

Begeleidend schrijven van minister Jo Vandeurzen bij de nota

'Krijtlijnen voor de uitbouw van een versterkte preventieve gezinsondersteuning'.

29/10/2010

Wat hier voorligt is én het resultaat van een lange weg én het startpunt voor nog een langere weg. Het schetst de krijtlijnen van een institutionele hervorming waarin we de verschillende maatschappelijke actoren de rol laten spelen waarin ze het meest excelleren en waarin ze zich het meest thuis voelen. De overheid, met name Kind en Gezin, het middenveld en de artsenwereld zullen samen een beleid vormgeven en één dienst verlenen, de preventieve gezinsondersteuning. Een unieke dienst door een uniek samenwerkingsverband. Het mag dan nog op een domein zijn dat maar drie levensjaren betreft, het is een cruciale levensfase, waarin de meeste gezondheids- en welzijnswinst geboekt kan worden.

Dat hier 'slechts' de krijtlijnen voorliggen, toont de openheid van de nu reeds betrokken actoren om verder in dialoog te gaan met *alle* betrokkenen. De uitgezette krijtlijnen zullen deze dialoog zeker faciliteren en versterken aangezien ze gestoeld zijn op een hedendaagse invulling van public management met co-governance, co-management en co-productie als centrale begrippen.

In die dialoog zullen de modaliteiten en randvoorwaarden om daadwerkelijk tot een versterkte preventieve gezinsondersteuning te komen, verder uitgeklaard worden.

Ik nodig de verschillende partners in de preventieve gezinsondersteuning uit om samen met Kind en Gezin de inhoudelijke, organisatorische en institutionele uitdagingen te concretiseren. Enkel zo zullen we tot een versterkte preventieve gezinsondersteuning kunnen komen en dat is nodig want hier start elk levensverhaal en elk kind verdient een sterke start.

Met vriendelijke groeten,

Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Jo Vandeurzen

Krijtlijnen voor de uitbouw van een versterkte preventieve gezinsondersteuning

Preventieve gezinsondersteuning als volwaardig beleidsdomein

De preventieve gezinsondersteuning heeft, steunende op haar drie pijlers, een belangrijke rol in het Vlaamse welzijns- en gezondheidslandschap. Door haar unieke positionering in de levensloop waarin cruciale gezondheids- en welzijnsinsten kunnen geboekt worden is dit een domein met hoge individuele en maatschappelijke waarde.

Deze waarde wordt ook internationaal erkend door de WHO :

Early childhood is considered the most important stage of development. Healthy early child development includes the physical, social (emotional and language) and cognitive domains, each of which is equally important. Early child development strongly influences well-being, obesity or stunting, mental health, heart disease, literacy and numeracy, criminality and economic participation throughout life. What happens to children in their early years is critical for their developmental trajectory and life-course. External influences such as poverty affect cognitive, social and emotional development with lifelong effects.¹

Het beschreven potentieel van de preventieve gezinsondersteuning wordt op dit moment onvoldoende benut en staat onder druk. Tengevolge van verkokering en versnippering, de huidige definiëring van rollen en taken van de betrokken actoren en de wijze waarop deze opgenomen worden, financiering (-smechanismen), hiaten in het aanbod, de mate waarin er op individuele en maatschappelijke noden ingegaan wordt, missen we een veelheid aan kansen.

De uitdaging voor de komende tijd bestaat erin om voor dit domein tot een geïntegreerd en integraal beleid te komen waarmee we op inhoudelijk, structureel (institutioneel) en organisatorisch gebied het maximale uit de preventieve gezinsondersteuning halen.

De krijtlijnen voor deze ontwikkeling beginnen zich af te tekenen op deze drie gebieden, de concrete uitwerking zelf verdient nog veel legislatief, organisatorisch, financieel,...werk dat in samenwerking met alle betrokken actoren zal moeten opgenomen worden. In deze tekst willen we de krijtlijnen duiden waarop er verder verdiept dient te worden.

¹ The European health report 2009. WHO Regional Office for Europe, p. 48

1. Analyse van de omgevingsfactoren - de uitdagingen:

1.1. De doelgroep blijft stijgen²:

Op 1 januari 2008 telde Vlaanderen (Vlaams Gewest) 198.249 kinderen onder de 3 jaar. Dit is 3,22% van de ganse bevolking en 1,07% meer dan in 2007. Voor de groep kinderen onder de 3 jaar wordt een verdere groei verwacht.

Er waren in 2008 68.349 officiële geboorten volgens de FOD economie, maar op basis van de K&G registratie –dit wil zeggen ongeacht het verblijfsstatuut van de ouders- zijn het er in realiteit 70.302 en 69.692 in 2009 (voorlopige cijfers).

Er is dus een forse discrepantie tussen officiële geboortecijfers en het reële cijfer en dus ook de reële nood.

Kind en Gezin laat sinds 2008 een eigen berekening maken door demografen van de VUB op basis van het aantal kinderen geregistreerd in de Ikaros-databank.

Volgens deze berekeningen zouden in het Vlaamse Gewest in 2015 222.785 kinderen zijn onder de 3 jaar, of 16.643 meer dan in 2009 (+8,1%). Kind en Gezin verwacht nogal wat meer kinderen dan de officiële vooruitzichten (+13.898 of +6,7%).

De subdoelgroepen die extra ondersteuning nodig hebben, stijgen het felst⁸:

De globale evolutie van de vruchtbaarheid in Vlaanderen toont over de laatste jaren een opvallende stijging. Er is een merkelijk hogere vruchtbaarheid bij de niet-Belgische vrouwen (2,98 kinderen per vrouw gemiddeld) dan bij de Belgische (1,72).

1.2. Verschuiving van medische problematieken: van het voorkomen van acute infectiepathologie naar chronische medische aandoeningen of gezondheidsbedreigingen bij het kind en zijn ouders:

De top 3 inzake aangeboren afwijkingen in Vlaanderen bestaat uit hartafwijkingen (46,4 per 10.000 geboorten), afwijkingen van het genito-urinair stelsel (32,5 per 10.000) en musculo-skeletale afwijkingen (27,6 per 10.000)³. Betere behandelingsmogelijkheden maken dat kinderen met zware aangeboren afwijkingen toch kunnen overleven.

De totale frequentie van vroeggeboorte (<37 weken) bedraagt 7,1% van de kinderen (in 2007). In 1991 beviel 94,7% à term, in 2007 is dit gedaald tot 92,9%. Het betreft vooral een verhoging in de groep 32-36weken. Het aantal kinderen met een geboortegewicht lager dan 2500 gram is met 7 per 100 levendgeborenen in 2006 in Vlaanderen vrij hoog tov de EU 15. Zowat 0,5 % van de kinderen van 0-3 jaar heeft een erkende handicap bij bevraging van de ouders (2004⁴).

Tussen de 4 à 5% van de kinderen jonger dan 3 jaar heeft te maken met een langdurige ziekte, aandoening of handicap¹⁰. Vooral chronische longaandoeningen scoren hoog¹⁰. Voor allergie is dit cijfer nog hoger namelijk 8,5% van de kinderen van 1 tot 3 jaar¹⁰.

² Buysse Bea. Rapport Kind in Vlaanderen 2008

³ Cammu H, Martens G, de Coen K, Defoort P. Perinatale activiteiten in Vlaanderen 2009 SPE

⁴ Gezondheidsenquête Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid 2004

Er zijn op basis van een bevraging ongeveer 10,2% van de Vlaamse kinderen (vanaf 4 jaar) die lijden aan psychosociale en emotionele problemen⁵. Van deze 10% wordt er 16,3% door de ouders als ernstig beschouwd en 74,4% als langdurig (> 1 jaar).

Internationaal wordt gesteld dat een ontwikkelingsachterstand zeer frequent voorkomt in de pediatrie met een geschatte prevalentie van 10%⁶. Nederlands longitudinaal onderzoek op de consultatiebureaus (d.w.z. groot deel van de ernstigste stoornissen zitten hier niet in wegens specialistische opvolging) levert cijfers van 2,4% van de onderzochte kinderen tussen de 0 en de 15 maand en 3,3% op de leeftijd van 5 jaar⁷. Amerikaanse studies spreken van 2,2% van alle kinderen onder de 2 jaar en van 5,2% van de kinderen tussen de 3 en de 5 jaar oud, die volgens welomschreven criteria in aanmerking komen voor vroege interventie⁸.

De gezondheidstoestand van de ouders van kinderen jonger dan 12 jaar is in het algemeen zeer goed, toch blijkt 3,2% van de moeders en 0,5% van de vaders een slechte gezondheid te hebben en 0,4% van de moeders en 0,1% van de vaders een zeer slechte gezondheid⁹.

Meer dan 2% van de vrouwen uit de leeftijdscategorieën waarin ze zwanger kunnen worden heeft een alcoholprobleem¹⁰. Ongeveer 7% van de vrouwen tussen de 15 en de 24 jaar rookt dagelijks en is er afhankelijk van, 26% van de vrouwen tussen de 25 en de 34 jaar en 48% van de vrouwen tussen de 35 en de 44 jaar, dit is meer dan de mannen¹⁰. Roken en zwangerschapsproblematiek blijft daardoor een omvangrijk probleem. De problematiek is dubbel zo frequent in stedelijk versus ruraal gebied. De personen die ooit cannabis rookten in het Vlaamse Gewest, deden dit gemiddeld voor het eerst op de leeftijd van 19,7 jaar¹⁰. Het betreft ongeveer 14% van de vrouwen tussen de 15 en de 24 jaar en 19% van de vrouwen tussen de 25 en de 34 jaar en 12% voor de vrouwen tussen de 35 en de 44 jaar. Het totaal aantal mensen in Vlaanderen met psychiatrische problemen wordt (zeer ruw) geschat op 200.000 door Similes. Veel van deze mensen hebben kinderen (KOPP' kinderen = 'Kinderen van Ouders met Psychische / Psychiatrische Problemen).

Eén van de grootste gezondheidsbedreigingen is de toename van overgewicht en obesitas bij volwassenen én kinderen. Sommigen spreken van een "obesitas epidemie".

De voedingssituatie bij peuters en kleuters wordt beschreven in de studie van Lenaers (2002)¹⁰ en Huybrechts (2008)¹¹.

Het onderzoek naar de voedingssituatie van jonge kinderen van Lenaers concludeerde dat het met de voedingsgewoonten bij kinderen jonger dan 2 jaar in het algemeen vrij goed gesteld is. Tijdens de eerste twee levensjaren worden bij sommige kinderen enkele knelpunten vastgesteld zoals een grote eiwitinname, geen adequate melkvoeding, gezoete dranken en ongezonde tussendoortjes. Een grote verandering die tussen de leeftijd van één en twee jaar optreedt, is de introductie van zoetmiddelen in dranken en ongezonde tussendoortjes in het tweede levensjaar. Hierbij geeft men in het onderzoek voedingsopvoedkundige aanbevelingen rond o.a. het gebruik van zoetmiddelen en snoep.

⁵ Bevraging Centrum voor Sociaal Beleid Herman Deleeck. Antwerpen 2005

⁶ Evidence based Pediatrics and child health. Moyer VA et al BMJ Books 2001 p 117-131

⁷ Schlesinger-Was EA. Ontwikkelingsonderzoek van zuigelingen en kleuters op het consultatiebureau. Academisch proefschrift rijksuniversiteit Leiden 1981

⁸ Bowe FG. Population estimates: birth to 5 children with disabilities. The journal of special education 1995; 20: 461-71

⁹ Statistics on Income and Living Conditions 2005

¹⁰ Lenaers S, Goffin I, Vinck J, Alliet P, Raes M. (2002) Onderzoek naar de voedingssituatie voor jonge kinderen in Vlaanderen. SEIN/2002/04. Diepenbeek; Kind & Gezin, Limburgs Universitair Centrum SEIN. 407

¹¹ Huybrechts, I. (2008) Voedingsprofiel van de Vlaamse kleuter. Doctoraatsthesis aan Vakgroep maatschappelijke gezondheidskunde UGent

Het onderzoek naar de voedingsgewoonten van kleuters (Huybrechts I., 2008) brengt o.a. aan het licht dat 19% van de kleuters niet elke dag ontbijt, slechts 4% drinkt dagelijks 0,5 liter water en er wordt te weinig melk gedronken. Minder dan één op drie van de kinderen voldoet aan de minimum aanbeveling voor groenteconsumptie (100 tot 150 gram per dag), en minder dan de helft van de kinderen voldoet aan de minimum aanbeveling voor fruitconsumptie (125 tot 250 gram per dag). Twee derde eet niet elke dag groenten en zes op de tien eet zelfs niet 1 stuk fruit per dag. Onder de 4 jaar kiest men ook nog onvoldoende voor volle melk. Meer dan de helft drinkt frisdrank of gezoet fruitsap.

Slechts 1 tot 9% van de kleuters voldoet aan de aanbeveling voor smeervetten (15-25 g per dag). Enkel de consumptie van aardappelen en vlees is adequaat. Op nutriëntenbasis blijkt ook dat de inname van vezel, water en vitamine D te laag is.

De Vlaamse overheid organiseerde in het najaar van 2008 een Gezondheidsconferentie Voeding & beweging met een bijhorend actieplan 2008-2015. Dit actieplan heeft als doelstelling alle inwoners aanzetten tot meer beweging en evenwichtiger eten.

Nog meer dan anders geldt “jong geleerd is oud gedaan”, waarbij een duidelijke rol is weggelegd voor de preventieve zorg én de kinderopvang.

1.3. Meer nood aan opvoedingsondersteuning en psychosociale ondersteuning

Opvoeden is voor de meeste gezinnen in Vlaanderen nog steeds een heel positief gebeuren. Uiteraard maken gezinnen zich wel af en toe zorgen maar dat betekent nog niet dat zij daarom problemen hebben met de opvoeding van hun kind¹². Volgens Nederlandse jeugdgezondheidszorg-artsen en verpleegkundigen is in 85 procent van de gezinnen die hen bezoeken geen sprake van opvoedingsproblemen. In 10 procent van de gezinnen is er sprake van lichte problemen, bij 4 procent zijn de problemen matig en bij 1 procent wordt de problematiek zwaar genoemd (Zeijl e.a., 2005)¹³.

Dit neemt niet weg dat de behoefte aan opvoedingsondersteuning zowel vanuit wetenschappelijke hoek, als vanuit het praktijkveld en vanuit het beleid algemeen onderkend wordt. Er wordt ook gesteld dat deze opvoedingsondersteuning formeel een plaats moet krijgen (Vandemeulebroecke & Colpin, 2001; Nys, 2007)¹⁴.

Een eerste verklaring voor de noodzaak aan opvoedingsondersteuning wordt gevonden in de veranderde maatschappelijke en gezinscontext. Kleinere familienetwerken, de afname van sociale ondersteuning, het wegvallen van traditionele opvoedings- en gezinsmodellen enz. zouden opvoeden moeilijker en complexer maken waardoor er meer behoefte is aan ondersteuning. Ook de meer bewuste keuze voor kinderen en hogere verwachtingspatronen zouden ouders “onzekerder” maken waardoor ze meer geneigd zijn om steun te zoeken. Deze onzekerheid wordt bijkomend gevoed door de toegang die ouders hebben tot verschillende bronnen van kennis (b.v.

¹² Zie ook debat naar aanleiding van de opvoedingsweek 2009. *Positief opvoeden: hype of noodzaak. Wetenschappers rond de tafel* (8 mei 2009).

¹³ Zeijl, E., Crone, M., Wiefferink, K., Keuzenkamp, S. & Reijneveld, M. (2005). *Kinderen in Nederland*. Den Haag/Leiden: Sociaal en Cultureel Planbureau/TNO Kwaliteit van Leven.

¹⁴ Een antwoord op Vlaams beleidsniveau kwam er met de decreten inzake opvoedingsondersteuning (decreet van 19/01/2001; decreet van 13/07/2007).

de media, internet) die ook nog eens diverse “waarheden” verspreiden (Vandemeulebroecke & Colpin, 2001; Hellinckx; 2003; Nys, 2007).

Onderzoek leert dat ouders met een steunbehoefte daarop niet altijd een adequaat antwoord vinden: ofwel vinden ze geen steun, ofwel voelen ze zich door de aangeboorde ondersteuningsbron niet geholpen (Bertrand, Hermanns en Lesemann, 1998; Leseman, Fahrenfort, Hermanns & Klaver, 1998). Zowel de spreiding, de bekendheid en kwaliteit van het aanbod alsook de afstemming tussen ouders en ondersteuningsvorm zijn vanuit dit oogpunt belangrijke aandachtspunten (Nys, 2007). Elke ouder zoekt, afgestemd op de aard en ernst van de vraag en het zich meer aangesproken voelend door een professionele dan wel een meer informele benadering, de gepaste ondersteuningsvorm (zie o.a. Belmans & van Belle, 2003; De Neve, 2002; Nijsten & Pels, 2002; Peeters & Hermanns, 1993; Vermulst, 2002). Daarom is het belangrijk om een veelzijdig en breed verspreid aanbod van opvoedingsondersteuning te voorzien (Woordhead, Hames & Thomas, 2005).

Een tweede motivatie voor de noodzaak aan opvoedingsondersteuning wordt gevonden in het preventiedenken. Vanuit preventief oogpunt benadrukken wetenschappers dat pro-actieve opvoedingsondersteuning ouders beter kan wapenen om op te voeden en problemen zoals gedragsproblemen bij kinderen en jongeren, kindermishandeling te voorkomen (Colpin & Vandemeulebroecke, 2002; Nys, 2007)¹⁵. Uit verschillende wetenschappelijke bronnen blijkt dat positieve opvoedingsvoorwaarden¹⁶ de ontwikkelingskansen van kinderen ten goede kunnen komen¹⁷.

Daarbij wordt dan wel gewezen op het gevaar van een te sterk unicausaal denken waardoor de indruk zou gewekt worden dat door het interveniëren in gezinnen maatschappelijk ervaren problemen sowieso kunnen voorkomen worden (Bouvenne-De Bie, 2002; Vandenbroeck, 2007; Hermanns). Uiteraard zijn er tal van factoren aanwezig in de ruimere gezins- en brede maatschappelijke context die een impact kunnen hebben op het functioneren van gezinnen. En zelfs wanneer men focust op de opvoeding is het een samenspel van factoren zoals de aard van het kind, de gezinssituatie, de partnerrelatie, de persoonlijkheid van het kind en deze van de opvoeders, de klassituatie en nog vele andere factoren die kunnen maken dat het opvoeden goed loopt of in meer of mindere mate vastloopt (Hellinckx, 2003; 2009).

1.4. Stijging van aantal kinderen die leven in maatschappelijk kwetsbare situaties in Vlaanderen:

Maar liefst 13% van de jonge kinderen in Vlaanderen leeft in een gezin met een verhoogd armoederisico¹⁸. Van de kinderen onder de 3 jaar leeft 1,6% in bittere armoede waarbij het gezin zich zelfs niet kan veroorloven om, om de 2 dagen, vlees/vis of kip of een vegetarisch alternatief te eten.

In 2009 waren er 5424 geboorten (+0,4%) in een kansarm gezin, het percentage steeg verder tot 8,3%. Dit is een enorme stijging want in 2000 bedroeg dit nog 4,7%².

¹⁵ Voor een overzicht van wetenschappelijke literatuur zie Van den Bruel (2004).

¹⁶ Binnen Kind en Gezin worden deze positieve opvoedingsvoorwaarden samengevat onder het concept “positief ouderschap” (Van den Bruel & Travers)

¹⁷ Voor een overzicht van wetenschappelijke literatuur zie Van den Bruel (2004).

De meeste kansarme gezinnen hebben te maken met een complex geheel van problemen. Meest frequent is laag inkomen (73,9%), lage opleiding (71,6%) en zwakke arbeidssituatie (in 70,6%). Slechte huisvesting vindt men bij 45,2%, ontwikkelingsproblemen bij 24,4% en gezondheidsproblemen bij 18,2%.

Kansarmoede is gekleurd. Wanneer we naar de origine van de moeder kijken dan zien we overduidelijk dat de Marokkaanse (15,7% van de gezinnen in kansarmoede) en Turkse gezinnen (8,4% van de gezinnen in kansarmoede) relatief veel zwaarder getroffen worden, naast ook de groep andere origine (36,8%) en kansarme autochtonen (38,7%).

Naar geografische spreiding is het belangrijk vast te stellen dat ruim de helft van de groep kinderen in 6 steden woont, met name Antwerpen, Gent, Genk, Leuven, Mechelen en Menen. Antwerpen en Gent nemen 37 % van het totaal aantal kinderen geboren in een gezin dat in kansarmoede leeft voor hun rekening.

Op basis van de data van het SPE van 2009³ weten we dat 13,9% van de moeders lager middelbaar of minder hadden genoten, 41,4% hoger middelbaar en 44,7% hoger onderwijs. Globaal kunnen we dus stellen dat we een hoog opgeleide moedergroep hebben. Waren er in 1999 nog bijna 10% moeders met maximaal een opleiding tot lager onderwijs, dan waren er dit in 2009 nog maar 4,1%.

Niettegenstaande de steeds hogere opleiding blijft ook het (functioneel) analfabetisme een hardnekkig feit¹⁸. Naar schatting 1 op 7 volwassen Vlamingen (15 tot 18% van de bevolking ofwel 700.000 à 850.000 volwassenen) kan onvoldoende lezen of schrijven om naar behoren te kunnen functioneren dit is functioneel analfabetisme of laaggeletterdheid.

Inzake toekomstige moeders kan men data afleiden uit het PISA onderzoek: één derde van de BSO-leerlingen presteert op het laagste vaardigheidsniveau of eronder in Vlaanderen.

Naar de kansen van de kinderen blijkt de opleiding van de moeder één van de belangrijkste voorspellende factoren.

1.5. Veranderende institutionele context

De actoren, rollen en inter-organizationele relaties in het beleidsdomein van de preventieve gezinsondersteuning zijn de laatste jaren sterk veranderd. Dit geldt voor het gehele publieke domein en vindt haar oorsprong in nieuwe verhoudingen tussen coördinatie, cooperatie en competitie:

the conscious introduction of markets and competition into the public sector as well as threats to the exclusiveness and autonomy of professional domains, leads to increasing competition for resources and the struggle to maintain domain control.

De verdeling van de domein-controle over de verschillende actoren heeft zijn repercussies op de wijze waarop het beleid tot stand komt en tot uitvoering gebracht wordt. Met name is de beleidsvoering geen exclusieve bevoegdheid meer van de overheid die dit als een blueprint kan uitrollen over het beleidsdomein, maar komt dit tot stand door “*interaction between ideas and agencies*”. Deze verschuiving van policy as a blueprint naar policy as a process vergt een veranderende verhouding tussen de actoren. Dit heeft dan weer impact op de noties van stabiliteit

¹⁸ Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting februari 2008 (www.armoedebestrijding.be)

(uitvoering blueprint) en verandering (nieuwe blueprint) die alletwee als een continu proces moeten aanzien worden: *“stability is no longer taken for granted as a feature of the world ‘as it really is’ and change is no longer considered a temporary aberration”*

Daarnaast is ook de aard van de actoren door deze evoluties veranderd. Daar waar er vroeger een duidelijke aflijning was tussen overheid, privaat en middenveld ontstaan er nu “organizational hybrids”, waarbij bijvoorbeeld het middenveld karakteristieken van de overheid en de private sector overneemt. Een tekenend voorbeeld daarvan is het groeiend belang van entrepreneurschap in de overheid en het middenveld.

Het effect daarvan is dat er een hybride model van governance nodig is *characterised by the co-existence and interaction of hierarchical, market-based and collaborative frameworks* (Martin (2000) En dat *paradox and contradiction govern the present restructuring of public services rather than the ‘either-or binary logic of the past’* (p. 134)

De beschreven evoluties indiceren de nood aan het expliciet opnemen van co-governance (waarbij het beleid in interactie opgemaakt wordt), co-management (waarbij de dienstverlening samen gemanaged wordt) en co-production (waarbij de dienstverlening samen uitgevoerd wordt) in de publieke sector in het algemeen en de preventieve gezinsondersteuning in het bijzonder.

Ook wordt de waarde van de preventieve gezinsondersteuning door de globale institutionele veranderingen anders ingevuld. Naast de welzijns- en gezondheidswinst als intrinsieke waarden op zich wordt deze alsmaar meer een economische waarde.

Dit wordt duidelijk in de ambities die de Vlaamse Regering heeft met het Pact 2020 en VIA waarmee men Vlaanderen wil positioneren als een topcompetitieve regio. De impact daarvan is enerzijds dat het beleidsdomein een meer uitgesproken economische waarde krijgt en anderzijds dat de rationale van de competitie doorgetrokken wordt binnen ons beleidsdomein. Het eerste zet druk op de maatschappelijke verwachtingen tov de preventieve gezinsondersteuning die haar bijdrage moet leveren aan de ontwikkeling van de grootste resource die we als Vlaanderen hebben: ons menselijk potentieel. Het tweede zorgt ervoor dat er steeds meer zal moeten gezocht worden naar een meer efficiënte allocatie van resources.

1.6. Veranderende organisatorische context

Veranderingen binnen de organisatorische context worden uiteraard beïnvloed door de beschreven institutionele evoluties maar ook door een aantal nieuwe uitgangsprincipes in public management en de verschillende subsectoren waarvan de preventieve gezinsondersteuning deel uitmaakt (welzijn, gezondheid, opvoeding,...)

People centred care

In de gezondheidssector, zowel als in de sociale of welzijnssector is er steeds meer sprake van people-centred care. Deze omvat zowel de focus op het individu als de populatie. Dit zet de organisatiemodellen van de dienstverstrekkers onder druk door de heroriëntatie van aanbodsgestuurde rationale.

Co-productie

In tegenstelling tot goederen, waarbij de productie en de consumptie ervan gescheiden zijn, gebeurt dit bij diensten simultaan. Dit heeft twee belangrijke consequenties :

- de dienst is een subjectief construct van de gebruiker bestaande uit het samengaan van de verwachtingen tov de dienst en de perceptie van het verloop; en
- dat dit gebeurt tijdens 'the moment of truth' waarop de dienstverlener en de gebruiker elkaar ontmoeten.
- waarbij de gebruikers de "expect effectiveness as a necessary condition of services delivery – but invariably judge their satisfaction upon the basis of process issues"

De organisatorische implicatie (naast de implicatie op hoe de dienstverlening vormgegeven wordt tussen individu en dienstverlener/hulpverlener) daarvan situeert zich op het balanceren van differentiatie en integratie. Door het toenemende aanbod (als antwoord op noden) is er een sterke differentiatie opgetreden (=rationele verdeling van werk over verschillende specialismen en organisatie) die moet gecompenseerd worden door integratie (het afstemmen van interdependente activiteiten). Immers, anders is het noch mogelijk de client centraal te stellen (people centred care), noch het proces van de dienstverlening op een kwaliteitsvolle manier te brengen (co-production).

De uitdaging bestaat dus in het ontwikkelen van een chain-of-services, ofte in organisationele terminologie: netwerken als co-ordinatiemechanismen voor de dienstverlening.

Het voorgaande impliceert een bepaalde mate van territoriale coordinatie en afstemming, waarbij én de dienstverlening aansluit bij de natuurlijke fluxen en omgeving van de gebruikers én waarbij efficiëntie niet onder druk mag komen te staan (economics of scale).

Vooraleer over te gaan tot het volgend hoofdstuk, toch nog even dit: ondanks het belang dat, zowel nationaal als internationaal gehecht wordt aan preventie weerspiegelt zich dat op geen enkele manier in de middelen die ervoor vrijgemaakt worden.

We besteden minder dan 0,1% van het Bruto Binnenlands Product aan preventieve tegenover 10% aan curatieve zorg¹⁹ en er wordt per inwoner 28,97 euro aan preventie besteed in België. Voor de buurlanden is dit: 57,22 euro in Nederland, 51,43 euro in Frankrijk en 68,09 euro in Duitsland²⁰.

Ook blijkt dat de investering van de Vlaamse overheid in kinderen overwegend gericht is naar 12- tot 17 jarigen en minder dan 3% naar de min-driejarigen gaat (inclusief de kinderopvang), en dit volgens een studie van het Centrum voor Sociaal Beleid Herman Deleeck.²¹

Binnen Kind en Gezin leert het Jaarverslag 2009 dat de Kinderopvang voor 371,8 mio EUR gesubsidieerd wordt, tegenover 69,2 mio EUR voor de Preventieve Gezinsondersteuning. De sector van de consultatiebureaus neemt daarin zelfs amper 11,7 mio EUR voor zijn rekening²².

¹⁹ Daue E. De toekomst van de gezondheidszorg: diagnose en remedies. Itinera Instituut 2008.

²⁰ Oeso Health data 2006

²¹ Schoenmaeckers D., e.a., De overheidsuitgaven voor Vlaamse kinderen becijferd. Centrum voor Sociaal beleid, Maart 2006, p.

²² Jaarverslag 2009, Kind en Gezin, p. 82-83.

2. **De weg vooruit**

Of, een antwoord vinden op de :

- Individuele noden van kinderen en gezinnen met inbegrip van de gewijzigde contexten (op het vlak van gezondheid, sociaal en opvoedkundig) en de groeiende nood aan opvoedings- en psychosociale ondersteuning
- Maatschappelijke verwachtingen tov het beleidsdomein
- Institutionele en organisatorische uitdagingen
- Artsenproblematiek

2.1. **Dienstverleningsaanbod binnen het legistiek kader K&G**

2.1.1 Uitgangspunten

Een dienstverleningsaanbod is zowel naar inhoud als naar vorm per definitie steeds in transitie ten gevolge van 'self-organizing capacities' (veranderingen bij de uitvoerders), veranderingen bij de gebruikers, contextveranderingen en veranderingen bij andere belendende uitvoerders.

Het kan dus niet de bedoeling zijn het aanbod voor de komende jaren vast te zetten in een al te strikt kader. Aan de dienstenverstrekkers moet de ruimte gelaten worden om via innovatie, met wijzigende werkvormen, andere antwoorden te bieden op de behoeften van de gebruikers van de preventieve gezinsondersteuning.

Anderzijds is het ook zo dat we met een populatiebenadering werken en er voor bepaalde aspecten van de dienstverlening een uniforme, zij het protocolaire, benadering nodig is, gebaseerd op wetenschappelijke evidence.

In het opzetten van het aanbod zullen we de merites van beide benaderingen ten volle moeten benutten.

Gedeelde verantwoordelijkheid

Het realiseren van de dienstverlening (co-productie en co-management) is een gedeelde verantwoordelijkheid van de artsenwereld, organiserende besturen en Kind & Gezin.

100 % voor de basis

Het is belangrijk dat *alle* gezinnen bereikt worden (universeel aanbod) en niet enkel gezinnen die heel uitdrukkelijke vragen hebben of uitgesproken risicokenmerken hebben. We weten immers dat alle gezinnen nu en dan twijfels hebben over de opvoeding en ontwikkeling, ook al hoeft dit niet persé te betekenen dat ze problemen hebben. Dit "zoekgedrag" van ouders is niet eigen aan een specifieke groep maar alle ouders kunnen er wel eens mee te maken hebben (Vandemeulebroecke & Colpin, 2002).

People-centred care

Dit veronderstelt een laagdrempelig, geïntegreerd en integraal aanbod. Dit krijgt vorm in een aantal functies geënt op de drie pijlers (medisch, psychosociaal en opvoedkundig) waarbij de laagdrempeligheid en de geïntegreerdheid waargemaakt worden door de wijze waarop ze aangeboden worden.

Het medisch preventieve als neutrale toegangspoort tot de andere pijlers van de preventieve gezinsondersteuning.

Medisch preventieve ondersteuning is een aanknopingspunt voor een gesprek over opvoeding en/of het psychosociaal welzijn van elk kind in alle gezinnen.

Wetenschappers die reflecteren en/of onderzoek doen over professionele opvoedingsondersteuning hebben steeds beklemtoond dat gezinnen met hun vragen over het psychosociaal welzijn en/of opvoedingsvragen zich in eerste instantie richten tot instanties waar ze reeds komen omwille van andere redenen dan het psychosociale (zie bijvoorbeeld Baartman, 1996; Daro & Harding, 1999; Hermanns, 1999). Zo blijkt uit onderzoek dat een aanbod van medische preventie een goed aanknopingspunt is om een gesprek aan te gaan met ouders over de opvoeding en ontwikkeling van hun kind. Dit blijkt zowel vanuit een “verrijkingsidee” als vanuit een preventief oogpunt. Vanuit de *verrijkingsidee* gaan we ervan uit dat alle ouders tegen de achtergrond van de huidige complexe tijdsgeest zoekende zijn en vragen hebben rond de opvoeding van kinderen. Dit zijn vragen die niet noodzakelijk de uiting zijn van problemen (Colpin & Vandemeulebroecke, 2002; Vandenbroecke,).

Maar ook vanuit psychosociaal *preventief oogpunt* is het belangrijk dat ouders terecht kunnen bij een universeel preventief aanbod waar naast medische vragen ook thema's rond het psychosociaal functioneren aan bod kunnen komen. Alle wetenschappers die zich bezig houden met de preventie van kindermishandeling, gedragsproblemen, problemen van geestelijke gezondheid bij volwassenen ... zijn het erover eens dat een goede preventie start met een sterk laagdrempelig preventief aanbod ten aanzien van alle gezinnen. Dit aanbod moet beschikbaar zijn voor alle ouders, ook wanneer er nog niet echt problemen worden ervaren.

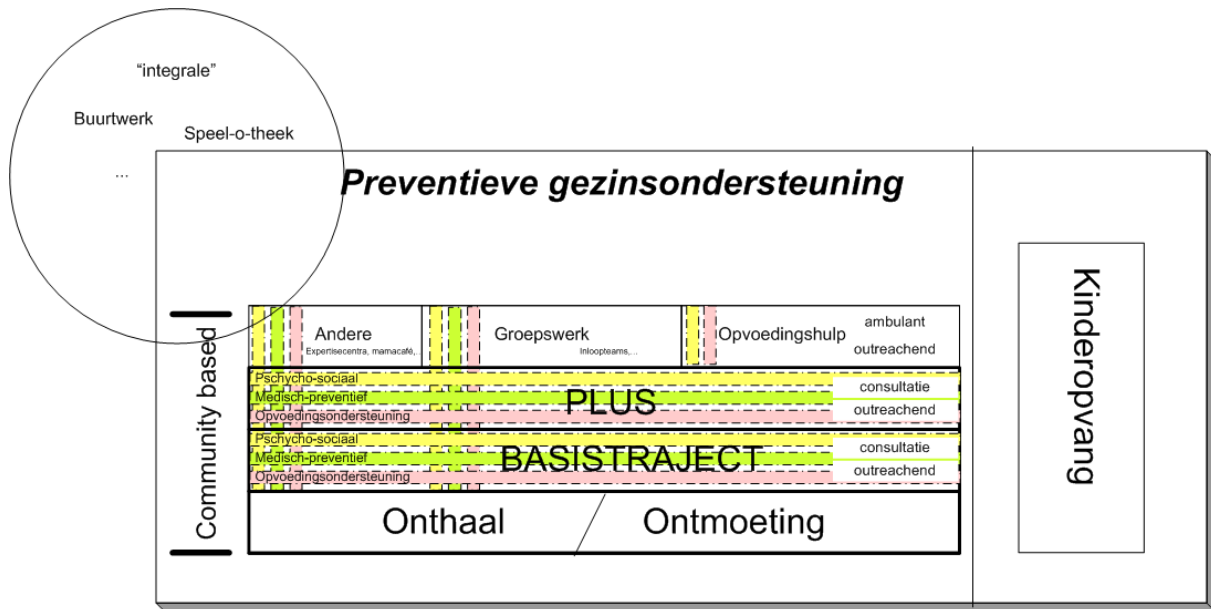
2.1.2 Beschrijving van de functies

Voor de beschrijving van de functies vertrekken we van de huidige werking van de preventieve zorg binnen Kind en Gezin. Klassiek gaat het dan om de werking van de consultatiebureaus (medisch en verpleegkundig consult) aangevuld met huisbezoeken en “plusfuncties” voor gezinnen die nood hebben aan een intensiever ondersteuningsaanbod bovenop het basistraject.. De medische consulten worden momenteel waargenomen door CB-artsen in dienst van een organiserend bestuur. De verpleegkundige consulten en de huisbezoeken worden waargenomen door regioverpleegkundigen en gezinsondersteuners in dienst van het agentschap Kind en Gezin. De organiserende besturen staan momenteel in voor:

- organisatie en uitvoering van de medische consulten in de consultatiebureaus en prenatale steunpunten
- uitbouw van het onthaal in de consultatiebureaus

- uitbouw van een aanbod opvoedingsondersteuning voor maatschappelijk kwetsbare gezinnen (inloopteams)
- tewerkstelling van artsen (bedienden en zelfstandigen) en omkaderend personeel
- begeleiding van vrijwilligers
- geschikte huisvesting voor de consultatiebureaus, prenatale steunpunten en inloopteams

Waar deze werking nu echter als “op zichzelf staande” wordt gepercipieerd en sterk gelieerd is met



het “agentschap Kind en Gezin”, willen we de werking van de preventieve zorg verruimen en versterken door ook andere actoren en functies op de kaart te plaatsen. Dit heeft tot gevolg dat er tussen en over de regio's heen gedifferentieerd wordt.

De verdere concretisering van de beschreven functies en hun samenhang zal onder meer gevoed worden door volgende twee rapporten:

- “Onderzoek naar de wetenschappelijke state of the art op het vlak van de preventieve gezondheidszorg voor kinderen onder de 3 jaar” door Prof. dr. Karel Hoppenbrouwers et. al.
- “Onderzoek naar de noden en preferenties inzake preventieve zorg bij gezinnen met jonge kinderen” door Prof. dr. Michel vandenbroeck et. al.

Basistraject

Het basistraject bestaat uit de standaardhuisbezoeken en -consulten en integreert de drie pijlers (medisch, psychosociaal en opvoedkundig). Het is een offensief aanbod, wil 100% van de gezinnen met jonge kinderen bereiken en fungeert als draaischijf naar andere werkvormen en functies die van daaruit al dan niet geïndiceerd worden.

Bepaalde aspecten van dit basisaanbod zijn sterk geprotocoliseerd, met name de medische onderzoeken, screenings en vaccinaties, zonder daarbij de openheid voor het ondersteunende gesprek op de drie pijlers te hypothekeren, wel in tegendeel.

Het basistraject heeft dus een functie op zich (vaccinaties, basisvoorlichting, eerste emotionele ondersteuning, ...) maar is ook de meest laagdrempelige weg om gezinnen zeer snel te kunnen

doorverwijzen op een professionele manier (“triage”). Een belangrijke functie van dit basisaanbod is dus de mogelijkheid om de ondersteuningsbehoefte van de gezinnen in kaart te brengen.

Dit basistraject kan met andere woorden niet op zich staan maar moet ingebed zijn in een ruim lokaal netwerk dat zowel medisch, psychosociaal als opvoedkundig geïntegreerd is en dus breder gaat dan het klassieke Kind en Gezin-netwerk op dit moment.

Plus

Intensievere ondersteuning (geïndiceerde preventie) gebeurt via de plusfuncties. De aard van de ondersteuningsnood zal uitmaken of deze plusfuncties gericht zijn op intensievere ondersteuning op 1 of meerdere van de pijlers, dan wel op het faciliteren van het basisaanbod. Binnen het basisaanbod moet men in staat zijn op een professionele manier de “triage” te doen op basis van ervaringen, wensen en behoeften van de gezinnen, ondersteund door zoveel mogelijk evidenced based materiaal.

Afhankelijk van de thematiek en werkvorm van de plusfuncties is er een differentiatie aan competenties en/of uitvoerders nodig.

Binnen de momenteel bestaande preventieve zorg denken we als “plus” aan de spreekuren opvoedingsondersteuning, de praktische ondersteuning die momenteel geboden wordt door regioverpleegkundigen en gezinsondersteuners, maar eveneens aan begeleide doorverwijzing. Indien we erin slagen de lokale netwerken met andere disciplines/organisaties te versterken zouden de plusfuncties die zeer nauw nog aansluiten bij het preventieve basisaanbod ook kunnen uitgevoerd worden door bijvoorbeeld aanbod vanuit de mutualiteiten, gezinszorg, kinesisten, tandartsen, oogartsen,

Ook het mobiele en ambulante aanbod van de Centra voor Kinderzorg en Gezinsondersteuning (CKGs) zou binnen dit kader van “plus” een plaats kunnen krijgen, idem voor de werking van de Inloopteams.

Ontmoeting als “nieuwe” functie

Vele jonge ouders hebben nood aan informele uitwisseling van successen en zorgen met andere jonge ouders. De kracht van sociale netwerking tussen ouders wordt vanuit verschillende invalshoeken onderschreven (o.a. empowerment, sociaal leren, groeigeoriënteerde benadering). Uit onderzoek blijkt dat ouders voor elkaar een bron van sociale en emotionele steun zijn, ze vinden bij elkaar (h)erkenning, putten uit de gedeelde ervaringen en belevingen, ontwikkelen een groter zelfvertrouwen en zelfwaardegevoel enz. (Nys & Van den Bruel, 2009)²³.

Auteurs zoals Hermanns, Vandemeulebroecke en Vandenbroeck stellen dat informele sociale netwerken één van de meest basale en dus belangrijke vormen zijn van reële opvoedings- en

²³ K. Nys & B. Van den Bruel (2009). Verankering van opvoedingsondersteuning in Vlaanderen. In: B. Prinsen (Ed.), *Lichtvoetig door de opvoeding. Over opvoedingsondersteuning als levenswerk* (pp. 57-65). Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. (Liber amoricum bij het afscheid van Geurdina Blokland).

gezinsondersteuning. Deze vaststelling geldt bovendien voor iedereen en slaat dus niet in het bijzonder op specifieke doelgroepen. (Bouvernie-De Bie & Vandenbroeck, 2007)²⁴.

Laagdrempelige ontmoetingen tussen ouders die kunnen georganiseerd worden in het consultatiebureau spelen in op de vraag van ouders naar gemeenschapsvorming (Vandenbroeck et al., 2007; Van der Mespel, 2008)²⁵. Ook spelen ze in op een hiaat die er is inzake ontmoetingen tussen ouders onderling ook reeds vooraleer het kind naar de opvang gaat. Doorgaans vormen zich de eerste contacten met andere ouders pas aan de poorten van de kleuterschool.

Uit een kleinschalig onderzoek in een wachtzaal van een consultatiebureau van Kind & Gezin (Van de Walle, 2009)²⁶ bleek dat dit soort van wachtzalen de potentie in zich heeft om te fungeren als een mogelijk forum waar ouders over opvoeding praten, hun ervaringen uitwisselen en vragen stellen aan andere ouders. De onderzoekster besluit dat het een meerwaarde voor ouders zou kunnen betekenen indien hun informele contacten door het consultatiebureau gestimuleerd zouden worden. Op die manier zou een informeel klimaat kunnen worden ontwikkeld dat op natuurlijke wijze aanleiding geeft tot communicatie, waardoor ouders de onderlinge uitwisseling van ervaringen en vragen als evident zouden gaan ervaren.

In dit kader dient ook de relatie tussen de "Huizen van het Kind" en de specifieke ontmoetingskansen voor kwetsbare gezinnen die uitgebouwd worden door de inloopteams duidelijk vorm te krijgen.

Om dit soort van ontmoetingen te creëren, in het kader van consultatiebureaus is het belangrijk om de rol van de vrijwilliger te herbekijken. De vrijwilliger "opwaarderen" om dit soort van ontmoetingen te faciliteren zou een belangrijke boost geven aan de invulling van het vrijwilligerswerk op de consultatiebureaus. Uiteraard moet het profiel van de vrijwilliger dan wel helemaal herzien worden en moet er voldoende omkadering voorzien zijn.

Groepswerk (Inloop)

In de laagdrempelige, geïntegreerde en integrale benadering van de "Huizen van het Kind" zitten nieuwe kansen tot een versterkte samenwerking met en doorverwijzing naar de inloopteams vervat. De troef van inloopteams is dat deze via hun onthaal, ontmoetingsmomenten en groepswerkingen de emotionele ondersteuningsfunctie en het ontmoetingsaspect in het kader van opvoedingsondersteuning zeer sterk naar voor schuiven.

De aanwezigheid van een inloopteam als 'plusaanbod' is cruciaal in regio's met een hoog kansarmoedecijfer om tegemoet te komen aan de specifieke ondersteuningsnood van kwetsbare gezinnen. De voorliggende visie op een versterkte preventieve gezinsondersteuning leidt in die zin expliciet tot de vraag om inloopteams niet langer vorm te geven als projectwerking maar om deze formeel op te nemen binnen het logistiek kader van Kind en Gezin.

Andere functies

²⁴ Bouvernie-De Bie, M. & Vandenbroeck, M. (2007). De hoeksteen van de samenleving ? Een gezinspedagogiek met hoeken en kanten. In: H. Colpin & H. Van Crombrugge (Eds.), *Gezinnen en gezinspedagogiek. Geboeid door verscheidenheid* (pp. 43-60). Antwerpen-Apeldoorn: Garant.

²⁵ Van der Mespel, S. (Ed.) (2008). *Ontmoetingsplaatsen voor Kinderen en Ouders. Discussietekst van het netwerk Ontmoetingsplaatsen voor Kinderen en Ouders*. Gent: Ugent-VBJK.

²⁶ Van de Walle, S. (2009). De wachtzaal van het consultatiebureau van Kind & Gezin als publieke ruimte in de stad. Een ontmoetingsplaats voor ouders met jonge kinderen? Gent: Faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen (Masterproef ingediend tot het behalen van de graad van master in de pedagogische wetenschappen, afstudeerrichting orthopedagogiek onder leiding van Dr.M. Vandenbroeck). In dit onderzoek vonden observaties van de interacties plaats en er werd informatie geput uit gesprekken met vrijwilligers, verpleegkundigen en artsen.

Naast de basisondersteuning via het basistraject kunnen er ook andere vormen van ondersteuning uitgebouwd worden. Deze onderscheiden zich van het basistraject door hun werkvorm en/of door de aard en inhoud van de ondersteuning. Een voorbeeld daarvan is het mamacafé dat via een andere werkvorm inzet op ondersteuning die ook in het basistraject opgenomen wordt (borstvoeding).

Relatie met kinderopvang

Hoewel preventieve gezinsondersteuning/zorg en kinderopvang allebei binnen het agentschap Kind en Gezin worden aangestuurd, worden er op dit moment maar een beperkt aantal linken tussen beide activiteiten gelegd.

Wanneer we echter de werking van de preventieve zorg willen verruimen door ook andere actoren en functies op de kaart te plaatsen, is het opportuun om ook te bekijken of kinderopvanggerelateerde voorzieningen niet ook een rol zouden kunnen spelen inzake het opnemen van een aantal functies en omgekeerd wat de betekenis van de preventieve gezinsondersteuning voor de kinderopvang kan zijn. We denken hierbij aan zaken als ontmoeting, groepswerk, themagerichte activiteiten voor ouders wiens kinderen in de kinderopvang zitten, Mogelijks kan ook het nieuwe Loket Kinderopvang zoals voorgesteld in het nieuwe decreet in de Huizen van het Kind geïntegreerd worden, waar opportuun.

Opvoedingshulp

Er dient bekeken te worden in welke mate het opportuun is om aansluiting te bewerkstelligen van de ambulante en outreachende dienstverlening van de ckg's.

2.1.3 Organisatie van de functies

Consultatiebureau als draaischijf voor de preventieve gezinsondersteuning

Er is een fijnmazig net van consultatiebureaus waar minstens de laagdrempelige basisfuncties, onthaal en een bepaalde mate van ontmoeting aangeboden worden. Er wordt naar gestreefd om de andere functies fysiek zo nauw mogelijk te laten aansluiten bij deze basisfuncties, wat wil zeggen dat deze maximaal geïntegreerd worden in dezelfde infrastructuur. De huidige consultatiebureaus voor het jonge kind (klassiek gericht op consulten bij arts en verpleegkundige, maar vaak ook niet meer dan dat) worden dan als het ware "Huizen van het Kind" waar een veelheid aan activiteiten kunnen doorgaan, maar nog steeds met als "ingangspoort" deze consulten bij arts en verpleegkundige.

Een goede territoriale spreiding van de verschillende functies

De balans die zal moeten gezocht worden is er een tussen fijnmazigheid aan de ene kant en economics of scale en scope aan de andere kant, immers moeten de verschillende functies voor iedereen toegankelijk zijn.

Dit zal, door de lokaliteit, resulteren in een gedifferentieerd palet aan consultatiebureau's, waarin verschillende functies aangeboden worden en die een verscheiden bereik hebben.

Multidisciplinair netwerk ondersteunt het gezin

Door de differentiatie in functies en de daaraan gekoppelde competenties ontstaat er multidisciplinariteit rond het gezin. De multidisciplinariteit zal de verschillende betrokken organisaties overstijgen en zal dus vorm moeten krijgen in een netwerk welke de naadloze chain of services voor de individuele gezin moet garanderen. Dit netwerk moet tevens het legistiek kader van K&G overstijgen. Een duidelijke, omkaderde overlegstructuur en een geïntegreerd elektronisch dossierbeheer zijn hierbij vereist.

2.2. Synergie tussen preventie en curatie, de rol van de huisarts

De huisartsen spelen in de eerstelijns een centrale rol, we willen deze rol erkennen en versterken, ook voor wat betreft de activiteiten in functie van het preventieve traject.

Immers volgt de huisarts (en praktijk) het gezin / gezinsleden op en verzekert de continuïteit op langere termijn. Door de huisarts te betrekken in de opvolging in het preventieve traject van het jonge kind, door middel van een (tot op een bepaald niveau) gedeeld dossier, kan deze dit in een ruimer geheel plaatsen en kan er accurater geïnterpreteerd en opgetreden worden.

Kan vanuit de praktijk ook de link leggen naar arts in het CB, regioverpleegkundige.

2.3. Dienstverlening buiten het legistiek kader

Er dienen zich twee belangrijke uitdagingen aan op het vlak van de relatie met de actoren met impact op de preventieve gezinsondersteuning die buiten het regelgevend kader vallen :

- Het rationaliseren van overlap
- Het versterken van de aansluiting tussen de verschillende actoren

Op het eerste gezicht zijn er hier een paar quick wins te realiseren, bijvoorbeeld inzake de complementariteit met de vroedvrouwen. Complexere ondersteuning inzake borstvoeding wordt nu zowel door de regioverpleegkundige als door de vroedvrouw opgenomen. De aard van de noodzakelijke ondersteuning sluit in vele van deze gevallen nauwer aan bij de competenties en mogelijkheden van vroedvrouwen. Het zou dus tot aanbeveling strekken dat de regioverpleegkundige hiervoor toeleidt naar de vroedvrouw en dat beiden een complementaire rol vervullen in het gezin. Dezelfde redenering geldt voor thuiszorg en andere actoren.

2.4. Governance

2.4.1 Principes

Het beleid met betrekking tot de preventieve gezinsondersteuning als geheel is het resultaat van de interactie tussen concrete beleidsinitiatieven op deelaspecten en evoluties binnen de maatschappij en de verschillende actoren. Dit resulteerde in een niet altijd even coherent beleid : functies zijn niet evenredig verdeeld over de territoria, resources worden niet altijd even efficiënt en effectief ingezet, rollen en verantwoordelijkheden zijn niet altijd even duidelijk.

Door het beleidsdomein te herdefiniëren willen we tegemoet komen aan de noodzaak voor een meer efficiënte, effectieve en toegankelijke dienstverlening.

Het herdefiniëren is echter een proces dat sterk beïnvloed wordt door de reeds benoemde institutionele en organisatorische veranderingen. Vanuit de principes van co-governance en policy as a process zou het niet aan te raden zijn, in deze tekst te ver te gaan in de definiëring. Toch beginnen er zich een aantal klijntlijnen te ontwikkelen.

Een van de belangrijkste aspecten van de klijntlijnen die geschetst worden en de onderliggende bestuurlijke rationale is het alligneren van de verantwoordelijkheden aan de mogelijkheden die de gewijzigde institutionele situatie biedt, om aldus tot duurzame antwoorden te komen.

Verderop worden de verantwoordelijkheden verder uitgewerkt, maar een van de belangrijkste veranderingen die hieruit voortvloeien tov de huidige situatie is het introduceren van een 'nieuwe' partner: de huisartsenwereld²⁷.

Er vanuit gaande dat deze groep hierin een verantwoordelijkheid kan opnemen, betekent dit dat de preventieve zorg beter aansluiting vindt op en gedeeltelijk opgenomen wordt door de huisartsenwereld (zonder de merites van het huidige organistiemodel te hypothekeren). Hoe dit tot uiting komt wordt duidelijker op de verschillende governance-niveaus.

Naast de huisartsen blijven de pediaters een belangrijke rol vervullen, als uitvoerder van consulten, als tweedelij en als experts met betrekking tot het jonge kind op de verschillende governance niveau's.

We onderscheiden 3 niveaus: macro (Vlaamse Gemeenschap), meso (organisatie/coördinatie dienstverlening op zorgregioniveau) en micro (uitvoering dienstverlening)

Het mag duidelijk zijn dat de modaliteiten van de hieronder beschreven klijntlijnen de werkbaarheid sterk zullen bepalen. Deze modaliteiten dienen echter verder uitgewerkt te worden met de verschillende partners, hier willen we enkel het kader schetsen waarbinnen de modaliteiten vorm zullen krijgen.

2.4.2 Macroniveau

De actoren die aanwezig zijn op de diverse niveaus worden betrokken in de beleidscyclus. Dit wil zeggen dat de organiserende besturen en de artsenwereld (artsen, waaronder huisartsen) mee actief zijn op dit niveau. De huisartsen werden totnogtoe niet betrokken, maar het is duidelijk dat er verregaande synergie mogelijk is die zal leiden tot een efficiëntere, effectievere en toegankelijke dienstverlening, met dus meer gezondheids- en welzijnswinst.

²⁷ Met huisartsenwereld wordt bedoeld op de beroepsgroep en de rollen en verantwoordelijkheden die ze opneemt binnen de eerstelij, met inbegrip van haar eigen paradigma's, organisatievormen en structuren (zoals de huisartsenkringen).

Kind en Gezin schrijft het **inhoudelijk programma uit** voor wat betreft het basistraject en de daarvoor noodzakelijke plusacties, bepaalt de doelstellingen, **subsidieert, reguleert** en staat in voor **algemene kwaliteitsbewaking**²⁸. Het is duidelijk dat deze functie op het niveau van de gemeenschap/gewest én in samenwerking met de betrokkenen (de actoren op de verschillende niveau's) dient te gebeuren.

2.4.3 Meso

We kiezen expliciet om de organisatie van de preventieve zorg te alligneren op de bestaande **zorgregio's** (meso) en dus de nu bestaande "Kind en Gezin"-regio's in die zin te hertekenen. Op het niveau van de zorgregio wordt het beleid vormgegeven en gecoördineerd²⁹.

Het beleid mbt preventieve gezinsondersteuning op zorgregioniveau is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van Kind en Gezin, de organiserende besturen en de huisartsenkringen elk met een specifieke rol.

Een korte samenvatting van deze rollen op meso - niveau

- Kind en Gezin **programmeert in overleg met actoren op dit niveau de hoeveelheid functies** (basis, plus, inloop,...) die in een zorgregio aanwezig moeten/kunnen zijn en reguleert de samenwerkingsmodaliteiten en geeft handvatten. Naast de doelstellingen die op Vlaams niveau bepaald werden en waarin een aantal aspecten van de dienstverlening duidelijk gestipuleerd zijn, zullen er regionale verschillen zijn naar werkvormen of extra doelstellingen. Hierdoor zal er een gedeeltelijke differentiatie ontstaan gebaseerd op hetzelfde model en wordt er meer regelruimte gecreëerd voor de regionale coördinatie.
- De **organiserende besturen** staan in voor **het aanbod** dat rond het basistraject kan/moet worden aangeboden (een deel van de preventieve zorg, opvoedingsondersteuning, werking Inloopteams, ... maar ook ruimer zoals kraamzorg, thuiszorg, kinderopvang ,) en **coördineren** dit via een **overkoepelende entiteit op zorgregioniveau**. Er zijn **jeugdgezondheidszorgartsen** in dienst die instaan voor de **kwaliteitsopvolging en ondersteuning** van de eigen artsen en die ook de contacten met de logo's en/of kringen onderhouden om het preventieve gezondheidsbeleid vorm te geven.
- **Artsen** (huisartsen en pediaters) werkende **vanuit de huisartsenkringen** geven het preventieve gezondheidsbeleid voor 0 tot 3-jarigen in de zorgregio vorm in samenwerking met de organiserende besturen. Ze staan in voor **kwaliteitsopvolging en inhoudelijke ondersteuning** in de regio voor wat betreft de huisartsen en andere artsen die werken vanuit de kringen. Hiertoe worden de reeds bestaande systemen in de huisartsenwereld maximaal benut.

²⁸ Opdat onder meer de standaarden gebruikt door de actoren op meso-niveau dezelfde zijn onafhankelijk of er vanuit een huisartsenkring dan wel een organiserend bestuur gewerkt wordt

²⁹ Binnen het kader dat op macro-niveau ontwikkeld wordt

2.4.4 Micro : relaties tov de client en andere dienstverleners

Er wordt rond de gezinnen een **multidisciplinair netwerk** gecreëerd waarin de verschillende actoren participeren om een naadloze chain-of-services en een integraal en geïntegreerde ondersteuning te bewerkstelligen. Hieronder worden de rollen van de verschillende actoren beschreven binnen de huidige bestaande functies, abstractie makende van groepswerkingen, inloop,...

Op microniveau is **Kind en Gezin** uitvoerder van het basistraject alsook van de daarvoor noodzakelijke faciliterende plusacties die door de verpleegkundige (in samenwerking met gezinsondersteuners) worden opgenomen.

Vanuit de **huisartsenkring** staan **artsen** in voor de uitvoering van het medische traject in de "Huizen van het Kind". Ze voeren **consulten** uit in het "huis van het kind" en maken de koppeling van de preventieve setting naar de huisartsenpraktijk.

De **organiserende besturen** hebben eveneens **artsen** in dienst die meewerken als **bediende** voor de uitvoering van **consulten**. Ook de **jeugdgezondheidszorgartsen** nemen naast hun opdracht als regionale stafarts deeltijds consulten op in het consultatiebureau. In een overgangsfase kunnen de organiserende besturen ook nog samenwerken met **zelfstandige artsen buiten een huisartsenkring**.

Voor de uitvoering van het preventief aanbod op vlak van psychosociale ondersteuning en opvoedingsondersteuning hebben de organiserende besturen **andere beroepsprofielen** in dienst (o.a. pedagogische medewerkers).

Specificëring van de rollen :

De arts werkende vanuit de huisartsenkring op het CB

Voert het consult uit en volgt het preventietraject van het jonge kind op. Verwijst naar de behandelende arts wanneer nodig. Kan doorverwijzen naar referentiecentra wanneer nodig. Werkt samen met de regioverpleegkundige en andere dienstverleners

De arts in vast dienstverband bij het OB

Voert het consult uit en volgt het preventietraject van het jonge kind op. Verwijst naar de behandelende arts wanneer nodig. Kan doorverwijzen naar referentiecentra wanneer nodig. Werkt samen met de regioverpleegkundige en andere dienstverleners

De regioverpleegkundige (K&G)

Voert consulten en huisbezoeken uit en ondersteunt het gezin gedurende het gehele traject. In samenspraak met de behandelende arts en/of de arts op het cb (huisarts of arts in dienst van het organiserend bestuur), andere dienstverleners (uit de preventieve gezinsondersteuning maar vroedvrouwen e.a...) rond het gezin brengt ze meer huisbezoeken of consulten. Vanuit het basistraject verzorgt ze de triage naar andere actoren en werkvormen in de dienstverlening.

De gezinsondersteuner (K&G)

Ondersteunt de ouders in hun traject en de relaties met andere dienstverleners wanneer nodig. Werkt aldus met iedereen samen waar de ouder mee in contact komt.

De vrijwilligers (OB)

Onthalen de ouders en kinderen op het consultatiebureau. Ze faciliteren waar opportuun ontmoeting.

De pedagogisch medewerker (OB)

Houdt pedagogisch spreekuur en ondersteunt de vrijwilligerswerking (eventueel gecombineerd met opdrachten binnen andere functies). Werkt minstens samen met de regioverpleegkundige en de arts.

3. **Conclusie**

Deze tekst beschrijft enkel de krijtlijen aan de hand waarvan het beleid verder vorm zal krijgen om tegemoet te komen aan de beschreven uitdagingen in samenwerking met de verschillende actoren. Vier cruciale veranderingen dienen als hefboomen om deze ambities waar te maken :

- Een multidisciplinaire chain of services rond het gezin, met de huisartsen, maar bij uitbreiding ook andere beroepsgroepen, als 'nieuwe' partner waardoor er een grotere synergie tussen preventie en curatie mogelijk wordt.
- Het creëren van Huizen van het Kind welke de multidisciplinaire aanpak en verschillende werkvormen faciliteren tov de ouders en kinderen.
- Een gewijzigde governance-structuur en aanpak met een grotere verantwoordelijkheid en regelruimte op zorgregioniveau van de organiserende besturen en huisartsenkringen
- Een inhoudelijk en methodisch versterkte preventieve gezinsondersteuning