



### Mobiele teams: behandelingsteams in de thuisomgeving

- **in een subacute of acute toestand**
- **voor chronische (langdurige en ernstige) psychiatrische problemen**

Het Global Mental Health Action Plan van de WGO (2013) en het European Mental Health Action Plan van de WGO (Izmir, 2013) streven naar een wereld waarin de geestelijke gezondheid gewaardeerd wordt, gepromoot en beschermd, waar mentale stoornissen voorkomen worden (preventie) en waar personen met deze stoornissen in staat worden gesteld om hun mensenrechten volledig uit te oefenen en toegang hebben tot gezondheidszorg en sociale zorg van hoge kwaliteit en aangepast aan hun waarden en cultuur. Herstel wordt gepromoot met als doel gezondheid én volwaardige participatie aan de maatschappij, door volwaardige huisvesting en werk, vrij van stigma en discriminatie. Om die visie waar te maken is **de organisatie van een omvattend, geïntegreerd en responsief geestelijk gezondheidszorg- en sociaal zorgsystemen in gemeenschapsvoorzieningen, zo dicht mogelijk bij de patiënt, één van de objectieven.**

#### De huidige situatie: te weinig zorg en middelen waar de noden het grootst zijn

In de GGz bestaat een grote behandelkloof (treatment gap). Zelfs in ontwikkelde landen is het zorgaanbod verre van adequaat en krijgt 35 tot 50% van de mensen met geestelijke gezondheidsproblemen niet de aangewezen behandeling of zorg (Esemed, 2000; Saraceno, 2007). Hoewel deze stoornissen op een effectieve wijze met medicatie en psychosociale interventies kunnen worden behandeld, krijgt slechts een minderheid van de patiënten de meest basale behandeling en als ze al behandeling krijgen gebeurt dit vaak met jarenlange vertraging. Daarbij is er een gebrek aan focus in de zorg: niettegenstaande velen niet of onderbehandeld worden is een groep mensen die geen geestelijke gezondheidsproblemen hebben paradoxaal genoeg toch in zorg.

Met de toewijzing van de middelen zit het nog om andere redenen fout. Niet alleen zijn er globaal onvoldoende middelen voor de GGz, maar ook de verdeling van de middelen schiet tekort. Er gaapt een grote kloof tussen de ziektelast veroorzaakt door geestelijke gezondheidszorgproblemen en het budget dat aan deze problemen wordt toegewezen. En binnen de geestelijke gezondheidszorg gaat de grote meerderheid van het budget nog steeds naar (grote) residentiële voorzieningen. Vaak gaat het om gespecialiseerde eenheden zonder duidelijke verantwoordelijkheid voor de populatie van een omschreven regio. De plaats waar de zorg wordt aangeboden spoort niet met de noden. Er zijn teveel bedden in psychiatrische ziekenhuizen; onvoldoende verblijfsalternatieven voor lange termijn gebruikers; onvoldoende bedden in algemene ziekenhuizen; onvoldoende geestelijke gezondheidszorg gemeenschapsvoorzieningen; en onvoldoende kennis over geestelijke gezondheidszorg in de algemene gezondheidszorg.

## **Behoeftte aan een optimale mix van voorzieningen: 'evenwichtige zorg'**

De WGO bepleit in antwoord op bovenstaande problemen een 'optimale mix van GGz-voorzieningen'. Thornicroft en Tansella (2009) beschrijven een dergelijk 'balanced care model' (evenwichtig zorgmodel) voor de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg (GGz) gekenmerkt door:

- Diensten die dicht bij huis worden aangeboden,
- Interventies zowel gericht op symptomen als op beperkingen,
- Behandelingen en zorg die specifiek aangepast zijn aan noden en diagnoses van patiënten,
- Die ook de prioriteiten van de gebruikers reflecteren,
- En die goed worden gecoördineerd,
- Deze diensten zijn flexibel en mobiel.

Het 'balanced care model' gaat uit van de bevinding dat er geen overtuigende (wetenschappelijke) argumenten of data zijn om een enkel op hospitalen gerichte aanpak te ondersteunen, evenmin als er argumenten zijn om te stellen dat enkel gemeenschapsvoorzieningen omvattende zorg kunnen realiseren. Het wetenschappelijk onderzoek ondersteunt een evenwicht tussen hospital- en gemeenschapszorg. In het verleden, en in ons land nog steeds, lag de nadruk zeer uitgesproken op residentiële zorg in psychiatrische ziekenhuizen, en waren gemeenschapsalternatieven, in de vorm van mobiele teams die zorg aan huis leveren, onvoldoende beschikbaar.

'Evenwichtige zorg' is in essentie geworteld in en gericht op de gemeenschap, en ziekenhuizen spelen daarbij een rol als back-up. De geestelijke gezondheids-dienstverlening gebeurt in gemeenschapsvoorzieningen, zo dicht mogelijk bij de populatie die ze nodig heeft. Hospitalisaties zijn zo kort mogelijk, en worden zonder uitstel aangeboden, enkel indien nodig. De werking van de verschillende voorzieningen in een omschreven regio dienen op mekaar te worden afgestemd en gecoördineerd, zodat continuïteit van zorg kan worden gegarandeerd voor alle inwoners van een omschreven regio, zonder uitzondering. Deze visie is dezelfde als die beschreven in de 'Gids naar een betere GGz door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken', die aan de basis ligt van de GGz-hervorming in ons land (Jacob e.a. 2014).

Voor landen met veel middelen zoals België betekent zo'n 'evenwichtige zorg' de uitbouw van een systeem met drie componenten:

- Eerstelijns geestelijke gezondheidszorg met specialistische back-up. Hiervoor verwijzen we ook naar de module over 'integratie met de eerste lijn'.
- Algemene geestelijke gezondheidszorg (voor volwassenen). Hieronder verstaat men
  - Ambulante consultaties in centra voor geestelijke gezondheidszorg, algemene ziekenhuizen, of door zelfstandig werkende psychiaters en therapeuten;
  - Mobiele geestelijke gezondheidszorg teams in de thuisomgeving: niet-gespecialiseerde, multidisciplinaire, outreachende teams;

- Acute residentiële psychiatrische zorg;
  - Vermaatschappelijkte residentiële zorg;
  - Voorzieningen gericht op rehabilitatie, activatie en werk.
- Gespecialiseerde geestelijke gezondheidsvoorzieningen. Dit zijn gedifferentieerde voorzieningen zoals:
    - Gespecialiseerde ambulante consultaties voor specifieke stoornissen of patiëntgroepen zoals eetstoornissen, dubbele diagnose, therapieresistente stoornissen en diensten voor adolescenten.
    - Gespecialiseerde mobiele teams zoals Assertive Community Treatment teams (ACT) of vroege interventie-teams.
    - Alternatieven voor acute opnames, in de vorm van mobiele crisisteam voor thuisbehandeling, acute daghospitalen, homes voor crisisopvang en respijt.
    - Alternatieve lange-termijn residentiële gemeenschapsvoorzieningen.
    - Alternatieve vormen van rehabilitatie, activatie en werkopvang, zoals clubhuizen, trajectbegeleiding, gebruikersgroepen, Individual Placement and support, ...

De uitbouw van de verschillende componenten is additief en sequentieel: naarmate meer middelen beschikbaar zijn kunnen deze gebruikt worden om het aanbod te verbreden en meer 'gespecialiseerde' voorzieningen te voorzien.

Er bestaat dus een brede consensus over de noodzaak om in de GGz de shift te maken van een model gebaseerd op traditionele, grote psychiatrische instituten naar een modern, omvattend zorgsysteem met het zwaartepunt in de gemeenschap, en backup door acute psychiatrische afdelingen in (algemene) ziekenhuizen.

Nochtans, en niettegenstaande sterke argumenten voor de uitbouw van een gemeenschapsgerichte GGz, is er nog veel werk om toegankelijke, effectieve en hoogkwalitatieve lange termijn GGz te kunnen aanbieden voor alle personen met ernstige psychische stoornissen. Hoewel het proces van de transitie van psychiatrische ziekenhuizen naar gemeenschapszorg ingezet is, zijn de middelen die toegewezen worden aan de nieuwe voorzieningen vaak nog te beperkt en blijft het antwoord op de psychosociale noden van de patiënten daardoor onvoldoende.

Tenslotte moeten we daaraan toevoegen dat zelfs in landen waar de deinstitutionalisering goed is opgeschoten er toch bezorgdheid bestaat over een trend tot reïstitutionalisering (naar hospitalen en naar in de gemeenschap gebaseerde verpleeg- en residentiële zorgvoorzieningen) en dit vooral voor mensen met lange termijn en complexe geestelijke gezondheidsnoden en deze met een forensische geschiedenis (Priebe e.a., 2005).

Samenvattend worden in de literatuur vier soorten mobiele teams onderscheiden.

- De acute crisisteam, als alternatief voor een acute psychiatrische opname
- De 'community mental health teams' zijn bedoeld voor het merendeel van de patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen en bieden langdurige steun als alternatief voor een langdurig hospitaalverblijf.

- De ‘assertive outreach’-teams bieden intensievere gemeenschapsondersteuning voor een moeilijk te bereiken groep van mensen met ernstige langdurige psychiatrische problemen, vaak in combinatie met verslavingsproblemen
- Tenslotte bestaan er sinds enige tijd mobiele teams voor mensen met een vroege psychose (McGorry e.a. 1996). Deze vallen buiten de scope van deze bijdrage.

Burns (2010) benadrukt dat ‘teams de outcome niet verbeteren of hospitalisatie voorkomen’: mobiele teams zijn een manier om effectieve, evidence-based interventies aan te bieden. Hij pleit daarom voor meer aandacht voor de interventies die door deze teams worden geleverd, en vooral voor de wijze waarop de werking van zo’n teams toelaat dat effectieve interventies worden aangeboden die in andere omstandigheden niet geleverd worden. Daarnaast erkent hij dat een op de hele persoon gerichte, ‘herstelgerichte’ benadering de noodzakelijke professionele expertise moet complementeren.

In de ‘Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg’ wordt een onderscheid gemaakt tussen ambulante intensieve behandelteams/mobiele teams voor mensen met acute geestelijke gezondheidsproblemen, en teams die zich richten op mensen met complexe, ernstige en langdurige (een term te verkiezen boven ‘chronische’) psychiatrische aandoeningen. Hoewel deze twee soorten teams gegroeid zijn vanuit ‘gemeenschappelijke’ voorlopers (bijvoorbeeld het ‘Training in community Living model’ in Madison, Wisconsin (Stein & Test, 1980; Pieters, 1992) verschillen ze zowel wat betreft doelpopulatie (iedereen die in aanmerking komt voor een acute psychiatrische opname vs een geselecteerde subgroep van mensen met langdurige, uitgesproken zorgnoden) als wat betreft de tijdschaal van de interventies (kortdurend acuut over enkele dagen tot weken vs langdurige zorg).

Hierna zullen we de tweedeling van de Gids gebruiken om de verschillende benaderingen die daarbij horen te beschrijven.

Daarbij zal het belangrijk zijn werkzame elementen uit het internationaal wetenschappelijk onderzoek aan te passen aan de Belgische situatie.

## Mobiele crisisteamen gericht op mensen met langdurige ernstige psychische problemen

Kortdurende en ongecompliceerde psychische problemen kunnen best opgevangen worden in ambulante consultaties. Om sneller toegankelijke zorg te bieden aan mensen met complexe noden op het vlak van geestelijke gezondheid in de thuisomgeving volstaat ambulante zorg, hoe goed uitgebouwd ook, echter niet. Om hospitalisaties en vooral veel voorkomende heropnames te voorkomen, en om de hospitalisatieduur te doen dalen blijkt zorg die aan huis, in de vorm van huisbezoeken wordt aangeboden een noodzakelijk ingrediënt (Burns e.a., 2007). Outreachende, mobiele teams vormen daarbij de basis van een gemeenschapsgerichte zorg, en de oprichting ervan introduceert ook in ons land een nieuwe vorm van geestelijke gezondheidszorg.

In de meest eenvoudige, basale vorm gaat het om generalistische, multidisciplinaire teams, met psychiaters, psychiatrisch verpleegkundigen, sociale werkers, psychologen en ergotherapeuten die zorg aan huis leveren binnen een geografisch omschreven 'catchment area' en zich daarbij bij voorkeur op patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA, Delespaul e.a. 2014) richten. In een groot aantal studies en systematische reviews bleken deze gemeenschapsgerichte mobiele teams ('community mental health teams') in vergelijking met op hospitaalzorg gebaseerde diensten duidelijke voordelen te bieden (Thornicroft & Tansella, 2003 en 2009; Caldas de Almeida & Killaspy, 2011)

- Toegankelijkheid tot de geestelijke gezondheidszorg voor mensen met lange termijn geestelijke gezondheidsproblemen is beter in deze gemeenschapsvoorzieningen dan in de traditionele psychiatrische hospitalen.
- De werking van deze teams is geassocieerd met een grotere tevredenheid van gebruikers en komt beter tegemoet aan hun noden. Ze zorgen voor een betere zorgcontinuïteit en meer flexibiliteit van de dienstverlening. Zo maken ze het mogelijk om vroeger herval te identificeren en te behandelen en de therapietrouw te verhogen (Killaspy, 2007).
- Gemeenschapsvoorzieningen zoals deze teams houden meer rekening met de mensenrechten van gebruikers en voorkomen stigmatisering.
- Studies over mobiele teams vinden een minstens even goede, en soms betere outcome op het vlak van therapietrouw en levenskwaliteit (Braun, 1981; Conroy et al 1994; Bond et al 2001).
- Studies suggereren ook dat zorg in de gemeenschap voor acute psychosen in het algemeen meer kosteffectief is dan zorg in de kliniek, hoewel deze resultaten niet kunnen gegeneraliseerd worden naar alle patiënten die een opname nodig hebben (Goldberg, 1991). Voor patiënten waarvoor een langdurig verblijf in een hospitaal nodig wordt geacht, bestaan goede kosteneffectieve alternatieven, in de vorm van residentiële gemeenschapsvoorzieningen, die door de patiënten zelf worden verkozen (Goldberg, 1991). Andere studies tonen aan dat wanneer deinstitutionalisering correct wordt uitgewerkt en goede gemeenschapsalternatieven worden uitgebouwd, patiënten die van het hospitaal naar de gemeenschap verhuisden minder negatieve symptomen hebben, een beter sociaal leven en meer tevredenheid (Leff, 1993; 1996).
- Mobiele teams blijken niet superieur op het vlak van symptoomreductie of verbetering van sociaal functioneren (Burns 2001; Tyrer e.a., 2003; Thornicroft e.a., 1998).

Binnen deze gemeenschapsteams wordt meestal 'case management' gebruikt als een manier om zorg en behandeling op een gecoördineerde en geïntegreerde manier toe te wijzen en te leveren. Van case management is aangetoond dat het redelijk effectief is om zorgcontinuïteit te verbeteren en om levenskwaliteit en gebruikerstevredenheid te verhogen. Minder duidelijk is of case management, als een methodiek om interventies aan te bieden, impact heeft op het gebruik van hospitalisatie.

In landen waar een goed uitgebouwde eerstelijns GGz is uitgebouwd werden modellen uitgewerkt om in de eerste lijn een deel van de case management voor EPA patiënten als veiligheidsnet over te nemen. Gedetailleerde, individuele zorgplannen, uitgewerkt in overleg met de gebruikers, met waarschuwingstekens van herval en crisisplannen kunnen dan in een collaboratieve werking tussen eerstelijns werkers en GGz specialisten worden gebruikt om patiënten met EPA langdurig te ondersteunen.

#### Case Management

Verskillende modellen van case-management worden onderscheiden, gebaseerd op de gewenste outcome (klinisch, netwerken, rehabilitatie) of het soort ondersteuning dat wordt geboden (passief of makelaarsmodel vs proactief). Case management richtte zich ook op specifieke doelgroepen (bijvoorbeeld forensische patiënten, ouderen, eerste psychose-patiënten...).

Globaal verschoof de focus van een 'administratief' makelaarsmodel naar een meer actief, klinisch gericht en vaak in de thuissituatie aangeboden model, aangeboden door goed opgeleide, ervaren hulpverleners die in team samenwerken en een individuele, meer beperkte case-load hebben. (Killaspy & Rosen 2011).

#### Assertive Community Treatment

Assertive Community Treatment (ACT) is een vorm van intensief klinisch case management door multidisciplinaire teams aangeboden in de thuisomgeving aan patiënten met complexe, ernstige, langdurige zorgbehoeften. Het model ontwikkelde zich uit het 'Training in community living' model in Wisconsin, USA (Stein & test 1980; Pieters 1992) en werd van bij de aanvang sterk wetenschappelijk onderzocht. Via Sydney, Australië (Hoult 1986) bereikte het Europa, waar het zich verder verspreidde. Doelgroep waren de zogenaamde draaideurpatiënten, die zonder deze zeer intensieve begeleiding voortdurend psychiatrische heropnames kregen.

Een aantal kenmerkende elementen onderscheiden ACT van het klassieke case-management, en zijn factoren die bepalend zijn voor de modelgetrouwheid van de ACT-benadering

- Een caseload van 10 patiënten per VTE tegenover 30 à 35 bij de case-management in de klassieke gemeenschaps GGz-teams
- Bereikbaarheid buiten kantooruren (8 tot 22u) en in weekends voor ACT, vs tijdens kantooruren voor klassieke teams
- Hoofdzakelijk begeleiding thuis en in de gemeenschap voor ACT vs op kantoor en thuis
- Assertieve, aanklappende benadering met praktische ondersteuning vs afspraken op kantoor of thuis
- Geen drop-out, maar engagement om continue zorg vol te houden vs ontslag indien contact niet kan bewaard worden
- Dagelijks teamoverleg en planning van zorgplannen vs wekelijkse teamvergaderingen

- Zoveel mogelijk gebruik maken van vaardigheden die in het team aanwezig zijn (psychiater, ergotherapie, verslavingskennis en ervaringsdeskundigheid vs het gebruik van externe diensten

ACT-teams blijven patiënten begeleiden in de gemeenschap, maar blijven betrokken bij opname. Ze werken met een team-benadering, waarbij alle teamleden voor alle patiënten kunnen werken. Dit veronderstelt snelle, dagelijkse communicatie, en sluit niet uit dat één teamlid de zorg coördineert en de contactpersoon is voor patiënt, diens omgeving en andere behandelaars.

Doordat ze vooral in de omgeving van de patiënt werken bieden deze teams ook veel steun voor families en omgeving. Daarnaast wordt de nadruk gelegd op het belang van het aanbieden van evidence-based interventies om tot positieve klinische outcomes te komen. Regelmatige opvolging van medicatie, cognitieve gedragstherapie, psychoeducatie en familie-interventies zijn vaak standaard-tussenkomsten, naast meer gespecialiseerde psychosociale interventies zoals Individual Placement en Support (IPS) (Gold e.a. om werk te vinden en behouden. Specialistische kennis over verslavingsproblemen zijn bij de doelgroep van de ACT-teams noodzakelijk. Daarnaast wordt een herstelgerichte houding meer en meer als belangrijk gezien, en de inschakeling van ervaringsdeskundigen wordt als een succesfactor beschouwd. Dit ook om, bij de moeilijk bereikbare doelgroep, het gebruik van dwang en drang voorkomen.

In Nederland ontwikkelde zich een 'hybride' vorm van ACT en het klassieke gemeenschapsteam, onder de benaming 'functie ACT' (FACT), recent herdoopt tot 'Flexible ACT' (Van Veldhuizen 2007). Dergelijke teams combineren de klassieke individuele case management benadering van de gemeenschapsteams met een intensievere ACT-team benadering voor de patiënten die in crisis zijn, en combineren kenmerken van de twee benaderingen, waartussen naadloos wordt geschakeld. Deze benadering voorkomt discontinuïteit in zorg voor de groep van moeilijk bereikbare patiënten die het na een tijd ACT-benadering beter stellen, maar bij een minder intensieve benadering door een ander team vaak weer in crisis gaan. Deze benadering zou ook voordeel bieden in meer rurale gebieden, waar de doelgroep voor een ACT-team te zeer verspreid leeft in een grote regio. Voor de FACT-benadering is een accrediteringssysteem uitgewerkt met eisen op het vlak van modelgetrouwheid.

Hoewel de wetenschappelijke discussie over de effectiviteit van ACT nog niet beslecht is bestaat er duidelijk overeenstemming over de effectiviteit van case management systemen van verschillende intensiteit om aan de individuele noden van gebruikers met langdurige psychische problemen tegemoet te komen.

Aan de minder intensieve pool volstaat mogelijks regelmatige medicatie-opvolging met ondersteunende counselling en coaching. Of deze vorm van case management door eerstelijns-liaison diensten kan worden opgenomen verdient verder onderzoek. Voor EPA met meer (zorg)behoeften en complexe, terugkerende GGz-problemen is er nood aan mobiele teams die in staat zijn om proactief en flexibel in te spelen op de crises en wisselende problemen die deze patiënten in het verloop van de tijd vertonen. Voor hen met de meest ernstige en persistente combinatie van problemen is ACT waarschijnlijk de meest effectieve vorm van dienstverlening (Killaspy & Rosen 2011).

## Mobiele crisisteamen gericht op mensen met acute psychische problemen

De Nederlandse psychiater Arie Querido (1935, 1968) pionierde in Amsterdam in de jaren (19)30 met een dienst die opnames probeerde te voorkomen. Hij werd daarbij geïnspireerd door de 'mental hygiene'-beweging in de VS, die het belang van de sociale omgeving voor mensen met psychische moeilijkheden benadrukte. Onder financiële druk van de economische depressie van de dertiger jaren probeerde hij opnames te voorkomen. Het experiment had succes en in de jaren '60 verzorgden 12 psychiaters en 25 sociaal werkers een 24-uurs beschikbare thuiszorg voor heel Amsterdam. In 1974 ontwikkelden Stein (1991, 1993) in de VS en Hoult (1991) en Rosen in Sydney een systeem van psychiatrische gemeenschapszorg dat ook een element van acute crisisopvang in de maatschappij omvatte, met de uitdrukkelijke bedoeling psychiatrische opnames te voorkomen.

Vanaf eind jaren negentig werden Crisisteamen breed ontwikkeld in het VK, als deel van (en reactie op) de sterke deinstitutionalisering die zich daar afspeelde. Ze staan daar bekend als 'Crisis resolution and home treatment teams' (Johnson e.a. 2008). In Nederland werden ze bekend onder de term Psychiatrische Crisiszorg Thuis (PCT) of Sociaal Psychiatrische Intensieve Thuis Service (SPITS). Ook de termen Intensive Home Treatment (IHT) en 'geambulante opname kliniek' verwijzen naar deze opnamevervangende benadering (Van Veldhuizen 2004).

Het primaire doel van de crisisteamen bestaat erin om psychiatrische opnames te voorkomen of te bekorten. In vele landen functioneren dergelijke teams daarom als 'poortwachter' van het residentiële psychiatrische systeem: zonder assessment van het team is dan geen hospitalisatie mogelijk. Tevens gaat het team actief op zoek in het ziekenhuis naar patiënten die kunnen worden ontslagen. Het concrete behandeldoel bestaat er dan in om op korte termijn een ambulante behandeling te starten of te hernemen of andere vormen van (deeltijd – of dag-) behandeling aan te bieden.

Patiënten in crisis worden bij het crisisteam meestal aangemeld door huisartsen (of andere eerstelijns werkers) of door medewerkers van andere mobiele teams: de 'algemene' community mental health teams die gestabiliseerde patiënten met EPA thuisbegeleiding bieden, of de gespecialiseerde assertive outreach teams, of teams voor patiënten met een vroege psychose. Wanneer de patiënten van die teams in crisis gaan neemt het crisisteam dan over (tenzij bij FACT-teams, die dan zelf de geboden zorg kunnen intensifiëren). Een deel van de verwezen patiënten is dus nieuw in de GGz. Bij hen zal het crisisteam eerste diagnostiek uitvoeren, waarna - indien nodig- een (ambulant) vervolg traject wordt uitgestippeld. Bij patiënten in crisis die reeds een behandelaar hebben is continuïteit het doel. Het crisisteam biedt dan geen op zichzelf staande behandeling, maar stelt –in samenwerking en overleg- behandelaars in staat tijdens crises of verstoringen toch met de behandeling voort te gaan. Het multidisciplinair crisisteam, bestaande uit (psychiatrisch) verpleegkundigen, een psychiater, sociaal werker(s), en andere functies (psycholoog, ergotherapeut, ...) biedt daartoe kortdurende intensieve psychiatrische thuiszorg (met thuisdiagnostiek en thuisbehandeling). De interventies bestaan uit praktische ondersteuning, medicatie, en familie-interventies.

De begeleiding van een crisisteam duurt meestal maximaal 6 weken (soms met een verlenging van nog eens 6 weken). Van Veldhuizen (2004) beschrijft daarin verschillende fasen:



- Opstartfase: het crisisteam start zonder wachttijd. Via een zorgoverleg met verwijzer/ behandelaar, patiënt, thuismilieu en het crisisteam (verpleegkundige en zo mogelijk ook psychiater) worden de behandeldoelen en -middelen afgesproken, hoe zorg en veiligheid worden georganiseerd en welke rol de ambulante behandelaar heeft. Dit wordt vastgelegd in een behandelplan. Het overleg vindt zoveel mogelijk plaats bij de patiënt thuis of bij de verwijzer.
- Acute thuiszorg fase: De eerste weken zijn het meest intensief. Dan is er dagelijks of zelfs 2 x daags huisbezoek mogelijk. Soms kan een huisbezoek 2 uur of langer duren. Gezien de intensiteit van de zorg komen verschillende teamleden bij patiënt thuis. Meestal zal toch één teamlid, dat betrokken was bij het opstellen van het behandelplan een coördinerende rol opnemen en zoveel mogelijk het contact met patiënt en diens omgeving opnemen. Deze houdt tevens contact met behandelaar en huisarts. Communicatie binnen het crisisteam is daarbij cruciaal. Teamleden zijn in deze fase actief ondersteunend en helpend bij concrete problemen (bijvoorbeeld in het huishouden). In deze fase kan het wenselijk zijn dat andere disciplines meegaan op huisbezoek (de psychiater, sociaal werker, psycholoog of systeem-psychotherapeut). In deze fase kan het tevens nuttig zijn snel te starten met bijvoorbeeld dagbehandeling, ter ontlasting van de omgeving of om uitgesproken inactiviteit te doorbreken of dagstructuur te bieden nuttig lijkt.
- Rustige thuiszorgfase: binnen een tweetal weken is de situatie vaak rustiger geworden en kan de frequentie van huisbezoeken worden verlaagd. In deze fase wordt het definitieve verpleegplan in het teamoverleg opgesteld, besproken met patiënt, familie en behandelaar en vervolgens vastgelegd. Zo nodig wordt beroep gedaan op multidisciplinaire diagnostiek.
- Afbouwfase: In deze fase zal de coördinerend verpleegkundige zoveel mogelijk de huisbezoeken doen en wordt actief gewerkt aan de afronding, de aanstaande beëindiging van het contact en de opbouw van de andere noodzakelijke contacten met hulpbronnen. Eventueel vindt in deze fase verwijzing naar andere hulpverleners / programma's plaats in overleg met de behandelaar.
- Afsluiting en verslag: De coördinerend verpleegkundige heeft zich vergewist van de verdere continuïteit van behandeling elders en zorgt voor schriftelijk (met de cliënt besproken) eindverslag naar behandelaar en huisarts en dossier.

De patiënt (en diens naasten of familieleden) wordt door het crisisteam geholpen om in de eigen context actief in de behandeling te participeren, zodat uit de crisis winst kan worden gehaald in de vorm van gedragsverandering en nieuwe inzichten. Het crisisteam 'voegt zich in' in het milieu en het leven van de patiënt. De samenwerking met familie en huisgenoten verloopt daarbij natuurlijker dan in de kliniek.

Indien er een ambulante behandelaar is behoudt die de verantwoordelijkheid voor de behandeling. Wanneer er (nog) geen ambulante behandelaar is, zal eerst de psychiater van het crisisteam deze taak vervullen. Tegelijkertijd gaat het team met spoed op zoek naar een ambulante behandelaar, zodat een 'warme overdracht mogelijk is, terwijl het crisisteam nog betrokken is. Zo kan continuïteit van zorg geboden worden na de crisisperiode.

Om bijkomende ondersteuning te bieden naast ambulante behandeling moet het crisisteam flexibel werken. Dat vraagt duidelijk afspraken tussen patiënt, ambulante behandelaar en het team. Daarom dient elke patiënt een toegankelijk behandelplan te hebben, waarin ieders taken en verantwoordelijkheden duidelijk omschreven staan. Ook de 7 x 24 uren telefoon en afspraken rond "Bed op Recept" behoren daarbij.

Andere belangrijke thema's in de werking van de crisisteams zijn crisisinterventie, risicotaxatie, behandeltrouw, dwang en drang en transculturele aspecten. Ook het werken met patiënten die vaak in crisis komen, en met specifieke doelgroepen, bijvoorbeeld met ouderen, verdient aandacht.

