen aan de behandeling van de patiënt/cliënt en passen binnen het door de regiebehandelaar in overleg met de patiënt/cliënt vastgestelde behandelplan.
- 4. De regiebehandelaar en de andere betrokken behandelaren treffen elkaar ten behoeve van periodieke evaluatie van het behandelplan in persoonlijk contact en/of in teamverband, zo mogelijk in aanwezigheid van de patiënt/cliënt, met de daartoe noodzakelijke frequentie (ook teleconferencing), op geleide van de problematiek/vraagstelling van de patiënt/cliënt.
- 5. De regiebehandelaar draagt zorg voor goede communicatie met de patiënt/cliënt en diens naasten (indien van toepassing en indien toestemming hiervoor is verkregen) over het beloop van de behandeling

# Checklist met 13 concrete aandachtspunten bij afspraken over verantwoordelijkheden

- 1. Voor de cliënt is ten allen tijde duidelijk wie van de betrokken zorgverleners.
- Het aanspreekpunt is, inhoudelijke eindverantwoordelijkheid heeft voor de zorgverlening aan de cliënt.
- Belast is met de coördinatie van de zorgverlening aan de cliënt.

- 2. Alle bij de samenwerking betrokken zorgverleners beschikken zo nodig over een gezamenlijk en up-to-date zorgdossier betreffende de cliënt.
- 3. Gegarandeerd wordt dat de rechten van de cliënt op de juiste wijze worden nagekomen.



- 2. Alle bij de samenwerking betrokken zorgverleners beschikken zo nodig over een gezamenlijk en up-to-date zorgdossier betreffende de cliënt.
- 3. Gegarandeerd wordt dat de rechten van de cliënt op de juiste wijze worden nagekomen. Waar nodig worden afspraken gemaakt om het te vergemakkelijken dat de cliënt de hem toekomende rechten kan uitoefenen.

- 4. Een zorgverlener die deelneemt in een samenwerkingstraject vergewist zich dat hij/zij beschikt over relevante gegevens van collega's en informeert collega's over deze gegevens en bevindingen die zij nodig hebben om verantwoorde zorg te leveren.
- 5. Relevante gegevens worden aangetekend in een dossier betreffende de cliënt. Bij voorkeur geïntegreerd dossier, dat door alle bij de samenwerking betrokken zorgverleners kan worden aangevuld.
- 6. Zorgverleners die deelnemen aan een samenwerkingsverband maken duidelijke afspraken over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden met betrekking tot de zorgverlening aan de cliënt.

- 7. Zorgverleners die deelnemen aan het samenwerkingsverband zijn alert op de grenzen van de eigen mogelijkheden en deskundigheid en verwijzen zo nodig tijdig door naar een andere zorgverlener.
- 8. In gevallen waarin tussen zorgverleners een opdracht relatie bestaat geeft de opdracht gevende zorgverlener voldoende instructie met betrekking tot de zorgverlening aan de cliënt.
- 9. Overdracht van taken en verantwoordelijkheden vindt expliciet plaats. Bij de inrichting van overdrachtmomenten is van belang om zowel rekening te houden bij de overdrachtssituaties in het algemeen

- 10. Waar nodig voor een goede samenwerking in de zorg voorzien van controle momenten
- 11: De cliënt of diens vertegenwoordiger wordt intensief betrokken bij de ontwikkeling en uitvoering van het zorgleefplan.
- 12: Afspraken die door samenwerkingspartners worden gemaakt over de aard en inrichting van de samenwerking en over ieders betrokkenheid worden schriftelijk vastgelegd.

- 13. Met betrekking tot incidenten (waaronder begrepen fouten) geldt het volgende:
- Naar de cliënt wordt over incidenten en openheid betracht.
- Incidenten worden gemeld op een binnen het samenwerkingsverband afgesproken centraal punt.
- Een aan het samenwerkingsverband deelnemende zorgverlener die in de ogen van een of meer collega's niet voldoet aan de normen voor verantwoorde zorg, wordt door hen daarop aangesproken.

# Ervaringen

## Cliënt

- “Ik blijf komen, naar de dagbesteding want ik kan ook voor andere mensen wat betekenen.”
- “Het gaat nu goed met me ik heb geleerd om bij mezelf te blijven, ongeacht wat er gebeurt.”

## Medewerker

- “Ik voel me gesteund in de gesprekken.”
- “Ik mijn creativiteit wordt gestimuleerd.”

# Casus Dhr. A

## **VIGNET: Putjesschepper.**

- 60-jarige man  
Voorgeschiedenis. Alcohol  
abusus, maar geen Korsakov.
- Afhankelijke PS.
- Paniekstoornis, depressie.  
Suïcidaliteit.
- Wens: Zelfstandig wonen
- Arts: jaarlijks gesprek en is van  
mening dat het niet mogelijk  
is.

# Casus Mevr. V.

**Vignet: de voormalig kantine medewerkster.**

- 50 jarige vrouw
- Traumatische jeugd, maar nam veel verantwoordelijkheid.
- Borderline PS, depressie
- Cognitief gemiddeld
- Alcohol voorgeschiedenis
- Als gevolg van rouw
- Wil graag zelfstandig wonen.



# Casus Mevr. E

## **Vignet: chronisch psychiatrisch patiënt**

- Diagnostisch: sinds 38 jaar bekend met schizofrenie.
- Heeft 20 jaar intramuraal op een psychiatrische afdeling.
- Recentelijk echtgenoot overleden.
- Mevrouw wil soms dood, maar geniet nog altijd van het leven.

# Literatuur

- Webdossier: [www.knmg.nl/dossier/verantwoordelijkheid](http://www.knmg.nl/dossier/verantwoordelijkheid).
- Handreiking verantwoordelijks verdeling bij samenwerking in zorg ([www.knmg.nl/publicatie/verantwoordelijkheid](http://www.knmg.nl/publicatie/verantwoordelijkheid))
- Model Kwaliteitsstatuut GGZ, FGZPT.
- Visie langdurige psychologen in de langdurige zorg.