

Wanneer is een psychose gevaarlijk?

Ethische, professionele en juridische afwegingen inzake psychose en gedwongen opname in België

A. VERBRUGGHE, H. NYS, J. VANDENBERGHE

ACHTERGROND De wet betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke van 26 juni 1990 hanteert het gevaarscriterium als belangrijke voorwaarde voor gedwongen opname in België.

DOEL De relatie tussen psychose en gevaar in kaart brengen en de verschillende interpretaties van het gevaarscriterium binnen de context van psychotische stoornissen analyseren, evenals de achterliggende ethische posities.

METHODE Literatuuronderzoek in PubMed, PsycINFO, handboeken en referenties, met als zoektermen: 'coercion', 'commitment of mentally ill', 'dangerous behaviour', en 'psychotic disorders'.

RESULTATEN De correlatie psychotische stoornis-gevaar is beperkt, maar wordt versterkt door comorbide middelenmisbruik of afwezige therapietrouw. De klinische beoordeling van gevaar is slechts beperkt wetenschappelijk onderbouwd. De onderliggende ethische positie bepaalt wanneer het gevaar als voldoende groot wordt beoordeeld om dwang te rechtvaardigen.

CONCLUSIE Gevaar is een problematisch criterium voor dwangopname. Daarom is een model nodig waarin gevaar wordt afgewogen tegenover de verwachte voor- en nadelen van een gedwongen opname en de behandelbaarheid van de stoornis. Het graduele karakter van het gevaarscriterium en het proportionaliteitsprincipe nopen tot een meer gedifferentieerd arsenaal van dwangmaatregelen die minder ingrijpend zijn dan opname.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 50(2008)3, 149-158]

TREFWOORDEN dwang, gedwongen opname, beschermingsmaatregelen, gevaarlijk gedrag, psychotische stoornissen

De wet betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke van 26 juni 1990 levert de wettelijke basis voor gedwongen opname in België. Artikel 2 beschrijft drie voorwaarden voor beschermingsmaatregelen. Ten eerste moet de patiënt geestesziek zijn. Verder moet enige andere geschikte behandeling ontbreken of geweigerd worden. De derde voorwaarde, het gevaarscriterium, stelt dat de patiënt zijn gezondheid en zijn veiligheid ernstig in gevaar brengt of dat hij een ernstige bedreiging vormt voor andermans leven of integriteit. Pas als aan elk van deze drie voorwaarden is voldaan, kan worden beslist tot beschermingsmaatregelen, in de meeste gevallen gedwongen opname. Het gevaarscriterium wordt ook internationaal vaak als criterium gehanteerd (Wynn 2006), onder meer in Duitsland, Griekenland, Nederland, Oostenrijk, Portugal en de Verenigde Staten.

stigma in gevaar brengt of dat hij een ernstige bedreiging vormt voor andermans leven of integriteit. Pas als aan elk van deze drie voorwaarden is voldaan, kan worden beslist tot beschermingsmaatregelen, in de meeste gevallen gedwongen opname. Het gevaarscriterium wordt ook internationaal vaak als criterium gehanteerd (Wynn 2006), onder meer in Duitsland, Griekenland, Nederland, Oostenrijk, Portugal en de Verenigde Staten.

Voor 1990 werd een gedwongen opname in België geregeld door de wet van 1850-1873, ook wel de Krankzinnigenwet genoemd. De belangrijkste knelpunten van deze wet waren dat de arts nagenoeg soeverein kon beslissen en dat de criteria niet gespecificeerd werden in de wet. Bovendien bleek de procedure voor gedwongen opname (collocatieprocedure) in België strijdig met het Europese Verdrag van de Rechten van de Mens, in het bijzonder met het recht op gerechtelijke controle en beroep tegen vrijheidsberoving. De wet van 1990 kwam tegemoet aan deze kritiek en stelde bovendien het gevaarscriterium als belangrijke voorwaarde voor gedwongen opname. Deze wet legde de beslissing tot dwangopname ook terecht bij de rechterlijke macht.

Knelpunten bij uitvoering wet van 1990 In de praktijk lijkt de uitvoering van de wet 1990 echter enkele knelpunten te vertonen. Zo wordt de spoedprocedure (80% van de gedwongen opnames) vaker gebruikt dan de gewone procedure (Raadgevend Comité voor Bio-ethiek 2003). De spoedprocedure laat een onmiddellijke gedwongen opname toe in geval van hoogdringendheid, bevolen door de Procureur des Konings of zijn substituut. De beslissing ten gronde door de vrederechter volgt dan binnen 10 dagen. De spoedprocedure, die aanvankelijk als uitzondering voorzien was, lijkt dus eerder de regel te worden. Dit hoeft niet echt te verwonderen: het is immers eerder paradoxaal als er sprake is van 'ernstig gevaar', maar niet van hoogdringendheid. Verder worden geestesziekte en gevaarscriterium als voorwaarde gesteld, maar niet of beperkt omschreven in de wet van 1990. Welke aandoeningen worden aangezien als geestesziekte in het kader van deze wet? Vooral de beoordeling van persoonlijkheidsstoornissen en middelengebruik en -afhankelijkheid is problematisch. Welke handelingen en gedragingen zijn wel en welke niet 'gevaarlijk' voor de patiënt zelf of voor anderen? Deze conceptuele onduidelijkheid leidt tot verschillen in de interpretatie van de wetgeving tussen de verschillende procureurs, vrederechters en gerechtelijke kantons. Echter,

ook de arts die opdracht krijgt om de patiënt te onderzoeken en het zogenaamde 'omstandig geneeskundig verslag' op te stellen, kampt met deze interpretatieproblemen. (In dit verslag beschrijft de arts op basis van recent onderzoek de gezondheidstoestand van de persoon wiens opname ter observatie wordt gevraagd, evenals de symptomen van de ziekte en gaat hij na of voldaan is aan de drie voorwaarden uit artikel 2.)

In dit artikel ligt de focus op de interpretatie van het gevaarscriterium, meer specifiek binnen de context van psychotische stoornissen. De wet wordt vooral toegepast bij patiënten met psychotische stoornissen (40,5%; Raadgevend Comité voor Bio-ethiek 2003), wat overeenstemt met bevindingen in internationale literatuur (Salize e.a. 2002). Wij analyseren eerst het verband tussen gevaar en psychotische stoornissen. Vervolgens maken wij een analyse van de juridische en klinische omschrijving en interpretatie van het gevaarscriterium en passen dit toe op de context van psychotische stoornissen. Tot slot geven wij een overzicht van de evolutie van het aantal gedwongen opnames de voorbije jaren. Hierbij hanteren wij de hypothese dat een veranderende interpretatie van het gevaarscriterium zich vertaalt in een veranderend aantal gedwongen opnames. In de discussie bespreken wij de ethische aspecten, beperkingen, knelpunten en bruikbaarheid van het gevaarscriterium.

METHODE

Er is gezocht naar de tot maart 2007 verschenen Nederlandstalige of Engelstalige publicaties in de databases van Medline en PsycINFO met de zoektermen 'coercion', 'commitment of mentally ill' en 'dangerous behaviour', telkens in combinatie met de term 'psychotic disorders'. In Medline werd elk van deze zoektermen ingevoerd als MESH-term. Daarnaast werden handboeken en artikelen verkregen vanuit de referentielijsten van gevonden publicaties. Aanvullende bronnen waren het rapport ter evaluatie van de wet op de gedwongen opname, in opdracht van de Federale Overheids-

dienst Volksgezondheid, Voedselveiligheid en Leefmilieu (Keirse e.a. 2003), het advies van het Raadgevend Comité Bio-Ethiek betreffende de gedwongen behandeling bij gedwongen opname (2003) en het advies inzake gedwongen opname van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (2002).

RESULTATEN

Aan de hand van de zoektermen en relevante literatuurverwijzingen in de gevonden publicaties werden in totaal 391 publicaties gevonden, waarvan 15 overzichtsartikelen. In totaal bleken 45 referenties op basis van het abstract relevant voor de geformuleerde doelstelling.

Verband tussen gevaar voor anderen (geweld) en psychotische stoornissen: is psychose gevaarlijk?

Monahan (1992) toonde een samenhang tussen psychiatrische ziekte en de kans op geweld aan, een samenhang die ook bevestigd werd in andere onderzoeken (Hodgins 1992; Hodgins e.a. 1996). Ook stelde men vast dat een belangrijke psychiatrische stoornis zoals schizofrenie de kans op een geweldsdelict met een factor vijf verhoogt (Swanson e.a. 1990, 1996).

Studies tonen dan wel een samenhang tussen psychiatrische ziekte en geweld, maar over de aard van het gepleegde geweld door psychiatrische patiënten is minder bekend. Patiënten met schizofrenie blijken vier- tot zevenmaal meer kans te hebben om geweldsdelicten te plegen (Tiihonen e.a. 1997; Swanson e.a. 1996), maar die delicten zijn in de overgrote meerderheid weinig ernstig (Lindqvist & Allebeck 1990). In een recente schizofreniestudie was de globale 6-maandenprevalentie van geweld 19,1%, maar slechts 3,6% vertoonde ernstig gewelddadig gedrag (Swanson e.a. 2006). Positieve symptomen, vooral paranoïde wanen en hallucinaties, verhoogden het risico op ernstig geweld, zoals ook uit vroeger onderzoek bleek (Bartels e.a. 1991; Shore e.a. 1988; Taylor 1998). Negatieve symptomen bleken de kans op geweld

te verminderen.

Patiënten met een psychose plegen daadwerkelijk geregeld geweldsdelicten of dreigen daarmee, maar dit blijkt overwegend te gebeuren in de floride fase van de psychose (Link e.a. 1992; Swanson e.a. 1996; Tardiff 1985; Taylor 1998). Bovendien blijken de delicten minder ernstig dan die welke gepleegd door personen met alleen een persoonlijkheidsstoornis of personen zonder psychiatrische diagnose (Van Panhuis & Dingemans 2000a en b). Ook anderen concludeerden dat recidiverende plegers van geslaagde dodingen vaker lijden aan een persoonlijkheidsstoornis dan aan een psychotisch beeld (Adler & Lidberg 1995).

Aangezien waandenkbeelden een frequent symptoom zijn bij psychose, en ernstig geweld bij patiënten met een psychose eerder ongewoon is (Lindqvist & Allebeck 1990), moeten er ook andere mediërende factoren meespelen in het ontstaan van gewelddadig gedrag bij psychotische patiënten. De samenhang tussen psychiatrische ziekte en geweld wordt beduidend sterker in geval van middelenmisbruik (Hodgins 1992; Hodgins e.a. 1996; Swanson e.a. 1996), al lijkt deze samenhang vooral te bestaan voor minder ernstig geweld (Swanson e.a. 2006). Het niet innemen van antipsychotische medicatie versterkt die onderlinge interactie (Marzuk 1996; Swartz e.a. 1998). Ernstig geweld bij schizofrenie bleek verder samen te hangen met de aanwezigheid van depressieve symptomen, met het gehad hebben van gedragsproblemen als kind en met recent zelf slachtoffer zijn geweest van geweld (Swanson e.a. 2006).

Analyse van het gevaarscriterium, de verschillende interpretaties ervan en de achterliggende ethische posities

Het bekende Engelse verklarende woordenboek, de Merriam-Webster dictionary, verklaart 'dang-er' als 'exposure or liability to injury, pain, harm or loss'. Hoe moeten wij 'gevaar' echter interpreteren in het kader van een (eventuele) gedwongen opname? De wet van 1990 (art. 2) spreekt letterlijk over de patiënt die zijn gezondheid en zijn veilig-

heid ernstig in gevaar brengt of die een ernstige bedreiging vormt voor andermans leven of integriteit. Gevaar slaat dus op 'gevaar voor de patiënt zelf', maar ook op 'gevaar voor de anderen'. Het eerste ligt duidelijk in het verlengde van de zorg voor de patiënt en sluit aan op de opdracht van de arts of psychiater. Het tweede element van het gevaarscriterium, 'gevaar voor de anderen', is van maatschappelijke orde en brengt een geheel andere dimensie in de patiëntgerichte opdracht van de arts. De parlementaire discussie bij de totstandkoming van de wet, de jurisprudentie sindsdien en eventuele vragen aan de bevoegde minister bieden geen extra informatie over de interpretatie van het gevaarscriterium. Dit doet vermoeden dat de wetgever en rechterlijke macht deze interpretatie aan de klinische beoordeling van de arts overlaten, waarbij elk geval apart bekeken moet worden (casuïstische benadering).

Gevaar inschatten betekent een voorspelling maken van toekomstig gedrag en dus een risico-inschatting maken. De intrinsieke onvoorspelbaarheid van menselijk gedrag maakt dat wij alleen in waarschijnlijkheden of kansen kunnen spreken, en dus van verhoogd risico op bijvoorbeeld gewelddadig of suïcidaal gedrag. Hoe sterk moet het risico verhoogd zijn vooraleer wij oordelen dat het gevaarscriterium is vervuld? Dit noemen wij het *cut-off* probleem. Het antwoord op deze vraag is sterk afhankelijk van het waardensysteem dat wij hanteren. Wie bijvoorbeeld veel waarde hecht aan persoonlijke verantwoordelijkheid en zelfbeschikking, ook van patiënten met ernstig psychisch lijden, zal geneigd zijn de lat hoog te leggen (*restrictieve interpretatie van het gevaarscriterium*) en alleen over te gaan tot gedwongen maatregelen bij sterk verhoogd risico of groot reëel en actueel gevaar. Een *brede interpretatie* van het gevaarscriterium beklemtoont eerder de veiligheid en geeft meer gewicht aan verbale agressie, agressie tegenover objecten en ernstige overlast of sociaal onaangepast gedrag.

Deze brede interpretatie verruimt echter ook het gevaarscriterium met betrekking tot de patiënt zelf. Vanuit deze brede interpretatie argumenteert

men dat elke suïcidale patiënt en elke patiënt met belangrijk verlies van realiteitszin zijn gezondheid en zijn veiligheid ernstig in gevaar brengt. Rekening houdend met de brede definitie van gezondheid van de WHO (1946), bepleit men dat het laten voortbestaan en niet behandelen van ernstige psychiatrische aandoeningen op zich al een ernstig gevaar kunnen inhouden voor de gezondheid van de patiënt.

Interpretatie van het gevaarscriterium bij psychotische stoornissen

Uit de in het voorgaande samengevatte literatuur over psychose en geweld leiden wij de volgende wetenschappelijk onderbouwde risicofactoren af voor geweld en dus gevaar voor anderen: floride psychose, paranoïde wanen, bijkomend middelenmisbruik, onregelmatige antipsychotica-inname, gedragsproblemen als kind en recent zelf slachtoffer zijn geweest van geweld. Als de sterkste predictieve symptomen voor nieuwe geweldsdelicten worden genoemd: verstoorde gemoedstoestand, verstoorde realiteitstoetsing en een voorgeschiedenis van gewelddadige actie tijdens psychotische episode (Junginger 1996). Dit sluit aan bij de meest robuuste bevinding uit de literatuur over risicotaxatie: voorgaand gedrag voorspelt toekomstig gedrag. Gevalideerde tests voor risico-inschatting geven dan ook veel gewicht aan episodes van geweld in de voorgeschiedenis (Nicholls e.a. 2004). Uit de literatuur over suïcide bij patiënten met schizofrenie blijkt verder dat een voorgeschiedenis van suïcidepoging(en), comorbide middelengebruik of depressie, sociale isolatie, mannelijk geslacht en gevoelens van hopeloosheid risicofactoren zijn voor suïcidaliteit en dus voor gevaar voor zichzelf (Meltzer 2002).

Ontwikkeling van het aantal gedwongen opnames

Epidemiologische data over gedwongen opnames in België zijn schaars. De Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu beschikt over cijfers

tot 2003. Daaruit blijkt dat het aantal gedwongen opnames in Vlaanderen steeg van 1454 in 1999 tot bijna 2000 in 2003, op een totaal van 4000 voor heel België. Keirse e.a. (2003) evalueerde de beschikbare data sinds de invoering van het gevaarscriterium (1990) en beschrijft een daling de eerste twee jaar na het invoeren van de wet in 1990, gevolgd door een geleidelijke toename. Ook de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen beschreef een stijging van het aantal gedwongen opnames sedert de invoering van de wet van 1990 (advies inzake gedwongen opname, 12 december 2002).

DISCUSSIE

Beperkingen van de beschreven risicofactoren Het inschatten van gevaar bij psychose is een klinische, casuïstische opdracht, die slechts in beperkte mate empirisch onderbouwd kan worden. Beschreven risicofactoren zijn richtinggevend, maar suggereren ten onrechte dat artsen accuraat kunnen inschatten bij welke psychotische patiënten en in welke situaties er sprake is van gevaar. Er zijn verschillende redenen waarom deze risicofactoren slechts een beperkte indicatie geven van een risicoverhoging. Om te beginnen is hun predictieve waarde beperkt. Een globaal risico van 3,6% op ernstig geweld tijdens de volgende 6 maanden (Swanson e.a. 2006) betekent dat, zelfs in aanwezigheid van verschillende risicofactoren, de kans op geweld kleiner is dan de kans dat er geen geweld gepleegd zal worden. Een tweede beperking van deze wetenschappelijke risicofactoren is dat een aantal ervan statische variabelen zijn, die dus onveranderbaar (en onbehandelbaar) zijn, bijvoorbeeld mannelijk geslacht en voorgeschiedenis van geweld. Een derde beperking is dat een evaluatie voor een eventuele gedwongen opname globaal is en meestal snel moet gebeuren, zodat de psychiater niet al deze factoren kan inschatten. Evaluatie van therapietrouw, middelengebruik en voorgeschiedenis vraagt tijd en soms technische onderzoeken (bijvoorbeeld Toxicologische bepalingen), zodat deze informatie bij evaluatie vaak niet ter beschik-

king is. Een vierde beperking betreft de situatie van patiënten met een eerste psychose, waarbij men uiteraard niet kan terugvallen op één van de meest predictieve parameters, namelijk geweld bij voorgaande episodes. Tot slot bieden objectieve risicofactoren geen antwoord op het cut-offprobleem, dat eerder een ethische vraag is dan een wetenschappelijke.

Dit maakt van de beoordeling van gevaar bij geesteszieken een bijzonder complexe taak, en onderzoek bevestigt dit (Pagani & Pinard 2001): er zijn weinig meetbare parameters, er spelen belangrijke patiëntgebonden factoren (therapie-trouw, abstinentie van middelen) en er is de subjectiviteit van de arts. De psychiater lijkt ons ook in een moeilijke positie om het gevaar voor derden te beoordelen. Dit is immers een maatschappelijke dimensie die de individuele patiëntenzorg overstijgt en daarom van andere orde is dan het gevaar voor de patiënt zelf. Risicotaxatie is bovendien een expertise op zich, waarin de Belgische psychiater momenteel nauwelijks opgeleid wordt.

Complexe afweging Wetenschappelijke risicofactoren hebben dus slechts een beperkte predictieve waarde en geven een waarschijnlijkheid weer van toekomstig gewelddadig of zelfbeschadigend gedrag. De vraag blijft waar de beoordelende psychiater de grens trekt: hoe ernstig moet het gevaar zijn vooraleer dat dwang rechtvaardigt? De continue variabele van de risicoverhoging is dus slechts informatief voor de ethische dichotome beslissing: adviseert men al dan niet voor dwangmaatregelen? Afhankelijk van het waardesysteem dat men hanteert, worden de interpretatie van het gevaarscriterium en het gewicht dat men geeft aan dat gevaar anders ingevuld. Op basis van deze verschillende waardesystemen zijn ook in de context van psychose bredere tot meer restrictieve interpretaties van het gevaarscriterium mogelijk.

Brede interpretatie gevaarscriterium Men kan 'gevaar' breed interpreteren, in het belang van de patiënt, om de psychose zo snel mogelijk te

behandelen en de schade op sociaal, relationeel, familiaal, educatief, professioneel, cognitief, psychisch en waarschijnlijk ook neurobiologisch vlak tot een minimum te beperken. Onderzoek leert immers dat langere duur van de psychose de prognose negatief beïnvloedt (Fraser e.a. 2006). Deze brede interpretatie geeft veel gewicht aan de beslissingsonbekwaamheid van de psychotische patiënt: de patiënt is tijdelijk niet meer in staat zijn huidige en toekomstige belangen te beoordelen, zodat de psychiater beter weet wat goed is voor hem. Impliciet kiest men zo voor een model waarin de gezondheid van de patiënt en herstel van zijn wils- of beslissingsbekwaamheid centraal staan. Men beklemtoont de prognose en de toekomstige levenskwaliteit en sociaal, cognitief en professioneel functioneren. De impliciete ethische houding is hier dat verminderde beslissingsbekwaamheid en het gedeeltelijk verlies van zichzelf en zijn realiteitszin de waardigheid en levenskwaliteit van de patiënt meer aantasten dan eventuele dwangmaatregelen. Respect voor de patiënt vertaalt zich dan in beveiliging, opvang, snelle behandeling van de psychose en spoedig herstel van beslissingsbekwaamheid en waardigheid van de patiënt, tijdelijk ten koste van zijn vrijheid. Sommigen argumenteren dat er geen sprake meer is van vrijheid als men gevangen zit in psychotische belevingen. Vrijheidsberoving en de mogelijke risico's daarvan op termijn: bijwerkingen, stigma, psychische impact, verlies van vertrouwen in hulpverlening, traumatisering en verhoging van de drempel om nog hulp te zoeken bij een psychiater. Deze vormen dan de prijs die men wil betalen voor het herstel van waardigheid en levenskwaliteit zoals die worden ingevuld door de psychiater die een brede interpretatie van het gevaarscriterium hanteert.

Restrictieve interpretatie gevaarscriterium Bij een restrictiever interpretatie stelt men vrijheid en zelfbeschikkingsrecht van het individu centraal, zelfs als zijn beslissingsbekwaamheid verminderd is of als hij deze vrijheid (zelf) destructief invult. De klemtoon ligt dan op de

huidige en toekomstige samenwerkingsrelatie. Hier oordeelt men impliciet dat waardigheid en levenskwaliteit mogelijk zijn, zelfs in aanwezigheid van verminderde beslissingsbekwaamheid en gedeeltelijk verlies van realiteitszin. Men gaat ervan uit dat deze factoren de waardigheid en levenskwaliteit in mindere mate aantasten dan een verlies van vrijheid en dwangmaatregelen. Sommigen zullen zelfs beweren dat een psychose een keuze kan zijn van de patiënt. Bij een restrictieve interpretatie van het gevaarscriterium, vertaalt respect voor de patiënt zich in tolerantie voor psychotische belevingen, een therapeutisch aanbod, beschikbaarheid en het aangaan van een samenwerkingsrelatie op langere termijn. Dit betekent dat men de psychose niet koste wat kost snel behandelt, mogelijk ten nadele van de veiligheid en de prognose, en met een groter risico op sociaal en maatschappelijk isolement. Dit is dan de prijs die men wenst te betalen voor het behoud van vrijheid, waardigheid en levenskwaliteit, zoals die worden ingevuld door de psychiater die een restrictieve interpretatie van het gevaarscriterium hanteert.

Deze uiteenlopende interpretaties van het gevaarscriterium leiden tot zeer verschillende klinische beoordelingen: voor de ene arts zal een acute psychose met ernstig verlies van realiteitszin voldoende zijn om van 'ernstig gevaar' te spreken, voor de andere moet er daarnaast daadwerkelijk recente fysieke agressie of concrete suïcidedreiging zijn. De beoordelende vrederechter kan deze verschillen corrigeren, maar ook daar zijn er verschillen in interpretatie, die mogelijk tot rechtsongelijkheid kunnen leiden.

Ethische aspecten Appelbaum (1994) meent dat het gevaarscriterium soms zo ruim geïnterpreteerd wordt dat de wet omgebogen wordt richting bestwil en paternalisme. Berghmans (1992) stelt dat een psychiater paternalistisch handelt wanneer hij de intentie heeft de patiënt wel te doen en zijn handelen onafhankelijk is van de actuele wensen, keuzen en acties van de patiënt. Dit kan dwangmaatregelen impliceren.

Ons inziens onderscheiden de uiteenlopende interpretaties van het gevaarscriterium zich niet zozeer door een al dan niet paternalistische houding. Deze is immers impliciet aanwezig bij elke dwangmaatregel, gezien de tegenstelling die er dan bestaat tussen wat de patiënt wil en wat de psychiater het beste voor de patiënt vindt. Belangrijker is de onderliggende ethische houding: de invulling die men geeft en de waarde die men hecht aan vrijheid, zelfbeschikking, levenskwaliteit, respect en waardigheid, en de weging die men hanteert wanneer deze waarden met elkaar in conflict komen. Cruciaal daarbij is de manier waarop beslissingsonbekwaamheid geïnterpreteerd wordt en de mate waarin deze zelfbeschikkingsrecht, waardigheid en levenskwaliteit doorkruist.

Maatschappelijke ontwikkelingen en professionele afwegingen De beschreven toename van gedwongen opnames kan wijzen op een toename van het aantal psychotische stoornissen, bijvoorbeeld door het verband met cannabisgebruik (Degenhardt & Hall 2006), maar kan ook een verbreding suggereren van de interpretatie van het gevaarscriterium. Een dergelijke tendens zou opmerkelijk zijn, omdat er maatschappelijk juist meer nadruk gelegd wordt op het zelfbeschikkingsrecht, wat grote terughoudendheid impliceert voor het gebruik van dwang. Dit vertaalt zich onder meer in de wet van 22-8-2002 betreffende de rechten van de patiënt. Deze nadruk op het zelfbeschikkingsrecht, hoewel wettelijk van toepassing op de hele geneeskunde, doet echter vooral opgeld bij het beleid betreffende lichamelijke aandoeningen. Bij psychische stoornissen zien wij daarnaast maatschappelijk een beperkte tolerantie voor het anders zijn van psychotische patiënten en voor de overlast die dit met zich kan meebrengen. Psychiaters worden bijvoorbeeld geregeld geconfronteerd met onbegrip van politie en andere hulpdiensten als zij bij psychotische patiënten die geen duidelijk gevaar betekenen, niet overgaan tot gedwongen opname.

Het risico van een brede interpretatie van het

gevaarscriterium is dat men een weinig tolerante en normerende maatschappijvisie ondersteunt. Bovendien moet men zich hoeden om eigen waarden en invulling ervan, bijvoorbeeld over waardigheid en levenskwaliteit, aan de patiënt op te dringen. De maatschappelijke norm over 'het goede leven' als sociaal en professioneel goed functionerend, kan ook te dwingend worden gehanteerd. Gedwongen opname mag geen sociaal regulerend instrument worden. In een gezond paternalisme is de vraag daarom niet wat de arts het beste vindt voor de patiënt, maar wat de arts denkt dat de patiënt zelf het beste zou vinden als die ten volle beslissingsbekwaam zou zijn. Vroegere beslissingen en tegenover hulpverleners of familie geuite visies zijn daarbij richtinggevend, naast natuurlijk empathie.

Een ander risico van een verbreding van het gevaarscriterium is een medisch-juridische motivering. Een restrictieve interpretatie betekent immers dat de arts minder snel ingrijpt en dus de prijs wil betalen van een zeker veiligheidsrisico. Naarmate de geneeskunde defensiever wordt, zullen psychiaters misschien minder bereid zijn dat risico te lopen. Een defensieve geneeskunde is echter ons inziens geen goede geneeskunde omdat ze niet de belangen van de patiënt, maar de medisch-juridische gevolgen voor de arts centraal stelt.

Verbreding van het gevaarscriterium kan tot slot leiden tot een paradoxale toename van gevaar, doordat dwangmaatregelen regressief gedrag, zorgmijding en verzet in de hand kunnen werken. Daarbij dient te worden opgemerkt dat er geen empirische basis is voor de premisse van beschermingsmaatregelen, namelijk dat ze leiden tot een vermindering van het gevaar. Daar staat echter tegenover dat ook een te restrictieve interpretatie van het gevaarscriterium ertoe kan leiden dat sommige patiënten benodigde zorg onthouden wordt.

CONCLUSIE

De ideale balans tussen paternalisme en autonomie combineert de minst mogelijke dwang met

de beste klinische uitkomst en het hoogste niveau van patiënttevredenheid. De onvoorspelbaarheid van gevaar en de zeer uiteenlopende interpretaties van het gevaarscriterium maken het te eenzijdig en problematisch als grond voor dwangmaatregelen. Wij pleiten daarom voor een model waarin gevaar wordt afgewogen tegenover de beslissingsbekwaamheid van de patiënt, de verwachte voor- en nadelen van een gedwongen opname en de behandelbaarheid van de stoornis. Het graduele karakter van het gevaarscriterium en het proportionaliteitsprincipe nopen bovendien tot een gedifferentieerd arsenaal van dwangmaatregelen die minder ingrijpend zijn dan opname. De wet voorziet slechts in twee mogelijkheden, waarvan in de praktijk zo goed als alleen de eerste gebruikt wordt: behandeling in een ziekenhuis en verpleging in een gezin. Na een gedwongen opname is er wel juridisch de mogelijkheid om in gedwongen nazorg op ambulante basis te voorzien. Er is echter ook behoefte aan minder vrijheidsberovende alternatieven in plaats van een gedwongen opname: gedwongen ambulante begeleiding, thuiszorg, dagopname, en dergelijke. De deïstitutionalisering en vermaatschappelijking van de zorg hebben zich nog niet vertaald in de wet betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke.

LITERATUUR

- Adler, H., & Lidberg, H. (1995). Characteristics of repeat killers in Sweden. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 5, 5-13.
- Appelbaum, P.S. (1994). *Almost a revolution. Mental health laws and the limits of change*. Oxford: University Press.
- Bartels, S.J., Drake, R.E., Wallach, M.A., e.a. (1991). Characteristic hostility in schizophrenic outpatients. *Schizophrenia Bulletin*, 17, 163-171.
- Berghmans, R.L.P. (1992). *Om bestwil. Paternalisme in de psychiatrie. Een gezondheidsethische studie*. Amsterdam: Thesis Publishers.
- Degenhardt, L., & Hall, W. (2006). Is cannabis use a contributory cause of psychosis? *Canadian Journal of Psychiatry*, 51, 556-565.
- D'Orban, P., & O'Connor, A. (1989). Women who kill their parents. *The British Journal of Psychiatry*, 154, 27-33.
- Europees Hof voor de Rechten van de Mens. (1950). *Europees Verdrag tot Bescherming van de Rechten van de Mens en de fundamentele vrijheden*. Straatsburg: Griffie van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens.
- Fraser, R., Berger, G., Killackey, E., e.a. (2006). Emerging psychosis in young people - part 3- key issues for prolonged recovery. *Australian Family Physician*, 35, 329-333.
- Hodgins, S. (1992). Mental disorder, intellectual deficiency and crime: Evidence from a birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, 49, 476-483.
- Hodgins, S., Mednick, S.A., Brennan, P.A., e.a. (1996). Mental disorder and crime: evidence from a Danish birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, 53, 489-496.
- Hodgins, S. (1998). Epidemiological investigations of the associations between major mental disorders and crime: Methodological limitations and validity of the conclusions. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 29-37.
- Junginger, J. (1996). Psychosis and violence: The case for a content analysis of psychotic experience. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 91-103.
- Keirse, W., Bruffaerts, R., Igodt, P., e.a. (2003). Rapport beleidsondersteunend onderzoek BO S 2002/5. 'Evaluatie van de wet op gedwongen opname' december 2002-november 2003.
- Kortmann, F.A.M., (2000). Beschouwingen over paternalisme en autonomie in de psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 5, 319-326.
- Lindqvist, P., & Allebeck, P. (1990). Schizophrenia and crime: a longitudinal follow-up of 644 schizophrenics in Stockholm. *British Journal of Psychiatry*, 157, 345-350.
- Link, B.G., Andrews, H., & Cullen, F.T. (1992). The violent and illegal behaviour of mental patients reconsidered. *American Sociological review*, 57, 275-292.
- Marzuk, P.M. (1996). Violence, crime and mental illness: how strong a link? *Archives of General Psychiatry*, 53, 481-486.
- Meltzer, H.Y. (2002). Suicidality in schizophrenia: a review of the evidence for risk factors and treatment options. *Current Psychiatry Reports*, 4, 279-283.
- Monahan, J. (1992). Mental disorder and violent behaviour: perceptions and evidence. *American Psychologist*, 47, 511-521.
- Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (2002). *Advies inzake gedwongen opname*, 12 december 2002. Brussel: Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen.
- Nicholls, T., Ogloff, J., & Douglas, K. (2004). Assessing the risk among male and female psychiatric patients: the HCR-20, PCL: SV, and VSC. *Behavioural Science & the Law*, 22, 127-158.
- Nys, H. (2005). *Geneeskunde. Recht en medisch handelen*. Mechelen: Wolters Kluwer.
- Nys, T.R.V. (2005). *Paternalisme en autonomie in de geestelijke ge-*

- zondheidszorg. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 8, 519-528.
- Pagani, L., & Pinard G.-F. (2001). Clinical assessment of dangerousness: an overview of the literature. In Pinard G.-F, Pagani, L., (Red.). *Clinical assessment of dangerousness: empirical contributions*. (pp. 1-22). New York, NY: Cambridge University Press.
- Panhuis, P. van, & Dingemans, P.M. (2000a). Beoordeling van gevaar en bestwil. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 42, 381-387.
- Panhuis, P. van, & Dingemans, P.M. (2000b). Geweld en psychotische ziekte. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 42, 793-802.
- Raadgevend Comité voor Bio-ethiek (2003). *Advies nr 21 van 10 maart 2003 betreffende gedwongen behandeling bij gedwongen opname*. Brussel: Federale Overheidsdienst.
- Salize, H.J., & Dressing, H. (2004). Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. *The British Journal of Psychiatry*, 184, 163-168.
- Salize, H.J., Dressing, H., & Peitz, M. (2002). *Compulsory admission and involuntary treatment of mentally ill patients-legislation and practice in EU-member states*. Mannheim: European Commission-Health & Consumer Protection Directorate General.
- Sandman, L. (2004). On the autonomy turf. Assessing the value of autonomy to patients. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 7, 261-268.
- Shore, D., Filson, C.R., & Johnson, W.E. (1988). Violent crime arrests and paranoid schizophrenia: The white house cases. *Schizophrenia Bulletin*, 14, 279-281.
- Steadman, H.J., Mulvey, E.S., Monahan, J., e.a. (1998). Violence by people discharged from acute psychiatric inpatient facilities and by others in the same neighbourhoods. *Archives of General Psychiatry*, 55, 393-401.
- Swanson, J.W., Borum, R., & Swartz, M.S. (1996). Psychotic symptoms and disorders and the risk of violent behavior in the community. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 6, 309-329.
- Swanson, J.W., Holzer, Ch.E., Ganju, V.K., e.a. (1990). Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area Surveys. *Hospital & Community Psychiatry*, 41, 761-770.
- Swanson, J.W., Swartz, M., Essock, S., e.a. (2002). The social-environmental context of violent behaviour in persons treated for severe mental illness. *American Journal of Public Health*, 92, 1523-1531.
- Swanson, J.W., Swartz, M., Van Dorn, R.A., e.a. (2006). A national study of violent behavior in persons with schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 63, 490-499.
- Swartz, M.S., Swanson, J.W., Hiday, V.A., e.a. (1998). Violence and severe mental illness: the effects of substance abuse and nonadherence to medication. *The American Journal of Psychiatry*, 155, 226-231.
- Tardiff, K. (1985). Research on violence and the chronic mental patient. In J.A. Talbott (Red.), *The chronic mental patient: five years later* (pp. 79-80). Orlando: Grune & Stratton.
- Taylor, P.J. (1985). Motives for offending among violent and psychotic men. *The British Journal of Psychiatry*, 147, 491-498.
- Taylor, P.J. (1998). When symptoms of psychosis drive serious violence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 47-54.
- Tiihonen, J., Iso Launi, M., Räsänen, P., e.a. (1997). Specific major mental disorders and criminality: A 26-year study of the 1966 northern Finland birth cohort. *The American Journal of Psychiatry*, 154, 840-845.
- Wet betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke (Belgisch Staatsblad 27/07/1990).
- Wet betreffende de rechten van de patiënt (Belgisch Staatsblad 26/09/2002).
- WHO (1946). Oprichtingsakte. Internationale Gezondheidszorg Conferentie in New York.
- Wynn, R., (2006). Coercion in psychiatric care: clinical, legal, and ethical controversies. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 10, 247-251.

AUTEURS

A. VERBRUGGHE is psychiater in opleiding in het universitair CGG Leuven, CGG-VBO.

H. NYS is gewoon hoogleraar medisch recht, verbonden aan de faculteit geneeskunde, KU Leuven en directeur Centrum voor Biomedische Ethiek en Recht, KU Leuven.

J. VANDENBERGHE is psychiater, verbonden aan UPC KU Leuven, campus Gasthuisberg en aan het universitair CGG Leuven, CGG-VBO.

Correspondentieadres: J. Vandenberghe, Dienst psychiatrie, UZ Gasthuisberg, Herestraat 49, B-3000 Leuven, België.

E-mail: Joris.Vandenberghe@uzleuven.be.

Geen strijdige belangen meegeedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 7-9-2007.

SUMMARY

When is psychosis dangerous? Ethical, professional en juridical considerations concerning psychosis and coercion in Belgium - A. Verbrugghe, H. Nys, J. Vandenberghe -

BACKGROUND In Belgium a patient can only be compulsorily admitted to a psychiatric hospital if he is a danger to himself or others (law concerning coercion in Belgium, 26/06/1990).

AIM To explore the relationship between psychosis and danger, and to analyse the various interpretations of the 'dangerousness' criterion in the context of psychotic disorders and the underlying ethical positions.

METHOD We studied the literature by means of PubMed, PsycINFO, manuals and references and used the search terms: 'coercion', 'commitment of mentally ill', 'dangerous behaviour', and 'psychotic disorders'.

RESULTS The correlation between psychosis and danger is limited but is strengthened by comorbid substance abuse and non-compliance. The clinical assessment of danger does not have a firm scientific basis. The underlying ethical position determines when danger is regarded as being serious enough to justify coercion.

CONCLUSION Danger is a problematical criterion for coercion. We propose a model that weighs up the likelihood of danger against the expected pros and contras of coercion and the extent to which the disorder can be treated. The fluid nature of the 'dangerousness' criterion and the principle of proportionality call for a more varied arsenal of coercive measures which are less drastic than compulsory admission.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 50(2008)3, 149-158]

KEY WORDS Coercion, commitment of mentally ill, dangerous behaviour, psychotic disorders