

**DISCUSSIEPUNTEN/ AANBEVELINGEN**

- Beschouw psychische-/gedragsproblematiek bij de revalidant niet als een belemmerende GR factor maar als een te behandelen GR factor;
- Neem de mantelzorgers zelf en hun problematiek hier nadrukkelijk in mee.
- Richt een GR programma hierop inhoudelijk en procesmatig in; inclusief financiën/declaratie proces en de onderhandelingen hierover;

Zorgpad GR en Gedrag !?  
Module GR en Gedrag !?  
Alle twee noodzakelijk !?

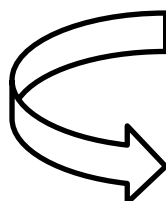


**De werkconferentie van 3 september 2021 richt zich op de volgende problematiek:**

- In Nederland is het voor geriatrische revalidanten met psychische-/gedragsproblemen steeds lastiger om een goede revalidatieplek te krijgen.
- Tijdens de triage worden revalidanten met gedragsproblemen door GR-instellingen vaak uitgesloten voor revalidatieprogramma's.

*Onder gedragsproblemen verstaan we zodanig psychisch lijden dat de autonomie, het zelfstandig functioneren en de kwaliteit van leven in matige tot ernstige mate wordt belemmerd of verstoord.*





Thema	De oogst van de bespreking in de vier kamers van dit webinar geeft een impressie van de problematiek. Sommige instellingen zijn zoekend, andere slagen er in oplossingsrichtingen te vinden.
Deskundigheidsbevordering	<p>“Er is scholing is nodig. Er is bij ons nog geen vast schema; methodisch werken ontbreekt. Modules worden wel ontworpen, zijn nog niet klaar. Daarnaast is het van belang dat het netwerk ook breed hierin geschoold wordt, waardoor uitplaatsing en overdracht verbetert. Hierbij hoort ook het opzetten van ambulante therapie en verbetering van ketenzorg voor deze doelgroep. Voor de VIG biedt GVP/GRZ-opleiding een waardevolle/noodzakelijke scholing.”</p> <p>“Het is slim om in het begin van de revalidatie direct de psycholoog in te schakelen. Geen uitgebreid onderzoek, maar naast de behandelaar en zorg gaan staan. Omgangsadvies voor zorg en behandelaren. Door goede benadering van de revalidant goede invloed op de revalidatie en kortere ligduur.”</p> <p>“De rol van de psycholoog wordt verschillend ingevuld: sommige doen vooral testen en zijn niet altijd bereid informatie over individuele revalidanten te delen. Anderen werken juist mee op de afdeling en geven daar directe begeleiding en advies aan de verpleging en verzorging.”</p>
Financiële aspecten	<p>“Een lastige. Budgettaire is er geen ruimte voor extra inzet van personeel of voor langere ligduur. Zorgverzekeraars sturen op ligduur. Het is niet gemakkelijk uit te leggen dat het in de GRZ veelal gaat om revalidanten met een traumatische ervaring (hersenletsel, amputatie e.a.), waarvoor in de behandeling aandacht en tijd nodig is. Het is denkbaar dat bij een goede inzet van psychologie aan het begin van het traject effectiever naar ontslag kan worden toegewerkt en de ligduur op acceptabel niveau blijft.”</p> <p>“Gedrags- en cognitieve problematiek vraagt zoveel aandacht, dat de revalidatie stagneert. Er zijn geen financiën voor de langere ligduur.”</p> <p>“Financiële beperkingen maken het moeilijk het MDO in volledige breedte te gebruiken.”</p>
In- en uitsroom	<p>“Ligduur is een probleem, omdat doorstroom lastig is. Het is handig dat je zelf binnen je instelling mogelijkheden hebt om door te plaatsen. Als je meer integraal kan behandelen zou je misschien een kortere opnameduur kunnen hebben? Jonge leeftijd en gedragsproblematiek is soms heel lastig om door te plaatsen. Het kost vaak al meer tijd om de definitieve diagnose rond te krijgen en daarna moet je nog wachten op een plaats. Verslavingsproblematiek, NAH en ernstige psychiatrie is moeilijker dan cognitieve/ PG -problematiek.”</p> <p>“Als iemand niet geplaatst kan worden, wie is er dan verantwoordelijk? Dan houdt het ziekenhuis het probleem. Het team van de GRZ- afdeling protesteert heftig als er mensen met ernstige gedragsproblemen opgenomen zijn. Mensen kunnen zelf risico's lopen, maar ook een risico zijn voor mederevalidanten. Je weet bij opname van tevoren niet altijd of iemand problemen zal ontwikkelen. Als je een afdeling opent voor deze doelgroep worden er door de ziekenhuizen meer mensen aangeboden. Ketenfinanciering mogelijk? Het hele financieringsprobleem is lastig. Je kan nu geen extra personeel inzetten.”</p>

Behandelprogramma's	<p>“Het begint met de vraag of revalidanten met gedragsproblemen met de andere revalidanten het programma kunnen volgen. Gemengde groepen kunnen storend zijn. In sommige instellingen wordt met gescheiden groepen gewerkt. Het is niet altijd gemakkelijk de grens te trekken tussen wel/geen probleemgedrag is. Het maakt het werken wel gemakkelijker, zeker als psycholoog goed betrokken is en ook psychiatrie visites doet.”</p> <p>“Binnen deze doelgroep zou er gekeken kunnen worden naar een andere mix van het interdisciplinaire team, zoals een SPH/muziektherapeut/MW toevoegen ook tijdens het MDO/IDO. Meetinstrumenten moeten worden afgesteld binnen deze doelgroep. NAH valt binnen een andere groep.”</p> <p>“Intensieve samenwerking met ergotherapeut met ervaring met NAH levert veel meerwaarde bij omgaan met probleemgedrag en cognitieve veranderingen. Hoe leert iemand. Het gaat om adviezen n.a.v. ADL observatie. Meedenken over lage en andere belastbaarheid door forse cognitieve problematiek: omgaan met prikkels, afleiding aanbieden. Ook vanuit ervaring met PG. Helpend om als team iemand met dergelijke persoonlijke interesse beschikbaar te hebben.”</p> <p>“Wij ontwikkelen een zorgpad CVA-afdeling en een zorgpad overig (cognitieve problemen), volgens een standaardprocedure voor ontwikkeling modules, waaronder probleemgedrag (Hoeveel tijd heb je nodig voor NPO?). De zorg kan dan specifiek op doelen registreren. Voorheen standaard bij iedere revalidant op cognitieve revalidatie, maar bij ontbreken van specifieke doelen wordt er standaard bij iedereen 10 min geregistreerd, in totaal per week dus veel tijd. Nu alleen bij geselecteerde revalidanten. Doelen moeten dan ook specifiek in zorgplan staan. De zorg signaleert dit. Iemand met dementie die rustig aanwezig is (nauwelijks of geen gedragsproblemen heeft) heeft weinig begeleiding nodig, terwijl iemand die nog niet geregistreerd is juist vanwege gedragsproblemen wel veel sturing nodig kan hebben wat veel tijd kost voor de zorg. Financieel niet haalbaar om bij iedere revalidant deze zorg te bieden. Daardoor genoodzaakt om te werken met modules en selectie te maken bij welke revalidanten dit in te zetten. Optimaal zou zijn dat we meer begroting hebben om iedere revalidant goed te screenen.”</p> <p>“Ons zorgpad kent standaard de module <i>stemming, cognitie en gedrag</i>, waarbij in minuten uitgeschreven is hoeveel je mag doen per week en in welke week. Wist niet dat je als zorg ook op gedrag kunt registreren. Module probleemgedrag -&gt; dienst kan hierop rapporteren. Psychologen niet meer standaard bij MDO, waardoor vaak pas ‘te laat’ bij een revalidant en de mantelzorg betrokken. Soms vlak voor ontslag moet er opeens nog veel gebeuren. Screening ontwikkeld om psychologen meer op de kaart te brengen (cognitie, coping, stemming of angst). Zorg vult OLD in. Client vult daarnaast zelf in: GDS8 stemming, HADS voor angst en een zelf samengestelde vragenlijst voor coping. In eerste MDO is er terugkoppeling waar er mogelijk problematiek (inclusief die van de mantelzorg) speelt. Hierdoor hopelijk eerder psychologen in beeld.”</p> <p>“Wij gaan een nieuwe afdeling inrichten met leefcirkels met domotica en extra maatregelen voor de veiligheid.”</p>
---------------------	---

3 september 2021,  
1931 Congrescentrum 's-Hertogenbosch  
**Brede werkconferentie**  
met praktijk, branche, zorgverzekeraars, wetenschap, overheid