

ingediend op **651** (2020-2021) – Nr. 2  
21 september 2021 (2020-2021)

## **Verslag van de hoorzitting**

namens de Commissie voor Welzijn,  
Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding  
uitgebracht door Freya Saeys

### over de conceptnota voor nieuwe regelgeving

van Lorin Parys, Elke Sleurs, Koen Daniëls,  
Tine van der Vloet en Katja Verheyen

### over de ondertoezichtstelling van het ongeboren kind van een zwangere vrouw met een verslavingsproblematiek als nieuwe jeugdhulpmaatregel

### over de conceptnota voor nieuwe regelgeving

van Katrien Schryvers, Maaïke De Rudder,  
Vera Jans, Joke Schauvliege en Loes Vandromme

### over het uitbouwen van een beleid voor de bescherming van het ongeboren kind bij een verontrustende zwangerschap



Documenten in het dossier:

**651** (2020-2021) – Nr. 1: Conceptnota voor nieuwe regelgeving

**688** (2020-2021) – Nr. 1: Conceptnota voor nieuwe regelgeving

**760** (2020-2021) – Nr. 1: Voorstel van resolutie

## en over het voorstel van resolutie

van Celia Groothedde, Meyrem Almaci,  
Jeremie Vaneeckhout en Ann De Martelaer

over het voorzien in onmiddellijke en aangepaste hulp  
voor verslaafde ouders en aanstaande ouders  
die willen afkicken

---

*Samenstelling van de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding:*

*Voorzitter:* Stefaan Sintobin.

*Vaste leden:*

Koen Daniëls, Lorin Parys, Elke Sleurs, Tine van der Vloet, Katja Verheyen;  
Immanuel De Reuse, Stefaan Sintobin, Suzy Wouters;  
Maaïke De Rudder, Katrien Schryvers;  
Freya Saeys, Maurits Vande Reyde;  
Ann De Martelaer, Jeremie Vaneeckhout;  
Freya Van den Bossche.

*Plaatsvervangers:*

Allessia Claes, Piet De Bruyn, Freya Perdaens, Sarah Smeyers, Annabel Tavernier;  
Yves Buysse, Ilse Malfroot, Frieda Verougstraete-Deschacht;  
Vera Jans, Kurt Vanryckeghem;  
Gwenny De Vroe, Emmily Talpe;  
Johan Danen, Celia Groothedde;  
Conner Rousseau.

*Toegevoegde leden:*

Lise Vandecasteele.

## INHOUD

I.	Toelichting door Iris Linsen, coördinator OP+ Adic, Veerle Bex, coördinator MaPa – Yuneco Connect en Chris Verlinden, ervaringsdeskundige .....	6
	1. Wie zijn we? .....	6
	2. Waarom zitten we hier? .....	6
	3. Het ideale traject .....	7
	3.1. Traject op maat – getrapte zorg .....	7
	3.2. Aanklappende zorg .....	7
	3.3. Gespecialiseerde zorg .....	7
	3.4. Zorgcontinuïteit .....	7
	4. Aanbevelingen .....	7
	5. Pijnpunten en bezorgdheden .....	8
	6. Nieuwe regelgeving? .....	8
	6.1. Voor wie? .....	8
	6.2. Door wie? .....	8
	6.3. Inhoud van de regelgeving .....	9
	7. Besluit .....	9
II.	Uiteenzetting door Tino Ruyters, algemeen directeur Free Clinic vzw .....	9
	1. Free Clinic vzw .....	9
	2. Hoogrisicozwangerschap .....	9
	3. Wat is er nodig? .....	10
	3.1. Algemeen .....	10
	3.2. Preventie .....	11
	3.3. Hulpverlening .....	11
	3.4. Sluitstuk: ultimum remedium .....	11
	4. Besluit .....	12
III.	Uiteenzetting door Lien Hermans, coördinator PRAGT .....	12
	1. Wie zijn we? .....	12
	2. Ervaringen .....	12
	3. Wat hebben we nodig? .....	13
	4. Ondertoezichtstelling .....	14
IV.	Uiteenzetting door Tim Stroobants, directeur Vlaams Expertisecentrum Kindermishandeling .....	14
	1. VECK-synthese .....	14
	2. Terechte bezorgdheid .....	15
	3. Wie moeten we beschermen? .....	15
	4. Omvattende aanpak .....	16
	5. Conclusie .....	17
V.	Uiteenzetting door Veerle Cielen, eerste substituut-procureur des Konings, sectiehoofd Jeugd en Gezin, parket Limburg .....	17

VI.	Uiteenzetting door Marie-Jeanne Schoofs en Aura Van Liefferinge, Agentschap Opgroeien .....	19
	1. Kader.....	19
	1.1. Beleidsnota Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding 2019-2024 .....	19
	1.2. Perinatale zorg .....	19
	1.3. Eerste duizend dagen .....	19
	1.4. Achtergrond .....	19
	1.5. Uitgangspunten voor universele en geïntegreerde zorg .....	20
	1.6. Zorgorganisatie .....	20
	2. Preventieve gezinsondersteuning .....	20
	2.1. Gezinstrajecten van de lokale teams .....	20
	2.2. Huizen van het Kind .....	21
	3. Jeugdhulp .....	21
	3.1. Visie .....	21
	3.2. Vrijwilligejeugdhulpaanbod .....	21
	3.3. Veilig en omringd opgroeien van in de buik .....	21
	3.4. Een volgende stap .....	22
	3.5. Meldcode kindermishandeling .....	22
VII.	Vragen van de leden .....	22
	1. Vragen van Celia Groothedde .....	22
	2. Vragen van Freya Saeys .....	25
	3. Vragen van Lorin Parys .....	26
	4. Vragen van Katja Verheyen .....	27
	5. Vragen van Katrien Schryvers .....	28
	6. Vragen van Suzy Wouters .....	29
	7. Vragen van Koen Daniëls .....	30
	8. Vragen van Conner Rousseau .....	30
VIII.	Antwoorden van de sprekers .....	30
	1. Antwoorden van Iris Linsen .....	30
	2. Antwoorden van Veerle Bex .....	31
	3. Antwoorden van Chris Verlinden .....	31
	4. Antwoorden van Tino Ruyters .....	32
	5. Antwoorden van Lien Hermans .....	33
	6. Antwoorden van Tim Stroobants .....	34
	7. Antwoorden van Veerle Cielen .....	35
	8. Antwoorden van Marie-Jeanne Schoofs .....	35
	9. Antwoorden van Aura Van Liefferinge .....	36
	Gebruikte afkortingen .....	37
	Bijlagen: zie de <a href="http://www.vlaamsparlement.be">dossierpagina</a> van dit document op <a href="http://www.vlaamsparlement.be">www.vlaamsparlement.be</a>	

Op woensdag 9 juni 2021 hield de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding een hoorzitting over:

- de conceptnota voor nieuwe regelgeving over de ondertoezichtstelling van het ongeboren kind van een zwangere vrouw met een verslavingsproblematiek als nieuwe jeugdhulpmaatregel;
- de conceptnota voor nieuwe regelgeving over het uitbouwen van een beleid voor de bescherming van het ongeboren kind bij een verontrustende zwangerschap;
- het voorstel van resolutie over het voorzien in onmiddellijke en aangepaste hulp voor verslaafde ouders en aanstaande ouders die willen afkicken.

De sprekers waren:

- Iris Linsen, coördinator OP+ Adic;
- Veerle Bex, coördinator MaPa – Yuneco Connect;
- Chris Verlinden, ervaringsdeskundige;
- Tino Ruyters, algemeen directeur Free Clinic vzw;
- Lien Hermans, coördinator PRAGT;
- Tim Stroobants, directeur Vlaams Expertisecentrum Kindermishandeling;
- Veerle Cielen, eerste substituut-procureur des Konings, sectiehoofd Jeugd en Gezin, parket Limburg;
- Marie-Jeanne Schoofs, Agentschap Opgroeien;
- Aura Van Liefveringhe, Agentschap Opgroeien.

De presentaties zijn terug te vinden op de [dossierpagina](#) van dit document op [www.vlaamsparlement.be](http://www.vlaamsparlement.be).

*(Deze commissievergadering werd als videoconferentie georganiseerd.)*

## **I. Toelichting door Iris Linsen, coördinator OP+ Adic, Veerle Bex, coördinator MaPa – Yuneco Connect en Chris Verlinden, ervaringsdeskundige**

### **1. Wie zijn we?**

*Iris Linsen* zegt dat de werkgroep Verslaving deel uitmaakt van het Vlaams Expertise Netwerk Perinatale Mentale Gezondheid. Slide 3 bevat een overzicht van de betrokken organisaties. De werkgroep is divers en vertegenwoordigt het werkveld.

Adic OP+ is een residentieel ontwenningprogramma dat druggebruikende ouders samen met hun jonge kinderen opneemt. MaPa – Yuneco Connect biedt ambulante ondersteuning aan druggebruikende ouders en hun kinderen. Chris Verlinden is ervaringsdeskundige en werkt als opvoedster bij volwassenen met een beperking. Ze is bestuurslid bij de Verslavingskoepel Kempen vzw en was buddy bij GoIA.

### **2. Waarom zitten we hier?**

*Chris Verlinden* zegt dat een kleine groep zwangere vrouwen niet wordt bereikt in de vrijwilligheid. De hulpverlening moet eerst de mogelijkheid krijgen om alle andere pistes te verkennen. Zij spreekt als pleitbezorger van het gezinssysteem, zowel voor het (ongeboren) kind als voor de ouders. Sommige moeders en ouders hebben meer hulp nodig dan momenteel beschikbaar is om veilig en verantwoord ouder te zijn.

Er is vrees voor polarisering doordat de kant van het kind of van de ouder wordt gekozen. Hun rechten mogen niet tegenover elkaar staan. De ouders mogen niet gecriminaliseerd worden. Voor veel zwangere vrouwen is de baby een motivatie om aan hun verslaving te werken.

### 3. Het ideale traject

Het ideale traject biedt zorgzame en aanklampende hulp, en bestaat uit verschillende pijlers.

#### 3.1. Traject op maat – getrapte zorg

Getrapte zorg begint bij detectie en screening, prenatale opstart, zorgrelatie, eventueel detox en opname, bevalling, eventueel opname van moeder en kind of thuiszorg, en ten slotte verdere opvolging. Dit standaardtraject geeft aan hoe een traject op maat eruit kan zien. Er zijn tussenstappen mogelijk. De kans bestaat dat er stappen terug worden gezet of stappen worden overgeslagen. Alles verloopt op maat van de cliëntsituatie. Bij detectie en screening zit het grootste aantal cliëntsituaties. Niet iedereen haalt de bovenste trede.

#### 3.2. Aanklampende zorg

Vroegtijdig opstarten van een traject impliceert detectie en correcte doorverwijzing, en vroeg prenataal opstarten. Elke hulpverlener kan met behulp van de nodige handvatten detecteren. Verbinding leidt tot participatie van de ouders en een succesvoller traject. Om verbinding te krijgen mag men geen veroordelende houding aannemen. De partner en de ruimere context betrekken is noodzakelijk. Er moet tijd worden genomen om contact te maken. In een open dialoog moet de boodschap worden gebracht dat dit niet oneindig vrijblijvend is.

#### 3.3. Gespecialiseerde zorg

*Veerle Bex* zegt dat er voor complexe en meervoudige problematieken gespecialiseerde hulp is met expertise over verslaving, over psychische en psychiatrische zorg, over mentale beperkingen, over zwangerschap, ouderschap, hechting en opvoedingsondersteuning, en over medische zorg bij een zwangerschap. Idealiter wordt al deze expertise gecombineerd.

De conceptnota's focussen sterk op de jeugdzorg en het Agentschap Opgroeien. Bij meervoudige problematieken is het belangrijk dat er ook wordt gekeken naar de hulpverlening voor volwassenen, en dat de link wordt gelegd tussen beide.

#### 3.4. Zorgcontinuïteit

Zorgcontinuïteit is de vierde pijler van de zorgzame en aanklampende zorg. Een zwangerschap is een dankbare periode om aan een verslaving te werken. De motivatie om het beter te doen is erg groot. Niet alle zwangere druggebruikende vrouwen slagen. Ze kunnen vooral extra hulp en ondersteuning gebruiken.

Een verslaving is een chronische problematiek. Het is een proces van vallen en opstaan dat langdurige hulp noodzakelijk maakt. Wachtlijsten zouden geen hindernis mogen vormen. Er is overleg en samenwerking nodig tussen geestelijke gezondheidszorg, medische gezondheidszorg en jeugdhulp. Moeder en context moeten aan dat overleg kunnen deelnemen.

### 4. Aanbevelingen

Er zijn tal van mogelijkheden om het aanbod te verbeteren vooraleer er sprake kan zijn van dwang. De regionale zorg kan verder worden uitgebouwd met buddysystemen en ervaringsdeskundigen. In elke provincie kan in samenwerking met het lokale MSOC een PONDO-adviesgroep worden opgestart.

Er is een tekort aan residentiële opvang voor zwangere vrouwen en voor ouders met hun kinderen. Daarnaast moeten gespecialiseerde centra de mogelijkheid krijgen om in te zetten op aanklappende zorg door eerst een band te smeden met de cliënten om vervolgens op maat van die cliënten te kunnen werken. Er moet zoveel mogelijk worden samengewerkt met het bestaande aanbod, zoals de perinatale netwerken, de zorggarantie van Werf 2 en het lokale aanbod.

PONDO is het Perinatale OndersteuningsNetwerk voor Druggebruikende Ouders. Het vertrekt vanuit een gemeenschappelijk doel met de aanstaande moeder: het allerbeste nastreven voor zowel baby als moeder. Er wordt naar gestreefd dat de moeder, eventueel ook de vader, en het kind niet worden gescheiden. Afstemmen tussen de netwerkpartners was een noodzakelijk proces maar inmiddels bestaat PONDO uit een vast team van experts. MSOC, VK, Kind en Gezin, CKG De Schommel en Parel Leuven vormen de vaste kern. Bij gesprekken is de moeder aanwezig, eventueel mensen uit haar context en de bestaande hulpverlening. Men probeert steeds te benoemen wat er goed loopt en welke bezorgdheden er zijn. Door te streven naar een werkbaar plan met noodscenario's, dat met de ouders wordt besproken, verloopt alles voorspelbaar. PONDO bestaat enkel in Vlaams-Brabant, en dan voornamelijk in de regio rond Leuven. Er wordt vlot samengewerkt met Zorggarantie, de lokale perinatale netwerken en 1Gezin1Plan.

## 5. Pijnpunten en bezorgdheden

*Iris Linsen* zegt dat ook de getrapte en aanklappende zorg op maat op grenzen botst. Niet alle ouders zijn, gezien hun meervoudige problematieken, in staat om vrijwillig de juiste keuzes te maken. Er is een groep die niet wordt bereikt. Daarnaast zijn de lange wachttijden voor jeugdzorg en volwassenenzorg problematisch. Daarbovenop kan een ongeborn kind niet worden aangemeld voor gemandateerde hulp wat verlies aan tijd en continuïteit veroorzaakt.

Een niet-veroordelende houding is cruciaal. Zodra er veroordelend wordt gehandeld zijn hulp of dwang een maat voor niets. Als de druk wordt opgevoerd met een meldcode of snelle omschakeling op gedwongen hulp, zullen meer zwangere vrouwen onder de radar blijven. Dat geldt evenzeer voor polariserende debatten die stigmatiserend kunnen werken. Het is voor veel zwangere vrouwen moeilijk om bepaalde zorgen bespreekbaar te maken. Bij een verslaving is die drempel nog hoger.

Er moeten bruggen worden gebouwd tussen jeugdzorg en volwassenenzorg. Het concept Parental Infant Mental Health is ter zake dienstbaar.

## 6. Nieuwe regelgeving?

### 6.1. Voor wie?

Het is belangrijk de gedwongen hulp voor te behouden voor de kleine groep bij wie aanklappende en gespecialiseerde zorg niet werkt. Daarnaast mogen de rechten van de vrouw niet afgezet worden ten opzichte van de rechten van het kind. De achterliggende visie moet zijn dat zowel moeder als kind beschermd moeten worden tegen de gevolgen van de problematiek waarmee de ouder kampt.

### 6.2. Door wie?

Gedwongen hulp kan niet door hulpverleners worden opgelegd. Hulp en dwang zijn twee verschillende zaken. Het mag evenmin onder Justitie vallen, wat zou betekenen dat de ouder wordt gecriminaliseerd. De ouder wordt dan als het ware gestraft vanwege een misdrijf begaan ten opzichte van het kind.



Iris Linsen pleit voor een prenataal mandaat voor gemandateerde voorzieningen. VK, OCJ of jeugdrechtbank moeten in staat worden gesteld om gezinnen langdurig te volgen.

### 6.3. Inhoud van de regelgeving

De beleidsdocumenten schuiven enkele zaken naar voren waar Iris Linsen zich achter kan scharen. Ze is voorstander van de uitbouw van de psychosociale anamnese en screening, en van perinatale netwerken en adviesgroepen. Er zijn twijfels over en bedenkingen bij de consequenties wanneer gedwongen hulp niet slaagt. Zo wordt er geopperd om nog voor de bevalling te beslissen om een kind langdurig te plaatsen terwijl een geboorte er soms toe leidt dat vrouwen zaken doen die ze voordien zelf net zo min als hun hulpverleners mogelijk achtten. Een geboorte is een nieuw evaluatiemoment.

Voorts moet de Kindreflex geïmplementeerd worden op alle niveaus en in alle sectoren. Het is een goed instrument dat kansen biedt om nog voor de geboorte aan de slag te gaan. Het is toepasbaar op de hele bevolking en niet uitsluitend op de doelgroep. Het geeft hulpverleners een leidraad om gesprekken aan te gaan en handvatten om te melden indien nodig. Een goed uitgerolde Kindreflex maakt de meldcode overbodig.

Er wordt geopperd dat een gedwongen opname een vorm van gedwongen hulp kan zijn. Iris Linsen drukt de hoop uit dat in dergelijke gevallen wordt gekeken naar de inhoud van de gedwongen opname. Tijdens de gedwongen opname moet gespecialiseerde zorg worden aangeboden.

## 7. Besluit

Er is veel hulpverlening mogelijk die verder uitgebouwd kan worden dankzij een goed beleid. Dat alles moet een betere bescherming van het ongeboren kind beogen. In een aantal uitzonderlijke gevallen zou de hulp die na de geboorte mogelijk is al voor de geboorte ingezet moeten worden. Het gezin – dus zowel het ongeboren kind als de ouder – moet worden beschermd tegen de gevolgen van de complexe problematiek.

## II. Uiteenzetting door Tino Ruyters, algemeen directeur Free Clinic vzw

### 1. Free Clinic vzw

*Tino Ruyters* is als algemeen directeur van Free Clinic vzw ook verantwoordelijk voor Gezinnen onder invloed Antwerpen. Free Clinic is een ambulante centrum voor druggebruikers. Met zijn ruim en gedifferentieerd aanbod streeft het naar een schade- en risicobeperkende aanpak.

GoiA maakt deel uit van het Vlaams expertisenetwerk. Deze voorziening bestaat al twintig jaar en heeft in die tijd heel wat expertise opgebouwd over het thema van deze hoorzitting. Hoewel drugs en ouderschap een risicosituatie vormen benadrukt de spreker dat druggebruik goed ouderschap niet onmogelijk maakt. Het kind staat centraal maar de ouder is de eerste en belangrijkste gesprekspartner. Vrijwillige hulpverlening is het uitgangspunt.

### 2. Hoogrisicozwangerschap

Hoewel er geen cijfers zijn over het aantal hoogrisicozwangerschappen is de veronderstelling dat het om een kleine groep gaat. In de totale populatie van zwangere vrouwen zijn er zwangere vrouwen die omdat ze blijven roken of drinken risicogedrag stellen.

Het is niet duidelijk hoe groot die groep is. Daarnaast zijn er hoogrisicozwangerschappen waarin druggebruik een belangrijke – maar niet noodzakelijk de enige – rol speelt.

Tino Ruyters wil nog een bijkomend onderscheid maken. De kritische hoogrisicozwangerschappen vormen slechts een kleine groep in de totale groep. Vlaanderen beschikt niet over cijfergegevens om deze groep te kwantificeren. Deze groep wordt niet of heel beperkt bereikt door de vrijwillige hulpverlening. Middelengebruik vormt een risico, al spelen er in deze groep nog andere factoren. Het gaat vaak om complexe meervoudige problemen: psychiatrische problemen, trauma's, laagbegaafd, betrokken in prostitutie of dakloos.

De ervaring in Antwerpen leert dat dergelijke complexe en kritische situaties er wel degelijk zijn maar niet de norm vormen. Een kind verwachten biedt soms nieuwe ontwikkelingskansen. MSOC Antwerpen en GoiA zien hoogstens vijf gevallen per jaar. Het is begrijpelijk dat er initiatieven worden genomen voor deze kleine groep want elke kritische situatie is er één te veel. Elke kritische situatie heeft grote impact op alle betrokkenen: de moeder, het kind, de omgeving en de hulpverleners. Dit gaat vaak gepaard met een gevoel van machteloosheid want sommige vrouwen blijven onbereikbaar. Het blijft belangrijk om een juiste keuze te maken over de vraag hoe daarmee moet worden omgegaan. Er moet nog meer worden ingezet op preventie en bestaande hulpverlening. Dwang blijft een ultimum remedium.

### **3. Wat is er nodig?**

#### **3.1. Algemeen**

Tino Ruyters wil dat er meer wordt ingezet op zowel algemene als specifieke preventie. Daarnaast is er nood aan meer en andere hulpverlening. In een aantal uitzonderlijke gevallen is een dwingend sluitstuk nodig.

Dat er te weinig wordt ingezet op allerhande vormen van preventie is een Vlaams euvel. Er is primaire preventie nodig, gericht op de algemene bevolking over gezond zwanger zijn. Secundair moet meer preventieve informatie worden doorgegeven aan intermediairen. Alle mogelijke betrokken gezondheidswerkers moeten goed geïnformeerd zijn over dit en aanverwante thema's. Ten slotte is er voor de doelgroep gerichte preventieve actie nodig om kritische hoogrisicozwangerschappen zo veel mogelijk te vermijden.

Ook voor de ambulante en de residentiële hulpverlening ligt er werk op de plank. Er moet gedetecteerd worden en aanklampend gewerkt worden. PONDO illustreert het belang van een netwerk. Het is evenwel niet gemakkelijk om dit in alle provincies te organiseren. In Antwerpen is het niet evident om alle partners rond de tafel te krijgen. In Vlaams-Brabant is dat eenvoudiger vanwege het beperktere aantal actoren. Ten slotte is er de positieve bejegening.

Er is een sluitstuk nodig maar niet zoals dat thans naar voren wordt geschoven. De spreker denkt eerder aan een gedwongen opname.

In heel de aanpak van deze groep is de bejegening belangrijk. Deze zwakke groep moet vanuit een schade- en risicobeperkende aanpak benaderd worden. Er moet alles aan worden gedaan om deze groep op de radar te krijgen. Naast laagdrempeligheid is ook vrijwilligheid aangewezen. Zelfs een dwangmaatregel is niet altijd sluitend. Het gesprek moet worden aangegaan vanuit een respectvolle, niet-veroordelende en niet-stigmatiserende houding. Het is essentieel deze vrouwen in hun ouderrol te erkennen. Er moet soms op basisbehoeftes worden ingespeeld. Hulpverlening moet veiligheid bieden, zich zowel ambulant als residentieel flexibel opstellen en aandacht hebben voor trauma en geweld.

### 3.2. Preventie

Secundaire en intermediaire preventie is belangrijk om alle gezondheids- en welzijns- werkers die met deze groep in contact komen te informeren. De Kindreflex is een zinvol instrument. De meldcode is overbodig, drempelverhogend en moeilijk werkbaar voor de hulpverleners.

Tertiaire preventie betekent dat deze vrouwen veel meer informatie moeten krijgen. Deze vrouwen zijn zich niet bewust van hun lichaam. Ze kennen anticonceptie maar gebruiken het vaak verkeerd. Ze zijn deskundig in het gebruiken van drugs maar weten er vaak heel weinig over. Deze doelgroep moet zeker worden benaderd.

Een goed voorbeeld uit het buitenland is Nu-niet-zwanger uit Nederland. Men gaat er een eerlijk gesprek aan over kinderwens, ouderschap, seksualiteit en anticonceptie, en dat steeds vanuit een niet-stigmatiserende bejegening. Het komt erop aan veel informatie te geven en barrières weg te werken.

### 3.3. Hulpverlening

Het zou goed zijn mocht (ook de ambulante) hulpverlening vanuit dezelfde visie vertrekken als Free Clinic. Men moet motiveren om barrières en het wantrouwen te overwinnen. Een positieve bejegening is belangrijk. Deze vrouwen gaan er vaak vanuit dat de hulpverlening hun kind wil afpakken. Deze eerste reflex moet worden overwonnen. Ze moeten tot hulpverlening worden verleid om goed werk te kunnen leveren. Belangrijk zijn erkenning in de moederschapsrol, basiszorg, werken in netwerken en casemanagement. Buddysystemen en outreachend werken zijn zinvol. De eerste duizend dagen zijn cruciaal voor de ontwikkeling van een kind.

Omdat veel van deze vrouwen dakloos zijn, is het beleidsdomein Wonen eveneens betrokken. 'Housing first' kan een goed principe zijn. Als hun een woonplaats wordt aangeboden, wordt aan deze basisbehoefte al tegemoetgekomen.

De residentiële hulpverlening kampt met lange wachtlijsten en een hoge drempel. Een MSOC is een laagdrempelig ambulante onthaalcentrum waar deze doelgroep terecht kan. Het valt te betreuren dat daarvan geen residentieel equivalent is. Vrouwen die iets willen doen aan hun situatie botsen op wachtlijsten. Deze specifieke groep zou voorrang moeten krijgen op de wachtlijsten. Het gaat immers steeds om kritische en preciaire situaties. Deze groep is moeilijk bereikbaar wat flexibiliteit noodzakelijk maakt. Het traject is er een met vallen en opstaan. De residentiële hulpverlening zou bedenkdagen moeten inlassen. Wie hervalt en de instelling verlaat, mag niet onmiddellijk onderaan de wachtlijst verschuiven. Hun bed moet ondanks de opnamedruk even open worden gehouden. Ook de residentiële zorg moet schadebeperkend werken want het gaat om een moeilijke doelgroep die een specifieke aanpak nodig heeft.

Idealiter vindt men zoals in de Canadese 'one-stop-shop' alles onder één dak. Vrouwen vinden er drughulpverlening, een onderdak, maaltijden en medische zorg. Een ander voorbeeld uit het Canadese model is 'Sheway'. Ook daar zijn de succesvolle elementen de laagdrempelige, aanklappende en uitnodigende aanpak. Er wordt ingespeeld op basisbehoeftes. Men werkt holistisch. Er wordt rond de vrouwen een netwerk aangelegd met een groot aanbod. Dat alles met het oog op een geslaagde zwangerschap en zo weinig mogelijk schade.

### 3.4. Sluitstuk: ultimum remedium

Voor Tino Ruyters is er geen bijkomend juridisch instrument nodig. De gedwongen opname is niet optimaal maar wel bruikbaar mits een en ander wordt aangepast voor deze specifieke doelgroep. Verslaving moet voor deze doelgroep als gevaarcriterium gehanteerd worden. Gedwongen opname wordt al toegepast in de praktijk.

In 2020 is er tweemaal van gebruikgemaakt bij een kritische hoogrisicozwangerschap. In beide gevallen was de gedwongen opname succesvol.

Wie gedwongen wordt opgenomen, wordt naar een psychiatrisch ziekenhuis verwezen. Voor deze doelgroep zou dat anders moeten. In Vlaanderen zou één psychiatrisch ziekenhuis een afzonderlijke unit met de nodige specifieke expertise moeten organiseren. Volgens Tino Ruyters is dat een haalbaar alternatief voor het juridische instrument dat in de conceptnota's wordt voorgesteld.

Hoewel ondertoezichtstelling tot een oplossing lijkt te leiden, zijn er twijfels over. Niet elke situatie kan omgebogen worden tot een betere of ideale situatie. Wat kan een gezinsvoogd meer bijbrengen? Het is een nieuwe rol in de ingewikkelde hulpverlening, die bijgevolg tot rolverwarring zal leiden. Ondertoezichtstelling helpt de hulpverlening niet. Het biedt slechts een valse oplossing. Er is altijd het risico dat dit instrument wordt toegepast bij vrouwen voor wie het niet nodig is omdat vrijwillige hulpverlening voldoende kansen biedt. Zal er niet te snel een beroep worden gedaan op dit instrument? De vrees bestaat dat er vrouwen onder de radar zullen verdwijnen, gezien hun grote wantrouwen. Ondertoezichtstelling is gericht op de zwaksten waardoor opnieuw de indruk ontstaat dat de armen gestraft worden. De juridische basis voor deze voorstellen blijkt ook wankel te zijn.

#### **4. Besluit**

Tino Ruyters besluit met de oproep meer in te zetten op alle mogelijke vormen van preventie. Er zijn reeds genoeg hulpverleningsrollen. Het landschap is te complex voor nieuwe. Correcte bejegening is van groot belang. Een flexibele, brede en respectvolle benadering is aangewezen. De bestaande hulpverlening moet nog toegankelijker worden gemaakt door bijvoorbeeld wachtlijsten te verkorten. Het ontbreekt goede residentiële programma's soms aan flexibiliteit. Er is geen nieuw juridisch instrument nodig. Het volstaat het kader voor gedwongen opnames specifiek voor deze thematiek te verfijnen.

### **III. Uiteenzetting door Lien Hermans, coördinator PRAGT**

#### **1. Wie zijn we?**

*Lien Hermans* zegt dat PRAGT een van de Vlaamse perinatale netwerken is. PRAGT werkt in Noord-Limburg met een aantal gemeenten samen vanuit de welzijnsregio en het ziekenhuis in Pelt. PRAGT is een samenwerking tussen hulpverlening en zorg, en staat voor individuele begeleiding op maat van zwangerschappen. Op die manier komt PRAGT in contact met moeders met meervoudige problemen. PRAGT werkt met talrijke partners samen. De partners verschillen naargelang de casus.

#### **2. Ervaringen**

Zwangere vrouwen met problemen kampen vaak met meervoudige problemen. Ze komen in alle lagen van de bevolking voor. Er moet in combinatie met de partner gewerkt worden. Toegankelijkheid vormt vaak een probleem.

In het ziekenhuis van Pelt zijn er jaarlijks zo'n duizend bevallingen. PRAGT begeleidt er daar 84 van. Niet alle 84 zijn druggebruikers. Er zijn evenwel veel sociaal kwetsbare zwangere vrouwen. Soms is dat duidelijk merkbaar maar soms gaat het bijvoorbeeld om een hoger opgeleide vrouw. Detectie is niet eenvoudig. Omdat de maatschappij vereenzaamt is de sociale context minder vaak aanwezig. Er is niet altijd een betrokken familie die signalen geeft.

Er zijn grote regionale verschillen tussen de partners waarmee wordt samengewerkt. Het aanbod in Noord-Limburg is redelijk beperkt. De aanmeldingswijze verschilt

eveneens tussen de verschillende partners. Het is belangrijk om de juiste partners op de juiste plaats te hebben. Er wordt vaak geprobeerd een netwerk op te bouwen rond de zwangere vrouw om haar aldus goed te begeleiden. Het valt evenwel voor dat de zwangere vrouw zichzelf verliest in het netwerk rondom zich.

Er zijn zowel ambulante als residentiële problemen met wachtlijsten. Door vroegtijdig te melden probeert PRAGT zwangere vrouwen vroeg op te sporen en te begeleiden. Een zwangere vrouw die drugs gebruikt residentieel aanmelden bij een CIG lukt niet. Zwangere vrouwen vallen vaak uit de boot. Er is vaak sprake van een psychische problematiek of mentale beperkingen. Wie middelen aanvraagt bij het VAPH moet tot tien jaar wachten.

Voor sommige problemen is er geen oplossing. Het komt er in die gevallen op aan er het beste van te maken. De verschillende partners proberen zo creatief mogelijk te zijn wat dankzij de samenwerking vaak lukt. Er zijn evenwel ook aan creativiteit beperkingen.

### **3. Wat hebben we nodig?**

Er zijn coaches of buddy's nodig om die zwangere vrouwen te begeleiden. Alles begint bij de detectie. Een aantal ziekenhuizen screent reeds aan de hand van gestandaardiseerde lijsten. Dat moet worden uitgebreid. Dat mensen psychisch en op druggebruik gescreend worden moet standaardpraktijk worden. Voor de professionals die met zwangere vrouwen in aanmerking komen maar ook voor de bureaus moet er een eenvoudig meldpunt zijn. Zij moeten weten waar ze terecht kunnen bij problemen. Er moet opvolging zijn door een professionele trajectcoach die dichtbij en bereikbaar is. Een buddy is nuttig maar soms gaat de problematiek te ver.

Opvolging moet vrijwillig zijn. Desondanks is het nodig om aan te geven vanaf wanneer er aanklampend wordt gewerkt. Opvolging moet eenvoudig verlopen met één aanspreekpunt voor het gezin. Waar nodig bieden OCJ of de sociale dienst van de jeugdrechtsbank ondersteuning.

PRAGT wordt geregeld geconfronteerd met het principe achter het 'infans conceptus'. Dat OCJ of VK niet kunnen opstarten voor de geboorte van het kind is frustrerend. Mensen kunnen op dagelijkse basis begeleid worden maar soms is er meer nodig. Ondersteuning van OCJ of VK zou een hulpmiddel zijn.

Het is in de loop der jaren gemakkelijker geworden om een OCJ reeds prenataal te betrekken. PRAGT probeert alle informatie door te geven zodat er bij de bevalling al actie kan worden ondernomen. Dat betekent niet dat het kind geplaatst wordt maar wel dat er wordt ingespeeld op de situatie thuis zodat de ouders weten waar ze aan toe zijn.

Bij druggebruik is het belangrijk oog te hebben voor de kosten van drugtests.

De ouders zijn ongeacht de omvang van de problematiek betrokken bij hun kind. Ze komen bijvoorbeeld naar de controles. Het is zaak hen thuis, in het ziekenhuis of op een plek die ze zelf verkiezen op te zoeken. Outreachend werken moet kunnen. Wie niet komt opdagen moet worden opgezocht. Aanklampende hulp is nodig.

De verschillende invalshoeken moeten worden belicht. Naast druggebruik zijn er vaak nog woonnoden of financiële problemen. Deze mensen hebben iemand nodig die in hun plaats andere professionals consulteert.

De perinatale netwerken zijn nog niet over heel Vlaanderen verspreid. De plaats waar men bevalt, bepaalt of er toegang is tot een perinataal netwerk. Integratie in

de eerstelijnszone is belangrijk voor de erkenning van de netwerken. Veel partners zouden er immers van kunnen gebruikmaken.

Er is behoefte aan stroomlijning van de perinatale netwerken. Veel zitten samen en bespreken zaken, maar de invulling ervan gaat niet overal even ver.

#### **4. Ondertoezichtstelling**

Als de vrijwilligheid is uitgeput, moet het mogelijk zijn grenzen te stellen. Die grens moet duidelijk bepaald worden zodat iedereen weet waaraan men toe is. Het moet ook mogelijk zijn de afgesproken grens toe te passen.

De wijze waarop grenzen worden bepaald, verschilt per casus. Ook de gevolgen die eraan zijn verbonden verschillen. Dat een melding bij een OCJ en VK verschilt, bemoeilijkt de begeleiding omdat de uitkomst niet altijd bekend is.

Een gedwongen opname moet tot de mogelijkheden behoren. Lien Hermans weet echter uit ervaring dat er bij een gedwongen opname weinig overleg is met het netwerk, wat tot moeilijkheden leidt. Het is geen standaardpraktijk waardoor het moeilijk is voor de hulpverlening. Ze is gewonnen voor het idee van één gespecialiseerde plek voor gedwongen opnames.

Op het vlak van psychologische hulp bij druggebruik schiet men tekort waardoor er vaak dubbeldiagnoses zijn wat tot exclusie leidt. Zwangere vrouwen kunnen naar OP+. Een psychologische problematiek is vaak een tegenindicatie. Bij de MoederKind Eenheid in Zoersel is druggebruik een tegenindicatie. Ook de afstand tussen Antwerpen en Limburg houdt mensen vaak tegen om vrijwillig ergens naartoe te trekken.

Residentiële hulp werkt goed maar deze groep van zwangere vrouwen heeft vaak langer begeleiding nodig dan CKG of CIG kunnen bieden. Er is voor sommige casussen meer flexibiliteit nodig.

Voor mentaal zwakke zwangere vrouwen met psychische problemen die drugs gebruiken is er geen aanbod. Het is zoeken naar een hoofddiagnose. Desondanks botst men vaak op muren.

Zowel ambulante als residentiële wachtlijsten zijn er lange wachtlijsten. Ook na een tijdige aanmelding blijft dat een probleem.

Preventie van een zwangerschap mogelijk maken moet bespreekbaar zijn. Dat betekent niet dat vrouwen verplicht gesteriliseerd worden. Het gebruik van een spiraal moet wel bespreekbaar zijn. Volledige terugbetaling ervan zou het ook toegankelijker maken.

### **IV. Uiteenzetting door Tim Stroobants, directeur Vlaams Expertisecentrum Kindermishandeling**

#### **1. VECK-synthese**

*Tim Stroobants* probeert in zijn uiteenzetting verschillende zaken te bundelen en verbinden. Er is naast de beleidsinvalshoek ook input vanuit de praktijk. Het VECK is immers partnerorganisatie van de VK's, die betrokken zijn bij de netwerken rond kwetsbare zwangerschappen, bij de geestelijke gezondheidszorg en drughulpverlening, en bij zorggarantie bij uithuisplaatsing. Er is daarnaast een nauwe band met Echo-Lotgenotenwerking voor overlevers van kindermishandeling. Als expertisecentrum houdt het VECK ten slotte ook rekening met de wetenschap.

## 2. Terechte bezorgdheid

Het debat over dit thema, dat terecht aandacht verdient, duikt op geregelde tijdstippen op. Kindermishandeling is en blijft immers al te vaak een verborgen en onderschat gezondheidsprobleem. Het probleem is complex en wijdverspreid. Het is een zware last voor het kind, de ouders, het gezin, de omgeving, de hulpverleners en de overheid. De hele samenleving ondervindt er de impact van. De impact is bovendien levenslang. Wie negatieve en ingrijpende levenservaringen meemaakt, ervaart er de effecten van op elk levensdomein: intellectueel, sociaal, relationeel, economisch enzovoort. Het risico op minder goed functioneren in elk van die domeinen is aanwezig. Het kan tot een vroege dood of slechte gezondheid leiden.

Dat is evenwel geen doemscenario. Het onderzoek naar Adverse Childhood Experiences toont aan dat hulpverlening de risicocumulatie naar beneden kan halen. Preventief inzetten op dergelijke situaties kan voor substantiële vooruitgang zorgen. Het risico op bijvoorbeeld een ongewilde tienerzwangerschap reduceert dankzij hulpverlening.

Op basis van wat gekend is over kindermishandeling – een ongeborn kind hoort daarbij – is dit een terechte bezorgdheid. Een ongeborn kind is afhankelijk van de zwangere moeder, wat zijn kwetsbaarheid nog verhoogt. Wat in de eerste duizend levensdagen vanaf de conceptie gebeurt, heeft grote impact. Het is de periode waarin de fundamente van het leven worden gelegd. Het betekent niet dat het daarna niet meer goed kan komen maar het is en blijft een sterk bepalende levensfase. Het is een fase die zowel kansen als risico's in zich draagt.

Over dit alles zijn er weinig goede cijfers. Er zijn enkel indicaties uit internationaal onderzoek naar het foetaal-alcoholsyndroom, druggebruik bij zwangere vrouwen of partnergeweld tijdens die periode. Ook uit de praktijk zijn er aanwijzingen dat er problemen zijn die tot moeilijke situaties leiden.

De WHO ondersteunt dat ook, en bundelt expertise over de prenatale periode. Een zwangerschap is een periode met kansen en aanknopingspunten. De veranderingsbereidheid is groot omdat de nood aan verandering dwingender is. De hoop om het goed te doen en het kind een betere toekomst te bieden is bijna altijd aanwezig. Daartegenover staat dat deze periode niet vanzelfsprekend een bufferend effect heeft of verandering met zich meebrengt. In een internationaal onderzoek bij vrouwen die het slachtoffer waren van partnergeweld geeft 50 procent aan dat het geweld al voor de zwangerschap plaatsvond en 50 procent dat het tijdens de zwangerschap begon. Een zwangerschap kan een periode van stress zijn door extra druk, verwachtingen en verantwoordelijkheid.

Kindermishandeling ontstaat zelden als gevolg van één factor. Het gaat altijd om een samenloop van een aantal factoren of risicosituaties. Vanaf vier of meer risicofactoren wordt de situatie extra moeilijk. Bij een zwangerschap zijn er enkele specifieke risicofactoren. Het kan bijvoorbeeld gaan om een ongeplande zwangerschap of een zwangerschap van een persoon die niet tot het gezin behoort.

## 3. Wie moeten we beschermen?

Uit de geschetste achtergrond rijst de vraag waarover het precies gaat. Tim Stroobants pleit ervoor om dit niet te beperken tot ongeborn kinderen van drug- of middelenverslaafde ouders. Het gaat voor hem om prenatale risicosituaties waarin ook andere risicofactoren een rol spelen die het ongeborn kind grote schade kunnen berokkenen. Een ongeborn kind blijkt uit internationale inzichten beschermenswaardig te zijn. Het VECK is tevreden over de toenemende aandacht daarvoor.

#### 4. Omvattende aanpak

Wie dergelijke situaties wil verhelpen, kan het zich niet veroorloven er één aspect uit te lichten en moet op een omvattende en geïntegreerde aanpak inzetten. Het VECK schuift steeds vijf pijlers naar voren. Preventie vormt de basis en wordt gevolgd door signalering en detectie. Na een aantal signalen moet kindermishandeling gestopt worden. Herhaling moet worden voorkomen. Ten slotte moet herstel mogelijk zijn om voor garanties op lange termijn te kunnen zorgen.

Een eerste belangrijke boodschap daarbij is dat koken geld kost. In de conceptnota's worden veel goede ideeën naar voren geschoven. Als de betrokken actoren, hulpverlening en netwerken niet versterkt worden, leiden die ideeën alleen tot extra belasting en bieden ze maar weinig oplossingen. Al te vaak wordt er nieuw beleid aangekondigd terwijl er van alle kanten wordt geklaagd over de gigantische werkdruk. Het positieve is dat er goede initiatieven, praktijken en netwerken zijn.

Tim Stroobants benadrukt dat dit zo veel mogelijk geïntegreerd moet worden in de bestaande kaders. Er is geen behoefte aan nieuwe initiatieven die losstaan van wat er al is. Het is zaak het bestaande brede palet in te zetten en wat er is beter te laten samenwerken. Er moet zo veel mogelijk worden gebruikgemaakt van de bestaande regelgeving.

Het is voorts zaak hierbij wetenschappelijk onderzoek te betrekken. Gezien de kwetsbaarheid van deze doelgroep, zijn goede wetenschappelijke inzichten nodig om te weten wat er werkt. Fundamenteel onderzoek zal niet volstaan. Er is praktijkgericht onderzoek nodig wat de nood met zich brengt aan een academische werkplaats waarin wetenschap, voorzieningen en netwerken elkaar vinden voor explicitering en evaluatie.

De klemtoon moet op preventie liggen. Zonder preventie en een ondersteunende samenleving zullen dwingende maatregelen weinig houvast bieden. De keuze voor de eerste duizend dagen is een goede invalshoek om tot een breder beleid te komen, net zoals de samenwerking met de medische wereld en de OCMW's.

Over signalering en detectie heeft het VECK een eigen visie. Het VECK werkt met de Kindreflex en is de meldcode genegen. De Kindreflex biedt nog tal van mogelijkheden tot verbreding in alle sectoren die met kwetsbare zwangere vrouwen in contact komen. Op dit ogenblik is er nog geen link gelegd met bijvoorbeeld vroedvrouwen, gynaecologen of huisartsen. Op dit ogenblik wordt de Kindreflex geïntroduceerd in de ziekenhuizen en meer bepaald bij de spoedartsen. Expertise over kwetsbare zwangerschappen zou aldus op een hoger niveau getild kunnen worden.

De spreker is niet gewonnen voor een aparte meldcode voor kwetsbare zwangerschappen. Hij pleit voor een algemene meldcode voor kindermishandeling. Een meldcode schept het kader waarin een melding kan gebeuren. Welke processen zet dat in werking? Wat mag men verwachten van de dienst waarbij men een melding maakt? Als een samenleving aangeeft hoe bepaalde sectoren omgaan met het maken van een melding, biedt een professionalisering van de samenwerking met de meer aanklappende hulpverlening meerwaarde.

De grootste uitdaging zit enerzijds in de ontwikkeling van het geïntegreerde en algemeen preventieve beleid maar anderzijds ook in het versterken van het bestaande hulpaanbod. Niemand kan om de schaarste van het aanbod en de wachtlijsten heen. Hulpverleners schatten risico's in. Een jong of nog ongeborn kind kan een argument zijn om te versnellen. Naast de reeds vermelde principes over de omgang met drugverslaafde ouders vergroot laagdrempelige, aanklappende, systemische en integrale hulp de kans om het verschil te maken.



De aanwezige expertise en ervaring van de VK's moet worden gebruikt. De VK's houden zich al met vergelijkbare casussen bezig. Er zijn jaarlijks zeventig tot tachtig meldingen over de prenatale periode. Een VK start op dat moment met aanklappende hulpverlening. Omdat een ongeborn kind niet gelinkt is aan het concept van de maatschappelijke noodzaak, kan men zich niet tot een jeugdrechter richten.

Er zijn reeds goede voorbeelden naar voren geschoven van netwerken en partnerschappen. In de jeugdhulp zijn er de CIG's en CKG's. Ook de ketenaanpak biedt mogelijkheden. Wat er is, moet beter gericht worden op deze kwetsbare situaties.

Ook de opnamemogelijkheden, zowel een moeder-kindopname als een gezinsopname in een CIG, moeten worden versterkt. Er is de intensieve mobiele jeugdhulpverlening om een geboorte intensief voor te bereiden. Drughulpverlening, VK's, zorggarantie en materiële ondersteuning zijn andere concepten die hierin een plaats verdienen.

De ondertoezichtstelling van een zwangere vrouw kan een sluitstuk zijn dat potentieel biedt. Er zijn evenwel nog veel vragen over. Welke rol vervult dit? Waarin verschilt de opdracht van die van andere actoren? Hoe verhoudt zich dat tot andere actoren? Komt dit niet in het vaarwater van andere actoren? Wie moet dit op zich nemen? Is het doeltreffend? Tim Stroobants raadt aan een beroep te doen op de Nederlandse ervaring. Wie dit organiseert, moet het wetenschappelijk laten volgen.

De gedwongen opname biedt een aantal voordelen. Het systeem bestaat maar de praktijk is niet altijd aangepast aan deze nood. Specialisatie is aangewezen. Het wordt zaak de noden in kaart te brengen. Ook de gedwongen opname moet passen in een ruimer en geïntegreerd beleid.

## 5. Conclusie

Het is een goede zaak dat hierrond wordt gewerkt, dat men zich ervan bewust is dat extra stappen gezet moeten worden en dat een ongeborn kind als een beschermenswaardig kind wordt beschouwd. Dat alles moet vanuit een positieve doelstelling gebeuren: elk kind verdient een optimale start, die reeds in de prenatale periode begint. Het is zaak dit in te bedden in een omvattend beleid door aan te sluiten bij bestaande kennis, praktijken en netwerken.

Ook het sluitstuk moet in een geïntegreerd en omvattend beleid geplaatst worden. Het mag geen deksel worden op een afvoerput van een lekkende wasbak.

## V. Uiteenzetting door Veerle Cielen, eerste substituut-procureur des Konings, sectiehoofd Jeugd en Gezin, parket Limburg

*Veerle Cielen* zegt dat de parketten reeds lange tijd wijzen op dit thema. De sectie Jeugd en Gezin behandelt alle dossiers over intrafamiliaal geweld, verontrustende opvoedingssituaties, misdrijven gepleegd door minderjarigen en zedenzaken, en komt aldus geregeld in aanraking met de problematiek die naar voren wordt geschoven. Er is vaak gewezen op het belang van vrijwilligheid, subsidiariteit, proportionaliteit, een omvattende aanpak en preventie. De spreekster verklaart zich akkoord met deze uitgangspunten en zal het voornamelijk hebben over de extreme gevallen waarmee politie en parket soms in aanraking komen. Het gaat niet om een grote groep maar politie en parket botsten geregeld op problemen ter zake.

Een parket wordt door de politie op de hoogte gebracht van een interventie bij een verontrustende opvoedingssituatie. Het gaat daarbij niet alleen om kinderen maar ook soms om zwangere vrouwen. België kent jaarlijks meer dan 40.000 interventies bij huiselijk geweld. De politie heeft in dergelijke interventies de opdracht

ook melding te maken van de gezinssituatie in het proces-verbaal. Hoe is de situatie van de kinderen? Is er een zwangerschap? Dat zijn redenen voor het parket om de gezinssituatie te onderzoeken om na te gaan of er sprake is van verontrusting.

Dat onderzoek wordt in eerste instantie door de politie uitgevoerd waarna kan worden doorverwezen naar de brede instap om de vrijwilligheid zo veel mogelijk uit te putten. Als parket en politie oordelen dat er sprake is van maatschappelijke noodzaak en geen bereidheid om hulp te zoeken, meldt het parket aan bij een gemandateerde voorziening. VK of OCJ voeren vervolgens een MaNo-onderzoek uit. Als zij maatschappelijke noodzaak en het ontbreken van vrijwilligheid vaststellen, sturen ze de zaak terug naar het Openbaar Ministerie dat vervolgens een jeugdrechter vordert.

Deze procedure gaat enkel over reeds geboren kinderen. Ook met nog ongebornen kinderen vallen geregeld extreme situaties voor. Dergelijke situaties kan het parket nergens aanmelden. Veerle Cielen haalt een recente casus aan van twee ouders met een verslavingsprobleem, psychiatrische problemen en wederzijds huiselijk geweld. Er is – zoals vaker bij meldingen over huiselijk geweld – nog geen hulpverlening bij betrokken. Voor de twee jonge kinderen die in gevaar leven, wordt een hoogdringende vordering bij de jeugdrechter genomen. Beide kinderen komen onder toezicht in een pleeggezin terecht. Terwijl de kinderen onder toezicht staan, raakt de moeder opnieuw zwanger. Op advies van de huisarts gaat de moeder in opname, maar na twee dagen zet ze de opname stop. De moeder is verschillende keren gedwongen opgenomen. De gedwongen opnames worden telkens na korte tijd beëindigd door de instelling. Het parket heeft daar geen invloed op. In dit dossier moet het parket wachten tot het kind geboren wordt. Er is een afspraak met het ziekenhuis om het parket op de hoogte te brengen van de geboorte om daarna onmiddellijk een hoogdringende vordering te nemen bij de jeugdrechter.

Het parket ervaart in dergelijk dossier onmacht. Het gaat nochtans zowel voor de moeder als voor de vader en het kind om een onmenselijke situatie. In dergelijke extreme situaties ervaart het parket een gebrek. Ondertoezichtstelling kan, op voorwaarde dat preventie en vrijwilligheid volledig worden uitgeput, een interessant instrument zijn omdat het nodig is om aanklappend te werken.

De gedwongen opname biedt in de huidige vorm niet altijd een antwoord. Er kan snel een einde aan worden gesteld. Het voorstel om met één gespecialiseerde instelling te werken klinkt interessant. Het nadeel daarvan is dat de instelling mogelijks moeilijk bereikbaar is voor de context. Het gaat soms om mensen die zich moeilijk kunnen verplaatsen.

In het voorstel om de ondertoezichtstelling niet te beperken tot verslavingsproblematiek kan Veerle Cielen zich vinden. Bij huiselijk geweld is het niet steeds duidelijk wie dader en wie slachtoffer is. Bij wederzijds geweld brengen mensen elkaar voortdurend in gevaar. Het parket probeert daar met zijn beperkte middelen op in te zetten door de mensen te motiveren om hulp te aanvaarden of eventueel door een tijdelijk huisverbod op te leggen voor de agressor.

De meldcode is een interessant concept. Op basis van artikel 458bis van het Strafwetboek kan er in bepaalde gevallen of bij vrees voor bepaalde misdrijven gemeld worden aan het parket. In de praktijk is deze bepaling evenwel amper gekend. Er wordt relatief weinig van gebruikgemaakt. In ziekenhuizen doet men vaker een beroep op het beroepsgeheim om politiek of parket niets te melden. Door die houding van ziekenhuizen en artsen krijgen de parketten geen informatie. Veel zal echter afhankelijk zijn van de uitrol van de meldcode en de communicatie erover. Veel wordt bepaald door de mogelijkheden die ziekenhuizen en huisartsen ervaren. Ze moeten ervan overtuigd zijn dat de meldcode iets bijbrengt.

Het Agentschap Opgroeien is in Limburg recent gestart met het proefproject 'Veilig en omringd opgroeien van in de buik'. Parket, politie en andere hulpverleners krijgen de mogelijkheid om aan te melden bij het OCJ. Dat proefproject zorgt ervoor dat het parket iets kan doen met de casussen waarop het anders alleen maar kan toekijken in afwachting van de geboorte.

Parket en politie missen in extreme situaties een aanklampende vorm van hulpverlening. Een gedwongen opname biedt in dergelijke gevallen geen oplossing.

## **VI. Uiteenzetting door Marie-Jeanne Schoofs en Aura Van Liefferinge, Agentschap Opgroeien**

### **1. Kader**

#### **1.1. Beleidsnota Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding 2019-2024**

*Marie-Jeanne Schoofs* verwijst naar de beleidsnota Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebestrijding 2019-2024 (*Parl.St.* VI.Parl. 2019-20, nr. 120/1) die een strategische doelstelling bevat die naar een geïntegreerd gezinsbeleid streeft. Daarnaast zijn er twee operationele doelstellingen die gericht zijn op geïntegreerde gezinstrajecten op maat en een zorgtraject op maat voor zwangere vrouwen.

#### **1.2. Perinatale zorg**

De perinatale zorg is volop in beweging. Er worden lokaal netwerken uitgebouwd tussen kraamklinieken, Huizen van het Kind en eerstelijnszones. Er worden zorgpaden aangelegd tussen de eerste en de tweede lijn. Er wordt gezocht naar samenwerking om psychosociale kwetsbaarheden vroeg in de zwangerschap te detecteren zodat zorg op maat kan worden aangeboden. Bij complexe situaties wordt er gezocht naar ondersteuningsfiguren en coaches. Al deze lokale initiatieven zijn afhankelijk van lokale bereidheid omdat er geen beleidsmatige bovenbouw is.

Op Vlaams niveau is er eveneens heel wat in beweging. In de projecten rond Perinatale Mentale Gezondheid zijn de richtlijnen voor screening en detectie van perinatale psychische problemen en de regionale perinatale zorgpaden uitgerold. Dit gaat stilaan over in een traject als voorbereiding op een uitbreidingsbeleid. De scope is ruimer: het gaat van preventie over sensibilisering, destigmatisering, screening en detectie, tot behandeling. Er wordt over lijnen en sectoren heen gewerkt. Niet alleen het gezinsperspectief van moeder, partner en baby komt in het vizier, maar ook de familie en de context. Ten slotte is er de zorggarantie met bijvoorbeeld 1Gezin1Plan.

#### **1.3. Eerste duizend dagen**

Het Agentschap Opgroeien heeft samen met het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, het Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, en het VAPH gezocht naar gezamenlijke ondersteuning van alle vermelde ontwikkelingen en beleidsafstemming. Dat heeft geleid tot het plan 'Eerste 1000 dagen' dat kinderen maximale kansen wil geven. Deze oefening is nog niet af. Er wordt nog volop gepuzzeld en afgestemd. Het is nog niet mogelijk om alle antwoorden te geven.

#### **1.4. Achtergrond**

Er is gebruikgemaakt van aanbevelingen uit wetenschappelijk onderzoek van het KCE naar postnatale zorg, onderzoeken tijdens de zwangerschap en een geïntegreerd prenataal zorgpad voor laagrisicozwangenschappen.

De onderzoeken bevelen al vanaf de zwangerschap geïntegreerde zorg aan. Prenatale opvolging moet bestaan uit een volledig geïntegreerd prenataal zorgpad met klinische opvolging en voorbereiding op de geboorte en ouderschap. Daarnaast zijn er consultaties met prenataal advies die bestaan uit gesprekken met het gezin en eventueel psychosociale anamnese om tot een zorgpad op maat te komen. In de prenatale opvolging is er sprake van een multidisciplinaire entourage met hulpverleners uit de klinische sector en volgens de gezinsbehoeftes, gecoördineerd door een zorgcoördinator. Er moet een zorgplan op maat van het gezin zijn waarin afspraken worden vastgelegd zodat iedereen ervan op de hoogte is. Het advies luidt voorts om een passende tool te ontwikkelen voor de psychosociale anamnese voor alle zwangere vrouwen. Vanuit het proportioneel universalisme kunnen kwetsbaarheden gedetecteerd worden en zorgpaden op maat aangeboden. Op basis van de psychosociale anamnese worden linken gelegd met partners uit de geestelijke gezondheidszorg of welzijnszorg.

### 1.5. Uitgangspunten voor universele en geïntegreerde zorg

Het belang van het kind staat voorop, en dat vanuit een holistische kijk op kind, ouder, ouderschap en context. De basiszorg wordt aangevuld met bijkomende zorg op maat. Bij elke zwangere gebeurt er een psychosociale anamnese vroeg in de zwangerschap aan de hand van een gedragen instrument om kwetsbaarheden te detecteren en specifieke zorgpaden op maat aan te bieden. Een werkgroep Psychosociale anamnese werkt daaraan binnen het Vlaams Expertisenetwerk Perinatale Mentale Gezondheid. Vanuit verschillende invalshoeken wordt gezocht naar wat nodig en haalbaar is.

De trajectbegeleiding wordt geïntegreerd en multidisciplinair opgenomen met naadloze overgangen tussen gezondheids- en welzijnszorg, tussen eerste, tweede en derde lijn, en tussen prenatale en postnatale zorg. Op die manier wordt werk gemaakt van zorgcontinuïteit. Er wordt aangesloten op ontwikkelingen in de eerste lijn zodat er rekening kan worden gehouden met de plaatselijke context en dynamiek, en met de samenwerking met de lokale besturen.

Er wordt nagegaan hoe recente inzichten en ontwikkelingen (over veerkracht en perinatale mentale gezondheid) een plaats kunnen krijgen in deze geïntegreerde zorg. Er wordt ten slotte nagegaan op welke wijze in zorgcoördinatie kan worden voorzien bij complexe situaties.

### 1.6. Zorgorganisatie

De basiszorg werkt voornamelijk met brede peri- en postnatale zorgpaden. Het programma van het Agentschap Opgroeien met een psychosociale anamnese vroeg in de zwangerschap sluit daarop aan zodat de gezinstrajecten voortgezet kunnen worden. Op die wijze kan psychosociale opvolging volgens kwetsbaarheden in de vrijwillige hulp op maat worden aangeboden, eventueel uitgebreid met extra ondersteuning. In gezinnen waar de ontwikkelingskansen van het toekomstige kind sterk bedreigd zijn, is gemandateerde en opgelegde hulp mogelijk.

## 2. Preventieve gezinsondersteuning

### 2.1. Gezinstrajecten van de lokale teams

Het Agentschap Opgroeien kan elk kind en elk gezin een traject aanbieden. Naast het universele programma is ondersteuning op maat van het gezin mogelijk. Er wordt breed gekeken naar alle levensdomeinen en de context. Er wordt gewerkt met multi-expertiseteams die bestaan uit verpleegkundigen, sociale werkers, gezinsondersteuning, psychopedagogen en de artsen van de consultatiebureaus. Daarnaast is er samenwerking met externe partners. Dat alles kan al tijdens de zwangerschap van start gaan. Elk aanstaand gezin wordt een startgesprek aangeboden.

Bij psychosociale kwetsbaarheden kan in overleg met de (klinische) partners een gezinstraject vroeger starten.

## 2.2. Huizen van het Kind

De Huizen van het Kind vormen een samenwerkingsverband tussen verschillende organisaties met een lokaal aanbod voor baby's, kinderen, jongeren en (aanstaande) gezinnen. De organisaties werken samen en stemmen hun aanbod op elkaar af. Ze zoeken naar leemtes om er verder op in te zetten. Het gaat om een laagdrempelig en divers aanbod aan opvoedingsondersteuning, preventieve gezondheidszorg, of informatie en advies. Er kan verbinding worden gemaakt met meer gespecialiseerde zorg. Op een aantal plaatsen is er al een echt huis.

## 3. Jeugdhulp

### 3.1. Visie

*Aura Van Liefvering* zegt dat ook de jeugdhulp de behoefte ziet aan geïntegreerde samenwerking met de volwassenenhulpverlening. De jeugdhulp vertrekt vanuit de blik van het toekomstige kind en zijn ontplooiingskansen, en vanuit het toekomstige ouderschap. Er is nood om intensief aan de slag te gaan met de aanstaande ouders. Dat alles wordt prioritair vanuit de context gezien. Het gezin komt centraal te staan. Gedeelde verantwoordelijkheid met andere hulp- en dienstverleners is een uitgangspunt. Er is uiteraard ook de verantwoordelijkheid van de aanstaande ouders. Er wordt voortgebouwd op bestaande goede praktijken zoals bijvoorbeeld de zorggarantie. Het aanbod wordt bepaald op maat van het ongeboren kind en zijn aanstaande ouders.

### 3.2. Vrijwillige jeugdhulpaanbod

Het huidige vrijwillige jeugdhulpaanbod bestaat onder meer uit de CIG's. Zij bieden contextbegeleiding in de thuissituatie aan, naast gezinsopvang gekoppeld aan contextbegeleiding in een leefgroep of een studio.

De CKG's bieden Amberbegeleiding in de thuissituatie. Daarnaast is er hun vernieuwend aanbod dat bestaat uit gezinsopvang en contextbegeleiding aan de hand van studiewerking. De opstart van dergelijke innovatieve projecten wordt blijvend aangemoedigd.

De VK's kunnen vanuit hun reguliere werking al een en ander ondernemen, al zijn ze beperkt door het geldende wettelijke kader.

1Gezin1Plan zet in op begeleiding op maat. Het vormt de brug tussen basisvoorzieningen en gespecialiseerde hulp.

### 3.3. Veilig en omringd opgroeien van in de buik

In Limburg is een proefproject gestart rond verontrustende zwangerschappen. Het proefproject begeleidt een gezin en zijn netwerk om de baby veilig te laten ontwikkelen en omringd te laten opgroeien in de eigen omgeving. Het project verloopt in partnerschap tussen het Agentschap Opgroeien en verschillende hulp- en dienstverleners die betrokken zijn bij de zwangerschap. Er wordt sterk ingezet op de samenwerking tussen de lokale teams van Kind en Gezin en de OCJ's. De verschillende partners kunnen met zorgmeldingen terecht bij een lokaal team van Kind en Gezin. Ze kunnen op consult bij het OCJ. Waar nodig kunnen ze aanmelden bij het OCJ. Er worden duidelijke afspraken gemaakt en een planning opgesteld. Bij verontrusting en onvoldoende samenwerkingsbereidheid wordt duidelijk aangegeven welke stappen er na de geboorte gezet worden.

Dit proefproject loopt volgens de bestaande regelgeving. Er kan op de grens van gedwongen hulpverlening worden gebotst. Er wordt voorts onderzocht of hulpverlening voor aanstaande ouders meer gestimuleerd kan worden.

### 3.4. Een volgende stap

In een volgende stap ziet het Agentschap Opgroeien mogelijkheden om het decreet van 12 juli 2013 betreffende de integrale jeugdhulp uit te breiden met het ongebooren kind en de aanstaande ouders. Het begrip minderjarige wordt uitgebreid tot het ongebooren kind.

Op die manier blijven de principes en de werking van de integrale jeugdhulp van toepassing. Zo wordt er op basis van het subsidiariteitsprincipe steeds vanuit de vrijwillige hulpverlening gestart om op te bouwen tot meer aanklampende zorg. Als de vrijwilligheid volledig is uitgeput, moet er de mogelijkheid zijn om een gerechtelijke maatregel op te leggen.

Een bestaande praktijk van de vrijwillige jeugdhulp wordt aldus bevestigd. Door het begrip 'verontrustende situatie' uit te breiden tot het ongebooren kind ontstaat een mandaat voor de gemandateerde voorzieningen. Ze kunnen op die manier nog voor de geboorte van het kind aanklampend aan de slag. Een sluitstuk voor de jeugdhulp kan erin bestaan dat de jeugdrechter een maatregel oplegt ten aanzien van het ongebooren kind en de aanstaande ouders.

Naast de ondertoezichtstelling zijn er nog twee andere maatregelen. Enerzijds kan de jeugdrechter de pedagogische richtlijn versterken en anderzijds kan de functie begeleiding worden opgelegd. In dat geval treden jeugdhulp en sociale dienst van de jeugdrechtbank in tandem op, voornamelijk ten aanzien van de aanstaande ouders maar ook van het ongebooren kind. Ook in dezen zal een partnerschap met de volwassenenhulpverlening van groot belang zijn.

### 3.5. Meldcode kindermishandeling

Het Agentschap Opgroeien is met politie, Justitie en hulpverlening gestart met een platform Kindermishandeling. Daarin is de meldcode naar voren geschoven in een werkgroep die wordt geleid door het VECK. Dat biedt kansen om vanuit verschillende expertises en disciplines samen te werken aan een kader rond de meldcode.

De meldcode gaat evenwel breder dan het ongebooren kind. Het is daarom de bedoeling de Kindreflex naar voren te schuiven als een goede praktijk.

## VII. Vragen van de leden

### 1. Vragen van Celia Groothedde

*Celia Groothedde* vond het verhelderend om alle perspectieven na elkaar te horen. Omdat er mankementen zijn aan een aantal voorstellen was het goed geweest ook een academische jurist en een medisch expert te horen.

Er is bezorgdheid over de aanpak. De vraag rijst of dit alles de rechten en belangen van zowel ouders als kinderen vertegenwoordigt. Doelgroepen en problematieken worden in de uitgangspunten door elkaar gehaald, naast elkaar gebruikt en met elkaar verward. Er is sprake van kindermishandeling en verslaving. Moet er worden gefocust op een kleine of op een brede doelgroep? Het Agentschap Opgroeien heeft het over de psychosociale context. Er zijn overlappingsen tussen de doelgroepen maar ze zijn niet identiek. Er is geen eensgezindheid over wat er in de hulpverlening ontbreekt. Ook de cijfers lopen door elkaar. Er is veel intrafamiliaal geweld tijdens de zwangerschap, die een risicoperiode vormt.

Het gaat over veel en over veel verschillende zaken. Dat zou geen probleem zijn mochten de middelen om eraan te verhelpen niet zo verschillend zijn. Een zwangerschap biedt kansen bij een verslaving maar is een risicofactor voor intrafamiliaal geweld. In de conceptnota's over verslaving worden ook remedies voor intrafamiliaal geweld gegeven. In die context is een bestraffende reflex ten aanzien van de vrouw vreemd. Er worden veel gedachten naar voren geschoven maar die zijn niet gestructureerd. Inhoudelijke en emotionele argumenten staan naast elkaar.

Uithuisplaatsen en onder voogdij stellen zijn volgens het EVRM zware middelen. Dat veronderstelt helderheid.

Doordat doelgroepen door elkaar worden gehaald, kunnen cijfers afwijken. Afbakenen is daarnaast belangrijk om het middel te bepalen. Er zijn verschillen in de mate waarin men sterk ingrijpen voorstaat. Sommige sprekers kunnen de doelgroep afbakenen terwijl andere een bredere doelgroep voor ogen hebben. Wetgeving is van toepassing op iedereen. Zijn de twee conceptnota's, die doelgroepen, cijfers en middelen door elkaar halen, concreet genoeg?

In welke mate kan het ontbreken van aangepaste hulpverlening een factor zijn? Deze hulpverlening ontbreekt in Limburg. Bepaalde netwerken zijn er slechts recent opgestart.

Celia Groothedde mist ook aandacht voor preventie in de conceptnota's. Welke vorm van preventie hebben de sprekers voor ogen? Preventie vermijdt dat iemand tot een doelgroep behoort en laat het risico dat de verschillende doelgroepen lopen dalen. Het kan gaan om informatie over wanneer een kind wordt beïnvloed tijdens een zwangerschap. Alle organen met uitzondering van het brein worden al na zes tot acht weken zwangerschap beïnvloed. Op dat moment weten veel vrouwen nog niet dat ze zwanger zijn. Veel jonge mensen zijn van oordeel dat cannabis een onschuldig middel is en de middenklasse drinkt graag een glas tijdens de zwangerschap. Daarnaast is er over alcohol- en druggebruik tijdens de borstvoeding nog minder kennis. De spreker stelt de vraag of men al ver genoeg staat op dit punt.

Op de website van het Agentschap Opgroeien is amper informatie te vinden over drugs. De informatie is vrij stigmatiserend. Celia Groothedde twijfelt eraan of dat de goede aanpak is. De website van Free Clinic is zowel inhoudelijk als qua aanpak veel grondiger. Dat doet de vraag rijzen of er voldoende synergie is in de hulpverlening. Kan het Agentschap Opgroeien niet beter een beroep doen op de voorlichting van gespecialiseerde hulpverlening? Op die manier kan de brede hulpverlening best practices toepassen in haar preventie.

Als het over specifieke zorgpaden op maat gaat, verwijst het Agentschap Opgroeien vaak naar onderzoeken maar amper naar de bestaande hulpverlening. Worden de verschillende partners betrokken? Wie maakt er deel uit van de werkgroep Psychosociale Anamnese? Tot welke doelgroep richt die werkgroep zich? Hoe breed is het net?

Beide conceptnota's vertrekken van goede bedoelingen. Bij velen leeft evenwel de zorg dat meer dwang bij mensen in psychosociaal kwetsbare situaties tot de vrees leidt dat hun kind wordt afgepakt. Deze mensen maken deze reflex vaak al ten aanzien van een OCMW. Het aantal zorgvermijders neemt daardoor toe. Delen de sprekers deze bezorgdheid? Dreigt men niet de statistieken te verbeteren en een aantal kinderen onder de radar te dwingen?

Er is opgemerkt dat er onvoldoende residentiële hulpverlening is. Daarnaast moet er worden nagedacht over een aantal andere opmerkingen. Ambulante zorgverlening weigert deze moeilijke doelgroep die af en toe uitvalt. Moet er worden overgestapt op dwang als de ambulante hulpverlening in de praktijk niet beschikbaar is?

Celia Groothedde is het eens met de opmerking dat een gedwongen opname niet in om het even welk psychiatrisch ziekenhuis kan. Er moet een unit voor worden vrijgehouden. Verklaart dat waarom vrouwen verdwijnen bij een collocatie? Is die hulpverlening onaangepast? Verslavingshulp is vaak gemengd terwijl verslaafde zwangere vrouwen beter aarden in niet-gemengde groepen. Wat met mensen die minder begaafd zijn en met een psychische problematiek kampen?

Kan men tot dwang overgaan als hulp niet alleen onaangepast maar ook amper onmiddellijk toegankelijk is? Celia Groothedde begrijpt dat de ene groep voortrekken tot problemen leidt voor een andere. Is het in de huidige context rechtvaardig om voorrang te verlenen aan aanstaande ouders omdat er meer dan één persoon bij betrokken is? In haar voorstel van resolutie wordt bredere hulpverlening gevraagd voor deze problematische situaties.

Aan deze conceptnota's zijn enkele kwalijke gevolgen verbonden. Zo blijven tal van factoren onbekend. Om welke drugs gaat het precies? Komen alcohol en roken onder de aandacht? Wat met andere drugs? Wat met contra-indicaties bij afkicken? Bij een aantal drugs is afkicken tijdens de zwangerschap net niet aangewezen. Zal dwang in dergelijke gevallen er niet toe leiden dat de situatie nog erger wordt? In welke mate wordt er gefocust op cannabis, een drug die aanvaard is? Wat met voorgeschreven antipsychotica of antidepressiva? Beschikken de hulpverleners van Kind en Gezin of het Agentschap Opgroeien over voldoende kennis? Hoe bereikbaar is de hulpverlening? Zal de intrinsieke motivatie van zwangere vrouwen niet afnemen door de extrinsieke druk? Celia Groothedde merkt dat tal van problematieken door en naast elkaar worden behandeld, en vraagt waarom niet wordt geopteerd voor specifieke opvolging voor specifieke problematieken.

Een van de conceptnota's haalt aan dat bij 'infans conceptus' geen hulpverlening kan worden opgestart. Volgens Celia Groothedde zijn zwangere ouders gevat door de opdracht van bijvoorbeeld Kind en Gezin of CGG's. Er is vaak verwezen naar het feit dat kind en ouder gelieerd zijn en als één worden beschouwd. Wie een zwangere ouder helpt, helpt op die manier ook het ongeboren kind. Wie een ongeboren kind in gevaar brengt, brengt ook de aanstaande ouder in gevaar. Is er bereidheid om in de huidige opdrachten juridisch na te gaan welke mogelijkheden er zijn om hulpverlening vrijwillig maar ook aanklampend aan te pakken?

Uit de talrijke uiteenzettingen blijkt dat de grens, die vaak wordt aangehaald, niet vastligt. Het gaat immers over verschillende doelgroepen en problematieken. De mate waarin wordt ingegrepen verschilt eveneens. Dat alles vormt een gevaar omdat dit soort grenzen moet vastliggen. In Nederland lopen de zaken niet van een leien dakje. Wat is het perspectief van de sprekers hierover? Tijdens de hoorzitting zijn geen juridische en medische experts aan bod gekomen. De bedenkingen ter zake zijn evenwel zwaar. De Raad van State is van oordeel dat ingrijpen in de eerbiediging van het gezins- en familieleven bij uithuisplaatsing van een kind een verregaande maatregel is. De spreekster roept op hier voorzichtig mee om te springen.

Er wordt vaak verwezen naar de ondertoezichtstelling in Nederland, wat een uitbreiding is van een jeugdhulpmaatregel ten aanzien van geboren kinderen. Het gaat echter nog niet om een uitgewerkt systeem. Ook in Nederland zijn daar twijfels over. Wat denken de sprekers hierover?

Het Europees Hof voor de Rechten van de Mens koppelt zware proportionaliteitsvoorwaarden aan uithuisplaatsing rond de geboorte. Uithuisplaatsing is voorwaardelijk in de zin dat de maatregel bij de geboorte aan een toets wordt onderworpen. Wat is het verschil tussen een waarschuwing van de rechterlijke macht tijdens een zwangerschap voor uithuisplaatsing bij geboorte en uitbreiding van deze regel? 'Infans conceptus' komt uit het erfrecht en is niet bedoeld als jeugdhulpmaatregel. Er kan een conflict ontstaan met de abortuswetgeving. Het ongeboren kind wordt



als behartenswaardig object beschouwd. Wie dit ruimer interpreteert, plaatst het belang van moeder en kind tegenover elkaar.

De meldplicht is van toepassing op geboren kinderen. Wie ervan uitgaat dat ze ook van toepassing is op ongeboren kinderen, begeeft zich op gevaarlijk terrein. Het algemene recht op zelfbeschikking botst op de zelfbeschikking van de vrouw en haar context.

Wie het over gedwongen hulpverlening heeft in de drughulp, moet beseffen dat de resultaten van gedwongen hulpverlening niet noodzakelijk beter zijn. Het zou daarentegen wel voor een hogere drempel kunnen zorgen. Hulpverleners aarzelen om melding te maken.

Ook juridisch wordt aangegeven dat uithuisplaatsing van kinderen geen wondermiddel is. De maatregel is in veel gevallen niet mogelijk.

## 2. Vragen van Freya Saeys

*Freya Saeys* beaamt dat een aantal zaken zoals bijvoorbeeld de doelgroepen door elkaar worden gehaald. Het thema is benaderd vanuit de eigen praktijk en op een meer overschouwende wijze.

In de resolutie betreffende de vroegtijdige detectie en behandeling van de postnatale depressie (*Parl.St.* VI.Parl. 2014-15, nr. 436/3) is gepleit voor de oprichting van het Vlaams Expertisenetwerk Perinatale Mentale Gezondheid. Ze is tevreden vast te stellen dat er daardoor veel beweegt in deze sector. Er is een screeningsinstrument opgesteld waarmee onder meer alcohol- en middelengebruik worden bevraagd. Vandaag wordt er gevraagd om dat reeds vroeg tijdens de zwangerschap te doen. Kan daarvoor gebruikgemaakt worden van de bestaande screening of moet er een nieuw instrument ontwikkeld worden?

Op basis van twee proefprojecten zouden regionale zorgpaden opgesteld worden voor heel Vlaanderen. Het aanbod is immers niet over heel Vlaanderen verspreid. Dat er hiaten zijn vormt een groot probleem. Tijdens een conferentie over perinatale mentale gezondheid was Freya Saeys verbaasd over de reacties uit het werkveld. Velen wisten niet hoeveel anderen hiermee al bezig waren. Versnippering en koterij vormen een groot probleem. Een en ander moet worden gestroomlijnd.

Elke spreker heeft het over de wachtlijsten gehad. Daarnaast is de nadruk sterk gelegd op preventie. Vroegdetectie is essentieel. Voor Freya Saeys staat preventie bovenaan. Naast de wachtlijsten is er sprake van exclusie door voorzieningen. De vraag rijst hoe daaraan verholpen kan worden.

Zwangerschap en verslaving zijn heel complex omdat het om heel verschillende problematieken gaat. De muur tussen verslavingszorg en zwangerschap moet worden gesloopt in het belang van de zwangere vrouw en het kind. Er zijn op dit ogenblik te weinig mogelijkheden en voorzieningen om een zwangere vrouw optimaal op te nemen en te begeleiden. Waar komen die vrouwen nu terecht wanneer ze gedwongen worden opgenomen? Freya Saeys vermoedt dat ze niet goed begeleid worden omdat heel specifieke omkadering en zorg vereist zijn.

Chris Verlinden is als ervaringsdeskundige pleitbezorger van de gezinsbenadering. Ze waarschuwt terecht voor polarisatie tussen de rechten van het kind en van de moeder. Verslaving is een ziekte. Moeders mogen niet gecriminaliseerd worden. Vaak gaat dat gepaard met andere problemen. Stigmatiseren en culpabiliseren doen meer slecht dan goed voor zowel moeder als kind. Het gaat vaak om vrouwen die wantrouwig staan tegenover zorgverlening. Ze dreigen in de anonimiteit te verdwijnen. Freya Saeys vraagt naar de mening van Chris Verlinden over getrapte zorg.

Freya Saeys is het eens met Veerle Bex dat een zwangerschap motiverend werkt. Er moet rekening mee worden gehouden dat vrouwen veranderen wanneer ze zwanger zijn en moeder worden. Dat kan een motivatie zijn om hulp te zoeken en te aanvragen.

Een aantal sprekers twijfelt aan de meerwaarde van de meldcode en vreest voor een negatief effect.

Cijfermateriaal is cruciaal. Free Clinic ziet een vijftal gevallen per jaar. Het zou om kleine aantallen kunnen gaan. Omdat er onvoldoende cijfers zijn, is Freya Saeys de mening toegedaan dat er eerst onderzoek moet gebeuren naar het aantal casussen. Daarna kunnen verregaande maatregelen overwogen worden.

Een verslaafde begeleiden is een proces van vallen en opstaan. Hoe moet men omgaan met een zwangere vrouw onder toezicht of in gedwongen opname die hervalt?

Afkicken van een heroïneverslaving blijkt schadelijk voor zowel ongebooren kind als moeder. Een heroïneverslaafde zwangere vrouw kan beter gestabiliseerd worden met methadon tot aan de geboorte, waarna de dosis afgebouwd kan worden. Freya Saeys wil vernemen wat een succesvol doorlopen traject precies betekent.

Er is voor gepleit om naast moeder en kind ook het volledige gezin op te nemen. Wordt de partner van de aanstaande moeder hierbij ook betrokken? Als hij ook verslaafd is, heeft dat immers impact op zowel moeder als kind. Hoe gaat men aan de slag met een verslaafde partner? Welke begeleidingsprogramma's zijn er voor beide partners?

Er zijn vaak tal van flankerende problemen zoals schulden, woonnoden of geweld. Hulpverlening mag zich niet uitsluitend op de verslaving richten maar moet de volledige context in ogenschouw nemen. Dat vergt vaak andere specifieke ondersteuning waardoor het nog complexer wordt. Hoe wordt daarmee omgegaan? Hoe past een en ander in een omvattend concept?

Bepaalde vrouwen worden gecolloqueerd. Het parket wijst op enkele problemen. Welke ervaring hebben andere sprekers daarmee? Wat levert een collocatie op voor de vrouw en het ongebooren kind? Is er tijdens de collocatie begeleiding? Er wordt steeds gewezen op het belang van vertrouwen winnen en respect tonen om een goede relatie te kunnen opbouwen.

Hoe verhouden ondertoezichtstelling en gedwongen opname zich tot de abortuswetgeving? In Nederland wordt ondertoezichtstelling toegepast vanaf 24 weken om niet te interfereren met het recht op een abortus. Ook daar gaan er stemmen op om ondertoezichtstelling vroeger mogelijk te maken. Bij middelenmisbruik kan de foetus immers reeds vroeger schade oplopen. Hoe zien de sprekers de spanning tussen het recht op abortus en gedwongen maatregelen?

Maatregelen moeten proportioneel en subsidiair zijn. Een ondertoezichtstelling is in principe tijdelijk. Zodra er andere mogelijkheden zijn moet dat worden stopgezet. Kan er juridisch omschreven worden wanneer een maatregel proportioneel en subsidiair is? Hoe verhouden dwangmaatregelen zich tot het recht op een gezin en privacy? Het begeleidingsaanbod voor verslaafde zwangere vrouwen is immers onvoldoende. Daarnaast is er het frequente voorkomen van hervalt.

### **3. Vragen van Lorin Parys**

*Lorin Parys* beaamt dat er voldoende capaciteit moet zijn. Nieuwe maatregelen bedenken voor kinderen die in precare situaties worden geboren, is slechts zinvol

als er in de praktijk kan van worden gebruikgemaakt. Dat leidt tot de vraag of aanstaande ouders die slachtoffer zijn van middelenmisbruik voorrang moeten krijgen, en dat brengt enkele gevaren met zich mee omdat het onvermijdelijk de vraag doet rijzen wie naar achteren wordt geduwd. Wat is het standpunt van de sprekers hierover?

Het parket en het Agentschap Opgroeien willen een uitgebreider mandaat. De andere sprekers zijn van oordeel dat er niets extra nodig is maar geven tegelijk aan dat de doelgroep vaak moeilijk bereikbaar is. Zelfs als de capaciteit optimaal zou zijn, zouden er nog onvoldoende instrumenten zijn om deze groep van zwangere vrouwen te helpen.

Lorin Parys vreest dat de standaardscreening die voor een aantal sprekers naar voren wordt geschoven een breed instrument wordt voor een betrekkelijk klein probleem. Het is onduidelijk over hoeveel vrouwen het gaat. Hoe wil men deze afweging maken? Hoe zal dat in de praktijk verlopen? Wie moet die screening uitvoeren? Hoe zal die screening verlopen?

De spreker is tevreden over de stelling dat een niet-verplichte meldcode er samen met de Kindreflex voor kan zorgen dat er meer wordt gepraat over gevallen die zorgen baren.

Het is in geen geval de bedoeling extra 'koterijen' op te trekken. Met de gezinsvoogd wil de spreker wat al bestaat versterken met een aantal extra instrumenten. Het is niet de bedoeling om een bijkomende actor in te zetten.

Hoeveel vrouwen ziet OP+ per jaar? Wat is de succesratio? Hoeveel verslaafde zwangere vrouwen blijven onder de radar? In welke mate heeft deze groep van vrouwen nog een context?

Tino Ruyters wil meer preventie en sensibilisering maar geeft tegelijk aan dat de doelgroep heel moeilijk bereikbaar is. Hoe wil hij het bereik verhogen?

Dezelfde spreker geeft aan dat er weinig residentieel aanbod is voor zwangere vrouwen met een verslavingsproblematiek. Met zijn voorstel wil Lorin Parys ervoor zorgen dat deze vrouwen thuis en in hun context kunnen blijven. Hoe groot is de vraag naar residentiële opvang voor deze vrouwen en kinderen?

Lien Hermans is voorstander van 'infans conceptus' om meer aanklappende hulp te bieden. Hoe ziet zij de standaardscreening? Is dat vangnet niet te groot voor dit eerder beperkte probleem? De suggestie om de perinatale netwerken gebiedsdekkend te maken, te erkennen en op te nemen in de eerstelijnszones is interessant.

Tim Stroobants merkte op dat een aantal meldingen die de VK's krijgen over de perinatale periode gaan. Doorverwijzen gaat niet omdat het ongebooren kind niet onder de integrale jeugdhulp valt. Welke acties ondernemen de VK's om te vermijden dat deze vrouwen en kinderen onder de radar blijven? Lorin Parys is bereid om er samen met het werkveld voor te zorgen dat de gezinsvoogden effectief zijn en niet louter een extra actor.

Veerle Cielen heeft met haar heldere uiteenzetting die recht uit de praktijk komt een duidelijk beeld geschetst van de doelgroep en de problemen. Hoeveel problematische zwangerschappen ziet het parket in Limburg op jaarbasis?

#### **4. Vragen van Katja Verheyen**

*Katja Verheyen* vindt de verschillende en brede invalshoeken interessant. Het gaat in essentie steeds om verontrusting ongeacht de problematiek die eraan ten grondslag ligt. Daarnaast merkt ze op dat er wel degelijk sprekers zijn met juridische

expertise. De intentie is er om tot meer en betere samenwerking te komen tussen jeugd- en volwassenenhulpverlening.

Het zou niet slecht zijn mocht een degelijk initiatief als PRAGT verder uitgerold worden. Er zijn situaties waarin alle betrokken hulpverleners het erover eens zijn dat een vrouw beter niet aan kinderen begint. De spreekster probeert anticonceptie als schepen van Welzijn vrijblijvend bespreekbaar te maken. De vrijwillige aanpak leidt er soms toe dat de vrouwen in kwestie voor een spiraal opteren. Katja Verheyen pleit voor meer sensibilisering. Het OCMW kan op dit vlak zijn verantwoordelijkheid nemen door die kosten terug te betalen.

Veerle Cielen haalde een voorbeeld aan van verontrusting. In bepaalde gezinnen staan alle kinderen onder toezicht van de jeugdrechtbank. Een nieuw geboren kind staat niet automatisch onder toezicht van de jeugdrechtbank. Valt het te overwegen om in dergelijke gevallen een ongeborn kind preventief al onder toezicht van het OCJ te plaatsen? Een OCJ heeft immers het mandaat om onmiddellijk in te grijpen.

Welke resultaten heeft het Limburgse proefproject, dat een stap in de goede richting is, opgeleverd?

## 5. Vragen van Katrien Schryvers

*Katrien Schryvers* wil met haar conceptnota het debat openen over een complex probleem. In de conceptnota wordt de problematiek genuanceerd benaderd. De focus ligt op meer preventie en vrijwillige hulpverlening.

Er wordt gevraagd naar de omvang van het probleem. Het gaat vaak om meervoudige problemen. Het commissielid is van oordeel dat er een grote groep mensen is met wie preventief gewerkt kan worden. Die grote groep kan beter begeleid en beschermd worden in de vrijwilligheid. De groep waarvoor ingrijpendere maatregelen nodig zijn, is heel klein.

Katrien Schryvers betreurt dat de bespreking van de conceptnota's al wordt ingezet. Op deze hoorzitting zijn sprekers uitgenodigd die vertrouwd zijn met de problematiek. Op basis van hun inzichten en met de nodige terughoudendheid en nuances kan na deze hoorzitting worden gezocht naar mogelijkheden om hulp te bieden aan deze moeders, zwangere vrouwen en ongeborn kinderen.

Iris Linsen is van oordeel dat het niet aan een hulpverlener is om de kleine groep voor wie vrijwillige hulpverlening niet lukt, meer aanklappende of gedwongen hulp aan te bieden. Dat zou de relatie met de hulpverlener onder druk zetten. Het is evenmin aan de justitieuhuizen om dat op zich te nemen want dat zou de situatie criminaliseren. Katrien Schryvers verneemt graag wie die opdracht wel op zich kan nemen.

Tino Ruyters zegt dat het er soms op aankomt het moment te grijpen. Als er op dat ogenblik evenwel geen plaats vrij is, kan die persoon niet worden geholpen. Voor wie de hulpverlening de rug toekeert zou er bedenktijd moeten zijn. Katrien Schryvers wil vernemen hoe dat georganiseerd kan worden. Termijnen afbakenen lijkt niet evident. Wat met iemand die twee dagen na het verstrijken van de termijn opnieuw geholpen wil worden? Hoe kunnen residentiële voorzieningen daar op een flexibele manier mee omgaan?

Lien Hermans zegt dat hulpverleners soms terughoudend zijn ten aanzien van mensen met een drugverslaving of zware psychiatrische problematiek. Moet de hulpverlening flexibeler omspringen met de doelgroep? Over welk type van hulpverlening gaat het precies? Waarom is de hulpverlening zo selectief? Allicht speelt de overtuiging dat vertrouwen winnen en vrijwilligheid belangrijk zijn om resultaten te boeken.

Daarnaast kijkt men ook naar de groep die al is opgenomen. Hoe kan men vermijden dat daardoor een heel kwetsbare groep uit de boot valt?

Veerle Cielen werkt in Limburg aan een proefproject dat een kind voor zijn geboorte kan aanmelden bij een OCJ. Wat is haar ervaring daarmee? Wat is haar standpunt over de uitbreiding van de integrale jeugdhulp tot het ongeborn kind? Die laatste vraag slaat niet alleen op de groep die bij het OCJ wordt aangemeld maar op de grotere groep die gebaat zou zijn bij vrijwillige hulpverlening?

Er is heel wat in beweging in het Agentschap Opgroeien. Er is verwezen naar hulp voor zwangere vrouwen en ongeborn kinderen. De integrale jeugdhulp focust op dit ogenblik op minderjarigen en hun ouders. Kleuren de netwerken die werken met ongeborn kinderen en aanstaande ouders buiten de lijntjes? Biedt een prenataal mandaat voor gemandateerde voorzieningen een oplossing?

## 6. Vragen van Suzy Wouters

Het valt *Suzy Wouters* op hoe weinig recente betrouwbare cijfers er beschikbaar zijn over alcohol- en druggebruik bij zwangere vrouwen of over het aantal kinderen dat met een alcohol- of abstinentiesyndroom wordt geboren. Er zijn evenmin cijfers over verontrustende zwangerschappen terwijl die cruciaal zijn om de ernst van het probleem te kennen. Alle sprekers geven aan dat er rekening moet worden gehouden met verschillende factoren, wat de aanpak van het probleem complex maakt.

Tim Stroobants haalde aan dat zowel praktijkgericht als wetenschappelijk onderzoek nodig is. Hoe staan de andere sprekers daar tegenover?

Ondertoezichtstelling zoals in Nederland kan bijdragen tot een betere levensstijl van de moeder. Alvorens dit in te voeren in Vlaanderen moet naar een vertaling worden gezocht. Een goed buitenlands praktijkvoorbeeld kan niet zomaar gekopieerd worden. Er moet rekening worden gehouden met de eigenheid van elk systeem. Is dat voldoende? Kan Vlaanderen lessen trekken uit Nederland?

Zijn er cijfers over het succes van vrijwillige hulpverlening bij zwangere vrouwen met een verslavingsproblematiek? Zijn er cijfers over het aantal zwangere vrouwen met een drugproblematiek dat vrijwillig hulp zoekt?

Is onderzoek naar de meerwaarde van een meldcode nuttig?

Zijn hulpverleners voldoende gesensibiliseerd over deze problematiek? Hoe wordt daar momenteel mee omgegaan?

Opnieuw blijkt er een gebrek aan hulpverlening. Er moet zowel aandacht besteed worden aan verslaafde toekomstige ouders als aan anderen. Hoe zien de sprekers de afstemming tussen de verschillende betrokken diensten? Hebben de actoren die hier thans mee geconfronteerd worden voldoende expertise? Moet hier meer aandacht aan besteed worden tijdens de opleiding? Hoe kan er gezorgd worden voor continuïteit zodat hulp voor de geboorte naadloos aansluit op hulp na de geboorte?

Is het werkveld voldoende uitgerust voor gedwongen opname van zwangere vrouwen ter bescherming van hun ongeborn kind? Wat moet er veranderen? Wat is de visie van de sprekers hierover? Welke aanpassingen zijn er nodig om gedwongen opnames beter op deze doelgroep af te stemmen?

Kwetsbare zwangere vrouwen zijn vaak moeilijk bereikbaar. Op welke wijze kan men deze groep beter bereiken?

Wat is de visie van de sprekers over het voorstel van het Kinderrechtencommissariaat om een prenataal zorgpad uit te werken dat is aangepast aan de specifieke behoeften van maatschappelijk kwetsbare vrouwen?

De brug tussen volwassenen- en jeugdhulp is belangrijk. Hoe kan de taboe om hulp te zoeken doorbroken worden? Hoe kan men deze groep beter bereiken? Op basis van welke criteria kan er bij de geboorte gekozen worden voor een andere aanpak?

Zijn alle actoren die hiermee in contact komen voldoende gesensibiliseerd? Hebben ze voldoende expertise? Kan het Canadese model in Vlaanderen worden toegepast? Welke aanpassingen zijn er nodig om gedwongen opnames op deze doelgroep af te stemmen?

Het hulpverleningslandschap is complex. Is het mogelijk deze expertise toe te voegen aan de bestaande hulpverlening?

## **7. Vragen van Koen Daniëls**

*Koen Daniëls* hoorde pleiten voor een andere aanpak in plaats van bijkomende initiatieven of organisaties. Hoe gaan organisaties om met een aanpak die niet langer blijkt te werken? Hoe proberen ze die bij te sturen?

De spreker is tevreden dat een zwangerschap bij bepaalde vrouwen voor een ommekeer zorgt. Hoe vaak is dergelijke ommekeer definitief?

Hoe is de samenhang tussen het Agentschap Opgroeien en de verschillende initiatieven? Kind en Gezin heeft contact met iedereen. Welke tekortkomingen kan het Agentschap Opgroeien niet wegwerken maar de organisaties wel? Om overlap te vermijden moet het voor iedereen duidelijk zijn tot wie men zich kan richten.

## **8. Vragen van Conner Rousseau**

*Conner Rousseau* is het eens met het idee om meer in te zetten op preventie en om in de eerste plaats te leiden naar vrijwillige hulpverlening. De focus moet liggen op herstel van de band tussen ouder en kind en van de verontrustende thuissituatie. Hij is de insteek van de conceptnota's over ondertoezichtstelling genegen al zijn er nog wat vragen en opmerkingen. Ondertoezichtstelling is door verschillende domeinen belicht. De spreker wil het niet uitsluitend bij verslaving toegepast zien. Deze goede maatregel heeft ook in Nederland effect.

Tino Ruyters wil geen nieuwe juridische instrumenten. Hoewel Conner Rousseau steeds het beste verhoopt wil hij ook op moeilijke situaties voorbereid zijn. Wat met die gevallen die verkeerd lopen en waar vrijwilligheid niets uithaalt? Niemand mag blind zijn voor die verontrustende situaties die met het huidige juridische instrumentarium niet opgelost geraken.

Tino Ruyters pleit voor een aanpassing van de gedwongen hulpverlening en staat terughoudend ten aanzien van de ondertoezichtstelling. Collocatie van de ouder grijpt echter dieper in op de band tussen ouders en kinderen want bij ondertoezichtstelling zouden gespecialiseerde hulpverleners aan huis kunnen begeleiden.

## **VIII. Antwoorden van de sprekers**

### **1. Antwoorden van Iris Linsen**

*Iris Linsen* zegt dat OP+ een kleine afdeling is, wat aangeeft hoe gespecialiseerd de zorg is voor deze doelgroep. Er zijn daarnaast beperkingen voor psychiatrische problemen. De afdeling neemt vier ouders samen met hun jonge kinderen op. Per

jaar zijn er gemiddeld 25 tot 30 opnames. Een opname duurt acht tot tien weken, en is voornamelijk gericht op detox en een vervolgtraject.

De vraag wanneer een traject geslaagd is, valt bij verslaving moeilijk te beantwoorden. In 2020 heeft 67 procent van de mensen hun opname positief volbracht, wat evenwel niet betekent dat hun traject daarna goed is verlopen. Het is evenmin zo dat wie vroeger afrondt, achteraf geen volwaardig traject kan afleggen.

In 2020 was een kleine 60 procent van de ouders verbonden aan een gemandateerde voorziening of een jeugdrechtbank. Dat betekent niet dat er sprake is van dwang of collocatie maar de ouder ervaart dat wel als aanklampend. Ouders die opgenomen moeten worden om hun kinderen uit het ziekenhuis mee naar huis te krijgen, ervaren dwang. Het vergt specifieke expertise om met hun wantrouwen te kunnen omgaan. Wie op deze manier in de voorziening binnenkomt, kiest evenwel voor zijn kind. Vanuit die keuze kan het team aan de slag, al vergt dat veel knowhow en betrokkenheid.

Het prenatale mandaat gaat bij voorkeur naar VK, OCJ of jeugdrechtbank. Zij kunnen op die manier dwang uitoefenen terwijl de hulpverleners met de ouders aan de slag gaan zonder te moeten dreigen. Daarnaast kunnen casemanagers, perinatale netwerken en adviesgroepen ingeschakeld worden. Het gaat om dezelfde actoren die thans na de geboorte een traject opstellen en uitvoeren.

Het Vlaams Expertise Netwerk Perinatale Mentale Gezondheid heeft een uitgebreide screeningstool opgesteld. Er wordt gescreend op middelengebruik, angst, stemmingsstoornissen en socio-economische omstandigheden. Dit instrument kan voor elke zwangere vrouw ingezet worden zodat wie thans onder de radar blijft toch in het vizier komt. Het gaat niet uitsluitend over de moeilijk bereikbare doelgroep, en kan ertoe leiden dat elke zwangere vrouw begint na te denken over haar alcoholgebruik en erover in gesprek wil gaan. Op deze wijze kunnen ze toegeleid worden naar ambulante begeleiding.

## **2. Antwoorden van Veerle Bex**

*Veerle Bex* zegt dat herval tijdens de zwangerschap best wordt voorkomen. Er wordt daarom gefocust op schadebeperking en hervalpreventie. PONDO maakt vooraf altijd afspraken voor het geval het niet lukt om clean te blijven. Als het ambulante niet lukt om het druggebruik stop te zetten, wordt bijvoorbeeld snel overgeschakeld op opname. De vrouwen zijn daarvan altijd op de hoogte en zien het belang ervan meestal ook in.

Omdat vrouwen vaak een klik maken tijdens de zwangerschap is dat een dankbare periode om te werken aan hun verslaving. Los van motiverende gesprekken is het belangrijk dat de vrouwen de regie krijgen en mee kunnen denken over oplossingen. Samenwerken is het tegenovergestelde van dwang.

De Kindreflex is een wijze om de kinderwens te bespreken in de volwassenenhulpverlening. Het is belangrijk dat deze vragen zo snel mogelijk worden gesteld tijdens de begeleiding, en bij voorkeur al tijdens de intake. Deze vraag moet niet alleen aan vrouwen maar ook aan mannen gesteld worden. Een algemene mediacampagne zal deze groep niet bereiken. Een campagne bestemd voor hulpverleners kan wel.

## **3. Antwoorden van Chris Verlinden**

*Chris Verlinden* merkt verbetering omdat de zorgverlening vroeger nog meer versnipperd was. Als ervaringsdeskundige kan ze ouders aanbieden wat ze zelf heeft gemist. Er is nog verbetering nodig.

#### 4. Antwoorden van Tino Ruyters

*Tino Ruyters* antwoordt dat de meeste vrouwen over wie het gaat in preciaire omstandigheden leven. Omdat het vaak om arme mensen gaat, zou dit onder algemeen armoedebeleid moeten vallen. Het vertrekpunt is al te vaak armoede in tal van vormen.

Bij meldingen en tijdens de hulpverlening moet een onderscheid gemaakt worden tussen gebruik, problematisch gebruik, misbruik of verslaving. Is het problematisch als een zwangere vrouw een glas rosé drinkt op een terras? Moet de meldcode onmiddellijk ingezet worden voor een zwangere vrouw die nu en dan een joint rookt? Omdat gebruik algemeen aanwezig is in de samenleving is voorzichtigheid geboden. Hoe meer dwangmaatregelen en meldcodes worden vooropgesteld, hoe groter het wantrouwen en hoe hoger de drempel wordt. Omdat niemand vrij is van zonden, mag er niet te snel gemeld worden.

Sommigen verlaten de hulpverlening clean maar heel wat mensen blijven ergens tussenin steken. Ze zijn even clean maar hervallen al eens in beperkt gebruik. Clean is niet altijd de enige outcome. Herval hoeft niet te betekenen dat hun rol als ouder is uitgespeeld.

Gezien de wachtlijsten is capaciteitsuitbreiding nodig. Daarnaast is het allicht nog belangrijker om de bestaande hulpverlening aan te passen. De hulpverlening moet zich flexibel opstellen. Cherrypicking is te vermijden. Het is belangrijk op maat van deze moeilijke doelgroep te werken. De eerste vraag moet zijn wat zij nodig hebben. Het kan zijn dat ze in eerste instantie eten en drinken nodig hebben, maar dat kan een opstap zijn om verder te werken. Het aanbod moet worden aangepast aan deze moeilijke groep. Het is belangrijk dat er een verbinding wordt gemaakt door vertrouwen op te bouwen en wantrouwen weg te werken.

Een vrouw die de hulpverlening verlaat moet de kans krijgen om terug te komen. Het mag niet zo zijn dat ze opnieuw onderaan de wachtlijst terechtkomt. Voorrangsregels veroorzaken moeilijkheden. Capaciteitsuitbreiding zou de wachtlijsten inkorten en voorrangsregels overbodig maken. In de huidige omstandigheden pleit Tino Ruyters ervoor om deze doelgroep voorrang te geven om te kunnen gebruikmaken van het momentum. Het gaat bovendien niet alleen om de zwangere vrouw maar ook om haar nog ongeboren kind.

Er is meer preventie nodig. Iedereen die in de mogelijkheid is, zou zich met preventie moeten bezighouden. Intermediaire deskundigheidsbevordering bij bijvoorbeeld de gynaecoloog, OCMW-medewerker of straathoekwerker is belangrijk. De Kindreflex is daarvoor een goed middel. Preventie is veel vroeger nodig dan bij de hooggespecialiseerde drughulpverlener. Aan de VAD zou een specifieke opdracht kunnen worden toegekend.

De vrouw is regisseur van haar traject maar de partner moet ook betrokken worden. Uit een bevraging bij het cliënteel van GoiA blijkt dat een bezorgdheid te zijn. Er is evenwel niet altijd een partner. Vaderschap is niet altijd duidelijk gedefinieerd.

Een gedwongen opname is op dit ogenblik geen optimaal instrument. Het kan worden gebruikt maar er zijn aanpassingen nodig. De spreker verwijst naar de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie die daarmee bezig is.

Een aparte unit kan een geografische barrière opwerpen. De vraag rijst evenwel of er verspreid over Vlaanderen meerdere aparte units moeten zijn, gezien de talrijke andere noden. Schaarste noopt de spreker ertoe te pleiten voor één aparte unit.



Een meldcode biedt mogelijkheden maar is ook een drempel en moet daarom omzichtig gebruikt worden. Wantrouwen overwinnen en vertrouwen opbouwen blijft moeilijk. Melden is een stap achteruit.

Anticonceptie moet maximaal beschikbaar zijn. Het is een belangrijke maatschappelijke investering die het aantal problematische zwangerschappen en kindsituaties zal doen afnemen. Het beperkte budget voor een spiraal is een zinvolle besteding. Elk OCMW zou het moeten aanbieden.

Er moet onderzoek worden gevoerd. Goed beleid veronderstelt cijfers.

Drughulpverlening is, voornamelijk bij complexe situaties, een moeilijke opdracht. De slaagcijfers zijn niets om over op te scheppen. Dat is frustrerend maar hulpverleners blijven lang in de drughulpverlening werken omdat het zo boeiend en zinvol is. Het is belangrijk om af te spreken wanneer drughulpverlening slaagt. Als een blijvend cleane burger het streefdoel is, dan zal het slaagcijfer laag zijn. Een hulpverlener die een verslaafde vrouw aan hulpverlening bindt zodat ze contact blijft opnemen bij herval, is ook geslaagd. Wie met deze specifieke groep werkt, moet tevreden zijn met kleine stapjes vooruit.

Er is veel expertise op het terrein. Door de krapte op de arbeidsmarkt is nieuwe mensen zoeken geen sinecure.

De hulpverlening moet op maat werken. Free Clinic is bijvoorbeeld doordrongen van 'harm reduction'. De vraag rijst of dat overal op de werkvloer zo duidelijk is. De residentiële settings leveren goed werk maar voor een gemotiveerde cliënt is het niet moeilijk om een gestructureerd of groepsgericht programma te volgen. Voor de mentaal zwakkere of minder taalvaardige groep is werken in groep niet evident. Het is van belang individueel te werken op maat, te streven naar 'harm reduction', of uit te gaan van basiszorg. Beginnen met een lange screeningslijst is niet aangewezen. Het gaat vaak om vrouwen die zelfs voor een kop koffie niet aan tafel blijven zitten. Een screeningslijst is een nuttig maar niet voor iedereen haalbaar instrument. De Vlaamse beleidsinitiatieven zijn goed maar zwaar en daardoor niet haalbaar bij een vrouw die eigenlijk zo snel mogelijk weer weg wil.

Het Canadese model werkt inspirerend. Het vertrekt eveneens vanuit 'harm reduction'.

Kind en Gezin is een belangrijke partner die de opdracht heeft om elke zwangere vrouw te benaderen. Maar Kind en Gezin slaagt daar evenmin in bij deze moeilijk te bereiken groep. Bij wie moet een verpleegkundige van Kind en Gezin aankloppen om een dakloze zwangere vrouw te bereiken?

Afsluitend pleit Tino Ruyters voor de juiste bejegening van alle drugverslaafden en voor destigmatisering. Het overgrote deel van de burgers in de Westerse wereld krijgt te maken met middelengebruik. Niet elk gebruik is problematisch. Niet elk gebruik moet worden gemeld.

## **5. Antwoorden van Lien Hermans**

*Lien Hermans* zegt dat huisartsen belangrijk zijn om deze vrouwen te bereiken. Voor artsen is dat geen gebruikelijke opdracht en ze hebben niet altijd voldoende tijd, maar als artsen weten wie ze kunnen verwittigen treden ze in actie. Dankzij het netwerk komen deze vrouwen vervolgens op de radar. Er moet gevolg worden gegeven aan de melding. Het perinatale netwerk is daarin behulpzaam omdat het zowel op ziekenhuizen als hulpverlening kan terugvallen. Ze beaamt dat er een kleine minderheid is die niet in een ziekenhuis of bij een huisarts geraakt.

De spreekster is voorstander van de screeningslijst. In het ziekenhuis van Pelt wordt elke zwangere vrouw bevroegd. In Brussel neemt een vroedvrouw deze bevraging op zich tijdens een consultatie. Vrouwen krijgen de kans om zich kenbaar te maken. Niet elke vrouw zal aangeven dat ze een joint rookt of alcohol gebruikt, maar de bevraging biedt de kans om haar zonder te stigmatiseren duidelijk te maken dat één glas alcohol gevolgen heeft voor de baby. De vraag blijft hoe ver men daarin kan meegaan. Is één joint een gevaar? Wat als vader en moeder samen een joint roken? Blijft het bij één joint? Hoe reageren de aanstaande ouders op een joint? Is het kind veilig? Deze moeilijke discussie mag niet uit de weg worden gegaan. Niet elk gebruik moet tot een gedwongen opname leiden maar het moet blijvend gevolgd worden.

Er moet worden gebruikgemaakt van de klik die een vrouw maakt tijdens haar zwangerschap. Een zwangerschap is een nieuwe start en biedt kansen en mogelijkheden om vrouwen ervan te overtuigen om te veranderen.

Onderzoek voeren is moeilijk. Geen enkel perinataal netwerk kan zijn nut op papier zetten of bewijzen. Daartegenover staat dat de perinatale netwerken goed werken. Er zijn niet minder plaatsingen. Er wordt tijdens de zwangerschap gewerkt op basis van vrijwilligheid. Door zaken al tijdens de zwangerschap aan te pakken zal het aantal kinderen dat op latere leeftijd wordt geplaatst afnemen. Een zwangerschap duurt negen maanden. Niet elke vrouw wordt vanaf de eerste week bereikt maar het blijft een belangrijke periode.

Lien Hermans is er voorstander van om anticonceptie via het OCMW beschikbaar te maken. Het lijkt eenvoudig realiseerbaar. Gynaecologen zullen zeker bereid gevonden worden om een spiraal te plaatsen. Het is zaak de vrouwen tot bij een gynaecoloog te krijgen. Op dat vlak kunnen perinataal netwerk, OCMW of buddy behulpzaam zijn.

## 6. Antwoorden van Tim Stroobants

*Tim Stroobants* antwoordt dat de VK's aan alle meldingen voorrang zouden willen verlenen. In totaal gaat het om zo'n achtduizend situaties.

Het is niet zonder belang wie intermediair of melder is. Een goed uitgebouwde drughulpverlening verschilt van een gezondheidswerker die maar weinig aanknopingspunten heeft. In een aantal gevallen zijn voorzieningen nodig die van de samenleving het mandaat hebben gekregen om een gezin te benaderen. De VK's spelen daarin een handige rol: het is een organisatie die vanuit de vrijwilligheid mensen mag aanspreken en informatie samenbrengen op een vooraf afgesproken en degelijke wijze.

De VK's bieden dezelfde meerwaarde in prenatale situaties. Ze zoeken aanklampende maar vrijwillige toenadering. Op basis van hun kennis over en vaardigheid in het aanknopen van moeilijke gesprekken benadert het VK de gezinnen vanuit een gezamenlijke en verbindende houding. De reeds betrokken hulpverleners zitten mee rond de tafel. Het valt voor dat verschillende diensten geen weet hebben van elkaars optreden. Er is een partner nodig die het overzicht bewaart en coördineert om hiaten te vermijden. Bij dat alles gaan de VK's uit van het perspectief en het belang van het kind. Soms is een interveniërend perspectief aangewezen maar tijdens een zwangerschap overlappen het belang van de ouder en het kind. Er zal niets veranderen voor het ongeboren kind als de ouder niet meewerkt. Deze genuanceerde en complexe inschatting op maat moet ook het perspectief van het kind in rekening brengen. De VK's kunnen deze rol vervullen door de nodige duiding te geven, de veiligheidsplanning uit te werken, de risico's in te schatten en doelen voorop te stellen. De beschreven situatie verschilt niet grondig van de gebruikelijke situaties maar veronderstelt specifieke expertise en kennis over de prenatale periode.

## 7. Antwoorden van Veerle Cielen

*Veerle Cielen* heeft geen zicht op het aantal problematische zwangerschappen in Limburg. Per jaar worden er ongeveer 5400 VOS-dossiers behandeld, zijn er 700 aanmeldingen bij de gemandateerde voorzieningen en worden er 430 kinderen doorverwezen van de gemandateerde voorzieningen naar de jeugdrechtbank. Daarbij komen er nog een veertigtal hoogdringende vorderingen. Pasgeboren baby's vallen onder deze laatste groep. Het systeem laat niet toe om het exacte aantal te registreren.

Het valt voor dat een vrouw met kinderen onder toezicht van de jeugdrechtbank opnieuw zwanger raakt. De sociale dienst van de jeugdrechtbank en het OCJ hebben onderlinge afspraken om dergelijke situaties op te volgen. Zonder vrijwilligheid kan het OCJ niet verder met een nog ongeborn kind.

Het Limburgse project is toegelicht op 4 juni 2021. Het is nog te vroeg om al ervaringen te kunnen delen. Het is een goede zaak dat kan worden aangemeld en dat het parket verontrustende informatie kan doorgeven aan de hulpverleners. Ongeboren kinderen kunnen doorverwijzen op basis van vrijwilligheid zou een goede zaak zijn. Het ongeborn kind opnemen in het decreet van 12 juli 2013 betreffende de integrale jeugdhulp zou van grote betekenis zijn.

## 8. Antwoorden van Marie-Jeanne Schoofs

*Marie-Jeanne Schoofs* zegt dat het Agentschap Opgroeien niet op basis van doelgroepen maar van kwetsbaarheden werkt. Men heeft het er evenmin over screening maar over psychosociale anamnese. Een aantal kwetsbaarheden kan invloed hebben op de ontwikkeling van het kind of op de ouder-kindrelatie. Wat preventief kan worden aangepakt, wordt meegenomen in de psychosociale anamnese. Er wordt ook onderzocht wie hulp kan verlenen. Zo wordt drughulpverlening soms gecombineerd met bijstand vanuit een OCMW in een nest rond het getroffen gezin. De hulpverlening moet goed op elkaar afgestemd zijn om stappen vooruit te kunnen zetten.

'Born in Brussels' is een project dat ook op basis van een psychosociale anamnese werkt. De wijze waarop die anamnese wordt aangebracht blijkt niet zonder belang. Er zijn niet veel ouders die weigeren wanneer het als ondersteuning wordt aangeboden.

Vroedvrouwen, huisartsen of gynaecologen kunnen een psychosociale anamnese afnemen. Maar ook OCMW's of het Agentschap Opgroeien vangen tal van signalen op. Het gaat om een gedeelde verantwoordelijkheid.

De lokale teams van het Agentschap Opgroeien werken preventief. Zodra hulpverlening nodig is, wordt er bijgeschakeld. Er wordt intern een oefening gemaakt om alle hulp op elkaar af te stemmen.

Op de website van het Agentschap Opgroeien staat informatie over alcohol en druggebruik. Die informatie is gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek. Er wordt over afgestemd met een aantal partners. Als de informatie onvoldoende blijkt, is het agentschap steeds bereid een en ander aan te passen. Middelengebruik maakt deel uit van de klinische prenatale zorgpaden. Hulpverleners spreken af wie het gesprek zal aangaan over bijvoorbeeld alcoholgebruik zodat een en ander ook vanuit de klinische sector wordt bevestigd.

Enkel met gezinnen die al een kind hebben kan er over gezinsplanning worden gesproken. Kind en Gezin focust niet op gezinnen zonder kinderen. Er kan gerichte informatie worden gegeven en doorverwezen.

## 9. Antwoorden van Aura Van Liefveringe

*Aura Van Liefveringe* antwoordt dat met de jeugdhulpvoorzieningen in dialoog wordt getreden over tegenindicaties bij verslaving. De samenwerking met de volwassenenhulpverlening blijft essentieel bij verslaving. Ondersteuning van het ouderschap en ontwikkeling van het kind is voor de jeugdhulpverlening. Er is voldoende professionaliteit onder de hulpverleners om te beslissen wanneer er moet worden ingegrepen.

Proportionaliteit en subsidiariteit zijn verweven in het decreet van 12 juli 2013 betreffende de integrale jeugdhulp. Als het niet meer op basis van vrijwilligheid lukt, zijn er de gemandateerde voorzieningen die minder vrijblijvend en aanklampend aan de slag kunnen gaan met ondersteuning door de volwassenenhulpverlening. Als ultieme stap kunnen gerechtelijke maatregelen mogelijk gemaakt worden. Volwassenenhulpverlening is er niet uitsluitend om de verslavingsproblematiek aan te pakken maar ook voor zaken als huisvesting of financiële problemen. Het belang van samenwerking moet opnieuw worden benadrukt.

Het Agentschap Opgroeien is met een project gestart om de situatie van ongeboren kinderen in risicovolle zwangerschappen vanuit een juridisch perspectief te bekijken. De interpretatie van de integrale jeugdhulp botst in het Limburgse project op een aantal grenzen. Kan een OCJ in samenwerking met de lokale dienst van Kind en Gezin en andere hulpverleners zijn expertise en aanklampende aanpak naar voren schuiven? Een belangrijk aspect van maatschappelijke noodzaak is dat men kan doorverwijzen naar het parket wanneer er geen vrijwilligheid meer is. Het parket kan vervolgens beslissen een jeugdrechter te vorderen. Alles verloopt binnen de kaders van de integrale jeugdhulp.

Uitgaan van het 'infans conceptus' is niet zonder gevaar. Dat concept veronderstelt immers een daad in het belang van het ongeboren kind en kent opschortende of uitstellende voorwaarden. Er kan pas worden opgetreden vanaf de geboorte van het kind. Ook in Nederland gaat dat concept uit van vermogensrechtelijke stappen. Het Agentschap Opgroeien stelt daarom voor uit te gaan van de beschermings- en menswaardigheid van het ongeboren kind. De abortusregeling is op dezelfde basis opgemaakt, net zoals de arbeidsrechtelijke bescherming van de zwangere vrouw. Er is een internationaalrechtelijk kader in de preambule bij het Kinderrechtenverdrag waarin wordt verwezen naar de bescherming van het kind voor de geboorte. Een minderjarige is thans gedefinieerd als een natuurlijke persoon, wat veronderstelt dat iemand geboren is. Als het begrip minderjarige wordt uitgebreid met het ongeboren kind en zijn beschermingswaardigheid, kan samenwerking mogelijk gemaakt worden tussen integrale jeugdhulp en volwassenenhulpverlening.

Stefaan SINTOBIN,  
voorzitter

Freya SAEYS,  
verslaggever

**Gebruikte afkortingen**

CGG	centrum voor geestelijke gezondheidszorg
CIG	centrum voor integrale gezinszorg
CKG	centrum voor kinderezorg en gezinsondersteuning
EVRM	Europees Verdrag tot Bescherming van de Rechten van de Mens en de Fundamentele Vrijheden
GoiA	Gezinnen onder invloed Antwerpen
KCE	Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
MaNo	maatschappelijke noodzaak
MSOC	medisch-sociaal opvangcentrum
OCJ	ondersteuningscentrum jeugdzorg
OCMW	Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn
PONDO	Perinataal OndersteuningsNetwerk voor Druggebruikende Ouders
PRAGT	Perinataal Regionaal Ambulant GezinsTraject
VAD	Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs
VAPH	Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap
VECK	Vlaams Expertisecentrum Kindermishandeling
VK	vertrouwenscentrum kindermishandeling
VOS	verontrustende (opvoedings)situatie
WHO	World Health Organization (= WGO: Wereldgezondheidsorganisatie)