

Jaarverslag 2009

**Jaarverslag omtrent de toepassing
van de wet op de bescherming
van de persoon van de geesteszieke
in Vlaanderen**

1 Jaarverslag gedwongen opname 2009

1.1 Voorwoord

Voor u ligt het derde jaarverslag gedwongen opname van Zorginspectie, wat de nieuwe naam is voor het Agentschap Inspectie Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Ook dit jaar gaat onze dank voor de totstandkoming van dit rapport uit naar de leden van de stuurgroep, naar de verschillende medewerkers in de ziekenhuizen die belast zijn met de niet altijd even dankbare registratieopdracht, alsook naar de medewerkers van Zorginspectie (in het bijzonder Anja Casteels en Lieve van Segbroeck) die betrokken zijn bij de verwerking van deze gegevens.

Gedwongen opname is een gevoelig en controversieel onderwerp dat regelmatig onder de aandacht komt. Vrijheid en veiligheid behoren immers tot de fundamentele rechten van de mens, en het uitoefenen van vrijheidsbeperking en dwang lijkt hiermee in tegenspraak. Nochtans houdt een goede en correcte toepassing van de wet in dat een patiënt met een geestesziekte, die een gevaar voor zichzelf of voor de andere betekent, bij gebrek aan een alternatieve oplossing, de bescherming ontvangt die hij of zij nodig heeft. Hierbij zorgt de professional in de geestelijke gezondheidszorg voor de passende behandeling en begeleiding, waakt de maatschappij erover dat een en ander in de best mogelijke omstandigheden kan gebeuren, met een maximaal behoud van respect en autonomie, en ziet de overheid hierop toe.

In de Belgische context betekent dit laatste dat de Federale overheid zorgt voor het wetgevend kader en de middelen, terwijl de Vlaamse overheid instaat voor de machtiging (wat een equivalent is voor erkenning) en het toezicht (in hoofde van de geneesheer-inspecteur-psychiater), dit laatste samen met Justitie (in hoofde van de procureur des Konings en de vrederechter). Justitie staat uiteraard ook in voor de procedures (de individuele besluitvorming).

Tot voor kort bestond er bijzonder weinig informatie over dit onderwerp. Een eerste Vlaams jaarverslag zag het licht in 2007. Wij koppelden hieraan een waarschuwing om voorzichtig te zijn met interpretaties, omdat het een werkstuk betrof. Inmiddels zijn we drie jaar verder en stellen we vast dat een aantal trends zich lijken te bevestigen, maar ook dat een aantal hypothesen die wij in vorige jaarverslagen formuleerden, niet helemaal juist bleken te zijn. Voorzichtigheid naar interpretatie blijft dus aangewezen.

Toch hebben we globaal gezien de indruk dat de informatie behoorlijk is. Omdat we de ambitie hebben de kwaliteit van de informatie verder te verbeteren, hebben we de opdracht gegeven tot een wetenschappelijk onderzoek dat is gestart onder leiding van prof. Dr. Joris Vandenberghe, K.U. Leuven.

Dr. Marc Servaes

Geneesheer-inspecteur-psychiater

Stef Van Eekert

Afdelingshoofd Welzijn en Gezondheid

Inhoudsopgave

1	Jaarverslag gedwongen opname 2009	1
1.1	Voorwoord	1
1.2	Inleiding	4
1.3	Historiek	4
2	Gedwongen opname	7
2.1	Situering	7
2.2	Aantal gedwongen opnames	8
2.3	Aantal gedwongen opnames per patiënt	10
2.4	Patiëntvariabelen	11
2.4.1	Algemeen	11
2.4.2	Gedwongen opgenomen minderjarigen	14
2.4.3	Sociale variabelen	15
2.5	Procedurevariabelen	17
2.5.1	Start van de procedure	17
2.5.2	Reden van opname	29
2.5.3	Moment van opname	31
2.5.4	Plaats waar de patiënt zich bevindt	33
2.5.5	Bijstand	34
2.5.6	Einde van de procedure	34
2.5.7	Zelfdoding	38
2.5.8	Gevaarcriteria en middelenmisbruik bij opname en rol hiervan bij einde procedure	39
2.6	Duur en verloop	41
2.7	De langdurig gedwongen opgenomen patiënten	43
2.8	Besluit	49
	Colofon	52

1.2 Inleiding

Dit jaarverslag gaat uit van Zorginspectie, een Vlaams agentschap met als missie toezicht te houden op een correcte toepassing van de regelgeving binnen de zorgvoorzieningen waarvoor zij bevoegd is. Zo wil het agentschap een bijdrage leveren tot het verbeteren van de kwaliteit van de dienstverlening, een rechtmatige besteding van overheidsmiddelen, en een optimale beleidsvoorbereiding en -evaluatie.

Binnen Zorginspectie houdt het team Geestelijke Gezondheidszorg zich specifiek bezig met het toezicht op voorzieningen voor geestelijke gezondheid. Concreet betekent dit dat inspecteurs centra voor geestelijke gezondheidszorg, initiatieven van beschut wonen, psychiatrische ziekenhuizen, overlegplatformen geestelijke gezondheid en psychiatrische verzorgingstehuizen onder hun hoede hebben. Het team gaat na of de federale wetgeving over de erkenningsnormen en het Vlaamse kwaliteitsdecreet nageleefd worden.

Daarnaast houdt de hiertoe aangewezen geneesheer-inspecteur-psychiater, in toepassing van artikel 33 van de wet op de bescherming van de persoon van de geesteszieke, toezicht op de toepassing van deze wet. Het is in het kader van deze opdracht dat dit jaarverslag tot stand gekomen is. Dit jaarverslag is gebaseerd op de verzamelde jaarverslagen die door de ziekenhuizen in toepassing van het KB van 18 juli 1991 (artikel 4) door middel van een elektronisch opgezette registratie opgemaakt en overgemaakt worden.

1.3 Historiek

Het jaarverslag dat we vandaag presenteren, kent een lange voorgeschiedenis. De oorsprong en de wettelijke basis van het jaarverslag is, zoals vermeld, te vinden in artikel 4 van het Koninklijk Besluit van 18 juli 1991, waarbij de ziekenhuizen die een machtiging hebben voor het verrichten van gedwongen opnames verplicht worden om een jaarverslag op te maken met de lijst van patiënten die als gevolg van een beschermingsmaatregel opgenomen worden. Dit jaarverslag moet worden overgemaakt aan de door de bevoegde overheid aangewezen geneesheren-inspecteurs-psychiaters, aan de vrederechter van de plaats waar het ziekenhuisgelegen is en aan de procureur des Konings.

Deze jaarverslagen waren oorspronkelijk, op basis van een vrij letterlijke interpretatie van de wettekst (een naamlijst), bijzonder summier. Daarom ontstond al snel de behoefte om meer uitgebreide informatie te verzamelen en om die reden een registratiesysteem te ontwerpen. Reeds in 1996 werd, ter ondersteuning van de psychiatrische ziekenhuizen vanuit de Overlegplatformen Geestelijke Gezondheidszorg (OP GGZ) en in overleg met de toenmalige Administratie Gezondheidszorg, een eerste poging ondernomen om tot een gemeenschappelijke manier van registreren te komen. Het waren vooral de overlegplatformen van de provincie Oost-Vlaanderen en van Vlaams-Brabant die hier het initiatief toe namen.

Het lastenboek 'ontwikkeling administratieve toepassing registratie gedwongen opname in het psychiatrisch ziekenhuis' (21 juni 1997) is een historisch document door hen gemaakt, waarbij het consultingbureau Arthur Andersen onder de arm genomen werd. Dit document bevat een eerste beschrijving van wat het jaarverslag vandaag geworden is. Het project is toen niet doorgegaan wegens een gebrek aan financiële middelen.

Een tweede stap op weg naar een uitgebreider jaarverslag was de evaluatie van het tienjarig bestaan van de wet op de bescherming van de persoon van de geesteszieke door de Vlaamse overheid in 2001. Hierbij werd een overzicht gemaakt van de toepassing van deze wet en werd duidelijk dat een uniforme registratie nodig was.

Tot dezelfde conclusie kwam overigens ook de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (NRZV) in haar advies van 12 december 2002. In het rapport van de werkgroep NRZV werd gesteld dat: "de werkgroep pleit ervoor om gegevens rond gedwongen opname op uniforme wijze te registreren door de reeds verplichte jaarverslagen te standaardiseren. Van de overheid mag een terugkoppeling van de verwerkte gegevens worden verwacht".

In januari 2004 werden de voorzieningen en de psychiatrische overlegplatformen door de Vlaamse Overheid uitgenodigd voor een overleg, en dit initiatief mondde uit in een stuurgroep met als doel de voorbereiding van een uniforme, geautomatiseerde registratie van de gedwongen opnames. Het was daarbij ook uitdrukkelijk de bedoeling om de voorzieningen zo weinig mogelijk te belasten. Streefdatum voor een eerste implementatie was 1 januari 2006. Deze stuurgroep werd logistiek ondersteund door Vlabo (het overlegplatform Vlaams Brabant), in de persoon van mevrouw Vranckx.

De stuurgroep kende nogal wat wisselingen in samenstelling. Hieraan namen deel:

Mevr. A Casteels, Mevr. L. Van Segbroeck, Dhr. S. Van Eekert (Zorginspectie); Dr. M. Servaes (geneesheer-inspecteur-psychiater Zorginspectie); de coördinatoren van de overlegplatformen Dhr. H. Jacobs (Antwerpen), Dhr. K. Lievens (Oost-Vlaanderen), Mevr. M. Smeets (Limburg), Mevr. I. Soenen (West-Vlaanderen), Mevr. A. Vranckx (Vlaams-Brabant); Dhr. L. Vermeulen (dienst informatica UC St.-Jozef Kortenberg); Dr. H. Bryon (lid werkgroep gedwongen opname Vlaams-Brabant & Limburg); Dhr. M. Demarsin (hoofd sociale dienst UC St. Jozef Kortenberg); Dhr. Gilbert Devroye en Dhr. Tom De Clercq (Provinciaal Broeders van Liefde); Dr. A. D'haene (geneesheer-inspecteur-psychiater Administratie Gezondheidszorg); Mevr. L. Braeckevelt en Dhr. P. Janssens (Administratie Gezondheidszorg); Dhr. Paul Arteel (Vlaamse Vereniging Geestelijke Gezondheid).

Resultaat van de werkzaamheden was een uniform registratie-instrument.

De wettelijke basis voor de registratie in de vorm zoals zij nu tot stand gekomen is, is het reeds aangehaalde artikel 4 van het Koninklijk Besluit van 18 juli 1991, samen met toepassing van het artikel 33 van de wet op de bescherming van de persoon van de geesteszieke van 26 juni 1990. Dit is het artikel dat het toezicht regelt op de naleving van deze wet en wat de geneesheren-inspecteurs- psychiaters toegang verschaft tot alle stukken die zij nodig hebben voor het volbrengen van hun taak.

De toenmalige Administratie Gezondheidszorg stelde een Accesapplicatie voor geautomatiseerde registratie ter beschikking aan de voorzieningen die hier gebruik van wensten te maken. Voor de andere ziekenhuizen die gebruik maakten van hun eigen informatica, was er een exportbeschrijving opdat de nodige informatie door alle ziekenhuizen elektronisch en op een beveiligde wijze kon aangeleverd worden.

De taken van de Administratie Gezondheidszorg die verband hielden met het toezicht op deze wet werden bij de hervorming van de Vlaamse overheid (Beter Bestuurlijk Beleid) overgenomen door Inspectie Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, omdat de geneesheer-inspecteur-psychiater aan dit agentschap verbonden is. Inmiddels kreeg dit agentschap een andere naam: Zorginspectie.

Omwille van technische problemen met de eerste versie van de accesapplicatie, maar ook omwille van een negatief advies van de Commissie voor de Bescherming van de Persoonlijke Levenssfeer (CBPL) voor het gebruik van het rijksregisternummer, dienden een aantal technische en inhoudelijke aanpassingen te gebeuren. Daarom kon een eerste registratie pas van start gaan in 2007. Dit is ook de reden waarom de uiteindelijke registratie volledig geanonimiseerd werd, wat tot gevolg heeft dat een deel van de informatie verloren gaat. Informatie met betrekking tot het beloop van individuele patiënten gaat verloren, en dat is – zeker met betrekking tot de zeer kwetsbare doelgroep van patiënten die herhaaldelijk opgenomen worden (high users) – een spijtige zaak.

Het is op basis van de doorgestuurde informatie dat er nu zowel een individueel jaarverslag per ziekenhuis tot stand kan komen, alsook een globaal jaarverslag voor de Vlaamse Gemeenschap.

Het jaarverslag 2007 was dus een eerste proef, en verbetering op tal van domeinen was wenselijk. Zo slaagde niet elke voorziening erin om alle informatie te verzamelen, voor een aantal ziekenhuizen speelde de overgang naar nieuwe informaticatoepassingen een hinderende rol, er waren ook nog interpretatiefouten aan ons oog ontsnapt, niet alles kon verwerkt worden zoals we het gewild of gekund hadden.

Vermits het jaarverslag 2007 een eerste jaarverslag was, kon niet vergeleken worden doorheen de tijd. Vanaf de volgende jaarverslagen werd dit geleidelijk aan mogelijk. Ook de kwaliteit van de registratie en de daaruit voortvloeiende informatie nam doorheen de jaren toe.

Specifiek onderscheidt het jaarverslag 2009 zich van dit van de voorbije jaren door het feit dat dit het eerste jaarverslag is wat informatie bevat over alle patiënten die gedwongen opgenomen waren in 2009, meer bepaald dus ook van de patiënten die in 2009 nog gedwongen opgenomen waren maar waarbij de opnameprocedure gestart werd vóór 2007.

2 Gedwongen opname

2.1 Situering

Hoewel gedwongen opname een beschermingsmaatregel is, gaat het in eerste instantie toch om een vorm van vrijheidsbeperking. Elke vorm van vrijheidsbeperking dient uiteraard op een wettelijke basis gefundeerd te zijn. Dit wordt zeer expliciet gesteld door het Europese Verdrag tot Bescherming van de Rechten van de Mens en de Fundamentele Vrijheden.

Het wettelijke kader voor gedwongen opname in Vlaanderen wordt geschetst door de federale wet op de bescherming van de persoon van de geesteszieke van 20 juni 1990. Deze wet bepaalt dat enkel geesteszieken voor gedwongen opname in aanmerking komen, wanneer hun toestand dit vereist en er geen andere alternatieven mogelijk zijn. Dat betekent dat een psychiatrische stoornis moet vastgesteld zijn. Maatschappelijke onaangepastheid wordt niet als geestesziekte beschouwd en is dus geen geldig criterium. De persoon hoort een ernstige bedreiging of gevaar te vormen voor zichzelf en/of voor anderen, en kan enkel gedwongen opgenomen worden wanneer geen alternatieven voorhanden zijn. Belangrijk bij dit alles is dat vooralsnog enkel de gedwongen opname wettelijk geregeld is, maar niet de gedwongen behandeling.

Een procedure tot gedwongen opname kan zowel via de vrederechter als via de Procureur des Konings opgestart worden. Deze laatste wordt ingeschakeld wanneer een dringende opname vereist is. Sinds oktober 2006 is bovendien ook de jeugdrechter bevoegd voor deze materie.

De voorbije jaren is het aantal gedwongen opnames (GO) stelselmatig gestegen.

Dit cijfermatig onderbouwen is een lastige aangelegenheid. Er zijn meerdere cijfers die een stijgende tendens aantonen (in de tabellen 1a en 1b geven we cijfermateriaal aan wat afgeleid werd uit de statistieken van de FOD Volksgezondheid die hiervoor indicatief zijn), maar wij hopen dat onze registratie kan leiden tot betere longitudinale cijferreeksen waaruit tendensen kunnen worden afgeleid.

We illustreren de trend van de voorbije jaren aan de hand van een tabel op basis van MPG-gegevens van de FOD Volksgezondheid.

Tabel 1a (bron MPG-gegevens FOD Volksgezondheid: categorie all)

	Vrijwillige opnames	GO PZ	GO AZ
1999	32.542	2.378	151
2000	31.978	2.421	187
2001	32.190	2.547	215
2002	31.734	2.876	261
2003	32.117	2.953	234

Tabel 1b (bron website FOD Volksgezondheid)

	GO PZ	GO PAAZ	Totaal opnames PZ	Totaal opnames PAAZ
2004	1935 + 385 (*)	236 + 10 (*)	26.985	25.393
2005	2135 + 409 (*)	349 + 19 (*)	26.888	28.618
2006	2239 + 501 (*)	317 + 15 (*)	27.344	29.126

(*): betreffen opnames verder verblijf

2.2 Aantal gedwongen opnames

Het in dit jaarverslag verzamelde cijfermateriaal heeft betrekking op alle procedures van patiënten die in 2009 gedwongen opgenomen waren: ook de procedures die gestart zijn vóór 2007. Dit betekent dan ook dat deze cijfers, in tegenstelling tot de voorbije jaren, nu wel een beeld geven over de totale populatie.

Tabel 2a: Aantal gedwongen opnames (GO) t.o.v. aantal klinische opnames (KO) 2009

Voorziening	GO	procedure gestart in				KO 2009	% nieuwe GO/KO	% GO/KO
		voor 2007	2007	2008	2009			
AZ Sint-Augustinus - Veurne	27	0	0	1	26	648	4,01%	4,17%
PZ Heilige Familie - Kortrijk	114	0	0	2	112	814	13,76%	14,00%
PC Dr. Guislain – Gent	138	3	9	16	110	841	13,08%	16,41%
PC Sint-Amedeus – Mortsel	158	17	7	30	104	682	15,25%	23,17%
OPZC - Rekem	163	11	12	21	119	690	17,25%	23,62%
PZ Sint-Franciscus - Velzeke	84	0	16	16	52	392	13,27%	21,43%
PZ Sint-Hiëronymus - Sint-Niklaas	82	12	8	15	47	541	8,69%	15,16%
PZ Sint-Camillus - Sint-Denijs-Westrem	125	0	2	15	108	964	11,20%	12,97%
PC Broeders Alexianen – Boechout	105	0	4	24	77	798	9,65%	13,16%
PZ Bethaniënhuis – Zoersel	224	12	15	47	150	1.531	9,80%	14,63%
OPZ – Geel	163	14	7	24	118	983	12,00%	16,58%
PK Sint-Annendael - Diest	17	1	1	5	10	481	2,08%	3,53%
UC Sint-Jozef – Kortenberg	255	8	28	76	143	1.610	8,88%	15,84%
PZ Sint-Alexius - Grimbergen	179	18	26	40	95	460	20,65%	38,91%
PK Broeders Alexianen – Tienen	116	2	7	23	84	1.398	6,01%	8,30%
MC Sint-Jozef – Munsterbilzen	289	30	30	56	173	1.019	16,98%	28,36%
PZ Sancta Maria - Sint-Truiden	132	2	6	29	95	1.117	8,50%	11,82%
PC Caritas – Melle	155	12	7	15	121	669	18,09%	23,17%
PZ Sint-Lucia - Sint-Niklaas	115	10	14	21	70	790	8,86%	14,56%
PZ H. Hart – Ieper	103	5	2	17	79	929	8,50%	11,09%
PC Onze-Lieve-Vrouw van Vrede – Menen	96	6	6	13	71	695	10,22%	13,81%
PZ Onze-Lieve-Vrouw – Brugge	217	10	14	47	146	803	18,18%	27,02%
PC Sint-Norbertushuis – Duffel	200	7	9	44	140	2.139	6,55%	9,35%
UPC Sint-Kamillus – Bierbeek	115	12	11	21	71	452	15,71%	25,44%
PC Sint-Jan Baptist – Zelzate	127	6	5	12	104	581	17,90%	21,86%
PC Sint-Amandus – Beernem	258	61	20	49	128	538	23,79%	47,96%
PZ Zoete Nood Gods – Lede	145	15	14	38	78	612	12,75%	23,69%
PC Ziekeren - Sint-Truiden	243	16	9	51	167	1.048	15,94%	23,19%
PC Sleidinge – Sleidinge	118	1	4	17	96	1.559	6,16%	7,57%
PZ Stuivenberg – Antwerpen	228	35	14	41	138	1.440	9,58%	15,83%
Totaal	4.491	326	307	826	3.032	27.224	11,14%	16,50%

Tabel 2b: Vergelijking 2007-2008-2009

Noot: in de eerste kolom zijn de erkenningsnummers terug te vinden die horen bij de ziekenhuizen die in tabel 2b werden vermeld (identieke volgorde).

VZ	% (nieuwe) GO/KO			aantal GO (nieuwe)			aantal GO (alle)			aantal KO	
	2007	2008	2009	2007	2008	2009	2007	2008	2009	2007	2008
310	2,37%	1,90%	4,01%	15	13	26	15	14	27	634	683
528	10,18%	9,25%	13,76%	67	73	112	67	77	114	658	789
900	9,46%	10,86%	13,08%	72	78	110	72	101	138	761	718
902	14,29%	13,49%	15,25%	77	92	104	77	117	158	539	682
909	13,32%	12,66%	17,25%	73	81	119	73	109	163	548	640
911	18,15%	8,42%	13,27%	51	33	52	51	50	84	281	392
918	6,20%	8,63%	8,69%	36	41	47	36	56	82	581	475
930	7,00%	7,06%	11,20%	73	76	108	73	84	125	1.043	1.076
936	8,48%	10,28%	9,65%	57	82	77	57	102	105	672	798
937	11,39%	13,75%	9,80%	164	198	150	164	248	224	1.440	1.440
939	12,36%	14,32%	12,00%	122	130	118	122	158	163	987	908
942	2,21%	4,22%	2,08%	10	18	10	10	22	17	453	427
943	7,83%	10,68%	8,88%	132	167	143	132	230	255	1.686	1.564
944	24,18%	19,35%	20,65%	103	89	95	103	134	179	426	460
947	5,58%	8,72%	6,01%	74	91	84	74	110	116	1.326	1.044
952	16,20%	13,85%	16,98%	167	147	173	167	210	289	1.031	1.061
953	8,53%	9,53%	8,50%	85	95	95	85	121	132	997	997
959	15,90%	13,64%	18,09%	76	73	121	76	92	155	478	535
960	8,33%	8,04%	8,86%	63	62	70	63	90	115	756	771
961	7,21%	6,64%	8,50%	56	59	79	56	72	103	777	889
962	7,58%	5,87%	10,22%	42	30	71	42	47	96	554	511
963	15,09%	17,81%	18,18%	128	148	146	128	180	217	848	831
970	8,02%	7,25%	6,55%	150	155	140	150	198	200	1.870	2.139
975	15,77%	14,80%	15,71%	70	62	71	70	81	115	444	419
978	22,66%	15,15%	17,90%	92	88	104	92	108	127	406	581
982	21,53%	21,19%	23,79%	124	114	128	124	177	258	576	538
988	11,53%	11,60%	12,75%	71	71	78	71	102	145	616	612
991	12,95%	13,84%	15,94%	123	145	167	123	178	243	950	1.048
992	4,67%	5,69%	6,16%	72	88	96	72	102	118	1.542	1.546
998	7,34%	9,71%	9,58%	117	156	138	117	183	228	1.594	1.607
Totaal	10,06%	10,52%	11,14%	2.562	2.755	3.032	2.562	3.553	4.491	25.474	26.181

Uit bovenstaande gegevens kunnen we concluderen dat in 2009 3.032 nieuwe gedwongen opnames plaatsvonden. Dit is een stijging tegenover 2008 (2.755) en 2007 (2.562 nieuwe gedwongen opnames).

Ook de proportie gedwongen opname ten opzichte van het totaal aantal klinische opnames is gestegen: van een ruime 10% naar 11,56%. Noot: Psychiatrische Afdelingen van Algemene Ziekenhuizen (PAAZ) zijn hierbij buiten beschouwing gelaten, met uitzondering van deze van Veurne omdat die over een machtiging voor gedwongen opname beschikt.

Het aantal patiënten wat vóór 2007 gedwongen opgenomen werd en in 2009 nog steeds gedwongen opgenomen was, bedraagt 326. Deze informatie is beleidsmatig interessant, want het vermoeden bestaat dat deze populatie voor een deel samenvalt met de doelgroep persisterend storend gedrag.

Op het niveau van de bevolking zijn er 48,49 gedwongen opnames per 100.000 inwoners. Dit is een lichte stijging tegenover 2008: 44,71 gedwongen opnames per 100.000 inwoners.

2.3 Aantal gedwongen opnames per patiënt

Tabel 3a: Aantal gedwongen opnames (GO) per persoon per ziekenhuis (en alle procedures binnen het ziekenhuis)

	1eGO	2eGO	3eGO	Totaal # patiënten	Totaal # opnames	Transfer in	Totaal # gestarte procedures
Totaal 2009	4.142	149	14	4.307	4.491	329	4.162

De cijfers voor 2009 zijn nieuwe gegevens omtrent het totaal aantal opnames, wat nu slaat op de totale groep van patiënten die opgenomen was: dus ook patiënten die vóór 2007 opgenomen waren.

Tabel 3b: Aantal 'nieuwe' gedwongen opnames (GO) per patiënt per jaar per ziekenhuis

	1eGO	2eGO	3eGO	Totaal # patiënten	Totaal # opnames	Transfer in	Totaal # gestarte procedures
Totaal 2007	2.425	61	5	2.491	2.562	115	2.447
Totaal 2008	2.565	92	2	2.659	2.755	159	2.596
Totaal 2009	2.761	118	10	2.890	3.032	121	2.911

Noot: de cijfergegevens die verder in dit jaarverslag worden gebruikt, zijn gebaseerd op de laatste kolom van deze tabel, die het totaal aantal gestarte procedures bevat.

Tabel 3b bevat informatie over patiënten die (her)opgenomen werden in het kader van een nieuwe procedure binnen hetzelfde jaar. Ook wordt hier informatie meegenomen omtrent patiënten die van ziekenhuis veranderden tijdens een procedure (transfer).

De cijfers spreken voor zich: de meeste patiënten worden slechts één keer in eenzelfde jaar gedwongen opgenomen.

De vraag blijft evenwel bestaan of patiënten die binnen eenzelfde jaar drie keer gedwongen opgenomen worden, niet beter in hun statuut gebleven waren. Dit aantal is wel bijzonder beperkt. Anderzijds kan ook het omgekeerde gesteld worden, namelijk dat er toch heel wat personen waren die slechts één enkele maatregel ondergingen. Informatie die we niet hebben, is deze van het aantal risicopatiënten (high users), of hoeveel patiënten misbruik maken van de procedure.

De huidige registratie is een onderschatting van het aantal patiënten wat meermaals gedwongen opgenomen werd, omdat de groep patiënten die in hetzelfde jaar in een ander ziekenhuis gedwongen opgenomen werd, niet op betrouwbare wijze mee kan geregistreerd worden omwille van de privacy van deze patiënten.

2.4 Patiëntvariabelen

Aan de hand van deze gegevens willen we informatie verzamelen in verband met een aantal sociologische variabelen, omdat dat een belangrijk element is binnen de geestelijke gezondheidszorg.

Een bekend gegeven is dat geestelijke gezondheid arm kan maken, en dat armoede geestelijk niet gezond is (cfr. Stellingen van de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO), mutualiteiten,...).

Wij verzamelen deze gegevens omwille van beleidsdoeleinden, meer bepaald ook om een inzicht te hebben in het vraagstuk of deze variabelen invloed hebben op het beloop van de procedure (toegankelijkheid, gebruik).

Meer bepaald is het de bedoeling om ook meer te weten te komen over specifiek kwetsbare doelgroepen, zoals alleenstaanden, vreemdelingen en kinderen. Vraag is of zij meer of minder beschermd worden dan andere patiënten, en of er eventuele beschermende factoren te detecteren zijn, wat aanleiding zou kunnen geven tot een meer preventieve aanpak.

2.4.1 Algemeen

Een aantal elementen springen vrijwel onmiddellijk in het oog. Zo zijn het bijvoorbeeld voornamelijk mannen die gedwongen opgenomen worden. Wat leeftijd betreft, vormt de groep van 18- tot 45-jarigen de grootste groep. Het gaat daarbij echter om een erg ruim genomen leeftijdscohort, waarbij in dit jaarverslag een eerste verfijning werd aangebracht. De reden waarom we voor deze cohorten gekozen hadden, was om tot vergelijkbaarheid met de MPG-registratie te komen. In de loop van onze werkzaamheden hebben we die benadering gedeeltelijk moeten verlaten. We kozen er ook voor om meer te focussen op wat er met kinderen en jongeren gebeurt: we hebben de leeftijd begrensd op 18 jaar (meerderjarigheid, bevoegdheid jeugdrechter), terwijl MPG tot 19 jaar voorziet. Voor jongeren hebben we verdere subcategorieën gedefinieerd. Enerzijds houden die categorieën rekening met de ziekenhuiswetgeving die verbiedt dat jongeren jonger dan 15 opgenomen worden in diensten voor volwassenen, anderzijds krijgen we zo zicht op wat er met jonge kinderen gebeurt.

Specifiek naar kinderen en jongeren toe, blijkt (bron: interne studie Vlaamse Gemeenschap) dat in 2009 100 jongeren (minderjarigen) gedwongen opgenomen werden. In 2008 ging het om 104 (precies evenveel als het jaar voordien). Het merendeel is daarbij 15 jaar of ouder. Het valt wel op dat het aantal erg jonge kinderen (minder dan 13 jaar) op hetzelfde niveau blijft als vorig jaar toen dit relatief sterk gestegen was (in aantal gaat het om 7 in 2009 en 6 kinderen in 2008). In 2001 was er sprake van slechts 53 gedwongen opgenomen minderjarigen.

Tabel 4: Indeling naar geslacht

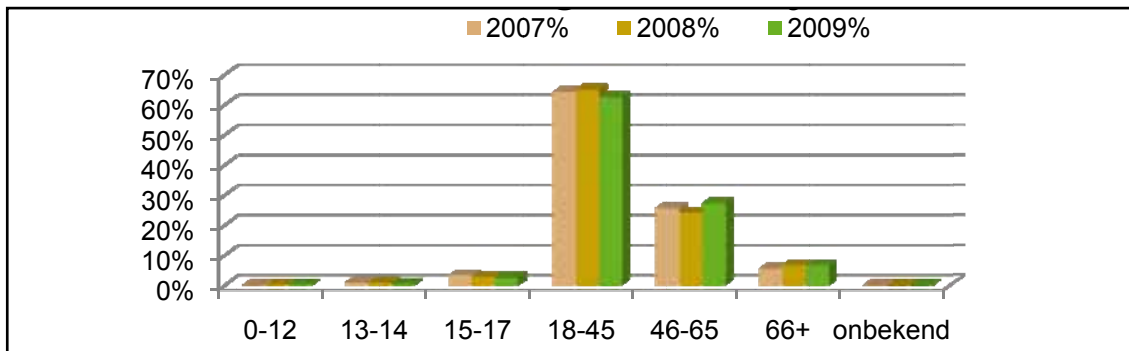
Geslacht	2007	2008	2009
man	64,20%	62,56%	63,38%
vrouw	35,80%	37,44%	36,62%
Totaal aantal	2447	2596	2911

De verhoudingen zijn min of meer het zelfde gebleven. Dit betekent dat de toename van het aantal gedwongen opnames zowel mannen als vrouwen betreft.

Tabel 5a: Indeling naar leeftijd

Leeftijd	2007	2008	2009
0-12	0,04%	0,23%	0,24%
13-14	0,98%	0,92%	0,55%
15-17	3,23%	2,85%	2,65%
18-45	64,36%	65,29%	62,59%
46-65	25,75%	24,08%	27,34%
66+	5,60%	6,63%	6,63%
onbekend	0,04%	0,00%	0,00%
Totaal aantal	2447	2596	2911

Grafiek 1a: Indeling naar leeftijd

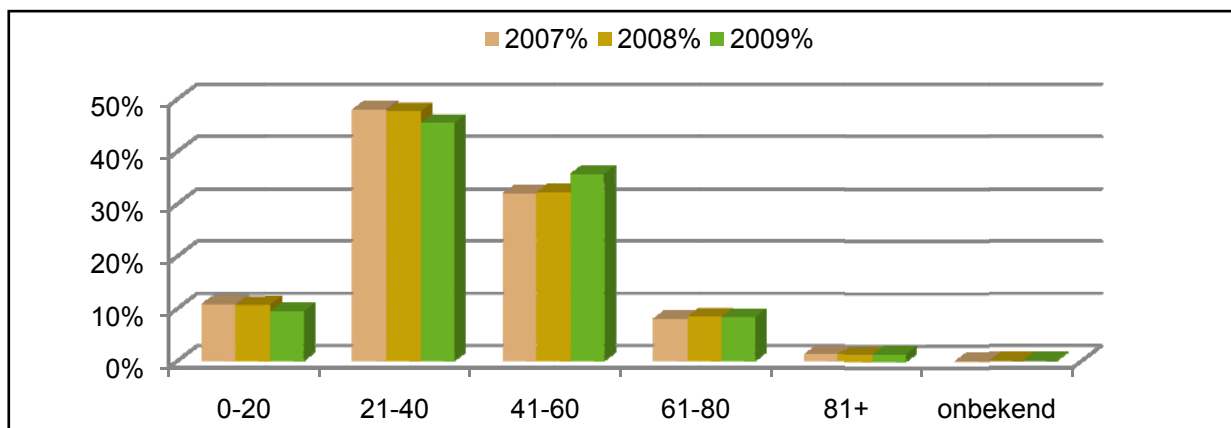


Het aandeel jongeren (0 – 17 jaar) is de laatste drie jaar vrij stabiel gebleven (schommelt rond 100).

Tabel 5b: Indeling naar leeftijd (andere cohortes)

Leeftijd	2007	2008	2009
0-20	10,87%	10,71%	9,41%
21-40	47,98%	47,61%	45,38%
41-60	31,92%	32,16%	35,66%
61-80	8,01%	8,36%	8,28%
81+	1,19%	1,16%	1,27%
onbekend	0,04%	0,00%	0,00%
Totaal aantal	2.447	2.596	2.911

Grafiek 1b: Indeling naar leeftijd (andere cohortes)



Uit deze tabel blijkt dat de distributie onder de doelgroep volwassenen een beduidend groter aandeel van de jongvolwassenen (21-40 jaar: 45%) kent ten opzichte van de iets oudere groep (41-60 jaar: 35%). Zowel jongeren (minder dan 21 jaar: 9,4%) als ouderen (61 plus: 9,4%) zijn minder vertegenwoordigd.

Tabel 6: Indeling naar afkomst

2007	Geboorteplaats		Nationaliteit		Domicilie	
	#	%	#	%	#	%
België	2006	81,98	2192	89,58	2261	92,40
Vlaanderen	1881	76,87	-		2206	90,15
Wallonië	25	1,02	-		14	0,57
Brussel	100	4,09	-		41	1,68
EU	135	5,52	87	3,56	21	0,86
Niet-EU	175	7,15	122	4,99	4	0,16
Onbekend	131	5,35	46	1,88	143	5,84
Geen domicilie	-	-	-	-	18	0,74
Totaal	2447	100,00	2447	100,00	2447	100,00

2008	Geboorteplaats		Nationaliteit		Domicilie	
	#	%	#	%	#	%
België	2156	83,05	2325	89,56	2448	94,30
Vlaanderen	2040	78,58	-		2399	92,41
Wallonië	37	1,43	-		18	0,69
Brussel	79	3,04	-		31	1,19
EU	152	5,86	107	4,12	33	1,27
Niet-EU	202	7,78	128	4,93	2	0,08
Onbekend	86	3,31	36	1,39	91	3,51
Geen domicilie	-	-	-	-	22	0,85
Totaal	2596	100,00	2596	100,00	2596	100,00

2009	Geboorteplaats		Nationaliteit		Domicilie	
	#	%		%	#	%
België	2504	86,02	2663	91,48	2833	97,32
Vlaanderen	2362	81,14	-		2779	95,47
Wallonië	53	1,82	-		17	0,58
Brussel	89	3,06	-		37	1,27
EU	149	5,12	99	3,40	18	0,62
Niet-EU	227	7,80	116	3,98	0	0
Onbekend	31	1,06	33	1,13	33	1,13
Geen domicilie	-	-	-	-	27	0,93
Totaal	2911	100,00	2911	100,00	2911	100,00

In verband met deze indeling naar afkomst, kennen 2007 en 2008 geen grote verschillen: vermoedelijk zijn ze statistisch gezien niet significant.

2.4.2 Gedwongen opgenomen minderjarigen

Het aantal jongeren wat opgenomen wordt in een dienst die niet geschikt is voor de opvang van deze patiënten, is een oud zeer.

De inspectie is de mening toegedaan dat jongeren, zeker diegenen die in een erg kwetsbare geestelijke gezondheidstoestand verkeren, thuishoren op diensten die hiervoor ingericht zijn: namelijk K-diensten en adolescentenafdelingen. Wat deze laatste diensten betreft, is wel te vermelden dat hiervoor geen erkenningsnormen bestaan.

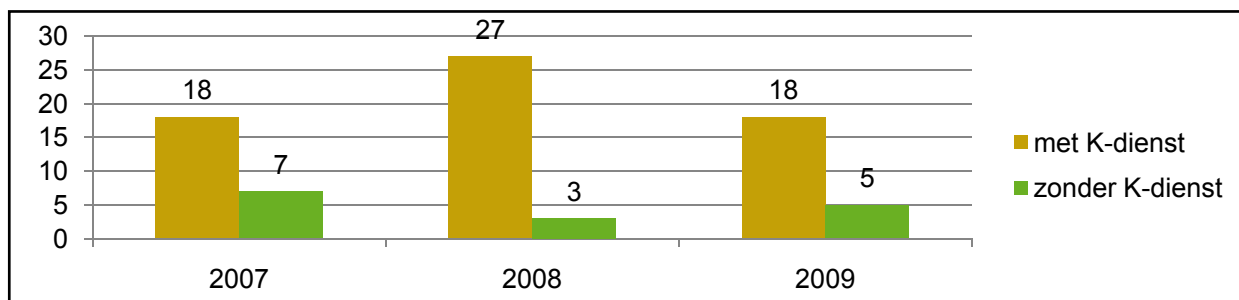
Waar we in 2008 konden vaststellen dat er een lichte verbetering was (namelijk opname van 35 -van de 104- jongeren in een ziekenhuis zonder kinderpsychiatrische dienst), is dit gegeven in het jaar 2009 verslechterd naar 42 -van de 100- jongeren. Dat betekende dat deze groep blootgesteld blijft aan verblijfsomstandigheden die niet optimaal zijn, waarbij we niet anders kunnen dan herhalen dat dit vermoedelijk over een onderschatting van het probleem gaat, aangezien een opname in een ziekenhuis met K-dienst niet automatisch betekent dat het kind ook effectief op deze K-dienst verblijft.

Of de ziekenhuizen in kwestie oplossingen zoeken die acceptabel zijn (zoals opname van jongeren in adolescentendiensten onder kenletter A), is met de huidige registratiemethodiek niet te achterhalen en zou het voorwerp moeten uitmaken van een afzonderlijk onderzoek.

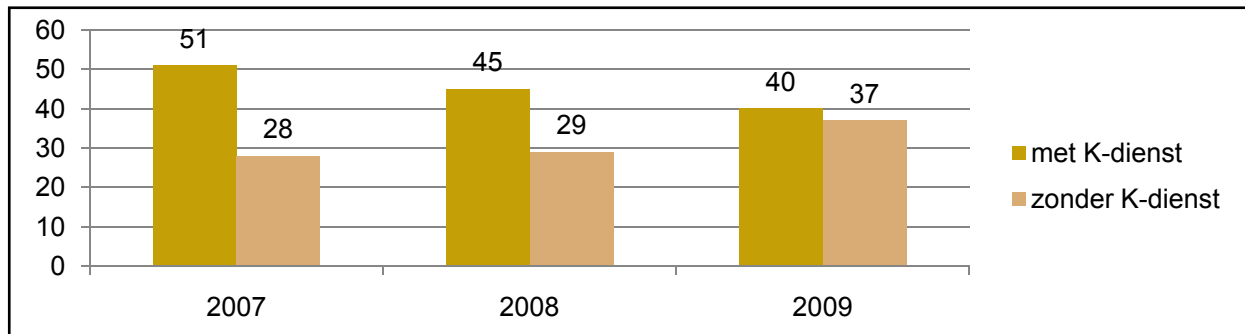
Een positief gegeven is wel dat het aantal jongeren dat gedwongen opgenomen wordt, vrij stabiel blijft. Het aantal erg jongere kinderen blijft ook vergelijkbaar.

Grafiek 2a en b: Gedwongen opgenomen minderjarigen 2007, 2008 en 2009

0-14 jaar



15-17 jaar



In 2007 werden 7 kinderen met zekerheid gedwongen opgenomen in bedden waarin zij, op basis van de ziekenhuiswetgeving, niet mochten opgenomen worden. Dat aantal zakte in 2008 naar 3, maar is in 2009 opnieuw toegenomen tot 5. Wegens tijdsgebrek werden deze dossiers in 2009 niet onderzocht (door de geneesheer-inspecteur-psychiater) op de aanwezigheid van verschoningsgronden.

2.4.3 Sociale variabelen

Sociale variabelen vormen een interessante bron voor verder wetenschappelijk onderzoek. Onderstaande gegevens schetsen immers een beeld van welke bevolkingsgroepen meer of minder gedwongen opgenomen werden, maar oorzaken noemen of conclusies trekken op basis van deze gegevens is vrijwel onmogelijk.

Een voorbeeld dat aantoont dat men voorzichtig moet omspringen met conclusies, is de informatie over wettelijke status: die zegt in vele gevallen niets over het al dan niet samenwonen of het al dan niet vormen van een gezin. Wel kan gesteld worden dat ongehuwd zijn zeker geen beschermende factor is ten aanzien van een gedwongen opname. In 2009 werd "status" als gegeven vervangen door "leefmilieu van de patiënt".

Tabel 7a: Indeling naar leefmilieu (oud)

Wettelijke status	% 2007	% 2008	# 2007	# 2008
Ongehuwd	54,03%	53,58%	1322	1.391
Gehuwd	18,47%	17,26%	452	448
Gescheiden	12,22%	14,75%	299	383
Weduwstaat	3,15%	2,31%	77	60
Andere	0,00%	0,00%	0	0
Onbekend	12,14%	12,10%	297	314
Totaal	100,00%	100,00%	2447	2596

Tabel 7b: indeling naar leefmilieu - 2009 (nieuw)

Leefmilieu	#	%
OUDE CODES	240	8,24%
ALLEEN	900	30,92%
GEZINS(VERVANGEND) MILIEU	1.267	43,52%
Eigen gezin	555	19,07%
Ouderlijk gezin	331	11,37%
Inwonend/samenwonend	366	12,57%
Ander gezins(vervangend) milieu	15	0,52%
COLLECTIEVE WOONVORM	45	1,55%
Voorziening voor bejaarden	14	0,48%
Instelling gehandicaptenzorg	10	0,34%
Opvangcentrum thuislozen	5	0,17%
Gemeenschapsverband	1	0,03%
Instelling afh. van justitie	10	0,34%
Andere collectieve woonvorm	5	0,17%
THERAPEUTISCH MILIEU	130	4,47%
PZ	58	1,99%
PAAZ	12	0,41%
PVT		0,00%
Beschut wonen	15	0,52%
Gezinsverpleging		0,00%
Alternatieve psychiatrische opvang		0,00%
Algemeen ziekenhuis	40	1,37%
Ander therapeutisch milieu	5	0,17%
ANDERE	82	2,82%
Ander niet-gespecificeerd milieu	5	0,17%
Geen vaste verblijfplaats	77	2,65%
ONBEKEND	247	8,49%
Totaal	2.911	100,00%

De nieuwe registratiemethodiek lijkt nog wat kinderziekten te vertonen (8 % oude codes gebruikt), maar levert toch interessante informatie aan. In volgorde komen meest frequent voor: het gezins(vervangend) milieu (43,52%), alleen (bijna 31%). Merkwaardige vaststelling is het globaal weinig voorkomen van gedwongen opnames vanuit een collectieve woonvorm: zowel vanuit bejaardenvoorzieningen (0,48%) als gehandicaptenzorg (0,34%), als instellingen afhankelijk van justitie (0,34%).

Een problematiek die een bijzondere aandacht verdient, is die van de daklozen (77 patiënten zonder vaste verblijfplaats plus 5 patiënten vanuit een opvangcentrum voor thuislozen). Bij deze patiënten kan redelijkerwijze aangenomen worden dat zij geen behandeling kregen vóór de opname, en is de kans evenredig groot dat zij, eens ontslagen, ook geen afdoende nazorg zullen krijgen.

Tenslotte is het aantal patiënten in de psychiatrische gezinsverpleging wat gedwongen opgenomen werd, nihil is. Dit toont aan dat, zelfs in de regio waar deze specifieke behandelvorm mogelijk is en door de wetgever georganiseerd werd (Geel en omgeving), deze formule (met als doel bescherming van de geesteszieke) niet gebruikt wordt.

Tabel 8: Indeling naar beroepssituatie

Beroepssituatie	2007	2008	2009
Leerling, scholier, student	4,29%	5,16%	5,26%
Huishouden	3,11%	3,04%	2,68%
Arbeider	15,86%	14,06%	14,87%
Bediende	5,52%	5,28%	7,87%
(midden)kader, directie	0,33%	0,23%	0,34%
Zelfstandige	1,92%	1,93%	2,51%
Vrij beroep	0,25%	0,39%	0,62%
Gepensioneerd	-	1,46%	6,60%
Werkloos/Steuntrekkend (OCMW,...)	-	1,19%	15,25%
In- of mindervalide, ziekte	-	2,89%	19,58%
Andere	27,09%	25,85%	9,93%
Onbekend	41,64%	38,52%	14,50%
Totaal	2447	2596	2911

Cijfermatig is, wat het jaar 2009 betreft, vast te stellen dat er een aanzienlijke daling is wat de groep “onbekend” betreft (is van 41,64% gedaald naar 14,5%) en het aandeel “andere” (van 25,85% naar 9,93%). Wij danken oprecht de personen die de moeite gedaan hebben om de gevraagde informatie aan te leveren. Elementen die nu duidelijker naar voor komen, zijn de precieze cijfers omtrent gepensioneerd zijn (is gestegen van 1,46% naar 6,6%), werkloos/steuntrekkend (van 1,19% naar 15,25%), in- of mindervalide/ziekte (van 2,89% naar 19,58%). Reden hiervoor is dat deze 3 categorieën pas in de loop van 2008 werden toegevoegd en dus pas vanaf 2009 ten volle gebruikt zijn.

Deze informatie is bijzonder beleidsrelevant, dit zowel vanuit het standpunt van het algemeen belang van de volksgezondheid als op het niveau van de voorzieningen zelf. Wat de cijfers betreft die verband houden met de beroepssituatie zelf, wanneer er dus nog sprake is van een activiteit, valt op dat hier weinig verschuivingen zijn.

2.5 Procedurevariabelen

2.5.1 Start van de procedure

Een beslissing tot gedwongen opname kan genomen worden door de vrede- of jeugdrechter, of door de procureur des Konings. Wil een vrager een gewone procedure starten, dan dient hij/zij bij de rechter een verzoekschrift in, begeleid door een medisch verslag. Indien de opname echter spoedeisend van aard is, verloopt de procedure via de procureur des Konings. Ook dan hoort men een verzoek en medisch verslag in te dienen, maar dit keer moet de dringendheid van de kwestie aangetoond kunnen worden. De procureur neemt in dit geval binnen de 24 uur een beslissing, brengt de vrede- of jeugdrechter op de hoogte, en deze neemt uiteindelijk de vervolgbeslissing ten gronde.

Tabel 9a: Soort procedure (spoed of gewoon) en soort gerecht waar de procedure gestart wordt - 2009.

	Soort gerecht		Totaal	
	Jeugd-rechtbank	Vrede-gerecht	#	
Soort procedure	#	#	#	
Gewone procedure	1	462	463	15,91%
% tov totaal per soort proc.	0,22%	99,78%		
% tov totaal per soort rechtbank	1,00%	16,44%		
% tov totaal	0,03%	15,87%		
Spoedprocedure	99	2.349	2.448	84,09%
% tov totaal per soort proc.	4,04%	95,96%		
% tov totaal per soort rechtbank	99,00%	83,56%		
% tov totaal	3,40%	80,69%		
Totaal	100	2.811	2.911	
	3,44%	96,56%		

Tabel 9b: Soort procedure (spoed of gewoon), en soort gerecht waar de procedure gestart wordt - 2007, 2008 en 2009.

	Soort gerecht		Totaal	
	Jeugdrechtbank	Vrederecht	#	% procedure
Soort procedure	#	#	#	% procedure
Gewone procedure				
2007	6	497	503	20,56%
2008	8	451	459	17,68%
2009	1	462	463	15,91%
Spoedprocedure				
2007	93	1.851	1.944	79,44%
2008	96	2.041	2.137	82,32%
2009	99	2.349	2.448	84,09%
Totaal	2007	99	2.348	2.447
	2008	104	2.492	2.596
	2009	100	2.811	2.911
% soort gerecht				
2007	4,05%	95,95%		
2008	4,01%	95,99%		
2009	3,44%	96,56%		

Globaal gezien blijven de verhoudingen spoedprocedure/gewone procedure behouden: 16-18% gewone procedure versus 82-84% spoedprocedure.

Bij jongeren zijn, op één uitzondering na, alle procedures omwille van het dringend karakter met spoed gelopen. Dit bevestigt de tendens die vorige jaren vastgesteld werd.

De toename in totaal aantal procedures is zo goed als volledig op conto van de dringende procedure bij volwassenen te schrijven: er is ten opzichte van 2008 een toename van het aantal beslissingen van de procureur des Konings van 2041 naar 2349 (een toename met 15% op 1 jaar).

Tabel 10: 2009 - Welke elementen (diagnose, middelen, gevaarcriteria) bepalen de beslissing tot gedwongen opname per rechtbank?

Noot: Het vermelde percentage staat hier voor het percentage t.o.v. het totaal per soort gerecht. Hierbij komen we telkens tot 1 diagnose per as.

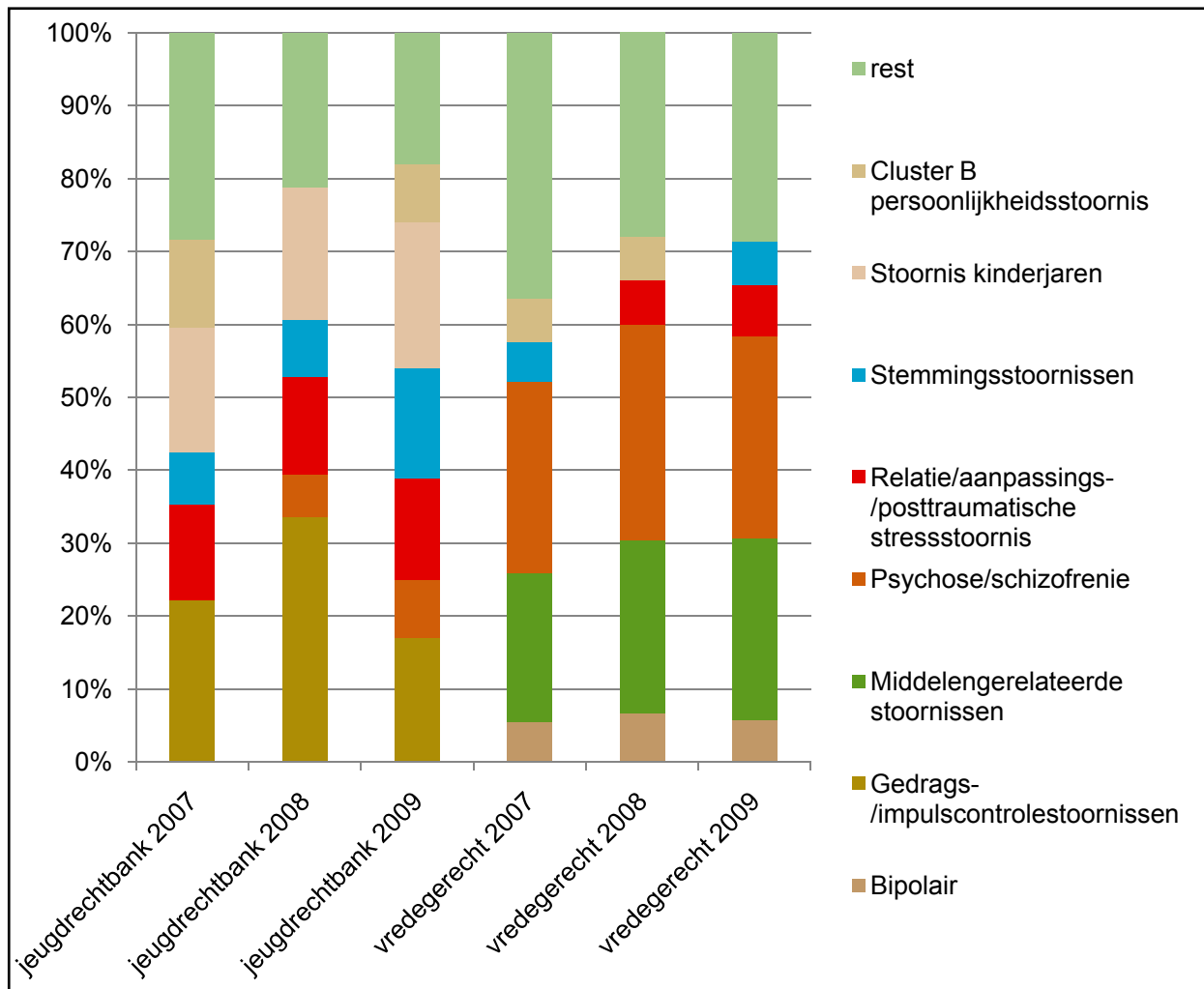
Diagnosegroepen	Gerecht					
	jeugdrechtbank		vredegerecht		totaal	
	#	%	#	%	#	%
Hoofddiagnose = As 1	85	85,00%	2.282	81,18%	2.367	81,31%
Bipolair		0,00%	163	5,80%	163	5,60%
Dementie		0,00%	70	2,49%	70	2,40%
Eetstoornissen		0,00%	12	0,43%	12	0,41%
Gedrags-/impulscontrolestoornissen	17	17,00%	77	2,74%	94	3,23%
Middelengerelateerde stoornissen	7	7,00%	702	24,97%	709	24,36%
Neurotische/ angststoornissen	4	4,00%	22	0,78%	26	0,89%
Psychoorganisch		0,00%	33	1,17%	33	1,13%
Psychose/schizofrenie	8	8,00%	775	27,57%	783	26,90%
Relatie/aanpassings-/ posttraumatische stresstoornis	14	14,00%	199	7,08%	213	7,32%
Seksuele stoornis/genderidentiteit		0,00%	2	0,07%	2	0,07%
Stemmingsstoornissen	15	15,00%	168	5,98%	183	6,29%
Stoornis kinderjaren	20	20,00%	32	1,14%	52	1,79%
Andere		0,00%	2	0,07%	2	0,07%
Geen diagnose of uitgesteld		0,00%	25	0,89%	25	0,86%
Onbekend		0,00%		0,00%	0	0,00%
Hoofddiagnose = As 2	15	15,00%	247	8,79%	262	9,00%
Cluster A persoonlijkheidsstoornis		0,00%	22	0,78%	22	0,76%
Cluster B persoonlijkheidsstoornis	8	8,00%	145	5,16%	153	5,26%
Cluster C persoonlijkheidsstoornis		0,00%	7	0,25%	7	0,24%
Persoonlijkheidsstoornis nao	6	6,00%	29	1,03%	35	1,20%
Mentale handicap	1	1,00%	24	0,85%	25	0,86%
Geen diagnose of uitgesteld		0,00%	20	0,71%	20	0,69%
Onbekend		0,00%		0,00%	0	0,00%
Hoofddiagnose = As 3*	0	0,00%	9	0,32%	9	0,31%
Hoofddiagnose = Niet te bepalen	0	0,00%	6	0,21%	6	0,21%
Hoofddiagnose = Onbekend	0	0,00%	267	9,50%	267	9,17%
Totaal	100	100,00%	2.811	100,00%	2.911	100,00%
Top 5	82	82,00%	2.007	71,40%		

(*) het kan zijn dat er hier wel een diagnose is op as 1 of 2, maar die wordt dan buiten beschouwing gelaten

Tabel 11: Diagnoses tot gedwongen opname per gerecht, voor 2007, 2008 en 2009

Diagnosegroepen	Gerecht jeugdrechtbank			vredegerecht		
	2007	2008	2009	2007	2008	2009
Hoofddiagnose = As 1	73,74%	90,38%	85,00%	69,08%	79,86%	81,18%
Bipolair	0,00%	0,96%	0,00%	5,45%	6,74%	5,80%
Dementie	0,00%	0,00%	0,00%	1,70%	2,25%	2,49%
Eetstoornissen	0,00%	2,88%	0,00%	0,17%	0,32%	0,43%
Gedrags-/impulscontrolestoornissen	22,22%	33,65%	17,00%	2,39%	2,49%	2,74%
Middelengerelateerde stoornissen	6,06%	3,85%	7,00%	20,53%	23,64%	24,97%
Neurotische/ angststoornissen	0,00%	1,92%	4,00%	1,41%	0,88%	0,78%
Psychoorganisch	0,00%	0,00%	0,00%	1,02%	1,00%	1,17%
Psychose/schizofrenie	5,05%	5,77%	8,00%	26,19%	29,65%	27,57%
Relatie/aanpassings-/posttraumatische stressstoornis	13,13%	13,46%	14,00%	3,58%	6,06%	7,08%
Seksuele stoornis/genderidentiteit	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,04%	0,07%
Stemmingsstoornissen	7,07%	7,69%	15,00%	5,37%	5,18%	5,98%
Stoornis kinderjaren	17,17%	18,27%	20,00%	0,60%	0,80%	1,14%
Andere	0,00%	0,00%	0,00%	0,04%	0,12%	0,07%
Geen diagnose of uitgesteld	3,03%	1,92%	0,00%	0,60%	0,64%	0,89%
Onbekend	0,00%	0,00%	0,00%	0,04%	0,04%	0,00%
Hoofddiagnose = As 2	16,16%	8,65%	15,00%	9,80%	9,47%	8,79%
Cluster A persoonlijkheidsstoornis	0,00%	0,00%	0,00%	1,06%	0,60%	0,78%
Cluster B persoonlijkheidsstoornis	12,12%	1,92%	8,00%	6,05%	5,90%	5,16%
Cluster C persoonlijkheidsstoornis	0,00%	0,00%	0,00%	0,26%	0,08%	0,25%
Persoonlijkheidsstoornis nao	2,02%	3,85%	6,00%	1,45%	1,69%	1,03%
Mentale handicap	0,00%	1,92%	1,00%	0,64%	1,00%	0,85%
Geen diagnose of uitgesteld	2,02%	0,96%	0,00%	0,30%	0,20%	0,71%
Onbekend	0,00%	0,00%	0,00%	0,04%	0,00%	0,00%
Hoofddiagnose = As 3*	0,00%	0,00%	0,00%	0,30%	0,32%	0,32%
Hoofddiagnose = Niet te bepalen	0,00%	0,00%	0,00%	0,43%	0,40%	0,21%
Hoofddiagnose = Onbekend	10,10%	0,96%	0,00%	20,40%	9,95%	9,50%
Totaal aantal	99	104	100	2348	2492	2811
Top 5	71,72%	78,85%	82,00%	63,59%	71,99%	71,40%

Grafiek 3: Diagnoses tot gedwongen opname per gerecht, voor 2007, 2008 en 2009



Hoewel de cijfers voor zich spreken, kunnen we volgende bedenkingen maken:

- Zowel voor 2007 als voor 2008 is het in verband met de toepassing door de vrederechter opvallend dat de belangrijkste diagnosegroepen diagnoses zijn waarbij de 'momentele bekwaamheid om te handelen' behoorlijk aangetast kan zijn (denk hierbij aan psychose of middelengerelateerde stoornissen).
- Bij jongeren zijn er een aantal verschuivingen in diagnosegroepen: meest opvallend is de scherpe daling in het aantal gedrags/impulscontrolestoornissen (van 35 patiënten naar 17).

De andere cijfers die veranderen, zijn procentueel wel spectaculair, maar, omdat het over kleine aantallen gaat, eerder beperkt te noemen: er zijn meer specifieke diagnoses gesteld (middelengerelateerd is toegenomen van 4 naar 7 patiënten, stemmingsstoornissen van 8 naar 15, psychose van 6 naar 8).

Wat de rubriek persoonlijkheidsstoornissen betreft, is er een toename van het aantal diagnoses van 9 naar 15, dit ondanks het feit dat deze diagnose op deze leeftijd formeel nog niet mag worden gesteld, wat enigszins omzeild werd door de rubriek "persoonlijkheidsstoornis" niet anders omschreven te gebruiken. De verschuivingen in diagnostiek tonen ons inziens aan hoe moeilijk het is om op jongere leeftijd betrouwbare diagnoses te stellen (een punt waar de kinder- en jeugdpsychiatrie overigens van nature meer aandacht aan besteedt) en weerspiegelen vermoedelijk niet zozeer grote veranderingen in de klinische realiteit.

Er was maar 1 jongere waarbij mentale handicap als hoofddiagnose weerhouden werd.

In 2009 was er geen enkele patiënt die omwille van een eetstoornis gedwongen opgenomen werd.

Deze verschuivingen weerspiegelen zich ook in de top 5-diagnoses bij jongeren, die nu aangevoerd wordt door de "stoornissen in de kinderjaren": anders gesteld onder meer de ontwikkelingsstoornissen.

- Wat volwassenen betreft, zijn de verschuivingen als verwaarloosbaar te beschouwen. Enige punt dat blijft opvallend, is dat men voor 9,5% van de patiënten blijft stellen dat de hoofddiagnose onbekend is (omdat de diagnoses helemaal niet werden ingevuld).
- Verhoudingsgewijs blijven de belangrijkste diagnoses psychotische stoornissen en middelengerelateerde stoornissen (resp. 27% en 25%). De vier volgende diagnosegroepen schommelen tussen 5 en 7%: respectievelijk posttraumatische stressstoornis, stemmingsstoornissen, bipolaire stoornis en cluster B persoonlijkheidsstoornis.

Tabel 12: Middelenmisbruik

Deze tabel schetst het middelenmisbruik. De gegevens in deze tabel staan los van de diagnose middelenmisbruik uit de voorgaande tabel (om na te gaan of er een mogelijke link bestaat tussen middelenmisbruik als diagnose en onderstaande gegevens, zou nl. het totaal van alle assen gebruikt moeten worden). Combinaties alcohol, drugs en medicatie zijn mogelijk. Het percentage is berekend op basis van het totaal per soort gerecht.

Middelenmisbruik		Gerecht		Vredegerecht		Totaal			
		Jeugdrechtbank		#	%	#	%		
		#	%						
Ja	2007	22	22,22%	872	37,14%	894	36,53%	% t.o.v. totaal per soort gerecht	
	2008	17	16,35%	1.075	43,14%	1.092	42,06%		
	2009	24	24,00%	1.250	44,47%	1.274	43,77%		
Alcohol	2007	5	22,73%	519	59,52%	524	58,61%	% t.o.v. totaal ja	
	2008	3	17,65%	663	61,67%	666	60,99%		
	2009	8	33,33%	759	60,72%	767	60,20%		
	Medicatie	2007	2	9,09%	197	22,59%	199		22,26%
		2008	5	29,41%	275	25,58%	280		25,64%
		2009	4	16,67%	287	22,96%	291		22,84%
	Drugs	2007	19	86,36%	410	47,02%	429		47,99%
		2008	14	82,35%	482	44,84%	496		45,42%
		2009	19	79,17%	580	46,40%	599		47,02%
	Onbekend	2007	1	4,55%	44	5,05%	45		5,03%
		2008	-	-	9	0,84%	9		0,82%
		2009	-	-	3	0,24%	3		0,24%
Neen	2007	51	51,52%	774	32,96%	825	33,71%	% t.o.v. totaal per soort gerecht	
	2008	60	57,69%	903	36,24%	963	37,10%		
	2009	59	59,00%	1.076	38,28%	1.135	38,99%		
Onbekend	2007	26	26,26%	702	29,90%	728	29,75%	% t.o.v. totaal per soort gerecht	
	2008	27	25,96%	514	20,63%	541	20,84%		
	2009	17	17,00%	485	17,25%	502	17,24%		

De cijfers voor 2007, 2008 en 2009 zijn min of meer vergelijkbaar. Wel is er een duidelijke stijgende trend vast te stellen (in aantal, niet in percentage) omtrent het gebruik van alcohol en middelen bij volwassenen.

Middelenmisbruik is bij jongeren een belangrijk aandachtspunt.

Een aantal actoren oordeelt, indien met rekening houdt met de huidige stand van de wetenschap tegen beter weten in, dat verslaving op zich geen psychiatrische stoornis is, dit terwijl elk psychiatrisch classificatiesysteem deze diagnosegroep omvat en dat er vandaag de dag uitgebreid biologisch bewijs is dat meerdere hersenzones een bijzonder belangrijke rol spelen in de verslavingsprocessen. De praktijk leert overigens dat verslavingsproblemen momenteel in ongeveer een veertig procent, voorheen een derde van het aantal gedwongen opnames, een rol speelt.

Deze praktijk is overigens niet strijdig met wat het Europese Verdrag tot Bescherming van de Rechten van de Mens, artikel 5, hierover stelt:

Artikel 5 EVRM

1. Eenieder heeft recht op vrijheid en veiligheid van zijn persoon. Niemand mag zijn vrijheid worden ontnomen, behalve in de navolgende gevallen en overeenkomstig de wettelijk voorgeschreven procedure.
2. In het geval van rechtmatige detentie van personen ter voorkoming van de verspreiding van besmettelijke ziekten, van geestesziekten, van verslaafden aan alcohol of verdovende middelen of van landlopers.

Tabel 13: Gevaarscriteria per soort gerecht

Noot: Het percentage is berekend op basis van het totaal per soort gerecht. Net zoals in voorgaande tabel, zijn ook hier combinaties mogelijk.

Gevaarscriteria		Gerecht				Totaal	
		Jeugdrechtbank		Vredegerecht		#	%
		#	%	#	%	#	%
Eigen gezondheid	2007	64	64,65%	1.959	83,43%	2.023	82,67%
	2008	72	69,23%	2.134	85,63%	2.206	85,01%
	2009	63	63,00%	2.348	83,53%	2.411	82,82%
Eigen veiligheid	2007	75	75,76%	1.831	77,98%	1.906	77,89%
	2008	80	76,92%	1.970	79,05%	2.050	78,97%
	2009	76	76,00%	2.222	79,05%	2.298	78,94%
Andere gezondheid/leven	2007	40	40,40%	959	40,84%	999	40,83%
	2008	23	22,12%	883	35,43%	906	34,90%
	2009	29	29,00%	1.008	35,86%	1.037	35,62%
Andere integriteit	2007	55	55,56%	1.167	49,70%	1.222	49,94%
	2008	44	42,31%	1.156	46,39%	1.200	46,22%
	2009	53	53,00%	1.328	47,24%	1.381	47,44%
Onbekend	2007	12	12,12%	100	4,26%	112	4,58%
	2008	5	4,81%	41	1,65%	46	1,77%
	2009	1	1,00%	39	1,39%	40	1,37%
Belangrijkste gevaarscriterium							
eigen gezondheid	2007	15	15,15%	644	27,43%	659	26,93%
	2008	18	17,31%	860	34,51%	878	33,82%
	2009	19	19,00%	1103	39,24%	1122	38,54%
eigen veiligheid	2007	26	26,26%	497	21,17%	523	21,37%
	2008	37	35,58%	637	25,56%	674	25,96%
	2009	34	34,00%	609	21,66%	643	22,09%
andere gezondheid/leven	2007	7	7,07%	142	6,05%	149	6,09%
	2008	5	4,81%	130	5,22%	135	5,20%
	2009	6	6,00%	142	5,05%	148	5,08%
andere integriteit	2007	10	10,10%	158	6,73%	168	6,87%
	2008	14	13,46%	202	8,11%	216	8,32%
	2009	15	15,00%	246	8,75%	261	8,97%
niet te bepalen	2007	12	12,12%	107	4,56%	119	4,86%
	2008	9	8,65%	253	10,15%	262	10,09%
	2009	9	9,00%	311	11,06%	320	10,99%
onbekend	2007	29	29,29%	800	34,07%	829	33,88%
	2008	21	20,19%	410	16,45%	431	16,60%
	2009	17	17,00%	400	14,23%	417	14,32%

De gehanteerde gevaarcriteria zijn afkomstig van de Nederlandse benadering, waar ze systematisch beoordeeld moeten worden wanneer een inbewaringsmaatregel (is een dringende gedwongen opname) uitgeschreven wordt. De cijfers leren ons dat, iets meer bij volwassenen dan bij jongeren, de bescherming van de patiënt zelf duidelijk het eerste criterium vormt, en dat dit criterium hoger scoort dan het gevaar ten opzichte van anderen. In de praktijk spelen er echter meestal meerdere criteria tegelijk. Het gevaarcriterium ten opzichte van zichzelf is overigens ook hét wezenlijke verschil met de forensische psychiatrie: daar liggen de verhoudingen net omgekeerd.

Deze tabel illustreert dat er tussen de cijfers van 2007, 2008 en 2009 verschillen bestaan, meer bepaald in de beoordeling van het gevaarcriterium ten aanzien van de andere (gezondheid/integriteit). De schommelingen die wij vaststellen, doen ons -in tegenstelling tot wat we dachten in 2008- vermoeden dat zij mogelijk op het toeval gebaseerd zijn.

Ook de vaststelling dat het criterium “gevaar voor de integriteit van de andere” bij jongeren een belangrijk criterium blijft in tegenstelling tot de volwassenen, wordt niet in zijn totaliteit bevestigd: dit criterium is wel belangrijk op zich, maar er blijkt hierbij geen groot verschil te zijn tussen jongeren en volwassenen.

Tabel 14: Diagnosegroepen per gerechtelijke procedure - 2009

Het weergegeven percentage is het percentage t.o.v. het totaal per soort procedure. Per as is er telkens één diagnose. Ontbreekt er een diagnose voor 1A, dan is deze te vinden bij 1B. Ontbreekt de diagnose voor 1B, dan is deze te vinden bij 1C. Hetzelfde is van toepassing voor 2A en 2B.

Diagnosegroepen	Procedure					
	Spoed		gewoon		Totaal	
	#	%	#	%	#	%
Hoofddiagnose = As 1	1.971	80,51%	396	85,53%	2.367	81,31%
Bipolair	150	6,13%	13	2,81%	163	5,60%
Dementie	45	1,84%	25	5,40%	70	2,40%
Eetstoornissen	8	0,33%	4	0,86%	12	0,41%
Gedrags-/impulscontrolestoornissen	80	3,27%	14	3,02%	94	3,23%
Middelengerelateerde stoornissen	547	22,34%	162	34,99%	709	24,36%
Neurotische/ angststoornissen	24	0,98%	2	0,43%	26	0,89%
Psychoorganisch	29	1,18%	4	0,86%	33	1,13%
Psychose/schizofrenie	645	26,35%	138	29,81%	783	26,90%
Relatie/aanpassings-/posttraumatische stressstoornis	201	8,21%	12	2,59%	213	7,32%
Seksuele stoornis/genderidentiteit	2	0,08%	0	0,00%	2	0,07%
Stemmingsstoornissen	171	6,99%	12	2,59%	183	6,29%
Stoornis kinderjaren	44	1,80%	8	1,73%	52	1,79%
Andere	2	0,08%	0	0,00%	2	0,07%
Geen diagnose of uitgesteld	23	0,94%	2	0,43%	25	0,86%
Onbekend	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Hoofddiagnose = As 2	237	9,68%	25	5,40%	262	9,00%
Cluster A persoonlijkheidsstoornis	17	0,69%	5	1,08%	22	0,76%
Cluster B persoonlijkheidsstoornis	144	5,88%	9	1,94%	153	5,26%
Cluster C persoonlijkheidsstoornis	7	0,29%	0	0,00%	7	0,24%
Persoonlijkheidsstoornis nao	33	1,35%	2	0,43%	35	1,20%
Mentale handicap	18	0,74%	7	1,51%	25	0,86%
Geen diagnose of uitgesteld	18	0,74%	2	0,43%	20	0,69%
Onbekend	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Hoofddiagnose = As 3*	8	0,33%	1	0,22%	9	0,31%
Hoofddiagnose = Niet te bepalen	6	0,25%	0	0,00%	6	0,21%
Hoofddiagnose = Onbekend	226	9,23%	41	8,86%	267	9,17%
Totaal	2.448	100,00%	463	100,00%	2.911	100,00%
Top 5	1.714	70,02%	352	76,03%		

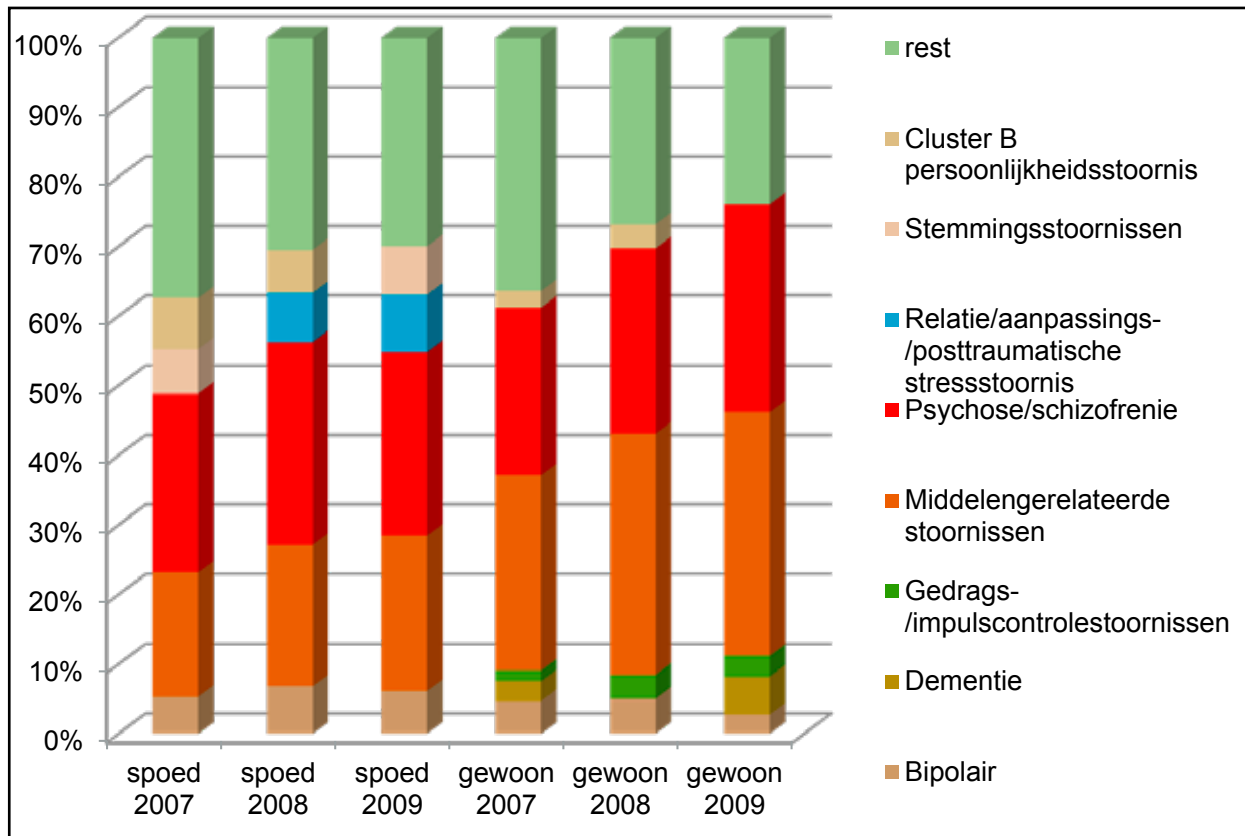
(*) het kan zijn dat er hier wel een diagnose is op as 1 of 2, maar die wordt dan buiten beschouwing gelaten.

Tabel 15: Diagnosegroepen, zowel via een spoed- als via een gewone procedure, voor 2007, 2008 en 2009

Diagnosegroepen	Procedure					
	spoed			gewoon		
	2007	2008	2009	2007	2008	2009
Hoofddiagnose = As 1	69,50%	79,50%	80,51%	68,39%	83,88%	85,53%
Bipolair	5,35%	6,83%	6,13%	4,77%	5,01%	2,81%
Dementie	1,34%	1,92%	1,84%	2,78%	3,27%	5,40%
Eetstoornissen	0,15%	0,47%	0,33%	0,20%	0,22%	0,86%
Gedrags-/impulscontrolestoornissen	3,60%	3,79%	3,27%	1,59%	3,49%	3,02%
Middelengerelateerde stoornissen	17,85%	20,31%	22,34%	28,03%	34,64%	34,99%
Neurotische/ angststoornissen	1,39%	0,84%	0,98%	1,19%	1,31%	0,43%
Psychoorganisch	0,82%	1,03%	1,18%	1,59%	0,65%	0,86%
Psychose/schizofrenie	25,67%	29,15%	26,35%	24,06%	26,58%	29,81%
Relatie/aanpassings-/ posttraumatische stressstoornis	4,68%	7,02%	8,21%	1,19%	3,27%	2,59%
Seksuele stoornis/genderidentiteit	0,00%	0,05%	0,08%	0,00%	0,00%	0,00%
Stemmingsstoornissen	6,43%	5,90%	6,99%	1,59%	2,40%	2,59%
Stoornis kinderjaren	1,34%	1,40%	1,80%	0,99%	1,96%	1,73%
Andere	0,05%	0,14%	0,08%	0,00%	0,00%	0,00%
Geen diagnose of uitgesteld	0,82%	0,66%	0,94%	0,20%	0,87%	0,43%
Onbekend	0,00%	0,00%	0,00%	0,20%	0,22%	0,00%
Hoofddiagnose = As 2	11,37%	9,97%	9,68%	4,97%	6,97%	5,40%
Cluster A persoonlijkheidsstoornis	1,08%	0,61%	0,69%	0,80%	0,44%	1,08%
Cluster B persoonlijkheidsstoornis	7,30%	6,22%	5,88%	2,39%	3,49%	1,94%
Cluster C persoonlijkheidsstoornis	0,21%	0,00%	0,29%	0,40%	0,44%	0,00%
Persoonlijkheidsstoornis nao	1,75%	1,87%	1,35%	0,40%	1,31%	0,43%
Mentale handicap	0,57%	0,98%	0,74%	0,80%	1,31%	1,51%
Geen diagnose of uitgesteld	0,46%	0,28%	0,74%	0,00%	0,00%	0,43%
Onbekend	0,00%	0,00%	0,00%	0,20%	0,00%	0,00%
Hoofddiagnose = As 3*	0,21%	0,33%	0,33%	0,60%	0,22%	0,22%
Hoofddiagnose = Niet te bepalen	0,41%	0,33%	0,25%	0,40%	0,65%	0,00%
Hoofddiagnose = Onbekend	18,52%	9,87%	9,23%	25,65%	8,28%	8,86%
Totaal aantal	1944	2137	2448	503	459	463
Top 5	62,60%	69,54%	70,02%	62,03%	73,20%	76,03%

*het kan zijn dat er hier wel een diagnose is op as 1 of 2, maar die wordt dan buiten beschouwing gelaten

Grafiek 4: Diagnosegroepen, zowel via een spoed- als via een gewone procedure, voor 2007, 2008 en 2009



De cijfers zijn goed vergelijkbaar met de voorbije jaren. Belangrijkste verschillen situeren zich in de spoedprocedure: 547 middelengerelateerde stoornissen i.p.v. 434 het jaar voordien, 201 relatie/aanpassings-/posttraumatische stressstoornissen i.p.v. 150, 171 stemmingsstoornissen i.p.v. 126, stoornissen in de kinderjaren: 44 i.p.v. 30. In de gewone procedure zijn er beperkte schommelingen.

Uit de cijfers valt ook op te maken dat het onbekend zijn van de hoofddiagnose (omdat men de diagnoses helemaal niet heeft ingevuld) een aangelegenheid is die niet echt met de procedure te maken heeft: in spoedprocedure 9,23% en in de gewone procedure 8,86 %, wat statistisch gezien wellicht niet significant is.

Wat de top 5-diagnoses betreft, zijn er beperkte verschillen. In de gewone procedure sluipt dementie opnieuw binnen in de top 5. In de spoedprocedure verdringt de diagnosegroep stemmingsstoornis de cluster B persoonlijkheidsstoornis in de top 5.

De cijfers spreken verder voor zich: met betrekking tot middelenmisbruik blijft er een opmerkelijk verschil bestaan tussen de beoordeling door de procureur des Konings en de vrederechter, wat helemaal niet vreemd is gezien het bijkomend criterium van de dringendheid. Uit deze cijfers blijkt dat zulks een diagnostische betekenis heeft.

2.5.2 Reden van opname

Tabel 16: Diagnosegroepen per geslacht - 2009

Het weergegeven percentage is hier steeds het percentage ten opzichte van het totale aantal mannen of vrouwen. Ook hier is het opnieuw zo dat er telkens één diagnose per as is.

Diagnosegroepen	man		vrouw		Totaal	
	#	%	#	%	#	%
Hoofddiagnose = As 1	1.543	83,63%	824	77,30%	2.367	81,31%
Bipolair	93	5,04%	70	6,57%	163	5,60%
Dementie	42	2,28%	28	2,63%	70	2,40%
Eetstoornissen	4	0,22%	8	0,75%	12	0,41%
Gedrags-/impulscontrolestoornissen	77	4,17%	17	1,59%	94	3,23%
Middelengerelateerde stoornissen	504	27,32%	205	19,23%	709	24,36%
Neurotische/ angststoornissen	14	0,76%	12	1,13%	26	0,89%
Psychoorganisch	26	1,41%	7	0,66%	33	1,13%
Psychose/schizofrenie	506	27,43%	277	25,98%	783	26,90%
Relatie-/aanpassings-/posttraumatische stressstoornis	112	6,07%	101	9,47%	213	7,32%
Seksuele stoornis/genderidentiteit	2	0,11%	0	0,00%	2	0,07%
Stemmingsstoornissen	97	5,26%	86	8,07%	183	6,29%
Stoornis kinderjaren	43	2,33%	9	0,84%	52	1,79%
Andere	2	0,11%	0	0,00%	2	0,07%
Geen diagnose of uitgesteld	21	1,14%	4	0,38%	25	0,86%
Onbekend		0,00%		0,00%	0	0,00%
Hoofddiagnose = As 2	119	6,45%	143	13,41%	262	9,00%
Cluster A persoonlijkheidsstoornis	16	0,87%	6	0,56%	22	0,76%
Cluster B persoonlijkheidsstoornis	54	2,93%	99	9,29%	153	5,26%
Cluster C persoonlijkheidsstoornis	2	0,11%	5	0,47%	7	0,24%
Persoonlijkheidsstoornis nao	16	0,87%	19	1,78%	35	1,20%
Mentale handicap	16	0,87%	9	0,84%	25	0,86%
Geen diagnose of uitgesteld	15	0,81%	5	0,47%	20	0,69%
Onbekend	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Hoofddiagnose = As 3*	7	0,38%	2	0,19%	9	0,31%
Hoofddiagnose = Niet te bepalen	5	0,27%	1	0,09%	6	0,21%
Hoofddiagnose = Onbekend	171	9,27%	96	9,01%	267	9,17%
Totaal	1.845	100,00%	1.066	100,00%	2.911	100,00%
Top 5	1.312	71,11%	768	72,05%		

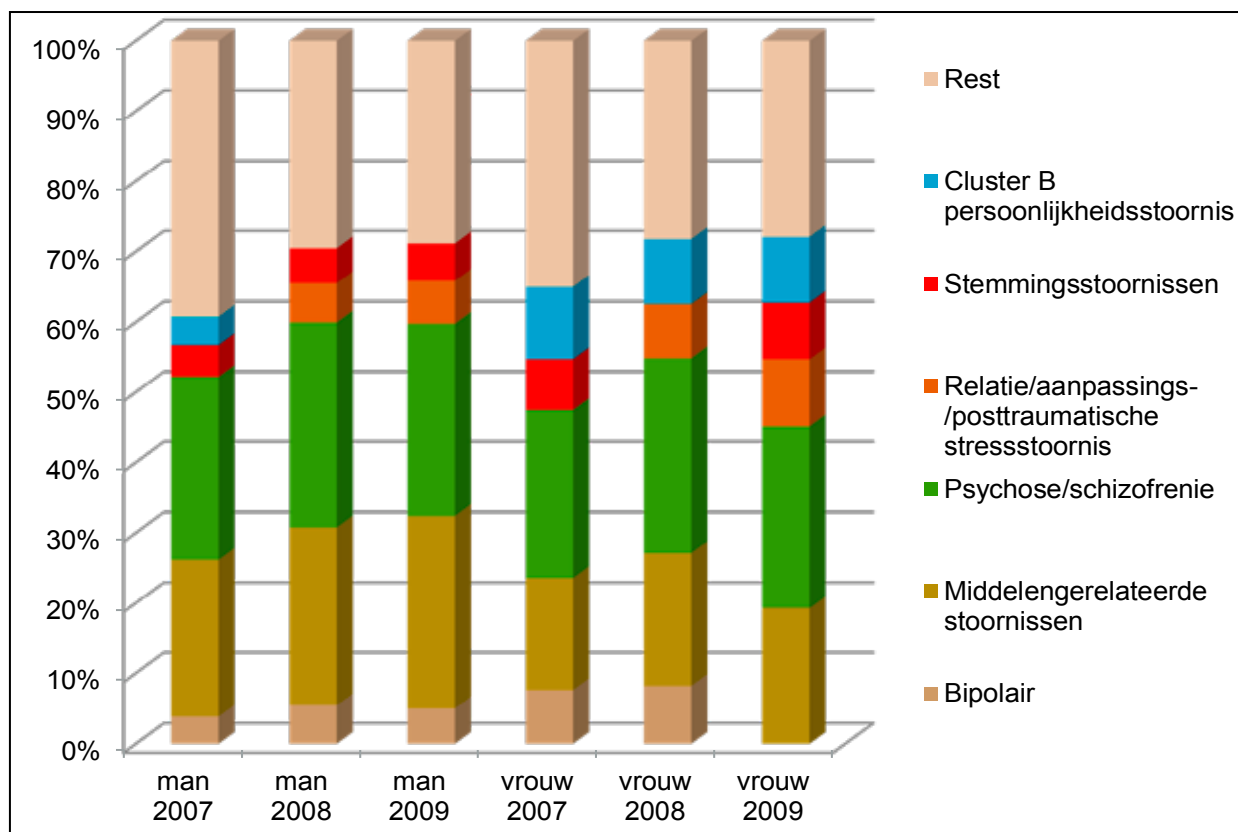
*het kan zijn dat er hier wel een diagnose is op as 1 of 2, maar die wordt dan buiten beschouwing gelaten

Tabel 17: Diagnosegroepen per geslacht – 2007, 2008, 2009

Diagnosegroepen	Geslacht					
	man			vrouw		
	2007	2008	2009	2007	2008	2009
Hoofddiagnose = As 1	69,13%	81,47%	83,63%	69,52%	78,29%	77,30%
Bipolair	3,88%	5,48%	5,04%	7,65%	8,23%	6,57%
Dementie	1,72%	2,09%	2,28%	1,48%	2,26%	2,63%
Eetstoornissen	0,00%	0,00%	0,22%	0,46%	1,13%	0,75%
Gedrags-/impulscontrolestoornissen	3,06%	4,68%	4,17%	3,42%	2,16%	1,59%
Middelengerelateerde stoornissen	22,22%	25,25%	27,32%	15,87%	18,83%	19,23%
Neurotische/ angststoornissen	0,89%	0,55%	0,76%	2,17%	1,54%	1,13%
Psychoorganisch	1,08%	0,92%	1,41%	0,80%	1,03%	0,66%
Psychose/schizofrenie	26,10%	29,25%	27,43%	23,97%	27,78%	25,98%
Relatie/aanpassings-/posttraumatische stressstoornis	3,37%	5,54%	6,07%	5,02%	7,72%	9,47%
Seksuele stoornis/genderidentiteit	0,00%	0,00%	0,11%	0,00%	0,10%	0,00%
Stemmingsstoornissen	4,46%	4,93%	5,26%	7,19%	5,86%	8,07%
Stoornis kinderjaren	1,72%	1,79%	2,33%	0,46%	1,03%	0,84%
Andere	0,00%	0,18%	0,11%	0,11%	0,00%	0,00%
Geen diagnose of uitgesteld	0,57%	0,74%	1,14%	0,91%	0,62%	0,38%
Onbekend	0,06%	0,06%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Hoofddiagnose = As 2	7,64%	7,45%	6,45%	14,38%	12,76%	13,41%
Cluster A persoonlijkheidsstoornis	1,15%	0,55%	0,87%	0,80%	0,62%	0,56%
Cluster B persoonlijkheidsstoornis	4,07%	3,69%	2,93%	10,27%	9,16%	9,29%
Cluster C persoonlijkheidsstoornis	0,32%	0,12%	0,11%	0,11%	0,00%	0,47%
Persoonlijkheidsstoornis nao	1,21%	1,72%	0,87%	1,94%	1,85%	1,78%
Mentale handicap	0,38%	1,11%	0,87%	1,03%	0,93%	0,84%
Geen diagnose of uitgesteld	0,45%	0,25%	0,81%	0,23%	0,21%	0,47%
Onbekend	0,06%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Hoofddiagnose = As 3*	0,25%	0,31%	0,38%	0,34%	0,31%	0,19%
Hoofddiagnose = Niet te bepalen	0,25%	0,31%	0,27%	0,68%	0,51%	0,09%
Hoofddiagnose = Onbekend	22,72%	10,47%	9,27%	15,07%	8,13%	9,01%
Totaal	1571	1624	1845	876	972	1066
Top 5	60,73%	70,44%	71,11%	64,95%	71,71%	72,05

(*)het kan zijn dat er hier wel een diagnose is op as 1 of 2, maar die wordt dan buiten beschouwing gelaten

Grafiek 5: Diagnosegroepen per geslacht – 2007, 2008, 2009



De cijfers van het jaar 2009 zijn goed vergelijkbaar met deze van de jaren 2007 en 2008. Wat de top 5-diagnoses betreft, zien we een lichte verschuiving: bij vrouwen wordt de diagnose bipolaire stoornis (wat zelf ook een specifieke - weliswaar psychotische - stemmingsstoornis is) verdrongen door stemmingsstoornissen.

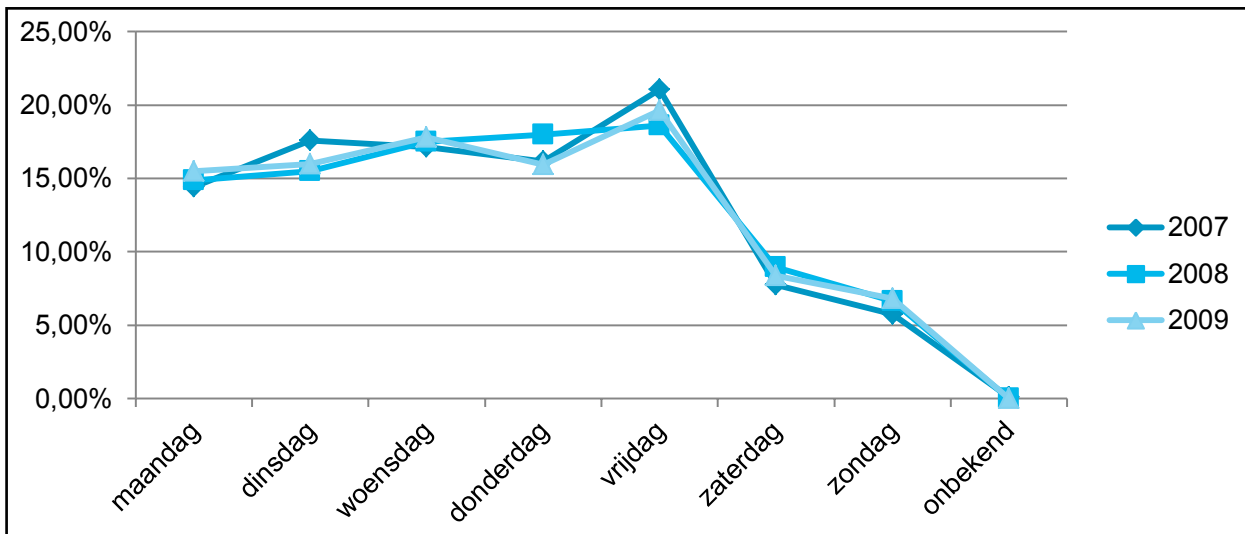
2.5.3 Moment van opname

De datum is telkens de datum van opname.

Tabel 18: Indeling naar dag van de week

Dag van de week (opname)	2007	2008	2009
maandag	14,43%	14,87%	15,49%
dinsdag	17,57%	15,49%	15,97%
woensdag	17,16%	17,49%	17,79%
donderdag	16,18%	17,99%	15,94%
vrijdag	21,05%	18,61%	19,62%
zaterdag	7,76%	8,94%	8,38%
zondag	5,76%	6,63%	6,80%
onbekend	0,08%	0,00%	0,00%
Totaal	2447	2596	2911

Grafiek 6: Indeling naar dag van de week

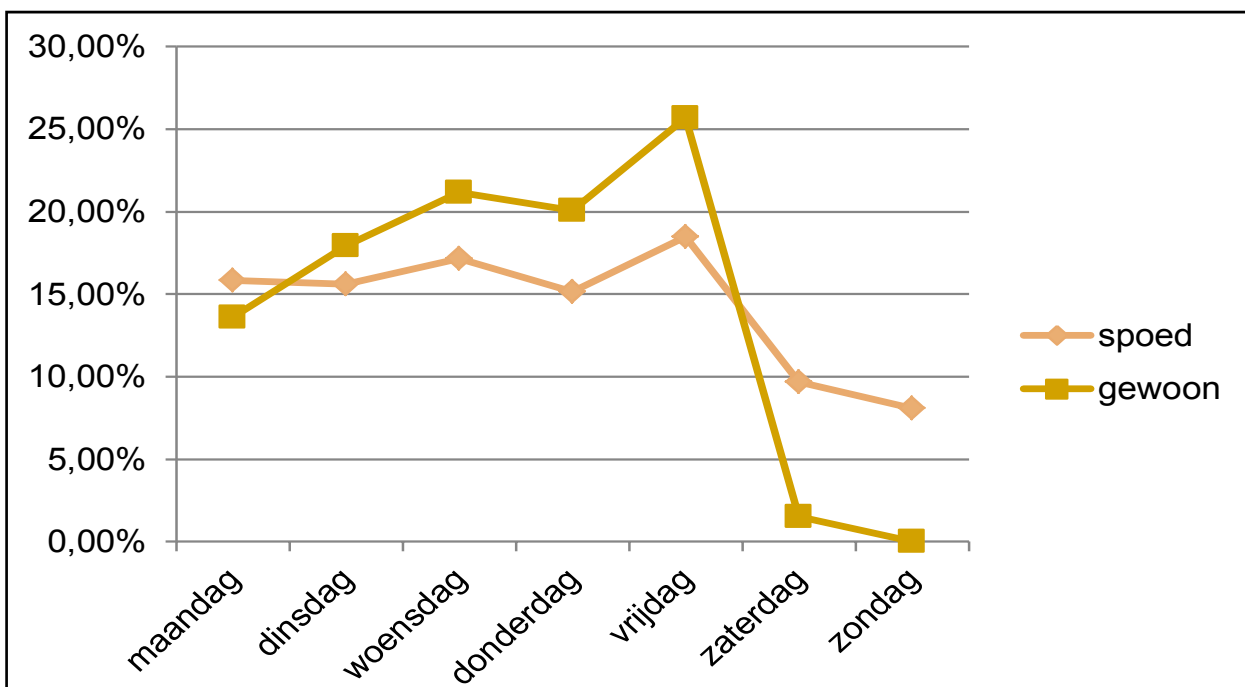


Vrijdag blijft duidelijk een voorkeursdag voor gedwongen opnames.

Twee elementen blijven in het oog springen:

- Zaterdagen en zondagen scoren beduidend lager. Het verband met de organisatie en toegankelijkheid van de gezondheidszorg in het algemeen, en van de geestelijke gezondheidszorg in het bijzonder, lijkt een voor de hand liggende factor. Tijdens weekends worden globaal gesproken weinig opnames gerealiseerd (ook niet op vrijwillige basis), wat de patiënt misschien wel ten goede komt: het is uiteraard beter dat een opname in goede omstandigheden kan gebeuren.
- Er lijkt een mogelijk verband te zijn met de organisatie van het gerechtelijke apparaat, vermits de vrijdagse piek in de gedwongen opnames ook te maken heeft met de gewone procedure; een procedure die dus gepland is. Daarnaast is er op vrijdag ook een kleine piek vast te stellen in de spoedprocedure. In het weekend is het aantal spoedprocedures half zo groot als op een weekday.

Grafiek 7: Indeling naar dag bij begin van de opname en de soort procedure (2009)



Tabel 19: Indeling naar dag bij begin van de opname en de soort procedure (2007, 2008 en 2009)

Dag van de week (opname)	spoed			gewoon		
	2007	2008	2009	2007	2008	2009
maandag	15,84%	14,69%	15,85%	8,95%	15,69%	13,61%
dinsdag	17,08%	15,63%	15,60%	19,48%	14,81%	17,93%
woensdag	17,39%	16,94%	17,16%	16,30%	20,04%	21,17%
donderdag	15,74%	17,55%	15,16%	17,89%	20,04%	20,09%
vrijdag	18,11%	17,03%	18,46%	32,41%	25,93%	25,70%
zaterdag	8,74%	10,29%	9,68%	3,98%	2,61%	1,51%
zondag	7,00%	7,86%	8,09%	0,99%	0,87%	0,00%
onbekend	0,10%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Totaal	1944	2137	2448	503	459	463

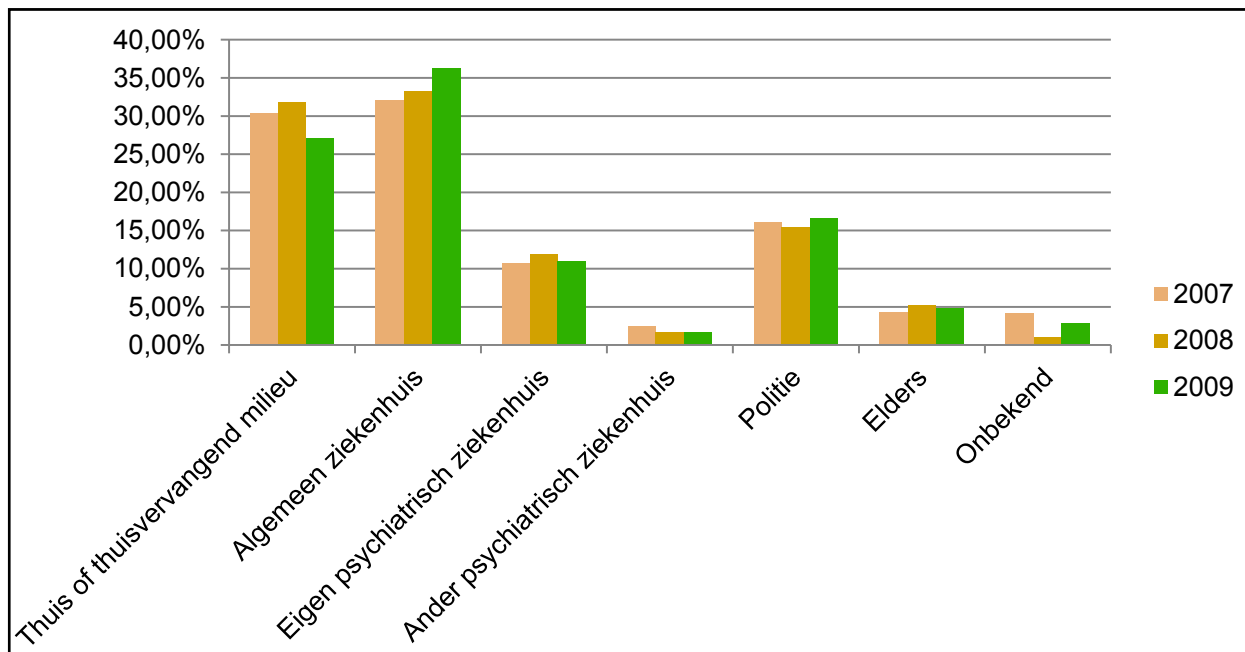
Er zijn geen grote verschillen met 2007 en 2008. Er zijn nog steeds vonnissen in het weekend, ook in de gewone procedure.

2.5.4 Plaats waar de patiënt zich bevindt

Grafiek 8, tabel 20: Plaats waar de patiënt zich bevindt op het ogenblik dat de procedure voor gedwongen opname van start gaat

In de grafiek scoort 'algemeen ziekenhuis' het hoogst; in de tabel kent deze categorie drie subcategorieën.

De cijfers vertonen een vrij stabiel karakter. Er is een lichte trend van stijging van de algemene ziekenhuizen die toch een erg belangrijke rol spelen, en een lichte daling in de thuissituatie. Dit toont aan dat de praktijk van gedwongen opname een ruimer toepassingsgebied kent dan enkel de psychiatrische ziekenhuizen. Een bijzonder belangrijk onderdeel van deze procedure (de medische beoordeling/het assessment, maar in wezen ook het onderzoeken en aanbieden van alternatieven voor een gedwongen opname) vindt plaats buiten de psychiatrische ziekenhuizen.



Feitelijke verblijfplaats	spoed			gewoon		
	2007	2008	2009	2007	2008	2009
Thuis of thuisvervangend milieu	25,15%	25,08%	21,04%	50,70%	62,75%	58,96%
Algemeen ziekenhuis	13,63%	14,65%	12,79%	7,55%	10,02%	5,83%
Algemeen ziekenhuis - spoed	17,28%	19,09%	24,35%	6,16%	2,83%	0,22%
Algemeen ziekenhuis - niet-spoed	4,99%	3,42%	3,76%	3,38%	1,74%	5,62%
Eigen psychiatrisch ziekenhuis	9,21%	11,46%	9,80%	16,10%	13,29%	16,63%
Ander psychiatrisch ziekenhuis	2,37%	1,54%	1,55%	2,58%	2,18%	2,16%
Politie	18,72%	18,39%	19,28%	5,77%	1,74%	2,38%
Elders	4,84%	5,43%	4,98%	2,19%	4,14%	3,67%
Onbekend	3,81%	0,94%	2,45%	5,57%	1,31%	4,54%
Totaal aantal	1.944	2.137	2.448	503	459	463

2.5.5 Bijstand

Tabel 21: Vertrouwenspersoon, wettelijk vertegenwoordiger en raadsman

De vastgestelde toename van het aantal vertrouwenspersonen lijkt gestagneerd.

Een merkwaardige vaststelling is dat het aantal van ambtswege aangestelde raadsmanen lijkt te dalen, evenwel is dit cijfer gekoppeld aan het evenredige toename van het onbekend zijn van de raadsman. Wij hebben hier geen goede verklaring voor.

		2007	2008	2009
Vertrouwenspersoon	ja	4,29%	6,47%	6,49%
	neen	55,41%	64,79%	74,72%
	onbekend	40,29%	28,74%	18,79%
	Totaal	2.447	2.596	2.911
Wettelijk vertegenwoordiger	ja	8,83%	8,28%	8,52%
	neen	53,04%	8,28%	70,87%
	onbekend	38,13%	28,81%	20,61%
	Totaal	2.447	2.596	2.911
Raadsman	ambtswege	73,15%	87,10%	61,35%
	eigen keuze	2,66%	2,97%	2,92%
	onbekend	24,19%	9,94%	35,73%
	Totaal	2.447	2.596	2.911

2.5.6 Einde van de procedure

Een eerste fase van de gedwongen opname (observatie) mag hoogstens 40 dagen duren, maar kan ook korter zijn (bijvoorbeeld wanneer de maatregel die de procureur des Konings genomen heeft, niet bevestigd wordt door de vrederechter). Vóór het verstrijken van deze termijn kan de opname echter worden stopgezet wanneer de rechter of procureur des Konings dit beslist, of wanneer de geneesheer-diensthoofd in een gemotiveerd verslag kan aantonen dat de maatregel niet langer vereist is.

Is een opname van meer dan 40 dagen noodzakelijk, dan bezorgt de instelling de rechter een verslag dat dit duidelijk aantoonst. Die bepaalt vervolgens de duur van een verdere opname, waarbij een nieuwe termijn van 2 jaar het maximum is. Maar ook dit verder verblijf is door gerechtelijke beslissing verlengbaar, telkens met een maximum van 2 jaar. In deze periode hoeft de patiënt niet noodzakelijk opgenomen te blijven. Er is bijvoorbeeld ook een formule gedwongen nazorg mogelijk.

Waar de beslissing tot opname een gerechtelijke beslissing is, voorziet de wet dat een beslissing tot ontslag niet enkel gerechtelijk maar ook medisch kan zijn, en dat is voor de patiënt een gelukkige zaak: dit geeft ruimte om naar alternatieven te zoeken, dat kan dan op eenvoudige wijze, in principe te allen tijde, enz. Aan de hand van de registratie trachten we zicht te krijgen op factoren die ons iets kunnen leren over de noodzaak voor het al dan niet behouden van een maatregel en hoe dit gegeven geïnterpreteerd wordt, zowel vanuit medische als gerechtelijke invalshoek. Er zijn hierbij twee richtingen: hetzij een sneller ontslag, hetzij een langer verblijf.

De verzamelde informatie valt evenwel sterk te relativiseren als zijnde mogelijke indicatoren. Informatie waarover we beschikken, is beperkt: er wordt immers een vergelijking gemaakt met de diagnose, met de gevaarcriteria e.d. die verband hielden met de start van de maatregel. Eigenlijk zou het ook correcter zijn om te werken met de herevaluatie op moment van ontslag, maar dit is om praktische redenen (registratielast) niet haalbaar. De onderliggende hypothese die we momenteel handhaven, is dat criteria die aan de basis lagen van het opstarten van een procedure mogelijk toch nog steeds aanwezig zijn op het moment van ontslag en hiervoor is er partiële wetenschappelijke evidentie (voor een aantal gevaarcriteria is dat met zekerheid het geval).

Met betrekking tot de informatie die we hebben, is er vermoedelijk ook een grotere betrouwbaarheid wat diagnose betreft: er is zekerheid als de diagnose juist gesteld werd, maar, zeker bij een dringende gedwongen opname, kunnen wij ons voorstellen dat het stellen van een correcte diagnose geen gemakkelijke aangelegenheid is. Bij de beoordeling van het gevaarcriterium is er vermoedelijk ook een iets grotere bandwijdte in betrouwbaarheid van de informatie.

Het aspect 'bestaan van alternatieve oplossingen' komt in de registratie niet aan bod. In de Nederlandse registratie wordt hier wel om gevraagd (bv. bij de aanvraag van de dringende gedwongen opname, de inbewaringsstellingsprocedure of IBS). Om de registratielast niet te verzwaren, kiezen we er momenteel niet voor deze informatie op te vragen.

Beleidsmatig, en de lezer van dit jaarverslag zal zich aan de hand van de hierboven aangehaalde argumentatie hier ongetwijfeld bewust van zijn, zou het wel erg interessant zijn om hier iets meer mee te kunnen doen, maar mogelijk is verder wetenschappelijk onderzoek hiervoor de meest aangewezen weg, zowel vanuit juridisch oogpunt (zou een ander juridisch instrumentarium zoals bijvoorbeeld in Nederland, of een gemodificeerde nazorgregeling, behulpzaam kunnen zijn?) als op medisch vlak (hoe ziet een wetenschappelijk verantwoord risicobeleid eruit -zowel naar het voorkomen van gevaar als naar hervalpreventie-?, zijn er alternatieven te bedenken -hierbij ook gebruik makend van de nieuwe zorgvormen (zoals F-ACT zorg, waarbij F-ACT staat voor Functie Active Community Treatment, een functie die met de uitvoering van artikel 107 van de ziekenhuiswet in Vlaanderen zal gerealiseerd worden in een aantal regio's?). Dit zijn in elk geval ook vragen die leven bij familieleden van gedwongen opgenomen patiënten!

Wat de voorliggende resultaten en gegevens betreft, kunnen we het volgende vaststellen.

Wat de mogelijke impact van een welbepaalde diagnose betreft, zijn er op het eerste zicht niet zo'n grote verschillen. Wat de top 5 betreft, zien we in de groep stemmingsstoornissen en de groep bipolaire stoornissen verschillen, die relatief beperkt zijn, hoewel vermoedelijk toch niet zonder betekenis, alsook in de groep relatie/aanpassings-/post-traumatische stressstoornissen. Dit lijkt ons een interessant gegeven wat wetenschappelijk dient uitgespit te worden, temeer daar deze groep ook terugkomt als belangrijke diagnosegroep bij de langdurig gedwongen opgenomen patiënten.

Tabel 22: een overzicht van de verschillende diagnosegroepen per soort 'ontslag' (bij het afronden van de procedure) - 2009

Noot: het betreft enkel de procedures die zowel gestart als beëindigd zijn in 2009, wat betekent dat ze kortdurend zijn. Concreet betekent dit dus dat de langdurige gedwongen opnames hier niet aan bod komen (gegevens hierover worden in een apart hoofdstuk besproken). Het percentage moet gezien worden als het percentage tegenover het totaal per reden voor ontslag (einde procedure).

Diagnosegroepen (bij opname)	Ontslag					
	juridisch		medisch		andere**	
	#	%	#	%	#	%
Hoofddiagnose = As 1	1.299	80,33%	241	78,25%	21	87,50%
Bipolair	72	4,45%	21	6,82%	1	4,17%
Dementie	36	2,23%	12	3,90%	1	4,17%
Eetstoornissen	7	0,43%	1	0,32%		0,00%
Gedrags-/impulscontrolestoornissen	64	3,96%	12	3,90%	1	4,17%
Middelengerelateerde stoornissen	417	25,79%	94	30,52%	6	25,00%
Neurotische/ angststoornissen	23	1,42%		0,00%		0,00%
Psychoorganisch	16	0,99%	5	1,62%		0,00%
Psychose/schizofrenie	305	18,86%	68	22,08%	9	37,50%
Relatie/aanpassings-/posttraumatische stressstoornis	176	10,88%	13	4,22%	2	8,33%
Seksuele stoornis/genderidentiteit	2	0,12%		0,00%		0,00%
Stemmingsstoornissen	131	8,10%	9	2,92%		0,00%
Stoornis kinderjaren	34	2,10%	4	1,30%		0,00%
Andere	1	0,06%		0,00%		0,00%
Geen diagnose of uitgesteld	15	0,93%	2	0,65%	1	4,17%
Onbekend	0	0,00%		0,00%		0,00%
Hoofddiagnose = As 2	177	10,95%	27	8,77%	2	8,33%
Cluster A persoonlijkheidsstoornis	7	0,43%	5	1,62%		0,00%
Cluster B persoonlijkheidsstoornis	104	6,43%	15	4,87%	1	4,17%
Cluster C persoonlijkheidsstoornis	6	0,37%	1	0,32%		0,00%
Persoonlijkheidsstoornis nao	28	1,73%	1	0,32%	1	4,17%
Mentale handicap	17	1,05%	3	0,97%		0,00%
Geen diagnose of uitgesteld	15	0,93%	2	0,65%		0,00%
Onbekend		0,00%		0,00%		0,00%
Hoofddiagnose = As 3*	4	0,25%	1	0,32%	0	0,00%
Hoofddiagnose = Niet te bepalen	4	0,25%	1	0,32%	0	0,00%
Hoofddiagnose = Onbekend	133	8,23%	38	12,34%	1	4,17%
Totaal	1.617	100,00%	308	100,00%	24	100,00%
Top 5	1.133	70,07%	211	68,51%		

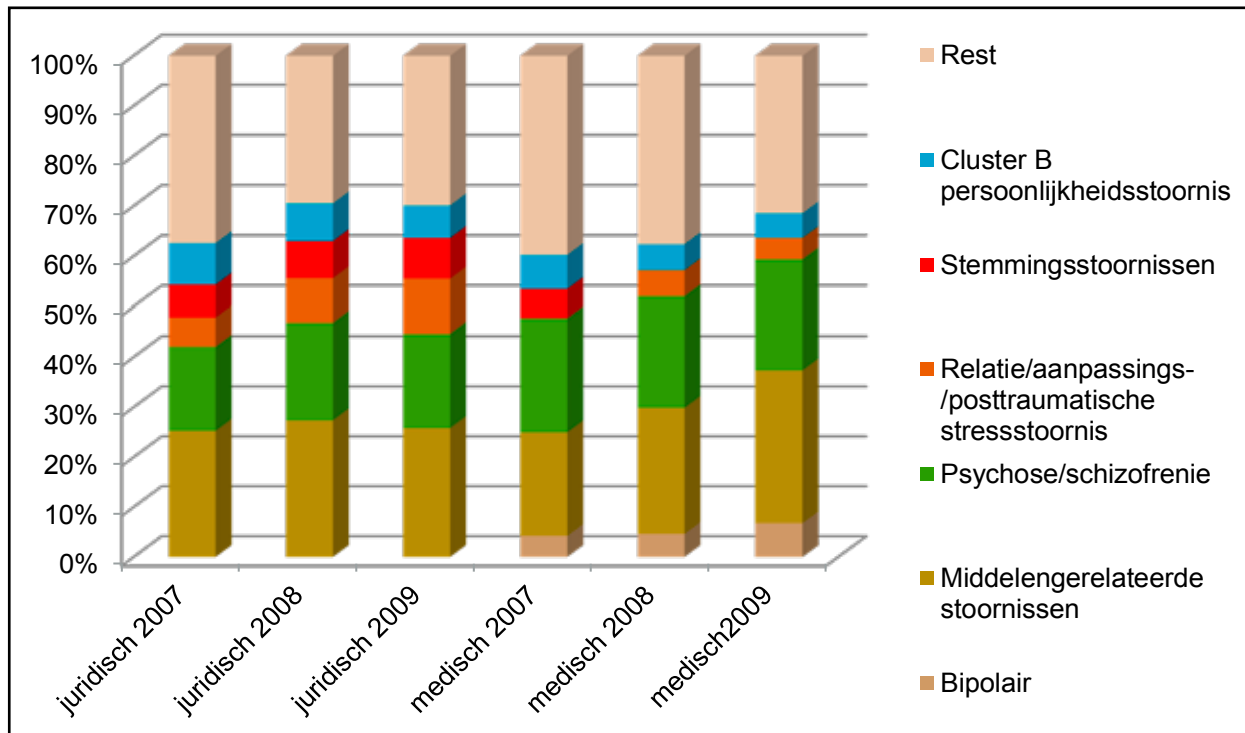
Tabel 23: een overzicht van de verschillende diagnosegroepen per soort 'ontslag' (bij het afronden van de procedure) – 2007, 2008 en 2009

Diagnosegroepen (bij opname)	Ontslag								
	juridisch			medisch			andere**		
	2007	2008	2009	2007	2008	2009	2007	2008	2009
Hoofddiagnose = As 1	70,24%	80,73%	80,33%	66,87%	74,33%	78,25%	84,62%	77,78%	87,50%
Bipolair	4,52%	5,83%	4,45%	4,26%	4,65%	6,82%	7,69%	11,11%	4,17%
Dementie	1,37%	2,10%	2,23%	3,04%	4,40%	3,90%	5,13%	5,56%	4,17%
Eetstoornissen	0,16%	0,47%	0,43%	0,30%	0,24%	0,32%	0,00%	0,00%	0,00%
Gedrags-/ impulscontrolestoornissen	4,35%	4,82%	3,96%	3,04%	3,91%	3,90%	0,00%	0,00%	4,17%
Middelengerelateerde stoornissen	25,24%	27,35%	25,79%	20,67%	25,18%	30,52%	12,82%	16,67%	25,00%
Neurotische/ angststoornissen	1,61%	1,01%	1,42%	1,22%	1,47%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Psychoorganisch	0,97%	1,09%	0,99%	0,91%	0,49%	1,62%	2,56%	0,00%	0,00%
Psychose/schizofrenie	16,85%	19,50%	18,86%	22,80%	22,25%	22,08%	46,15%	44,44%	37,50%
Relatie/aanpassings-/post- traumatische stressstoornis	5,81%	8,78%	10,88%	3,34%	5,13%	4,22%	2,56%	0,00%	8,33%
Seksuele stoornis/ genderidentiteit	0,00%	0,08%	0,12%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Stemmingsstoornissen	6,45%	7,38%	8,10%	5,78%	3,42%	2,92%	7,69%	0,00%	0,00%
Stoornis kinderjaren	1,61%	1,55%	2,10%	0,91%	1,96%	1,30%	0,00%	0,00%	0,00%
Andere	0,00%	0,23%	0,06%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Geen diagnose of uitgesteld	1,21%	0,54%	0,93%	0,61%	1,22%	0,65%	0,00%	0,00%	4,17%
Onbekend	0,08%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Hoofddiagnose = As 2	12,26%	12,04%	10,95%	10,94%	8,07%	8,77%	7,69%	11,11%	8,33%
Cluster A persoonlijkheidsstoornis	0,48%	0,39%	0,43%	2,43%	0,24%	1,62%	0,00%	0,00%	0,00%
Cluster B persoonlijkheidsstoornis	8,23%	7,46%	6,43%	6,69%	5,13%	4,87%	5,13%	5,56%	4,17%
Cluster C persoonlijkheidsstoornis	0,16%	0,08%	0,37%	0,61%	0,24%	0,32%	0,00%	0,00%	0,00%
Persoonlijkheidsstoornis nao	2,18%	2,25%	1,73%	0,61%	1,71%	0,32%	0,00%	5,56%	4,17%
Mentale handicap	0,65%	1,55%	1,05%	0,00%	0,49%	0,97%	2,56%	0,00%	0,00%
Geen diagnose of uitgesteld	0,56%	0,31%	0,93%	0,30%	0,24%	0,65%	0,00%	0,00%	0,00%
Onbekend	0,00%	0,00%	0,00%	0,30%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Hoofddiagnose = As 3*	0,24%	0,47%	0,25%	0,30%	0,00%	0,32%	0,00%	5,56%	0,00%
Hoofddiagnose = Niet te bepalen	0,65%	0,54%	0,25%	0,00%	0,24%	0,32%	0,00%	0,00%	0,00%
Hoofddiagnose = Onbekend	16,61%	6,22%	8,23%	21,88%	17,36%	12,34%	7,69%	5,56%	4,17%
Totaal	1240	1287	1617	329	409	308	39	18	24
Top 5	62,58%	70,47%	70,07%	60,18%	62,35%	68,51%			

*het kan zijn dat er hier wel een diagnose is op as 1 of 2, maar die wordt dan buiten beschouwing gelaten

** andere= onbekend, overlijden door zelfdoding, overlijden door andere oorzaak

Grafiek 9: een top 5 van de meest voorkomende diagnoses bij het einde van de procedure (wijze van ontslag)



2.5.7 Zelfdoding

Het doel van de wetgeving m.b.t. gedwongen opname is de bescherming van de persoon van de geesteszieke. Onderstaande tabel verduidelijkt echter dat de maatregel in een aantal gevallen niet tot het gewenste resultaat leidt. Toch ligt het aantal zelfdodingen tijdens een gedwongen opname bijzonder laag. Dat impliceert dat de maatregel al bij al doeltreffend lijkt te zijn in termen van bescherming, zeker als men in beschouwing neemt dat de registratie rekening houdt met de procedure en niet enkel de opname.

Tabel 24: Patiënten die tijdens de procedure van gedwongen opname suïcide pleegden

Diagnosegroepen (bij opname)	zelfdoding		
	2007	2008	2009
Hoofddiagnose = As 1	85,71%	100,00%	85,71%
Bipolair		50,00%	
Middelengerelateerde stoornissen			14,29%
Psychose/schizofrenie	57,14%	50,00%	42,86%
Relatie-/aanpassings-/posttraumatische stressstoornis			14,29%
Stemmingsstoornissen	28,57%		
Geen diagnose of uitgesteld			14,29%
Hoofddiagnose = As 2	14,29%	0,00%	0,00%
Cluster B persoonlijkheidsstoornis	14,29%		
Hoofddiagnose = Onbekend	0,00%	0,00%	14,29%
Aantal	7	2	7

2.5.8 Gevaarcriteria en middelenmisbruik bij opname en rol hiervan bij einde procedure

Tabel 25: Gevaarcriteria per soort ontslag, 2007, 2008 en 2009

Noot: in de tabel zijn combinaties mogelijk. Vermelde percentage staat hier voor het percentage t.o.v. het totaal per reden ontslag.

Hoewel er heel wat discussie bestaat omtrent definitie, wat impliceert dat de betrouwbaarheid minder goed zou kunnen zijn, zien we toch dat de gegevens vrij stabiel zijn in de tijd. Zulks betekent o.i. dat deze informatie toch als goed genoeg kan beschouwd worden.

Wat uit de cijfers manifest naar voor komt, is dat de wetgeving gebruikt wordt waar ze voor bedoeld is: namelijk de bescherming van de persoon van de geesteszieke, vermits de gevaarcriteria die duidelijk het hoogst scoren, deze zijn die betrekking hebben op de patiënt zelf, en de gevaarcriteria m.b.t. de ander toch beduidend minder scoren. Hier komt het fundamenteel verschil met andere juridische statuten (zoals bijvoorbeeld internering) duidelijk tot uiting.

Gevaarcriteria (bij opname)		Reden ontslag					
		juridisch		medisch		andere*	
Eigen gezondheid	2007	973	78,47%	285	86,63%	23	58,97%
	2008	1.021	79,33%	378	92,42%	13	72,22%
	2009	1.266	78,29%	281	91,23%	22	91,67%
Eigen veiligheid	2007	915	73,79%	278	84,50%	28	71,79%
	2008	1.008	78,32%	314	76,77%	14	77,78%
	2009	1.270	78,54%	249	80,84%	16	66,67%
Andere gezondheid/leven	2007	480	38,71%	157	47,72%	14	35,90%
	2008	430	33,41%	142	34,72%	7	38,89%
	2009	576	35,62%	101	32,79%	7	29,17%
Andere integriteit	2007	594	47,90%	177	53,80%	9	23,08%
	2008	594	46,15%	196	47,92%	6	33,33%
	2009	760	47,00%	142	46,10%	11	45,83%
Onbekend	2007		7,66%		1,22%		2,56%
	2008	42	3,26%	2	0,49%	1	5,56%
	2009	39	2,41%	1	0,32%	0	0,00%
Belangrijkste gevaarcriterium							
eigen gezondheid	2007	307	24,76%	70	21,28%	11	28,21%
	2008	401	31,16%	150	36,67%	2	11,11%
	2009	549	33,95%	142	46,10%	10	41,67%
eigen veiligheid	2007	302	24,35%	69	20,97%	13	33,33%
	2008	405	31,47%	63	15,40%	4	22,22%
	2009	416	25,73%	56	18,18%	0	0,00%
andere gezondheid/leven	2007	72	5,81%	20	6,08%	2	5,13%
	2008	55	4,27%	23	5,62%	0	0,00%
	2009	71	4,39%	17	5,52%	1	4,17%
andere integriteit	2007	88	7,10%	17	5,17%	3	7,69%
	2008	114	8,86%	28	6,85%	2	11,11%
	2009	146	9,03%	32	10,39%	2	8,33%
niet te bepalen	2007	81	6,53%	13	3,95%	6	15,38%
	2008	144	11,19%	26	6,36%	7	38,89%
	2009	187	11,56%	19	6,17%	6	25,00%
onbekend	2007	390	31,45%	140	42,55%	4	10,26%
	2008	168	13,05%	119	29,10%	3	16,67%
	2009	248	15,34%	42	13,64%	5	20,83%

* andere= onbekend, overlijden door zelfdoding, overlijden door andere oorzaak

Tabel 26: Middelenmisbruik per soort 'ontslag' bij het einde van de procedure

Combinaties van alcohol, medicatie en drugs zijn mogelijk. Er lijken relatief kleine verschillen te zijn.

De cijfers spreken voor zich en tonen nog eens aan dat middelenmisbruik een belangrijk item is in de toepassing van deze wetgeving.

Middelenmisbruik (bij opname)		Ontslag				
		Juridisch		Medisch		
		#	%	#	%	
Ja	2007	507	40,89%	118	35,87%	% tov totaal per soort gerecht
	2008	597	46,39%	175	42,79%	
	2009	738	45,64%	144	46,75%	
Alcohol	2007	312	61,54%	75	63,56%	% tov totaal ja
	2008	363	60,80%	102	58,29%	
	2009	470	63,69%	90	62,50%	
Medicatie	2007	98	19,33%	37	31,36%	
	2008	157	26,30%	47	26,86%	
	2009	164	22,22%	39	27,08%	
Drugs	2007	219	43,20%	66	55,93%	
	2008	259	43,38%	87	49,71%	
	2009	324	43,90%	70	48,61%	
Onbekend	2007	31	6,11%	1	0,85%	
	2008	1	0,17%	5	2,86%	
	2009	2	0,27%	0	0,00%	
Neen	2007	401	32,34%	113	34,35%	% tov totaal per soort gerecht
	2008	451	35,04%	116	28,36%	
	2009	596	36,86%	106	34,42%	
Onbekend	2007	332	26,77%	98	29,79%	% tov totaal per soort gerecht
	2008	239	18,57%	118	28,85%	
	2009	283	17,50%	58	18,83%	

2.6 Duur en verloop

Tabel 27 a en b: In versus uit - 2009

Noot: 'duur' wordt opgevat als het verschil tussen de datum bij het begin van de procedure (niet de opname) en de einddatum.

IN		
<i>procedure gestart in 2009</i>	2.911	69,94%
<i>procedure gestart in 2008</i>	724	17,40%
<i>procedure gestart in 2007</i>	265	6,37%
<i>procedure gestart in vorige jaren</i>	262	6,30%
Totaal	4.162	100,00%

In deze cijfers komen voor het eerst de gegevens naar boven met betrekking tot de voorgaande jaren. We hebben nu informatie over de langdurige opnames.

Wat evenwel nog ontbreekt, is informatie omtrent de high users: patiënten die tijdens de loop der jaren meerdere keren gedwongen opgenomen werden, hetzij in het zelfde ziekenhuis, hetzij in een ander.

UIT procedure gestart in	2009		2008		2007		voor 2007	
Transfer	153	5,26%	21	2,90%	2	0,75%	3	1,15%
<i>waarvan duur</i>								
0-10 dagen	65	42,48%		0,00%		0,00%		0,00%
11-40 dagen	56	36,60%	3	14,29%		0,00%		0,00%
41 dagen-3 maanden	24	15,69%	2	9,52%		0,00%		0,00%
3-6 maanden	6	3,92%	5	23,81%		0,00%		0,00%
6-9 maanden	2	1,31%	5	23,81%		0,00%		0,00%
9-12 maanden		0,00%	2	9,52%		0,00%		0,00%
> 1 jaar		0,00%	4	19,05%	2		3	100,00%
onbekend		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%
Procedure afgerond	1.949	66,95%	457	63,12%	131	49,43%	65	24,81%
<i>waarvan duur</i>								
0-10 dagen	741	38,02%	15	3,28%		0,00%		0,00%
11-40 dagen	699	35,86%	59	12,91%		0,00%		0,00%
41 dagen-3 maanden	289	14,83%	27	5,91%		0,00%		0,00%
3-6 maanden	136	6,98%	40	8,75%		0,00%		0,00%
6-9 maanden	75	3,85%	76	16,63%		0,00%		0,00%
9-12 maanden	9	0,46%	30	6,56%		0,00%		0,00%
> 1 jaar		0,00%	210	45,95%	131		65	100,00%
onbekend		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%
reden ontslag								
Medische beslissing	308	15,80%	118	25,82%	40	30,53%	19	29,23%
Juridische beslissing	1.617	82,97%	328	71,77%	89	67,94%	44	67,69%
Overlijden door zelfdoding	7	0,36%	6	1,31%	0	0,00%	1	1,54%
Overlijden door andere oorzaak	7	0,36%	2	0,44%	1	0,76%	1	1,54%
Onbekend	10	0,51%	3	0,66%	1	0,76%	0	0,00%
fase einde								
TIJDENS OF BIJ EINDE OBSERVATIEPERIODE	1.612	82,71%	95	20,79%	0	0,00%	0	0,00%
Geen bevestiging door rechter	812	41,66%	16	3,50%		0,00%		0,00%
Tussen bevestiging en einde observatie	131	6,72%	1	0,22%		0,00%		0,00%
Vóór einde observatie	22	1,13%	3	0,66%		0,00%		0,00%
Bij einde observatie	647	33,20%	75	16,41%		0,00%		0,00%
TIJDENS OF BIJ EINDE VERDER VERBLIJF	272	13,96%	344	75,27%	126	96,18%	63	96,92%
Voortijdig stoppen van de procedure door arts tijdens observatie	31	1,59%	0	0,00%		0,00%		0,00%
Voortijdig stoppen van de procedure door arts tijdens opname	36	1,85%	21	4,60%	3	2,29%	4	6,15%
Voortijdig stoppen van de procedure door arts tijdens nazorg	7	0,36%	9	1,97%	2	1,53%		0,00%
Periode "verder verblijf" liep ten einde tijdens opname	142	7,29%	140	30,63%	48	36,64%	35	53,85%
Periode "verder verblijf" liep ten einde tijdens nazorg	56	2,87%	174	38,07%	73	55,73%	24	36,92%
ANDERE	65	3,34%	18	3,94%	5	3,82%	2	3,08%
Procedure nog lopend 31/12	809	27,79%	246	33,98%	132	49,81%	194	74,05%
Met spoedprocedure opgenomen, maar nog niet bevestigd	25	3,09%		0,00%		0,00%		0,00%
In observatie	183	22,62%		0,00%		0,00%		0,00%
Opgenomen in verder verblijf	408	50,43%	145	58,94%	80	60,61%	133	68,56%
In nazorg onder maatregel verder verblijf	193	23,86%	101	41,06%	52	39,39%	61	31,44%
Totaal	2.911		724		265		262	

Uit deze gegevens lijken drie punten naar voor te komen:

- De procedure gedwongen opname is voor de meeste patiënten een toch in de tijd beperkte aangelegenheid, ten minste wat procedure betreft (in hetzelfde ziekenhuis). Het aantal high users is met de huidige registratie niet te achterhalen. Voor 83% van de patiënten bij wie de procedure is gestart in 2009 is het verblijf beperkt tot de duur van de observatieperiode of korter (dus maximum 40 dagen). Hierbij zijn er als belangrijke subgroepen: een hoog aantal wat niet bevestigd wordt door de rechter (42% van de procedures gestart in 2009) en een grote groep patiënten bij wie de gedwongen opname eindigt bij het einde van de observatie (33% van de procedures gestart in 2009). Inhoudelijk valt er niet zo heel veel over te zeggen: het niet bevestigd zijn, impliceert immers niet dat de maatregel ten onrechte was.
- Wat de nog lopende procedures betreft, blijkt dat naarmate een procedure langer loopt, ze ook moeilijker beëindigd raakt. Van het totaal aantal procedures dat in 2009 gestart is, is ongeveer 28% nog lopende, van de procedures die al in 2008 gestart waren, is dit ongeveer 34%, van de procedures die al in 2007 gestart waren ongeveer 50% en van de oudste procedures zelfs 74%.
- In 2009 werden 65 patiënten ontslagen die voor 2007 gedwongen opgenomen waren. Dit is vooral een juridische beslissing (67%), minder een medische (30%) hoewel dit cijfer toch significant is. Niet onbelangrijk om te vermelden is dat als reden van ontslag bij deze groep voor 3% overlijden vermeld is (waarvan de helft door zelfmoord). Het gaat hier wel om 1 casus, wat wel tot voorzichtigheid aanspoort naar interpretatie toe. Of zulks een belangrijk punt is, zal blijken uit de registratie van de volgende jaren.
- Wat ontslag betreft, is vast te stellen dat er een gradiënt is in de beslissingsboom: bij kortdurende gedwongen opnames is de beslissing tot ontslag beduidend meer juridisch (83%) dan medisch (16%), bij langdurige gedwongen opnames verschuift dit geleidelijk: iets minder juridisch (67%) en iets meer medisch (30%).

2.7 De langdurig gedwongen opgenomen patiënten

Tabel 28: Feitelijke verblijfplaats van langdurig opgenomen patiënten bij aanvang van de procedure

Uit de vergelijking van deze tabel met tabel 20 blijkt dat patiënten die langdurig gedwongen opgenomen blijven, meer van het eigen (of van een ander) psychiatrisch ziekenhuis afkomstig zijn en minder vanuit een algemeen ziekenhuis.

Feitelijke verblijfplaats	spoed	gewoon	totaal
Thuis of thuisvervangend milieu	31,98%	40,00%	34,73%
Algemeen ziekenhuis	8,14%	3,33%	6,49%
Algemeen ziekenhuis - spoed	13,95%	0,00%	9,16%
Algemeen ziekenhuis - niet-spoed	1,74%	12,22%	5,34%
Eigen psychiatrisch ziekenhuis	19,19%	33,33%	24,05%
Ander psychiatrisch ziekenhuis	2,33%	3,33%	2,67%
Politie	16,28%	2,22%	11,45%
Elders	2,33%	3,33%	2,67%
Onbekend	4,07%	2,22%	3,44%
Totaal aantal	172	90	262

Tabel 29: Diagnose en geslacht

Zie ook tabel 17: Diagnosegroepen per geslacht – 2007, 2008, 2009

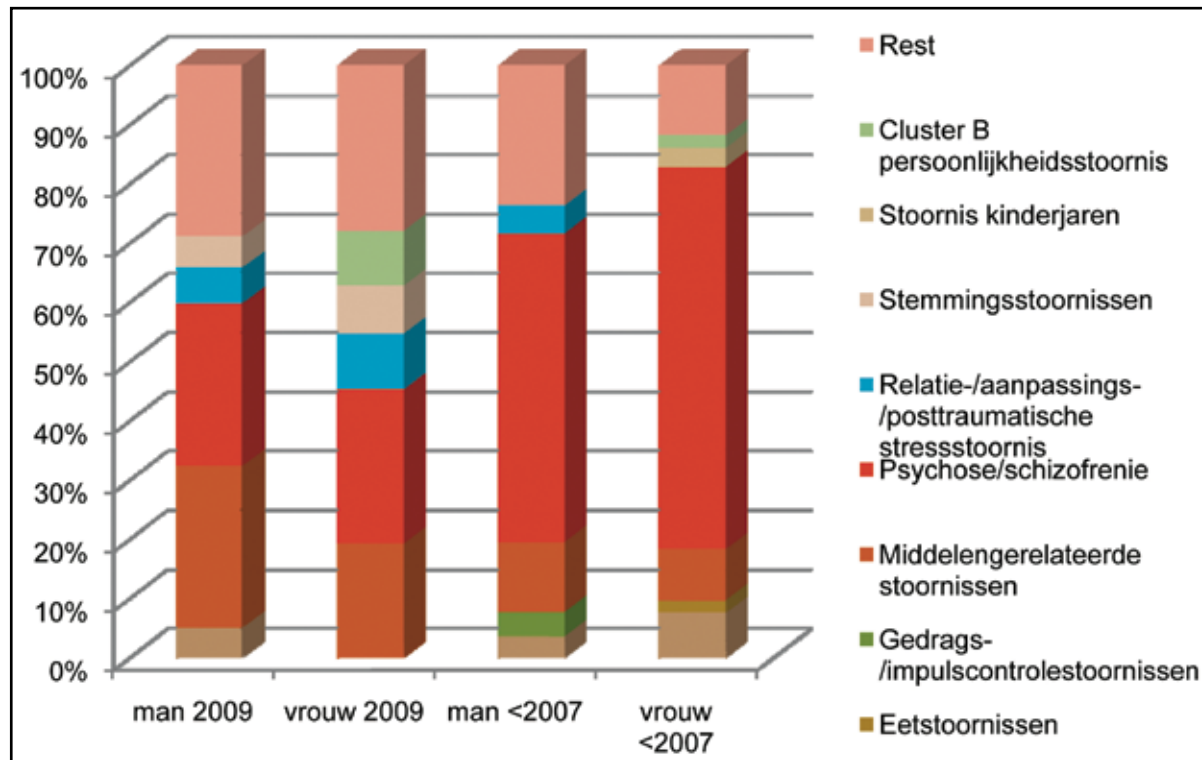
In deze tabel komt duidelijk tot uiting dat de psychotische aandoeningen (bipolaire stoornis, psychose en schizofrenie) verantwoordelijk zijn voor (resp. mannen en vrouwen) 55 tot 72% van de langdurige gedwongen opnames. De tweede belangrijke diagnosegroep zijn de middelengerelateerde stoornissen met (resp. mannen en vrouwen) 12 en 9%. Opmerkelijk zijn de seksegerelateerde verschillen in deze diagnosegroepen, ook voor enkele andere diagnoses: eetstoornissen (resp. mannen en vrouwen): 0 en 2,15% en de diagnosegroep relatie/aanpassings-/posttraumatische stressstoornis (resp. mannen en vrouwen): 5 en 0%.

Diagnosegroepen	man		vrouw		Totaal	
	#	%	#	%	#	%
Hoofddiagnose = As 1	138	81,66%	82	88,17%	220	83,97%
Bipolair	6	3,55%	7	7,53%	13	4,96%
Dementie	1	0,59%		0,00%	1	0,38%
Eetstoornissen		0,00%	2	2,15%	2	0,76%
Gedrags-/impulscontrolestoornissen	7	4,14%		0,00%	7	2,67%
Middelengerelateerde stoornissen	20	11,83%	8	8,60%	28	10,69%
Neurotische/ angststoornissen	1	0,59%	1	1,08%	2	0,76%
Psychoorganisch	3	1,78%		0,00%	3	1,15%
Psychose/schizofrenie	88	52,07%	60	64,52%	148	56,49%
Relatie-/aanpassings-/posttraumatische stressstoornis	8	4,73%		0,00%	8	3,05%
Seksuele stoornis/genderidentiteit		0,00%		0,00%	0	0,00%
Stemmingsstoornissen	1	0,59%	1	1,08%	2	0,76%
Stoornis kinderjaren	3	1,78%	3	3,23%	6	2,29%
Andere		0,00%		0,00%	0	0,00%
Geen diagnose of uitgesteld		0,00%		0,00%	0	0,00%
Onbekend		0,00%		0,00%	0	0,00%
Hoofddiagnose = As 2	5	2,96%	4	4,30%	9	3,44%
Cluster A persoonlijkheidsstoornis		0,00%		0,00%	0	0,00%
Cluster B persoonlijkheidsstoornis	4	2,37%	2	2,15%	6	2,29%
Cluster C persoonlijkheidsstoornis		0,00%		0,00%	0	0,00%
Persoonlijkheidsstoornis nao		0,00%	1	1,08%	1	0,38%
Mentale handicap	1	0,59%	1	1,08%	2	0,76%
Geen diagnose of uitgesteld		0,00%		0,00%	0	0,00%
Onbekend		0,00%		0,00%	0	0,00%
Hoofddiagnose = As 3*		0,00%		0,00%	0	0,00%
Hoofddiagnose = Niet te bepalen	1	0,59%		0,00%	1	0,38%
Hoofddiagnose = Onbekend	25	14,79%	7	7,53%	32	12,21%
totaal	169	100,00%	93	100,00%	262	100,00%
Top 5	129	76,33%	82	88,17%		

(*)het kan zijn dat er hier wel een diagnose is op as 1 of 2, maar die wordt dan buiten beschouwing gelaten

Grafiek 10: Diagnose en geslacht

Deze grafiek toont het verschil in diagnose tussen patiënten (mannen en vrouwen) die in 2009 opgenomen werden (linkse kolommen) en de patiënten die langdurig opgenomen waren (rechtse kolommen).



Tabel 30: Toegangspoort in de procedure

Zie ook tabel 15: Diagnosegroepen, zowel via een spoed- als via een gewone procedure, voor 2007, 2008 en 2009

Deze tabel toont langs welke weg deze patiënten in de procedure gekomen zijn: er zijn geen belangrijke verschillen vast te stellen.

Diagnosegroepen	Procedure					
	Spoed		gewoon		Totaal	
	#	%	#	%	#	%
Hoofddiagnose = As 1	137	79,65%	83	92,22%	220	83,97%
Bipolair	8	4,65%	5	5,56%	13	4,96%
Dementie	1	0,58%		0,00%	1	0,38%
Eetstoornissen		0,00%	2	2,22%	2	0,76%
Gedrags-/impulscontrolestoornissen	5	2,91%	2	2,22%	7	2,67%
Middelengerelateerde stoornissen	19	11,05%	9	10,00%	28	10,69%
Neurotische/ angststoornissen	2	1,16%		0,00%	2	0,76%
Psychoorganisch	1	0,58%	2	2,22%	3	1,15%
Psychose/schizofrenie	93	54,07%	55	61,11%	148	56,49%
Relatie/aanpassings-/posttraumatische stressstoornis	5	2,91%	3	3,33%	8	3,05%
Seksuele stoornis/genderidentiteit		0,00%		0,00%	0	0,00%
Stemmingsstoornissen		0,00%	2	2,22%	2	0,76%
Stoornis kinderjaren	3	1,74%	3	3,33%	6	2,29%
Andere		0,00%		0,00%	0	0,00%
Geen diagnose of uitgesteld		0,00%		0,00%	0	0,00%
Onbekend		0,00%		0,00%	0	0,00%
Hoofddiagnose = As 2	8	4,65%	1	1,11%	9	3,44%
Cluster A persoonlijkheidsstoornis		0,00%		0,00%	0	0,00%
Cluster B persoonlijkheidsstoornis	6	3,49%		0,00%	6	2,29%
Cluster C persoonlijkheidsstoornis		0,00%		0,00%	0	0,00%
Persoonlijkheidsstoornis nao		0,00%	1	1,11%	1	0,38%
Mentale handicap	2	1,16%		0,00%	2	0,76%
Geen diagnose of uitgesteld		0,00%		0,00%	0	0,00%
Onbekend		0,00%		0,00%	0	0,00%
Hoofddiagnose = As 3*		0,00%		0,00%	0	0,00%
Hoofddiagnose = Niet te bepalen	1	0,58%		0,00%	1	0,38%
Hoofddiagnose = Onbekend	26	15,12%	6	6,67%	32	12,21%
Totaal	172	100,00%	90	100,00%	262	100,00%
Top 5	136	79,07%	75	83,33%		

(*)het kan zijn dat er hier wel een diagnose is op as 1 of 2, maar die wordt dan buiten beschouwing gelaten

Tabel 31: Wijze van ontslag: juridisch of medisch

Zie ook tabel 23: een overzicht van de verschillende diagnosegroepen per soort 'ontslag' (bij het afronden van de procedure) – 2007, 2008 en 2009

Deze tabel toont aan dat de diagnose er toch wel toe doet en dat er op dit vlak duidelijke verschillen zijn.

Diagnosegroepen (bij opname)	Ontslag						totaal	
	juridisch		medisch		andere**			
	#	%	#	%	#	%	#	%
Hoofddiagnose = As 1	40	90,91%	10	52,63%	2	100,00%	52	80,00%
Bipolair	3	6,82%		0,00%		0,00%	3	4,62%
Dementie		0,00%		0,00%		0,00%	0	0,00%
Eetstoornissen		0,00%	1	5,26%		0,00%	1	1,54%
Gedrags-/impulscontrolestoornissen		0,00%	3	15,79%		0,00%	3	4,62%
Middelengerelateerde stoornissen	7	15,91%		0,00%		0,00%	7	10,77%
Neurotische/ angststoornissen		0,00%		0,00%		0,00%	0	0,00%
Psychoorganisch		0,00%		0,00%		0,00%	0	0,00%
Psychose/schizofrenie	29	65,91%	4	21,05%	1	50,00%	34	52,31%
Relatie/aanpassings-/posttraumatische stressstoornis		0,00%		0,00%	1	50,00%	1	1,54%
Seksuele stoornis/genderidentiteit		0,00%		0,00%		0,00%	0	0,00%
Stemmingsstoornissen		0,00%		0,00%		0,00%	0	0,00%
Stoornis kinderjaren	1	2,27%	2	10,53%		0,00%	3	4,62%
Andere		0,00%		0,00%		0,00%	0	0,00%
Geen diagnose of uitgesteld		0,00%		0,00%		0,00%	0	0,00%
Onbekend		0,00%		0,00%		0,00%	0	0,00%
Hoofddiagnose = As 2	2	4,55%	0	0,00%	0	0,00%	2	3,08%
Cluster A persoonlijkheidsstoornis		0,00%		0,00%		0,00%	0	0,00%
Cluster B persoonlijkheidsstoornis	2	4,55%		0,00%		0,00%	2	3,08%
Cluster C persoonlijkheidsstoornis		0,00%		0,00%		0,00%	0	0,00%
Persoonlijkheidsstoornis nao		0,00%		0,00%		0,00%	0	0,00%
Mentale handicap		0,00%		0,00%		0,00%	0	0,00%
Geen diagnose of uitgesteld		0,00%		0,00%		0,00%	0	0,00%
Onbekend		0,00%		0,00%		0,00%	0	0,00%
Hoofddiagnose = As 3*		0,00%		0,00%		0,00%	0	0,00%
Hoofddiagnose = Niet te bepalen		0,00%		0,00%		0,00%	0	0,00%
Hoofddiagnose = Onbekend	2	4,55%	9	47,37%		0,00%	11	16,92%
Totaal	44	100,00%	19	100,00%	2	100,00%	65	100,00%
Top 5	42	95,45%	10	52,63%				

(*)het kan zijn dat er hier wel een diagnose is op as 1 of 2, maar die wordt dan buiten beschouwing gelaten

(**) andere= onbekend, overlijden door zelfdoding, overlijden door andere oorzaak

Tabel 32: Gevaarcriteria

Zie ook tabel 25: Gevaarcriteria per soort ontslag, 2007, 2008 en 2009

Globaal gezien zijn er verschillen vast te stellen, zowel ten aanzien van de totale groep gedwongen opgenomen patiënten als tussen juridisch en medisch einde.

Het criterium eigen gezondheid als gevaarcriterium, wat meespeelde bij de start van de procedure, scoort bijzonder hoog in deze populatie (100% bij medisch ontslag) en hetzelfde geldt ook voor de eigen veiligheid (in het bijzonder ook in de juridische procedureweg: 89%).

Gevaarcriteria (bij opname)	Reden Ontslag						totaal	
	juridisch		medisch		andere*			
	#	%	#	%	#	%	#	%
	44		19		2		65	
eigen gezondheid	40	90,91%	19	100,00%	1	50,00%	60	92,31%
eigen veiligheid	39	88,64%	12	63,16%	1	50,00%	52	80,00%
andere gezondheid/leven	11	25,00%	6	31,58%	1	50,00%	18	27,69%
andere integriteit	19	43,18%	8	42,11%	2	100,00%	29	44,62%
onbekend	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Belangrijkste gevaarcriterium								
eigen gezondheid	16	36,36%	10	52,63%	1	50,00%	27	41,54%
eigen veiligheid	11	25,00%	1	5,26%		0,00%	12	18,46%
andere gezondheid/leven	1	2,27%	1	5,26%	1	50,00%	3	4,62%
andere integriteit	4	9,09%	1	5,26%		0,00%	5	7,69%
niet te bepalen	4	9,09%	1	5,26%		0,00%	5	7,69%
onbekend	8	18,18%	5	26,32%		0,00%	13	20,00%
	44	100%	19	100%	2	100%	65	100%

(*) andere= onbekend, overlijden door zelfdoding, overlijden door andere oorzaak

2.8 Besluit

Dit derde jaarverslag over de praktijk van de gedwongen opname in Vlaanderen toont weinig grote verrassingen. Er zijn geen majeure verschillen vast te stellen met betrekking tot de aspecten waaromtrent informatie verzameld werd.

Globaal springen volgende elementen wel in het oog :

- Er is nog steeds een duidelijke stijging van het aantal procedures, deze trend zet zich dus door.

De stijging van het aantal gedwongen opnames berust op een toename in het aantal beslissingen van de procureur des Konings (de dringende opnames dus).

Verder zijn er vooral een aantal verschuivingen die eerder op detailniveau te situeren zijn en die in het rapport uitgebreid besproken worden.

- Wat jongeren betreft, is het aantal gedwongen opgenomen jongeren in 2009 op hetzelfde niveau gebleven als de voorbije jaren. De veronderstelling die wij vorig jaar hoopten naar voor te mogen schuiven (dat er een trend was om jongeren meer op een gepaste afdeling -namelijk kinderpsychiatrische dienst- op te nemen), blijkt niet juist geweest te zijn. Dit blijft dus een knelpunt.

Een gedwongen opname bij een jongere heeft over het algemeen een meer dringend karakter dan bij een volwassene.

- Een derde vaststelling is dat bij de beoordeling van gevaarcriteria deze wet toch in de eerste plaats zijn toepassing vindt in de bescherming van de geesteszieke zelf. Dat is ook precies zoals de wet bedoeld heeft: namelijk bescherming bieden aan de persoon van de geesteszieke. Dit is vaststelling die we ook voorbije jaren hebben kunnen maken.
- Een vierde vaststelling is dat de toepassing van deze wet een ruimer domein bestrijkt dan de psychiatrische ziekenhuizen: de rol van de algemene ziekenhuizen en politiediensten in de diagnostiek, assessment en toeleiding is niet onbelangrijk. Ook moeten wij aanstippen dat de rol van de huisarts niet zonder belang is, gelet op het aantal patiënten dat ook vanuit de thuissituatie gedwongen opgenomen wordt. Er zijn over de jaren lichte verschuivingen vast te stellen.
- Een vijfde punt is dat we met dit jaarverslag voor de eerste keer een inzicht krijgen in de populatie patiënten met een langdurige gedwongen opname. Het meest in het oog springend gegeven is dat er een merkwaardige verschuiving is in diagnosegroepen. Diagnosegroepen die het meest opvallen, zijn de psychotische stoornissen/schizofrenie (bijzonder hoog percentage), gevolgd door het middelenmisbruik en de bipolaire stoornissen. Deze informatie is belangwekkend.
- Een zesde punt is dat er voor heel wat cijfers geen al te grote verschillen vast te stellen zijn met de voorbije jaren. Dit stemt ons ook met tevredenheid omdat dat ons inziens betekent dat de kwaliteit van de gegevens relatief hoog is, zelfs voor het soort gegevens waar je kan verwachten dat er meer speling is. Al met al is dat voor ons een verrassing en beginnen we te geloven in de wet van de grote getallen.

Met tevredenheid stellen we ook vast dat er een verdere afname is in de classificatie "ander of onbekend". We danken hiervoor uitdrukkelijk iedereen die hier een bijdrage toe geleverd heeft.

Overigens blijft het de intentie om de kwaliteit van de gegevens en informatie verder te verhogen. Hiervoor heeft Zorginspectie een opdracht gegeven aan prof. Dr. Joris Vandenberghe en zijn medewerkers om hierover verder wetenschappelijk onderzoek te verrichten. Dit proces wordt begeleid door een stuurgroep met vertegenwoordigers zowel vanuit de sector van de psychiatrische ziekenhuizen, de professionals (academisch, Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie), de gerechtelijke wereld (vrederechter), als de overheid (kabinet minister Vandeurzen en Zorginspectie). We hopen in dit proces ook de gebruikers en de familieleden te kunnen betrekken.

Tot slot willen wij nog uitdrukkelijke dank zeggen aan al diegenen die dit jaarverslag mogelijk gemaakt hebben en hopen wij dat deze verslagen kunnen bijdragen tot een verbetering van de praktijk, van de behandeling, de bejegening en zo mogelijk ook tot het voorkomen van een gedwongen opname.

**Samenstelling**

Vlaamse Overheid

Zorginspectie

Verantwoordelijke uitgever

Marc Morris

administrateur-generaal a.i.

Zorginspectie

Koning Albert II laan 35 bus 31

B-1030 Brussel

Lay-out en Druk

Digitale Drukkerij BZ

Nadia De Braekeler

Uitgave maart 2011

Depotnummer

D/2011/3241/056

