

# Gedwongen psychiatrische opname: ontwikkelingen in Vlaanderen

H. NYS, J. VANDENBERGHE

**SAMENVATTING** De Belgische Wet betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke van 1990 is de grote mijlpaal van de voorbije 25 jaar in het domein van gedwongen psychiatrische opname in Vlaanderen. De criteria voor gedwongen opname toonden sindsdien weinig nieuwe ontwikkelingen in Vlaanderen. Jurisprudentie blijft schaars. Een pragmatische en casuïstische toepassing van de wet belemmert een principiële discussie over deze criteria. Hoewel het aantal gedwongen opnames sterk stijgt, is van een wetswijziging nog geen sprake.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 50(2008)JUBILEUMNUMMER 1959-2008, 55-60]

**TREFWOORDEN** dwangopneming, gedwongen opname, rechtspositie, Wet bescherming persoon geesteszieke

De ingrijpende wijziging in 1990 van het wettelijk kader dat gedwongen opname van een geesteszieke patiënt mogelijk maakt, is de belangrijkste ontwikkeling van de voorbije 25 jaar als het gaat om gedwongen psychiatrische opname in Vlaanderen. De Wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke (WBPG) is het Belgische equivalent van de Nederlandse Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen (Wet Bopz) en verving de wet van 1850-1873, ook wel de Krankzinnigenwet genoemd. De WBPG legde de beslissing tot dwangopname bij de rechterlijke macht in plaats van bij de arts, formuleerde duidelijkere criteria voor gedwongen opname en gaf meer bescherming van en rechten aan de gedwongen opgenomen patiënt; dit in overeenstemming met het Europees Verdrag tot Bescherming van de Rechten van de Mens, meer bepaald met het recht op gerechtelijke controle en beroep tegen vrijheidsberoving.

Wij bespreken in dit artikel enkele hoofdlijnen van de WBPG en gaan in op de epidemiologische ontwikkelingen sinds de invoering ervan.

Ook wijzen we op enkele problemen en aandachtspunten bij de uitvoering in de praktijk.

## DE WBPG

Art. 2 van de WBPG stelt de volgende materiële voorwaarden voor gedwongen opname: er is geen andere geschikte maatregel; de patiënt lijdt aan een geestesziekte; de patiënt brengt zijn of haar gezondheid en veiligheid in gevaar of vormt een ernstige bedreiging voor andermans leven of integriteit. De vrederechter stelt op basis van een verzoekschrift een arts aan die de patiënt onderzoekt en een zogenaamd omstandig medisch verslag opstelt waarin hij deze voorwaarden toetst. Als het een spoedprocedure betreft ('hoogdringendheid'), stelt de Procureur des Konings de arts aan en doet de vrederechter uitspraak ten principale binnen tien dagen. In dit artikel belichten wij de materiële voorwaarden voor gedwongen opname en de ontwikkelingen in de (schaarse) jurisprudentie. De formele procedurele voorwaarden zijn niet aan de orde.

De WBPG spreekt niet van ‘gedwongen opname’, maar onderscheidt twee beschermingsmaatregelen: de ‘behandeling in een ziekenhuis’ en de ‘verpleging in een gezin’. Beide worden in de praktijk ‘gedwongen opname’ of ‘dwangopneming’ genoemd. De vroegere term ‘collocatie’ wordt ook nog vaak gebruikt, maar deze kan men beter vermijden wegens de negatieve connotatie en het stigmatiserende karakter. Dit artikel betreft alleen de gedwongen opname in een psychiatrisch ziekenhuis.

Hoewel de WBPG spreekt van ‘behandeling in een ziekenhuis’, regelt deze de behandeling van een gedwongen opgenomen geesteszieke niet. Ook voor dwangbehandeling biedt de WBPG geen wettelijke basis. De Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt regelt behandeling op basis van vrijwilligheid, maar laat wel toe de – al dan niet gedwongen opgenomen – beslissingsonbekwame patiënt te behandelen met de toestemming van zijn of haar vertegenwoordiger. In uitzonderlijke omstandigheden kan een arts zelfs optreden als belangenbehartiger van een beslissingsonbekwame patiënt en deze behandelen zonder toestemming van de patiënt of zijn of haar vertegenwoordiger (Gestels e.a. 2008). Wils- of beslissingsonbekwaamheid is echter geen criterium voor gedwongen opname, maar komt wel vaak voor, vooral bij psychotische stoornissen in het begin van de gedwongen opname.

#### EPIDEMIOLOGISCHE GEGEVENS

Epidemiologische gegevens tonen een stijging in België met 52% tussen 1997 en 2006, van 3137 geïnitieerde dwangopnames tot 4783, waarvan 2540 in Vlaanderen (Keirse e.a. 2003, Vlaams ministerie van Volksgezondheid). Dit betekent 48 gedwongen opnames per jaar per 100.000 inwoners in 2006. De oorzaken van deze stijging zijn onvoldoende onderzocht. Deze cijfers moeten wel met voorzichtigheid geïnterpreteerd worden omdat de meting van 1997 op een andere wijze gebeurde dan die van 2006. Provinciale prospectieve metingen die steeds volgens dezelfde methode verricht wer-

den, bevestigen evenwel deze stijgende tendens. Zo bedroeg de stijging tussen 1997 tot 2006 in Oost-Vlaanderen 97% (van 325 naar 639) (Overlegorgaan Geestelijke Gezondheidszorg Oost-Vlaanderen 2007). Limburg, de enige provincie die systematisch gegevens verzamelt sinds de invoering van de WBPG, rapporteerde zelfs een vervijfvoudiging tussen 1991 en 2003 (Bryon e.a. 2004).

In 82% (2090 van de 2540 dwangopnames in Vlaanderen in 2006) ging het om een spoedprocedure. Van de gedwongen opgenomen patiënten vertoont 58,5% psychotische symptomen bij opname. De meest voorkomende hoofddiagnoses zijn psychotische stoornissen (38,5%), verslavingsproblematiek (24,8%) en stemmingsstoornissen (12,3%), maar er is grote variatie van regio tot regio (Bryon e.a. 2004; Keirse e.a. 2003). Van de spoedprocedures zou 28% niet worden bevestigd door de vrederechter (Rotthier 2007). Voor gemiddeld 50% van de gedwongen opnames wordt een verlenging aangevraagd na 40 dagen en de vrederechter wil 90% van deze verzoeken in. In 1993 tekende 0,4% en in 1998 3% van de patiënten beroep aan tegen het vonnis van hun gedwongen opname (Raadgevend Comité voor Bio-ethiek 2003).

#### BEZWAAR- OF BEREIDHEIDSCRITERIUM?

Het uitgangspunt van de WBPG is dat gedwongen opname alleen mogelijk is als de geesteszieke met geen enkele andere maatregel een gepaste behandeling kan krijgen. De vrijheid is de regel, de vrijheidsberoving is de uitzondering die beperkt wordt toegepast.

Er is weinig jurisprudentie over dit subsidiariteitsbeginsel. Eén opmerkelijke rechterlijke uitspraak stelde het verblijf in een gevangenis gelijk met het ontbreken van enige andere geschikte behandeling omdat in de gevangenis ‘de nodige specifieke accommodatie’ (voor de behandeling van een geesteszieke gevangene) ontbrak.

Het subsidiariteitsbeginsel impliceert dat gedwongen opname niet mogelijk is als de patiënt vrijwillig instemt met een gepaste behandeling. Dit roept de vraag op of gedwongen opname alleen

mogelijk is als de patiënt zich tegen opname verzet (bezwaar criterium) of ook wanneer deze zich er weliswaar niet tegen verzet, maar er evenmin mee instemt (bereidheidscriterium).

De WBPG vermeldt niet welk criterium moet worden gehanteerd. De parlementaire voorbereiding suggereert de keuze voor het bereidheidscriterium (Swennen 2000, p. 88). De Senaatscommissie verwierp namelijk de toevoeging ‘en de zieke zulks weigert’ aan de WBPG. Zij deed dit met de bedoeling ‘elke betwisting over het al dan niet bestaan van de toestemming’ te vermijden. Door een verwijzing naar de toestemming of weigering ‘zou men door middel van een toestemming van twijfelachtige waarde kunnen ontsnappen aan de verplichting om de maatregelen bij gerechtelijke procedure uit te spreken’. Dit is volgens Swennen (2000) meteen het belangrijkste argument waarmee sommige rechtsstelsels het bereidheidscriterium verdedigen. Bij vrijheidsberoving biedt uitsluitend een opname via gerechtelijke weg de noodzakelijke juridische waarborgen.

De algemene formulering van art. 1 van de WBPG biedt een tweede argument voor het bereidheidscriterium. Dat artikel bepaalt dat diagnose en behandeling van psychische stoornissen geen aanleiding kunnen zijn voor enige vorm van vrijheidsberoving, buiten de twee beschermingsmaatregelen die de WBPG zelf regelt. Dit impliceert dat een beslissingsonbekwame geesteszieke patiënt, die – als gevolg van beslissingsonbekwaamheid – een opname niet op een geldige wijze kan weigeren, in principe niet van zijn of haar vrijheid mag worden beroofd op grond van de toestemming van de vertegenwoordiger, maar uitsluitend na een rechterlijke beslissing tot gedwongen opname. In de praktijk worden beslissingsonbekwame delirante of geïntoxiceerde patiënten tijdens hun opname in een algemeen ziekenhuis vaak wel kortstondig van hun vrijheid beroofd (bijv. met fysieke fixatie) voor hun eigen veiligheid. Dergelijke kortstondige vrijheidsinperking kan ons inziens wel op grond van de toestemming van de vertegenwoordiger (Gestels e.a. 2008).

Het bereidheidscriterium is ook terug te vinden in een recente aanbeveling van het Comité van Ministers van de Raad van Europa uit 2004. Volgens deze aanbeveling moeten de waarborgen in verband met gedwongen opname worden toegepast wanneer een persoon wel in staat is toestemming te geven, maar deze weigert (art. 16) en wanneer een persoon niet in staat is toestemming te geven (bijv. omdat hij of zij beslissingsonbekwaam is), maar zich verzet (art. 29) (Swennen & Caluwé 2007, p. 52). Ook het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek blijkt een voorstander van het bereidheidscriterium in zijn advies van 10 maart 2003 over dwangbehandeling bij gedwongen opname. Wat betreft dwangbehandeling bij een geesteszieke sluit ook het Europees Verdrag inzake de Rechten van de Mens en de Biogeneeskunde (art. 7, 1997) (overigens door België noch ondertekend noch geratificeerd) aan bij het bereidheidscriterium door te spreken van ‘without his or her consent’. Verzet lijkt dus niet vereist.

#### LIJDEN AAN EEN GEESTESZIEKTE

Art. 2 van de WBPG vereist dat de patiënt lijdt aan een geestesziekte, maar bevat geen definitie van geestesziek(t)e. Het tweede lid van dit artikel zegt wel wat geestesziekte *niet* is: ‘de onaangepastheid aan de zedelijke, maatschappelijke, religieuze, politieke of andere waarden ...’. Uit de praktijk blijkt dat de WBPG vooral wordt toegepast bij patiënten met psychotische stoornissen, wat overeenstemt met bevindingen in de internationale literatuur (Verbrugghe e.a. 2008). Persoonlijkheidsstoornissen en aan middelen gerelateerde stoornissen beschouwt men in de regel niet als geestesziekten die kunnen leiden tot een gedwongen opname.

#### WIE STELT HET OMSTANDIG MEDISCH VERSLAG OP?

De geestesziekte moet blijken uit het ‘omstandig medisch verslag’ dat wordt toegevoegd aan het verzoekschrift ingediend bij de vrederechter. Dit verslag wordt door een arts opgesteld op

basis van een medisch onderzoek van maximaal 15 dagen oud. De jurisprudentie toont een interessante ontwikkeling wat betreft de hoedanigheid van deze arts. Volgens de WBPG mag deze geen bloed- of aanverwant zijn van de patiënt of de indiener van het verzoekschrift. Volgens een letterlijke lezing mag de behandelend huisarts of psychiater het omstandig medisch verslag wel opstellen, voor zover deze niet verbonden is aan de psychiatrische dienst waar de patiënt zich bevindt.

Reeds bij de inwerkingtreding van de WBPG heeft één van ons (Nys 2005) bepleit dat de behandelend arts dit toch beter niet kan doen. In onder meer het arrest-Winterwerp (1979) vereiste het Europese Hof voor de Rechten van de Mens een ‘*objective medical expertise*’ als voorwaarde voor een gedwongen opname. Objectiviteit is voor de behandelaar, die een vertrouwensrelatie heeft met de patiënt, moeilijk realiseerbaar. Bovendien loopt de behandelaar het risico zijn of haar beroepsgeheim te schenden door medische voorkennis te laten doorsijpelen in het verslag, al bestaat dat risico uiteraard ook als de opsteller van het omstandig verslag de behandelaar contacteert voor meer informatie.

Hoewel nog te schaars en te zeer beperkt tot de lagere rechtspraak om reeds van een consensus te kunnen spreken, vertoont de jurisprudentie niettemin een duidelijke trend naar onderschrijving van dit standpunt (Veys 2007). Eén van deze rechterlijke uitspraken verwoordde treffend waar het op staat: de geesteszieke patiënt moet tijdens het traject naar de gedwongen opname niet zijn huisarts als spookrijder tegenkomen.

Ook de Orde van Geneesheren stelt in haar advies van 2001 dat de behandelaar het verslag niet moet opstellen omdat hij mogelijk onvoldoende objectief is en zijn vertrouwensband op het spel zet. Ze nuanceert echter dat de behandelaar in het belang van de patiënt wel zijn verantwoordelijkheid moet nemen als hij onmogelijk een beroep kan doen op een collega. In dat uitzonderlijke geval kan de behandelaar het beste overleggen met een ter zake deskundige collega en bespreekt hij de

gedwongen opname voor zover mogelijk met de patiënt. De behandelend arts moet zich er dan wel van bewust zijn dat de vrederechter zijn verslag mogelijk niet aanvaardt.

Zoals reeds vermeld, mag de arts die het omstandig verslag opstelt niet verbonden zijn aan de psychiatrische afdeling waar de zieke zich bevindt (art. 5.2, laatste lid). De meningen over de interpretatie van psychiatrische ‘afdeling’ lopen uiteen. Volgens een letterlijke lezing van de wettekst gaat het niet om het gehele ziekenhuis, maar om de afdeling waaraan de psychiater is verbonden. De meeste auteurs houden vast aan een ruime interpretatie: iedere aan het ziekenhuis verbonden psychiater is in zekere zin verbonden aan alle afdelingen ervan, dus ook aan de afdeling waar de patiënt reeds is opgenomen. Er bestaat hier nog geen rechtspraak over.

#### GEVAAR VOOR ZICHZELF

Art. 2 WBPG formuleert dit criterium als volgt: ‘...omdat hij zijn gezondheid en zijn veiligheid ernstig in gevaar brengt’. Een ernstig gevaar voor de gezondheid volstaat niet. Met de bijkomende eis van ernstig gevaar voor de veiligheid beoogt de wetgever het risico op misbruik van gedwongen opname te beperken. Bij een ruime interpretatie van gezondheid zouden bijvoorbeeld bejaarden met ouderdomsverschijnselen te gemakkelijk van hun vrijheid kunnen worden beroofd. Door veiligheid als voorwaarde aan gezondheid te koppelen, voorkomt men een (te) brede interpretatie: de geesteszieke moet ook fysiek in gevaar zijn. In de praktijk blijken de vrederechters eerder terughoudend om zelfverwaarlozing en zich maatschappelijk te gronde richten te aanvaarden als grond tot gedwongen opname (Swennen 2000, p. 71).

#### ERNSTIGE BEDREIGING VOOR ANDEREN

Indien er geen ernstig gevaar is voor de geesteszieke zelf, eist de WBPG dat de geesteszieke een ernstige bedreiging vormt voor het leven of de integriteit van een ander. De wetgever heeft

bewust het engere begrip ‘integriteit’ verkozen boven ‘openbare orde’ of ‘veiligheid’ (van anderen), omdat deze laatste begrippen tot een te ruime toepassing van de wet kunnen leiden. Doordat onder integriteit ook de psychische integriteit kan worden verstaan en een ernstige bedreiging – een reëel gevaar is niet vereist – volstaat, kan deze tweede indicatie voor gedwongen opname niettemin een ruimer bereik krijgen dan de eerste. Dit biedt zelfs perspectief op een preventieve aanwending van een gedwongen opname ter voorkoming van reëel gevaar. Uit de parlementaire voorbereiding blijkt dat de wetgever het nochtans anders heeft bedoeld: ‘Ten aanzien van de zieke kan aan de begrippen een ruimere interpretatie worden gegeven, terwijl de tekst restrictiever is wanneer de vrijheidsberoving niet kan worden verantwoord door de persoon van de zieke zelf.’ Deze verschillende interpretatiemogelijkheden leiden tot een maatschappelijk spanningsveld. Zo melden psychiaters dat zij geregeld onbegrip van politie en hulpverleners ervaren als zij patiënten met een psychose die geen duidelijk gevaar betekenen niet gedwongen willen laten opnemen (Verbrugghe e.a. 2008).

## BESLUIT

De inwerkingtreding van de WBPG in 1990 is de grote mijlpaal van de voorbije 25 jaar in het domein van gedwongen psychiatrische opname. Sedertdien hebben zich weinig nieuwe ontwikkelingen voorgedaan. De wet wordt op een pragmatische en casuïstische manier toegepast, waardoor principiële discussies over de criteria voor gedwongen opname nauwelijks een kans krijgen. Vergeleken met andere gevoelige kwesties zoals euthanasie, medisch begeleide voortplanting, de juridische afhandeling van veronderstelde medische fouten (de zogenaamde foutloze aansprakelijkheid), en orgaantransplantatie, scoort gedwongen opname laag als maatschappelijk discussiethema. Bij patiëntenverenigingen en psychiaters, die de besproken beperkingen en knelpunten in de praktijk ervaren, leeft dit thema echter wel. Een nieuwe wettelijke regeling lijkt niettemin ver weg.

Er zijn echter goede argumenten om naast het gevaarscriterium ook andere factoren in weging te brengen, zoals behandelbaarheid, beslissingsbekwaamheid van de patiënt en verwachte voor- en nadelen van een gedwongen opname (Verbrugghe e.a. 2008). De vermaatschappelijking van de psychiatrische zorg noopt ook tot minder ingrijpende dwangmaatregelen, zoals ambulante dwangmaatregelen, die we nu alleen kennen bij de gedwongen nazorg in het kader van een gedwongen opname. Ook het hoge aandeel spoedprocedures die niet bekrachtigd worden en de grote interpretatieverschillen door de betrokken vrederechters en psychiaters zijn argumenten om de wet bij te stellen. Maar het belangrijkste probleem is de grote stijging van het aantal gedwongen opnames sinds de invoering van de WBPG (alleen al van 1997 tot 2006 met 52%). Zoals in andere maatschappelijke domeinen staat ook hier de vrijheid onder druk ten gevolge van bezorgdheid over veiligheid. Dit dreigt de publieke perceptie van de psychiatrie negatief te beïnvloeden (De Stoop 2008) en het ondergraaft het beeld van een moderne psychiatrie die werkt vanuit een samenwerkingsmodel met maximaal respect voor de vrijheid van de patiënt. De vraag is of een restrictiever interpretatie van het gevaarscriterium (Verbrugghe e.a. 2008) realiseerbaar is zonder wetswijziging.

## LITERATUUR

- Bryon, H., Vranckx, A., & Claey, P. (2004). Registratie gedwongen opname. Congres psychiatrie en maatschappij: vermaatschappelijking van de zorg. Leuven. <http://www.popovggz.be/activiteiten/opvolging/gdo/registratie%20GDO%20congres%2023-24%20september%202004.pdf>
- De Stoop, Ch. (2008). Onweerstaanbare dwang. *Knack*, 12, 24-28.
- Gestels, I., Nys, H., & Vandenberghe, J. (2008). De wet betreffende de rechten van de patiënt: (r)evolutie in de geestelijke gezondheidszorg voor ouderen? *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 64, 191-199.
- Keirse, W., Bruffaerts, R., Igodt, P., e.a. (2003). Rapport beleidsondersteunend onderzoek BOS 2002/5. ‘Evaluatie van de wet op gedwongen opname’ december 2002-november 2003. Leuven: KU Leuven.
- Nys, H. (2005). *Geneeskunde. Recht en medisch handelen*. Mechelen: Wolters Kluwer.

- Overlegorgaan Geestelijke Gezondheidszorg Oost-Vlaanderen (2007). *Overzicht gegevens gedwongen opname Oost-Vlaanderen 2006*. Gent: PopovGGZ. <http://www.popovggz.be/activiteiten/opvolging/gdo/DW2006.pdf>
- Raadgevend Comité voor Bio-ethiek (2003). *Advies nr 21 van 10 maart 2003 betreffende gedwongen behandeling bij gedwongen opname*. Brussel: Federale Overheidsdienst.
- Rotthier, K. (2007). *Gedwongen opname. De rechtsbescherming van de psychiatrische patiënt*. Brugge: Die Keure.
- Swennen, F. (2000). *Geestesgestoorden in het Burgerlijk Recht*. Antwerpen: Intersentia.
- Swennen, F., & Caluwé, N. (2007). *Gedwongen opname van minderjarigen*. In *Jongeren, psychiatrie en recht*. Antwerpen: Intersentia.
- Verbrugghe, A., Nys, H., & Vandenberghe, J. (2008). *Wanneer is een psychose gevaarlijk? Ethische, professionele en juridische afwegingen inzake psychose en gedwongen opname in België*. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50, 149-158.
- Veys, M-N. (2007). *Het omstandig geneeskundig verslag met het oog op een gedwongen opname*. *Rechtskundig Weekblad*, 70, 1247-1252.

## AUTEURS

H. NYS is gewoon hoogleraar medisch recht aan de KU Leuven.

J. VANDENBERGHE is psychiater verbonden aan UPC KU Leuven, campus Gasthuisberg en aan het universitair CCG Leuven, vzw CCG Vlaams-Brabant Oost.

Correspondentieadres: prof. dr. H. Nys, Centrum Biomedische ethiek en recht, Kapucijnenvoer 35 blok D, bus 7001, B-3000 Leuven, België.

E-mail: herman.nys@med.kuleuven.be.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 25-6-2008.

## SUMMARY

Civil commitment of mentally ill patients: developments in Flanders – H. Nys, J. Vandenberghe –

*The Belgian law of 1990 concerning the protection of the mentally ill was the principal achievement of the last 25 years in the field of civil commitment of mentally ill patients in Flanders. Since that time there have been very few alterations in the criteria determining civil commitment. Very little legislation has been passed on this subject. The pragmatic and casuistic way in which the law is applied hinders any discussion of the principles on which these criteria are based. In spite of the large increase in the number of civil commitments, so far the law has remained unchanged.*

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 50(2008)JUBILEUMNUMMER 1959-2008, 55-60]

**KEY WORDS** civil commitment, coercion, law to protect mentally ill persons, rights of patients