

FOD VOLKSGEZONDHEID
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU

BRUSSEL, 9 juli 2015

DIRECTORAAT-GENERAAL GEZONDHEIDSZORG

NATIONALE RAAD VOOR ZIEKENHUISVOORZIENINGEN

Permanente werkgroep "Psychiatrie "

Ref. : NRZV/D/PSY/449-1 (*)

**Advies inzake opmerkingen op de wet van 26 juni 1990
betreffende de bescherming van de persoon van de
geesteszieke**

Namens de Voorzitter,
Dhr Peter Degadt

De Secretaris
C. Decoster

(*) Dit advies werd bekrachtigd op de Bureauvergadering van 9 juli 2015

1. Inleiding

1.1. Beschermende maatregelen

Het is de bedoeling te komen tot een aangepaste wet die in de lijn ligt van de nieuwe visie op geestelijke gezondheidszorg (vermaatschappelijking, continuïteit van zorg, zorg op maat, ...) en die tevens de rechten van de patiënt (Convention of the Rights of Persons with Disabilities, afgekort CRPD) respecteert (cf. artikel van Szmukler in de bibliografie). In de geest hiervan moet meer aandacht gaan naar de betrokkenheid van de patiënt en zijn omgeving, recht op verdediging, inzage van het dossier, ...

Ten gevolge van recente en betreuenswaardige gebeurtenissen besteedden de media de afgelopen tijd veel aandacht aan de gedwongen opnames, en de rol van justitie en de geestelijke gezondheidszorg hierbij. De wet 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke functioneert, maar de praktijkervaringen maken duidelijk dat er een aantal lacunes blijven en aanpassingen op de wet noodzakelijk zijn.

We willen benadrukken dat gedwongen opname een beschermende maatregel is die niet kan gelijkgesteld worden met bepaalde interventies zoals fixatie, isolatie, afzondering, gedwongen behandeling, ...

Daarnaast vormt de vrijwillige opname en behandeling het uitgangspunt binnen de geestelijke gezondheidszorg. Indien een alternatief hierop toegepast wordt, moet dit duidelijk beargumenteerd, verantwoord en sterk opgevolgd worden. Deze opvolging moet niet alleen gebeuren door de voorziening die de beschermende maatregel toepast, maar ook door de overheid via cijfers. Het gebruik van beschermende maatregelen heeft nood aan een duidelijk kader en een zeer voorzichtige benadering. Het mag geen automatisme zijn om te grijpen naar dergelijke maatregelen, en de toepassing ervan moet proportioneel zijn met de actie die op dat moment noodzakelijk is. Het gebruik van beschermende maatregelen moet dan ook in duidelijke protocollen omschreven zijn, met mogelijkheden tot aanpassing. Deze protocollen moeten raadpleegbaar zijn voor de patiënt en zijn omgeving.

Idealiter worden zelfs geen beschermende maatregelen toegepast. De toepassing van de wet mag niet rechtstreeks gelinkt zijn aan een psychiatrische pathologie of diagnose.

1.2. Context

Heel wat ziekenhuizen staan in voor een gedwongen opname van personen. Uit het meest recente overzicht van de Minimale Psychiatrische Gegevens blijkt dat in 2011 5.450 personen gedwongen opgenomen werden in België, waarvan 2.992 in Vlaanderen, 955 in Brussel en 1.503 in Wallonië. Hierbij willen we benadrukken dat deze gegevens zich focussen op de nieuwe gedwongen opnames in 2011, en niet op het volledige gedwongen statuut (geen verder verblijf, geen verpleging in het gezin, geen opnames voor 2011 met/zonder ontslag in 2011). Meer recente cijfers zijn enkel voor Vlaanderen via het verslag van Zorginspectie beschikbaar. In 2012 waren er 4.657 gedwongen opnames, waarvan 3.162 nieuwe.

In 2011 waren 152 gedwongen opgenomen personen minderjarig, 100 in Vlaanderen en 52 in Wallonië (geen in Brussel), met die nuance dat minderjarigen met een specifiek klinisch profiel (art 36.4 van de wet van 1965) op basis van een beschermende maatregel gehospitaliseerd kunnen worden in for K-bedden. Een aantal minderjarigen kunnen uitzonderlijk ook worden opgenomen in A-bedden. Daarnaast worden er tal van expertises in het kader van de wet van 90 uitgevoerd binnen de Brusselse psychiatrische spoeddiensten voor minderjarige patiënten.

Dit betekent dat er in België minimum 15 gedwongen opnames per dag gebeuren. Deze opnames vertegenwoordigen 6% van de opnames in de psychiatrische ziekenhuizen en de psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen, of 10,4% van de opnames in de psychiatrische ziekenhuizen.

Tussen 1999 en 2009 steeg het aantal gedwongen opnames van volwassenen in Vlaanderen met 73% (Schoevaerts et al. 2012). Deze conclusie geldt niet voor de doelgroep minderjarigen, gezien er geen duidelijke trend doorheen de jaren vast te stellen is.

Wetenschappelijk onderzoek naar duidelijke en specifieke internationale cijfers en evoluties over het aantal gedwongen opnames is amper te vinden. De beschikbare gegevens tonen alvast een grote variabiliteit in de incidentie van de gedwongen opnames in de Europese lidstaten (Schoevaerts et al. 2012). Mits u te wijzen op de nodige voorzichtigheid bij de interpretatie van de data geven we toch graag enkele vergelijkende gegevens mee (Rotthier 2012; Schoevaerts et al. 2012; Schoevaerts et al. 2014).¹ Het aantal gedwongen opnames neemt in verschillende Europese lidstaten toe, namelijk in Duitsland, Nederland, Engeland, België, Portugal, Oostenrijk, Finland en Frankrijk. Zo kent bijvoorbeeld Nederland een stijging van 24% tussen 2002 en 2009, met een totaal van 80 nieuwe gedwongen opnames per 100.000 inwoners in 2009. België heeft 47 gedwongen opnames per 100.000 inwoners, Finland 218, en Portugal 6. In Italië, Spanje en Zweden neemt de incidentie af.

Er zijn een aantal factoren die geassocieerd zijn met het toenemend aantal gedwongen opnames, zoals de verstedelijking, de verkorte opnameduur, een veranderende maatschappij met minder tolerantie ten aanzien van afwijkend gedrag, ontwikkelingen in de wetgeving, de opnamecapaciteit binnen de GGZ, en incidenten uit het verleden (Schoevaerts et al. 2014).

1.3. Adviesvraag

Vanuit Volksgezondheid werd reeds een initiatief genomen om een analyse te maken van de wet op gedwongen opnames. Dit zal resulteren in voorstellen tot aanpassing, met specifieke aandacht voor de nood aan duidelijke voorwaarden tot gedwongen opname en aan een samenwerking tussen de domeinen justitie en geestelijke gezondheidszorg.

De Interministeriële Conferentie Volksgezondheid van 18 juni 2012 gaf de opdracht aan de interkabinettenwerkgroep 'taskforce GGZ' om een analyse te maken van:

- de wet van 13 juli 2007 betreffende de internering van personen met een geestesstoornis
- de wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke

¹ De voorzichtigheid bij de interpretatie van data is aan te raden gezien o.a. de verschillende jaartallen en de onduidelijke definitie van een gedwongen opname versus onvrijwillige opname.

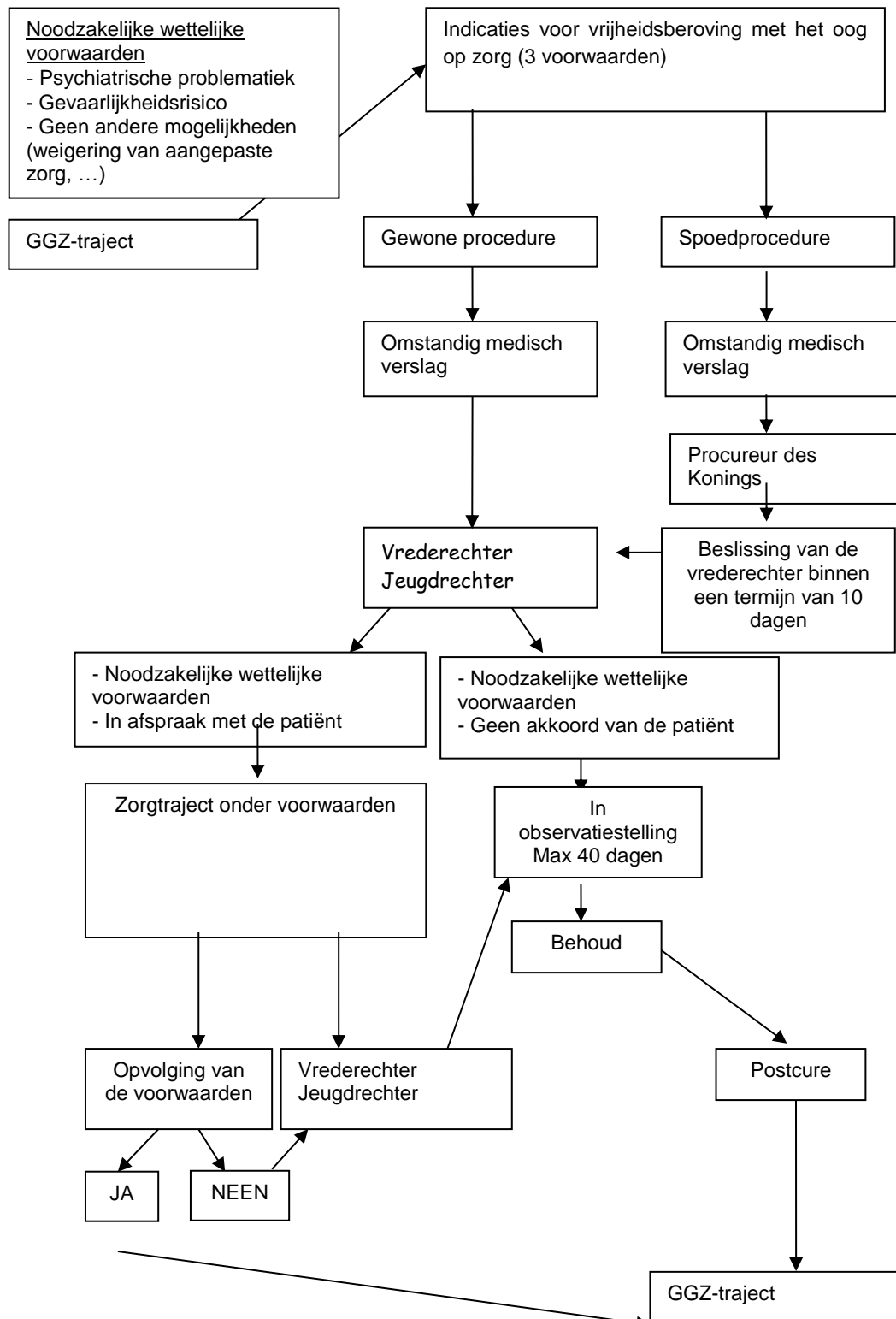
- de wet van 13 juni 2006 tot wijziging van de wetgeving betreffende de jeugdbescherming en het ten laste nemen van minderjarigen die een als misdrijf omschreven feit hebben gepleegd.

Ook minister Onkelinx stelde op 30 oktober 2012 de vraag aan de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (NRZV) om adviezen over de nodige aanpassingen op deze wetten te formuleren. De Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen rondde haar werkzaamheden met betrekking tot de interneringswet reeds in maart 2013 af. Daarna heeft de permanente werkgroep psychiatrie van de NRZV een tijdelijke werkgroep opgericht om een advies inzake de wet van 1990 te formuleren. Om vanuit de sector geestelijke gezondheidszorg en Justitie een noodzakelijke en gefundeerde inbreng te kunnen bieden, werden deze aanbevelingen met een aantal experts afgetoetst. De samenstelling van de werkgroep binnen de NRZV en de lijst van de geconsulteerde experts vindt u in bijlage 1.

Deze nota geeft een overzicht van het resultaat van de besprekingen van deze tijdelijke werkgroep. De leden vertrokken hierbij vanuit een eerder advies van december 2002 over gedwongen opnames van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen. Uiteraard werden de besprekingen gevoerd en ontwikkeld in het licht van de praktijkervaringen en achtergrond van de leden van de werkgroep.

2. Voorstellen tot aanpassingen

In dit advies geven we u een overzicht van de voorgestelde wetswijzigingen of aanbevelingen met betrekking tot de beschermende maatregelen uit de wet van 1990, en de verschillende onderdelen of aandachtspunten in dit proces. Hierna volgt een overzichtelijke en begeleidend schema, dat verder toegelicht wordt in dit hoofdstuk:



2.1. Voorwaarden

Wanneer iemand een ernstige vorm van geestesziekte heeft en een nood vertoont aan beschermende maatregelen of de bescherming van de maatschappij dit vereist, kan de rechter of procureur een aantal maatregelen uitspreken. De opname kan residentieel of ambulante gebeuren in functie van de toestand van de patiënt of de behandelingsmogelijkheden.

De werkgroep adviseert om deze voorwaarden te behouden, maar wenst graag te benadrukken dat de zorg moet primieren op dwang. Een gedwongen opname heeft immers een grote impact op het leven van de patiënt en zijn/haar familie en omgeving. We moeten dan ook zeer respectvol en voorzichtig omgaan met een dergelijk proces. De toegankelijkheid van de zorg voor een persoon met een psychiatrische problematiek is hierbij een aandachtspunt. We stellen in dit advies dan ook een tussenvorm voor bij personen met een ernstige psychiatrische aandoening die geen groot gevaarlijkheidsrisico voor zichzelf of anderen zijn, maar die niet wensen opgenomen te worden, te weten het zorgtraject onder voorwaarden binnen de thuissituatie/thuisvervangende context (zie 2.4.1.).

De werkgroep stelt voor dat het beroep op de wet van 26 juni 1990 beperkt wordt tot de volwassenen en de minderjarigen vanaf de leeftijd van 12 jaar (cf erkenning van therapeutische middelen, versterking van de omkadering, ...). De jongeren van minder dan 12 jaar moeten worden uitgesloten uit de wet van 26 juni 1990.

Wettelijk kunnen minderjarigen vanaf de leeftijd van 15 jaar opgenomen worden in de volwassenpsychiatrie. De werkgroep wenst te benadrukken dat een gedwongen opname van minderjarigen (-18 jaar) in een volwassensetting niet aangewezen is. De justitiële crisisbedden en de FOR K-bedden moeten instaan voor gedwongen opnames van minderjarigen. De crisisbedden zijn enkel bedoeld voor minderjarigen met een psychiatrische aandoening zonder delict. De FOR K-bedden zijn voorbehouden ingeval van een psychiatrische aandoening en het plegen van een delict.

Andersom mogen gedwongen opnames van volwassenen op een K-dienst/ in een K-bed in principe niet voorkomen. Een overgang voor minderjarigen naar de psychiatrie voor volwassenen moet met de nodige flexibiliteit benaderd worden. Uitzonderingen kunnen dan ook mogelijk zijn in functie van de minderjarige die gedurende de periode van de gedwongen opname meerderjarig wordt.

2.2. Procedure

De gewone procedure, alsook de spoedprocedure, moeten behouden blijven. Momenteel wordt de gewone procedure slechts in 15,3% van de gevallen toegepast.

Wel is het noodzakelijk om de beide procedures aan te passen aan de realiteit op het terrein, bvb. via een verhoogde toegankelijkheid voor de familie van een patiënt, de wettelijke verplichting voor de rechter om te verzoeken tot een omstandig geneeskundig verslag.

2.3. Maatregelen voor personen in urgentie- of crisisfase

Een specifieke benadering dringt zich op voor personen die zich in een ernstige staat van opwinding, agressie of gevaar bevinden. In dergelijke situaties komt meestal de politie als eerste ter plaatse. Voor deze personen met een mogelijke psychische stoornis, die al dan niet strafbare feiten hebben gepleegd en die al dan niet dringend medische zorg nodig hebben, is het noodzakelijk dat politie, medische diensten en parket in een protocol sluitende maatregelen afspreken ter bescherming van de omgeving van de patiënt. Deze maatregelen gaan een eventuele beslissing tot gedwongen opname vooraf. We verwijzen hier naar de afspraken die werden gemaakt door het Antwerps parket en die van toepassing zijn voor de arrondissementen Mechelen en Turnhout. Wanneer de politie als eerste ter plaatse komt, gebeurt volgens deze afspraken een eerste inschatting van de situatie door de politie die de nodige maatregelen moet nemen om de toestand veilig te stellen. Ingeval van tekenen van verwardheid, psychose, invloed van drugs, ... wordt medische hulp gevraagd. De vrijheidsberoving, indien noodzakelijk, kan bestuurlijk of gerechtelijk zijn. Indien de persoon een lichamelijke problematiek vertoont die prioritair medisch onderzoek vergt en desgevallend gestabiliseerd moet worden, krijgt de somatische evaluatie voorrang. Een psychiatrische evaluatie met het oog op een gedwongen opname volgt zo spoedig mogelijk. Indien een gedwongen opname noodzakelijk is, start de procedure voor gedwongen opname met het opmaken van een omstandig medisch verslag. Ingeval van een strafbaar feit wordt politie en parket gecontacteerd. Medisch en zorgpersoneel kan in geval van agressie beroep doen op de lokale politie.

In de toekomst kunnen ook de 2a-teams van de artikel 107-projecten (ambulante intensieve behandelteams) hierbij betrokken worden.

2.4. Omstandig geneeskundig verslag

Voor een correcte inschatting van het veiligheidsrisico voor de patiënt en de maatschappij, de psychiatrische problematiek, en de gewenste maatregel blijft een objectief en gespecialiseerd verslag ter ondersteuning van de vrederechter, jeugdrechter, procureur en andere instanties noodzakelijk. Een gedwongen opname betekent een complexe besluitvorming en verregaande vrijheidsberoving met een groot impact op de patiënt en zijn/haar omgeving. Een omstandig geneeskundig verslag dient dan ook zowel bij de gewone als bij de spoedprocedure voorzien te worden. In tegenstelling tot de huidige vorm dient dit verslag meer gedetailleerd te zijn en een aantal criteria te bevatten die de kwaliteit van dit verslag mede garanderen. Daarnaast dient ook de omgeving (familie en huisarts) van de patiënt betrokken te worden. Een bruikbaar voorbeeld van het overlegplatform GGZ te Brussel m.b.t. een eventueel standaardmodel van een gedetailleerd verslag en schriftelijke advies is in bijlage 2 bij dit advies te vinden. Om helemaal duidelijk te zijn wat betreft de praktijk in het Brussels hoofdstedelijk gewest, werd daar een dubbele filter toegepast: die van het parket en die van de experten-psychiaters. In die zin, als er een eerste omstandig medisch verslag werd uitgevoerd voor de interpellatie van het parket, vraagt de procureur des konings systematisch een tweede advies aan de psychiater van een psychiatrische spoeddienst die werkt in een pluridisciplinair team. De dispatching tussen de verschillende psychiatrische spoeddiensten wordt in Brussel georganiseerd via de zogenaamde 'Nixon'-lijn. Die maakt het mogelijk om de expertise te verfijnen en de verschillende criteria van de wet nauwkeuriger te evalueren door op pluridisciplinaire wijze op zoek te gaan naar de alternatieven voor de beschermende maatregel.

Op basis van de huidige wetgeving kan elke arts het eerste omstandig geneeskundig verslag in het kader van een gedwongen opname opmaken. Wij adviseren om dit idealiter door een psychiater te laten gebeuren. Indien deze wenselijke situatie niet vervuld kan worden, kan eventueel een arts (niet-psychiater), die specifiek geaccrediteerd zou moeten zijn m.b.t. gedwongen opname, aangesteld worden. De criteria en voorwaarden bij deze accreditering, alsook een specifieke opleiding, bestaan vandaag nog niet. De gewesten of gemeenschappen zouden in samenwerking met de betrokken partijen (universiteiten, hulpverleners voor de bescherming van de persoon van de geesteszieke,...) een specifieke opleiding moeten kunnen organiseren aangaande de verschillende stappen van de procedure van de wet van 26 juni 1990. Indien geen psychiater of geaccrediteerde arts (niet-psychiater) m.b.t. gedwongen opname beschikbaar is, kan een andere arts instaan voor het opmaken van het eerste omstandig geneeskundig verslag. In dat geval dient het verslag geëvalueerd te worden door een psychiater of geaccrediteerde arts (niet-psychiater) binnen een psychiatrische setting of spoedgevallendienst van een algemeen ziekenhuis.

Bij een gedwongen opname van minderjarigen moet een psychiater het omstandig geneeskundig verslag opstellen. Gezien de nood aan specifieke expertise inzake diagnosestelling, en de meestal veel intensievere betrokkenheid van de opvoedingscontext, is een kinder- en jeugdpsychiater de meest aangewezen persoon. Het model van het omstandig medisch verslag zou aangepast moeten worden aan het specifieke karakter van de minderjarigen.

Het is noodzakelijk dat de bovenstaande experts over een aangepast werkkader kunnen beschikken:

- Correctere honoraria. Er moet een RIZIV nomenclatuur met een nieuw specifiek nummer worden voorzien voor een honorarium zowel voor de raadpleging van een psychiater als voor de raadpleging van een arts niet-psychiater met specifieke accreditering voor het opmaken van een omstandig geneeskundig verslag. Daarnaast kunnen 2 handelingen overwogen worden: de raadpleging (gefinancierd door het RIZIV via de nieuwe nomenclatuur) en de tijd die nodig is om het geneeskundig verslag op te stellen (gefinancierd door Justitie). Er moet worden benadrukt dat de financiering niet zou mogen afhangen van het antwoord op de expertise (negatief of positief schriftelijk advies). Het pluridisciplinair expertisewerk is namelijk identiek in beide situaties.
- Voldoende tijd (een evaluatieperiode tot 24 uren – met mogelijkheid tot langere periode afhankelijk van de observatiedaden die gesteld worden), met de mogelijkheid om een multidisciplinair team te betrekken. Dit moet het mogelijk maken om tijdens de observatie een duidelijk toestandsbeeld te krijgen met betrekking tot de psychiatrische problematiek, de intoxicatie, de gevaarlijkheid en de noodzakelijke behandeling. We spreken hierbij nog niet van het statuut gedwongen opname, maar van een in observatiestelling (moment d'observation). Er is nood aan een duidelijke wettelijke omkadering, met o.a. de toestemming van de procureur des Konings. Een bestuurlijke arrestatie kan maximum 12 uren duren, hetgeen normaal gezien onvoldoende is voor een observatieperiode. Deze maatregel zal vooral tijdens de spoedprocedure toegepast worden, gezien bij een normale procedure het probleem inzake onvoldoende kennis betreffende de toestand van de patiënt en onvoldoende tijd om de kennis te verschaffen zich niet zal stellen.
- Specifieke architectonische normen. Het specifieke karakter van de behandeling van patiënten onder beschermende maatregelen vereist architectonische normen.

- Afhankelijk van de toestand van de patiënt (bijvoorbeeld bij somatische urgentie of bij somatische complicaties) kan de spoedafdeling van de algemene ziekenhuizen de context bieden voor de inobservatiestelling.
- Duidelijke en aangepaste setting voor een psychiatrische en somatische evaluatie indien nodig.

Tenslotte zou het advies van de arts tegensprekelijk moeten zijn onder de vorm van de mogelijkheid tot een second opinion van een andere arts die hiervoor correct wordt vergoed. Samen met een meer gedetailleerd verslag draagt het bij tot een meer gecontroleerde toepassing van een gedwongen opname. Volgens de huidige wet kan enkel de rechter overgaan tot de aanstelling van een geneesheer-deskundige.

2.5. Gedwongen maatregelen in de wet

De huidige wet van 1990 voorziet in 2 gedwongen maatregelen:

- de *gedwongen opname* in een daartoe erkend ziekenhuis (psychiatrisch of algemeen ziekenhuis met psychiatrische dienst) bij een psychiatrisch patiënt met een groot gevaarlijkheidsrisico voor zichzelf en/of de maatschappij en bij gebrek aan een andere geschikte behandeling.
- de *verpleging in een gezin* wanneer er beschermingsmaatregelen noodzakelijk blijken, maar de psychiatrische toestand van de persoon en de omstandigheden geen opname in een ziekenhuis vereisen.

De werkgroep erkent de meerwaarde van deze maatregelen, maar wil een bredere invulling geven aan de maatregel van verpleging in een gezin. (zie 2.5.1.).

Daarnaast is het ook noodzakelijk om duidelijk in de wet op te nemen wat het moment is waarop de vrijheidsbeperkende maatregel ingaat (namelijk de datum van het vonnis bij de gewone procedure en de datum van de beslissing van de procureur bij de spoedprocedure).

2.5.1. Bredere invulling van de maatregel “verpleging in een gezin” en een alternatief zorgtraject

In het kader van de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg moet tot een bredere invulling van de bestaande wettelijke maatregel van verpleging in het gezin gekomen worden. Meer concreet wordt gepleit om de thuissituatie van de patiënt te verruimen tot de thuisvervangende situatie zoals de psychiatrische verzorgingstehuizen, de woon- en zorgcentra en mogelijk zelfs de initiatieven beschut wonen. Ook de centra voor geestelijke gezondheidszorg, de mobiele crisisteamen in het kader van de artikel 107-projecten kunnen hier een rol vervullen.

Om het aantal gedwongen opnames terug te dringen voorziet het advies een alternatief zorgtraject voor gedwongen opnames. De patiënt beantwoordt aan de toepassingscriteria van de wet inzake gedwongen opnames met evenwel een minder stringente toepassing van de gevaarscriteria. De patiënt krijgt niet het statuut van een gedwongen opname, maar er is wel inspraak van een rechter. In overleg met de patiënt worden een aantal voorwaarden afgesproken zoals het behandelplan dat zal opgevolgd worden door de behandeld psychiater. Bij het niet

naleven van de afspraken, gaat het dossier naar de rechter of procureur voor de opstart van een gedwongen opname. Dit alternatief zorgtraject is opgenomen in het schema onder punt 2 op pagina 3. Voor dit traject kunnen in grote lijnen dezelfde regels gelden als bij een gedwongen opname in een erkend ziekenhuis wat betreft de te volgen procedure, hulp aan de patiënt, ...

2.5.2. Gedwongen opname

Voorwaarde

Een persoon kan gedwongen worden opgenomen indien hij/zij een ernstige vorm van geestesziekte heeft die een groot veiligheidsrisico voor zichzelf en/of de maatschappij inhoudt. De gedwongen opname mag enkel benut worden indien er geen akkoord van de patiënt betreffende een behandeling mogelijk is. We wensen te benadrukken dat een gedwongen opname een zo beperkt mogelijke periode moet inhouden, in functie van een stabilisering bij de patiënt. De patiënt moet zo snel als mogelijk opnieuw in het gewone GGZ circuit terecht kunnen.

Programmatie en erkenning

De werkgroep adviseert om twee specifieke *en onderscheiden programmaties* voor gedwongen opnames te voorzien, één in het kader van de doelgroep voor volwassenen en ouderen, en één in het kader van de doelgroep minderjarigen (van 12 tot 18 jaar). Deze programmatie staat los van de toegankelijkheid van de spoeddiensten van de algemene ziekenhuizen. Indien iemand op een dergelijke spoedienst terecht komt, is een sterke samenwerking met een psychiatrisch ziekenhuis of een algemene ziekenhuis met een psychiatrische afdeling vereist.

De NRZV adviseert verder om de programmatie vorm te geven in functie van het netwerk, op basis van de middelen en behoeften binnen deze regio.

De psychiatrische ziekenhuizen en algemene ziekenhuizen met een psychiatrische dienst kunnen binnen deze programmaties vrijwillig een erkenning voor gedwongen opnames aanvragen, gekoppeld aan kwaliteitscriteria. Aan de ziekenhuizen met een erkenning voor gedwongen opnames zullen bijkomende middelen worden toegekend (o.a. extra middelen voor omkadering).

De mogelijkheid moet bestaan om een niet-vrijwillige erkenning te voorzien bij een zeer ongelijke geografische spreiding. De niet-vrijwillige erkenning moet gekoppeld worden aan het werkingsgebied en niet aan een individueel ziekenhuis, rekening houdend met de plaatselijke infrastructuurle mogelijkheden.

Het ziekenhuis kan een erkenning aanvragen voor de K-dienst of voor de afdeling voor volwassenen of voor de beide doelgroepen.

In functie van de gedwongen opnames van minderjarigen kunnen enkel psychiatrische, universitaire en algemene ziekenhuizen met een K-dienst, crisisbedden of FOR K-bedden een erkenning aanvragen. De kinder- en jeugdpsychiatrie moet over voldoende behandelcapaciteit beschikken om een gedwongen opname op te vangen. Het is ook noodzakelijk dat de pilootprojecten (FOR K-bedden) een structurele erkenning krijgen, met aandacht voor de huidige ontoereikende spreiding en met voldoende zorg voor de personeelsomkadering. De regionale of subregionale kenmerken zouden ook in overweging genomen moeten worden.

Gezien de organisatorische impact van de gedwongen opnames op de diensten, pleiten we niet voor afzonderlijke eenheden, maar wel voor bijkomende capaciteit in de diensten via de personeelsomkadering en/of specifieke bedden waar er nu geen bezettingsnormen bestaan. Dit is

noodzakelijk voor een beperkte periode in functie van stabilisering. Deze diensten moeten geen systematisch gesloten units zijn maar moeten wel de mogelijkheid tot beveiliging bieden (cf. punt 2.4 specifieke architectonische normen).

Een aangepaste personeelsomkadering voor diensten die patiënten gedwongen opnemen is dus verantwoord, rekening houdende met de ernst en de complexiteit van de pathologie van deze patiënten gecombineerd met de behoefte aan grotere beveiliging ('sécurité' in de Franstalige versie) en frequenter strikt toezicht en de betrokkenheid van een complexe omgeving.

- De werkgroep pleit voor de gedwongen opname van volwassenen minimum voor de personeelsnorm bij de intensieve behandel eenheden (IBE) (1,875 VTE/bed of 30/16).² Hieraan dient een budget gekoppeld te worden. Rond de erkenningsnormen dient er aandacht te zijn voor de contingenten.
- Wat betreft de gedwongen opnames van minderjarigen is de norm van een FOR K-bed aangewezen, Deze personeelsomkadering focust zich op de zorg en beveiliging, en dit advies spreekt zich niet uit over de omkadering voor administratie, sociale diensten, maatschappelijk werk, ...³⁴ Hierdoor moeten we de omkadering en bijhorende financiering in de brede betekenis interpreteren.

Nazorg

Nazorg moet mogelijk blijven, en in tegenstelling tot de huidige wet niet enkel tijdens het "verder verblijf". De werkgroep pleit voor meer flexibiliteit bij de procedure. Zo moet ambulante nazorg na een residentiële gedwongen opname binnen de termijn van 40 dagen kunnen, met de mogelijkheid tot verlenging zonder complexe procedure, zonder heropname.⁵ Een nieuwe beslissing van de vrederechter of jeugdrechter, na een tegensprekelijk debat, en in aanwezigheid van de patiënt (tenzij deze geen gevolg geeft aan de oproep), is hierbij noodzakelijk. Deze verlenging van periode van nazorg zonder heropname dient per periodes van 1 jaar te gebeuren. Na elk jaar van nazorg kan op basis van een medische evaluatie een verlenging toegestaan worden.

Deze nazorg moet in een residentiële of ambulante setting kunnen gebeuren.

Ontvluchting van een meerderjarige/weglopen van een minderjarige

De werkgroep adviseert om bij een ontvluchting van een volwassene gedurende een periode van minder van 3 maanden de procedure voor gedwongen opname niet on hold te zetten. De zware administratieve procedure om de gedwongen opname te verlengen met het aantal dagen van ontvluchting rechtvaardigt deze stelling. Indien de ontvluchting echter de 3 maanden overstijgt, pleit de werkgroep om de gedwongen opname stop te zetten, gezien de blijvende verantwoordelijkheid van de psychiater en het ziekenhuis voor de ontvluchte patiënt. Indien de patiënt na het stopzetten van de gedwongen opname toch terugkeert, kan een nieuwe procedure opgestart worden.

Bij minderjarigen is de situatie echter acuter en steeds van kortere duur. We adviseren om bij weglopen de gedwongen opname na 10 dagen stop te zetten (naar analogie met het voorstel tot ontwerp van samenwerkingsakkoord dat is uitgewerkt in het kader van de proefprojecten

² Deze norm werd berekend via een prospectief financieringsmodel, op basis van het aantal ligdagen bij gedwongen opnames over 5 jaar. Een evaluatie na 5 jaar is dus nodig voor de berekening van de financiering voor de komende 5 jaar.

³ Momenteel krijgen de ziekenhuizen een vast bedrag van 328,9€ per dossier of 6.579€ per jaar toegekend in functie van de administratieve vereisten bij een gedwongen opname. Deze vergoeding is afgestemd met het aantal gedwongen opnames.

⁴ Behalve bij de enveloppefinanciering van de IBE, in deze middelen zitten de andere functies wel vervat.

⁵ De jeugdrechter kan reeds een voortgezette ambulante maatregel opleggen binnen de 40 dagen.

intensieve behandel eenheden (IBE) en For-K). De term uit de wet (ontvluchting) zou gewijzigd moeten worden en aangepast aan de maatregelen ter bescherming van de minderjarigen (weglopen).

Protocol

Tenslotte is er nood aan een gemeenschappelijk algemeen protocol voor België dat duidelijk bepaalt wat de opdrachten en praktijken zijn van elke relevante actor bij een gedwongen opname. Dit protocol wordt opgesteld op basis van de verschillende bestaande nationale en internationale protocollen en goede praktijken. De netwerken concretiseren de opdrachten en praktijken van elke relevante actor op basis van het protocol.

2.6. Crisisplan

Als kenmerk van goede zorg is het sterk aangewezen om bij een gedwongen opname of een zorgtraject onder voorwaarden binnen de thuissituatie/thuisvervangende context expliciet een crisisplan schriftelijk uit te werken bij het stopzetten van de gedwongen maatregel. Dit gebeurt in overleg met de patiënt, het behandelend team en de betrokken zorgactoren. Bij minderjarigen is de betrokkenheid van de context en eventueel de sociale dienst van de jeugdrechtbank noodzakelijk.

Het plan bevat relevante factoren en informatie m.b.t. wat er dient te gebeuren als de patiënt in crisis raakt en hoe hij/zij het best geholpen kan worden. Bvb. de wilsuiking van de patiënt bij een toekomstige crisis (bvb. de niet- of wel te opteren voorziening voor behandeling), de te contacteren personen indien een crisis zich voordoet, de acties die men kan ondernemen om een crisis te voorkomen, ...

In Nederland is het crisisplan aangeraden maar kan de patiënt niet verplicht worden. Het plan wordt samengevat in een crisiskaart. De patiënt houdt dit zelf bij (ongeveer de grootte van een bankkaart) en de voorziening waar hij/zij in behandeling is neemt dit op in het elektronisch patiëntendossier. Elke patiënt is zelf verantwoordelijk voor de actualisering van de kaart. Daarnaast houdt een crisiskaart-consulent een periodieke evaluatie in functie van aanpassingen bij wijzigingen in de situatie.

In België zou een crisiskaart via e-health kunnen worden opgenomen, zodat elke verantwoordelijke behandelaar deze informatie kan raadplegen en aanpassen waar nodig. Uiteraard is respect voor de privacy van de patiënt essentieel. Het is belangrijk dat het medisch geheim in stand wordt gehouden en dat de instemming van de patiënt wordt gerespecteerd. Bovendien moet administratieve belasting worden vermeden en moet men proberen een crisiskaart in te voeren die het resultaat is van voorafgaand overleg tussen beroepsbeoefenaars en patiënten.

2.7. Keuze van de voorziening

Net zoals in de huidige wetgeving blijft een ziekenhuis met erkenning voor gedwongen opnames verplicht om deze opname op zich te nemen. Gezien de verantwoordelijkheid die een netwerk van voorzieningen opneemt, en gezien de bredere invulling van het alternatief (cf. punt 2.5.1) hierop, pleit de werkgroep voor een voorafgaand overleg met het netwerk bij een beslissing door de

vrede- of jeugdrechter bij het vonnis, of door het Parket. Op basis hiervan kan de rechter rechtstreeks contact opnemen met de voorziening die de gedwongen opname of de behandeling binnen het zorgtraject onder voorwaarden in de thuissituatie/thuisvervangende context eventueel op zich zou kunnen nemen. Op die manier kan het netwerk anticiperen op het verdere zorgtraject. Dit is een voorafgaand overleg, waarbij een wachtdienst op basis van een gezamenlijk afgesproken regeling aanvullend kan werken.

Bij de keuze van de voorziening die de maatregel zal uitvoeren moet de rechter en het netwerk rekening houden met

- de meest geschikte behandeling voor de patiënt,
- de differentiatie van het behandelaanbod,
- de voorkeur van de patiënt indien mogelijk,
- de bekendheid van de patiënt met een concrete behandelomgeving,
- de programmatie en erkenningen van de ziekenhuizen voor een gedwongen opname,
- de reële leefcontext bij minderjarigen, zodat bij de keuze van de maatregel de optimale plaats voor de patiënt gekozen wordt. Zo kan soms de domicilieplaats en de werkelijke verblijfsplaats van de minderjarige de regio van opname mee bepalen.

De rechter en de procureur moet deze keuze kunnen maken ongeacht het gerechtelijke arrondissement waar de maatregel wordt genomen.

Hierin dient men de bestaande netwerken en zorgcircuits wel te blijven respecteren en responsabiliseren en dienen er onderling afspraken gemaakt te worden (momenteel meestal provinciaal georganiseerd).

De wet moet expliciet vermelden dat het toevertrouwen aan een andere voorziening, ook in de observatieperiode, met oog op een meer geschikte behandeling, steeds mogelijk is. Een transfert gebeurt in overleg tussen de geneesheren-hoofd van dienst van de betrokken diensten of organisaties.

2.8. Betrokkenheid van de patiënt en de omgeving

De rol van de familie en de huisarts is momenteel beperkt en het systeem van de vertrouwenspersoon wordt niet overal benut. De werkgroep wenst een versterking van deze rollen, en stuurt aan op een grote betrokkenheid binnen de context van de huidige wetgeving (bvb. beroepsgeheim van de psychiater en de nood aan toestemming van de patiënt bij het delen van gegevens). We verwijzen in deze context naar het initiatief "Pair-Aidance" van de asbl En Route die kan bijdragen tot het invullen van deze noodzakelijke rollen. Pair-Aidance draagt bij tot het herstel van het individu/de patiënt door en voor diens gelijken. Een Pair-Aidant is een (ex-)gebruiker van de diensten in de geestelijke gezondheidszorg.

Het bovenstaande is in versterkte mate belangrijk bij minderjarigen.

In principe is het de bedoeling zoveel mogelijk de omgeving te betrekken op voorwaarde dat er sprake is van een vertrouwensrelatie tussen de patiënt en zijn omgeving. Bij ontstentenis hiervan is het niet wenselijk om de omgeving te betrekken. Met deze situaties dient ook rekening te worden gehouden. Het is duidelijk dat voor alle betrokken actoren de finale beslissing berust bij de gerechtelijke instantie.

Daarnaast moet de patiënt en zijn omgeving van bij het begin over de nodige en relevante informatie beschikken. Bvb. de rechten van de patiënt, bvb. (de protocollen betreffende) de toepassing van de beschermende maatregelen, bvb. de bemiddelingsprocedure, Het moet ook mogelijk zijn dat de huisarts de volledige periode mee opvolgt en betrokken wordt. Ook een neutrale derde persoon (maatschappelijk werker, ombudsdienst, ...) kan proactief een steun bieden bij het verschaffen of verduidelijken van de nodige informatie.

Tenslotte willen we in dit kader wijzen op de discrepantie in de huidige wet. De patiënt moet nl. binnen de 15 dagen inzage in zijn dossier krijgen, maar de zitting voor de rechtbank gebeurt al na 10 dagen. Hierdoor is het mogelijk dat de patiënt zonder kennis van zijn dossier voor de rechter moet verschijnen. Dit kan uiteraard niet.

2.9. Registratie

In het licht van kwalitatieve en kwantitatieve evaluaties en onderzoeken, de ontwikkeling en uitvoering van het beleid, maar ook in functie van transparantie en verantwoording, is de registratie van objectieve gegevens met betrekking tot gedwongen opnames en het alternatief zorgtraject noodzakelijk. De werkgroep pleit dan ook voor het behoud van één globaal systeem (de huidige uniforme Vlaamse registratie van cijfergegevens), verbonden aan een tijdige terugkoppeling van de verwerkte gegevens. Om lacunes in dit registratiesysteem op te vangen, zijn een aantal aanpassingen aangewezen.⁶

Hierbij verwijzen we ook naar de beslissing van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid op 30 september 2013 om een gemeenschappelijke registratie te realiseren voor alle initiatieven die momenteel bestaan op vlak van de geestelijke gezondheidszorg. In opvolging hiervan bracht de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen op 12 december 2013 een advies uit over de noodzakelijke aanpassingen aan de Minimale Psychiatrische Gegevens, dat zich focust op een nieuwe structuur. Er wordt nagedacht om één uniforme registratie voor alle voorzieningen in de GGZ te hanteren. Deze zou bestaan uit één algemene set met beleidsrelevante gegevens en de mogelijkheid voorzien om data te verzamelen voor specifieke doelgroepen teneinde de algemene registratie aan te vullen (bvb. m.b.t. gedwongen opname). Afstemming tussen de regionale registratie van cijfergegevens over gedwongen opnames en MPG is noodzakelijk, om te vermijden dat diensten of voorzieningen dubbel moeten registeren.

Daarnaast is er nood aan meer wetenschappelijk onderzoek en aandacht voor de validiteit, betrouwbaarheid en bruikbaarheid van gegevens bij de verzameling van data in opdracht van de overheden.

In de toekomst moet het mogelijk worden om alle gegevens inzake gedwongen opnames digitaal bij te houden. Zo moet het register inzake gedwongen opnames dat nu manueel wordt bijgehouden, dringend geïnformatiseerd worden.

⁶ O.a. onderscheid tussen gedwongen opname met korte en lange termijn; afstemming met het eigen registratiesysteem van de IBE; geweigerde aanvragen; kwaliteit van de gedwongen opname; oneigenlijk gebruik van gedwongen opname; aantal niet-bekrachtigingen; aantal gedwongen opnames per gerechtelijk arrondissement; gegevens opsplitsen naar minderjarigen/meerderjarigen bij de terugkoppeling; meer diversificatie bij de verblijfplaats voor de gedwongen opname bij minderjarigen.

2.10. Ethische principes

Er bestaat een spanningsveld tussen de autonomie van de patiënt, het recht op goede zorg en de veiligheid van de patiënt en de omgeving. Vaste procedures bieden een houvast in moeilijke situaties, maar er moet ruimte blijven voor overleg en een ethische reflectie door de betrokkenen.

Er zijn heel wat bepalingen die noodzakelijk zijn bij deze ethische reflectie. Enkele voorbeelden:

- *De wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt* is ook van toepassing op personen die onderworpen zijn aan een gedwongen maatregel. Bijgevolg respecteren de betrokken actoren de rechten van de patiënt, behoudens de uitzonderingen die in de wet voorzien zijn. Zo voorziet art.6 de mogelijkheid om wettelijke uitzonderingen te voorzien op de vrijheid van de patiënt bij de keuze van de voorziening.
- De wet op de patiëntenrechten is helder, maar de toepassing van een *dwangbehandeling* heeft nood aan een duidelijk kader dat aansluit bij de specifieke context van een gedwongen maatregel. De werkgroep verkiest om de principes bij een gedwongen behandeling mee in rekening te brengen bij de toepassing van gedwongen maatregelen. Wij vragen naar een expliciet wettelijk kader op basis van de deontologische principes van het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek uit het advies nr. 21 van 10 maart 2003 betreffende “gedwongen behandeling bij gedwongen opname”⁷, en het advies van 14 september 2013 van de Nationale Raad van de Orde der Geneesheren over dwangbehandeling (zowel in kader van gedwongen behandeling als internering). Hierbij is aandacht nodig voor de verschillen tussen enerzijds een zorgtraject onder voorwaarden en anderzijds een gedwongen opname.
- De werkgroep pleit om *vrijheidsbeperkende maatregelen*, ook in het kader van een gedwongen maatregel, te vermijden. In bepaalde gevallen is dit echter onmogelijk, maar moet het steeds met de nodige zorgvuldigheid gebeuren. In functie van ethische afwegingen dienen ethische comités hierin betrokken te worden.
- Gezien de specifieke context bij gedwongen opnames en de diverse betrokken actoren is bijzondere aandacht en voorzichtigheid bij het delen van informatie noodzakelijk.
- In opvolging van het VN-verdrag betreffende de rechten van personen met beperkingen, het VN-Verdrag ter voorkoming van foltering en onmenselijke of vernederende behandeling of bestraffing, en het Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens dient België wetgevende, administratieve en andere maatregelen te nemen of bestaande maatregelen te ondersteunen/verderzetten in functie van o.a. het gelijkheidsbeginsel, de keuzevrijheid van de voorziening en de vrijheid en veiligheid van personen.

Specifiek voor kinderen en jongeren verwijzen we ook nog naar het verdrag inzake de rechten van het kind (kinderrechtenverdrag) gebaseerd op de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens van 20.11.89 en van kracht op 2 september 1990 na ratificatie door 20 lidstaten van de Verenigde Naties.

⁷ De principes van het advies van het Raadgevend Comité (2003) zijn echter niet altijd afgestemd op de wet op de patiëntenrechten (2002).

2.11. Samenwerking en overleg

De werkgroep wijst op de verantwoordelijkheden van een netwerk, waarbij communicatie en samenwerking tussen de verschillende betrokken partners centraal staan.⁸ Overleg kan op casusniveau gebeuren, alsook op een overstijgend niveau.

2.11.1. Casusgebonden overleg

Met het oog op vervolgzorg en in functie van de continuering van een bestaand traject mogen de verantwoordelijkheden niet beperkt worden tot de voorziening die de gedwongen opname of het preventieve traject op zich neemt. Bvb. De lopende hulpverlening, voorafgaand aan de gedwongen opname, moet betrokken blijven worden. Of bvb. de betrokkenheid van de sociale dienst van de jeugdrechtbank voor jongeren die al onder de jeugdrechtbank stonden is tijdens de gedwongen opname van belang.

De uitbouw van zorgtrajecten voor volwassenen enerzijds en minderjarigen anderzijds is noodzakelijk, rekening houdend met de kenmerken van de specifieke context van beide leeftijdsgroepen. Deze benadering moet echter niet in een wettekst opgenomen worden, maar moet als opdracht gegeven worden aan het netwerkmodel, het overlegmodel, en de samenwerking en communicatie.

Zoals eerder benadrukt is een voorafgaand overleg met het netwerk bij de keuze van de voorziening die de gedwongen maatregel op zich zal nemen wel belangrijk, maar zal in de praktijk niet steeds mogelijk zijn.

2.11.2. Overleg op casusoverstijgend niveau

Ook een gestructureerd overleg op casusoverstijgend niveau tussen magistraten, hulpverleners, advocatuur, politie, ... moet door de netwerken ontwikkeld worden. Dit verzekert een overlegtafel om positieve ervaringen en aandachtspunten of problematieken te bespreken.⁹ Daarnaast ondersteunt dit het sluiten van akkoorden en de kennis van de rechter van de verschillende bestaande mogelijkheden in het netwerk.

Wat betreft de minderjarigen moet de huidige rol van de brugfuncties toegevoegd worden aan de zich ontwikkelende netwerken.

2.12. Advocatuur

De werkgroep vraagt een uitzondering op de nieuwe afspraak op niveau van de Vlaamse Balies eind 2012-begin 2013. Ingevolge die afspraak kan de bijstand van de ambtshalve aangestelde advocaat enkel nog voor de eerste zitting automatisch via pro-deo regeling verlopen. Vanaf de tweede zitting moet de patiënt de inkomensbewijzen voorleggen om verder op een pro-deo advocaat te kunnen rekenen. Bij ontstentenis zal hij/zij in principe zelf de factuur moeten betalen. Dit zal ook het geval zijn wanneer hij/zij zelf geen raadsman heeft gewild of wanneer hij/zij niet akkoord gaat of niet tevreden is met de geleverde bijstand. Het gebeurt dat advocaten nu reeds

⁸ Mogelijke netwerken kunnen gevormd worden op basis van de netwerken 107 of de werkingsgebieden van de hoven van beroep of de gerechtelijke arrondissementen.

⁹ Bvb. Het optreden door de politie moet volgens de huidige wet in burger gebeuren om negatieve effecten bij de patiënt af te remmen, maar deze regel wordt in de praktijk amper toegepast.

na de eerste zitting de gegevens opvragen m.b.t. het inkomen van de patiënt zonder dat reeds duidelijk is of er wel een tweede zitting komt. Deze nieuwe aanpak creëert verwarring, In de uitvoeringsbesluiten van de wet op gedwongen opnames staan de kosten van de ambtshalve aangestelde raadsman immers niet bij de kosten die door de patiënt gedragen dienen te worden. De vraag stelt zich hoe die afspraak zich verhoudt tot de wet, die ongewijzigd bleef. De aanpak veroorzaakt verder onrust bij de patiënten en de voorzieningen van de geestelijke gezondheidszorg. Tenslotte rijst de vraag of dit nieuwe systeem de privacy van de patiënt niet schendt.

Wat voor de werkgroep belangrijk lijkt, is dat de advocaat en de vertrouwenspersoon van de patiënt snel worden verwittigd, en niet 24 u vóór de patiënt wordt verhoord. Dat opdat er een echt tegensprekelijk debat zou kunnen plaatsvinden.

De werkgroep wenst ook een specifieke procedure te ontwikkelen tussen de Orde van de advocaten en de Orde van de geneesheren waarbij een kader aan de opdracht van de advocaat zal worden gegeven.

Tenslotte moet voor minderjarigen een jeugdadvocaat aangesteld worden. In functie hiervan kunnen er eventueel lijsten met mogelijke advocaten die zich willen engageren voor gedwongen opnames bij minderjarigen opgesteld worden.

2.13. Financiële kosten

Er zijn drie vormen van financiële kosten: de kosten van de advocaat, de kosten van de zorg en de transportkosten. De werkgroep stelt voor dat de kosten voor verzorging ten laste van Volksgezondheid (tussenkost RIZIV) en de patiënt (persoonlijk aandeel of remgeld van de patiënt) zouden vallen, en dat de kosten voor de advocaat en het transport ten laste van Justitie zouden vallen.

2.14. Raakvlakken met andere wetgevingen

De werkgroep pleit voor een strikte scheiding tussen de wettelijke procedure voor gedwongen opnames en de procedure internering, alsook meer veralgemeend het opleggen van een gedwongen behandeling. Bij de eventuele aanpassingen aan de wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke dient het onderscheid tussen beide toepassingen behouden te worden. Het wettelijke kader voor de internering kreeg reeds een evaluatie en vervanging met de wet van 5 mei 2014. Deze nieuwe wet schrapt de initiële maatregelen uit de interneringswet van 21 april 2007 om gedetineerden met een veiligheidsrisico en een ernstige psychiatrische problematiek bij strafeinde gedwongen op te nemen onder de wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke. Daarnaast wordt ook de internering van veroordeelden afgeschaft. We begrijpen dat het niet de bedoeling kan zijn om elke veroordeelde met psychische of psychiatrische problemen te interneren, en zijn voorstander van een voorzichtige afweging tussen de noodzaak van een internering van een veroordeelde enerzijds en de psychiatrische behandeling van de veroordeelde (zonder over te gaan tot een internering) anderzijds. Maar biedt de context van een penitentiaire inrichting wel voldoende garanties om in de behandeling te voorzien? De schrapping van de mogelijkheid om veroordeelden te interneren vergroot de kans dat een veroordeelde met ernstige psychiatrische

problemen steeds gedwongen wordt opgenomen bij strafeinde (indien aan de voorwaarden voldaan is), ook al staat dit niet uitdrukkelijk in de interneringswet vermeld.

Daarnaast kent de wet van 1990 ook raakvlakken met de Jeugdwet van 2006. Voor een gedetailleerde uitwerking hiervan verwijzen we naar het ontwikkelende derde luik van de aan de NRZV gevraagde adviezen inzake de wetten betreffende de GGZ (zie 1.).

3. Besluit

België geeft een aantal gedwongen maatregelen via de wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke een wettelijk kader. De wet functioneert, maar de praktijkervaringen maken duidelijk dat er een aantal lacunes blijven en aanpassingen op de wet noodzakelijk zijn. De werkgroep expliciteert in dit advies op basis van de inbreng van de sector GGZ haar visie op de wet, de noodzakelijke veranderingen en de beleidsaanbevelingen. Een aantal specifieke accenten wat betreft de doelgroep minderjarigen werden gelegd.

Het advies geeft input bij de beslissing van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid van 18 juni 2012 en de adviesvraag van minister Onkelinx op 30 oktober 2012 aan de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (NRZV) om een analyse te maken van o.a. de wet van 1990.

De werkgroep legt de nadruk op vrijwillige behandeling, en ziet de maatregelen zoals in dit advies beschreven als een absolute uitzondering hierop. De gedwongen opname moet blijven bestaan en ondersteund worden door een aangepaste omkadering en programmatie krijgen. Als gevolg van de hervorming van de GGZ voor volwassenen ("artikel 107") richting vermaatschappelijking van de zorg en ter ondersteuning van de gewone procedure dient zorg in een aangepaste omgeving een uitgebreidere invulling te krijgen in functie van een zorgtraject onder voorwaarden binnen de thuissituatie of thuisvervangende context. Voorts wordt een alternatief zorgtraject voorzien om het aantal gedwongen opnames te verminderen.

We pleiten voor een meer kwaliteitsvolle ondersteuning van het medisch verslag en de omstandigheden waarin dit opgemaakt wordt. Ook hebben we aandacht voor de continuïteit van de zorg en de samenwerking tussen de betrokken actoren.

In het licht van kwalitatieve en kwantitatieve evaluaties en onderzoeken, de ontwikkeling en uitvoering van het beleid, maar ook in functie van transparantie en verantwoording, raden we één globaal systeem aan voor de registratie van de nodige gegevens, gekoppeld aan een tijdige feedback.

Gezien de bijzondere context bestaat er een spanningsveld tussen de autonomie van de patiënt, het recht op goede zorg en de veiligheid van de patiënt en de omgeving. Vaste procedures bieden een houvast in moeilijke situaties, maar er moet ruimte blijven voor overleg en een ethische reflectie door de betrokkenen.

Tenslotte eindigt dit advies met een kijk naar de raakvlakken met andere wetgeving, meer bepaald de wet op internering en de jeugdbeschermingswet.

Wij hopen u met deze informatie het advies vanuit de sector GGZ verduidelijkt te hebben, en vragen hiervoor de aandacht bij het komende beleid en begrotingsonderhandelingen.

4. Bibliografie

Federale Overheidsdienst Volksgezondheid. Minimale Psychiatrische Gegevens. Brussel: 2011.

Koninklijk Besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 18 juli 1991 ter uitvoering van artikel 36 van de wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke

Koninklijk Besluit van 18 juli 1991 ter uitvoering van artikel 36 van de wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke

Koninklijk Besluit van 18 juli 1991 ter uitvoering van de wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke

Nationale Raad van de Orde der Geneesheren. Advies over dwangbehandeling. 2013.

Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen. Advies inzake "gedwongen opnamen". Brussel: 2002.

Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen. Advies m.b.t. de uitbouw van een GGZ-programma voor kinderen en jongeren. Brussel: 2011.

Raadgevend Comité voor Bio-ethiek. Advies "gedwongen behandeling bij gedwongen opname". 2003.

Raad van Europa. Het Europees Verdrag ter voorkoming van foltering en onmenselijke of vernederende behandeling of bestraffing. Straatsburg; 1987.

Rotthier, K. Gedwongen opname van de geesteszieke. Brugge: Die Keure; 2012.

Schoevaerts, K, Bruffaerts, R, Vandenberghe J. Wetenschappelijke validatie van gegevens en cijfers met betrekking tot de gedwongen opnames in Vlaanderen 2007-2010. 2012.

Schoevaerts, K, Bruffaerts, R, Vandenberghe J. Gedwongen opname in Vlaanderen - Medisch-psychiatrische en epidemiologische perspectieven. Gent: Academia Press; 2014.

SZMUKLER, G., et al., Mental health law and the UN Convention on the rights of persons with disabilities", International Journal of Law and Psychiatry, 2013.

Verenigde Naties. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. 2006.

Wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke (B.S. 27 juli 1990).

Wet van 1 juli 1964 tot bescherming van de maatschappij tegen abnormalen, gewoontemisdadigers en plegers van bepaalde seksuele strafbare feiten (B.S. 17 juli 1964).

Wet van 5 mei 2014 betreffende de internering van personen (B.S. 9 juli 2014).

Zorginspectie (Vlaamse Gemeenschap). Jaarverslag omtrent de toepassing van de wet op de bescherming van de persoon van de geesteszieke in Vlaanderen. Brussel: 2012.

Bijlage 1: betrokken experts

Leden van de ad hoc werkgroep forensische GGZ binnen de NRZV

CHAMBEAU Evelyne – Verbond van de Private Ziekenhuizen van België.
CRAEYMEERSCH Mieke - Similes
DE BOCK Paul – FOD Volksgezondheid
DE RYCKE Raf – voorzitter van de Broeders van Liefde en voorzitter van de ad hoc werkgroep forensische GGZ van de NRZV
DEMESMAECKER Marc – La Fédération des Institutions Hospitalières
HENRARD Denis– La Fédération des Institutions Hospitalières
HOYOUX Stéphane – Santhea
Prof. dr. LAMPO Annik – UZ Brussel
LEFEBVRE Vincent – FOD Volksgezondheid en secretaris van de ad hoc werkgroep forensische GGZ van de NRZV
MOENS Ann – Zorgnet Vlaanderen
MOENS Isabel – Zorgnet Vlaanderen
Prof. dr. PEUSKENS Joseph – UPC KU Leuven

Geraadpleegde experts

Experten reeds betrokken rond interneringswet

- Koen Oosterlinck (Juridisch expert Broeders van Liefde)
- Dr Benjamin Delaunoy (Psychiater Les Marronniers)
- Ludewei Pauwelyn (Zorgnet Vlaanderen)

Justitie

- Stefan Demeyer (Vrederechter 1^e kanton St.-Niklaas)
- Kristiaan Rotthier (Vrederechter kanton Beveren – vroeger Zelzate)
- Mathilde Steenbergen (Beleidscel van de Minister van Justitie)
- Anne-Marie Flo (Beleidscel van de Minister van Justitie)

GGZ-sector

- Dr Joris Vandenberghe (Psychiater – Liaisonpsychiatrie – UPC KU Leuven, campus Gasthuisberg)
- Dr Katrien Schoevaerts (Doctoreert rond gedwongen opname)
- Edith Stillemans (Médecin-chef de CHJ Titeca)
- Prof Herman Nys (Directeur van het Centrum voor Biomedische Ethiek en Recht van de KU Leuven)
- Jean-Michel Longneaux (expert francophone proposé pour les questions éthiques)
- Wim Wouters (Directeur CGG De Kempen)
- Dr Marc Eneman (Psychiater Psychiatrisch Centrum Sint-Kamillus Bierbeek)
- Mieke Craeymeersch of Marianne De Boodt (Familieplatform)
- Shari Janseghers (Ups-and-downs)
- Dr Jos Bollen (Psychiater Asster Sint- Truiden)
- Dr JL Feys - médecin chef Centre Psychiatrique ST. Bernard (Manage) et médecin chef de service MEO
- Dr S Mertens - Médecin chef adjoint Centre psychiatrique St. Martin (Dave) et médecin chef de service MEO
- Mme Dugauquier, Coordinatrice trajets internes de soins pour internés libérés à l'essai CP st Martin
- Dr Domken (médecin-chef ISOsL)

FOR K (Brugfunctie)

- Damien Bael
- Marianne Delord
- Joiret Etienne
- Samuel Lebrun
- Angélique Franssen
- Lies Vandemaele
- Annelies Hellemans
- Evi Marquet
- Annelore Pauwels

Geneviève Schamps (Voorzitter Federale commissie " Rechten van de patiënt")

Bruno Vanobbergen (Kinderrechtencommissaris) ? (Liga voor de rechten van de mens)

Bijlage 2: standaardmodel gedetailleerd geneeskundig verslag

Adresgegevens Ziekenhuis	Logo
--------------------------	------

Mijnheer de Procureur des Konings
Arrondissement Brussel

Omstandig Medisch Verslag

(enkel te gebruiken in toepassing van de wet van 26 juni 1990)

Op vordering van de Procureur des Konings, (Naam Magistraat).....

Ondergetekende, Dokter in geneeskunde,
verbonden aan de spoeddienst van
.....,

verklaart onderzocht te hebben op/...../.....

° de genoemde
.....

° geboren te op
...../...../.....

° wonende te
.....

° verblijvende
te

en vastgesteld te hebben dat

1. Omstandigheden van het geestesonderzoek

(Aankomst en omstandigheden van het onderzoek, op vraag van, gedrag van patiënt,...)

--

2. Voorkomen en fysieke toestand van de patiënt

(Algemene toestand, intoxicatie, kledij, hygiëne,...)

BD : Pols : T° :

3. Persoonlijke antecedenten

(somatische en psychiatrische anamnese)

4. Familiale situatie

5. Geestesziekte

(Mentaal onderzoek en hypothese van de diagnose)

6. Ontbreken van alternatief

(Voorgestelde zorgen, recente pogingen,...)

7. Weigering van zorgen

8. Gevaar

(Beschrijf op welke wijze de patiënt zijn gezondheid en veiligheid in ernstig gevaar brengt of een bedreiging is voor het leven of de integriteit van anderen)

9. Graad van urgentie

(Beschrijf)

Tot besluit, rekening houdend met bovenvernoemde informatie, **een veiligheidsmaatregel,** overeenkomstig met de wet van 26 juni 1990,

