



Rooming-in voor familie of naastbetrokkenen

NETWERK: Diletti – Leuven/Tervuren

CONTACT PERSOON: An Vandeputte

TELEFOON: 0496 28 80 57

MAIL: An.Vandeputte@fracarita.org

WEBSITE: www.diletti.be

Verdere info:

PZ St Annendael Diest

Dr Wim Simons

013/380511 of 013/380580

wim.simons@sad.be

Rooming-in duidt op de mogelijkheid om familieleden en naastbetrokkenen mee te laten overnachten in het ziekenhuis tijdens de crisisopname van een (psychiatrische) patiënt. Het concept van rooming-in tijdens een psychiatrische hospitalisatie wegens grote angst, psychose of sterk verstoorde stemming, kan een duidelijke meerwaarde betekenen. Het concept past volledig binnen de huidige hedendaagse herstelgerichte visie in de geestelijke gezondheidszorg, waarbij het dan deel uitmaakt van een meer gepaste 'High & Intensive Care' (HIC).

Het toepassen van HIC-principes en rooming-in binnen een reeds bestaande werking zoals in PZ St. Annendael is o.i. ook elders mogelijk, maar vergt een sterk gedeelde herstelgerichte visie binnen het team voor acute behandeling, naast (relatief beperkte) aanpassingen aan infrastructuur. Mits de nodige investeringen in die 2 aspecten lijkt dit initiatief dus zeker transfereerbaar naar andere acute afdelingen. Vooral nog blijft het een vorm van best practice die in Vlaanderen uniek is, maar die naasten graag ook elders verwezenlijkt zien.

Rooming-in est une initiative qui permet aux parents et aux proches d'usagers hospitalisés de séjourner à l'hôpital durant la nuit. Ce concept de « rooming-in » constitue une plus-value évidente dans la mesure où une hospitalisation en psychiatrie est souvent synonyme d'angoisses importantes, de psychose ou de déséquilibre consécutif. Il s'inscrit dans la vision actuelle du rétablissement dans le cadre des soins en santé mentale, et fait partie du concept de 'High & Intensive Care' (HIC).

L'application des principes HIC et du « rooming-in » tels que pratiqués à l'HP St. Annendael est, à notre avis, transférable vers d'autres réseaux, mais nécessite, néanmoins, une vision commune du rétablissement au sein de l'équipe et quelques adaptations (relativement limitées) au sein de l'infrastructure. Par conséquent, à condition que les investissements à ces deux niveaux soient réalisés, cette initiative semble être transposable à d'autres départements aigus. Pour le moment, il s'agit d'une bonne pratique unique en Flandre, mais les proches souhaiteraient voir ce type de projet se développer dans d'autres lieux.

1. Introductie

a) Naam van het initiatief:

Rooming-in voor familie of naastbetrokkenen bij opname van personen met acute psychische crisis.

b) Netwerk, regio

Diletti, transmuraal zorgnetwerk GGZ Arrondissement Leuven/Zorgregio Tervuren

Deelregio Diest (PZ Sint-Annendael Diest).

c) Beschrijving of de uitrol van de goede praktijk betrekking heeft op het hele netwerk dan wel op een onderdeel (regio subnetwerk, doelgroep,...)

Rooming-in wordt momenteel toegepast in deelregio Diest. Wanneer opname vereist is op de acute opnameafdeling van PZ Sint-Annendael Diest, omwille van psychotische, manische of angstige crisis, kunnen patiënten en hun naastbetrokkenen er op vrijwillige basis voor opteren om een naastbetrokkene mee te laten overnachten bij de patiënt.

2. Inhoud van het initiatief

Rooming-in duidt op de mogelijkheid om familieleden en naastbetrokkenen mee te laten overnachten in het ziekenhuis (functie 4) tijdens de crisisopname van een psychiatrische patiënt met een ernstige depressie, manie, psychose, angstproblematiek. Het kadert binnen een model dat verbinding, herstel, participatie, ondersteuning van de eigen regio, en andere facetten van kwaliteit en veiligheid van zorg beoogt. Om zo op een humane en effectieve manier sneller de terugkeer naar de eigen omgeving mogelijk te maken. Het maakt binnen onze werking deel uit van een streven naar een werking met meer gepaste 'High & Intensive Care' (HIC), in ons huis ook wel bewust 'Human Intensive Care' genoemd.

3. De spelers

Dit initiatief is sterk vanop de werkvloer zelf ontstaan. Weliswaar binnen een evolutie waarbij de opname-afdeling waar deze good practice plaatsvindt, reeds enkele jaren door afdelingsarts, therapeutisch verantwoordelijk psycholoog en hoofdverpleegkundige werden aangestuurd in een actief en breed participatief denkproces met alle 45 teamleden, aangevuld met ervaringsdeskundigen, familie-ervaringsdeskundigen en stagiairs. Met als centrale vraag: "Hoe kunnen we op herstelgerichte wijze aan acute psychiatrie doen, met nauw betrekken van de belangrijke naasten?" Concrete casuïstiek stelde ons dan plotseling voor de uitdaging en opportuniteit om "te springen", na een korte check van mogelijke administratieve en veiligheidshinderissen op minder dan 24 uur tijd bij algemene directie en ondersteunende diensten.

4. Een overzicht van “concrete” resultaten

a) Dus niet enkel een verhaal wat de “principes” of “de theorie” is

Van mei 2016 tot september 2017 (16 maanden) waren er 15 casussen waar actief de mogelijkheid met cliënten en families bekeken werd, binnen het kader van een verhoogde behandelingsintensiteit volgens een aantal H.I.C.-principes waaronder 1-op-1-begeleiding. Finaal was er ook sprake van echte rooming-in(n) voor 5 cliënten. Dit betekent enerzijds dat dit initiatief geen grote groepen patiënten helpt, omdat de nood er dan ook niet is. Anderzijds is een niet-cijfermatig-‘meetbaar’ (of nog niet specifiek gemeten) gevolg wel dat de cultuur binnen de afdeling, naar openheid en samenwerking van families sterk is toegenomen, met veel flexibeler omgaan met o.a. ook bezoeken.

b) Analyseer in welke mate de werkwijze nog “trouw” is aan het initiële plan of theorie over de manier van samenwerken (waar is het “denken” bijgestuurd door de “praktijkervaring”)

De meeste casussen werden achteraf geanalyseerd binnen een mini-team, zo mogelijk ook met cliënten zelf. Dit gaf zeker aanleiding tot bijsturing, met name naar hoe concrete afspraken met familie te maken, hoe nog meer informatie aan betrokkenen te geven, opdat zij zonder misverstanden over mogelijkheden of beperkingen, de regie zoveel als mogelijk in handen kunnen houden of nemen.

c) Functioneert het vandaag als “proof of concept” (als piloot) of is het klaar om/wordt het al netwerkbreed uitgerold

Binnen ons ziekenhuis (en bij uitbreiding het netwerk) wordt het wel beschouwd als een proefproject, waar vanuit andere netwerkleden met interesse naar gekeken wordt.

d) Zijn er registratiegegevens/cijfers die de practice ‘ondersteunen’? Wat zouden goede indicatoren zijn?

Ons ICT-systeem binnen de organisatie laat (nog) niet toe hier sluitende registraties van bij te houden. Er wordt met enige zorgvuldigheid wel nagestreefd elke casus voldoende te documenteren en daaruit enkele cijfers te weerhouden.

Goede indicatoren zouden wel kunnen zijn: aantal rooming-in op totaal aantal opnames, duur van de opname met rooming-in tegenover gemiddelde opnameduur van patiënten-in-crisis, gebruikte hoeveel medicatie, toegepaste veiligheidsbeperkende maatregelen, tevredenheid cliënten, tevredenheid familie.

Uit retrospectieve reflecties met patiënten en families, konden we verder nog wel volgende vaststellingen bij hen beluisteren, over de **voordelen** die ze hebben ervaren:

Voor de patient

1. meer laagdrempelige zorg (tijdige zorg)

2. snellere gewenning aan de residentiële behandelomgeving (patiëntgericht)
3. angstreductie (doeltreffend)
4. minder nood aan medicatie (doeltreffend)
5. minder nood aan isolaties en andere restrictieve maatregelen (zoals fixatie) (patiëntgericht en veilig)
6. minder ingrijpende ervaring (patiëntgericht, veiligheid)
7. sneller herstel en rehabilitatie (doelmatig en doeltreffend)
8. kortere opnameduur (doelmatig)

Voor de naasten

1. medezeggenschap in de zorg (patiëntgestuurd)
2. verbeterde communicatie met zorgverleners (continuïteit)
3. Betere educatie (doeltreffend, patiëntgericht)

Voor het verzorgend en behandelend personeel

1. Meer inzichtgevend en makkelijkere diagnosestelling (doeltreffend)
2. betere vertrouwensband (patiëntgericht)
3. meer zorg-op-maat (billijk, patiëntgericht)
4. Tijdwinst voor het verplegend personeel tijd (doelmatig)
5. coachen van de familieleden

5. Conclusie

a) Een oplistijng van do's en don'ts op basis van eigen ervaringen

Tot op heden hebben we weinig nadelen kunnen vaststellen, of dingen die fundamenteel anders moeten. Wel blijft voortdurende waakzaamheid geboden om tijdig te detecteren als de interactie met familieleden voor de cliënt stressvol zou zijn. Ook is het belangrijk om voortdurend alert te blijven om familie voldoende te informeren en te bevragen.

b) Wat zijn lessen die uniek zijn voor de good practice, welke lessen zijn ook zinvol voor andere initiatieven?

Het maximaal bevorderen van een cultuur van herstelondersteunende zorg-op-maat en het durven nemen van initiatief en gaandeweg bijsturen, zoals in een PDCA-cyclus, is zonder twijfel een van de belangrijkste drivers geweest om dit project te doen ontstaan en verder te doen groeien. Voldoende inzetten op de ontwikkeling van een dergelijke cultuur is waarschijnlijk de belangrijkste les.

6. Referenties

- Werkboek HIC (High en intensive care in de psychiatrie). Van Mierlo T. e.a. De Tijdstroom, 2013.
- Van Loenen I. e.a. Herstelondersteunende zorg in een gesloten kliniek. Participatie en herstel 2017; 1: 31-41.
- Tully J. et al. Innovation and pragmatism required to reduce seclusion practices. CNS Spectrums (2016), 21, 424-429.

