

Hervorming van de wet op gedwongen opname in België: meer zorg op maat?

J. Vandenberghe, S. Tielens, R. De Rycke, K. Catthoor, H. Demunter

- Achtergrond** De wet die de gedwongen of beschermende opname van mensen met een psychiatrische aandoening regelt in België is 34 jaar oud. Recent stemde het parlement in met een uitgebreide wetswijziging om de wet beter aan te passen aan de veranderende geestelijke gezondheidszorg en samenleving.
- Doel** De epidemiologische, klinische en juridische evoluties betreffende gedwongen opnames in België schetsen.
- Methode** Analyse van de epidemiologische gegevens, de evoluties in klinische praktijk en het vorige en nieuwe wetgevend kader.
- Resultaten** De incidentie van gedwongen opname in Vlaanderen stijgt, met grote provinciale verschillen. De zorg voor gedwongen opgenomen patiënten evolueerde sterk de voorbije jaren, met onder andere de oprichting van high- en intensivere afdelingen. De gewijzigde wet biedt de mogelijkheid tot een grondigere klinische evaluatie voordat tot gedwongen opname wordt overgegaan. Ook meer diversifiëring en maatwerk met beschermingsmaatregelen worden mogelijk.
- Conclusie** De nieuwe wet komt tegemoet aan een aantal problemen binnen het vroegere wetgevend kader. Er resten nog een aantal verbeterpunten die hopelijk in verdere initiatieven door beleidsverantwoordelijken worden opgepakt.

Zestien jaar geleden schetsten we de ontwikkelingen in Vlaanderen wat betreft gedwongen psychiatrische opname.¹ Gedwongen opname scoorde destijds laag als maatschappelijk discussiethema en een nieuwe wettelijke regeling leek ver weg. Bij patiëntenverenigingen en psychiaters, die beperkingen en knelpunten in de praktijk ervoeren, leefde dit thema echter wel. In de huidige bijdrage beschrijven we de epidemiologische ontwikkelingen en uitdagingen voor de klinische praktijk sindsdien. Het wettelijk kader is slechts beperkt gewijzigd in 2017, maar op 2 mei 2024 stemde het Belgische federale parlement in met een grondige wetswijziging. De drijfveren hiervoor zijn de vermaatschappelijking en intensivering van de geestelijke gezondheidszorg (ggz) met groeiende aandacht voor herstelgerichte en trauma-geïnformeerde zorg, alsook enkele ernstige incidenten. In dit artikel schetsen we de epidemiologische, klinische en juridische ontwikkelingen betreffende gedwongen opname in België.

Wetgevend kader tot mei 2024

De Wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke (WBPG) is 34 jaar oud. Artikel 2 van de WBPG stelt drie cumulatieve voorwaarden voor een gedwongen beschermingsmaatregel: de patiënt heeft een geestesziekte; de patiënt brengt de

eigen gezondheid en veiligheid in gevaar of vormt een ernstige bedreiging voor andermans leven of integriteit; er is geen andere geschikte maatregel.

Een beperkte wetswijziging in 2017 regelde dat bij wet bepaalde naasten gehoord en geïnformeerd moeten worden. De aanleiding was een infanticide door de moeder in 2013, enkele uren na het beëindigen van haar gedwongen opname. Dit was een bekende dreiging, maar de vader was niet op de hoogte gebracht van de beëindiging van de gedwongen opname. Hierdoor kon hij geen maatregelen nemen om zijn kind in veiligheid te brengen. Deze wetswijziging kreeg begrip voor het informeren van naasten en tegelijk kritiek omdat ze ver gaat in het vrijgeven van informatie over de patiënt en dus de privacy onevenredig schendt. Het volledige vonnis komt sindsdien immers bij verschillende naasten terecht, met inbegrip van de informatie over de psychiatrische aandoening.

Epidemiologische ontwikkelingen

Cijfers

Zoals in vele Europese landen stijgt de incidentie van gedwongen opname in België.^{2,3} Sinds 2010 verzamelt Zorgnet-Icuro de cijfers van de gedwongen opnames in de Vlaamse psychiatrische ziekenhuizen. In de periode

AUTEURS

Joris Vandenberghe*, psychiater, UZ Leuven en UPC KU Leuven, onderzoeksgroep Psychiatrie, departement Neurowetenschappen, KU Leuven.

Sam Tielens*, psychiater, PC Multiversum campus Alexianen.

Raf De Rycke, voorzitter organisatie Broeders van Liefde.

Kirsten Catthoor, psychiater, Ziekenhuis Netwerk Antwerpen, Collaborative Antwerp Psychiatric Research Institute (CAPRI), Antwerpen.

Hella Demunter, psychiater, UPC KU Leuven.

*Gedeeld eerste auteur.

Correspondentie

Prof.dr. Joris Vandenberghe

(joris.vandenberghe@upckuleuven.be).

Strijdige belangen: Catthoor, Demunter en Vandenberghe maakten als bestuursleden van de Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie (VVP) deel uit van de genoemde gemengde werkgroep die voorstellen formuleerde die deels verwerkt werden in de wet tot wijziging van de WBPG. De Rycke was voorzitter van deze werkgroep. Catthoor is thans voorzitter van de VVP.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 2-9-2024.

Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2024;66(8):489-494

2010-2021 was er een onafgebroken jaarlijkse stijging van het aantal gedwongen opnames (www.zorgneticuro.be/nieuws/gedwongen-opnames-bij-kinderen-jongeren-stijgende-lijn): het jaarlijks aantal gedwongen opnames steeg van 3043 in 2010 naar 4989 in 2021 (+64%). De cijfers voor 2022 en 2023 tonen een stabilisatie: in 2022 werden in totaal 4983 personen gedwongen opgenomen en in 2023 waren dat er 4915. Voor de hele periode 2010-2023 betekent dat een stijging van de incidentie met 49%, van 49 naar 73 gedwongen opnames per 100.000 inwoners per jaar. Sinds 2022 is er voor volwassenen een lichte afname. Voor kinderen en jongeren daarentegen zien we de laatste jaren een toename. In 2019 werden er 101 minderjarige gedwongen opgenomen, in 2023 waren dat er al 229: meer dan een verdubbeling in vier jaar tijd.

Uit een detailanalyse van alle gedwongen opnames in Vlaanderen van 2007 tot en met 2010 bleek dat 83% verliep via de spoedprocedure.⁵ Dat is niet onlogisch gezien de wettelijke criteria. Eén derde van deze spoedprocedures werd niet bevestigd door de vrederechter en liep bijgevolg af binnen de 10 dagen opname. Volgens een rapport van de FOD Volksgezondheid vonden in 2020 in België 9363 gedwongen opnames plaats, gemiddeld 26 per dag.⁴ Bijna één derde van deze gedwongen opnames duurde slechts 10 dagen of minder. Deze gelijklopende bevindingen deden vragen rijzen over de kwaliteit van voorafgaande evaluatie, alsook over ontoereikende beschikbaarheid van alternatieven op het moment van het opstarten van de spoedprocedure.

Met de nevendiaagnoses erbij was bij 45% een aan een middel gebonden stoornis aanwezig, zo bleek uit dezelfde detailanalyse van de gedwongen opnames in Vlaanderen (2007-2010).⁵ Het gevaarscriterium 'ernstig gevaar voor eigen gezondheid' (83%) of 'eigen veiligheid' (78%) was vaker reden voor een gedwongen opname dan 'ernstige bedreiging voor andermans leven' (36%) of 'andermans integriteit' (48%).

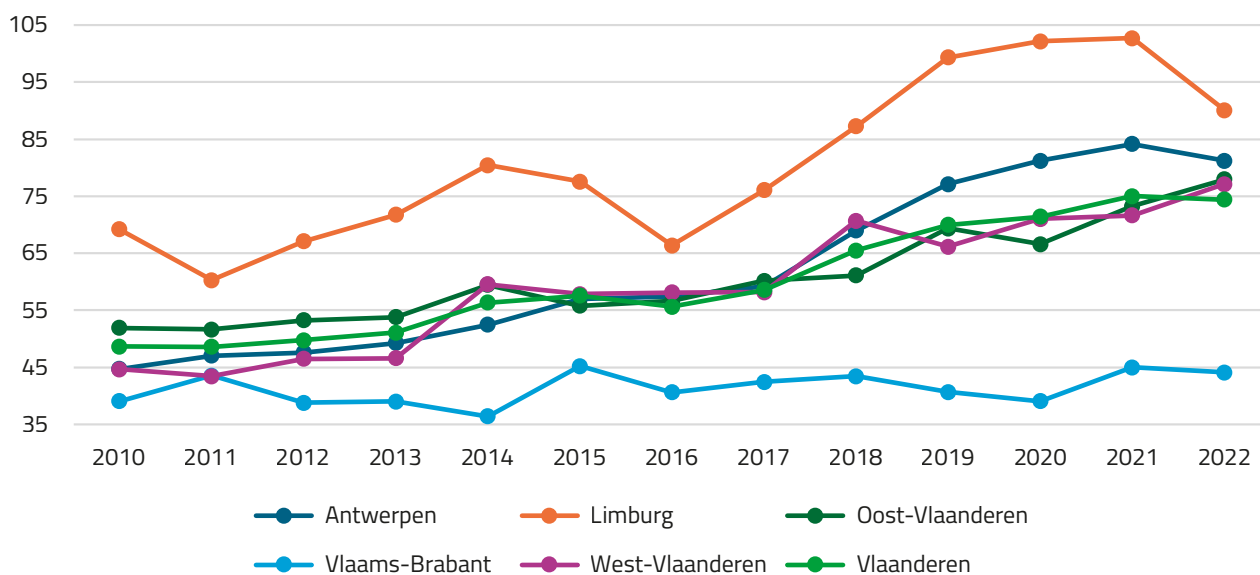
Verder beschrijven zowel Schoevaerts e.a. als Zorgnet-Icuro opvallende provinciale verschillen binnen Vlaanderen (zie **figuur 1**).⁵ De incidentie varieert van 41 (Vlaams-Brabant, 2022) tot 90 (Limburg, 2022) per 100.000 inwoners per jaar en de stijging in incidentie in de periode 2010-2022 varieert van 13% (Vlaams-Brabant) tot 82% (Antwerpen). De met Brussel vergelijkbare grootstedelijke context van Antwerpen en het verschil tussen een multidisciplinaire evaluatie op een spoedgevallenafdeling (Vlaams-Brabant) versus evaluatie door een schouwarts in een politiekantoor (Limburg) spelen mogelijk een rol.

Verklaringen voor aanhoudende stijging

De redenen voor de aanhoudende stijging van het aantal gedwongen opnames in Vlaanderen zijn weinig onderzocht. De factoren die uit internationaal onderzoek komen, lijken onvoldoende verklaring te bieden. Het gaat daarbij om verstedelijking, kortere duur van psychiatrische opnames in combinatie met frequentere heropnames en veranderende maatschappelijke opvattingen met een afname van de maatschappelijke tolerantie tegenover afwijkend gedrag.⁵⁻⁸ Gevaar voor zichzelf (waaronder suïcidaliteit) is het vaakst reden voor gedwongen opname, maar het voorbije decennium zien we juist een daling van suïcides en suïcidepogingen (www.zelfmoord1813.be/feiten-en-cijfers).

De Fruyt e.a. en Vandenberghe e.a. formuleerden een aantal hypothesen.^{9,10} Migratie en een stijging van middeleengebruik kunnen een rol spelen. De interpretatie van de WBPG en van de wettelijke criteria kan geëvolueerd zijn, met een verbreding van de interpretatie van wat een geestesziekte is, en/of wat het gevaarscriterium inhoudt. Daarnaast speelt mogelijk een toegenomen maatschappelijke nadruk op veiligheid en risicomijding mee. De geneeskunde is mogelijk defensiever geworden, waarbij artsen in hun advies liever op veilig spelen

Figuur 1. Incidentie van gedwongen opname (aantal per 100.000 inwoners per jaar) in de periode 2010-2022 in Vlaanderen en de verschillende Vlaamse provincies, op basis van de data van Zorgnet-Icuro



en risico's mijden uit angst voor potentiële medisch-juridische gevolgen.

Bijkomende factoren die een rol kunnen spelen, zijn toegenomen (geloof in de) therapeutische mogelijkheden van de geestelijke gezondheidszorg en een evolutie naar medicalisering waarbij medische (in casu psychiatrische) antwoorden gezocht worden voor maatschappelijke problemen. Verminderde toegankelijkheid van vrijwillige ggz kan een rol spelen op meerdere manieren: plaatsgebrek, wachtlijsten, financiële of psychologische drempels zoals stigma en angst.

Veranderende zorg tijdens gedwongen opname

De grootste verandering in de voorbije 15 jaar in de ggz is de hervorming naar meer vermaatschappelijking en herstelgerichtheid van zorg, georganiseerd in netwerken (www.psy107.be/index.php/nl/). De residentiële zorg werd deels verschoven naar zorg in de samenleving door mobiele teams en deels geïntensifieerd. Gesloten afdelingen, waar gedwongen opgenomen patiënten in eerste instantie terecht komen, ontwikkelen zich progressief naar high- en intensivecare(HIC)-afdelingen.

Een HIC-afdeling is een acute opnameafdeling voor patiënten die een ernstige psychiatrische crisis doormaken waarbij een gesloten opnamesetting noodzakelijk is en voor wie ambulante behandeling niet (meer) voldoende is.^{11,12} Het HIC-model werd ontwikkeld met als doel het aantal en de duur van vrijheidsbeperkende maatregelen zoals afzonderingen en fixatie terug te dringen, (ervaren) dwang te verminderen, (her)traumatisering te vermijden en de kwaliteit van de zorg te

verbeteren.¹³ Samenwerking en zorgafstemming tussen patiënt, naasten, residentieel en ambulant betrokken hulpverlening staan centraal. Om tot een goed functionerende HIC-zorg te komen is continuïteit van zorg met het ambulante zorgnetwerk onontbeerlijk, zowel voor als na de HIC-opname. Daarnaast dient er een goede samenwerking te zijn met de ketenpartners zoals politie en justitie, huisartsen, centra voor algemeen welzijn en sociale huisvesting.¹¹ Het biedt dus een alomvattend zorgmodel voor acute ggz dat in Nederland ontwikkeld werd vanaf 2012. In 2019-2020 werden in 9 Belgische psychiatrische ziekenhuizen HIC-afdelingen opgestart. Eind 2023 waren er 28 HIC-afdelingen operationeel in België (Zorgnet-Icuro).

Of progressieve implementatie en inbedding van het HIC-model in (crisis)zorgpaden kunnen bijdragen tot minder en kortere gedwongen opnames of tot toepassing van minder ingrijpende beschermingsmaatregelen, alsook tot minder ervaren dwang zal moeten blijken uit verder onderzoek. Vooralsnog blijkt in België een beperkte samenwerking tussen HIC-afdelingen en mobiele teams voor crisis- en langdurige zorg.¹⁴ De federale overheid ondersteunt projecten om samenwerking tussen spoedgevallendiensten, mobiele crisisteam, HIC-afdelingen en andere betrokkenen te versterken. Recent lanceerde de Belgische minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid Frank Vandenbroucke een projectoproep inzake outreachende urgentiepsychiatrie met triagefunctie en een klinische evaluatie- en observatieperiode. Eén van de belangrijke doelstellingen van dit project is het voorkómen van onnodige gedwongen opnames. Door het tekort aan psychiatrische interventiemogelijkheden en ambulante of mobiele vervolgzorg

wordt dringende behoefte aan zorg voor psychisch kwetsbare personen nog veel te vaak beantwoord met een, al dan niet gedwongen, psychiatrische opname.

Beperkingen van de WBPG

De WBPG is sterk gericht op klassieke residentiële zorg. Ze is minder afgestemd op de veranderde ggz en ook op het veranderde woordgebruik. De term 'geestesziek(t)e' is niet meer gangbaar en mogelijk stigmatiserend. De wet laat bovendien veel onduidelijkheid over de aard van de psychiatrische problemen die aanleiding kunnen zijn voor gedwongen opname. Patiënten en naastbetrokkenen, artsen, onder wie psychiaters, politie en juristen verschillen vaak van mening over wat een juiste indicatie is voor het opstarten van een beschermend statuut. De WBPG biedt tevens geen kader voor de klinische evaluatie van de wettelijke criteria. Deze evaluatie vraagt immers diagnostiek, risico-inschatting, evaluatie van de wilsbekwaamheid, indicatiestelling en inschatting van de mogelijkheden en motivering tot vrijwillige hulpverlening, alsook het horen van naasten en reeds betrokken hulpverlening. Bij gebrek aan wettelijk kader is er grote variatie in de wijze waarop en de setting waarin deze evaluatie gebeurt. Daardoor is het vaak onmogelijk om ze grondig uit te voeren, wat voor een ingrijpende vrijheidsbeperkende maatregel problematisch is. De spoedprocedure is de regel en middelengebruik is meer prevalent geworden bij gedwongen opnames. Patiënten die voor gedwongen opname geëvalueerd moeten worden, zijn vaak geïntoxiceerd. Dit maakt een zorgvuldige evaluatie onmogelijk en maakt een langere medische evaluatie- en observatieperiode noodzakelijk. Een intoxicatie gaat immers gepaard met medische risico's en kan zelfs een medische urgentie zijn. Sommige agitatie toestanden, zoals het *excited delirium syndrome* (opwindingsdelier), kunnen ook alleen adequaat en veilig opgevangen worden in een medisch-somatische context. Hier is er mogelijkheid tot gebruik van anesthetica, monitoring van de vitale functies en eventueel zelfs intubatie. Dit alles werd op een schrijnende manier duidelijk in 2010: Jonathan Jacob was te geagiteerd om veilig te worden opgevangen in het psychiatrisch ziekenhuis en overleed na een politie-interventie in een politiecel nadat hij gedwongen was opgenomen.

Naar een nieuw wetgevend kader

De beschreven tekortkomingen van de wet en de publieke verontwaardiging die volgde op het overlijden van Jacob, de reconstructie ervan in de media (www.vrt.be/vrtnws/nl/2017/08/21/de-gestoorde-procedure/) en het proces tegen de betrokken agenten, psychiater en ziekenhuis, leidden uiteindelijk tot de oprichting van een werkgroep. Deze werd geleid door Raf De Rycke en bestond uit vertegenwoordigers van ggz, federale overheidsdiensten en kabinetten justitie en volksgezondheid, advocatuur, openbaar ministerie, vrede- en jeugdrechters. Deze werkgroep formuleerde voorstellen die deels verwerkt werden in de wet tot wijziging van de WBPG.¹⁵

Terminologie

De terminologie werd om te beginnen gemoderniseerd. 'Gedwongen opname' werd vervangen door 'beschermende maatregel', 'geesteszieke' door 'persoon met een psychiatrische aandoening' en 'geneesheer-psychiater' door 'arts-psychiater'. De titel van de wet veranderde zo van WBPG naar 'Wet inzake de bescherming opgelegd aan een persoon met een psychiatrische aandoening'. Er werd ook een definitie gegeven van het begrip 'psychiatrische aandoening' en van de residentiële instellingen waar een beschermende maatregel kan plaatsvinden.

Nieuwe maatregel

Deze wet bevat een nieuwe maatregel, de vrijwillige behandeling onder voorwaarden. Hierdoor wordt het mogelijk om reeds tijdens de beschermende observatiemaatregel van 40 dagen over te gaan naar een ambulante 'vrijwillige behandeling onder voorwaarden': in de WBPG bekend als verplichte nazorg waartoe men tijdens een verder verblijf kon overgaan. Deze kan ook opgelegd worden zonder voorafgaande opname in een residentiële instelling. Daarnaast wordt de in de WBPG bestaande, maar nauwelijks gebruikte beschermingsmaatregel 'verpleging in het gezin' uitgebreid naar 'andere instellingen'. In een uitvoeringsbesluit zal dan later gespecificeerd worden hoe de term 'instelling' ingevuld kan worden (bijvoorbeeld woonzorgcentrum, Initiatief Beschut Wonen, Psychiatrisch Verzorgingstehuis, et cetera). Deze nieuwe en aangepaste beschermingsmaatregelen maken meer patiëntgerichte, individuele zorg op maat mogelijk volgens de principes van proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid.

Duur klinische evaluatieperiode en medisch-psychiatrische opvang

In de spoedprocedure wordt een klinische evaluatieperiode van maximaal 48 uur wettelijk geregeld. Dit maakt het voor de procureur des Konings mogelijk om op een geïnformeerde manier te beslissen deze evaluatieperiode te laten overgaan in een beschermende observatiemaatregel, een vrijwillige behandeling onder voorwaarden, of om deze te beëindigen zonder verdere maatregel. De wet stelt dat deze klinische evaluatieperiode plaatsvindt in *'een residentiële instelling of in een andere instelling die voldoende veiligheids garanties biedt voor de betrokkene en de samenleving, en een observatie mogelijk maakt, indien nodig met tussenkomst van externe diensten, die hij aanwijst'*. Vanuit klinisch oogpunt kan men hiervoor het beste ook daartoe speciaal ingerichte, gesloten eenheden oprichten, die verbonden zijn aan spoedgevallenafdelingen van een aantal algemene ziekenhuizen. Dit ter verhoging van de veiligheid voor patiënt, naasten, hulpverlening en politie. Binnen deze specifieke eenheden kunnen psychiaters, urgentieartsen (SEH-artsen) en anesthesisten intensief samenwerken. Doel is het uitsluiten van lichamelijke oorzaken en medisch-psychiatrisch omkaderde opvang van agitatie en agressie aan de basis van het psychiatrisch toestandsbeeld, alsook

detoxificatie, wanneer dit aan de orde is voor een specifieke patiënt. Hopelijk draagt deze werkwijze ook bij tot het vermijden van onterechte gedwongen opnames. Een dergelijke omkadering zou het ook mogelijk kunnen maken dat politie niet continu aanwezig moet blijven om de patiënt te bewaken.

Operationalisering en diverse aanpassingen

De omvang van deze gesuggereerde infrastructurele en organisatorische veranderingen vraagt extra middelen en personeel, om het functioneren ervan degelijk en veilig te kunnen uitwerken en waarborgen. Dit operationaliseren tegen 1 januari 2025 – wanneer de nieuwe wet in werking treedt – is onmogelijk. Hopelijk creëren de daartoe bevoegde instanties op korte termijn een kader voor de financiering en de praktische modaliteiten. In de tussentijd zal het belangrijk zijn dat de bewustwording van het belang van samenwerking tussen psychiaters, urgentieartsen en anesthesisten blijft groeien, wanneer dit geïndiceerd is, en vallen we voorlopig terug op bestaande infrastructuur en omkadering op spoedgevallenafdelingen van algemene ziekenhuizen. Wanneer er geen behoefte is aan dringende somatische diagnostiek, medisch-psychiatrische omkaderde opvang van agitatie, agressie of detoxificatie, kan dat ook in de reeds bestaande gesloten psychiatrische crisisafdelingen. De wet voorziet eveneens in de mogelijkheid om bij Koninklijk Besluit een model van omstandig geneeskundig verslag en van behandelingsplan vast te leggen. Vandaag de dag zijn er regelmatig problemen over de kwaliteit van dit omstandig geneeskundig verslag. Om de kwaliteit te garanderen en te verbeteren werd een standaardmodel met zeven elementen uitgewerkt (zie **tabel 1**). Er wordt ook een beter evenwicht voorgesteld tussen de rechten van de betrokken persoon en die van zijn omgeving. De wetswijziging van 2017 voorzag een uitbreiding in het betrekken van naasten.¹⁶ In de nieuwe wet wordt enkel het beschikkend gedeelte van het vonnis aan de naasten meegedeeld en niet langer het omstandige vonnis met gedetailleerde beschrijving van de gezondheids-toestand van de betrokkene.

Tabel 1. Standaardmodel omstandig geneeskundig verslag.

Elementen in standaardmodel omstandig geneeskundig verslag
Omstandigheden van het onderzoek
Fysieke toestand van de persoon met een (mogelijke) psychiatrische aandoening
Familiale en sociale context
Psychiatrische aandoening
Mogelijkheden van aangepaste zorg of het ontbreken van een passend alternatief
Gevaarscriterium
Graad van urgentie

Tekortkomingen van de nieuwe wet

In de nieuwe wet blijft men uitgaan van de drie geschetste voorwaarden voor gedwongen opname. De werkgroep had voorgesteld een vierde voorwaarde toe te voegen, namelijk ‘behandelbaarheid van een psychiatrische aandoening’. Voor personen met agressie die niet het gevolg is van een psychiatrische aandoening is een bredere maatschappelijke aanpak aangewezen. Voor personen met bijvoorbeeld dementie en niet-aangeboren hersenletsel zijn meer aangepaste beschermingsmaatregelen nodig. Pas wanneer een passend alternatief uitgewerkt is voor een beveiligd verblijf voor deze personen kan volgens de wetgever grondig beoordeeld worden of een invoering van dergelijke vierde voorwaarde wenselijk en haalbaar is. Zo niet, zou de invoering ervan kunnen leiden tot een ongewenste inperking van het huidig toepassingsgebied en zouden deze mensen zonder hulp blijven, hoewel voldaan is aan het gevaarscriterium. Dit aspect wordt meegenomen in de voorziene evaluatie van de wet.

Daarnaast biedt de wet geen oplossing voor de behoefte aan een wettelijk kader voor verplichte behandeling, zoals dat wel bestaat in Nederland en Frankrijk. Op dit moment is verplichte behandeling of dwangbehandeling, binnen of buiten een beschermingsmaatregel, niet formeel geregeld. Ook de in 2024 herziene *Wet betreffende de rechten van de patiënt* biedt hier geen uitkomst.¹⁷ De vertegenwoordiging van een wilsonbekwame patiënt is wel geregeld. Echter, het is niet duidelijk wat de juridische mogelijkheden zijn als de wilsonbekwame patiënt zich verzet tegen de behandeling of interventies waarmee de vertegenwoordiger of belangenbehartiger akkoord gaat.

Beperkingen

De gewijzigde wet op gedwongen opname is specifiek gericht op België, waardoor vergelijking met andere landen niet mogelijk is. Verder dient de nieuwe wet nog in uitvoeringsbesluiten gegoten worden, waardoor deze wet nog niet in de praktijk geëvalueerd kan worden.

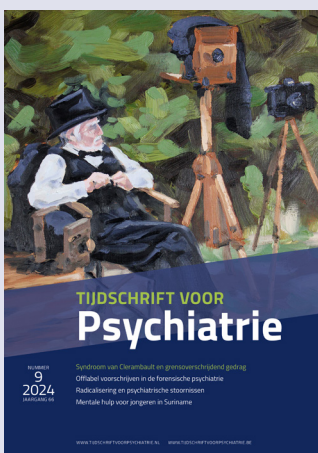
CONCLUSIE

De incidentie van gedwongen opnames bleef de voorbije jaren stijgen in Vlaanderen. Ondertussen evolueerden de klinische praktijk en zorg voor gedwongen opgenomen patiënten sterk, met onder andere de oprichting van HIC-afdelingen in heel België. De recente wetswijziging is een eerste grote aanpassing van het wetgevend kader sinds 1990. De nieuwe wet komt tegemoet aan een aantal problemen met de WBPG. Ze maakt een grondigere klinische evaluatie mogelijk vooraleer tot een beschermende maatregel wordt overgegaan en biedt meer diversifiëring en maatwerk bij mogelijke beschermingsmaatregelen. Zo is de wet beter aangepast aan de veranderende ggz en samenleving. We zien een aantal gemiste kansen, die hopelijk in verdere initiatieven wor-

den aangepakt. Verder kwantitatief en kwalitatief onderzoek zal moeten uitwijzen of de klinische en juridische initiatieven een effect zullen hebben op de aanhoudende stijging van gedwongen opnames en op kwaliteit van zorg met onder andere ervaren dwang.

LITERATUUR

- 1 Nys H, Vandenberghe J. Gedwongen psychiatrische opname: ontwikkelingen in Vlaanderen. Tijdschr Psychiatr 2008; 50: 55-60.
- 2 Maina G, Rosso G, Carezana C, e.a. Factors associated with involuntary admissions: a register-based cross-sectional multicenter study. Ann Gen Psychiatry 2021; 20: 3.
- 3 Wasserman D, Apter G, Baeken C, e.a. Compulsory admissions of patients with mental disorders: State of the art on ethical and legislative aspects in 40 European countries. Eur Psychiatry 2020; 63: e82.
- 4 Gedwongen verblijven in PZ en PAAZ. Rapport van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, DGGS-Gezondheidszorg, Dienst data en Beleidsinformatie, Dienst Psychosociale gezondheidszorg.
- 5 Schoevaerts K, Bruffaerts R, Vandenberghe J. Gedwongen opname in Vlaanderen – medisch-psychiatrische en epidemiologische perspectieven. Gent: Academia Press; 2014.
- 6 Salize HJ, Dressing H. Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. Br J Psychiatry 2004; 184: 163-8.
- 7 Mulder RT. An epidemic of depression or the medicalization of distress? Perspect Biol Med 2008; 51: 238-50.
- 8 van Vree F, Scholten C, Nieuwstraten A, e.a. Inbewaringstelling in Nederland. Verkenning van factoren die het aantal inbewaringstellingen beïnvloeden. Eindrapport. Leiden: Research voor beleid; 2002.
- 9 De Fruyt J, Demyttenaere K, Vandenberghe J. Wet betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke: een medisch perspectief. In: Benoit G, De Fruyt J, Nys H, e.a., red. De bescherming van de persoon van de geesteszieke. Brugge: Die Keure; 2010. p. 121-41.
- 10 Vandenberghe J, Schoevaerts K, Bruffaerts R. Gedwongen opname in Vlaanderen: slotbeschouwingen en reflecties voor de toekomst. In: Schoevaerts K, Bruffaerts R, Vandenberghe J, red. Gedwongen opname in Vlaanderen. Medisch-psychiatrische en epidemiologische perspectieven. Gent: Academia Press; 2014. p. 149-80.
- 11 van Mierlo T, Bovenberg F, Voskes Y, red. Werkboek High en Intensive Care. Utrecht: De Tijdstroom; 2013.
- 12 Verbruggen-Smulders CHCM, Postulat D, Voskes Y. High en intensive care in de langdurige klinische psychiatrie. Tijdschr Psychiatr 2019; 61: 317-25.
- 13 Van Melle AL, Noorthoorn EO, Widdershoven GAM, e.a. Does high and intensive care reduce coercion? Association of HIC model fidelity to seclusion use in the Netherlands. BMC Psychiatry 2020; 20: 469.
- 14 Demunter H, Jossa H, Vandenhout K, e.a. Evaluation of Psychiatric High and Intensive Care (EPHIC-study): monitoring innovative care from a value-based approach. Eur Psychiatry 2024; 67(S1): S92.
- 15 Wetsontwerp tot wijziging van de wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke. Belgische Kamer van volksvertegenwoordigers; 1 december 2023. www.lachambre.be/FLWB/PDF/55/3721/55K3721001.pdf.
- 16 Wet tot wijziging van het de wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke. Raad van State, Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers; 20 februari 2017. www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article_body.pl?language=nl&caller=summary&pub_date=17-03-22&numac=2017011278.
- 17 Wet tot wijziging van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt en tot wijziging van bepalingen inzake rechten van de patiënt in andere wetten inzake gezondheid. Federale overheidsdienst sociale zekerheid; 6 februari 2024. https://etaamb.openjustice.be/nl/wet-van-06-februari-2024_n2024001224.html.



IN HET KOMENDE NUMMER

- Syndroom van Clerambault en grensoverschrijdend gedrag
- Offlabel voorschrijven in de forensische psychiatrie
- Radicalisering en psychiatrische stoornissen
- Mentale hulp voor jongeren in Suriname