

## **I. NAAM VAN HET NETWERK**

Netwerk Geestelijke Gezondheid Kinderen en Jongeren (GGKJ) Oost-Vlaanderen.

## **II. NETWERKING IN FUNCTIE VAN HET PROGRAMMA ASSERTIEVE ZORG**

### **Overzicht van de overlegmomenten werkgroep template assertieve zorg in 2015 en 2016**

De werkgroep template assertieve<sup>1</sup> zorg doorliep een proces waar de inhoud en samenstelling van de werkgroep gaandeweg evolueerden. De samenstelling van de werkgroep (*d.d. 26/02/2016*) en het algemene overzicht van de acht overlegmomenten zijn terug te vinden in bijlage 1. Dit overzicht houdt uiteraard geen rekening met diverse bilaterale contacten, subwerkgroepen, enz.

### **Samenwerking met partners uit andere sectoren**

Zie bijlage 1 voor de samenstelling van de **werkgroep template assertieve zorg** en de intersectorale samenwerking die van daaruit plaatsvindt. Verschillende leden van de werkgroep (*waaronder de voorzitter van de werkgroep, de netwerkcoördinator GGKJ Oost-Vlaanderen, en een psychiater van een ForK-outreachingproject*) maken effectief deel uit van de **werkgroep intersectorale hulpprogramma**, o.a. met het oog op de link tussen beide dossiers. De mogelijkheid tot interactie over de template assertieve zorg werd op de **twee netwerkfora** (*op 19/11/2015 en 21/01/2016*) van GGKJ Oost-Vlaanderen geboden. Er werden door verschillende werkgroepleden **bilaterale contacten** gelegd i.f.v. evaluatie en bijsturing van voorbereidende teksten. Alle stemgerechtigde en niet-stemgerechtigde leden van het netwerkforum en **betrokken of geïnteresseerde partners, zorgcircuits** (*o.a. Zorgcircuit Middelenmisbruik Jongeren*), **overlegstructuren** (*o.a. IROJ, werkgroepen andere templates, netwerk cultuursensitieve zorg Oost-Vlaanderen, ...*) van het netwerk kregen een concepttekst van de template met de mogelijkheid om schriftelijk of mondeling feedback te geven i.f.v. inhoudelijke bijsturing van de tekst. Voor een overzicht van deze partners verwijzen we naar de template beschrijving van het netwerk (*www.popovggz.be*).

### **Participatie, inspraak en empowerment van kinderen, jongeren en hun context**

Het aangeleverde document "Bundeling van de adviezen van de reflectiegroepen minderjarigen en ouders Oost-Vlaanderen over de verschillende thema's in de jeugdhulp (2013)"- en meer specifiek de hoofdstukken "een participatieve basishouding is cruciaal", "een toegankelijke jeugdhulp" en "hulp bij verontrustende situaties"- diende als een belangrijk inspiratiedocument voor de inhoud van deze template. Een 'participatieve grondhouding'<sup>2</sup> van de hulpverlener is een inherent en essentieel onderdeel van de visie van het Assertieve Zorgprogramma (*cf. infra*). We houden daarbij goed voor ogen dat participatie niet zozeer het betrekken van mensen bij de hulpverlening binnen een bestaand kader an sich is, maar wel naar het effectief durven **in vraag stellen van het bestaand hulpverleningskader**. Concreet wordt daarbij de vraag gesteld of de hulpverlening voor cliënten/zorgvragers beschikbaar, bereikbaar, bruikbaar, betaalbaar en begrijpbaar is (*Roose, 2005*). In Europees verband werd via het **project Adocare** (*www.adocare.eu; www.actionsforteens.eu*) o.a. data verzameld omtrent een kwalitatieve organisatie van hulp vanuit jongerenperspectief. De inhoud van deze template werden met het oog op aanpassingen en aanvullingen voorgelegd aan **verschillende vertegenwoordigers van cliënten en hun context** die aan het

<sup>1</sup> We kiezen expliciet voor de term 'assertieve zorg' aangezien de term 'langdurig' voor verwarring kan zorgen: immers het 'kortdurende' versus 'langdurende' tijdsaspect van zorg is geen differentiërend criterium voor assertieve zorg. Zorgvormen zijn functie van/ geïntegreerd binnen het zorgtraject van de jongere (*dat kort- of langdurend kan zijn*). Met de benaming 'assertieve zorg' willen we als netwerk de focus scherp houden en blijven richten op het aanklappende aspect van de zorg ten behoeve van een groep moeilijk bereikbare, kwetsbare jongeren en hun context. We zullen daarom ook in deze template consequent spreken over 'assertieve zorg'.

<sup>2</sup>Dit blijkt onder andere uit een **belevingsonderzoek** bij jongeren en begeleidende teams uit de Bijzondere Jeugdbijstand over het project 'Outreaching Vlaanderen' (*Van Vooren, 2014*)

netwerkforum of het netwerkcomité GGKJ Oost-Vlaanderen deelnemen. Het betreft hier concreet vertegenwoordigers uit volgende organisaties: Awel, Het Familieplatform GG (met o.a. *Ups en Downs, Similes en VVA*), Het Vlaams patiëntenplatform, de vertegenwoordiger van de reflectiegroepen minderjarigen en ouders en de kinderrechtencommissaris. Er is de vraag gesteld om in dialoog te gaan over de template met de leden van de reflectiegroepen minderjarigen en ouders i.f.v. verdere bijsturing. In overeenstemming met de Template Beschrijving van het Netwerk GGKJ Oost- Vlaanderen worden de mogelijkheden onderzocht om samen met kinderen, jongeren en hun contexten **een plan** op te maken om inspraak en empowerment ook in dit zorgprogramma verder te realiseren.

### III. HUIDIG ASSERTIEF ZORGAANBOD

#### Overzicht van het mobiele, ambulante en (semi-)residentiële assertieve zorgaanbod<sup>3</sup>:

Voor een overzicht van een mobiel, ambulante en (semi-)residentieel assertief zorgaanbod binnen het netwerk, dat zich richt op kinderen en jongeren met een psychische of psychiatrische problematiek en hun contexten, verwijzen we naar bijlage 2. Naast dit aanbod geeft deze bijlage ook een overzicht van noden die we bij de opstart van de werkgroep template assertieve zorg (d.d. 04/11/2015) bij deze partners opgelijst hebben. Het betreft hier een overzicht van **GGZ-gerelateerde partners** dat zich enerzijds onderscheidt omwille van haar specificiteit (bv. *minderjarigen, therapeutisch kader, GGZ-expertise, ...; cf. infra*) maar zich anderzijds sterk verbindt met een zorgaanbod waar assertiviteit eveneens aan de orde is. Om deze reden en omwille van de scharnierleeftijd en het contextueel werken rond de geestelijke gezondheid van kinderen, jongeren en hun contexten, vinden we het cruciaal om in het licht van deze template naast de opsomming in bijlage 2 hier reeds het globale (mobiel, ambulante en (semi-) residentieel) zorgaanbod van organisaties voor kinderen, jongeren en (jong)volwassenen in Oost-Vlaanderen te vermelden met het oog op gefaseerde nauwere samenwerking: initiatieven van partners uit het **netwerk Aalst-Dendermonde-Sint-Niklaas (ADS) en Het Pakt (Gent-Eeklo-Vlaamse Ardennen)**: de leden van de SEL, CAW, OCMW, CGG, algemene ziekenhuizen, psychiatrische ziekenhuizen, de mobiele teams/Fact-teams, de PZT-projecten,...; initiatieven vanuit de **jeugdhulpsectoren uit het decreet IJH**: sector Algemeen welzijnswerk (AWW), sector Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB), sector Kind en Gezin; sector Jongerenwelzijn (*Bijzondere Jeugdbijstand / MFC, OCJ, SDJ, ITP, GI, ...*), sector Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (*VAPH met haar MFC, ...*); **privépraktijken, VDIP Waas en Dender; straathoekwerk; De Drugpunten; de Medisch Sociale Opvangcentra (MSOC); PISAD; reguliere zorgactoren; ...** Binnen de reguliere zorg is er ook ervaring in assertieve zorg, zonder dat dit expliciet is ingeschreven of als geformaliseerde methodiek wordt beschreven.

#### Afspraken van de partners (bijlage 2) m.b.t. het assertieve zorgaanbod:

1. De ambulante, mobiele en (semi-)residentiële werkingen worden gezamenlijk met het centrale mobiele team **geïntegreerd in één assertief zorgprogramma en provinciaal geëvalueerd en bijgestuurd.**
2. Het assertief zorgprogramma werkt tegelijk nauw samen met de **lokale/ regionale partners** volgens de gehanteerde logica van de **regio-indeling IJH** die de basis vormde voor het geografisch model in de Templates Crisiszorg en Intersectorale Consult en Liaison GGKJ Oost- Vlaanderen (*regio Sint-Niklaas–Dendermonde, regio Aalst–Oudenaarde en regio Gent–Eeklo*),
3. Het zorgprogramma is inkluderend en sluit niemand uit. **Grenzen zijn niet absoluut** en worden in functie van continuïteit van zorg en zorg op maat supraregionaal en interprovinciaal overschreden.
4. Er wordt **gefaseerd ingezet op een geïntegreerde, elkaar versterkende samenwerking met organisaties en netwerken** uit de GGZ (*zowel kinderen, jongeren als volwassenen<sup>4</sup>*), **alle andere federale en Vlaamse**

<sup>3</sup> Deze opsomming is niet exhaustief en dateert van 26/02/2016

<sup>4</sup> Waaronder de mobiele teams, de PZT-teams, de FACT-teams, AZIS+, het MCT, ...

**outreachingprojecten**<sup>5</sup>, reeds bestaande samenwerkingsinitiatieven, **belendende sectoren en alle andere relevante actoren** (met o.a. sectoren gevat door het decreet IJH, onderwijs, welzijn, arbeid, vrije tijd, politie, justitie, steden en gemeenten, kinderopvang, ...), die zich allemaal binnen de leefwereld van het kind/de jongere en haar/zijn contexten situeren (zie. 5 beschrijving van het programma assertieve zorg).

5. Ingewikkelde en logge, drempelverhogende aanmeldings-, samenwerkings-, en overlegprocedures en -structuren worden geweerd. In functie van de noden van cliënten willen we ons als partners engageren tot **flexibele, dynamische en complementaire organisatienetwerken**. Kortom: **'we keep it simple!'** en op deze leest worden nieuwe initiatieven uitgewerkt!

6. De opgebouwde expertise, via de piloot IBE-projecten (3.25 VTE), wordt geïntegreerd in het nieuw op te richten mobiele team. Dit **team** wordt multidisciplinair samengesteld volgens criteria die maximale integratie van **noodzakelijke expertise** en **spreiding over de hele provincie** mogelijk maken.

#### IV. MISSIE, VISIE EN WAARDEN:

De visie van het programma assertieve zorg sluit aan bij de visie geformuleerd in de netwerkvorming Oost-Vlaanderen. Zie hiervoor de template Beschrijving van het **Netwerk GGKJ Oost-Vlaanderen**.

Het assertieve zorgprogramma stelt zich als opdracht om GGZ op maat en zorgcontinuïteit te garanderen vanuit de sterktes en de reële noden van het kind<sup>6</sup> met psychische/psychiatrische problemen/stoornissen en zijn context door het realiseren van een **intensieve en efficiënte samenwerking met het brede, sectoroverschrijdende hulpverleningsaanbod**. Hierdoor wordt beoogd **breuken in het zorgtraject** van het kind, de jongere of de jongvolwassene en zijn context(en) te **vermijden**. Het assertieve zorgprogramma richt zich tot **alle moeilijk bereikbare (niet louter fysiek, ook mentaal), kwetsbare (in alle betekenissen) kinderen, jongeren en hun context**. Het assertief zorgprogramma is bijzonder waakzaam voor **(erg) jonge kinderen met een verstoorde ontwikkeling** en hun vaak sociaal-kwetsbare context: hoe vroeger geïntervenieerd wordt in de ontwikkeling, hoe meer preventieve en protectieve factoren kunnen aangesproken en versterkt worden. Bijzondere aandacht gaat bovendien uit naar kinderen en jongeren met (een ontwikkeling naar/ verhoogd risico op) **psychische/psychiatrische problemen/stoornissen en bijkomende specifieke, kwetsbaarheden** zoals bijvoorbeeld een verslavingsproblematiek, een verstandelijke beperking, een maatschappelijke kwetsbaarheid (bv. armoede, taalproblemen, inclusieproblemen, ...), een justitieel statuut (VOS of MOF), kinderen van ouders met een psychiatrische stoornis, enz. Het betreft vaak kinderen en jongeren en hun contexten waarbij sprake is van meervoudige en complexe problemen op **diverse levensdomeinen** waardoor de noden zeer divers zijn en elkaar versterken.!. Deze kwetsbaarheden laten zich voelen op verschillende vlakken: een verstoord zelfbeeld, schooluitval, problemen op sociaal, relationeel, socio-emotioneel, lichamelijk, cognitief, ... vlak. In dit kader verwijzen we graag naar enkele markante vaststellingen uit de literatuur (zie bijlage 3). In functie van het **goede zorgtrajecten met deze kinderen en hun context**, wordt geïnvesteerd in effectieve samenwerking met **(maatschappelijke) diensten en centra** zoals buurtwerking, OCMW, CAW, daklozenorganisaties, straathoekwerk, CLB's, huisartsen, wijkgezondheidscentra, Solentra vzw,... en **(wetenschappelijke) onderwijs, opleiding- en vormingsdiensten**.

Er wordt gekozen voor de meest passende zorg- en hulpverlening waarbij risicofactoren die een **positieve ontplooiing** van het cliëntensysteem in de weg kunnen staan, zoveel mogelijk (h)erkend, voorkomen, verminderd of weggenomen worden. Het netwerk benut doelgericht en expliciet **werkzame elementen en krachten** binnen het cliëntensysteem en

<sup>5</sup> Waaronder de vroegere outreach UZ (nu mobiele crisiszorg), huidige Arco (Outreach Fioretti), huidige Outreach Vlaanderen (PCGS)

<sup>6</sup> In deze tekst verwijst "het kind" naar het kind of de jongere van 0 tot 18 jaar. Met 'context' wordt verwezen naar de ouders, opvoedingsverantwoordelijken en het ruimere netwerk rondom het kind. Het kind kan na 18 jaar via intensieve samenwerking met de volwassenhulpverlening op een zorgvuldige manier toegeleid worden naar de passende zorg binnen de volwassenhulpverlening.

binnen het hulpverleningsnetwerk en denkt en handelt daarbij ook '**outside the box**'. Het **cliëntstelsel** en de **betrokken hulpverleningspartners** worden vanuit hun ervaring en kennis als **experts** gezien. Samen met het cliëntstelsel en de betrokken hulpverleningspartners wordt een **haalbaar trajectplan** opgemaakt. Het netwerk heeft samen met alle partners in het bijzonder oog voor en ondersteunt vier behoeften bij kinderen en hun context: **competentie** (de beleving dat men voldoende mogelijkheden bezit om toekomstige uitdagingen aan te kunnen), **perspectief** (de beleving dat men een persoonlijk doel kan bereiken), **autonomie** (de beleving om gedrag te stellen dat aansluit bij eigen waarden, ideeën, doelen en interesses) en **verbondenheid** (de beleving om steun en erkenning te ervaren en verbonden te zijn met anderen). Men denkt en handelt samen in functie van de vereisten van een degelijk zorgtraject en houdt effectief rekening met de noden, de competenties en talenten van het kind en zijn natuurlijk netwerk/professioneel vangnet. Binnen het netwerk streven we naar **toegankelijke en inclusieve zorg**. **Verbindend werken** tussen het cliëntstelsel en partners is de centrale opdracht van de assertieve zorg. Hierbij wordt gehandeld vanuit een **toegewijde**, steeds **betrokken** en **geëngageerde houding** waarbij **authenticiteit**, **transparantie** en **open dialoog** essentiële kernelementen zijn. **Wederzijds respect** en **gelijkwaardigheid** vormen de basis van een positieve werkrelatie. De **rechtspositie van kinderen, jongeren en hun natuurlijk netwerk** dient bewaakt te worden en de hulpverlening is sensitief en responsief voor **unieke culturele waarden en normen en zingevingsaspecten** eigen aan het cliëntstelsel. Het handelen van elke betrokken hulpverlener is **integer** en komt maximaal tegemoet aan de rechten van de minderjarige zoals die o.a. beschreven zijn in het Decreet betreffende de Rechtspositie van de Minderjarige in de Integrale Jeugdhulp en het Internationale Verdrag inzake de Rechten van het Kind.

Het organiseren van assertieve zorg vanuit deze missie en visie, waarbij netwerking en samenwerking met het kind en de context en het ruimere netwerk rondom het kind prioritair zijn, draagt bij tot **minder afhankelijkheid van de cliënt en de zorgaanbieder**. Met andere woorden: het cliëntstelsel wordt (opnieuw) **bereikt** en **in zijn kracht hersteld** waardoor de samenwerkingsrelatie met minder aanklappende hulpverlening (opnieuw) meer kansen krijgt. Er is een voortdurende gerichtheid op het (opnieuw) leggen van de **zorgregie** bij het kind en diens natuurlijk netwerk.

De **drie centrale elementen** in deze visie en missie zijn:

- 1. Child centered and family driven:** nadruk op geïndividualiseerd zorgtraject afgestemd op de behoeften van de kinderen en hun context;
- 2. Community oriented:** vanuit een brede (o.a. *intersectorale*) samenwerking in (*verbinding met*) hun natuurlijke en onmiddellijke leefomgeving;
- 3. Culturally sensitive:** rekening houdend met de unieke cultuurgebonden eigenheden.

## V. BESCHRIJVING VAN HET PROGRAMMA ASSERTIEVE ZORG

### V.1. Inhoudelijke ontwikkeling van het programma assertieve zorg

#### **Realiseren van het programma assertieve zorg vanuit activiteitenprogramma's 3 en 4 (cf. Gids, 3.2.2.)**

Het netwerk vertrekt vanuit het basisaanbod (*activiteitenprogramma 3 Gids*) ambulante, semi-residentiële, residentiële en outreachende hulpverlening voor kinderen en jongeren (*zie 3 Huidig assertief zorgaanbod*). Deze partners bieden een complementair zorgaanbod en omvatten **één of meerdere van de functies vroegdetectie, screening en oriëntatie, diagnostiek en behandeling** (*zie bijlage 2*). We verwijzen hiervoor eveneens naar bijlage 8.1 "bevraging naar huidig en gewenst aanbod GGZ kinderen en jongeren in Oost-Vlaanderen 2014" uit de template beschrijving van het netwerk (*www.popovggz.be*). Vanuit een **globale en geïntegreerde visie** en **aanpak** organiseert en integreert het assertieve zorgprogramma toegankelijke, betaalbare en kwalitatieve hulpverlening op maat door de zorg te coördineren, vlot te schakelen tussen de mobiele, ambulante en (*semi*-)residentiële hulpverlening, actief en interdisciplinair samen te werken en kennis uit te wisselen met de lokale partners binnen het (*inter*)sectorale netwerk. Het netwerk heeft de

uitdrukkelijke intentie om zorgcontinuïteit en zorg op maat te garanderen met/voor *moeilijk bereikbare* kinderen en jongeren met psychische/ psychiatrische noden en kwetsbaarheden en hun context. Het engagement van de partners vertrekt vanuit het principe van **gedeelde verantwoordelijkheid**. Structurele leemtes in het zorgaanbod en signalen vanuit het werkveld worden in de procesgroep (*cf. infra*) en op netwerkniveau (*partners waaronder overheden, ...*) gecommuniceerd, geëvalueerd en bijgestuurd. Het netwerk GGKJ heeft de uitdrukkelijke intentie en zal in de feiten aantonen dat ze kinderen, jongeren en hun context uit **zeer kwetsbare groepen** bereikt, toeleidt naar de zorg, met hen zorgtrajecten opstart en doorloopt, ... Zij legt per definitie een focus op kwetsbare mensen en zal de focus op zeer kwetsbare groepen verder intensifiëren via een doorgedreven en intensieve samenwerking met organisaties die hierin (**cultuursensitieve zorg met o.a. ook armoedecultuur**) expertise hebben uitgebouwd. Er zijn hiervoor in de afgelopen periode contacten gelegd of in de komende periode verdere contacten voorzien vanuit het netwerk met organisaties die deskundig zijn in het bereiken en verder mee ondersteunen van deze groepen: het netwerk cultuursensitieve zorg Oost-Vlaanderen, Solentra vzw, TAO, CAW, straathoekwerk, OCMW, enz.

Het netwerk voorziet in volgende acties om verder tegemoet te komen aan bovenstaande vraag:

- Deze expertise t.a.v. het werken met deze zeer kwetsbare groepen zal in het netwerkteam assertieve zorg aanwezig zijn via (een) opname in het profiel voor de concrete aanwerving(en).
- De procesgroep van dit zorgprogramma voorziet in vertegenwoordiger(s) met deze expertise en het verder ontwikkelen van een actieplan dat o.a. dit cruciale aspect omhelst.
- Het netwerk GGKJ Oost-Vlaanderen zal de vorming en deskundigheidsbevordering van alle medewerkers over lijnen en sectoren heen m.b.t. cultuursensitieve zorg en methodieken in het omgaan met zeer kwetsbare groepen mee ondersteunen. Zij erkent dat cultuursensitief werken als methodiek, grondhouding, ... géén evidentie is en dat er op dit vlak nog veel werk kan en moet verzet worden. Bij aanmelding van een cliëntsysteem wordt volgens het **subsidiariteitsprincipe** de passende zorg geboden. De **inclusie in alle levensdomeinen** wordt in het basisaanbod gerealiseerd door eigen exclusiecriteria te herzien en versoepelen én **intersectorale verbreding en verdieping**: men kijkt verder dan de eigen dienst of sector en vraagt zich telkens opnieuw af of het hulpverleningstraject kan uitgewerkt worden mits meer passende samenwerking met en tussen de andere hulpverleningsactoren en relevante partners. Via een fasering bouwt het netwerk met al de sectorale en intersectorale, professionele en niet-professionele partners een **flexibel en dynamisch samenwerkingsmodel** uit. De op te richten structuren **casemanagement, procesgroep** en het **mobiele assertieve team** (*cf. infra*) maken als partners integraal deel uit van het assertieve zorgprogramma. Dit netwerk speelt een trekkende, verbindende rol: bij elke casus bundelt het steeds zijn interventies, kennis en expertise in synergie met de krachten van de (*lokale*) (*inter*)sectorale partners en andere relevante partners en die van het kind/de jongere en zijn (*natuurlijke*) context.

#### **Realiseren van een ambulante en (semi-)residentiële assertieve zorg**

Voor een overzicht van partners uit het huidige en gewenste aanbod assertieve zorg verwijzen we naar punt 3 waarin de verschillende functies gekoppeld worden aan modaliteiten. Dit overzicht wordt verder verfijnd onder impuls van de procesgroep. Gedeelde verantwoordelijkheid, een open dialoog en wederzijds respect schragen de samenwerking tussen alle partners. We vertrekken van basisprincipes beschreven in bijlage 4, van waaruit we alvast enkele gezamenlijke engagementen formuleren. Deze engagementen worden verder uitgewerkt, aangevuld en bijgestuurd in de procesgroep en het netwerk assertieve zorg:

- De **cliënt en zijn context** is voor elke organisatie m.b.t. elke functie mee **onderdeel van het multidisciplinaire team**. Het cliëntsysteem wordt maximaal betrokken bij het hulpverleningstraject.
- Bij gedeelde zorg worden de betrokken hulpverleners lid van elkaars team. De **eigen teamwerking wordt overstegen** en de gepaste zorg wordt samen geboden in gedeelde verantwoordelijkheid.

- Op indicatie **interveniëren de partners gezamenlijk** in de zorg.
- Deelname aan of input voor **casusgebonden en casusoverstijgend** (*sectoroverstijgend*) overleg behoort tot de reguliere werking (*inclusief psychiatertijd*).
- Elke organisatie voorziet kosteloos **logistieke ondersteuning** binnen de mogelijkheden van hun organisatie: werkruimte, internet, ...
- Elke organisatie voorziet voor het assertief netwerk in een duidelijk casusoverstijgend aanspreekpunt, een "Specific Person Of Contact" (*SPOC*), die intensief betrokken is op de assertieve zorg, zowel **binnen de eigen organisatie als naar het assertief zorgprogramma**.
- Elke organisatie zal binnen hun mogelijkheden vanuit een netwerkgedachte streven naar **meer inclusie i.f.v. het toegankelijker maken** van het assertieve zorgaanbod o.b.v. de zorgnoden.
- Elke organisatie gaat door de synergie van krachten in het netwerk o.b.v. de reële noden **innovatief en creatief** te werk t.a.v. het zorgaanbod.
- **Alle partners in zorg engageren zich zeer uitdrukkelijk t.a.v. het provinciale casemanagement** om hulpverleningstrajecten mogelijk te maken, gezamenlijk te organiseren, te evalueren en op te volgen.

### **Inhoudelijke concretisering van de mobiele assertieve hulpverlening**

De concretisering van het mobiele assertieve team (*en ruimer: het assertieve zorgprogramma*) wordt geïnspireerd door de **voropgestelde afspraken en principes** onder punt 3 en 4 en **bestaande goede praktijken** van de huidige operationele mobiele teams binnen het netwerk (*Helskens, Dobbelaere, Mussche, Vervaet & Decuyper, 2013; Levecke, Bal, Schoentjens, Antrop & Mommerency, 2013*) die beïnvloed worden door jarenlange outreachende ervaring en diverse **evidence-based 'assertive care' modellen**<sup>7</sup>. Als **complementaire, assertieve zorgpartner** realiseert het mobiele assertieve team **verscheidene functies in diverse levensgebieden** van de natuurlijke leefwereld van het kind/de jongere, maar evenzeer binnen de context van en samen met de diverse sectorale/intersectorale hulpverleningsorganisaties en andere relevante partners (*zie bijlage 5*). Er wordt **een multidisciplinair en netwerkgebonden mobiel team** - inclusief teamverantwoordelijke en (*kinder- en jeugd*)psychiater(s) (*25 u*) - opgericht dat een aantal expertises en vaardigheden bundelt (*zie verder 5.2. voor de concrete uitwerking hiervan*). Elk teamlid is verantwoordelijk voor meerdere casussen (*casusverantwoordelijke*), overlegt en onderhoudt contacten met de andere teamleden en verbindt als 'bruggenbouwer' en 'vertaler vanuit een gemeenschappelijke taal' mensen, zowel uit het natuurlijke netwerk van het cliëntsysteem als uit het professionele netwerk, over sectoren en voorzieningen heen. Zijn **attitude** kenmerkt zich door een actieve, comprehensieve, cultuursensitieve, respectvolle en participatieve opstelling (*cf. presentie filosofie*) en wordt gestuurd door de inhoudelijke of casusgebonden elementen. In het kader van het **in- en doorstroombeleid** worden **duidelijke criteria en een procedure** voropgesteld in functie van de omschreven doelgroep (*cf. IV Missie en visie*). Een aanmelding bij of door één van de partners impliceert steeds de responsabilisering van het gehele 'netwerk GGKJ Oost-Vlaanderen', rekening houdende met het subsidiariteitsprincipe. Assertieve zorg middels intensievere en betere samenwerking tussen de reguliere (*inter*)sectorale en informele partners geniet de voorkeur. Zo nodig kan de **casemanager** het zorgtraject coördineren (*cf. infra*). Indien aangewezen kan **mobiele assertieve hulpverlening** worden ingezet. Voor een voorstel van aanmeldings- en trajectprocedure naar de procesgroep en het netwerk: zie bijlage 6.

<sup>7</sup> Systems of Care' (Stroul & Friedman, 1986), 'Functie Assertive Community Treatment' (FACT) Jeugd (Hendriksen- Favier, 2013), en AMBIT (Bevinton, Fuggle, Fonagy, Target & Asen, 2013). Bovendien werden de klinische richtlijnen en minimale normen van de werkgroep 'community child and adolescent psychiatry' van de AACAP (Winters & Pumariega, 2007) in rekening genomen.

## Acties voor kinderen en jongeren met specifieke noden

We kiezen ervoor om als assertief zorgprogramma **geen onderscheid** te maken tussen kinderen/jongeren, noch wat betreft hun culturele of zorgspecifieke achtergrond. Wél is er bijzondere aandacht voor de **diversiteit aan en vaak ook samenhang van specifieke noden** (*infantwerking, middelengebruik, justitiële maatregel, verstandelijke beperking, armoede, sociale inclusie, enz.*) van deze kinderen en hun context, wat zich vertaalt in **vertegenwoordiging van specifieke expertise** in de diverse structuren en overlegorganen van het assertieve zorgprogramma, zoals de samenstelling en werking van het casemanagement, het mobiele assertieve team, en de procesgroep (*zie 5.2.*). De verbinding met de diverse specifieke noden wordt tevens gelegd via het **organiseren van een effectieve, gefaseerde netwerking** met alle partners die deel uitmaken van de leefwereld van het cliëntsysteem (*zie 5.4.*). Tenslotte worden er bruggen gelegd via de **activiteitenprogramma's van het 'crisisnetwerk', 'consult en liaison', 'dubbele diagnose', enz.** Het netwerk crisiszorg GGKJ werkt zeer nauw samen met het crisisnetwerk IJH en heeft een directe lijn met het assertief zorgprogramma<sup>8</sup>. Het programma 'consult en liaison' voorziet in een brede intersectorale en participatieve consult- en liaisonstructuur die toelaat om assertieve geestelijke gezondheidsnoden vanuit het hele netwerk GGKJ Oost-Vlaanderen te signaleren en aan te pakken, expertise uit te wisselen en wissellende te implementeren.

## Realisatie van casemanagement

Ondanks de geleverde inspanningen vanuit (*intersectorale*) samenwerking rond casussen, zijn er situaties waaruit duidelijk blijkt dat **extra ondersteuning** nodig is of zal zijn i.f.v. **een gecoördineerde en doeltreffende aanpak**. Om alle betrokken partijen (*cliëntsysteem, GGZ-partners, partners uit belendende sectoren, politie, justitie, onderwijs, jeugdhulp, ...*) te ondersteunen in hun zoektocht naar **haalbare hulpverleningstrajecten** voor complexe casussen, maakt het netwerk casemanagement mogelijk in de hele provincie Oost-Vlaanderen, waarbij de geografische grenzen niet beperkend zijn.

De casemanager fungeert als co-facilitator in het hulpverleningslandschap. Hij heeft korte lijnen met cruciale actoren (*partners in zorg*) in deze complexe casussen binnen en buiten de provincie: vertegenwoordigers van de intersectorale toegangspoort, consulents (*OCJ en SDJ*), jeugdrechters, de G.I., het V.K., voorzieningen/organisaties allerhande, privé-therapeuten, ziekenhuizen die instaan voor gedwongen opnames van minderjarigen, enz. De casemanager werkt **comprehensief** (*met aandacht voor meerder levensgebieden*), is pragmatisch en flexibel en werkt met zeer veel diverse instanties/organisaties/personen samen. De **noden van het cliëntsysteem** staan voorop. De casemanager probeert samen met het cliëntsysteem en alle betrokken partijen mee zorg op maat te organiseren, waarbij er oog is voor de continuïteit van het traject. Het plegen van **vertrouwenswekkend multilateraal overleg** met cliëntsysteem en partners, het mee helder krijgen van ondersteuningsvragen, het zorgvuldig plannen, het accuraat evalueren, het gericht bijsturen, het efficiënt organiseren, enz., zijn kernvaardigheden en –attitudes waarover deze casemanager beschikt.

## **V.2. Organisatorische ontwikkeling van het programma assertieve zorg**

Het programma assertieve zorg investeert in een basisaanbod van ambulante, mobiele en (*semi*-)residentiële incentives zoals beschreven onder punt 3., 5.1, 5.2 en 5.4 (*inclusief bijlagen aangaande capaciteit VTE en bedden*). Het netwerk voorziet in **samenwerkingsafspraken tussen alle partners in zorg** om zorggarantie, zorgcontinuïteit en zorg op maat maximaal te garanderen. Zij ontwikkelt een model dat toelaat om vlot verbindingen te maken tussen al deze partners in zorg: cliëntsysteem; (*inter*)sectorale diensten, organisaties en netwerken; case-management (*zie 5.1 en verder*), het mobiel assertief team (*zie 5.1 en verder*). De **multidisciplinariteit en intersectoraliteit** wordt door de processen in dit

---

<sup>8</sup> Verdere concretisering staat geagendeerd op de eerste provinciale netwerkstuurgroep crisis 2016

model en door de samenstellingen en werkingen van de diverse entiteiten expliciet nagestreefd. De procesgroep assertieve zorg zal samen met het netwerkcomité en de netwerkcoördinatie ondersteunend en sturend optreden om o.a. dit multidisciplinaire en intersectorale karakter van het model te waarborgen i.f.v. de hoger beschreven finaliteiten. Het assertieve zorgprogramma zet met dit model slechts een eerste stap en breidt het verder uit door de **gefaseerde ontwikkeling van verregaande en effectieve netwerking met en door alle partners** waardoor opening en ruimte ontstaat voor **nieuwe initiatieven op maat** (zie 5.4.)

De **procesgroep “assertieve zorg”** heeft als doel om kwalitatieve assertieve zorg na te streven en erover te waken dat alle doelgroepen, leeftijden en regio's binnen Oost-Vlaanderen de best passende zorg krijgen. De procesgroep heeft een **open structuur** en blijft zoeken naar **verbetering in afstemming en samenwerking** tussen de verschillende (*inter*)sectorale hulpverleningsactoren aangaande assertieve zorg. Op dit overleg wordt **permanent een zorgvuldige evaluatie** gemaakt op welke wijze de aanklampende zorg van en met de hulpverleningspartners, het casemanagement en het mobiele assertieve team dient ingezet te worden. De procesgroep **ondersteunt het lerend proces** van het assertief netwerk, het casemanagement en het mobiel assertief team en stimuleert de **verbinding tussen en met het basisaanbod op beleidsmatig niveau**. De procesgroep ondersteunt en stimuleert **vorming, intervisie, expertise-uitwisseling, permanente evaluatie en innovatieve projecten**. De procesgroep evalueert de organisatie en de werkwijze van het assertieve netwerk, het casemanagement en het mobiele assertieve team en stuurt bij waar nodig. Zij ziet samen met het globale assertieve netwerk toe op een **evenwichtige geografische, generieke/noodspecifieke en leeftijdsspecifieke spreiding van de cases in de provincie**. De procesgroep wordt **provinciaal georganiseerd** en houdt op **regelmatige basis overleg** (*bij aanvang met een intensievere frequentie*).

De procesgroep is ook betrokken in de **aanwervingsprocedure** van de casemanagers en de mobiele assertieve hulpverleners, de teamcoördinator en de psychiater (*zie verder*) en doet dit onder impuls van en in samenwerking met het netwerkcomité en de netwerkcoördinatie GGKJ Oost-Vlaanderen.

Er is een **evenwichtige vertegenwoordiging** in de procesgroep van de volgende actoren die deel uitmaken van of betrokken zijn op de leefwereld van de doelgroep en zijn context:

- Cliëntstelsel
- Ambulante, mobiele en (*semi*-)residentiële GGZ-actoren
- Mobiel assertief team
- Cultuursensitieve zorg
- Casemanagement
- Belendende sectoren (*IJH, volwassenhulpverlening, ...*)
- Netwerkcoördinatie
- Het netwerk crisiszorg
- Het netwerk consult en liaison

Naast deze vaste vertegenwoordiging kan deze lijst aangepast worden met gemandateerden van andere relevante partners in functie van de beschreven doelstellingen.

#### **De concrete werking en teamsamenstelling van de mobiele assertieve hulpverlening.**

Het mobiele assertieve team is **één multidisciplinair Oost-Vlaams netwerkteam** dat één van de vele partners in (*assertieve*) zorg is. Zij beschikt over 12.11 VTE medewerkers (*a rato van 65.000 euro per VTE en afhankelijk van het aantal master- en bachelorfuncties*) – waarvan 1 VTE teamcoördinator-, 10u (*0,26 VTE*) psychiater assertieve zorg en bij aanvang van het programma minimaal 15u netwerkpsychiater (*0,40 VTE*). In dit multidisciplinair team is de volgende **deskundigheid complementair** gewaarborgd: kinderpsychiatrische know-how, deskundigheid in aanklampende mobiele hulpverlening, in sociaal werk, in psychotherapie bij kinderen en jongeren, in gezinstherapie, in het werken met



psychiatrische problemen bij infants, kinderen en hun context, in het werken met psychiatrische en psychische problemen bij jongeren met een justitieel statuut en/of met een verstandelijke beperking en/of met een drugsproblematiek, in psychodiagnostiek, in casemanagement, in het intersectorale hulpverleningslandschap en in de samenwerking met de levensdomeinen school, kinderopvang, vorming, werk en vrije tijd. Het netwerk Oost-Vlaanderen kiest voor **een 'samengesteld team'** waarbij vanuit verschillende betrokken settings medewerkers intensief samenwerken. De keuze voor deze samenstelling wordt gemotiveerd vanuit de zorg om **bestaande expertise te waarborgen**, de **kennis van en (ver)binding met het netwerk** te verruimen en effectief te kunnen inzetten. We opteren ervoor om de teamleden maximaal te werk te stellen in het mobiel assertief team i.f.v. haar werkbaarheid.

De **vacatures** worden opgesteld door de procesgroep assertieve zorg (*zie bijlage 7*). De concrete selectie gebeurt d.m.v. een selectiecommissie die is samengesteld uit maximum vijf leden van de procesgroep waarvan minstens één ambulante GGZ-partner, één (*semi*-)residentiële GGZ-partner en één partner uit een belendende sector of organisatie (*kinderen, jongeren, of (jong)volwassenen*). Er worden naast vermelde expertises **specifieke verwachtingen** gesteld aangaande motivatie, draagkracht, stressbestendigheid, flexibiliteit, ervaring, expertise, vaardigheden, verbindend werken en teamgerichtheid. Bijkomende criteria zijn **een goede regionale spreiding en een evenwicht tussen etnische, culturele, ... achtergronden of affiniteiten en de verschillende seksen**. Uit de competentieprofielen blijkt duidelijk wat **de rol en taken** van de respectievelijke teamleden, de teamcoördinator, de casemanagers, de psychiater assertieve zorg en de netwerkpsychiater<sup>9</sup> zijn. De mobiele assertieve hulpverleners aan het werk in **de huidige outreachteams** van de federale overheid, krijgen de kans om zich via een **motivatiegesprek** te **engageren** in het nieuwe model van mobiele assertieve hulpverlening. De vacatures worden in de eerste plaats **verspreid binnen het brede netwerk**. Pas wanneer binnen het netwerk niet de geschikte kandidaten worden gevonden worden deze ook **extern verspreid**.

Vanuit en voor dit éne team wordt voorzien in **intervisie** en een **VTO-beleid**. Het team fungeert ook door zijn samenstelling en werking als een **lerend netwerk**. Er is minstens **wekelijks cliëntoverleg**. De teamcoördinator, psychiater(s), de mobiele assertieve hulpverleners en de casemanagers hebben korte lijnen met elkaar i.f.v. efficiënte cliëntopvolging. Het mobiele assertieve team heeft de uitdrukkelijke wens om met **de andere bestaande mobiele assertieve hulpverlening** (*outreach crisis, outreach dubbele diagnose, outreach Vlaanderen, AZIS+, ...; zie p.3*) in de provincie op frequente basis en volgens duidelijk vastgelegde doelstellingen (*o.a. toegankelijke en coöpererende dienstverlening voor cliëntsystemen*) op deze of andere locaties overleg te plegen en samen te werken. In dit kader is er een specifieke samenwerkingsovereenkomst opgemaakt tussen Outreach Vlaanderen, zorgtoeleiding Fioretti en het mobiele assertieve team (*zie bijlage 9*).

De mobiele assertieve hulpverleners kunnen opereren vanuit een **centrale ontmoetingsplaats/werkplek**, die voldoet aan de volgende vereisten: makkelijke bereikbaarheid door centrale ligging in Oost-Vlaanderen en nabijheid van snelwegen of invalswegen, vlotte parkeermogelijkheden, voldoende vergaderlokalen, werkruimtes en faciliteiten voor de mobiele assertieve hulpverleners. Daarnaast kunnen de mobiele assertieve hulpverleners gebruik maken van **flexplekken bij partnervoorzieningen**. Verschillende GGZ-actoren van het netwerk stellen gespreks- en werkruimte ter beschikking. Op deze werkplekken is er de mogelijkheid van telefonie- en internetverbinding en kan de hulpverlener gesprekken voeren, overleg plegen en administratief en organisatorisch werk leveren. Er kan ook van thuis uit gewerkt worden mits de nodige afspraken. De mobiele assertieve hulpverlener heeft vlot toegang tot andere teamleden om te kunnen overleggen rond een casus.

---

<sup>9</sup> Het netwerk heeft d.d. 20/02/2016 voor 32/38 een netwerkpsychiater ter beschikking. Het netwerk voorziet bijkomende (netwerk)psychiateren. In die context stelde het netwerk GGKJ Oost-Vlaanderen een officiële vraag aan de overheid.

Het **werk wordt efficiënt georganiseerd**, zodat alle teamleden **maximaal cliëntencontact** hebben en overleg en administratie tot een minimum beperkt worden. Vanuit de bestaande outreachwerkingen en de literatuur, weten we dat de caseload per casusverantwoordelijke en op teamniveau zijn limieten kent. De **evaluatie van het eerste werkingsjaar en de registratie van de zorgactiviteiten** zullen helpen een beeld te vormen over de mogelijke capaciteit van het mobiele assertieve team. Het team wordt logistiek ondersteund via het vergoeden van vervoersonkosten, het ter beschikking stellen van mobiele communicatiemiddelen (*gsm, laptop*) en het aanbieden van aangepaste flexibele registratiesystemen.

#### **Aansluiting van de mobiele assertieve hulpverlening op de mobiele crisiszorg.**

De mobiele crisiszorg is één van de partners in zorg die kunnen aanmelden bij het mobiele assertief zorgprogramma: met cliëntensysteem, gezamenlijk met aanmelder, vraagverduidelijking o.b.v. beschikbare info (*geen dubbel werk*), betrekken van relevante partners<sup>10</sup>, enz. **Gezamenlijke interventies** behoren hierbij tot één van de mogelijkheden. Omgekeerd kan er vanuit elke partner in zorg (*mobiele assertieve hulpverlening, casemanagement, ...*) een beroep gedaan worden op de **mobiele crisiszorg** in de provincie volgens de principes die in de template crisiszorg beschreven worden (*zie [www.popovggz.be](http://www.popovggz.be)*). Bovendien is er gezocht naar een **model voor casemanagement** dat in beide templates provinciaal wordt georganiseerd en dat toelaat de krachten te bundelen met de subregionale organisatie van het crisisnetwerk. Retrospectieve **evaluatie van deze processen** zal noodzakelijk zijn i.f.v. bijsturing. Provinciaal én subregionaal overleg tussen crisiszorg en assertieve zorg zal tevens toelaten om **vlot verbindingen te slaan** in beide richtingen tussen beide zorgprogramma's en dit d.m.v. **structurele vertegenwoordiging** van netwerkpsychiater, netwerkcoördinatie, e.a. en ad-hoc uitnodigingen en overleg. Daarnaast zal er vanuit de procesgroep assertieve zorg, de werkgroep crisiszorg, het netwerkcomité, de netwerkcoördinatie en het netwerkpunt verder onderzocht worden welke opportuniteiten er zijn om tot goede samenwerking te komen: gezamenlijke evaluatie en bijsturing van processen, gezamenlijke vorming, intervisie, structureel overleg tussen (netwerk)psychiaters, enz.

#### **Een (kinder- en jeugd)psychiater (10u.) voor jongeren met een psychiatrische problematiek die onder een justitiële maatregel vallen**

Het netwerk voorziet in **10u (kinder- en jeugd)psychiater** voor jongeren met een psychiatrische problematiek die onder een justitiële maatregel vallen. Er wordt in nauw overleg met de collega-(*netwerk*)psychiater(s) afgesproken wie i.h.k.v. het programma crisiszorg, dubbele diagnose, specifiek fase 3-overleg, overleg intersectorale hulpprogramma, netwerkcomité, netwerkforum, werkgroepen, casemanagement, ... welke engagementen wanneer op zich neemt. Zij stellen zich daarin zeer **loyaal en flexibel** op. Deze psychiaters plegen op frequente basis **bilateraal overleg**. Bovendien plegen zij minstens tweemaandelijks **structureel overleg** met elkaar en zij doen dit samen met de netwerkcoördinatie. Deze psychiaters vervullen een uiterst cruciale schakel tussen het netwerk en de artsen van de partners van het netwerk GGKJ Oost-Vlaanderen en deze in de andere provincies/Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

#### **De organisatie van casemanagement**

Het netwerk voorziet **1 VTE voor de functie casemanagement**. De coördinatie en afstemming van de assertieve zorg wordt in **de hele provincie Oost-Vlaanderen** gewaarborgd en werkt nauw samen **met de regionale/lokale partners in zorg**. Casemanagement kan ingeschakeld worden binnen langdurige zorg, crisiszorg, .... De bijkomende financiering geeft de mogelijkheid om zorg op maat en zorgcontinuïteit te realiseren over specifieke beperkingen/kwetsbaarheden, leeftijdsgrenzen (jongvolwassenheid, kinderen van volwassenen met , enz.), sectoren, lijnen, ... heen, daar waar breuken in het zorgtraject (dreigen te) ontstaan. Dit casemanagement laat toe om bv. in te zetten op nazorg na residentiële e.a. zorg, specifieke therapie te realiseren, een tolk te betalen, extra ondersteuning /expertise in te kopen,

---

<sup>10</sup> Het mobiele assertieve team en het casemanagement hebben korte lijnen naar alle mobiele assertieve hulpverlening in de provincie (Arco, Outreach UZ binnen crisisnetwerk, Outreach Vlaanderen, Azis+, MCT, ...).

te voorzien in basisbehoeften, .... Het bijkomende budget casemanagement kan enkel ingezet worden nadat alle mogelijkheden van andere vormen van tegemoetkomingen onderzocht en uitgeput zijn.

De casemanager wordt **ondersteund en aangestuurd** door de procesgroep “assertieve zorg”. Er is frequent overleg tussen de casemanager en alle partners in zorg binnen en buiten de provincie en het mobiel assertief team. De casemanager wordt geselecteerd op basis van specifieke **expertise binnen de ruime regio**. Hij kan door de werkgever van oorsprong of door PopovGGZ tewerkgesteld worden. Zijn functie wordt verbonden met **het casemanagement van alle andere huidige en toekomstige zorgprogramma’s**. **Het casemanagement heeft bovendien een budget ter beschikking dat toelaat om extra zorg in te kopen**. Het werkgeverschap kan door de werkgever van oorsprong of door PopovGGZ opgenomen worden.

Bij een aanmelding voor assertieve zorg kan er **een casusoverleg** georganiseerd worden door de aanmelder en de casemanager. De deelnemers van het casusoverleg worden uitgenodigd op basis van de noden van het cliëntsysteem. Er wordt gezamenlijk besproken wat het meest passende hulpverleningstraject kan inhouden. De casemanager kan op regelmatige basis casusoverleg organiseren om het hulpverleningstraject op te volgen en om de hulpverleningsactoren te stimuleren in hun onderlinge afstemming en samenwerking. De casemanager evalueert doorheen **het traject** samen met het cliëntsysteem en de betrokken hulpverlening in welke mate er nood is aan een volgend casusoverleg. Registratie van de zorgactiviteiten zullen helpen een beeld vormen over de mogelijke capaciteit van het casemanagement. Binnen het netwerk is er een duidelijke verbinding tussen het casemanagement van de assertieve zorg en het casemanagement van de crisiszorg (*en ...*), en een duidelijke afbakening t.a.v. het netwerkpunt van consult en liaison.

#### **Inbedding van het Vlaamse “intersectorale hulpprogramma” in het programma assertieve zorg**

Het Vlaamse “intersectorale hulpprogramma” voorziet in **een werkgroep** die de ontwikkeling en operationalisering van dit hulpprogramma voor de beoogde kinderen of jongeren en hun contexten mogelijk maakt. Onder punt 2 gaven we weer wat de link is voor wat betreft **de vertegenwoordiging** tussen deze werkgroep en de werkgroep template programma assertieve zorg of de toekomstige procesgroep assertieve zorg. Inhoudelijk en procesmatig zijn er verschillende partners uit het netwerk die hun capaciteit, deskundigheid, engagement, enz. aan het intersectorale hulpprogramma koppelen i.f.v. het optimaliseren van de samenwerking voor goede zorgtrajecten. Twee van **de partners in zorg** zijn in deze context bijkomend **het netwerkteam assertieve zorg en het casemanagement**. De netwerken assertieve zorg Oost- en West-Vlaanderen stellen hun respectievelijke **netwerkpsychiater(s)/psychiater assertieve zorg** ten dienste van het eerste overleg indicatiestelling (*de eerste ronde tafel*) en het overleg met de psychiater van de intersectorale toegangspoort. Bovendien zullen beide netwerkcoördinatoren hun engagementen in deze blijven opnemen om de aangename en goede samenwerking mee verder te faciliteren.

#### **V.3 Financiering van het programma assertieve zorg**

Voor een inzet van de financiële middelen verwijzen we naar bijlage 8.

#### **V.4. Afstemming met lokale initiatieven**

Het model van het Assertieve Zorgprogramma Oost-Vlaanderen zoals in deze template uitgewerkt, betreft een serieuze aanzet om het zorgprogramma effectief in Oost-Vlaanderen te organiseren en implementeren. De voorgestelde open structuren bieden de mogelijkheid om doorheen schotten en hiërarchische structuren in functie van de doelgroep de zorg flexibel en organisch te organiseren. Toch zijn we ervan overtuigd dat we dit model verder moeten schragen, uitbouwen en verfijnen samen met en door alle partners, in wederzijdse verstandhouding en overleg en vanuit het bundelen van de diverse expertises. Actieve netwerking en samenwerking in het werkveld vormt immers de ruggengraat van de assertieve zorg. Om dit in goede banen te leiden stellen we een fasering voor binnen een tijdsgebonden kader:

**Fase 1** (maart-april): Procesgroep, assertieve mobiele team en casemanagement én de samenwerking met de bestaande outreachwerking worden verder geconcretiseerd en geoperationaliseerd: aanwervingen i.f.v. mobiel team, casemanagement, coördinator, psychiater, ...; logistieke voorwaarden worden gerealiseerd; ...

**Fase 2** (april): Verder uitnodigen van en kennismaken met alle partners in zorg i.f.v. dialoog over dit zorgprogramma. Reflectietafels (*op basis van expertises en achtergronden*) organiseren en voorstellen verzamelen om verdere samenwerking (*zie fase 1*) te concretiseren (*m.a.w. deze fase samen met en door de partners*).

**Fase 3** (mei): Aan de hand van de analyse en bundeling van de resultaten, voorstel binnen de procesgroep van samenwerkingsmethodieken en verder concretiseren binnen een vooropgesteld tijdspad.

**Fase 4** (juni-...): verder uitvoeren, evalueren en bijsturen van vooropgesteld tijdspad.

## VI. ZELFEVALUATIE VAN HET NETWERK

De template die voorligt, is en blijft onderwerp van evaluatie en bijsturing na feedback van partners uit het brede netwerk. Er wordt verder gewerkt binnen de samenwerkingsverbanden met de academische wereld i.f.v. een betrouwbare zelfevaluatie van het netwerk. De participatie van cliënten en hun contexten wordt versterkt i.f.v. de (zelf)evaluatie van het netwerk. De procesgroep bewaakt samen met het netwerkforum en het netwerkcomité het proces (*formatief*) en het product (*summatief*) van deze (zelf)evaluatie. Ook de samenstelling van de diverse op te richten structuren is onderwerp van evaluatie en bijsturing. We hanteren een registratiesysteem dat ons toelaat om per kwartaal te kunnen rapporteren en evalueren, en de doelstellingen voor een volgende periode bij te sturen. Frequentie van aanmelding, duur van de interventies, regionale spreiding, ... dienen in de registratie meegenomen te worden. Dit alles om de dienstverlening, organisatie én middeleninzet effectief en efficiënt bij te kunnen sturen. Er is een platform voorzien van uitwisseling en feedback voor de medewerkers. Binnen elke organisatie is er een ombudsdienst en klachtenprocedure die aangeboden wordt. Ook de ombudsdienst en klachtenprocedure van PopovGGZ wordt voldoende kenbaar gemaakt.

## VII. CONTACTPERSONEN M.B.T. HET PROGRAMMA LANGDURIGE ZORG

Voorzitter van de werkgroep template langdurige zorg: Roel De Cuyper, 0474/972745, [r.decuyper@pcgs.be](mailto:r.decuyper@pcgs.be)

Netwerkcoördinator GGKJ Oost-Vlaanderen: Toon Langeroot, 0474/039872, [toon.langeroot@popovggz.be](mailto:toon.langeroot@popovggz.be)

## VIII. BIJLAGEN

### Bijlage 1 Samenstelling werkgroep template Langdurige Zorg d.d. 26/02/2016

Roel De Cuyper	PC Gent-Sleidinge ( <i>voorzitter</i> )
Kristof De Clercq	AZ Nikolaas
Bart Volders	CAR De Schakel
Anne Van Haesendonck	CAR Sint-Lievenspoort
Walter Poppe	CAR Zelzate
Tim Lamon	CGG Eclips
Francis Pascal-Claes	CGG Waas en Dender
Kathy Colson	CGG De drie Stomen
Dirk Vandeveld	De Kiem
Jan Loontjens	PC Dr. Guislain
Dr. Andries Verpraet	PC Dr. Guislain
Geert Ginneberghe	Vzw Apart

Damien Versele	De Sleutel
Joris Cracco	RKJ De Sleutel
Bert Vanacker	MFC De Hagewinde
Jan Steel	PC Caritas
Dr. Frederik Bellens	PC Caritas
Thomas Debaenst	PC Caritas
Gino Ameye	PC Caritas
Denis Helskens	PCGS
Jan Vervaet	PCGS
Dr. Sarah Vandewinkel,	PCGS
Gijs Mommerency	UZ Gent
Alphonse Franssen	Voorzitter ZCMMJ
Dr. Eric Schoentjes	Netwerkpsychiater
Toon Langerart	Netwerkcoördinator GGKJ Oost-Vlaanderen

### **Overzicht overleg werkgroep template Langdurige Zorg d.d. 26/02/2016**

- **04/11/2015:** Kennismaking met elkaar en toelichting van de Template Langdurige Zorg en de projectoproep intersectorale hulpprogramma. Actieplan wordt opgemaakt met o.a. uitbreiding werkgroep en inventarisatie van het huidige aanbod als één van de eerste acties.
- **18/11/2015:** Ontwikkeling van een gezamenlijke visie. Een schrijfwergroep werkt een visietekst uit die de basis vormt voor een methodologisch kader.
- **02/12/2015:** De invulling van de rol van de keyworker, het in- en uitstroombeleid en de te hanteren methodiek worden besproken. Incentives vanuit outreachprojecten en het extra budget worden gedetailleerd in kaart gebracht en besproken. Schijfgroep werkt hier op verder.
- **18/12/2015:** Inzet van incentives, regionale werking, doelgroep, participatie en empowerment van cliënten, en enkele basisprincipes worden omschreven. Schijfgroep werkt hier op verder.
- **07/01/2016:** Een aanzet wordt gegeven om de inzet van personele incentives concreet vorm te geven, rekening houdend met de provinciale dekking, de verschillende leeftijdsgroepen, generieke

en specifieke noden, en de verbinding tussen de verschillende provinciale outreachprojecten. Schijfgroep werkt hier op verder.

- **20/01/2016:** Optionele organisatievormen voor mobiele, assertieve hulpverlening en concepten 'netwerktafel' en 'procesgroep' worden besproken. Schijfgroep werkt hier op verder.
- **19/02/2016:** Evaluatie en bijsturing van de globale concepttekst template assertieve zorg. Concepttekst wordt voorgelegd aan zeer brede groep van netwerkpartners.
- **26/02/2016:** Evaluatie en bijsturing van de globale concepttekst template assertieve zorg. Schijfgroep werkt hier op verder.

**Bijlage 2: Overzicht van het mobiele, ambulante en (semi-)residentiële assertieve zorgaanbod (d.d. 04/11/2015)<sup>11</sup>**

<b>Naam organisatie</b>	De Sleutel		
	<b>Aanbod?</b>	<b>Leeftijd doelgroep?</b>	<b>Regio aanbod?</b>

---

<sup>11</sup> We wensen dit aanbod verder aan te passen of aan te vullen t.a.v. de doelgroep kinderen, jongeren én jongvolwassenen in de volledige provincie (ambulant, mobiel en semi-residentieel). Partners die zich aangesproken voelen mogen contact opnemen met de netwerkcoördinator: [toon.langerart@popovggz.be](mailto:toon.langerart@popovggz.be)

Huidig basisaanbod <i>Mobiel</i>	Voor- en natraject bed bruggen bouwen en opvolging na reguliere residentiële opname.  Vanuit het dagcentrum: Outreach ten aanzien van minderjarigen ter probleeminschatting dan wel ter ondersteuning van de voorziening waar de jongere verblijft	12-19 jarigen met verslaving + bijko- mende psychiatri- sche/justitiële problemen.  Geen leeftijdsbeper- king. Elke drug gebruiken- de minderjarige en (jong)volwassene en zijn context	Heel de provincie
Huidig basisaanbod <i>Ambulant</i>	Vroeginterventie  Oriëntatie en probleeminschatting  Individuele behandeling  Ondersteunen context	Druggebruikende minderjarigen en jongvolwassenen alsook hun context	Geen beperking. Hangt af van de afstand die de gebruiker kan/wil afleggen
Huidig basisaanbod <i>Semi – residentieel</i>	Dagprogramma in groep	Vanaf 18 jaar	
Huidig basisaanbod <i>Residentieel</i>	Residentieel programma verslaving	12-19 jarigen met verslaving + bijko- mende psychiatri- sche/justitiële problemen	Heel de provincie

<b>Naam organisatie</b>	De Dauw vzw, Moregemplein 3 – 9790 Wortegem-Petegem
-------------------------	---

	<b>Aanbod?</b>	<b>Leeftijd doelgroep?</b>	<b>Regio aanbod?</b>
--	----------------	--------------------------------	----------------------

Huidig basisaanbod <i>Residentieel</i>	Psychosociale revalidatie voor kinderen/jongeren met autisme, psychose of aanverwante stoornis	2,5 – 18 jaar (week internaat)	Gans Vlaanderen
---	--	-----------------------------------	-----------------

<b>Naam organisatie</b>	Fioretti, PC Dr. Guislain
-------------------------	---------------------------

	<b>Aanbod?</b>	<b>Leeftijd doelgroep?</b>	<b>Regio aanbod?</b>
--	----------------	----------------------------	----------------------



Huidig basisaanbod <i>Mobiel</i>	-Crisisaanbod binnen de template crisiszorg -2 VTE outreachinge equipe bij jongeren met een matig tot licht verstandelijke beperking, specifiek rond diagnostiek en behandeling van context en jongere, ondersteuning zorgtrajecten en partners binnen het VAPH -1 VTE zorgtoeleider	6 – 18	Oost Vlaanderen
Huidig basisaanbod <i>Semi – residentieel</i>	Dagbehandeling, 3 stoelen (k-d plaatsen)	8-16 jaar	Gans Vlaanderen
Huidig basisaanbod <i>Residentieel</i>	15 K-bedden waarvan 8 met SGA erkenning	6-16 jaar	Gans Vlaanderen

<b>Naam organisatie</b>	De Kaap, Kinder- en Jeugdpsychiatrische afdeling, PC Caritas, Melle
-------------------------	---

	<b>Aanbod?</b>	<b>Leeftijd doelgroep?</b>	<b>Regio aanbod?</b>
--	----------------	--------------------------------	----------------------

Huidig basisaanbod <i>Mobiel</i>	Alleen binnen crisis	6 – 18 jaar	O-VI
Huidig basisaanbod <i>Semi – residentieel</i>	Dagbehandeling	12- 18 jaar	O-VI en VI Brabant
Huidig basisaanbod <i>Residentieel</i>	Ja	6-18 jaar	O-VI en VI Brabant

<b>Naam organisatie</b>	Kinder en Jeugdpsychiatrie AZ Nikolaas.
-------------------------	---

	<b>Aanbod?</b>	<b>Leeftijd doelgroep?</b>	<b>Regio aanbod?</b>
Huidig basisaanbod <i>Mobiel</i>	Geen	Geen	Geen
Huidig basisaanbod <i>Ambulant</i>	Polikliniek waarin psychiaters, psychologen en gezinstherapeuten werkzaam zijn. Op jaarbasis worden tussen de 3500 en 4500 consultaties verricht. Langdurige trajecten zullen ongeveer 50% van deze trajecten zijn langdurig.	Tussen 0 en 18 jaar, indien een proces lopende is kan dit verlengd worden tot jongvolwassen-leeftijd.  Infant 0 tot 6 jaar Reguliere poli vanaf 6 jaar.	Wij hanteren geen regio-afbakening. Polikliniek is gelegen te Sint-Niklaas en Temse. Vanaf april 2016 eveneens beschikbaar in Beveren.
Huidig basisaanbod <i>Semi – residentieel</i>	Planning begin 2017 dagopname voor 10 stoelen	Geen Nog niet gekend	Geen Nog niet gekend
Huidig basisaanbod <i>Residentieel</i>	20 bedden verdeeld over 3 afdelingen: <b>IKO</b> 7+1 crisisbed vlg crisis template bedden (opnametermijn 4 weken het crisisbed 2 weken). <b>Opstap</b> 6 bedden ( 8 weken opnametermijn). <b>Beren</b> 5+1 crisisbed (8 weken opnametermijn/ crisisbed 2 weken.	IKO & Opstap: 12-18 j  Beren : 6-12 j	Geen regio afbakening.

<b>Naam organisatie</b>	Centra Ambulante Revalidatie
-------------------------	------------------------------

	<b>Aanbod?</b>	<b>Leeftijd doelgroep?</b>	<b>Regio aanbod?</b>
Huidig basisaanbod <i>Mobiel</i>	Interventies kunnen aan huis, op school,... maar gebeuren sporadisch wegens beperkingen vanuit huidige rigide revalidatieovereenkomst	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0-3 jaar</li> </ul>	
Huidig basisaanbod <i>Ambulant</i>	<p>Multi- en transdisciplinair, sessies à rato van 2 à 3 x/week, 1 of meerdere uren/dag</p> <p>* onderzoek: categoriale en handelingsgerichte diagnostiek + indicatiestelling</p> <p>* therapie: behandeling gericht op het kind en omgeving (medische, paramedische, psychologische en sociale interventies)</p> <p>* psycho-educatie en (ouder)training: informatie en voorlichting, opvoedingshulp, evidence-based leer- of trainingsprogramma's voor ouders, kinderen en jongeren (ADHD, ASS, GES,...: ook leerkrachten), psychosociale begeleiding</p> <p>* Hulp bij activiteiten</p> <p>* Hulp bij participatie</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 3-6 jaar</li> <li>• 6-12 jaar</li> <li>• 12-18 jaar</li> <li>• 18+</li> </ul>	<p>Er zijn 21 CAR verspreid in Oost-Vlaanderen.</p> <p>Alle CAR richten zich naar kinderen (3 tot 12 jaar). Een aantal CAR hebben hun werking specifiek uitgebouwd naar kinderen van 0-3 jaar, adolescenten en volwassenen.</p>

<b>Naam organisatie</b>	Jongerencluster Yidam, Psychiatrisch Centrum Gent – Sleidinge
-------------------------	---

	<b>Aanbod?</b>	<b>Leeftijd doelgroep?</b>	<b>Regio aanbod?</b>
Huidig basisaanbod <i>Mobiel/ outreachend</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Yidam</li> <li>- Crossover</li> <li>- Outreaching Vlaanderen</li> </ul>	<p>Meisjes (VOS) tussen 12 en 18 jaar, voor en na opname in Yidam</p> <p>Meisjes en jongens (MOF en VOS) tussen 12 en 21 jaar verbonden aan voorziening BJB Gent – Eeklo – Netwerk Oudenaarde en GI De Zande</p> <p>Meisjes en jongens (MOF en VOS): tussen 12 en 21 jaar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) GI De Zande Beernem, Wingene, Ruiselede, inclusief voor- en nazorg.</li> <li>b) onder toezicht van OCJ of SDJ Gent</li> <li>c) voorziening BJB Gent – Eeklo</li> </ul>	<p>Oost – en West – Vlaanderen</p> <p>Vanuit een focus op continuïteit van zorg/ het zorgtraject van de jongere en zijn context, wordt de bij de doelgroep vermelde regio regelmatig overstegen.</p> <p>Vanuit een focus op continuïteit van zorg/ het zorgtraject van de jongere en zijn context, wordt de bij de doelgroep vermelde regio regelmatig overstegen.</p>

<p>Huidig basisaanbod <i>Ambulant</i></p>	<p>Bovenstaande mobiele actoren voorzien ook in ambulante aanbod</p> <p>+ Psychiatrische consultaties verbonden aan dit ambulante aanbod</p>	<p>Idem bovenstaande</p> <p>Idem bovenstaande</p>	<p>Idem bovenstaande</p> <p>Idem bovenstaande</p>
<p>Huidig basisaanbod <i>Residentieel</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- IBE Yidam</li> <li>- Bor – bed</li> <li>- Crisis- en urgentieunit PCGS</li> </ul>	<p>Meisjes (VOS) onder justitiële maatregel van SDJ Oost – en West – Vlaanderen</p> <p>Meisjes (VOS/MOF) tussen 12 en 18 jaar:</p> <p>a) toevertrouwd aan GI De Zande Beernem, BJB voorzieningen Gent – Eeklo – Netwerk Oudenaarde, CANO voorzieningen, Je-zelf en De Kantel</p> <p>b) begeleid door Outreach (Yidam, Crossover, Vlaanderen)</p> <p>Meisjes en jongens vanaf 15 jaar.</p>	<p>Oost – en West – Vlaanderen</p> <p>Afhankelijk van de locatie van de aanmeldingspartner.</p> <p>Afhankelijk van de locatie van de aanmeldingspartner.</p>

<b>Naam organisatie</b>	Forensische Jeugdpsychiatrie De Branding, PC Caritas, Melle
-------------------------	---

	<b>Aanbod?</b>	<b>Leeftijd doelgroep?</b>	<b>Regio aanbod?</b>
Huidig basisaanbod <i>Mobiel/ outreachend</i>	Outreach De Branding: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jongeren-begeleiding</li> <li>• Ouder-begeleiding</li> <li>• Gezins-begeleiding</li> <li>• Schooltraject-begeleiding</li> <li>• Teamondersteuning</li> <li>• Beeld-vorming</li> <li>• Psychiatrische consultaties</li> </ul>	De Jongens en meisjes met een jeugdrechtbankdossier (MOF en VOS-statuut) tussen 12 en 18 jaar	Oost – en West – Vlaanderen
Huidig basisaanbod <i>Ambulant</i>	Bovenstaande outreachaanbod voorzien ook in ambulante aanbod	Idem bovenstaande	Idem bovenstaande

Huidig basisaanbod <i>Residentieel</i>	For-K De Branding: Langdurige residentiële behandeling	Jongens en meisjes onder justitiële maatregel van SDJ Oost – en West – Vlaanderen met een MOF-statuut tussen 12 en 18 jaar	Oost – en West – Vlaanderen
	For-K hervulbed: Time-outmogelijkheid voor jongeren, die reeds een langdurige behandeling gekend hebben in de Branding	Jongens en meisjes onder justitiële maatregel van SDJ Oost – en West – Vlaanderen met een MOF-statuut tussen 12 en 18 jaar	Oost – en West – Vlaanderen



<b>Naam organisatie</b>	De Meander, Psychiatrisch Centrum Caritas
-------------------------	---

Wat is jullie huidig aanbod met betrekking tot de doelgroep zoals omschreven in de template langdurige zorg?

Wat is de leeftijd van de doelgroep waarop het aanbod zich richt?

In welke regio bieden jullie dit huidig aanbod aan?

	<b>Aanbod?</b>	<b>Leeftijd doelgroep?</b>	<b>Regio aanbod?</b>
Huidig basisaanbod <i>Mobiel</i>	Outreach Meander – De Steiger Versterken van de jongere en zijn omgeving door: Begeleiding, agogisch advies en coaching	Jongeren vanaf 16 jaar met een licht verstandelijke beperking problemen	Oost-Vlaanderen
Huidig basisaanbod <i>Ambulant</i>	Poliklinisch consult bij kinderpsychiater	Jongeren vanaf 16 jaar met een licht verstandelijke beperking	Gans Vlaanderen
Huidig basisaanbod <i>Semi – residentieel</i>	Dagbehandeling voor max 2 jongeren	Jongeren vanaf 16 jaar met een licht verstandelijke beperking	Gans Vlaanderen
Huidig basisaanbod <i>Residentieel</i>	10 bedden voor observatie, beeldvorming en behandeling: -Individuele en groepspsychotherapie - ziekenhuisschool UZ Gent - hippotherapie - muziektherapie -psychomotorische therapie - danstherapie	Jongeren vanaf 16 jaar met een licht verstandelijke beperking zoals psychose, regressie, agressie, hechtingsstoornissen, angst, depressie en posttraumatische stressstoornis	Gans Vlaanderen

<b>Naam organisatie</b>	De Kiem vzw
-------------------------	-------------

	<b>Aanbod?</b>	<b>Leeftijd doelgroep?</b>	<b>Regio aanbod?</b>
Huidig basisaanbod <i>Mobiel</i>	Beperkt Riziv overeenkomst beperkt dit aanbod	Vanaf 16 j	Ambulante centra te Gent en zuid-Oost-Vlaanderen (vestiging al in Ronse en Geraardsbergen)
Huidig basisaanbod <i>Ambulant</i>	Begeleiding/behandeling druggebruikers en drugverslaafden Multidisciplinair team (ook substitutie behandeling) Aandacht voor context vroeginterventie	Vanaf 16 jaar Druggebruikers/ Drugverslaafden + context Grote groep cliënten in de scharnierleeftijd. 1/3 van de cliënten heeft kinderen. Vanaf 12 jaar	Ambulante centra te Gent en zuid-Oost-Vlaanderen (vestiging al in Ronse en Geraardsbergen)  Vroeginterventie ook via de drugpreventiemedewerkers in de gemeenten Oosterzele, Melle, Destelbergen, Merelbeke, Wetteren, Laarne Wichelen, Assenede-Evergem
Huidig basisaanbod <i>Residentieel</i>	Therapeutische gemeenschap + Tipi:opname van verslaafde moeders/vaders samen met hun jonge kind(eren) Screening, oriëntatie, diagnostiek en behandeling	+18j drugverslaafden Grote groep cliënten in scharnierleeftijd Tipi : kinderen tot 10/12j	Vlaanderen

<b>Naam organisatie</b>	UZ Gent Kinder- en Jeugdpsychiatrie
-------------------------	-------------------------------------

	<b>Aanbod?</b>	<b>Leeftijd doelgroep?</b>	<b>Regio aanbod?</b>
Huidig basisaanbod <i>Mobiel</i>	Outreaching Kinder- en Jeugdpsychiatrie	0-18	O-VL
Huidig basisaanbod <i>Ambulant</i>	Complexe diagnostiek, advies en coordinatie	0-18	O-VL-+
Huidig basisaanbod <i>Semi – residentieel</i>	Dagobservatie en - behandeling	6-18	O-VL - +
Huidig basisaanbod <i>Residentieel</i>	Observatie en behandeling	6-18	O-VL - +

<b>Naam organisatie</b>	Centra Geestelijke Gezondheidszorg
-------------------------	------------------------------------

	<b>Aanbod?</b>	<b>Leeftijd doelgroep?</b>	<b>Regio aanbod?</b>
Huidig basisaanbod <i>Mobiel</i>	Structureel binnen crisisnetwerk en infantwerking. Uitzonderlijk in situaties van verontrusting (aanklampende zorg)	0-18 jaar	Oost-Vlaanderen
	VDIP + curatieve werking	16-35 jaar	Waas en Dender
	Screening en diagnostiek aan huis bij situaties van verontrusting ism Kind en Gezin, OCMW, CLB's, vraaggestuurd. Casemanagement en cliëntoverleg ifv voornoemde problematiek. Uitwisselen en samen inzetten expertise (oa met Kind en Gezin en voorzieningen Jongerenwelzijn)	0-18 jaar	Waas en Dender
Huidig basisaanbod <i>Ambulant</i>	Reguliere multidisciplinaire CGG-werking (diagnostiek, individuele en groepstherapie voor het kind/jongere, ouderbegeleiding, gezinstherapie, speltherapie, psychiatrische behandeling, farmacotherapie...)	0-18 jaar	Oost-Vlaanderen

	Uitwisselen en samen inzetten expertise (alle sectoren IJH, Teams volwassenen CGG)	0-18 jaar	Oost-Vlaanderen
	Aparte werking doelgroep verstandelijke beperking (Cover-team)	+ 16 jaar	Oost-Vlaanderen
	Aparte werking mbt alcohol en drugs	0-24 jaar	Waas en Dender (Delta werking) Gent Eeklo
	Niet Begeleide Minderjarige Vluchtelingen	0-18 jaar	Waas en Dender Gent-Eeko
	Vroeginterventie Alcohol en Drugs	0-25 jaar	Gent-Eeklo Waas en Dender
	KOPP-werking	0-24 jaar	Gent-Eeklo Waas en Dender

<b>Naam organisatie</b>	Behandelingsafdeling Psychose Dageraad, adolescentengroep PC Caritas, Melle
-------------------------	--

	<b>Aanbod?</b>	<b>Leeftijd doelgroep?</b>	<b>Regio aanbod?</b>
Huidig basisaanbod <i>Mobiel/ outreachend</i>	Mobiele psychiatrische teams langdurige zorg: enkel mogelijk bij + 16 jaar:  Mobiel crisisteam enkel mogelijk bij +18 jaar.	Jongeren vanaf 16 jaar die ten gevolge van een ernstige en langdurige psychische kwetsbaarheid ondersteuning nodig hebben op verschillende leefdomeneinen binnen hun eigen leefomgeving.	Mobil team Gent-Noord, Gent-Zuid, Gent-West, Gent-Meetjesland.  Mobiel crisisteam: stad Gent en Afsnee, Desteldonk, Drongen, Gentbrugge, Ledeborg, Mariakerke, Mendonk, Oostakker, SintAmandsberg, Sint-Denijs-Westrem, Sint-Kruis-Winkel, Wondelgem, Zwijnaarde; Destelbergen, Heusden; Melle, Gontrode; Evergem, Wippelgem, Doornzele, Kerkbrugge, Langerbrugge, Kluzen Belzele, Ertvelde, Rieme, Sleidinge;; Lovendegem, Vinderhoute; Merelbeke, Bottelare, Lemberge, Melsen, Munte, Schelderode; De Pinte, Zevergem; St-Martens-Latem, Deurle; Lochristi, Hyfte, Beervelde, Zaffelare, Zeveneken.

<p>Huidig basisaanbod <i>Ambulant</i></p>	<p>Samenwerking met jeugdteams in CGGZ, ambulante psychologen en psychiaters.</p> <p>Opvolging poliklinisch</p> <p>Aanbod van postkuur in functie van specifieke therapie, medicatie opvolging, opvolging maatschappelijk werker</p>	<p>Jongens en meisjes + 15 jaar tot begin 20 jaar, met een (vermoeden van) psychotische kwetsbaarheid</p> <p>binnen hun adolescentaire ontwikkeling of binnen de ontwikkeling van hun persoonlijkheidsstructuur</p>	<p>Thuisregio van de jongere</p>
<p>Huidig basisaanbod semi-residentieel</p>	<p>Dagbehandeling met:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Diagnostiek</li> <li>-Gespecialiseerd psychotherapeutisch aanbod (evidence based) in groep voor behandeling van jongeren met (vermoeden van) psychotische kwetsbaarheid</li> <li>-Individuele psychotherapeutische behandeling</li> <li>-gezinstherapie, gezinsbegeleiding</li> <li>-KOPP werking</li> <li>-Psychoeducatie</li> <li>-ziekenhuisschool UZ Gent</li> <li>-uitbouwen schooltraject thuishoel.</li> </ul>	<p>Jongens en meisjes + 15 jaar tot begin 20 jaar, met een (vermoeden van) psychotische kwetsbaarheid</p> <p>binnen hun adolescentaire ontwikkeling of binnen de ontwikkeling van hun persoonlijkheidsstructuur</p>	<p>Bereikbaarheid voor de jongere van het ziekenhuis vanuit de thuisregio</p>

<p>Huidig basisaanbod <i>Residentieel</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Diagnostiek</li> <li>-Gespecialiseerd psychotherapeutisch aanbod (evidence based) in groep voor behandeling van jongeren (vermoeden van) psychotische kwetsbaarheid</li> <li>-Individuele psychotherapeutische behandeling</li> <li>-gezinstherapie, gezinsbegeleiding</li> <li>-KOPP werking</li> <li>-Psychoeducatie</li> <li>-ziekenhuisschool UZ Gent</li> <li>-uitbouwen schooltraject thuischool</li> </ul>	<p>Jongens en meisjes + 15 jaar tot begin 20 jaar, met een (vermoeden van) psychotische kwetsbaarheid binnen hun adolescentaire ontwikkeling of binnen de ontwikkeling van hun persoonlijkheidsstructuur</p>	<p>Geen beperkingen van regio</p>
---	---	--	-----------------------------------



<b>Naam organisatie</b>	JOVO, jongvolwassenen behandelgroep, PC Caritas, MELLE
-------------------------	--

	<b>Aanbod?</b>	<b>Leeftijd doelgroep?</b>	<b>Regio aanbod?</b>
Huidig basisaanbod <i>Ambulant</i>	Samenwerking met ambulante hulpverleners in de regio (CGG, mobiele teams, privépraktijken) Postkuur als nazorg	17-21	
Huidig basisaanbod <i>Residentieel</i>	- gestructureerd, groepsdynamisch psychotherapeutisch weekprogramma voor 11 jongeren - contextgericht (individuele gesprekken vr context) - mogelijkheid tot diagnostische uitwerking -in samenwerking met ziekenhuisschool UZ Gent voor jongeren in het secundair onderwijs.	17-21 Jongeren die vastlopen binnen laatste fase van de adolescentie	

## **Wat zou je bijkomend willen doen rond mobiele, assertieve zorg en investering vanuit case management binnen jullie huidige opdracht voor deze doelgroep?**

### **De Sleutel**

- Heel veel jongeren worden bij ons aangemeld of afgerond die nergens terecht kunnen omdat de problemen zeer complex/ernstig zijn en alles al is geprobeerd. Deze groep komt vaak in hoog risicovolle situaties terecht en kunnen met de huidige middelen niet meer opgevolgd worden. We willen deze jongeren verder mobiel begeleiden.
- Het ambulante centrum speelt een cruciale rol in het vormen van trajecten en in langdurige en aanklappende zorg. Een ambulant traject vormt uiteindelijk het basistraject. Om die functie van rode draad optimaal te kunnen waar maken is nood aan middelen om de jongeren en hun context mobiel te begeleiden en op te volgen. Daar worden binnen de huidige financieringen geen middelen voor voorzien.

### **De Dauw**

- Outreach nazorg na ontslag naar huis of andere voorziening, mits er daarvoor bijkomende middelen worden voorzien.

### **Fioretti**

- Huidige aanbod integreren in het netwerk, waarbij de specifieke aanpak en expertise vanuit Fioretti en ARCO kan geconsolideerd worden, met uitbreiding van overleg en vorming naar het bredere netwerk.
- Het huidige aanbod outreach kantelt zich in in het netwerk assertieve zorg, met een flexwerkplek op de campus van Fioretti en een centrale werkplek, dit om de link met de werking, missie, visie, programmatheorie en het residentiële stuk op Fioretti te behouden en tevens casusspecifieke overlegmomenten te kunnen blijven behouden.
- De psychiateren vanuit het vroegere ARCO team worden voorlopig niet opgenomen door de psychiater van Fioretti, maar er is alvast wel het engagement om als 'consulent' op te treden op zelfstandige basis.
- Binnen de huidige werking op Fioretti is er zeker voldoende expertise om een rol in case-management op te nemen.

### **De Kaap**

Na een langere opname is een vervolghulp moeilijk; loopt vaak fout omdat we het niet verder tijdelijk kunnen vasthouden, opvolgen en op een goede manier doorgeven.

Zou zowel ambulant als mobiel moeten.

- voor de patiënt
- voor de vervolghulp (arts, therapeut maar vaak ook teams die er verder mee moeten...)

Soms is een dagopname aangewezen.

## **AZ Nikolaas**

Binnen onze setting wensen we ook te investeren in langdurige mobiele zorg. Daarnaast is AZ Nikolaas ook deel van vzw VZW ABRAM is een **netwerk** met als doelstelling het samenbrengen en ondersteunen van zorginstellingen op verschillende domeinen onder andere ook binnen de jeugdhulpverlening.

Ik denk dat eveneens dat het kunnen aanbieden van alternatieve projecten (dagbehandeling waar er ervaringsgerichte therapie wordt aangeboden bv therapie met assistentie van paarden;..) van groot belang is voor de complexe problematieken.

## **CAR**

Een regelluw kader en correcte financieringsvorm kan de CAR in staat stellen om meer in te zetten op mobiele zorg en case management. De strakke regelgeving en het forfaitair systeem beperken de mogelijkheden tot mobiele zorg en vlot uitwisselen van expertise.

## **Jongerencluster Yidam**

- Ondersteunen van de justitiële jongeren onder statuut GO en met meer middelen mogelijk maken.
- Het aanbod van mobiele, assertieve zorg uitbreiden naar jongens en meisjes van 0 tot 12 jaar én hun context
- Actief participeren aan de structuren van case management die zullen worden uitgebouwd en vorm gegeven.

## **Forensische Jeugdpsychiatrie De Branding**

- Ondersteunen van de justitiële jongeren onder statuut GO en met meer middelen mogelijk maken.
- Het aanbod van mobiele, assertieve zorg uitbreiden naar jongens en meisjes van 0 tot 18 jaar én hun context met alle problematieken
- Actief participeren aan de structuren van case management die zullen worden uitgebouwd en vorm gegeven.

## **De Kiem**

Met de overgang naar Vlaanderen, zou een aangepast regelgeving moeten toelaten om **meer outreachend/Mobiel** te kunnen werken. Dit wordt nu al gedaan maar omwille van de prestatiefinanciering is dit slechts beperkt haalbaar.

Om te kunnen werken met de doelgroep verslaafde jongeren moeten we maximaal ook met de **context/de ouders** kunnen werken: ook hierin werkt de huidige financiering beperkend.

Nieuwe financieringsregels zijn een deel van de oplossing, uitzoeken in welke mate we kunnen samenwerken (aan huis, contextgericht) met andere voorzieningen is een andere mogelijkheid.

We zijn bereid om onze **specifieke expertise rond middelenmisbruik** en jonge kinderen van drugverslaafden in te brengen tav bv bestaande/nieuwe mobiele teams.

Opzetten van een netwerk om een mobiel/assertive aanbod/samenwerking te realiseren ifv (zeer) **jonge kinderen van drugverslaafde** ouders (en zwangere drugverslaafden) : de drughulpverlener is vaak de enige die toegang heeft tot het gezin.

## **Kinderpsychiatrie UZ Gent**

wrap around/ zie artikel outreach psychopraktijk

opm: doelgroep: in- en exclusiecriteria van de verschillende diensten?

## **Centra Geestelijke Gezondheidszorg**

- Uitbreiding van mobiel aanklampende zorgmogelijkheden in situaties van verontrusting.
- Uitbreiding mobiel assertief aanbod voor 4 tot 12 jaar
- Uitbreiding mobiel aanbod 0-4 jaar, verdere uitbouw netwerk
- Sociaal psychiatrische werking uitbouwen dmv vrije-tijdsgroepen voor jongeren (in link met outreachende werking VDIP)
- Opzetten van ado-jongvolwassenenteam wegens kwetsbaarheid van overgang hulpverlening netwerken minder- en meerderjarigen
- Opzetten zorgcircuit ontwikkelingsstoornissen wegens langdurige zorg en aanbod groepstherapie ACT voor -12 jarigen en ouders (wegens chronisch karakter, belangrijke therapeutische insteek)
- Opzetten zorgcircuit jongeren met problematische context- en kindfactoren

## **Dageraad**

- Uitbouwen vroeg detectie door samenwerking CLB, CAW, aanloophuis voor kwetsbare jongeren (ARMS: at risk mental state) en implementatie van behandeling bij verhoogd risico op een eerste psychose.
- Intensievere samenwerking met kinderpsychiatrische instanties die ADHD behandelen (aandacht en concentratiestoornissen als mogelijke prodromen van een psychose).
- Aanbieden van gespecialiseerde psychotherapeutische behandeling in de maatschappij (Psychosehuis in de stad in plaats van een behandelingsafdeling binnen een psychiatrisch centrum).
- Voldoende gespecialiseerde ambulante, mobiele, assertieve en langdurige hulpverlening voor deze doelgroep.
- Verlagen van de benedengrens van de doelgroep mobiele teams naar + 15 jaar (zowel crisis als langdurige)

## **De Meander**

- Stevige samenwerkingsverbanden opbouwen met VAPH en andere sectoren, zodat deze werking verankerd kan zijn in reguliere en VAPH-zorg voor deze doelgroep.
- De kloof voor deze jongeren overbruggen door de krachten van verschillende regio's te bundelen. De complexiteit van deze jongeren en hun context, daagt de zorg uit tot het overstijgen van de schotten tussen sectoren door voor elke jongere een uniek traject uit te bouwen, waarbij diverse sectoren een gedeeld engagement opnemen in een zorgtraject.
- Er is te weinig personeel om aan de noden van deze groep te voldoen; de veiligheid kan onvoldoende gewaarborgd worden; er kan te weinig samengewerkt worden met de context; de psychologe kan de ouders van de jongeren slechts om de 3 à 4 weken op gesprek zien; er zijn te weinig mogelijkheden/middelen om de jongeren te helpen bij het invullen van hun vrije tijd ('s avonds, op woensdagmiddag en in het weekend). Dit is bij deze doelgroep echter noodzakelijk omdat zij dit zelf vaak nog niet kunnen. Bovendien hebben deze jongeren omwille van hun handicap nog meer nabijheid en begeleiding nodig dan jongeren zonder beperking in opname. We bevelen daarom aan om meer middelen te voorzien voor de specifieke jongerenwerking (minstens K-middelen, bij voorkeur SGA-middelen).
- Een problematisch punt binnen deze jongerenwerking gaat om bepaalde aanmeldingen die wij krijgen. Steeds meer worden we geconfronteerd met aanmeldingen van jongeren met een FOR-K profiel. Dit zijn de VOS jongeren die een JRB statuut hebben en vaak nood aan een 1-1 begeleiding en extra beveiliging. Door hun zware zorgvraag kunnen wij zeer moeilijk een antwoord voor deze jongeren bieden, onze personeelsbezetting is absoluut ontoereikend. Deze jongeren kunnen echter ook niet terecht binnen andere FOR-K diensten gezien het IQ-criterium.

## **Jovo**

- Samenwerken met de nog op te starten ado-jongvolwassenen teams binnen de CGG's van Oost-Vlaanderen.
- Delen van expertise met verschillende sectoren waar we raakvlakken hebben.
- Uitwerken van een semi-residentieel luik (dagbehandeling) in overleg met partners in de regio.
- Meewerken aan het faciliteren van overgang HV netwerken minder- en meerderjarigen
- Exploreren van de noodzaak aan trajectbegeleiders voor deze doelgroep.

### **Bijlage 3. Markante vaststellingen i.f. visie en missie**

In 2012 telde men in Oost- Vlaanderen 300.921 kinderen en jongeren jonger dan 18 jaar, een aantal dat toeneemt met een verwachte groei van ca. 5.5% tegen 2020. Extrapolatie van het geschatte voorkomen van psychische stoornissen bij ongeveer 20% van de kinderen en jongeren (volgens het WHO-rapport van 2005) naar Oost- Vlaanderen, impliceert dat er naar schatting 60.184 kinderen en jongeren in onze provincie kampen met psychische stoornissen. Uit de nationale gezondheidsenquête van 2013 blijkt dat de Belgische bevolking van 15 jaar of ouder in vergelijking met vroegere rapportages enerzijds een daling rapporteert van vitale energie en anderzijds een stijging aangeeft van *'psychische problemen zoals zich gestresseerd voelen of gespannen zijn, verdrietig of gedeprimeerd zijn of niet kunnen slapen vanwege grote zorgen'* ([www.his.wiv-isp.be](http://www.his.wiv-isp.be)).

De registratiedata van Outreach Vlaanderen (N= 613 na 8 jaar, activiteitenrapport 2014), een project vanuit GGZ dat nauw samenwerkt met de sector van de Bijzondere Jeugdzorg in de regio Gent-Eeklo, leert dat het leeuwendeel van de aangemelde jongeren een complexe, meervoudige problematiek vertoont met tal van comorbide DSM as I stoornissen en risico's op verankering in de persoonlijkheid (As II). *"Wanneer we de kenmerken van onze doelgroep bestuderen (statuut, gezinssituatie, onderwijsniveau, KOPP, middelengebruik), dan kunnen we er moeilijk aan voorbij gaan dat onze begeleide jongeren een bijzonder risicovol ontwikkelingstraject doorlopen. Uit de cijfers (N= 613 na 8 jaar, activiteitenrapport 2014), leren we dat vier vijfde uit een gebroken gezin komt, minstens 40% zeker één ouder heeft met een aantoonbare psychiatrische stoornis, ruim vier vijfde een schoolloopbaan kent die evolueert naar BSO of BuSO, een derde experimenteert met middelen of regelmatig gebruikt en een niet te verwaarlozen deel van onze jongeren voor hun achttiende delinquente feiten pleegt! Zij maken bovendien minder gebruik van hulpverlenende actoren en komen meer in aanmerking met sanctionerende instanties, zoals rechtbanken, politie, gevangenissen, enz. Het doorbreken van de 'chains of adversity' vraagt een multimodale en multidisciplinaire aanpak gericht op de jongere, zijn context en het ruimere sociale netwerk (school, vrije tijd).*

Bij moeilijk bereikbare kinderen en jongeren is er veelal sprake van meervoudige en complexe problemen op diverse levensdomeinen (multi- problem). Zij verkeren vaak in contexten waar sprake is van structurele achterstand, zoals schrijnende kansarmoede. Ouders hebben vaak zelf geen voorbeeld om op terug te vallen gezien ze zelf vaak uit chaotische/ problematische gezinnen komen. In de praktijk wordt een intergenerationele overdracht van hechtingsproblemen en -stoornissen zeer vaak waargenomen en geldt als een zeer sterk doorwegende risicofactor of kwetsbaarheid bij druggebruik, angst-, stemmings- en gedragsstoornissen. Ouders voelen zich vaak tekortgeschoten en kampen met heel wat schaamte en schuldgevoelens. Zij hebben vanuit een eigen gemis aan basisveiligheid extra het gevoel gefaald te hebben. Veel goedbedoelde interventies vanuit de hulpverlening worden in deze zin aangevoeld als een veroordeling waardoor er nogal eens een gebrek is aan motivatie om mee te werken; sommige ouders dreigen volledig af te haken.

De signalenbundel (2014) is een tweejaarlijks initiatief waarbij welzijnswerkers intersectoraal in het Gentse structurele of terugkerende persoons- en situatieoverstijgende problemen onder de aandacht

brengen. Vele kansarme gezinnen met kinderen leven in ongezonde en onveilige woningen en genieten veelal een vervangingsinkomen dat verre van toereikend is om zelfs de meest noodzakelijke en basale kosten voor levensonderhoud (goede huisvesting en voeding, verwarming, enz.) te betalen. Deze gezinnen kampen reeds meer dan anderen met fysieke en psychische klachten, terwijl kosten voor (geestelijke) gezondheidszorg worden uitgesteld of niet worden gemaakt met vaak een vererping van de situatie (vicieuze cirkel) tot gevolg. Er wordt een toename gerapporteerd in hulpvragen van ouders rond verslavingsproblemen van hun kinderen (drugs, internet, gamen, enz.).

Gezinnen met een diverse etnisch- culturele achtergrond worden systematisch gediscrimineerd op de woninghuurmarkt. Mensen zonder papieren ontberen vaak maatschappelijke dienstverlening en leven vaak in schrijnende situaties; hun kinderen groeien op in een onstabiele situatie met een vaak onverwerkte, traumatische migratiegeschiedenis en zonder toekomstperspectieven. Sommige kinderen van Oost- Europese gezinnen zijn slachtoffer van kinderprostitutie. Bij mensen met een migratieachtergrond is bovendien sprake van meer politionele interventies wegens intra familiaal geweld, enz.

Al deze gezinnen en hun kinderen ervaren telefonische, onpersoonlijke en logge intakeprocedures, samen met de lange wachtlijsten en de kostprijs van geestelijke gezondheidszorg als té hoge drempels. Deze zijn eerder afgestemd op de middenklasse waartoe vele hulpverleners behoren. Hulpverlening is vaak té verbaal en té cognitief opgevat en defensie bij deze mensen wordt te vaak begrepen als een gebrek aan motivatie. Er is nood aan een cultuursensitieve, toegankelijke, flexibele en laagdrempelige hulp op maat en met aandacht voor gelijkwaardigheid en het betrekken van het natuurlijke netwerk rondom deze gezinnen. Anderstaligheid vergt bovendien ondersteuning bij de communicatie, zowel bij organisatorische als inhoudelijke doelstellingen. In confrontatie met de complexe en veelvoudige problematiek van deze cliëntsystemen botst de individuele hulpverlener al gauw op de eigen grenzen waarbij gevoelens van machteloosheid snel de bovenhand kunnen nemen: deuren blijven gesloten, vervolgotrajecten blijken moeilijk realiseerbaar, men komt vast te zitten, is moegestreden en haakt af. 'Samen sterk' houdt een dynamische organisatie en operationalisatie van het sectorale/ intersectorale netwerk in waarbij energie gemobiliseerd wordt en krachten in het werkveld verenigd worden. De welzijnssector (OCMW, CAW straatwerkers,...) en politiediensten spelen hierin eveneens een belangrijke (signalerende) rol. Doorstroming vanuit de crisistemplate verdient bijzondere aandacht. Een gedeelde verantwoordelijkheid houdt tenslotte in dat de maatschappelijke context gesensibiliseerd wordt (destigmatisering) en dat de vermaatschappelijking van zorg concrete vorm en inhoud krijgt. Er zijn vele voorbeelden van geslaagde initiatieven waarbij burgers zich engageren om mee zorg op te nemen.

#### **Bijlage 4: basisprincipes assertieve zorg**

1. We waken erover dat we voor het kind/ de jongere en zijn context met hun specifieke noden bereikbaar en beschikbaar zijn;
2. zodat zij onmiddellijk de gepaste zorg op maat ontvangen met bijzondere aandacht voor de diverse levensdomeinen, hun natuurlijke context en reeds bestaande relaties met belangrijke anderen;
3. (*evidence-based*) interventies worden via intensieve samenwerking over belendende sectoren en voorzieningen heen gecoördineerd en geïntegreerd;
4. met volle erkenning voor het reeds bestaande hulpverleningsnetwerk en de aanwezige expertises;
5. én de mogelijkheid om vlot te schakelen tussen diverse zorgcomponenten in functie van een individueel zorgtraject (*indien nodig*);
6. we richten de focus op de ontplooiing van het kind/ de jongere en zijn specifieke karakteristieken;
7. en bewaken en respecteren diens rechten door actief diens stem in rekening te brengen;
8. in het bijzonder willen we sensitief en responsief zijn ten aanzien van kwetsbare groepen/ contexten en rekening houden met de heersende cultuurgebonden waarden en normen van het cliëntsysteem.
9. en hen in hun krachten en mogelijkheden versterken (*empowerment*);
10. zonder uitsluiting, bijvoorbeeld door het hanteren van diverse exclusiecriteria of (te hoge) drempels, willen we breuken in de hulpverlening vermijden en een soepele overgang naar de volwassen hulpverlening voorzien (cf. art. 107).
11. ouders en/of de gezinsvervangende context én het natuurlijke netwerk blijven de primaire opvoedingsverantwoordelijken en hebben een actieve, betrokken rol (partnerschap/ participatie) mét bijzondere aandacht/zorg voor de rol van brussen, vrienden, ....
12. het integrale (professionele en natuurlijke) netwerk werkt verbindend en engageert zich tot een gedeelde verantwoordelijkheid en wederzijds respect.



## **Bijlage 5: functies en kernopdrachten**

De **procesgerichte diagnostiek** i.s.m. de zorgdragers is integraal en multidimensioneel en omvat kinderpsychiatrisch, psychologisch en psychodiagnostisch onderzoek, de risicotaxatie/ forensische diagnostiek, aspecten m.b.t. een specifieke handicap, middelengebruik en systeem- en gezinsdiagnostiek (*opvoeding, communicatie, relaties, misbruik en mishandeling, KOPP, enz.*). Er is oog voor ontwikkelingstaken, de persoonlijke groei en de identiteit van het kind/ de jongere. **Therapeutisch interventies** zijn laagdrempelig, aangepast aan de jongere en zijn context en gericht op het opbouwen van vertrouwen en een positieve werkrelatie; ze gaan van individuele- tot gezins-/ systemische- en groepsinterventies geïnspireerd door diverse therapiescholen- en evidence-based modellen<sup>12</sup>.

**Medisch- psychiatrisch** superviseert de (kinder- en jeugd)psychiater en volgt o.a. de farmacotherapie en het medicatiebeleid op volgens de geldende richtlijnen. **Ondersteunende acties** zoals psycho-educatie, psychosociale begeleiding, ouderbegeleiding, ouderondersteuning, opvoedingsondersteuning, schooltrajectbegeleiding, enz. faciliteren zorg op maat. **Organisatorische netwerkaspecten** behelzen actieve netwerking, casemanagement en wraparound. Bij voorkeur worden bestaande steunsystemen en mantelzorgers rondom het gezin, zoals familie en kennissen gemobiliseerd en ondersteund. Het bundelen van samenwerking en krachten met alle partners (*i.h.b. huisartsen, straathoekwerkers, CLB's, OCMW's, wijkgezondheidscentra, enz.*) beoogt tevens **het opsporen, detecteren** en voldoende **vroeg interveniëren** ten einde een escalatie van problemen (**preventie**) bij hoogrisicogroepen en meer ingrijpende hulp te voorkomen. We besteden extra aandacht aan de **integratie van GGZ met het onderwijs**: de school is immers dé aanklappende natuurlijke leefomgeving bij uitstek om kinderen/ jongeren met complexe zorgvragen en hun context te bereiken en in te lichten (*destigmatisering*) en om een gedeeld zorgtraject tussen school en ouders vorm te geven<sup>13</sup>.

---

<sup>12</sup> cognitieve gedragstherapie, traumatherapie, gesprekstherapie, systeeminterventies zoals MFT, ABFT, MST, enz. Interventies die het natuurlijke netwerk versterken, zoals 'Eigen Krachten Conferenties' verdienen bijzondere aandacht.

<sup>13</sup> Een positief schooltraject is- naast goede gezinsrelaties en een steunend sociaal netwerk- een sterke beschermende factor in de geestelijke en sociale ontwikkeling van kinderen en jongeren!

## **Bijlage 6: Suggestie voor procesgroep m.b.t. aanmeldings- en trajectbeleid**

In alle gevallen wordt samen met de aanmelder en het cliëntsysteem (bv. digitaal/telefonisch, aan huis of elders) in kaart gebracht welke problemen ervaren worden, welke hulpverleningsinterventies er reeds ondernomen werden en welke vragen en verwachtingen er leven; de doelstellingen worden afgestemd. Met goedkeuring van het cliëntsysteem wordt relevante verslaggeving opgevraagd en de huisarts als belangrijke zorgpartner gecontacteerd. Het mobiele assertieve team kan in overleg met de aanmelder en het cliëntsysteem alsnog andere (assertieve) hulpverleningspartners betrekken in een casusoverleg of casemanagement initiëren. Wanneer het assertieve mobiele team effectief opstart, stemt ze af met de **bestaande outreachingteams** (Vlaanderen, crisis en Arco), op basis van gemaakte afspraken en in functie van hun regionale werking en doelgroep.

Het assertieve mobiele team werkt **nooit solo** maar steeds complementair of samen met minimum één-liever meerdere- **partners in zorg**. Naast het mobiliseren en bejegenen van het brede natuurlijke netwerk, het erkennen en valideren van de opvoedingsverantwoordelijken, de mantelzorgers en de reeds aanwezige hulpverlening, wordt expliciet het engagement van de aanmelder gevraagd. Wanneer dit laatste niet mogelijk is (*denken we aan aanmeldingen door politie, OCMW's, initiatieven door verontruste burgers, enz.*), worden regionale sectorale en/ of intersectorale partners aangesproken, rechtstreeks, via casemanagement of in de procesgroep. De synergie van de mobiele interventies en het bestaande basisaanbod vormen gezamenlijk de basis van de assertieve zorg: het ene neemt het andere niet over, wel ondersteunen ze elkaar wederzijds. De focus van het mobiele assertieve team ligt op het **surplus (!) van geïndividualiseerde zorgtrajecten en behandelplannen** om psychisch welbevinden, ontwikkeling en empowerment te stimuleren, door te interveniëren binnen de **diverse levensgebieden** waarbinnen het kind/ de jongere zich beweegt: het gezin, het gezinsvervangend systeem, de school, de werkomgeving, de kinderopvang, het sociaal netwerk, enz. Het mobiel assertieve team kan de hulpverleningspartners kortdurend ondersteuning bieden door aanklampend te interveniëren in één of meerdere levensgebieden waardoor deze partners samen met het cliëntsysteem opnieuw verder kunnen. Het mobiele assertieve team kan evenzeer aanklampend interveniëren op de aangewezen levensgebieden én casemanagement organiseren door de coördinatie van de betrokken hulpverleningsactoren. Kortom, het flexibel inzetten van de noodzakelijke assertieve zorg impliceert dat casussen kortdurend of langdurend begeleid worden door het mobiele assertieve team.

Het opstellen en evalueren van een **crisisplan** maakt integraal deel uit van het mobiele assertieve hulpverleningstraject. Indien echt nodig kan beroep gedaan worden op het crisisnetwerk. Bij opname of plaatsing is de casusverantwoordelijke nauw betrokken bij de planning van het ontslag. Gezins- en individuele therapie in de thuissituatie, trajectbegeleiding op school, werk of in de vrije tijd, enz. gebeuren enkel op indicatie en doven uit van zodra het natuurlijke netwerk, al dan niet samen met reguliere partners, op eigen krachten verder kunnen. Hiertoe worden periodiek de **doelstellingen geëvalueerd** en bijgesteld tijdens een casusoverleg, samen met het hele netwerk rondom het kind/ de jongere: wordt mobiele assertieve zorg gecontinueerd of afgerond? Het hulpverleningstraject wordt alleszins niet abrupt of op negatieve gronden afgebroken maar indien nodig verder gezet door te **schakelen en door te stromen** naar een minder intensief, gepast hulpverleningsaanbod met partners die bij voorkeur reeds tijdens de assertieve mobiele begeleiding actief betrokken werden. Een andere mogelijkheid is dat indien de jongere doorstroomt, naar bijvoorbeeld de volwassenhulpverlening, hij begeleid wordt naar de juiste vervolgplek en gedurende de eerste maanden **'vastgehouden'** wordt door de mobiele assertieve casusverantwoordelijke of een zorgpartner, die tijdelijk deel gaat uitmaken van dit nieuwe team.

## **Bijlage 7: profielen medewerkers mobiel assertief team**

Het netwerk Geestelijke Gezondheidszorg Kinderen en Jongeren Oost- Vlaanderen  
zoekt  
**mobiele assertieve hulpverleners**

### **Functiesituering**

De '*Gids naar een nieuw geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren*' (zie [www.psy0-18.be](http://www.psy0-18.be)) werd op 30 maart 2015 door de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid ondertekend. Dit houdt in dat alle zorgverleningvormen op elkaar afgestemd moeten worden zodat zorg op maat en continuïteit van zorg mogelijk wordt. Hiertoe worden provinciaal functionele modellen ontwikkeld en geïmplementeerd die de organisatie van de noodzakelijke programma's en functies en het belang van intersectorale samenwerking via netwerking centraal stellen. Deze vacature kadert binnen het activiteitenprogramma *outrachende geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren door de organisatie van mobiele assertieve hulpverlening en zorgcoördinatie*, vanuit een gezamenlijk gedragen visie en missie in het Netwerk GGKJ Oost-Vlaanderen.

### **Functieomschrijving**

Als mobiele assertieve hulpverlener ben je onderdeel van een breed, samengesteld multidisciplinair team -met een teamcoördinator en psychiater - dat ingebed is in en intensief samenwerkt met partners van het netwerk GGKJ Oost-Vlaanderen (inclusief casemanagement), bestaande uit de natuurlijke context van het kind/de jongere, de sectorale en intersectorale partners en alle andere relevante (maatschappelijke) actoren. Het nieuw op te richten team wordt verder vorm gegeven met alle teamleden en netwerkpartners. De doelgroep bestaat uit moeilijk bereikbare, kwetsbare kinderen en jongeren met een complexe, meervoudige problematiek op diverse levensdomeinen en een (risico op/ ontwikkeling naar) psychische/ psychiatrische problemen/ stoornissen én hun context. De focus ligt op laagdrempelige en verbindende acties in de leefwereld van het kind/ de jongere en zijn context, vanuit een duidelijke trajectvisie, rekening houdend met hun reële noden én krachten. Het doel is dat zij kunnen functioneren en deelnemen aan de maatschappij op een veilige manier waar zij zelf achter kunnen staan. De 'procesgroep assertieve zorg' ondersteunt, evalueert en stimuleert het mobiele team (en het brede netwerk) als een lerend netwerk en voorziet in intervisie en een VTO-beleid. De taken en activiteiten van het mobiele assertieve team/netwerk omvatten: een integrale, procesgerichte en vraaggestuurde diagnostiek; (gezins)therapeutische en begeleidende interventies vanuit diverse therapiescholen en evidence-based modellen; ondersteunende acties zoals psychosociale begeleiding, ouderbegeleiding, ouderondersteuning, opvoedingsondersteuning en schooltrajectbegeleiding; administratieve taken zoals registratie en het actueel houden van het cliëntendossier en actieve netwerking en coördinatie van zorg. Als mobiele assertieve hulpverlener opereer je vanuit diverse flexplekken verspreid over de partnervoorzieningen en maak je gebruik van een centrale ontmoetingsplek, bijvoorbeeld voor het wekelijkse teamoverleg. Je beschikt over een eigen vervoermiddel.

## **Functievereisten**

- Je hebt een master (klinische psychologie of orthopedagogiek) of een bachelor in de sociale wetenschappen (psychiatrische verpleegkunde, maatschappelijk werk, orthopedagogie,...).
- Je hebt bij voorkeur een bijkomende therapieopleiding gedaan of ervaring in en kennis van een psychotherapeutisch denkkader.
- Je hebt deskundigheid en meerdere jaren ervaring met betrekking tot het werken met de omschreven doelgroep, op meerdere van volgende vlakken:
  - ✓ assertieve, mobiele hulpverlening
  - ✓ crisiszorg
  - ✓ psychiatrische problemen bij infants, kinderen, jongeren en hun context
  - ✓ psychiatrische en psychische problemen bij kinderen en jongeren met een justitieel statuut en/of met een verstandelijke beperking en/of met een drugsproblematiek,
  - ✓ psychotherapie en/ of gezinstherapie en/ of groepstherapie bij kinderen en jongeren en hun context
  - ✓ sociaal werk
  - ✓ psychodiagnostiek
  - ✓ casemanagement
  - ✓ intersectorale samenwerking (VHPH, BJZ, ...)
  - ✓ samenwerking met de levensdomeinen school, kinderopvang, vorming, werk en vrije tijd
- Je werkt in een tewerkstellingsgraad van minimum 0,7 VTE (26,5u per week)

## **Competenties en attitudes:**

- Je bent betrokken op, beschikbaar voor, toegewijd en geëngageerd naar de doelgroep
- Je handelen wordt gekenmerkt door authenticiteit, transparantie en een open dialoog
- Je hebt een ethische, participatieve, cultuursensitieve en respectvolle grondhouding vanuit de overtuiging van 'gelijkwaardigheid'
- Je durft voortdurend je eigen referentiekaders te bevragen en 'out of the box' te denken en creatief te handelen, inventief te schakelen tussen diverse laagdrempelige interventies op maat
- Je gelooft in de krachten en ontwikkelingsmogelijkheden van de cliënten en bent bereid hen hierin maximaal te ondersteunen; daarnaast durf je omgaan met aanvaarding van beperkingen
- Je bent dynamisch, pragmatisch en flexibel, oplossingsgericht en probleemoplossend én tegelijk bereid jezelf te relativiseren en écht te luisteren naar kinderen, jongeren, hun context en de samenwerkingspartners
- Je kan zowel zelfstandig werken als ondersteunend en collegiaal samenwerken en mensen verbinden over diverse contexten/ sectoren heen met erkenning voor ieders inzet en expertise
- Je hebt voldoende veerkracht om om te gaan met tijdsdruk, emotionele stress en stressvolle, onvoorspelbare situaties en tegelijk ben je je bewust van de eigen grenzen en beperkingen

- Je bent ervan overtuigd dat je samen met de andere teamleden en het netwerk steeds een 'gedeelde verantwoordelijkheid' draagt voor elkaar en de cliënten en handelt hiernaar
- Je kan kritisch en empathisch reflecteren over jezelf en anderen, in- en uitzoomen, het proces waarderen
- Je bent bovenal een mens die met veel 'goesting' het mobiele assertieve team wil vervoegen en versterken

Bijkomende info met betrekking tot het programma assertieve zorg kan worden opgevraagd. Kandidaturen (motivatiebrief en cv) kunnen per mail verstuurd worden ten laatste xx/xx/xx naar xxx

**Bijlage 8: financiering van het programma assertieve zorg**

2015

2016		<u>inkomsten</u>	<u>uitgaven</u>
<i>(van 1 april 2016 tot 31 december 2016)</i>			
<b>Mobiel assertief team</b>		<b>€ 93.712,67</b>	
FOD Volksgezondheid K&J	€ 378.939,08		
Integratie forK-outreach	€ 214.773,59		
<b>Mobiel assertief team</b> <i>(cf. template assertieve zorg)</i>			<b>€ 93.499,47</b>
Prestaties psychiater (10u)	€ 34.539,47		
Mobiele medewerkers (10,96 VTE)	€ 558.960,00		
<b>Werkingskosten mobiel assertief team</b>		<b>€ 4.008,56</b>	
Verplaatsingen (10,96 VTE*7000 km/jaar*0,35)	€ 20.139,00		
Mobiele telefonie	€ 2.869,56		
Internettoegang en 3G	€ 1.500,00		
Vervanging GSM's	€ 500,00		
Aankoop laptops (afschrijven over 3 jaar)	€ 3.000,00		
Webapplicatie	€ 6.000,00		
...			
	<b>totaal</b>	<b>593.712,67</b>	<b>593.499,47</b>
	<b>saldo</b>	<b>€ 213,19</b>	
		<i>over te dragen naar 2017</i>	

2017	<u>inkomsten</u>	<u>uitgaven</u>
<b>Mobiel assertief team</b>	<b>€ 91.616,89</b>	
FOD Volksgezondheid K&J	€ 505.252,10	
Integratie forK-outreach	€ 286.364,79	
<b>Saldo 2016</b>	<b>€ 213,19</b>	
<b>Mobiel assertief team</b> (cf. template assertieve zorg)		<b>€ 91.332,63</b>
Prestaties psychiater (10u)	€ 46.052,63	
Mobiele medewerkers (10,96 VTE)	€ 745.280,00	
<b>Werkingskosten mobiel assertief team</b>		<b>€ 2.178,08</b>
Verplaatsingen (10,96 VTE*7000 km/jaar*0,35)	€ 26.852,00	
Mobiele telefonie	€ 3.826,08	
Internettoegang en 3G	€ 2.000,00	
Vervanging GSM's	€ 500,00	
Aankoop laptops (afschrijven over 3 jaar)	€ 3.000,00	
Webapplicatie	€ 6.000,00	
...		
	<b>totaal</b>	<b>791.830,08</b>
		<b>791.332,63</b>
	<b>saldo</b>	<b>€ 497,45</b>
		<i>over te dragen naar 2018</i>

## Bijlage 9: samenwerkingsovereenkomst

Samenwerkingsovereenkomst 'Mobiële assertieve hulpverlening, Zorgtoeleiding Fioretti en Outreach Vlaanderen'.

---

Tussen de volgende partners:

- Netwerk Geestelijke Gezondheid Kinderen en Jongeren Oost-Vlaanderen  
Adres: Drongenplein 26 - 9031 Drongen  
Vertegenwoordigd door: Raf Opstaele (voorzitter)
- P.C. Dr. Guislain  
Adres: Francisco Ferrerlaan 88/a 9000 Gent  
Vertegenwoordigd door: Marc Jans (algemeen directeur)
- P.C.Gent-Sleidinge  
Adres: Weststraat 135, 9940 Sleidinge  
Vertegenwoordigd door: Raoul De Cuyper (algemeen directeur)

Wordt overeengekomen dat de volgende werkingen op elkaar zijn afgestemd en gemeenschappelijke zorgtrajecten faciliteren:

- Mobiële assertieve hulpverlening;
- Zorgtoeleiding Fioretti;
- Outreach Vlaanderen.

'Het Assertieve Zorgprogramma GGKJ Oost-Vlaanderen', 'Zorgtoeleiding Fioretti' en 'Outreaching Vlaanderen' delen de principes, de visie en de missie zoals omschreven in de 'Gids naar een nieuwe geestelijk gezondheidsbeleid voor kinderen en jongeren' en gearticuleerd in de verschillende templates van het netwerk GG K&J Oost-Vlaanderen en in de beleidsteksten van 'Outreaching Vlaanderen' en 'Zorgtoeleiding Fioretti'.

De gedragenheid van dezelfde principes draagt ertoe bij dat er transparant met elkaar wordt gecommuniceerd en samengewerkt. Dit zal onder meer blijken door:

- **Wederkerigheid:** het vragen en geven is wederzijds vanuit het aanbod en de opdracht.

- **De samenwerking is complementair.**

De verschillende modellen die door partners gebruikt worden, vullen elkaar aan. Men wisselt expertise uit en erkent de meerwaarde van ieders expertise en de meerwaarde van het delen van kennis en ervaring. Er ontstaat een partnership met een gedeelde eindverantwoordelijkheid ten aanzien van de minderjarige/de context die men begeleidt.

- **Men werk samen aan een traject.**

Men zoekt samen hoe men de minderjarige in elke stap van zijn traject in de hulpverlening kan ondersteunen, ook al zijn er in dit traject stappen te zetten waar men minder zal betrokken zijn. M.a.w. men werkt steeds aan een toekomstgerichte en lange termijn-visie.

- **De samenwerking is structureel.**

Doorverwijzingen, samenwerking en communicatie hangen niet af van individuele initiatieven, maar zitten structureel ingebed in de werking van de partners.

Er is een open communicatiestructuur met plaats voor respectvolle feedback en bereidheid om van elkaar te leren.



**- De verschillende partners ondersteunen elkaar in visieontwikkeling, preventie, vroegdetectie en diagnostiek.**

D.w.z. dat de wederzijdse expertise ook en vooral wordt gebruikt om problemen te voorkomen.

We verwijzen tevens naar de antwoorden van het netwerk GGKJ Oost-Vlaanderen op de vragen die de IKW taskforce GGZ stelde n.a.v. het indienen van de template langdurige zorg:

- *Er wordt complementair samengewerkt vanuit de aanwezige expertise in de drie aangehaalde werkingen waarbij zij met hun mogelijkheden flexibel omspringen. Dit betekent concreet dat zij zich bijzonder constructief opstellen om als partners van het assertieve zorgprogramma elkaar wederzijds te ondersteunen en gezamenlijk inkluderende zorgtrajecten uit te werken. Er wordt gewerkt met een gezamenlijk aanmeldingsteam en registratiesysteem (cf. werking crisiszorg) dat toelaat om gericht te evalueren en bij te sturen.*
- *Op indicatie organiseren de verschillende outreachmodaliteiten op casusniveau gezamenlijk cliëntoverleg en gezamenlijke mobiele interventies. Dit gebeurt uiteraard steeds op efficiënte, geïntegreerde en kwaliteitsvolle wijze met versterking van elkaars expertise met zorg op maat en zorgcontinuïteit voor/met de cliënt en zijn context als rode draad. De mogelijkheden om dit op structurele wijze in te bouwen worden onderzocht en maken deel uit van het actieplan van de procesgroep en het netwerk GGKJ Oost-Vlaanderen.*
- *Er wordt gezamenlijke vorming en intervisie voor de medewerkers georganiseerd. Gezamenlijke vorming en intervisie met mobiele crisiszorgmedewerkers behoren eveneens tot de mogelijkheden.*
- *Op casusoverstijgend niveau wordt gewerkt met een afvaardiging van Outreach Vlaanderen en zorgtoeleiding Fioretti in de procesgroep van het assertieve zorgprogramma i.f.v. evaluatie en bijsturing van de te lopen processen. In de procesgroep worden de bovenstaande engagementen verder geconcretiseerd. Het netwerkcomité en het netwerkforum volgen dit proces verder op en sturen bij waar geïndiceerd om op termijn de werkingen te integreren in het netwerk.*

De samenwerking zoals vastgelegd in deze schriftelijke overeenkomst wordt regelmatig geëvalueerd.

Drongen, 14 mei 2016

Roel De Cuyper

Raf Opstaele

Marc Jans

## **Bijlage 10: literatuurlijst**

Bevington, D; Fuggle, P; Fonagy, P; Target, M; Asen, E; (2013) Innovations in Practice: Adolescent Mentalization-Based Integrative Therapy (AMBIT) – a new integrated approach to working with the most hard to reach adolescents with severe complex mental health needs. *Child and Adolescent Mental Health* , 18 (1) 46 - 51.

Helskens, D., Dobbelaere, E., Mussche, B., Vervaet, J. & Decuyper, R. (2013). Outreaching- Vlaanderen, geboorte en verdere groeikansen binnen de context van de jongerencluster Yidam en het bredere draagvlak van netwerken en zorgcircuits voor jongeren. *Onuitgegeven activiteitenverslag 7e projectjaar, PCGS*.

Hendriksen- Favier, A. (2013). Modelbeschrijving FACT Jeugd, herziene versie via <http://www.factjeugdnoord.nl/wp-content/uploads/2015/06/Hendriksen-Favier-A-2013-Modelbeschrijving-FACT-Jeugd-Utrecht-Trimbosinstituut.pdf>

Levecke, V., Bal, Schoentjes, E., Antroop, I., & Mommerency Outreaching: werken binnen de 'systems of care' filosofie in de kinder- en jeugd-GGZ (2013). *PsychoPraktijk* 5 (2).

Stroul B.A. & Friedman R.A. (1986). A system of care for severely emotionally disturbed children and youth. via <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/Digitization/125081NCJRS.pdf>