

Datum: 17-11-2025

Volgnummer: 2025-2026/06

Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid, Gezin, Armoedebestrijding en Gelijke Kansen

Advies ‘Een ziekenhuis is geen thuis’

Sommige kinderen verblijven in het ziekenhuis niet om medische redenen, maar bij gebrek aan opvangmogelijkheden elders. Dat is in veel gevallen een schending van kinderrechten. Het gaat dan in de eerste plaats over het recht op adequate opvang. Ook andere rechten komen in gevaar: het recht op gezinsleven, onderwijs, vrije tijd en spel.

Onze klachtenlijn kreeg al ernstige meldingen over kinderen in zo’n situatie. We spraken met leden van Zorgnet Icuuro en gingen langs in zes ziekenhuizen. Daar spraken we met artsen, verpleegkundigen, vroedvrouwen en sociaal werkers. Op elk van die ziekenhuizen wordt een beroep gedaan om in crisissituaties minderjarigen zonder medische noodzaak op te vangen. We zien dat de medewerkers zich enorm inzetten om die kinderen warmte en aandacht te bieden, maar zich machteloos voelen omdat het juiste kader ontbreekt.

Het gaat over uiteenlopende situaties: baby’s die na de geboorte niet naar huis kunnen omdat er sprake is van verontrusting, kinderen en jongeren die door de jeugdrechter hoogdringend geplaatst worden bij gebrek aan plaats in (crisis)jeugdhulp, minderjarigen die om medische redenen in het ziekenhuis terechtkomen maar voor wie er geen geschikte plaats is als ze ontslagklaar zijn, baby’s en kinderen van ouders die dakloos zijn en die daarom na een ziekenhuisverblijf nergens naartoe kunnen, en jongeren die vanwege crisis thuis op spoed aankomen.

In de meeste van die situaties is er geen sprake van een medische noodzaak, maar wel van een maatschappelijke noodzaak. Heel wat medewerkers van ziekenhuizen voelen zich verantwoordelijk om te hulp te schieten, als ze weten dat er geen alternatief is. Door kinderen in noodsituaties een bed te bieden, maken ze een verschil in een context van ernstige plaatstekorten. Ze beschermen zo mee de integriteit en veiligheid van kinderen, soms kan dit zelfs levensreddend zijn. Toch wringt het: eigenlijk zou dit niet nodig mogen zijn.

Hoeveel kinderen om niet-medische redenen in het ziekenhuis verblijven, is op dit moment niet duidelijk.

Volgens cijfers van Opgroeien ging het in 2024 om 120 jongeren. Maar wellicht gaat dat maar over het topje van de ijsberg. Sowieso is elke minderjarige die ten onrechte in het ziekenhuis wordt geplaatst er een te veel.

Dit zijn onze aanbevelingen om plaatsing in ziekenhuizen om niet-medische redenen te voorkomen:

- **Versterk de bescherming van ongeboren kinderen.**
Realiseer een breed toegankelijk en multidisciplinair prenataal zorgaanbod, met waar nodig extra aanklappende hulpverleningstrajecten. Breid het decreet Integrale Jeugdhulp uit zodat het ook van toepassing is op ongeboren kinderen, inclusief ondertoezichtstelling bij de jeugdrechtbank, zoals omschreven in de beleidsnota Welzijn. Onderzoek hoe inspirerende praktijken duurzaam verankerd en verspreid kunnen worden.

- **Garandeer het recht op wonen voor elk kind.**
Elke baby moet van de materniteit kunnen vertrekken naar een veilige woning. Dakloosheid mag geen reden zijn om moeder en baby te scheiden.
- **Zorg dat elk kind gepaste hulp krijgt.**
Versterk de jeugdhulp zodat situaties zo weinig mogelijk escaleren. Het kan niet dat kinderen in verontrustende situaties geen gepaste hulp krijgen. Toch gebeurt dat. Elk kind heeft recht op toegankelijke brede hulp, zolang dat nodig is.
- **Versterk de crisishulpverlening.**
Zorg dat er altijd plaats is voor kinderen in noodsituaties, zodat ze niet in ziekenhuizen terechtkomen.
- **Trek volop de kaart van continuïteit in de hulpverlening.**
Maak van intersectorale samenwerking tussen jeugdhulp, psychiatrie en VAPH een speerpunt.
- **Maak een einde aan het of-ofverhaal van jeugdhulp en kinder- en jeugdpsychiatrie.**
Het kan niet dat kinderen met een duidelijke hulpnood geen aanbod krijgen omdat psychiatrie en jeugdhulp naar elkaar doorverwijzen.
- **Ontwikkel en financier een passend psychiatrisch aanbod voor 15- tot 18-jarigen.**
Zorg dat kinderen niet in de volwassenenpsychiatrie terechtkomen.

We hameren erop dat vanuit kinderrechtenperspectief plaatsing in een ziekenhuis in veel gevallen niet te verantwoorden is. We benadrukken dat er preventieve maatregelen nodig zijn. **Tegelijk stellen we vast dat dergelijke plaatsingen nu gebeuren. En we zien dat er in de huidige praktijk ruimte is om die kindvriendelijker te laten verlopen. Ook al doen ziekenhuizen de nodige inspanningen en organiseren ze zich op de maatschappelijke nood. Daarom doen we deze aanbevelingen:**

- **Verzacht de overbrenging van het kind.**
Zorg dat de overbrenging naar het ziekenhuis zo kindvriendelijk mogelijk verloopt, ook als de politie dat doet.
- **Zorg dat professionals op een zorgzame manier informatie kunnen delen in het belang van het kind.**
Zet verder in op vorming over het beroepsgeheim bij professionals.
Teken een juridisch kader uit voor informatiedeling bij verontrusting, maar ga omzichtig om met het beroepsgeheim.
- **Versterk de samenwerking tussen gerecht en ziekenhuis.**
Zorg voor goede afstemming tussen jeugdrechters, parket en instanties waar geplaatst wordt, in dit geval de ziekenhuizen. Zorg voor tijdige beschikkingen. Als de jeugdrechter een beslissing neemt, dan is het aan de jeugdrechter, de sociale dienst van de jeugdrechtbank en het parket om de ouders daarvan op de hoogte te brengen.
- **Zorg dat alle informatie voorhanden is.**
Als een uithuisplaatsing dreigt, zorg dan dat alle nodige informatie over het kind (zoals informatie over voeding en slaapgewoonten) voorhanden is en overgedragen kan worden. Zowel bij plaatsing als bij vertrek. Bij voorkeur is er een aanspreekpunt voor hulpverlening die ook buiten de kantooruren bereikbaar is.
- **Neem het recht op contact met gezinsleden mee bij die beslissingen.**
Hou voor ogen dat een plaatsing voor hoogspanning zorgt: zowel bezoeken van ouders als een contactverbod stellen ziekenhuizen voor uitdagingen. Een plaatsing in een ziekenhuis is in die zin in tegenspraak met het recht op een gezinsleven. Jeugdrechters wensen een mate van observatie die het ziekenhuis niet kan bieden. Besef dat het recht op een gezinsleven ook het recht op contact met broers en zussen inhoudt, wat in ziekenhuizen niet te realiseren valt als broers en zussen op verschillende plaatsen verblijven.

- **Zorg dat het recht op vrije tijd en spel zoveel mogelijk gerespecteerd wordt.**
Vrijwilligers kunnen daarin een belangrijke rol spelen. Zorg dat zij kunnen werken in een duidelijk kader.
- **Respecteer zoveel mogelijk het recht op onderwijs.**
Merk op dat een plaatsing in het ziekenhuis het recht op onderwijs ernstig hypothekeert.
- **Waardeer professionals die zorg dragen voor kinderen.**
Geef ze maatschappelijke waardering, en zorg voor genoeg financiering.
- **Zorg dat de kosten van de plaatsing niet meer ten laste van de ouders komen.**

1. Welke rechten worden geschonden?

Een kind dat niet thuis kan verblijven, heeft recht op bijzondere bescherming en bijstand van de overheid. Dat zegt artikel 20 van het Internationaal Verdrag voor de Rechten van het Kind (IVRK). Als een rechter beslist dat een verblijf buitenshuis nodig is, is de overheid verplicht om voor een goed alternatief te zorgen. Een verblijf in het ziekenhuis is geen volwaardig alternatief. Elke plaatsing door de jeugdrechter in een ziekenhuis is een schending van dat artikel van het Kinderrechtenverdrag.

Met de plaatsing in het ziekenhuis komen ook andere rechten onder druk te staan. Het recht op zorg (IVRK, artikel 24) en bescherming tegen verwaarlozing (IVRK, artikel 19): een ziekenhuis is een zorginstelling, maar niet een waar verpleegkundigen voldoende tijd hebben om tegemoet te komen aan de pedagogische noden van het kind. Ofwel: om de aandacht en knuffels te geven die het kind nodig heeft.

De gewetensstrijd van zorgverleners

“Vanuit de rechten van het kind proberen we hospitalisatie bij alle kinderen zoveel mogelijk te vermijden. Ook als ze wel ziek zijn, krijgen ze ambulante zorg als dat kan. Komen ze toch in het ziekenhuis, dan is dat altijd zo kort mogelijk. Kinderen die niet ziek zijn en hier toch liggen, dat zorgt voor een gewetensstrijd. Ze lopen hier het risico om ziek te worden. Maar ook hun andere rechten, zoals het recht op spel, staan onder druk.

We halen kinderen thuis weg omdat ze verwaarloosd worden. Maar hier krijgen ze alleen bed, bad en brood. Hoe hard we ook proberen, de rest lukt niet. Als je dan zo’n kind in een spijlenbedje ziet, voel je jezelf tekortschieten. Je gaat er eventjes bij, maar dan ga je naar buiten omdat de andere kinderen medische zorg nodig hebben. En dan hoor je op de gang hoe die weent.” (Een verpleegkundige)

“Het is niet oké om kinderen zonder medische noodzaak in een ziekenhuis te laten verblijven. Ze lopen hier ook infecties op. In drukke periodes is er op pediatrie weinig tijd om ze de nodige aandacht te geven. We willen kinderen wel uit de kamer halen, maar dan worden ze misschien ziek, terwijl ze dat anders niet zouden worden. Kinderen zien elke keer wisselende gezichten, elke dag weer iemand anders.” (Een ziekenhuismedewerker)

Kinderen hebben recht op veiligheid en bescherming van hun fysieke integriteit (IVRK, artikel 19). Onveiligheid thuis is vaak de reden tot plaatsing. Maar in het ziekenhuis lopen ze kans op besmetting door andere kinderen. Een ziekenhuis is een plaats waar ze dingen zien die niet altijd geschikt zijn voor hun leeftijd. Tegelijk brengt zo’n plaatsing soms risico’s mee voor de veiligheid van andere kinderen op de afdeling. Een plaatsing door de jeugdrechter is een emotionele gebeurtenis die voor turbulentie in het gezin zorgt. Door hun problematiek stellen die kinderen of hun ouders soms gedrag dat voor andere kinderen onveilig is.

“We kunnen moeilijk een huiselijke sfeer creëren. Een baby heeft wel meer nodig dan alleen een ziekenhuisbedje. We hebben geen leefruimte, geen individuele begeleiders. Het ziekenhuis is ook niet gericht op het bewaken van de veiligheid. Kinderen tussen drie en zes jaar zijn heel mobiel en kunnen door de gang lopen. Privacy en anonimiteit zijn ook moeilijk te waarborgen, door andere ouders die op bezoek komen.” (een ziekenhuismedewerker)

Kinderen hebben recht op een gezinsleven (IVRK, artikel 9). Dat klinkt niet evident, want de plaatsing in het ziekenhuis gebeurt vaak omdat er ongerustheid is over de gezinssituatie. Maar een kind dat geplaatst wordt, blijft recht hebben op contact met de ouders. Als dat niet veilig kan, zal de jeugdrechter een contactverbod uitspreken. Voor een ziekenhuis is het niet evident om zo’n verbod te handhaven. Zonder een contactverbod heeft het kind recht op bezoek van ouders. Een voorziening in de jeugdhulp heeft contextbegeleiders om zo’n bezoek te faciliteren. Een ziekenhuis heeft die niet. Ook op broers en zussen heeft de plaatsing in het ziekenhuis een negatieve impact.

Als een plaatsing langer duurt, komen het recht op onderwijs (IVRK, artikel 28) en het recht op spel en vrije tijd (IVRK, artikel 31) in gevaar. In principe kunnen kinderen die niet ziek zijn gebruikmaken van die rechten. Maar in het ziekenhuis stuiten ze snel op praktische bezwaren: wie gaat ze naar school brengen?

Tot slot staat in het kinderrechtenverdrag het recht op hulp (IVRK, artikel 20) en het recht op continuïteit in de hulpverlening. Ook die rechten staan onder druk bij een plaatsing in een ziekenhuis. Die start vaak met een abrupte breuk met de vorige situatie, zonder mogelijkheden tot overdracht. Het kind komt in een onbekende omgeving terecht, waar vertrouwde gezichten wegvallen. Ziekenhuismedewerkers kunnen ze daarin door gebrek aan informatie niet optimaal steunen en troosten. De plaatsing duurt zo kort mogelijk en is soms de start van een reeks crisisplaatsingen. Tijdens het verblijf tast het kind vaak in het duister over de volgende stappen, wat zwaar weegt. Tot slot komt ook aan het ziekenhuisverblijf vaak een bruusk einde, met opnieuw weinig mogelijkheden tot overdracht, zodat belangrijke informatie over gewoonten van het kind en bronnen van steun niet doorgegeven wordt aan andere hulpverleners.

De ziekenhuismedewerkers die we spraken, gingen tot het uiterste om de kinderen de nodige zorg en warmte te bieden. De plaatsingen hebben ook op hen een grote impact. Ze zijn vaak niet opgeleid om met die situaties om te gaan en voelen zich machteloos in de situatie. Ze doen wat ze kunnen maar voelen hoe ze per definitie tekortschieten.

Veel gegevens in deze nota zijn niet uniek voor ziekenhuizen. Kinderen die in de jeugdhulp al dan niet een plaats vinden, zijn vaak kwetsbaar voor schendingen van dezelfde rechten. Hulpverleners in de jeugdhulp of andere settings zullen veel herkennen. Ook elders in de jeugdhulp wegen de verhalen die kinderen brengen zwaar door. Ook daar ontbreekt vaak de tijd om het kind alle aandacht te geven die het verdient. Ook voorzieningen in de jeugdhulp voelen het tekort aan plaatsen en het gebrek aan samenwerking tussen sectoren. De plaatsingen in ziekenhuizen zijn een symptoom van een compleet vastgelopen systeem. Tegelijk is heel duidelijk dat een ziekenhuis niet geschikt is om de problemen elders in het systeem op te vangen.

Aanbeveling

Voorkom plaatsing in ziekenhuizen om niet-medische redenen. Zo’n plaatsing betekent per definitie een schending van het recht op adequate opvang. Ook andere kinderrechten komen in het gedrang. De enige uitzondering die we hier zien is een vrijwillige opname via de spoed, wanneer de jongere zich in een crisissituatie aandient en niet duidelijk is welke hulpverlening gepast is.

Maar eigenlijk gaat dit niet over een niet-medische plaatsing: het is in zulke situaties immers niet duidelijk of de jongere gebaat is bij verdere medische (psychiatrische) opvolging.

1.1. Hoe groot is het probleem?

Minderjarigen die niet om medische redenen in een ziekenhuis verblijven, vormen geen uitzondering. Veel ziekenhuizen in Vlaanderen en Brussel herkennen het thema. Al wordt niet in elke regio even hard een beroep gedaan op de ziekenhuizen. En niet elk ziekenhuis is even hard geneigd om mee te gaan in die vragen. Sommige trekken een heel duidelijke lijn omdat een plaatsing om niet medische redenen nooit in het belang is van het kind. Andere zien dat er een maatschappelijke nood is en nemen graag hun verantwoordelijkheid om hun steentje bij te dragen waar ze een meerwaarde kunnen betekenen.

Om hoeveel kinderen het precies gaat, is niet duidelijk. Volgens Opgroeien ging het in 2024 om 120 kinderen. De ziekenhuizen zelf houden dat niet bij, ook al omdat de ziekenfondsen altijd een medische reden vragen. Maar ze denken dat de officiële cijfers maar het topje van de ijsberg zijn. Dit hoorden we in één ziekenhuis van een sociaal werker:

“We kwamen na een snelle brainstorm over het afgelopen jaar aan twintig dossiers. Dat zijn de kinderen die bijbleven, die naar boven kwamen in een brainstorm van tien minuten. Het zijn er wellicht nog veel meer: kinderen die langer bleven omdat er dingen uitgeklaard moesten worden of die hier waren na een verwijzing door de jeugdrechtbank. Daarnaast waren er vier die hier langer bleven bij gebrek aan huisvesting. Dat is meer dan vorige jaren. Een paar jaar terug zaten we aan twaalf per jaar.”

Bij gebrek aan definitieve cijfers is het moeilijk om vaststellingen te doen over een evolutie. Toch had iedereen die we spraken de indruk dat er een stijgende trend is. Dat wordt vaak gelinkt aan het plaatsgebrek in de jeugdhulp.

“Voorzieningen werken met groen en rood licht voor instroom. Tegenwoordig staat het licht altijd op rood. Dat wil niet zeggen dat er vroeger geen problemen waren. Ik herinner me nog goed mijn eerste werkdag hier, nu 25 jaar geleden. Toen lag er hier een kindje dat zwaar mishandeld en verwaarloosd was. Dat kindje kwam hier terecht omdat het medische verzorging nodig had. Maar toen vonden we nog gemakkelijk een plaats voor zo’n kind wanneer het klaar voor ontslag was. Die doorstroom zagen we gaandeweg vertragen. En nu is het helemaal geëscaleerd. Soms laten we kinderen noodgedwongen naar huis gaan, terwijl we ons hart vasthouden. Je bent bang voor situaties die in de krant komen. *‘Ze wisten het en hebben niets gedaan’*, schrijven ze dan. Dat kan ons ook overkomen.” (een ziekenhuismedewerker)

De problemen waarmee kinderen opgenomen worden veranderen ook:

“We zien hier trends uit de maatschappij. We zien welke groepen het moeilijk hebben. Een globale vaststelling is dat we meer problemen zien door verkeerde inname van medicatie, al dan niet bewust. We zien kinderen met een steeds complexere problematiek, met een steeds zwaardere rugzak. De stijging is al tien jaar gaande. De crisishulpverlening is zelf in crisis. Omdat het crisisnetwerk verzadigd is, worden de definities van crisis herschreven. Je moet al aan heel strenge voorwaarden voldoen om in aanmerking te komen voor crisishulp en dan nog een heel duidelijke hulpvraag hebben. Terwijl veel van onze patiënten eigenlijk chronisch in crisis zitten.”

Tot slot zien ziekenhuizen dat waar het vroeger vooral om baby's ging, het nu steeds vaker over kinderen en jongeren gaat. Voor hen wordt bovendien minder snel een oplossing gevonden, terwijl voor een baby vaak nog gemakkelijker een pleeggezin of een crisispleeggezin gevonden wordt.

2. Waarom verblijven kinderen in ziekenhuizen als ze niet ziek zijn?

Verskillende situaties geven aanleiding tot niet-medisch verblijf in het ziekenhuis:

- Baby's die geboren worden in het ziekenhuis, waar verontrusting is over de thuissituatie en voor wie er elders geen plaats is
- Kinderen die om medische redenen in het ziekenhuis terechtkomen, maar voor wie terugkeer naar huis geen optie is door zorgen over de thuissituatie
- Jongeren die zich aanmelden op spoed in een crisissituatie, maar voor wie het niet onmiddellijk duidelijk is of er een medische of psychiatrische problematiek is
- Kinderen die door de jeugdrechter zonder medische aanleiding in het ziekenhuis geplaatst worden bij gebrek aan andere opties
- Kinderen van wie de ouders geen woning hebben

2.1. Prenatale onveiligheid

Vier jaar geleden bracht het Kinderrechtencommissariaat het advies 'Bescherming van ongeboren kinderen' uit. Daarin stelden we vast dat de kwetsbaarheid van ongeboren kinderen meer specifieke en aanklappende hulpverlening vraagt. Volgens het advies schiet de huidige regelgeving tekort om ongeboren kinderen te beschermen.

De ziekenhuizen bevestigen dat ongeboren kinderen betere bescherming nodig hebben. Ze zeggen dat ze nog te vaak bevallen vrouwen zien die door de mazen van het net geglipt zijn toen ze zwanger waren. Bijvoorbeeld omdat ze geen opvolging kregen of zochten, omdat ze 'shopten' tussen ziekenhuizen of omdat ze in een andere regio woonden.

Emilie (0 jaar)

"De moeder van Emilie is hier bevallen. Ze kwam uit een andere regio, dus we hadden haar zwangerschap niet gevolgd. Rond de bevalling trok ze in bij haar eigen moeder, de grootmoeder van Emilie. Daar was het niet veilig door druggebruik, connecties in het criminele circuit die ons bedreigden, agressie. De moeder zei zelf dat het thuis niet oké was. We hebben het parket gebeld. Zij zorgden dezelfde dag nog voor politiecontrole thuis. We konden onmiddellijk handelen: dat kind mocht niet mee naar huis. Binnen een week konden moeder en kind ergens een veilige plaats krijgen. Dat had tijdens de zwangerschap beter voorbereid kunnen worden. Veel berustte op het aanvoelen van vroedvrouwen en de sociale dienst. Want bij 'shoppers' heb je niet veel tijd." (een ziekenhuismedewerker)

De zwangerschap is een periode bij uitstek die kansen biedt. De meeste aanstaande ouders willen het beste voor hun kind. Uit hoop voor de toekomst willen ze stappen vooruit zetten. We verwijzen ook naar de open brief van de Werkgroep voor het Jonge Kind West-Vlaanderen (een samenwerkingsplatform van een reeks lokale actoren die zich inzetten voor jonge kinderen) van september 2024. Ze beschreven de lacunes in de bescherming voor ongeboren kinderen. Hun brief was 'een oproep voor een warme samenleving waarin ouders vanaf het begin van hun ouderschap optimaal ondersteund worden'.

Vandaag is het Decreet Integrale Jeugdhulp, dat alle vrijwillige en gedwongen hulpverlening aan minderjarigen regelt, pas van toepassing na de geboorte. Ongeboren kinderen aanmelden voor opvolging door een OCJ of SDJ kan niet. Toch zijn er op sommige plaatsen al initiatieven om aanklappende hulp te bieden.

Kwetsbaarheid op tijd in kaart brengen

“Ons centrum gynaecologie zet een samenwerking op met en rond zwangere vrouwen. Zo kan er voor de geboorte al zoveel mogelijk in orde gemaakt worden. Dat is ook nodig door de beperking van het aantal ligdagen.

Zeker met kwetsbare doelgroepen vinden we het belangrijk om tijdens de zwangerschap al aan de slag te gaan. We hebben een boomstructuur ontwikkeld met het perinatale netwerk, zodat de artsen en vroedvrouwen kunnen beoordelen of er kwetsbaarheid is. Die criteria hebben we heel zorgvuldig opgesteld. Eigenlijk zouden ze dat overal moeten gebruiken. Ook huisartsen bijvoorbeeld kunnen die gebruiken.

Wie volgens die structuur in aanmerking komt, wordt uitgenodigd voor minstens één gesprek met de sociale dienst. Wij proberen die te zien. Doel is om tegen de bevalling zoveel mogelijk geregeld te krijgen. De sociale dienst gaat na: Gaan mensen een open gesprek aan? Kunnen we de betrokken hulpverlening in kaart brengen? Kan er contact zijn? Staan mensen daarvoor open? Soms moeten we direct ongerustheid uitspreken.” (een ziekenhuismedewerker)

Project Veilig en omringd opgroeien in de buik

“In Limburg hebben we het project ‘Veilig en omringd opgroeien in de buik’. Die negen maanden gebruiken we om al met context aan de slag te gaan. Het OCJ mag daar ook optreden bij een kind dat nog niet geboren is. Daardoor moet ons ziekenhuis veel minder vaak de stap zetten naar het parket voor een hoogdringende maatregel, omdat we die gezinnen al kennen en er al hulp gezocht wordt.

Maar het blijft een moeilijk verhaal. De gynaecologen screenen op kwetsbaarheid tijdens de zwangerschap, in samenwerking met een multidisciplinair team. Als er bijvoorbeeld een verslaving is, wordt er al veel afgesproken voor na de bevalling: Mag het kind bij de moeder op de kamer? Zal er een afkick nodig zijn?

Ook voor zorgmijders hebben we duidelijke afspraken. De gynaecoloog doet melding bij de huisarts en bij Kind en Gezin. Verder kan die niet gaan. Als arts kom je snel in conflict met de ouders. Toch blijven we de dialoog zoeken. Zeker als we vroeg in de zwangerschap op de hoogte zijn, lukt het vaak wel om hulp te vinden via Veilig en omringd opgroeien in de buik.” (een ziekenhuismedewerker)

De kwetsbaarheid van ongeboren kinderen kwam in de vorige legislatuur geregeld ter sprake, maar leidde niet tot grote stappen in het beleid. Er werden wel projecten opgezet zoals ‘Veilig en omringd opgroeien in de buik’ en Zorggarantie bij een dreigende uithuisplaatsing van een jong kind. Op sommige plaatsen werken die goed, op andere minder goed. Dat hangt samen met de beschikbare plaatsen en de mate van samenwerking lokaal.

“We proberen Kind en Gezin vroeg te introduceren. Dat is niet altijd gemakkelijk. Veel zwangere vrouwen die we zien, hebben geen positieve ervaringen met Kind en Gezin, of met ‘sociale diensten’ in het algemeen, zeker als er al kinderen geplaatst zijn. Door te helpen met praktische dingen zoals premies voor aanstaande ouders, huisvesting, stabiliteit, proberen we vertrouwen te winnen. Dan kun je voorstellen doen over een Centrum voor Integrale Gezinszorg of thuisbegeleiding.

Soms moeten we heel vroeg Zorggarantie inschakelen bij een dreigende uithuisplaatsing. Er is heel veel vraag naar Zorggarantie in onze regio. De budgetten voor dit jaar zijn al bijna op. We hebben dit jaar een paar keer de stap gezet, maar het zouden er meer kunnen zijn. Je krijgt niet altijd het vertrouwen van het gezin om die stap te zetten.

Soms is het ook gemakkelijker om in plaats van met Zorggarantie te werken rechtstreeks met de partners zelf aan tafel te zitten. Voor Zorggarantie is de wachttijd langer. We grijpen daar vooral naar als het op het randje van dreigende uithuisplaatsing is. Als de ziekenhuisopname stopt, moet iemand verder opvolgen. Zorggarantie duurt hier maar drie maanden. Uitzonderlijk kan die nog eens met drie maanden verlengd worden. Dus als we iemand hebben die drie maanden zwanger is, is dat veel te vroeg om aan te melden, terwijl je eigenlijk dan al aan het werk zou moeten gaan. Ze doen mooi werk, maar in de praktijk is het een project met beperkte middelen en tijd.” (een sociaal werker)

In de beleidsnota Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding 2024-2029 van de Vlaamse regering staan plannen die wel concrete verandering kunnen brengen. De minister van Welzijn maakte die verder concreet in haar plan “Naar de jeugdhulp van morgen”. Ze wil graag het toepassingsgebied van het decreet Integrale Jeugdhulp uit te breiden naar het ongeboren kind en aanstaande moeders, dat zoals gezegd nu pas na de geboorte van kracht is.

Dan wordt het ook mogelijk om aan te melden bij OCJ en SDJ. Zoals de Werkgroep voor het Jonge Kind West-Vlaanderen het verwoordt: “Deze laatste stap zien we niet als een eindpunt van begeleiding maar, eerder integendeel, als noodzakelijke hefboom om terug in een vrijwillig, gementaliseerd traject verder te kunnen met aanstaande ouders en als opstap naar een hernieuwde samenwerking in vertrouwen.”

De vraag is welke maatregelen mogelijk zouden worden. Het Kinderrechtencommissariaat staat al langer achter de mogelijkheid om opvolging door het OCJ en een ondertoezichtstelling bij de jeugdrechtsbank voor het ongeboren kind mogelijk te maken.

We staan achter aanklappende en integrale hulpverlening aan het gezin zoals de beleidsnota die beschrijft. Omdat kinderen het recht hebben om hun ouders te kennen en bij hen op te groeien, moet het doel van die prenatale hulp altijd zijn om uithuisplaatsing te voorkomen. Alle verschillende disciplines moeten daarvoor samenwerken. En de slaagkansen mogen niet afhangen van de beschikbaarheid van gepaste hulpverlening. We waarderen dan ook dat “Naar een jeugdhulp van morgen” het hulpaanbod aan zwangere vrouwen verder in kaart wil brengen en versterken. We horen op het terrein dat er specifiek nood is aan meer plekken voor ouders en kinderen samen, zoals de Centra Integrale Gezinszorg (CIG) die nu al aanbieden. Zoals de beleidsnota voorstelt, kan tijdens prenatale trajecten bij grote verontrusting worden gewerkt met veiligheidsplannen. Dat gebeurt nu al bij ‘Veilig en omringd opgroeien in de buik’. Het doel is altijd dat een baby kan opgroeien bij de eigen ouders. In de eerste plaats wordt bekeken hoe dat veilig kan. Maar in die veiligheidsplannen kan al tijdens de zwangerschap een plan B staan. Dan kunnen de hulpverleners de nodige aanmeldingen doen, zodat Pleegzorg bijvoorbeeld al kan zoeken naar een pleeggezin. Dan hoeft een baby na de geboorte niet onnodig lang in het ziekenhuis te blijven, als blijkt dat er toch een plaatsing nodig is. We benadrukken wel dat de jeugdrechter volgens de internationale regelgeving niet al vóór de geboorte kan beslissen om een kind te plaatsen.

In de gesprekken kwam ‘Born in Belgium’ aan bod, dat bedoeld is als ondersteunend platform. Dat onlinesysteem is ontworpen om tegemoet te komen aan de vraag naar betere prenatale opvolging. Sommigen zijn hoopvol over de mogelijkheden die dit biedt.

Andere ziekenhuismedewerkers met wie wij spraken, merken op dat dat systeem voor hen niet voldoet en niet compatibel is met de ziekenhuissystemen, waardoor het voor extra administratie zorgt: “Iedereen wil het, maar zolang het niet compatibel is, heeft het geen zin. We moeten al zoveel administratie doen.” Ze zeggen dat zo’n platform pas nut heeft als het gekoppeld is aan middelen voor aanklappende trajectbegeleiding.

Aanbeveling

Versterk de bescherming van ongeboren kinderen. Realiseer een breed toegankelijk en multidisciplinair prenataal zorgaanbod, met waar nodig extra aanklappende hulpverleningstrajecten. Breid het decreet Integrale Jeugdhulp uit zodat dat ook geldt voor ongeboren kinderen, inclusief ondertoezichtstelling bij de jeugdrechtbank, zoals omschreven in de nota “Naar de jeugdhulp van morgen”. Onderzoek hoe goede praktijken duurzaam verankerd en verspreid kunnen worden.

2.2. Na opname om medische redenen

Soms gaat het over kinderen die wel degelijk om medische redenen terecht komen in het ziekenhuis, maar die niet naar huis kunnen wanneer ze ontslagklaar zijn. Die kinderen komen binnen op verschillende diensten: materniteit, pediatrie, spoed. Dat kan gaan over problemen die rechtstreeks verband houden met een onveilige thuissituatie of die daar los van staan. Als vroedvrouwen, verpleegkundigen of artsen het gevoel hebben dat er iets niet klopt, schakelen ze de sociale dienst van het ziekenhuis in voor een consult.

“Vaak wordt voor de zekerheid gevraagd om toch eens te checken”, zegt een sociaal werker. Als ze vaststellen dat er meer aanklappende hulp nodig is, start de zoektocht naar oplossingen. Soms is er dan een opname of een verlengde opname nodig, met een vordering door het parket als de ouders er zelf niet achter staan.

Soms komen kinderen ook in het ziekenhuis terecht omdat externe hulpverleners zich zorgen maken en medische factoren willen uitsluiten. Dan krijgt het ziekenhuis de vraag om een algemeen medisch onderzoek te doen, om de ontwikkeling van het kind na te gaan, om te onderzoeken of het kind ondervoed is of om een toxicologische screening te doen. In principe kan het kind dan na enkele dagen naar huis. Als blijkt dat er sprake is van een onveilige thuissituatie, kan dat uitlopen, ook al is het kind ontslagklaar.

2.3. Via de spoeddienst

Op de spoeddienst melden zich veel jongeren en ouders in een duidelijke staat van crisis. Het gaat vaak om een combinatie van psychiatrische problemen en/of een beperking bij het kind met een moeilijke opvoedingssituatie. Het gaat om jongeren die weglopen, die suïcidegedachten hebben of een suïcidepoging doen. Soms zijn er escalerende gedragsproblemen. Vaak is het niet onmiddellijk duidelijk of psychiatrische hulp – een vorm van medische hulp – nodig is of dat er eerder hulp voor het gezin. Zeker in die groep wordt het gebrek aan samenwerking duidelijk. Maar deze groep vormt ook een uitzondering: als er wél een goede omkadering en een sterke samenwerking met andere diensten is, kan voor deze jongeren een korte time-out in het ziekenhuis nuttig zijn. Dit om te onderzoeken welke (psychiatrische) vervolghulp nodig is. En uiteraard steeds met toestemming van de jongere en ouders.

2.4. Omdat parket verontrusting vaststelt

In andere gevallen stellen politie, parket of hulpverleners verontrustende situaties vast bij kinderen zonder medische problemen. Als er onmiddellijk een veilige plaats nodig is, doen de diensten het nodige om die te vinden. Soms lukt dat niet. Eerste gesprekspartner is het crisismeldpunt, dat dag en nacht bereikbaar is, in de week en in het weekend. Maar die kunnen niet altijd een oplossing bieden. Zeker buiten de kantooruren komen ze dan af en toe uit bij de ziekenhuizen. Het kan gaan over heel uiteenlopende zaken van verwaarlozing en ondervoeding tot allerlei vormen van intrafamiliaal geweld.

2.5. Geen thuis

Het recht op wonen staat voor een groeiende groep kinderen steeds zwaarder onder druk. Soms leidt het gebrek aan woning tot een verlengd verblijf in het ziekenhuis, bijvoorbeeld als een pas bevallen moeder geen woning heeft om met haar baby naar terug te keren. In de ziekenhuizen hoorden we onder andere dit:

“Wij hadden vorig jaar een moeder zonder papieren. Ze studeerde hier en had een relatie met een Belgische jongen. Door haar zwangerschap moest ze haar studie stopzetten, waardoor ze haar recht op verblijf hier verloor. Vrij ver in de zwangerschap verbrak de vader de relatie en verdween hij met de noorderzon. Tijdens de bevalling zei ze ons dat ze dakloos was.

We deden een beroep op het crisismetwerk. Maar ze kon alleen terecht in de nachtopvang. Daar moest ze dan naartoe wandelen door de vrieskou, terwijl ze een keizersnede had gehad. Vroeger was een kind in de nachtopvang zeldzaam, nu zie je dat regelmatig. Het is ook een onveilige plaats, met veel drank- en druggebruik.

Veel betrokken diensten vroegen zich af of ze wel voor haar kind kon zorgen. Ze wilden het kind plaatsen, zodat het veilig was. Organisaties van wie we hulp zouden verwachten, stelden dat ze scheiding van moeder en kind als beste oplossing zagen. Na een bevalling in een veilige omgeving kunnen leven zou een basisrecht moeten zijn, ook voor moeders zonder papieren.

Na allerlei omzwervingen kon ze terecht in een nieuw initiatief van Caritas. Ze was de eerste die daar aangemeld werd. We hadden veel geluk dat ze daar terechtkon. Ze is er nog altijd. Die vaste plaats biedt haar en haar kind veel rust.” (een sociaal werker)

“Een week geleden lag hier een prematuur geboren baby die nergens naartoe kon. De vader werkte hard en verdiende genoeg om een woning te huren. Maar ze vonden geen huis. Door discriminatie op de woningmarkt werd het gezin telkens afgewezen. De ouders kwamen uit Afghanistan en overwogen op de duur om terug te gaan. Ze zaten te huilen naast het bedje op neonatologie. Wij voelden ons ook radeloos. Die mensen hadden echt het beste voor met hun kind. Het OCMW wilde er eerst niet aan beginnen. Uiteindelijk vonden we toch een tussenoplossing samen met het OCMW, waar ouders ook aan meebetalen. En ze vonden toch een woning waar ze volgende maand in kunnen.” (een sociaal werker)

“We hadden hier recent een moeder zonder woning, die heel hard meewerkte en er alles voor wou doen om haar kind zelf op te voeden. Maar er was geen plaats in het Centrum Integrale Gezinszorg, waar kinderen met hun ouders kunnen verblijven. De moeder heeft geen kans gekregen. Het kind verblijft nu in een pleeggezin.”

Niet alleen baby's komen in het ziekenhuis terecht bij gebrek aan een dak boven hun hoofd. “Een dakloze vrouw met twee kinderen werd recent bij ons afgezet door politie”, zegt iemand van een ziekenhuis. “Er waren geen medische redenen. Onze sociale dienst moest een oplossing zoeken.”

Dat soort schrijnende situaties is volgens de ziekenhuismedewerkers maar het topje van de ijsberg. Ze zeggen dat ze in hun consultaties regelmatig te maken krijgen met huisvestingsproblemen.

“Op pediatrie zien we veel ouders die vragen stellen door woonproblemen. Kinderen krijgen astma of andere ziektes door vocht in huis. Die zitten hier niet in opname, maar de ouders vragen tijdens consultaties wel om hulp. Ze tonen foto’s en filmpjes van woningen waar hun kinderen ziek worden. Daar kunnen we niets aan doen. Dan voel je je machteloos. Ze vragen of de arts een attest kan schrijven dat de vochtige woning vermoedelijk de oorzaak van gezondheidsproblemen is.” (een ziekenhuismedewerker)

“Onlangs was er een moeder met drie kinderen bij de sociale dienst van het ziekenhuis. Ze woont in een appartement. Daar zijn de woonomstandigheden heel slecht. Een buurvrouw diende een klacht in en na onderzoek werd het hele gebouw onbewoonbaar verklaard. Die kinderen staan binnenkort met hun moeder op straat. Ze vinden geen andere woning. De moeder vraagt ons om hulp. Ze ging al naar het OCMW en naar het CAW. Maar die zeiden dat ze haar niet kunnen helpen, omdat er bij ons in de ruime omgeving geen woningen meer te vinden zijn.” (een ziekenhuismedewerker)

Aanbeveling

Garandeer het recht op menswaardig wonen voor alle kinderen en voor hun ouders. Elk kind moet uit het ziekenhuis kunnen vertrekken naar een veilige thuis. Dakloosheid mag geen reden zijn om moeder en baby te scheiden. Een gebrek aan kwalitatieve woningen heeft een ernstige impact op de gezondheid van kinderen.

3. Zo verloopt de binnenkomst

3.1. Timing

De vraag om kinderen op te vangen komt op elk moment van de week, maar toch vooral in het weekend. Vrijdagavond is een typisch moment: hulpverleners maken zich zorgen over hoe het weekend zal verlopen en zoeken hulp. Reguliere diensten zijn niet meer bereikbaar. Als er dan geen plaats is in het crisissnetwerk, wordt soms gekeken naar de ziekenhuizen. Maar ook daar zijn er in het weekend minder medewerkers. Dat betekent minder tijd om die kinderen de aandacht te geven die ze nodig hebben.

Ook de zomervakantie is een piekmoment volgens sommige ziekenhuizen: de reguliere kanalen draaien dan op een lager pitje, waardoor het opvangnetwerk sneller verzadigd is. “In de zomervakantie hebben we soms meer van die ‘patiënten’ dan echt zieke kinderen”, zegt een medewerker van een ziekenhuis. In een ander ziekenhuis spreken ze dat tegen. Zij krijgen veel aanmeldingen van de spoeddienst: “De zomermaanden zijn hier rustig. Veel crisismomenten zijn gekoppeld aan de stress van school en examens. Ook de donkere maanden zijn voor sommige kinderen en jongeren moeilijk te overbruggen.”

3.2. Plaatsing in hoogdringendheid

3.2.1. Geen alternatieven

Als het parket oordeelt dat er gedwongen hulp nodig is voor een minderjarige, kan het een jeugdrechter vorderen. In de meeste gevallen, als het niet hoogdringend is, krijgt de consulent van de sociale dienst van de jeugdrechtsbank dan maanden de tijd om de situatie te onderzoeken en oplossingen te

formuleren. Meestal kan het kind ondertussen op de vertrouwde plaats blijven: thuis of in het gezin of de voorziening waar het verblijft.

Soms oordeelt het parket dat er niet langer gewacht kan worden: dan vraagt het aan de jeugdrechter om onmiddellijk een maatregel te nemen en direct een veilige plaats te zoeken. Het is vooral in die hoogdringende situaties dat er soms een beroep gedaan wordt op de ziekenhuizen.

Die hebben vaak het gevoel dat ze geen nee kunnen zeggen, al beseffen ze heel goed wat de impact is voor zowel de jongere als voor hun eigen werking. “In de beschikking stonden we omschreven als jeugdhulpaanbieder”, zegt iemand van een ziekenhuis. “Dat zijn we niet, maar zo voelen we ons soms wel.”

Bovendien is vaak niet duidelijk waar ze ja op zeggen: “Als we zeggen dat we 24 uur willen plaatsen omdat we een maatschappelijke nood zien, wordt dat vaak niet gerespecteerd. We krijgen dan de dag daarna soms een beschikking dat de plaatsing nu voor weken, maanden of zelfs onbepaalde duur wordt.”

Frances (13 jaar)

Op vrijdagmiddag belde de school van Frances de politie: ze durfde niet naar huis te vertrekken. De politie heeft twaalf uur lang een plaats gezocht, terwijl zij wachtte op het commissariaat. Elders in de provincie is ze aangemeld bij de kinderpsychiatrie via de spoeddienst. Die hadden haar geweigerd: ze vonden dat er geen psychiatrische crisis was. Ook aankloppen bij de familie was tevergeefs.

Om drie uur 's nachts belde de politie naar het ziekenhuis: het was daar of in de cel blijven.

“Natuurlijk hebben we een ziekenhuisbed gegeven. Wat konden we anders doen?” Toen ze aankwam, had ze alleen de kleren waarin ze 's morgens vertrokken was en haar schoolspullen bij zich. (een ziekenhuismedewerker)

Rayan (2 jaar)

Volgens de jeugdrechter kon het zo niet langer: bij Rayan (2) thuis was het niet veilig, zijn moeder gebruikte drugs en Rayan kreeg niet de nodige medische opvolging. De jeugdrechter besloot Rayan te plaatsen, waarop zijn moeder met hem op de vlucht sloeg. Toen de politie ze vatte, was er nergens plaats voor Rayan. Ook niet in het crisisnetwerk. Dus kon het ziekenhuis niet anders dan instemmen: “Wij zeggen eerst nee, maar als de jeugdrechter toewijst, is het omdat er niets anders is.” (een ziekenhuismedewerker)

Een ander ziekenhuis onderstreept dat een plaatsing in het ziekenhuis vaak niet in het belang is van het kind. Daarom proberen ze toch zo vaak mogelijk de boot af te houden. “Onlangs kregen we te maken met een schrijnende situatie. Een jongere was in het verlengde weekend door een voorziening op straat gezet. We kregen de vraag om hem op te vangen. De psychiater die hem kende, zei dat we dat echt niet mochten doen. Volgens hem was het geen goede oplossing voor het kind als wij dat brandje zouden blussen. Dus hebben we van ons hart een steen gemaakt en het been stijf gehouden.”

Bij de overweging om in te gaan op een verzoek tot plaatsing, speelt de angst mee dat de kans klein is dat er nog een crisisplaats gevonden wordt als het kind al in het ziekenhuis is. “Als we hier een kind plaatsen op pediatrie, is de crisis er af”, zegt een ziekenhuismedewerker. “Als er een plekje vrij komt in het crisisnetwerk, dan zal dat soms eerder naar een jongere gaan die geen dak boven het hoofd heeft dan naar een jongere die ‘veilig’ in het ziekenhuis verblijft. We hebben de indruk dat als een kind hier is, de zoektocht naar een crisisplaats soms stopt en dat er dan vooral gezocht wordt naar een meer permanente oplossing of naar teruggaan naar huis.”

Rayan (2 jaar)

Rayan werd elke week aangemeld bij het crisisnetwerk. Het ziekenhuis kreeg verschillende keren te horen dat er geen alternatief was. “Omdat hij bij ons veilig was, kregen andere kinderen de plaatsen in crisis.” Maar Rayan op straat zetten was geen optie voor het ziekenhuis. Hij bleef er 3,5 weken. Daarna kon hij naar een voorziening in de jeugdhulp. (een ziekenhuismedewerker)

We zijn blij dat in de nota “Naar de jeugdhulp van morgen” de minister aandacht heeft voor de crisishulp. De nota stelt het volgende doel: “In crisissituaties is er onmiddellijk jeugdhulp beschikbaar: gezinnen hoeven niet langer te wachten.” Volgens het Kinderrechtencommissariaat komt dit geen moment te vroeg. We lezen ook dat de minister met een aantal partners, waaronder de ziekenhuizen, een duidelijk afsprakenkader wil.

Aanbeveling

Versterk de crisishulpverlening. Zorg dat er altijd plaats is voor kinderen in noodsituaties, zodat ze niet in ziekenhuizen terechtkomen.

3.2.2. Gebracht door politie in burger

Als een jeugdrechter beslist om een minderjarige te plaatsen in het ziekenhuis, is het meestal de politie die het kind of de jongere komt brengen. Dat maakt een grote indruk op veel kinderen en jongeren. “Vroeger kwamen ze in vol ornaat toe”, zeggen ze in een ziekenhuis. “Daarover hebben we overlegd. Het heeft wat moeite gekost, maar nu worden ze gebracht door politie in burger met een burgerauto.” Het ziekenhuis zette een samenwerking op met de sociale dienst van de politie. Zij komen nu vaak mee. Voor de minderjarige betekent dat het contact op een warmere, aangepaste manier verloopt. Maar de mensen van de sociale dienst zijn er niet altijd.

Aanbeveling

Zorg dat de overbrenging kindvriendelijk verloopt, ook als de politie het doet.

3.2.3. Zorgzame overdacht

Hoogdringendheid betekent ook dat er geen tijd of ruimte is voor een overdracht. Kinderen hebben geen bagage, kleren of knuffels mee. Ook informatie ontbreekt. Bij baby's gaat het dan bijvoorbeeld over welk eten het kind krijgt en wanneer de baby het laatste gedronken heeft. Er komt geen boekje van Kind en Gezin mee. “Er is geen lijn naar ons om informatie te verzamelen. Niemand die ons kan vertellen of het kind thuis een knuffel heeft, laat staan die kan ophalen”, zegt iemand in een ziekenhuis. Toch doet de politie op veel plaatsen moeite voor die kinderen: “Ze hebben een eigen voorraad kleren die ze soms meegeven naar hier.” Soms haalt de politie of de sociale dienst van de jeugdrechtbank daarna spullen thuis op om ze in het ziekenhuis af te geven.

Noa en Liam

“Er zou tijd moeten zijn voor een zorgzame overdacht. Noah en Liam kwamen binnen zonder een eigen knuffel of dekentje. Ook hun ouders moeten heel ongerust geweest zijn. Het is op zich al moeilijk als je kinderen afgenomen worden en je weet dat ze zelfs hun tutje niet mee hebben. Hoe beperkt ook, die ouders willen wel dat hun kind goed terechtkomt. Hier hadden we het geluk dat de maatschappelijk werker van het Wijkgezondheidscentrum de volgende dag op bezoek kwam en wat spullen kon meebrengen, maar dat is vaak niet het geval.” (een ziekenhuismedewerker)

Luna (4 maanden)

“Vaak gaat het over gezinnen die de hulpverlening al lang kent. Dan hebben we het idee dat het anders gekund had. Luna verbleef al langer met haar ouders in een CIG, een centrum dat hulp biedt aan het hele gezin. Dat centrum kon de veiligheid van de baby niet meer garanderen. Achteraf gezien was die voorziening al langer ongerust. Toch moest dat in één keer aangepakt worden en moesten er ad hoc oplossingen komen. Met onderlinge afstemming vooraf had dat veel beter kunnen lopen. Plots kwam er een aanmelding van de politie. Luna kwam hier toe met een zak bagage, de rest moesten we nog uitzoeken. Wat zijn de gewoontes, welk eten krijgt ze? Die informatie staat allemaal niet in de beschikking, die we soms ook veel te laat krijgen. De voorziening waar ze verbleven gaf geen informatie, omdat zij met de ouders verder moesten werken.” (een ziekenhuismedewerker)

Dat sluit aan bij vaststellingen van onze klachtenlijn: de wachtlijsten in de jeugdhulp zorgen voor escalaties die mogelijk te voorkomen zijn met hulp die op tijd komt. In zijn jaarverslagen schreef het Kinderrechtencommissariaat dat de stilstand in de jeugdhulp zich als een olievlek uitspreidt naar andere sectoren. Het ziekenhuis is maar een van de plaatsen waar dat zich laat voelen.

Aanbeveling

Versterk de jeugdhulp zodat situaties niet onnodig escaleren.

Als een uithuisplaatsing dreigt, zorg dan dat alle nodige informatie over het kind (zoals informatie over voeding en slaapgewoonten) voorhanden is en overgedragen kan worden. Zowel bij plaatsing als bij vertrek. Bij voorkeur is er een aanspreekpunt voor hulpverlening die ook buiten de kantooruren bereikbaar is.

4. Te weinig samenwerking

Frances (13 jaar)

In het ziekenhuis begon de moeizame zoektocht naar een oplossing voor Frances: “Dat werd een gepingpong tussen jeugdhulp, medische diensten en parket, terwijl de thuissituatie buiten schot bleef. Het was vooral thuis dat het niet functioneerde: haar moeder wilde geen contact met haar, haar vader woonde bij grootmoeder in maar was eigenlijk ook afwezig. Ze werd voortdurend opnieuw afgewezen.

Welke dienst zou de verantwoordelijkheid voor haar opnemen? Dat was niet duidelijk, ook al bleek dat ze al een dossier bij de jeugdrechter had. Het CLB was niet actief betrokken bij de situatie. De consulent vond het iets voor de kinder- en jeugdpsychiatrie. De kinderpsychiater vond dat ouders hun verantwoordelijkheid moesten nemen. Ondertussen was er geen crisisleeggezin beschikbaar. Uiteindelijk kon ze uit ons ziekenhuis vertrekken naar de psychiatrie.” (een ziekenhuismedewerker)

In adviezen en jaarverslagen klaagt het Kinderrechtencommissariaat wel vaker over het gebrek aan samenwerking tussen de verschillende sectoren. Bij ziekenhuisopnames om niet-medische redenen zien we dat op het scherp van de snee.

Iedereen is het erover eens dat een ziekenhuis geen plaats is voor gezonde kinderen. Waar het kind dan wel naartoe moet, is vaak voorwerp van discussie waarin alle partners zeggen dat andere partijen meer geschikt zijn om het kind te helpen, zeker bij oudere kinderen met een complexere hulpvraag.

Vaak blijven zorgverleners niet bij de pakken zitten. Ze gaan actief naar andere diensten:

“Soms is het gemakkelijk als je bij de hulpverlener zelf terechtkunt in plaats van via het aanmeldpunt. Je bouwt een vertrouwensrelatie op door samen te werken. Je moet niet de sociale kaart kennen, je moet de mensen kennen. De sociale kaart is je gps om al die mensen te leren kennen.” (een ziekenhuismedewerker)

“Met consultants van de jeugdrechtbank werken we goed samen. Eerder dit jaar zijn we met het hele team naar daar geweest. We hebben het diensthoofd en alle consultants ontmoet. Daar konden we ook wat frustraties uitspreken. We kennen nu gezichten en pakken rapper de telefoon. Dat heeft toch al geholpen.” (een ziekenhuismedewerker)

Elkaar leren kennen helpt om beter samen te werken. Maar dat is een blijvende opdracht. Het grote verloop in alle geledingen van de zorg maakt het moeilijk om een netwerk uit te bouwen. Door de grote druk op diensten in en rond de sector lopen samenwerkingen rond jongeren die hulpverlening nodig hebben stroever. Professionals doen hard hun best en zoeken creatief naar oplossingen. Maar omdat structurele antwoorden uitblijven, komen hulpverleners niet altijd toe aan hun kerntaken en besteden ze veel tijd aan brandjes blussen.

We waren dan ook blij om in de beleidsnota Welzijn te lezen dat er actie komt voor kinderen en jongeren in een situatie die zo complex is dat hun recht op gepaste hulp en ondersteuning niet langer gegarandeerd is. We lezen dat er een uitbreiding komt van de hulp aan kinderen en jongeren met een combinatie van een psychiatrische problematiek, contextproblematiek en handicap. De minister wil gedeelde verantwoordelijkheid om breuken door eenzijdige stopzettingen of overplaatsingen te voorkomen. Ze wil samenwerking stimuleren tussen geestelijke gezondheidszorg en jeugdhulp, en uitsluitingscriteria in de jeugdhulp wegwerken. Dat is allemaal cruciaal voor continuïteit. We waren blij om deze aandacht voor continuïteit ook terug te vinden in het plan “Naar de jeugdhulp van morgen” en kijken ernaar uit om te zien hoe dat verder concreet wordt.

Aanbeveling

Maak van intersectorale samenwerking een speerpunt. Trek volop de kaart van continuïteit in de hulpverlening.

4.1. Samenwerking met psychiatrie

William (11 jaar)

William kwam in het ziekenhuis via een kinderpsychiatrische dienst. Daar zagen ze geen psychiatrische problematiek. De pediatrie ging akkoord met een opname. Hij woonde nog niet zo lang met zijn vader in België. Zijn moeder woonde nog in het buitenland. Vader gebruikte veel agressie en was niet bereid om daarmee te stoppen. “Ik wil niet naar huis, daar doen ze me pijn”, zei William tegen de verpleegkundigen. De consulente van William belde elke dag rond voor een crisisbed, zonder succes. Maar er was nergens plaats. “Achteraf vonden wij de kinderpsychiatrie een gepastere plaats”, zeggen ze in het ziekenhuis.

Dat de link tussen psychiatrie, pediatrie en jeugdhulp is niet altijd zo gemakkelijk te leggen is, heeft niet alleen te maken met plaatsgebrek. Ook een cultuurverschil speelt een rol. “De kinderpsychiatrie gaat te veel uit van de wil van een individu. De focus ligt heel hard op motivatie. Dat botst met de pediatrie”, zegt een kinderarts. En een collega: “Het vraagt een *mindshift*. De verpleging zegt dat ze daar niet voor gekozen hebben. Ze zijn pediatrisch opgeleid, niet psychiatrisch.

In een medische opleiding leer je: we identificeren, geven medicatie en kinderen gaan gezond buiten. Bij dat soort jongeren moet je kunnen verdragen dat je niet kunt helpen, dat er onrust is, dat je moet luisteren en op je handen gaan zitten.”

Een apart probleem is dat in het medisch kader de scheidingslijn tussen diensten voor volwassenen en kinderen niet op achttien, maar op vijftien jaar ligt. De pediatrische diensten en diensten kinderpsychiatrie worden gefinancierd tot vijftien jaar. Tot vijftien jaar zie je een kinderarts, daarna word je gezien door algemene artsen. “Voor psychiatrie is er een gat tussen vijftien en achttien jaar”, zegt een kinderarts. “Op de PAAZ (psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis) ben je pas welkom vanaf achttien. Dat is ook geen plaats voor kinderen, al verwijzen veel huisartsen toch zestienjarigen door. Dus nemen wij die erbij op de kinderafdeling, ook al worden we daar niet voor gefinancierd.”

We waren dan ook tevreden om in het federaal regeerakkoord het plan te lezen om een financieringslijn te ontwikkelen voor kinderpsychiatrische diensten tot en met zeventien jaar.

Inspirerend voorbeeld

In één ziekenhuis zeggen ze dat de dienst pediatrie een belangrijke rol heeft, ook bij mogelijke psychiatrische problemen:

“Hier komen veel kinderen met psychische klachten. De spoed is laagdrempeliger dan de psychiatrie. Sommigen komen naar spoed met een vraag naar opname om rust te krijgen. Anderen moeten op spoed zijn omdat ze medicatie genomen hebben, of omdat er suïcide of een pedagogische crisis dreigt. We hebben het beleid om die jongeren niet de deur te wijzen, maar gewoon op te nemen. Vaak valt buiten de kantooruren toch weinig te regelen. De volgende dag gaan we dan met een team van psychologen en de kinderpsychiater inschatten wat de jongere nodig heeft.”

“In de coronacrisis zagen we bijna een verdubbeling van dat soort situaties. De regering is daar wel opgesprongen. Er kwamen middelen om liaisonteams te versterken, extra psychologenuren, extra mensen in de speelzaal. Nu kunnen we kinderen opvangen die wellicht beter op hun plaats geweest waren in de psychiatrie of in de jeugdhulp, maar die daar niet terechtkunnen wegens vol.”

“De helft van die kinderen kan na een paar dagen toch naar huis. Dat kan met mobiele crisisteams of hulpverlening die er al was. Dat is heel waardevol, zowel voor de jongeren zelf als voor de kinderpsychiatrie die bedden vrij houdt om andere jongeren te helpen. De andere helft schuift wel door, bijvoorbeeld naar de psychiatrie. Wij kunnen dat doen omdat we genoeg omkadering hebben, met psychologen en een psychiater. Dat is niet in elk ziekenhuis zo.”

Aanbevelingen

Maak een einde aan het of-ofverhaal van de jeugdhulp en kinder- en jeugdpsychiatrie. Het kan niet dat kinderen met een duidelijke hulpnood geen aanbod krijgen omdat psychiatrie en jeugdhulp naar elkaar doorverwijzen.

Kinderen horen niet thuis in de volwassenenpsychiatrie. Ontwikkel en financieer een passend psychiatrisch aanbod voor 15- tot 18-jarigen.

4.2. Samenwerking met jeugdhulp

“De jeugdhulp zit volledig vast. Als we voor plaatsing of begeleiding aanmelden bij een CKG (Centrum voor Kinderzorg en Gezinsondersteuning, gericht op jonge kinderen), lukt het niet meer om op te starten. Vaak krijgen we dan de vraag of die kinderen niet ergens anders naartoe kunnen, om het

CKG niet in overtal te laten gaan. We snappen dat niet goed, want het is toch logischer dat die in overtal gaan dan dat zo'n kind hier is?" (een ziekenhuismedewerker)

Een klacht die we bij elk ziekenhuis hoorden: de jeugdhulp is te verkokerd. De plaatsen zijn te voorwaardelijk en te tijdelijk. "Een zoveelste organisatie of project op poten zetten is niet altijd waar er nood aan is", zegt een ziekenhuismedewerker. "Bij de vorige regering lag de focus heel hard op zorggarantie en werven. Dat heeft zeker zijn vruchten afgeworpen. Maar het ging altijd over een preventief karakter, middelen gingen niet naar verblijf." Nieuwe projecten zijn belangrijk om innovatieve werkwijzen een kans te geven. Maar het is belangrijk die op tijd te evalueren en positieve praktijken snel structureel te verankeren.

Nieuwe vormen van hulpverlening zijn vaak kortlopend, zoals Eén gezin één plan. Terwijl veel van de kwetsbare gezinnen die passeren in de ziekenhuizen baat zouden hebben bij een langere brede ondersteuning, om plaatsing te voorkomen. "Rond de geboorte hebben we Zorggarantie. Die doen mooi werk, maar in de praktijk is het een project met beperkte middelen en tijd."

Hulpverlening werkt vaak met een te strak afgelijnde opdracht of een te strak bepaalde doelgroep:

"We hadden hier een jongen met gewichtsproblemen en ASS. In het gezin kwam er al thuisbegeleiding. Maar die stond op naam van de oudste broer, die ook ASS had. Voor de jongste broer konden die niets doen." (een ziekenhuismedewerker)

"In de psychiatrie heb je moeder-kindopnames. Die zijn heel waardevol. Maar dat kan alleen in het eerste levensjaar van het kind. Ze zouden die termijn moeten oprekken. Vaak duurt het een tijdje om problematieken in kaart te brengen. We hadden hier een kind van dertien maanden. Waren we een maand vroeger, dan kon dat kind samen met de moeder een psychiatrische behandeling krijgen. Dat zou voor allebei de beste oplossing geweest zijn. Nu moest dat kind naar het Zeepreventorium terwijl mama thuis zat. Terwijl we heel goed wisten dat dat kind eigenlijk niet gebaat was bij het Zeepreventorium." (een ziekenhuismedewerker)

Als er geen oplossing gevonden wordt in de officiële jeugdhulp, gaan mensen zoeken naar alternatieven. "Je weet, een crisispleeggezin is voor veertien dagen, maar dan is het zoeken naar een andere oplossing als Pleegzorg niets vindt. Er circuleerde een Facebookgroep met oproepjes van consulenten om gastgezinnen te zoeken. Dat was met goede bedoelingen. Maar die mensen zijn niet gescreend. We hebben negatieve ervaringen met mensen die op zo'n oproep reageerden, die vinden dat het niet snel genoeg gaat, of onrealistische verwachtingen hebben. Op neonatologie is er iets meer mogelijkheid tot overdracht. Om bijvoorbeeld eerst met 'rooming in' een overnachting te komen doen en de baby te leren kennen."

De sociaal werkers van ziekenhuizen bouwen niet alleen een samenwerking op met jeugdhulpverlening, maar leggen contacten met de bredere sociale kaart. Veel van de problemen waar gezinnen mee kampen en die tot een verontrustende thuissituatie leiden, zijn niet gebonden aan de opvoeding. Bij onze bezoeken merkten we een groot engagement om samen te werken met allerlei organisaties en partners.

"Eigenlijk is plaatsing niet het alternatief voor een verblijf hier, maar moet je investeren in de thuissituatie. Je kunt aanmelden voor thuisbegeleiding, maar voor veel gevallen is er helemaal geen dienst. Die nood aan ondersteuning komt steeds meer naar boven. Gezinnen waar een lege frigo staat, die niet weten waar je naar de winkel kunt gaan of waar er een speelpleintje is.

Veel kinderen vallen niet in een hokje. Daardoor zie je situaties onnodig escaleren. We spreken dan over kinderen met obesitas van wie je na de opname hier de gezondheid opnieuw achteruit ziet gaan. Die op de duur niet meer naar school gaan omdat ze de trappen niet op raken. Je kunt het de ouders vaak niet kwalijk nemen. Als je twee shifts draait om rond te komen, heb je daarna geen zin om met je kind naar het park te gaan. Vind maar eens het juiste aanbod als ouder. Waar vind je informatie? Hoe weet je welk papier je moet indienen?”

Praktisch merken de ziekenhuizen nog op dat het voor hen niet eenvoudig is om een aanmelding te doen in de jeugdhulp. Ze hebben geen toegang tot het aanmeldplatform Insisto.

We lezen in het plan “Naar de jeugdhulp van morgen” dat de minister er voor wil zorgen dat elke jongere gepaste hulp krijgt, ook wanneer dit een residentiële plaatsing betekent. Het plan wil dat er voor elke minderjarige de nodige capaciteit en omkadering is. Het Kinderrechtencommissariaat denkt dat dit inderdaad dringend nodig is en kijkt uit naar de verdere verwezenlijking hiervan.

Aanbeveling

Zorg dat elk kind in een verontrustende situatie gepaste hulp krijgt. Ga verkokering in de jeugdhulp tegen. Elk kind heeft recht op toegankelijke brede hulp, zolang dat nodig is.

4.3. Samenwerking met justitie

Hoewel ook justitie en ziekenhuizen een andere taal spreken, horen we opvallend vaak dat de samenwerking goed loopt. Vaak is dat het resultaat van veel onderling afstemmen en inspanningen doen om elkaar beter te leren kennen.

“Het contact met de jeugdrechtsbank zit bij ons goed. De consultants doen zo hun best maar staan machteloos. Onlangs barstte er een aan de telefoon in tranen uit. Dat is schrijnend, maar iedereen staat met de rug tegen de muur.” (een sociaal werker)

Er zijn ook uitzonderingen: sommigen ervaren de jeugdrechtsbank niet als samenwerkingspartner, maar als negatieve factor. Ook de bereikbaarheid van de consultants van de sociale dienst van de jeugdrechtsbank (SDJ) en het Ondersteuningscentrum Jeugdzorg (OCJ) kan soms beter:

“Het duurt vaak lang voordat duidelijk is wie de consultant SDJ is. In afwachting gaan we alvast contacten leggen met voorzieningen. Maar eigenlijk is dat niet oké, dat is onze taak niet en we hebben daar ook geen mandaat voor. Ook bij het OCJ duurt dat vaak een tijdje.” (een sociaal werker)

Soms moet het verkeerd lopen voordat de samenwerking op gang komt, zoals voor Louise:

Louise (0 jaar)

De vroedvrouwen van het ziekenhuis leerden de moeder van Louise al kennen toen ze nog zwanger was. Achteraf bleek dat veel meer mensen toen al bezorgd waren, maar niet in die mate dat ze het beroepsgeheim doorbraken en het met anderen bespraken. Het ziekenhuis hoorde alleen het verhaal van de ouders. Daar zaten verontrustende elementen in, maar de vroedvrouwen zagen ook dat de ouders graag hun best wilden doen.

Na de bevalling merkten ze dat de moeder toch minder sterke vaardigheden had dan ze hoopten. Ze vroegen zich af: was het verantwoord dat de ouders met Louise naar huis zouden gaan? Ze belden het parket om te overleggen, ook al hadden ze te weinig informatie. Het parket antwoordde dat ze

toevallig net een melding gekregen hadden van andere hulpverleners die ook bezorgd waren. Het parket was van plan Louise te plaatsen in hoogdringendheid. Maar ze hadden alleen de mogelijkheid om de ouders te bellen, niet om een persoonlijk gesprek te voeren. Dus kreeg het ziekenhuis de opdracht om die plaatsing uit te leggen aan de ouders.

“Het was al laat, dus hebben we eerst nog een nacht afgewacht. Dat was niet gemakkelijk, we hebben het bevel naast ons neergelegd. Wat als er toch iets gebeurd was? Met verhoogd toezicht zijn we de nacht in gegaan.”

De volgende dag kregen de ouders zo voorzichtig mogelijk de boodschap. “De security was op de hoogte, want de vader stond bekend om agressief gedrag. Ook nu: hij was razend, liep weg, sloeg met zijn vuist een gat in de muur. Bijna kwam het tot een escalatie in de wachtzaal. Louise lag ondertussen veilig op neonatologie. Security greep in, de politie kwam ook. De vader vertrok, maar kwam daarna weer terug. Toen moest de politie opnieuw komen, naar een afdeling met allemaal baby’s en pas bevallen vrouwen. Een psycholoog is daarna bij alle ouders in de gang langs geweest.”

Omdat het ziekenhuis moest melden dat Louise geplaatst werd, weigerden de ouders daarna elke samenwerking. “Het parket nam hier zijn rol niet op. Eigenlijk had de politie die boodschap moeten brengen.” Dus ging het ziekenhuis in overleg met de sociale dienst en de jeugdrechter. Ze maakten afspraken: “Als zij inschatten dat het veilig is, doen wij het. Maar als we moeilijkheden verwachten, is het aan de sociale dienst van de jeugdrechtbank om ouders te informeren. En als het echt onveilig is, moet het parket zorgen dat de politie tussenbeide komt. Die afspraak werkt wel.

Wij doen dat nu, maar dat zou overal zo moeten zijn. We hebben een positief gevoel na het overleg met de sociale dienst van de jeugdrechtbank. De bereidheid om elkaar te vinden was heel ruim, al stuit je soms op de grenzen van je beroepsgeheim. Ook met het Vertrouwenscentrum Kindermishandeling werken we goed samen en kunnen we anoniem overleggen. We willen ook nog samenzitten met het OCJ, met de sociale dienst van de politie en met de parketmagistraten. Omdat er in de sector veel wisselende gezichten zijn, zullen we dat moeten blijven herhalen.” (een vroedvrouw)

De beschikkingen vormen een punt waarop de samenwerking nog beter kan. Een beschikking is een officiële beslissing van de rechter. Voor het ziekenhuis is het belangrijk om die zwart op wit te hebben. Is er geen beschikking, dan beslissen de ouders over hun kind. Nogal wat gesprekspartners zeggen dat ze die beschikking niet of te laat krijgen.

“Het gaat al beter dan vroeger. Vroeger kregen we die beschikkingen helemaal niet. Nu wel, maar niet altijd op tijd. Ouders zijn niet altijd akkoord. Die weten vaak beter dan wij wanneer de beschikking exact afloopt. Dan mogen we het kind officieel niet hier houden. Als we niet binnen een half uur na de looptijd van de beschikking een nieuw papier hebben, staan ze voor onze neus, soms met broertjes en zusjes aan de hand. Ze worden boos, security moet erbij komen. Dat geeft wel commotie op de gang, al dan niet waar kinderen en andere patiënten bij zijn.” (een ziekenhuismedewerker)

Aanbevelingen

Zorg voor goede afstemming tussen jeugdrechters, parket en plaatsende instanties, in dit geval de ziekenhuizen. Zorg voor tijdige beschikkingen. Als de jeugdrechter een beslissing neemt, dan is het aan de jeugdrechter, de sociale dienst van de jeugdrechtbank en het parket om de ouders daarvan op de hoogte te brengen.

5. Familie

5.1. Ouders

Als de jeugdrechter een kind in het ziekenhuis plaatst, staan in de beschikking meestal instructies rond de bezoeken van ouders. Kinderen vragen daar ook om. Zoals een ziekenhuismedewerker het verwoordt: “Het blijven wel hun ouders, de loyaliteit is zo groot. Wij zijn de boosdoeners die daartussen komen fietsen.”

Voor hun recht op een gezinsleven is het belangrijk dat – als dat veilig kan – kinderen hun ouders kunnen zien. De medewerkers van ziekenhuizen die we spraken, benadrukken het belang daarvan: “Niet alleen de ouders hebben bezoekrecht, we zien dat als een recht van het kind. We willen dat graag realiseren, anders ligt dat kind daar alleen. Maar voor de haalbaarheid moeten we soms ingaan tegen het recht van het kind.”

Want die bezoeken vragen soms bijzondere inspanningen. Als de ouders hun kind mogen zien, kan de jeugdrechter vragen dat dat onder toezicht gebeurt. De jeugdrechter wil er zeker van zijn dat de ouders geen schadelijk gedrag stellen tegenover hun kind of dat ze hun kind niet meenemen tegen de beslissing van de jeugdrechter in. Ook wegen observaties van ziekenhuismedewerkers soms mee door in beslissingen over het verdere traject. Hebben de ouders de capaciteiten om zelf voor hun kind te zorgen? Zou het veilig zijn als het kind naar huis gaat? Hoe de ouders zich in het ziekenhuis gedragen, kan een voorspellende waarde hebben.

“Toezicht houden, dat doen we sowieso. Maar soms krijgen we expliciet de vraag om ernaast te gaan zitten. Dan zouden we daar voor de duur van het bezoek een verpleegkundige voor moeten vrijmaken. Voor ons is het onbegonnen werk om ouders op die manier in de gaten te houden. Soms zijn we bang dat ouders hun kind zullen meenemen, als het geplaatst is bij ons of als de ouders in een vechtscheiding zitten. Maar onze pediatrie zit op het gelijkvloers met vier nooduitgangen. Wij zijn geen gevangenis.” (een ziekenhuismedewerker)

Niet alleen van de ziekenhuizen vragen de bezoeken een bijzondere inspanning. Ook voor de kinderen zelf gaan de bezoeken soms gepaard met spanningen. Een ziekenhuis heeft niet de juiste omkadering om genoeg sociale en emotionele ondersteuning te bieden aan het kind.

Rayan (2 jaar)

“We kregen een bevelschrift met bezoekregels die we moesten naleven. We zorgden dat een van ons in de buurt bleef om de vinger aan de pols te houden. Zijn moeder kwam op bezoek, bleef dan vijf minuten en ging overhaast weer weg. Maar Rayan was overstuur als mama vertrok en moest daarna wel een uur getroost worden. Wij moeten toezicht houden op de relatie tussen ouder en kind. Die bezoeken hadden een grote impact op het kind. We konden daar wel feedback over geven aan de consulent. Die besprak dat met de moeder. Maar het is een moeilijk evenwicht om nog genoeg vertrouwen te behouden van die ouders. Zeker omdat de moeder al eerder met het kind vertrokken was.” (een sociaal werker)

Niet alle ouders maken gebruik van hun bezoekrecht. Met één ziekenhuis hadden we contact over een jongen van zeven jaar die uiteindelijk bijna een jaar in het ziekenhuis bleef. Zijn moeder kwam maandenlang niet op bezoek. De jongen was zeker niet de enige die tevergeefs wachtte op bezoek. (Dat is niet uniek voor de ziekenhuizen. Ook in de jeugdzorg hebben jongeren soms heel betrokken ouders en soms ouders die nooit langskomen. Maar in de jeugdzorg moet er genoeg omkadering zijn om iets te doen met de emoties die dat teweegbrengt en is er normaal een contextbegeleider die de ouders kan aanklampen. In een ziekenhuis is die er niet.)

Andere kinderen zien hun ouders niet omdat de jeugdrechter een contactverbod uitsprak. Dat gebeurt als de jeugdrechter het niet veilig vindt dat de ouders hun kind zien. In een ziekenhuis is het niet altijd evident om een contactverbod te handhaven:

Luna (4 maanden)

“Met de ouders van Luna was er een contactverbod. Dat zijn heel fragiele situaties. Vaak gebeurt zoiets op vrijdagmiddag. Als de verpleegkundigen niet weten waarom dat kind hier terechtkomt, is het moeilijk als de ouders hier ineens staan. Ze kunnen niet inschatten welk gedrag of welke problemen ze kunnen verwachten.” (een ziekenhuismedewerker)

Een contactverbod zorgt er ook voor dat verpleegkundigen en vroedvrouwen extra taken opnemen:

“Normaal nemen ouders een stuk zorg op, bijvoorbeeld eten geven. Onze verpleegkundigen hebben niet altijd de tijd om dat te doen als de ouders niet toegelaten worden. Ze krijgen soms onder hun voeten van de rechtbank omdat ze ouders wel of juist niet toelieten, terwijl de communicatie over rol van de ouders vaak niet duidelijk is.”

Bovendien zijn de ziekenhuizen niet altijd op de hoogte van een contactverbod. Soms staat dat niet duidelijk in de beschikking of krijgen ze die te laat. Vaak verandert de beschikking regelmatig, zoals voor Matteo:

Matteo (0 jaar)

“De ouders van Matteo mochten eerst niet weten waar hij verbleef. We namen hem anoniem op. Daarna mochten de ouders wel komen. Tot het moment dat ze hier gevochten hebben. Toen mochten alleen de grootouders nog komen. Daarna mocht mama toch wel weer contact hebben. Plots moest ze hier verplicht blijven slapen om haar goede intenties te laten zien. Daarna werd alle contact weer teruggeschoefd. En dan mocht Matteo ineens mee naar huis. Je zou als ouder van minder boos worden. Dat was allemaal in het belang van het onderzoek, maar bij het effect op het kind wordt niet stilgestaan. Dat welles-nietes kan nooit in belang van het kind zijn.”
(een ziekenhuismedewerker.)

Aanbeveling

Hou voor ogen dat een plaatsing voor hoogspanning zorgt. Voor kinderen is het niet evident om hun ouders wel of niet te zien: zowel bezoeken van ouders als een contactverbod zijn in een ziekenhuis niet evident. Een plaatsing in een ziekenhuis is in die zin in tegenspraak met het recht op een gezinsleven. Jeugdrechters willen een mate van toezicht die het ziekenhuis niet kan bieden.

5.2. Broers en zussen

Kinderen hebben niet alleen recht op contact met hun ouders, maar ook op contact met hun broers en zussen. Het crisisnetwerk is oververzadigd: dat geldt zeker als een jeugdrechter een plaats zoekt voor kinderen uit een groot gezin. Dan is er meer kans dat er buiten de jeugdhulp gezocht wordt. De ziekenhuizen signaleren dat ze niet de omkadering hebben om bezoeken te regelen.

Noah en Liam

Noah en Liam zijn de jongste van vijf kinderen, die allemaal al een lang traject hadden in de hulpverlening. “Niemand van ons begrijpt goed waarom ze niet eerder naar een meer dwingende vorm overgeschakeld zijn”, zeggen ze in hun ziekenhuis. “Uiteindelijk meldde het wijkgezondheidscentrum ze aan bij het Vertrouwenscentrum Kindermishandeling.

Niet lang daarna volgde de verwijzing naar het parket en een hoogdringende plaatsing. Toen moest het plots heel snel gaan.

Vijf plaatsen vrijmaken, dat lukt voor ons niet. Maar eigenlijk zou je de beslissing niet mogen nemen om broertjes en zusjes te scheiden. Ook al omdat je weet dat als je ze opsplitt, ze niet altijd weer samenkomen. Wij namen de jongste twee uit dat gezin op. Zij kregen uiteindelijk vrij snel een plaats in pleegzorg, zonder hun oudere broers en zussen.”

Aanbeveling

Bij het recht op een gezinsleven hoort ook het recht op contact met broers en zussen, wat in ziekenhuizen moeilijk te realiseren is als broers en zussen op verschillende plaatsen verblijven.

6. Beroepsgeheim

“In zulke situaties is er veel samenhang bij de verpleging. Maar vaak zitten we ook met vragen, zoals over het beroepsgeheim. Mag ik een kind vragen stellen? Wat moet ik doen als het mij iets vertelt? Wanneer trekken we aan de alarmbel? Daarom gaan we nu vorming organiseren over beroepsgeheim.” (een ziekenhuismedewerker)

De beleidsnota Welzijn plant meer vorming over het beroepsgeheim. Dat is zinvol: uit de praktijk blijkt dat sommige hulpverleners de relevante wetgeving niet goed kennen en dat de vraag naar vorming daarover groot is. Dat merken we ook bij de klachtenlijn van het Kinderrechtencommissariaat.

We horen dat ziekenhuismedewerkers doortastend te werk gaan in verontrustende situaties. Ze voelen frustratie:

“Wij worstelen niet meer om ons beroepsgeheim bij verontrusting te doorbreken. Bij andere hulpverlening wordt vaak getreuzeld. Het mag veel oplossingsgerichter. Vroeger kwam Kind en Gezin hier elke week langs om gezinnen te bespreken. Nu doen ze dat niet meer vanwege hun beroepsgeheim, maar dat was net waardevol. In contacten met andere ziekenhuizen merken we dat ook. ‘Ik mag dat niet zeggen zonder toestemming van de ouders’, horen we dan. Onlangs moesten we van de dienst neonatologie van een ander ziekenhuis met de ouders bellen voor toestemming.” (een ziekenhuismedewerker)

In sommige situaties is goede informatiedoorstroming cruciaal. Hulpverleners zeggen ons dat ze elk een stukje van de puzzel hadden en achteraf wilden dat ze die puzzelstukjes eerder samengelegd hadden, waardoor er sneller hulp en samenwerking op gang was kunnen komen. Het Kinderrechtencommissariaat steunt volop de uittekening van een juridisch kader voor die informatiedeling, zoals ook dit ziekenhuis vraagt:

“We willen een protocol om beroepsgeheim te doorbreken en rapper naar het parket te bellen. Nu moeten we dat doen terwijl het niet mag. Als je dan hoort dat er op verschillende plaatsen ongerustheid is, kun je ingrijpen. Nu zijn we alleen met onze ongerustheid. Er zijn vaak te veel mensen met één casus bezig zonder coördinatie. Een gezin kan ook geen twintig hulpverleners aan. Als verschillende partners samenwerken, kun je signalen samenleggen, zoals dat kan bij het protocol intrafamiliaal geweld. Dat kan zijn vruchten afwerpen, zoals een pleeggezin dat sneller klaar staat.”

Het plan “Naar de jeugdhulp van morgen” wil een hulp- en meldcode opstellen voor iedereen die met situaties van verontrusting in aanraking komt. Er is sprake van “een systeem van richtlijnen en afspraken” dat een “dynamisch handelingskader” biedt. We denken dat hier inderdaad nood aan is.

Tegelijk waarschuwden we in ons advies bij de beleidsnota Welzijn om omzichtig om te gaan met informatiedeling. We verwezen naar de decretale bepalingen rond het casusoverleg in de Veilige Huizen. De deelnemers daaraan kunnen alleen maar informatie delen voor zover die relevant en proportioneel is voor het doel van het casusoverleg, met name de bescherming van de fysieke en psychische integriteit van een of meer leden van het cliëntsysteem. Het decreet bepaalt uitdrukkelijk dat deelnemers vrij zijn om te bepalen welke informatie ze delen op basis van de finaliteit van het casusoverleg. Die vrijheid moet absoluut gegarandeerd blijven, ook in toekomstige regelgeving.

Aanbevelingen

Teken een meldcode uit voor informatiedeling, maar ga omzichtig om met het beroepsgeheim. Zorg dat alle betrokkenen duidelijk op de hoogte zijn van de inhoud van deze meldcode.

7. Geen school, geen dagstructuur

7.1. Dagbesteding

De medewerkers die we spraken, worstelen allemaal met het aanbod dat ze kinderen konden doen op het vlak van ontspanning en activiteiten. Vaak is er te weinig omkadering om gezonde kinderen een zinvol dagprogramma te geven. We horen hoe medewerkers dat proberen te compenseren door hun extra grote inzet voor die kinderen.

“Kinderen hebben knuffels nodig. Niemand van ons hier wil die kinderen gewoon in die kamer in dat bed laten. Die eten bij ons, wij spelen met die kinderen. We hebben een keer allemaal geld bijgelegd om kleren te kopen. Die kinderen moeten gestimuleerd worden. We zijn daar nog mee gaan wandelen om gewoon eens buiten te zijn.” (een ziekenhuismedewerker)

Rayan (2 jaar)

“Rayan had meer aandacht nodig dan andere kinderen. We deden wat we konden, buiten onze taakomschrijving. De ziekenhuismedewerkers zeggen hoe ze buiten hun taakomschrijving deden wat ze konden. Hij is een keer mee geweest op teamoverleg. Ik denk dat hij bij iedereen op schoot gezeten heeft. We hebben gekeken waar we reguliere taken konden overslaan, om intensief met hem bezig te zijn, om hem een keer in bad te laten spelen, om naar buiten te gaan en naar de diertjes te kijken.

Hij kreeg zijn boterhammen aan tafel bij de verpleegkundigen. Hij wou niet eten: hij kwam binnen met ondergewicht en was duidelijk niet gewend aan tafelmomenten. We zaten met vragen over de beste aanpak. Met liefde kun je veel doen, maar als we hier allemaal iets anders zeggen over korstjes opeten zijn we opvoedkundig niet goed bezig. Zo’n situatie vraagt eigenlijk extra ondersteuning.

We vroegen aan andere ouders of hun kind met Rayan mocht spelen, als hun kind geen besmettelijke aandoening had. Rayan fleurde daarvan op. Kinderen zijn zonder oordeel over elkaar. Soms zijn het eerder ouders die reageren als ze iets doorkrijgen.” (een ziekenhuismedewerker)

Maar ondanks al die inspanningen blijven de mogelijkheden beperkt. “Kangoeroezorg, de baby bij de moeder leggen voor de hechting, kan niet als de moeder niet komt. Het team probeert dat zelf te doen, maar vaak heb je daar gewoon geen tijd voor”, hoorden we bijvoorbeeld. Of: “We proberen hier activiteiten te organiseren, met ze naar buiten te gaan. Maar kinderen die hier zitten en die niet naar de ziekenhuisschool kunnen, hebben in de praktijk weinig bezigheden. Vaak zitten ze voor tv.

Soms moeten we al om vier uur beginnen met de voorbereiding om naar bed te gaan, anders krijgt team het niet rond.”

In veel ziekenhuizen werken er vrijwilligers mee, bijvoorbeeld op de materniteit als ‘babyknuffelaar’. Belangrijk werk. Toch spreken medewerkers hun zorg uit over het wettelijk kader, zeker als de jeugdrechter meekijkt:

“Ik herinner me een jongetje met ASS dat we ‘s nachts niet alleen konden laten. Hij kroop dan altijd bij mij in bed. In zo’n situatie zoek ik een vrijwillige babysit. Soms zijn dat kinderen van collega’s, soms gepensioneerden die komen babysitten. Ik ben dan heel voorzichtig in wat ik doe. Wat mag er wettelijk? We weten niet altijd binnen welke klijtlijnen we mogen werken. Soms is er een plaats in de ziekenhuiscrèche, hier een paar kilometer vandaan. Ik heb daar zelf nog kinderen naartoe gebracht. Maar hoe zit dat dan met de verzekering?” (een ziekenhuismedewerker)

Aanbeveling

Zorg dat het recht op vrije tijd en spel zoveel mogelijk gerespecteerd wordt. Vrijwilligers kunnen daarin een belangrijke rol spelen. Zorg dat zij in een duidelijk kader kunnen werken.

7.2. Recht op onderwijs

Gezonde kinderen die de schoolleeftijd bereiken hebben, zouden in theorie naar hun eigen school moeten gaan. Vaak zijn ze daar ook gemotiveerd voor. Toch zien we dat hun recht op onderwijs in het gedrang komt door hun plaatsing in het ziekenhuis.

Frances (13 jaar)

“Frances kwam op vrijdagnacht aan in het ziekenhuis. Toen het weekend voorbij was, wilde ze wel naar school. Ze zei: ‘School is belangrijk, dat gaat mij een andere toekomst geven.’ Maar we kregen het niet georganiseerd. Wie kon haar brengen? Wie heeft dan de verantwoordelijkheid? Dus verloor ze alle structuur. Ze lag tot de middag in bed. Dat voelde echt niet oké. Niemand kon tijd voor haar maken, ook al waren er al veel diensten bij haar betrokken.” (een ziekenhuismedewerker)

We zien wel dat ziekenhuizen oplossingen zoeken: sommigen proberen te zorgen dat er huiswerk bij hen raakt of dat er een leerkracht langskomt. Er zijn ook ziekenhuizen waar een ziekenhuisschool (buitengewoon onderwijs type 5) aan verbonden is waar jongeren naartoe kunnen gaan.

Bij de jongeren die niet via de jeugdrechtbank, maar in het ziekenhuis zelf binnenkomen, merken de ziekenhuizen veel ‘thuiszitters’ op: “Sommige kinderen gaan al weken of maanden niet naar school. Dan komen ze binnen voor iets banaals, zoals een buikgriep. Dan beginnen we rond te bellen en blijkt dat de attestering niet in orde is. Zeker bij vage klachten: waar komt buikpijn en hoofdpijn vandaan? Daar zitten vaak contextfactoren tussen.”

Heel af en toe worden jongeren geplaatst met een complexe problematiek die lang in het ziekenhuis blijven, bij gebrek aan oplossing elders. Hamza bleef bijna een jaar in het ziekenhuis. Voor hem werd niet alleen gezocht naar een verblijfplaats, maar ook naar een school:

Hamza (9 jaar)

“We merken dat zijn ontwikkeling ernstig onder druk staat. Van de hulpverlening kwam er geen initiatief om voor onderwijs te zorgen, of toch niet waar wij weet van hadden. Pas op ons aangeven heeft het netwerk geestelijke gezondheid 28 scholen gebeld voor ze een plaats vonden in het buitengewoon onderwijs. Hij moet er anderhalf uur voor in de bus zitten. De medewerkers moeten

zorgen dat hij op tijd met zijn brooddoos aan het onthaal staat. Maar in de bus en op school loopt het wel goed.” (een ziekenhuismedewerker)

Aanbeveling

Respecteer het recht op onderwijs. Een plaatsing in het ziekenhuis hypothekeert het recht op onderwijs meestal ernstig.

8. Gebrek aan veiligheid

Jongeren die uit acute onveiligheid komen en daarom geplaatst worden in het ziekenhuis, hebben vaak al een zware rugzak. Sommigen stellen uitdagend gedrag. Alle gesprekspartners maakten al situaties mee waarin ze erg bezorgd waren over de veiligheid van het kind zelf, van andere patiënten en van de medewerkers. We benadrukken dat elk kind recht op veiligheid heeft. Dikwijls komt dat recht in het gedrang door de plaatsing in het ziekenhuis.

De ziekenhuismedewerkers die we spraken, hebben veel begrip voor moeilijk gedrag, omdat ze elke keer ook blijven zien welk kind daarachter zit. Die gedragsproblemen maakten telkens deel uit van een onbeantwoorde hulpvraag. Het ziekenhuis was voor geen van die kinderen de gepaste partner om daar iets aan te doen. Bij gebrek aan een gepast aanbod blijven ontwikkelingskansen liggen.

Eén ziekenhuis zegt grenzen af te bakenen op het vlak van veiligheid: “Als we een vraag voor zo’n opname krijgen, vragen we altijd of het veilig genoeg is. Minderjarigen met acuut suïcidegevaar of waar er risico is op weglopen, moeten naar een bed in de kinderpsychiatrie. Wij nemen alleen patiënten op die veilig op pediatrie kunnen verblijven.”

William (11 jaar)

“William werd thuis het slachtoffer van geweld en kampte met angst voor zijn familie. Ondertussen stelde hij zelf agressief gedrag in het ziekenhuis. Hij heeft gestolen, hij sloeg met deuren, hij bedreigde andere kinderen en medewerkers. Dat leidde telkens tot discussies. Hij plaste in bed maar wilde dat niet toegeven. Hij zette zijn tv altijd luid omdat hij niet durfde te gaan slapen. ‘Ik ga die baby nemen en ermee weglopen’, zei hij op een bepaald moment.” (een ziekenhuismedewerker)

Frances (13 jaar)

“We konden Frances niet genoeg aandacht geven. Maar ze had manieren om die aandacht wel te trekken: flauwvallen, in crisis gaan. Dat past niet op onze afdeling. We zitten hier met andere kinderen en met verpleegkundigen die daar niet mee vertrouwd of voor opgeleid zijn. ‘s Nachts staan we hier alleen, op de psychiatrie hebben ze dan twee verpleegkundigen. Wat als ze wegloopt? Het gaat er niet om dat we haar niet willen. Maar voor dat meisje hadden we het gevoel dat we niet konden helpen. We stonden met onze rug tegen de muur.” (een ziekenhuismedewerker)

Hamza (9 jaar)

“We hadden schrik dat Hamza zichzelf of andere kinderen iets zou aandoen. Want eigenlijk was er te weinig toezicht. De zorg voor andere kinderen stond ook onder druk door de vele zorg die Hamza vroeg. Tegelijk waren die andere kinderen een risico voor hem: hij zat continu tussen andere zieke kinderen met soms zware problemen.

Hamza heeft een verstandelijke beperking en ASS. Hij praat niet. Hij bijt en loopt weg. Hij neemt fysieke risico’s, plast in de gang en smeert stoelgang uit. Hij eet oneetbare dingen. Voor andere kinderen heeft hij geen enkele interesse.

Bij ons op de pediatrie zijn er vijftien bedden. Elke nacht moesten we een collega bij Hamza zetten. Hij wilde soms niet slapen en bonkte 's nachts op de muren.” (een ziekenhuismedewerker)

9. Machteloosheid bij ziekenhuismedewerkers

De schrijnende situaties van kinderen die geplaatst worden in het ziekenhuis leiden tot een gevoel van onmacht bij de medewerkers. Om al de redenen die we al noemden, stapelen de frustraties zich op. We zien hoe de situaties hen aangrijpen en hoe ze door hun betrokkenheid extra inspanningen doen.

Rayan (2 jaar)

Rayan kwam aan met te kleine schoenen. “We hebben zijn moeder verschillende keren gevraagd om schoenen te halen, maar dat gebeurde niet. Uiteindelijk hebben we een oproepje gedaan in de groep van verpleegkundigen. Iedereen heeft in zijn eigen kasten gekeken. We konden hem een paar gebruikte sandaaltjes geven. Het kan toch niet dat dat de enige oplossing is? We konden als hij hier weggang een minimum aan gerief meegeven. Iedereen had hem wel in het weekend willen meepakken, maar dat gaat natuurlijk niet.”

“Het vraagt van iedereen enorme flexibiliteit, we doen dat met plezier maar ook met veel onmacht. Er kruipt energie in. In de covidperiode hadden we verschillende lange plaatsingen na elkaar, vooral in de eerste lockdown. Dat kwam hard binnen. Verschillende baby's na elkaar die moeten afkicken. Daartussen heb je herstelperiodes nodig.” (een ziekenhuismedewerker)

Voor hun inspanningen voelen de medewerkers weinig erkenning.

“Pediatrisch verpleegkundigen krijgen niet altijd veel respect. We worden gezien als ‘zij die maar babybadjes geven’. Terwijl die situaties toch aantonen hoe belangrijk het is om gekwalificeerde medewerkers te hebben. Wij hebben sterke verpleegkundigen nodig die daar uitdrukkelijk voor kiezen. Niet elke verpleegkundige kan dat werk aan. Die verpleegkundigen hebben voelsprietten voor gezinnen waar in eerste instantie alles oké lijkt te zijn, maar waar je echt verder moet kijken.” (een ziekenhuismedewerker)

Bij die opnames speelt de sociale dienst van het ziekenhuis een belangrijke rol, zowel intern als in de communicatie met externe diensten. “Maar voor de sociale dienst is er geen aparte enveloppenfinanciering in het ziekenhuis. We moeten elke keer verantwoorden waarom we maatschappelijk werkers inzetten voor kinderen. Terwijl wij het belangrijk vinden om ons keihard in te zetten voor die groep. We willen echt onze maatschappelijke verantwoordelijkheid opnemen.”

Aanbeveling

Waardeer professionals die zorg dragen voor kinderen. Geef ze maatschappelijke waardering, en zorg voor genoeg financiering. Zorg dat sociale diensten een structurele financiële inbedding krijgen in de ziekenhuizen om kinderen op te volgen.

10. Perspectief nodig

“Kinderen willen weten wat de volgende stap is. Ze hebben ook het recht om dat te weten. Maar vaak kun je daar niet op antwoorden.” (een ziekenhuismedewerker)

De duur van een plaatsing in het ziekenhuis loopt sterk uiteen. Soms wordt de dag daarna al een crisispleeggezin gevonden, maar dat is uitzonderlijk. Vaak gaat het over dagen of weken voordat er een oplossing uit de bus komt. Voor wie vertrouwd is met de jeugdhulp, klinkt dat misschien niet lang. Maar vanuit kindperspectief is elke dag in het ziekenhuis er een te veel:

“We hadden een kind dat ontslag kreeg op zaterdag. Van Zorggarantie kwam er een oplossing, maar pas de week daarna. Dan valt er een gat. Iedereen zit met de handen in het haar. Voor een ziekenhuis is een week lang. We worden door de overheid beboet op ligdagen. Maar vooral voor dat kind duurt een extra week in een ziekenhuis lang.” (een ziekenhuismedewerker)

Af en toe gaat het over maanden of uitzonderlijk zelfs jaren. Dat soort situaties is voor het Kinderrechtencommissariaat absoluut onaanvaardbaar. Zeker voor jongeren met een handicap of die om een andere reden een complexe zorgnood hebben, is het soms erg moeilijk partners te vinden voor een vervolgtraject. De situatie van Hamza, met ASS, een cognitieve beperking en een verontrustende thuissituatie, is daar een voorbeeld van. Maar hij is zeker niet alleen.

“Voor kinderen met een tracheacanule, een adembuisje in de keel, vinden we bijna nooit een plaats in een gewone voorziening van het VAPH. Want daar is er niet continu verpleging. Mensen willen ook die verantwoordelijkheid niet nemen. Jongeren kunnen soms naar een woonzorgcentrum, waar ook verpleging is. Voor kinderen is dat onmogelijk. Dan is naar huis gaan soms de enige optie.” (een ziekenhuismedewerker)

“Een baby komt over het algemeen sneller in een pleeggezin terecht dan een wat ouder kind. Maar als er veel zorgen zijn, bijvoorbeeld door het shakenbabysyndroom of door druggebruik in de zwangerschap, is het moeilijker een pleeggezin te vinden.” (een ziekenhuismedewerker)

Zelfs als achteraf blijkt dat er snel een oplossing was, weegt het gebrek aan perspectief door. Bij de medewerkers, maar vooral voor het kind zelf. Het maakt ook dat gepaste hulp soms uitblijft.

“Dat je op voorhand niet weet hoe lang het duurt is lastig: soms vragen we ons af, gaan we een psycholoog sturen? Voor een week is dat zinloos, maar als die hier twee maanden blijft, is dat wel zinvol.” (een ziekenhuismedewerker)

William (11 jaar)

“Op de duur belden we elke dag naar de jeugdrechter. Er moest een oplossing komen. Ondertussen ging het team verder buiten hun comfortzone om hem toch maar te kunnen helpen. Op een bepaald moment hebben we gezegd dat hij nog één nacht kon blijven en daarna weg moest. Dat was heel drastisch. En welke oplossing kwam er? Hij werd naar een ander ziekenhuis gebracht. Die belden ons meteen over zijn gedrag daar en hoe ze dat moesten aanpakken. Zelf begreep William er niets van.” (een ziekenhuismedewerker)

11. Wat met de factuur?

Rayan (2 jaar)

“De moeder van Rayan was niet aangesloten bij de mutualiteit en zette daar geen stappen voor. De mutualiteit kwam dus niet financieel tussen voor het verblijf van Rayan. De factuur van het ziekenhuis liep hoog op. Kan niemand anders het mandaat overnemen om dat kind in orde te brengen met de mutualiteit? De factuur is nu dertig keer zo hoog, en het heeft geen zin om daar een deurwaarder op te zetten.” (een ziekenhuismedewerker)

Als de jeugdrechter een kind plaatst in een voorziening in de jeugdhulp, betaalt de overheid. In ruil wordt twee derde van het groeipakket ingehouden. De voorziening krijgt per jongere een dagvergoeding. “Met dat dagbedrag zouden we er niet komen”, zeggen ze in een ziekenhuis. “Een bed bij ons kost 600 euro per nacht.”

Plaatst de jeugdrechter in een ziekenhuis (of in een andere medische setting), dan zijn de kosten voor de ouders, voor zover ze niet gedekt worden door de mutualiteit of de hospitalisatieverzekering. De facturen blijven vaak onbetaald: ouders hebben het geld niet, of ze vinden het niet fair om voor een verblijf te betalen dat opgelegd is. Een ziekenhuis haalt als voorbeeld een factuur van 30.000 euro aan voor de plaatsing van twee broers.

Als een jongere niet aangesloten is bij een mutualiteit, kunnen de kosten drastisch oplopen. Ook de verzekering komt niet altijd tussen, bijvoorbeeld als een jongere opgenomen wordt na een suïcidepoging. “We hadden een meisje dat hier voor de derde keer opgenomen werd na een overdosis”, zegt een ziekenhuismedewerker. “De mutualiteit betaalt terug, de verzekering niet.”

In de zoektocht naar gepaste hulp zoeken hulpverleners soms creatieve oplossingen, maar ook daar zijn er soms problemen met de betaling: “We zitten in een grensregio. Over de landsgrenzen zijn er meer bedden, dus daar zou je sneller een oplossing kunnen vinden. Maar de mutualiteit geeft geen toestemming om in Nederland te zoeken. We hadden hier ooit een papa die aanbood om zelf de kosten van een opname in het buitenland te betalen. Maar het ziekenhuis daar wilde een garantstelling en die wilde de mutualiteit niet geven.”

Niet alleen de medische kosten zelf zijn een probleem. Soms komen jongeren aan zonder kleren. Als het verblijf lang aansleept, dringt zich ook de vraag op wie extra kosten draagt, zoals voor Hamza (9). Voor hem werd na een maandenlange zoektocht een school gevonden. Maar toen die op bosklassen ging, was de vraag wie daarvoor zou betalen.

Aanbevelingen

De hoofdaanbeveling blijft om geen kinderen om niet-medische redenen in ziekenhuizen te plaatsen. Als een jeugdrechter dat toch oplegt, bijvoorbeeld omdat er toch medische redenen in het spel zijn, dan mogen de kosten niet ten laste van de ouders komen. Bekijk hoe een plaatsing in een medische setting zoals een ziekenhuis of revalidatiecentrum gefinancierd kan worden.

12. Geen overdracht en nazorg

Net zoals er bij aankomst vaak weinig ruimte is voor een warme overdracht, gaat het vertrek volgens de ziekenhuizen ook vaak te snel.

“We ijveren voor een snelle oplossing. Dat is in het belang van het kind. Maar als die oplossing gevonden wordt, is het soms zo overhaast dat je daar ook een slecht gevoel van krijgt. Om twee uur is de voorleiding gepland, om vijf uur komen ze het kind halen. Maar dan is iedereen van de dagshift al weg en is er geen overdracht.” (een ziekenhuismedewerker)

Als een kind langer blijft, is het voor ziekenhuismedewerkers soms moeilijk om in het ongewisse te blijven over het welzijn van het kind.

Frances (13 jaar)

“Het is moeilijk dat je niet weet hoe het haar verder vergaat. We hebben nog één keer een bericht gekregen dat ze opnieuw weigerde om naar huis te gaan. De politie heeft haar toen uiteindelijk wel naar haar familie gebracht.” (een ziekenhuismedewerker)

Dat je niet weet hoe het verder gaat met een kind met wie je een band ontwikkelde, is een stukje eigen aan werken met kinderen in een verontrustende thuissituatie. Maar niet alleen uit emotionele betrokkenheid vragen medewerkers zich af hoe het gaat met het kind: ze hopen dat de geplande vervolghulpverlening volstaat.

“Je hecht je ook aan een kindje. En dan is het er ineens niet meer. We mogen daarna niets meer weten over dat traject. Die vragen vreten soms aan je. We hopen dat het oké is met dat kindje. Zeker als we maximaal kiezen voor contextbegeleiding en ze gaan mee naar huis. Soms is het bang afwachten tot we ze terugzien.

We zijn bruggenbouwers tijdens de opname. We melden aan voor allerlei diensten, maar wie gaat dat vasthouden? De kinderen zijn naar huis met een plan, maar als de ouders daarna de deur niet meer opendoen voor de hulpverlening, valt dat plan in duigen. Andere diensten hebben soms weinig ruimte om daarmee om te gaan.” (een ziekenhuismedewerker)

Sowieso zindert het verblijf na:

“Hamza is hier nu een jaar geleden vertrokken, nadat hij hier meer dan een jaar verbleef. Maar de impact op het team blijft groot. We praten nog veel over hem en situaties die voorgevallen zijn. Ik heb de indruk dat het team het nodig heeft om dat bespreekbaar te houden. Maar met één duidelijke wens: laat dat nooit meer gebeuren.” (een ziekenhuismedewerker)

Soms wordt het ziekenhuis daarna nog wel geraadpleegd omwille van hun expertise:

“Er verbleef hier ooit een kindje met shakenbabysyndroom. Die was hier heel lang, omdat er veel uitgeklaard moest worden. Onze dienst was op dat moment echt overbevraagd. Uiteindelijk ging ze naar een pleeggezin. Die hadden veel psycho-educatie nodig. Ook al was ze hier weg, toch keken de jeugdrechtbank en Pleegzorg naar ons om dat op te nemen.” (een ziekenhuismedewerker)

13. Besluit: zoek alternatieven

“Plaats een kind niet in een ziekenhuis, maar zoek een alternatief, goedkoper en beter. Kinderen hebben een warme huiselijke setting nodig in afwachting van iets anders. Dat is ook financieel veel interessanter voor de samenleving. Een plaats in een ziekenhuis is voor niemand een goede oplossing. Maar het is de gemakkelijkste oplossing, want je kunt hier dag en nacht binnen, in de week en in het weekend.” (een ziekenhuismedewerker)

Beter dan de experts in de ziekenhuizen kunnen we het niet verwoorden. We kunnen aanbevelingen doen die een verblijf in een ziekenhuis voor kinderen zouden verbeteren. Maar een plaatsing door de jeugdrechter in een ziekenhuis om niet-medische redenen brengt automatisch kinderrechtenschendingen met zich mee. Een versterking van de jeugdhulp en van de samenwerkingen op het terrein dringt zich op.

Bedankt

Dit advies kwam tot stand met dank aan de medewerkers van zes ziekenhuizen die we bezochten, Zorgnet Icuuro en de werkgroep kinderverpleegkundigen van het Netwerk Verpleegkunde. We wensen iedereen die de tijd nam om verhalen te delen en het advies na te lezen van harte te bedanken.