

Gedwongen opname: pleidooi voor alternatieven en een grondige wetswijziging

Bob Cools

Op 1 april 2017 trad een beperkte wijziging van de wet op gedwongen opname¹ in werking die voor enige ophef in de media zorgde. De (te) snel doorgevoerde wetswijziging was het gevolg van een gruwelijk gezinsdrama: omdat haar man geen toekomst meer met haar zag, wurgde een moeder uit wraak haar vierjarig zoontje en pleegde daarna zelfmoord. Ze had de misdaad verschillende keren aangekondigd. Door die dreigementen werd de vrouw gedwongen opgenomen. Tien dagen later werd ze weer vrijgelaten, zonder overleg met de echtgenoot of familie. Vier uur na haar thuiskomst beroofde ze haar zoontje en zichzelf van het leven.

Ondanks goede bedoelingen betekent de wetswijziging een stap achteruit. De focus op veiligheid, controle en beheersbaarheid maakt het tot een “wet ter bescherming van de sociale context van de persoon van de geesteszieke” (Catthoor & Peuskens, 2017), waar de patiënt de dupe van wordt. Vertegenwoordigers van justitie én psychiatrie (zie bijvoorbeeld Dom & Scheers, 2017) klagden de praktische onuitvoerbaarheid en het stigmatiserende effect ervan aan. De koepel van gezondheidszorgvoorzieningen, Zorgnet-Icuro, drong er in een brief aan de minister van Justitie (tevergeefs) op aan om de inwerkingtreding van deze wetswijziging uit te stellen, zodat een juridische bijsturing en een praktisch haalbare vertaalslag mogelijk zouden worden.

De wetswijziging introduceert, voorafgaand aan de gedwongen opname, een hoorplicht door de rechter van alle betrokkenen uit de directe omgeving van de patiënt. Het gaat om de gezinsleden, bloedverwanten tot in de tweede graad, iedereen die instaat voor de dagelijkse zorg van de zieke en diegene die het observatieverzoek heeft ingediend. Deze verplichting, waardoor de rechter al deze betrokkenen moet horen zonder rekening te houden met de relationele complexiteit en voorgeschiedenis, maakt de situatie ingewikkelder en verhoogt de crisissfeer bij de betrokkenen. Eveneens nieuw is een meldingsplicht door de directeur van het ziekenhuis aan diezelfde betrokkenen bij elke verandering van het behandelverloop en bij het beëindigen van de gedwongen opname. Deze meldingen dreigen ongewild een alarmerend en stigmatiserend karakter te krijgen: “Hij/zij wordt weer vrijgelaten!” Wellicht wakkert dit eerder een onveiligheidsgevoel aan dan dat het ruimte en nieuwe kansen creëert. Het voorzichtigheidsprincipe waarop deze wetswijziging zich beroept, gaat ten koste van de privacy van de patiënt. Ontstellend is ook dat zonder nadere motivering de beperking van de nazorg van een gedwongen opname tot maximaal één jaar is geschrapt, waardoor de gedwongen nazorg vanaf nu van onbepaalde duur is.

Prevalentie en knelpunten

Dagelijks vinden er in België minimaal vijftien gedwongen opnames plaats. In 2014 telde Vlaanderen 5092 gedwongen opnames, waarbij sprake was van 3611 nieuwe casussen. Hierbij waren 123 minderjarigen betrokken; in bijna twee op de drie gevallen ging het om mannen. Tussen 1999 en 2009 nam het aantal gedwongen opnames toe met 42%. Tussen 2010 en 2014 bedroeg de stijging 19% (Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, 2015). Ruim 11% van het aantal opnames in psychiatrische ziekenhuizen is een gedwongen opname; 85% daarvan verloopt via de spoedprocedure.² Mogelijke verklaringen voor deze cijfers zijn de verhoogde stress en verstedelijking in de samenleving, minder tolerantie ten aanzien van afwijkend gedrag, de beperktere opnamecapaciteit en de verkorte opnameduur in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) in combinatie met meer heropnames. In bijna de helft van de gevallen is er sprake van middelengerelateerde problematiek als hoofd- of nevendiagnose. Bij ruim een derde van de gedwongen opnames is er sprake van psychotische stoornissen. Ongeveer een vierde van de procedures wordt al binnen tien dagen beëindigd (Schoevaerts, Bruffaerts, & Vandenberghe, 2014).

De wet op gedwongen opname heeft momenteel betrekking op alle leeftijden. In diverse adviezen wordt bepleit om jongeren onder de twaalf jaar hiervan uit te sluiten. Wettelijk kunnen minderjarigen vanaf de leeftijd van vijftien jaar opgenomen worden in de volwassenenpsychiatrie en dit gebeurt in de praktijk ook. Dat is echter onwenselijk, omdat de setting hiervoor niet is aangepast.

Bij een gedwongen opname worden de patiëntenrechten vaak geschonden: hoewel het in België niet wettelijk is toegestaan, ondergaan patiënten in de praktijk ook behandelingen zonder hun expliciete toestemming. De patiënt heeft recht op geïnformeerde toestemming, maar ondanks weigering wordt medicatie toegediend, en/of worden patiënten geïsoleerd en gefixeerd. Ook het recht op vrije keuze van de zorgverlener blijft vaak theorie: in de spoedprocedure mogen gedwongen opgenomen patiënten niet kiezen in welke voorziening of op welke afdeling ze worden opgenomen. Alleen bij de verlenging van de maatregel kan de vrederechter eventueel rekening houden met de wensen van de patiënt. Verder stelt de wet op de patiëntenrechten dat het ziekenhuis vijftien dagen heeft om de patiënt een kopie van zijn dossier te overhandigen; maar bij de spoedprocedure verschijnt de patiënt al binnen tien dagen voor de vrederechter, meestal zonder inzage gehad te hebben in het eigen dossier.

De financiële kosten van een gedwongen opname worden nu verhaald op de patiënt (die er niet om gevraagd heeft). Het gaat om de kosten van het transport, de ziekenhuisopname en de vergoeding van de advocaat. De toegewezen pro-Deoadvocaten – die niet meer gratis zijn – ontmoeten hun cliënten vaak pas op de eerste rechtszitting en zijn onvoldoende opgeleid in deze specifieke materie.

Het jaarverslag 2015 van de externe ombudsfunctie ggz Vlaanderen (Claeys & Leemans, 2016) meldt een vrij hoog aantal klachten betreffende beschermende maatregelen: 285 klachten (15%), waarvan 104 of ruim een derde over de gedwongen opname. Redenen genoeg voor een grondige en degelijke aanpassing van de wetgeving.

Van gedwongen opname en isolatie naar betrokken aanwezigheid

De huidige praktijk van dwangmaatregelen – waarbij macht wordt gebruikt om extreem storend gedrag te stoppen – weerspiegelt een verouderde visie op de ggz. Door een hoger doel – bescherming van de persoon zelf en de betrokkenen – tolereren we een vorm van geweld om het storende gedrag van de patiënt onder controle te krijgen. We geloven dat in extreme gevallen dwangmaatregelen onvermijdelijk zijn en dat dit soms de beste vorm van hulpverlening is.

De herstelvisie zet ons aan om hier anders over te denken. Zij neemt gelijkwaardigheid, respect, participatie, en de krachten en mogelijkheden van de patiënt als uitgangspunten. Dit veronderstelt een warme, helpende omgeving en de aanwezigheid van de ander. Dus geen prikkelarme omgeving, isolatie of dwang. Een betrokken aanwezigheid en een diepgaand luisteren is essentieel voor een alternatieve benadering. Uitgangspunt is de therapeutische relatie, de vertrouwensband tussen patiënt en hulpverlener, en de overtuiging dat elke dwangmaatregel het therapeutisch resultaat in gevaar brengt. Deze benadering impliceert minder hiërarchie, regels en dwang van hulpverleners, en meer verantwoordelijkheid bij de patiënten. In de praktische uitvoering impliceert ze ook meer betrokkenheid van de sociale omgeving van de patiënt en meer personele hulpmiddelen. Vaak verloopt het proces langzamer, maar met meer kans op succes.

Een gedwongen opname is een traumatische ervaring voor alle betrokkenen, in de eerste plaats voor de patiënt, maar ook voor familie en vrienden. Het is echter mogelijk preventief op te treden en gebruik te maken van alternatieve ingrepen. In een advies kiest de Hoge Gezondheidsraad (HGR, 2016) voor conflictpreventie en voor kwaliteitsverbetering van de onvermijdelijke dwanginterventies. De HGR formuleert een globaal wetenschappelijk (onder andere juridisch en ethisch) referentiekader voor conflictbeheersing en dwanginterventies in de ggz. We moeten er alles aan doen om conflicten die aanleiding kunnen geven tot gebruik van macht waarbij iemands vrijheid ingeperkt wordt, te vermijden. Maar preventie en beperking van dwangmaatregelen volstaan niet. Wanneer vrijheidsbeperking toch onvermijdelijk is, moeten er meer transparante beslissingen genomen worden binnen de juiste ethische en juridische kaders, stelt de HGR. Voor wat betreft gedwongen opname verwijst hij naar het advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (NRZV, 2015).

De NRZV formuleerde verschillende voorstellen tot wetswijziging in het belang van een humaner gebruik van de gedwongen opname. Ze proberen een antwoord te formuleren voor de hierboven beschreven knelpunten, maar ook onduidelijkheden op te helderen en de mogelijkheden die de huidige wet biedt beter te benutten.

Zo is nu een eenvoudig medisch attest van om het even welke arts voldoende voor de vrede-rechter of procureur om te besluiten tot een gedwongen opname. De NRZV pleit voor een omstandig geneeskundig rapport dat aan een aantal kwaliteitscriteria voldoet. Er zijn al praktijkvoorbeelden van dergelijke rapporten, bijvoorbeeld bij het Brusselse overlegplatform voor ggz. Bovendien is het wenselijk dat een dergelijk verslag opgesteld wordt door een psychiater (of kinderpsychiater bij minderjarigen) of door een arts die daartoe geaccrediteerd

is. Ook in Brussel werd afgesproken om gedwongen opnames zo mogelijk steeds via een spoedgevallendienst met een geïntegreerd psychiatrisch team te laten verlopen, zodat een tweede beoordeling kan plaatsvinden.

Alternatieven voor gedwongen opname

Een voorbeeld van een nog niet uitgevoerde of onbenutte mogelijkheid binnen de huidige wet is de ‘verpleging in een gezin’ (hoofdstuk III van de wet) wanneer beschermingsmaatregelen noodzakelijk blijken, maar de psychiatrische toestand van de persoon en de omstandigheden geen opname in een ziekenhuis vereisen. De NRZV (2015) pleit voor een bredere invulling van deze mogelijkheid in het kader van de vermaatschappelijking van de ggz. Concreet wil hij het ‘gezin’ verruimen tot thuisvervangende situaties, zoals psychiatrische verzorgingstehuizen, woon- en zorgcentra, en beschut wonen. De centra voor ggz en de mobiele crisisteamen in het kader van de artikel 107-projecten³ kunnen hierin een belangrijke rol spelen.

De NRZV stelt ook een alternatief voor in het belang van gedwongen opnames bij patiënten die formeel voldoen aan de criteria voor een gedwongen opname, maar waarbij sprake is van een verminderd gevaarsrisico. De patiënt wordt dan niet gedwongen opgenomen, maar er is wel overleg met de rechter. In samenspraak met de patiënt wordt een aantal voorwaarden afgesproken, zoals een behandelplan dat gemonitord wordt door de psychiater. Bij niet-naleving van die afspraken gaat het dossier alsnog naar de rechter of procureur voor een besluit tot gedwongen opname.

In de regio Gent leert de ervaring dat een goede samenwerking tussen zorg- en justitiële actoren gedwongen opnames kan voorkomen. Omdat hierbij informatie over de gezondheid van de betrokkene wordt gedeeld, impliceert dit heldere afspraken die verder gaan dan wat op basis van het beroepsgeheim gedeeld kan worden (Vander Laenen, Goossens, & Vandenbussche, 2016).

Preventieve instrumenten die steeds vaker gebruikt worden, zijn de crisisplannen en -kaarten die in samenspraak met de patiënt worden opgesteld om escalatie of gedwongen opname te voorkomen (Vander Laenen & Vandenbussche, 2016). Het plan bevat informatie over wat er moet gebeuren als de patiënt in crisis raakt en hoe hij het best wordt behandeld. Bijvoorbeeld, wat men kan doen om een crisis te voorkomen, met wie men het best contact opneemt wanneer een crisis zich voordoet, welke instelling bij voorkeur voor behandeling benaderd kan worden en welke liever niet, et cetera. Het crisisplan wordt opgenomen in het elektronisch patiëntendossier en wordt samengevat op een crisiskaart (ter grootte van een bankkaart) die de patiënt in zijn bezit heeft. De patiënt is zelf verantwoordelijk voor de actualisering van deze kaart.

Re-Member, een vereniging zonder winstoogmerk, heeft een pilotproject gestart om, met de steun van de Vlaamse Gemeenschap, op vijf plaatsen in Vlaanderen op basis van ‘openhartcirkels’ voor 25 jongeren en jongvolwassenen een gedwongen opname te voorkomen

(Vandamme, 2017). De kern van deze benadering is het openhartig luisteren naar alle betrokkenen die geraakt worden door de psychische kwetsbaarheid van een persoon die zich in een crisis bevindt, om vervolgens vanuit eigen kracht hiervoor samen verantwoordelijkheid te dragen. Deze aanpak vergt een grote bereidheid tot luisteren naar mensen met een psychische kwetsbaarheid en heeft veel raakvlakken met de ‘open dialoog’-benadering van Jaako Seikkula (Vanheule, 2016) waarbij de patiënt, alle betrokkenen en de hulpverleners samen ‘verbindend spreken’ over de inhoud en betekenis van een psychose.⁴

Een groep psychotherapeuten, psychologen, psychiaters en ethici, verenigd onder de naam ‘Kollectief Zonder Dwang’,⁵ bepleit al enkele jaren het wettelijk verbod op gedwongen opnames van kinderen jonger dan 16 jaar. Ook voor volwassenen stellen ze dat het gebruik van dwang schadelijk is voor de therapeutische relatie, die fundamenteel is voor het slagen van elke behandeling. In mei 2017 organiseerden ze een studiedag waarop praktijkvoorbeelden van een meer humane benadering werden gepresenteerd. Door bijvoorbeeld te werken met een *seclusion area* – een rustige miniafdeling met woonkamer, slaapkamer en tuin – waarin patiënten worden afgezonderd, maar waarbij de hulpverleners vlakbij en bereikbaar zijn, is het aantal isolaties in het psychiatrisch centrum Bethanië (Zoersel) met de helft verminderd en het aantal volledige dagen isolatie zelfs met 67%. Ook het psychiatrisch ziekenhuis Caritas (Melle) is er in minder dan een jaar tijd in geslaagd het aantal isolaties en het aantal gevallen van agressie met respectievelijk 56% en 44% te doen dalen door een andere aanpak. In enkele Vlaamse psychiatrische ziekenhuizen heeft men goede ervaringen met de mogelijkheid tot *rooming-in*, waarbij een familielid of steunfiguur bij de patiënt kan overnachten in een aangepaste ziekenhuiskamer.

Een aantal van deze goede praktijken zijn geïnspireerd op Nederlandse voorbeelden. Rond de laatste eeuwwisseling kreeg Nederland internationaal veel kritiek door het buitensporig gebruik van dwangmaatregelen. Als antwoord hierop verplichtte de Nederlandse overheid de ziekenhuizen tot een drastische vermindering van de intramurale vrijheidsbeperkende interventies (voornamelijk isolatie en fixatie). Dit beleid werd tussen 2006 en 2012 ondersteund met extra projectsubsidies en resulteerde in spectaculaire verbeteringen. Op basis van deze ervaringen werd de High & Intensive Care (HIC)-aanpak ontwikkeld, die nu als model geldt.⁶ Het doel van HIC is de autonomie en veiligheid van de patiënt te herstellen op een moment van ernstige ontregeling. Dit impliceert soms een één-op-éénbegeleiding om escalatie te voorkomen, presentie te bieden en angst te verminderen. Dit alles verhinderde echter niet dat in Nederland het aantal gedwongen opnames bleef toenemen (Broer, Koetsier, & Mulder, 2015). Het is een van de redenen waarom de Nederlandse Eerste Kamer momenteel aan een nieuwe wetgeving voor verplichte ggz werkt.⁷ In de nieuwe wet wil men een ambulante behandelvisie als uitgangspunt hanteren en staat gedwongen opname niet langer centraal. Waar de oude wetgeving een locatiegebonden regeling betreft, wil men nu een patiëntvolgende wijze van handelen. Cruciaal in de nieuwe regelgeving is de vrijheid van de patiënt bij het kiezen van een zorgaanbieder en de zorg die hij wil ontvangen. Alleen in het uiterste geval kan de zorg tegen de wil van de patiënt verleend worden.

Besluit

De recente gedeeltelijke wetwijziging in België was goedbedoeld, maar heeft ongewilde, nefaste nevenwerkingen en is praktisch onuitvoerbaar. Intussen hebben het schrijnende verhaal van Jonathan Jacob,⁸ talrijke getuigenissen van families, patiënten (bijvoorbeeld Froyen, 2016), hulpverleners (Geerts, 2017) en enkele degelijke adviezen van zowel officiële (NRZV, 2015), wetenschappelijke (HGR, 2016) als patiëntenorganisaties (Vlaams Patiëntenplatform en OPganG, 2017) een maatschappelijk draagvlak gecreëerd voor een zeer noodzakelijke en grondige aanpassing van de wet op het gebruik van dwang in de zorg en van gedwongen opname in het bijzonder.

Noten

1. Wet van 20 februari 2017 tot wijziging van de wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke. Artikel 2 van deze wet stelt: “Beschermingsmaatregelen mogen, bij gebreke van enige andere geschikte behandeling, alleen getroffen worden ten aanzien van een geesteszieke indien zijn toestand zulks vereist, hetzij omdat hij zijn gezondheid en zijn veiligheid ernstig in gevaar brengt, hetzij omdat hij een ernstige bedreiging vormt voor andermans leven of integriteit.” (Federale Overheidsdienst Justitie, 2017).
2. De spoedprocedure was bedoeld als uitzondering, maar is in de praktijk eerder de regel. Bij de spoedprocedure is het niet de vrederechter, maar de procureur die beslist tot een onmiddellijke gedwongen opname. Ten laatste op de tiende dag van de observatieperiode in het psychiatrisch ziekenhuis beslist de vrederechter al dan niet tot verlenging.
3. Art. 107 van de ziekenhuiswet maakt het voor de (psychiatrische) ziekenhuizen mogelijk om een deel van hun financiële middelen te gebruiken om de zorg voor de psychiatrische patiënt te vermaatschappelijken. Dit betekent dat de zorgverlening niet noodzakelijk aan ‘bedden’ gebonden is, maar dat dit evengoed in de thuissituatie kan plaatsvinden.
4. Zie <http://www.re-member-psychischezorg.be> en <http://www.verbindendsprekenmetpsychose.com> met onder andere informatie over een tweedaags congres met Jaakko Seikkula op 19 en 20 oktober 2017 in Oostkamp.
5. <http://www.kollektiefzonderdwang.be>
6. <http://www.hic-psy.nl>
7. https://www.eerstekamer.nl/wetsvoorstel/32399_wet_verplichte_geestelijke_gezondheidszorg en <https://www.dwangindezorg.nl/de-toekomst/wetsvoorstellen/wetsvoorstel-zorg-en-dwang>
8. Zijn overlijden in een Mortselse politiecel werd in de media gebracht door een Panoramareportage op 21 februari 2013. Zie <https://www.canvas.be/video/panorama/2013/de-gestoorde-procedure>

Literatuur

Broer, J., Koetsier, H., & Mulder, C.L. (2015). Stijgende trend in dwangtoepassing onder de Wet Bopz zet door: implicaties voor de nieuwe Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg. *Tijdschrift voor Psychiatrie*. 57, 240-247.

- Catthoor, K., & Peuskens, H. (2017, 19 mei). Patiënten dreigen dupe te worden van gewijzigde wet gedwongen opname. *Knack, Vrije Tribune*. Geraadpleegd via <http://www.knack.be/nieuws/belgie/patienten-dreigen-dupe-te-worden-van-gewijzigde-wet-gedwongen-opname/article-opinion-854893.html>
- Claeys, N., & Leemans, S. (2016). *Externe ombudsfunctie geestelijke gezondheidszorg Vlaanderen 2015*. Geraadpleegd via <http://www.ombudsfunctieggz.be/?action=onderdeel&onderdeel=521>
- Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. (2015). *Jaarverslag omtrent de toepassing van de wet op de bescherming van de persoon van de geesteszieke in Vlaanderen* (Depotnummer: D/2015/3241/199). Brussel. Auteur. Geraadpleegd via <https://www.vlaanderen.be/nl/publicaties/detail/jaarverslag-gedwongen-opname-2013>
- Dom, G., & Scheers, D. (2017, 11 mei). Gedwongen opname? Begin beter met de wet zelf. *De Standaard*. Geraadpleegd via http://www.standaard.be/cnt/dmf20170510_02876128
- Federale Overheidsdienst Justitie. (2017). *Wet tot wijziging van de wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke* (Numac: 2017011278). Brussel: Auteur. Geraadpleegd via <http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/wet/2017/02/20/2017011278>
- Froyen, B. (2016). *Uitgedokterd: van dwang naar veerkracht in de psychiatrie*. Antwerpen: Manteau.
- Geerts, F. (2017). Eenzame opsluiting is het ergste: vrijheidsbeperking in zorg en welzijn. Geraadpleegd via <http://sociaal.net/interview/vrijheidsbeperking-zorg-en-welzijn/>
- Hoge Gezondheidsraad. (2016). *Omgaan met conflict, conflictbeheersing en dwanginterventies in de geestelijke gezondheidszorg* (Advies nr. 9193). Brussel: Auteur. Geraadpleegd via https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/hgr_advies_9193_dwanginterventie.pdf
- Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen. (2015). *Advies inzake opmerkingen op de wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke*. Brussel: Auteur. Geraadpleegd via <http://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/documenten/nrvz-advies-gedwongen-opname>
- Schoevaerts, K., Bruffaerts, R., & Vandenbergh, J. (2014). *Gedwongen opnames in Vlaanderen: medisch-psychiatrische perspectieven*. Gent: Academia Press.
- Vandamme, W. (2017). Openhartcirkels: een krachtig liefdevol antwoord. *Psyche*, 29, 1, 4-6.
- Vander Laenen, F., Goossens, S., & Vandenbussche, V. (2016). Zorg en justitie, samen gedwongen opnames voorkomen. *Orde van de Dag*, 74, 42-51.
- Vander Laenen, F., & Vandenbussche, V. (2016). Crisis(preventie)plannen bij mensen met een psychische kwetsbaarheid: het cliëntperspectief centraal. *Panopticon*, 37, 211-216.
- Vanheule, S. (2016). Omgaan met psychose via dialoog: over de open dialoogbenadering van Jaako Seikkula. *Psyche*, 28, 2, 8-10.
- Vlaams Patiëntenplatform en OPGanG. (2017). *Standpunt over het gebruik van dwangmaatregelen in de geestelijke gezondheidszorg*. Heverlee: Auteur. Geraadpleegd via <http://vlaamspatientenplatform.be/standpunten/dwangmaatregelen>

Personalia

Bob Cools, klinisch psycholoog-psychoanalytisch therapeut, directeur Centrum Geestelijke Gezondheidszorg De Pont in de regio Mechelen-Rupelstreek en docent geestelijke gezondheidszorg aan de Odisee Hogeschool te Brussel.

E-mail: bob.cools@cggdepont.be