



- **Psychiaters:** dr. Jeroen Kleinen
dr. Brigitte Serbruyns
- **Teamcoördinator:** Bart Peleman

Het Mobiel Team Langdurige Zorg maakt deel uit van het
Netwerk Geestelijke Gezondheid Aalst Dendermonde
Sint-Niklaas (Netwerk GG ADS).

Het Netwerk GG ADS is een project i.h.k.v. art. 107.

Voor meer info over artikel 107: www.psy107.be

Voor meer informatie over het Netwerk GG ADS kan er
contact worden opgenomen met de netwerkcoördinator,
Vanessa De Roo: netwerkcoordinator@ggzads.be



Contact

Mobiel Team Langdurige Zorg
Netwerk GG ADS regio Noord
Hazewindstraat 7-9
9100 Sint-Niklaas
bart.peleman@hieronymus.be
0470/90 04 20

Iedere werkdag bereikbaar van 8.30u tot 21u.

Mobiel Team Langdurige Zorg Noord



Aanmelden

Iedereen kan aanmelden via het telefoonnummer 0471 66 09 93. We zijn bereikbaar tussen 8u30 en 16u30.

Er wordt een intakegesprek gepland om na te gaan of er een begeleiding vanuit het Mobiel Team Langdurige zorg kan worden opgestart.

Wie zijn wij?

Het Mobiel Team Langdurige Zorg (MTLZ) is samengesteld uit psychiaters, een diensthoofd en persoonlijke begeleiders.

Het MTLZ biedt begeleiding aan huis op verschillende levensdomeinen (wonen, vrije tijd/ ontmoeting, psychische gezondheid,...).

Voor wie?

Het MTLZ richt zich naar volwassenen (16 jaar – 65 jaar) met een psychiatrische kwetsbaarheid van langdurige aard.

Naast een psychiatrische kwetsbaarheid is er nood aan ondersteuning op verschillende levensdomeinen (wonen, sociaal en maatschappelijk functioneren, (psychische) gezondheid, administratie, mobiliteit, ...).

Het aanbod van een MTLZ is niet bedoeld voor mensen met dementie.

Het Mobiel Team Langdurige Zorg Netwerk GG ADS regio Noord is actief in Sint-Niklaas, Stekene, Sint-Gillis-Waas, Beveren, Kruibeke, Temse, Waasmunster (= subregio Noord van het Netwerk GG ADS).

Wat doen we?

Het MTLZ biedt begeleiding aan huis. Een persoonlijke begeleider biedt ondersteuning op de verschillende levensdomeinen. Op basis van de eigen wensen wordt een begeleidingsplan opgesteld. Het begeleidingsplan wordt regelmatig geëvalueerd en aangepast aan de veranderende wensen/behoefte van de cliënt.

Er wordt samengewerkt (gecoördineerde zorg) met andere hulpverleners (professioneel netwerk) en de omgeving (familie of mantelzorgers) om de begeleidingsdoelen op de verschillende levensdomeinen te realiseren. Deze samenwerking gebeurt in overleg en met toestemming van de cliënt. De begeleidingsduur is afhankelijk van de nood aan ondersteuning.

De frequentie van contacten met de persoonlijke begeleider kan variëren van dagelijks tot 1/maand.

Oost-vlaanderen

