

Juridische ontwikkelingen in internationaal perspectief

Grote internationale verschillen in aantal gedwongen opnames

De psychiatrie maakt zich momenteel op voor de inwerkingtreding van de Wet verplichte ggz en de Wet zorg en dwang, die per januari 2020 de huidige Wet Bopz gaan vervangen. Bovendien komen er wijzigingen in de Wet forensische zorg, met een schakelbepaling naar de Wet verplichte ggz en de Wet zorg en dwang.

Uit een recente publicatie in *The Lancet Psychiatry* blijkt dat het aantal gedwongen opnames per 100.000 inwoners in Nederland gestaag is gestegen van gemiddeld 99,2 in 2008 naar 152,0 in 2016. In België ging het om een relatief meer beperkte stijging: gemiddeld 58,3 in 2008 versus 63,6 in 2015 (gegevens over 2016 niet beschikbaar).

In Engeland ging het om een stijging van 83,7 in 2008 naar 114,1 opnames per 100.000 inwoners in 2016. Voor de onderzoekers vormde de stijging in Engeland aanleiding om een vergelijking uit te voeren met andere hoge-inkomenslanden, vergelijkbaar qua zorgsysteem en wetgeving.

De onderzoekers constateren enorme verschillen in aantallen gedwongen opnames tussen de 22 landen (waarvan 20 Europese) die zij onderzochten. Dat is in lijn met bevindingen van begin deze eeuw, toen een soortgelijke vergelijkende inventarisatie voor het laatst werd gedaan.

In Italië vinden de minste gedwongen opnames plaats, wat gerelateerd lijkt te zijn aan de uitzonderlijk strenge criteria die Italië hanteert voor een gedwongen opname. Van de 22 landen heeft Italië het minste aantal psychiatrische bedden per 100.000 inwoners beschikbaar (ongeveer 10). Nederland en België hebben relatief veel psychiatrische bedden per 100.000 inwoners (ongeveer 140 respectievelijk 170).

De onderzoekers vonden een aantal zwakke associaties, waaronder een associatie tussen veel gedwongen opnames en onder meer: veel beschikbare bedden, een hoog bruto nationaal product en hoge zorguitgaven per inwoner. Ze konden verder geen karakteristieken van de verschillende rechtssystemen identificeren die ze statistisch konden relateren aan de gevonden verschillen.

In een begeleidend commentaar roemt Kelly, een Ierse psychiater, de bijdrage die de onderzoekers leveren aan de bestaande literatuur. Maar net als de auteurs zelf benoemt ook hij dat aan zo'n internationale vergelijking uiteraard veel beperkingen kleven. De verschillen tussen landen, bijvoorbeeld in het hanteren van definities, criteria en de manier waarop zij cijfers verzamelen en presenteren, zijn nu eenmaal aanzienlijk. Dat maakt dat verklarende conclusies nauwelijks te trekken zijn.

LITERATUUR

- Sheridan Rains L, Zenina T, Casanova Dias M, Jones R, Jeffreys S, Branthonne-Foster S, e.a. Variations in patterns of involuntary hospitalisation and in legal frameworks: an international comparative study. *Lancet Psychiatry* 2019; 6: 403-17.
- Kelly BD. Variations in involuntary hospitalisation across countries. *Lancet Psychiatry* 2019; 6: 361-2.

Nauwelijks bekend wat werkt om gedwongen opname te voorkomen

Er is nauwelijks wetenschappelijk bewijs voor de effectiviteit van interventies die een gedwongen psychiatrische opname zouden kunnen voorkomen. Dit concluderen Bone en collega's in *EClinicalMedicine*.

Zoals in het voorgaande beschreven, stijgt in verscheidene Europese landen, waaronder Engeland, Spanje, Frankrijk en Nederland, het jaarlijkse aantal gedwongen psychiatrische opnames de afgelopen jaren gestaag.

De onderzoekers wilden inventariseren welke modellen en interventies effectief zijn om het aantal gedwongen opnames naar beneden te brengen, omdat zo'n opname potentieel ingrijpend is.

Een expertgroep identificeerde 15 verschillende psychosociale interventies als mogelijk relevant voor het voorkomen van gedwongen opnames. Deze interventies behelsden bijvoorbeeld cognitieve gedragstherapie voor psychose of interventies die zich richten op bevordering van therapietrouw.

Vervolgens zochten de onderzoekers naar studies waarin effecten van deze interventies werden omschreven, en waarbij 'gedwongen opname' als primaire of secundaire uitkomstmaat, of als ongewenste gebeurtenis, werd gerapporteerd. Van de in totaal 949 RCT's waarin een of meer van de 15 interventies was onderzocht, rapporteerden slechts 19 daarvan erover in relatie tot gedwongen opname.

Van de geïdentificeerde interventies werd enkel voor crisisplan en zelfmanagement (met terugvalpreventieplan en monitoring) enige effectiviteit op het voorkomen van gedwongen opnames gevonden.

De onderzoekers stellen dat er een dringende behoefte is aan meer onderzoek naar manieren waarop gedwongen opnames kunnen worden voorkomen.

LITERATUUR

- Bone JK, McCloud T, Scott HR, Machin K, Markham S, Persaud K, e.a. Psychosocial interventions to reduce compulsory psychiatric admissions: a rapid evidence synthesis. *EClinicalMedicine* 2019; 10: 58-67.

Het medisch beroepsgeheim: wanneer doorbreken, wanneer niet?

Geregeld ontstaat er discussie over het medisch beroepsgeheim. Wanneer mag een arts het beroepsgeheim doorbreken? Aan de hand van de Germanwings-crash (2015) gaan Kenedi en collega's in *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law* in op wettelijke en ethische kwesties rondom het medisch beroepsgeheim bij een specifieke populatie: piloten. Echter, de beschreven overwegingen zijn ook relevant voor het beroepsgeheim in bredere zin.

In 2015 stortte een vliegtuig van Germanwings neer, waarbij later zou blijken dat de copiloot het vliegtuig moedwillig naar beneden had gestuurd nadat hij zijn collega-piloot had buitengesloten. Zo doodde hij niet alleen zichzelf, maar verongelukten alle 150 mensen aan boord van het vliegtuig. De auteurs wijzen erop dat incidenten zoals de Germanwings-crash zeer zeldzaam zijn, omdat piloten relatief gezonde mensen zijn die streng geselecteerd en herhaaldelijk geëvalueerd worden.

Via de media kwam naar buiten dat de copiloot verschillende artsen gezien zou hebben in het kader van gezondheidsklachten. Volgens deze berichten had hij verschillende medisch specialisten gezien voor lichamelijke symptomen, die werden toegeschreven aan psychologische oorzaken en minimaal één neuroloog stelde hypochondrie vast. Zijn huisarts diagnosticeerde 'spoedeisende psychose' en drong aan op het zoeken naar psychiatrische hulp, wat door de copiloot werd geweigerd.

Geen van de problemen was bekend bij het medische team van Lufthansa. Omdat het hier een patiënt betrof die als beroepsbeoefenaar in de transportsector mogelijk ook voor anderen een gevaar zou kunnen vormen als hij zichzelf iets zou aandoen, rees de vraag waarom de medische informatie over zijn psychische gesteldheid Lufthansa nooit heeft bereikt.

De regels voor het melden van medische condities blijken per land te verschillen, ook voor piloten die internationale vluchten uitvoeren.

Nieuw-Zeeland en Canada eisen van alle dokters die een piloot onderzoeken of behandelen dat zij iedere zorg of mogelijke diagnose die van invloed kan zijn op de luchtvaartveiligheid of vliegprestaties melden bij de regelgevende autoriteit. Die autoriteit besluit vervolgens om al dan niet de werkgever in te lichten over diens 'fitness to fly'. Andere landen, waaronder de Verenigde Staten, eisen een regelmatige medische beoordeling (1 of 2 keer per jaar) door specifieke luchtvaartmedici, die op indicatie ook toegang moeten krijgen tot de medische voorgeschiedenis.

In Duitsland zijn artsen onder geen enkele omstandigheid wettelijk gerechtvaardigd hun beroepsgeheim te verbreken; deze terughoudendheid komt vermoedelijk vooral voort uit het naziverleden toen een enorme inbreuk op de persoonlijke privacy plaatsvond onder het mom van 'bescherming van de nationale veiligheid'.

De auteurs memoreren aan de hand van de casus dat stigmatisering van psychiatrische aandoeningen leidt tot minder hulpzoekend gedrag en dat juist dat aspect, geen hulp zoeken of krijgen, het suïciderisico verhoogt.

Ook wijzen ze op het risico van doorschieten wanneer juist gepoogd wordt risico's, na het optreden van incidenten, te minimaliseren: elke politieke of publieke druk om fout-negatieve gevallen te voorkomen zal leiden tot een toename in fout-positieve casussen.

Wanneer getornd wordt aan het beroepsgeheim van artsen, en daarmee de privacy van patiënten wordt geschonden, zal een substantieel deel van de mensen ten onrechte worden geïdentificeerd als 'mogelijk risicovol', met alle gevolgen van dien, zoals: geen behandeling meer zoeken of krijgen, verlies van inkomsten en baan.

LITERATUUR

- Kenedi CA, Appel JM, Hatters Friedman S. Medical privacy versus public safety in aviation. *J Am Acad Psychiatry Law* 2019; 47: 224-32.

Heeft u suggesties?

Bent u bijvoorbeeld zelf een artikel tegengekomen dat u graag onder de aandacht van uw collega-psychiaters zou willen brengen? Dan nodigen we u van harte uit het ons te laten weten via info@tijdschriftvoorpsychiatrie.nl.