



Kennisnetwerk voor mensen met
dementie en zeer ernstig
probleemgedrag

NETWERK BIJEENKOMST

Kennisnetwerk voor mensen met dementie en zeer ernstig probleemgedrag

Verslag netwerkbijeenkomst 31 mei 2023 van 13.30 – 16.00 uur

Locatie: Pieter van Foreest, Delft

1. Opening

Welkom op de tweede live netwerkbijeenkomst bij Pieter van Foreest in Delft.

2. Voorstellen/kennismaking Pieter van Foreest en Cliënt Adviesraad

3. Werken met/vanuit een werkhypothese (zie PowerPoint slides 10-18)

Een van de criteria om een REC te worden is het werken met een werkhypothese. Een werkhypothese is een beschrijving van verschillende factoren die het gedrag van de cliënt kunnen verklaren. Het is belangrijk om eerst opzoek te gaan naar de oorzaken van gedrag en dan pas een plan van aanpak te maken voor de behandeling. De werkhypothese is een stelling die je gaat onderzoeken en gedurende het opname traject zal deze steeds verder aangescherpt worden. Het doel is om te eindigen met een duidelijke beschrijving van de verschillende oorzaken van gedrag.

Om een compleet beeld te krijgen is het belangrijk dat er vanuit meerdere brillen gekeken wordt. Een analysemodel kan helpen om vanuit verschillende brillen te kijken. Ook is de samenwerking tussen verschillende disciplines belangrijk, om zo ook de situatie van meerdere kanten te bekijken.

4. Pitch analysemodellen

STIP methode (Aafje)

Deze methode helpt met het methodisch en doelgericht werken en is veelomvattend en persoonsgericht. Het nadeel van deze methode is dat er een uitgebreide scholingsmodule aan vast zit en een beetje complex kan zijn. Bij een cliënt lopen er constant twee processen naast elkaar (zie slide 21 van PowerPoint). Het linker proces is hoe wij het gewend zijn. Het rechter proces is een Stepped Care principe om de verdere zorg vorm te geven. Op slide 22 is het invulmodel te zien. Deze wordt ingevuld door collega's die de scholing gehad hebben. Momenteel zijn we bezig met een nieuwe verdeling maken zodat iedereen verantwoordelijk is om een deel in te vullen. Dit formulier wordt ingevuld tijdens een MDO en wordt dan ook gedragen door heel het team.

Er wordt momenteel ook een app ontwikkeld waar meerdere mensen in een document kunnen werken. Deze zal gekoppeld zijn aan meerdere dossieraanbieders.

Dimentie model (ZGEM)

Probleemgedrag ontstaat uit verschillende factoren. Bij dit model worden deze factoren in kaart gebracht. Op slide 26 van de PowerPoint is een overzicht van het model te zien. In de praktijk krijgt iedere cliënt een leeg invulformat. Iedereen mag deze invullen, maar de psycholoog is eindverantwoordelijk dat deze voor het MDO ingevuld is. Per dimensie wordt er toegewerkt naar een werkhypothese, waarbij de psycholoog de overkoepelende werkhypothese eruit haalt. Er is ook een formulier met hulpvragen per dimensie.

Hoe pak je dit multidisciplinair aan?

- Bestanden in Teams zetten om in te vullen, psycholoog bundelt het in één document.
- Zorg heeft vaak geen toegang tot YSIS. Idee om als netwerk aan te kloppen bij YSIS?

ABC methode

De ABC methode wordt bij ZorgSpectrum gebruikt. Deze methode is gericht op specifiek gedrag in kaart brengen. Dit kan ook als interventiemethode ingezet worden. Bijvoorbeeld GRIP organisatie breed gebruiken en ABC voor specifiek gedrag.

Er wordt voorgesteld om per organisatie 2/3 werkhypothesen te delen met elkaar. Zo kan er gekeken worden naar verschillende manieren van formuleren. Wellicht kan dit via het intranet.

Vanuit het Kennisnetwerk wordt er gepromoot dat organisaties een model moeten gebruiken en dat ze werken met een werkhypothese. Welke methode gebruikt wordt maakt niet uit.

De GRIP methode wordt gebruikt door Noorderboog. Hierbij wordt het zorgteam betrokken en krijgen verantwoordelijkheid. Zo voelen ze zich ook meer betrokken bij het proces.

5. Gebruik time-out/veilige ruimte

De Waalboog

De Waalboog gebruikt meerdere vormen van insluiting: in eigen kamer met de deur op slot, in eigen kamer met een halve deur, in een tentbed en in een prikkelarm deel van de afdeling waar geen mede-clieñten aanwezig zijn op dat moment. De time-out kamer is het laatste redmiddel. De time-out kamer wordt ingezet als de cliënt een gevaar is voor zichzelf en/of zijn omgeving en heeft als doel om tot rust te komen. Deze kamer is leeg met een beveiligde deur, zachte muren, camerabewaking en geen stopcontacten of haakjes. Het team is geschoold om de cliënt veilig naar de time-out kamer te begeleiden. Het is de bedoeling dat cliënten hier zo kort mogelijk verblijven. Het protocol voor deze kamer is als volgt:

- De cliënt heeft eigen voorzieningen (een papieren po)
- Direct na inzet melden bij afdelingsarts of dienstdoende
- Iedere 15 minuten proberen contact te maken en registratie volgens codes over niveau van agitatie
- Tussendoor controles via de camera
- Als na 1 uur nog steeds hoge agitatie overleg arts (evt. inzet medicatie IM)
- Openen time-out op veilige manier

- Medewerkers eigen unit zijn verantwoordelijk

Het grotendeel van de cliënten is er binnen een half uur weer uit, met een uitzondering tot een uur. De zorg mag zelf acuut handelen en beslissen dat de cliënt naar de time-out kamer moet. Er zit geen luikje in de deur. Contact maken kan door de deur heen of via een klein kijkgaatje en wordt gedaan door mensen die bekend zijn bij de cliënt.

Noorderboog

De time-out kamer van Noorderboog is een prikkelarm leefmilieu die enkel gebruikt wordt in uiterste nood. Momenteel wordt deze kamer gebruikt als multifunctionele kamer, waar het licht altijd aan is en de deur open. Bewoners gaan hier vaak uit zichzelf al zitten. Indien de time-out kamer nodig is voor een andere cliënt, moeten de andere bewoners eruit. Momenteel zitten de prikkelarme omgevingen naast elkaar, maar achteraf hadden deze beter verder uit elkaar kunnen zitten. De kamer is geluiddicht, technologisch bedienbaar, heeft molestbestendig meubilair, cameratoezicht en er is achtergrond muziek beschikbaar. Tot op het heden is deze kamer nog niet gebruikt. Er is nog geen passend protocol aanwezig.

Amsta

Amsta heeft geen time-out/veilige kamer. Er zijn wel comfortrooms aanwezig waar cliënten met begeleiding tot rust kunnen komen. In deze kamers kunnen de cliënten van de afdeling af en er is materiaal aanwezig zoals muziek, projecties, robot dieren, handmassages en koffie. Onder de wet zorg en dwang staat dat separeren/afzonderen niet mag bij mensen met een psycho-geriatrische aandoening. Amsta is de visie van de VG tak gevolgd, waar het nee tenzij naar nee beleid van toepassing is. Uit onderzoek blijkt dat afzonderen juist angst veroorzaakt. Op deze momenten moet een cliënt niet alleen zijn. Om toch veiligheid te garanderen wordt er gewerkt met signaleringsplannen, scholingen op de-escalatie technieken, de ontspanningsruimte, rustige plekken op de afdeling/kamer en bij onveilige situaties wordt er een zorgbeveiliger ingezet. De zorgbeveiliger is geschoold in verweertechieken en is niet bang om in te grijpen. Bij gevaar kan volgens de afspraken in het signaleringsplan intramusculaire medicatie toegediend worden.

Zorgbalans

Zorgbalans heeft ervoor gekozen om geen time-out/veilige kamer te nemen. De visie van Zorgbalans is presentie benadering, wat inhoudt dat er gewerkt wordt uit relationele zorg, aansluiting bij de cliënt en zo min mogelijk ingrijpen. In plaats van het gebruik van een time-out/veilige kamer wordt er proactief risico ingeschat en plannen gemaakt voor als het mis gaat. Ook wordt dan de zorg opgeschaald. Alle medewerkers hebben verder een de-escalatie training gehad. Verder is er ook een zorgbeveiliger aanwezig en bij nood kan intra musculair ingegrepen worden. Ook kunnen cliënten opgesloten worden op hun eigen kamer, er is hier cameratoezicht en alles is molest bestendig, maar het is niet zo ingericht als een veilige kamer. Er komt ook een veilige buitenruimte. Voor zowel een time-out kamer als IM ingrijpen zijn er voor- en nadelen.

De Zorggroep

Momenteel bestaat de Zorggroep uit twee units. In de ene unit is er een loopruimte, waar cliënten zich afgezonderd kunnen bewegen. Deze ruimte is niet prikkelarm. Ook is er een safe space aanwezig met cameratoezicht. Deze kamer wordt gebruikt bij motorische onrust, agitatie/agressie maar ook bij valrisico. De inzet van deze kamer kan enkel in overleg met de arts. De andere unit heeft ook een loopruimte, safe space en een verpooskamer (prikkelarme

ruimte). Deze ruimte kan niet op slot, maar kan wel in verbleven worden. Het meubilair is molest bestendig maar heeft nog wel meer meubilair dan een veilige kamer, zoals een tv achter een scherm. De verpooskamer wordt alleen gebruikt bij zeer ernstig nadeel voor de cliënt en/of de omgeving. De zorg zal regelmatig checken of alles goed gaat binnen en er zijn begin- en eindtijden. Cameratoezicht kan ook schijnveiligheid geven. Er wordt niet 24/7 meegekeken met de beelden.

Een zorgbeveiliging kan als traumatisch ervaren worden en de cliënt kan achterdochtig worden. Er zijn technieken die gebruikt kunnen worden om dit gevoel niet op te wekken. Cameratoezicht geeft minder het gevoel van achtervolging, maar een beveiliging is fijn zodat de zorg zich veilig voelt. De beveiliging mag geen interventies uitvoeren.

6. Plenaire terugkoppeling subgroepen

Waarom wel inzetten time-out ruimte?

- Het is prikkelarm
- Het geeft rust
- Reductie psychofarmaca
- Veiligheid cliënt en omgeving
- De-escalatie

Waarom niet inzetten time-out ruimte?

- Het kan averechts werken
- Het is insluiting/separeren (volgens Wzd niet toegestaan)
- Het kan de cliënt beschadigen en zorgen voor trauma's. Juist bij hoge spanning moet er contact blijven.

Overwegingen

- Of een time-out/veilige kamer nodig is hangt ook af van hoe de afdeling eruit ziet, hoeveel mensen er zijn en de groepssamenstelling.
- Als er sprake is van escalatie, kan een cliënt nog wel begeleid worden naar een time-out/veilige kamer?
- Het is maatwerk. Het ligt aan de oorzaak van het gedrag of de voorkeur gaat naar IM ingrijpen of een veilige kamer.
- De criteria voor ingrijpen moeten goed beschreven zijn.
- Moeten de deuren van eigen kamers wel of niet op slot kunnen?
- Mensen met dementie nemen bewegende beelden beter waar dan stilstaande beelden. Als er niks gebeurt, zoals in een time-out/veilige kamer, dan zit de cliënt letterlijk in het niks.

Wat zijn alternatieven?

- IM spuiten
- Neusspray
- Buitenruimte of andere ruimte om tot rust te komen
- Hele afdeling en kamers prikkeldoseren
- Inzet extra personeel
- Kamer multifunctioneel gebruiken, de deur is altijd open en er is geen slot
- Inrichting afdeling (halve deuren, slot op eigen kamer?)

Wat is een juiste benaming?

- Veilige kamer. Aan een time-out kamer zit sentiment.
- Afdelingen zijn zo verschillend dat er geen eenheid is wat betreft de naam.
- Ligt aan het doel van de kamer. Een prikkelarme kamer kan een verpooskamer genoemd worden.

7. Evaluatie en rondvraag

Er zijn geen verdere vragen. Er wordt aangegeven dat het een zinvolle bijeenkomst was.