



Gedwongen opname in Vlaanderen: medisch-psychiatrische en epidemiologische perspectieven

Dr. Katrien Schoevaerts
Prof. Dr. Ronny Bruffaerts
Prof. Dr. Joris Vandenberghe

Symposium Dr. Simons 13-06-2014

België

- **Wet van 26 juni 1990** betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke
- 2 mogelijke beschermingsmaatregelen:
 - Behandeling in een **ziekenhuis** (~~collocatie~~)
 - Verpleging in een **gezin** (~~sekwestratie ten huize~~)
- Twee fasen:
 - **Observatie**periode van maximaal 40 dagen
 - Fase **verder verblijf**, maximaal 2 jaar, (gedwongen nazorg maximaal 1 jaar)

België

- Drie voorwaarden voor beschermingsmaatregelen:
 - **Geestesziekte**
 - Niet omschreven in de wet, wel specificering 'ernstig'
 - Wel negatieve omschrijving: 'de onaangepastheid aan de zedelijke, maatschappelijke, religieuze, politieke of andere waarden mag op zichzelf niet als geestesziekte worden beschouwd'
 - **Andere geschikte behandeling ontbreekt**
 - Geen bereidheid tot vrijwillige hulpverlening niet als voorwaarde vermeld in wet, maar kan worden afgeleid uit restrictieve interpretatie van alle voorwaarden
 - **Gevaarscriterium**
 - zijn gezondheid en veiligheid ernstig in gevaar brengt
 - of ernstige bedreiging voor andermans leven of integriteit.

België

- 2 mogelijke **procedures**
 - **Spoed**procedure
 - **Gewone** procedure
- **Criteria**
 - **Geesteszieke**
 - **Gevaar** (ernstig gevaar eigen gezondheid en veiligheid; ernstige bedreiging andermans leven of integriteit)
 - **Geen andere geschikte behandeling**

Nederland

- **Inbewaringstelling** (IBS) + voortzetting van IBS
- **Rechterlijke machtiging** (RM)
 - Voorlopige machtiging
 - Machtiging tot voortgezet verblijf
 - Voorwaardelijke machtiging
 - Machtiging op eigen verzoek
 - Zelfbindingsmachtiging
 - (2006 tot 2009 Observatiemachtiging)
- **Criteria:**
 - Stoornis van de **geestvermogens**
 - **Gevaar** dat op geen andere manier kan worden afgewend
 - Geen **bereidheid**

Gevaarscriteria Nederland

1°. gevaar voor degene, die het veroorzaakt, hetgeen onder meer bestaat uit:

- a. het gevaar dat betrokkene zich **van het leven zal beroven** of zichzelf **ernstig lichamenteel letsel** zal toebrengen;
- b. het gevaar dat betrokkene **maatschappelijk te gronde** gaat;
- c. het gevaar dat betrokkene **zichzelf in ernstige mate zal verwaarlozen**;
- d. het gevaar dat betrokkene met **hinderlijk gedrag agressie van anderen** zal oproepen.

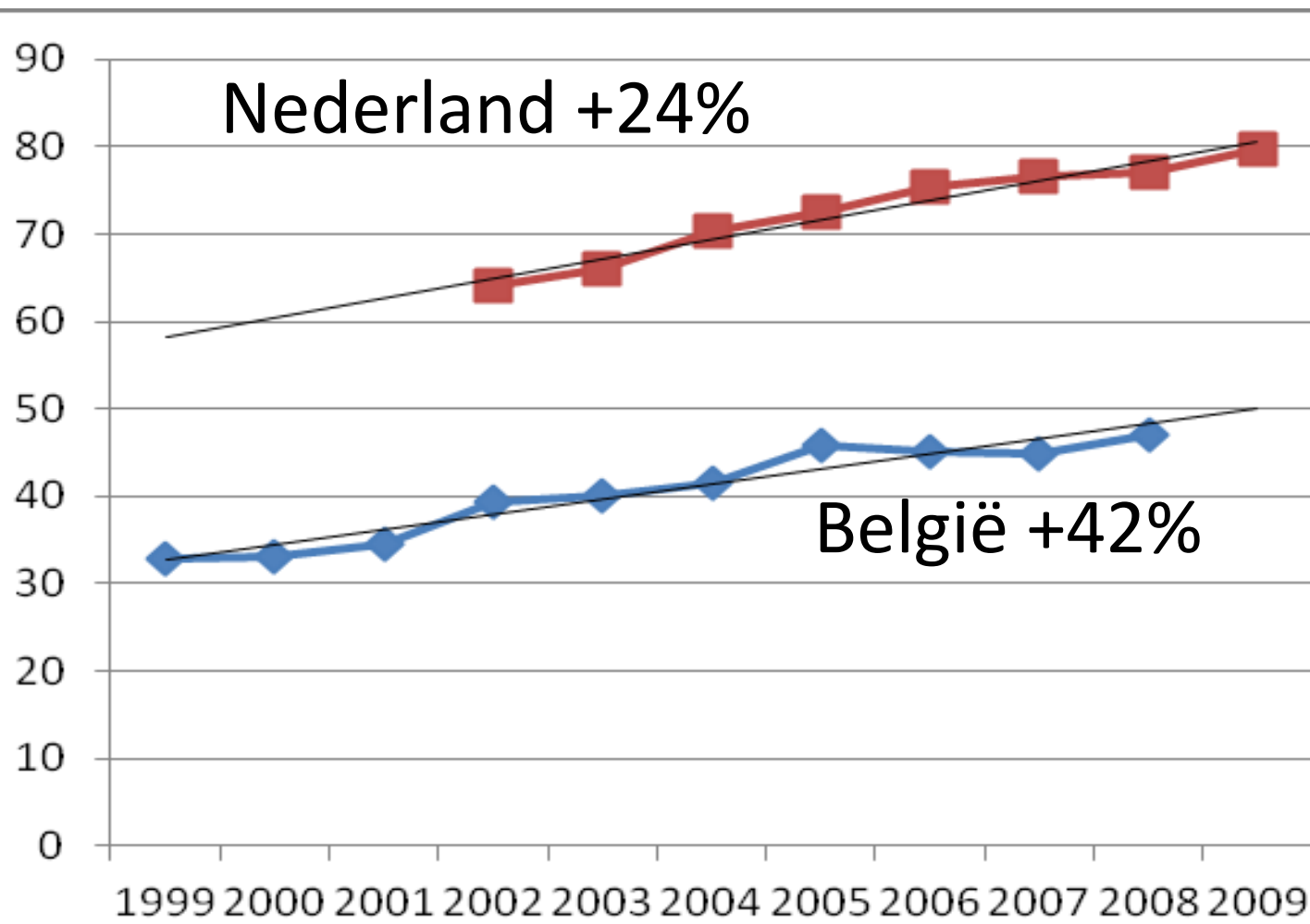
2°. gevaar voor een of meer anderen, hetgeen onder meer bestaat uit:

- a. het gevaar dat betrokkene een ander **van het leven zal beroven of hem ernstig lichamenteel letsel** zal toebrengen;
- b. het gevaar voor de **psychische gezondheid** van een ander;
- c. het gevaar dat betrokkene een ander, die aan zijn zorg is toevertrouwd, zal **verwaarlozen**.

3°. gevaar voor de **algemene veiligheid van personen of goederen**

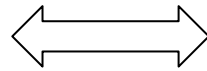
Incidentie GO

(/100 000 inw/j)



Paradox

Vermaatschappelijking
(art107, beddenafbouw,
opnameverkorting en –
vermijding, mobiele
teams,...),
herstedenken,
emancipatie,
grote nadruk op vrijheid,
autonomie en
zelfbeschikking



Sterke toename van
gedwongen opnames

Europa

- Verschillen in wetgeving
 - **Geestesstoornis** + heterogene bijkomende criteria
 - Dreigend of effectief **gevaar** voor zichzelf of anderen (meest voorkomend criterium)
 - Noodzaak aan **behandeling** (2^{de} meest voorkomend criterium)
 - Gebrek aan **ziekte-inzicht**
 - Eindbeslissing medisch?
 - Plaats voor wettelijke vertegenwoordiger?

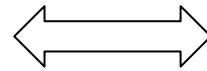
Europa

- **Grote variabiliteit** in incidentie GO
- 2000: Finland 218/100 000 inwoners >< Portugal 6/100 000 inwoners
- **Toename**: Duitsland, Nederland, België, Portugal, Oostenrijk, Engeland, Finland, Frankrijk
- **Afname**: Italië, Spanje, Zweden
- Kanttekening: beperkte vergelijkbaarheid -> beschikbaarheid, consistentie, betrouwbaarheid < uniformiteit en standaardisatie in registratie

Paradox

Ingrijpende karakter van
gedwongen opname

**Maatschappelijke
relevantie**



Schaarste, beperkte
betrouwbaarheid en
vergelijkbaarheid van
epidemiologische gegevens
over gedwongen opname

Incidentie GO Vlaanderen

(/100 000 inw/j)

	2007	2008	2009	2010	Stijging%
West-Vl	35	34	45	42	18%
Oost-Vl	41	40	53	49	19%
Antwerpen	39	45	41	43	11%
Vl-Brabant	35	37	35	37	5%
Limburg	52	54	65	66	25%
Vlaanderen	40 (n=2444)	42 (n=2591)	47 (n=2911)	46 (n=2888)	16%

Incidentie GO Vlaanderen

(/100 000 inw/j)

	2007	2008	2009	2010	Stijging%
West-Vl	35	34	45	42	18%
Oost-Vl	41	40	53	49	19%
Antwerpen	39	45	41	43	11%
Vl-Brabant	35	37	35	37	5%
Limburg	52	54	65	66	25%
Vlaanderen	40 (n=2444)	42 (n=2591)	47 (n=2911)	46 (n=2888)	16%

Incidentie GO Vlaanderen

(/100 000 inw/j)

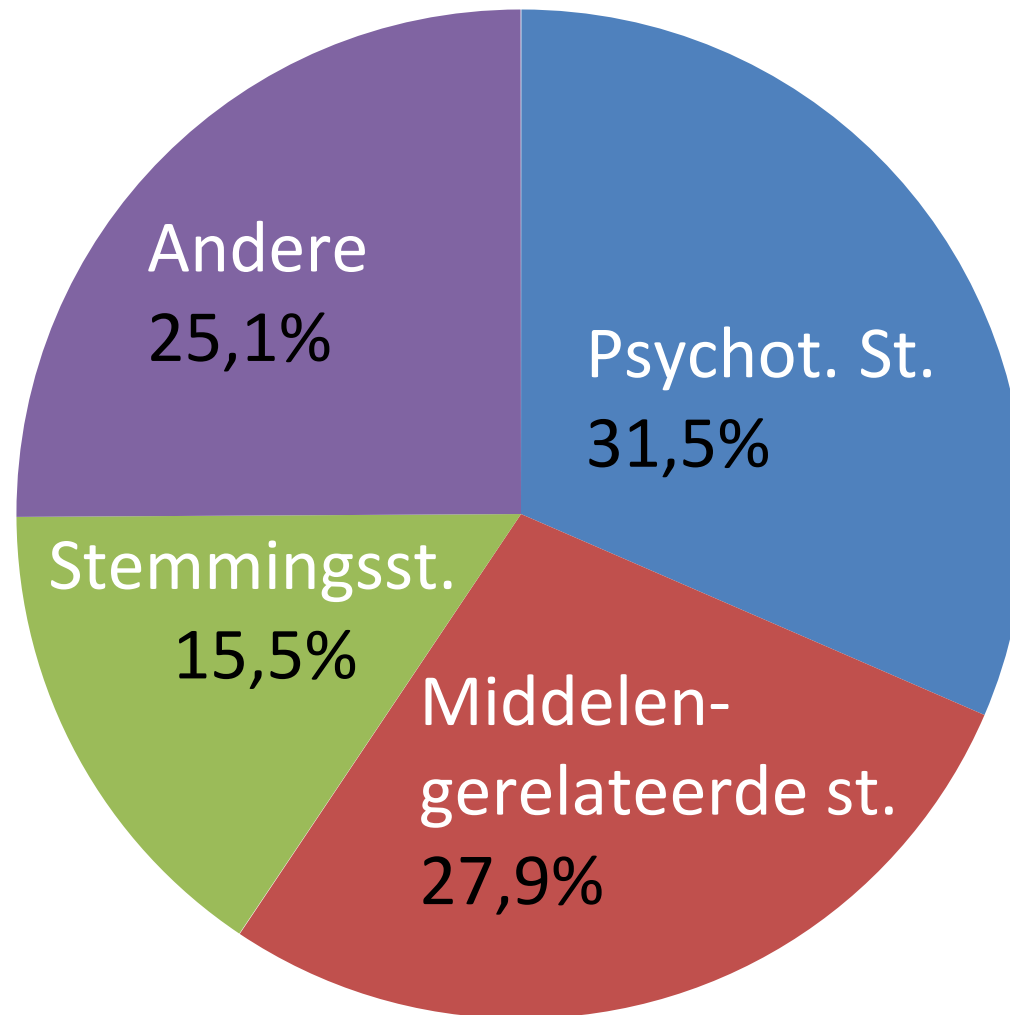
	2007	2008	2009	2010	Stijging%
West-Vl	35	34	45	42	18%
Oost-Vl	41	40	53	49	19%
Antwerpen	39	45	41	43	11%
Vl-Brabant	35	37	35	37	5%
Limburg	52	54	65	66	25%
Vlaanderen	40 (n=2444)	42 (n=2591)	47 (n=2911)	46 (n=2888)	16%

Socio-demografie Vlaanderen 2007-2010

- **Mannen** (63,3%)
- **Jongere leeftijd** (<18j: 3,8%, 18-34j: 39,8%, 35-49j: 31,7%, 50-64j: 17,9%, 65-79j: 5,3%, >79j: 1,4%)
- **Zonder beroep** (61,4%)
- **Gezin** of gezinsvervangend milieu (~51%)

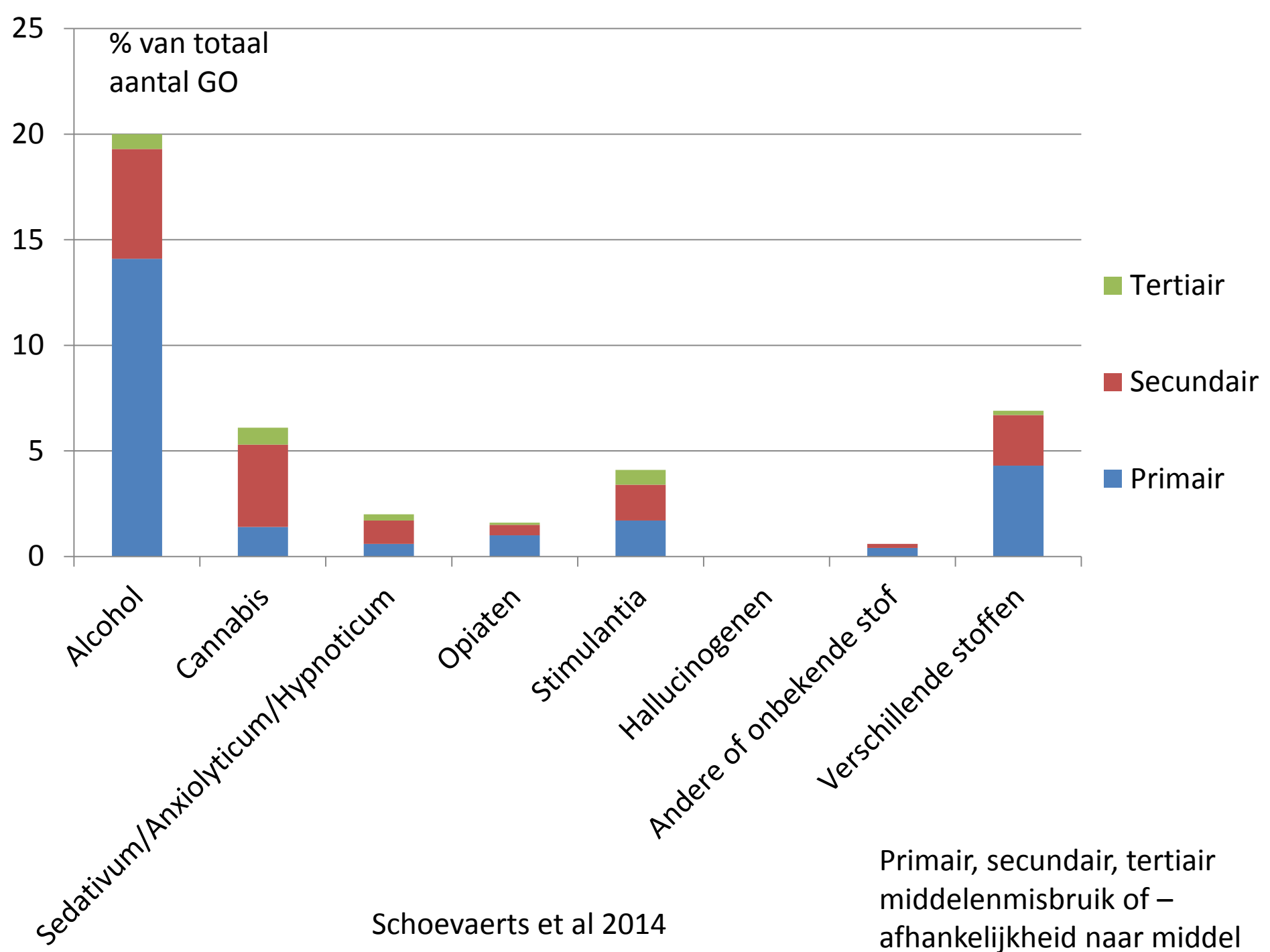
Klinische variabelen Vlaanderen 2007-2010

- In bijna 90% hoofddiagnose op as I



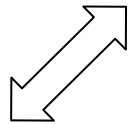
Klinische variabelen

- Secundaire as I diagnose in 35,5%
- Tertiaire as I diagnose in 9,4%
- Meest voorkomende **secundaire en tertiaire as I** diagnose: **middelengerelateerde st.** (respectievelijk 18,8% en 3,8%)
- **Middelengerelateerde st. en GO => >45%!**

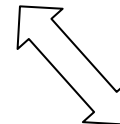


Paradox

Wijdverbreide opvatting dat **verslaving op zich geen geestesziekte** is zoals bedoeld door wet bescherming persoon geesteszieke



Groeiende consensus dat verslaving een **psychiatrische stoornis** is met belangrijk verlies van vrijheid en met neurobiologische veranderingen



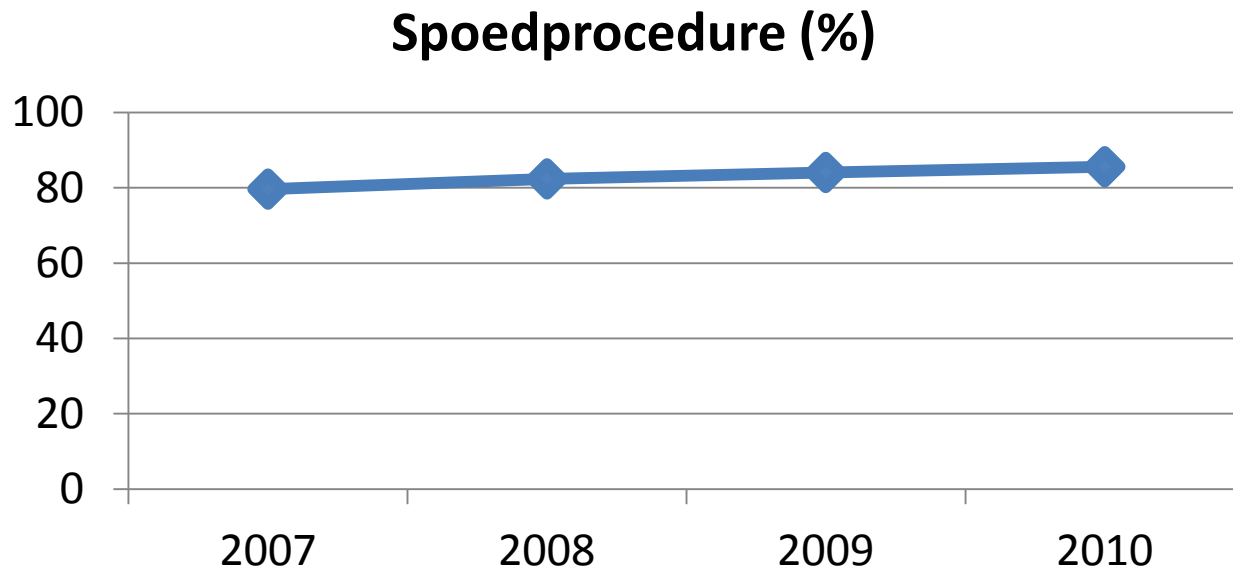
Cijfers GO: middelengerelateerde stoornissen na psychotische stoornissen **belangrijkste primaire diagnose**

Internationaal?

- Internationaal:
 1. Psychose
 2. Persoonlijkheidsst/verslaving/manie/dementie/..
- **Variërend aandeel middelen**
 - Denemarken (2000): 11,2%
 - Finland (1999): 16%
 - Frankrijk (1997-98): 12,6%
 - Ierland (1999): alcoholisme 12,3%
 - Nederland: < 5%, doch stijgende subgroep
 - Verenigd Koninkrijk 'mental health act' < GO uitgesloten

Procedure

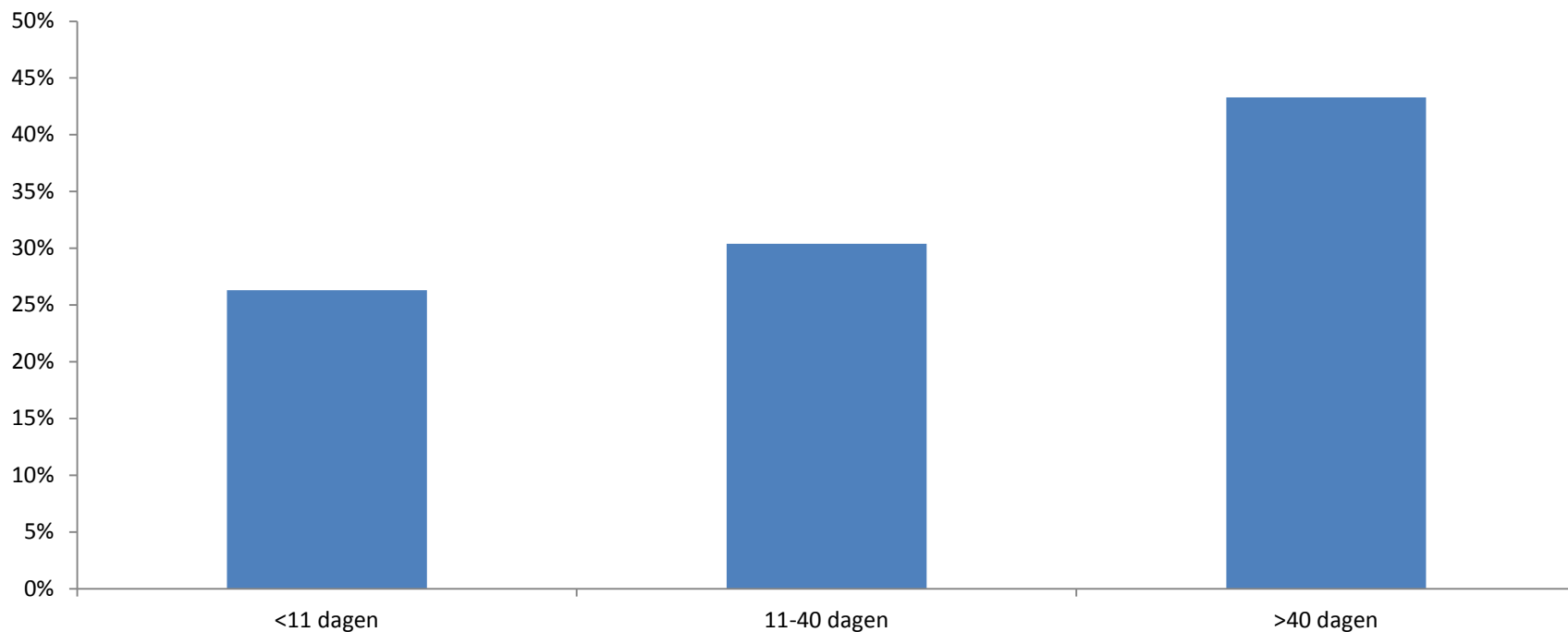
- **Spoodprocedure in 83,1%**
- **Significante toename** aantal spoedprocedures
(2007-2010: 79,6%; 82,4%; 84,1%; 85,6%)



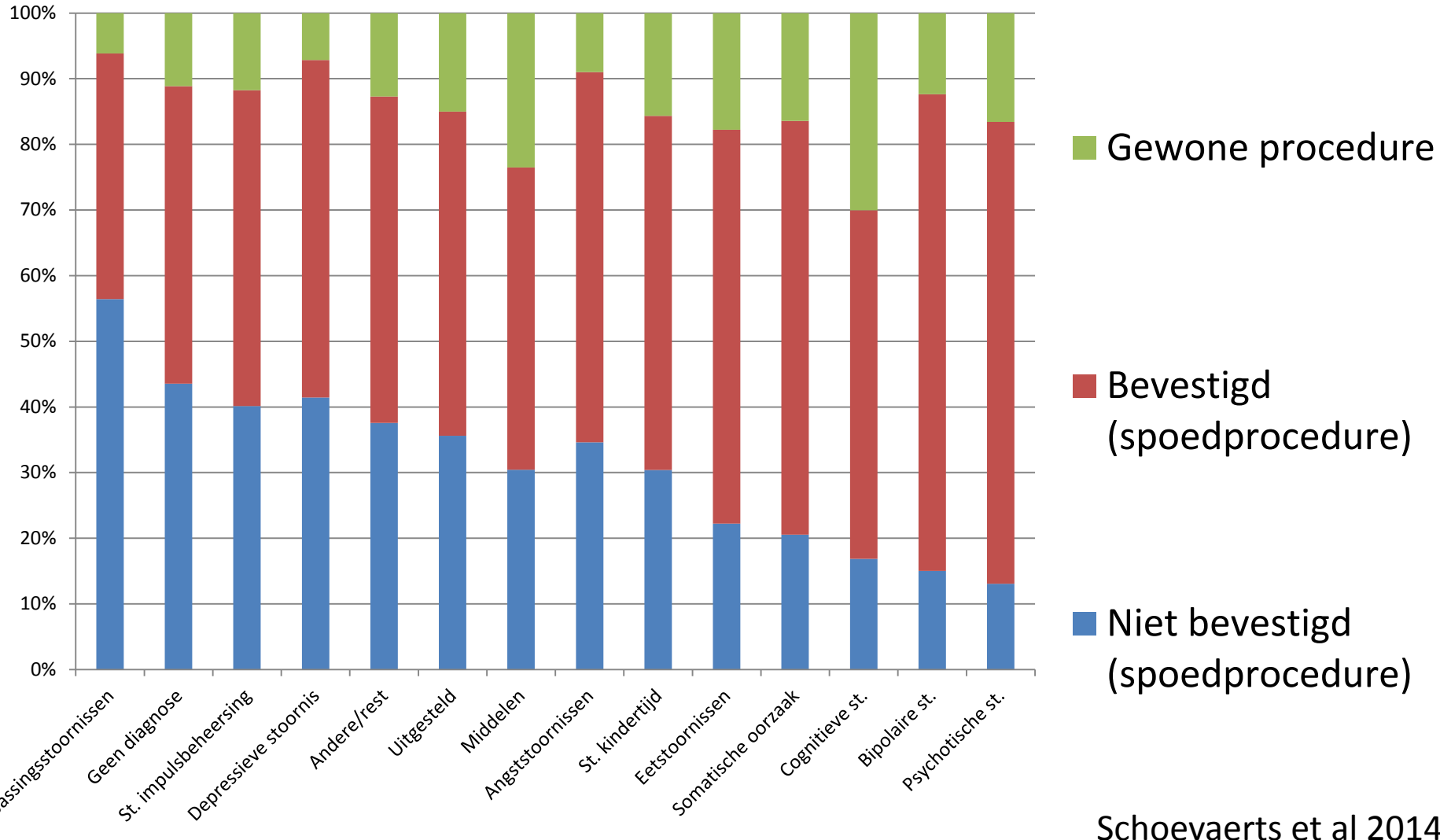
- **Nederland: 63,8% IBS, caveat beperkte vergelijkbaarheid**

Rechterlijke bevestiging van de spoedprocedure

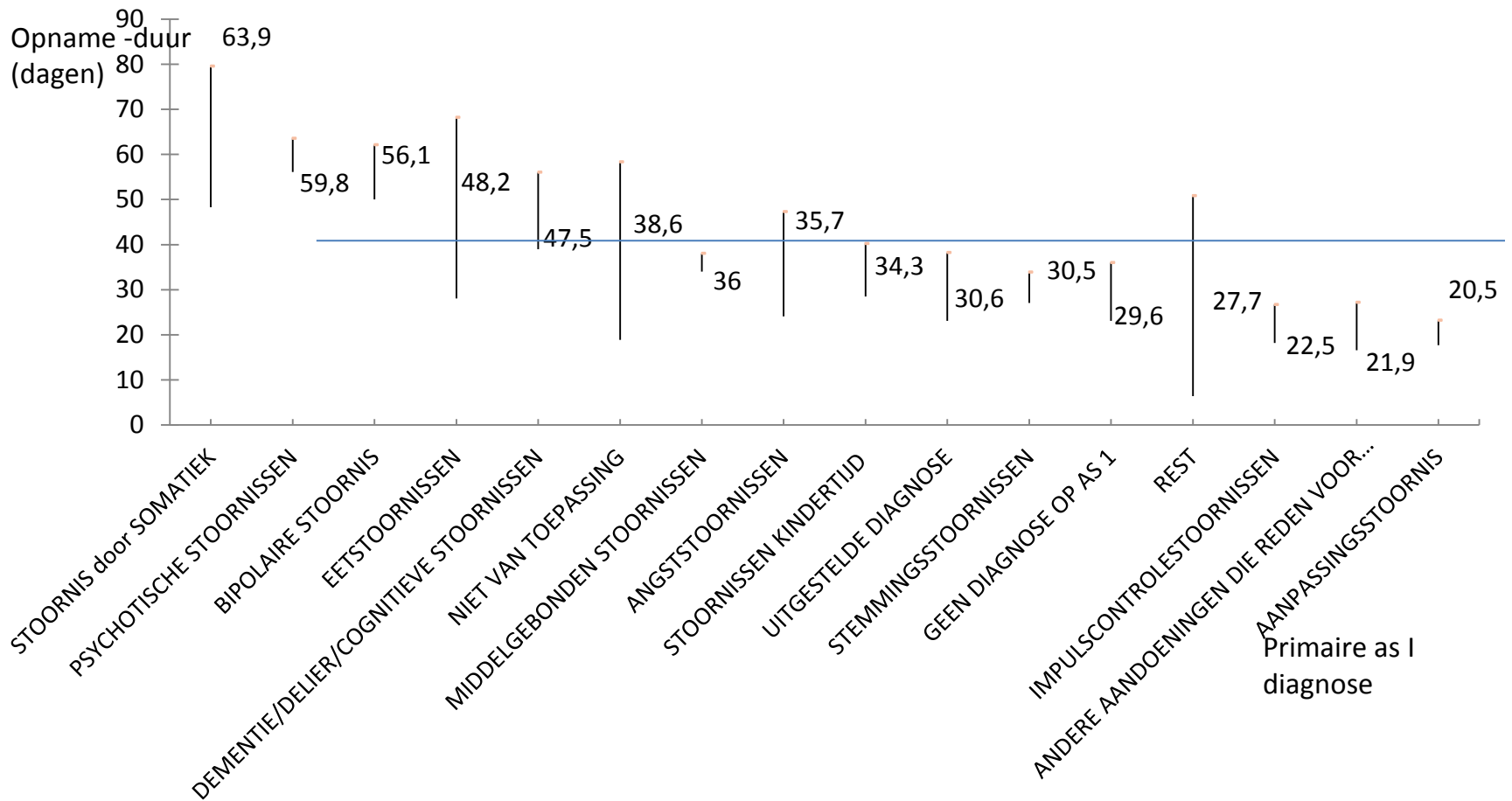
- In 31,7% van de spoedprocedures **geen rechterlijke bevestiging** van de gedwongen maatregel
= 26,4% van alle **geïnitieerde GO < ontslag binnen de 10d**



Spoodprocedure en gewone procedure naar as I diagnose



Gemiddelde opnameduur per diagnostische groep



Factoren stijging GO?

- In België niet onderzocht
- **Verstedelijking** < aantal GO + diversiteit problematiek
- Ontwikkelingen in **wet- en regelgeving en jurisprudentie** < in België geen wetswijziging laatste 24 jaar
- **Verkorte opnameduur, frequentere heropnames** < vermaatschappelijking psychiatrische zorg
- **Lokale factoren** (opnamecapaciteit GGZ, afstemming disciplines, politieke “colour locale”, persoonlijke visie, outreach, ...)

Factoren stijging GO?

- Veranderende maatschappelijke opvattingen:
 - **Maatschappelijke tolerantie** afwijkend gedrag?
Verschuiving gevaarscriteria Nederland 'met hinderlijk gedrag agressie oproepen bij anderen'
 - Maatschappelijke cultuur van **risicovermijding**: vrijheid opofferen om de maatschappelijke veiligheid te doen toenemen
 - Professionele risicovermijding, onder andere uit medicolegale overwegingen

Factoren stijging GO?

- **Stijging binnen bepaalde subgroepen?**
 - Engelse populatie: jongere mannen, bepaalde etnische minderheden, personen met dementie
 - ~ o.a. effect van **middelenabusus** op de presentatie van mentale stoornissen (Lelliott & Audini, 2003)
 - Nederland: > 50 jaar, dementie, organische mentale aandoeningen, **middelenabusus** (Mulder, 2008)
 - Vlaamse database < geen evidentie >< klinisch aanvoelen
- **Hypothese: Evolutie (verbreiding) interpretatie van de WBPG en wettelijke criteria** (geestesstoornis en/of gevaarscriterium)

Mogelijke gunstige effecten GO

- **Sneller gepaste hulp en zorg** bij ernstige psychiatrische stoornissen, waarbij gevaarsituaties kunnen vermeden of verminderd worden
- **Verbetering van prognose**
- **Vermindering van morbiditeit en duur** van onbehandelde geestesstoornis
- **Voorkomen van schade** op sociaal, professioneel, familiaal en mogelijks neurobiologisch vlak
- **><** staat ver van de beschrijving van gevaarscriteria in de WBPG

Mogelijke negatieve effecten GO

- Risico op **traumatisering**
- **Aversie** tav hulpverlening
- Schaden van **vertrouwen**
- **Stigmatisering** (van psychiatrie en patiënt), schaamte, gedaald zelfwaardegevoel
- Verminderde **vrijheid van spreken**
- ...
- GO: autonomie, waardigheid en vrijheid: herstellen of juist verder ondermijnen?

Kwalitatief luik: Zinvolheid van GO?

Interviews patiënten

- GO was juridisch terecht, **therapeutisch niet altijd zinvol** (motivatie tot verandering?)
- Negatieve ervaringen:
 - In begin van procedure **te weinig info**
 - Opname op gesloten afdeling “**confronterend en overweldigend**”
 - Contact met politie “**ingrijpend en vernederend**”
 - Vooral in begin GO ervaring van veel dwang en controle
 - Niet gehoord worden op de zitting van de vrederechter
 - Gebrek aan aanwezigheid en inzet van advocaat
- **Stigma** eerder gerelateerd aan psychiatrische opname/ziekte dan GO

Visie patiënten in literatuur

- Priebe et al 2010:
 - Na 1 maand: 39 à 71% oordeelt dat de GO terecht was
 - Na 3 maanden: 46 à 86%
- Priebe et al 2009:
 - Na 1 jaar: 40% oordeelt dat GO terecht
 - Meer positieve retrospectieve kijk bij hogere tevredenheid bij aanvang opname, initieel lager algemeen functioneren, alleenwonend
- O'Donoghue 2010:
 - 72% oordeelt retrospectief dat GO terecht was
 - 77,8% oordeelt dat therapeutisch zinvol

=> variërende percentages 'terecht' of 'therapeutisch zinvol'

Kwalitatief luik: Zinvolheid van GO?

Interviews familieleden

- **Grote lijdensdruk:** familie zou vroeger willen ingrijpen en op zachtere manier dan GO. Uitbreiden dwang of drang?
- **Negatieve ervaringen:**
 - **Gebrek aan overleg** tussen familie en juridische wereld/hulpverlener
 - GO “**ingrijpend**”, vnl. dwangmaatregelen
 - Indiscreet optreden van politie is werkpunt
 - Gebrek aan aanwezigheid en inzicht in psychiatrische problematiek door advocaat
- **Stigma** eerder gerelateerd aan psychiatrische opname op zich dan GO

Kwalitatief luik: Zinvolheid van GO?

Interviews psychiaters

- Zinvolle vs. niet-zinvolle GOs:
 - **Psychose, ernstige affectieve stoornis**
 - Persoonlijkheidsstoornissen? Individueel te bekijken
 - **Verslaving?** Korte maatregel zinvol bij **vastzitten** in ernstige destructieve verslaving of bij ernstige **comorbiditeit** (psychose, affectieve st, cognitieve ss)
 - Zinvolheid altijd **individueel afwegen, alternatieven zoeken!**
- Toename 'oneigenlijke' Gos (Wachlijsten voor specifieke doelgroepen omzeilen; Compromitteert opnamecapaciteit PZ)
- Ervaren hiaten in de wet:
 - **Grijze zones** in de wet scheppen mogelijkheid van zinvolle maatregelen i.o.m. procureur/ vrederechter
 - Vraag tot verscherping wet om oneigenlijke GOs te verminderen
 - **Uitbreiding dwangmaatregelen** meerwaarde voor beperkt aantal patiënten
 - Wet schiet te kort inzake **dwangbehandeling**
 - Gedwongen nazorg: **verlenging** moet flexibeler

Kwalitatief luik: Interviews vrederechters

- Beslissing GO = beoordeling **individuele situatie**; bijkomende info van arts, familie en parket is nuttig
- Groot **verschil tussen juridische en medische** kijk op geestesziekte en gevaarscriteria
- **Middelenabusus** = geestesziekte bij **geassocieerde symptomen of vastzitten** in verslaving
- Bij laag aantal zaken tekort aan psychiatrische kennis
- **'Onderhandelen'** met de patiënt ipv vonnis opleggen
- **Uitbreiding dwangmaatregelen** meerwaarde in sommige gevallen

GO = kosten-batenanalyse

- **Evenwichtsoefening!**
Betutteling vs. onverschilligheid; paternalisme vs laissez-faire (Vandenberghe 2013)
- **Geïndividualiseerde kosten-batenanalyse**, met afwegen van
 - gevaar
 - beslissingsbekwaamheid
 - verwachte effectiviteit van de dwangmaatregelen zowel op korte als op lange termijn
 - behandelbaarheid
 - proportionaliteit
 - mogelijke negatieve gevolgen van dwangmaatregelen en het afzien ervan
- **Alternatieven** overwegen
 - Motivationaleel werk, ‘zelfdeterminatietheorie’, met nadruk op competentie, autonomie en relationele/sociale verbondenheid (Ryan & Deci, 2000)
 - Mobiele (crisis) teams, laagdrempelige hulpverlening, zorgcircuits, netwerken, herstelondersteunende zorg in de gemeenschap, eerstelijnsamenwerking, ...

Kwaliteit van zorg verbeteren?

1. Wetswijziging WBPG

- Grotere procedurele flexibiliteit
- Formulering van striktere kwaliteitsvereisten voor de medisch-psychiatrische evaluatie
- Meer gedifferentieerd arsenaal aan beschermingsmaatregelen
- Duidelijkere wettelijke regeling van dwangbehandeling

2. Breed gedragen richtlijn GO

- meer eenduidigheid in interpretatie WBPG

3. Aanwenden/vrijmaken voldoende middelen 'psychiatric intensive care unit'

4. Systematisch overleg en (bij)scholing

- binnen beroepsgroep en over beroepsgroepen heen (psychiaters + juridische wereld)

5. Continueren wetenschappelijk onderzoek!

Gedwongen opname in Vlaanderen

Medisch-psychiatrische en
epidemiologische perspectieven

Katrien SCHOEVAERTS
Ronny BRUFFAERTS
Joris VANDENBERGHE



ACADEMIA PRESS

Met dank voor de
aandacht!

KATHOLIEKE UNIVERSITEIT
LEUVEN

