



## Mobiel Crisis Team

**NETWERK: Leuven-Tervuren**

**CONTACT PERSOON: Jeroen Decoster**

**TELEFOON: 016 34 08 76**

**MAIL : [jeroen.decoster@uzleuven.be](mailto:jeroen.decoster@uzleuven.be)**

Het Mobiel Crisis Team (MCT) Leuven voorziet met een multidisciplinair team van psychiatrisch verpleegkundigen, maatschappelijke werkers, psychologen en psychiaters, door middel van een gecombineerd poliklinische en outreachend zorgaanbod, een volwaardig alternatief voor een (gedwongen) psychiatrische crisisopname.

Het geeft hiermee gestalte aan functie 2a binnen de regio arrondissement Leuven + zorgregio Tervuren en wordt bekostigd door het buiten gebruik stellen van erkende psychiatrische bedden binnen de voorzieningen van het artikel 107. Het MCT vervolledigt het crisis-psychiatrische aanbod en werkt hiervoor nauw samen met de psychiatrische dienstverlening op de spoedgevallendiensten en de crisis-opnameafdelingen binnen de regio.

Het MCT Leuven vertaalde buitenlandse modellen succesvol naar de Belgische context.

L'équipe mobile de crise (MCT) de Louvain, est composée d'une équipe pluridisciplinaire d'infirmiers psychiatriques, de travailleurs sociaux, de psychologues et de psychiatres, son but est d'offrir une alternative à part entière à une admission (forcée) pour les usagers en situation de crise, en proposant une offre combinant des soins polycliniques et d'outreaching.

La MCT a pour effet de donner une forme concrète à la fonction 2a dans la région de l'arrondissement Louvain et de Tervuren », elle est financée par le gel de lits psychiatriques agréés dans les structures Art. 107.

Elle complète l'offre de soins psychiatriques de crise et, pour ce faire, collabore étroitement avec le service psychiatrique des services d'urgences et des unités d'hospitalisation de crise de la région.

La MCT Leuven a transposé avec succès des modèles étrangers dans le contexte belge.

### 1. Netwerk en Werkingsgebied

Het werkingsgebied van het Mobiel Crisis Team Leuven valt samen met dat van het zorgnetwerk geestelijke gezondheidszorg in de projectregio "arrondissement Leuven + zorgregio Tervuren". Het gaat om het oostelijke deel van de provincie Vlaams-Brabant; een gebied van 50 km (vogelvlucht oost-west) bij 40 km (vogelvlucht noord-zuid). In het westen wordt de regio aangevuld met de gemeenten Hoeilaart, Overijse, Zaventem, Kraainem en Wezembeek-Oppem die samen met Tervuren de zorgregio Tervuren vormen. Deze zorgregio wordt in samenspraak met de projectpromotor van arrondissement Halle-Vilvoorde mee door ons project bediend, voornamelijk vanwege de vlottere bereikbaarheid. In het beschreven werkingsgebied wonen ongeveer een half miljoen inwoners, met tussen 2010 en 2030 een verwachte groei van 10%.

In de projectregio was in 2010 volgend GGZ-zorgaanbod aanwezig: 7 Psychiatrische Ziekenhuizen, 2

Psychiatrische Afdelingen Algemeen Ziekenhuis, waarvan 1 kinderpsychiatrische afdeling, 2 Centra Geestelijke Gezondheidszorg met binnen de projectregio 7 vestigingen (8 adressen), 6 Initiatieven Beschut Wonen, 6 teams Psychiatrische Zorg in de Thuisituatie / Zorg aan Huis, 2 Psychiatrische Verzorgingstehuizen, 5 voorzieningen met een R.I.Z.I.V.-conventie en een opdracht in de geestelijke gezondheidszorg, 2 forensische outreachteams (voor volwassenen en voor jongeren), 1 kinderpsychiatrisch outreachteam (tot de leeftijd van 18 jaar), 1 team Vroege Detectie en Interventie Psychose, 5 ontmoetingscentra, 4 dagactiviteitencentra, 2 diensten voor activeringstrajectbegeleiding, bekend onder de naam 'ECHO-Groot Leuven', 1 buddywerking en ongeveer 105 zelfstandige therapeuten en psychologen (arrondissement Leuven).

Bij de start van het project waren er voor de regio 1300 'psychiatrische bedden' voor volwassenen beschikbaar; 260 bedden/100.000 inwoners.

Functie 2a, outreachende zorg in crisissituaties, wordt voor de volledige regio aangeboden door het Mobiel CrisisTeam Leuven (MCT Leuven).

## **2. Werking MCT Leuven**

Het MCT staat voor multidisciplinaire zorg in de thuisituatie bij patiënten in acute psychiatrische en/of emotionele crisis. Onze werking steunt op vier pijlers: (1) het grondig individueel en systemisch in kaart brengen van de huidige problematiek, (2) het deskundig behandelen van de crisis, (3) het maximaal ondersteunen en versterken van het aanwezige systeem, in nauwe samenwerking met de reeds betrokken hulpverleners en (4) indien nodig opstarten van bijkomende zorg. Daarbij staat het leveren van zorg op de plaats van de acute crisis (outreach) steeds centraal.

Het MCT is 7 dagen op 7 operationeel, met mogelijke contactmomenten tussen 8u00 en 21u op weekdays en tussen 8u30 en 17u tijdens het weekend. Daarnaast wordt er 24/7 telefonische permanentie voorzien, dankzij de nauwe samenwerking met de EPSI-unit op campus Gasthuisberg (EPSI = Eerste Psychiatrische Spoed Interventie). We stellen aan de verwijzers (professionele hulpverleners) voorop om binnen 12u tot 24u een eerste afspraak te kunnen maken.

We streven naar een maximaal actieve caseload van 25 patiënten, bij wie de duur van de begeleiding varieert van enkele dagen tot een 6-tal weken. De contacten gebeuren bij voorkeur op verplaatsing (bij de patiënt thuis of elders), maar kunnen ook poliklinisch. Meerdere contactmomenten per dag zijn mogelijk. Wanneer een frequentie van één contact per week volstaat, is een andere zorgvorm vermoedelijk (opnieuw) beter geschikt.

Met het MCT richten we ons zo op de zogenaamde psychiatrische 'urgency' (dringende hulp nodig om een noodgeval te vermijden) en vormen we een complementaire schakel binnen het reeds bestaande, zorgvernieuwend crisispsychiatrische aanbod binnen de regio. Er schuilt een grote kracht in de nauwe samenwerking met de psychiatrische dienstverlening binnen de spoedgevallendienst van UZ Leuven (EPSI), die een aanbod vormt in het geval van psychiatrische 'emergency' (noodgeval, meteen hulp nodig).

Ook een goede samenwerking met de diensten uit onze regio die werk leveren op het vlak van vroegdetectie, screening en diagnosestelling (voornamelijk in de psychosezorg), zorgt voor een vlotte schakeling met de eerste functie uit het overheidsprogramma. Wanneer een (korte) opname voor intensievere zorg nodig is, wordt tevens vlot samengewerkt met de psychiatrische ziekenhuizen in onze regio, die de vierde functie waarmaken. Verder kunnen natuurlijk vanuit elke functie binnen de regio patiënten aangemeld worden voor een crisisbegeleiding door het MCT.

### 3. MCT op de rails

De MCT-werking werd hoofdzakelijk voorbereid door het beleidsteam van de EPSI-werking, dat reeds langer had ervaren dat psychiatrische crisisinterventie meer moest inhouden dan een permanent psychiatrisch team op de dienst spoedgevallen. Een dergelijk team, zeker in combinatie met de mogelijkheid tot korte (middelengerelateerde) crisisopnames van maximaal 5 dagen en/of een 4-tal opvolggespreken, was nochtans reeds een performant, zorgvernieuwend concept. Deze zorgvernieuwende ervaring en het daarmee gepaard gaande enthousiasme was nodig om de voorgenomen, multidisciplinaire en outreachende MCT-werking op de rails te zetten. Echter, de trein kreeg pas vaart toen er ook 30u medisch-psychiatrische functie aan gekoppeld werd, mét outreachmogelijkheid. En pas toen ook het management van het sterkst betrokken psychiatrisch ziekenhuis volop in het project ging geloven (met evolutie van 5 VTE naar 10 VTE over een 2-tal jaar, verbetering van de uitvalsbasis, bekendmaking binnen het netwerk, toekennen van dienstwagens, ...), ging het pas echt lekker lopen.

In de voorbereidende, maar zeker ook in de implementatiefase bleek het onontbeerlijk om de lijnen met de partners uit de eerstelijns, huisartsen op kop, kort te houden. Hun inbreng, medewerking en feedback waren noodzakelijk om het project op de lokale zorgnoden af te stemmen en het zowel intern als extern de nodige ruchtbaarheid en geloofwaardigheid te bezorgen.

### 4. Toewerken naar ideaal MCT-model

Bij de ontwikkeling van het MCT Leuven werd beroep gedaan op interne ervaring (zie hierboven), maar ook op buitenlandse modellen. Voornamelijk de *Crisis Resolution and Home Treatment* aanpak, sinds de jaren '90 van de twintigste eeuw gebruikt in het Verenigd Koninkrijk, stond model. Ook de vertalingen van dit Britse model naar de Noorse en Nederlandse context, werden op hun beurt een voorbeeld voor de vertaling naar onze Belgische context. Deze vertalingsoefening is nog grotendeels aan de gang, niet in het minst omdat de omgeving waarin het MCT-model wordt geïmplementeerd nog volop in verandering is. Verdere zorg-organisatorische veranderingen binnen de GGZ zullen zowel baat hebben bij een goed functionerend MCT als een vlottere MCT-werking mogelijk maken.

Cruciaal in ons huidige MCT-model zijn de onderstaande factoren, waaruit mogelijk ook indicatoren kunnen worden afgeleid.

(i) Vooreerst vormt het MCT in veel gevallen een **volwaardig alternatief voor een psychiatrische opname** tijdens crisis, het moment bij uitstek waarop, binnen onze Belgische context, traditioneel aan dringende psychiatrische opname wordt gedacht. De **multidisciplinaire benadering**, waarbij zowel de expertise van de psychiatrisch verpleegkundige, de maatschappelijk werker, de psycholoog als de psychiater bij een psychiatrische crisis kan worden ingezet, is hier mogelijk het centrale gegeven. Voorheen kon deze multidisciplinaire aanpak bij een acute psychiatrische crisis enkel aangeboden worden binnen een residentiële setting.

*In 2014 vormde het MCT voor 86% van de geïncludeerde patiënten een alternatief voor opname.*

*In 2014 bestond het MCT uit 1 VTE teamcoördinator, 5VTE psychiatrisch verpleegkundige, 2 VTE maatschappelijk werker, 1,4 VTE psycholoog en 30u psychiater (i.o.).*

(ii) Zeer belangrijk is ook dat onze volledige MCT-werking **gericht is op crisis en niet op stoornis**. Het vaststellen van een eventueel aanwezige psychiatrische diagnose, blijft natuurlijk belangrijk om een adequate behandeling te kunnen initiëren/continueren, maar zal niet de initiële doelstelling vormen bij een eerste contact. Deze benadering zorgt voor het afwezig zijn van probleem gebonden inclusie- en/of exclusiecriteria, waardoor niemand uit de boot valt. Deze manier van werken kan dan ook bogen op de generalistische handvaten die eigen zijn aan het crisismodel. Deze handvaten en de uitwerking ervan, gaan perfect hand in hand met de principes van **empowerment**; naast vermaatschappelijking, een tweede mooie en belangrijke evolutie binnen de GGZ-hervorming.

*In 2014 werd 10% van de aanmeldingen niet geïncludeerd, louter omdat het crisisaspect niet groot genoeg was en andere zorgvormen meer aangewezen waren.*

(iii) De eerder beschreven schakeling met de EPSI-werking op de dienst spoedgevallen en de EPSI-unit (beide ook geconceptualiseerd vanuit het crisismodel) is cruciaal voor onze werking. Beide zorgvormen zijn ook vruchten van een zorgvernieuwende impuls die op zoek ging naar oplossingen voor herhaalde aanmeldingen op de dienst spoedgevallen omwille van een psychiatrische problematiek en/of overbodige, en misschien zelfs contra-geïndiceerde langdurige psychiatrische hospitalisaties. Een **nauwe samenwerking tussen Mobiel CrisisTeam, psychiatrische dienstverlening op een algemene spoedgevallendienst en een afdeling voor (ultra-)korte, psychiatrische crisis-hospitalisatie** lijkt ons in de Belgische context noodzakelijk om een feitelijke poortwachtersfunctie naar (langdurige) residentiële zorg waar te kunnen maken.

*In 2014 werd 14% van de patiënten binnen de MCT werking gehospitaliseerd, 43% van hen op een afdeling voor (ultra-)korte psychiatrische hospitalisatie.*

*In 2014 werd 39% van de MCT patiënten aangemeld vanuit de spoedgevallendienst.*

(iv) Daar waar veel zorgvormen serieel geschakeld zijn, is de MCT-werking meestal **parallel** geschakeld met ander zorgvormen. Het MCT zal heel dikwijls het reeds aanwezige hulpverlenersnetwerk tijdelijk aanvullen/versterken en waar nodig aanhalen of *de novo* installeren. In dit laatste geval wordt er werk gemaakt van continuïteit van de zorg door overlap in zorgperiodes. Parallel werken vereist verhoogde aandacht voor communicatie met de betrokken huisarts, mantelzorger, begeleider, therapeut en/of psychiater. Dit natuurlijk steeds in overleg met patiënt.

(v) Om de geschetste werking mogelijk te maken, stellen we het principe van **shared caseload** als voorwaarde, waarbij we beseffen en ook zelf ondervinden dat dit vernieuwend is binnen ons huidige GGZ-landschap. Het werken met het principe van *shared caseload* wordt mogelijk gemaakt door binnen het team zeer expliciet een klinisch coördinator aan te duiden, die bij afwezigheid dan ook in deze functie wordt vervangen. De klinisch coördinator verwerkt de nieuwe aanmeldingen, maar ook de oproepen van patiënten (en hun netwerk) die we reeds begeleiden, en kan zo voortdurend de meest optimale werkverdeling nastreven. Dit vergt natuurlijk flexibiliteit van alle MCT-teamleden. De klinisch coördinator houdt ook het crisisbord *up-to-date*. Rond dit crisisbord, waarop elke actieve MCT-patiënt staat vermeld, wordt bij het begin van elke shift gedurende een half uur teambriefing gehouden. Naast de briefings aan het crisisbord, maken ook het gezamenlijke beheer van het elektronisch dossier en de vaste teamvergaderingen, met patiëntbespreking op indicatie, het werken met een *shared caseload* gemakkelijker.

(vi) Het MCT kan vermoedelijk pas echt een meerwaarde vormen binnen een vermaatschappelijk GGZ-landschap wanneer het in staat is om **onmiddellijk en outreachend** te werken. Op elk moment snel reageren kan enkel maar wanneer het team voortdurend iets onder zijn maximale capaciteit draait. In onze werking, vermoedelijk nog niet op volle capaciteit (cfr. hieronder), ondervonden we dat onze flexibiliteit sterk vermindert wanneer we meer dan 20 à 25 patiënten in begeleiding hebben. In de Belgische context met ook voor psychiatrische problematiek vlotte en rechtstreekse toegang tot de spoedgevallendienst, wordt (nog?) niet veel de vraag gesteld naar een uiterste snelle reactie (binnen enkele uren) door het MCT. We blijven echter wel een eerste contact binnen de 24 uur nastreven. Ook blijven we ervan uitgaan dat elke patiënt minstens één keer tijdens een huisbezoek gezien wordt, liefst zo snel mogelijk tijdens de begeleiding. Een MCT dat alleen maar huisbezoeken doet, lijkt pas noodzakelijk wanneer poliklinische zorgvormen ook multidisciplinair en flexibel georganiseerd worden en er enkel op een MCT beroep gedaan wordt wanneer de poliklinische zorgvorm bij crisis niet voldoende en/of niet doeltreffend is.

*In 2014 werden 68,5% van de MCT patiënten gezien binnen de 24 uur na aanmelding, 85,4% binnen de 48uur.*

*In 2014 werd 59% van de MCT patiënten thuis bezocht, gebeurde er gemiddeld 1,9 huisbezoek per patiënt en voor elke patiënt afzonderlijk was gemiddeld 41% van de contacten een huisbezoek.*

*In 2014 stonden er gemiddeld 30 patiënten op het crisisbord.*

Aanvullend staan we nog even stil bij de grootte van het team en het werkingsgebied. Wanneer we ons baseren op vermaatschappelijkte GGZ-organisatiemodellen kunnen we stellen dat er een volwaardig MCT (van 12 tot 16 VTE) nodig is per 250.000 inwoners, uitgaande van een relatief vlotte bereikbaarheid. Een groter team om een groter gebied te bestrijken, lijkt niet te werken omdat dit een vlotte interne communicatie, noodzakelijk voor *shared caseload*, in de weg staat.

De ontwikkeling van ons MCT gebeurde binnen een regionale zorgorganisatie die pas de eerste stappen richting vermaatschappelijking van de GGZ zette, maar wanneer deze vermaatschappelijking zich voortzet of opdat deze zich zou kunnen voortzetten, lijkt (minstens) een verdubbeling van de huidige MCT capaciteit noodzakelijk. Om de hierboven geschetste inhoudelijke manier van werken mogelijk te houden, lijkt dit het best te gebeuren door het werkingsgebied op te splitsen en een tweede MCT te installeren. Beide teams blijven binnen hetzelfde netwerk natuurlijk best op een identieke manier werken, waardoor een overkoepelende aansturing noodzakelijk lijkt.

## 5. Lessen geleerd tijdens 3,5 jaar MCT Leuven

- Voorzie bij de start van een MCT meteen voldoende medisch-psychiatrische uren.
- Start een MCT met voldoende bestaffing en voldoende samenwerkingsmogelijkheden om elke dag van het jaar werkzaam te kunnen zijn en 24/7 bereikbaar te zijn voor aanmeldingen en telefonische interventies.
- Voorzie voldoende logistieke middelen om vlot de outreach-functie te kunnen waarmaken.
- Betrek bij de ontwikkeling en bekendmaking van de MCT-werking hulpverleners uit de eerste lijn, in het bijzonder huisartsen.
- Werk nauw samen met of voorzie psychiatrische dienstverlening binnen de spoedgevallendienst van het algemeen ziekenhuis.
- Werk nauw samen met een crisisafdeling, uitgerust voor en ervaren in korte hospitalisaties.

- Gebruik enkel regio- en leeftijdsgebonden\* exclusiecriteria. Includeer enkel deze situaties met voldoende crisisgehalte, waarbij de MCT-zorgvorm een meerwaarde kan betekenen en/of een opname kan vermijden.
- Werk multidisciplinair en met een shared caseload.
- Doe inspiratie op in binnen- en buitenland en laat uw werking visiteren door experts.
- Ambieer een poortwachterspositie in uw zorgnetwerk.

\* Ons MCT includeert, volgens de instructies van het overheidsprogramma, personen tussen 16 en 65 jaar. Het lijkt ons echter logisch dat elke leeftijdsgroep op een MCT-werking beroep kan doen. Wel verdienen de precieze leeftijdsgrenzen van de eventueel aparte doelgroepen nog grondig onderzoek en bijhorende discussie.

