

# PANGG 0-18

## Template Beschrijving van het programma LANGDURIGE ZORG provincie Antwerpen

---

Antwerpen, 26/08/2016

### 1. Naam van het netwerk

#### PANGG 0-18 LANGDURIGE ZORG

### 2. Netwerking in functie van het programma langdurige zorg

2.1. Geef een overzicht van de verschillende overlegmomenten en de wijze waarop het netwerk het programma langdurige zorg inhoudelijk en organisatorisch heeft vorm gegeven.

Historisch is er samenwerking gegroeid op casusniveau en boven casusniveau over de sectoren heen:

- Het halfjaarlijks overleg K-diensten, jeugdmagistraten, regiocoördinator, regiomanager.
- De netwerkstuurgroepen per regio/werkingsgebied.
- Het overleg ROG-CAW-OGGPA.
- Participatie van kinder- en jeugdpsychiaters aan het indicatiestellingsteam.
- Participatie aan GES+ overleg (K-dienst en fusieziekenhuis).
- Het overleg IMH: met vertegenwoordigers vanuit UKJA, de CGG, de huizen van het kind, kind en gezin, vroedvrouwen, ...
- Samenwerkingsverband tussen Cirkant en OPZ in het kader van de nieuwe module contextbegeleiding naar de gemeenschapsinstelling De Kempen te Mol.
- Samenwerkingsverband CGG De Pont en Emmaus Mechelen.
- Samenwerking DBC OLO en UKJA betreffende GES+ en andere cliënten. Daarnaast is er een groeiend samenwerkingsverband tussen UKJA en MFC Dennenhof en MFC Ter Elst.
- Samenwerking Van Celst – UKJA vanuit Vlaamse middelen.
- Samenwerking met Lokaal OpvangInitiatief (LOI) vluchtelingen in de Kempen.
- Samenwerkingsverband en overleg “Problematisch Middelgebruik” binnen de provincie.
- VDIP is een bundeling van verschillende partners in samenwerkingsverband. ( vroegdetectie en psychose).
- Er zijn de bestaande mobiele FOR K teams in OPZ en UKJA en een SGA mobiel team in UKJA.
- Er is het bestaande mobiel team in de GI De Kempen vanuit OPZ vanuit Vlaamse middelen.
- Er zijn de bestaande reguliere mobiele teams die begeleiding gaven en geven aan deze beoogde doelgroep in LZ en dit in goede samenwerking over de jaren opgebouwd met voorzieningen binnen VAPH en Jongerenwelzijn.

- Er is het METER-project (bijlage 1a,b) als voorloper van IZPA (bijlage 2) beide intersectorale samenwerkingsverbanden voor jongeren met een complexe meervoudige problematiek.
- Mobiele team kinderen en zorggezinne: psychiatrische pleegzorg in samenwerking met pleegzorg Antwerpen betreffende de doelgroep dubbeldiagnose (zie bijlage 3).
- STENT Kempen en Mechelen.

2.2. Geef aan met welke partners uit de andere sectoren en op welke manier is samengewerkt om dit programma te ontwikkelen.

De werkgroep “Langdurige Zorg (LZ)” kwam voor een eerste maal samen op 13 november 2015 en kwam nadien ongeveer maandelijks samen. Vanuit de GGZ waren volgende organisaties vertegenwoordigd in deze werkgroep: CGG De Pont, CGG Kempen, CGG Andante, CGG Vagga, UKJA, OPZ, CAR, Volwassenen psychiatrie (fusieziekenhuis Mortsel-Boechout), VDIP. Vanuit andere sectoren werden vertegenwoordigers vanuit volgende sectoren uitgenodigd op de werkgroep: BJZ, VAPH, K&G, CAW en CLB. BJZ en CLB waren tot nu toe actief vertegenwoordigd. De andere sectoren die zich verontschuldigen, werden op de hoogte gehouden via de vertegenwoordiging in het netwerkcomité PANGG 0-18, dat eveneens maandelijks samenkomt. Vanuit sommige sectoren kregen we het signaal dat deze nieuwe ontwikkeling te snel ging of dat men echt geen tijd kon vrijmaken om op werkbijeenkomsten aanwezig te zijn.

Er werd nagedacht over de organisatie van een multidisciplinair, organisatie- en sector-overschrijdend team, waarbij een combinatie nagestreefd wordt van twee modellen: enerzijds het “Flexibel Assertive Community Treatment (FACT)” – model (bijlage 4) en anderzijds het “WRAP-AROUND”-model (bijlage 5). Dr Marijana Cvitan werd uitgenodigd naar OPZ om een presentatie te geven betreffende de bestaande FACT werking in Amsterdam. De leden van de werkgroep LZ, van het Netwerkcomité en andere geïnteresseerden werden breed uitgenodigd over de sectoren heen.

Eind maart 2016 volgde er een voorstel tot vorming van een geïntegreerd multidisciplinair, organisatie- en sector-overschrijdend team (bijlage 6a).

Op 11/04/2016 was er een overleg op beleidsniveau met Jongerenwelzijn in Brussel waarbij dit voorstel werd uiteengezet. Inhoudelijk kon men daar helemaal achter staan. Organisatorisch zou bekeken moeten worden op welke manier dergelijk sector-overschrijdend mobiel team LZ kon worden georganiseerd. Aandachtspunten waren 1) registratie als verantwoording van personeelsinzet van middelen en 2) ter beschikking stelling van medewerkers aan een sector-overschrijdend team. Op dit overleg werd aangegeven dat organisaties binnen BJZ dit eventueel konden inbrengen via ‘innoverende projecten’. Andere agentschappen dienen nog te worden overtuigd.

Dit voorstel werd via Bert Plessers (Federale netwerkcoördinator Volksgezondheid) gecommuniceerd naar Harmen Lecok (kabinetsmedewerker Minister De Block) en Griete Forceville (kabinetsmedewerker Minister Vandeurzen) en meegenomen naar de IKW Taskforce van 28/04/2016. Van daaruit werd enerzijds het signaal gegeven dat er geen juridische bezwaren meer waren om medewerkers vanuit verschillende sectoren te detacheren naar een sector-overschrijdend team en gaf

men anderzijds mee dat men de sectoren zou responsabiliseren om in een organisatie- en sectoroverschrijdend team voor LZ te participeren.

Op 18/05/2016 (bijlage 6b) werd een overleg georganiseerd waarop geïnteresseerden werden uitgenodigd vanuit de ganse provincie. Ter voorbereiding daarvan kwam dit eveneens ter sprake binnen de netwerkstuurgroepen jeugdhulp in elk werkingsgebied en op het IROJ. Daarnaast werden directies van belangrijke partners eveneens telefonisch gecontacteerd om aan dit project te participeren. Wanneer meerdere sectoren bereid zijn mee in dit project te stappen, brengt elke sector zijn netwerk mee, zodat die netwerken op casusniveau kunnen geclusterd worden vanuit één mobiel team.

Vanuit dit overleg dd 18/05/2016 werden vragen geformuleerd die enerzijds te maken hadden met de praktische organisatie en anderzijds ook te maken hadden met zaken die bij de overheid afgetoetst moesten worden. Voorzieningen uit andere sectoren vinden het idee wel interessant, maar er is op dit moment nog relatief weinig bindend engagement. We kregen van verschillende organisaties te horen dat men wel wou meewerken wanneer men een significante meerwaarde zag bij wat men nu reeds deed én wanneer de overheid de samenwerking zou faciliteren. Men had vragen rond het technisch-juridische luik van de medewerkers die ingezet zouden worden in dergelijke team. Daarnaast gaf men aan dat men enkel kon meewerken indien de overheid ook bijkomende financiële input voorzag voor de andere sectoren en regelluwt betreffende registratie kon bieden. Een overleg met de Vlaamse overheid met betrekking tot deze vragen dringt zich op.. Dit werd goedgekeurd op het netwerkcomité dd 24/05/2016. Op 25/05/2016 werd een email verstuurd naar Griekie Forceville hieromtrent (bijlage 7).

Na feedback van de overheid (23/06/2016) besloot het netwerkcomité PANGG 0-18 dd 28 juni 2016 om instroom van medewerkers vanuit andere sectoren in het geïntegreerd mobiel team LZ te faciliteren door deze deels mee te financieren vanuit de mobiele middelen LZ PANGG 0-18 in afwachting van financiële ondersteuning door de Vlaamse Overheid. PANGG 0-18 verwacht van de Vlaamse Overheid wel een kader om deze intersectorale samenwerking ook mee mogelijk te maken. Flexibele werktrajecten met medewerkers gefinancierd uit diverse sectoren zijn in deze samenwerking onontbeerlijk.

Provinciaal en in de werkingsgebieden is overleg doorgegaan met de verschillende intersectorale partners. Op dit moment kan het geïntegreerd team niet worden gerealiseerd om de redenen die aangehaald zijn in de mail naar Kabinetsmedewerker Griekie Forceville. Bovendien is er veel variatie in het aanbod via bestaande modules en liggen de vragen voor ondersteuning ook heel verschillend. Men vindt het een grotere meerwaarde om partners uit de andere sector mee te betrekken op casusniveau, liever dan een vaste afvaardiging in één samengesteld team. Het doel is geïntegreerd samen te werken 1) op casusniveau; 2) met vlottere toegang tot elkaars aanbod; 3) met zeer korte lijnen naar elkaars werking en 4) waarbij complexiteit van de casus de noemer is van de instroom.

Op het netwerkcomité PANGG 0-18 dd 23 augustus 2016 werd beslist om het voorstel tot integratie van medewerkers uit andere sectoren/organisaties nog laagdrempeliger te maken. Het voorstel is dat

het netwerk PANGG 0-18 de loonkost van vier halftijdse medewerkers uit andere sectoren/organisaties volledig wil betalen wanneer zij instromen in het mobiele team LZ. Wel streven we ernaar dat deze medewerkers ook halftijds in de eigen organisatie blijven werken zodat de link met de eigen organisatie ook behouden blijft (zie bijlage 6c).

2.3. Licht toe op welke wijze inspraak en empowerment van kinderen, jongeren en hun context tijdens dit proces van overleg en netwerking is gerealiseerd.

In het netwerkcomité PANGG 0-18 is er plaats voor vertegenwoordiging van cliëntparticipatie van jongeren en ouders. Wij willen deze cliëntvertegenwoordiging graag uitnodigen betreffende specifieke thema's.

Daarnaast willen we cliëntparticipatie installeren vertrekkend vanuit bestaande trajecten:

In OPZ bevaart men de bijna 18jarige jongeren die in behandeling (geweest) zijn of ze willen participeren in de herstelgroep van de volwassenen met de vraag of ze interesse hebben om als ervaringsdeskundige ingeschakeld te worden in het hulpverleningstraject van anderen.

In UKJA/ZNA bestaat de jongerenwerkgroep 'mijn gedacht' waarbij de residentieel opgenomen jongeren hun oordeel betreffende het behandeltraject kunnen inbrengen. Op die manier wordt ook vanuit de jongeren reflectie gegeven op het behandeltraject. Verder worden de kinderen/jongeren en ouders in UKJA/ZNA bevestigd via evaluatieformulieren over het verloop van de behandeling.

Op het netwerkcomité PANGG 0-18 en de werkgroep LZ willen we nadenken op welke manier we het cliëntperspectief methodisch kunnen meenemen samen met partners zoals Cachet en Popant. Daarnaast zijn er drie ervaringsdeskundigen werkzaam in OGGPA. Ook hier zullenwe afvoetsen in welke mate deze betrokken kunnen worden in PANGG 0-18.

Op 16/06/2016 waren de netwerkcoördinatoren aanwezig op het overleg cliëntparticipatie-IJH in Antwerpen om de mogelijke participatie te bespreken in het netwerk. Vertegenwoordigers uit volgende organisaties waren aanwezig: Vlaams Gebruikersplatform Personen met een Handicap (VGPH), Ouderparticipatie Jeugdhulp Vlaanderen (Popant), Centrum Kauwenberg, Samen werken aan armoede in Antwerpen (STAAN), Antwerps Straathoekwerk overleg (ASTROV). Er werd afgesproken om korte lijnen te houden. Verder werd afgesproken dat vertegenwoordigers zullen worden uitgenodigd op de werkgroepen van PANGG 0-18 wanneer dit thema ter sprake komt. De netwerkcoördinatoren gaan in een eerstvolgende fase met de verschillende partners aanwezig op dat overleg in gesprek en nemen volgende agenda mee: welke thema's zijn belangrijk vanuit het perspectief van ouders / minderjarigen / mensen in armoede / kwetsbare doelgroepen / mensen met een handicap? Wat is meest zinvolle manier om die deskundigheid van de doelgroep structureel een plaats te geven?

Ook plannen we als netwerkcoördinatoren PANGG 0-18 een afspraak met medewerkers van Cachet om hun mogelijke participatie te bespreken in ons netwerk.

Via Popant willen we de ouders vragen zich te engageren 1) als reflectiegroep voor het netwerk en 2) als ervaringsdeskundige in het mobiele team LZ.

We hebben als netwerkcoördinatoren reeds contacten gehad met de oudergroep van Popant om hun reflecties mee te kunnen nemen in de uitbouw van het netwerk.

Tijdens de bespreking (18/05/2016) van het voorstel tot uitbouw van een geïntegreerd organisatie- en sector-overschrijdend mobiel team LZ was een ouder-ervaringsdeskundige aanwezig. Deze ouder gaf aan mee te willen werken in dergelijk team. We willen deze opportuniteit te baat nemen om deze moeder mee te laten participeren in het mobiele team LZ.

Binnen de provincie Antwerpen bestaat er reeds een jarenlange traditie om netwerktafels te organiseren. Op deze netwerktafels probeert men maximaal de kinderen en jongeren, de ouders, de opvoedingsverantwoordelijken en het informele netwerk te betrekken voor het uitwerken van zorgtrajecten. Binnen verschillende voorzieningen, inclusief de gemeenschapsinstellingen, bestaan rondetafels of overlegmomenten vanuit hetzelfde opzet. De intersectorale netwerken METER en IZPA vertrekken eveneens vanuit dit perspectief.

Het vormen van een organisatie- en sector-overschrijdend mobiel team LZ stoelt tevens op het FACT-model en het WRAP-AROUND-model waarbij maximale cliëntparticipatie en het installeren van zorg zo dicht mogelijk bij het kind en de jongere en het gezinssysteem indien mogelijk, voorop staat. Binnen dit model willen we bij de instroom en tijdens evaluatiemomenten eveneens een evaluatie vragen aan de jongeren en hun opvoedingsverantwoordelijken zodat op die manier op structurele wijze cliëntparticipatie inherent wordt aan de werking.

Op 22/11/2016 willen we een provinciaal forum organiseren waar ieder, cliënten, cliëntparticipatie, hulpverleners vanuit alle organisaties en sectoren worden op uitgenodigd. Bedoeling van dit forum is enerzijds informatie doorgeven van de stand van zaken betreffende alle zorgprogramma's en anderzijds ruimte laten voor feedback via het installeren van werkgroepen/discussiegroepen rond bepaalde thema's.

### **3. Huidig langdurig zorgaanbod**

3.1. Schets kort het huidige mobiele, ambulante en (semi-)residentiële langdurig zorgaanbod dat zich binnen het werkingsgebied van het netwerk richt op kinderen en jongeren met een psychische of psychiatrische problematiek.

Het bestaande mobiele, ambulante en (semi-)residentiële zorgaanbod werd opgelijst en is terug te vinden in [bijlage 8a,b](#).

- Ambulante zorg:

De 4 CGG's en 6 CAR's hebben hun specifieke werkingsgebieden. De K-dienst in OPZ biedt voornamelijk poliklinische raadplegingen aan voor de regio Kempen. UKJA biedt voornamelijk poliklinische zorg aan voor de regio's Antwerpen en Mechelen. Beiden kunnen provinciaal

zorg aanbieden. Ook zijn er drie RCA werkingen in de provincie, Ukja, OPZ en Gouverneur Kinsbergen.

- Mobiele zorg:

De CAR's kunnen geen mobiele zorg aanbieden. Ze wensen dit wel te kunnen en hopen dat er een aangepaste regelgeving komt in de toekomst. De CGG's bieden beperkt mobiele zorg aan in functie van de noden van de cliënten. In CGG Mechelen is er de specifieke PROS-werking voor jongeren met schoolse problemen. Ook voor de infant-werking wordt vaak op mobiele zorg beroep gedaan.

De K dienst in OPZ kent meerdere mobiele teams: het reguliere mobiel team, het posmof mobiel team (justitiële klanten), het mobiel team kinderen in zorggezinnen en het mobiel team naar de GI De Kempen.

In UKJA zijn de eerder beperkte outreach middelen ingezet in functie van de noden. Er is mobiele interventie mogelijkheid voor de leeftijdsgroep -6jarigen, voor de leeftijdsgroep 6-11jarigen en voor de leeftijdsgroep 12-17jarigen verspreid over de verschillende afdelingen. Er is een specifiek mobiel team gekoppeld aan de FOR K unit en aan de SGA unit. Het mobiele team SGA gaat op dit moment supraprovinciaal. De FOR K- en SGA- mobiele teams in UKJA zijn op dit moment voornamelijk gekoppeld aan de opgenomen populatie (voor, tijdens en na opname) en zijn opnamevermijdend en opnameverkortend van opzet. Afhankelijk van de workload kunnen ook ambulante casussen worden begeleid. Vanuit de zorgeenheid eetstoornissen wordt ook supraprovinciaal mobiele zorg georganiseerd. De mobiele zorg in UKJA wordt ingekanteld in de mobiele zorg PANGG 0-18.

- (Semi-)residentiële zorg:

In OPZ is een reguliere afdeling voor kinderen (5-10jr) en voor tieners (10-14jr). Daarnaast is er een FOR K unit (12-18jr).

In UKJA zijn er per leeftijdscategorie en per problematiek (-6jr / 6-11jr / 12-17jr) meerdere units. Daarnaast is er de FOR K unit en de SGA unit. In de SGA unit kunnen jongeren met een seksueel grensoverschrijdende problematiek supraprovinciaal terecht.

- Het Fusieziekenhuis Mortsel-Boechout kan jongeren opnemen vanaf de leeftijd van 16 jaar. In afdeling De Knoop in Mortsel, worden nu en dan 16- en 17-jarigen opgenomen met een meervoudige problematiek.

- Vanuit de reconversiemiddelen C/D bedden naar dagbehandelingsplaatsen (Minister Vandeurzen) is er het plan om binnen ZNA-UKJA een unit met 8 dagbehandelingsplaatsen te openen voor de behandeling van meisjes tussen 12 en 18 jaar, met ernstige problemen in het reguleren van gedrag en emoties, met mogelijks een evolutie naar een dreigende persoonlijkheidsstoornis type borderline (bijlage 9 a,b).

- In het werkingsgebied Mechelen zijn er verschillende gesprekken doorgegaan met AZ- en PZ-voorzieningen. Deze voorzieningen werden tot nu toe niet bereid bevonden middelen te converteren naar "k". Ondanks alle inspanningen vinden wij hiervoor op dit moment geen structurele oplossing in de regio zelf. Dit betreft een probleem dat de template LZ overstijgt en aanwezig is in alle templates/zorgprogramma's. Graag willen we hierover met de overheid

(Volksgezondheid en Welzijn) in overleg gaan om hier een structurele oplossing voor te vinden. Wat betreft “K” en “k” kunnen jongeren uit werkingsgebied Mechelen terecht in OPZ, UKJA en ook op “A”-bedden in De Knoop Sint-Amedeus (fusieziekenhuis Mortsels Boechout of Multiversum vanaf januari 2017). De FOR K medewerkers en SGA medewerkers opereren provinciaal, dus ook in regio Mechelen.

### 3.2. Schets welke afspraken er gemaakt zijn m.b.t. dit langdurig zorgaanbod.

Het netwerk PANGG 0-18 neemt het engagement om gezamenlijk het provinciale zorgaanbod op te nemen en te realiseren. Naast de bestaande, complementaire ambulante en (semi-)residentiële werking, willen we over de organisaties en de sectoren heen een geïntegreerd multidisciplinair mobiel team opstarten. In dit organisatie- en sector-overschrijdend team zal de bestaande mobiele FOR K werking van beide K diensten inkantelen. Op deze manier zal deze expertise mee deel uitmaken van het nieuw te vormen mobiele team LZ.

Het SGA mobiele team (UKJA) zal eveneens ingekanteld worden. Hier zullen we met de netwerken in de andere provincies de dialoog aangaan om af te spreken op welke manier de mobiele werking best gecontinueerd kan worden. In het verleden bleek het niet steeds evident om aansluitend de geschikte zorg te vinden in de regio waar de jongeren van afkomstig zijn.

Daarnaast is er het team outreach GI vanuit OPZ: Er is een samenwerkingsovereenkomst (bijlage 10) tussen de Vlaamse Gemeenschap en het OPZ Geel voor mobiele activiteiten vanuit het OPZ Geel (divisie Jongeren) naar de Gemeenschapsinstelling De Kempen en naar voorzieningen binnen jongerenwelzijn en VAPH. De opdracht is regionaal 1) het aanbieden van jeugdpsychiatrische en therapeutische hulp aan jongeren in de GI De Kempen, 2) na ontslag de begeleiding van deze jongeren te continueren in de context waar de jongeren nadien verblijven en 3) jongeren met een zelfde profiel en met een dossier bij de jeugdrechtbank of bij het OCJ te begeleiden in de voorzieningen waar de jongeren verblijven om zo de kans op een (her)opname te reduceren. Aandacht voor intersectorale trajectzorg en continuïteit van zorg zijn hierin belangrijk. Wanneer het gemeenschappelijke casussen betreft zullen vertegenwoordigers van dit team mee aansluiten op de teamvergadering van het mobiel team LZ.

De concrete afstemming tussen het mobiele team LZ en Outreach Vlaanderen wordt beschreven in de samenwerkingsovereenkomst (bijlage 15). Er is aandacht voor wederkerigheid en complementariteit in samenwerking, het samenwerken in en uitbouwen van zorgtrajecten, het structureel maken van de samenwerking, de wederzijdse ondersteuning in visie-ontwikkeling, preventie en vroegdetectie, diagnostiek en behandeling, en het gezamenlijk overleg en gezamenlijke vorming, de gezamenlijke intervisie en supervisie.

Betreffende de minderjarigen met problematisch middelengebruik is er een overleg doorgegaan op 14/04/2016 (bijlage 11). Aanwezig waren de partners die binnen de provincie Antwerpen ambulante zorg aanbieden en vertegenwoordigers vanuit Pathways (Tienen) en RKJ Eeklo waar de residentiële zorg voor deze doelgroep wordt opgenomen. Uit dit overleg bleek dat er in 2015 ongeveer 20



opnames waren in Tienen en 4 opnames waren in Eeklo van jongeren gedomicilieerd in de provincie Antwerpen. Jongeren uit de provincie waren verder welkom op deze residentiële units. Er bleek geen nood te bestaan aan residentiële capaciteit voor minderjarigen met deze problematiek in de provincie.

Betreffende de doelgroep minderjarigen met seksueel grensoverschrijdend gedrag werd op 23/05/2016 een supraprovinciaal voorstel geformuleerd naar de netwerkcoördinatoren binnen de andere Vlaamse provincies en Nederlandstalig Brussel (bijlage 12). We willen de samenwerking betreffende deze residentiële doelgroep die vanuit gans Vlaanderen kan worden opgenomen in de SGA afdeling in UKJA (mits voorwaarden) nauwer, meer effectief en efficiënt op elkaar afstemmen.

Betreffende de minderjarige doelgroep met dubbeldiagnose dient nog overleg plaats te vinden. Mits verkregen uitstel dienen we de template in voor 29/08/2016. Om dit netwerk vorm te geven zullen we de dialoog aangaan met volgende partners: CGG, OPZ, UKJA, Fusieziekenhuis Mortsel-Boechout en ONADA, DVC Sint Jozef en geïnteresseerde partners van het VAPH. Tevens is op 16/06/2016 een overleg gepland met Fioretti die de enige kinder- en jeugdpsychiatrische setting is voor residentiële opname voor deze doelgroep in Vlaanderen om de samenwerking betreffende jongeren met een domicilie in Antwerpen optimaal op elkaar af te stemmen.

#### **4. Missie en visie m.b.t. het programma langdurige zorg**

Licht de concrete waarden, visie en missie van het netwerk toe m.b.t. het programma langdurige zorg.

Het programma langdurige zorg richt zich op kinderen en jongeren met een complexe, langdurige zorg- en ondersteuningsvraag omwille van een ernstige, meervoudige en chronische GGZ-problematiek. Het betreft die doelgroep van kinderen en jongeren en hun gezinnen die moeilijk bereikbaar is voor de reguliere hulpverlening. Maximale betrokkenheid en participatie van de kinderen en jongeren en de context wordt nagestreefd en waar mogelijk wordt de zorg ook subsidiair geïnstalleerd.

Vanuit dit langdurig zorgprogramma worden scharnieren gelegd met de andere zorgprogramma's: crisiszorg, intersectoraal consult en liaison, dubbeldiagnose (hier is zelfs sprake van integratie DD in LZ). De functies screening en oriëntatie, diagnostiek, behandeling en uitwisselen van (intersectorale) expertise worden geïntegreerd. Het aanbod dient laagdrempelig aangeboden te worden. Er wordt gestreefd naar een vraaggestuurd antwoord van zorg dat continuïteit in geschakelde zorg poogt te garanderen. Breuklijnen in de zorg dienen zoveel mogelijk vermeden te worden en lange wachttijden dienen beperkt te worden. Wanneer dit laatste toch problematisch zou blijven, heeft dit netwerk tevens een signaalfunctie naar de overheid. Binnen de provincie stellen wij vast dat er onvoldoende bestaande ambulante zorg is (zie algemene template) om de overdracht van het mobiele crisisteam naar die ambulante zorg geschakeld en naadloze manier te garanderen.

Vanuit de werkgroep werd nagedacht over de doelgroep van deze langdurige zorg met focus op mobiele noodzaak: het gaat om 1) kinderen en jongeren en hun gezinnen met een GGZ problematiek 2) kinderen en jongeren en hun gezinnen met een beperkte draagkracht/veerkracht van het kind en/of



het cliëntsysteem 3) met een meervoudige problematiek die vaak nood heeft aan de zorg van meerdere sectoren.

Zoals in de gids beschreven, willen we binnen dit zorgprogramma specifiek de focus leggen op volgende doelgroepen: de moeilijk bereikbare en kwetsbare jongeren, gezinnen en contexten, jongeren met een psychiatrische problematiek die onder een justitiële maatregel vallen, jongeren met een verslavingsproblematiek en jongeren met een psychiatrische problematiek en een verstandelijke beperking (zonder exclusie te maken voor andere doelgroepen). Daarnaast zijn zeker ook als doelgroepen vervat de infants en KOPP en/of KOAP problematieken, de migranten-kinderen, vluchtelingen-kinderen en niet begeleide minderjarigen met een psychische/psychiatrische problematiek en hun context(en) of het gebrek aan context.

Intersectorale uitwisseling en bundeling van expertise en zorg zijn primordiaal om een zo goed mogelijk zorgaanbod op maat te creëren. Het intersectorale zorgnetwerk IZPA is er voor maximum 10 jongeren binnen de provincie. Het algemene zorgprogramma met mobiele focus t.a.v. genoemde doelgroepen steunt eveneens op verregaande intersectorale samenwerking.

Binnen dit langdurig zorgprogramma willen we een herstelgerichte, krachtgerichte, systemische benadering nastreven. We willen maximaal streven naar een stabilisatie en re-integratie van kinderen en jongeren in hun natuurlijke omgeving waar mogelijk of in hun thuisvervangende context waar nodig.

## **5. Beschrijving van het programma langdurige zorg**

### **5.1. Inhoudelijke ontwikkeling van het programma langdurige zorg**

5.1.1. Beschrijf op welke wijze het netwerk het programma langdurige zorg wil realiseren. Vertrek hierbij vanuit de activiteitenprogramma's 'basisaanbod gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren vanuit een ambulante, semi-residentieel en residentieel kader' en 'mobiele geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren door de organisatie van mobiele assertieve hulpverlening' (cfr. gids, hoofdstuk 3.2.2).

Onder 3.1. is het huidige aanbod LZ ambulante, mobiel en (semi-)residentieel beschreven. Dit aanbod blijft bestaan volgens de beschreven modaliteiten en binnen de beschreven functies. We streven naar schakeling en continuïteit tussen crisiszorg, langdurige zorg, gespecialiseerde zorg van welke aard ook en willen alle levensdomeinen includeren. Daarnaast wordt ook de link gelegd met zorgprogramma's binnen andere sectoren. We streven ernaar om alle doelgroepen te includeren, met specifieke aandacht voor die doelgroepen die genoemd zijn binnen deze template.

Het cliëntsysteem wordt maximaal betrokken bij het hulpverleningstraject.. Bij gedeelde zorg en verantwoordelijkheid wordt de bestaande teamwerking overschreden en betrokken medewerkers van belendende organisaties/sectoren mee uitgenodigd op gemeenschappelijk overleg. Op indicatie interveniëren partners gezamenlijk in zorg. Alle partners in zorg engageren zich ten aanzien van het provinciale casemanagement om hulpverleningstrajecten mogelijk te maken.

Voor de werking van het mobiele team LZ hebben we gezocht naar internationaal aanvaarde methodieken en modellen die evidence based hun waarde hebben bewezen. We willen het FACT-model en het WRAP AROUND-model combineren in onze mobiele werking langdurige zorg.

⇒ FACT-model: Flexible Assertive Community Treatment:

De doelgroep van FACT-kind en jeugd in Nederland is als volgt omschreven: Het betreft kinderen en jongeren met een langdurige psychiatrische problematiek en problemen op meerdere levensgebieden, die in de reguliere zorg tussen wal en schip vallen. Het thuismilieu wordt gekenmerkt door een verstoorde draagkracht/draaglast verhouding. Het betreft gezinnen met problemen op meerdere levensgebieden, die onvoldoende aansluiting vinden bij de reguliere hulpverlening. De focus van de werking ligt op alle ontwikkelingstaken van het kind/de jongere binnen alle leeftijdsfasen en alle levensdomeinen. De kinderen en jongeren vallen binnen het leeftijdsbereik van 0 tot 23 jaar.

Binnen het FACT-model hanteert men een multidisciplinaire, multisectorale en multifocale werking: Het team is samengesteld met vertegenwoordigers van verschillende disciplines en deskundigen vanuit verschillende sectoren: (kinder- en jeugdpsychiater, psycholoog, orthopedagoog, maatschappelijk werker, (psychiatrisch) verpleegkundige, leerkracht of onderwijs/werk-deskundige, ervaringsdeskundigen, straathoekwerkers,...). Een team bestaat uit 7 VTE voor 100 casussen in stedelijk gebied van 50.000 mensen. Het FACT-team verenigt twee werkwijzen, met name 1) een gezamenlijke teamzorg ten tijde van 'zorgintensivering' en 2) een meer individuele zorg vanuit een multidisciplinair team in meer 'stabiele' tijden. De medewerkers van het team hebben een gedeelde caseload : Op de dagelijkse briefing worden alle cliënten (cliënten in 'stabiele periode' en cliënten met 'acute extra zorgbehoefte') overlopen. Cliënten met acute extra zorgbehoefte worden bovenaan geplaatst. Er wordt gewerkt met multidisciplinair vastgesteld behandelplannen en crisisinterventieplannen. De cliënt en zijn/haar ouders zijn aanwezig op de behandelbespreking. Het informele netwerk wordt nauw betrokken.

Binnen het FACT-model kan zorg worden aangeboden op volgende gebieden: school/werk, in het gezin/bij familiecontacten, naar instanties, in de buurt/bij (sport)verenigingen, bij medicatiegebruik en bij financiën en administratie. Psycho-educatie en medicatiebegeleiding vragen extra aandacht. Deze lijst is niet exhaustief. Verder wordt per persoon/gezin bekeken wat hij of zij nodig heeft welke evidence based of practice based interventies kunnen worden ingezet: zoals bvb. cognitieve gedragstherapie, traumabehandeling, oplossingsgerichte therapie, dialectische gedragstherapie, systeeminterventies, ... Ook geprotocolleerde interventies zoals triple P, Parent Management Training en Multisystemic therapy (MST), ... kunnen worden ingezet. Naast individuele en systemische behandeling zijn er ook groepstrainingen. Vertrekkend vanuit de mobiele werking wordt er na verloop van tijd gestreefd naar aansluiting bij de reguliere (ambulante) werking.

⇒ WRAP AROUND-model:

De mening/visie van de jongere/het gezin wordt expliciet bevestigd en prioritair gesteld. Het zorgplan integreert de visie van de cliënt. Het wrap-around team bestaat uit leden van het informele netwerk en uit professionals die het gezin kunnen helpen bij het bereiken van doelstellingen. Strategieën vertrekken steeds vanuit de natuurlijke ondersteuningsbronnen (informele netwerk) van het gezin en zijn ook op maat van het kind en het gezin. Alle teamleden werken actief samen om doelen en bijhorende strategieën in te passen in een gezamenlijk plan. De afgesproken strategieën bieden de minst restrictieve, meest toegankelijke en meest integrale hulp mogelijk om kinderen en ouders opnieuw veilig actieve participanten te maken in hun gezin en in de maatschappij. Men respecteert waarden, voorkeuren, geloof, cultuur en identiteit van het kind, de jongere, de familie en hun gemeenschap. Het wraparound proces steunt op de sterke kanten van individuen en het gezin en is onvoorwaardelijk. Zorg en hulp worden pas gestopt wanneer het ganse team oordeelt dat wraparound proces niet meer nodig is. Doelen worden zodanig opgesteld dat men het resultaat kan observeren/meten.

5.1.2. Maak zeer concreet welke ambulante en (semi-)residentiële langdurige zorg gerealiseerd wordt. Beschrijf welke partners, zorgaanbieders, instellingen en diensten die zich richten op kinderen, jongeren en hun context zich willen engageren om aan een aantal functies van hun basisaanbod specifieke modaliteiten naar tijdsduur, intensiteit, frequentie, ... te koppelen. Geef deze functies en modaliteiten weer en argumenteer waarom voor deze modaliteiten gekozen wordt, steeds kaderend binnen het programma langdurige zorg.

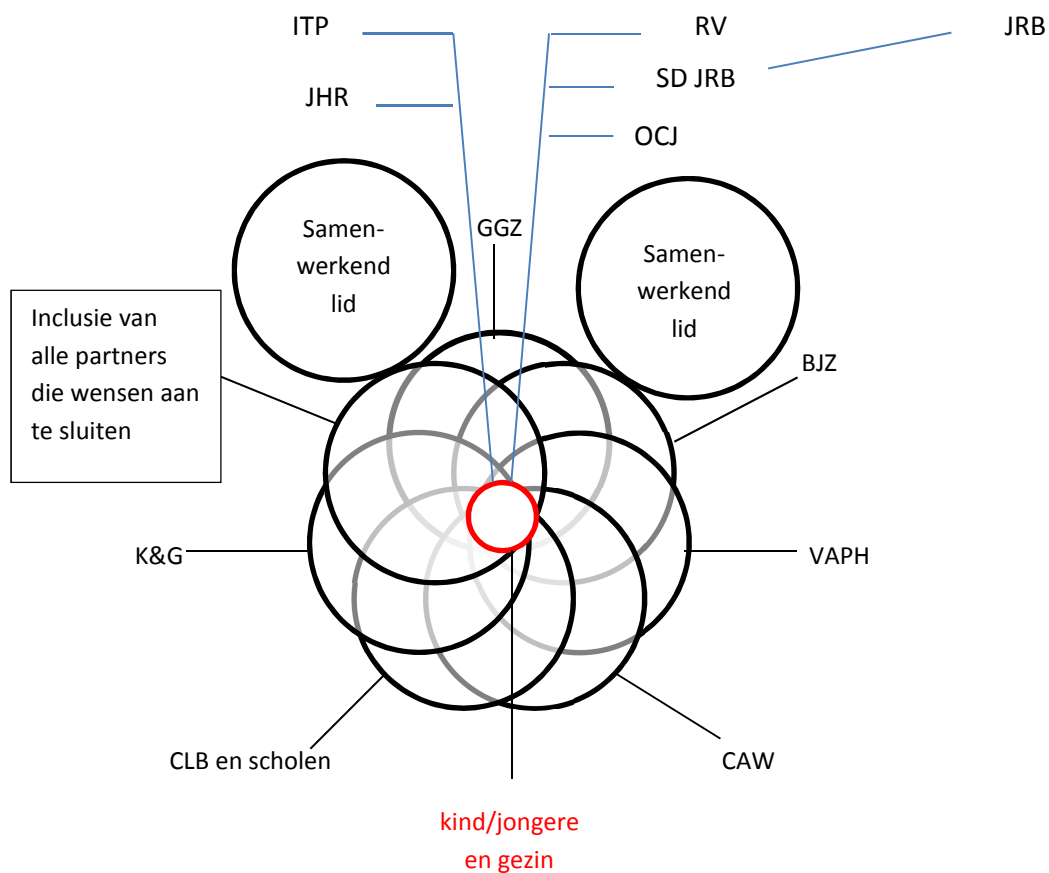
Focus van dit LZ programma is het realiseren van een mobiel team Langdurige zorg. Binnen de provincie willen we een geïntegreerd organisatie- en sector-overschrijdend multidisciplinair team vormen om de specifieke doelgroepen te bereiken die anders niet of zeer moeizaam bij het ambulante en semi-residentiële aanbod terecht kunnen. Wij willen dit mobiel team vorm geven vanuit de modellen "FACT" en "WRAPAROUND".

We hopen dat zoveel mogelijk partners uit de belendende sectoren aansluiten als vast lid van dit team. We willen de expertise van andere sectoren mee in dit team brengen en op die manier de verbinding met andere sectoren maken. Het voordeel van deel uit te maken van het mobiel team LZ als vast lid is dat de samenwerking direct is en geschakeld kan worden tussen team-medewerkers van verschillende discipline en expertise zonder tussenstap en afhankelijk van de nood die zich tijdsgebonden en situationeel aandient (zie schema). In dat mobiel team LZ hopen wij deskundigen uit verschillende disciplines en sectoren te verenigen. We willen actief op zoek gaan op ervaringsdeskundigen in dit team mee te nemen als volwaardige partner.

Welke organisaties/sectoren uiteindelijk deel zullen uitmaken van dit team wordt procesmatig bekeken. Op dit moment doet PANGG 0-18 dit voorstel in de hoop dat zoveel mogelijk partners/sectoren aansluiten. Met die partners/sectoren die zich hiervoor willen engageren zullen we dit team uitbouwen zodat de werking in het najaar 2016 of ten laatste op 01/01/2017 van start kan

gaan. Indien andere organisaties/sectoren op een later tijdstip willen aansluiten zijn zij zeer welkom. In die zin is de vorming van dit mobiel team LZ dynamisch.

Partners die niet direct als vast lid instappen kunnen alsnog als samenwerkend lid worden geïncorporeerd. Als samenwerkend lid van dit mobiele team LZ kan er steeds een overleg/netwerktafel worden gepland om het zorgplan uit te stippelen en worden engagementen op casusniveau aangegaan.



Het opzet is het installeren van een provinciaal geïntegreerd organisatie- en sector-overschrijdend mobiel team LZ waarbij we een provinciale visie, missie en methodiek hanteren. PANGG 0-18 zal driewekelijks provinciaal overleg organiseren voor het mobiele team LZ met een evaluatie na 6 maanden om vanaf dan provinciaal naar een lagere frequentie te gaan mits goede evaluatie. Tussen de provinciaal georganiseerde overlegmomenten zullen er in de werkingsgebieden tussentijds eveneens teamvergaderingen doorgaan. Medewerkers met FOR K expertise, met SGA expertise en met expertise outreach Vlaanderen in de GI zullen aanwezig zijn op dit overleg (provinciaal en in de

werkingsgebieden). Dit teamoverleg zal worden gesuperviseerd door de netwerkpsychiaters en de teamverantwoordelijken.

De operationalisering op casusniveau van het provinciale team LZ wordt zo georganiseerd dat er een vlotte toegankelijkheid is voor het kind/de jongere en de context in de werkingsgebieden.

Met betrekking tot de doelgroep jongeren met een seksueel grensoverschrijdende problematiek gaan we met de andere provincies de dialoog aan om de mobiele werking en zorgverlening supraprovinciaal op elkaar af te stemmen. Een eerste overleg daaromtrent is doorgegaan op 23/05/2016.

Afhankelijk van de nood zullen medewerkers mobiel worden uitgestuurd naar het gezin of de contexten waar die jongere verblijft of functioneert en zal die medewerker worden ingezet die vraaggestuurd het beste antwoord geven kan. Waar nodig (omwille van de meervoudige problematiek of de veiligheid) kunnen medewerkers ook in duo gaan.

Binnen de provincie Antwerpen willen we echt voor een geïntegreerd organisatie- en sectoroverschrijdend mobiel team LZ gaan. We wachten hoopvol de respons van de partners binnen andere sectoren af op het voorstel om medewerkers die vanuit hun organisaties instromen in het geïntegreerde intersectorale team LZ deels mee te financieren vanuit de mobiele middelen LZ. We verwachten van de Federale Overheid (Volksgezondheid) en de Vlaamse Overheid (Welzijn) dat men in de toekomst verdere integratie faciliteert door extra middelen en andere mogelijkheden om dit te realiseren (zie mail Griekse Forceville). Indien dergelijk geïntegreerd team nog niet op die moment kan worden gevormd, dan zullen we de samenwerking multidisciplinair, multisectoraal en multifocaal zo optimaal mogelijk op elkaar afstemmen op een andere manier in de hoop dat dergelijk geïntegreerd team op langere termijn wel mogelijke kansen op slagen heeft.

5.1.3. Schets de inhoudelijke concretisering van de mobiele assertieve hulpverlening. Geef weer hoe de aanmeldingsprocedure zal verlopen? Welke tijdsduur, intensiteit en frequentie van zorgactiviteiten worden nagestreefd en argumenteer waarom voor deze modaliteiten gekozen wordt, steeds kaderend binnen het programma langdurige zorg?

Aanmelding, behandeling (tijdsduur en frequentie) en doorstroming:

Casussen kunnen breed aangemeld worden in het werkingsgebied waar de jongere is gedomicilieerd vanuit elke organisatie en vanuit elke sector t.a.v. het mobiel team LZ. Uiteraard zal een inclusiecriteria zijn dat 1) er sprake is van een GGZ problematiek en 2) er effectief nood is aan een mobiel aanbod. Dit mobiel team LZ kan worden ingezet zolang dit noodzakelijk is t.a.v. het thuismilieu en/of de verschillende contexten. De frequentie van de mobiele contacten zal bij aanvang allicht hoger liggen en zal in frequentie afnemen wanneer stabiliteit (voor een deel) herwonnen is. Wanneer echter geschakeld kan worden naar een ambulante aanbod zal dat ook gebeuren. Wanneer er nood is aan een residentieel deeltraject zal dit ook geschakeld worden. Er zal ook aandacht besteed worden aan

de uitstroom van casussen uit het mobiel team LZ via schakeling naar gepaste reguliere zorg, zodat nieuwe capaciteit kan worden gegenereerd.

5.1.4. Worden er acties ondernomen voor specifieke doelgroepen (leeftijdsgroepen, subdoelgroepen,...) ? Op welke wijze garandeert het netwerk dat er geen specifieke (sub)doelgroepen geëxcludeerd worden in het programma?

Het zorgprogramma LZ en het mobiel team LZ als onderdeel daarvan vertrekt vanuit een inkluderende attitude t.a.v. alle doelgroepen, met focus op de doelgroepen in de template vermeld waarvoor het mobiel team wordt geïnstalleerd: moeilijk bereikbare kinderen en jongeren uit kwetsbare groepen, jongeren met een psychiatrische problematiek die onder justitiële maatregel vallen, jongeren met een verslavingsproblematiek en kinderen en jongeren met een verstandelijke beperking in combinatie met psychische en psychiatrische problemen, zonder exclusie te willen maken voor andere doelgroepen die nood hebben aan mobiele langdurige behandeling. Alle andere kinderen/jongeren en hun contexten die ambulante kunnen en/of beter residentieel moeten geholpen worden zullen naar die trajecten bij de respectievelijke partners worden aangemeld/verwezen.

Wat betreft de zeer jonge kinderen (infants, jonge kind) en kinderen in nood is er een nauwe samenwerking met VK en kinderen in nood. Tevens is er in de CGG's en de K diensten specifieke expertise t.a.v. deze doelgroep.

Wat betreft jongeren met een verslavingsproblematiek is er samenwerking met CGG Vagga, CGG De Pont, CGG Kempen en de ambulante centra van De Sleutel binnen de provincie. Zoals reeds gezegd kunnen de jongeren gedomicilieerd in de provincie Antwerpen voor residentieel zorg terecht in Pathways in Tienen en het RKJ De Sleutel in Eeklo.

Wat betreft kinderen en jongeren met een dubbeldiagnose is er reeds een mobiel team in OPZ in samenwerking met Pleegzorg Provincie Antwerpen. Vanaf begin juni 2016 zullen we in de werkgroep Dubbeldiagnose de dialoog bespreken hoe we kinderen en jongeren met die problematiek binnen de provincie best in het netwerk PANGG 0-18 zorg kunnen bieden. Uiteraard zullen we met de verschillende voorzieningen binnen de GGZ en binnen andere sectoren die met deze doelgroep werken deze dialoog aangaan. Waar mobiele zorg nodig is t.a.v. deze doelgroep zal deze ook worden aangeboden.

Verder wil dit mobiele team LZ er zijn voor alle kinderen en jongeren van leeftijden en problematieken (op voorwaarde van een GGZ problematiek) waar mobiele zorg nodig is. We zijn er ons wel van bewust dat jongeren met een justitiële maatregel, allicht vaker zullen voorkomen in de populatie omwille van de meervoudige problematiek. Met de volwassenen psychiatrie zoeken we samenwerking betreffende de jongeren in de transitieleeftijd.

Het fusieziekenhuis Mortsels Boechout of het Multiversum is betrokken in de werkgroepen crisis, LZ en DD en in de casefinanciering. Er is regelmatig overleg tussen de netwerkcoördinatoren art 107 en de

netwerkcoördinatoren PANGG 0-18. Dit is een thema dat bovenaan de agenda staat. Op het overleg OGGPA-ROG-CAW is transitieleeftijd een weerkend agendapunt.

Wanneer een jongere een hulpverleningstraject volgt in het netwerk PANGG 0-18 (ambulant, mobiel, (semi-)residentieel) 18 jaar wordt zal aansluitend gezocht worden naar het beste hulpverleningstraject (ambulant, mobiel, (semi-)residentieel) op volwassenen leeftijd: partners zullen gezocht worden. Indien wenselijk zal via netwerktafels een geschikt traject worden gezocht waarbij partners vanuit de volwassenen hulpverlening zich engageren voor deze jongere en zijn informele context. Overdracht zal plaatsvinden. Wanneer een overgang wenselijk is van het mobiele team PANGG 0-18 LZ naar mobiele hulpverlening binnen de volwassenen zorg, dan zal PANGG 0-18 contact opnemen met de volwassenen mobiele werking en de casus overdragen.

5.1.5. Beschrijf op welke wijze de partners van het netwerk hun langdurig zorgaanbod op elkaar afstemmen en netwerking ambiëren. Beschrijf op welke wijze het netwerk een efficiënt, effectief, continu en toegankelijk programma langdurige zorg realiseert. Hoe verloopt de screening en oriëntatie? Welke modaliteiten gelden voor diagnostiek en behandeling?

Hoe de samenwerking en gemeenschappelijke interventie tussen partners binnen het team verloopt is reeds beschreven. Bij de meeste jongeren zal reeds screening en oriëntatie achter de rug zijn. Wanneer dit nog niet is gebeurd zal dit in samenspraak met de netwerkpsychiater bekeken worden welke partners deze diagnostiek en screening het beste uitvoeren.

5.1.6. Beschrijf op welke wijze casemanagement zal worden gerealiseerd?

Casemanagement en casefinanciering:

Eén van de medewerkers in de casus zal de caseverantwoordelijke zijn van het kind of de jongere en zijn/haar gezin. Wanneer een casus vanuit mobiele crisiszorg mobiele langdurige zorg behoeft, dan zal bekeken worden wie van de partners dit overbruggingstraject best opvolgt zodat de continuïteit wordt bewaakt. Wanneer jongeren tijdens hun mobiel traject toch nood mochten hebben aan een residentiële opname, dan zullen die medewerkers de casus ook residentieel blijven opvolgen, wanneer nodig en in afspraak met de netwerkpsychiater en de verantwoordelijke arts van de residentie.

Voor casussen die omwille van de grote complexiteit en omwille van de noodzaak aan intersectorale samenwerking en gedeelde verantwoordelijkheid in zorgtrajecten de noodzaak hebben tot aanklappende en doorgedreven opvolging zullen we vanuit de middelen flexibele casefinanciering een voltijdse casemanager voor de provincie worden aangesteld.

Vanuit deze middelen flexibele casefinanciering zijn eveneens een voltijdse crisismedewerker in het werkingsgebied Mechelen en een halftijdse crisismedewerker voor 16+ jarigen aangesteld.



Casefinanciering (resterend budget 76.000€ beschikbaar voor mobiele crisis en mobiele LZ) zal aangewend worden om zorg in te kopen buiten de reguliere zorg wanneer zorgtrajecten vast lopen of dreigen vast te lopen. Voorbeelden daarvan zijn: time-out projecten waarbij 1 op 1 ondersteuning bij nodig is zoals een stappenproject of een ontheemdingstraject, een zorgboerderijtraject in de Ardennen, specifieke zorg voor jongeren met een extra complexe problematiek ... Wat betreft casefinanciering plannen we nog een werkgroep om dit verder vorm te geven en uit te werken.

## 5.2. Organisatorische ontwikkeling van het programma langdurige zorg

5.2.1. Beschrijf hoe het netwerk het mobiele, ambulante en (semi-)residentiële aanbod van het programma langdurige zorg zal operationaliseren. Welke capaciteit (personeel, bedden, plaatsen, ...) wordt in het programma geïnvesteerd? Op welke manier wordt multidisciplinariteit en intersectorialiteit over de verschillende partners heen gewaarborgd?

Er is reeds een overzicht van het ambulante en (semi-)residentiële aanbod gegeven. Alle functies en modaliteiten zoals in **bijlage 8b** beschreven worden ingezet binnen het programma langdurige zorg. Zorg wordt zo dicht mogelijk bij het domicilie van de jongere en het gezin geïnstalleerd. Ook binnen het mobiel team LZ streven we naar multidisciplinariteit. We denken aan: de netwerkpsychiater, psychogen, orthopedagogen, maatschappelijk werkers, (psychiatrisch) verpleegkundigen, vrijetijdswerkers, straathoekwerkers, leerkrachten, ervaringsdeskundigen, ... Het opzet van het mobiele LZ team is bij uitstek intersectoraal (zie hoger).

5.2.2. Zoom in op de concrete werking en teamsamenstelling van de mobiele assertieve hulpverlening. Omschrijf de rol en opdrachten van de verantwoordelijke arts (cfr. hoofdstuk 3). Geef weer op welke wijze expertise en kennis van het ambulante (CGG, CAR, ... ) en (semi-)residentiële aanbod, zowel sectoraal als intersectoraal, door personeelsinzet in de mobiele assertieve hulpverlening wordt gegarandeerd. Waar zal de mobiele assertieve hulpverlening gelokaliseerd worden? Hoe vaak komt het team in zijn totaliteit samen?

De netwerkpsychiater (met inbegrip van de FOR K expert) is samen met de teamverantwoordelijke supervisor. De taken en het mandaat van deze teamverantwoordelijke moeten nog worden geëxpliciteerd. Een aantal medewerkers zijn waar mogelijk ook deeltijds in het team betrokken van de moederorganisatie (binnen de GGZ en in andere sectoren). Anderzijds zullen ook voltijdse medewerkers de antennes bemannen. We zullen in de teamsamenstelling moeten zoeken naar een goede balans van deeltijdse en voltijdse medewerkers waar mogelijk. De koppeling met de moederorganisaties blijft belangrijk om die expertise en mogelijke evolutie daarin blijvend mee te nemen.

Het netwerk zoekt medewerkers uit andere sectoren die willen integreren in dit mobiele team LZ. PANGG 0-18 wil de loonkost van deze medewerkers ook deels bekostigen. We starten met integratie van medewerkers vanuit andere sectoren uit organisaties die van bij aanvang die nauwe samenwerking willen en staan open voor uitbreiding wanneer andere partners/sectoren zich aandienen. Via een email aan Grike Forceville hebben we eveneens extra middelen gevraagd vanuit de Vlaamse Overheid om de integratie van medewerkers vanuit andere sectoren mogelijk te maken.

Beide mobiele FOR K (PosMof) teams kantelen in en zorgen er samen voor dat de provincie afgedekt wordt. Het SGA team kantelt in. Op termijn zien we het SGA team voornamelijk provinciaal werken. Met de andere provincies willen we de dialoog aangaan om doorstroming te versoepelen en willen we graag een intensieve samenwerking met de mobiele teams LZ in die provincies op touw zetten.

5.2.3. Beschrijf op welke wijze de mobiele assertieve hulpverlening zal aansluiten op de mobiele crisiszorg. Geef aan hoe een continue zorg-op-maat wordt gegarandeerd.

De mobiele crisiszorg is één van de partners in zorg die kunnen aanmelden bij het mobiele team LZ. Er kan immers zeer breed worden aangemeld. Mobiele LZ hulpverlening is één van de mogelijkheden om vervolghulp op de crisiswerking te bieden naast het ambulante en (semi-)residentieel aanbod binnen de GGZ. Een verbindende kracht tussen de (mobiele) crisiszorg en de (mobiele) langdurige zorg is de netwerkpsychiater. Daarnaast zijn er korte lijnen tussen de medewerkers van het mobiele crisisteam met de medewerkers van het mobiele team LZ. Regelmatig zullen gemeenschappelijke intervisie- en supervisie momenten gegeven worden met de mobiele medewerkers van het crisisteam en de mobiele medewerkers van het LZ team.

5.2.4. Zal het netwerk bijkomend een kinderpsychiater (10u.) voor jongeren met een psychiatrische problematiek die onder een justitiële maatregel vallen aanstellen? Zo ja, beschrijf diens rol in het programma langdurige zorg in het algemeen en specifiek in de mobiele assertieve hulpverlening, de link met het programma crisiszorg en de samenwerking met de verantwoordelijke arts. Zo nee, waarom niet? Hoe worden jongeren met een psychiatrische problematiek die onder een justitiële maatregel vallen door het netwerk opgevangen?

In de provincie zullen drie kinder- en jeugdpsychiaters de netwerkpsychiaterfunctie opnemen (gezaamenlijk de 38u + 10u FOR K). De netwerkpsychiaters zijn:

- Danielle Van de Merwe (19u)
- Joke Joossens (10u)
- Daniel Neves Ramos (19u, waarvan 10u FOR K expertise)

Eén van de betrokken netwerkpsychiaters heeft reeds jarenlang de FOR K expertise omdat deze beleidsarts is van de FOR K en SGA unit in UKJA. Tussen de netwerkpsychiaters onderling en tussen andere beleidsartsen FOR K en mobiele werking naar de GI zal de nauwe samenwerking, zoals die nu reeds jaren aanwezig is, blijven bestaan. Deze FOR K/SGA beleidspychiaters hebben ook nauwe samenwerkingsverbanden met de jeugdmagistraten in de provincie. Er is reeds jarenlang een halfjaarlijks overleg K-diensten & jeugdmagistraten geïnstalleerd waar ook de regiocoördinator en de regiomanager van de provincie Antwerpen aanwezig zijn.

5.2.5. Ga dieper in op de organisatie van casemanagement.

Vanuit de middelen flexibele casefinanciering zal 1.0 VTE besteed worden om provinciaal één persoon als casemanager te installeren voor de ganse provincie.

Ondanks de geleverde inspanningen vanuit intersectorale samenwerking rond casussen, zijn er situaties waaruit duidelijk blijkt dat extra ondersteuning nodig is of zal zijn om een gemeenschappelijk gedragen zorgtraject te organiseren over de sectoren heen. 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 Antwerpen, waarbij de geografische grenzen niet beperkend zijn. De casemanager fungeert als co-facilitator in het hulpverleningslandschap. Hij heeft korte lijnen met cruciale partners in zorg binnen en buiten de provincie: vertegenwoordigers van de intersectorale toegangspoort, consultants (OCJ en SDJ), jeugdrechters, de G.I., het V.K., voorzieningen/organisaties allerhande, privé-therapeuten, ziekenhuizen die instaan voor gedwongen opnames van minderjarigen of voor specifieke doelgroepen, enz. De casemanager werkt 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 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.

Binnen IZPA is een halftijdse zorgtrajectcoördinator aangesteld vanaf 01/06/2016, die ressorteert onder het CAW, die eveneens penhouder is van IZPA.

5.2.6. Op welke wijze hebben de netwerken in Vlaanderen de “intersectorale zorgnetwerken” ingebed in het programma langdurige zorg?

Het Intersectorale Zorgnetwerk Provincie Antwerpen (IZPA) is er heel specifiek voor bijzonder complexe casussen waarbij fase 3 overleg geen oplossing bieden kan. De beide K-diensten hebben zich geëngageerd binnen IZPA onder randvoorwaarden. Op indicatie kan een jongere uit het IZPA netwerk instromen. De CGG's hebben geen formeel engagement in IZPA. Wel zal men bekijken of men een zorgaanbod kan bieden afhankelijk van de vraag.

Dr. Neves Ramos is als kinder- en jeugdpsychiater betrokken bij het indicatiestellingsteam Antwerpen, bij IZPA en bij PANGG 0-18. De intersectorale samenwerkingsovereenkomst werd getekend door OPZ en UKJA als partners. Op de algemene vergadering van IZPA is er een vertegenwoordiging vanuit OPZ, UKJA en van de netwerkcoördinatie PANGG 0-18 aanwezig. Eén van de netwerkcoördinatoren zit in het Dagelijks Bestuur van IZPA.

IZPA is opgestart op 01/06/2016. De eerste drie casussen zijn voorgesteld op de algemene vergadering. De zorgtrajectcoördinator organiseert netwerktafels waarop vertegenwoordigers van OPZ en UKJA zijn uitgenodigd. OPZ en UKJA nemen hun engagement op zoals verwoord in de samenwerkingsovereenkomst. Wanneer er voor klanten van IZPA een vraag is dan kan het mobiele team LZ dit opnemen op indicatie.

Jongerenwelzijn tekende in 2015 een akkoord met OPZ voor de financiering (125.000 €) door hen van 1 crisisbed in de nieuwe op te richten crisisunit in OPZ (start augustus 2016) voor time-out vragen vanuit de GI De Kempen in Mol. In april 2016 gaf de leidend ambtenaar te kennen dat er dit jaar onvoldoende financiële middelen voorhanden zijn om dit bed te bekostigen. Of er middelen hiervoor zullen zijn in 2017 is nog onzeker. OPZ had zich geëngageerd om dit time-out bed in te brengen als aanbod in het intersectorale zorgnetwerk.

### 5.3. Financiering van het programma langdurige zorg

5.3. Werk een transparante financiering uit voor het programma langdurige zorg voor 2016, alsook een meerjarenplan voor 2017 en 2018. Hou bij de opmaak van de meerjarenplanning rekening met de integratie van de mobiele teams van het federale pilootproject *'dubbele diagnose minderjarigen (verstandelijke beperking + geestesziekte met gedragsstoornis)* en de 12 mobiele teams, niet verbonden aan crisisK-bedden, gecreëerd in het kader van het federale pilootproject *'justitiële jongeren met een psychiatrische problematiek'*. Geef een gedetailleerd overzicht van de aanwending van de financiering voor de mobiele assertieve zorg en van de investeringen in casemanagement. Hou eveneens rekening met de financiering voor de verantwoordelijke arts en de werkingsmiddelen van het netwerk. Verduidelijk hoe het netwerk deze werkingsmiddelen wil aanwenden.

Het mobiele team LZ is provinciaal in opzet. De medewerkers zullen aangesteld worden vanuit alle organisaties (4 CGG's en 2 K diensten) in de drie werkingsgebieden. In onderstaande tabel is de verdeling in VTE terug te vinden.

totaal beschikbaar	994.449,20	+
10u K&JP FOR K	46.052,63	-
FOR K UKJA (2VTE) ingekanteld	134.619,22	-
FOR K OPZ (1 VTE) ingekanteld	67.309,61	-
resterend bedrag	746.467,74	
Antwerpen (5 – 5.5 VTE)	373.233,87	
Kempen (2.5 – 2.75 VTE)	186.616,94	
Mechelen (2.5 – 2.75 VTE)	186.616,94	

Deze verdeling kan altijd bijgestuurd worden na evaluatie door het netwerkcomité.

De herwerkte begroting voor de financiering LZ 2016-2017 is terug te vinden in [bijlage 13](#). OPZ Geel (Dr Sanodreef 4, 2440 Geel) is het ziekenhuis met het B4 contract waar de middelen vanuit de overheid kunnen worden gestort als doorgeefluik van die middelen naar alle partners.

Wat betreft verplaatsingskosten zal PANGG 0-18 de werkingsmiddelen voorzien door de overheid gebruiken zonder een 10% extra bovenop de loonkost daarvoor te voorzien. De werkingsmiddelen zullen worden gebruikt voor verplaatsingskosten, aankoop gsm's en mobiel netwerk, aankoop laptops,

e.d.m. In 2016 bedragen deze werkingsmiddelen 100000€ + 50000€. Vanaf 2017 verwachten we dat de overheid gezamenlijk met het netwerk kijkt naar de reële kosten en indien nodig de werkingsmiddelen ook bijstuurt.

Wat betreft vorming zal PANGG 0-18 naast de vorming georganiseerd door de overheid geen vorming installeren vanuit het budget van de werkingskosten. Indien we toch de nood ervaren om t.a.v. bepaalde thema's / behandelprogramma's vorming te organiseren dan zal PANGG 0-18 hierover in overleg gaan met de overheid.

#### 5.4. Afstemming met lokale initiatieven

Geef een kort overzicht van de relevante lokale initiatieven van partners, zorgaanbieders, instellingen en diensten uit de andere sectoren die zich richten naar kinderen en jongeren die langdurige zorg nodig hebben. Licht toe op welke wijze er wordt samengewerkt tussen het programma langdurige zorg en deze initiatieven teneinde binnen het werkingsgebied van het netwerk een globaal en geïntegreerd langdurig zorgaanbod te realiseren.

Betreffende de langdurige zorg zal op casusniveau bekeken worden waar lokale samenwerking noodzakelijk is. De uitwerking van het programma zullen we moeten aftoetsen bij verschillende lokale partners. Het netwerkcomité zal bepalen welke partners hierin prioritair moeten worden aangesproken. Op termijn zullen we evalueren met welke lokale partners we best samenwerkingsverbanden aangaan boven casusniveau en of deze lokale partners ook op één of andere manier kunnen aansluiten bij de mobiele team LZ (als geïncorporeerd lid dan wel als samenwerkend lid). Dit is een proces in ontwikkeling.

Wij denken aan volgende partners waarmee samenwerking aangewezen is op lokaal niveau:

- OCMW
- Lokale Opvang Initiatieven
- Kind in Nood
- Kansarme gezinnen
- Lokale politie
- scholen en CLB in de regio
- CO3 dat in Antwerpen is uitgegroeid tot een Family Justice Centre (en een FACT team op zich is)
- Naadloze Flexibele Trajecten: Elegast, Arktos, SWAT, Centraal Meldpunt scholen
- Groene zorg, alternatieve schooltrajecten

#### 6. Zelfevaluatie van het netwerk

Het is aangewezen op geregelde tijdstippen de kwaliteit en de performantie van het programma langdurige zorg te evalueren op basis van een aantal domeinen. De gids beschrijft reeds een

aantal kwaliteits- en performantiedomeinen (cfr. gids, hoofdstuk 3.1.6.). Geef weer welke kwaliteits- en performantiedomeinen m.b.t. programma langdurige zorg door het netwerk belangrijk worden geacht. Geef weer wanneer je deze zal evalueren en op basis van welke indicatoren.

De principes van zelfevaluatie zoals omschreven in de netwerktemplate PANGG 0 18, zijn evenzeer van toepassing bij de evaluatie van het netwerk Langdurige Zorg PANGG 0 18.

Het netwerk Langdurige Zorg zal gebruik maken van EPD voor planning en registratie. In samenwerking met de commissie EPD zullen specifieke indicatoren en parameters ontwikkeld en toegevoegd worden. Deze zullen gebruikt worden bij de evaluatie.

Op het netwerkforum (22/11/2016) zullen we breed feedback vragen t.a.v. de werking die op dat moment is gerealiseerd binnen de verschillende zorgprogramma's.

We hopen tegen eind 2017 voldoende informatie te verzamelen rond een aantal parameters om de werking van het programma langdurige zorg degelijk te kunnen evalueren.

#### **7. Contactpersoon m.b.t. het programma langdurige zorg**

Geef de nodige gegevens (voornaam, naam, gsm-nummer, mailadres) van een contactpersoon van uw netwerk die kan worden gecontacteerd voor bijkomende informatie over deze template.

Netwerkcoördinatoren PANGG 0-18:

Tony De Clippele	<a href="mailto:tony.declippele@oggpa.be">tony.declippele@oggpa.be</a>	T 0493 090 555
Sara Keymolen	<a href="mailto:sara.keymolen@oggpa.be">sara.keymolen@oggpa.be</a>	T 0485 758 101
Annelies Kog	<a href="mailto:annelies.kog@oggpa.be">annelies.kog@oggpa.be</a>	T 0468 349 396

Kantooradres: OGGPA, Haagbeuklei 12, 2610 Wilrijk

#### **8. Opsomming bijlagen**

- bijlage 1: METER-project
- bijlage 2: IZPA
- bijlage 3: samenwerking OPZ mobiel team PPZ en Pleegzorg Provincie Antwerpen
- bijlage 4: FACT model
- bijlage 5: WRAP AROUND CARE model
- bijlage 6a: voorstel tot vorming van een geïntegreerd, organisatie- en sector-overschrijdend team

- bijlage 6b: ppt: voorstel tot vorming van een geïntegreerd, organisatie- en sector-overschrijdend team
- bijlage 7: email kabinetsmedewerker, Grieke Forceville
- bijlage 8a: huidig, mobiel, ambulante, (semi-)residentieel aanbod GGZ
- bijlage 8b: huidig, mobiel, ambulante, (semi-)residentieel aanbod GGZ naar modaliteiten en functies
- bijlage 9a: ZNA-UKJA intentie tot reconversie C/D bedden naar dagbehandelingsplaatsen: inleidende brief.
- bijlage 9b: ZNA-UKJA intentie tot reconversie C/D bedden naar dagbehandelingsplaatsen
- bijlage 10: samenwerkingsovereenkomst OPZ – GI
- bijlage 11: overleg problematisch middelengebruik
- bijlage 12: voorstel samenwerking UKJA SGA SGGJ en mobiele teams andere provincies + netwerk SGGJ in de provincies.
- bijlage 13: herwerkte begroting LZ overzicht 2016-2017
- bijlage 14: lijst met verklaringen van de afkortingen
- bijlage 15: samenwerking mobiel team LZ en outreach team Vlaanderen naar GI