

**FOD VOLKSGEZONDHEID,  
VEILIGHEID VAN DE  
VOEDSELKETEN EN LEEFMILIEU**

**BRUSSEL, 12/12/2002**

---  
**Directoraat-generaal Organisatie  
gezondheidszorgvoorzieningen**

---  
**NATIONALE RAAD VOOR ZIEKEN-  
HUISVOORZIENINGEN.**

---  
**Afdeling “Programmatie en Erkenning”**

---  
**O/Ref. : NRZV/D/PSY/220-1 (\*)**

## **ADVIES INZAKE “GEDWONGEN OPNAMEN”**

**Vr. Prof. J. Peers, Voorzitter,  
De Secretaris,**

**C. DECOSTER,  
Directeur-Generaal.**

**(\*) Dit advies werd bekrachtigd op de speciale Bureauvergadering van 12 december 2002**

0. Opdracht van de werkgroep: De permanente werkgroep gaf in zijn vergadering van 21/09/01 opdracht om het bestaande advies omtrent de forenzenische psychiatrie aan te vullen met de evaluatie van de toepassing van de Wet van 26/06/1990 op de bescherming van de persoon van de geesteszieke. Welke invloed heeft deze wet op de zorg voor de patiënten waarop deze wet van toepassing is ?

Het is duidelijk dat dit thema niet enkel in het verlengde ligt van de besluiten rond de forenzenische psychiatrie, maar ook raakvlakken vertoont met, en dient gezien te worden in het kader van andere adviezen van de NRZV, namelijk het tweede deeladvies inzake de toekomstige organisatie en ontwikkeling van de geestelijke gezondheidszorg (juni 1997), het advies omtrent de opvang en behandeling van sterk gedragsgestoorde en/of agressieve patiënten (SGA) (8 februari 2001), het advies inzake het sociaal werk in de geestelijke gezondheidszorg (12 juli 2001) en het synthese-advies (11/07/02).

1. Samenstelling van de werkgroep:

1.1 Gewone leden: administratie: J. Holsbeek, V. Lefebvre; M. Vandervelden, I. Pelc, J. Boydens, J-C Frogneux, I. Van der Bempt, J. Wilmotte, R. Derycke, C. Bostyn, J. Bollen, voorzitter.

1.2 Experten: Permanente experts: M. Chevalier, J. Peuskens, J. Nollet, D. Lecompte, H. Van Malderen, A. Seghers, G. Jonard, H. Bryon, P. Arteel, M. Van Halewyn, J. De Lepeleire, K. Oosterlinck, B. Casteleyn.

Uitgenodigde experts: L. Kenis, E. Houtman, A. Liégeois, X. Stilmans, M. De Boodt.

2. Werkzaamheden. De gewone leden kwamen bijeen op 22/11/01, 09/01/02, 24/04/02, 12/06/02 en 04/09/02.

Er waren twee gemeenschappelijke vergaderingen van gewone leden en experts, op 20/02/02 en 20/03/02.

Tijdens de eerste twee vergaderingen werd besproken welke experts men zou uitnodigen, en welke vragen men zou behandelen.

3. Documenten die de leden en experts ter beschikking hadden:

- de wettekst, verschenen in het staatsblad van 27/07/90.
- cijfergegevens: MPG 1998  
Jaarlijkse statistieken van de hoven en de rechtbanken 1999
- Synthesenota VVGG-symposium “Wet Bescherming Persoon” 1995.
- Evaluatie van de Wet van 26/06/90, document van Dhr. R. De Rycke, provinciaalder Broeders van Liefde, 20/11/01.
- Brief van Prof. JP Roussaux, Clinique Universitaire St Luc, 21/11/01.
- Brief van Prof. I. Pelc, CHU Brugmann, 14/11/01.
- Voorstellen van wijziging, door de werkgroep “Gedwongen opname”, verzameld door het overlegplatform GGZ gebied Brussel-Hoofdstad, januari 2002.
- Verslag studiedag “Evaluatie gedwongen opnamen”, Limburg, 15/09/01.
- “Het belang van een Wet Patiëntenrechten in het gezondheidszorgbeleid”, Min. Aelvoet, voordracht van 12/10/01.
- Wet BOPZ voor verzorgenden en verpleegkundigen, ministerie van volksgezondheid, welzijn en sport, Nederland. Januari 2002.

- Voorbereidende tekst betreffende de internering van delinquenten met een geestesstoornis, van O. Vandemeulebroeke, met hieraan verbonden het advies van het verbond van vrederechters, april 2001.
- Omgaan met vrijheid en dwang in de GGZ, A. Liégeois.
- “Bespreking van de wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke” van het overlegplatform geestelijke gezondheidszorg van Vlaams Brabant.

#### 4. Problemen en vragen die in de werkgroep werden besproken.

##### 4.1 Cijfergegevens.

Een evaluatie dient uit te gaan van objectieve gegevens. De werkgroep stelt vast dat hier een lacune bestaat.

Uit diverse partiële gegevens kan men afleiden (1a) dat het aantal gedwongen opnamen waarschijnlijk tussen de 5 en 6 % uitmaakt van het totale aantal opnamen in APZ , (1b) dat dit aandeel stijgt. De meest gestelde diagnoses zijn, in orde van belangrijkheid: schizofrenie, toxicomanie, stemmingsstoornis en aanpassingsstoornis; (2) dat het aantal gedwongen opnamen in PAAZ-diensten verwaarloosbaar klein is. Slechts één PAAZ is immers op dit ogenblik erkend om patiënten onder toepassing van de wet van 26/06/90 op te nemen.

Gegevens uit de jaarlijkse statistieken van de hoven en de rechtbanken 1999:

In dat jaar waren er 6175 verzoekschriften tot gedwongen opname (Brussel 1821, Wallonië 1924, Vlaanderen 2430).

*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.*

##### 4.2 De Rechtszekerheid of -onzekerheid van de patiënt.

Op dit ogenblik bestaat er een grote mate van rechtsonzekerheid, in die zin dat de toepassing van de wet afhangt van het gevolg dat de procureur aan een verzoek tot gedwongen opname geeft, en de interpretatie ervan door de lokale vrederechter, en dus kan verschillen van kanton tot kanton. De indruk bestaat dat dit inderdaad ook zo is, met betrekking tot een ruime dan wel strikte invulling van het gevaarscriterium, de interpretatie over al dan niet aanwezig zijn van geestesziekte, de vooropgestelde termijnen, het al dan niet inroepen van deskundigen, vragen rond verenigbaarheid in één persoon van aanvragende en behandelende geneesheer.

Om deze onzekerheid te verminderen dienen enkele kwaliteitseisen vervuld te zijn:

- *Juridisch:* de advocaat die de patiënt bijstaat dient minstens vooraf de patiënt gesproken en grondig geïnformeerd te hebben.
- *De medische verslaggeving is vatbaar voor verbetering.* Ze dient verder te gaan dan het citeren van enkele algemene termen uit het psychiatrische jargon. Ze moet de feiten bevatten die zich concreet hebben voorgedaan, alsook alle elementen die in de afweging van het risico op gevaar zijn meegenomen. Ze moet het de vrederechter mogelijk maken een gemotiveerde beslissing te nemen.
- *De interpretatie van de vrederechter* is des te meer aanvaardbaar naarmate deze steunt op zo ruim mogelijke goede informatie, niet enkel vanwege de geneesheer, maar ook, waar mogelijk, door een maatschappelijk onderzoek. De sociale context is immers zeer belangrijk bij de inschatting van het gevaar dat een patiënt voor

zichzelf en voor anderen betekent. Toch blijkt, ook uit de internationale literatuur, dat een correcte voorspelling van gevaar zeer moeilijk is.

*De werkgroep besluit dat de rechtszekerheid van de patiënt best kan vergroot worden door een goede samenwerking tussen vrederechter en verantwoordelijke geneesheer, door het aanstellen van een ervaren psychiater als deskundige in geval van twijfel aan de kwaliteit van het geneeskundig verslag, om de vrederechter te adviseren, of nog door regelmatig overleg tussen de vrederechter en de betrokken geneesheren van zijn/haar kanton.*

#### 4.3 De grijze zone.

Er bestaat een spanningsveld tussen de autonomie van de patiënt, zijn/haar recht op goede zorg, en de veiligheid van de omgeving. Hoe deze grijze zone verkleinen? Is er nog plaats voor het “bestwil” principe vanuit professionele ethiek?

Principes:

- (1) Dit spanningsveld is inherent aan de GGZ, en overstijgt als dusdanig de toepassing van de wet van 26/06/90, in zoverre psychische stoornissen gepaard gaan met een beperking van de keuzevrijheid en wilsbekwaamheid van de patiënt, en tussenkomst nodig is die een vrijheidsbeperking inhoudt, onder meer om de autonomie van de patiënt in een later stadium te herstellen. Deze visie impliceert een overlegmodel tussen zorgverleners, patiënt en familie (informereren, motiveren, evalueren en bijsturen). Zo kan de grijze zone verkleind worden.
- (2) De maatregel van vrijheidsbeperking dient proportioneel te zijn aan het risico op schade.

*De werkgroep adviseert om in deze delicate kwestie niet blindelings te vertrouwen op vaste procedures, al kunnen deze een houvast bieden in moeilijke situaties, maar ruimte te laten voor overleg en ethische reflexie van alle betrokkenen.*

Verder wordt opgemerkt dat het element “recht op goede zorg” soms complex is. Zo kan een herhaalde gedwongen ontwenning bij een ernstig verslaafde patiënt, ook al is die maatregel op zich gerechtvaardigd omdat hij op korte termijn een gevaar voor zichzelf of voor zijn omgeving betekent, op langere termijn meer hersenbeschadiging teweeg brengen dan wanneer de verslaving continu had voortbestaan..

De werkgroep stelt vast dat het nieuwe wetsontwerp op de behandeling van de geïnterneerden zich in hoge mate spiegelt aan de wet van 26/06/90. De werkgroep pleit ervoor om toch een onderscheid te behouden tussen beide situaties. De instellingen kunnen niet verplicht worden geïnterneerden op te nemen, rekening houdende met beperkingen inzake behandelbaarheid en de noodzaak tot securisatie voor bepaalde subgroepen (Zie het betreffende advies van de permanente werkgroep psychiatrie van de NRZV over de forenische psychiatrie).

#### 4.4 Is het aangewezen de voorwaarden tot nazorg en tot veranderen van behandel-omgeving te versoepelen?

4.4.1 *De werkgroep pleit ervoor in de mogelijkheid te voorzien om de periode van nazorg te verlengen, zonder heropname, onder voorwaarde van een nieuwe beslissing van de vrederechter, na een tegensprekelijk debat, en in aanwezigheid van de patiënt (tenzij deze geen gevolg geeft aan de oproep).*

4.4.2 *Overbrenging naar een meer geschikte instelling zou reeds moeten mogelijk zijn tijdens de observatieperiode na vonnis van de vrederechter. Bij*

*hoogdringendheid zou dit via de procureur moeten kunnen aangevraagd worden.*

4.4.3 *Overgang naar gezinszorg dient mogelijk te zijn zonder bijkomende juridische procedure. Daarbij dient het begrip gezin of familie ruim te worden opgevat, voor zover de familie bereid is de zorg voor de patiënt op zich te nemen. Ook PVT en rustoorden kunnen als vormen van “gezinszorg” worden opgevat. Het is wenselijk criteria voor aangepaste zorg en opvolging voor dergelijke patiënten die verblijven buiten een gesloten psychiatrische dienst, vast te leggen: frequentie van onderzoek en evaluatie door een psychiater, medicatieopvolging.*

4.4.4 *Het is wenselijk om te voorzien in de mogelijkheid tot ambulante gedwongen behandeling., Deze vraag werd gesteld op grond van een reële nood. De groep vindt evenwel dat de modaliteiten hiervan grondig ethisch dienen afgewogen te worden.*

#### 4.5 Financiële problemen

4.5.1 Aangepaste omkadering voor diensten die deze patiënten opnemen is verantwoord, rekening houdende met de meer dan gemiddelde ernst van de pathologie van deze patiënten gecombineerd met de behoefte aan grotere beveiliging en frequenter strikt toezicht.

4.5.2 Voor niet solvabele patiënten zou een ten laste neming door het OCMW kunnen gebeuren volgens de regels die gelden voor de dringende medische hulpverlening, zoals van toepassing voor de algemene ziekenhuizen, of het heractiveren van, en het voorzien van de nodige financiële ruimte voor het speciaal onderstandsfonds (SOF) een oplossing kunnen zijn.

4.5.3 Dat de vervoerskosten de facto vaak ten laste vallen van de aanvrager (de familie) wordt als een anomalie gezien, omdat zulks remmend en vertragend werkt, terwijl de toestand vaak al flink uit de hand aan het lopen is.

4.5.4 Dringende gevallen worden door de procureur voor psychiatrische evaluatie naar spoedgevallendiensten van A.Z. doorgestuurd. Deze worden vaak hierdoor overbelast, terwijl hier geen (onvoldoende) honorering voor is voorzien.

4.5.5 Wetsdokters weigeren in sommige regio's van het land om deze taak over te nemen, gezien de gebrekkige financiële vergoeding en het ontbreken van een vordering door de procureur, wat een formele wettelijke vereiste is.

*De werkgroep pleit voor een aangepaste ligdagprijs en omkadering voor diensten die deze patiënten opnemen en behandelen. Tevens dient er een oplossing te komen voor het probleem van de niet solvabele patiënt. Het wordt principieel als problematisch ervaren dat vervoerskosten ten laste vallen van de patiënt. De vervoerskosten dienen ten laste te worden door het ziekenhuis, dat deze kan verrekenen per geval (niet forfaitair). Er dient vanuit justitie een aangepaste regeling én honorering te worden voorzien voor het dringend psychiatrisch advies in spoedeisende gevallen, zowel wanneer dit advies door een wetsdokter als door een psychiater verbonden aan een spoedgevallendienst wordt uitgebracht..*

#### 4.6 Patiëntenrechten.

Het recht op privacy komt in het gedrang bij doorfaxen van het uitgebreid medisch verslag.

Het recht op vrije keuze van de instelling waar de patiënt dient behandeld te worden is bij gedwongen opname niet gewaarborgd. Deze uitzondering is reeds voorzien in het nieuwe wetsontwerp op de patiëntenrechten.

Het recht op informatie en toestemming kan in deze omstandigheden niet ten volle gewaarborgd worden.

Recht op inzage in het dossier. Ter zitting verneemt patiënt veel, soms meer over zijn/haar psychiatrische toestand dan een vrijwillig opgenomen patiënt. Dit leidt soms tot spanningen en verergering van vertrouwensproblemen ten aanzien van de behandelaars. Inzage in het dossier kan de spanning verhogen.

De patiënt heeft recht op een vertrouwenspersoon. Dit is aangewezen en reeds voorzien in de wet van 26/06/90. Door de bijzondere omstandigheden van deze opnamen heeft de vertrouwenspersoon een aparte, meer uitgebreide opdracht.

*De werkgroep besluit dat de beschermde persoon niet mag uitgesloten worden van de wet die de rechten van de patiënt vastlegt. Uitzonderingen op dat vlak gelden als stigmatiserend. Wel dienen voor bepaalde onderdelen van de nieuwe wet op de patiëntenrechten preciseringen aangebracht die rekening houden met de specifieke situatie van de patiënt die gedwongen opgenomen is.*

#### 4.7 De Toewijzing van de instelling

De werkgroep stelt voorop dat in de eerste plaats dient gekozen te worden voor de instelling waar de meest geschikte behandeling voor de patiënt beschikbaar is, en dit zowel rekening houdende met de differentiatie van het behandelaanbod van de instelling als met de bekendheid van de patiënt met een concrete behandelomgeving, en dit ongeacht het gerechtelijk arrondissement waar de maatregel genomen wordt.

4.7.1 Dit principe dient steeds door de procureur of de vrederechter te worden gehanteerd, waarbij hij/zij tevens rekening houdt met het advies van de geneesheer die het verslag opstelt.

4.7.2 *Zonder dat afbreuk gedaan wordt aan dit principiële uitgangspunt kan het, ten einde lang zoeken naar een geschikte instelling te vermijden, aangewezen zijn dat de erkende instellingen van een regio een beurtrol zouden opstellen.*

4.7.3 *Er wordt voor gepleit om PAAZ-diensten met minstens 60 bedden/plaatsen hun verantwoordelijkheid voor de opvang en behandeling van deze patiëntengroep te doen opnemen, vooral in regio's waar een groot tekort is aan acute opvangmogelijkheden. Een zo groot mogelijke spreiding helpt te voorkomen dat er zich op sommige plaatsen te grote concentraties vormen van patiënten onder het regime van gedwongen opname, waardoor vrij opgenomen patiënten worden afgeschrikt.*

4.7.4 Er tekent zich een probleem af van plaatsgebrek voor langere gedwongen opnamen.

#### 4.8 Werkt de wet van 26/06/90 altijd beschermend, dan wel soms stigmatiserend op de persoon van de geesteszieke ?

*Men mag geestesziekte en gevaarlijk gedrag / gedwongen opname niet zonder meer met mekaar associëren. Dat zou een onterechte bijkomende stigmatisering betekenen van een kwetsbare groep.*

Men dient er rekening mee te houden dat de meeste patiënten met een psychiatrische stoornis zich vrijwillig laten behandelen. Anderzijds zijn er ook mensen die gevaarlijk zijn voor zichzelf en hun omgeving, die niet aan een geestesziekte lijden. Daarbij kan

men denken aan dragers van besmettelijke ziekten die niet bereid zijn zich te laten behandelen, aan “normale” mensen met agressief gedrag in het verkeer of in andere omstandigheden.

#### 4.9 Termijnen

- Bij ontvluchting blijft de maatregel van kracht.
- Bij terugkeer begint de termijn van de maatregel terug te lopen.
- De termijnen betreffen dus de duur van effectieve opname.
- *De werkgroep stelt voor om, zoals in de oude wet, te voorzien dat wanneer een patiënt na ontvluchting erin slaagt om langer dan 6 maanden buiten de instelling te verblijven, de maatregel automatisch te laten vervallen.* Een effectieve evaluatie door de geneesheer diensthoofd is dan immers niet mogelijk.

#### 4.10 Hoever reikt de verantwoordelijkheid van de geneesheer diensthoofd ten aanzien van patiënten in nazorg ?

*De werkgroep meent dat de verantwoordelijkheid omtrent al dan niet opvolgen van de voorwaarden die vermeld waren in de maatregel tot nazorg, te leggen bij de geneesheer die effectief de nazorg uitvoert.*

Er bestaat hier een asymmetrie tussen de verantwoordelijkheid van de geneesheer en deze van de vrederechter, wanneer deze beslist om niet in te gaan op een aanvraag tot observatie, verder verblijf of nazorg.

#### Besluit:

De wet functioneert en lijkt in grote lijnen aan haar doelstellingen te beantwoorden. Precieze cijfergegevens, die een analyse en evaluatie op wetenschappelijke basis zouden toelaten, ontbreken. Hier dient dringend aan verholpen door een gestandaardiseerde registratie, verwerking en terugkoppeling van gegevens.

Nochtans heeft de toepassing van de wet geleerd dat aanpassingen en verfijningen nodig zijn. In de toekomst zal men ook rekening moeten houden met de Europese regelgeving op dat vlak.

Op dit ogenblik stellen we het volgende vast:

- De verschillen inzake interpretatie van de verschillende elementen van de wet moeten verkleind worden, zodat er een grotere rechtszekerheid ontstaat.
- Er blijft onvermijdelijk een grijze zone, gezien het spanningsveld tussen autonomie, recht op goede zorg en veiligheid van de omgeving, al zal dit spanningsveld zo klein mogelijk moeten gehouden worden.
- Met behoud van zorgvuldigheid inzake de rechten van de te beschermen persoon, kan in een aantal situaties gepleit worden voor een versoepeling van de toepassing van de wet, inzake termijnen en verblijfplaats. Soms zou deze zelfs de thuissituatie kunnen zijn.
- Er stellen zich een aantal financiële problemen bij de toepassing van deze wet, zowel voor de patiënt en zijn/haar familie, de instellingen als de geneesheren. Hieraan dient verholpen te worden. Mogelijke oplossingen werden gesuggereerd.
- De wet op de patiëntenrechten leidt voor de psychiatrische patiënten in het algemeen, tot mogelijke problemen qua interpretatie. De werkgroep zal zich in een later advies hierover buigen.

- De patiënt heeft recht op een kwalitatief zo goed mogelijke zorg, en dient daarom op de eerste plaats daar terecht te komen waar deze best kan geboden worden. Bij plaatsgebrek dienen goede onderlinge afspraken tussen erkende diensten en instellingen, te worden gemaakt.
- Men dient erover te waken dat deze wet niet discriminerend werkt ten aanzien van geesteszieken, omdat ze lijkt te impliceren dat geesteszieken, en enkel zij, gevaarlijk zouden zijn.

De leden-juristen van de werkgroep hebben voorstellen gedaan om de wetsartikelen die op deze aanbevelingen betrekking hebben, aan te passen. Zie bijlage.



## **BIJLAGE**

### **Wet 26.06.1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke en haar uitvoeringsbesluiten**

#### **Voorstel aanpassing – WG ad hoc NRZV dd. 04.09.2002**

Art.1.:

Art.2.:

Art.3.:

Art.4.:

Art. 5.: §1 ...

§2 Op straffe van niet ontvankelijkheid moet hieraan een omstandig medisch verslag worden gevoegd dat, op basis van een onderzoek dat ten hoogste vijftien dagen oud is, de gezondheidstoestand van de persoon wiens opname ter observatie wordt gevraagd evenals de symptomen van de ziekte en *het feitelijk gebeuren* beschrijft en vaststelt dat is voldaan aan de voorwaarden bepaald in art.2.

Dit verslag mag niet...

*Wanneer de verzoeker in de volstrekte onmogelijkheid is om zich te voorzien van het bedoeld verslag, dan stelt de vrederechter bij toepassing van art.594,1.GWB een geneesheer-deskundige aan; deze vergezelt de vrederechter bij zijn bezoek aan de zieke zoals bedoeld in art.7§2 en geeft op zicht van zijn bevindingen een advies hetwelk in het PV van bezoek wordt genoteerd.*

§3 ...

Art.6:

Art. 7. §1 Bij ontvangst van het verzoekschrift verzoekt de vrederechter de stafhouder van de Orde van Advocaten of het bureau van consultatie en verdediging, om onverwijld van ambtswege een advocaat aan te wijzen. Deze neemt de nodige tijd om, voorafgaand aan de zitting, kennis te nemen van het dossier en de zieke te bezoeken.

Art.7: §1 ...

§2 ...

§3 ...

§4 ...

§5 ... Op de vastgestelde dag en het vastgestelde uur hoort de vrederechter de zieke, alsmede alle andere personen die hij dienstig acht te horen eventueel met inbegrip van de behandelende psychiater of diens vervanger, een en ander in aanwezigheid van de advocaat van de zieke.

§6 Ingeval van afwezigheid van de zieke, en voor zover de gegevens bekomen conform §5 als onvoldoende voorkomen om het verzoek in te willigen, stelt de vrederechter zijn onmogelijkheid tot het nemen van een beslissing bij vonnis vast; dit vonnis wordt onverwijld ter kennis gebracht van de Procureurs des Konings.

*De beslissing tot opname gewezen bij afwezigheid van de zieke is vatbaar voor verzet binnen de vijf dagen te rekenen met ingang van deze van opname; het verzet wordt gedaan bij eenvoudige brief te overhandigen aan de directeur van de verblijfsinstelling die deze voor ontvangst dateert en handtekent en onverwijld aan de vrederechter van de plaats van opname overmaakt. De bepalingen van art.7 en 8 zijn van toepassing op het verzet; de vrederechter van de plaats van opname wordt bevoegd.*

*Ingeval de aanwezige zieke het bezoek van de vrederechter weigert, kan de vrederechter, na op tussenkomst van de Procureur des Konings de politie te hebben*

*gevorderd, zich toegang verschaffen tot de plaats waar de zieke zich bevindt en dit in aanwezigheid van de advocaat van de zieke. De omstandigheden worden uitvoerig in het proces verbaal van bezoek genoteerd.*

Art.8.: §1 De behandeling geschiedt in raadkamer tenzij de zieke of de advocaat vragen dat dit niet gebeurt. Het feit van de afwezigheid van de zieke alsmede de redenen daarvan worden in het proces verbaal van de zitting genoteerd.

Na op de zitting ...

§2 ...

§3 Indien de vrederechter het verzoek inwilligt dan wijst hij de psychiatrische dienst waarin de zieke ter observatie wordt opgenomen.

De griffier ... van de instelling genoemd; hij maakt het medisch verslag dat aan het verzoekschrift was gevoegd alsmede het medisch verslag van de door de vrederechter aangewezen geneesheer over aan de geneesheer–diensthoofd van de psychiatrische dienst waarnaar de ziekte werd verwezen.

Onmiddellijk ...

De procureur ...

*Indien de vrederechter meent dat de verplichte opname in een psychiatrische dienst niet noodzakelijk is doch op advies van de geneesheer die het omstandig medisch verslag heeft opgemaakt van oordeel is dat zich desalniettemin een behandeling opdringt dan kan deze worden georganiseerd binnen enige familiale of een andere geëigende omgeving onder de voorwaarden van art. 23.*

Art.9.: In spoedeisende gevallen...

De procureur...

Het advies...

De procureur des Konings geeft schriftelijk kennis van zijn beslissing aan de directeur van de instelling; hij maakt het medisch verslag dat aan het verzoekschrift werd gevoegd of het advies van de door hem aangewezen geneesheer over aan de geneesheer –diensthoofd van de psychiatrische dienst; dit alles via de snelst mogelijke communicatiemiddelen. De wijze waarop de beslissing van de procureur des Konings wordt uitgevoerd wordt bij koninklijk besluit geregeld.

Binnen vierentwintig uren ... in artikel 5. Desgevallend voegt de procureur hierbij tevens een afschrift van de proces-verbalen die hieromtrent werden opgesteld.

Binnen dezelfde termijn...

De procedure ...

Indien de procureur ...

Art.10.:

Art.11.: De observatie ...

Zij sluit ...

***Gedurende de observatie en na de beslissing van de vrederechter kan de geneesheer–diensthoofd in een gemotiveerd verslag en met instemming van de zieke, een beslissing tot nazorg buiten de instelling nemen, onder bepaling van de voorwaarden inzake verblijfplaats, geneeskundige behandeling of maatschappelijke hulpverlening; tijdens de nazorg blijft de maatregel van opnemning ter observatie gehandhaafd.***

Na de beslissing van de vrederechter kan de geneesheer–diensthoofd mits een gemotiveerde beslissing, waarin hij de urgentie en de noodzaak aantoonde, en waarvan hij de vrederechter en de procureur des Konings bericht, besluiten tot de overplaatsing van de zieke naar een voor de vereiste behandeling meer geschikte erkende instelling en dit mits het schriftelijk akkoord van de geneesheer–diensthoofd van de aangezochte instelling; met het oog op de toepassing van art. 13 eerste lid e.v. kan deze beslissing niet worden genomen gedurende twintig dagen voor het verstrijken van de termijn van veertig dagen.

Art.12.: De observatie loopt ten einde voor het verstrijken van de termijn van veertig dagen, indien dat wordt beslist door:

... 1°  
2°  
3°

De vonnissen en ...

De observatie loopt eveneens ten einde voor het verstrijken van de termijn van veertig dagen ingeval van de uitvoering van een beslissing tot internering of van een vrijheidsberovende straf in hoofde van de zieke. Ook indien de vrederechter in toepassing van artikel 13 vaststelt dat het verder verblijf niet noodzakelijk is, blijft de observatiemaatregel normaal doorlopen tot de veertigste dag, tenzij de vrederechter in zijn vonnis in toepassing van artikel 13 hier uitdrukkelijk van afwijkt.

## AFD. 2 VERDER VERBLIJF:

Art.13.:

Art.14.:

Art.15.: Gedurende ... buiten de dienst.

Ingeval van ontvluchting eindigt het verder verblijf door het verloop van een ononderbroken periode van ontvluchting van zes maanden.

Art. 16.: Gedurende ...

De geneesheer ...

Deze laatste ...

In het geval dat de geneesheer-diensthooft deze nazorg organiseert op tussenkomst van een ander geneesheer, zorgverstreker of dienst, die dit aanvaardt, dan dient deze aanvaarding alsmede de modaliteiten der nazorg schriftelijk vastgelegd en gevoegd aan de in lid 2 bedoelde beslissing. Inzonderheid dient de onderlinge samenwerking en wijze van rapportering vastgelegd.

Indien de toestand van de zieke een verlenging van de nazorg na het verstrijken van de bij toepassing van art.13 lid 4 bepaalde termijn of na één jaar nazorg vereist, zendt de directeur van de instelling, ten minste vijftien dagen vóór het verstrijken van één van deze termijnen, aan de vrederechter een omstandig **verslag van de geneesheer-diensthooft** dat de noodzaak van een verderzetting van de nazorg bevestigt.

De vrederechter beslist bij toepassing van art. 13. De zieke wordt bij gerechtsbrief opgeroepen op de bij art.16 bepaalde verblijfplaats; de vrederechter beslist zowel bij aanwezigheid als afwezigheid van de zieke na de advocaat te hebben gehoord. De aanvullende termijn belooft maximaal één jaar; deze is voor hernieuwing vatbaar.

Art.19.: §1.

§2. De beslissing ... De maatregel van verder verblijf wordt eveneens opgeheven indien binnen één jaar nazorg niet tot wederopneming is besloten en niet overgegaan werd tot verlenging van de nazorg conform artikel 16.

§3.

§4.

§5. De maatregel vervalt ingeval de uitvoering van een beslissing tot internering of van een vrijheidsberovende straf in hoofde van de zieke.

Ook indien de vrederechter in toepassing van artikel 13 vaststelt dat een verlenging van het verder verblijf niet noodzakelijk is, blijft de maatregel normaal doorlopen tot de laatste dag van de lopende termijn van het verder verblijf, tenzij de vrederechter in zijn vonnis in toepassing van artikel 13 hier uitdrukkelijk van afwijkt.

Art.20. - Art.21. - Art.22.

## VERPLEGING IN GEZIN:

Art. 23.: Wanneer beschermingsmaatregelen noodzakelijk blijken, maar de toestand van de geesteszieke en de omstandigheden niettemin verpleging in een gezin, in een familiale omgeving of in een geëigende dienst *die daarin vooraf toestemt toelaten*, kan te dien einde ...

Art. 24.:

Art. 25.

Art.26.: De maatregelen ...

De persoon ...

Bij het eindigen ...

De geneesheer belast met de behandeling van de zieke kan de maatregel op elk ogenblik opheffen onder de voorwaarden van art.19, §1. De geneesheer deelt zijn beslissing mee aan de zieke, aan de procureur des Konings en aan de persoon die de zieke diende te bewaken. Deze laatste verwittigt per aangetekend brief de magistraat die de beslissing genomen heeft, de vrederechter voor wie de zaak aanhangig is, evenals de persoon die de verpleging in een gezin of de opneming ter observatie heeft gevraagd.

Art.27 t/m 33.

Art. 34.: *De gerechtskosten*, de reis- en verblijfkosten van de magistraten, de kosten en het ereloon...

De kosten...

De vrederechter en de rechtbank kunnen de verzoeker alleen dan in de gerechtskosten veroordelen wanneer het verzoek kennelijk ongegrond is.

Art. 35 t/m 36

***Art. 36bis. De bepalingen van artikel 53 van het gerechtelijk wetboek zijn van toepassing bij de berekening der vervaltermijnen bedoeld in deze wet.***

Art. 37 t/m 42

oooooooooooo

INZAKE DE UITVOERINGSBESLUITEN:

Aanpassingen:

Art. 14. KB tot uitvoering van art 36 W 26.06.1990

“De door de vrederechter krachtens art 23 §3 aangewezen personen die een geesteszieke bewaken worden begeleid door een ziekenhuisdienst voor psychiatrische gezinsverpleging of door een andere geëigende instelling of dienst die gemachtigd is zorg of nazorg te verstrekken.”

Art 6 KB tot uitvoering W 26.06.1990

Met behulp van de snelste communicatiemiddelen ... werd bevolen. De procureur des Konings maakt via de snelst mogelijke communicatiemiddelen het medisch verslag dat bij het verzoekschrift was gevoegd en/of het schriftelijk advies van de door hem aangestelde geneesheer over aan de geneesheer-diensthooft van de psychiatrische dienst waarnaar de zieke werd verwezen”.

oooooooooooo