



Kinderrechten in de gezondheidszorg



Kinderrechtenforum 8 | 2011

Kinderrechten in de gezondheidszorg

Colofon

Kinderrechten in de gezondheidszorg

Kinderrechtenforum nr. 8, 2011

Kinderrechtencoalitie Vlaanderen vzw

November 2011

Eindredactie

Farah Laporte en Jef Geboers

Kinderrechtencoalitie Vlaanderen vzw

Pacificatielaan 5, 9000 Gent

Grafisch ontwerp

Pieter Willems

www.pjotr.be



Voorwoord

3

Sinds de oprichting van de Kinderrechtencoalitie Vlaanderen in 1996 is het steeds de betrachting geweest om de krachten te bundelen door mensen, organisaties en ideeën samen te brengen omtrent rechten van kinderen. De Kinderrechtencoalitie wil specifiek vanuit het gezichtspunt van niet-gouvernementele organisaties (NGO's) een structurele bijdrage leveren aan de implementatie van de rechten van het kind zoals die worden erkend in het door België geratificeerde Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind (IVRK).

Eén van de middelen die de Kinderrechtencoalitie hierbij hanteert, is de organisatie van Open Fora. Op deze momenten zijn NGO's, academici, beleidsinstanties, semioverheden en individuele geïnteresseerden welkom voor discussie en overleg.

Dit Kinderrechtenforum is het achtste in de reeks en bundelt het standpunt en de aanbevelingen van de Kinderrechtencoalitie met bijdragen van sprekers op de Open Fora van 19 mei (toegang tot de gezondheidszorg en kinderrechten en ziekenhuis) en 15 juni 2011 (kinderen en jongeren: geestelijke gezondheid en psychiatrie).

Met dit Kinderrechtenforum wil de Kinderrechtencoalitie de constructieve dialoog met alle betrokkenen verder verdiepen, belangrijke thema's blijvend in de aandacht brengen en de discussies die hieromtrent worden gevoerd, stimuleren. Het Kinderrechtenforum zal als bronnenmateriaal worden gebruikt bij het alternatief rapport dat door de Kinderrechtencoalitie en haar Franstalige zusterorganisatie CODE wordt samengesteld.

KINDERRECHTENFORUM

8

2011

Kinderrechten in
de gezondheidszorg

3 Voorwoord

- 01** 7 Kinderrechten in de gezondheidszorg
Kinderrechtencoalitie Vlaanderen
- 02** 39 Aanbevelingen
Kinderrechtencoalitie Vlaanderen
- 03** 47 Is onze gezondheidszorg financieel toegankelijk voor kinderen en jongeren?
Lieve Declerck
- 04** 61 Kinderen zonder ziekteverzekering
Veerle Evenepoel & Kim Verschueren
- 05** 67 Kinderrechten in het ziekenhuis: een inleiding
Fiona Ang & Jan Verschelden
- 06** 81 Onderwijs is een recht, ook voor zieke kinderen
Kathy Lindekens
- 07** 93 Kinderen in psychiatrische diensten: wat denken ze ervan?
Gaëlle Buysschaert
- 08** 101 Goede zorg voor kinderen en jongeren: nood aan samenhang
Dr. Sara Wouters
- 09** 105 Rechten van kinderen in de Centra Geestelijke Gezondheidszorg:
(goede?) praktijk en knelpunten
Dirk Kaethoven

115 Bijlagen

123 Bronnen

129 Organisaties

135 Over de auteurs

Kinderrechten in de gezondheidszorg

Jaarthema gezondheid	7
Aanleiding	7
Open Fora	10
Open Fora rond 'toegang tot de gezondheidszorg' en 'kinderrechten en ziekenhuis' (19 mei)	10
Open Forum 'Kinderen en jongeren: geestelijke gezondheidszorg en psychiatrie' (15 juni)	10
Kinderrechten in de gezondheidszorg	11
Gezondheid vanuit een (kinder)rechtenperspectief	11
Toegang tot de gezondheidszorg	12
Armoede en gezondheid	13
Wordt iedereen gelijk geboren?	16
Kinderen in precair verblijf	18
Kinderrechten en ziekenhuis	19
Kinderen en jongeren: geestelijke gezondheidszorg en psychiatrie	25
Knelpunten in de sector	25
Knelpunten bij kinderen in de psychiatrie	30
Beleid	35

Jaarthema gezondheid

Aanleiding

België geniet op Europees niveau een hoog aanzien als het gaat om het aanbod en de toegankelijkheid van haar gezondheidszorg.¹ Is het dan eigenlijk wel terecht om uitgebreid stil te staan bij de rechten van kinderen en jongeren rond het thema gezondheid in ons land? Als we echter kijken naar de recent verschenen **Slotbeschouwingen voor België door het VN Comité voor de Rechten van het Kind** (juni 2010), blijkt dat niet alle kinderen in ons land hun *recht op de hoogst mogelijke graad van gezondheid en het recht op toegang tot gezondheidszorg* (art. 24 van het Internationaal Verdrag voor de Rechten van het Kind, IVRK) kunnen uitoefenen en dat er nog heel wat zaken kunnen verbeteren. Deze Slotbeschouwingen vormden dan ook de rechtstreekse aanleiding voor de Kinderrechtencoalitie om dit onderwerp in 2011 als jaarthema te belichten. Dit mondde uit in drie Open Fora (cfr. infra), waar de problematiek van dichterbij werd bekeken en waar er verschillende knelpunten werden besproken en bediscussieerd.

Wat komen we nu te weten over het thema gezondheid in deze Slotbeschouwingen? In vergelijking met de vorige Slotbeschouwingen uit 2002 vallen een aantal zaken op. Ten eerste is duidelijk dat de alternatieve rapporten², waaronder dat van de Kinderrechten NGO's, door het Comité grondig zijn gelezen en gevolgd. Daarnaast zien we zo goed als alle thema's die in 2002 werden

¹ Hoewel België pas op de 11de plaats komt in Europa als men alle aspecten van de gezondheidszorg meetelt, staat ons land aan de top inzake toegankelijkheid, aanbod en hebben we de minste wachttijden in Europa. Björnberg A., Cebolla Garrofé B., Lindblad S (2009), *Euro Health Consumer Index 2009 Report*, Health Consumer Powerhouse, p. 18

² Naast het officiële overheidsrapport t.a.v. het Comité, produceren de Kinderrechten NGO's hun eigen zgn. 'alternatieve' rapporten. In maart 2010 legde een geheel van 39 Belgische NGO's, in de Franstalige gemeenschap verenigd in de Coordination des ONG pour les Droits de l'Enfant en in Vlaanderen de Kinderrechtencoalitie Vlaanderen, aan het Comité voor de Rechten van het Kind het 'Alternatief Rapport van de NGO's over de toepassing van het IVRK in België' voor. Met dit rapport stellen de NGO's zich tot doel het Comité, naast de informatie die zij via het rapport van de Belgische Staat verkreeg, bijkomende kennis te verschaffen over de toepassing van het IVRK in België en over de situatie van de kinderen die er leven. Op basis van hun eigen specifieke expertise en informatie die zij bij de partners vergaren, analyseren de NGO's de mate waarin de Belgische wetgeving en praktijk overeenstemmen met het IVRK en formuleren zij concrete aanbevelingen voor de toekomst. De NGO's hopen dat hun kritische en constructieve blik op kinderrechten in België - samen met de aanbevelingen van het Comité - het respect voor de rechten van het kind in België in de nabije en de verre toekomst zullen bevorderen.

aangekaart, terugkomen. De aanbevelingen zijn ditmaal wel veel concreter, specifiek en meer gedetailleerd. Een zeer opvallend nieuw element in de nieuwe Slotbeschouwingen is de uitgebreide aandacht voor gezondheid en gezondheidszorg, onderverdeeld in verschillende deelaspecten.³ Hieronder geven we de opmerkingen⁴ van het Comité aan ons land rond 'gezondheid en gezondheidsdiensten' en 'geestelijke gezondheidszorg en kinderen in de psychiatrie':

Gezondheid en gezondheidsdiensten

56. Het Comité is erg bezorgd over de gezondheid van kinderen uit de meest benadeelde families. Het Comité is er in het bijzonder ongerust over dat de **mortaliteit** in het eerste levensjaar bij kinderen uit families zonder aangegeven inkomen 3,3 keer hoger is dan in families met twee inkomens. Het Comité is er tevens bezorgd over dat veel kinderen in gezinnen leven **zonder adequate ziekteverzekering**. Het Comité is voorts bezorgd over het gebrek aan informatie over de inspanningen van de Lidstaat wat betreft de afdwinging van de internationale gedragscode voor de verkoop van vervangingsmiddelen voor moedermelk.

Geestelijke gezondheid en kinderen in de psychiatrie

58. Het Comité verwelkomt de inspanningen van de Lidstaat om de psychische gezondheid en het welzijn van kinderen te verbeteren, maar is tevens ernstig bezorgd over de **toestand van kinderen in de psychiatrische zorg**. Het Comité is er in het bijzonder ongerust over dat intern verpleegde kinderen binnen de geestelijke gezondheidszorg maar **beperkte mogelijkheden** hebben om hun mening kenbaar te maken en ze vaak worden **afgesloten van de buitenwereld** en slechts beperkte mogelijkheden hebben om hun familie en vrienden regelmatig te zien, terwijl die beperkingen niet duidelijk worden gerechtvaardigd. Het Comité is voorts erg bezorgd over de gerapporteerde **slechte behandeling** van kinderen die intern verpleegd worden in psychiatrische instellingen, zoals het frequente gebruik van **isolatie** en de frequente toediening van geneesmiddelen die hun integriteit kunnen beperken. Het Comité is er tevens bezorgd over dat kinderen die nood hebben aan geestelijke gezondheidszorg op lange **wachlijsten** terechtkomen. Het Comité is tevens bezorgd over de informatie die erop wijst dat het **voorschrijfgedrag van psychoactieve middelen** aan kinderen die worden gediagnosticeerd met ADHD (Attention deficit hyperactivity disorder) op korte tijd erg is toegenomen.

³ Deelaspecten: Kinderen met een handicap, gezondheid en gezondheidsdiensten, geestelijke gezondheid en kinderen in de psychiatrie, gezondheid van adolescenten, schadelijke traditionele gebruiken, levensstandaard.

⁴ Vertaling naar het Nederlands van het document CRC/C/BEL/CO/3-4 (oorspronkelijke tekst: Engels) door de Nationale Commissie voor de Rechten van het Kind

Aansluitend op deze verhoogde aandacht voor het thema gezondheid door het Comité voor de Rechten van het Kind, werd door een aantal leden van de Kinderrechtencoalitie tijdens interne besprekingen bevestigd dat er in ons land enkele belangrijke pijnpunten bestaan rond **kinderen en jongeren in de psychiatrie** die zeker onder de aandacht moeten blijven gebracht worden. De lange wachtlijsten, het afsluiten van de buitenwereld, het risico op onderwijsachterstand, de versnippering van diensten en bevoegdheden, enz. zijn hier enkele voorbeelden van.

Daarnaast bevestigden de leden ook dat de **beperkte toegang** tot zowel ambulante als gespecialiseerde medische zorgen voor kinderen in armoede en/of in precair verblijf een thema is dat hoog op de agenda moet blijven staan. Tenslotte wensten de leden nog toe te voegen dat de **rechten van minderjarigen die in een ziekenhuis verblijven** (recht op informatie, inspraak, ontspanning, enz.) niet aan bod komen in de Slotbeschouwingen maar desalniettemin een belangrijk thema vormen om verder rond te werken.

Hierbij wensen de NGO's ook te verwijzen naar de zevende Innocenti Report Card van UNICEF. De Report Card geeft een evaluatie van het welzijn van kinderen en jongeren in 21 welstellende landen en dit via 6 dimensies. België staat in de rangschikking van deze landen 16^e voor wat betreft gezondheid en veiligheid (geboortesterftecijfer, laag geboortegewicht, sterfte door ongeval bij 0 tot 19-jarigen), 19^e voor wat betreft risicogedrag (roken, tienerzwangerschappen) en 16^e voor welbevinden van kinderen.⁵ Deze lage rangschikking motiveert dat er in België zeker nog de nodige inspanningen moeten geleverd worden op het gebied van gezondheid en welzijn van kinderen; dit verdient blijvende aandacht van zowel beleidsmakers als mensen op het terrein.

Op basis van al deze elementen werd beslist om **gezondheid** als het **jaarthema** voor 2011 op te nemen.

We kozen drie **deelthema's** die verder werden belicht tijdens de Open Fora, op 19 mei en op 15 juni 2011:

- toegang tot de gezondheidszorg
- kinderrechten en ziekenhuis
- geestelijke gezondheid en kinderen in de psychiatrie

⁵ UNICEF (2007), *Child poverty in perspective; an overview of child well-being in rich countries*, INNOCENTI Report Card 7, Florence, p. 2

Open Fora

Open Fora rond 'toegang tot de gezondheidszorg' en 'kinderrechten en ziekenhuis' (19 mei)

Op donderdag 19 mei organiseerde de Kinderrechtencoalitie Vlaanderen haar Open Fora over toegang tot de gezondheidszorg en kinderrechten en ziekenhuis.

Na een woord van welkom door onze voorzitter **Mevr. Karin Maes** en een introductie door het secretariaat gingen wij van start met een inleiding door **Dr. Sara Willems** (UGent), coördinator van de onderzoekslijn "social inequity in health" aan de vakgroep Huisartsgeneeskunde. Dr. Willems doet onderzoek naar de link tussen armoede en gezondheid en in het bijzonder de rol van de (eerstelijns)gezondheidszorg in die relatie. Vervolgens gaven wij het woord aan **Mevr. Lieve Declerck**, van de studiedienst van de Gezinsbond, die een uiteenzetting gaf over de financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg. **Dhr. Dave Ceule** en **Mevr. Els Decroo** (Wijkgezondheidscentra De Kaai) hadden het over het Wijkgezondheidscentrum: de laagdrempelige gezondheidszorg in de praktijk. **Mevr. Kim Verschuere**n (ODiCe vzw, Oost-Vlaams Diversiteitscentrum, Oriëntatiepunt Gezondheidszorg) sprak tenslotte over de kinderen in precair verblijf en gezondheidszorgen. We sloten de voormiddag af met een debat met de aanwezigen gemodereerd door **Mevr. Kathy Lindekens**.

In de namiddag focusten we op kinderrechten en ziekenhuis. Na een inleiding door **Mevr. Fiona Ang** van Vormen vzw gaven we het woord aan **Dhr. Jan Verschelden**, hoofdverpleegkundige van de kinderafdeling van het AZ Jan Palfijn te Gent. 'Zorg op kindermaat. Van ervaringen uit de dagelijkse verpleegrealiteit naar een kindvriendelijk ziekenhuis van de 21^{ste} eeuw' luidde zijn uiteenzetting. Daarna gaven **Mevr. Kathy Lindekens** en **Mevr. Els Janssens** toelichting bij een 'good practice', Bednet. Afsluitend was er opnieuw een debat met de aanwezigen.

Open Forum 'Kinderen en jongeren: geestelijke gezondheidszorg en psychiatrie' (15 juni)

Op 15 juni organiseerden we een Open Forum over kinderen en jongeren in de geestelijke gezondheidszorg en de psychiatrie. Na een woord van welkom door **Dhr. Robert Crivit** (lid raad van bestuur Kinderrechtencoalitie) en een inleiding door het secretariaat gingen wij van start met **Dr. Sara Wouters** (PAika): 'Goede zorg voor kinderen en jongeren: vraag om samenhang'. Na een korte koffiepauze sprak **Prof. Dr. Bie Tremmery** (Kinder- en Jeugdpsychiater, KU Leuven) vanuit het perspectief van de IBE For K Kortenberg over een warme *save care* behandeling. **Mevr. Mieke Craeymeersch** is directrice van Similes en had het over kinderen in de schaduw: kinderen en jongeren met geestelijke gezondheidsproblemen of die als broer of zus of als jonge mantelzorger er van dichtbij mee te maken krijgen. Tenslotte gaf **Dhr. Dirk Kaethoven** (CGG Andante vzw) een

uiteenzetting over rechten van kinderen in de CGGZ: (goede?) praktijk en knelpunten. We sloten de voormiddag af met een debat gemodereerd door **Dhr. Jan Van Gils**, ex-directeur Kind & Samenleving.

In de namiddag gaf **Mevr. Gaëlle Buysschaert** van het 'What Do You Think?'-project van UNICEF België ons een inzicht in wat kinderen en jongeren denken van kinderen en psychiatrie. Vervolgens stond **Mevr. Helen Blow** (SAW) stil bij de online hulpverlening. Na een korte koffiepauze gaven we het woord aan **Mevr. Fatima El Farkouch** (VAGGA Jeugd) die het project 'Kinderen Getuige Van Geweld' toelichtte. In de namiddag sloten we af met een debat met de aanwezigen gemodereerd door **Dhr. Jan Van Gils**.

11

Kinderrechten in de gezondheidszorg

Gezondheid vanuit een (kinder)rechtenperspectief

Centraal in het verhaal rond kinderrechten en gezondheidszorg staat het **artikel 24** uit het IVRK. Onder meer het recht op de hoogst mogelijke graad van gezondheid, het recht op toegang tot gezondheidszorg en medische voorzieningen met bijzondere nadruk op eerstelijnsgezondheidszorg en preventieve gezondheidszorg, het recht op gezondheidsvoorlichting en -educatie en op de vermindering van de kindersterfte; de verplichting van de Staat om te werken in de richting van het uitbannen van schadelijke traditionele praktijken; en de nood aan internationale samenwerking met het oog op het realiseren van dit recht, worden in het artikel 24 van het IVRK beklemtoond.⁶

Uiteraard omvat het recht op de hoogst mogelijke graad van gezondheid vele aspecten die niet rechtstreeks betrekking hebben op de gezondheidszorg, waaronder een heel aantal socio-economische factoren zoals voeding, huisvesting, toegang tot drinkbaar water, goede werkomstandigheden, gezond leefmilieu, enz.⁷ Dit impliceert een holistische aanpak waarbij het realiseren van het recht op gezondheid voor kinderen samengaat met het realiseren van het recht op onderwijs, adequate levensstandaarden, bescherming tegen fysiek en mentaal misbruik, enz.

Het artikel 24 is hoofdzakelijk een uiteenzetting van de maatregelen die Staten moeten nemen om hun verplichtingen na te komen in het kader van het IVRK. De aanbevelingen zijn algemeen geformuleerd, uiteraard omdat het een document is dat wereldwijd moet kunnen toegepast worden in zeer diverse contexten. De verdere implementatie van het artikel 24 moet dan ook gezocht worden in **andere publicaties en verdragen**, zoals:

⁶ Internationaal Verdrag voor de Rechten van het Kind (IVRK), aangenomen door de Algemene Vergadering van de Verenigde Naties op 20 november 1989, officiële samenvatting

⁷ Hodgkin R. en Newell P. (2007), *Implementation handbook for the Convention on the Rights of the Child*, UNICEF, p.344-345

- de 'General Comment nr. 4' van het Comité voor de Rechten van het Kind, 2003.⁸ (zie bijlage, p.115)
- VN Algemene Vergadering 2002, resolutie S-27/2, 'A World Fit for Children' (zie bijlage, p.116)
- de 'General Comment nr. 14' van het CESCR Comité (Committee on Economic, Social and Cultural Rights): 'The right to the highest attainable standard of health', 2000

Het recht op gezondheid wordt verder nog verankerd in diverse andere internationale mensenrechteninstrumenten:

- art. 25 van de Universele Verklaring voor de Rechten van de Mens: *everyone has the right to a standard of living adequate for the health of himself and of his family, including food, clothing, housing and medical care and necessary social services*
- art. 12 van het CESCR verdrag⁹: *the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health ... steps to be taken by the States parties ... to achieve the full realization of this right.*
- art. 5 (e) (iv) van het CERD (*Convention on the Elimination of Racial Discrimination*)
- art. 11 (1) (f) en 12 van de CEDAW (*Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women*)

In het geval van geestelijke gezondheidszorg van kinderen en jongeren, worden er geen specifieke bepalingen opgenomen in het IVRK. Aangezien dit verdrag van toepassing is op alle minderjarigen en discriminatie volgens art 2(1) verboden is, zijn alle mensenrechten van toepassing op deze groep kinderen en jongeren.¹⁰ In dit kader vermelden we ook het VN Verdrag inzake de Rechten van Personen met een Handicap. Personen met een handicap worden in dit verdrag omschreven als 'personen met een langdurige fysieke, mentale, verstandelijke of zintuiglijke beperking die hen in wisselwerking met diverse drempels kunnen beletten volledig, daadwerkelijk en op voet van gelijkheid met anderen te participeren in de samenleving'. Het doel van het verdrag is het bevorderen, beschermen en waarborgen van alle mensenrechten en fundamentele vrijheden van personen met een handicap.¹¹

⁸ Eide A. and Eide W.B. (2006), "Article 24 The Right to Health", in: A. Alen, J. Vande Lanotte, Verhellen E., Ang F., Berghmans E., Verheyde M. (eds.), *A Commentary on the United Nations Convention on the Rights of the Child*, Martinus Nijhoff Publishers, Leiden, p. 1

⁹ International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights

¹⁰ Ang F. (2007), Jongeren en psychiatrie in Vlaanderen: een mensenrechtelijke benadering, in: *Jongeren, psychiatrie en recht*, Centrum voor beroepsvervolmaking in de rechten, Intersentia, p. 21

¹¹ VN Verdrag inzake de Rechten van Personen met een handicap (2006), artikel 1

Toegang tot de gezondheidszorg

Hoewel het recht op gezondheid internationaal erkend wordt en overheden inspanningen moeten leveren om dit recht te verzekeren, blijkt uit de praktijk dat niet iedereen gelijke toegang heeft tot gezondheidszorg. Dit is niet enkel een probleem dat zich stelt in ontwikkelingslanden, ook in Europa – en dus ook in België – wordt vastgesteld dat kinderen uit sociaal kwetsbare milieus meer risico lopen op gezondheidsproblemen en moeilijker de weg vinden naar een degelijke fysieke en mentale gezondheidszorg.¹²

Hieronder geven we een korte uiteenzetting over de relatie tussen armoede en gezondheid (voor meer uitgebreide informatie over armoede verwijzen we naar ons Kinderrechtenforum 7 'Kinderen en jongeren in armoede')¹³, gevolgd door een bijdrage rond ongelijkheid inzake gezondheid bij kinderen in armoede en kinderen in precair verblijf.

Armoede en gezondheid

Wist u dat in België:

- meer dan één op drie huishoudens de eigen bijdragen voor gezondheidszorgen te hoog vindt
- het percentage huishoudens dat medische zorgen moet uitstellen, toeneemt¹⁴
- een laag opleidingsniveau duidelijk samenhangt met een slechte subjectieve gezondheid¹⁵

Het aantal armen in Europa is door de wereldwijde financiële en economische crisis van de afgelopen jaren gestegen. Hoge brandstof- en voedselprijzen en besparende maatregelen door werkgevers en overheden zorgen ervoor dat mensen die een armoederisico lopen of reeds in armoede leven, het steeds moeilijker krijgen. Volgens de laatste cijfers van de Wereldgezondheidsorganisatie – die dateren van voor de crisis – leefden in 2007 ruim 84 miljoen mensen in Europa met een verhoogd risico op armoede.¹⁶

In ons land stellen we vast dat 18,6 % van de minderjarigen aangeeft op te groeien in een huishouden waar men moeite heeft om de eindjes aan elkaar te knopen.¹⁷ Kind en Gezin bericht over een verhoogd risico op armoede¹⁸ bij 9,1 %

¹² Europees Parlement (2010), *Report on reducing health inequalities in the EU (2010/2089(INI))*, p. 5 & Koning Boudewijnsinstichting (2007), *Ongelijkheid in gezondheid*, Brussel

¹³ Zie <http://www.kinderrechtencoalitie.be/uploads/documenten/kinderrechtenforumdefinitief.pdf>

¹⁴ Demarest S, Hesse E, Drieskens S, Van der Heyden J, Gisle L, Tafforeau J. (2010a), *Gezondheidsenquête België 2008, Rapport IV – Gezondheid en Samenleving*, Operationele Directie Volksgezondheid en surveillance, Brussel, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, p. 7

¹⁵ Demarest S, Drieskens S, Gisle L, Van der Heyden J, Tafforeau J. (2010b), *Gezondheidsenquête België 2008, Rapport V – Sociaal-Economische Ongelijkheden in Gezondheid*, Operationele Directie Volksgezondheid en surveillance, Brussel, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, p. 9

¹⁶ WHO Regional Office for Europe (2010), *Poverty, social exclusion and health systems in the WHO European Region*. Kopenhagen, p.1-2

¹⁷ Van Haarlem A., prof. dr. Dierickx D. (2011), *Armoedebareometer 2011*, Universiteit Antwerpen – Onderzoeksgroep OASeS, p. 33

¹⁸ Er is sprake van een verhoogd armoederisico als een gezin een beschikbaar inkomen per persoon heeft dat lager ligt dan 60 % van het mediaan beschikbaar inkomen p.p. van het land.

van de kinderen onder de 12 jaar.¹⁹ Het **risico op armoede** neemt toe naargelang de gezins- en werksituatie. In Vlaanderen heeft 36 % van de kinderen (<12 j) in een eenoudergezin een verhoogd armoederisico, in een eenoudergezin zonder inkomen uit arbeid is dat 78,5 % en bij tweeoudergezinnen zonder inkomen ligt dit cijfer op 72,5 %.²⁰

De discussie of de bestaande inkomensongelijkheid tussen mensen een invloed heeft op hun gezondheid, is in de academische wereld nog volop aan de gang.²¹ Een Engelse studie over ongelijkheden inzake gezondheid, stelt wel dat gezondheidsproblemen niet enkel ontstaan door genetische achtergrond, ongezond gedrag of simpelweg *bad luck*. Integendeel, ongelijkheden in de gezondheidstoestand van mensen worden veroorzaakt door **sociale en economische ongelijkheden** in de maatschappij.²²

In elk geval staat vast dat armoede een ernstige impact heeft op zowat alle levensdomeinen, waaronder ook de gezondheidstoestand. Sociaal kwetsbare groepen worden al van bij de geboorte vaker geconfronteerd met gezondheidsproblemen en krijgen daarbovenop te maken met bijkomende negatieve factoren (onderwijsachterstand, onveilige en ongezonde tewerkstelling, slechte huisvesting, financiële moeilijkheden enz.) die een invloed hebben op hun gezondheid.²³

Op **korte termijn** zorgt armoede ervoor dat een verhoogd aantal mensen minder toegang heeft tot gezondheidszorg, in de allereerste plaats om financiële redenen. Bij huishoudens met de laagste inkomens, nemen de uitgaven voor gezondheidszorgen 10 % van het beschikbaar inkomen in beslag. 14 % van de huishoudens in België geeft aan dat ze weleens gezondheidszorgen moeten uitstellen omwille van financiële redenen.²⁴ In 2010 hadden meer dan 660.000 mensen in het Vlaams Gewest recht op een verhoogde tussenkomst van de verzekering voor geneeskundige verzorging.²⁵

Zoals Lieve Declerck van de Gezinsbond tijdens het Open Forum rond toegang tot de gezondheidszorg uiteenzette, blijkt dat er een hele resem **correctiemaatregelen** bestaat waarbij mensen minder hoeven te betalen voor medische kosten of enkel het remgeld moeten betalen. Voor al deze verschillende maatregelen zijn er steeds verschillende regels en criteria van toepassing, waardoor niet iedereen die er recht op heeft hier ook daadwerkelijk gebruik van maakt. Daarenboven

¹⁹ Kind en Gezin (2011), *Het Kind in Vlaanderen 2010*, p. 90

²⁰ Kind en Gezin (2011), *Op. Cit.*, p. 91

²¹ "The idea that income inequality would negatively affect personal health is a controversial issue. Some find it really troublesome that income inequality, and not (only) levels of absolute income, would affect someone's health". In: Rottiers S. (2010), *Does income inequality make us sick? Whether, and (if so) how, income inequality affects personal health*, Working Paper nr. 10/03, Universiteit Antwerpen, p. 16

²² The Marmot Review (2010), *Fair Society, Healthy Lives. Strategic Review of Health Inequalities in England Post-2010*, p. 10

²³ Observatorium voor Gezondheid en Welzijn Brussel (2010a), *Gezondheidsindicatoren van het Brussels Gewest 2010*, Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, p. 147

²⁴ Demarest S., Hesse E., et al, (2010a), *Op. Cit.*, p. 7

²⁵ Cijfers van het Centrum voor Ongelijkheid, Armoede, Sociale uitsluiting in de Stad, Universiteit Antwerpen (OASeS). Laatst geconsulteerd op 18/04/2011 op http://www.ua.ac.be/main.aspx?c=*OASES&n=21965

komen deze maatregelen de mensen meestal pas ten goede na het voorschieten van een bepaalde som, wat nefast is voor diegenen die geen middelen hebben om medische zorgen te betalen. Voor hen is het net belangrijk dat er maatregelen bestaan die tussenkomen op het moment zelf en niet achteraf.²⁶

Niet alleen kennen arme gezinnen financiële hindernissen voor wat betreft toegang tot gezondheidszorg. Ook ondervinden ze andere drempels zoals een gebrek aan informatie en kennis over het gezondheidsaanbod, moeilijkheden met lezen en schrijven, schrik voor sociale controle, enz.

Armoede heeft ook op **lange termijn** een invloed op de gezondheid. Personen die in armoede leven zijn vaker ziek, cumuleren ook vaker verschillende ziektes en worden doorgaans vaker gehospitaliseerd dan anderen.²⁷ Sommige ziektes blijven zonder ernstig gevolg (bijvoorbeeld impetigo, luizen) maar hebben wel een impact op het sociale leven van kinderen. Chronische ziektes – zoals hoge bloeddruk, diabetes of artrose – berokkenen echter veel meer schade.²⁸

Daarbij komt nog dat het risico op huishoudelijke ongevallen, CO intoxicatie en dergelijke hoger ligt in arme gezinnen die niet kunnen genieten van een degelijke huisvesting. Een laag niveau van materiële welvaart beïnvloedt ook de gezondheid door de voedingskeuzes die mensen maken, door fysieke activiteiten die ze uitvoeren, enz.²⁹

Als *good practice* inzake gezondheidszorg en toegankelijkheid, kan verwezen worden naar de **Wijkgezondheidscentra** (WGC). Deze centra kijken eerst en vooral naar de noden die leven in een bepaalde wijk en spelen in op het aanbieden van (gratis) dienstverlening. De WGC werken op een laagdrempelige manier en streven naar een goede sociale mix onder hun cliënteel. Ze bieden niet alleen verschillende gezondheidszorgen (medische zorgen, kinesitherapie, tandzorg, verpleging,...), ook maatschappelijk werk is er mogelijk en er worden acties opgezet rond ziektepreventie en gezondheidspromotie. Er worden waar mogelijk samenwerkingingsverbanden aangegaan met lokale partners, zodat er steeds de vinger aan de pols wordt gehouden over wat er leeft in de wijk.

²⁶ Declerck L., *De financiële toegankelijkheid van gezondheidszorg*, 19 mei 2011, presentatie in het kader van het Open Fora “kinderrechten en ziekenhuis”, Kinderrechtencoalitie. Voor meer informatie verwijzen we naar haar bijdrage “Is onze gezondheidszorg financieel toegankelijk voor kinderen en jongeren?”, die is opgenomen in dit Kinderrechtenforum.

²⁷ “...een socio-economische gradiënt wat de klassieke ziekenhuisopnames in het jaar voorafgaand aan het interview betreft: de laagst opgeleiden (17%) rapporteren vaker een klassieke ziekenhuisopname dan de hoogst opgeleiden (10%) en dit verschil blijft significant na correctie voor leeftijd en geslacht.” In: Drieskens S., Van der Heyden J., Hesse E., Gisle L., Demarest S., Tafforeau J. (2010c), *Gezondheidsenquête België 2008, Rapport III – medische consumptie*, Operationele Directie Volksgezondheid en surveillance, Brussel, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, p. 425

²⁸ “28% van de bevolking meldt de aanwezigheid van (één of meerdere) chronische aandoeningen. Lager geschoolden rapporteren relatief meer dan hoger geschoolden een dergelijke aandoening en de prevalentie van chronische aandoeningen daalt naarmate het opleidingsniveau stijgt.” Demarest S., Drieskens S., et al (2010b), *Op. Cit.*, p. 9-11

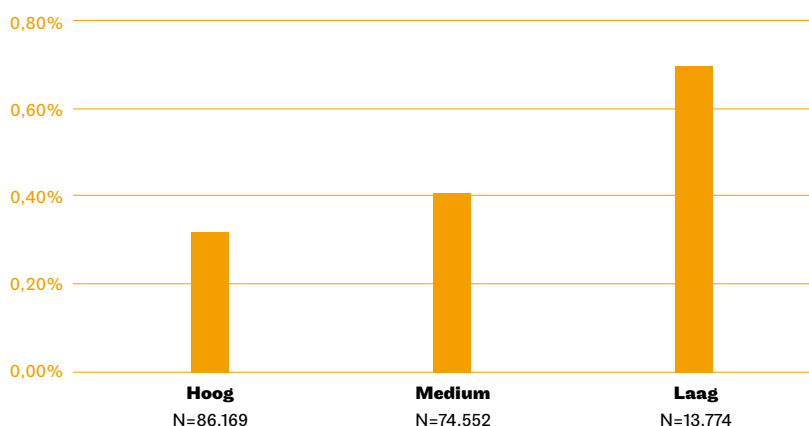
²⁹ Hoger geschoolden geven meer dan lager geschoolden aan dagelijks fruit te eten, wekelijks vis eten is populairder bij de hoogst opgeleiden. Ibid. p. 13

Wordt iedereen gelijk geboren?

'Wordt iedereen gelijk geboren?', vroeg Dr. Sara Willems zich af in haar presentatie op het Open Forum rond toegang tot de gezondheidszorg.³⁰ Onderzoek wijst uit van niet. Ongelijkheden met betrekking tot gezondheid treffen kinderen reeds voor, tijdens en kort na de geboorte. Hierbij spelen een aantal risicofactoren mee:

- Ten eerste speelt het **opleidingsniveau** van de moeder een belangrijke rol. Er wordt hierbij een duidelijke sociale gradiënt vastgesteld: hoe lager het opleidingsniveau van de moeder, hoe lager de levens- en ontwikkelingskansen van het kind (hoger risico op laag geboortegewicht en kindersterfte, minder zwangerschapsbegeleiding, enz.).

Kindersterfte (0-1 jaar) volgens opleidingsniveau van de moeder³¹



- Ten tweede is de **socio-economische positie** van het gezin een determinerende factor. Volgens de meest recente cijfers van Kind en Gezin, werd er in 2010 in het Vlaams Gewest 8,6 % van de kinderen geboren in een kansarme familie.³² Moeders uit kansarme gezinnen geven meer gezondheidsproblemen aan tijdens de zwangerschap. Er is een hoger aantal vroeggeboorten en baby's met intra-uteriene groeiachterstand en/of laag geboortegewicht.³³ In België sterven gemiddeld 3,4 kinderen op een totaal van 1000 geboortes tijdens hun eerste levensjaar. Ons land zit hiermee onder het Europees gemiddelde van 3,8.³⁴ Ondanks dit relatief gunstige cijfer, wordt er o.m. in Brussel vastgesteld dat de kans op sterfte tijdens of kort na de bevalling

³⁰ Dr. Sara Willems, de link tussen armoede en gezondheid en in het bijzonder de rol van de (eerste) gezondheidszorg in die relatie, 19 mei 2011, presentatie in het kader van het Open Forum "toegang tot de gezondheidszorg", Kinderrechtencoalitie

³¹ Idem (geciteerde bron hierbij: studiecentrum epidemiologie, 2007)

³² "Kansarmoede is een toestand waarbij mensen beknot worden in hun kansen om voldoende deel te hebben aan maatschappelijk hooggewaarde goederen, zoals onderwijs, arbeid, huisvesting". Kind en Gezin (2011), *Op. cit.*, p. 95

³³ Steenssens K., Aguilar L-M., Demeyer B., Fontaine P. (2008), *Kinderen in armoede. Status quaestio-nis van het wetenschappelijk onderzoek in België*. Interuniversitaire Groep Onderzoek en Armoede vzw, p. 67

³⁴ Eurostat (2010), *Europe in figures, Eurostat yearbook 2010*, p. 212

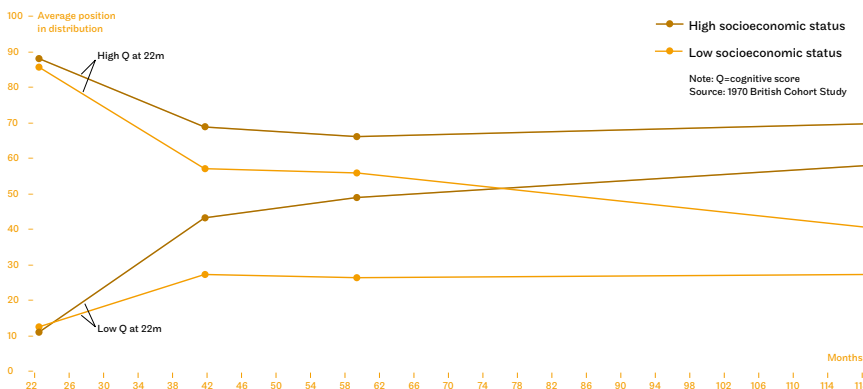
tweemaal hoger ligt in een gezin zonder inkomen dan in een gezin met twee inkomens. Kinderen die geboren worden in een arm gezin, hebben gemiddeld een minder hoge levensverwachting.³⁵ In Brussel is een verschil merkbaar in levensverwachting bij de geboorte tussen de meest rijke en de meest arme gemeente.³⁶

- Ten derde is het risico op armoede – en dus op slechtere levensomstandigheden en minder goede toegang tot medische zorgen – eveneens verbonden met de **nationaliteit** van de moeder. In Vlaanderen kent 32,5 % van de kinderen met een moeder afkomstig van buiten de EU een verhoogd risico op armoede.³⁷ In Brussel lopen kinderen van een moeder met Turkse of Marokkaanse nationaliteit of uit Sub-Sahara Afrika een hoger risico op perinataal overlijden.³⁸
- Verder spelen factoren zoals voedingsgewoonten, roken, uitstel van medische zorgen en ongezonde huisvesting een rol bij kinderen uit kansarme milieus, vooral dan omdat ze vaak op hetzelfde moment blootgesteld worden aan meerdere van dergelijke risicofactoren.

Ook zien we dat de ongelijkheden die al bij de geboorte optreden, zich verder zetten tijdens de **verdere ontwikkeling** van het kind.

Onderstaande grafiek toont de cognitieve ontwikkeling van kinderen geboren in een gezin met een lage of hoge socio-economische status. Hier zien we dat kinderen die lage ontwikkeling hebben en in een arm gezin (lichte lijn) opgroeien, minder sterk gaan bijbenen dan kinderen uit een rijker milieu (donkere lijn). Omgekeerd gebeurt hetzelfde. Kinderen uit een arm milieu met een hoge cognitieve ontwikkeling gaan sterker dalen dan kinderen met een hogere sociale positie.

Inequality in early cognitive development of children in the 1970 British Cohort Study, at ages 22 months to 10 years



³⁵ Er wordt geschat dat het verschil in levensverwachting bij de geboorte tussen de meest en minst gegoede sociale klassen oploopt tot gemiddeld 10 jaar bij mannen en 6 jaar bij vrouwen. In: Europees Parlement (2010), *Op. Cit.*, p. 5

³⁶ Een verschil van 3,4 jaar (voor mannen) en 3,1 jaar (voor vrouwen). Observatorium voor Gezondheid en Welzijn Brussel (2010b), *Brussels armoederapport 2010*, Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, p. 63-64

³⁷ Kind en Gezin (2011), *Op.Cit.*, p. 91

³⁸ Observatorium voor Gezondheid en Welzijn Brussel (2010a), *Op.cit.*, p. 172-174

Niet alleen wetenschappelijke gegevens leiden tot de conclusie dat er wel degelijk een samenhang is tussen armoede en gezondheid. Mensen die leven in armoede evalueren hun **subjectieve gezondheidstoestand** ook minder positief dan personen uit hogere sociale klassen.³⁹ 23 % van de Belgische bevolking (>15j) geeft aan een slechte gezondheid te hebben.⁴⁰ Wat tieners betreft, toont een internationaal longitudinaal onderzoek "*Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)*" aan dat tussen jongeren ongelijkheden bestaan met betrekking tot gezondheid die gelieerd kunnen worden aan hun sociale afkomst.⁴¹

Kinderen in precair verblijf

Kinderen met een onzeker verblijfsstatuut hebben het in ons land nog moeilijker dan andere kinderen om te genieten van hun recht op basis gezondheidszorg. Kinderen en gezinnen zonder geldige papieren vallen immers buiten de ziekteverzekering, hetgeen hun toegang tot medische dienstverlening nog meer beperkt. Zo schetste Kim Verschueren van het Oost-Vlaams Diversiteitscentrum tijdens het Open Forum rond toegang tot gezondheidszorg dat er verschillende soorten verblijfsstatuten en fases in de asielprocedure zijn, elk met eigen regels inzake sociale dienstverlening. Ondanks het feit dat minderjarige vreemdelingen wettelijk recht hebben op gezondheidszorg, blijkt uit de praktijk dat dit geen evidentie is. Hun gezinnen hebben niet altijd de nodige middelen om hiervoor te zorgen, niet elk statuut geeft immers recht op werk of steun. Daarenboven staan medische zorgen niet altijd even hoog op de agenda van de vluchtelingen. Zij willen eerst en vooral zekerheid over hun verblijf, een dak boven hun hoofd en voldoende voedsel voor hun gezin.

Andere belemmerende factoren zijn o.m.: communicatieproblemen, schrik om hulp te zoeken door risico op uitwijzing, omslachtige administratie voor eerstelijns zorgverstrekkers, overbevraging van de spoeddienst wegens het niet kennen van het eerstelijnsaanbod, enz.

Voor meer informatie omtrent kinderen in precair verblijf en gezondheidszorg, verwijzen we naar de bijdrage van Veerle Evenepoel en Kim Verschueren in dit Kinderrechtenforum.

³⁹ Voor Vlaanderen zijn de resultaten van de gezondheidsenquête 2008 beschikbaar via <http://www.wiv-isp.be/epidemiologie/hisia/index.htm> (laatst geconsulteerd op 29/08/2011)

⁴⁰ Demarest S., Drieskens S., et al (2010b), *Op. Cit.*, p. 9

⁴¹ "Higher levels of socioeconomic status, as measured by family affluence, were associated with positive health outcomes in both genders in almost all countries.", WHO Europe (2008), *Inequalities in Young people's health, HBSC International Report from the 2005-2006 survey*, Child and Adolescent Health Research Unit, p. 178

Het ziekenhuis

Ik kan zeggen 't is toch bijna een tweede thuis.

Nochtans ik ben er niet echt graag.

Want de tijd gaat veel te traag.

De prikken doen een beetje pijn.

Het is vlug gedaan wat ben ik blij!

Jammer dat er geen dieren zijn.

(Delphine)⁴²

19

Een kinderrechtenbenadering dringt zich op als we spreken over kinderen in het ziekenhuis. Op de werkvloer zouden dokters en het verplegend personeel er immers voor moeten zorgen dat:

- kinderen niet gediscrimineerd worden bij het ontvangen van medische zorgen (art. 2 IVRK)
- het belang van kinderen steeds voorop wordt geplaatst bij beslissingen die hen beïnvloeden (art. 3)
- er geluisterd wordt naar kinderen en ze een stem krijgen (art. 12-15)
- kinderen steeds voldoende informatie krijgen zodat ze kunnen meedenken over beslissingen die hun leven beïnvloeden (art. 17)
- hun privacy gerespecteerd wordt (art. 16)⁴³

Daarnaast zijn de rechten van alle patiënten – dus ook kinderen⁴⁴ – opgetekend in de **Wet op de patiëntenrechten** (22 augustus 2002). Hierin wordt onder meer de volgende rechten vastgelegd:

- het recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening (art. 5)
- het recht om te weten (art. 7)
- het recht op instemming of weigering (art. 8)
- het recht op pijnbehandeling (art. 11bis)

Rechten van kinderen in het ziekenhuis worden verder expliciet erkend in het **Handvest Kind en Ziekenhuis**. Dit handvest, opgesteld in 1988 in samenspraak met twaalf Europese patiëntenverenigingen en de Wereldgezondheidsorganisatie, legt de rechten van kinderen vast voor, tijdens en na een ziekenhuisopname.⁴⁵ Hoewel het handvest niet wettelijk afdwingbaar is, wordt het toch (zij het gedeeltelijk) opgenomen in de wetgeving i.v.m. het zorgprogramma voor kinderen (jonger

⁴² UNICEF België (2009), 'Mijn ziekenhuis in potlood', in: UNICEF (2009), *Dat denken wij ervan! Tweede rapport van kinderen in België voor het Comité voor de Rechten van het Kind*, p. 21

⁴³ Waterston T., Goldhagen J. (2006), *Why children's rights are central to international child health*, Arch Dis Child 2006, 92:176-180, p. 177

⁴⁴ Zie ook: Kinderrechtencoalitie Vlaanderen, *Kinderrechtenforum Rechten van minderjarigen in de gezondheidszorg*, 2003

⁴⁵ Stichting Kind en Ziekenhuis, via <http://www.kindenziekenhuis.nl/stichting/handvest/> (laatst geconsulteerd op 26 april 2011)

dan 15 jaar) in de Belgische ziekenhuizen en wordt het gehanteerd als criterium bij de doorlichting van ziekenhuizen.⁴⁶ De Kamer nam in 2009 een resolutie aan betreffende een actieplan voor het kind in het ziekenhuis. In dit actieplan wordt er aan de federale regering o.m. gevraagd om de toepassing van het Handvest in de Belgische ziekenhuizen te evalueren, alle opleidingen geneeskunde en verpleegkunde aan te vullen met een vorming over contact met kinderen en kinderrechten, en een actieplan op te stellen om tegemoet te komen aan de toenemende noden in de kinder- en jeugdpsychiatrie.⁴⁷

Ondanks de ruime aandacht voor het implementeren van het Handvest en voor kinderrechten in het ziekenhuis, blijkt uit de praktijk echter dat de situatie van kinderen die (vooral langdurig) in een ziekenhuis verblijven, problematisch blijft op verschillende niveaus. Hun zwakke gezondheid vereist adequate steun, maar er wordt vastgesteld dat hun rechten niet altijd worden gerespecteerd. Dit wordt bevestigd in de meest recent beschikbare publicatie van de Zorginspectie over haar inspecties van ziekenhuizen in 2009. Hieruit blijkt dat de knelpunten inzake kindvriendelijke opvang en verzorging in ziekenhuizen zich vooral voordoen in andere diensten dan pediatrie.⁴⁸

We gaan hieronder dieper in op enkele van de artikels uit het Handvest en plaatsen ze in de huidige context van ons land. Dit werd aangevuld met de mening van de kinderen en jongeren zelf (die werd opgetekend in de studie *“Mijn ziekenhuis in potlood”* van UNICEF België⁴⁹).

Kinderen worden niet in een ziekenhuis opgenomen als de zorg die zij nodig hebben thuis, in dagbehandeling of poliklinisch kan worden verleend (art.1).

In ons land worden jaarlijks heel wat kinderen opgenomen in het ziekenhuis. De meest recente gezondheidsenquête uit 2008 toont dat 8,6 % van de kinderen (0-14 jaar) het jaar voorafgaand aan de bevraging is opgenomen in een ziekenhuis (met overnachting).⁵⁰ Dit cijfer ligt lager dan oudere enquêtes (12,5 % in 1997, 10,7 % in 2001), dit valt waarschijnlijk te verklaren doordat kinderen nu vaker thuis worden behandeld in plaats van ze in het ziekenhuis te houden.⁵¹

Kind en Gezin stelt wel vast dat opname met overnachting frequent voorkomt bij zeer jonge kinderen: “Bijna 24 % van de kinderen onder de 3 jaar is in een periode van 12 maanden in een ziekenhuis opgenomen geweest. In de leeftijdsgroepen 3 tot 6 jaar en 6 tot 12 jaar ligt dit veel lager: respectievelijk 9,8 en 2,5 %.”⁵²

⁴⁶ In Vlaanderen gebeurt dit door Zorginspectie, zie www.zorginspectie.be

⁴⁷ Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers, *Resolutie betreffende een actieplan voor het kind in het ziekenhuis*, 18 juni 2009, doc 52 0482/006

⁴⁸ Zorginspectie (2009), *Terugblik 2009. Bevindingen van een jaar audits in 13 Vlaamse ziekenhuizen*, Brussel, p.38

⁴⁹ UNICEF België (2009), ‘Mijn ziekenhuis in potlood’, in: UNICEF (2009), *Dat denken wij ervan! Tweede rapport van kinderen in België voor het Comité voor de Rechten van het Kind*

⁵⁰ Drieskens S., Van Der Heyden J., et al (2010c), *Op.cit.*, p. 451

⁵¹ Verschelden J., *Zorg op kindermaat, vanuit ervaringen naar de 21^{ste} eeuw*, 19 mei 2011, presentatie in het kader van het Open Forum “kinderrechten en ziekenhuis”, Kinderrechtencoalitie

⁵² Kind en Gezin (2011), *Op.cit.*, p. 162

Een voordeel van **daghospitalisatie** – naast de lagere kostprijs voor de ouders – is dat het risico op infecties lager is en ook de psychosociale stress gerelateerd aan ziekenhuisopname aanzienlijk kleiner is, wat vooral belangrijk is voor kinderen. Toch wordt vastgesteld dat er minder kinderen worden opgenomen in daghospitalisatie, zo'n 5 % (in vergelijking met 8,6 % met overnachting).⁵³ Hoewel het een algemene tendens dat het aantal daghospitalisaties toeneemt⁵⁴, blijkt het in de praktijk niet altijd evident om dagopname te hebben op de pediatrische afdeling omdat dit zorgt voor extra werkdruk (zowel qua capaciteit als qua personeel). Omwille van die reden vindt in sommige ziekenhuizen geen dagopname op de pediatrische afdeling plaats, maar wel op de volwassenenafdeling, hetgeen evenmin ideaal is.⁵⁵

Kinderen hebben het recht hun ouders of verzorgers altijd bij zich te hebben.

Kinderen en jongeren geven zelf aan dat ze het heel belangrijk vinden om hun ouders op **bezoek** te krijgen en vragen om meer en flexibelere bezoeken. Daarnaast willen ze dat hun ouders de mogelijkheid krijgen om de **nacht door te brengen** en **aanwezig te zijn voor en na de narcose**.⁵⁶

Allereerst moet er benadrukt worden dat er weinig statistische gegevens beschikbaar zijn over kinderen in het ziekenhuis. Daarom voerde Test Aankoop in 2007 zelf een studie uit over dit onderwerp.⁵⁷ Hieruit bleek dat de ziekenhuizen met een pediatrische afdeling in België steeds kindgericht zijn: in 77% van de ziekenhuizen kunnen ouders ter plaatse overnachten (*rooming in*); in 70% van de ziekenhuizen kunnen ouders aanwezig zijn bij de inleiding op de narcose.

Wat meer zorgen baart, is het feit dat men volgens deze studie in 16% van de ziekenhuizen nog steeds niet toelaat dat ouders bij hun kind aanwezig zijn wanneer het na een algemene verdoving ontwaakt in de ontwaakzaal. Ook een voorafgaand overleg waarin de anesthesist het kind en de ouders meer uitleg verschaft, is nog steeds niet gangbaar.⁵⁸ Het verslag van de Zorginspectie uit 2009 bevestigt dit: in 11 van de 12 geïnspecteerde ziekenhuizen werden er problemen opgemerkt i.v.m. de mogelijkheden van ouders om steeds bij hun kind te blijven tijdens de hospitalisatie. In 10 ziekenhuizen konden ouders niet altijd bij hun kinderen blijven tot het onder narcose was, in 7 ziekenhuizen mochten de ouders niet bij de kinderen zijn tijdens het ontwaken na een ingreep.⁵⁹

Er zijn verder weinig andere gegevens beschikbaar over dit thema. Belangrijk is om hier enige nuance te leggen en ook te kijken naar de **dagelijkse praktijk** van de hulpverleners. Zij geven aan – o.m. tijdens de Open Fora – dat tegenwoordig

⁵³ Drieskens S., Van Der Heyden J., et al (2010c), *Op.cit.*, p. 444 en 459

⁵⁴ Vlaams Agentschap voor Zorg en Gezondheid, zie http://www.zorg-en-gezondheid.be/v2_default.aspx?id=21863

⁵⁵ Verschelden J, *Op.cit.*

⁵⁶ UNICEF België (2009), *Dat denken wij ervan! Tweede rapport van kinderen in België voor het Comité voor de Rechten van het Kind*, p. 48

⁵⁷ Test Aankoop, 'Kinderen in het ziekenhuis', in: *Test Gezondheid 94*, December 2009/januari 2010, pp. 19-23 Er werden 103 ziekenhuizen met een pediatrische afdeling bevraagd

⁵⁸ Idem

⁵⁹ Zorginspectie (2009), *Op.cit.*, p. 38-39

ouders courant bij het ontwaken van hun kinderen kunnen aanwezig zijn, maar dat er enige terughoudendheid bestaat bij het aanwezig zijn tijdens het onder narcose brengen en vooral tijdens de reanimatie van het kind. Niet alleen halen ze daarvoor infrastructurele en hygiënische argumenten aan, maar het belangrijkste is dat ze ondervinden dat ouders zelf niet altijd voorbereid zijn om hun kind te zien verdoofd worden, ze zijn ongerust en niet op hun gemak. Het vereist de nodige begeleiding om te zorgen dat de paniek niet overslaat op het kind, maar in de praktijk is hier eenvoudigweg niet voldoende personeel voor. Hetzelfde met reanimatie. Dat is zo'n ingrijpende situatie die het personeel zelf niet dagelijks meemaakt en waar heel wat stress bij komt kijken. Ouders moeten hierbij ook steun en begeleiding krijgen, maar het personeel moet op dat moment prioriteit kunnen maken van het reanimeren van het kind. Het is een moeilijk evenwicht waar de discussie rond meer middelen en meer psychosociale begeleiding voor de pediatrie weer opstaat.

Toch pleiten we ervoor dat het mogelijk moet zijn dat ouders ook tijdens deze momenten hun kinderen kunnen bijstaan. Daarnaast moeten ze vooraf goed ingelicht worden zodat ze op het moment zelf, in samenspraak met de hulpverleners, een bewuste keuze kunnen maken die steeds in het belang moet staan van hun kind. Tenslotte is het belangrijk dat ze tijdens deze momenten een zo goed mogelijke begeleiding krijgen.

Kinderen en ouders hebben recht op informatie. De informatie wordt aangepast aan leeftijd en bevattingsvermogen van het kind.

Als we kijken naar het artikel 12 van het IVRK, dat stelt dat kinderen actieve participanten zijn in hun eigen leven en in de samenleving, impliceert dit een herziene relatie tussen dokter en kind.⁶⁰ Kinderen en jongeren willen **ingelicht** worden over hun behandeling, en dit in een **taal die aangepast is** aan hen en aan hun ouders. 'Goed geïnformeerd zijn en kunnen praten over de pijn, kan helpen om de pijn te verzachten'.⁶¹ Toch vinden de Kinderrechten NGO's dat ouders, in het bijzonder ouders met een laag opleidingsniveau, te weinig worden geïnformeerd over de bestaande mogelijkheden.

In het Alternatief Rapport van de NGO's over de toepassing van het IVRK in België uit 2010 wordt hier verder op ingegaan: "Er is nog een lange weg af te leggen met betrekking tot participatie van zieke kinderen. Hun stem wordt immers zelden gehoord over hun behandeling of over alternatieven voor hospitalisatie. De kinderen kunnen niet beschikken over voldoende begrijpbare informatie. Bij toediening van medicatie en tijdens de duur van een behandeling wordt het recht van kinderen op informatie nauwelijks gerespecteerd. Het gebrek aan participatie en informatie op maat is dan ook een groot probleem (slecht begrijpelijke taal, gebrek aan coördinatie tussen specialisten en ander personeel)".⁶²

⁶⁰ Waterstond T., Goldhagen J. (2006), *Op. cit.*, p. 176

⁶¹ UNICEF België (2009), *Op. cit.*, p. 48

⁶² Kinderrechtencoalitie Vlaanderen (2010), *Alternatief Rapport van de NGO's over de toepassing van het Internationaal verdrag inzake de Rechten van het Kind in België*, p. 78

Kinderen hebben recht op mogelijkheden om te spelen, zich te vermaken en onderwijs te genieten al naar gelang hun leeftijd en lichamelijke conditie.

Kinderen hebben recht op verblijf in een stimulerende veilige omgeving waar voldoende toezicht is en die berekend is op kinderen van alle leeftijdscategorieën.

Kinderen in een ziekenhuis hebben ook **recht op spel en op deelname aan culturele en creatieve activiteiten** met andere kinderen. Kinderen en jongeren geven zelf aan dat ze het heel belangrijk vinden om het **contact met de buitenwereld** niet te verliezen. 'Geïntegreerde ontspanningsactiviteiten' veronderstellen dat dit gebeurt, maar de praktijk wijst uit dat externe contacten en integratieprojecten erg beperkt blijven, alsook het gebrek aan kindvriendelijke plekken binnen het ziekenhuis (voornamelijk in spoedafdelingen). Kinderen en jongeren willen zich thuis voelen en gezellige, lichte ruimtes hebben waar de mogelijkheid is om te spelen. Zo krijgen ze de kans om andere kinderen te ontmoeten en een beetje te vergeten dat ze ziek zijn.⁶³

Bovendien moet ook het **recht op onderwijs** ten volle worden gegarandeerd voor langdurig gehospitaliseerde kinderen. Door de medische vooruitgang hebben ernstig zieke kinderen de kans om langer te overleven en – eenmaal volwassen – actief deel te nemen in de samenleving. Daarom hebben zij evenveel recht op kwalitatief onderwijs, wat het welbevinden en hun ontwikkeling zal stimuleren.⁶⁴ Het is immers belangrijk om de dagelijkse routine binnen te halen in het ziekenhuis, waardoor de ontwikkeling van het kind zich kan verder zetten parallel met het genezingsproces.⁶⁵ Er zijn tal van initiatieven die onderwijs bij langdurig zieke kinderen garanderen (ziekenhuisscholen, Bednet, enz.), maar hierbij zijn er ook steeds zaken die niet over het hoofd mogen gezien worden (technologische mogelijkheden, medewerking van de school/leerkracht/ouders, nood aan pedagogische begeleiding, etc). Ook de medewerking en het begrip van de artsen – die als eerste prioriteit het genezen van het kind hanteren – inzake onderwijs in het ziekenhuis, moet beter kunnen.

Inzake het verblijf berekend op alle leeftijdscategorieën, willen we speciaal de **adolescenten tussen 15 en 18 jaar** vermelden. Het zorgprogramma voor kinderen gaat tot 14 jaar, vanaf 15 jaar komen ze dan in principe op de volwassenenafdeling terecht. Dit wordt geëvalueerd van persoon tot persoon. Zo zullen vaak terugkerende of langdurig opgenomen adolescenten meer op de kinderafdeling verblijven. Er is geen aparte adolescentenafdeling en hoewel de jongeren hier baat bij kunnen hebben, is het financieel en organisatorisch voor de meeste ziekenhuizen niet haalbaar om dit te installeren. De NGO's willen benadrukken dat het nodig is om hierbij steeds de **participatie** van de adolescenten te garanderen en hen de keuze te laten om op de kinderafdeling te verblijven als ze dat wensen, ongeacht hun aandoening of de lengte van hun verblijf.

⁶³ UNICEF België (2009), *Op. cit.*, p. 49

⁶⁴ Van Trimpont I. en Hoppenbrouwers K., "Onderwijs: een recht voor elk kind", in: Govaerts I., *Geef me veerkracht. Over onderwijs aan langdurig zieke kinderen*, 2010, p. 112

⁶⁵ Ortibus E., 'Klein maar dapper: de ziekenhuisschool en de kinderneurologie-revalidatie', in: Govaerts I., *Op. cit.*, p. 86

Kinderen worden behandeld en verzorgd door medisch, verpleegkundig en ander personeel dat speciaal voor de zorg aan kinderen is opgeleid. Het beschikt over de kennis en de ervaring die nodig zijn om ook aan de emotionele eisen van het kind en het gezin tegemoet te komen.

Kinderen zijn over het algemeen tevreden over het verplegend personeel, maar niet over de dokters en de spoedafdeling – nochtans de afdeling waar de helft van de hospitalisaties een aanvang neemt. Ook dit komt naar boven in het verslag van de Zorginspectie uit 2009: bij 5 van de 13 geïnspecteerde ziekenhuizen werd een kindvriendelijke opvang op de dienst spoedgevallen onvoldoende gerealiseerd.⁶⁶ De kinderen geven ook aan dat ze graag meer tijd willen van de verplegers of verpleegsters.⁶⁷

De kinderen en jongeren stellen zelf vast dat **pijnbehandeling** voor de meeste kinderen in het ziekenhuis een heikel punt is. Het is onaanvaardbaar dat kinderen nodeloos pijn lijden, wanneer er medicatie voorhanden is die de pijn doen afnemen. In de resolutie die in 2009 werd aangenomen door de Kamer, wordt expliciet gevraagd dat alle opleidingen geneeskunde en verpleegkunde worden aangevuld met een vorming over contact met kinderen en kinderrechten.⁶⁸

In dit verhaal is de **samenwerking en goede communicatie** tussen de verschillende diensten waarmee zieke kinderen te maken krijgen (huisarts, spoedarts, pediater, verpleegkundige, enz.) cruciaal om hen de meest kwaliteitsvolle zorgen te kunnen garanderen. Volgens een bevraging van het Vlaams Patiëntenforum, ervaren ouders van chronisch zieke kinderen dat deze samenwerking niet altijd vlot verloopt, hetgeen implicaties kan hebben voor de behandeling van het kind.⁶⁹ Ook bij de inspectie uit 2009 van 12 Vlaamse ziekenhuizen worden moeilijkheden vastgesteld bij multidisciplinaire patiëntenbesprekingen in 7 van de onderzochte ziekenhuizen.⁷⁰

Op het gebied van personeel wordt vastgesteld dat er een **tekort aan pediaters** bestaat in ons land.⁷¹ Dit kan o.m. verklaard worden door de hoge werkdruk (het aantal geboortes neemt toe, veel nachtdiensten), een veranderd ziektebeeld bij kleine kinderen en het feit dat pediaters minder betaald worden dan andere specialisten. Een maatregel die vanaf 1 januari 2012 verplicht dat er op elke kinderafdeling vier voltijdse pediaters moeten werken, zorgt daarom bij ongerustheid bij vele kleine ziekenhuizen die vrezen niet aan deze eis te kunnen voldoen.⁷²

⁶⁶ Zorginspectie (2009), *Op.cit.*, p. 38

⁶⁷ UNICEF België (2009), *Op.cit.*, p. 48

⁶⁸ Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers, *Resolutie betreffende een actieplan voor het kind in het ziekenhuis*, 18 juni 2009, doc 52 0482/006

⁶⁹ Vlaams Patiëntenplatform vzw (2011), *Kwaliteitsvolle zorg voor het kind in het ziekenhuis, nu en in de toekomst*, Standpunttekst, p. 2

⁷⁰ Zorginspectie (2009), *Op.cit.*, p. 40

⁷¹ In de doorlichting van 2009 werden er in 3 van de 12 ziekenhuizen chirurgische dagingrepen uitgevoerd zonder aanwezige pediater, in 3 ziekenhuizen was er niet steeds een pediater op de dienst spoedgevallen aanwezig en in vier ziekenhuizen was er geen psychosociale opvang voor kinderen en ouders tijdens hun opname. In: Zorginspectie (2009), *Op.cit.*, p. 39

⁷² De Morgen, *Kwart van kinderafdelingen in ziekenhuizen in gevaar*, 31/08/2011. Zie ook dossier Zorgnet Vlaanderen: *Kwaliteitsvolle zorg voor het kind in het ziekenhuis, nu en in de toekomst*, Zorgnet Vlaanderen, 2011.

“De geestelijke gezondheidszorg mist niet alleen de slagkracht om snel tegemoet te komen aan de actuele zorgvraag, ze is op de koop toe een ondoorzichtig kluwen. Een pijnlijke vaststelling, vooral nu studies al een tijdje uitwijzen dat een op vier Belgen in zijn leven met depressie of andere psychische problemen heeft te kampen.”⁷³

Knelpunten in de sector

België heeft een uitgebreid welzijns- en gezondheidsaanbod waar kinderen met psychische problemen terecht kunnen. Toch vindt niet iedereen de weg naar hulpverlening of haakt men af na een lang parcours van diagnosticeren en doorverwijzen. Waar loopt het dan mis?

Allereerst moet er gezegd worden dat niet iedereen zomaar de stap zet richting psychiatrische hulp. Er rust immers nog steeds een **taboe** op mentale problemen, ouders worden afgeschrikt door de hoge kosten, ze schamen zich, ze weten niet waar ze terecht kunnen met hun probleem, enz. Als men dan wel actief hulp gaat zoeken, zorgen enkele **historisch gegroeide knelpunten** in de sector ervoor dat niet iedereen de hulp krijgt die men nodig heeft, en dat sommigen zelfs helemaal uit de boot vallen. Hoe komt dit precies?

— DOORVERWIJZING

In ons land kunnen kinderen en jongeren met psychische problemen terecht bij de eerstelijns hulpverlening, waaronder huisartsen, CLB, sociale diensten (OCMW, CAW,...), online hulpverlening, enz. Afhankelijk van de ernst van de problematiek, worden ze doorverwezen naar een meer gespecialiseerde ambulante of intramurale hulpverlening (centra voor geestelijke gezondheidszorg, psychiatrische ziekenhuizen, PAAZ, psychiaters, psychotherapeuten, enz.).⁷⁴

Daar knelt echter het schoentje. Uit de praktijk blijkt immers dat deze **doorverwijzing** niet altijd verloopt zoals het moet.⁷⁵ Bij de eerstelijns hulpverlening is de kennis over psychiatrische problemen bij kinderen immers vaak onvoldoende (te weinig aandacht hiervoor in de opleiding), waardoor men niet tijdig of verkeerd doorverwijst naar meer gespecialiseerde diensten. Langs de andere kant kan een overdreven zoektocht naar de juiste diagnose leiden tot een (te) lang proces van screening en observatie, hetgeen evenmin ten goede komt aan de hulpvrager. Daarnaast komt ook dat het hulpaanbod niet altijd even goed gekend is bij de eerstelijns. Er is een veelheid aan diensten, die elk gericht zijn op een specifieke doelgroep en die zich op verschillende beleidsdomeinen bevinden

⁷³ Beleidsplan geestelijke gezondheidszorg Vlaanderen, *Vlaamse regering*, Kabinet van Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Jo Vandeurzen, 26 november 2010, Brussel, p. 87

⁷⁴ SEIN (UHasselt), OASes (UA), OPZC Rekem, *Onderzoek Armoede en Psychiatrie*, p. 8

⁷⁵ *Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken*, 2010, p. 7, via www.psy107.be (laatst geconsulteerd op 10/05/2011)

(welzijn, volksgezondheid, justitie,...). Samenwerking en communicatie tussen deze zorgsystemen zijn hierbij de sleutelwoorden om te komen tot meer overzicht en efficiëntie, maar in de praktijk blijkt dit niet vlot te lopen.⁷⁶

Daarnaast is er ook een grote **versnippering op beleidsniveau**, alwaar geestelijke gezondheidszorg zich deels onder federale en Vlaamse bevoegdheid bevindt. Een globale aanpak ontbreekt...⁷⁷ Ook tussen de sectoren bijzondere jeugdzorg, psychiatrie en gehandicaptenzorg bestaat er te weinig communicatie en samenwerking, waardoor deze jongeren die zich op deze verschillende terreinen situeren beter begeleid kunnen worden.⁷⁸ De recent ingeroepen en uitgeteste Multifunctionele Centra (MFC) roepen hoopvolle reacties op vanuit het werkveld, maar andere initiatieven die meer afstemming beogen, zoals de Integrale Jeugdhulp (IJH) blijken in de praktijk niet meteen succesvol.⁷⁹

In een recent advies van het Kinderrechtencommissariaat aan de Commissie Jeugdzorg van het Vlaams Parlement, wordt gesteld dat '**zorgtekort** een kernprobleem is in onze jeugdhulp vandaag'. Het advies schetst de problematiek van kinderen en jongeren met meervoudige problemen die in ons huidig zorgaanbod tussen de mazen van het net dreigen te vallen omwille van de grote versnippering van de verschillende hulpverleningsvormen.⁸⁰ Kinderen en jongeren met complexe meervoudige problemen die zich situeren op zowel gehandicaptenzorg, bijzondere jeugdzorg en psychiatrie, passen nu eenmaal niet in een vakje en hebben een meer duurzame en integrale oplossing nodig. Daarenboven is het zo dat gemeenschapsinstellingen niemand kunnen weigeren. Toch zwaaien privé-instellingen met **strikte toelatingsvoorwaarden**, waardoor vele jongeren worden geweigerd en van het kastje naar de muur worden gestuurd. Tegen dat ze meerderjarig zijn, zijn ze al zo vaak afgewezen dat ze hun vertrouwen in de hulpverlening kwijtgeraakt zijn.⁸¹

Al deze factoren zorgen ervoor dat kinderen niet altijd de hulp krijgen waar ze het meest belang bij hebben. Kinderen en jongeren die nood hebben aan psychologische begeleiding of psychiatrische hulp maar die niet (tijdig) kunnen krijgen, komen zo terecht in de Bijzondere jeugdzorg, waardoor hun aanbod evenzeer dichtslibt en andere jongeren geen hulp kunnen krijgen of er lang op moeten wachten.

⁷⁶ Dr. Wouters S., *Goede zorg voor kinderen en jongeren; nood aan samenhang*, 15 juni 2011, presentatie in het kader van het Open Forum "Kinderen en jongeren: geestelijke gezondheidszorg en psychiatrie", Kinderrechtencoalitie

⁷⁷ Kinderrechtencommissariaat, *Advies. Een andere lichtinval op het zorgtekort in de jeugdhulp en de geestelijke gezondheidszorg*, januari 2011, p. 3

⁷⁸ Peuteman A., *Kinderen in de nesten*, in: *Knack*, 09/03/2011

⁷⁹ Peuteman A., *Het Vlaamse Zorgenkind*, in: *Knack*, 02/03/2011

⁸⁰ Kinderrechtencommissariaat, *Op. cit.*, januari 2011, p. 2-3

⁸¹ Peuteman A., *Op. cit.*, 09/03/2011

Als men dan wel doorverwezen wordt naar een hulpverleningsvorm die het best aansluit bij hun noden, blijkt vaak dat – vooral in het geval van de ambulante diensten – de vraag te groot is en men op een **wachttijst** belandt. Vooral bij kinderen en jongeren is de wachttijd te lang, aldus professor Marina Danckaerts (hoofd afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie in het UZ Leuven): “Kleine kinderen en jongens moeten het langst wachten op een plek. En jongeren die met een gedwongen opname te maken krijgen, zijn nog slechter af: voor hen bestaat geen gesloten jongerenafdeling en dus belanden ze op de gesloten volwassenenafdeling.”⁸² Ook Jo Vandeurzen benoemt het probleem: “Vooral voor kinderen en jongeren zijn de wachttijden dramatisch lang: in de registratiedata 2008 van de CGG staat dat kinderen en jongeren gemiddeld 47 dagen moeten wachten op een intake. Daarna moet 1 op de 4 cliënten 42 dagen wachten op een tweede gesprek. Ook de K-eenheden in de psychiatrische ziekenhuizen kampen met wachttijden”⁸³

De geschiedenis van de hulpverlening in ons land leert ons dat er in het verleden voornamelijk is ingezet op het ontwikkelen van het **residentiële aanbod**. Er is een historisch gegroeid overaanbod aan bedden. Uit onderzoek blijkt dat de capaciteit aan beschikbare psychiatrische bedden in ons land ligt op 152 bedden per 100.000 inwoners, de tweede hoogste ratio in Europa.⁸⁴ Het **ambulante zorgaanbod** hinkt achterop en vraagt om meer investeringen, zodat mensen niet noodzakelijk hoeven opgenomen te worden om een behandeling te krijgen. In de kinder- en jeugdpsychiatrie is er zelfs helemaal geen ambulant aanbod, en een groot tekort aan nazorg.⁸⁵

Om tegemoet te komen aan de lange wachttijden, is er in Antwerpen een privé-initiatief genaamd ‘Tejo’ (therapeuten voor jongeren) ontstaan waarbij therapeuten op vrijwillige basis gratis en laagdrempelige hulp verlenen aan kinderen en jongeren van 10 tot 20 jaar.

— PERSONEELSTEKORT

Een bijkomend knelpunt dat wordt aangekaart, is het **tekort aan kinderpsychiaters** in België. Volgens cijfers uit 2008 van de Wereldgezondheidsorganisatie, staat ons land qua aantal psychiaters nochtans op de vierde plaats in Europa, met 23 psychiaters per 100.000 inwoners.⁸⁶ Objectieve gegevens die recent in de pers verschenen, tonen wel aan dat er een groeiend tekort aan psychiaters dreigt te komen (dit jaar starten in Vlaanderen slechts 7 studenten met de opleiding).⁸⁷ Hoe zit het dan met het aantal kinderpsychiaters? In het beleidsplan geestelijke gezondheidszorg Vlaanderen wordt gesteld dat er volgens de norm in

⁸² Gazet Van Antwerpen, *Kinderen in psychiatrie wachten op hulp*, 04/02/2009

⁸³ Beleidsplan geestelijke gezondheidszorg Vlaanderen, *Op. cit.*, p. 6

⁸⁴ Het percentage bedden voor kinderen en jongeren wordt hier niet gespecificeerd. In: WHO (2008), *Policies and Practices for Mental Health in Europe - Meeting the Challenges*, p. 48

⁸⁵ Maatschappelijke beleidsnota jeugdzorg, *Vlaams Parlement*, stuk 119 (2010-2011)-nr 1, 16 juni 2011, p. 58

⁸⁶ WHO (2008), *Op. cit.*, p. 95

⁸⁷ De Standaard, *Nog maar zeven aspirant-psychiaters*, 07/09/2011

psychiatrische ziekenhuizen minstens 1 psychiater moet zijn per 20 kinderen op een K-dienst. Wanneer men uitgaat van een 100 % bezettingsgraad besteedt een psychiater in een K-dienst minimaal 72 tot 132 minuten gemiddeld per patiënt per week.⁸⁸ Niettegenstaande hier niet wordt gespecificeerd over wie deze 'norm' heeft opgesteld, is het maar de vraag in hoeverre deze in de praktijk wordt gerespecteerd. Volgens kinder- en jeugdpsychiater Dirk Deboutte zijn er in ons land 180 kinder- en jeugdpsychiaters. Dit vindt hij een groot tekort daar het percentage kinderen en jongeren met een psychiatrische problematiek niet lager ligt dan dat bij volwassenen.⁸⁹ In De Morgen stond enkele jaren terug te lezen: "Vooral het tekort van 300 kinderpsychiaters is dramatisch. Geert Dom ziet vier redenen die dat acute tekort verklaren. Eén: mensen stappen veel sneller naar de geestelijke hulpverlening. Twee: jaarlijks studeren in ons land slechts enkele tientallen psychiaters af. Drie: van alle specialisten verdienen psychiaters het minst. Ze hebben ook minder opleidingsgeld en een slechtere vakantieregeling. Vier: de vervrouwelijking van de sector maakt dat beginnende psychiaters veel meer aandacht hebben voor het gezinsleven, wat begrijpelijk is."⁹⁰

Peter Adriaenssens vermeldt een berekening dat er 420 kinderpsychiaters zouden tekort zijn om aan de behoefte te voldoen, maar stelt meteen dat het misschien beter zou zijn om te kijken hoe we met het huidige aantal de klus kunnen klaren.⁹¹

Daarnaast wordt er ook vastgesteld dat er veel druk ligt op het personeel en dat er een groot **personeelsverloop** is, hetgeen niet bevorderlijk is voor de vertrouwensband tussen hulpverlener en hulpvrager, nochtans cruciaal bij het welslagen van hulpverlening.⁹²

— POS-MOF

Ook werd door verschillende sprekers tijdens het Open Forum "Kinderen en jongeren: geestelijke gezondheidszorg en psychiatrie", aangegeven dat de huidige opdeling tussen POS (problematische opvoedingssituatie) en MOF (misdrijf omschreven feit) bij kinderen en jongeren zeer arbitrair wordt toegepast en dat het onderscheid tussen beide termen in de praktijk niet zomaar kan gemaakt worden. Opvoedingsproblemen, psychiatrische stoornissen en delinquent gedrag lopen in veel gevallen door elkaar.⁹³ Beide types komen ook vaak terecht in dezelfde diensten. Dit zorgt in heel wat gevallen voor onduidelijkheid en frustratie bij de jongeren zelf over de redenen waarom ze worden opgenomen.⁹⁴

⁸⁸ Vraag nr. 3-5292 van mevrouw Van de Castele, *Belgische Senaat*, Bulletin 3-72, zitting 2005-2006, 24 mei 2006

⁸⁹ Maatschappelijke beleidsnota jeugdzorg, *Op. cit.*, p. 57

⁹⁰ De Morgen, *Vijfhonderd psychiaters te kort*, 16/04/2008

⁹¹ Adriaenssens P. (2010), *Laat ze niet schieten! Geef de grens een plaats in het leven van jongeren*, Lannoo, Tielt, p. 167

⁹² Maatschappelijke beleidsnota jeugdzorg, *Op. Cit.*, p. 59

⁹³ Peuteman A., *Op. Cit.*, 02/03/2011

⁹⁴ Agenschap Jongerenwelzijn, *Differentiatie van het gemeenschapsaanbod*, p. 18

Bestaat de mogelijke oplossing in een beter onderscheid tussen beide types en een aparte hulpverlening? Een scheiding van de trajecten voor POS- en MOF-jongeren wordt alvast aanbevolen door de Verenigde Naties in haar richtlijnen *“For the alternative care of children”*⁹⁵.

— JEUGDRECHTBANK

Wat gebeurt er met jongeren die met een psychiatrische problematiek kampen en via een jeugdrechtbank worden geplaatst (gedwongen opname)? Cijfers in Vlaanderen hierover ontbreken maar extrapolatie van het percentage jongeren met een psychiatrische problematiek bij de jeugdrechtbank van Antwerpen leidt in een recente studie tot een voorzichtige schatting dat het in Vlaanderen om 17.500 jongeren per jaar zou kunnen gaan.⁹⁶

In een artikel uit Knack (09-03-2011) wordt dit thema aan de kaak gesteld door Geert Decock, voorzitter van de Unie van Jeugdadvocaten. Jongeren met een psychiatrische problematiek moeten door de jeugdrechter vaak geplaatst worden in de Bijzondere Jeugdzorg omdat er daar meer capaciteit is, maar het personeel is hiervoor niet opgeleid. Daarenboven hanteren vele voorzieningen een uitsluitingscriterium voor jongeren die kampen met een psychiatrische problematiek.

Hierdoor komen deze jongeren ook in gesloten instellingen terecht, waardoor er plaatsgebrek voor echte delinquente jongeren optreedt en er bijkomende capaciteit wordt gecreëerd in gesloten instellingen zoals Everberg en Tongeren. Dit is volgens de geciteerde echter niet nodig. Als je de jongeren die er niet thuishoren weglaat, is er immers plaats genoeg. Hij vindt het meer opportuun om bijkomende capaciteit te creëren in de jeugdpsychiatrie.⁹⁷

In een eerste onderzoek naar de beweegredenen die door jeugdrechters worden gehanteerd om jongeren met een psychiatrische problematiek te plaatsen, werd vastgesteld dat er eerst en vooral **nood is aan overleg** tussen jeugdrechters en psychiaters. Jeugdrechters zouden ook meer kennis moeten verwerven rond psychiatrische stoornissen bij kinderen en jongeren, met het oog op een beslissing van de jeugdrechter die in het beste belang is van het kind (cfr. Art. 3 IVRK).⁹⁸

⁹⁵ “Measures should be taken so that, where necessary and appropriate, a child solely in need of protection and alternative care may be accommodated separately from children who are subject to the criminal justice system”. in: SOS Children’s Villages and International Social Service (2009), *UN Guidelines for the alternative care of children*, p. 25

⁹⁶ Cappon L., Vander Laenen F., Minderjarigen met een psychiatrische problematiek op de jeugdrechtbank: hoe beslissen jeugdrechters?, in: *Tijdschrift voor Jeugdrecht en Kinderrechten*, 2010/4, pp218-226

⁹⁷ Peuteman A., *Op. Cit.*, 09/03/2011

⁹⁸ Cappon L., Vander Laenen F., *Op.cit.*, pp 224-225

Kort samengevat, besluiten we met de woorden van Vlaams minister Jo Vandeuren:

“Ons land wordt internationaal geroemd om zijn medische zorg, maar als het over geestelijke gezondheid gaat, kunnen we beter. De dominantie van residentiële voorzieningen en de onderontwikkeling van de ambulante geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen is een erfenis van het verleden. In de eerstelijnszorg – huisartsen, CLB, CAW en OCMW's – ontbreekt vaak voldoende kennis om aan vroegdetectie te doen en de aansluiting met de CGG verloopt moeizaam. Mensen met psychische problemen stuiten op wachtlijsten. Vooral jongeren die dringend psychische hulp nodig hebben, blijven momenteel in de kou staan”.⁹⁹

Knelpunten bij kinderen in de psychiatrie

Alvorens hier dieper op in te gaan, willen we eerst en vooral toch een kanttekening plaatsen bij het uitgangspunt dat psychiatrische hulp steeds de beste oplossing is voor alle kinderen met een gedrags- of andere stoornis. Hierbij is het nodig dat men naar alle **contextfactoren** kijkt waarin deze kinderen leven. Men zou zich daarbij steeds de vraag moeten stellen welke soort hulp in het beste belang van het kind is. Een bepaald gedrag kan niet enkel gezien worden als een bepaalde aandoening of ziekte van het kind, maar kan mede verklaard worden door te kijken naar zijn of haar omgeving, opvoeding, psychologische aard, ... De geconsulteerde cijfers – hieronder weergegeven – geven aan dat er steeds meer kinderen en jongeren psychiatrische hulp krijgen. Hierbij moeten we ons zeker de kritische vraag stellen **of al deze kinderen hier effectief thuis horen** en of dit stijgende aantal automatisch betekent dat het psychiatrisch aanbod moet uitgebreid worden. Zoals Dr. Freya Vander Laenen stelt in de maatschappelijke beleidsnota jeugdzorg: “Er is een zeer groot verschil tussen het aantal jongeren of adolescenten met een psychiatrische problematiek en het aantal mensen dat nood heeft aan een interventie. Het is niet omdat er een diagnose is dat er per definitie een interventie nodig is. Het is belangrijk om dat onderscheid te maken.”¹⁰⁰ Stemmen gaan steeds meer op om zoveel mogelijk kinderen **thuis te behandelen**, en enkel de heel zware gevallen op te nemen. Plaatsingen blijken in veel gevallen niet te helpen bij psychopathologie, en volgens de meeste experts zouden jongeren beter in hun vertrouwde omgeving worden begeleid. Hier botst men dan echter weer op de lange wachtlijsten die er zijn voor de ambulante hulp en thuisbegeleidingsdiensten.¹⁰¹

We verwijzen hierbij naar de *recovery movement*, een hervormingsbeweging binnen de psychiatrie die het dominante medische model in de psychiatrie wil aankaarten en alternatieven wil aanbieden. Over de toenemende **medicalisering**

⁹⁹ Beleidsplan geestelijke gezondheidszorg Vlaanderen, *Op. Cit.*, p. 87

¹⁰⁰ Maatschappelijke Beleidsnota Jeugdzorg, *Op.Cit.*, p. 44-45

¹⁰¹ Peuteman A., *Op. Cit.*, 09/03/2011

van kinderen en jongeren met gedragsstoornissen, een aspect dat niet aan bod kwam in de Open Fora, verwijzen we naar het Kinderrechtencommissariaat dat dit thema in 2011 uitgebreid onderzocht (zie studiedag (in)druk. Gedragsstoornis of niet? Het kind achter het label, 5 oktober 2011).

— WIE?

Over welke **doelgroep** spreken we hier? In Vlaanderen is er nog weinig onderzoek verricht naar de mentale gezondheid van kinderen en jongeren... Er zijn wel twee belangrijke enquêtes naar waar wordt verwezen (HBSC en JOP-monitor)¹⁰², waaruit blijkt dat het merendeel van de kinderen en jongeren tevreden zijn over hun welzijn en levenskwaliteit. Over het aantal jongeren dat met een psychiatrische problematiek te maken krijgt, doen verschillende schattingen de ronde. Er zijn er die stellen dat minimum 5 % van de Vlaamse kinderen kampt met een ernstige problematiek (waarbij zelfdoding en automutilatie er uitspringen).¹⁰³ Uit ander representatief onderzoek werd vastgesteld dat een op de tien kinderen (<18j) te kampen heeft met een ernstig gedragsprobleem, andere psychiaters (D. Deboutte, P. Adriaenssens) spreken van 20 tot 30 % van de jongeren. Een aantal groepen worden als risicogroepen benoemd voor het ontwikkelen van een psychopathologie: prematuren, jongeren die in contact kwamen met de jeugdrechtbank en bijzondere jeugdzorg, kinderen en jongeren met een niet aangeboren hersenletsel (NAH), niet-begeleide minderjarigen en migrantenjongeren (al dan niet met een herkomst uit oorlogsgebied), zwakbegaafden, enz.¹⁰⁴

Verder moeten we hier niet enkel rekening houden met deze kinderen en jongeren alleen. In haar uiteenzetting tijdens ons Open Forum, stelde Dr. Sara Wouters, kinder- en jeugdpsychiater bij PAika, dat werken met het kind alleen tijdverlies is.¹⁰⁵ Het ontwikkelen van een psychopathologie heeft diverse oorzaken (kind- & contextgebonden factoren). Zelden hebben kinderen een geïsoleerde problematiek. Ze worden meestal geconfronteerd met problemen die meerdere vormen van zorg vereisen, groeien vaker op in gezinnen waar al psychiatrische aandoeningen voorkomen, enz. Prof. Dr. Bie Tremmery toonde overigens aan tijdens haar presentatie op ons Open Forum dat risicotaxatie uitwijst dat niet enkel psychiatrische stoornissen maar voornamelijk maatschappelijke (thuisituatie, leefomgeving,...) en psychosociale (stress, afwijzing, gebrek aan steun, mishandeling, enz.) factoren een grote invloed hebben op later delinquent gedrag.¹⁰⁶ Het is daarom erg belangrijk om ook met de hele context van de kinderen te

¹⁰² HSBC: Health Behaviour in School-aged Children-studies en JOP-monitor: Jongeren Onderzoeksplatform

¹⁰³ Maatschappelijke beleidsnota jeugdzorg, *Op.cit.*, p. 43

¹⁰⁴ *Ibid.*, p. 44-45

¹⁰⁵ Dr. Wouters S., *Goede zorg voor kinderen en jongeren: vraag om samenhang*, 15 juni 2011, presentatie in het kader van het Open Forum 'kinderen en jongeren: geestelijke gezondheidszorg en psychiatrie'

¹⁰⁶ Prof. Dr. Tremmery B., *Forensisch psychiatrische jeugdzorg: save care behandeling*, 15 juni 2011, presentatie in het kader van het Open Forum 'kinderen en jongeren: geestelijke gezondheidszorg en psychiatrie'

werken (en om een netwerk rondom hen te creëren dat hen kan ondersteunen), maar het moeilijkste hierbij is een mandaat krijgen van de ouders. Vooral bij gedwongen hulpverlening en forensische psychiatrie is er immers geen sprake van een behandelvraag en is het wantrouwen van ouders en kinderen vaak erg hoog. In heel dit verhaal mogen ook de broers en zussen niet vergeten worden. Ook zij kunnen een invloed ondervinden van een persoon in hun gezin die te kampen heeft met een psychiatrische problematiek.¹⁰⁷

— HOEVEEL?

Over hoeveel kinderen gaat het eigenlijk precies? Jeugd- en kinderpsychiater Dirk Deboutte spreekt van een verdubbeling van het aantal opnames in de psychiatrie tussen 1997 en 2006.¹⁰⁸ Cijfers van UNICEF tonen aan dat het aantal erkende bedden op psychiatrische diensten (ook wel K-diensten genaamd) tussen 2004 en 2007 toenam van 668 tot 695. Kinderen verblijven er gedurende periodes die variëren van drie weken tot meerdere jaren. In 2004 verbleven in totaal 4600 kinderen in de verschillende psychiatrische diensten in België.¹⁰⁹ In 2006 gaat het om 4200 kinderen.¹¹⁰

Recente cijfers over het aantal opnames ontbreken echter, hetgeen in de sector en door experts wordt aangeklaagd. Inzake de doorverwijzing naar de geestelijke gezondheidszorg, zijn er evenmin centrale gegevens beschikbaar bij het CLB (nochtans een van de belangrijkste aanmelders). Dit zou moeten verbeteren door de invoering van het 'leerlingenbegeleiding administratie- en registratiesysteem' (LARS).¹¹¹ Ook cijfers omtrent het aantal minderjarigen met een psychiatrische problematiek die worden veroordeeld door de jeugdrechtbank, zijn niet beschikbaar.¹¹² Op Vlaams niveau zijn er wel meer recente cijfers te vinden. Volgens het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid begonnen er in 2009 meer dan 7500 kinderen (0-17j) een **ambulante behandeling** in een Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg. Dit is een grote stijging tegenover de 3400 kinderen die een behandeling startten in 2008.¹¹³ 24 % van alle cliënten in de CGG zijn jonger dan 18 jaar. Het merendeel van deze jongeren wordt doorverwezen vanuit de gezondheidszorg (28 %) of het onderwijs (27 %). Niet onbelangrijk is dat 24 % van de jongeren naar een CGG stapt zonder verwijzing, dus op eigen initiatief of op aanraden van familie op vrienden.¹¹⁴

Uit deze gegevens blijkt dat een **stijgend aantal** kinderen en jongeren terecht komt bij gespecialiseerde hulp. Hoe het komt dat deze stijging zich de laatste

¹⁰⁷ Voor meer informatie hierover, zie www.similes.org

¹⁰⁸ Maatschappelijke Beleidsnota Jeugdzorg, *Op.Cit.*, p. 45

¹⁰⁹ UNICEF België, *De rechten van kinderen en jongeren in psychiatrische diensten in België (K-diensten)*, maart 2008, p. 2

¹¹⁰ Peuteman A., *Op.Cit.*, 02/03/2011

¹¹¹ Maatschappelijke Beleidsnota Jeugdzorg, *Op.Cit.*, p. 23

¹¹² Cappon L., Vander Laenen F., *Op.Cit.*, pp. 218-226

¹¹³ Laatst geconsulteerd op 26 april 2011 via <http://www.zorg-en-gezondheid.be/Cijfers/Zorgaanbod-en-verlening/Geestelijke-gezondheidszorg/Leefijd-en-geslacht-van-de-clienten/>

¹¹⁴ Laatst geconsulteerd op 30/05/11 via <http://www.zorg-en-gezondheid.be/Cijfers/Zorgaanbod-en-verlening/Geestelijke-gezondheidszorg/Hoe-komen-jongeren-terecht-bij-een-CGG-/>

jaren heeft ingezet, valt moeilijk te verklaren en is niet louter te zoeken bij de jongeren zelf. Er wordt immers door verschillende onderzoekers vastgesteld dat het niet het aantal psychiatrische problemen bij jongeren (tenzij dan automutilatie en zelfdodingsgedachten) is dat stijgt, maar wel het aantal jongeren waarbij een interventie gebeurt.¹¹⁵ Een prestatiegerichte maatschappij en een toenemende onzekerheid bij ouders en leerkrachten inzake symptomen van pathologieën zijn alvast twee verklarende factoren volgens kinder- en jeugdpsychiater Dirk Deboutte.¹¹⁶ De hogere instroom valt ook te verklaren door het systeem zelf, aldus Rudi Roose (vakgroep Sociale Agogiek, UGent). De focus is de laatste jaren verschoven naar preventie, maar op de eerstelijnsorganisaties waar jongeren het eerst met hun probleem terecht komen (CLB, CAW, ...) heerst er echter een politiek van meteen doorverwijzen, terwijl dit niet altijd nodig is en velen enkel nood hebben aan dit eerste contact.¹¹⁷ Het is dus nodig om deze eerstelijns voldoende middelen te geven en op te leiden, zodat zij op een correcte manier de problemen van deze kinderen en jongeren kunnen interpreteren en zelf al hulp kunnen bieden alvorens ze door te verwijzen naar de tweedelijns.

— HUN RECHTEN

Wat vinden kinderen en jongeren die zijn opgenomen in een psychiatrische voorziening nu zelf van hun verblijf en behandeling? UNICEF België organiseerde in 2007 een gedachtewisseling met jongeren (12–18j) die in de K-diensten verblijven en hun begeleiders, om meer te weten te komen over hoe zij hun verblijf daar ervaren en om aanbevelingen te formuleren. Uit dit onderzoek is o.m. gebleken dat de jongeren vinden dat:

- er te lange wachtlijsten zijn
- sommigen tegen hun wil werden opgenomen
- dat niet alle informatie op een begrijpelijke manier wordt gebracht, ook niet als het om een behandeling of over medicatie gaat
- er niet altijd voldoende personeel aanwezig is
- ze zo weinig mogelijk moeten afgeschermd worden van de buitenwereld en dat regelmatig contact met vrienden en familie moet kunnen
- ze recht hebben op vrije tijd en privacy
- het recht op onderwijs voor elke jongere apart moet bekeken worden
- afzonderingsmaatregelen voldoende duidelijk moeten worden gecommuniceerd

Onvoldoende inspraak van de kinderen en jongeren is een knelpunt dat vaak terugkomt. Te weinig informatie krijgen bij een behandeling of een plaatsing, kan wrevel, wantrouwen en verzet opwekken bij zowel kinderen als hun ouders, hetgeen uiteraard nefast is voor het kind zelf. Daarenboven krijgen ze niet altijd de

¹¹⁵ Maatschappelijke Beleidsnota Jeugdzorg, *Op.Cit.*, p. 46

¹¹⁶ Peuteman A., *Op.Cit.*, 02/03/2011

¹¹⁷ Peuteman A., *Op.Cit.*, 02/03/2011

tijd om hun eigen problemen onder woorden te brengen en worden deze al te vaak extern vastgesteld, zonder soms echt te luisteren naar de kinderen zelf.¹¹⁸

In het Alternatief Rapport van de NGO's over de toepassing van het IVRK in België wordt duidelijk de bezorgdheid geschetst rond de rechten van kinderen in de psychiatrie:

“De Kinderrechten NGO's merken op dat het onderwerp kinderpsychiatrie heel zorgwekkend is en dringen dan ook aan op een **holistische aanpak** die vertrekt vanuit de rechten van het kind. Het gaat hierbij niet alleen om het recht op gezondheid, of over het aantal beschikbare plaatsen, maar ook over rechten op non-discriminatie, onderwijs, informatie, gezinsleven, persoonlijke band met ouders en familie, privacy, cultuur en ontspanning, participatie, enzovoort.

De NGO's zijn in het bijzonder bezorgd over het feit dat **opsluiting** niet enkel wordt toegepast als een ultieme maatregel (*a measure of last resort*) voor kinderen die naar de psychiatrie worden gestuurd en dat kinderen niet op de hoogte zijn van hoe lang hun hospitalisatie zal duren. Ook maken wij ons ernstige zorgen om het feit dat **vrijheidsbeperking** (waaronder isolering) wordt gebruikt als een strafmaatregel en niet in uitzonderlijke situaties voor de bescherming van het kind. Bovendien is **medische behandeling**, wat de lichamelijke integriteit van kinderen inperkt, de norm en niet een ultieme maatregel. Tot slot stellen wij ons ook vragen bij het feit dat het leven in K-diensten volledig afgesloten verloopt van de buitenwereld. Beperkingen op het contact met de buitenwereld worden onvoldoende uitgelegd en verantwoord. Kinderen moeten soms onnodig tijdens het weekend in het ziekenhuis blijven – enkel en alleen omdat zo hun plaats bezet blijft. Het is compleet onaanvaardbaar dat een kind het recht wordt ontzegd zijn familie te bezoeken, enkel en alleen om financiële redenen.”

De mening van de kinderen en jongeren en die van de NGO's werd gehoord door het Comité voor de Rechten van het Kind. In haar Slotbeschouwingen stelt het Comité dat de Belgische overheid verdere inspanningen moet leveren om de wachtlijsten in te korten, om kinderen voldoende te informeren en om te investeren in preventie zodat het aantal opnames wordt teruggedrongen en kinderen zoveel mogelijk in de eigen thuissituatie kunnen begeleid worden.

Beleid

— RECHTSPOSITIE

Er zijn heel wat wetten en decreten in ons land die de **rechtspositie** van de minderjarige (psychiatrische) patiënt behandelen, zoals daar zijn:

- Wet van 8 april 1965 betreffende de jeugdbescherming (B.S. 15.IV.1965, err. B.S. 19.V.1965)
- Decreet van 7 maart 2008 inzake Bijzondere jeugdbijstand
- Wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke

¹¹⁸ Maatschappelijke Beleidsnota Jeugdzorg, *Op.Cit.*, p. 60

- Wet van 1 juli 1964 tot bescherming van de maatschappij tegen abnormalen en de gewoontemisdadigers
- Decreet van 18 mei 1999 betreffende de geestelijke gezondheidszorg
- Decreet van 7 mei 2004 betreffende de rechtspositie van de minderjarige in de integrale jeugdhulp (van toepassing voor CGG, niet in de K-diensten)

Voor meer informatie inzake de rechtspositie van de minderjarige patiënt, verwijzen we naar volgende **publicaties**:

- ANG, F. (2007), Jongeren en psychiatrie in Vlaanderen: een mensenrechtelijke benadering, in: *Jongeren, psychiatrie en recht*, Centrum voor beroepsvervolmaking in de rechten, Intersentia, pp. 17-49
- Kinderrechtencoalitie Vlaanderen vzw (2004), *Kinderrechtenforum Rechten van minderjarigen in de gezondheidszorg*, jaargang 1, nr. 2
- Voor jongeren die meer willen weten over hun rechtspositie als patiënt, kunnen gratis de brochure “ ’t Zitemzo...als je patiënt bent” van de Kinderrechtswinkel downloaden via www.tzitemzo.be

— ACTIES

Op 13 oktober 2010 werd in de Senaat een **voorstel van resolutie** aangenomen met betrekking tot de rechten van kinderen en jongeren die in België in een ziekenhuis zijn opgenomen, meer bepaald in psychiatrische diensten (K-diensten)¹¹⁹. In de resolutie wordt de regering gevraagd om:

- 1 zonder beperking toe te zien op de grondrechten van de kinderen die in de K-diensten van de psychiatrie verblijven;
- 2 zich ervan te vergewissen dat de kinderen in de psychiatrie hun eigen leven in handen kunnen nemen; ze moeten kunnen worden gehoord over hun opname, hun behandeling en de eventuele alternatieven voor een opname. Ze hebben ook het recht hun vrijheidsberoving periodiek te laten controleren;
- 3 zich ervan te vergewissen dat deze kinderen voldoende worden geïnformeerd in een aangepaste taal en dat ze omringd worden door goed opgeleid personeel;
- 4 er volgens het beginsel van de minst schadelijke behandeling op toe te zien dat de kinderen alleen de behandeling krijgen die het minst invloed heeft op hun lichamelijke, mentale en morele integriteit;
- 5 deze kinderen het elementaire recht op een persoonlijke levenssfeer te garanderen;
- 6 erop toe te zien dat sociaal-economische omstandigheden geen beperking vormen van het recht om hun familie en hun naasten te zien;
- 7 te garanderen dat het recht op onderwijs dat ook geldt voor kinderen in ziekenhuizen niet kan worden beperkt, behalve wanneer die beperking nodig

¹¹⁹ Voorstel van resolutie met betrekking tot de rechten van kinderen en jongeren die in België in een ziekenhuis zijn opgenomen, meer bepaald in psychiatrische diensten (K-diensten), *Belgische Senaat*, Zitting 2010-2011, 13 oktober 2010, 5-326/1 (in behandeling)

is in het licht van de opname, inzonderheid voor een observatie of voor een therapeutische behandeling;

- 8 de nodige maatregelen te treffen opdat slechts in uitzonderlijke omstandigheden en alleen voor de bescherming van de jongere en de anderen, een beroep kan worden gedaan op vrijheidsbeperking, zoals afzondering;
- 9 systematisch en via elke nuttige maatregel (bijvoorbeeld een bewustmakingscampagne) in te gaan tegen het stigma dat met de kinderpsychiatrie verbonden lijkt.

In het Vlaams Parlement werd er eind 2010 een speciale commissie Jeugdzorg in het leven geroepen die zich boog over de verschillende knelpunten in de sector. Op 5 juli 2011 mondde dit uit in een **Maatschappelijke beleidsnota jeugdzorg**. Naast een opsomming van de meest courante vaststellingen, cijfers en knelpunten, doet deze nota ook een aanzet voor concrete oplossingen.

Ook in het recent goedgekeurde **Vlaams Actieplan Kinderrechten 2011–2014** van de Vlaamse regering worden enkele concrete doelstellingen en acties m.b.t. psychiatrie en GGZ geformuleerd, waaronder:

OD 6.1: De Vlaamse overheid maakt werk van aangepaste sociale dienstverlening voor alle kinderen die er nood aan hebben. De psychiatrische begeleiding van jongeren die er nood aan hebben, wordt versterkt.

- De Vlaamse overheid (Welzijn) voorziet in de uitbreiding van het mobiele aanbod met ±150 plaatsen in 2011.
- De Vlaamse overheid (Welzijn) realiseert een uitbreiding van het algemeen eerstelijnsjongerenonthaal met 10 VTE's.
- Voor prioritaire dossiers wordt er meer intersectoraal regionaal overleg georganiseerd.
- In 2011 zal de Vlaamse overheid (Volksgezondheid) middelen vrijmaken om de kinder- en jongerenteams van de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg te versterken. Deze centra bieden ambulante hulpverlening aan bij ernstige psychiatrische problemen.
- De Vlaamse overheid (Volksgezondheid) stimuleert de opstart van projecten rond het invoeren van een eerstelijns psychologische functie om de zorg voor psychische problemen voor alle leeftijdsdoelgroepen toegankelijker te maken en sneller en dichter bij de burger hulp te voorzien.
- De Vlaamse overheid ziet er vanuit haar bevoegdheden op toe dat medicalisering van kinderen en jongeren alleen nog maar als laatste redmiddel gebruikt worden (subsidiariteitsprincipe).

Aanbevelingen

Toegang tot de gezondheidszorg	39
Aan alle beleidsmakers en politici	39
Aan de Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin	40
Aan de federaal minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid	40
Aan de Vlaams minister van Onderwijs, Jeugd, Gelijke Kansen, Brussel en Coördinerend minister Kinderrechten	41
Aan artsen, verplegers en hulpverleners	41
 Kinderrechten en ziekenhuis	42
Aan de Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin	42
Aan de federaal minister van Sociale zaken en Volksgezondheid	42
Aan de Vlaams minister van Onderwijs, Jeugd, Gelijke Kansen, Brussel en coördinerend minister Kinderrechten	43
Aan de ziekenhuizen	43
 Kinderen en jongeren: Geestelijke gezondheidszorg en psychiatrie	44
Aan alle beleidsmakers en politici	44
Aan de Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin	44
Aan de Vlaams minister van Onderwijs, Jeugd, Gelijke Kansen, Brussel en coördinerend minister Kinderrechten	45
Aan de hulpverleners	45

02 | Aanbevelingen

Kinderrechtencoalitie Vlaanderen

39

De reeks aanbevelingen die hieronder worden weergegeven, zijn enerzijds een weerslag van de presentaties en de gevoerde debatten tijdens onze Open Fora, anderzijds een herneming van al eerder geformuleerde maar daarom niet minder belangrijke aanbevelingen vanuit het Comité voor de Rechten van het Kind en uit het Alternatief Rapport van de NGO's over de toepassing van het IVRK in België.

Toegang tot de gezondheidszorg

Aan alle beleidsmakers en politici

- Een doeltreffend **armoedebeloid** dat actief is op verschillende domeinen tegelijk moet ervoor zorgen dat gezinnen een levensstandaard verzekerd wordt die toereikend is voor de lichamelijke, geestelijke, intellectuele, morele en maatschappelijke ontwikkeling van al de leden van het gezin. Hierbij is het belangrijk om kinderen als prioritaire doelgroep te hanteren. Voor meer concrete aanbevelingen hieromtrent, verwijzen we naar het Kinderrechtenforum 7, "Kinderen en jongeren in armoede" van de Kinderrechtencoalitie (2010).
- Tussen de verschillende beleidsdomeinen (huisvesting, onderwijs, werk, enz.) die een impact hebben op gezondheidsindicatoren moet er **overleg en coördinatie** zijn om zo goed mogelijke resultaten te bereiken. In Vlaanderen is hiervoor een coördinerende rol weggelegd voor de Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- Niet alleen het beleid moet samenwerken en overleggen. De sleutel tot succes voor gezondheidsbevorderend werken is immers een **sectoroverschrijdende samenwerking**, waarbij vanuit het beleid ook overleg gepleegd wordt met middenveldorganisaties die over de nodige *know how* beschikken m.b.t. de doelgroep.
- Alle minderjarigen moeten in de eerste plaats als kind en individueel houder van rechten worden beschouwd en dan pas in hun specificiteit (armoede, handicap, ziekte, ...). Maatregelen die worden getroffen om de toegang tot kwaliteitsvolle gezondheidszorgen te vergroten, moeten zich daarom richten tot **alle kinderen**.
- De NGO's dringen aan op een betere **verzameling van gegevens** omtrent gezondheid, dit door indicatoren te creëren die de sociale ongelijkheden kunnen meten. Het uitwisselen van gegevens tussen alle beleidsniveaus moet worden vergemakkelijkt.
- Ongelijkheid inzake gezondheidszorg start reeds tijdens de zwangerschap. Vrouwen met een lagere opleiding lopen meer risico op problemen tijdens de zwangerschap, terwijl net zij minder medische begeleiding krijgen.

We pleiten voor extra inspanningen opdat zwangere vrouwen uit maatschappelijk kwetsbare groepen **beter en vaker begeleid** worden. We verwijzen hiervoor naar andere aanbevelingen (ut infra) omtrent de versteviging van de eerstelijnsgezondheidszorg en de automatische toekenning van rechten inzake financiële steunmaatregelen. Ook moet er meer aandacht gaan naar de **levensomstandigheden** van deze vrouwen. Deze zorgen er immers voor dat zij niet steeds alle medische adviezen kunnen opvolgen (slechte huisvesting, ongezond werk, ...).

Aan de Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

- Het beleid moet maatregelen treffen die gericht zijn op het **promoten van gezondheid** en het aanmoedigen van ouders om gebruik te maken van de gezondheidsdiensten die voor hun kinderen beschikbaar zijn, hierbij steeds rekening houdend met de specifieke context waarin de gezinnen leven.
- De **eerstelijnsgezondheidszorg** moet worden **verstevigd**. Meer concreet pleiten we voor een uitbreiding van de Wijkgezondheidscentra en voor meer huisartsenwachtposten. Een versteviging van de eerste lijn zal minder kosten aan de maatschappij: als gezondheidsproblemen in een vroeger stadium worden ontdekt, worden duurdere en gespecialiseerdere tweedelijndiensten overbodig.

Aan de federaal minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

- De verplichte basisziekteverzekering komt onvoldoende tussen bij hospitalisatie. Dit is nefast voor gezinnen in armoede, die vaak geen bijkomende verzekering nemen en als gevolg van de hoge kosten bij een ziekenhuisopname schulden moeten maken. Dit verhoogt het risico op het uitstellen van medische zorgen. We pleiten daarom voor een **sterke collectieve ziekteverzekering** die ook bij hospitalisatie voldoende tussenkomt.
- Om de toegankelijkheid van de gezondheidszorg te garanderen, moeten in de eerste plaats de financiële drempels worden weggenomen. Daarom moet **eerstelijnsgezondheidszorg gratis zijn voor alle kinderen en jongeren** onder de 18 jaar.
- De vele maatregelen die de medische kosten moeten verminderen voor mensen met een laag inkomen zijn niet overzichtelijk en duidelijk genoeg. Daarom vragen we een **automatische toekenning van rechten**. Dit neemt de bestaande drempels weg: de angst, schaamte, onwetendheid, het papierwerk,...
- Hierbij pleiten we voor de **automatische toepassing van de derdebetalersregeling** voor iedereen. Deze maatregel heeft een duidelijke impact op het moment dat de kosten zich stellen, en belet het uitstellen van medische zorgen.
- Daarnaast vragen we ook een **verlaging van het plafond van de maximumfactuur** en een uitbreiding van de verstrekkingen die eronder vallen. Bij deze maatregel gaat het om 'uitgesteld genot': pas wanneer een bepaald plafond bereikt is, hoeft men niets meer te betalen. Mensen in armoede gaan echter vaak zorg uitstellen, waardoor het plafond nooit bereikt wordt.

- Kinderen in precair verblijf kunnen in ons land niet altijd hun sociale rechten opeisen, omdat die afhangen van de verschillende verblijfsstatuten. Dit systeem is erg complex en deze groep minderjarigen valt hierdoor uit de boot. Er dient daarom gestreefd te worden naar een duidelijker en transparanter systeem, en naar de **verzekerbaarheid van alle minderjarigen, los van hun verblijfsstatuut**.
- Als een kind met een precair verblijfsstatuut medische zorgen nodig heeft, is er een hele administratieve procedure die moet worden doorlopen. Dit zorgt voor enige terughoudendheid bij sommige artsen, met gevolg dat deze kinderen geen medische zorgen krijgen. Zolang de gevraagde automatische toekenning van hun rechten niet is gerealiseerd, is het nodig om te streven naar een **vereenvoudiging van de administratieve procedures**.
- Als kinderen en jongeren **zonder medeweten van hun ouders** naar de dokter willen, kan dit in theorie als ze bekwaam geacht worden door de gezondheidswerker in kwestie (volgens art. 12 van de Wet op de patiëntenrechten). In de praktijk is dit echter moeilijk realiseerbaar omdat medische zorgen van kinderen steeds via de verzekering van hun ouders verlopen. Dit zorgt voor een verhoogde drempel voor deze kinderen om zelfstandig hulp te zoeken. In dat opzicht kan een automatische toepassing van de derdebetalersregeling deze drempel verlagen.
- Minderjarige patiënten hebben ook recht op **correcte informatie en inspraak** over de behandeling. We pleiten voor het daadwerkelijk recht van alle patiënten, dus ook van kinderen, om in te stemmen met een behandeling of deze te weigeren. De zogenaamde *informed consent/refusal* die in de Wet Patiëntenrechten voorkomt, moet ook gelden voor de minderjarige.

Aan de Vlaams minister van Onderwijs, Jeugd, Gelijke Kansen, Brussel en Coördinerend minister Kinderrechten

- Er is sprake van een sociale gradiënt inzake gezondheid: hoe lager het opleidingsniveau, hoe groter de kans op gezondheidsproblemen, kindersterfte, lagere levensverwachting, enz. Hier speelt onderwijs uiteraard een cruciale rol. Om kinderen – vooral uit kwetsbare milieus – zo goed mogelijk voor te bereiden op de verdere schoolloopbaan, is het van belang dat er wordt **geïnvesteed in het kleuteronderwijs** (personeel, infrastructuur, enz.). De aankondigde maatregelen voor kleinere klassen in 2012 zijn alvast een eerste stap in de goede richting, maar er moet gewaakt worden over de effectieve implementatie ervan.
- In de opleidingen van alle zorgberoepen moet er **meer aandacht zijn voor kinderrechten**, aangepast aan de context van hun beroep.

Aan artsen, verplegers en hulpverleners

- Hulpverleners weten vaak niet wat het betekent om in armoede te leven. Opdat de **communicatie met kinderen uit kwetsbare groepen** en hun families vlotter zou kunnen verlopen, kan men beroep doen op bvb. ervaringsdeskundigen.

- Belangrijk in de discussie over het verstrekken van gezondheidszorg aan alle minderjarigen, is dat er nood is aan **participatief werken**: het betrekken van de doelgroep, werken met sleutelfiguren, ervaringsdeskundigen of vertrouwenspersonen, enz.
- Een goede **samenwerking** tussen de verschillende zorgverstrekkers waarmee kinderen in contact komen (artsen, verplegers, sociaal werkers, therapeuten, enz.) en een **aangepast taalgebruik**, zijn nodig om hen op de meest kwalitatieve manier te verzorgen en te informeren over hun toestand.
- We vragen bijkomende aandacht voor de **cultuursensitieve zorg** voor kinderen in precair verblijf en kinderen afkomstig uit een andere cultuur.

Kinderrechten en ziekenhuis

Aan de Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

- We pleiten steeds voor de minst ingrijpende oplossing wanneer een kind medische zorgen nodig heeft. De mogelijkheden voor **thuiszorg** moeten worden uitgebreid. Hierbij vragen we dat bij uitbreidingen van de thuiszorg een gegarandeerd minimum aantal uren wordt toegekend aan minderjarige patiënten.

Aan de federaal minister van Sociale zaken en Volksgezondheid

- Het aantal jonge kinderen stijgt, maar kinderafdelingen in het ziekenhuis kampen met een tekort aan pediaters. De aangekondigde maatregel dat elke pediatrie afdeling vanaf 2012 moet beschikken over vier voltijdse kinderartsen, impliceert dat 1 op 4 afdelingen zal worden gesloten (cfr. Zorgnet Vlaanderen). Er is dan ook meer aandacht nodig voor **investeringen in de pediatrie**.
- Kinderen ervaren de aanwezigheid van hun ouders tijdens een ziekenhuisopname als erg belangrijk. Ondanks het feit dat *rooming-in* in de meeste ziekenhuizen mogelijk is, is het minder evident dat ouders aanwezig zijn voor, tijdens of na (dringende) medische ingrepen. Redenen die zorgverstrekkers hiervoor aanhalen, zijn een gebrek aan infrastructuur en aan personeel om de ouders en kinderen op een gepaste manier te begeleiden en te informeren. Het is daarom aangewezen om te voorzien in **voldoende personeel** opdat de **mogelijkheden van ouders om bij hun kinderen te zijn, zoveel mogelijk worden vergroot**.
- Daarnaast vragen we een **uitbreiding en vereenvoudiging van de zorgverlofstelsels**. Wanneer een kind ziek is, ervaren de ouders immers heel wat moeilijkheden om hun verantwoordelijkheden thuis en op het werk met elkaar te verenigen.
- Er is nood aan meer **recente, transparante en centraal beheerde cijfers** rond kinderen in het ziekenhuis. Een gebrek daaraan leidde onder meer tot het zelf overgaan tot onderzoek (cfr. studie Test-Aankoop).

**Aan de Vlaams minister van Onderwijs, Jeugd, Gelijke Kansen,
Brussel en coördinerend minister Kinderrechten.**

- Kinderen in het ziekenhuis moeten **onderwijs** kunnen blijven krijgen. Zij ervaren dit zelf als heel belangrijk, niet alleen het onderwijs op zich maar ook het doorbreken van het sociale isolement. Meer kinderen die langdurig worden gehospitaliseerd, genezen en willen na verloop van tijd de draad van hun gewone leven weer oppikken. Het is dus van kapitaal belang dat zij zo weinig mogelijk schoolachterstand oplopen.
- **Initiatieven** die **langdurig zieke kinderen** de kans geven om via computer en internet de lessen in hun klas te blijven volgen, dienen **ondersteund en uitgebreid** te worden. De scholen moeten gestimuleerd worden om mee in te stappen in deze initiatieven en hiervoor de nodige technische voorzieningen ter beschikking te stellen.

Aan de ziekenhuizen

- Binnen de ziekenhuiswereld moet de **kindnorm** (zoals gelanceerd door de Gezinsbond) een uitdrukkelijk aandachtspunt worden. Deze norm streeft naar een omgeving die rekening houdt met wat een kind minimaal nodig heeft en maximaal aankan. Kindvriendelijkheid wordt hierbij in de algemene missie en visie van het ziekenhuis ingeschreven. Op plaatsen in het ziekenhuis waar kinderen komen of worden verzorgd, moet er steeds rekening worden gehouden met het **kindperspectief** en moet de kwaliteit ervan hieraan getoetst worden.
- In dat opzicht moeten er ook meer inspanningen geleverd worden om de **spoedafdelingen** beter aan te passen aan de noden van de kinderen.
- Wij pleiten ervoor dat ouders zoveel mogelijk bij hun kind kunnen blijven tijdens hun ziekenhuisverblijf. Soms botst dit met de handelingsruimte en faciliteiten die hulpverleners nodig hebben. Bij alle situaties dient echter het **belang van het kind** voorop te staan en dient elk geval individueel beoordeeld te worden.
- Binnen de groep van kinderen die opgenomen worden in een ziekenhuis vormen **kinderen met een handicap** een groep die extra zorg en aandacht verdienen. Hun ouders – die het zorgcircuit vaak reeds goed kennen – dienen, net als alle andere ouders trouwens, betrokken te worden in de behandeling.
- Sommige ziekenhuizen plaatsen **kinderen tussen de 14 en 18 jaar** op de volwassenenafdeling, anderen op de pediatrie. Wij pleiten voor een individuele benadering, waar de keuze van de minderjarige doorslaggevend is. De mogelijkheid om van afdeling te wisselen moet blijven bestaan (sommige adolescenten verkiezen na enkele dagen soms de pediatrie boven de volwassenenafdeling of omgekeerd).
- Kinderen en hun familie moeten op regelmatige basis **duidelijke informatie** krijgen over hun behandeling, duur van opname, medicatie, enz.

Kinderen en jongeren: geestelijke gezondheidszorg en psychiatrie

Aan alle beleidsmakers en politici

- Ons huidig psychiatrisch systeem voor kinderen en jongeren is complex, mede omdat het zich op verschillende beleidsniveaus bevindt. Communicatie tussen de verschillende niveaus is niet evident en dit zorgt voor misverstanden, wantrouwen en inefficiëntie. Wij pleiten daarom voor meer **samenwerking en overleg** tussen de verschillende beleidsniveaus, vooral tussen Welzijn (Vlaams), Volksgezondheid (federaal) en Justitie (federaal).
- De psychiatrie en de geestelijke gezondheidszorg kreunen onder de lange wachttijden en het personeelsverloop. Het is nodig om **structurele maatregelen** te treffen om te verzekeren dat hulp beschikbaar en bruikbaar is voor alle kinderen die er nood aan hebben. Hierbij wordt door de NGO's opgemerkt dat dit soort maatregelen niet enkel gericht mag zijn op het uitbreiden van het hulpaanbod. Het is nodig om maatregelen te treffen die de **achterliggende oorzaken** van geestelijk (on)welzijn bij kinderen en jongeren aanpakken.
- Uitbreidingen die gebeuren in de sector moeten rekening houden met het subsidiariteitsbeginsel en moeten zich dus vooral concentreren op het **versterken van het ambulante aanbod**.
- We vragen aan alle beleidsmakers en hulpverleners om ook bij een psychiatrische behandeling van kinderen en jongeren hetzelfde subsidiariteitsbeginsel toe te passen. Hierbij moet het voorschrijven en toedienen van **medicijnen** als **allerlaatste remedie** gehanteerd worden.
- **Rechten van kinderen in de psychiatrie** moeten op een onafhankelijke manier worden **gemonitord**, in samenwerking met het maatschappelijk middenveld, zodat op een transparante manier alle klachten en opmerkingen over de behandeling van kinderen in de psychiatrie kunnen gemeld en onderzocht worden.
- We vragen hierbij aandacht voor de opkomende **online hulpverlening**. Dit soort van hulpverlening is een manier om de toegankelijkheid van de hulpverlening te verhogen en kan zeker naar de doelgroep van kinderen en jongeren een meerwaarde hebben. Het moet beschouwd worden als volwaardige hulp en aan de nodige kwaliteitsvereisten (met een andere opleiding voor de hulpverleners) voldoen. Er moet hierbij ook aandacht zijn voor de digitale kloof.

Aan de Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin

- Er is een versnipperd aanbod aan eerste- en tweedelijns (geestelijke) gezondheidsvoorzieningen waar kinderen en jongeren met psychiatrische problemen terechtkomen. Al deze instanties hebben echter een eigen vorm van financiering en een eigen afgebakende specialisatie waarbij verschillende (strikte) uitsluitingscriteria worden gehanteerd. Hierdoor verloopt de hulpverlening vaak ongecoördineerd en worden de jongeren van het kastje naar de muur gestuurd met het risico dat ze hun vertrouwen in de hulpver-

lening verliezen. Wij pleiten daarom voor het faciliteren en stimuleren van meer **structurele samenwerking** tussen de verschillende diensten.

- Jongeren met (meervoudige) problemen mogen niet worden losgelaten als blijkt dat ze niet in een van de vakjes van het huidige aanbod passen. Om te vermijden dat ze door de mazen van het net vallen en om ervoor te zorgen dat ze een vertrouwensband kunnen opbouwen met hun begeleider(s), zouden ze tijdens het volledige hulpverleningstraject zoveel als mogelijk door **een begeleider op lange termijn** moeten worden opgevolgd en ondersteund. Hierbij moet gewaakt worden dat het kind inspraak heeft in de keuze van deze begeleider en kan participeren in het begeleidingsproces.
- We pleiten voor een **rechtstreeks toegankelijke gezondheidszorg**, waarbij geestelijke gezondheidszorg integraal deel uitmaakt van de collectieve ziekteverzekering. Een dergelijk systeem moet ervoor zorgen dat elk kind beroep kan doen op de expertise en diagnostiek van specialisten, zonder dat hieraan extra kosten verbonden zijn.

Aan de Vlaams minister van Onderwijs, Jeugd, Gelijke Kansen, Brussel en coördinerend minister Kinderrechten

- Huisartsen krijgen weinig opleiding over kinderpsychiatrie, waardoor het gevaar bestaat dat ze bepaalde psychiatrische problemen bij kinderen niet tijdig of niet correct kunnen inschatten. We pleiten daarom voor **meer aandacht voor kinderpsychiatrie in de opleiding huisartsen**.
- Onderwijs is een recht voor elk kind en dit moet zoveel als mogelijk gegarandeerd worden in de psychiatrische instellingen waar kinderen en jongeren worden opgenomen. Het niet aanbieden van onderwijs aan kinderen en jongeren in de psychiatrie kan in geen geval het gevolg zijn van **praktische bezwaren**. Ook voor kinderen die niet opgenomen worden, betekent een psychiatrische diagnose vaak een inbreuk op hun recht op onderwijs daar ze (te) snel worden doorverwezen naar het bijzonder onderwijs.

Aan de hulpverleners

- Het betrekken van kinderen en jongeren (**participatie**) is noodzakelijk tijdens een opname of een behandeling in een psychiatrische zorginstelling. We moeten verzekeren dat ze gepaste informatie krijgen over hun situatie, met inbegrip van de duur van hun verblijf. Er moet naar hen geluisterd worden en er moet rekening gehouden worden met hun mening.
- **Vrijheidsbeperking en isolering** van kinderen in de psychiatrie mogen slechts als ultieme maatregelen worden toegepast. Kinderen moeten het contact met hun familie en met de buitenwereld kunnen behouden. Hierbij verwijzen we naar de checklist kinderen in afzondering van het Kinderrechtencommissariaat.
- Kinderen die opgroeien in een gezin met iemand met ernstige psychiatrische problemen (de zogenaamde **KOPP-kinderen**, Kinderen van Ouders met Psychische Problemen), zijn vaak jonge mantelzorgers en dienen ondersteund te worden via steunfiguren.

Is onze gezondheidszorg financieel toegankelijk voor kinderen en jongeren?**Recht op gezondheid en gezond leven47****Wat betekent dit recht?47****Welke mechanismen moeten de financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg verzekeren? 48****Globaal Medisch Dossier 49****De voorkeurregeling of recht op een verhoogde (verzekerings) tegemoetkoming (RVV) 49****Omnio-statuu t 49****De maximumfactuur (MAF) 50****Bijkomende maatregelen51****Gratis tandzorg tot 18 jaar 52****Vaccinaties voor kinderen 52****De Vlaamse Zorgverzekering 52****Tussenkomensten op gemeentelijk of provinciaal niveau 53****Concrete knelpunten in de toegankelijkheid van gezondheidszorg. 53****Problemen met de ziekteverzekering 54****Een achtergestelde materiële situatie 54****Problemen ten gevolge van de werking van de instellingen 55****Hoge medische zorgbehoefte. 55****Het ontbreken van niet-professionele steun 55****Een gebrek aan kennis en weerbaarheid. 56****Welke maatregelen kunnen de toegankelijkheid van de gezondheidszorg verhogen 56****Wat met kinderen en jongeren?.....57**

Is onze gezondheidszorg financieel toegankelijk voor kinderen en jongeren?

47

Lieve Declerck

Recht op gezondheid en gezond leven

Kinderen en volwassenen hebben rechten. Deze mensenrechten hebben omwille van hun plaats in het internationaal recht een speciale betekenis. Ze gelden voor iedereen, zonder onderscheid naar ras, geloof, politieke overtuiging, geslacht, rang of stand. Ze kunnen opgeëist worden, als je je rechten onvoldoende kan uitoefenen. Tenslotte is de staat, van zodra die een verdrag getekend heeft, verantwoordelijk om minimum standaarden en procedures na te leven zodat de bevolking, volwassenen en kinderen, van haar rechten kan genieten.

Het recht op gezondheidszorg is vastgelegd in het Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind, kortweg het IVRK. Dat verdrag zegt dat minderjarigen recht hebben op de hoogst mogelijke mate van gezondheid en op voorzieningen voor geneeskundige verzorging en revalidatie (art 24). Alle kinderen hebben recht op gezonde voeding, zuiver drinkwater en een gezonde omgeving. Wie ziek is of een ongeval heeft, moet onmiddellijk geholpen kunnen worden. De overheid moet ervoor zorgen dat de kindersterfte vermindert. Ze moet informeren over gezonde voeding en hygiëne en ze moet de wereldgezondheid verbeteren. Gezondheidszorg moet ook betaalbaar zijn.

In België is er ook sinds 2002 een Wet betreffende de rechten van de patiënt die de rechten die elke persoon als patiënt heeft, op een rijtje zet.

Wat betekent dit recht?

De vorige rapporteur van de Verenigde Naties voor het recht op gezondheid, Paul Hunt, hanteerde de volgende definitie:

“Het recht op gezondheid is het recht op een doelmatig en geïntegreerd gezondheidssysteem, dat zowel gezondheidszorg als de onderliggende determinanten van gezondheid omvat. Dit systeem moet bovendien beantwoorden aan de nationale en lokale prioriteiten en toegankelijk zijn voor iedereen.”

In zijn definitie omschrijft hij twee aspecten van het recht op gezondheid, namelijk de gezondheidszorg en de achterliggende sociale en economische determinanten van de gezondheid. Om een toegankelijk, relevant en doelmatig gezondheids-systeem te realiseren moeten beide aspecten aangepakt worden. Het recht op gezond leven gaat uit van een brede definitie van gezondheid en heeft dus ook oog voor de achterliggende maatschappelijke oorzaken van ongezonde omstandigheden. Het heeft geen zin om enkel aandacht te hebben voor de gezondheidszorg, zonder ook de levensomstandigheden te verbeteren. Mensenrechten zijn immers onderling met elkaar verbonden. Het recht op gezondheid heeft raakvlakken met het recht op voedsel, het recht op onderwijs, het recht op huisvesting, het recht op veilige werkomstandigheden....

Om te evalueren of de staat haar verplichtingen nakomt, zijn er vier standaarden: de beschikbaarheid, de toegankelijkheid, de aanvaardbaarheid en de kwaliteit van de gezondheidszorg. Er moet vooruitgang geboekt worden op elk van die vier criteria. Het heeft immers geen zin om bijvoorbeeld de kwaliteit van de gezondheidsdiensten te verbeteren als die tegelijkertijd ook ontoegankelijk zijn.

In dit artikel gaan we verder in op een van deze standaarden, de toegankelijkheid, en dan in het bijzonder de financiële toegankelijkheid van de gezondheidsdiensten voor kinderen en jongeren.

Welke mechanismen moeten de financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg verzekeren?

Wanneer we de financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg in zijn geheel en specifiek voor kinderen en jongeren bekijken, moeten we eerst en vooral de ziekteverzekering onder de loep nemen. De ziekteverzekering is in België een **verplicht en solidair systeem**. Iedereen die in België woont en/of werkt is dus verplicht om zich te verzekeren tegen ziekte via één van de vijf erkende ziekenfondsen of de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (HZIV). De verplichte ziekteverzekering is gratis, maar de ziekenfondsen bieden ernaast nog aanvullende verzekeringen aan waarvoor een bijdrage wordt gevraagd. Daarmee vergoeden ze verstrekkingen die niet of onvoldoende door de verplichte ziekteverzekering gedekt worden.

De verplichte gratis verzekering betaalt dus een aantal geneeskundige prestaties volledig of gedeeltelijk terug. Er blijft meestal een deel, namelijk het remgeld of de eigen bijdrage, ten laste van de patiënt. Prestaties die niet onder de verplichte ziekteverzekering vallen, moeten volledig uit eigen zak worden betaald, tenzij de aanvullende verzekering tussenkomt. De persoonlijke bijdragen en prestaties waarin de verplichte ziekteverzekering niet tussenkomt, zorgen ervoor dat de toegankelijkheid in het gedrang komt. Bovendien stelt de Gezinsbond vanuit zijn werking vast dat alles wat eerder te maken heeft met welbevinden, psychische problemen of 'niet fysieke aandoeningen' zoals ADHD, geen of veel minder aanleiding geven tot tegemoetkomingen en hulp.

Kinderen en jongeren tot 25 jaar zijn automatisch aangesloten via het ziekenfonds van het gezinshoofd, tenzij ze eerder fiscaal onafhankelijk worden.

Kinderen en jongeren zijn dus afhankelijk van een volwassene om een tussenkomst in de zorgkosten te krijgen.

Binnen de ziekteverzekering zijn heel wat algemene maatregelen en sociale correctiemaatregelen genomen die de eigen bijdrage van de patiënt pogen te verminderen. Deze maatregelen moeten de financiële toegankelijkheid verbeteren. Een aantal ervan richt zich specifiek op kinderen en jongeren.

Globaal Medisch Dossier

Een Globaal Medisch Dossier (GMD) bevat van elke patiënt de medische gegevens (operaties, chronische ziekten, lopende behandelingen...). Het maakt een betere individuele begeleiding en een beter overleg tussen de artsen mogelijk.

Wie een GMD aanvraagt bij de huisarts, krijgt tot 30% (afhankelijk van de categorie waartoe deze persoon behoort) meer terugbetaald voor een raadpleging van de huisarts, in zijn kabinet of voor een huisbezoek.

De voorkeurregeling of recht op een verhoogde (verzekerings)tegemoetkoming (RVV)

Sommige mensen kunnen rekenen op een hogere tegemoetkoming. Zij betalen minder remgeld bij een ziekenhuisverblijf, voor een raadpleging van een arts of voor geneesmiddelen. De gerechtigde zelf, of een persoon ten laste die zich in een van onderstaande situaties bevindt, kan een verhoogde tegemoetkoming genieten. Als een gerechtigde zelf een verhoogde tegemoetkoming geniet, wordt dit voordeel ook toegekend aan de personen die hij of zij ten laste heeft.

Iemand die een leefloon van het OCMW, sociale hulp toegekend door het OCMW, een inkomensgarantie voor ouderen (IGO), een vergoeding van de Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid als erkende persoon met een handicap, of verhoogde kinderbijslag (begunstigde erkend voor ten minste 66%) ontvangt, heeft recht op een verhoogde tegemoetkoming, **zonder inkomensvoorwaarde**.

Weduw(naar)(e)s, invaliden, gepensioneerden of wezen (WIGW), een persoon erkend als gehandicapte die geen tegemoetkoming ontvangt en sommige volledig langdurig werklozen kunnen ook recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming als ze de **inkomensvoorwaarde** vervullen. Het belastbare bruto gezinsinkomen van de persoon die de verhoogde tegemoetkoming wenst te genieten, mag een bepaald maximumbedrag niet overstijgen, vermeerderd met een extra bedrag per persoon ten laste. De betrokkene moet een verklaring op erewoord invullen en aan de plaatselijke afdeling van zijn ziekenfonds bezorgen.

Omnio-statuu¹²⁰

Het omnio-statuu¹²⁰ is een beschermingsmaatregel die het recht op de voorkeursregeling toekent aan **gezinnen met een laag inkomen of een moeilijke financiële situatie**, waardoor ze recht krijgen op een betere terugbetaling van geneeskundige verzorging zoals raadplegingen, geneesmiddelen, hospitalisatiekosten... Ze betalen minder eigen bijdrage.

¹²⁰ <http://www.riziv.fgov.be/citizen/nl/medical-cost/general/omnio/faq.htm>

Gezinnen waarvan het bruto belastbaar inkomen (beroepsinkomen, roerende en onroerende inkomsten, uitkeringen, pensioenen...) van alle gezinsleden voor het jaar vóór de aanvraag lager is dan een bepaald maximumbedrag krijgen het statuut. Het maximumbedrag wordt vermeerderd met een bedrag per gezinslid anders dan de aanvrager.

Het omnio-statuuut wordt niet automatisch toegekend. Rechthebbende moeten dit **zelf aanvragen** bij hun ziekenfonds. Hiertoe dienen alle gezinsleden een verklaring op erewoord in te vullen en moeten er bewijsstukken over de inkomsten worden toegevoegd (het meest recente aanslagbiljet, loonfiches, attest uitkeringen, attest instelling die werkloosheidsuitkering uitbetaald...).

De maximumfactuur (MAF)

De MAF begrenst de uitgaven voor gezondheidszorg van een gezin in één jaar tijd op een inkomensafhankelijk plafond. De som van alle remgelden wordt dus begrensd. De **terugbetaling verloopt ambtshalve**. Mensen hoeven er geen aanvraag voor in te dienen.

Afhankelijk van het inkomen en het sociaal statuut van de gerechtigden bestaan er **verschillende types MAF**.

- 1 De **sociale MAF** is gericht op de meest kwetsbare categorieën in de gezondheidszorg. Voor de sociale MAF komen in grote lijnen alle gezinnen in aanmerking waarvan één van de leden recht heeft op de voorkeurregeling. Eenmaal de gezinnen uit de sociale MAF een jaarlijks grensbedrag van 450 euro aan eigen bijdragen voor verzekerde gezondheidskosten overschrijden moeten ze voor dat jaar **geen remgeld meer betalen**.
- 2 De **MAF bescheiden inkomen** begrenst de eigen bijdragen van gezinnen met een laag of bescheiden inkomen waarvan geen enkel gezinslid tot de gerechtigden op de sociale MAF behoort. De eigen bijdrage van gezinnen met een laag inkomen worden begrensd op 450 euro, voor gezinnen met een bescheiden inkomen ligt de grens op 650 euro. De betrokken gezinnen zullen na de overschrijding van het plafond verder remgeld blijven betalen, maar ze zullen deze **'te veel betaalde remgelden' nog in hetzelfde jaar terugkrijgen** van hun ziekenfonds.
- 3 Gezinnen met een netto belastbaar gezinsinkomen hoger dan 21.455 euro komen in aanmerking voor de **fiscale MAF**. Afhankelijk van de inkomenscategorie waartoe ze behoren worden hun gezondheidskosten geplafonneerd op 1.000 tot 2.500 euro per jaar. De terugbetaling in het kader van de fiscale MAF gebeurt op het niveau van de administratie der belastingen. De remgelden boven het plafond worden **gelijktijdig met de afrekening van de personenbelasting terugbetaald. (ongeveer 2 jaar later)**
- 4 Daarnaast bestaat er nog een **specifieke regeling voor kinderen**. Alle kinderen en jongeren tot 19 jaar worden extra beschermd via de MAF. Voor hen bestaat er een plafondbedrag van **650 euro** ongeacht het gezinsinkomen. Het gaat hier om een individueel recht. Wanneer het kind in de 2 voorafgaande

kalenderjaren individueel telkens 450 EUR remgeld heeft betaald, wordt het maximumbedrag vanaf 1 januari 2009 zelfs op 550 euro gebracht.

Voor kinderen met een handicap, die al voor 4 juli 2002 (= het in voege treden van de MAFwetgeving) verhoogde kinderbijslag ontvingen, bestaat er een uitdovend recht op een MAF van 450 euro. Vóór 04/07/02 genoten zij immers van een gelijkaardig recht, de sociale franchise, die ze dreigden te verliezen door de invoering van de MAF. Eens ze meerderjarig worden verliezen ze het recht op de verhoogde kinderbijslag en vervalt het recht op de sociale MAF. Zij vallen vanaf hun meerderjarigheid, net als kinderen met een handicap die na 4 juli 2002 werden/worden geboren, onder de huidige MAFreglementering (toekenning in functie van het inkomen of op basis van een sociaal criterium).

Een groot nadeel van de MAF is dat enkel bepaalde remgelden, zoals het remgeld voor courante medische verzorging, het remgeld voor een aantal technische verstrekkingen, het remgeld voor geneesmiddelen uit de bepaalde categorieën, ... worden opgeteld en terugbetaald als het plafondbedrag is overschreden.

Bijkomende maatregelen

Het **bijzonder solidariteitsfonds** is operationeel binnen het RIZIV en heeft tot doel uitzonderlijke en dure verstrekkingen of farmaceutische specialiteiten terug te betalen die nog niet terugbetaald worden door de reguliere ziektekostenverzekering. Het is een bijkomend vangnet naast de 'gewone' dekking van de verzekering. Deze verstrekkingen of specialiteiten moeten wel voldoen aan een aantal criteria en elk dossier wordt afzonderlijk bekeken.

Tegemoetkoming 'Hulp van derden' is een aanvullende vergoeding per dag voor werknemers en zelfstandigen die een ziekte- of invaliditeitsuitkering ontvangen en om gezondheidsredenen aangewezen zijn op hulp van anderen. Je moet minstens drie maanden arbeidsongeschikt zijn en ernstig zorgbehoevend zijn.

Volgende tegemoetkomingen bestaan eveneens. Het **zorgforfait** voor chronische zieken. Zieken die sterk afhankelijk zijn van anderen en hierdoor hoge uitgaven hebben voor gezondheidszorg, krijgen jaarlijks een bedrag naargelang de mate van verlies aan zelfredzaamheid. Het zorgforfait wordt automatisch door het ziekenfonds uitbetaald aan haar leden waarvan het weet dat ze aan de voorwaarden voldoen. Het **incontinentieforfait** is een jaarlijkse tegemoetkoming in de kosten voor incontinentiemateriaal van zwaar zorgbehoevenden. Het **forfait palliatieve zorg** is een tegemoetkoming in de kosten voor medicatie, verzorging en hulpmiddelen, die vereist zijn voor de thuisverzorging van palliatieve patiënten. Het forfait wordt voor één, maximaal twee maanden toegekend. Patiënten die in aanmerking komen voor het palliatief forfait hebben ook recht op de volledige terugbetaling van het remgeld voor huisbezoeken door de huisarts, de kinesist en de thuisverpleegkundige. Tenslotte bestaat er ook een **forfait voor patiënten in een persistent vegetatieve status (PVS) of coma**, dat tegemoet komt in de kosten voor medicatie, verzorgings- en hulpmiddelen die nodig zijn voor de thuisverzorging van PVS-patiënten.

Gratis tandzorg tot 18 jaar

Sinds 1 mei 2009 hebben jongeren tot hun 18de verjaardag recht op gratis tandverzorging bij de tandarts. Dit geldt voor alle tandheelkundige ingrepen die terugbetaald worden door de ziekteverzekering behalve orthodontie. Wanneer je het tandartsattest binnenbrengt bij het ziekenfonds, wordt ook het remgeld terugbetaald.

Vaccinaties voor kinderen

In Vlaanderen worden kinderen tegen verschillende ziekten gevaccineerd volgens het basisvaccinatieschema. De vaccins daarvoor worden gratis ter beschikking gesteld van de diensten (Kind en Gezin, Centra voor Leerlingenbegeleiding) en artsen die de vaccinatie uitvoeren.

De terugbetaling van de kosten voor medische zorg kan op verschillende manieren verlopen.

- In de meeste gevallen zal een patiënt de prestatie volledig betalen en **achteraf** van zijn ziekenfonds alles, behalve het remgeld, **terugbetaald** krijgen.
- Er kan ook gewerkt worden met het **systeem van derdebetaler**. Waarbij de patiënt enkel het remgeld betaalt aan de verstrekker. Het deel dat door de verplichte verzekering wordt bekostigd, wordt via het ziekenfonds rechtstreeks aan de verstrekker betaald.
- Er is ook nog een derde mogelijkheid, namelijk **abonnementsgeneeskunde** zoals toegepast in de wijkgezondheidscentra. Huisartsen, verpleegkundigen en kinesisten worden forfaitair betaald op basis van het aantal patiënten dat zich bij de praktijk inschrijft. Maandelijks ontvangt de dokterspraktijk dan een vast bedrag voor alle ingeschreven patiënten ongeacht of ze die maand bij de huisarts, kinesist of verpleegkundige langskomen. Dit 'abonnement' omvat de betaling van consultaties en huisbezoeken. Technische prestaties vallen daarbuiten en worden dan verrekend via het derdebetalersysteem. Indien de patiënt in orde is met zijn ziekteverzekering, betaalt hij geen persoonlijke bijdrage ongeacht de frequentie waarmee hij of zij een beroep doet op de huisarts (kinesist/verpleegkundige).

De Vlaamse Zorgverzekering

Sinds 1 oktober 2001 komt de Vlaamse zorgverzekering tussen in de kosten voor niet-medische zorg, m.a.w. voor noodzakelijke verzorgingskosten die strikt genomen niet verbonden zijn aan medische verstrekkingen en bijgevolg door de mazen van de federale ziektekostenverzekering glippen.

Wie in Vlaanderen woont, is verplicht om vanaf de leeftijd van 26 jaar aan te sluiten bij een zorgkas en een bijdrage van 25 euro per jaar te betalen. Personen die recht hebben op de verhoogde tegemoetkoming in het kader van de ziekteverzekering of mensen met een Omnio-statuut betalen slechts 10 euro per jaar.

Zwaar zorgbehoevenden die in de thuissituatie verzorgd worden en bewoners van een woonzorgcentrum, een rust- en verzorgingstehuis of een psychiatrisch verzorgingstehuis kunnen beroep doen op een tussenkomst van de zorgverzekering.

De tussenkomst bedraagt 130 euro per maand. Ook zwaar zorgbehoevenden **die jonger zijn dan 25 jaar** en dus nog niet aangesloten zijn, kunnen in aanmerking komen voor een vergoeding.

Tussenkomsten op gemeentelijk of provinciaal niveau

Er bestaan een aantal gemeentelijke en provinciale premies en tussenkomsten voor bepaalde doelgroepen. Vaak gaat het om systemen waarbij OCMW's tussenkomen in de medische kosten van mensen. Er wordt bijvoorbeeld een percentage van apothekerskosten van leefloners terugbetaald. In een aantal provincies worden provinciale mantelzorgpremies uitbetaald. De rechtenverkenner¹²¹ vertelt je waarop je recht hebt in de gemeente en provincie waar je woont, maar helaas is hierin geen lijn te vinden.

53

Concrete knelpunten in de toegankelijkheid van gezondheidszorg

Ondanks de complexe en vele maatregelen blijven er financiële toegankelijkheidsproblemen in de gezondheidszorg bestaan.¹²² Mensen in armoede willen, als zichzelf of hun kinderen ziek zijn, naar de dokter kunnen. Ook al hebben ze op dat moment geen geld voor een doktersbezoek. Zij vragen niet naar allerlei systemen zoals forfaits, MAF, OMNIO-statuuut, bijkomende hospitalisatieverzekeringen... Dergelijke maatregelen maken van onze ziekteverzekering een onontwaarbaar en onoverzichtelijk kluwen waardoor mensen niet weten waarop ze recht hebben.

Er zijn heel wat redenen die de financiële ontoegankelijkheid in stand houden en maken dat de vele maatregelen, hoe goed bedoeld ook, falen. De rode draad is dat de verantwoordelijkheid voor het opeisen van bepaalde rechten grotendeels bij het individu ligt, die echter door de techniciteit en de onoverzichtelijkheid van het systeem, zijn of haar recht niet kent.

Het individu dat die rechten kan opeisen, is bovendien steeds een volwassene. Kinderen en jongeren hebben slechts afgeleide rechten. De toegang tot de gezondheidszorg wordt hierdoor voor hen extra bemoeilijkt. Indien ouders niet in regel zijn met de ziekteverzekering zal er voor hun minderjarige kinderen geen financiële tussenkomst zijn van de zorgkosten. Of als ouders omwille van ziekte, verslavingsproblematiek of afwezigheid (bvb. zorg voor andere kinderen) hun verantwoordelijkheid niet opnemen en niet in staat zijn om samen met hun kind medische zorg te zoeken, zal een behandeling niet evident zijn. Zorg- en hulpverleners zullen immers de wet op de patiëntenrechten hanteren die bepaalt dat de rechten van een minderjarige patiënt worden uitgeoefend door de ouders of een voogd. Een hulpverlener zal de minderjarige als handelingsonbe-

¹²¹ <http://www.rechtenverkenner.be>

¹²² C. Vanroelen en T. Smeets onder promotorschap van Prof. Dr. F. Louckx, *Nieuwe kwetsbare groepen in de Belgische gezondheidszorg*, Vakgroep Medische Sociologie, Faculteit van de geneeskunde en farmacie, VUB. - http://www.belspo.be/belspo/home/publ/pub_ostc/SoCoh/rSo03025_nl.pdf

kwaam beschouwen en slechts in uitzonderlijke gevallen bij oudere kinderen een behandeling starten zonder medeweten van de ouders.

Hierna volgen ter staving nog enkele redenen die de financiële toegankelijkheid in stand houden.

Problemen met de ziekteverzekering

Steeds meer mensen zijn niet of slechts gedeeltelijk verzekerd binnen de verplichte ziekteverzekering. Zij en hun minderjarige kinderen krijgen bijgevolg geen enkele terugbetaling. **Mensen zonder wettig verblijf en hun kinderen**¹²³ bevin-den zich in de meest preciaire situatie (zie ook artikel Kim Verschuere en Veerle Evenepoel op pagina 61). De groep mensen die door verwaarlozing of gebrek aan middelen hun **bijdragen niet betaalt of hun administratieve verplichtingen niet nakomt**, wordt ook groter. Denk hierbij aan thuislozen, mensen in financiële problemen, woonwagenbewoners. Tenslotte zijn er ook nog mensen die niet **voor het hele pakket van de verstrekkingen binnen de ziekteverzekering gedekt** zijn. Een typisch voorbeeld zijn de zelfstandigen die geen facultatieve verzekering voor de kleine risico's hebben afgesloten.

Meer en meer wordt ook het **ontbreken van een hospitalisatieverzekering** als een knelpunt aangeduid. Het toenemende aantal kosten waarin de verplichte ziekteverzekering en de aanvullende ziekteverzekering van de ziekenfondsen niet tussenkomt bij hospitalisatie maakt dat mensen zonder dergelijke verzekering soms met erg hoge eigen kosten te maken krijgen. Voor velen staat een opname in een ziekenhuis quasi gelijk aan schulden en een afbetalingsplan. Er is **nood aan een collectieve en sterke ziekteverzekering die ook bij hospitalisatie voldoende tussenkomt**, zodat mensen niet verplicht zijn om een hospitalisatieverzekering af te sluiten.

Een achtergestelde materiële situatie

Mensen die leven van een vervangingsinkomen hebben vaak een erg onzekere materiële toestand en een gebrek aan financiële middelen. De uitkeringen voor arbeidsongeschiktheid en invaliditeit dekken met moeite de basisvoorzieningen en zijn onvoldoende om medische kosten te dragen. Hetzelfde geldt voor mensen die leven van een werkloosheidsuitkering of een leefloon en voor heel wat gepensioneerden. Ook deze tegemoetkomingen worden noodgedwongen gebruikt om te voorzien in de basisbehoeften en zijn niet voldoende om medische kosten te betalen.

Ook mensen met een inkomen uit arbeid, dat net voldoende is om in de dagelijkse behoeften te voorzien zijn kwetsbaar. Ze hebben geen spaarpotje of een eigen vermogen om op terug te vallen. Plotse medische kosten kunnen hen in de

123 Zij zijn aangewezen op een uitzonderlijke regeling: de terugbetaling van hun kosten in het kader van het Koninklijk besluit voor dringende medische hulpverlening aan mensen zonder wettig verblijfsstatuut. Deze regeling is weinig gekend en werkt niet optimaal, wat leidt tot enorme rechtsonzekerheid.

bestaansonzekerheid brengen. Bovendien als ze ernstig ziek worden moeten ze afrekenen met inkomensverlies doordat ze arbeidsongeschikt worden.

Problemen ten gevolge van de werking van de instellingen

De ziekteverzekering kent een ongelooflijke complexiteit van procedures en regels. Soms zijn er tussenkomsten op basis van de hoedanigheid van de patiënt, soms op basis van inkomen, soms op basis van leeftijd... Wanneer heeft wie, waar recht op? Op welke manier worden rechthebbenden geïnformeerd? Een kat vindt zijn jongen niet terug in de wirwar van regeltjes. Samenwerking tussen zorgverstrekkers verloopt stroef en het hulp- en zorgverleningslandschap is onduidelijk en versnipperd. Bovendien gebruiken zorgverleners een taal die niet altijd begrijpbaar is voor gewone mensen. Ook de rol van de OCMW's in het verlenen van financiële bijstand bij medische zorgen is onduidelijk en weinig uniform.

Tandzorg voor -18 jarigen is een goed voorbeeld van de complexiteit van een op het eerste zicht goede en eenvoudige regel. Bij nader inzicht is de conclusie dat enkel bepaalde zorgen worden terugbetaald, en dat enkel tandartsen die op het ogenblik van de consultatie aan conventietarieven werken het derdebetalerssysteem kunnen toepassen, als ze dit willen. Niet-geconventioneerde tandartsen mogen de -18-jarigen nog een opleg vragen.

Hoge medische zorgbehoefte

Als je ziek bent, beperken de kosten zich **niet alleen tot die kosten die onder het pakket van de verplichte ziekteverzekering vallen**. Heel wat zieken en personen met een handicap hebben zware niet terugbetaalbare medische en niet-medische kosten. Belangrijke niet terugbetaalde medische kosten zijn de uitgaven voor bepaalde geneesmiddelen, de supplementaire kosten bij hospitalisatie en de kosten voor behandeling van zeldzame aandoeningen. Niet-medische kosten zijn vooral afhankelijkheidskosten (vervoer, hulp in huishouden, hulp bij persoonlijke verzorging), verzorgingsmateriaal (incontinentiemateriaal, sondevoeding) en paramedische materialen (prothesen, bril...). De tegemoetkomingen die bestaan zijn voor de meesten ruimschoots onvoldoende om de reële uitgaven te compenseren.

De introductie van de MAF wordt beschouwd als **een positieve stap** naar financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg, maar toch garandeert het **geen universele toegang** voor iedereen. De financiële toegankelijkheid wordt enkel bevorderd vanaf het moment dat de MAF-drempel is bereikt. Vaak gaan mensen zolang ze de drempel niet bereikt hebben medische zorgen zoveel als mogelijk uitstellen en bereiken ze de drempel niet. Het is belangrijk dat **maatregelen die de toegankelijkheid willen verbeteren tussenkomen op het moment dat de kosten zich stellen en niet nadien**.

Het ontbreken van niet-professionele steun

Steun in de vorm van hulp door familie, vrienden, burens... kan ervoor zorgen dat mensen dure professionele hulpverlening kunnen vermijden of uitstellen. Heel wat

gezinnen van zieken of personen met een handicap moeten zich ook richten tot de **familiale solidariteit** voor financiële ondersteuning. Het vervangingsinkomen of de tegemoetkoming die ze ontvangen is samen met eventuele eigen reserves onvoldoende om de verhoogde uitgaven ten gevolge van de ziekte of handicap te kunnen dragen. Geen beroep kunnen doen op mantelzorg betekent voor zorgafhankelijke personen vaak een verhoogde kans op financiële toegankelijkheidsproblemen.

Een gebrek aan kennis en weerbaarheid

Naast onvoldoende financiële middelen is ook gebrekkige kennis en beperkte mondigheid vaak een reden waardoor mensen geen toegang krijgen tot de zorg die ze nodig hebben. De complexiteit van de gezondheidszorg en de ziekteverzekering maakt dat mensen die minder weerbaar zijn niet krijgen waar ze recht op hebben. De zorgbehoevende is afhankelijk van de informatie die hij of zij krijgt van de zorgverlener, maar niet alle zorgverleners hebben zicht op de financiële situatie van hun patiënt, of de sociale reflex om de gezinssituatie naast het medische probleem te bekijken.

Het blijft nodig om initiatieven te nemen om mensen door hun rechten en plichten te gidsen. De **automatische toekenning van rechten** zou het uitgangspunt moeten zijn. Dit ondervangt alle drempels die er nu zijn voor het realiseren van rechten. De angst, schaamte, onwetendheid, het papierwerk... In afwachting van de automatische toekenning van rechten verwachten we van **hulpverleners een pro-actieve houding**.

Welke maatregelen kunnen de toegankelijkheid van de gezondheidszorg verhogen?

Voor de Gezinsbond is het duidelijk dat de collectieve ziekteverzekering het meest garantie biedt op een betaalbare gezondheidszorg die voor iedereen toegankelijk is. Maar we bepleiten ook de volgende maatregelen om de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor iedereen en voor de meest kwetsbare groepen in het bijzonder te verbeteren.

Automatisch en algemeen derdebetalersregeling voor iedereen!

Een algemene en automatische derdebetalersregeling zorgt ervoor dat niemand nog het terugbetaalbare deel hoeft voor te schieten. Je vermijdt stigmatisering want iedereen betaalt enkel het remgeld bij de dokter. Vele mensen willen immers de stempel 'arm' niet krijgen en willen niet dat hun zorgverstrekker weet dat ze het financieel moeilijk hebben. Nochtans vermijdt je toekomstige hogere kosten indien mensen gezondheidszorg niet moeten uitstellen omwille van financiële redenen.

Het Omnio-statuuat wordt automatisch toegekend en staat open voor ieder gezin in armoede of ieder gezin dat met schuldovertlast kampt.

Mensen met een Omnio-statuuat betalen minder remgeld. Slechts 1 op de 3 die hierop recht heeft, vraagt dit statuuat effectief aan. Onwetendheid speelt een rol, maar ook schaamte, het vele papierwerk, een hoofd vol andere zorgen... vormen drempels. Een automatische toekenning van het Omnio-statuuat kan dit verhelpen.

Aanpassingen aan de maximumfactuur

De MAF neutraliseert de verschuldigde remgelden vanaf een bepaald plafond. Een **verlaging van het plafond van 450 euro** is aangewezen want slechts een beperkte groep komt daadwerkelijk aan dat hoog bedrag. Ook zijn niet alle medische kosten nu opgenomen in de maximumfactuur. Een **uitbreiding van het gamma aan medische kosten** in de maximumfactuur is aangewezen.

Een erkenning en betere geografische spreiding van gezondheidscentra die werken met het systeem van abonnementsgeneeskunde.

Bij inschrijving als patiënt in dergelijk gezondheidscentrum betaalt de patiënt geen persoonlijke bijdrage ongeacht de frequentie waarmee hij of zij een beroep doet op de huisarts.

Wat met kinderen en jongeren?

Kinderen en jongeren kunnen slechts via een titularis, vaak één van de ouders, genieten van terugbetaling van gezondheidszorgen. Zolang ze studeren en de ouders kinderbijslag ontvangen zijn ze via hun ouders verzekerd. De SIS-kaart op hun naam is hiervan het bewijs. Voorwaarde voor terugbetaling is dat de ouder in kwestie in orde moet zijn met de verplichte verzekering. Enkel wanneer het om een kind met een handicap gaat, dat verhoogde kinderbijslag ontvangt, zal het kind de voorkeursregeling individueel bekomen.

Kinderen en jongeren beschikken niet over een eigen inkomen waardoor de financiële drempel voor het verkrijgen van zorg voor hen erg groot is. Door de invoering van een algemene derdebetalersregeling neem je voor hen de financiële drempel niet helemaal weg. Deze wordt weliswaar verlaagd, maar ook het remgeld betalen kan voor kinderen en jongeren zonder inkomen een probleem zijn. Ze blijven afhankelijk van hun ouder of opvoeder en kunnen niet zelfstandig zonder hun medeweten naar een arts stappen.

Aangezien het recht op gezondheid opgenomen is in het IVRK, dienen lidstaten ervoor te zorgen dat ook voor kinderen en jongeren gezondheidszorg toegankelijk is. De financiële drempel wegnemen is hiervoor dé oplossing.

De Gezinsbond pleit daarom voor een kostenloze eerstelijnsgezondheidszorg voor kinderen tot 18 jaar.

Een gratis toegang tot gezondheidszorg neemt de financiële drempel voor kinderen en jongeren weg, maar neemt het probleem van de handelingsbekwaamheid

van minderjarigen niet weg. De **Wet patiëntenrechten** bepaalt dat de rechten van een minderjarige patiënt worden uitgeoefend door de ouders of de voogd. Rekeninghoudend met de leeftijd en maturiteit wordt de minderjarige ook zelf betrokken. De opgesomde patiëntenrechten kunnen dus door de minderjarige patiënt die door de zorgverlener als bekwaam wordt beschouwd, zelfstandig worden uitgeoefend.

De Wet patiëntenrechten **vermeldt geen leeftijd** vanaf wanneer de minderjarige als bekwaam wordt beschouwd. Wanneer het gaat over zijn gezondheid zal de minderjarige zelf moeten aantonen dat hij bekwaam genoeg is om medische beslissingen te nemen. Maar het is de **dokter of andere zorgverlener die uiteindelijk zal beslissen of de minderjarige voldoende rijp** is om met een bepaalde ingreep in te stemmen of ze te weigeren. Hierbij zal de dokter rekening houden met de aard van de ingreep: bij zware ingrepen zal hij ook de toestemming van de ouders vragen naast de toestemming van de minderjarige. Bij minder ingrijpende behandelingen zal de toestemming van bekwame minderjarigen volstaan. Artsen hanteren hierbij vaak de leeftijdsgrens van 16 jaar.

Kinderen en jongeren moeten gesensibiliseerd worden over dit nieuwe recht en in de opleiding van zorg- en hulpverleners moet meer aandacht gaan naar het IVRK en de impact hiervan op de dagelijkse praktijk van het hulp verlenen.

Kinderen zonder ziekteverzekering

Kinderen zonder wettig verblijf	61
Nood aan een vlotte toegang tot gezondheidszorg	62
Een bijzondere procedure voor minderjarigen	63
Naar een ziekteverzekering voor alle kinderen	63
In afwachting.	64
Conclusie	65

De auteurs zijn medewerkers van de Vzw Medimmigrant en het Oriëntatiepunt Gezondheidszorg Oost-Vlaanderen.

De vzw Medimmigrant richt zich tot mensen zonder wettig verblijf of met een precair verblijfsstatuut die wonen in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, evenals tot organisaties, diensten en verenigingen die met hen in contact komen en in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest gehuisvest zijn. De vzw staat in voor individuele dienstverlening en structurele werking met betrekking tot medische gerelateerde thema's waaronder toegang tot gezondheidszorg.

Het Oriëntatiepunt Gezondheidszorg Oost-Vlaanderen is een meld- en informatiepunt inzake het recht op en de toegang tot medische zorg voor vreemdelingen zonder wettig verblijf en vreemdelingen met een precair verblijfsstatuut. Het Oriëntatiepunt Gezondheidszorg richt zich in de eerste plaats naar organisaties en voorzieningen die werken met en voor deze doelgroep inzake gezondheidszorg zoals OCMW, CAW, verplegingsinstellingen, onderwijsvoorzieningen, De werking wordt mogelijk gemaakt met middelen van de provincie Oost-Vlaanderen.

Kinderen zonder wettig verblijf

Kinderen zonder wettig verblijf vormen een zeer kwetsbare doelgroep in onze samenleving. Ze leven vaak in een erbarmelijke leefsituatie: kleine vochtige woonvertrekken, onvoldoende gezonde voeding, te weinig kleren om zich voldoende te beschermen tegen de koude, Ze zijn dan ook zeer vatbaar voor ziektes.

Daarnaast hebben ze vaak al nood aan medische zorg op het ogenblik dat ze nog in hun land van herkomst zijn. Of hebben ze tijdens hun vlucht naar België verwondingen of ziektes opgelopen.

Ook geestelijke gezondheidszorg is belangrijk voor deze kinderen. Ze zijn, vaak niet uit eigen initiatief, hun vaderland ontvlucht op zoek naar een beter leven in België. Ze hebben hun vertrouwde thuis, familie, vrienden, school en misschien zelfs ouders en broertjes en zusjes moeten achterlaten. Daarnaast moeten ze zich integreren in een voor hun onbekend land. Een land met andere waarden en normen, en een andere taal. Dit is niet eenvoudig, en zeker niet voor kinderen!

Bij hun ouders gaat de aandacht prioritair naar overleven: ze zoeken een manier om geld bij elkaar te krijgen om voeding, kleding en huisvesting te betalen en willen voornamelijk hun verblijfsstatus in orde brengen. Met hun kinderen naar de dokter gaan is veelal geen prioriteit en kunnen ze in de meeste gevallen ook niet betalen...

Nood aan een vlotte toegang tot gezondheidszorg

Kinderen zonder wettig verblijf hebben net zoals hun ouders recht op gepaste medische zorg via de procedure Dringende Medische Hulp¹²⁴, verleend door het OCMW van hun feitelijke verblijfplaats. Dit recht geldt wanneer ze beantwoorden aan een aantal voorwaarden: ze zijn zonder wettig verblijf in het land, ze verblijven effectief op het grondgebied van het desbetreffende OCMW, ze hebben geen eigen financiële middelen om de medische zorg te betalen en een arts attesteert dat ze nood hebben aan deze medische zorg via een attest Dringende Medische Hulp. Als aan deze voorwaarden voldaan is, levert het OCMW van de verblijfplaats een betalingsverbintenis af waarmee een zorgverstrekker kan geraadpleegd worden. De patiënt zonder wettig verblijf dient de medische zorg dan niet zelf te betalen, maar dit gebeurt door het bevoegde OCMW dat op zijn beurt deze kosten kan recupereren van de POD Maatschappelijke Integratie.¹²⁵

Dit is een wettelijk verankerd basisrecht, dat in de meeste gevallen zonder al te veel problemen uitgevoerd wordt. Elk OCMW heeft het recht om de procedure Dringende Medische Hulp op zijn manier in de praktijk om te zetten. Zo zijn er OCMW's die werken met een medische kaart voor drie maanden, of een medische conventie met zorgverstrekkers op het grondgebied. De procedure verschilt bijgevolg van gemeente tot gemeente.

Ondanks het feit dat Dringende Medische Hulp voor mensen zonder wettig verblijf een basisrecht is, zijn er toch nog een aantal knelpunten die een vlotte toegang tot gezondheidszorg in de weg staan.

Er moet steeds een attest van Dringende Medische Hulp ingevuld worden. Dit is belastend voor de zorgverstrekker. Nochtans is er naar aanleiding van de Opvangwet voor asielzoekers bekeken welke medische zorg iemand nodig heeft om menswaardig te leven.¹²⁶ De overheid heeft in deze periode geconcludeerd dat we ook voor asielzoekers de medische zorgen die zijn opgenomen in de RIZIV-nomenclatuur, als uitgangspunt moeten nemen.¹²⁷ Het attest van dringende medische hulp invullen, is bijgevolg niet noodzakelijk voor asielzoekers, maar dus nog wel voor mensen zonder wettig verblijf. Naast een grote administratieve opdracht zorgt dit ook voor verwarring bij zorgverstrekkers.

Sinds 2004 hebben families met kinderen zonder wettig verblijf recht op materiële opvang via een federaal centrum.¹²⁸ Door de opvangcrisis is er echter geen plaats meer voor deze families in een federaal centrum waardoor ze vaak niet

¹²⁴ Artikel 57§2, 1° van de organieke OCMW-wet en K.B. 12 december 1996

¹²⁵ 'Indien in onvoorziene omstandigheden dringende medische hulp verstrekt wordt in een andere gemeente dan deze waar de betrokken persoon zijn gewoonlijke verblijfplaats heeft dan kan het openbaar centrum van de plaats van verzorging bevoegd zijn indien de aan het OCMW gevraagde maatschappelijke hulp dringend noodzakelijk is.' Zie omzendbrief van het ministerie van maatschappelijke integratie dd. 09 juli 2002

¹²⁶ Wet van 12 januari 2007 betreffende de opvang van asielzoekers en van bepaalde andere categorieën van vreemdelingen

¹²⁷ Er geldt evenwel een beperkte lijst met enkele uitzonderingen die voorzien zijn in het Koninklijk Besluit van 9 april 2007

¹²⁸ Artikel 57,§ 2, 2° organieke OCMW-wet en het K.B. van 24 juni 2006

onmiddellijk de medische hulp krijgen die ze nodig hebben. In afwachting van een toewijzing aan een federaal opvangcentrum moet het vanzelfsprekend zijn dat het OCMW van de verblijfplaats minstens het principe van de Dringende Medische Hulp toepast (zoals ze dit ook doet voor mensen in onwettig verblijf zonder kinderen). Helaas zijn gezinnen met kinderen zonder wettig verblijf de laatste tijd vaak genoodzaakt om gerechtelijke stappen te ondernemen om medische zorg te bekomen, een kostelijke procedure die lang aansleept.

Een bijzondere procedure voor minderjarigen

Dat bijzondere aandacht nodig is voor minderjarigen is evident. De minderjarige, in volle ontplooiings- en ontwikkelingsfase, heeft een aantal minimale garanties nodig zoals onderwijs- en gezondheidskansen. Deze kernvoorwaarden zijn bepalend en zelfs determinerend voor de gezondheidstoestand en de maatschappelijke positie die de minderjarige later zal bereiken.

Ook inzake onderwijs erkende de overheid reeds dat de situatie van minderjarigen zonder wettig verblijf niet wezenlijk verschilt van de situatie van minderjarigen met wettig verblijf. Zij kregen recht op onderwijs en worden eveneens onderworpen aan de leerplicht, conform artikel 1,§7 van de wet op de leerplicht.

Een vlotte toegang tot gezondheidszorg wordt ook rechtstreeks en onrechtstreeks bepleit in nationale en internationale wetteksten. Zo stelt art. 24 van het Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind (VN, 20 november 1989) dat een kind recht heeft op de best mogelijke gezondheid en op gezondheidszorg. Bovendien stelt de Belgische Grondwet dat iedere vreemdeling die zich in België bevindt in principe dezelfde rechten heeft als de Belgen, tenzij er uitzonderingen voorzien zijn in de wet. Is het werkelijk redelijk verantwoord om het risico te lopen minderjarigen zonder papieren te onthouden van de nodige medische opvolging enkel en alleen omdat ze geen verblijfsdocumenten hebben?

Naar een ziekteverzekering voor alle kinderen

Gezien we spreken van een verplichte ziekteverzekering voor geneeskundige zorgen zijn de meeste mensen die recht hebben op een ziekteverzekering ook effectief aangesloten. Er is wel steeds een klein percentage rechthebbenden die omwille van uiteenlopende redenen niet van dit recht geniet. Het is voor de overheid een steeds wederkerend actiepoint om deze mensen tot de ziekteverzekering toe te leiden. Voor de groep van kinderen zonder wettig verblijf ligt dit anders. Zij hebben meestal geen recht op een ziekteverzekering aangezien ze geen verblijfsstatuut hebben dat hierop recht geeft.

Nochtans beseftte de wetgever het belang van de ziekteverzekering voor minderjarigen door al in 2008 een speciaal Koninklijk Besluit te creëren waardoor het RIZIV toelating kan geven om kinderen zonder wettig verblijf in te schrijven ten

laste van de persoon bij wie ze wonen en die voor hen zorgt.¹²⁹ Hiermee worden kinderen bedoeld die hun hoofdverblijfplaats in België hebben.¹³⁰

Voor het pleidooi voor een toegang tot de ziekteverzekering voor alle kinderen ongeacht het verblijfsstatuut, kunnen we de ziekteverzekering voor niet-begeleide minderjarigen als uitgangspunt nemen. Zij genieten sinds januari 2008 een ziekteverzekering als ze aan een aantal voorwaarden voldoen. Zo moeten ze afkomstig zijn uit een niet-Europees land en gedurende drie opeenvolgende maanden school lopen.¹³¹ Hiermee wil de wetgever kinderen van toeristen uitsluiten. Voogden en maatschappelijk werkers zullen de kinderen maar al te graag stimuleren om naar school te gaan. Het kan ook kostenbesparend zijn voor de overheid, in vergelijking met de regeling dringende medische hulp voor mensen zonder wettig verblijf. Preventie vermijdt heel vaak ernstige acute of chronische medische problemen.

Zorgverstrekkers en apothekers kennen het ziekteverzekeringssysteem erg goed dus een heel deel administratie verdwijnt.

In afwachting

In afwachting moeten we sleutelen aan de procedures die momenteel bestaan.

Zo dient er voor kinderen gepleit te worden voor de aflevering van een medische kaart voor een jaar, onmiddellijk na het sociaal onderzoek. Dit betekent dus nog vóór er nood is aan medische zorg. Zo wordt er tijd gewonnen en kan er op het moment van de medische hulpvraag in alle vertrouwen contact opgenomen worden met de huisarts. Op die manier wordt ook het oneigenlijk gebruik van de spoedgevallendiensten vermeden.

Ook moeten de OCMW's meer middelen krijgen van de gemeente zodat ze hun personeelsbezetting kunnen opdrijven. Lange wachttijden om een medische kaart aan te vragen, zorgen er immers voor dat een vlotte toegang tot de eerste lijnsgeneeskunde niet mogelijk is.

Speciale aandacht moet gegeven worden aan kinderen zonder vast verblijfsadres. Het is niet redelijk dat het ene OCMW het andere verantwoordelijk stelt en omgekeerd waardoor de hulp niet tijdig geboden wordt.

¹²⁹ K.B. van 12 november 2008 tot wijziging van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

¹³⁰ RIZIV omzendbrief VI nr 2009/256 van 22 juni 2009 van toepassing vanaf 1 januari 2008

¹³¹ RIZIV omzendbrief VI nr 2008/198 van 9 mei 2008 van toepassing vanaf 1 januari 2008

Conclusie

Er dient onderstreept te worden dat het hier gaat om medische zorg aan de meest kwetsbare groep, namelijk kinderen zonder wettige verblijfsstatus. We staan hier niet stil bij de vraag of zij in het land kunnen blijven; het gaat om een (door een arts geattesteerde nood) aan medische zorg en een wettelijk recht op medische zorg. Bovendien staat een vlotte toegang tot gezondheidszorg een vrijwillig vertrek uit België niet in de weg. Mensen met een ziek kind zullen immers minder geneigd zijn om een initiatief te nemen inzake terugkeer.

Bovendien vaart bij een efficiënte toegang tot gezondheidszorg voor al wie op het Belgisch grondgebied verblijft, de hele volksgezondheid wel.

De gezondheidstoestand van de minderjarigen op het grondgebied van een staat die zich democratisch noemt, moet een voortdurend aandachtspunt blijven. Hopelijk staan bij alle toekomstige beleidsmaatregelen de belangen van het kind centraal.

Kinderrechten in het ziekenhuis: een inleiding

“Praat met ons, niet alleen met onze ouders...”	67
Het concept	67
Waarom?	67
Wie?	68
Waar?	68
De betekenis van de verschillende kinderrechten in het ziekenhuis	70
Algemene principes van het IVRK (artikelen 2, 3, 6 en 12 IVRK)	70
Algemeen	70
Draagwijdte	70
In de praktijk	71
Burgerrechten en -vrijheden (artikelen 7, 8, 13–17, 28 para. 2, 37 (a) en 39)	72
Algemeen	72
Draagwijdte	72
In de praktijk	73
Gezinsomgeving (artikelen 5, 9–11, 18 para. 1/2, 19–21, 25, 27 para. 4 en 39 IVRK)	73
Algemeen	73
Draagwijdte	74
In de praktijk	74
Gezondheid (artikelen 6, 18 para. 3, 23, 24, 26, 27 para. 1/3 en 33 IVRK)	75
Algemeen	75
Draagwijdte	76
In de praktijk	76
Onderwijs en vrije tijd (artikelen 28, 29, 30 en 31 IVRK)	76
Algemeen	76
Draagwijdte	77
In de praktijk	77

05 | Kinderrechten in het ziekenhuis: een inleiding

Fiona Ang & Jan Verschelden

67

“Praat met ons, niet alleen met onze ouders...”

Zo klonk een deelnemer aan de tekenwedstrijd “Mijn ziekenhuis in potlood”, die georganiseerd werd door UNICEF België in het kader van haar project “What Do You Think?”.¹³² Kinderen opgenomen in een ziekenhuis lieten horen hoe ze zich daar voelden. Want kinderen die opgenomen zijn in een ziekenhuis stoppen natuurlijk niet met kind te zijn. Ook in het ziekenhuis moeten kinderrechten dus gerespecteerd worden.

In deze bijdrage beschrijven we de betekenis van de verschillende mensenrechten die kinderen hebben in de context van een ziekenhuisopname. We hechten niet alleen belang aan de juridische draagwijdte van verdragsbepalingen; telkens wordt gereflecteerd over de praktische haalbaarheid en andere contextfactoren die een rol spelen bij de realisatie van kinderrechten in het ziekenhuis.

Vooraf staan we even stil bij het concept “kinderrechten in het ziekenhuis”. Waarom is het cruciaal om in termen van “rechten” te spreken als het gaat om kinderen opgenomen in een ziekenhuis? Wie draagt de verantwoordelijkheid om deze rechten waar te maken? En waar vinden we terug welke rechten kinderen in een ziekenhuis precies hebben?

Het concept

Waarom?

Juridisch benaderd biedt een kinderrechtendiscours een onmiskenbare meerwaarde ten opzichte van morele, ideologische of andere argumentaties met betrekking tot de behandeling van kinderen. Als onderdeel van het internationale recht van de rechten van de mens kunnen kinderrechten immers *afgedwongen* worden: als een kind een schending van zijn of haar rechten ervaart, kan hij of zij uiteindelijk terecht bij een officiële instantie om dit aan te klagen. In sommige gevallen is een gerechtelijke aanpak onontbeerlijk om een concrete situatie te verbeteren.

¹³² <http://www.unicef.be/nl/project-belgium/kinderen-het-ziekenhuis>.

Toch overstijgen kinderrechten deze juridische dimensie in grote mate. Respect voor kinderrechten is gericht op de best mogelijke ontwikkeling van alle kinderen in een samenleving. Uiteindelijk zouden kinderrechten uitiem moeten leiden tot de uitbouw van een cultuur doordrongen van het aan deze kinderrechten onderliggende kindbeeld: dat van een volwaardig lid van onze samenleving, serieus genomen door volwassenen en andere kinderen. Dit geldt zeker ook in de gezondheidszorg.

Wie?

Volgens het Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind (IVRK) is elk kind zelf drager van mensenrechten. Bovendien zijn kinderen ook *handelings*-bekwaam: in principe oefenen zij hun rechten ook zelf uit, zoals blijkt uit de verwoording in artikel 5 IVRK. Tegelijkertijd wordt door het IVRK aan de ouders een specifieke rol toebedeeld bij deze uitoefening van rechten. Ouders begeleiden hun kinderen hierbij, in overeenstemming met de zich ontwikkelende vermogens van deze kinderen. In hoeverre de vermogens van een bepaald kind zich ontwikkeld hebben, wordt concreet beoordeeld, afhankelijk van de situatie (contextuele factoren) en het kind zelf (individuele factoren). Deze begeleiding kan fluctueren van 100% – waarbij het de ouders zijn die een bepaald recht uitoefenen – tot 0% – waarbij kinderen volledig zelfstandig (los van hun ouders) hun recht uitoefenen.

Nu geldt een verdrag in principe enkel tussen de staten die partij zijn bij dat verdrag. Verdragsverplichtingen moeten in eerste instantie dus gerealiseerd worden door de staat: deze moet “alle nodige wettelijke, bestuurlijke en andere maatregelen” nemen om de in het IVRK erkende rechten te verwezenlijken (artikel 4 IVRK).

Toch kunnen verdragsbepalingen wel degelijk een invloed hebben op de relatie tussen individuen onderling. De staat heeft de verplichting om mensenrechten niet alleen zelf respecteren en realiseren, maar ook om ze te *beschermen*. Ze moet ervoor zorgen dat er niemand is die de mensenrechten van medemensen schendt.¹³³

Binnen België is de Wet Patiëntenrechten¹³⁴ een duidelijk voorbeeld van de horizontale werking van mensenrechten. Deze Wet regelt de relatie tussen patiënt en (o.a.) arts, waarbij de staat dus haar internationaal vastgelegde verantwoordelijkheid opneemt om erop toe te zien dat de mensenrechten van patiënten niet geschonden worden door hun arts.

Waar?

De mensenrechten van kinderen in het ziekenhuis vinden we in vele juridische bronnen. In eerste instantie zijn kinderen natuurlijk *mensen*. Net als alle andere mensen kunnen zij dus aanspraak maken op alle mensenrechten, neergeschreven

¹³³ A. Eide, *The Right to Adequate Food* (UN Doc. E/CN.4/Sub.2/1987/23, 1987), para. 68.

¹³⁴ Wet betreffende de rechten van de patiënt van 22 augustus 2002, *B.S.* 26 september 2002, *err.*, *B.S.* 20 december 2002.

in verschillende internationale en regionale verdragen. Alle mensenrechten opgenomen in verdragen als het VN-Verdrag inzake Economische, Sociale en Culturele Rechten, het VN-Verdrag inzake Burgerlijke en Politieke Rechten en het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens gelden voor alle kinderen.

De praktijk wees echter uit dat deze algemene mensenrechtenverdragen tekortschoten. Hele groepen van mensen vielen uit de boot. De rechten van deze mensen worden systematisch geschonden, over de hele wereld, vaak om het loutere feit dat ze niet tot het gemiddelde of de doorsnede behoren. Daarom creëerde de wereldgemeenschap andere juridische instrumenten die de algemene mensenrechten vertalen naar de specifieke situatie van bepaalde groepen van mensen. Voor kinderen is er uiteraard het IVRK, het VN-Verdrag inzake de Rechten van Personen met een Handicap zag het levenslicht, en patiënten zijn het onderwerp van het Verdrag van de Raad van Europa inzake Mensenrechten en Biogeneeskunde¹³⁵ en, op Belgisch niveau, de Wet Patiëntenrechten.¹³⁶

Deze Wet vermeldt het recht op o.a. een kwaliteitsvolle dienstverstreking, vrije keuze van beroepsbeoefenaar (zoals de arts), informatie over de eigen gezondheidstoestand (het recht om te weten en het recht om niet te weten), inzage in het patiëntendossier, confidentialiteit, intimiteit, toestemming en het recht om klacht in te dienen mocht één van deze rechten geschonden worden. Zo concretiseert de Wet Patiëntenrechten wat mensenrechten betekenen in de gezondheidszorg. Dit is ook het geval voor het Koninklijk Besluit van 13 juli 2006 houdende vaststelling van de normen waaraan het zorgprogramma voor kinderen moet voldoen om erkend te worden. Dit KB omschrijft de maatregelen die genomen moeten worden voor de behandeling van kinderen in de gezondheidszorg.

Toch blijven juridisch bindende verdragen – zeker op internationaal niveau – vaak aan de vage kant. Daarom is het zinvol om ook andere bronnen te raadplegen, ook al zijn ze niet afdwingbaar. Vooral het Handvest Kind en Ziekenhuis¹³⁷ is uiteraard pertinent. Dit werd in 1988 opgesteld door twaalf Europese patiëntenrechtenorganisaties en is nog altijd een belangrijk instrument voor de beïnvloeding van het beleid, zoals blijkt uit de uitdrukkelijke verwijzing hiernaar in de Resolutie betreffende een actieplan voor het kind in het ziekenhuis, 21 jaar later goedgekeurd door de Kamer van Volksvertegenwoordigers.¹³⁸

135 Europees verdrag tot bescherming van de rechten en waardigheid van de mens inzake de toepassing van de biologie en de geneeskunde, 19 november 1996. België is geen partij bij dit verdrag van de Raad van Europa.

136 Wet betreffende de rechten van de patiënt van 22 augustus 2002, B.S. 26 september 2002, err., B.S. 20 december 2002.

137 <http://www.kindenziekenhuis.nl/stichting/handvest>

138 <http://www.dekamer.be/FLWB/pdf/52/0482/52K0482006.pdf>

De betekenis van de verschillende kinderrechten in het ziekenhuis

In dit deel beschrijven we de mensenrechten die kinderen in een ziekenhuis hebben. Nu het IVRK op de meest omvattende wijze deze rechten incorporeert, vertrekken we hierbij van dit verdrag en zijn indeling in “clusters van rechten”, zoals vooropgesteld door het VN-Kinderrechtencomité. Per cluster lichten we kort de draagwijdte toe van de rechten die het meest relevant zijn in een ziekenhuiscontext, telkens gevolgd door een reflectie vanuit de praktijk. Onderzoek wijst namelijk uit dat het feit dat de rechten van mensen die behoren tot bepaalde groepen al te vaak geschonden worden, niet zozeer voortvloeit uit een ontkenning dat deze mensen rechten hebben (al gebeurt ook dat nog al te vaak op al te veel plaatsen in de wereld), maar vooral omdat deze rechten niet effectief gerealiseerd worden in de praktijk.

Algemene principes van het IVRK (artikelen 2, 3, 6 en 12 IVRK)

Algemeen

Als één van zijn eerste wapenfeiten sinds zijn oprichting definieerde het VN-Kinderrechtencomité enkele bepalingen uit het IVRK als “algemene principes”: het recht op gelijke behandeling en het verbod op discriminatie (artikel 2 IVRK), het principe dat het belang van het kind de eerste overweging vormt bij alle maatregelen die kinderen treffen (artikel 3 IVRK), het recht op leven, overleving en ontwikkeling (artikel 6 IVRK), en het recht op participatie in aangelegenheden die het kind betreffen (artikel 12 IVRK). Deze algemene principes zijn onderliggend aan het ganse verdrag en gelden bij de realisatie van elk recht dat hierin vastgelegd is.

Draagwijdte

Voor kinderen die opgenomen zijn in een ziekenhuis, zijn al deze algemene principes rechtstreeks relevant en toepasselijk.

Kinderen mogen niet **gediscrimineerd** worden bij het ontvangen van medische zorgen. Hieronder vallen gronden als leeftijd, geslacht, economische status, etniciteit en handicap: alle zijn ze in beginsel niet relevant voor de beslissing welke medische zorgen toegediend worden. Alle kinderen hebben het recht om dezelfde medische zorgen te krijgen.

In medische beslissingen die een kind in een ziekenhuis betreffen, moet zijn of haar belang de eerste overweging zijn. Belangen van andere actoren (ouders, zorgverstrekkers, de samenleving,...) wegen mee, maar op de eerste plaats moet er naar het belang van het kind zelf gekeken worden.

Uit het recht om zich te **ontwikkelen**, dat net als de andere algemene principes van het IVRK onderliggend is aan alle andere kinderrechten, volgt de verplichting van ziekenhuizen om de – medische en algemene – behandeling van kinderen te richten op hun optimale ontwikkeling. Dit houdt onder meer in dat er rekening gehouden wordt met de specifieke ontwikkelingsfase waarin een kind zich bevindt.

Als de basis voor de **participatierechten** van kinderen wordt artikel 12 IVRK vaak beschouwd als de meest revolutionaire bepaling uit het verdrag. Nochtans kent artikel 12 geen algemeen beslissingsrecht toe aan kinderen. Het recht om een vrije en geïnformeerde toestemming te geven in een bepaalde medische handeling is niet onverkort toepasselijk op kinderen. Zij hebben immers slechts het recht om hun mening te uiten over zaken die hen betreffen, waarbij die mening niet per definitie gevolgd hoeft te worden. Er hoeft enkel “passend belang” aan gehecht te worden, in overeenstemming met de leeftijd en maturiteit van het kind in kwestie.

Een algemeen beslissingsrecht hebben kinderen dus ook niet in een medische context. Maar uit artikel 12 IVRK kan wel afgeleid worden dat kinderen een *gekwalificeerd beslissingsrecht* hebben. Het principiële vermoeden van onbekwaamheid kan weerlegd worden, als bewezen wordt dat het kind in staat is om een eigen mening te vormen en bovendien voldoende oud en rijp is. Als aan deze drie voorwaarden voldaan is – wat de norm overigens hoger lijkt te leggen dan wat voor volwassenen geldt – hebben kinderen het recht om al dan niet toe te stemmen tot een medische behandeling. Wanneer dit niet het geval is (bijvoorbeeld als een kind heel jong is), zijn het de ouders die het recht hebben op toestemming. Weliswaar zal de staat tussenkomen mocht de beslissing van de ouders tegen het hoger belang van het kind ingaan. De ouderlijke weigering van een levensreddende bloedtransfusie voor een kind kan op die manier tenietgedaan worden.

Er bestaan verschillende meningen over het lezen van een beslissingsrecht in artikel 12 Kinderrechtenverdrag. Het VN-Kinderrechtencomité erkent alleszins dat kinderen wel degelijk beslissingsrecht kunnen hebben: het vraagt aan staten welke de wettelijke minimumleeftijd is voor medische behandeling “zonder ouderlijke toestemming”. Kinderen kunnen dus wel degelijk zelf een recht op toestemming hebben.

In de praktijk

— DISCRIMINATIE

In België doen er zich waarschijnlijk weinig situaties voor waar kinderen niet of anders zouden behandeld worden vanwege hun financiële en socio-culturele situatie. Het is zelfs zo dat de tegemoetkomingen vanuit de ziekteverzekering voor kinderen vaak hoger is dan voor volwassenen. We denken hierbij in eerste instantie aan tandverzorging die bij kinderen volledig wordt terugbetaald (met uitzondering van orthodontie). Ook het remgeld op de ligdagprijs is bij een ziekenhuisopname voor kinderen minder dan 6€, voor volwassenen is dit meer dan 22€.

Het Belgische systeem heeft dus reeds een aantal mechanismen ingebouwd om de kostprijs van gezondheidszorg voor kinderen minder zwaar op het gezinsbudget te laten wegen.

In openbare ziekenhuizen kan men ook vertrouwen op een tariefzekerheid en vaak zijn er ook nog andere mogelijkheden om de nodige zorg betaalbaar te verlenen (bv. derdebetalen).

Toch blijkt uit onderzoek dat gezinnen die in armoede leven, een doktersbezoek vaak uitstellen of zelfs schrappen, omdat ze het benodigde bedrag niet kunnen voorschieten.

— PARTICIPATIE EN HOGER BELANG VAN HET KIND

Het laatste decennium zijn gezondheidswerkers bewuster en actiever de patiënt duidelijk gaan informeren. Het is ondertussen ingeburgerd om ook kinderen, op een voor hun leeftijd en mogelijkheden aangepaste manier, te informeren. Zoals eerder geschetst, zal een kind niet de eindbeslissing krijgen of een ingreep al dan niet doorgaat. Maar door voldoende aangepaste informatie kan je ook aan een kind duidelijk uitleggen waarom een bepaalde ingreep moet gebeuren.

Zeldzaam worden gezondheidswerkers geconfronteerd met levensnoodzakelijke medische handelingen waarbij de ouders weigeren om ze te laten uitvoeren. Hier is een belangrijke vooruitgang geboekt ten voordele van het kind. Vroeger diende de ouders eerst (tijdelijk) gerechtelijk ontheven te worden uit hun ouderlijke macht. De wet patiëntenrechten laat een “multidisciplinaire zorgequipe” toe om, in geval van nood, in belang van het kind een beslissing te nemen om een handeling uit te voeren tegen de wil van de ouders in. Een multidisciplinaire zorgequipe bestaat uit mensen met een verschillend beroep (arts, verpleegkundige,...).

Een moeilijkere groep zijn de 14-18 jarigen. Zij kunnen met eigen vragen en noden bij een arts terecht. In principe zal een gezondheidswerker zich dan ook houden aan zijn beroepsgeheim, voor zover dit in het belang is van het kind.

Burgerrechten en -vrijheden (artikelen 7, 8, 13-17, 28 para. 2, 37 (a) en 39)

Algemeen

Klassiek schrijft men aan de mensenrechten die tot deze cluster behoren de eigenschap toe dat ze enkel vraagt van de overheid om zich er niet in te mengen. Kinderen hebben het recht om ongestoord hun mening te uiten, hun overtuiging of geloof te belijden, samen te komen,... Nochtans is het belangrijk dat de staat ook deze mensenrechten actief waarmaakt door te zorgen voor de omstandigheden waarbinnen ze uitgeoefend kunnen worden.

Draagwijdte

Kinderen geven zelf aan dat ze graag persoonlijk aangesproken worden. Ze hebben het recht op een eigen naam, waarbij die naam fundamenteel is voor hun identiteitsvorming. Zo weten ze overigens ook graag met wie ze te maken hebben tijdens een (medische) behandeling, hoe kort of technisch die ook moge zijn.

Zoals hoger aangegeven, hebben kinderen het recht om hun mening te uiten over zaken die hen aanbelangen, waarbij aan die mening passend belang gehecht dient te worden. Een noodzakelijke voorwaarde hiertoe is uiteraard dat ze de nodige informatie gekregen hebben, die hen in staat stelt om zich een mening te vormen. Dit recht houdt ook in dat deze informatie op een geschikte wijze gegeven wordt.

Enorm belangrijk vinden kinderen het bezoekuur. Het recht om samen te komen (vrijheid van vereniging) wordt structureel als één van de hoogste prioriteiten aangevoeld door kinderen van alle leeftijden.

Een ander cruciaal recht is het recht op privacy. Dit betekent bijvoorbeeld dat de intimiteit van kinderen gerespecteerd wordt, met medische behandelingen in de aanwezigheid van zo weinig mogelijk zorgverstrekkers.

In de praktijk

Twintig jaar geleden was het nog gangbaar dat kinderen geen bezoek konden ontvangen, zelfs niet van broertjes en zusjes. Restanten van deze gewoonten zijn soms nog terug vinden door de zogenaamde 'bezoekersgang'. Dit was een gang waarlangs broertjes en zusjes via een parlofoon contact konden hebben met hun zieke familielid.

Vandaag is het echter zo dat op de meeste kinderafdelingen ouders dag en nacht welkom zijn. De ander familieleden kunnen tijdens de gangbare bezoeken steeds langskomen. Soms moeten er tijdelijk beperkingen worden ingebouwd omwille van infectierisico's. Deze periode wordt echter steeds zo kort mogelijk gehouden.

Privacy is voor iedere patiënt belangrijk. Bij ouderen en kinderen, de minder "mondige" patiënten, dient men als gezondheidswerker meer opmerkzaam te zijn om de privacy te bewaren. De natuurlijke curiositeit van de medemensen ligt steeds op de loer. Vanuit het zorgprogramma wordt een strikte scheiding gevraagd tussen de zorg voor volwassenen en de zorg voor kinderen. De huidige infrastructuur van veel ziekenhuizen maakt bepaalde aspecten hiervan echter momenteel niet mogelijk. We denken hierbij aan operatiezalen en radiologie. Enkel universitaire centra zijn groot genoeg om aparte locaties voor kinderen te voorzien.

In niet-universitaire centra kan je enkel een gedeelte van deze scheiding waarborgen. Toch hoeft dit niet per se een negatieve invloed te hebben op de individuele benadering van het kind: in het gewone leven komt een kind ook voortdurend in contact met volwassenen.

Gezinsomgeving (artikelen 5, 9-11, 18 para. 1/2, 19-21, 25, 27 para. 4 en 39 IVRK)

Algemeen

Het IVRK erkent dat elk kind in principe zou moeten kunnen opgroeien in zijn of haar eigen familie. Dit geeft kinderen een zekere basisveiligheid, waar ze de rest van hun leven – al dan niet bewust – uit kunnen putten. Waar kinderen om welke reden dan ook niet bij hun eigen familie kunnen blijven (overlijden van beide ouders, ouders die niet in staat of niet bereid zijn om hun kind op te voeden,...), staat de overheid ervoor in dat zij terechtkunnen in alternatieve vormen van zorg. Dit moet wel altijd de – strikt geïnterpreteerde – uitzondering blijven op de regel dat kinderen bij hun ouders mogen zijn. Uiteindelijk geeft het belang van het kind de doorslag.

Draagwijdte

Een opname in het ziekenhuis houdt vaak een scheiding van het eigen gezin in. Volgens het IVRK moet ervoor gezorgd worden dat zo'n scheiding enkel plaatsvindt als het niet anders kan, en altijd voor de kortst mogelijke tijd. In principe zouden ouders altijd bij hun kind moeten kunnen blijven, doorheen het ganse verblijf in het ziekenhuis.

In de praktijk

— ROOMING IN

De laatste 10 jaar is de vraag naar 'ouder-kind' opnames exponentieel gestegen. In het zorgprogramma staat slechts vermeld dat een ouder steeds bij zijn kind moet kunnen blijven. Er wordt niet omschreven in welke omstandigheden dit minstens moet gebeuren en welke vergoeding hiervoor kan gevraagd worden. Het Europese Handvest Kind en Ziekenhuis bepaalt dat dit ook gratis moet kunnen. De gebruiken en de gevraagde prijzen zijn zeer divers in de verschillende ziekenhuizen.

Vanuit de overheid wordt geen extra vergoeding voorzien om de kostprijs voor het verblijf van een ouder te compenseren. Als ziekenhuis is het niet haalbaar om een uitgebreide infrastructuur te voorzien zonder een bijkomende vergoeding te vragen.

Verskillende ziekenhuizen hanteren prijzen gaande van gratis (met weinig comfort) tot een opleg in equivalent van een eenpersoonskamer. Het is bij veel ziekenhuizen en artsen ook de gewoonte om naast de opleg voor de eenpersoonskamer ook een extra (verdubbeling) van het ereloon aan te rekenen.

Het is duidelijk afhankelijk van het ziekenhuis hoe hoog de opleg voor een ouder-kind kamer zal zijn.

— PARTICIPATIE

Als je als ouder bij je kind blijft, is het logisch en aanvaard dat je zelf de basiszorgen bij je kind uitvoert. Voor het kind komt dit heel vertrouwd over. Waar nodig zullen de verpleegkundigen een handje toesteken.

Tegelijk geldt natuurlijk ook de verantwoordelijkheid van de verpleegkundige. Hij/zij staat in en is verantwoordelijk voor de zorgen voor de toegewezen patiënten. Het is dan ook gebruikelijk dat de verpleegkundige er op staat de parameters (bv. temperatuur) zelf te nemen en medicatie zelf te geven.

Voor ouders komt dit soms raar over, maar binnen het ziekenhuis blijft de verpleegkundige verantwoordelijk voor de kinderen. Ouders hebben meestal goede bedoelingen, al komen uitzonderingen helaas ook voor.

— OPERATIEZAAL

"Meegaan tot in de operatiezaal" is een veel bediscussieerd onderwerp. Zelfs Test Aankoop gebruikt dit item om de kindvriendelijkheid te bepalen. Het is ziekenhuisafhankelijk of het kan of niet.

Verschillende factoren spelen hierbij rol:

- Hoe staan de artsen hiertegenover (zowel de chirurg als de anesthesist)?
- Hoe is de infrastructuur? Zalen liggen vaak naast elkaar. Als ouder kan je soms te veel zien van andere patiënten (ook zij hebben recht op privacy).
- Wat is de impact op de steriliteit binnen de operatiezalen?
- Hoeveel ouders kunnen het aan om te zien hoe hun kind in slaap wordt gebracht?
- Wie begeleidt de ouders in en uit de zaal? Wie geeft uitleg? De verpleegkundige in de zaal heeft als taak om te zorgen voor een goed verloop van de ingreep. Het gebeurt slechts zelden dat er extra verpleegkundigen voorzien kunnen worden voor begeleiding.
- ...

Heel wat factoren hebben dus een invloed. Deze opsomming kan verduidelijken waarom “meegaan in de operatiezaal” geen gebruikelijke zaak is.

In de voorbereidende fase en de ontwakingskamer is het meestal wel gebruikelijk dat één van de ouders bij het kind kan blijven.

— ONDERZOEKEN

Bij verschillende andere onderzoeken kan een ouder meestal wel bij een kind blijven: radiologie, bloedafname, plaatsen infuus,...

Toch gebeurt het nog dat ouders soms gevraagd wordt om ergens anders te wachten. Kinderen zijn niet altijd rustiger als de ouder erbij is. Ouders zijn bij een opname zelf ook ongerust en zenuwachtig. Af en toe word je als gezondheidswerker geconfronteerd met ouders die het uitvoeren van ingrepen bemoeilijken.

— REANIMATIE

Onderzoek wijst uit dat het verwerkingsproces na een reanimatie voor de ouders makkelijker is als ze bij een reanimatie aanwezig kunnen blijven. Toch is dit nog niet gebruikelijk. De meeste artsen en verpleegkundigen worden in hun carrière niet regelmatig geconfronteerd met een reanimatie. Op dit moment is het ook voor hen een extreem stressmoment. Ook al zullen zij hun uiterste best doen om de patiënt zo goed mogelijk te helpen, ook voor hen is het niet makkelijker als de ouders staan te kijken.

Daarnaast blijkt uit onderzoek dat het ook zeer belangrijk is dat de ouders begeleid worden bij hun aanwezigheid, dat hen uitgelegd wordt wat er allemaal gebeurt. Ook hier worden we helaas weer geconfronteerd met de beperkte aanwezigheid van verpleegkundigen om dit op te vangen.

Gezondheid (artikelen 6, 18 para. 3, 23, 24, 26, 27 para. 1/3 en 33 IVRK)

Algemeen

Het recht op gezondheid staat natuurlijk centraal in het leven van kinderen die opgenomen zijn in een ziekenhuis. Elk kind heeft het recht op een behandeling

die de voor hem of haar grootst mogelijke mate van gezondheid bewerkstelligt. Dit geldt ook voor kinderen met een handicap.

Draagwijdte

Het algemene deontologische principe dat medische zorg moet voldoen aan adequate, internationaal aanvaarde standaarden, is er uiteraard ook voor kinderen. Zo ook geldt het principe van de minst ingrijpende behandeling: als er meerdere behandelingswijzen zijn, moet de arts de minst ingrijpende verkiezen. Meestal zal orale medicatie als minder ingrijpend ervaren worden dan een prik... Nu kinderen in het algemeen echt bang zijn voor spuitjes, kan ook in het licht daarvan een alternatief gezocht worden. Sowieso kan ook altijd gekeken worden of er geen minder ingrijpende alternatieven zijn voor medicatie *tout court*.

In de praktijk

Gelukkig kunnen we stellen dat in België de gezondheidszorg op een hoog en innovierend niveau wordt aangeboden. Zo motiveert de vijfjaarlijkse doorlichting de ziekenhuizen om continu te verbeteren en te evolueren.

Over de jaren heen is er heel veel geëvolueerd. Toch blijft het opmerkelijk hoe erg kinderen zich blijven fixeren op 'spuitjes'. Al jaren is het gangbaar enkel nog vaccinaties per spuit toe te dienen. Helaas horen gezondheidswerkers nog regelmatig dat ouders dreigen met een spuitje als 'straf'.

Daartegenover staat de 'prik'. Alle medicatie die niet in orale (via de mond) vorm kan gegeven worden, wordt gegeven via de bloedbaan. Hiervoor wordt een infuus geplaatst. Tijdens het plaatsen moet een naald ingebracht worden en dit kan helaas pijn doen. De verpleegkundigen proberen ook vaak deze plaatsing te combineren met een bloedafname, zodat alvast een tweede prik vermeden wordt.

Pijnmeting en -bestrijding zijn een actuele thema's waarrond allerlei procedures in ontwikkeling zijn. Afhankelijk van het product is pijnbestrijding soms een wiken en wegen tussen pijnbestrijdend effect en bijwerkingen.

Nieuwe ontwikkelingen dragen helaas soms ook bij tot een hogere factuur. Slechts een gedeelte van de bevolking heeft een hospitalisatieverzekering die deze extra kosten dekken, wat het recht op gelijke behandeling in gevaar dreigt te brengen.

Onderwijs en vrije tijd (artikelen 28, 29, 30 en 31 IVRK)

Algemeen

Als concretisering van het algemene principe dat kinderen het recht hebben om zich te ontwikkelen, zijn het recht op onderwijs en het recht op spel en vrije tijd erkend in het IVRK. Beide kinderrechten spelen immers een essentiële rol in de ontwikkeling van elk kind.

Hierbij is het van belang dat het onderwijs op zo'n manier geconcipieerd en gerealiseerd wordt dat het de best mogelijke ontplooiing garandeert van de "persoonlijkheid, talenten en mentale en lichamelijke mogelijkheden" van elk kind.

Deze benadering maximaliseert de kans dat een kind zich goed voelt en zich geëmancipeerd, empathisch en solidair opstelt in de samenleving.

Het recht op spel en vrije tijd kan gelezen worden als de kinderversie van het recht om niet altijd te hoeven werken. Uiteraard kan niemand zonder rust. Toch overstijgt dit kinderrecht deze specifieke invulling: spelen is absoluut noodzakelijk voor elk kind (en voor volwassenen ook, overigens). Spelen ontspant, enthousiasmeert, prikkelt en brengt waarden, vaardigheden en inzicht bij.

Draagwijdte

Ook in een ziekenhuis geldt het recht van kinderen op onderwijs, gericht op hun ontwikkeling. Alles moet dan ook in het werk gesteld worden om ervoor te zorgen dat kinderen dit recht kunnen blijven uitoefenen.

Hetzelfde geldt voor het recht op spel en vrije tijd. Net als bij het recht op onderwijs zouden ziekenhuizen rekening moeten houden met de specifieke ontwikkelingsfase waarin elk kind dat er opgenomen is, zich bevindt.

In de praktijk

— SPELBEGELEIDING

Vanuit de ziekenhuisreglementering wordt tot 30 bedden een halftijdse spelbegeleidster gefinancierd (de meeste kinderafdelingen hebben minder dan 30 bedden). Dit betekent dat de speelzaal onmogelijk iedere dag bemand kan worden. Door deze functie te combineren met de 0,5 psychosociaal begeleidster (wettelijk voorzien), is het technisch mogelijk om maximaal 5 dagen iemand te voorzien in de speelzaal. Tijdens het weekend zijn kinderen dus op zichzelf of hun ouders aangewezen. Verpleegkundigen hebben immers niet voldoende tijd om zich met spelactiviteiten bezig te houden.

— ONDERWIJS

Vanuit de ziekenhuisfinanciering is geen onderwijs voorzien. Toch zijn er diverse initiatieven die zorgen dat er mogelijkheden zijn.

Allereerst is het belangrijk onderscheid te maken tussen kinderen die tijdelijk ziek zijn en kinderen met een langdurige of chronische ziekte.

Voor kinderen die voor een korte periode ziek zijn, betekent dit niet onmiddellijk een groot probleem. Tijdens de eerste dagen zijn kinderen meestal te ziek en kan hen beter wat rust gegund worden. Eens hun toestand het toelaat, kunnen volgende alternatieven gebruikt worden:

- huiswerk vanuit de school
- zorgleerkracht vanuit de school
- begeleiding door de spelbegeleidster
- samenwerking met ziekenhuisschool (vrijwilligers)
- ...

Voor kinderen die langdurig ziek zijn, zijn er aan de grote centra ziekenhuis-scholen opgericht. Samen met andere alternatieven (bvb. Bednet, zie bijdrage Kathy Lindekens op p.81) kunnen zij gedeeltelijk de onderwijsactiviteiten bijhouden.

Diverse privaat gesubsidieerde initiatieven zoals clowns, Bednet,... zijn zeker zinvol en een welkome aanvulling.

Globaal gezien is er dus onvoldoende tot geen financiering voorzien voor spelen onderwijsactiviteiten. Toch dient in eerste instantie de verpleegequipe beter gefinancierd en uitgebreid te worden, alvorens extra middelen kunnen vrijgemaakt worden om andere (niet strikt medische) activiteiten binnen het ziekenhuis te financieren.

Onderwijs is een recht, ook voor zieke kinderen

Een tweede onrecht	81
Onderwijs aan zieke kinderen is niet altijd evident	82
Bednet biedt een educatieve en sociale oplossing	83
Een traject op maat van elk kind	84
Groeien is leren	85
Samen sterk	85
Afscheid nemen via Bednet	87
Een lange weg	87
Wit wordt zichtbaar	88
We have a dream	90

Kathy Lindekens

In ons land geldt leerplicht voor kinderen tussen 6 en 18 jaar. Maar kunnen kinderen ook gebruik maken van hun recht op leren wanneer ze langdurig ziek zijn of maandenlang moeten revalideren? En wat als kinderen het sociaal contact met hun klasgenootjes verliezen tijdens zo'n lange afwezigheid op school? De organisatie Bednet staat dagelijks naast zoveel mogelijk langdurig zieke kinderen om de uitoefening van deze essentiële kinderrechten mogelijk te maken.

Een tweede onrecht

Langdurig en chronisch zieke kinderen kampen met een dubbel probleem. Eerst en vooral is er de ziekte of het ongeval zelf waardoor ze fysieke of psychische problemen hebben en soms voor hun leven moeten vechten. Zij worden vaak uit hun vertrouwde omgeving gehaald om zware therapieën te ondergaan. Maar ze worden dubbel getroffen omdat zij veel lessen moeten missen en vaak hun schooljaar niet kunnen afmaken. Zij verliezen zo, zonder dat zij er iets kunnen aan doen, een jaar van hun leven. Bovendien vallen zij uit de sociale groep van hun klas, doordat ze niet met hun vrienden naar het volgende leerjaar mee kunnen.

Per jaar zijn er naar schatting in Vlaanderen meer dan 2000 kinderen tussen 6 en 18 jaar die een maand of langer in het ziekenhuis opgenomen worden en/of een lange herstelperiode thuis moeten doormaken. Zolang de kinderen in grote, gespecialiseerde ziekenhuizen verblijven, worden zij daar geholpen door de ziekenhuisscholen. Zieke kinderen bevinden zich echter ook in ziekenhuizen zonder een ziekenhuisschool. Bovendien mogen kinderen voor tussentijdse herstel- of revalidatieperiodes lange tijd thuis verblijven. Zo kunnen bijvoorbeeld kankerpatiëntjes, door de inbreng van kleine draagbare infuusjes en de zorg van thuis teams, veel vaker thuis in de veilige omgeving van hun gezin de noodzakelijke therapieën ondergaan. De technologie en de verzorging heeft de voorbije decennia op dat vlak immers een grote sprong voorwaarts gemaakt. Maar heeft het onderwijs die evolutie voldoende gevolgd? De realiteit is dat deze kinderen nog steeds, ondanks de inspanningen van de voorbije jaren, een blinde vlek vormen die inkleuring vraagt.

Onderwijs aan zieke kinderen is niet altijd evident

Volgende probleemsituaties doen zich voor op het vlak van onderwijs bij langdurig zieke kinderen:

- De planning van de lessen is erg moeilijk omwille van medische redenen (onderzoeken, pijn, misselijkheid, enz).
- Kinderen die thuis herstellen, continu in en uit het ziekenhuis gaan of in een instelling terechtkomen waar geen ziekenhuisschool is, zijn gedeeltelijk of soms volledig verstoken van onderwijs. Als zij toch af en toe les krijgen moeten ze zich voortdurend aanpassen aan de verschillende systemen en lesvormen (leerkrachten van de eigen school, ziekenhuisschool, vrijwilligers....)
- Zieke kinderen hebben weinig contact met de 'buitenwereld' en vereenzamen. Vaak mag het kind om medische redenen thuis geen rechtstreeks contact hebben met andere mensen buiten het gezin. De band met de schoolomgeving en de klasvrienden wordt dan ook vager of verdwijnt na een tijd volledig.

Grotere ziekenhuizen hebben goed werkende ziekenhuisscholen. Moeilijker wordt het als de kinderen en jongeren thuis revalideren. Wettelijk is er wekelijks 4 uren tijdelijk onderwijs aan huis geregeld voor wie langer dan 21 opeenvolgende kalenderdagen afwezig is. Een aantal ziekenfondsen en gemeenten heeft een extra dienst voor zieke kinderen en jongeren en er is de positieve inzet van een aantal vrijwilligersorganisaties. Maar het blijft in de praktijk een hele opdracht.

Bednet is complementair aan alles wat reeds georganiseerd wordt voor langdurig en chronisch zieke kinderen, en biedt een duidelijke meerwaarde.

Fien

Fien is 6 jaar. In mei 2008 wordt de diagnose leukemie vastgesteld. Ze zit dan in de derde kleuterklas. Er wordt meteen gestart met chemotherapie.

In september gaat Fien, samen met enkele klasgenootjes, naar het eerste leerjaar in een nieuwe school. Omwille van de behandeling en mogelijk infectiegevaar kan ze niet fysiek aanwezig zijn. Via Bednet volgt ze zoveel mogelijk wat er in de klas gebeurt. Tijdelijk onderwijs aan huis en de ziekenhuisjuf vangen mee een deel van het lessenpakket op.

Begin december verblijft Fien in isolatie in het ziekenhuis in Gent, waar ze een beenmergtransplantatie ondergaat. Wanneer de Sint op school verschijnt, kan ze vrolijk mee zingen en dansen met de klas, hoewel ze 70 km verder verblijft. En als de Cliniclowns in het ziekenhuis op bezoek komen, kan de klas dat van nabij volgen. Hoewel Fien niet 'lijfelijk' in de klas zit, hoort ze toch bij de groep. De kinderen kennen haar en dragen mee zorg. Ook dat is onderwijs!

Bednet biedt een educatieve en sociale oplossing

De vzw Bednet heeft zich als doel gesteld de leerachterstand bij langdurig zieke kinderen te verkleinen en het sociaal contact van deze kinderen met hun klasgenoten te herstellen. Daarbij staan enkele principes voorop:

- 1 De leeromgeving moet beantwoorden aan de noden en verwachtingen van de gebruikers (leerling en leerkracht).
- 2 Het systeem moet eenvoudig en laagdrempelig zijn.
- 3 Het gebruik van Bednet is gratis voor kind, school en ziekenhuis.
- 4 De school blijft verantwoordelijk voor de inhoud van de lessen die het kind krijgt.

Bednet is erin geslaagd een kindvriendelijke omgeving te creëren waarin een langdurig zieke leerling van thuis of in het ziekenhuis de draad weer kan opnemen in zijn klas. Daarvoor werkte de vzw de voorbije jaren binnen het ASCIT project van het IBBT (Interdisciplinair Instituut voor Breedband Technologie) samen met enkele andere organisaties, onderzoekers en bedrijven aan een innovatief systeem. Via het internet wordt het zieke kind verbonden met zijn klas. Een Bednet set bestaat uit 2 computers (een laptop bij het kind, een desktop in de klas), twee webcams, twee apparaten met scanner en printer en een camera die op het bord gericht is. Legt de leerkracht een document op de scanner in de klas, dan komt dat na enkele ogenblikken bij het kind thuis uit de printer, en vice versa. De klank en het beeld van de webcam laten het kind toe de les rechtstreeks te volgen. Als het iets wil vragen of antwoorden kan het kind in de klas een geluids- of lichtsignaal geven. Op deze wijze kan de zieke leerling de les opnieuw live volgen. Na schooltijd kan het systeem gebruikt worden om taken en boodschappen door te geven of te beantwoorden. Het kind kan onder toezicht van de leerkracht thuis toetsen en examens afleggen, op hetzelfde of een ander moment als de andere leerlingen. Al deze mogelijkheden verhogen zijn of haar slaagkansen enorm. Maar ook de psychologische impact is groot omdat het kind via Bednet opnieuw zichtbaar is in de klas en deelneemt aan het sociale leven.

Eline

Eline is 13 jaar. Ze kampt met een hersentumor. Bij de start van het proefproject – april 07 – gaat Eline al geruime tijd niet meer naar school: enkel in september is ze een korte periode aanwezig geweest. Aangezien Eline in het eerste leerjaar B zit, kent ze een groot deel van haar klasgenoten helemaal niet, sommigen heeft ze zelfs nog nooit gezien.

De school heeft pogingen ondernomen om tijdelijk onderwijs aan huis op te

starten, maar is er niet in geslaagd leerkrachten te vinden. Het contact tussen de school en Eline is voor de start van het project erg beperkt. Eens de toepassing geïnstalleerd, zijn alle betrokkenen erg gemotiveerd om er zoveel mogelijk uit te halen. Eline volgt zo'n 15 lesuren per week via de toepassing. Verder zijn er ook verschillende informele contacten waarbij Eline betrokken wordt zodat ze mee is met het leven op school. Het vullen van een aquarium voor de klas is een mooi voorbeeld, maar ook kleinere gebeurtenissen waarbij leerlingen van een andere klas hun project komen voorstellen: Eline maakt het allemaal van thuis uit mee. Er groeit ook een band tussen Eline die eerder verlegen is en haar klasgenoten: zij zijn immers degenen die regelmatig de computer bedienen, ze slaan een praatje tussen twee lessen, maar ook tijdens de lessen wordt Eline betrokken via groepswerk, rollenspel, of gewoon door net als de anderen aan de beurt te komen bij het klassikaal maken van een oefening.

Op het einde van het schooljaar legt Eline net als haar klasgenoten proefwerken af. Ze slaagt en kan over naar het volgende jaar. In september keert Eline met plezier terug naar school. Ze vindt er een klasgroep en een vriendengroep die haar met open armen ontvangen.

Een traject op maat van elk kind

Bednet is meer dan een technologisch systeem. Wanneer een langdurig of chronisch ziek kind bij Bednet wordt aangemeld, bereidt de regionale Bednet medewerker het traject voor met de school van de leerling, de ziekenhuisschool, de ouders en eventuele vrijwilligersorganisaties. Door overleg wordt nagegaan hoe het project kan starten in de klas en in het gezin. Via vooraf uitgewerkte procedures wordt het vlotte verloop van de dienstverlening gegarandeerd en op maat van het kind aangepast.

Belgacom installeert bij het kind thuis en in zijn klas een gratis breedbandverbinding voor de duur van het traject. De Bednet medewerker begeleidt de opstart van het Bednet systeem, zodat deze technologie op beide plaatsen met een veilig gevoel gebruikt kan worden. Eventuele technische problemen met de verbinding worden ter plaatse en bij prioriteit opgelost door Belgacom. Bednet stelt ook een helpdesk ter beschikking van kind en klas.

De Bednet medewerker zorgt voor de concrete organisatie. Hij blijft het traject opvolgen en met alle betrokkenen evalueren. Bovendien bouwt hij een regionaal netwerk uit om de draagkracht van het project te vergroten voor alle betrokkenen (kinderen, ouders, scholen en netten, pedagogische begeleidingsdiensten, CLB's, vrijwilligersorganisaties, ziekenhuizen, patiëntenverenigingen, ...).

Laurens

Wanneer de Bednet-begeleider op bezoek komt, toont Laurens (6j) trots zijn huistaak: met de scanner stuurt hij die via Bednet naar de klas, en de meester verbetert de oefeningen meteen en stuurt ze terug. Laurens is vooral erg blij met de sticker die de meester er als beloning op kleeft!

85

Groeien is leren



Bednet is niet over één nacht ijs gegaan in de ontwikkeling van het project. Naast het zoeken naar de nodige middelen voor de realisatie van de leeromgeving heeft de vzw intens het werkveld verkend en alle mogelijke partners opgezocht. Er werd – en wordt nog steeds – onderzoek verricht naar aantallen, pathologieën en specifieke aandachtspunten voor de doelgroep. In het ASCIT partnership werd de virtuele leeromgeving ontwikkeld waarmee kinderen en leerkrachten aan de slag kunnen gaan. Tegelijk ontwikkelde Bednet een methode om efficiënt meerdere kinde-

ren tegelijk verder te helpen. Zowel op Vlaams als op provinciaal niveau bouwde Bednet een netwerk uit. De vzw ging verder op zoek naar subsidies en sponsoring.

Bednet heeft er bewust voor gekozen zowel kinderen uit het lager als het secundair onderwijs verder te helpen. Tijdens het schooljaar 2006–2007 werd een eerste reeks proeftrajecten uitgewerkt met een klein aantal langdurig zieke leerlingen. Zo werd het Bednet systeem verder op punt gesteld. In het schooljaar 2007–2008 kon al een 40-tal proeftrajecten worden gerealiseerd, verspreid over alle Vlaamse provincies. In elke fase van het traject werden leerkrachten, directie, ouders, leerlingen en klasgenoten (indien dit het geval was ook ziekenhuisleerkrachten en vrijwilligers thuisonderwijs) ingelicht, betrokken en begeleid. Tijdens de begeleiding van de leerlingen werden de gehanteerde werkwijze en procedures getoetst, geëvalueerd en bijgestuurd om schaalvergroting mogelijk te maken. Zo kon Bednet succesvol opgestart en opgevolgd worden bij een groeiend aantal gebruikers.

Samen sterk

Betrokkenheid bij de school is niet alleen belangrijk op onderwijskundig en sociaal maar ook op psychologisch vlak. Bednet heeft impact op het zelfbeeld en het welzijn van het langdurig zieke of revaliderende kind en laat continuïteit toe in zijn

leven. Voor het kind is het immers belangrijk om zichzelf tijdens zijn ziekte niet enkel als patiënt maar ook als leerling en klasgenoot te blijven zien:

- Het kind kan zijn zelfvertrouwen terugwinnen door schoolvorderingen, wanneer dat vertrouwen geschaad is door de ziekte en de behandeling ervan en door het feit dat het kind niet meer kan vertrouwen op zijn eigen lichaam.
- Door naar school te gaan voelt het kind dat ook bij hem goede schoolprestaties belangrijk zijn, wat dan indirect leidt tot een hoopvol toekomstperspectief.
- Het klasleven biedt een welgekomen afleiding van de 'ziekte-rol' waarin het kind wordt geduwd, wat dan ook emotionele problemen kan voorkomen.

Het opstarten van Bednet in een klas is telkens een emotionele gebeurtenis. Niet alleen voor het kind thuis, dat lange tijd zijn vrienden en leerkrachten heeft moeten missen, maar ook voor zijn klasgenoten, die opnieuw invulling kunnen geven aan die lege bank in hun midden en de soms dramatische gebeurtenissen die daarvan de oorzaak zijn. Het eerste contact via het computerscherm, waarbij het kind de klas weerziet en vice versa, is dan ook een bijzonder moment voor iedereen. Het zieke kind hoort er opnieuw helemaal bij. In vele klassen zie je een nieuw soort solidariteit ontstaan. Hoewel de zieke klasgenoot slechts een beperkt aantal lessen kan volgen, wordt rond hem of haar een vangnet gesponnen. Vrienden houden notities bij van andere vakken en bedienen het Bednet-systeem. Tijdens de lesonderbrekingen worden nieuwtjes uitgewisseld. De hele klas maakt er een zaak van om het Bednet-kind alle kansen te geven op een gewoon schoolleven. De kansen om naar een volgend schooljaar over te gaan nemen toe door die solidariteit. Door een combinatie van Bednet, de ziekenhuisschool, het tijdelijk onderwijs aan huis en/of de onderwijsvrijwilligers gaat meer dan 90% van de Bednet-kinderen over naar het volgend leerjaar.

Nog een ander fenomeen doet zich voor bij het gebruik van Bednet in de klas: de drempel om naar school terug te keren wordt kleiner voor kinderen die na een ongeval of zware ziekte fysiek sterk veranderd zijn. De klasgenoten hebben immers via het scherm langzaam kunnen wennen aan de kale kop of de zichtbare handicap van het Bednet-kind. Daardoor verloopt de terugkeer minder confronterend en voelt het kind zich veiliger en minder "bekeken".

Hanne

Onderweg naar een examen wiskunde krijgt Hanne (15j) te maken met een zwaar verkeersongeval. Ze is vrijwel volledig verlamd, en zal gedurende lange tijd moeten worden opgenomen in een revalidatiecentrum. Wanneer er een project voor haar wordt opgestart door een goede samenwerking tussen de thuisschool, de ziekenhuisschool en Bednet, geeft Hanne aan dat het voor haar belangrijk is de webcam te kunnen uitzetten: ze wil kunnen kiezen of ze in beeld komt voor haar klasgenoten, eigenlijk heeft ze liefst dat ze haar niet "zo" zien.

Door het volgen van de lessen via Bednet, merkt Hanne weer wat ze wél kan: ze kan goed mee met de klas, weet de antwoorden op de meeste

vragen van de leerkrachten, ... Hanne krijgt weer voeling met wie ze is, los van haar beperkingen. Enkele weken later neemt ze deel aan een poëziewedstrijd in het revalidatiecentrum, en nog later gaat ze ermee akkoord te getuigen op een persvoorstelling. Het meisje dat niet gezien wilde worden, zet zichzelf daarmee geheel vrijwillig in het voetlicht.

87

Afscheid nemen via Bednet

Zwaar zieke kinderen moeten soms vechten voor hun leven, en af en toe verliest een kind dit gevecht. Bednet kan tot op het laatst steun bieden aan het kind, zijn familie en aan de klasgenoten die afscheid willen nemen. Kinderen, ouders en leerkrachten gaan dan heel creatief om met het Bednet-systeem. Op de plaats waar anders taken en berichtjes worden gepost, kan een rouwplekje dit overlijden een plaats geven in de klas. Sommige doodzieke kinderen blijven zich tot op het laatst optrekken aan de eenvoudige link met hun klas die Bednet hen biedt.

Kjell

“Toen het nieuws van de onverbiddelijke leukemie steeds somberder werd, bleven we een Kjell ontmoeten die ons steeds herhaalde: ‘doe junder mo geweune!’. We hebben een Kjell gezien die een grote glimlach toverde op zijn gezicht toen hij na weken afwezigheid via Bednet als het ware opnieuw in de klas zat. Dat was voor hem niet zomaar een speeltje. Hij volgde bepaalde lessen heel intens, formuleerde heel correcte antwoorden en maakte zelfs oefeningen. Leraren hadden het gevoel dat de 6HW1 sedert lang weer compleet was. Tot die bewuste ochtend dat zijn lichaam de strijd verloor. We zullen Kjells naam in het college met veel eerbied, liefde en een dankbaar hart blijven uitspreken, want hij heeft ons geleerd waar het in het leven op aankomt.”

Uit het afscheidswoord van P. Verbeke, directeur, OLV-College-Oostende

Een lange weg

Bednet heeft een unieke methode ontwikkeld om langdurig en chronisch zieke kinderen waar dan ook met hun klas te verbinden. De dienstverlening en schaal-grootte hangen echter af van de mate waarin personeel en hardware kunnen worden ingezet. Het Bednet verhaal is dus nog in volle opbouw.

We zijn begonnen met zes kinderen in het proefproject. In het eerste volledige schooljaar voor Bednet, 2007-2008, werden in totaal 39 kinderen begeleid. In het schooljaar 2008-2009 maakten 75 kinderen gelijktijdig gebruik van het Bednet systeem. Dit aantal is ondertussen gegroeid tot 120 kinderen simultaan. Het schooljaar 2010-2011 werd afgesloten met een totaal van 158 Bednet-gebruikers.

De kinderen die met Bednet werken zijn verspreid over alle schoolnetten en zitten in zowel ASO, technisch als beroepsonderwijs. Elk schooljaar zijn er ongeveer evenveel leerlingen uit lager en secundair, met lichte schommelingen. De Bednet- kinderen zijn verspreid over de vijf Vlaamse provincies. De pathologieën variëren zeer sterk (muco, cvs, astma, immuniteitsproblemen,...) maar duidelijk is dat bijna de helft van de kinderen kankerpatiënten zijn. Bijna een kwart van de kinderen revalideert na een ongeval of operatie.

Bednet tracht ieder schooljaar enkele proefprojecten op te starten, zoals de begeleiding van twee tienermoedertjes in de periode na de bevalling, een voorzichtig project binnen de psychiatrie of een traject in een school voor buitengewoon secundair onderwijs. Ook met kleuters worden kleine experimenten opgezet.

Ieder schooljaar worden we geconfronteerd met kinderen op de wachtlijst. Zij kunnen verder geholpen worden wanneer er weer nieuwe hardware kan worden aangekocht of wanneer een van de huidige Bednet gebruikers het systeem niet langer nodig heeft. Ook het aantal regionale medewerkers speelt een belangrijke rol in de schaalvergroting die Bednet aankan. Per voltijdse regionale medewerker kunnen gelijktijdig 20 tot 25 kinderen en hun klas worden begeleid. Het totale aantal kinderen dat in de loop van een schooljaar per medewerker kan worden begeleid, hangt af van de duur van de ziekte en de aard van de pathologieën. Om meer kinderen per begeleider te kunnen helpen werkt Bednet aan een plan voor schaalvergroting en innovatie.

Tine

De leerkrachten van Tine (14j) spraken bij aanvang van het project over "een zinvolle tijdsbesteding" wanneer ze het over Tijdelijk Onderwijs Aan Huis en Bednet hadden. In de loop van het schooljaar hebben zij hun visie moeten bijstellen want Tine behaalde buiten alle verwachting een A-attest. Ze zal in september gewoon met haar eigen klasgroep aan het nieuwe jaar beginnen.

Wit wordt zichtbaar

Eén van de problemen op het vlak van onderwijs aan langdurig zieke kinderen, is dat niemand precies weet over hoeveel kinderen het gaat. Noch de Vlaamse overheid, noch de ziekenfondsen, noch de ziekenhuissector, noch de onderwijsnetten hebben een duidelijk totaalbeeld van het aantal kinderen dat in die blinde vlek woont. Dat heeft natuurlijk te maken met het feit dat langdurig zieke kinderen vaak pendelen tussen ziekenhuis, thuis, revalidatiecentrum en school. Iedereen houdt wel partiële gegevens bij, maar grootschalig onderzoek en gemeenschappelijke dataverwerking is hier echt wel op zijn plaats om de zieke kinderen die lange tijd thuis verstoken zijn van onderwijs, zichtbaar te maken. Het Tijdelijk Onderwijs aan Huis bijvoorbeeld, waarbij een leerkracht van de school vier uur per week thuis bij het kind kan gaan lesgeven, moet door de ouders worden aangevraagd. De meest kwetsbare ouders zullen die stap moeilijk zetten, en de school heeft niet altijd zicht op het verloop van het ziekteproces. Ook Bednet wordt via

mond-aan-mondreclame aangesproken. De ziekenhuisschool neemt haar verantwoordelijkheid zo lang het kind in het ziekenhuis verblijft, en probeert in sommige gevallen ook buiten het ziekenhuis te begeleiden. Het onderwijslandschap voor langdurig zieke kinderen is zeer complex en biedt onvoldoende respons op de nood en het recht van elk kind op leren.

De vzw Bednet heeft in 2006 een telefonische steekproef gehouden in 160 scholen. Na extrapolatie kwamen we tot een jaarlijks aantal van 2300 langdurig zieke kinderen tussen 6 en 18 jaar in Vlaanderen. Elk van die kinderen heeft recht op ziek zijn én recht op onderwijs, die balans moet in evenwicht zijn. Niet alle kinderen kunnen dan ook geholpen worden met een systeem als Bednet. Bij psychiatrische patiënten bijvoorbeeld of bij kinderen met psychische stoornissen die op een wachtlijst staan en die in afwachting van een ziekenhuisopname thuis verblijven, is het lang niet evident om een Bednet-traject op te starten. Een begeleiding wordt trouwens pas effectief als zowel het kind en zijn ouders als de school er voor willen gaan. Ook het medische aspect is primordiaal. Als een kind te ziek is, heeft de opstart van Bednet geen zin. De begeleiders zoeken samen met alle betrokkenen, in de eerste plaats het kind zelf, naar de beste oplossing – als een oplossing mogelijk is.

David

David (18j) zit in het laatste jaar van het secundair onderwijs. Hij is de primus van de klas en de leerkrachten lopen hoog met hem op. Tijdens een sportwedstrijd komt hij lelijk ten val: lange tijd wordt hij in een kunstmatige coma gehouden, en daarna blijkt hij over zijn hele lichaam verlamd. David staat voor een lange revalidatie en niemand kan precies zeggen in hoeverre hij zal genezen.

De dag dat Bednet geïnstalleerd wordt, is niet alleen David overgelukkig. Ook zijn klasgenoten zijn blij hem terug in de klas te hebben en de grapjes vliegen over het internet. De kans dat David, samen met de hele klas, zal kunnen afstuderen in juni is behoorlijk groot.

Bij het uittekenen van het best mogelijke traject voor elk kind wordt door de Bednet-begeleiders en de scholen veel creativiteit aangewend. Ieder Bednet-project is dan ook maatwerk. Zo krijgt een Joodse jongen met xeroderma pigmentosum, die niet in het zonlicht mag komen, les via Bednet vanuit de kelder in zijn huis – eerst van een leerkracht in de klas, later ook schoorvoetend van de rabbijn, die zelfs enthousiast wordt. Een oud schoolgebouw wordt door Belgacom met veel omwegen bekabeld om Bednet tot in de klas van een zieke leerling te brengen. ... elk verhaal is uniek, en er zijn veel dragende handen die helpen. Dit jaar zijn voor het eerst ook ICT-vrijwilligers ingezet, die in september mee de handen uit de mouwen hebben gestoken om zoveel mogelijk kinderen tegelijk bij de opstart van het nieuwe schooljaar met hun klas te kunnen verbinden. Voor elk probleem bestaat een oplossing.

We have a dream

In 2002 is het verhaal van Bednet begonnen. Als schepen voor onderwijs en jeugd in Antwerpen wou ik het onrecht dat ik zag bij zieke kinderen uit de wereld helpen. Eerst met een klein Antwerps proefproject. Later met de hulp van enkele bevlogen medestanders in een Vlaamse vzw. In 2004 zijn we beginnen bouwen aan onze droom, met vallen en opstaan. Steen na steen wordt gelegd met nieuwe subsidies en veel vrijwilligerswerk. Het team dat geleidelijk is aangegroeid tot 12 parttime medewerkers is sterk geëngageerd en deskundig.

Bednet is uniek in Europa, en vervult met zijn innovatief concept een pioniersrol. Eigen aan pionieren is dat een lange, soms moeilijke weg wordt afgelegd. De kracht van Bednet is echter het enthousiasme dat zich in alle bestuursleden en medewerkers genesteld heeft, en dat wordt doorgegeven aan alle mogelijk denkbare partners. De droom van al deze mensen is dat in de toekomst alle kinderen die langdurig of chronisch ziek zijn op een structurele manier van een hulpmiddel als Bednet gebruik kunnen maken, zodat ze tijdens hun ziekte niet langer geïsoleerd geraken en meer kansen hebben op school.



Kinderen in psychiatrische diensten: wat denken ze ervan?

What do you think?..... 93

Kinderen in het ziekenhuis..... 94

Dit zijn belangrijke thema's voor de jongeren 95

De beslissing over opname..... 95

De duur 95

Inspraak 95

Privacy 95

Contacten met de buitenwereld 95

Onderwijs..... 95

Therapie en medicatie 96

Isolatie..... 96

UNICEF België formuleerde volgende aandachtspunten97

Meer info 98

Kinderen in psychiatrische diensten: wat denken ze ervan?

Gaëlle Buysschaert

In het kader van de interessante reeks Open Fora van de Kinderrechtencoalitie die zich dit jaar toelegt op toegang tot de gezondheidszorg, kinderrechten en ziekenhuis en kinderen en jongeren, geestelijke gezondheidszorg en psychiatrie, leek het ons relevant om de stem van betrokken kinderen en jongeren ook op te nemen.

UNICEF België baseerde zijn voorstelling op de resultaten van een ruime bevraging die gebeurde in het kader van zijn *What Do You Think?*-project. Als gevolg van deze ontmoetingen formuleerden de jongeren en UNICEF België een aantal aanbevelingen aan het adres van de beleidsmakers, met de bedoeling om constructief bij te dragen tot een verbetering van de situatie van deze kinderen. Deze aanbevelingen werden in 2010 ook via een video-boodschap overgemaakt aan het Comité voor de Rechten van het Kind in het kader van het rapportageproces van België en vinden hun weerslag terug in de slotbeschouwingen die het Comité aan ons land formuleerde.

Tijdens de presentatie stonden we, na een korte voorstelling van het project, vooral stil bij de stem van de kinderen zelf. We staan in dit artikel ook graag stil bij een aantal belangrijke aandachtspunten die daarop voortbouwen.

What do you think?

What Do You Think? is het project van UNICEF België dat het recht van kinderen wil bevorderen om zich uit te drukken en te participeren op alle niveaus. *What Do You Think?* bevraagt kinderen in België over het respect voor hun rechten en over de problemen die zij tegenkomen. Hun ideeën, wensen en voorstellen worden verzameld en bezorgd aan de verantwoordelijke politici in België en het Comité voor de Rechten van het Kind in Genève (het orgaan van de Verenigde Naties dat waakt over de goede naleving van het Kinderrechtenverdrag in de wereld. UNICEF België legt een speciale focus hierbij op “kwetsbare kinderen” (de kinderen levend in armoede, kinderen met een handicap,...) en wil verder gaan dan participatieve trajecten opzetten en rapporten publiceren. Onze bedoeling is om maatschappelijke en politieke debatten aan te zwengelen rond de participatie en de situatie van kwetsbare kinderen, zoals zij ze ondervinden.

Kinderen in het ziekenhuis

In 2005–2006 organiseerde UNICEF België een schrijf- en tekenwedstrijd voor kinderen die in pediatrische of psychiatrische diensten in het ziekenhuis verblijven. 46 diensten hebben deelgenomen. In totaal namen zo'n 740 gehospitaliseerde kinderen tussen 6 en 18 jaar deel aan het project. Voor hun werkjes hadden ze drie richtvragen: Waar hou ik van in het ziekenhuis? Waar hou ik niet van in het ziekenhuis? Hoe ziet het ideale ziekenhuis er voor mij uit? Het resultaat werd een thematische bundeling van tekeningen en teksten die vertellen over het ziekenhuispersoneel, het bezoek, de behandeling, het comfort, het spel, het ziekenhuis in het algemeen en de psychiatrie. Het verslag "Mijn ziekenhuis in potlood. Het ziekenhuis door de ogen van kinderen" besluit met de aanbevelingen van de gehospitaliseerde kinderen en van een aantal organisaties die actief zijn op het vlak van kinderrechten en van de humanisering van de zorgen.

Tijdens deze oefening werden we bijzonder aangegrepen door de tekeningen van kinderen die in de psychiatrie verblijven (in de zgn. K-diensten). UNICEF België heeft daarom het project willen doorzetten en organiseerde op 26 juni 2007 een gedachtewisseling over "kinderrechten in een K- dienst".

We wilden een stem geven aan jongeren (12–18 jaar) die daar verblijven én aan de volwassen begeleiders die met deze jongeren werken. Samen zijn zij immers bijzonder goed geplaatst om over hun realiteit te praten en de meest geschikte aanbevelingen te formuleren. De gedachtewisseling werd opgesplitst in 4 parallele groepen: 2 groepen jongeren en 2 groepen volwassen begeleiders, waarbij telkens 1 groep in het Nederlands en 1 groep in het Frans discussieerde. In totaal namen er 14 K-diensten deel (6 Franstalige en 8 Nederlandstalige, goed voor 40% van de totaliteit van de diensten), goed voor een 50-tal jongeren en een 40-tal begeleiders.

Als gevolg van deze ontmoetingen formuleerden de jongeren en UNICEF België een aantal aanbevelingen aan het adres van de beleidsmakers, met de bedoeling om constructief bij te dragen tot een verbetering van de situatie van deze kinderen.



© UNICEF België / What do you think?

Dit zijn belangrijke thema's voor de jongeren

De beslissing over opname

"Meestal kan je niet kiezen om naar een psychiatrisch ziekenhuis te komen. De volwassenen beslissen voor ons. Dat laat ons toe om te beginnen te werken aan onszelf maar de beslissing zou moeten komen van de jongere."

"Ik wou zelf opgenomen worden. Het ging heel moeilijk, ik heb toch 3 of 4 maand moeten wachten. Ondertussen ging ik niet naar school dus dat was moeilijk."

95

De duur

"We zitten vol twijfels, je weet wanneer je binnenkomt maar je weet niet wanneer je buitengaat. De ontslagdata worden niet altijd gerespecteerd."

Inspiraak

"Ze zouden meer moeten bespreken met de jongere vooraleer hem naar een plaats te sturen die hij niet kent. Psychiatrische ziekenhuizen hebben een heel slechte reputatie omdat ze schrik aanjagen en ze denken dat ze met gekken te maken hebben. Ze zouden uitleg moeten geven aan de jongeren over de plaats waar ze zitten."

"De meeste dingen worden boven ons hoofd beslist. Over kleinere dingen kunnen we wel beslissen."

Privacy

"Als je de hele dag in groep leeft, is het soms moeilijk om 's avonds met 4 op een kamer te zitten. We zouden graag vaker wat privacy hebben."

"Alles wordt ook opgeschreven. We worden veel gecontroleerd."

Contacten met de buitenwereld

"We zijn te veel afgesneden en worden te veel afgeschermd van de buitenwereld. Het is een beetje alsof we in een luchtbel leven."

Onderwijs

"De jongeren die hier binnenkomen tijdens het schooljaar, verliezen hun jaar of minstens een deel van wat ze al kenden."



Therapie en medicatie

“Er wordt geen rekening gehouden [met mijn mening]. Ik moest meer medicatie nemen, maar ik wist niet waarom. Ik vroeg waarom, ze antwoordden ‘om je goed te voelen’. Ik zei dat de medicijnen niets hielpen, maar ze stopten niet.”

Isolatie

“Wij vliegen naar de isoleercel voor het minste. Als we ons opwinden, bellen ze de mannen en brengen ze ons naar de isoleercel. Ze laten ons daar veel te lang. De cel is op slot en het stinkt er.”

Uit de gedachtewisseling onder de jongeren blijkt dat zij de volgende aanbevelingen aanreiken (in volgorde van de door henzelf aangevoelde belangrijkheid):

- meer contacten (onderling en met de buitenwereld, waaronder familie (langere weekends) en vrienden) en meer privacy
- een adequate infrastructuur (waaronder een groene omgeving, meer kleuren, de mogelijkheid om te spelen en te leren)
- meer inspraak in het dagelijkse leven (de mogelijkheid om zijn mening te geven over de activiteiten, het schoolgaan, het leven in het centrum)
- geen wachttijden voor jongeren die zelf opgenomen willen worden; alternatieven voor het opnemen in de psychiatrie voor diegenen die dat wensen
- echte inspraak bij de beslissing tot opname (met meer en betere informatie over wat een K-dienst en de behandeling precies inhoudt)
- duidelijkere communicatie over de behandeling, waaronder medicatie en de ontslagdatum
- minder medicatie
- meer activiteiten ter ontspanning, ook buiten de K-dienst
- duidelijkere regels over afzondering
- meer onderwijs voor wie dit wil en kan
- meer personeel, en personeel dat gevormd en gemotiveerd is
- minder stigmatisering door de buitenwereld

Opvallend is dat veel aanbevelingen ook aangehaald zijn door de begeleiding:

- kortere wachttijden
- meer privacy
- stigmatiserende buitenwereld
- meer uitstappen
- langer weekend

Tegelijkertijd schoven de jongeren enkele bezorgdheden naar voor die niet aan-gekaart werden tijdens de gedachtewisseling onder begeleiders:

- belang van contacten onderling en de beleving hiervan
- inspraak bij beslissing tot opname
- gebruik van afzonderingsmaatregelen
- onwetendheid rond medicatie
- onzekerheid over ontslagdatum

Ook deze zaken werden door de jongeren, zoals eerder vermeld, als zeer belangrijk aangeduid. De realisatie hiervan kost geen geld. Het gaat om een attitude, een algemene manier om met hen om te gaan. Jongeren willen met respect behandeld worden, met als kernpunt dat ze voldoende uitleg willen krijgen over regels, de behandeling (niet enkel de medische), de alternatieven voor de internering en vooral het waarom hierachter. De cruciale rol van de begeleiding (niet enkel de psychiater) kan niet genoeg benadrukt worden.

UNICEF België formuleerde volgende aandachtspunten

Uit de uitwisselingen met de jongeren bleek dat de rechten van kinderen niet volledig gerespecteerd worden en dat de kwestie van kinderen in de psychiatrie zich niet mag beperken tot een vraag naar beschikbare plaatsen of het recht op gezondheidszorg. Het lijkt immers belangrijk deze kwestie op een globalere manier en in het licht van kinderrechten te beschouwen.

UNICEF België wil in de eerste plaats stilstaan bij de dubbele kwetsbaarheid van kinderen die in K-diensten verblijven. Hun broze gezondheid en het feit dat ze uit hun (familiale) omgeving gehaald zijn, vergen immers een bijzondere bescherming waarbij hun rechten niet over het hoofd gezien mogen worden. In principe gelden het VN-Kinderrechtenverdrag en andere verdragen onverkort voor alle kinderen, ook in K-of andere diensten.

UNICEF België vraagt dat kinderen in de psychiatrie mee vorm kunnen geven aan hun leven. Ze hebben het recht om gehoord te worden over hun opname, over de behandeling en over mogelijke alternatieven voor de opname. Ze hebben ook het recht om hun vrijheidsbeperking regelmatig te laten herzien.

Dat veronderstelt uiteraard dat de kinderen voldoende geïnformeerd worden in een aangepaste taal en dat ze omkaderd worden door gekwalificeerd personeel dat hier tijd voor kan en wil uittrekken. Recht op informatie geldt ook bij het toedienen van medicatie in het kader van de behandeling.

Elke “vrijheidsberoving” is een uitzondering op het recht op persoonlijke vrijheid dat elk kind heeft. Iemand van zijn vrijheid beroven mag dus slechts in zeer beperkte gevallen onder zeer strikte voorwaarden. Volgens het principe van de “minst ingrijpende behandeling” mogen patiënten slechts die behandeling krijgen die de minst ingrijpende impact heeft op hun (lichamelijke, geestelijke en morele) integriteit. Medische, ook psychiatrische behandelingen perken echter altijd het recht op integriteit in. Zulke inperkingen moeten uitzonderlijk blijven en strikt gereguleerd worden.

Het leven tijdens een opname in een K-dienst zou zoveel mogelijk moeten lijken op het leven erbuiten. Dit volgt logisch uit het principe van de minst ingrijpende behandeling: het opgenomen zijn op zich is reeds uitermate ingrijpend. De rest moet zo “normaal” mogelijk verlopen. Kinderen in een K-dienst horen in principe dus zo weinig mogelijk van de buitenwereld afgeschermd te worden. Beperkingen hierin zouden steeds duidelijk gemotiveerd en uitgelegd moeten worden. Het is onaanvaardbaar dat het recht om zijn gezin te zien, ingeperkt zou worden om financiële redenen of redenen van bezetting van de bedden.

Iedereen heeft recht op een minimum aan intimiteit, affectie én privacy. Ook kinderen verblijvend in een K-dienst. In groepssettings is dit recht op privacy misschien nog belangrijker dan elders. Beperkingen zijn alleen mogelijk in uitzonderlijke gevallen, wanneer dit vanuit therapeutisch oogpunt noodzakelijk zou zijn.

Opname in een K-dienst kan niet verantwoorden dat men het recht op spel aan kinderen zou ontnemen. Ons land moet voldoende middelen voorzien voor de toepassing van dit recht, door bijvoorbeeld de uitbouw van geschikte infrastructuur voor ontspannende activiteiten of van een groene omgeving. Ook uitstappen buiten de K-dienst moeten mogelijk gemaakt worden.

Het recht op onderwijs, dat ook voor opgenomen kinderen geldt, zou enkel beperkt kunnen worden indien dit noodzakelijk zou zijn uit therapeutisch oogpunt. Praktische besommeringen verantwoorden de beperking van mensenrechten niet.

Vrijheidsbeperkende maatregelen, zoals afzonderen of aan bed binden, mogen enkel in uitzonderlijke gevallen getroffen worden en enkel ter bescherming van de jongere zelf of van anderen (niet ter sanctionering).

Er is nog werk aan de winkel en we hebben er allemaal een verantwoordelijkheid in op te nemen. Een volledige realisatie van kinderrechten hangt uiteindelijk af van een algemene cultuur van respect voor kinderen als volwaardige personen, individuen, of ze in een groepssetting leven of niet, of ze psychiatrische problemen hebben of niet.

Meer info:

- <http://www.unicef.be/nl/project-belgium/kinderen-het-ziekenhuis>
- UNICEF België, *Mijn Ziekenhuis in potlood. Het ziekenhuis door de ogen van kinderen*, 2006 http://www.unicef.be/_webdata/Hopital_Rapport_definitif_NDL.pdf
- UNICEF België, *De rechten van kinderen en jongeren in psychiatrische diensten in België (K-diensten)*, 2008. http://www.unicef.be/_webdata/Rechten_van_kinderen_in_de_psychiatrie.pdf
- UNICEF België, *Dat denken we ervan. Tweede rapport van kinderen in België voor het Comité voor de rechten van het kind*, 2010. http://www.unicef.be/_webdata/LR_RapportNL_0.pdf

Dr. Sara Wouters

De rechten van het kind zoals beschreven in het handvest van de Verenigde Naties, vormen een fundament voor iedereen die werkt met kinderen en jongeren.

Kinderen hebben omwille van hun verhoogde kwetsbaarheid, nood aan bijzondere zorg en bescherming. De primaire verantwoordelijkheid hiervan ligt bij de ouders. De staat moet de ouders ondersteunen en toezien op het naleven van deze rechten en moet –indien nodig– ingrijpen en het kind beschermen. Dit alles met respect van de culturele waarden van de gemeenschap waarbinnen een kind leeft.

Het kind heeft ook verschillende rechten; recht op bescherming tegen mishandeling en verwaarlozing, recht op onderwijs, recht op de hoogst mogelijke graad van gezondheidszorg, recht op een passende levensstandaard, recht op onderwijs en zorg voor gehandicapte kinderen, recht op vrije tijd, herintegratie,...¹³⁹

Wereldwijd heeft 20% van de kinderen en jongeren te kampen met geestelijke gezondheidsproblemen (WHO, 2001¹⁴⁰). Bij Vlaamse kinderen binnen de Bijzondere jeugdzorg loopt dit cijfer op tot 50 à 60% (BIJPASS-project, Capri, 2008).

Kinderpsychiatrische stoornissen zijn complexe stoornissen, die ontstaan door een wisselwerking van biologische factoren, genetische factoren, contextfactoren (gezin, ouders, familie, school), culturele factoren, enz. Een voortduurende interactie tussen *nature and nurture* bepaalt het ontwikkelen van psychopathologie. Het verhoogd voorkomen van psychopathologie bij kinderen en jongeren die opgroeien in een problematische opvoedingssituatie, is bewezen. Psychiatrische stoornissen zijn ernstig en beperken het functioneren van het kind ingrijpend. Indien niet tijdig ingegrepen wordt, hebben ze een blijvende invloed op de geestelijke gezondheid van het individu.

¹³⁹ Geïnspireerd door het Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind.

¹⁴⁰ 'World Health Organisation. The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope. WHO Library Cataloguing in Public Data. Beschikbaar via http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf

Uit de hechtingstheorie weten we dat de eerste levensjaren van een kind primordiaal zijn voor het 'verankeren' van verschillende vaardigheden. Relatievorming, emotie- en gedragsregulatie, zelfbeeld, identiteitsontwikkeling, ...alles vindt zijn basis in die eerste jaren, en vooral...in die unieke relaties met de primaire verzorgers. Baby's hebben een enorm vermogen om nieuwe dingen te leren. De wijze waarop de vroege ouder-baby relatie zich gaat uittekenen, bepaalt in zeer grote mate de wijze waarop genetische en constitutionele factoren in gedrag en ontwikkeling tot uiting zullen komen.

Our sense of self is closely dependent on the few intimate relationships we have or have had in our lives,secure or insecure, loving or neglectful....they have a profound significance for us....they may not be much, but they're all we've got. (Richard Bowlby)

Investeren in het werken met ouders en hun jonge kinderen is erg belangrijk. De vroegdetectie van neuropsychologische problemen, van gezinssystemen die onder druk staan, van kinderen en jongeren met risicofactoren voor het ontwikkelen van psychopathologie, is belangrijk. Vroegdetectie kan de ontwikkeling van een kind weer op de goede rails krijgen en het ontstaan van psychopathologie of comorbide stoornissen voorkomen. Preventief werken moet een maatschappelijk engagement zijn. Sensibilisering brengt ouders en kinderen bij de juiste hulpverlener.

Een goede behandeling is complex en gaat uit van de noden en de vragen van de kinderen en hun gezinnen. Een goede behandeling is *evidence-based* en streeft ernaar om het kind de best gekende behandeling te geven. Soms horen hierbij maatregelen die –deels– vrijheidsberovend zijn. Ernstige psychopathologie noodzaakt soms farmacologische behandeling en ook dit dient te gebeuren volgens de meest recente wetenschappelijke ontwikkelingen.

Goede zorg houdt rekening met ieders veerkracht en kwetsbaarheden. Goede zorg versterkt mensen in hun mogelijkheden, maar creëert ook een groter zorgnetwerk. Ondersteuning vanuit de gemeenschap is belangrijk. Om tot deze zorg te komen, is samenwerken en samen denken noodzakelijk. Er is nood aan toegankelijke zorg, voor iedereen.

'Primaire verzorgers zijn verantwoordelijk voor de goede zorg en bescherming van hun kinderen.' Vaak zijn de primaire verzorgers echter 'deel' van het probleem, maar zijn ze tevens noodzakelijk om een oplossing te vinden. Het toezien op het goede naleven van deze zorg is niet steeds evident. Hoelang nemen we de ouders mee als partners en wanneer ontnemen we hen hun recht? Er wordt soms ... te lang gewacht... Er wordt ook soms...niet lang genoeg gewacht. Loyauteit van een kind ten aanzien van zijn ouders is groot.

Het hulpverleningsaanbod in België is zeer versnipperd. Het kluwen van instanties, instellingen en overkoepelende organen zorgt soms voor een onnodige vertraging

en onduidelijkheid. Jongeren komen niet snel genoeg bij de juiste hulpverlener terecht, hulpverlening verloopt soms ongecoördineerd, er ontstaan misverstanden, onduidelijke verwachtingen, angst om te handelen. Hulpverleners kennen mekaar niet, communiceren te weinig. Ondanks de vele initiatieven, blijft er vaak een groep kinderen en jongeren, die niet in aanmerking komt voor hulp of die tussen de mazen van het net vallen. Denken we aan de mentaal geretardeerde jongeren met ernstige gedragsproblemen, jongeren die maanden of jaren moeten wachten op geschikt onderwijs, jongeren met autisme die nergens terecht kunnen,...

Het tekort aan plaatsen is prangend, eenvoudige oplossingen volstaan niet. Vergroten van het draagvlak in de eerste- en tweedelijnswerking, uitbreiden van de opleiding van alle betrokkenen, investeren in vroegdetectie en preventie, sensibilisering van maatschappij, ouders en jongeren,...

De toegenomen bekendheid van kinderpsychiatrie en verminderde stigmatisering, leiden tot een stijging en verjonging van de patiëntenpopulatie. Vragen zijn zelden onterecht. Kinderen en ouders zoeken vroeger hulp.

Bij het verbeteren van de zorg voor kinderen en jongeren zijn de belangrijkste vragen:

Hoe kunnen we sneller werken? Kinderen op jongere leeftijd bereiken, flexibel en intensiever werken? Outreachend en naast de mensen. Hoe kunnen we preventiever te werk gaan? Het grootste deel van het budget voor geestelijke gezondheidszorg gaat nog steeds naar de volwassenen...Van de 15000 psychiatrische bedden, zijn er 700 voor kinderen en jongeren.

Hoe kunnen we de competenties van de zorgverstrekkers vergroten? Welke verantwoordelijkheden worden maatschappelijk genomen? En...hoe kunnen we stoppen met het verliezen van kostbare tijd?

Goede zorg voor kinderen, vraagt om samenhang en samenwerking, met het kind, zijn ouders, de school, gezondheidszorg, jeugdwelzijn, justitie. Alleen staan we vaak machteloos.

Rechten van kinderen in de Centra Geestelijke Gezondheidszorg: (goede?) praktijk en knelpunten

Voorstelling CGG (jeugdteams) en GGZ kinderen en jongeren 105

Welke rechten hebben kinderen en jongeren in de CGG en de GGZ
kinderen en jongeren (regelgeving)? 106

Recht op toegang tot GGZ? 107

De implementatie van het DRM in de CGG 108

(Good?) practice:

instemming en bekwaamheid van de minderjarige 110

Wanneer +12-jarige toch in zorg nemen die dit niet wenst? 112

Wanneer een -12-jarige toch in zorg nemen tegen de wens van de ouders? . . . 112

Omgaan met 'autonome' hulpvragen van minderjarigen 112

Conclusies en knelpunten 112

Grenzen aan de vrijwillige instemming van ouders 113

Grenzen aan de vrijwillige instemming van minderjarigen:
bemoeizorg om bestwil? 113

Rechten van kinderen in de Centra Geestelijke Gezondheidszorg: (goede?) praktijk en knelpunten

Dirk Kaethoven

In deze bijdrage willen we nagaan hoe het met de rechten van kinderen gesteld is in de centra voor geestelijke gezondheidszorg (CGG). Ook het recht op toegang tot de (bredere) geestelijke gezondheidszorg wordt belicht. De praktijk in de CGG en de ervaren knelpunten komen aan bod.

Voorstelling CGG (jeugdteams) en GGZ kinderen en jongeren

De centra geestelijke gezondheidszorg (CGG) zijn een onderdeel van de (Vlaamse) gezondheidszorg. Ze worden georganiseerd en betoelaagd op basis van het decreet van 18/05/1999 betreffende de geestelijke gezondheidszorg. Met dit decreet werden de toenmalige 84 CGG gefusioneerd tot 20, waarvan de werkingsgebieden heel Vlaanderen en Brussel omvatten. In elk CGG bestaan aparte multidisciplinaire teams voor kinderen en jongeren, net zoals voor volwassenen en ouderen.

De doelgroep van de CGG zijn personen met ernstige psychische en/of psychiatrische problemen. Voor de jeugdteams gaat het ook om kinderen met het risico op de ontwikkeling van dergelijke problemen. Voorbeelden zijn: ADHD, autisme, depressie, angst, trauma's, hechting, gedragsstoornissen, ...

De opdracht van de CGG is "verantwoorde zorg aanbieden met het oog op het herstel van het psychisch evenwicht of het draaglijk maken van psychische stoornissen voor patiënten en hun leefomgeving, opdat aldus patiënten competenties verwerven of ontwikkelen die de basis vormen voor hun emancipatie en hun maatschappelijk geïntegreerd functioneren" (art. 7 §1).

Concreet betekent dit dat de CGG ambulante zorg verstrekken (max. 1 à 2 u/week). Deze vorm van hulpverlening heeft hierdoor slechts een zeer beperkte impact op de leefsituatie van kinderen (in vgl. met residentiële hulp, gedwongen hulpverlening). De teams bieden diagnostiek en behandeling, maar bieden ook ondersteuning en dienstverlening aan derden (Bijzondere Jeugdzorg, Centra algemeen welzijnswerk, Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap,

...) die in contact komen met kinderen en jongeren met psychische en psychiatrische problemen.

Naast de CGG vormen de K-diensten (kinderpsychiatrie), zelfstandige kinderpsychiaters, en een aantal revalidatiecentra (met RIZIV-erkenning) de bredere geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren (GGZ kinderen & jongeren).

Welke rechten hebben kinderen en jongeren in de CGG en de GGZ kinderen en jongeren (regelgeving)?

In België is het zo dat de verschillende GGZ-actoren ook verschillende regelgevende overheden hebben (Vlaams, federaal) waardoor minderjarigen niet overal (wettelijk) dezelfde rechten hebben. Zo is het decreet op de rechtspositie van de minderjarige in de integrale jeugdhulp (DRM) wel van toepassing op de CGG, maar niet op de kinderpsychiatrie. Dit is op zich een knelpunt. We beperken ons hier daarom tot de CGG, waar we vanuit de praktijk kunnen spreken.

In het GGZ-decreet van 18/05/1999 staat uitdrukkelijk vermeld dat de CGG de rechten uit het Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind of IVRK (art. 5) en de Rechten van de Mens (art. 6) dienen te respecteren. De CGG moeten de persoonlijke levenssfeer van de patiënt respecteren (art. 8), maximaal een beroep doen op de medeverantwoordelijkheid en de zelfredzaamheid van de patiënt (art. 8) en het beroepsgeheim respecteren (art. 9 §1, 8°).

In de CGG zijn ook nog andere wetgevingen van toepassing zoals o.m.:

- de wet op de patiëntenrechten (WPR)
- het decreet op de rechtspositie van de minderjarige in de integrale jeugdhulp (DRM)
- de privacywetgeving

Met al deze regelgeving is al een stevige basis gelegd voor een goede rechtspositie van kinderen en jongeren. Toch zien we in de jeugdteams enkele knelpunten in de regelgeving.

We stellen vast dat de rechten van ouders en vooral de verhouding tussen de rechten van de ouder en de minderjarige niet vermeld zijn in het GGZ-decreet en onvoldoende gearticuleerd werden in WPR en DRM! In de praktijk vergt dit soms enige creativiteit en diplomatie om de wensen en verwachtingen van ouders en minderjarigen te verzoenen.

Rechten toekennen aan minderjarige patiënten is één ding, maar hoe gaan voorzieningen hiermee om? Rechten van cliënten kunnen we in zekere zin immers ook beschouwen als verplichtingen voor de hulpverleners en voorzieningen. We kunnen deze rechten soms vertalen in procedures (vb. klachtenprocedure), maar ook dat kan dode letter blijven. Belangrijker is dat de uitgangspunten van de zorg en de houding en attitude van de zorgverleners ervan doordrongen zijn.

In een recent advies¹⁴¹ van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (NRZV) over de toekomstige geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren werden de uitgangspunten van de zorg opgesomd (zie advies NRZV p. 11-12). Deze uitgangspunten en andere accenten uit het advies getuigen van een hoge mate van zorg en respect voor de belangen van kinderen en jongeren. We noteren ook dat over deze uitgangspunten er grote consensus is in de brede sector van de GGZ kinderen en jongeren, ondanks de verschillende werksettings en regelgeving.

We geven enkele uitgangspunten weer:

- zorg moet zoveel mogelijk aangeboden worden in de gewone leefsituatie van de jongere
- subsidiariteit: de minst ingrijpende zorgvorm die doeltreffend is, verdient de voorkeur
- hulpverlening dient in te spelen op aanwezige kwaliteiten met als doel maximale deelname aan de samenleving (ook als herstel/normalisatie niet volledig mogelijk is)

Wanneer men spreekt over rechten in de hulpverlening maakt men meestal het onderscheid tussen de rechten **in** de hulpverlening en het recht **op** toegang tot de hulpverlening. Alvorens verder in te gaan op hoe de rechten van kinderen en jongeren in de CGG worden vorm gegeven, wil ik stilstaan bij het recht op hulp in de CGG en bij uitbreiding in de GGZ.

Recht op toegang tot GGZ?

In principe heeft elk kind met geestelijke gezondheidsproblemen recht op zorg in de GGZ. Het advies van de NRZV stelt ook dat de GGZ kinderen en jongeren “uitnodigend en toegankelijk moet zijn en actief tegemoetkomend waar aangevoelen”. Kinderen en jongeren hebben afhankelijk van hun leeftijd en maturiteit ook het recht om zelfstandig een hulpvraag te formuleren. Dit recht op toegang tot de GGZ is echter NIET gewaarborgd!

In het advies van de NRZV werd een analyse gemaakt van de behoefte aan GGZ en de beschikbare capaciteit in Vlaanderen en België.

De prevalentie van psychische stoornissen bij kinderen en jongeren ligt wereldwijd rond de 20% (WHO, 2005). 4 à 6% van hen heeft op jaarbasis ook nood aan klinische interventie.

Om hieraan te kunnen voldoen is in Vlaanderen slechts 60 à 70% van de benodigde zorgcapaciteit gerealiseerd (zie advies NRZV p. 6 en 8). In het advies wordt vooral de nood aan **uitbreiding van ambulante zorg**, crisisinterventie en partiële dag- of nachtopname aanbevolen, niet zozeer een uitbreiding van bedden. Verder werd een ongelijke verdeling van de capaciteit over de verschillende regio's heen

¹⁴¹ Advies m.b.t. de uitbouw van een GGZ programma voor kinderen en jongeren van de nationale raad voor ziekenhuisvoorzieningen (NRZV). Zie: www.health.belgium.be

vastgesteld. Niet in alle regio's zijn de kinder- en jongerenteams in de CGG volwaardig uitgebouwd (te kleine teams). Er zijn niet overal K-diensten.

De gevolgen van deze ondercapaciteit zijn dat de GGZ-voorzieningen voor jeugd een hoge drempel hebben.

- Er zijn wachtlijsten en soms lange wachttijden. Om dit enigszins te beheersen werden in de diensten overlevingsstrategieën uitgewerkt. In veel diensten gebeurt er een strenge selectie aan de voordeur, in sommige regio's wordt zo de helft of meer van de hulpvragers afgehouden. Deze klantvriendelijke en ontradende procedures staan in schril contrast met het uitgangspunt dat de GGZ kinderen en jongeren "uitnodigend en toegankelijk" moet zijn "en actief tegemoetkomend waar aangewezen". Cliënten moeten dus veel geduld oefenen of zeer assertief zijn om in de GGZ binnen te geraken.
- Deze wachtlijsten stralen negatief af op de beeldvorming van bevolking en (professionele) verwijzers. Van deze laatsten krijgen we geregeld te horen dat ze niet meer verwijzen naar de CGG "want er is toch geen plaats".
- Het is evident dat er hierdoor heel wat cliënten die behandeling behoeven tussen de mazen van het net vallen. Al te vaak komen problemen pas aan bod wanneer de situatie echt vast komt te zitten en de problemen externaliseren. Internaliserende en 'lichtere' problemen of problemen in ontwikkeling worden afgehouden. Zo is er een ondervertegenwoordiging 0-6 jarigen in de populatie. Vroegdetectie en tijdige interventie zouden echter veel escalatie kunnen voorkomen.
- Een kwart van de residentiële psychiatrische opnames van minderjarigen vindt plaats in A-diensten (bedden voor volwassenen) i.p.v. in K-diensten (kinderpsychiatrische bedden).

Als we weten dat 22% van de bevolking jonger dan 18 jaar is, zou het totale budget voor GGZ kinderen en jongeren ook minstens 22% moeten bedragen! Gelet op het feit dat werken met jongeren intensiever werken is omdat ook de context (gezin, school, ...) moet betrokken worden zou dit zelfs meer moeten zijn.

In België is er echter een historische scheefgroei. We staan europees aan de top wat het aantal psychiatrische bedden betreft in verhouding tot de bevolking. We kunnen hier spreken van een overaanbod. De capaciteit voor ambulante hulp en voor de GGZ kinderen en jongeren is echter ondermaats. Een overheveling van budgetten is meer dan wenselijk. Hier is politieke wil en visie nodig om deze omschakeling te realiseren.

De implementatie van het DRM in de CGG

We weten uit voorgaande dus dat de toegang tot de GGZ (recht **op** hulp) onvoldoende kan gerealiseerd worden. Maar hoe zit het met de rechten van minderjarigen **in** de GGZ? We willen hier verenigen tot de CGG.

We stelden reeds dat in de regelgeving een goede basis gelegd is voor deze rechtspositie van onze cliënten. We zullen hierbij focussen op de toepassing van het DRM in de CGG, in de wetenschap dat hier ook de WPR van toepassing blijft. Volgende rechten uit het DRM zijn van belang:

- recht om geïnformeerd in te stemmen met de jeugdhulp (of deze te weigeren) (art. 8)
- recht om jeugdhulpaanbieder vrij te kiezen (art. 9)
- recht om een interventie te weigeren (art. 10)
- recht op informatie (art. 11, 12)
- recht op inspraak, evaluatie en participatie (art. 16, 17 en 19,1°)
- recht op bijstand (art. 24, maar WPR geeft ruimere rechten)
- recht op dossier (art. 20, maar vooral volgens WPR)
- recht op privacy (art. 25,1° en 2°)
- klachtrecht (art. 29,1° en 3°; maar volgens WPR)

Een aantal rechten m.b.t. (semi-)residentiële hulp uit het DRM zijn uiteraard niet relevant voor de CGG. We gaan hier niet verder op in.

Deze rechten uit het DRM en WPR sluiten sterk aan bij de visie en de uitgangspunten van de CGG en bij de houding van onze medewerkers. In de CGG werken we sinds hun ontstaan in 1975 vanuit een emancipatorische visie (ontwikkelingsperspectief, groei naar autonomie, hulp op vraag en in overleg) met respect voor het zelfbeschikkingsrecht (hulpverlening in dialoog met de cliënt, geen hulp tegen de wil in). In de jeugdteams stellen we steeds het belang van het kind voorop (bescherming waar nodig: mishandeling, suïcidedreiging) en houden we met de mening van de minderjarige altijd rekening. De rechten in het DRM en WPR werden dan ook niet als vreemd of nieuw ervaren door medewerkers.

In de zomer van 2009 werd de helft van alle CGG's bezocht door het Vlaamse agentschap inspectie in het kader van een specifieke audit rond de toepassing van het DRM. Uit deze audit bleek dat het decreet zeker zijn ingang had gevonden en er eigenlijk geen fundamenteel probleem is in termen van 'schending' van de rechten van kinderen en jongeren. Een aantal rechten blijven onderbenut, zoals het recht om zich te laten bijstaan door een bijstands/vertrouwenspersoon, het inzagerecht in het dossier en het klachtrecht. Maar dit is ook zo in de ambulante volwassenenteams.

Er werd wel geadviseerd om een aantal afspraken en richtlijnen beter te articuleren en tot een sectorale visie te komen. Het ging daarbij om:

- het geven van informatie over rechten in de jeugdhulp
- het geven van informatie over de eigen hulpverleningsvorm
- invulling geven aan het recht op inspraak in de werking
- 'vertaling' van klachtenprocedure naar minderjarige?
- visie/praktijk omtrent bepalen van de (on)bekwaamheid van de minderjarige
- aandacht voor vorming en duidelijke richtlijnen (te integreren in deontologische code?)

Deze werkpunten werden op een studiedag op 14/01/2011 verder uitgewerkt in een sectorale visie. We mogen dus stellen dat het met de rechten van kinderen en jongeren in de CGG goed gesteld is. Een aantal *good practices* zouden ook andere voorzieningen kunnen inspireren.

De regels vanuit het DRM, de WPR en andere regelgeving werden in de deontologische code die de meeste CGG hanteren geïntegreerd. Hierdoor worden de rechten van cliënten (minderjarigen en ouders) verankerd in een leidraad voor de houding van onze hulpverleners. Deze code kan gelden als *good practice*.

(Good?) practice: instemming en bekwaamheid van de minderjarige

Een van de kernpunten van het DRM en de WPR is dat patiënten zelf kunnen instemmen met hulp, en deze kunnen weigeren. Het DRM benadrukt dit ook voor minderjarigen en schuift hiervoor de scharnierleeftijd van 12 jaar naar voor als leeftijd waarop de minderjarige verondersteld wordt om hiertoe bekwaam te zijn. Met de CGG hebben we hierover een visie gearticuleerd die eveneens als *good practice* kan beschouwd worden.

Het is aan de hulpverlener (team) om uit te maken of een minderjarige in staat is zijn belangen (m.b.t. instemming met de hulp) te beoordelen. Dit dient in dialoog te gebeuren met de minderjarige én de ouders. Deze beoordeling is echter geen eenmalige “alles of niets” beslissing maar dient bij elke keuze/beslissing steeds opnieuw afgewogen.

We gingen in het DRM, de WPR, in de deontologische code en adviezen van de orde van geneesheren op zoek naar zinvolle criteria voor de beoordeling van de bekwaamheid. Op basis daarvan komen we tot volgende richtlijnen:

- algemene inschatting van de **intelligentie** (laag IQ en emotionele intelligentie zijn een indicatie om de minderjarige minder bekwaam te achten, een pienetere -12-jarige kan echter meer bekwaam geacht worden)
- algemene beoordeling van de **maturiteit**: hoe denkt de minderjarige over zijn situatie, problemen, omgeving. Heeft hij/zij hier een duidelijke kijk op? (indien niet: minder bekwaam)
- **houding t.a.v. hulpverlening**: Is de minderjarige in staat verschillende alternatieven te verstaan, een voorkeur te uiten en vragen hierover te stellen? Kan hij de gevolgen van de te nemen beslissing inschatten op korte en lange termijn, is hij/zij bereid om deze gevolgen te dragen. Hierover is een gesprek aangewezen om de jongere te helpen hierover te reflecteren (geen formalistisch aftoetsen).
- zijn er in de **problematiek en/of persoonlijkheid** van het kind elementen die maken dat hij/zij (op dit moment) moeilijker zijn situatie kan inschatten (vb. mentale stoornissen, ontwikkelingsproblematiek, psychose, ernstige depressie, zelfmoorddreiging)

- idem voor familiale **context**: Kan de minderjarige denken en beslissen met een zekere onafhankelijkheid? (vb. kind dat onder zware emotionele druk staat, seksueel misbruik, gevangen in loyaliteiten, ...).

Op basis van deze afwegingen maakt de hulpverlener (het team) een keuze omtrent de bekwaamheid en bespreekt dit met de ouders en de minderjarige. De afwegingen en het resultaat van de dialoog met de minderjarige en de ouders moeten genoteerd worden in het dossier. Indien de jongere bekwaam geacht wordt, zal met zijn mening sterker rekening gehouden worden.

111

Maar het probleem van de instemming en bekwaamheid is echter relatief in de context van ambulante hulpverlening. Hulpverleners aan een -12-jarige die zich hiertegen verzet is immers moeilijk vol te houden vanuit therapeutisch en ethisch oogpunt. Het is eveneens zo dat ook jonge kinderen vaak ook een goed beeld hebben van hun noden als ze goed geïnformeerd worden, zodat evenzeer met hun mening rekening moet en kan gehouden worden.

Anderzijds kan een te formele opstelling omtrent instemming bij +12-jarigen noodzakelijke/wenselijke hulpverlening onmogelijk maken. Door jongeren in te fluisteren dat ze steeds hulp mogen weigeren, zullen ze dat vanuit weerstand tegen verandering of in conflictsituaties met hun ouders mogelijks ook doen, wat niet in het belang van de minderjarige is.

In de CGG-praktijk hanteren we zoals eerder gesteld een dialoogmodel. In dit overleg brengen we onze professionele visie op het probleem en mogelijke aanpak in en houden we rekening met de mening van de minderjarige en met de wensen en bezorgdheden van ouders. In de praktijk bevragen we steeds de visie van de ouders en van de minderjarige over wat het probleem is, welke oplossing men ziet, welke hulp men daarbij wenst en trachten we te komen tot een werkbaar en verantwoord hulpverleningsvoorstel. Zolang ouders, minderjarige en het team van het CGG eenzelfde perspectief omtrent het probleem en de hulpvraag hebben is er meestal geen probleem en kunnen zij vaak ook instemmen met de voorgestelde hulp. Soms is dit een 'dans' om alle partijen te 'verleiden' om in te stemmen met de hulpverlening of tot een verantwoord werkbaar compromis te komen.

Problemen ontstaan echter wanneer ouders en jongere het onderling niet eens zijn of er onvoldoende instemming is met de nodig geachte hulpverlening in een zorgwekkende situatie. We zien het instemmen met de hulpverlening als een proces, waarbij het cliëntsysteem gemotiveerd wordt, argumenten en betekenissen aangedragen worden om tot een akkoord te komen. Soms lukt dit echter niet en moeten we zelf een keuze maken. We kunnen ons in dit verband afvragen wanneer we een +12-jarige toch in ambulante zorg nemen hoewel hij dit eigenlijk niet wil (dus zijn weigering te negeren) of wanneer het aangewezen is om een -12-jarige toch in zorg te nemen hoewel (één van) zijn ouders dit niet wensen. Een andere kwestie is hoe we omgaan met autonome hulpvragen van minderjarigen.

We overlopen deze 3 situaties.

Wanneer +12-jarige toch in zorg nemen die dit niet wenst?

Dit kan aangewezen zijn in geval van urgentie, wanneer de actuele toestand en problematiek een interventie vereist of wanneer de minderjarige de hulp weigert onder druk van de familiale of sociale (peers) omgeving. We schatten in dat de minderjarige dit zelf niet goed kan beoordelen en achten hem dus onbekwaam op dat moment. In deze situaties bieden we “gewetensvol” de nodige zorgen en trachten we de minderjarige te motiveren en verdere weerstand te vermijden. Meestal betrekken we de ouders hierbij.

Wanneer een -12-jarige toch in zorg nemen tegen de wens van de ouders?

Dit kan wanneer we de minderjarige bekwaam genoeg achten om met de hulp in te stemmen. Toch dienen we onze bezorgdheid omtrent loyaliteit naar en druk vanuit de ouders in te schatten.

In geval van urgentie, of maatschappelijke noodzaak (kindermishandeling, zelfmoorddreiging, ...) dienen we uiteraard ook hulp te bieden. Soms zullen we hier echter andere partners (Vertrouwenscentrum Kindermishandeling, parket, ...) moeten inschakelen. Wanneer één van beide ouders toch instemt hebben we echter iets meer ruimte. We kunnen met de ouders of een ouder die niet instemt onderhandelen of adviseren om een *second opinion* te vragen.

Omgaan met ‘autonome’ hulpvragen van minderjarigen

De CGG hadden hier vanuit het verleden weinig praktijk in. De ‘bekwame’ minderjarige heeft op basis van het DRM het recht om autonoom een hulpvraag te stellen, de ouders moeten hierbij niet instemmen. We hoeven enkel af te toetsen of de minderjarige ‘bekwaam’ is. Bij een autonome hulpvraag van een minderjarige (zonder medeweten van zijn ouders) in het CGG zal het om therapeutische redenen vaak toch wenselijk zijn om de ouders te betrekken. Het is belangrijk om hierover in dialoog te gaan met de minderjarige: argumenten aandragen waarom dit een meerwaarde kan zijn en de wensen en angsten van de minderjarige hierover trachten te begrijpen. De keuze van een bewame minderjarige respecteren we. Indien er later nieuwe elementen zijn om opnieuw hierover de dialoog aan te gaan doen we dat. Het weigeren om deze jongere in zorg te nemen is op basis van het DRM moeilijk vol te houden.

Conclusies en knelpunten

We denken dat het met de rechten van kinderen en jongeren in de CGG best wel goed gaat. Er is enerzijds de regelgeving die de CGG dit oplegt en anderzijds is er een respectvolle en zorgzame cultuur die recht doet aan hun zelfbeschikkingsrecht en ontwikkelingskansen. Mede door de komst van het DRM werden een aantal zaken verduidelijkt en beter gearticuleerd. Deze zaken werden ook geïntegreerd in de interne deontologische codes.

We hebben echter ook uitvoerig stilgestaan bij het recht **op** hulp. En we hebben vastgesteld dat zowel bij de CGG, als in de bredere GGZ kinderen en jongeren dit recht onvoldoende verzekerd is. Dit doet onrecht aan kinderen en jongeren met psychische en psychiatrische problemen en aan hun ouders die zich meestal terecht vragen stellen. Dit is een bekend probleem dat ook voldoende gemediatiseerd is en waarvoor ook voldoende signalen gegeven werden aan de betrokken politieke overheden. Hun afdoende antwoord blijft echter uit...

Daarnaast zien we nog twee andere knelpunten in verband met het recht op zorg en de vrije instemming van ouders en minderjarigen:

Grenzen aan de vrijwillige instemming van ouders

Kinderen en jongeren zijn voor zorg afhankelijk van hun ouders. Dit is geen probleem bij *good enough* zorgende, responsieve ouders. Zij nemen de zorg van het kind op, merken het wanneer de ontwikkeling niet goed loopt, zoeken hulp als ze er alleen niet raken en staan open voor advies van professionals. Uit onderzoek blijkt dat ongeveer 60% van de ouders (bevolking) veilig gehecht is. Deze veilige hechting is nodig om op een open manier relaties aan te gaan en de zorg voor anderen op te nemen. In een klinische populatie (ouders van kinderen in de hulpverlening) is dit nog slechts 14%! Wanneer we dus kinderen en jongeren in zorg nemen, dienen we ook met deze beperkingen van ouders rekening te houden. In de jeugdhulp beschouwen we ouders als een belangrijke hefboom. Maar wat als ouders over onvoldoende draagkracht en (pedagogische) mogelijkheden beschikken?

Wat als ouders zelf (een deel van) het probleem zijn? Denken we maar aan vechtscheidingen, ouders met een psychiatrische problematiek, situaties van intrafamiliale kindermishandeling, ... Wat als ouders de wenselijke hulp weigeren?

In extreme situaties kan gedwongen hulpverlening worden ingeschakeld, maar in de praktijk blijken we vaak in een schemerzone te werken die deze stap niet rechtvaardigt. Het vraagt veel energie van hulpverleners die niet altijd tot resultaat leidt.

Grenzen aan de vrijwillige instemming van minderjarigen: bemoeizorg om bestwil?

Eigen aan sommige ziektebeelden en problematieken is dat probleeminzicht en motivatie ontbreekt of minimaal is (vb. bij oppositionele stoornissen, eetstoornissen, suïcidedreiging, ...). Het goed bedoelde autonome recht van de minderjarige op instemming (of weigering) van de hulpverlening kan dan voor problemen zorgen. We durven ons afvragen of vrijwillige hulpverlening die (enkel) uitgaat van hulpvraag en motivatie vanuit de cliënt in deze situaties niet tekort schiet? Kunnen of moeten we binnen de GGZ kinderen en jongeren soms hulpverlening doorzetten ondanks een gebrek aan instemming? Moeten we ook geen andere vormen van aanklampende hulp of bemoeizorg ontwikkelen in de plaats van een gedwongen opname of opgelegde hulp door jeugdrechters? En hoe waarborgen we dan de rechten en het belang van minderjarigen?

Bijlagen

Algemene Commentaar 4 van het Comité voor de Rechten van het Kind: De gezondheid en ontwikkeling van adolescenten en het Verdrag inzake de Rechten van het Kind	115
A world fit for children	116

Algemene Commentaar 4 van het Comité voor de Rechten van het Kind: De gezondheid en ontwikkeling van adolescenten en het Verdrag inzake de Rechten van het Kind

In 2003 bracht het Comité haar 4^{de} *General Comment* (Algemene Commentaar) uit. Een Algemene Commentaar is een leidraad voor de interpretatie van – in dit geval – wat de implementatie van het Verdrag inhoudt m.b.t. de gezondheid en ontwikkeling van adolescenten. Voor de lidstaten bij het Verdrag inzake de Rechten van het Kind bevat het document meer concrete aanbevelingen omtrent het in de praktijk brengen van de in het Verdrag gewaarborgde rechten.

Heel beknopt bevat het document o.a. aandacht voor volgende elementen:

- non-discriminatie: adolescenten die onderwerp zijn van discriminatie zijn kwetsbaarder voor misbruik, geweld en exploitatie, hun gezondheid en ontwikkeling lopen groter gevaar
- begeleiding bij uitoefening van de rechten: rol van de ouders, rekening houdend met de mening van de adolescent
- respect voor de mening van het kind
- wetgeving moet specifieke wettelijke voorziening waarborgen, zoals minimumleeftijd voor seksuele toestemming, mogelijkheid tot medische behandeling zonder toestemming ouders, individuele klachtensystemen
- toegang tot informatie en materiaal gericht op het bevorderen van hun sociale, psychische en morele welzijn, recht op privacy
- bescherming tegen geweld, misbruik, verwaarlozing, exploitatie
- dataverzameling
- belang van gezinsmilieu
- steun en begeleiding voor adolescente ouders
- onderwijs gericht op de zo volledig mogelijke ontplooiing
- verkeersveiligheid
- zelfdoding
- aandacht voor kwetsbare adolescenten: thuislozen, ex-kindsoldaten, adolescenten in instellingen
- institutioneel geweld tegen adolescenten en interpersoonlijk geweld tussen adolescenten
- informeren over gebruik of misbruik van tabak, alcohol en andere middelen, veilig en respectvol sociaal en seksueel gedrag, dieetgewoonten en lichaamsbeweging
- seksuele en reproductieve voorlichting, gezinsplanning, contraceptie, HIV-preventie
- geestelijke handicap, psychosociale stress, geestesstoornissen – hospitalisatie, plaatsing (realisatie rechten indien geplaatst)

In 2002 vond de Wereldtop voor kinderen plaats, waarop een slotdocument werd aangenomen met tal van doelstellingen om de wereld beter geschikt te maken voor kinderen. Het actieplan dat toen in overeenstemming met de doelstellingen werd aangenomen bevat volgende passages m.b.t. de promotie van een betere gezondheid:

35. Armoede en het ontbreken van toegang tot de sociale basisvoorzieningen zijn elk jaar verantwoordelijk voor de dood van meer dan 10 miljoen kinderen jonger dan 5 jaar (meer dan de helft zijn nog zuigelingen), ze zijn slachtoffers van ziektes die vermeden hadden kunnen worden en van ondervoeding. Elk jaar sterven ook meer dan een half miljoen vrouwen en adolescenten ten gevolge van de complicaties tijdens de zwangerschap of op het ogenblik van de bevalling, van bloedarmoede, van ondervoeding en een nog groter aantal wordt tijdens de bevalling verwond. Meer dan een miljard mensen hebben geen toegang tot drinkbaar water; 150 miljoen kinderen lijden aan ondervoeding; en meer dan 2 miljard hebben geen toegang tot een adequate sanitaire infrastructuur.

36. We zijn vastbesloten de vicieuze cirkel van ondervoeding en van gebrek-kige gezondheid, die van generatie op generatie doorgegeven wordt, te doorbreken door verbeteringen aan te brengen die aan alle kinderen zullen toestaan een goede start in het leven te nemen: een toegankelijke, efficiënte, evenwichtige, ondersteunde en permanente gezondheidszorg in alle gemeenschappen, voorzien van informatie – en oriëntatiediensten; adequate watervoorziening en sanitair en het promoten van een gezonde levenswijze voor kinderen en adolescenten. Bijgevolg zijn we vastbesloten de volgende resultaten te behalen in overeenstemming met de conclusies van recente topbijeenkomsten en conferenties van de Verenigde Naties en de speciale zittingen van de Algemene Vergadering, zoals aangekondigd in hun respectievelijke rapporten:

- a) Vermindering met minstens een derde van de sterfgevallen bij zuigelingen en kinderen onder 5 jaar; het globale doel is om dit cijfer met twee derden te doen dalen tegen 2015;
- b) Vermindering met minstens een derde van de graad van moedersterfte, met het oog op het bereiken van een vermindering met twee derde tegen 2015;
- c) Vermindering met een derde van de graad van ondervoeding van kinderen onder 5 jaar, en in het bijzonder van kinderen jonger dan 2, en vermindering met minstens een derde van het te lage geboortegewicht;

- d) Vermindering met minstens een derde van het aantal huisgezinnen zonder sanitaire voorzieningen en zonder toegang tot drinkbaar water tegen een betaalbare prijs;
- e) Uitwerking en doorvoering van beleidsmaatregelen en nationale maatregelen ten voordele van kleine kinderen en van de lichamelijke, sociale, affectieve, spirituele en intellectuele ontwikkeling van kinderen;
- f) Uitwerking en doorvoering van een nationaal gezondheidsbeleid en programma's voor adolescenten met doelstellingen en aanwijzingen om hun lichamelijke en mentale gezondheid te promoten.
- g) Via het systeem van basisgezondheidszorg, zo snel mogelijk, ten laatste tegen het jaar 2015, toegang verlenen tot reproductieve gezondheidszorg, voor al diegene die de gepaste leeftijd hebben;

37. Om deze doelstellingen en resultaten te bereiken, rekening houdend met het belang van het kind, in overeenstemming met de nationale wetgeving, met de religieuze en ethische waarden en met het culturele milieu van de bevolkingsgroep, en in overeenstemming met alle rechten en met alle fundamentele vrijheden van de mens, zullen we de volgende strategieën en acties doorvoeren:

- 1 Verzekeren dat de vermindering van het sterfte – en ziektecijfer van zuigelingen en jonge moeders beschouwd wordt als een prioriteit in de gezondheidszorg en dat vrouwen, in het bijzonder zwangere adolescenten, snel toegang zouden hebben tot onontbeerlijke verloskundige zorgen tegen een redelijke prijs; tot gynaecologisch goed uitgeruste nutgezondheidsdiensten met voldoende personeel; tot de bijstand van gekwalificeerd personeel tijdens de bevalling, tot verloskundige spoedzorgen, tot transport en – indien nodig – tot zorg in gespecialiseerde centra, tot postnatale zorg, en tot de diensten voor familieplanning om, onder andere, moederschap zonder risico's te promoten.
- 2 Aan alle kinderen toegang verlenen tot gepast, gebruiksvriendelijk en hooggekwalificeerd onderwijs, informatieve diensten en basisgezondheidszorg;
- 3 Aan alle mensen die de gepaste leeftijd hebben, een gezond leven promoten, met inbegrip van de reproductieve en seksuele gezondheid, in overeenstemming met de verbintenissen aangegaan tijdens recente VN-conferenties, waaronder de Wereldtop voor kinderen, de Conferentie van de Verenigde Naties over het leefmilieu en

ontwikkeling, de Wereldtop voor sociale ontwikkeling en de derde Wereldconferentie over vrouwen, alsook met hun vijfjaarlijkse evaluaties en rapporten.

- 4 De gezondheid en het overleven van het kind promoten en zo snel mogelijk de ongelijkheden tussen ontwikkelde landen en ontwikkelingslanden en de ongelijkheid binnen de landsgrenzen verminderen, met een bijzondere aandacht voor de grote frequentie van kindersterfte bij meisjes en zuigelingen die nochtans vermeden kan worden.
- 5 Beschermen, promoten en ondersteunen van het exclusief toedienen van borstvoeding aan zuigelingen tijdens de eerste zes maanden van het leven, daarna een voortgezette borstvoeding met een veilige, gepaste en adequate complementaire voeding tot de leeftijd van twee jaar of ouder. Informatie over het voeden van zuigelingen verschaffen aan moeders met HIV of dragers van het aids-virus die hen zal helpen vrije en bewuste keuzes te maken.
- 6 Een bijzondere aandacht moet gaan naar prenatale en postnatale zorg, naar de essentiële verloskundige zorgen en naar de verzorging van zuigelingen, in het bijzonder voor vrouwen en kinderen die in zones leven waar deze diensten onbestaande zijn.
- 7 Op nationaal niveau verzekeren dat 90% van de kinderen jonger dan 1 jaar volledig ingeënt zijn, met een minimum van 80% gevaccineerde kinderen in elk district of administratieve eenheid; sterfte door mazelen tegen 2005 met de helft verminderen, tetanus bij moeders en bij pasgeborenen de wereld uithelpen tegen 2005; en alle kinderen in de wereld wel doen varen bij de voordelen van de ontdekkingen van nieuwe vaccins en van de verbetering van de vaccinatieformules en andere preventieve gezondheidsmaatregelen.
- 8 Tegen 2005 wereldwijd de uitroeiing van polio verzekeren.
- 9 Uitmoeien van ziekten veroorzaakt door de guineaworm.
- 10 De ontwikkeling van jonge kinderen ondersteunen door het aanbieden van vakkundige diensten en hulp aan ouders, hierbij inbegrepen ouders met een handicap, aan families, aan voogden en verzorgende teams, in het bijzonder tijdens de zwangerschap, de bevalling, de eerste levensmaanden en de eerste levensjaren, om de lichamelijke, psychologische, sociale, geestelijke en intellectuele ontwikkeling van de kinderen te verzekeren.

- 11 Efficiënte bewezen en rendabele maatregelen uitbreiden in de strijd tegen ziekten en ondervoeding die hoofdoorzaken van kindersterfte en kinderziekten zijn, in het bijzonder door het verminderen met een derde van het aantal sterfgevallen ten gevolge van acute ademhalingsinfecties, met de helft van het aantal sterfgevallen ten gevolge van diarree bij kinderen onder de 5 jaar, met de helft van het aantal gevallen van en sterfte door tuberculose; en door het verminderen van het opduiken van darmparasieten en van seksueel overdraagbare ziekten, van HIV/aids, en van alle vormen van hepatitis en erop toezien dat efficiënte maatregelen binnen ieders bereik liggen, in het bijzonder in gemarginaliseerde regio's en bevolkingsgebieden.
- 12 Vermindering met de helft van het aantal gevallen van malaria en ervoor zorgen dat 60% van de mensen die risico lopen malaria op te doen, in het bijzonder kinderen en vrouwen, slapen onder in insecticide gedrenkte muggenetten.
- 13 De voeding van de moeder, het kind en van adolescenten verbeteren door het verzekeren van voedselveiligheid binnen het gezin, toegang tot sociale basisdiensten en het invoeren van efficiënte therapeutische praktijken.
- 14 Bevolkingsgroepen en landen getroffen door ernstige voedseltekorten of door hongersnood helpen.
- 15 De sanitaire en educatieve voorzieningen versterken en het systeem van sociale zekerheid uitbreiden zodat families, lokale gemeenschappen, scholen en instellingen die basisgezondheidszorg verlenen zelf een geïntegreerde en effectieve gezondheidszorg, dieetzorg en kindverzorging kunnen verdelen en dat ze zich in het bijzonder direct kunnen inlaten met jongens en meisjes uit gemarginaliseerde milieus.
- 16 Het aantal ongevallen of andere trauma's bij kinderen verminderen, door het uitwerken en het toepassen van de gepaste preventieve maatregelen.
- 17 Toezien dat gehandicapte kinderen of kinderen met speciale noden effectief toegang vinden tot geïntegreerde gespecialiseerde diensten, in het bijzonder diensten bevoegd voor rehabilitatie en gezondheidszorg en de zorgen in familiaal verband promoten, via gepaste ondersteunende voorzieningen voor ouders, families, voogden en verzorgers van deze kinderen.

- 18 Een speciale hulp bieden aan kinderen die lijden aan mentale en psychologische problemen.
- 19 Een goede lichamelijke, mentale gezondheid en affectief evenwicht van het kind en van adolescenten bevorderen via spel, sport, ontspanning en artistieke en culturele expressievormen.
- 20 Beleidsmaatregelen en programma's ontwikkelen en doorvoeren voor kinderen, in het bijzonder voor adolescenten, met het oog op het voorkomen van het gebruik van verdovende middelen, psychotrope substanties en inhaleringsmiddelen, met uitzondering van medisch gebruik en met het oog op het verzachten van de nefaste gevolgen van hun misbruik alsook steun aan preventieve beleidsmaatregelen en programma's, in het bijzonder tegen het gebruik van tabak en alcohol.
- 21 Beleidsmaatregelen en programma's formuleren met als doel het terugdringen van geweldplegingen en zelfdoding bij kinderen en jongeren.
- 22 Een duurzame uitroeiing bereiken van problemen die verband houden met het gebrek aan jodium tegen het jaar 2005 en met gebrek aan vitamine A tegen 2010, het verminderen met een derde van het aantal gevallen van bloedarmoede, in het bijzonder van ijzertekort, tegen 2010 en een versneld terugdringen van andere tekorten aan micronutriënten dankzij de diversificatie van het voedingsregime, verrijkte voedingstoffen en voedingssupplementen.
- 23 Gezinnen en lokale gemeenschappen hulp aanbieden om de bestaande sanitaire voorzieningen te beheren om op termijn een universele toegang tot drinkbaar water en tot sanitaire voorzieningen voor te bereiden en het promoten van een gedragswijziging via gezondheids- en hygiëne-educatie, in het bijzonder in het schoolcurriculum.
- 24 Aandacht hebben voor elke vorm van ongelijkheid in het domein van de gezondheidszorg en van de toegang tot basissociale voorzieningen, met inbegrip van medische diensten, ten nadele van kinderen van autochtone bevolkingsgroepen en van kinderen die deel uitmaken van minderheidsgroepen.
- 25 Wetgevingen, beleidsmaatregelen en programma's, zoals het past, uitwerken op nationaal niveau en de internationale samenwerking versterken om, in het bijzonder, te voorkomen dat kinderen blootgesteld worden aan schadelijke verontreiniging van de lucht, het water, de grond en de voedingsmiddelen.

Literatuur en artikels

- ADRIAENSSENS P. (2010), *Laat ze niet schieten! Geef de grens een plaats in het leven van jongeren*, Lannoo, Tielt
- ANG F. (2007), Jongeren en psychiatrie in Vlaanderen: een mensenrechtelijke benadering, in: *Jongeren, psychiatrie en recht*, Centrum voor beroepsvervolmaking in de rechten, Intersentia, pp. 17-49
- BJÖRNBERG A., CEBOLLA GARROFE B., LINDBLAD S. (2009), *Euro Health Consumer Index 2009 Report*, Health Consumer Powerhouse
- CAPPON L., VANDER LAENEN F. (2010), Minderjarigen met een psychiatrische problematiek op de jeugdrechtbank: hoe beslissen jeugdrechters?, in: *Tijdschrift voor Jeugdrecht en Kinderrechten*, 2010/4, pp. 218-226
- DEMAREST S., HESSE E., DRIESKENS S., VAN DER HEYDEN J., GISLE L., TAFFOREAU J. (2010a), *Gezondheidsenquête België 2008, Rapport IV – Gezondheid en Samenleving*, Operationele Directie Volksgezondheid en surveillance, Brussel, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.
- DEMAREST S., DRIESKENS S., GISLE L., VAN DER HEYDEN J., TAFFOREAU J. (2010b), *Gezondheidsenquête België 2008, Rapport V – Sociaal-Economische Ongelijkheden in Gezondheid*, Operationele Directie Volksgezondheid en surveillance, Brussel, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid.
- DRIESKENS S., VAN DER HEYDEN J., HESSE E., GISLE L., DEMAREST S., TAFFOREAU J. (2010c), *Gezondheidsenquête België 2008, Rapport III – medische consumptie*, Operationele Directie Volksgezondheid en surveillance, Brussel, Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid
- EIDE A. en EIDE W.B. (2006), Article 24 The Right to Health, in: A. Alen, J. Vande Lanotte, Verhellen E., Ang F., Berghmans E., Verheyde M. (Eds.), *A Commentary on the United Nations Convention on the Rights of the Child*, Martinus Nijhoff Publishers, Leiden.
- EUROPEES PARLEMENT (2011), *Report on reducing health inequalities in the EU (2010/2089(INI))*, plenaire zitting 08/02/2011, Committee on the Environment, Public Health and Food Safety.
- EUROSTAT (2010), *Europe in figures, Eurostat yearbook 2010*, Europese Unie
- FEDERAAL KENNISCENTRUM VOOR DE GEZONDHEIDSZORG (2010), *Spoeisende psychiatrische hulp voor kinderen en adolescenten*, KCE reports 135A
- HODGKIN R. en NEWELL P. (2007), *Implementation handbook for the Convention on the Rights of the Child*, UNICEF.
- KIND EN GEZIN (2011), *Het Kind in Vlaanderen 2010*, via: <http://www.kindengezin.be/brochures-en-rapporten/brochures/broch-kiv.jsp#/0/>

- KINDERRECHTENCOALITIE VLAANDEREN (2010), *Kinderrechtenforum 7 Kinderen en jongeren in armoede*
- KINDERRECHTENCOALITIE VLAANDEREN (2003), *Kinderrechtenforum Rechten van minderjarigen in de gezondheidszorg*
- KINDERRECHTENCOALITIE VLAANDEREN (2010), *Alternatief Rapport van de NGO's over de toepassing van het Internationaal verdrag inzake de Rechten van het Kind in België*
- KINDERRECHTENCOMMISSARIAAT (2011), *Advies. Een andere lichtinval op het zorgtekort in de jeugdhulp en de geestelijke gezondheidszorg.*
- KONING BOUDEWIJNSTICHTING (2007), *Ongelijkheid in gezondheid*, Brussel
- OBSERVATORIUM VOOR GEZONDHEID EN WELZIJN BRUSSEL (2010a), *Gezondheidsindicatoren van het Brussels Gewest 2010*, Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie
- OBSERVATORIUM VOOR GEZONDHEID EN WELZIJN BRUSSEL (2010b), *Brussels armoederapport 2010*, Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie
- ORTIBUS E. (2010), Klein maar dapper: de ziekenhuisschool en de kinderneurologie-revalidatie, in: Govaerts I., *Geef me veerkracht. Over onderwijs aan langdurig zieke kinderen*, Leuven, Davidsfonds, 2010.
- ROTTIERS S. (2010), *Does income inequality make us sick? Whether, and (if so) how, income inequality affects personal health*, Working Paper nr. 10/03, Universiteit Antwerpen
- SEIN (UHasselt), OASeS (UA), OPZC Rekem (2010), *Onderzoek Armoede en Psychiatrie*
- STEENSSENS K., AGUILAR L.-M., DEMEYER B., FONTAINE P. (2008), *Kinderen in armoede. Status quaestionis van het wetenschappelijk onderzoek in België*. Interuniversitaire Groep Onderzoek en Armoede vzw
- TEST AANKOOP (2009), 'Kinderen in het ziekenhuis', in: *Test Gezondheid 94*, December 2009/januari 2010, pp. 19–23.
- THE MARMOT REVIEW (2010), *Fair Society, Healthy Lives. Strategic Review of Health Inequalities in England Post-2010*
- UNICEF (2007), *Child poverty in perspective; an overview of child well-being in rich countries*, INNOCENTI Report Card 7, Florence
- UNICEF België (2007), *De rechten van het gehospitaliseerde kind in België*, Brussel
- UNICEF België (2008), *De rechten van kinderen en jongeren in psychiatrische diensten in België (K-diensten)*.
- UNICEF België (2009), 'Mijn ziekenhuis in potlood', in: UNICEF (2009), *Dat denken wij ervan! Tweede rapport van kinderen in België voor het Comité voor de Rechten van het Kind*
- VAN HAARLEM A., Prof. dr. DIERICKX D. (2011), *Armoedebareometer 2011*, Universiteit Antwerpen – Onderzoeksgroep OASeS
- VAN TRIMPONT I. en HOPPENBROUWERS K. (2010), *Onderwijs: een recht voor elk kind*, in: Govaerts I., *Geef me veerkracht. Over onderwijs aan langdurig zieke kinderen*, Leuven, Davidsfonds, 2010.
- VLAAMS PATIENTENPLATFORM VZW (2011), *Kwaliteitsvolle zorg voor het kind in het ziekenhuis, nu en in de toekomst*, Standpunttekst

- WATERSTOND T., GOLDHAGEN J. (2006), Why children's rights are central to international child health, *Arch Dis Child* 2006, 92:176-180
- WHO Regional Office for Europe (2010), *Poverty, social exclusion and health systems in the WHO European Region*. Copenhagen
- WHO Regional Office for Europe (2008), *Inequalities in Young people's health*, HBSC International Report from the 2005-2006 survey, Child and Adolescent Health Research Unit
- WHO (2008), *Policies and Practices for Mental Health in Europe - Meeting the Challenges*
- ZORGINSPECTIE (2009), *Terugblik 2009. Bevindingen van een jaar audits in 13 Vlaamse ziekenhuizen*, Brussel
- ZORGNET VLAANDEREN (2011), *Kwaliteitsvolle zorg voor het kind in het ziekenhuis, nu en in de toekomst*, Brussel

Internet

- Gids naar een betere geestelijke gezondheidszorg door de realisatie van zorgcircuits en zorgnetwerken (2010), via www.psy107.be
- Slotbeschouwingen voor België 2010 (Nederlandse vertaling): http://www.ncrk-cn.de.be/sites/default/files/slotbeschouwingen_IVRK%20NL.pdf
- Gezondheidsenquête 2008: resultaten te bekijken via <http://www.wiv-isp.be/epidemiology/hisia/index.htm>
- Cijfers rond geestelijke gezondheidszorg via:
<http://www.zorg-en-gezondheid.be/Cijfers/Zorgaanbod-en-verlening/Geestelijke-gezondheidszorg/Leefstijl-en-geslacht-van-de-clienten/>
<http://www.zorg-en-gezondheid.be/Cijfers/Zorgaanbod-en-verlening/Geestelijke-gezondheidszorg/Hoe-komen-jongeren-terecht-bij-een-CGG-/>
- Cijfers van het Centrum voor Ongelijkheid, Armoede, Sociale uitsluiting in de Stad, Universiteit Antwerpen (OASes): http://www.ua.ac.be/main.aspx?c=*OASes&n=21965
- Handvest Kind en Ziekenhuis, via <http://www.kindenziekenhuis.nl/stichting/handvest/>

Kranten en tijdschriften

- GAZET VAN ANTWERPEN, *Kinderen in psychiatrie wachten op hulp*, 04/02/2009
- DE STANDAARD, *Nog maar zeven aspirant-psychiaters*, 07/09/2011
- DE MORGEN, *Kwart van kinderafdelingen in ziekenhuizen in gevaar*, 31/08/2011
- DE MORGEN, *Vijfhonderd psychiaters te kort*, 16/04/2008
- PEUTEMAN A., Het Vlaamse Zorgenkind, in: *Knack*, 02/03/2011
- PEUTEMAN A., Kinderen in de nesten, in: *Knack*, 09/03/2011

Beleid

Maatschappelijke beleidsnota jeugdzorg, *Vlaams Parlement*, stuk 119 (2010–2011)–nr 1, 16 juni 2011

Beleidsplan geestelijke gezondheidszorg Vlaanderen, *Vlaamse regering, Kabinet van Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin Jo Vandeuren*, Brussel, 26 november 2010

Voorstel van resolutie met betrekking tot de rechten van kinderen en jongeren die in België in een ziekenhuis zijn opgenomen, meer bepaald in psychiatrische diensten (K-diensten), *Belgische Senaat*, Zitting 2010–2011, 5–326/1, 13 oktober 2010

Vraag nr. 3–5292 van mevrouw Van de Castele, *Belgische Senaat*, Bulletin 3–72, zitting 2005–2006, 24 mei 2006

Resolutie betreffende een actieplan voor het kind in het ziekenhuis, *Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers*, doc 52 0482/006, 18 juni 2009

Andere

ITHACA (Institutional Treatment, Human Rights And Care Assessment): een driejarige, internationale studie over mensenrechten en algemene gezondheidszorg in psychiatrische voorzieningen.¹⁴²

Quality4Children standaarden: dit zijn standaarden die zijn opgesteld door en voor kinderen en jongeren die voor een korte periode of langdurig niet bij hun ouders kunnen opgroeien. Onder meer het belang van participatie van de kinderen, het contact met de familie en goede levensomstandigheden komen hier aan bod.¹⁴³

Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg: lopende studie rond ‘de organisatie van geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en adolescenten in België’

Presentaties van op de Open Fora

Alle presentaties kunnen geconsulteerd worden via de website van de Kinderrechtencoalitie.

DECLERCK L., *De financiële toegankelijkheid van gezondheidszorg*, 19 mei 2011, presentatie in het kader van het Open Fora “kinderrechten en ziekenhuis”, Kinderrechtencoalitie

Dr. WILLEMS S., *De link tussen armoede en gezondheid en in het bijzonder de rol van de (eerstelijns)gezondheidszorg in die relatie*, 19 mei 2011, presentatie in het kader van het Open Forum “toegang tot de gezondheidszorg”, Kinderrechtencoalitie

¹⁴² Prof. Dr. C. Van Audenhove e.a., *Ithaca. Een monitoring van de mensenrechten en algemene gezondheidszorg in België*, KU Leuven – LUCAS, 2010

¹⁴³ IFCO, SOS-Kinderdorf International en FICE, *Quality4Children Standards for Out-of-Home Child Care in Europe*, 2007, p. 14–17

- Dr. WOUTERS S., *Goede zorg voor kinderen en jongeren: vraag om samenhang*, 15 juni 2011, presentatie in het kader van het Open Forum 'kinderen en jongeren: geestelijke gezondheidszorg en psychiatrie', Kinderrechtencoalitie
- Prof. Dr. TREMMERY B., *Forensisch psychiatrische jeugdzorg: save care behandeling*, 15 juni 2011, presentatie in het kader van het Open Forum 'kinderen en jongeren: geestelijke gezondheidszorg en psychiatrie', Kinderrechtencoalitie
- VERSCHELDEN J., *Zorg op kindermaat, vanuit ervaringen naar de 21^{ste} eeuw*, 19 mei 2011, presentatie in het kader van het Open Forum "kinderrechten en ziekenhuis", Kinderrechtencoalitie

Organisaties

129

Leden

ARKTOS (www.arktos.be) Arktos is een vormingsorganisatie voor maatschappelijk kwetsbare kinderen en jongeren. Over heel Vlaanderen voert Arktos vormingsprojecten uit met kinderen en jongeren; ondersteunt Arktos intermediairen in hun eigen werk met jongeren en willen ze ongelijkheid en uitsluiting blijvend signaleren. En dit op verschillende domeinen. Arktos is actief als jeugdwerk binnen de vrije tijd en in de woonomgeving van jongeren.

BZN ATLAS (www.bznatlas.be) bzn Atlas heeft tot doel initiatieven op te zetten die zich richten op de wortels van de geweldsproblematiek in de samenleving met bijzondere aandacht voor de kinderen als meest kwetsbare schakel in deze geweldspiraal.

GEZINSBOND (www.gezinsbond.be) De Gezinsbond is een pluralistische ledenbeweging die momenteel 300.000 leden-gezinnen telt. Deze gezinsbeweging stelt zich tot doel een gezins- en kindvriendelijke samenleving tot stand te brengen waarin elk gezin een kwaliteitsvol gezinsleven kan uitbouwen en elk gezinslid maximale ontplooiingskansen krijgt. Naast specifieke dienstverleningselementen aan de eigen leden, organiseert en stimuleert de Bond het verenigingsleven en de ontmoetingskansen via activiteiten in de 993 plaatselijke afdelingen. Hij biedt ook vormingskansen en gezinsopvoedkundige activiteiten aan en treedt op als drukkingsgroep, belangenverdediger van gezinnen, van ouders en kinderen naar het overheidsbeleid op de diverse beleidsniveaus. Doorheen deze diverse werkingspijlers staat "het kind" centraal. Kinderrechten en het IVRK vormen voor een organisatie als de Bond immers een zeer fundamentele uitgangsbasis en als het ware een rode draad doorheen de ganse werking, in het bijzonder in de gezinspolitieke actie, het vormingswerk en de kindgerichte service.

GRIP (www.gripvzw.be) GRIP staat voor Gelijke Rechten voor Iedere Persoon met een Handicap. GRIP is een burgerrechtenorganisatie die bestaat sinds december 2000. GRIP vzw maakt deel van een wereldwijde burgerrechtenbeweging. Haar opdracht is de realisatie van gelijke rechten én gelijke kansen voor iedereen maar in eerste instantie voor een achtergestelde groep, de personen met een handicap.

KIND EN SAMENLEVING (www.k-s.be) Het Onderzoekscentrum Kind & Samenleving heeft een voorgeschiedenis van ruim 20 jaar. Geleidelijk aan ontwikkelde het onderzoekscentrum eigen methodieken (o.m. beleavingsonderzoek)

en een eigen visie (gebaseerd op de kinderrechten en o.m. vertaald in het veerkrachtmodel). 'Kinderparticipatie' en 'maatschappelijke positie van kinderen' werden gaandeweg de centrale concepten van het onderzoekscentrum. We hechten daarbij veel belang aan de betekenis van 'spel en spelen' voor kinderen. Al spelend geven kinderen immers zin en vorm aan hun omgeving. Naast het onderzoek was ook de actiedimensie nooit ver weg. Het onderzoek werd en wordt vertaald naar het werkveld en naar het beleid.

KINDER- EN JONGERENTELEFOON (www.kjt.org) De Kinder- en Jongerentelefoon Vlaanderen vzw is er voor alle kinderen en jongeren en biedt hen een toegankelijke en laagdrempelige hulp- en informatielijn. Hun motto luidt 'niets te gek voor een goed gesprek'. Kinderen en jongeren kunnen voor om het even wat – gratis en anoniem – KJT contacteren via telefoon, e-mail, chat en forum.

KJT vertrekt in haar beantwoorderswerk vanuit de kinderrechtenvisie. Kinderen en jongeren zijn volgens hun in staat op eigen kracht hun vragen en problemen te verwoorden en positieve stappen te zetten op basis van adequaat aangereikte informatie. Het actief luisteren naar kinderen en jongeren is hiertoe een belangrijk instrument.

KINDERRECHTSWINKEL (www.kinderrechtswinkel.be) De kinderrechtswinkel is een rechtsbeschermingsinitiatief voor minderjarigen. Ze vertrekken vanuit de gelijkwaardigheid van alle mensen ongeacht hun leeftijd. Ook kinderen kunnen aanspraak maken op de algemeen geldende mensenrechten. De hieruit voortvloeiende behoeften van kinderen in verband met hun rechten zijn de uitgangspunten voor het bestaan en de activiteiten van de Kinderrechtswinkel, sinds haar ontstaan in 1987. De Kinderrechtswinkel komt tegemoet aan de diverse facetten van een omvattend rechtsbeschermingsinitiatief zijnde: (1) dat je rechten hebt, (2) dat je over je rechten geïnformeerd bent, (3) dat je deze rechten kan uitoefenen, (4) dat je ze zonodig kan afdwingen, (5) dat je voor je belangen kan opkomen. Dit uit zich in een aantal concrete taken: collectieve informatieverstrekking, individuele info- en adviesverlening, het werken aan daadwerkelijke rechtsbijstand en maatschappelijke actie en procesbegeleiding.

MEDIMMIGRANT (www.medimmigrant.be) De Vzw Medimmigrant wil door haar werking gezondheidszorg waarborgen voor mensen zonder wettig verblijf en mensen met een precair verblijf in het kader van hun streven naar een menswaardig bestaan. De organisatie ijvert voor een verankering van het recht op gezondheidszorg voor deze mensen in de wetgeving en voor de concrete uitwerking van dit recht in maatschappelijke voorzieningen, instellingen en structuren. Tevens ijvert Medimmigrant voor een migratie- en vreemdelingenbeleid waarbij rekening gehouden wordt met de medische noden van deze betrokkenen. Vertrekkende vanuit de medische context wenst Medimmigrant de betrokkene te oriënteren naar een zinvol en realistisch toekomstperspectief in België, het land van herkomst of een derde land waar ze een legaal verblijf hebben. De organisatie

richt zich naar inwoners of organisaties verblijvende op het territorium van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

STEUNPUNT ALGEMEEN WELZIJNSWERK (www.steunpunt.be) Het Steunpunt Algemeen Welzijnswerk werkt aan de ondersteuning van de Centra Algemeen Welzijnswerk of de CAW's. Een CAW staat open voor mensen met vragen en problemen. Daarbij houdt het CAW de drempel bewust zo laag mogelijk. Want het CAW is er voor iedereen, en zeker voor mensen die meer kwetsbaar zijn wegens kansarmoede, thuisloosheid, scholing, leeftijd, afkomst... In de jeugdhulpverlening en de opvoedingsondersteuning worden minderjarige kinderen en jongeren erkend als zelfstandige hulpvragers. Zowel in de ambulante eerstelijns hulp als in de crisisopvang is de vraag van de jongere zelf het uitgangspunt. Er gaat ook bijzondere aandacht naar minderjarige kinderen en jongeren in diverse residentiële onthaalvoorzieningen, met als specifieke doelgroep de niet-begeleide buitenlandse minderjarigen.

131

STEUNPUNT JEUGDHULP (www.steunpuntjeugdhulp.be) Het Steunpunt Jeugdhulp ondersteunt als autonoom en pluralistisch steunpunt jeugdhulpverleners en hun organisaties in hun centrale drijfveer: hulpverlening aan kinderen, jongeren en hun gezinnen. Samen realiseren ze een krachtgerichte, professionele en participatieve hulpverlening.

Het Steunpunt jeugdhulp bevindt zich op het snijpunt tussen praktijk, beleid, opleiding en theorie. Steunpunt jeugdhulp neemt de positie in van een autonoom en praktijkgericht steunpunt. Ze richten zich vooral op de kern van de hulpverleningspraktijk: de relatie tussen de hulpverlener en de cliënt. Dat betekent dat het vooral de praktijk is die hun aanstuurt.

UIT DE MARGE (www.uitdemarge.be) Uit De Marge beoogt als landelijke jeugdwerkorganisatie de emancipatie van maatschappelijk kwetsbare kinderen en jongeren. Uit De Marge ondersteunt particuliere initiatieven, gemeentelijke werkingen en andere werkingen (ingebed bij andere diensten) met maatschappelijk kwetsbare kinderen en jongeren.

UNICEF BELGIË (www.unicef.be) Voor UNICEF vormt het Kinderrechtenverdrag een belangrijke leidraad in zijn strijd voor betere levensomstandigheden voor de kinderen. UNICEF wil via het Verdrag een wereldwijde dynamiek op gang brengen voor meer aandacht voor het welzijn van kinderen en het respect voor hun rechten. Pleitbezorging voor de rechten van het Kind is een essentieel deel van het werk van UNICEF en ontwikkeling- en in geïndustrialiseerde landen. UNICEF heeft in het IVRK een expliciet mandaat gekregen om toe te zien op de naleving van het verdrag. Het pleidooiwerk van UNICEF in België heeft zowel aandacht voor kinderen in België (met een speciale focus op maatschappelijk kwetsbare kinderen) als in de rest van de wereld (in het ontwikkelingsbeleid). UNICEF België probeert bij het formuleren van aanbevelingen zoveel mogelijk de kwetsbare kinderen zelf aan het woord te laten, via het participatieproject "What Do You Think?".

VLAAMS WELZIJSVERBOND (www.vlaamswelzijnsverbond.be) De vzw Vlaams Welzijnsverbond is een vereniging die zich tot doel stelt om mee te werken aan de bevordering van het welzijn in Vlaanderen en Brussel en groepeerdt daartoe meer dan 600 voorzieningen, centra en diensten uit tal van welzijnssectoren. In totaal organiseren deze leden ongeveer 30.000 opvang- en begeleidingsplaatsen in Vlaanderen en stellen ze zowat 24.000 werknemers tewerk. Het Vlaams Welzijnsverbond is eveneens een erkende werkgeversorganisatie. De activiteiten van de vereniging bestaan hoofdzakelijk uit het samenwerken met, ondersteunen, begeleiden en vertegenwoordigen van de aangesloten leden-voorzieningen uit de welzijnssector (gehandicaptenzorg, bijzondere jeugdzorg, gezinszorg, revalidatie, kinderopvang en vrijwilligerswerk), het promoten van ontwikkeling en vernieuwing in de betrokken sectoren en het organiseren van overleg en samenwerking en het ontwikkelen van een eigentijds zorgbeleid.

WELZIJSZORG (www.welzijnszorg.be) Welzijnszorg vzw is al meer dan 30 jaar actief rond de aanpak van armoede en sociale uitsluiting in Vlaanderen en Brussel. Jaarlijks zet ze een grootschalige campagne op om aandacht te vragen voor de vele mensen die in armoede leven. Telkens vertrekkende vanuit een specifieke en actuele invalshoek, bv. de woon- of energieproblematiek van armen, wordt deze bewustmakingscampagne uitgebouwd. Bovendien worden onze politici aangesproken op hun verantwoordelijkheden t.a.v. een resultaatgericht armoedebeleid. Al vanaf de beginjaren kon Welzijnszorg zijn stempel drukken op het beleid. Wat ooit een spraakmakende politieke eis was, denk bv. maar aan het recht op een bestaansminimum, is ondertussen reeds vele jaren een verworven recht.

Andere organisaties

Youth at risk: Biedt jongeren tussen 15 en 21, met een dossier bij de jeugdrechter, een kans om hun leven weer op de sporen te krijgen. www.yarvlaanderen.be

Tejo: In de regio Antwerpen biedt TEJO eerstelijns therapeutische ambulante begeleiding aan voor jongeren met psychische problemen. www.tejo.be

Similes: een vereniging voor gezinsleden en nabijbetrokkenen van personen met psychiatrische problemen. <http://nl.similes.be>

JAC: Jongeren Advies Centrum, geeft advies en hulp aan jongeren van 12 tot 25 jaar. www.jac.be

Vlaamse Vereniging voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie: www.vvk.be

Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid: www.vvgg.be

OASES: Centrum voor Ongelijkheid, Armoede, Sociale uitsluiting in de stad. http://www.ua.ac.be/main.aspx?c=*OASES&n=21965

Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid: www.zorg-en-gezondheid.be

Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH): www.vaph.be

Overlegplatforms Geestelijke Gezondheidszorg: www.overlegplatformsggz.be

Zorginspectie: www.zorginspectie.be

Fonds Julie Renson: Sinds 1957 zet de Julie Renson Stichting zich in om de opvang van en zorg aan mensen met psychische problemen te verbeteren. <http://www.kbs-frb.be/fund.aspx?id=235028&LangType=2067>

Wereldgezondheidsorganisatie: www.who.int

Stichting Kind en Ziekenhuis (NL): <http://www.kindenziekenhuis.nl>

Bednet: <http://www.bednet.be>

Wereldgezondheidsorganisatie: www.who.int

Kind en Gezin: www.kindengezin.be

Vereniging van Wijkgezondheidscentra: www.vwgc.be

Vormen vzw: www.vormen.org

Over de auteurs

135

Fiona Ang is coördinator van vormen vzw – expertisecentrum mensenrechten- en kinderrechteneducatie Vlaanderen.

Als wetenschappelijk medewerkster (KULeuven) heeft ze zich toegelegd op het VN-Kinderrechtenverdrag en de rechten van kinderen in de geestelijke gezondheidszorg vanuit een internationaalrechtelijk perspectief.

Vormen vzw

Expertisecentrum mensenrechten- en
kinderrechteneducatie Vlaanderen

Patriottenstraat 27

2600 Antwerpen-Berchem

T 03 293 82 15

fiona.ang@vormen.org

www.vormen.org

Gaëlle Buysschaert werkt sinds 2002 bij UNICEF België; sinds 2006 staat ze er als Child Rights Officer in voor de pleitbezorging rond kinderrechten. Hiervoor buigt ze zich over de toepassing van het Kinderrechtenverdrag in België en in het buitenlands beleid van ons land. In dat verband werkt ze ook veel rond de participatie van kwetsbare kinderen en coördineert ze het “*What do you think?*”-project. Dat participatieproject van UNICEF België heeft als doelstelling om de stem van de meest kwetsbare kinderen in België te laten horen om alle niveaus, waaronder ook dat van het VN-Kinderrechtencomité.

UNICEF België

Keizerinlaan 66

1000 Brussel

T 02 230 59 70

gbuysschaert@unicef.be

www.unicef.be

Lieve Declerck is ergotherapeute en criminologe van opleiding. Ze is steeds werkzaam geweest in de ruime sector van het welzijnswerk; als stafmedewerker bij Vlaamse Vereniging voor Hulp aan Verstandelijke Gehandicapten (nu Inclusie Vlaanderen), als adjunct diensthoofd Sociale Hulpverlening Rode Kruis Vlaanderen en in haar huidige job als attaché welzijn en gezondheid bij de studiedienst van de Gezinsbond vzw.

De studiedienst van de Gezinsbond probeert om de rechten van elk gezin te waarborgen. Telkens vragen ze zich af hoe de beleidsmaatregelen eruit moeten zien opdat ze gezinnen ten goede komen. Het antwoord op die vraag vormt de kern van hun adviezen en standpunten. Zij hebben bij de uitwerking van hun standpunten en eisen slechts één doel voor ogen: de leefwereld van onze gezinnen verrijken, verbeteren en versterken.

Gezinsbond VZW

Troonstraat 125

1050 Brussel

T 02 507 88 72

lieve.declerck@gezinsbond.be

www.gezinsbond.be

Veerle Evenepoel & Kim Verschueren zijn respectievelijk medewerkers van vzw Medimmigrant en het Oriëntatiepunt Gezondheidszorg Oost-Vlaanderen.

Medimmigrant

Gaucheretstraat 164

1030 Brussel

T 02 274 14 33 – 02 274 14 34

veerle@medimmigrant.be

<http://www.medimmigrant.be>

ODiCe vzw

Oost-Vlaams Diversiteitscentrum

Oriëntatiepunt Gezondheidszorg

Dok Noord 4 – Hal 25

9000 Gent

T 09 267 66 46

info@orientatiepunt.be

www.orientatiepunt.be

Dirk Kaethoven is maatschappelijk werker en gezinstherapeut. Hij is al 25 jaar werkzaam in de centra geestelijke gezondheidszorg, met klinische ervaring in de kinder- en jeugdteams. Sedert 2001 is hij werkzaam in CGG Andante als kwaliteitscoördinator en doelgroepverantwoordelijke voor de jeugdteams. In die functie ontwikkelde hij mee de deontologische code voor Andante en volgt hij ethische en deontologische vraagstukken op (o.m. implementatie van het decreet rechtspositie). Namens de federatie van diensten geestelijke gezondheidszorg (FDGG) volgt hij mee de ontwikkelingen binnen integrale jeugdhulp (IJH) en het decreet rechtspositie op.

CGG Andante vzw

Herculusstraat 17

2600 Berchem

T 03 270 37 77

dirk.kaethoven@andante.be

www.andante.be

137

Kathy Lindekens begon haar loopbaan op de VRT, waar zij vijftien jaar lang het baanbrekende kinderprogramma *Kattekwaad* zou maken. In 1989 stampte zij met een kleine groep vrijwilligers de Kom op tegen kanker-actie uit de grond. Als Vlaams parlements lid lag zij in de jaren '90 aan de basis van het Kinderrechtencommissariaat, en als senator van de wetgeving rond de snelheidsbeperking tot 30 km/uur in de schoolomgeving. Van 2001 tot 2003 was Kathy Lindekens schepen voor onderwijs en jeugd in Antwerpen. Daar startte zij o.m. Bednet op, waarvan zij thans voorzitter is. Vandaag werkt zij opnieuw op de VRT als coördinator jongerenprojecten.

VRT

VRT Kamer 4B27

1043 Brussel

T 02 741 42 93

Kathy.lindekens@vrt.be

www.vrt.be

Bednet vzw

Bondgenotenlaan 134 bus 4

3000 Leuven

info@bednet.be

www.bednet.be

Jan Verschelden werkt sedert 2003 als hoofdverpleegkundige op de kinderafdeling van het A.Z. *Jan Palfijn* a.v. in Gent. In een openbaar ziekenhuis in een stad als Gent kom je heel regelmatig in contact met verschillende problematieken rond armoede, illegaliteit, huisvesting, drugs, ... Kinderen kiezen hun ouders niet, maar worden wel geconfronteerd met de socio-economische situatie waarin het gezin zich bevindt.

Hij werkte mee aan een project voor psychotherapie voor kinderen in kansarme gezinnen en een project rond de uitbouw van kindvriendelijke ziekenhuizen via architectuur en vormgeving.

AZ Jan Palfijn

H. Dunantlaan 5

9000 Gent

T09 265 14 75

Jan.Verschelden@janpalfijngent.be

www.janpalfijn.be

Dr. Sara Wouters Dr. Sara Wouters is kinder- en jeugdpsychiater op de psychiatrische afdeling infants, kinderen en adolescenten (PAika) van het Universitair Ziekenhuis Brussel. Ze is werkzaam op de residentiële afdeling voor kinderen van de lagere schoolleeftijd en adolescenten en verbonden aan het Referentiecentrum Autisme (RCA).

PAika

Laarbeeklaan 101

1090 Brussel

T 02 477 6072

Sara.Wouters@uzbrussel.be

www.uzbrussel.be

De Kinderrechtencoalitie Vlaanderen is een netwerk van niet-gouvernementele organisaties (NGO's) dat wil toezien op de naleving van het Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind (IVRK), actief wil bijdragen aan de promotie van de rechten van het kind en actief en constructief wil bijdragen tot het rapportageproces inzake de naleving van het IVRK.

Door NGO's samen te brengen en de krachten te bundelen voor overleg, informatie-uitwisseling en gezamenlijke actie creëert de Kinderrechtencoalitie een forum en vormt het een structuur om als gezamenlijke gesprekspartner naar buiten te treden, wat de slagkracht en de impact van de NGO-activiteiten verhoogt. Dit zal op zijn beurt de emancipatie van kinderen ten goede komen.

In het kader van het jaarthema organiseert de Kinderrechtencoalitie Open Fora rondom een specifiek thema, waarop mensen uit de academische wereld, ambtenaren, vertegenwoordigers van NGO's, politici en gewone geïnteresseerden welkom zijn voor discussie en overleg. De neerslag van de Open Fora wordt gebundeld in een Kinderrechtenforum.

Voor meer informatie over de Open Fora en andere activiteiten kan u terecht op de website van de Kinderrechtencoalitie, waar u zich tevens kan laten registreren voor de maandelijkse digitale nieuwsbrief, of beroep kunt doen op onze databank met een schat aan informatie over kinderrechten.



KINDERRECHTENCOALITIE
VLAANDEREN

KINDERRECHTENCOALITIE VLAANDEREN VZW

Pacificatielaan 5, 9000 Gent | T 09 225 90 25

info@kinderrechtencoalitie.be

www.kinderrechtencoalitie.be



Met de steun van de Vlaamse Overheid