



Eén en één is meer dan twee

De dagelijkse praktijk is ons vertrekpunt”, steekt neurochirurg en hoogleraar professionele ontwikkeling Saskia Peerdeman van wal. Ze is pragmatisch, nuchter, doortastend en charmant. Kwalificaties die je ook kunt plakken op de opzet en aanpak van de teamtrainingen van TeAMS.

“Ons uitgangspunt is om de teams te trainen die in de dagelijkse praktijk met elkaar samenwerken. Train situaties die je kunt tegenkomen in die dagelijkse praktijk. En train de teamvaardigheden die je bij wijze

van spreken 's avonds al kunt toepassen. Zo blijven we heel dichtbij onze kerntaak patiëntenzorg en heel dichtbij de mensen die daadwerkelijk voor de patiënt werken. Als een team goed samenwerkt, is dat van toegevoegde waarde voor de patiënt.” In Amsterdam UMC locatie VUmc zijn drie soorten teams in de patiëntenzorg geïdentificeerd: voor acute situaties, complexe situaties, en reguliere teams – denk aan het multidisciplinair overleg (MDO).

ACUTE SITUATIES

Bij acute teams – reanimatie, SEH – kunnen de individuen wisselen, maar de rollen zijn bekend; je hebt altijd een anesthesist nodig, een internist, een verpleegkundig expert. Trainingen voor acute situaties binnen de anesthesie, de IC en verloskunde en gynaecologie bestaan al langer. “We zijn daar naar verdieping gaan zoeken. En aan andere afdelingen hebben we gevraagd welke acute situatie ze graag willen trainen.” Enkele voorbeelden: een zwangere vrouw in



barensnood, een acute situatie op de OK, een acute reanimatie op de revalidatie, een acuut benauwde patiënt op KNO. En op Saskia's eigen afdeling een reanimatie van een patiënt met een haloframe – hoe kun je zo iemand een hartmassage geven?” (zie kader). De afgelopen vijf jaar zijn zo voor diverse, mogelijke problemen en acute situaties teamtrainingen verzorgd.

COMPLEXE SITUATIES

Bij complexe situaties zijn noch de rollen, noch de personen van tevoren bekend. Saskia: “Daar richten we onze trainingen

op de verschillende communicatiestijlen van de teamleden. De een zegt: laten we het nu doen. De ander: nee, laten we er zorgvuldig over denken voordat we het doen. De ander zegt: laten we het samen doen. Dat zijn verschillende stijlen en je kunt elkaar dan verkeerd interpreteren. Voor je

⋮ *'Je kunt nog zo goed zijn in je eentje,*
⋮ *maar je hebt echt iedereen nodig.'*
⋮

het weet heb je een clash. Het gaat er om je daarvan bewust te zijn en elkaars stijl en standpunt te respecteren, zodat je tot een gezamenlijk beleid kunt komen binnen de mogelijkheden die er op dat moment zijn. Als er externe omstandigheden zijn, die je niet kunt beïnvloeden – geen beschikbare OK bijvoorbeeld– heeft het ook weinig zin om op elkaar te gaan schelden.”

Waar ligt het sleuteltje?

Een haloframe bestaat uit een ring (halo) rond het hoofd en is met vier pennen aan de schedel bevestigd. Met stangen is de ring bevestigd aan een vest dat past op het bovenlichaam. Met het Haloframe wordt cervicale stabiliteit gehandhaafd waarmee secundair nekletsel kan worden voorkomen. Een patiënt met een haloframe inclusief borstvest – een constructie om nekwerfels te stabiliseren – krijgt een hartinfarct op de afdeling. Allereerst moet dat borstvest losgemaakt. Waar ligt het sleuteltje om het vest los te maken? Wie maakt het vest los? Wat is de rol van de verpleegkundige? Wie belt het reanimatieteam? Wie is in de lead? Wie werkt met wie samen? Hoe communiceer je? Allemaal heel praktische zaken voor de teamvaardigheden die voor die acute situatie nodig zijn.

REGULIERE SITUATIES: HET MDO

Het MDO is ook een team en kent meestal dezelfde rollen en dezelfde mensen. Meestal heeft een patiënt een ziekte en daar buigt zich dan een heel team over. Saskia: “In zo'n MDO is iedereen gericht op de inhoud, maar heeft minder tijd om te kijken naar de inrichting van het proces en of de communicatie wel optimaal en efficiënt gebeurt. Daar kijken we in een training naar.” Allereerst vullen alle deelnemers vragenlijsten in, ingedeeld per fase: hoe werd de patiënt aangemeld, hoe was de discussie, de samenvatting, weet iedereen wat hij moet doen, bleek iedereen genoeg geraadpleegd, is duidelijk wie het beleid moet opvolgen, et cetera. Ook komen aspecten als veiligheid, sfeer en cultuur aan bod. Daarnaast zijn er twee mensen die het proces zelf observeren, dat zijn getrainde psychologen, sociologen, coaches.

APK

De uitkomsten van de vragenlijsten en observaties worden op een inzichtelijke manier gepresenteerd: per fase en thema verschijnen groene, oranje of rode staafjes. “Zo kun je met het team meteen inzoomen

Verruim je blik

“Je kunt nog zo goed zijn in je eentje, maar je hebt echt iedereen nodig. Die bewustwording, dat is de kern van TeAMS. Door elkaar ruimte te geven om expertise in te brengen, word je zelf ook beter en krijgt de patiënt state of the art adviezen vanuit alle perspectieven. Ik leer van het MDO neuro-oncologie, omdat de stralingsarts de nieuwe ontwikkelingen vanuit zijn of haar perspectief inbrengt. Die hoef ik dan niet te lezen. Datzelfde geldt voor alle andere disciplines die daar aan tafel zitten. Bijvoorbeeld voor de verpleegkundig specialisten die met een andere blik naar de patiënt kijken, die weet hebben van zijn thuissituatie. Verruim je blik en schep een cultuur zodat een en een meer dan twee kan worden.”

op oranje en rood; zaken die beter kunnen, volgens het team zelf. Ze gaan daar vervolgens zelf mee aan de slag.” Het trainingsteam wil geen politieagent zijn. Hoe houd je dan toch de voortgang in de gaten? “We hebben besloten om de twee jaar een soort apk-keuring te doen. Waarom is er wel of niets gebeurd, is er op een onderdeel verdieping nodig? Indien nodig maken we weer een training op maat. Met kleine stapjes werken we aan zelfreflectie en aan bewustwording om de teamvaardigheden te optimaliseren. Zo'n klein stapje is bijvoorbeeld dat nu ook de overwegingen om tot een bepaald beleid te komen worden opgenomen in het verslag van het MDO. Als je niet aanwezig was bij het overleg en de patiënt

⋮
⋮
⋮
⋮
⋮
*'Als een team goed samenwerkt,
is dat van toegevoegde waarde
voor de patiënt'*

later op de poli treft, kun je beter uitleggen waarom gekozen is voor dit beleid. Een heel simpel dingetje, met grote effecten.” Ze plaatst een kanttekening: als er echt iets mis is in het team, signaleert deze werkwijze dit wel, maar zijn er andere interventies nodig om het op te lossen.

NUTTIG

Elke training wordt geëvalueerd. De scores liggen altijd boven de acht en 100% zou het ook aan een ander aanbevelen. “Ik probeer altijd bij mezelf na te gaan of zo'n training weerstand oproept. Het moeten geen straffekampjes worden. Het invullen van zo'n vragenlijst, bijvoorbeeld. Dat roept bij mij een klein beetje weerstand op. Maar als je dan ziet hoeveel het oplevert! De weerstand neemt sowieso af, mensen beginnen zelfs om onze trainingen te vragen. Juist in deze periode van veranderingen vanwege de alliantie tussen VUmc en AMC is het belangrijk dat mensen het gevoel hebben dat ze hun autonomie kunnen behouden. Ook dat kunnen

we bewerkstelligen met onze teamtrainingen. De maatschappij om ons heen verandert, de ziekenhuisorganisatie verandert, maar als je de teams traint die met elkaar samenwerken, de situaties die je dagelijks tegenkomt, en de vaardigheden die noodzakelijk zijn, gaan we met elkaar vooruit.”

BETER

Een zonnig verhaal, maar harde gegevens over een gunstig effect op de patiëntenzorg zijn vrijwel onmogelijk. “De context verandert zo snel”, verklaart Saskia. “Twee jaar geleden was de patiënt die ik trof veel minder complex. Hoe kun je dan vergelijken? Maar elk team dat je traint wordt beter. Ik vind het onzinnig om daar vraagtekens bij te zetten.”

website: www.vumc.nl/teams

Tekst Wilma Mik

Verhaal uit:

8 x 2 verbeterverhalen uit umc's

NFU-consortium Kwaliteit van Zorg 2019