

Drietrapswerkwijze in teams veelbelovend

Gepubliceerd op www.zorgvisie.nl, 16 april 2010

In de geestelijke gezondheidszorg moeten teams soms snel kunnen inspelen op crisissituaties bij cliënten. Soms kan één hulpverlener de begeleiding geven, soms heeft die advies van teamgenoten nodig en soms moet zelfs een heel team de zorg aan die patiënt leveren.

Auteur: Remmers van Veldhuizen

In de ggz wordt veel gewerkt met Assertive Community Treatment (ACT), een evidence based model voor (bemoei)zorg aan psychiatrische patiënten. In dit model hebben multidisciplinaire teams, bestaande uit zo'n tien fte aan medewerkers die ongeveer honderd patiënten begeleiden, een shared caseload. Dit betekent dat alle hulpverleners alle cliënten van het team kennen en regelmatig bezoeken. Daardoor kan het team langdurige dagelijkse begeleiding bieden. In de dagelijkse overdracht worden alle patiënten kort besproken en worden afspraken gemaakt. De aanpak door het hele team geeft de individuele hulpverleners een krachtige steun in de rug. Het team is goed geïnformeerd over alle cliënten. Uitval van een teamlid leidt niet tot uitval van zorg of verlies van informatie.

Het FACT-model

Sinds 2006 is er het FACT-model. FACT is een variant op ACT en staat voor Functie Assertive Community Treatment. Deze teams richten zich op een bredere groep (niet alleen de allerzwaarste patiënten). Niet iedereen behoeft continu begeleiding door het complete team. Het merendeel wordt individueel begeleid (individuele caseload), maar op indicatie zet het FACT-team de functie ACT in, waarbij het hele team ze kent. Op zo'n moment komt de begeleiding voor rekening van het hele team (shared caseload).

Tijdens de dagelijkse overdracht wordt gebruikgemaakt van een digitaal planbord, een Excell-bestand geprojecteerd met een beamer. Elke medewerker kan een patiënt op het digibord plaatsen. Dit gebeurt met twee doeleinden: a. informatie uitwisselen en b. teamzorg gaan leveren.

De drietrapswerkwijze

Binnen het FACT-model is een werkwijze met drie niveaus, waarbij het schakelen tussen die niveaus centraal staat.

Het eerste niveau staat voor: niet op het digibord. De individuele hulpverlener werkt vanuit het multidisciplinaire team en kan indien gewenst andere disciplines raadplegen of erbij betrekken. Op het tweede niveau zet de hulpverlener de naam van de patiënt op het digibord omdat hij extra informatie wil verzamelen of de visie van verschillende disciplines wil horen. Ook schrijft hij de naam op als hij wil dat het team weet dat er bijvoorbeeld een crisis dreigt en dat er mogelijk binnenkort meer zorg nodig is. Het derde niveau betekent intensivering van de zorg. De patiënt krijgt ACT-zorg door een team met shared caseload, waardoor bredere multidisciplinaire taxatie en zonodig dagelijkse zorg georganiseerd kan worden.

Door deze manier van werken, wordt intensieve teamzorg op indicatie mogelijk. Het informatieniveau over de patiënten gaat omhoog. Zo worden zorgmijdende patiënten op het digibord geplaatst om de terloopse informatie die de hulpverlener over hen krijgt (op straat, in

een winkel, een signaal van een buurman) in het team te delen.

Ook de informatie over de werkwijze binnen het team verbetert. Ieder lid hoort dagelijks de verslagen van interventies. Lukt het een teamlid niet om een patiënt over te halen tot bijvoorbeeld medicatiegebruik, dan heeft een collega misschien net een aanpak die wel aanspreekt.

Een gezamenlijke uitdaging

De tevredenheid van de teamleden met deze werkwijze is groot. Doordat de probleemgevallen een gezamenlijke uitdaging worden, drukt de werklast vaak minder zwaar dan voorheen. Anderzijds blijft er ruimte voor individuele contacten en het persoonlijk begeleiderschap. Maar er zijn meer voordelen. Bijvoorbeeld voor de patiënt. Als zijn zorgbehoefte wisselt, hoeft niet het behandelteam te veranderen. De continuïteit van behandelaars en begeleiders is gegarandeerd. De zorg kan worden opgevoerd naar dagelijkse teamzorg, waar alle disciplines bij betrokken zijn. Daardoor is bijvoorbeeld de psychiater veel sneller te consulteren wanneer iemand een terugval heeft. Anderzijds kan de patiënt in een stabiele fase aan zijn herstel werken met een of twee vertrouwde hulpverleners.

Ook het netwerk van de patiënt vaart er wel bij. Familieleden kunnen zowel in rustige als in tijden van crisis bij dezelfde medewerkers aankloppen. De familie krijgt de werkwijze uitgelegd, zodat ze weten wanneer de cliënt op het bord staat en wanneer het team met meer personen de zorg uitvoert.

Digitaal geheugen

Ook voor het team zijn er voordelen. De dagelijkse digibordbespreking is het coördinatiepunt bij uitstek. Het team heeft een digitaal geheugen: afgesproken interventies worden op het bord gecheckt. Er zijn signaleringsmogelijkheden ingebouwd voor bijvoorbeeld wekelijkse controles. Daarnaast concretiseert de dagelijkse overdracht de gezamenlijke missie en visie van het team: dat is nodig voor vasthoudende (bemoei)zorg.

Verder biedt de werkwijze ruimte voor benchmarks; drietrapssteams besparen overplaatsingskosten; voor ketenpartners (huisartsen, maatschappelijke instanties, kliniek) is duidelijk welk team aanspreekbaar is.

Nuttige componenten

Er zijn al bijna honderd startende FACT-teams in Nederland. Ook andere sectoren tonen interesse, zoals de zorg voor (licht) verstandelijk gehandicapten en de jeugdzorg. De inhoud van het werk zal daar anders zijn dan in de ggz, maar het drietrapsmechanisme en het digibord kunnen nuttige componenten zijn. Mogelijk geldt dat ook voor reclasseringsteams, die sinds kort al met een duostructuur werken, of teams van gezinsvoogden. Dit soort professionals heeft enerzijds een eigen caseload, waarmee zo mogelijk een vertrouwensband moet worden opgebouwd, maar anderzijds zijn er soms crises, waarbij juist onmiddellijke inzet van meer personeel en van diverse deskundigheden nodig is. Wanneer dan snel kan worden geschakeld, verhoogt dat de kwaliteit van de begeleiding en zorg aanzienlijk, terwijl de professional minder alleen staat en minder onder druk staat.

Auteur: Remmers van Veldhuizen, psychiater en directeur Zorgontwikkeling bij GGZ NHN.