

Om dit alles te realiseren wordt gewerkt aan een samenwerkingsakkoord met de federale overheid en de deelstaten om een uniforme aanpak en efficiënte gegevensuitwisseling te garanderen en zullen de nodige stappen worden gezet om de Vlaamse regelgeving aan te passen.

Met deze stappen wil de Vlaamse overheid geïntegreerde zorg en ondersteuning structureel verankeren, met als ultieme doel een kwaliteitsvolle, doelgerichte en toegankelijke zorg voor iedere burger.

2. Georganiseerd ecosysteem;
3. Opleiding en sensibilisatie van zorgprofessionals en burgers;
4. Ter beschikking stellen van ondersteunende instrumenten.

Deze worden met elkaar verbonden via een overkoepelend regelgevend kader en de bijhorende financiering.

Als onderdeel van dit traject, wordt gewerkt aan de realisatie van een kader voor zorgcoördinatie en casemanagement als één van de bouwstenen om te komen tot geïntegreerde zorg en ondersteuning. De brug wordt hierbij gelegd naar een overkoepelend, beleidsdomein-breed verhaal, zonder de focus te verliezen op de implementatie van deze eerste bouwstenen.

Voor wat betreft taken en rollen wordt in dit document de aandacht gevestigd op de generieke uitwerking van vergoede zorgcoördinatie en casemanagement, voor zorgprocessen met een complex procesniveau. In al de andere zorgsituaties wordt de coördinatie van zorg beschouwd als basiszorg en hoeft dit niet extra te worden vergoed. Deze nota wil in eerste instantie zorgcoördinatie en casemanagement in de thuissituatie of een vervangende thuissituatie waarbij de terugkeer naar huis is gepland binnen 14 dagen uitklaren, en dit in een eerste fase specifiek voor de 3 programma's van het IFP GIZ.

Om dit te kunnen realiseren wordt de brug gelegd met opleiding en sensibilisatie, welke als prioriteit naar voor wordt geschoven voor zowel het Vlaams Instituut voor de Eerste Lijn en de zorgraden in de eerstelijnszones.

De instrumenten die voor deze operationele uitrol verder moeten worden aangepast of worden ontwikkeld zijn Alivia (met een koppeling richting financiering), het VSB-platform en de inschalingsinstrumenten (bv. BELRAI).

Bijkomend wordt in deze nota de brug gelegd naar het ruimer kader. Zorgcoördinatie en casemanagement hebben een impact op hoe de zorg en ondersteuning van de toekomst moet worden georganiseerd. Het ecosysteem hierop afstemmen wordt een belangrijke uitdaging. Het al dan niet gebruiken van het VSB-platform om zorgcoördinatie en casemanagement te financieren, is een belangrijke beleidskeuze die een schat aan beleidsrelevante informatie kan opleveren in de toekomst.

Geïntegreerde zorg en ondersteuning is een beleidsdomein-brede doelstelling – hoe er met deze uitdaging verder aan de slag wordt gegaan, wordt kort toegelicht, maar maakt deel uit van een veel bredere oefening.

Naast de beleidsdomein-brede oefening rond geïntegreerde zorg en ondersteuning gaan we in deze nota in op de concrete implementatie van het programma 'perinatale zorg'. Gezien de overeenkomst met de federale overheid wordt dit programma in de praktijk opgestart. Het vormt daarmee ook meteen een testcasus voor de meer geïntegreerde organisatie van de zorg en ondersteuning van de beoogde doelgroep. Er wordt aan de implementatie van het programma 'perinatale zorg' een afzonderlijk hoofdstuk gewijd (zie 2f).

C. HISTORIEK EN CONTEXT

Protocolakkoord tussen de federale overheid en de deelstaten

Op 8 november 2023 werd in uitvoering van het IFP-GIZ een protocolakkoord gesloten tussen de federale overheid en de deelstaten. Dit protocolakkoord wil de basis van geïntegreerde zorg en ondersteuning uitwerken via 8 afspraken:

- Deze afspraken worden uitgewerkt via drie verschillende programma's:

- Het programma perinatale zorg is reeds opgestart via een overeenkomst tussen het RIZIV en de Vlaamse overheid en loopt tot 31/12/2028. Deze overeenkomst biedt alvast de mogelijkheid om de knelpunten bij een grootschalige implementatie van geïntegreerde zorg en ondersteuning te onderzoeken en op te lossen.

In Vlaanderen werden reeds belangrijke stappen gezet om geïntegreerde zorg en ondersteuning te realiseren. De beleidsvisietekst van februari 2017 toonde de weg richting een geïntegreerde zorgverlening opgebouwd vanuit de eerste lijn. Het basisprincipe “persoon met een zorgnood en zijn mantelzorger centraal en aan het stuur” was tijdens de vorige legislaturen het kompas om de geïntegreerde zorg en ondersteuning vorm te geven.

////////////////////////////////////

behouden over de nood aan zorg en ondersteuning is het wel noodzakelijk een brede kijk op de zorg en ondersteuning te hebben, vanuit een health in all policies benadering.

De coördinatietaak wordt bij voorkeur opgenomen door de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood of zijn vertegenwoordiger zelf, al dan niet bijgestaan door een lid van het team. Als dit niet mogelijk is of bij scharniermomenten, kan de rol ook worden opgenomen door iemand van het zorgteam. De vertrouwensband met de persoon is hierbij belangrijk. Zorgcoördinatie is de norm in complexe zorgsituaties, casemanagement de uitzondering. Dit is een belangrijk uitgangspunt in het uitwerken van het toekomstig zorg- en ondersteuningssysteem en drijft ook de beslissingen rond financiering van deze rollen.

Legistieke uitdagingen

De Vlaamse overheid wil de gevolgde weg verder inslaan: een programmatorische aanpak gestoeld op een solide regelgevend kader is een randvoorwaarde om succesvol geïntegreerde en doelgerichte zorg en ondersteuning te implementeren en deze vernieuwende rollen ingang te laten vinden in het werkveld. Deze aanpak wordt versterkt door de zorgaanbieders binnen de verschillende sectoren: zij zijn vragende partij naar een duidelijk beleidskader en niet naar extra ad-hoc pilootinitiatieven.

De ambities van het IFP-GIZ botsten op een grondwettelijke realiteit. De bevoegdheidsverdelingen tussen de federale overheid en deelstaten eisen een duidelijk kader over de 8 verschillende afspraken. De Inspectie van Financiën, alsook de Raad Van State gaven aan dat de grondwettelijke bevoegdheidsverdeling moet gerespecteerd worden voordat verdere stappen kunnen worden gezet. Het opstellen van een samenwerkingsakkoord geïntegreerde zorg en ondersteuning (SWA GIZ) is daarom cruciaal als basis voor geïntegreerde zorg en ondersteuning.

Een SWA GIZ is noodzakelijk om een wettelijke basis te creëren voor een interfederale aanpak van de realisatie van geïntegreerde zorg en ondersteuning. Dit betekent concreet dat de afspraken uit het protocolakkoord waarvoor een wettelijke basis nodig is, moeten worden uitgewerkt in een SWA GIZ. Dit moet een duurzaam legistiek kader creëren waarbij de afspraken voor interfederale samenwerking in het kader van geïntegreerde zorg en ondersteuning worden vastgelegd. Hierbij is er bijzondere aandacht voor de implementatie van doelgerichte en persoonsgerichte zorg.

Basiscomponenten voor het SWA GIZ zijn

1. een gezamenlijke visie rond de basisprincipes van geïntegreerde zorg en ondersteuning;
2. afspraken rond samenwerking, financiering en gegevensdeling.

Waar nodig zal gewerkt worden met asymmetrische afspraken om de eigenheid van de deelstatelijke context en organisatie van de zorg te respecteren.

De principes van zorgcoördinatie en casemanagement worden in zowel het IFP-GIZ als het besluit van de Vlaamse Regering van 26 april 2024 over de organisatie van de eerstelijnszorg voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood gepositioneerd als een fundamenteel bouwblok. Door voorafgaande afstemming en onderhandeling tussen de Vlaamse en federale overheid is de invulling van zorgcoördinatie en casemanagement dezelfde in het protocolakkoord en het BVR. De structurele verankering van deze concepten in de Vlaamse Sociale Bescherming en de bijhorende gegevensuitwisseling met andere beleidsdomeinen (zowel federaal als Vlaams) vereisen een complex legistiek traject.

Deze bezwaren mogen de verdere uitrol en globale implementatie van het programma ‘perinatale zorg’ niet hypothekeren. Daarom wil de Vlaamse overheid, met de nodige pragmatiek, de uitrol van dit programma continueren, via enerzijds ondersteuning van de perinatale netwerken en de zorgraden via de ECKs en implementatiecoaches van het BIB, en anderzijds vanuit de Vlaamse zorg-

////////////////////////////////////

en welzijnsactoren die zowel Vlaams als lokaal binnen hun reguliere opdracht zorg en ondersteuning voor kwetsbare zwangeren opnemen. Daarnaast wordt vormgegeven aan belendende beleidsontwikkelingen vanuit preventief oogpunt (meer bepaald de versterking van de Huizen van het Kind en vormgeven van trajectondersteuning) tot en met het sluitstuk, namelijk zorgcoördinatie met mandaat vanuit Jeugdbeschermingsoogpunt, dit alles in het kader van de bredere hervorming van de jeugdhulp.

2. INHOUD

Deze nota zal achtereenvolgens volgende zaken toelichten.

- A) Het samenwerkingsakkoord geïntegreerde zorg en ondersteuning;
- B) Zorgcoördinatie als fundamentele bouwsteen;
- C) Casemanagement als specifieke ondersteuning voor zorgprocessen;
- D) Financiering van zorgcoördinatie voor zorgprocessen met complexe procesniveaus en casemanagement;
- E) De rol van Alivia;
- F) De implementatie van het programma perinatale zorg;
- G) Uitwerken van een integrale aanpak van Geïntegreerde Zorg en Ondersteuning.

A) Het samenwerkingsakkoord geïntegreerde zorg en ondersteuning

Het Samenwerkingsakkoord Geïntegreerde Zorg en Ondersteuning (SWA GIZO) dient een voldoende breed en generiek kader te bieden over de centrale bouwstenen van geïntegreerde zorg en ondersteuning waarover interfederaal afspraken moeten worden gemaakt. Op die manier wordt een gemeenschappelijke sokkel gecreëerd.

Daarbij ligt de focus op die elementen die vanuit juridisch oogpunt nodig zijn om geïntegreerde zorg en ondersteuning over alle sectoren en beleidsniveaus in de praktijk te kunnen implementeren. Vanuit de Vlaamse overheid pleiten we ervoor om het SWA GIZO niet te overladen met andere zaken die niet strikt noodzakelijk zijn voor de implementatie van geïntegreerde zorg en ondersteuning.

Naast een aantal formele vereisten zoals definities, bevoegdheden en opzeggingstermijnen zien wij drie grote onderdelen:

1. Omschrijving/invulling van **geïntegreerde zorg en ondersteuning en basisprincipes**: definitie van geïntegreerde zorg en ondersteuning en basiscomponenten zoals zorgcoördinatie en casemanagement (incl. afspraken over rollen en opdrachten), algemene principes rond interdisciplinaire samenwerking, horizontale en verticale integratie van zorg, werken via mesoniveau als katalysator voor de implementatie, ...
2. Het SWA GIZO moet samen met het toekomstige samenwerkingsakkoord eGezondheid een reglementaire basis bieden voor **gegevensdeling**. Gegevensdeling is immers cruciaal voor samenwerking. Het gaat dan zowel om gegevensdeling tussen de verschillende zorgactoren (zowel de gezondheidszorgberoepen in het kader van federale WUG-wet, als de Vlaamse zorg- en welzijnssector) als tussen de verschillende overheden. Vanuit juridisch oogpunt is dit het belangrijkste onderdeel waarvoor zeker een wettelijke basis nodig is. De uitdaging zal zijn om hierin het evenwicht te vinden tussen enerzijds de generieke basis creëren voor gegevensdeling in het kader van geïntegreerde zorg en ondersteuning en anderzijds

specifiek genoeg te zijn om de concrete toepassing in de verschillende programma's mogelijk te maken.

3. Ook rond de **financiering** moeten verder afspraken gemaakt worden zoals:

- Afspraken over de vergoedingen aan het microniveau (o.a. over de al dan niet vergoeding van interdisciplinair overleg als over zorgcoördinatie en casemanagement), zowel omtrent de hoogte van de vergoeding en wie deze vergoeding betaalt.
- Verankeren financieringskaders voor de opdrachten aan het mesoniveau, al dan niet onder de vorm van cofinanciering.

De besprekingen rond een samenwerkingsakkoord werden in het najaar 2024 opgestart, met de oprichting van een aparte werkgroep. Deze komt nu op kruissnelheid. Doelstelling is om met de federale overheid en alle betrokken deelentiteiten een consensus te vinden over de inhoudelijke invulling van de hierboven vermelde onderdelen. Eens die inhoudelijke consensus er is moet dit juridisch vertaald worden en moet de procedure voor ondertekening en goedkeuring door iedereen worden doorlopen.

B) Zorgcoördinatie als fundamentele bouwsteen

De principes van doelgerichte zorg en ondersteuning, zorgcoördinatie en casemanagement staan beschreven in het Eerstelijnsdecreet van 26 april 2019, gewijzigd bij het decreet van 2024, en in het Besluit van de Vlaamse Regering van 26 april 2024 over de organisatie van de eerstelijnszorg voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood.

Een zorgaanbieder die de rol van zorgcoördinator opneemt, vervult minimaal de volgende taken:

1. fungeren als vertrouwenspersoon van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood en, als dat nodig is, de brug vormen naar het zorg- en ondersteuningsteam;
2. de belangen van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood verdedigen en respecteren;
3. het zorg- en ondersteuningsplan bijhouden, opvolgen en bijsturen in overleg met de leden van het zorg- en ondersteuningsteam;
4. de zorgsituatie van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood van nabij opvolgen;
5. de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood informeren over de doelstelling van het zorg- en ondersteuningsplan en de werking van het zorg- en ondersteuningsteam.

De concepten zorgcoördinatie en casemanagement worden progressief uitgerold, in een eerste fase via de drie verschillende programma's. Hiervoor moet eerst een solide, regelgevende basis gecreëerd worden voor zorgcoördinatie en casemanagement in de Vlaamse Sociale Bescherming. Zorgcoördinatie is één van de speerpunten om een geïntegreerde en kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning en doelgerichte samenwerking te organiseren binnen de eerste lijn.

In een ideaal scenario neemt de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood zelf, of zijn mantelzorger, de zorgcoördinatie op. Dit principe van versterking (empowerment) van de persoon met zorg- en ondersteuningsnood vormt de rode draad in de hervorming van de eerste lijn. Deze vorm van zorgcoördinatie zal echter niet vergoed worden en valt buiten de scope van deze nota.

Het Besluit van de Vlaamse Regering van 26 april 2024 over de organisatie van de eerstelijnszorg voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood beschrijft de verschillende situaties waarin zorgcoördinatie kan worden opgenomen. De zorgcoördinatie wordt, na bespreking in en beslissing van het zorg- en ondersteuningsteam, opgenomen door een professionele zorgaanbieder. Dit besluit deelt de zorgcoördinatie inhoudelijk in twee verschillende procesniveaus: beperkt en complex, zonder uitspraak te doen over de financieringsmechanismen. Onderstaand worden de toekomstige financieringsmechanismen besproken voor deze processen.

1. *Overleg en zorgcoördinatie van zorgprocessen met beperkte procesniveaus (= basiszorg en basisattitude van elke zorgaanbieder).*

Een eerste belangrijk principe is dat elke beroepsgroep en elke organisatie in het Vlaamse zorglandschap in staat moet zijn om zijn bijdrage te leveren aan deze geïntegreerde zorgorganisatie. Deelnemen aan interdisciplinair overleg en zorgcoördinatie van zorgprocessen met beperkte procesniveaus maakt **deel uit van de dagelijkse zorgverlening** (= basiszorg). **Waar nodig wordt dit als opdracht geëxpliciteerd in de regelgeving van de betrokken organisaties.** Het is een toonbeeld van kwaliteitsvolle zorg en ondersteuning om hier vanuit elke organisatie voldoende tijd en energie voor vrij te maken.

Ook van de beroepsgroepen die vallen onder de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidsberoepen (afgekort WUG-beroepen) verwachten we dezelfde attitude en inspanningen. In de onderhandelingen met de federale overheid over het samenwerkingsakkoord zal dit principe bij de gelijke financiering van het microniveau aangebracht worden en het belang van dit principe onderstreept worden. Het is aan de federale overheid om voor deze WUG-beroepen al dan niet een financiering te voorzien voor overleg en zorgcoördinatie van zorgprocessen met beperkte procesniveaus, dan wel om dit principe te expliciteren in de regelgeving omtrent deze beroepen.

2. Overleg en zorgcoördinatie van zorgprocessen met complexe procesniveaus

In tegenstelling tot de beperkte procesniveaus zetten zorgprocessen met complexe procesniveaus de organisaties en beroepsgroepen voor grote uitdagingen. De complexiteit van bepaalde zorgsituaties overstijgt de normale zorgverlening qua intensiteit en duurtijd. In deze gevallen hanteren we het principe dat er een **extra vergoeding** kan voorzien worden om deze zorgcoördinatie, en het overleg dat ermee gepaard gaat, te honoreren.

Om te kunnen bepalen op welke momenten er sprake kan zijn van éénextra vergoeding voor overleg en zorgcoördinatie hanteren we volgende criteria:

- a) De zorgcoördinator is aangeduid door de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood in samenspraak en na beraadslaging met het voltallige zorg- en ondersteuningsteam. Dit is belangrijk om de gedragenheid van het mandaat te garanderen.
- b) Het gebruik van Alivia, dat dienstdoet als communicatie-instrument om de zorgcoördinatie op te volgen, is verplicht. Dit garandeert dat het zorg- en ondersteuningsplan de nodige onderdelen omvat en de principes van doelgerichte samenwerking in zich draagt.
- c) Er is een inschaling gebeurd van de zorgsituatie of -zwaarte. Het instrument dat hiervoor best passend is, is ingevuld en de resultaten zijn beschikbaar. In veel gevallen gaan we uit van de BelRAI met zijn uiteenlopende modules (van BelRAI Screener tot specifieke BelRAI-instrumenten), maar in andere gevallen kan een ander instrument (bv Born in Belgium voor zwangere vrouwen) meer passend zijn. Voor elk instrument wordt bepaald wat de minimumafkapwaarde is om van complexe zorgprocessen te kunnen spreken, hiervoor is in functie van de keuze van de doelgroep bijkomend onderzoek nodig.
- d) Het aantal zorgaanbieders van verschillende domeinen (zorg en welzijn, werk, vrije tijd, onderwijs, wonen, justitie) in het zorg- en ondersteuningsteam. Door doelgericht te werken,

vanuit levensdoelen en zorg- en ondersteuningsdoelen, zullen andere domeinen veel relevanter dan voorheen worden en meer aanwezig zijn in een zorg- en ondersteuningsteam. Hoe hoger het aantal betrokken domeinen, hoe belangrijker de afstemming in en de coördinatie van het zorgproces.

De financiering van overleg en zorgcoördinatie met een complex procesniveau wordt in een specifiek financieringsmodel gegoten voor de Vlaamse gefinancierde organisaties (zie verder). Ook voor de WUG-beroepen moet deze zorgcoördinatie toegankelijk zijn. Met de federale overheid wordt, in het kader van een samenwerkingsakkoord, onderhandeld over de modaliteiten van deze vergoeding. Het inhoudelijk kader rond zorgcoördinatie werd al grotendeels overgenomen in het protocolakkoord rond het IFP GIZ. Het correct uitwisselen van relevante gegevens tussen de betrokken overheden is hiervoor noodzakelijk om een dubbele financiering te vermijden, alsook om te vermijden dat er verschillende zorgcoördinatoren aan de slag zijn binnen één en hetzelfde zorgteam (cf. samenwerkingsakkoord).

C) Casemanagement als specifieke ondersteuning voor zorgprocessen

De rol van casemanager wordt in het eerstelijnsdecreet beschreven en verder uitgewerkt in het besluit van de Vlaamse Regering over de organisatie van de eerstelijnszorg voor de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood. Via dit regelgevend kader worden enkele belangrijke basisprincipes geïntroduceerd. De zorgaanbieder die casemanagement aanbiedt, is altijd een professionele zorgaanbieder. In tegenstelling tot de zorgcoördinator heeft de casemanager geen langdurige band met het zorgteam en treedt die niet in de plaats van dit team. De rol van casemanagement is per definitie tijdelijk.

Het casemanagement kan vanuit twee situaties aangevraagd worden:

1. Het casemanagement als ‘startkabel’ voor het zorgproces in zorgsituaties waarbij voldaan is aan één of meerdere van volgende voorwaarden:
 - a. de personen met een zorg- ondersteuningsnood ontvangen niet de zorg die volgens hun noden aanwezig moet zijn;
 - b. er is geen zorg- en ondersteuningsteam aanwezig of samengesteld;
 - c. geen enkele zorgaanbieder is bij machte om door de hoge complexiteit het zorgproces aan te vatten.
2. Het casemanagement als ‘procesbegeleiding’ bij zorgprocessen waarbij het bestaande zorg- en ondersteuningsteam er niet in slaagt om de zorg- en ondersteuningsdoelen te bereiken of waarbij de personen met een zorg- en ondersteuningsnood, hun informele verzorger of een zorgaanbieder aangeven dat er verbetering moet komen in het zorgproces.

In dit eerste geval vertrekken we dus van een “wit blad” wat het zorgproces betreft en neemt het casemanagement de vorm aan van een soort “startkabel”. De aanvraag tot casemanagement zal dan komen van een persoon zelf, een mantelzorger of een zorgaanbieder die aan de alarmbel trekt.

In dit tweede geval gaan we uit van een bestaand zorgproces waarop geremedieerd moet worden. De casemanager ontvangt dan een aanvraag om aan procesbegeleiding van een voltallig zorgteam te doen en de nodige stappen te nemen om, op basis van de analyse van het proces, tot geplande, gecoördineerde zorg en ondersteuning te komen.

De zorgaanbieder die de taak van casemanagement opneemt, voldoet aan de regelgevende voorwaarden:

1. maakt geen deel uit van het zorg- ondersteuningsteam;

////////////////////////////////////

2. treedt niet in de plaats van het zorg- ondersteuningsteam;
3. neemt het casemanagement tijdelijk op.

Taken van de casemanager:

1. hij kan op basis van analyse en evaluatie van de zorg- en ondersteuningsnood een zorg- en ondersteuningsproces initiëren;
2. de stappen vaststellen die niet of onvoldoende hebben plaatsgevonden in het zorg- en ondersteuningsplan dat al is doorlopen;
3. het zorg- en ondersteuningsplan bijsturen op basis van de analyse en evaluatie van het zorg- en ondersteuningsproces;
4. de zorgcoördinatie optimaliseren en de zorgcoördinator ondersteunen om tot optimale zorgcoördinatie te komen.

Daar waar zorgcoördinatie aansluit bij de basiscompetenties van de professionele zorgaanbieder is het competentieprofiel voor het casemanagement complexer. Het coachende, sturende, begeleidende staan hierbij meer centraal, vanuit een neutrale houding, een helicopterview, met verregerende kennis van en ervaring op het terrein. Gezien de specifieke rol van casemanagement zal de zorgaanbieder, die casemanagement aanbiedt, beschikken over een generiek profiel. Het generieke karakter van het casemanagement past volledig binnen het streven van de Vlaamse overheid naar een generieke organisatie van de geïntegreerde zorg en ondersteuning.

Gezien de specificiteit van casemanagement zal de Vlaamse overheid hiervoor een erkenningskader opstellen. De Vlaamse overheid zorgt via het toekennen van erkenningen voor een regionale spreiding van het casemanagement. Hierdoor wil de Vlaamse overheid de lokale inbedding en de regionale eigenheid van het casemanagement zoveel mogelijk garanderen. Een degelijke kennis van het lokale zorgaanbod en de sociale kaart is immers een must voor een resultaatsgerichte aanpak door de casemanager. Door het casemanagement in een erkenningskader te gieten, kan het aanbod en de kwaliteit van de casemanagementinterventies gemonitord, geëvalueerd en bijgestuurd worden.

De actoren die casemanagement willen opnemen, zullen moeten voldoen aan de in de regelgeving opgelegde kwaliteitseisen. Organisaties die dit kwaliteitskader voor hun casemanagers kunnen waarborgen, zullen worden erkend om dit casemanagement te mogen aanbieden. Organisaties worden hier in ruime zin geïnterpreteerd: zowel klassieke zorgorganisaties als zelfstandige zorgaanbieders verenigd in een bedrijfsstructuur komen hiervoor in aanmerking. Deze erkende organisaties zullen ervoor instaan dat alle casemanagers binnen hun organisatie de kwaliteitsnorm halen.

In samenwerking met verschillende partnerorganisaties en opleidingsinstellingen zal een opleidingskader ontwikkeld worden. De organisaties, die casemanagement willen aanbieden, moeten kunnen aantonen dat zij over de nodige competenties beschikken en hiervoor gebruik maken van het hiertoe ontwikkelde opleidingskader en -aanbod.

De individuele casemanagers, aan de slag in deze erkende organisaties, zullen hun kwaliteit moeten aantonen via rapportering en tussentijdse interviews. Het is, vanuit kwaliteitsoogpunt, belangrijk om voldoende casemanagement interventies per jaar uit te voeren. Echter, gezien casemanagement op aanvraag gebeurt, heeft de organisatie die casemanagement aanbiedt, dit niet in de hand. Het systeem van casemanagement moet dan ook geëvalueerd worden, zodat op basis van deze evaluatie bijgestuurd kan worden naar aanbod, bekendmaking, opleiding, en zo verder. Om een evenwicht aanbod te garanderen ten opzichte van de vraag naar casemanagement en de beoogde kwaliteit, kan programmatie op termijn een nuttig instrument zijn.

Het is belangrijk dat er een voldoende groot, een voldoende divers en een voldoende gekend aanbod aan casemanagement aanwezig is in de eerstelijnszones. De zorgraden krijgen als opdracht

////////////////////////////////////

Wie casemanagement nodig heeft, kan zich rechtstreeks richten tot de organisatie die erkend is om casemanagement aan te bieden. De aanvraag kan door een individuele persoon of door een zorgaanbieder, in naam van het zorgteam, gebeuren. De aanvraag moet binnen de zeven werkdagen een antwoord krijgen onder de vorm van het inplannen van een intakegesprek om de vraag te verhelderen. Op dit gesprek wordt een concreet plan van aanpak en timing afgesproken.

De casemanager voorziet een opvolging na zes maanden van de interventie die is uitgevoerd, om te evalueren of de interventie tot de gewenste resultaten heeft geleid.

D) Financiering van zorgcoördinatie voor zorgprocessen met complexe procesniveaus en casemanagement

1. Uitdoofscenario van het bestaande vergoedingssysteem voor organisatie en deelname aan multidisciplinair overleg (kortweg MDO) en transitie naar zorgcoördinatie en casemanagement;
2. Budgetbeheersing door doelgroepgerichte aanpak en cofinanciering in het kader van het interfederaal plan.
3. Vergoede zorgcoördinatie voor zorgprocessen met complexe procesniveaus wordt gepositioneerd als een extra incentive, boven op de basiszorg en basisattitude van elke zorgaanbieder. De financiering zal verlopen volgens de principes van de Vlaamse Sociale Bescherming, waarbij de zorgkassen instaan voor de uitbetaling van de vergoedingen. Vanuit de positionering als incentive zal een gedifferentieerd financieringsmodel geïnstalleerd worden in het Vlaamse zorglandschap (forfaitair of per capita gecombineerd met een prestatie-incentive).

////////////////////

opdrachtenpakket van de betreffende zorgaanbieder. Als we kijken naar het opdrachtenpakket van een zorgaanbieder kunnen we onderscheid maken tussen:

1. De opdracht zorgcoördinatie voor zorgprocessen met complexe procesniveaus behoort reeds tot het opdrachtenpakket van de zorgaanbieder en komt dus niet in aanmerking voor een extra vergoeding. De opdracht rond zorgcoördinatie kan zowel vervat zitten in de reguliere erkenning of financiering (dus als structurele opdracht), als via projectfinanciering aan de zorgaanbieder toegekend zijn (tijdelijke opdracht).
2. De opdracht behoort nog niet volledig tot het opdrachtenpakket van de zorgaanbieder en zal, indien aan alle voorwaarden voor vergoeding is voldaan, extra vergoed worden.

Voor de tijdelijke opdracht in mogelijkheid 1 moet bekeken worden of deze opdracht toch niet structureel moet verankerd worden.

Voor mogelijkheid 2 moet onderzocht worden of deze opdracht kan of moet toegevoegd worden aan het opdrachtenpakket en of hiervoor al dan niet een bijkomende injectie moet gebeuren binnen de reguliere subsidies of financieringspakketten.

In beide gevallen zal het noodzakelijk zijn de huidige opdrachtenkaders en -financieringskaders van de zorgaanbieders omstandig in kaart te brengen. Hierbij moet bekeken worden of de opdracht rond zorgcoördinatie voldoende expliciet omvat wat in de visie van geïntegreerde zorg en ondersteuning bedoeld wordt en of de hieraan gekoppelde structurele financiering toereikend is.

In deze oefening is het van belang om een goed stakeholdermanagement te doen van het terrein om tot gedragen voorstellen te komen.

Indien de zorgaanbieder een WUG-beroep of federaal gefinancierde zorgvoorziening is, valt de financiering van de opdracht ten laste van de federale overheid. Dit vormt onderwerp van onderhandelingen over het samenwerkingsakkoord.

Indien de zorgaanbieder een Vlaams gefinancierde zorgaanbieder is, valt de financiering van de opdracht ten laste van de Vlaamse overheid. Dit is het voorwerp van het hoofdstuk 'financiering zorgcoördinatie en casemanagement'.

Uitdoofscenario MDO en transitie naar zorgcoördinatie en casemanagement

Sinds 1 mei 2020 werken we met een vergoedingssysteem voor organisatie en deelname aan multidisciplinair overleg (MDO). Het MDO met de bijhorende financiering werd samen met de Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnsgezondheidszorg (SEL) na de 6^e staatshervorming van 2014 een deelstatelijke bevoegdheid. Met de eerste stap in de hervorming van de eerstelijnszorg werd ook het MDO-vergoedingssysteem aangepast. Het huidige systeem is verankerd in art. 154/17 t.e.m. art. 154/19 van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming. De procedurele en financiële voorwaarden worden uitgewerkt in art. 111/9 t.e.m. 111/15 en art. 534/79 t.e.m. 534/89 van het besluit van de Vlaamse regering van 30 november 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming.

Bij de start van het MDO-vergoedingssysteem werd altijd voor ogen gehouden dat het een tijdelijke maatregel zou zijn, in afwachting van een regelgevend kader rond de vergoeding van zorgcoördinatie en casemanagement. Nu de inhoudelijke concepten zorgcoördinatie en casemanagement ook in een regelgevend kader werden verwerkt (Eerstelijnsdecreet en BVR organisatie eerstelijnszorg PZON) en sinds 1 januari 2025 ook van kracht zijn gegaan, wordt het tijd om het MDO-vergoedingssysteem te laten evolueren naar een vergoeding voor zorgcoördinatie bij complexe zorgprocessen en voor casemanagement.

/

lessons learned mee te nemen bij de duurzame verankering van geïntegreerde zorg en ondersteuning. Het biedt de mogelijkheid om o.a. een antwoord te krijgen op volgende vragen:

- Wat is nodig om de verbinding tussen zorg- en welzijnsactoren te realiseren?
- Wat is de rol van ondersteunende structuren zoals Expertisecentra Kraamzorg, zorgraden, Vivel, perinatale netwerken, ...
- Wat is het effect van ondersteuning door implementatiecoaches op het proces? Op welk niveau werken zij best? Welke competenties zijn nodig?
- Welke randvoorwaarden zorgen voor resultaat? Wat maakt dat het programma slaagt?
- Wie neemt in de praktijk welke rol op microniveau op? Wie voert de psychosociale anamnese uit? Wie neemt de rol van zorgcoördinatie op? Welke actoren sluiten aan bij het perinataal overleg?
- Hoe kan zorgcoördinatie vorm krijgen binnen een divers lokaal georganiseerd welzijnslandschap?

Om op deze vragen een antwoord te kunnen geven, maken we gebruik van de monitoring- en evaluatiestrategie met dashboard, zoals die wordt uitgewerkt in de specifieke werkgroep. Deze monitoring wordt in de loop van de implementatie verder uitgebreid en verfijnd. Ook de rapportage door de implementatiecoaches zal input geven.

Het programma perinatale zorg uitgelegd

F.1. Doelstellingen en doelgroep

De algemene doelstelling is de effectieve toegang te verzekeren voor kwetsbare zwangere vrouwen, hun kinderen en hun gezin tot zorg en ondersteuning tijdens de eerste 1000 dagen. De zorg die wordt geboden is geïntegreerd, continu en afgestemd op de noden van de zwangere vrouw, het kind en het gezin (zie bijlage 2 van de overeenkomst voor het programma 'zorg en ondersteuning voor zwangere vrouwen, hun kinderen en hun gezin tijdens de eerste 1000 dagen'). Deze (psychosociale) zorg en ondersteuning wordt geïntegreerd binnen de standaard klinische en psychosociale zorg, zodat dit één geheel vormt voor de (aanstaande) ouders en het gezin.

De specifieke doelstellingen van het programma perinatale zorg worden als volgt geformuleerd:

- Bevorderen en ondersteunen van de gezondheid van de moeder, het kind en het gezin;
- Continuïteit van zorg en welzijn garanderen door een naadloze overgang tussen de prenatale, de postnatale periode en de periode van het jonge kind zodat de eerste 1000 dagen worden ervaren als één continu zorg- en ondersteuningsproces;
- Hoogwaardige en doelgerichte geïntegreerde zorg bieden, aangepast aan de specifieke noden van (aanstaande) ouder(s) of andere opvoedingsverantwoordelijken, (ongeboren) kinderen vanaf conceptie tot en met de leeftijd van 2 jaar;
- De toegankelijkheid verhogen door maximale en vroegtijdige identificatie van (kwetsbare) zwangere vrouwen en gezinnen en vroegtijdige zorg en ondersteuning aan te bieden;
- Voorkomen van moeilijkheden en complicaties in een vroeg stadium;
- Voorkomen van onbeantwoorde zorg- en/of ondersteuningsbehoeften;
- Vermijden van overconsumptie en duplicatie van prenatale en postnatale zorg en ondersteuning;
- Verstrekken van informatie en bieden van ondersteuning bij het aanleren van vaardigheden aan ouders voor een gezonde zwangerschap en ontwikkeling van het kind;
- Verstrekken van kwalitatieve zorg en ondersteuning van het kind tot en met de leeftijd van 2 jaar met als doel de ontwikkeling en kansen van het kind te maximaliseren;
- Verbeteren van het werkgerelateerde welzijn van zorg- en welzijnsprofessionals door een goede coördinatie, samenwerking en (digitale) communicatie te realiseren binnen het interdisciplinair team, samengesteld op maat van de (kwetsbare) vrouw / gezin.

De volgende doelgroepen komen in aanmerking voor inclusie in dit programma:

- Alle zwangere vrouwen, met specifieke aandacht voor vrouwen met een psychosociale kwetsbaarheid
- (Aanstaande) ouder(s) of andere opvoedingsverantwoordelijke(n)
- (Ongeboren) kinderen vanaf conceptie tot en met de leeftijd van 2 jaar

F.2. Inhoud van het programma

In het kader van dit programma wordt er een universele screening op psychosociale kwetsbaarheden uitgevoerd bij alle zwangere vrouwen. Hiervoor wordt gebruikgemaakt van het Born in Belgium Professionals (BiB) platform. Volgende kwetsbaarheden worden in gesprek gebracht: opleiding, geboorteland, verblijfsstatus, professionele status (ook van de partner), financiële situatie, huisvesting, communicatie, sociale steun, mentaal welzijn (angst en depressie), middelen- en medicatiegebruik, geweld.

De inclusiecriteria voor het perinataal programma werden bepaald, mede door input van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE):

1. Financiële problemen
2. Mentale gezondheidsproblemen
3. Huisvestingsproblemen
4. Gebrek aan sociale steun
5. Middelengebruik
6. Communicatiebarrières
7. Slachtoffer van geweld
8. Geen wettelijke verblijfsstatus

Zwangere vrouwen bij wie minstens één van deze indicatoren voor kwetsbaarheid wordt geïdentificeerd, worden geïncludeerd in het programma. Afhankelijk van het aantal en de aard van de indicatoren zal de zorg binnen het programma worden aangepast en afgestemd op de specifieke noden van de zwangere vrouw en haar gezin. Zo worden er 3 scenario's bepaald:

- Scenario 0: geen kwetsbaarheden
- Scenario A: minimum 1 positieve indicator van de 8 inclusiecriteria
- Scenario B: vanaf 2 positieve indicatoren van de 8 inclusiecriteria

In het kader van dit programma worden volgende activiteiten gedefinieerd:

1. Toeleiding naar screening: outreachend werken om zwangeren toe te leiden naar psychosociale screening en naar reguliere (klinische) opvolging indien ze nog niet medisch begeleid worden.
2. Systematische screening van psychosociale kwetsbaarheden: in gesprek gaan met de zwangere rond kwetsbaarheden aan de hand van het BIB-platform. Deze psychosociale anamnese gebeurt bij voorkeur zo vroeg mogelijk in de zwangerschap maar kan tot uiterlijk 7 dagen na de geboorte worden uitgevoerd.
3. Persoonlijk prenataal adviesgesprek (PPA): in (verdiepend) gesprek gaan over de kwetsbaarheden met de bespreking van mogelijke zorg en ondersteuning. In het PPA kan ook informatie en advies gegeven worden op maat over een gezonde zwangerschap en/of bevalling als aanvulling op de reguliere (medische) opvolging.
4. Zorg- en welzijnscoördinatie: de zorg en ondersteuning coördineren en opvolgen zoals beschreven in het protocolakkoord (bijlage 1) en de Vlaamse regelgeving.
5. Perinataal overleg: een overleg dat georganiseerd wordt om de zorg- en ondersteuning op elkaar af te stemmen en/of om een zorg- en ondersteuningsplan op te maken.

6. Universele geïntegreerde zorg en ondersteuning van de toekomstige ouder(s) of opvoedingsverantwoordelijke (klinisch en psychosociaal); de (preventieve) klinische en psychosociale basiszorg die aangeboden wordt voor de opvolging van de zwangerschap en het kind en het gezin na de geboorte. Ook de sessies als voorbereiding op bevalling, geboorte en ouderschap vallen onder deze basiszorg.
7. Proportionele zorg en ondersteuning: Bijkomende klinische en/of psychosociale zorg naast de basiszorg op basis van specifieke indicaties.

In volgende tabel wordt weergegeven wanneer en door wie deze activiteiten kunnen uitgevoerd worden:

Activiteit	Doelgroep	Actoren (volgens de Vlaamse overeenkomst)
Toeleiden naar screening en zorg	Zwangeren die nog geen psychosociale anamnese kregen en/of nog niet klinisch gevolgd werden	Alle zorg- en welzijnsactoren Huizen van het Kind
Screening op psychosociale kwetsbaarheden	Alle zwangeren Tot 7 dagen na de geboorte van het kind	Zorgverstrekker in kader van de ziekteverzekering (bij voorkeur door huisarts, vroedvrouw, gynaecoloog die als eerste in contact komt met de zwangere) Welzijnsactoren
Persoonlijk Prenataal Adviesgesprek	Bij scenario A en B, minstens 1 kwetsbaarheid volgens de KCE-indicatoren Enkel in de zwangerschap	Huisarts Gynaecoloog Vroedvrouw Bij voorkeur samen met andere betrokken zorg- en welzijnsactoren
Zorg- en welzijnscoördinatie	Bij scenario B met minstens 2 kwetsbaarheden volgens de KCE-indicatoren	Lid van het zorgteam
Perinataal overleg	Bij scenario B met minstens 2 kwetsbaarheden volgens KCE-indicatoren	Lid van het zorgteam

Binnen dit programma perinatale zorg onderscheiden we drie periodes:

1. Prenatale periode: van conceptie tot de geboorte
2. Postnatale periode: vanaf de geboorte tot 6 weken na de geboorte
3. Periode van het jonge kind: vanaf 6 weken na de geboorte tot en met de leeftijd van 2 jaar

Deze drie periodes vloeien naadloos in elkaar over en vergen één continu zorg- en ondersteuningsproces. In de laatste periode van het programma wordt de overgang bij instap in het onderwijs voorbereid.

Voor de uitvoering van het interfederaal plan wordt er gewerkt met cofinanciering van de federale overheid en elke deelstaat en dit zowel voor het microniveau als voor het mesoniveau (afpraak 8 van het protocolakkoord). Deze cofinanciering wordt in de overeenkomst d.d 05/07/2024 (met wijzigingsclausule op 7/02/2025) tussen het Verzekeringscomité voor geneeskundige verzorging van

////////////////////////////////////

het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering en het Departement Zorg en het agentschap Opgroeien betreffende de implementatie van het perinatale programma, gespecificeerd in artikel 6.

F.3. Implementatie van het programma

Het programma vraagt om een structurele samenwerking tussen en binnen structuren op 3 niveaus: het macro-, meso- en microniveau. Deze 3 niveaus worden als volgt gedefinieerd:

- Macroniveau: de federale overheid en deelstaten
- Mesoniveau: organisatie/structuur te specificeren per deelstaat in het programma.
- Microniveau: zorg- en welzijnsprofessionals op lokaal niveau rond het (aanstaande) gezin

F.3.1. Ondersteuning en facilitering van het mesoniveau bij de uitvoering van het programma via implementatiecoaches (zie punt III van het programma)

Om het programma te implementeren, wordt er ingezet op de versterking van het mesoniveau. Voor Vlaanderen wordt het mesoniveau gevormd door de zorgraden en perinatale netwerken, ondersteund door de Expertisecentra Kraamzorg, het team Born in Belgium Professionals en VIVEL. Dit programma kan ons leren welke opdrachten op welk niveau gelegd dienen te worden, en wat de voorwaarden zijn. Zij werken op hun beurt samen met o.a. volgende partners: intersectorale medewerkers van het agentschap Opgroeien, inloopteams, de Academie Voor De Eerste Lijn, de kernactoren van het geïntegreerd breed onthaal (GBO), de Huizen van het Kind/netwerken basiszorg, de ziekenhuizen, de netwerken ggz,...

Via de wijzigingsclausule d.d. 7/2/2025 werd een getrapte uitvoering van het programma perinatale zorg mogelijk. Hierdoor kan van start gegaan worden met de implementatie van het programma in Vlaanderen, waarbij parallel wordt verder gewerkt aan een algemeen kader voor de organisatie en financiering van zorgcoördinatie en casemanagement binnen de visie op geïntegreerde en doelgerichte zorg. Via Artikel 4 van de wijzigingsclausule werd de cofinanciering om het mesoniveau te versterken, aangepast. Omwille van noodzakelijke continuïteit in de implementatie wordt de verlenging van de inzet van de Vlaamse implementatiecoaches via de ECK's in 2026 voorbereid. Hierbij zullen de opdrachten verder worden bekeken in functie van de evolutie van het programma en evoluties op vlak van verdere regiovorming.

Voor zowel de Vlaamse als federale implementatiecoaches werden volgende resultaatsgebieden geformuleerd:

1. De mesostructuren betrekken en engageren in de implementatie van het programma perinatale zorg binnen hun werkingsgebied.
2. Het programma perinatale zorg bekendmaken en sensibiliseren rond het belang ervan.
3. Op een kwaliteitsvolle manier het programma perinatale zorg interdisciplinair en over de zorglijnen heen implementeren door de nodige samenwerkingsafspraken te maken en op te volgen.
4. Instaan voor het delen van expertise en het laten ontstaan van nieuwe inzichten en kennis.
5. De link verzekeren tussen het interfederale beleid op het vlak van het programma perinatale zorg en het lokale terrein, met bijzondere aandacht voor de mesostructuren.

De Vlaamse en federale implementatiecoaches zullen de zorgvoorzieningen en de zorg- en welzijnsactoren ondersteunen bij de implementatie van het programma. Ze doen dit in nauw overleg met de zorggraden. Belangrijke partners hierbij zijn de Huizen van het Kind, vanwege hun dienstverlening in kader van basiszorg en ondersteuning. (zie verder)

Reeds genomen stappen en verdere timing

- Op 11/09/2024 werd er een overleg georganiseerd met stakeholders vanuit gezondheid en welzijn om de noden rond de implementatie van geïntegreerde zorg en het perinataal programma te bespreken. Dit maakt het mogelijk om zo veel mogelijk aan te sluiten bij de behoeften van het werkveld. Uitgenodigde stakeholders waren o.a. beroepsorganisaties voor huisartsen, gynaecologen, vroedvrouwen, pediaters, neonatologen, apothekers, kinder- en jeugdpsychiatrie, kinesisten, jeugdgezondheidszorg, VWWJ, Vlaams Welzijnsverbond, Zorgnet Icuuro, Zorggezind, VVSG, organisatie voor patiëntenvertegenwoordiging, verzekeringsinstellingen, ...
- De Vlaamse en federale implementatiecoaches werden aangesteld in februari 2025:
 - o Antwerpen: 1,5 VTE, 4 personen;
 - o Vlaams-Brabant: 1,7 VTE, 3 personen;
 - o West-Vlaanderen: 1,6 VTE, 3 personen;
 - o Oost-Vlaanderen: 1,2 VTE, 2 personen, bijkomende personele inzet wordt bekeken vanuit federale middelen;
 - o Limburg: 3 personen, 1,8 VTE;
 - o Brussel: 1 persoon, 0,7 VTE vanuit Vlaamse middelen, federale ondersteuning via de Brusselse overeenkomst.

De opleiding van de implementatiecoaches ging door in maart 2025. Dit programma omvat een verdiepende introductie over het protocolakkoord, de overeenkomst en het programma, de basisprincipes van geïntegreerde persoons- en doelgerichte zorg, de werking van de zorggraden, het platform van Born in Belgium Professionals, de governance, de facturatie, de ervaringen uit het project OverHoop, een sessie rond coaching en implementatieplanning, de opdrachten van de implementatiecoaches, een toelichting over de netwerken geestelijke gezondheidszorg, een werkbezoek aan een good practice in Turnhout,...

Met de implementatiecoaches wordt ook een aanpak per provincie uitgewerkt.

Op 24 maart 2025 werd een webinar georganiseerd door het RIZIV, FOD Volksgezondheid, het Departement Zorg en het Agentschap Opgroeien voor de stakeholders, waaronder de zorggraden, de Huizen van het Kind en beroepsorganisaties om het implementatieplan toe te lichten. Er waren meer dan 500 personen ingeschreven voor de webinar.

- Vanaf eind maart 2025 zullen de implementatiecoaches onder meer de zorggraden contacteren om de implementatie van het programma perinatale zorg voor te bereiden. De verdere implementatie van het programma met de perinatale netwerken, de ziekenhuizen, de Huizen van het Kind, en de andere partners uit zorg en welzijn wordt op maat van de zorgraad aangepakt.

F.3.2. Vlaamse zorg- en welzijnsactoren van wie de reguliere opdracht raakt aan de rol van zorgcoördinatie

Binnen het perinatale landschap nemen op het microniveau verschillende Vlaamse zorg- en welzijnsactoren nu reeds binnen hun reguliere opdracht taken op die raken aan zorgcoördinatie met betrekking tot kwetsbare zwangeren en kwetsbare gezinnen met jonge kinderen.

Een belangrijke actor in dit verband zijn de Kind en Gezin-teams van Opgroeien. De lokale teams van Kind en Gezin bieden Vlaanderen breed een geïntegreerd aanbod zorg en ondersteuning op de volgende domeinen: het ondersteunen van ontwikkeling, opvoeding en ouderschap, het bestrijden van kinderarmoede, het voorkomen van kindermishandeling en medische preventie waaronder vaccinatie.

Dit universeel traject start in het derde trimester van de zwangerschap tot het kind 3 jaar is.

Binnen hun opdrachten nemen de Kind en Gezin-teams opdrachten op die gelijkenissen doch ook verschillen vertonen met het concept zorg- en welzijnscoördinatie zoals omschreven in het protocolakkoord geïntegreerde zorg. Vanuit een proportioneel universeel aanbod wordt namelijk bij

In het kader van het programma perinatale zorg wordt geëxploreerd hoe lokale teamleden naast andere zorg- en welzijnsactoren ingezet kunnen worden voor zorgcoördinatie en ondersteuning vanaf het moment dat hun expertise wordt ingeroepen (ten laatste tijdens het startgesprek tijdens het laatste trimester van de zwangerschap maar dit kan dus ook op maat vroeger in de zwangerschap) tot de leeftijd van 3 jaar.

- De **Centra voor Algemeen Welzijn** hebben een opdracht in het begeleiden binnen het algemeen welzijn. De begeleiding van kwetsbare zwangeren kan dan op vlak van opvoeding, onderwijs, huisvesting, financieel, ... Voor de zeer kwetsbare doelgroepen kan er ook een toeleiding voorzien worden binnen de werking rond crisisbegeleiding en vroegdetectie.
- Vanuit de **Diensten voor Maatschappelijk Werk** kan er ook binnen de reguliere werking ingezet worden op deze specifieke doelgroep van kwetsbare zwangeren.
- Voor de **OCMW en lokale besturen** is het door bevoegdheidsverdeling minder evident om te sturen op de opdrachten. Er is uiteraard een rol voor de OCMW in het oppikken en toeleiden van de kwetsbare zwangere vanuit de reguliere werking/dienstverlening van het OCMW.

Daarnaast is het lokale welzijnslandschap zeer divers samengesteld en minstens deels afhankelijk van de lokale context. Wie een rol kan spelen inzake zorgcoördinatie vanuit de Vlaamse zorg- en welzijnsactoren kan eveneens zeer lokaal verschillend zijn. Zo worden er op verschillende plaatsen (vaak onder impuls van Lokale besturen en/of Huizen van het Kind) onder meer lokale gezinscoaches, gezinsondersteuners en trajectbegeleiders ingezet.

F.4. Belendende beleidsontwikkelingen

F.4.1. Huizen van het Kind als belangrijke actor inzake trajectondersteuning

Dit decreet schept een aantal mogelijkheden om binnen het beleidsdomein welzijn, volksgezondheid en gezin stappen te zetten naar meer geïntegreerd samenwerken en naar het verwezenlijken van meer toegankelijkheid en continuïteit van zorg- en ondersteuningstrajecten. Hierbij worden de

Pagina 21 van 27

Huizen van het Kind naar voor geschoven als belangrijke partner inzake basiszorg- en ondersteuning voor aanstaande ouders en ouders met kinderen tot 12 jaar.

Vanuit die optiek werden 6 pilootprojecten opgezet (Besluit Vlaamse Regering tot toekenning van subsidies aan verschillende organisaties in het kader van pilootprojecten zorg- ondersteuning op lokaal niveau) met een tweeledige opdracht: ten eerste de doorontwikkeling van de Huizen van het Kind opdat deze kunnen uitgroeien tot een stevige en geïntegreerde basisvoorziening en – ten tweede- van daaruit en in samenhang met de relevante partners zorg- en ondersteuningstrajecten vorm te geven voor (aanstaande) gezinnen met kinderen.

De lessons learned uit de pilootprojecten zullen input leveren voor de nieuwe regelgeving die de uitbouw van de Huizen van het Kind, gelieerd aan de opdrachten, moet faciliteren vanaf 2027 met bijhorende financiering, in het kader van de bredere hervorming van de jeugdhulp.

Concreet hebben de pilootprojecten volgende opdrachten:

- Opdracht 1: Doorontwikkeling van het Huis van het Kind

We verwachten dat het Huis van het Kind in samenwerking met de aanwezige partners wordt uitgebouwd tot een kwaliteitsvolle, inclusieve en integraal toegankelijke ankerplek die minstens volgende elementen bevat:

- Open onthaal
- Brede informatie en loketfunctie
- De consultatiebureauwerking
- Laagdrempelig open aanbod
- Ontmoeting

Daarnaast is het zo dat, waar de Huizen van het Kind op vandaag extra meerwaarde bieden, het aanbod in het Huis van het Kind rijker gemaakt wordt door de integratie van ander lokaal potentieel zoals ruilwinkels, prenataal aanbod, ontmoetingsinitiatieven, ... Het is de bedoeling om het Huis van het Kind verder vorm te geven op basis van dit lokaal potentieel. Dit vereist intensieve samenwerkingen tussen relevante diensten en lokale actoren met aanbod voor (aanstaande) gezinnen en kinderen tot 12 jaar.

In functie van een geïntegreerde samenwerking is het van belang dat doorgedreven samenwerking tussen de betrokken dienstverleners idealiter vorm krijgt als een functioneel team dat de verantwoordelijkheid neemt over het geheel van de opdrachten. De doorontwikkeling zit echter niet alleen op het inhoudelijke aanbod van de Huizen van het Kind zelf. We willen ook op andere domeinen stappen vooruitzetten:

- De operationele lokale werking van een huis van het Kind wordt uiteraard gelinkt aan de aan bestaande dynamieken inzake werkingsgebieden. We verwachten dat de initiatieven inzake Huizen van het Kind op het niveau van eerstelijnszones gedeeld worden en er via uitwisseling organisatorische en inhoudelijke meerwaarde gecreëerd kan worden.
- Het versterken van het geïntegreerd werken door een versterkte koppeling met meer gespecialiseerde zorg te maken zodat we effectief trajectmatig ondersteuning op maat kunnen bieden.

- Opdracht 2: Het organiseren van effectieve en adequate zorg- en ondersteuningstrajecten
Vanuit het Huis van het Kind worden volgende elementen geïntegreerd in de eigen werking en ter beschikking gesteld van andere voorzieningen/aanbod/actoren:

- De mogelijkheid om een methodische vraagverheldering uit te voeren wanneer er indicatie is dat er meerdere ondersteuningsnoden zijn.
- De mogelijkheid om generalistische ondersteuning te bieden wanneer er meerdere ondersteuningsnoden zijn. Hier wordt in de praktijk veelal de verbinding gemaakt met het concept van gezinscoaching.

- De mogelijkheid om specifieke expertise bij te schakelen, rechtstreeks dan wel via de partners.
- De mogelijkheid om trajectondersteuning op te zetten wanneer er complexe ondersteuningsnoden op meerdere levensdomeinen zijn waarbij meerdere actoren betrokken zijn op de ondersteuning van het gezin.

Het is vooral vanuit opdracht 2 waar de verbinding met het programma perinatale zorg (zorgcoördinatie) zeer expliciet is.

De zorg- en ondersteuningstrajecten bestaan uit een aantal elementen die nauw aansluiten bij de concepten uit het programma perinatale zorg. We denken daarbij aan een methodische vraagverheldering, trajectondersteuning, bijschakelen enz...

Gezien de convergentie tussen de pilots lokale zorg en ondersteuning en het programma perinatale zorg gebruiken we deze om het programma verder te implementeren, ingebed in de huidige pilots.

Concreet betekent dit dat het programma perinatale zorg mee gevat wordt door de pilootprojecten in volgende regio's:

- Provincie Limburg: Noord-Limburg (Hamont-Achel, Lommel en Pelt)
- Provincie Antwerpen: Stadsregio Turnhout (Turnhout, Beerse, Kasterlee, Lille, Oud-Turnhout, Vosselaar)
- Provincie Vlaams Brabant: Bravio (Vilvoorde, Zemst, Machelen, Kampenhout)
- Provincie Oost-Vlaanderen: Aalst
- Provincie West-Vlaanderen: Westhoek (zorgregio Ieper, Poperinge, Vleteren Houthulst)
- Brussel: Brussel (Nieuwland en Brussel-Noord), in overleg met Vivalis en Brusano

Naast de pilootprojecten “zorg en ondersteuning op lokaal niveau” willen we specifiek inzetten op bijkomende Huizen van het Kind die specifiek de opdracht zouden opnemen met betrekking tot zorg- en ondersteuningstrajecten binnen het perinataal programma. We mikken daarbij op Huizen van het Kind die momenteel reeds inzetten op geïntegreerd werken (onder meer door de inzet van gezinscoaches/trajectondersteuners/...), een voldoende grote groep kwetsbaren bereiken, over voldoende beleidsvoerend vermogen beschikken én die voldoende uitgebouwde Huizen van het Kind hebben om de ambities van het perinataal programma verder te operationaliseren.

Om die werkingen te versterken met het programma perinatale zorg doen we een oproep naar minstens 10 bijkomende geïnteresseerde (samenwerkingen tussen) Huizen van het Kind. Om voldoende schaalgrootte en bereik van kwetsbare zwangeren te garanderen schrijven we bepalingen in m.b.t. minimaal gewogen aandeel kwetsbare kinderen (0-3 jaar).

De finaliteit van de opdracht die we toekennen aan deze Huizen van het Kind/lokale besturen is specifiek het vormgeven van het programma perinatale zorg, met focus op de zorg en ondersteuningstrajecten zoals we deze geformuleerd hebben in de projectoproep “lokale zorg en ondersteuning” en die (zoals aangegeven) inzet op dezelfde elementen als het programma perinatale zorg.

Er wordt dus concreet verwacht trajectondersteuning/gezinscoaching/zorgcoördinatie te voorzien voor de geïncludeerde groep kwetsbare zwangeren.

Om de verbinding te kunnen maken tussen de pilots in het kader van het programma perinatale zorg en de pilots lokale zorg en ondersteuning voorzien we volgende initiatieven:

- De kenniswerkplaats zorg- en ondersteuningstrajecten die voorzien is om op te starten 20 juni 2025 in functie van de pilots lokale zorg en ondersteuning wordt opengezet voor de pilots in het kader van het programma perinatale zorg.

- We specificeren bijkomende leervragen gefocust op het programma perinatale zorg die mee opgenomen worden in de pilots lokale zorg en ondersteuning.
- De monitoring die voorzien is in het kader van het programma perinatale zorg via de BIB-tool wordt toegevoegd aan de pilots lokale zorg en ondersteuning zodat we op basis van een grotere regionale spreiding conclusies kunnen trekken.

Door de koppeling met de pilootprojecten basiszorg- en ondersteuning en de Huizen van het Kind kadert deze investering zowel in het programma perinatale zorg en is het tegelijk een opstap in de verdere uitbouw van de Huizen van het Kind als basisvoorziening, zijnde een essentieel element dat we willen meenemen in het kader van de bredere hervorming van de jeugdhulp in Vlaanderen, om aldus te komen tot een geïntegreerd gezins- en jeugdhulpbeleid.

F.4.2 Masterplan Jeugdhulp en acties inzake ongebooren kind

De implementatie van het programma ‘zorg en ondersteuning voor zwangere vrouwen, hun kinderen en hun gezin tijdens de eerste 1000 dagen’ op het terrein kan ook niet losgezien worden van andere ambities in het Regeerakkoord en de beleidsnota met betrekking tot zwangeren en jonge kinderen, hetgeen samen zal komen in het Masterplan Jeugdhulp.

Binnen de huidige implementatie van het programma ‘Zorg en ondersteuning voor zwangere vrouwen, hun kinderen en hun gezin tijdens de eerste 1000 dagen’ maken we de nodige verbinding tussen zorgcoördinatie en de huidige praktijk van Zorggarantie Jonge kind en het project Veilig en omringd in de buik. Daartoe wordt binnen het agentschap Opgroeien verbinding gelegd vanuit een interne Stuurgroep Jonge Kind waarbij zowel lokale teams Kind en Gezin, bovenlokale teams, en voorzieningenbeleid Jeugdhulp betrokken zijn. Dit maakt het mogelijk om in de komende periode verschillende ontwikkelingen op elkaar af te stemmen en te integreren tot één coherent beleidsverhaal.

Opgroeien zet momenteel binnen de afdeling bovenlokale teams in op 'Zorggarantie bij (dreigende) uithuisplaatsing van een jong kind' (van -9 maanden tot 3 jaar). Met zorggarantie bij (dreigende) uithuisplaatsing van een jong kind willen we in de meest precaire situaties toch die kansrijke vroege ontwikkeling maximaal ondersteunen. Zo willen we onmiddellijk voorzien in kwaliteitsvolle en duurzame oplossingen voor het kind. Het betreft bijgevolg een specifieke doelgroep in vergelijking met de doelgroep van het programma perinatale zorg. Het gaat om situaties waarbij er binnen het reguliere aanbod geen of onvoldoende antwoord kan geboden worden op de noden. Er is nood aan snel ingrijpen om de veiligheid te garanderen. Prenatale aanmelding en ondersteuning binnen een vrijwillig kader is mogelijk.

Soms is het echter niet mogelijk om aanstaande ouders volledig op vrijwillige basis in beweging te krijgen, terwijl professionals zich wel zorgen maken over de veiligheid van het ongeboren kind. In dergelijke gevallen kan de tussenkomst van een gemandateerde overheidsdienst de nodige hefboom zijn die het verschil maakt voor zowel de ouders als het kind. Op dit moment bestaat er echter nog geen juridisch kader om vanuit een maatschappelijk mandaat in te grijpen. Om in te spelen op de bestaande noden, werd in 2021 in Limburg het project 'Veilig en omringd opgroeien van in de buik' opgestart binnen de werking van de ondersteuningscentra jeugdzorg. Het project richt zich momenteel uitsluitend op verregaande verontrustende zwangerschappen in Limburg. De ambitie is om dit project, conform regeerakkoord, verder uit te rollen overheen Vlaanderen na onder meer een grondige impactanalyse. Dit biedt kansen om reeds vóór de geboorte een aanklappend traject vanuit een overheidsmandaat aan te gaan waarbij sterk wordt ingezet op veiligheidsplanning en ondersteuning op maat. We zorgen daarbij voor de mogelijkheid om al tijdens de zwangerschap meer handelingsperspectieven aan te bieden én een plan van aanpak op te maken t.v.v. creatie veiligheid voor het kind in situaties van verregaande verontrusting en kindermishandeling ook als er geen samenwerking met ouders lijkt te zijn.

- De eerste stappen worden op dit moment gezet. Er loopt een oefening binnen het beleidsdomein om tot een gemeenschappelijke visie, uitgangspunten en leidende principes voor wat betreft geïntegreerde zorg en ondersteuning te komen. Deze oefening moet uitmonden in een globale aanpak rond geïntegreerde zorg en ondersteuning.

A. BUDGETTAIRE IMPACT VOOR DE VLAAMSE OVERHEID

4. VERDER TRAJECT

- het sluiten van een samenwerkingsakkoord met de federale overheid en de andere deelentiteiten over de gezamenlijke uitvoering van een geïntegreerde organisatie van de zorg en ondersteuning in het Vlaamse landsgedeelte;
- het wijzigen van de decreten (Eerstelijn, VSB, Woonzorg, Vitalink) en de wijziging of opmaak van bijhorende uitvoeringsbesluiten om de financiering van zorgcoördinatie en casemanagement te regelen en de uitvoering mogelijk te maken;
- de verdere ontwikkeling van Alivia om een kwaliteitsvolle zorgplanning mogelijk te maken en de (financiering van) zorgcoördinatie en het casemanagement hierop te kunnen enten;
- de verdere ontwikkeling van opleiding, gegevensdeling, monitoring en evaluatie;
- het opzetten van het rapportageplatform om beleidsrelevante informatie te visualiseren;
- het onderzoeken of de bestaande inschalingsinstrumenten volstaan om binnen de context van de programma's van start te kunnen gaan;
- het expliciteren van de opdrachten rond zorgcoördinatie en casemanagement naar VIVEL en de zorgraden, als implementatie-ondersteunende organisaties.
- het opmaken van een ontwerpbesluit Vlaamse Regering met nadere modaliteiten over de verdere implementatie van het programma perinatale zorg, op basis waarvan een oproep naar bijkomende Huizen van het Kind kan worden uitgestuurd.

5. AKTENNAME

De Vlaamse Regering neemt akte van de conceptnota met betrekking tot de uitwerking van zorgcoördinatie en casemanagement in het algemeen en in het kader van het programma perinatale zorg in het bijzonder, als bouwstenen voor geïntegreerde zorg en ondersteuning, en gaat akkoord:

1. met de uitvoering van zorgcoördinatie en casemanagement, zoals in deze nota voorgesteld en het belanghebbendenmanagement op te starten;
2. met een samenwerkingsakkoord te onderhandelen met de federale overheid om te komen tot een geïntegreerde organisatie van de zorg en ondersteuning. In de loop van de onderhandelingen met het federale niveau en nog voordat de inhoudelijke discussies zijn afgerond, wordt een stavaza en afstemming met de Vlaamse Regering voorzien omtrent de inhoud van het samenwerkingsakkoord en de standpunten die de Vlaamse Regering in deze inneemt. Voor wat betreft de afspraken omtrent financiering wordt ernaar gestreefd om grote discrepanties inzake de vergoeding tussen federaal en Vlaams gefinancierde actoren zoveel mogelijk te vermijden - eventuele discrepanties moeten in ieder geval verantwoordbaar zijn.
3. met de regelgevende initiatieven op te starten om zorgcoördinatie en casemanagement duurzaam te verankeren en een financiering via de Vlaamse Sociale Bescherming mogelijk te maken;
4. met de wijze waarop het programma perinatale zorg in deze fase geïmplementeerd wordt;
5. met de stappen, beschreven in het verdere traject, uit te voeren.

De Vlaamse minister van Welzijn en Armoedebestrijding, Cultuur en Gelijke Kansen,

Caroline GENNEZ