

Raadgevend Comité voor Bio-ethiek

Advies nr. 21 van 10 maart 2003 betreffende "Gedwongen behandeling bij gedwongen opname"

Vraag om advies van 11 februari 1999

Dr. Hendrik Bryon, psychiater en geneesheer-diensthoofd Gedwongen Opnamen in het Medisch Centrum St.-Jozef te Bilzen:

"Kan aan een gedwongen opgenomen patiënte de prikpil (= intramusculair toegediend hormoonpreparaat dat contraceptie garandeert gedurende 2 à 3 maanden) toegediend worden onder dwang (= zonder instemming)?

Nadat dit bij herhaling werd voorgelegd, zeker wetend:

- 1) dat patiënte zeer onregelmatig "de pil" neemt;*
- 2) dat zij nog een zwangerschap niet aankan en hierdoor zou destabiliseren;*
- 3) dat zij medicatie (en alcohol) neemt welke schadelijk is voor een eventuele vrucht;*
- 4) zij wat "manziek" is, (al te) snel seksueel contact toestaat/opzoekt;*
- 5) haar eerdere kinderen, omwille van verwaarlozing, geplaatst dienden te worden.*

Zo men de prikpil niet mag toedienen, welke alternatieven zijn er dan, welke ethisch-juridisch verantwoord zijn. Of dient de geneesheer aan de patiënt dan de vrijheid verder te ontnemen? ...

Vraag is of het algemeen menselijk recht op voortplanting tijdens perioden van gedwongen opnamen onder bepaalde (welke?) voorwaarden mag beperkt worden. Zo neen, wat is eventueel de aansprakelijkheid van de geneesheer in geval van zwangerschap. Moet hij dan betalen voor het kind?"

INHOUD

DEEL I: AFBAKENING VAN DE VRAAGSTELLING

DEEL II: ETHISCHE PROBLEMATIEK

1.- Rechtvaardiging van gedwongen behandelingen

- 1.1. De plicht om te verzorgen: de patiënt zijn autonomie terugbezorgen
- 1.2. Aandacht en bezorgdheid voor kwetsbaarheid
- 1.3. De solidariteit
- 1.4. Bescherming van derden

2.- **Ethische problemen:** de voorzichtigheid, geconfronteerd met de bedreigingen voor de autonomie en de integriteit van de patiënten, de grenzen van de democratische (overheids)macht en van de geneeskunde

- 2.1. De vereiste van de voorzichtigheid
- 2.2. De vereiste van de toestemming
- 2.3. Het respect voor de integriteit

2.4. De grenzen van de geneeskunde en de rechterlijke macht

3.- **Ethische discussie:** hoe kunnen we het respect voor de autonomie en de integriteit verbinden met het verlenen van bijstand en hulp, en met dwang?

- 3.1. Koppeling van de principes van autonomie en bijstand
 - 3.1.1. Leidende gedachten
 - 3.1.2. Bijstand en respect
 - 3.1.3. Plicht tot terughoudendheid
 - 3.1.4. Het respect voor de levensomstandigheden
- 3.2. Koppeling van de geneeskunde en de rechterlijke macht

DEEL III: DE WET VAN 26 JUNI 1990 BETREFFENDE DE 'BESCHERMING VAN DE PERSOON VAN DE GEESTESZIEKE'

1.- **Het wettelijk kader**

- 1.1. Gronden voor een gedwongen opname
- 1.2. Procedure
- 1.3. Verder verloop
- 1.4. Gedwongen behandeling
- 1.5. Rechtsmiddelen
- 1.6. Gedwongen opname in de praktijk: enkele epidemiologische gegevens

2.- **Bespreking : De voorwaarden voor een gedwongen opname**

- 2.1. Geestesstoornis
- 2.2. Gevaar voor zichzelf of voor derden
- 2.3. Noodzaak van een behandeling

DEEL IV: AANBEVELINGEN

DEEL V: GEDWONGEN CONTRACEPTIEVE BEHANDELINGEN

DEEL I: AFBAKENING VAN DE VRAAGSTELLING

Een duidelijk onderscheid dient gemaakt te worden tussen een gedwongen opname en een gedwongen behandeling. Gedwongen behandeling kan namelijk plaatsvinden in verscheidene contexten, zonder noodzakelijkerwijze gepaard te gaan met een gedwongen opname. In de strafrechtelijke context bestaan verschillende modaliteiten waaronder justitiële cliënten gedwongen behandeld worden. Voorbeelden zijn de interneringswetgeving, het wettelijk kader met betrekking tot probatie en het wettelijk kader met betrekking tot de behandeling van verslaafden en seksuele agressoren (als alternatief voor een ‘klassieke’ straf).¹ We stellen overigens een tendens vast waarbij de overheid steeds meer gebruik maakt van de mogelijkheid van een opgelegde behandeling voor niet-gehospitaliseerde patiënten, en dit voor uiteenlopende psychiatrische stoornissen.

Het Comité besliste zich te beperken tot gedwongen behandelingen in de burgerrechtelijke context van een gedwongen opname zoals voorzien in de wet van 26 juni 1990 betreffende de ‘Bescherming van de persoon van de geesteszieke’. Gedwongen behandelingen in strafrechtelijke contexten laten we in dit advies buiten beschouwing, zij kunnen later eventueel het voorwerp uitmaken van een apart advies.

Tevens dient opgemerkt dat we het niet zullen hebben over de problematiek van het experimenteren in dit kader.

Het Comité heeft besloten de gestelde vraag niet te beperken tot gedwongen contraceptieve behandelingen, maar deze open te trekken tot alle vormen van gedwongen behandeling.

Een *gedwongen behandeling* is elke interventie -zij het van fysieke, psychologische of sociale aard- met een therapeutisch doel, toegepast op een persoon die een psychiatrische stoornis vertoont, die ofwel in staat is zijn/haar toestemming voor de behandeling te geven en deze toestemming niet geeft, ofwel niet in staat is toe te stemmen en de behandeling weigert. Het begrip *dwang* is dimensioneel te beschouwen en bevindt zich op een continuüm, gaande van de passieve aanvaarding van de patiënt tot de door de arts opgelegde behandeling niettegenstaande de weigering van de patiënt.

De aanbevelingen in dit advies handelen in eerste instantie over de ethische aspecten van gedwongen *behandeling*. In tweede instantie (en in subsidiaire orde) worden er een aantal opmerkingen geformuleerd over de gedwongen *opname* en de wet van 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke. Het Comité meent namelijk dat de ethische beoordeling van gedwongen behandelingen niet kan losstaan van een beoordeling van de juridische en institutionele context waarin ze plaatsvinden.

De fundamentele vragen waarover wij ons moeten buigen, zijn de volgende:

- *Mag een gedwongen opgenomen patiënt ipso facto gedwongen behandeld worden?*
- *Wanneer, in welke omstandigheden en in welke mate kan de arts verzorging toedienen zonder de vrije en geïnformeerde toestemming van een gedwongen opgenomen patiënt?*

¹ Cf. de wet van 1 juli 1964 tot bescherming van de maatschappij tegen de abnormalen en de gewoontemisdadigers, B.S., 17 juli 1964; de wet van 29 juni 1964 betreffende de opschorting, het uitstel en de probatie, B.S., 25 april 1995; de wet van 13 april 1995 betreffende seksueel misbruik ten aanzien van minderjarigen, B.S., 25 april 1995; de wet van 5 maart 1998 betreffende de voorwaardelijke invrijheidsstelling en tot wijziging van de wet van 9 april 1930 tot de bescherming van de maatschappij tegen de abnormalen en de gewoontemisdadigers, vervangen door de wet van 1 juli 1964, B.S., 2 april 1998; het Samenwerkingsakkoord tussen de Federale Staat, de Vlaamse en de Waalse Gemeenschap inzake de begeleiding en behandeling van daders van seksueel misbruik van 8 oktober 1998; de wet van 28 november 2000 betreffende de strafrechtelijke bescherming van minderjarigen, B.S., 17 maart 2001.

DEEL II: ETHISCHE PROBLEMATIEK

Dit deel van onderhavig advies geeft een algemene uiteenzetting van de ethische benadering van het Comité met betrekking tot de gedwongen behandelingen.

De kwestie die ons bezighoudt, wordt, vanuit ethisch oogpunt, gevormd door de spanning die heerst tussen (1) de medische en maatschappelijke plicht om te verzorgen en (2) de risico's, bij behandeling onder dwang, dat de (2.2) autonomie en de (2.3) integriteit van de patiënten worden aangetast. Ook het (2.4) onderscheid en de respectieve grenzen tussen wat toebehoort aan de geneeskunde en de rechterlijke macht spelen in deze kwestie een cruciale rol. Eerst zullen we deze verschillende aspecten van het probleem één voor één onder de loep nemen. Vervolgens bespreken we de (3.1) basisprincipes die het Comité voorstaat inzake gedwongen behandeling bij gedwongen opname. Deze algemene aanpak brengt ons ten slotte tot de analyses en aanbevelingen die in de delen III, IV en V van dit advies worden geformuleerd en die de concrete toepassing vormen van de richtlijnen die in dit deel worden omschreven.

1. Rechtvaardiging van gedwongen behandelingen.

1.1. De plicht om te verzorgen: de patiënt zijn autonomie terugbezorgen

Het behoud, het herstel of het verhogen van de autonomie van de patiënt die door een psychiatrische stoornis werd verzwakt, vormen steeds - rechtstreeks of onrechtstreeks - het hoofddoel en de rechtvaardigingsgrond van gedwongen behandelingen bij gedwongen opname. De gedwongen behandeling is dus slechts gerechtvaardigd als de patiënt door zijn mentale stoornis niet in staat is om vrij en geïnformeerd in te stemmen met de verzorging die noodzakelijk is gezien zijn toestand. Het gaat er om de patiënt die ernstig ziek is en lijdt, alle mogelijke middelen aan te reiken die de geneeskunde hem kan bieden. Hierbij dient men evenwel de eventuele risico's van een tussenkomst van de arts of de rechter goed af te wegen. Het begrip geneeskunde wordt hier beschouwd in de meest ruime zin: d.w.z. *to cure* (genezen), maar ook *to care* (verzorgen); verzorgen betekent inderdaad niet enkel en niet altijd een ziekte genezen. Het is ook het leven van de patiënt verbeteren door hem te helpen zijn gezondheid, voorlopig of duurzaam, te herstellen. We willen hier vooral ook de nadruk leggen op de soms spectaculaire vooruitgang die de laatste vijftig jaar is geboekt in het verbeteren van de vermogens van psychiatrische patiënten, het verzachten van hun pijn en het scheppen van een leefomgeving die hen een helpende hand toesteekt. Uit al deze behandlungs- en verzorgingsmogelijkheden vloeit dan ook de plicht om te handelen in het voordeel van de patiënt.

1.2. Aandacht en bezorgdheid voor kwetsbaarheid

De wil en de plicht om te verzorgen – of het principe goede daden te stellen of hulp te verlenen – is één van de meest fundamentele beginselen van de medische ethiek. Dit principe manifesteert zich in de praktijk, in de omgang en binnen de muren van de medische instellingen in een meer algemene ethische grondstelling, namelijk de aandacht en zorg die de maatschappij alsook de naaste omgeving dient te besteden aan de kwetsbaarheid of broosheid, kenmerkend voor elk individu. Een ziekte, lichamelijk en/of geestelijk, is één van de meest essentiële vormen van deze kwetsbaarheid.

1.3. De solidariteit

Deze vereiste bezorgdheid voor de kwetsbaarheid van het individu vormt ten slotte een van de aspecten van het zeer algemene solidariteitsbeginsel of principe van verantwoordelijkheid (tegenover anderen) dat essentieel is zowel bij rechtstreekse interpersoonlijke relaties (familie, vrienden, enz.) als op het vlak van maatschappelijke, d.w.z. institutionele en anonieme relaties.

Op sociaal-juridisch vlak is dus het recht op gezondheid en op verzorging (en daarmee verband houdend de plicht om te verzorgen) van belang.

1.4. Bescherming van derden

We moeten bovendien verduidelijken dat de persoonlijke en maatschappelijke solidariteit en bezorgdheid alsook de verantwoordelijkheid om te verzorgen aan de orde kunnen zijn, niet enkel tegenover de patiënt zelf, maar ook tegenover derden wanneer de patiënt door zijn ziekte een ernstig gevaar voor hen vormt.

2. Ethische problemen: de voorzichtigheid, geconfronteerd met de bedreigingen voor de autonomie en de integriteit van de patiënten, de grenzen van de democratische (overheids)macht en van de geneeskunde

2.1. De vereiste van voorzichtigheid

In situaties waar een beroep wordt gedaan op de plicht om te verzorgen in die mate dat men een behandeling oplegt zonder de toestemming van de patiënt, is uiterste voorzichtigheid geboden. Niet alleen de geschiedenis, maar ook de situatie in andere landen en zelfs een paar actuele getuigenissen in ons land, tonen een aantal fel betwistbare praktijken die vroeger in de psychiatrie voorkwamen en die zelfs vandaag nog kunnen opduiken: misbruik bij de beslissing tot gedwongen opname of het verder verblijf in de instelling; misbruik of tekortkomingen inzake behandelingen (een te eenzijdige relatie tussen patiënten en verplegend personeel, betwistbare of gebrekkige behandelingen); misbruik of tekortkomingen op het vlak van de levensomstandigheden die men aan de patiënten oplegt (overdreven dwang of buitensporige afzondering, ontterende inactiviteit, enz.).

De plicht om te verzorgen moet dus gepaard gaan met een zo groot mogelijke omzichtigheid, en moet zich voortdurend “aan de tand laten voelen” door andere evenwaardige principes zoals het principe van de instemming met de behandeling, het principe van eerbied voor de integriteit van de patiënt, het principe van onderscheid tussen de instellingen en tussen enerzijds de rechterlijke, en anderzijds de medische logica.

2.2. De vereiste van de toestemming

In de eerste plaats vormen gedwongen behandelingen vanuit ethisch standpunt een probleem daar zij geschieden zonder de vrije en geïnformeerde toestemming van de patiënt. De toestemming is een basisvoorwaarde en tegelijk één van de meest fundamentele beginselen van de medische ethiek. Verder in deze tekst gaan we dieper in op de criteria waaraan de gezondheidstoestand van de patiënt moet voldoen opdat men hem zonder zijn toestemming zou kunnen behandelen; we willen eerst meer uitleg geven over de betekenis van deze toestemmingsvereiste, meer bepaald om ze te kunnen begrijpen in een ruimere context.

2.2.1. De toestemming beperkt zich niet tot de beslissing zelf waarmee de patiënt zich akkoord verklaart om de behandeling te starten; deze toestemming moet eerder beschouwd worden als een factor die voortdurend structuur brengt in de relatie tussen de patiënt, het verplegend personeel en de medische instelling. Deze relatie kan beschouwd worden als een zuiver medische relatie aangezien het hier, in principe, gaat om een bilaterale relatie waarin twee partners normaliter en uiteraard elk op een verschillende manier optreden. De arts behandelt. De patiënt van zijn kant heeft medische verzorging nodig, geeft zijn toestemming en werkt mee. Op die manier heeft de patiënt actief deel aan zijn behandeling en werkt hij zijn genezing in de hand. Beide partners moeten ook openstaan voor elkaar: indien de patiënt instemt met de behandeling die de arts

voorstelt en zich daar ook aan houdt, zal de behandelende arts van zijn kant echt rekening moeten houden – zowel in de diagnose als in de behandeling – met de verwachtingen, plannen, reacties en gevoelens van de patiënt, en dit gedurende heel de behandeling. In deze context is het dus begrijpelijk dat we te maken hebben met een ethisch probleem wanneer er geen toestemming is. In een dergelijke situatie verdwijnt immers de structuur die normaal vervat ligt in de relatie tussen arts en patiënt. Het risico is dan ook groot dat deze relatie afglijdt naar een unilaterale relatie waarin de patiënt enkel maar ondergaat en de behandelende arts in zijn eentje beslist en handelt.

2.2.2. Het principe van de toestemming is geenszins een regel die louter van toepassing is in de medische praktijk: dit beginsel is de vertolking in de geneeskunde van de meest fundamentele ethische, juridische en politieke principes. Het is eerst en vooral een uiting in de medische praktijk van het autonomiebeginsel. Zelfs al kan men de hier aangehaalde begrippen op vele manieren interpreteren, toch bestaat er een ruime consensus over wat men dient te verstaan onder de term autonomie. De autonomie van een persoon staat gelijk met het vermogen en het recht over zichzelf te beschikken d.w.z. het individu bepaalt zelf zijn leven, zowel in zijn dagdagelijkse handelingen als in de beslissingen en de keuzes die hij maakt. Deze autonomie maakt deel uit van de essentiële bestanddelen van de menselijke waardigheid.

2.2.3. We merken eveneens op dat de toestemmingsvereiste meer bepaald een concretisering vormt van het gelijkheidsbeginsel. Gelijkheid tussen individuen vereist immers dat alle personen die betrokken zijn bij een situatie, een relatie of een praktijk deelnemen aan datgene wat hen aangaat en dit op een zo groot mogelijke voet van gelijkheid. Deze vereiste blijft gelden zelfs al is deze deelname verschillend en zijn de relaties asymmetrisch, zoals in de relatie patiënt-verzorger. Deze gelijkheid impliceert dat de patiënt niet mag beschouwd worden als een voorwerp van verzorging dat enkel de handelingen van het verzorgend personeel (enige actoren in een dergelijke relatie) ondergaat.

2.3. Het respect voor de integriteit

Een andere moeilijkheid of risico dat verband houdt met gedwongen behandelingen heeft betrekking op een ander aspect van de autonomie en waardigheid van de patiënt, namelijk zijn integriteit. Zijn fysieke maar vooral ook zijn psychische en existentiële integriteit. Ook aan dit begrip geeft men talrijke interpretaties en niet iedereen legt dezelfde accenten. Toch kunnen we de integriteit omschrijven als datgene wat een individu een concrete innerlijke samenhang en een eigen identiteit bezorgt. Het is de cohesie of de coherentie – die vanzelfsprekend altijd in beweging en nooit af is – van een fysieke, psychische, existentiële persoonlijkheid. De vereiste om de integriteit van het individu te eerbiedigen speelt een centrale rol in de medische ethiek. Deze vereiste wint bovendien aan belang omdat de geneeskunde steeds meer mogelijkheden ter beschikking heeft om in te grijpen in de diverse aspecten die deel uitmaken van het bestaan en de persoonlijkheid zelf van het individu.

Maar in vergelijking met de zuiver somatische behandelingen, onderscheiden de psychiatrische behandelingen zich vooral door het feit dat ze niet (of niet alleen) willen inwerken op een fysieke toestand of op een fysiologische functie, maar rechtstreeks of onrechtstreeks willen inwerken op een soort houding of gedrag, op de verhouding tot zichzelf, tot de anderen en tot de wereld, kortom, op de manier van zijn die eigen is aan de patiënt. Bovendien verandert de opname in een psychiatrisch ziekenhuis - zeker als deze wordt verlengd, zoals voor een aantal “chronische” patiënten – in belangrijke mate de levensloop van een individu. En deze levensloop vormt zijn identiteit. Om deze redenen staat, in de gevallen die ons bezighouden, de integriteit van de patiënt op het spel en wel op een heel bijzondere manier – de patiënt is namelijk niet in

staat om in te stemmen met de voorgestelde behandeling op een moment dat deze behandeling moet worden gestart.

2.4. De grenzen van de geneeskunde en de rechterlijke macht

Niet alleen het feit dat de patiënt niet in staat is zijn toestemming te geven, maakt de gedwongen behandelingen in het raam van de wet zo specifiek. Deze specificiteit zit vooral ook in het feit dat de medische behandeling wordt uitgevoerd in het kader van een beslissing en een verplichting vanwege een rechter. Elke medische praktijk past uiteraard in een welbepaald cultureel en sociaal kader, maar in de gevallen die ons bezighouden neemt dit kader de bijzondere vorm aan van een rechterlijke procedure en verplichting (d.w.z. uitvoerbaar onder dwang). Deze opeenstapeling van de geneeskunde en de rechterlijke macht houdt een aantal aanzienlijke risico's in voor elk van de aanwezige instellingen of sferen.

2.4.1. De democratie stoelt, onder andere, op een vrij duidelijke scheiding tussen de private en publieke sfeer, met een beperking van de prerogatieven van de politieke macht en een autonomisering van de private sfeer. Normaal behoort het verlenen van medische hulp aan individuen uitsluitend tot deze private sfeer. Wanneer geneeskundige verzorging wordt opgelegd door een rechterlijke instelling is het risico reëel dat de grenzen van de openbare macht en de private sfeer – kenmerkend voor een democratie – door elkaar lopen. Als we meer bepaald inzoomen op het statuut van de patiënt dan stellen we vast dat dit verschuift van het statuut van een burger die op gelijke voet staat met de anderen - in de veronderstelling dat hij zelf in staat is zijn eigen leven te leiden en dat recht zelf kan uitoefenen - naar een statuut van de patiënt wiens voogdij (d.w.z. het toezicht dat men op hem uitoefent en de medische hulp die men hem verleent) wordt opgedrongen door de maatschappelijke macht.

2.4.2. Tegelijk bestaat ook het gevaar dat de medische relatie, praktijk en instelling gewoonweg worden geïnstrumentaliseerd door de maatschappelijke macht ten voordele van een aantal doelstellingen van openbare orde of veiligheid. Op die manier wijken ze af van hun wezenlijke functie die erin bestaat elke patiënt te verzorgen en waarbij het welzijn van deze patiënt centraal staat.

2.4.3. Deze mogelijke instrumentalisering van de geneeskunde door het gerecht kan worden vastgesteld in het kader van politieke strategieën (zoals deze die werden toegepast in bepaalde landen waar men politieke tegenstanders “psychiatriseerde”); deze instrumentalisatie kan ook worden misbruikt ten dienste van andere logica's of ter aanvulling van andere instituties: bijvoorbeeld, gerechtelijke instituties (men medicaliseert terwijl men eigenlijk zou moeten sanctioneren: *cfr.* Het geval van een verslaafde die een diefstal pleegt), of sociale instituties (men vraagt de gedwongen opname van een gewelddadige echtgenoot van wie men niet durft scheiden; men riskeert marginalen op te sluiten, met als alibi dat ze niet beschikken over een bad of verwarming). Het comité vestigt hier de aandacht op het feit dat de toenemende toevlucht tot de geneeskunde, meer bepaald de psychiatrie, in de lijn ligt van een logica van desocialisatie: de geneeskunde behandelt inderdaad personen en situaties op afzonderlijke basis terwijl deze moeilijkheden hadden kunnen worden opgevangen door collectieve en niet-medische hulp en maatregelen. Tot slot zou men ook geneigd kunnen zijn steeds een beroep te doen op de almacht die men zich inbeeldt van en toeschrijft aan de geneeskunde. Alsof de rol van de geneeskunde erin bestaat een oplossing aan te reiken voor de gevaren, mislukkingen, spanningen, beperkingen die eigen zijn aan de maatschappij en de mens. Tegenover deze neiging is het misschien goed om eraan te herinneren dat men niet mag beweren dat men alles kan behandelen via de geneeskunde. Men moet dus aanvaarden dat men in het leven en in de maatschappij kan

geconfronteerd worden met situaties of personen “met problemen” of “die een probleem vormen”.

3. Ethische discussie: hoe kunnen we het respect voor de autonomie en de integriteit verbinden met het verlenen van bijstand en hulp, en met dwang?

Het ethisch probleem bestaat erin de verschillende principes die we zopas hebben uiteengezet met elkaar te verbinden; hoewel ze niet afzonderlijk van elkaar kunnen worden toegepast, zijn er toch spanningen tussen deze principes.

Het Comité streefde in dat verband de volgende doelstellingen na:

- a) Het zo nauwkeurig mogelijk bepalen van de criteria die moeten toelaten om de situaties te identificeren waarin de behandelingsplicht het haalt op de toestemmingsvereiste;
- b) Het zoeken naar en duidelijk omschrijven van de middelen die, in dergelijke gevallen, een optimaal evenwicht tot stand brengen tussen verschillende relevante ethische principes: tussen bezorgdheid en respect, tussen bijstand en autonomie, tussen het ingrijpen en de integriteit;
- c) Het zoeken naar de beste koppeling tussen het medisch instituut en het rechterlijk instituut, en wel op een zodanige manier dat zij elk, volgens de logica van de democratie, hun eigen rol kunnen blijven spelen.

3.1. Koppeling van de principes van autonomie en bijstand

3.1.1. Leidende gedachten

De zoektocht naar de beste koppeling van deze twee principes zal worden bepaald door een aantal leidende gedachten:

- a) Er is eerst en vooral de basisregel van de medische praktijk die de toestemming impliceert en in de eerste plaats, zoveel mogelijk, de integriteit van de patiënt wil respecteren en hem zijn autonomie wil terugbezorgen. Deze basisregel blijft gelden als referentie en van hieruit dient de hele behandeling gestuurd te worden, zelfs in de gevallen waar de patiënt, in het begin en/of op bepaalde punten, *de facto* niet in staat is om een vrije en geïnformeerde toestemming te geven;
- b) Het feit van de gedwongen behandeling verleent de verzorgers niet meer vrijheid, maar geeft hen meer verantwoordelijkheid. De verzorgers zullen zich meer moeten bekommeren om de integriteit van de patiënt (aangezien deze laatste minder in staat is om daar zelf over te waken). Bijgevolg legt de gedwongen behandeling striktere therapeutische beperkingen op dan in normale gevallen. Maar tevens vereist ze een nauwgezetere voorzichtigheid en respect.

3.1.2. Bijstand en respect

De eerbied voor de autonomie (en dus voor de waardigheid) van de patiënt beperkt zich niet tot het vragen van een toestemming in het begin van de behandeling, en verdwijnt geenszins indien deze toestemming ontbreekt. Zelfs al wordt de patiënt onder dwang behandeld dan nog moet men zijn capaciteiten respecteren; (a) er is immers (bijna) altijd sprake van een potentieel, partieel, progressief toestemmingvermogen van de patiënt dat hem tot op zekere hoogte in staat stelt om zijn toestemming te verlenen en naar deze elementen moet men steeds nauwgezet op zoek gaan, ze verdienen ook respect, in elke fase van de behandeling; (b) en men dient vooral voor ogen te houden dat men met de behandeling nu juist deze potentiële, partiële, progressieve autonomie zo veel mogelijk wil herstellen of vrijwaren. Dit betekent concreet dat er tussen de volledige medewerking en de zuivere dwang een hele waaier bestaat van relationele en institutionele middelen. Het feit dat er aanvankelijk geen toestemming was, wat aanleiding gaf tot de rechterlijke beslissing, bepaalt niet definitief de verdere richting en ontwikkeling van deze relaties: het verzorgend personeel moet namelijk gedurende de hele behandeling trachten zoveel

mogelijk te overleggen met de patiënt en zoeken naar een maximale eensgezindheid met deze laatste. We kunnen dus uitgaan van het grondbeginsel dat men in de mate van het mogelijke de patiënt, zelfs al is deze gedwongen opgenomen, moet behandelen alsof hij in staat was om zijn toestemming te geven: dit impliceert dat men voortdurend inspanningen moet leveren om de patiënt te informeren en te overtuigen. Dit principe houdt tevens in dat men het nodige geduld en aandacht moet opbrengen om de evolutie van de patiënt te volgen en voortdurend en oprecht rekening moet houden met zijn standpunt. Concrete aanbevelingen in dit verband worden geformuleerd in deel IV van dit advies.

3.1.3. Plicht tot terughoudendheid

Anderzijds legt deze situatie van dwang de verantwoordelijkheid bij de verzorgers, terwijl deze normaliter gedeeld wordt tussen verzorgers en patiënt : deze extra verantwoordelijkheid houdt tevens in dat men extra voorzichtig moet zijn. Dit betekent dat men verplicht wordt om inzake behandelingen waakzaam te blijven. Ook is een buitengewone aandacht vereist voor de integriteit van de patiënt en het respecteren ervan:

- a) In een situatie onder dwang, zijn enkel de psychiatrische behandelingen legitiem die betrekking hebben op de ziekte die aanleiding heeft gegeven tot de gedwongen opname;
- b) De behandeling van andere pathologieën vereist de geïnformeerde toestemming van de patiënt, tenzij de aandoening van dien aard is dat de fysieke integriteit van de patiënt in gevaar brengt (bijvoorbeeld een acute ontsteking, een zware hypertensie, een hartinfarct), en de weigering van behandeling verband houdt met zijn psychiatrische pathologie. De behandeling van voorafbestaande pathologieën, die de patiënt eerder heeft geweigerd (vóór het optreden van zijn psychiatrische aandoening), kunnen niet zonder zijn toestemming worden ondernomen. Men dient de behandelingen te beperken rekening houdend met de beperkte duur van de dwangmaatregel van de rechter;
- c) Men dient zich te beperken tot therapieën die als doeltreffend worden beschouwd door een overgrote meerderheid van de artsen.

3.1.4. Respect voor de levensomstandigheden

De levensomstandigheden die men oplegt aan een patiënt die in een instelling wordt opgenomen, maken deel uit van de verzorging in de meest ruime zin. Ook op dit gebied moet men streven naar de toestemming van de patiënt, de nodige voorzichtigheid en waakzaamheid aan de dag leggen. Kortom, dezelfde principes die worden toegepast op de zuiver therapeutische maatregelen blijven ook hier gelden. In het bijzonder de concrete dwangmaatregelen (verbodsbepalingen of verplichtingen) die betrekking hebben op de activiteiten, tijdschema's, relaties, het communiceren, enz. moeten zoveel mogelijk worden beperkt en duidelijk worden gemotiveerd: de vrijwel onbegrensde macht van het verzorgend personeel, de infantiliserende, soms zelfs vernederende maatregelen vormen reële risico's voor de psychiatrische geneeskunde in het raam van een gedwongen behandeling. Ook hier weer mag men de situatie van een gedwongen opname niet beschouwen als een uitbreiding van de vrijheid van de verzorgers. De gedwongen opname brengt voor hen echter wel een grotere verantwoordelijkheid met zich mee: het komt er immers steeds op aan de waardigheid, de autonomie, de eigen verantwoordelijkheid en de integriteit van de patiënt te respecteren en te bevorderen.

Dit is vanzelfsprekend een moeilijk punt. We nemen het voorbeeld van een tijdschema waaraan de patiënt zich moet houden: is dat een middel om de patiënt te helpen zijn gedrag en houding te herstructureren of wil men ervoor zorgen dat hij zich onderwerpt aan de regels van de instelling ? Of nog: Als men de patiënt vrijlaat om niets te doen, respecteert men daarmee zijn autonomie of getuigt dit eerder van een misprijzen voor zijn waardigheid aangezien men hem passief laat zijn? Vanuit een ethische waakzaamheid moet men dus steeds deze vragen stellen en bijgevolg de bepalingen die aan gedwongen opgenomen en behandelde patiënten worden opgelegd regelmatig

met een kritisch oog opnieuw bekijken, weliswaar in samenspraak met alle betrokken personen.

3.2. Koppeling van de geneeskunde en de rechterlijke macht

Het verband tussen een medische relatie en rechterlijke dwang vereist beschikkingen die elke verwarring tussen beide terreinen (geneeskunde en rechterlijke macht) vermijden en ervoor zorgen dat hun respectieve rol (verzorgen, behandelen/dwingen, verplichten) zo duidelijk mogelijk uit elkaar wordt gehouden. Men moet nadenken over de moeilijkheden die verband houden met het feit dat het verzorgend personeel in het algemeen, en de geneesheer-directeur van de instelling aan wie de patiënt werd toevertrouwd in het bijzonder, een dubbele rol spelen: die van therapeuten en die van “bewakers” die een rechterlijke beslissing uitvoeren die hen heel wat macht verleent over de patiënt en diens levensomstandigheden. Door deze dubbele rol (en het gewicht van het doktersadvies in de beslissing om de gedwongen opname te verlengen) dreigt het onderscheid tussen de medische praktijk en het rechterlijke instituut te vervagen. Daarom lijkt het noodzakelijk om maatregelen uit te werken en te implementeren die structuur brengen in de therapeutische relatie onder dwang en wel op een andere manier dan deze van een zuiver asymmetrische confrontatie tussen de arts en de patiënt.

Deze maatregelen zouden erin kunnen bestaan om een derde persoon te introduceren in de relatie tussen de arts en de patiënt. Hiermee reikt men de patiënt (en ook zijn advocaat) meer mogelijkheden aan om zich op een systematische manier door een vertrouwenspersoon te laten vertegenwoordigen zowel bij de arts als bij de rechter.

Deze regeling zou bovendien een uitleg kunnen vormen van de regels die een instelling aan een patiënt oplegt, en dit met de bedoeling om elke willekeur op dat vlak te vermijden.

DEEL III DE WET VAN 26 JUNI 1990 BETREFFENDE DE ‘BESCHERMING VAN DE PERSOON VAN DE GEESTESZIEKE’ (B.S., 27 JULI 1990)

1.- Het wettelijk kader

1.1. De *cumulatieve gronden* voor een gedwongen opname.

De gronden die een gedwongen opname rechtvaardigen staan omschreven in art. 2:

- De patiënt moet lijden aan een geestesziekte (in artikel 1 wordt de term ‘psychische stoornissen’ gebruikt).² Dit begrip wordt niet verder in detail beschreven² De wet verduidelijkt evenwel dat de onaangepastheid aan de zedelijke, maatschappelijke, religieuze, politieke of andere waarden op zichzelf niet als een geestesziekte mag worden beschouwd;
- Geen enkele andere geschikte behandeling is mogelijk;
- De gedwongen opname van een geesteszieke kan om twee redenen worden vereist: hetzij omdat de betrokken persoon “zijn gezondheid en zijn veiligheid ernstig in gevaar brengt”, hetzij omdat hij “een ernstige bedreiging vormt voor andermans leven of integriteit”.

1.2. De *procedure* (normale en spoedeisende).

De normale procedure (artikelen 4-8) — Iedere belanghebbende kan een verzoekschrift indienen bij de vrederechter om een opneming ter observatie te vragen van een andere persoon. Bij dit verzoekschrift moet een omstandig geneeskundig verslag worden gevoegd dat op basis van een onderzoek dat ten hoogste vijftien dagen oud is, de gezondheidstoestand beschrijft van de persoon wiens opneming ter observatie wordt gevraagd. Het verzoekschrift moet eveneens de symptomen van de ziekte beschrijven en vaststellen dat is voldaan aan de voorwaarden bepaald in artikel 2. De arts die het geneeskundig verslag opstelt mag geen bloed- of aanverwante van de zieke of de verzoeker zijn. De geneesheer mag bovendien niet verbonden zijn aan de psychiatrische dienst waar de zieke zich in voorkomend geval bevindt. Bij ontvangst van het verzoekschrift verzoekt de vrederechter de stafhouder van de Orde van advocaten of het bureau voor juridische bijstand om onverwijld een advocaat aan te wijzen. Binnen vierentwintig uur bepaalt de vrederechter de dag en het uur van zijn bezoek aan de persoon wiens opneming ter observatie wordt gevraagd, alsook de dag en het uur van de zitting.

Binnen dezelfde termijn wordt de zieke (en, in voorkomend geval, diens wettelijke vertegenwoordiger) bij gerechtsbrief in kennis gesteld van het verzoekschrift. Deze brief moet de naam en het adres vermelden van de aangestelde advocaat en preciseert bovendien dat de zieke het recht heeft een andere advocaat, een geneesheer-psychiater en een vertrouwenspersoon te kiezen.

Tijdens de zitting hoort de vrederechter de zieke en alle andere personen die hij dienstig acht te horen en dit in aanwezigheid van de advocaat van de zieke. Bovendien moet hij alle nuttige inlichtingen van medische en sociale aard verzamelen.

De vrederechter doet uitspraak bij omstandig gemotiveerd vonnis binnen tien dagen na de indiening van het verzoekschrift.

Indien de vrederechter het verzoek tot opname inwilligt, wijst hij de psychiatrische dienst aan waarin de zieke ter observatie wordt opgenomen.

² De term geestesstoornis dekt geestesziekten, mentale handicaps en persoonlijkheidsstoornissen. De commissie refereert aan het begrip geestesstoornis beschreven in de *International Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth revision* (ICD10) van de Wereldgezondheidsorganisatie (1992) of aan de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth edition* (DSM IV) van de *American Psychiatric Association* (1994).

De spoedeisende procedure (art. 9) — Deze procedure verloopt eerst via de procureur des Konings van de plaats waar de zieke zich bevindt. In spoedeisende gevallen kan de procureur beslissen dat de zieke ter observatie wordt opgenomen in de psychiatrische dienst die hij aanwijst.

De procureur treedt op, hetzij na het schriftelijk advies van een door hem aangewezen geneesheer, hetzij op schriftelijk verzoek van een belanghebbende (dit verzoek moet vergezeld gaan van een omstandig geneeskundig verslag). Het advies of het verslag moeten het spoedeisende karakter aantonen.

Binnen vierentwintig uur na zijn beslissing geeft de procureur daarvan kennis aan de bevoegde vrederechter en dient bij hem het verzoekschrift in. Binnen dezelfde termijn stelt de procureur de volgende personen in kennis van zijn beslissing: de zieke, (in voorkomend geval) zijn wettelijke vertegenwoordiger, de persoon bij wie de zieke verblijft en (in voorkomend geval) de belanghebbende die het verzoekschrift aan de procureur heeft gericht.

Vervolgens moet de vrederechter dezelfde procedure volgen die staat beschreven in ‘de normale procedure’ (een advocaat doen aanwijzen, de dag en het uur vaststellen van het bezoek aan de zieke en van de zitting, enz.).

Indien de procureur het verzoekschrift niet binnen vierentwintig uur aan de vrederechter heeft gericht of indien de vrederechter geen beslissing heeft genomen binnen tien dagen na de indiening van het verzoekschrift, vervalt de door de procureur des Konings getroffen maatregel.

1.3. Verder verloop, eens de patiënt gedwongen is opgenomen

De modaliteiten met betrekking tot de opname, het eventuele verdere verblijf in de instelling en het einde van de opname worden bepaald in de artikelen 10 tot 21.

De (initiële) opname (artikelen 10-12).

De opneming ter observatie mag niet langer duren dan veertig dagen.

De gedwongen opgenomen patiënten kunnen, “op grond van een beslissing van een geneesheer van de dienst en onder diens gezag en verantwoordelijkheid”, voor beperkte tijd, alleen of onder begeleiding, uitgaan. Het kan ook zijn dat zij deeltijds in de instelling verblijven (overdag of ’s nachts).

Het is mogelijk dat de opneming ter observatie ten einde loopt vóór het verstrijken van de termijn van veertig dagen, indien dat wordt beslist door:

- hetzij (zelden) de vrederechter die de beslissing tot opneming ter observatie heeft genomen (het vonnis wordt gewezen op verzoek van de zieke of van enige belanghebbende). Het advies van de geneesheer-diensthof wordt steeds gevraagd;
- hetzij (zelden) de procureur des Konings die de beslissing tot opneming ter observatie heeft genomen, zolang de vrederechter niet heeft beslist;
- hetzij (meestal) de geneesheer-diensthof die in een gemotiveerd verslag vaststelt dat de toestand van de zieke de gedwongen opname niet langer rechtvaardigt. Hij moet dit meedelen aan de zieke en aan de directeur van de instelling. Deze laatste verwittigt op zijn beurt de volgende personen: de magistraat die de beslissing heeft genomen, de vrederechter voor wie de zaak aanhangig is, de procureur des Konings en de persoon die om de opneming ter observatie heeft verzocht.

Het (eventueel) verder verblijf in de instelling (artikelen 13-18).

Indien het verder verblijf in de instelling nodig blijkt na het verstrijken van de observatieperiode

van veertig dagen, moet de directeur van de instelling aan de vrederechter een omstandig verslag van de geneesheer-diensthofd bezorgen. Dit verslag moet de noodzaak van verder verblijf bevestigen en moet ten minste vijftien dagen vóór het verstrijken van deze veertig dagen bij de vrederechter aankomen.

De vrederechter stelt de duur vast van het verder verblijf, die de twee jaar niet te boven mag gaan. De zieke kan aan een geneesheer van zijn keuze vragen om een schriftelijk advies op te stellen, dit conform art. 13: “Wanneer de zieke het schriftelijk advies van een geneesheer van zijn keuze heeft overlegd en dit advies verschilt van dat van de geneesheer-diensthofd, hoort de rechter, in tegenwoordigheid van de advocaat van de zieke, de geneesheren op tegenspraak”.

Na afloop van het verder verblijf ontslaat de directeur van de instelling de zieke, behalve indien is gevonnen dat hij voor een nieuwe periode (van maximum twee jaar) in de instelling zal worden gehouden. Zoals bij de eerste opname, kan de zieke gedurende het verder verblijf de toelating krijgen om naar buiten te gaan voor beperkte tijd, alleen of onder begeleiding, op grond van de beslissing van een geneesheer van de dienst en onder diens gezag en verantwoordelijkheid.

De geneesheer-diensthofd kan op elk moment, in een gemotiveerd verslag en met instemming van de zieke, een beslissing nemen tot nazorg buiten de instelling. Deze nazorg mag ten hoogste één jaar duren. De voorwaarden inzake verblijfplaats, geneeskundige behandeling of maatschappelijke hulpverlening moeten in dergelijk geval eveneens worden bepaald. De geneesheer-diensthofd kan te allen tijde beslissen de nazorg te doen eindigen (indien hij oordeelt dat de toestand van de zieke het toelaat) of besluiten dat de zieke opnieuw in de instelling zal worden opgenomen (indien hij oordeelt dat de toestand van de zieke dit vereist of omdat de voorwaarden van de nazorg niet in acht werden genomen).

Gedurende het verder verblijf kan de zieke worden overgebracht naar een andere psychiatrische dienst. De geneesheer-diensthofd moet de beslissing nemen in overeenstemming met de geneesheer-diensthofd van de andere dienst, hetzij op eigen initiatief, hetzij op verzoek van enige belanghebbende, hetzij op verzoek van een bevoegde geneesheer-inspecteur.

De beslissing van overbrenging moet aan de zieke worden meegedeeld. De zieke kan tegen deze beslissing in verzet gaan (zijn wettelijke vertegenwoordiger, zijn advocaat of zijn geneesheer kunnen zich hiertegen ook verzetten).

Einde van het verder verblijf (artikelen 19-21).

De geneesheer-diensthofd kan, uit eigen beweging of op verzoek van enige belanghebbende, beslissen dat het verder verblijf van de zieke niet langer nodig is. Deze beslissing moet worden gemotiveerd in een verslag.

De maatregel van verder verblijf wordt eveneens opgeheven indien binnen één jaar nazorg niet tot wederopneming is besloten.

De persoon die de opneming ter observatie heeft gevraagd, kan binnen vijf dagen na toezending van de aangetekende brief waarin wordt meegedeeld dat de geneesheer-diensthofd het verder verblijf niet langer nodig acht, tegen die beslissing verzet doen, bij verzoekschrift gericht aan de bevoegde vrederechter.

*1.4. Wat stelt de wet over **gedwongen behandeling**?*

Een van de gronden voor gedwongen opname bepaalt dat geen enkele “andere geschikte behandeling” mogelijk is (cf. supra: art. 2), wat erop wijst dat de wetgever de gedwongen opname beschouwt als een instrument dat gericht is op de behandeling van de zieke.

Anderzijds verwijst de wet voortdurend naar een opname met observatie als doel (zie titel van Afdeling I, art. 4, art. 5, art. 7, art. 8, art. 9, art. 12 en art. 13). In de artikelen 11 en 12, heeft men het over “de opname ter observatie”.

Artikel 11 stelt in hoofdzaak: “De observatie mag niet langer duren dan veertig dagen. Gedurende deze periode wordt de zieke bewaakt, grondig onderzocht en behandeld met inachtneming van de beperkte duur van de maatregel”. Artikel 15, met betrekking tot het verder verblijf in de instelling, verduidelijkt dat “de zieke wordt bewaakt en behandeld”. Artikel 18, dat het heeft over de overbrenging naar een andere dienst, bepaalt dat gedurende het verder verblijf de zieke naar een andere psychiatrische dienst kan worden overgebracht “met het oog op een meer geschikte behandeling”.

1.5. Rechtsmiddelen

Zowel de zieke (zelfs al is deze minderjarig) als zijn wettelijke vertegenwoordiger of zijn advocaat, evenals alle partijen in het geding, kunnen hoger beroep instellen tegen de vonnissen gewezen door de vrederechter. De termijn van hoger beroep is vijftien dagen te rekenen vanaf de kennisgeving van het vonnis.

In hoger beroep, worden de procureur des Konings en de zieke (bijgestaan door een advocaat en, in voorkomend geval, door de geneesheer-psychiater van zijn keuze) gehoord.

1.6. Gedwongen opname in de *praktijk*: enkele epidemiologische gegevens

Elk jaar worden in België ongeveer 4000 psychiatrische patiënten gedwongen opgenomen, wat overeenkomt met 5,34% van het totaal aantal psychiatrische opnamen. In 1998, het meest recente jaar waarover we over volledige gegevens beschikken, registreerden we 3.945 gedwongen opnamen tegenover 73.855 vrijwillige psychiatrische opnamen. Het betreft hier 63% mannen en 37% vrouwen. Voor de vrijwillige opnamen is de verhouding tussen mannen en vrouwen gelijk (50%-50%). In 80% van de gevallen werd de spoedeisende procedure toegepast, de basisprocedure slechts in 20% van de gevallen. Er is geen verschil tussen vrijwillige psychiatrische opnamen en gedwongen opnamen met betrekking tot de volgende sociologische variabelen: ‘opleidingsniveau’ en ‘type onderwijs’. Onder de gedwongen opgenomen patiënten vinden we meer personen die geen baan hebben (een verschil van 10%) en geen beroep uitoefenen (een verschil van 6,5%).

De meest voorkomende psychiatrische diagnoses bij gedwongen opgenomen personen zijn: psychotische stoornissen (40,5%), verslavingsproblematiek (22%), stemmingsstoornissen (13%), persoonlijkheidsstoornissen (4,6%) en acute aanpassingsstoornissen (3,8%). Een overweldigende meerderheid van de psychoses liggen in de logica van de maatregel. Wat de verslavingsproblematiek betreft, is de kwestie ingewikkelder. Sommigen beschouwen toxicomanie niet als een “geestesstoornis”. Zij zijn van oordeel dat men enkel kan spreken over een “geestesstoornis” als de oorzaken of gevolgen van toxicomanie een psychiatrische stoornis vormen.

De grootste groep gedwongen opgenomen patiënten is tussen de 19 en de 34 jaar oud (44%). Maar ook in de leeftijdscategorie van 35 tot 54 jaar bevinden zich heel wat gedwongen opgenomen patiënten (36%). Opvallend is het geringe aantal 75-plussers die gedwongen worden opgenomen (2%) en het stijgende aantal minderjarigen tussen 15 en 18 jaar.

We kunnen het verschil van behandeling tussen psychiatrische gedwongen opnamen en vrijwillige opnamen als volgt schematiseren (verschil van minstens één standaardafwijking): meer gevallen van uitgaansverbod, strengere bewaking in de isoleerkamer, verhoogd toezicht op het risico op zelfmoord en levensongevallen, meer medisch-juridisch overleg, meer maatschappelijke begeleiding, vaker toedienen van antipsychotische medicijnen, minder antidepressiva en minder vaak een beroep doen op groepspsychotherapie.

In ongeveer de helft van de psychiatrische gedwongen opnamen wordt een verlenging van de maatregel gevraagd en in meer dan 90% van de gevallen wil de vrederechter het verzoek in. Iets minder dan de helft van de gedwongen opgenomen patiënten wordt geconfronteerd met een wederopname tijdens de nabehandelperiode.

Sinds 1993 merken we een stijging op van het aantal patiënten dat hoger beroep aantekent tegen het vonnis van hun opname ter observatie (van 0,4% in 1993 tot 3% in 1998).

2. Bespreking : De voorwaarden voor een gedwongen opname

Met het oog op een evaluatie vanuit ethisch standpunt, onderzoekt het comité hieronder eerst de wettelijke voorwaarden voor een gedwongen opname: (1) de aanwezigheid van een geestesziekte en (2) een gevaar voor de patiënt of voor anderen, (3) en de onmogelijkheid om te behandelen zonder gedwongen opname. Dit onderzoek zal worden uitgewerkt op basis van de principes die in het begin van dit advies werden uiteengezet (zie deel II,1): de legitimiteit van een gedwongen behandeling berust op de maatschappelijke en medische plicht om zoveel mogelijk de patiënt zijn autonomie terug te bezorgen, een autonomie die aangetast wordt door zijn ziekte.

Om te beginnen brengen we hier in herinnering dat zowel de interpretatie als de toepassing van de wet van 1990 moeten worden bekeken in het licht van de idee die de grondslag heeft gevormd voor het opstellen van deze wet, namelijk de wens om misbruiken te vermijden die de praktijk van de “collocatie” in het verleden kenmerkten.

2.1. Geestesstoornis

De aanwezigheid van een geestesstoornis vaststellen is essentieel, aangezien dit impliceert dat de patiënt niet in staat is om een geïnformeerde toestemming te geven; maar deze beoordeling is uiteraard vaak problematisch. Toch is het belangrijk dat we deze voorwaarde stellen om een gedwongen opname te rechtvaardigen. Zo vermijden we immers dat de psychiatrie een functie krijgt toegekend van zuivere maatschappelijke normalisering. In die zin beschouwen de psychiatrie, de wet en de rechtspraak louter excentrieke of maatschappelijk weinig geïntegreerde gedragingen niet als geestesziekte (cf. art. 2, par. 2 van de wet van 1990).

Het comité vestigt de aandacht op het feit dat deze psychiatrische vaststelling enkel een dwangmaatregel kan rechtvaardigen indien deze het resultaat is van een zo diepgaand mogelijk onderzoek en indien ze op een zo gewetensvolle manier wordt geschraagd. Zelfs indien betrokkene een reëel en ernstig gevaar vormt, voor zichzelf of voor de anderen, volstaat dit niet om een gedwongen opname te rechtvaardigen. Het bewijs moet geleverd worden dat betrokkene geestesziek is.:

(a) Indien er sprake is van een gevaar voor betrokkene zelf, moet de bijstandsplicht, wanneer geen mentale stoornis werd vastgesteld, zich laten beperken door de noodzaak van de eerbiediging van de eigen vrijheid en integriteit. Het is gevaarlijk om de plaats in te nemen van anderen als het gaat om het in eigen handen nemen van zijn lot: hier hebben we te maken met een, soms dramatische, beperking van de solidariteit, op welk niveau dan ook: familiaal, vriendschappelijk, maatschappelijk.

(b) Indien betrokkene een bedreiging vormt voor de anderen en er geen verband bestaat tussen dit

gevaar en een “geestesziekte”, kan men geen beroep doen op de geneeskunde. In dat geval zal men de hulp moeten inroepen van de adequate maatschappelijke structuren die de wederzijdse veiligheid van de burgers beogen. Bij conflictsituaties, meer bepaald familiale conflicten, moeten de politie, de sociale diensten en het gerecht tussenbeide komen en dus niet noodzakelijk en niet uitsluitend de arts met een batterij tranquillizers.

2.2. Gevaar voor zichzelf of voor de anderen

(a) Het gebruik van de begrippen gevaarlijkheid en risico is uitermate delicaat: het zijn variabelen die maatschappelijk worden bepaald; de beoordeling van deze termen wordt trouwens overgelaten aan de rechter en aan de experts die hij raadpleegt. Daarom moet men voorzichtig zijn en het volgende feit voor ogen houden: er bestaat een grote culturele grensgebonden veranderlijkheid tussen wat men verstaat onder een zuiver delict en een pathologiegebonden gevaarlijkheid, tussen wat valt onder de bevoegdheid van de rechter en onder die van de arts. Men kan onmogelijk ontsnappen aan deze culturele relativiteit van de beoordeling van het begrip gevaarlijkheid; maar men kan en moet zich niet kritiekloos laten opsluiten in het kader van wat gewoonweg de eerste uitdrukking zou zijn van dit “gezond verstand”.

(b) Niettegenstaande de moeilijkheden om deze voorwaarde van gevaarlijkheid in praktijk te brengen, benadrukt deze door de wet opgelegde voorwaarde de beperking die de bijstandsplicht moet respecteren: slechts in ernstige gevallen kunnen de bijstandsplicht en de bezorgdheid het halen op het respect voor de vrijheid, en kan men gebruik maken van dwang. Bovendien moet deze dwang in verhouding staan tot de ernst en de waarschijnlijkheid van de gevaren die in het geding zijn.

Misschien moeten we hier de nadruk leggen op het feit dat een aanzienlijk gevaar vereist is opdat dwang ethisch gerechtvaardigd zou zijn. Hoe langer hoe meer verspreidt zich een socio-culturele eis van “nulrisico” en een veiligheidslogica in verschillende domeinen. Zoals reeds hierboven vermeld, moeten we de nadruk leggen op het feit dat het menselijk bestaan, zowel individueel als maatschappelijk, risico’s inhoudt en soms op dramatische wijze wordt blootgesteld aan ongelukken, fouten en leed.

(c) Bovendien is het hier duidelijk dat de tussenkomst slechts gerechtvaardigd is wanneer deze bedoeld is om hetzij de patiënt zelf, hetzij anderen te beschermen (art.2 van de wet). Deze door de wet opgelegde voorwaarde beperkt zich dus niet tot het toelaten van een opname: ze legt ook een doel op aan deze opname, nl. een ernstige bedreiging voor het leven en integriteit voorkomen, en bijgevolg de gevaarlijkheid wegnemen door een behandeling.

Ten slotte legt deze bepaling een beperking op aan de gedwongen opname: deze blijft immers slechts gewettigd als het gevaar blijft aanhouden.

2.3. Noodzaak van een behandeling

Hoewel de wet hierover nagenoeg met geen woord rept, moet men bevestigen dat de gedwongen opname enkel gerechtvaardigd is voor zover ze de context vormt van een geschikte behandeling (a) in verhouding tot de redenen van de opname, en (b) die onmogelijk is buiten deze context wegens de weigering van de patiënt. Met andere woorden: de ziekte, en de gevaren die ze met zich meebrengt, moet enkel en alleen op doeltreffende wijze behandeld kunnen worden in het raam van de gedwongen opname en er mag geen enkele andere mogelijke oplossing bestaan.

Dit is een belangrijk punt om te verhinderen dat de rechterlijke macht de geneeskunde instrumentaliseert om de orde te handhaven: het doel en de rechtvaardiging van de dwang is behandelen – en derwijze behandelen dat de rechtvaardiging voor de dwangmaatregel verdwijnt, dat wil zeggen: niet alleen het huidige gevaar wegnemen, door een loutere vrijheidsberoving, maar ook en vooral de ziekte behandelen.

In de vrij talrijke gevallen waar de pathologie op dit ogenblik blijkbaar niet te genezen is, is de gedwongen opsluiting nochtans gerechtvaardigd indien het de enige mogelijkheid is om een

zware ziekte-toestand te verzachten en de huidige gevaarlijkheid die aan de pathologie verbonden is te voorkomen.

De leden van het Comité zijn het er over eens dat de wettelijke voorwaarden bepaald in artikel 2 paragraaf 2 van de wet van 1990, zoals hierboven geëxpliciteerd, ethisch gerechtvaardigd zijn.

DEEL IV: AANBEVELINGEN

Als besluit bij de voorafgaande beschouwingen, meent het Comité de volgende aanbevelingen te moeten voorstellen:

1. Zoals iedere andere behandeling, moeten gedwongen behandelingen toegediend aan patiënten die ze blijven weigeren eveneens beantwoorden aan wat we noemen de ‘good medical practices’. Wanneer er beslist wordt over te gaan tot het nemen van dwangbehandelingsmaatregelen, is het Comité van oordeel dat aan de volgende criteria moet worden voldaan:

- De behandeling moet als doel hebben de behandeling van de geestesstoornis die aan de grondslag ligt van de maatregel.
- De behandeling mag niet uitsluitend de belangen van derden dienen of uitsluitend een oplossing bieden voor de administratieve, strafrechtelijke, familiale of andere toestand van de patiënt.
- Bovendien moet de behandeling steeds een therapeutisch doel³ hebben in het rechtstreeks voordeel van de betrokken patiënt.
- De behandeling moet aangepast zijn aan de ernst van de psychische en psychopathologische symptomen.
- De psychiater zal zorgvuldig en gewetensvol enkel die psychiatrische zorg onder dwang toedienen die strookt met de op dat ogenblik door zijn vakgenoten algemeen aanvaarde wetenschappelijke kennis.

2. Zelfs wanneer een patiënt gedwongen opgenomen is, moet de arts de beslissingsbekwaamheid van de patiënt nagaan en, zoals bij alle andere patiënten, zijn geïnformeerde toestemming vragen voor de geplande behandeling. Slechts indien duidelijk blijkt dat de patiënt onbekwaam is om te beslissen, moet de arts de behandeling opleggen. Er mag geen alternatieve behandeling of maatregel bestaan voor de gedwongen behandeling die, met de instemming van de patiënt, hetzelfde doel kan bereiken.

Aanvaardbare dwang is de minimale dwang die nodig is om een noodzakelijk geachte behandeling te starten of voort te zetten.

In dergelijke situaties zal de behandelende psychiater zoals gebruikelijk de naaste familieleden of de vertrouwenspersoon van de patiënt inlichten over de geplande of reeds ondernomen behandeling.

Zelfs al stelt men vast dat de meeste gedwongen opgenomen patiënten zich niet verzetten tegen hun behandeling, toch moet men zich vragen stellen bij deze toestemming: gezien het twijfelachtige beoordelingsvermogen van deze patiënten en aangezien ze zich bevinden in een dwangsituatie. De verzorgers worden echter niet vrijgesteld van de plicht om in dat verband de nodige omzichtigheid aan de dag te leggen (zoals reeds eerder uiteengezet).

De beslissingsbekwaamheid, tot slot, is geen statisch en monolithisch gegeven dat aan- of afwezig zou zijn, maar een dynamisch gegeven dat in de tijd fluctueert. Een van de doelstellingen van de gedwongen behandeling bestaat erin de beslissingsbekwaamheid van de patiënt te herstellen. Van zodra dit doel is bereikt, dient de arts hiermee rekening te houden en moet hij op zoek gaan naar de geïnformeerde toestemming van de patiënt omtrent de verdere planning van de behandeling.

³ Het woord ‘therapeutisch’ betekent ‘wat behandelt’, en niet noodzakelijk ‘wat geneest’.

3. Gedwongen behandeling van een andere pathologie is slechts verantwoord in geval van een noodsituatie, indien de pathologie een ernstige bedreiging vormt voor de gezondheid van de patiënt en indien men redelijkerwijze kan aannemen dat zijn weigering van behandeling van deze pathologie verband houdt met de vermelde psychische stoornis.

4.. De dwangbehandelingsmaatregelen moeten deel uitmaken van een behandelingsplan opgesteld, toegepast en bijgestuurd door de behandelend psychiater onder de algemene verantwoordelijkheid van de psychiater-diensthoud. Alle gegevens betreffende dit behandelingsplan en eventuele wijzigingen worden in het individueel dossier van de patiënt bijgehouden. De vertrouwensarts aangeduid door de patiënt en/of de bevoegde artsen belast met het toezicht op de naleving van de wet en de kwaliteit van de verleende zorg die wensen kennis te nemen van de inhoud van het dossier van de patiënt, moeten dit dossier vrij kunnen inkijken.

5. De leden bevelen aan dat elke dienst waar mensen gedwongen worden opgenomen de nodige maatregelen neemt in toepassing van de zeer recente wet van 22/08/02 betreffende de rechten van de patiënt (B.S. 26/09/02), en meer bepaald: om de patiënt, zijn familieleden, zijn vertrouwenspersoon of wettelijke vertegenwoordiger correct te informeren over de rechten van de patiënt en over de manier waarop hij deze kan laten gelden tijdens zijn verblijf in een psychiatrische afdeling. Zowel de ernst van zijn psychiatrische stoornis als de beperking van zijn bewegingsvrijheid maken dat de patiënt zich *de facto* in een zwakkere positie bevindt. Dit verantwoordt ons voorstel om extra voorzorgen te nemen om deze kwetsbare patiënten degelijk te informeren. We denken aan een draaiboek eigen aan elke psychiatrische afdeling waar mensen gedwongen worden opgenomen. Dit draaiboek moet worden uitgewerkt onder de verantwoordelijkheid van de geneesheer-diensthoud in samenspraak met het behandelings-team van de psychiatrische afdeling en dient tevens te worden goedgekeurd door de medische en administratieve directie van het ziekenhuis. Over de ethische aspecten van het draaiboek is het wenselijk dat het advies ingewonnen wordt van het Plaatselijk Ethisch Comité van het betreffende ziekenhuis.

Dit draaiboek zou, naast informatie over de namen en functie van de teammedewerkers en het reilen en zeilen van de dienst, ook duidelijke informatie verschaffen over de volgende punten:

(a) het verloop van de contacten met de buitenwereld, de eventueel aan de patiënt opgelegde beperkingen met betrekking tot het gebruik van de telefoon, het ontvangen van post of bezoek, informatie over dienstroosters, de activiteiten en het huishoudelijk reglement van de afdeling, een beschrijving van de relaties met het verplegend personeel, de relaties tussen patiënten, enz.;

(b) de middelen waarover de patiënt beschikt om vanuit de afdeling waar hij is opgenomen, snel contact op te nemen met zijn vertrouwenspersoon, zijn advocaat of zijn behandelende geneesheer. Dit is een fundamenteel recht van de patiënt maar hij moet ook weten hoe hij er desgewenst gebruik kan van maken.

6. Er moet een duidelijk omschreven procedure voorhanden zijn die wordt gevolgd als de patiënt een onderhoud wenst met de ombudsman (zie lager) of een klacht wil indienen bij de hoofdgeneesheer van het ziekenhuis. Bij het opstellen van dit advies, beschikken nog niet alle ziekenhuizen over een ombudsman aangezien ze slechts wettelijk verplicht zijn om deze ombudsservice te verlenen vanaf 6 oktober 2002, de datum waarop de bovenvermelde wet van 22

augustus 2002 op de patientenrechten in werking is getreden⁴ Het Comité juicht deze invoering van een ombudsfunctie in ziekenhuizen toe. Deze functie moet verschillende doelen nastreven: een eventueel spaak gelopen communicatie tussen de patiënt en de verschillende artsen en het verplegend personeel herstellen, de patiënt informeren over zijn rechten en plichten en de patiënt helpen zijn erkende rechten uit te oefenen. Deze ombudsman kan geenszins de plaats innemen van de behandelende geneesheer-psychiater die als enige verantwoordelijk blijft voor de toegepaste behandeling.

Daarnaast dringt het Comité er ook op aan dat de ziekenhuizen hun kwaliteitsbewaking moeten versterken met betrekking tot hun verzorgingsprocessen in het algemeen en in het bijzonder die welke ze toepassen bij gedwongen opgenomen patiënten.

7. In het kader van een gedwongen behandeling wegens een gedwongen opname kan het principe van de vrije keuze van de arts niet worden gerespecteerd. Volgens de gebruikelijke deontologische regels kan elke patiënt een tweede advies inwinnen van een andere arts. Het Comité is van oordeel dat ook gedwongen opgenomen patiënten dat recht moeten kunnen uitoefenen.

De patiënt moet hiertoe vrij het initiatief kunnen nemen, zonder voorafgaande toelating. Indien de patiënt zelf niet in staat is de mening van een tweede arts te vragen, kan dit gebeuren via zijn advocaat, zijn vertrouwenspersoon of de ombudsman. Dankzij deze mogelijkheid kan de patiënt geïnformeerd worden over zijn behandeling (de effecten ervan, alternatieven, enz.) door een arts van zijn keuze.

Op verzoek van de patiënt moet de door hem aangeduide arts de behandelende psychiater kunnen ontmoeten en hem de vragen stellen of beschouwingen meedelen die hij nuttig acht.

Het Comité herhaalt dat het vasthoudt aan de mogelijkheid van een tweede advies. Het Comité betreurt dat op het terrein de uitoefening van een dergelijk recht vaak problemen stelt: enerzijds kunnen behandelende artsen-psychiaters deze wens van de patiënt beschouwen als een gebrek aan vertrouwen of kunnen zij beweren dat de patiënt omwille van zijn ziekte niet in staat is op een “rationele” wijze gebruik te maken van zijn rechten; anderzijds zijn er ook de financiële belemmeringen wanneer de patiënt bijvoorbeeld het consult van de tweede arts niet kan betalen. Het Comité is van oordeel dat de tarifiering van een dergelijk consult moet worden opgenomen in de nomenclatuur van de medische prestaties.

Deze procedure van een tweede advies doet geen afbreuk aan de mogelijkheid voor de patiënt om zich te richten tot de vrederechter, hetzij om de toepassing te vragen van artikel 3 van de wet van 1990 waarbij een psychiater-expert wordt aangewezen, hetzij om de debatten met betrekking tot zijn toestand te heropenen. In voorkomend geval kan hij bij deze gelegenheid de besluiten van de door hem aangeduide tweede arts doen gelden. Het Comité stelt vast dat wanneer de behandelende psychiater niet afwijkt van zijn behandeling, niettegenstaande de vaststaande en uitdrukkelijke weigering van de patiënt of de verschillende mening van een confrater, de vrederechter, in het raam van de wet, te allen tijde kan beslissen dat de patiënt wordt overgebracht naar een andere instelling.

8. Het Comité wil dat het ziekenhuis geschreven bewijsstukken bijhoudt van de verschillende aanvragen vanwege de patiënt (zoals hierboven aangehaald), en van de wijze waarop aan deze aanvragen gevolg is gegeven.

9. Is een formeel verzet tegen de behandeling, de vraag om een tweede advies of het aanhangig maken bij de vrederechter al dan niet opschortend wat de betwiste behandeling betreft? Het Comité meent dat het antwoord op deze vraag afhankelijk is van de medische dringendheid van de gedwongen behandeling. In beginsel zou men kunnen stellen dat in geval van hoger beroep de behandeling wordt

⁴Wij merken op dat op de datum van de opstelling van dit advies (januari 2003) het uitvoeringsbesluit van deze wet van 22/08/02, dat de voorwaarden moet omschrijven waaronder de functie van ombudspersoon uitgeoefend mag worden, via een samenwerkingsakkoord tussen de ziekenhuizen, nog niet verschenen is.

opgeschort tenzij de behandelende psychiater dit niet aanbevelenswaardig vindt.

10. Het Comité wenst eveneens aanbevelingen te formuleren aangaande de wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke, met name over een aantal aspecten die een invloed hebben op de behandeling en de kwaliteit van deze behandeling:

a) Het Comité heeft immers lacunes vastgesteld met betrekking tot de controles in psychiatrische afdelingen waar gedwongen opnamen gebeuren. Volgens artikel 33 gaat het hier om de vrederechter van de plaats waar de dienst gelegen is, de procureur des Konings en de artsen (psychiaters) van het Bestuur voor de Gezondheidszorg van de Gemeenschappen.

b) De vertrouwenspersoon, hoewel voorzien in de wet van 1990, blijkt in werkelijkheid meestal onbestaand te zijn. Het Comité acht deze rol belangrijk en vindt dat de patiënt, eens gehospitaliseerd, indien hij niemand kent, een vertrouwenspersoon zou moeten kunnen aanduiden van een vereniging van (families van) patiënten.

c) Het Comité dringt erop aan dat de balies de nodige steun zouden verlenen aan de advocaten, die vaak ambtshalve worden aangewezen in het kader van de “rechtsbijstand voor behoeftigen” om de patiënten bij te staan en hen bewust zouden maken van de vereisten van de wet opdat zij hun eventueel gebrek aan ervaring zouden compenseren door een verhoogde inzet. Het Comité meent dat de macht van de advocaat zeer ruim is, daar – en het betreft een uniek geval- daar hij in beroep kan gaan tegen een beslissing, zelfs tegen het advies van zijn cliënt in, en dat deze rol bijgevolg op de best mogelijke manier dient te worden vervuld.

11. In het algemeen is het Comité van oordeel dat men aan de gedwongen opgenomen patiënten dezelfde garanties en dezelfde bescherming moet bieden in elk onderdeel van de gedwongen behandeling, ongeacht of ze nu een of ander aspect van de behandeling aanvaarden of weigeren.

DEEL V: GEDWONGEN CONTRACEPTIEVE BEHANDELINGEN

Het bijzondere geval dat aanleiding heeft gegeven tot deze vraag om advies gericht aan het Comité betrof de wettigheid van het toedienen van contraceptie onder dwang zonder de toestemming van de patiënte als voorzorg wanneer deze gedwongen opgenomen patiënte de instelling uitgaat in het kader van een gedwongen opname.

In dit hoofdstuk snijden wij de ethische aspecten aan van gedwongen contraceptie. Het gaat er in dit advies geenszins om, principieel te bepalen of mensen die lijden aan een mentale aandoening al dan niet in staat zijn om de verantwoordelijkheden van het ouderschap te dragen. In het algemeen herinneren de leden van het Comité eraan dat in dit opzicht dergelijke beoordelingen vaak sterk gemarkeerd worden door ideologische keuzes en dat artsen hun keuze niet mogen opdringen aan hun patiënten. De door het Comité behandelde kwestie heeft enkel betrekking op het toedienen van contraceptie onder dwang aan patiënten, en in het bijzonder aan gedwongen opgenomen patiënten.

Doorgaans is het niet wenselijk dat gedwongen opgenomen patiënten zwanger raken of ouder worden. Sommige leden verkiezen de term “ouder worden”, aangezien “zwanger geraken” enkel kan slaan op vrouwelijke patiënten, en zij van mening zijn dat het ook voor mannen in sommige omstandigheden wenselijk kan zijn om geen kinderen te krijgen. Dit neemt echter niet weg dat, naast het feit dat tijdelijke en omkeerbare contraceptie voor mannen nog niet op punt staat, het probleem van contraceptie weliswaar acuter is voor vrouwen dan voor mannen, omdat het zwanger worden een bijkomend probleem is in termen van potentiële psychische (over)belasting. In de praktijk zal de vraag van het toedienen van contraceptie onder dwang zich dus voornamelijk stellen bij gedwongen opgenomen jonge meisjes en vrouwen. Deze vraag heeft vanzelfsprekend enkel betrekking op diegenen die kinderen kunnen krijgen en seksueel actief zijn gedurende hun gedwongen opname. Naar alle waarschijnlijkheid gaat het hier om een minderheid van de patiënten omdat de meeste patiënten geen seksuele relaties hebben omwille van hun pathologie, en dat anderen de contraceptie aanvaardden zonder betwisting. Maar zelfs al gaat het hier om een minderheid van patiënten, toch blijft de vraag of gedwongen contraceptie al dan niet gewettigd is, relevant.

Seksuele relaties binnen de muren van een ziekenhuis worden meestal ontmoedigd of zijn zelfs verboden om praktische redenen die inherent zijn aan het collectieve leven in een ziekenhuisinstelling. In de psychiatrie, overigens, is dit verbod, volgens sommige leden van het Comité, bovendien gerechtvaardigd op grond van de broze geestestoestand van opgenomen personen. Door deze fragiele toestand is het noodzakelijk dat de seksuele relaties als het ware worden opgeschort. Hoewel het volgens andere leden van het Comité verre van zeker is dat de geestestoestand van gedwongen opgenomen personen hen in staat stelt om na te denken over de mogelijke gevolgen van seksuele omgang, en zelfs na te denken over een zinnig ouderlijk project, is het niettemin van fundamenteel belang om het privé-leven van de patiënt te respecteren en weinig wenselijk om hem/haar te verbieden om seksuele relaties te hebben binnen de muren van het ziekenhuis. Hoe dan ook, of seksuele omgang nu wordt verboden of niet, men kan nooit volledig uitsluiten dat seksuele relaties voorkomen. Als men dit toch zou doen dan gaat dit ten koste van een minimum aan respect voor het privé-leven van de patiënt. Naast dit probleem stelt zich de vraag van de situatie waarin men moet beslissen of een patiënte die contraceptie weigert – terwijl de arts van oordeel is dat deze is aangewezen – de toelating kan krijgen om tijdelijk buiten de instelling te gaan (bijv. “om op weekend te gaan”).

1. Vanuit juridisch oogpunt

De bepalingen die zeer beknopt zijn opgenomen in de wet van 26/06/90 inzake behandeling werden opgesomd op bladzijde 19 en de juridische en ethische betekenis die men aan deze bepalingen dient te geven, werd besproken op bladzijde 23.

Meer specifiek - aangezien dat de vraag is die in dit hoofdstuk wordt behandeld - opent het niet-toedienen van contraceptie onder dwang aan een patiënte die elke contraceptie weigert, de discussie omtrent de verantwoordelijkheid van de arts en/of de instelling in geval van zwangerschap. Doorgaans kunnen er zich twee situaties voordoen: enerzijds, een bevruchting die optreedt tijdens de gedwongen opname in de instelling of, anderzijds, een zwangerschap gedurende een periode tijdens dewelke de patiënte de instelling uitgaat (tijdens verlofperiodes, een weekend of wanneer de patiënte de instelling op proef mag verlaten, enz.)

a) Tijdens de gedwongen opname in de instelling

a-1. Sinds de wet van 26/06/1990, mag men het debat over het al dan niet toedienen onder dwang van contraceptie aan een patiënte, niet meer beperken tot het systematisch en algemeen opleggen van restrictiemaatregelen die de bewegingsvrijheid (bijvoorbeeld door afzondering) of de contacten (bijvoorbeeld enkel mogen omgaan met vrouwen, enz.) van de patiënte beperken.

Artikel 32 kent immers – op gelijke voet met het recht op behandeling (artikelen 11 en 15) – andere rechten toe aan gedwongen opgenomen patiënten, namelijk het recht op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer door het briefgeheim, de eerbiediging van de vrijheid van meningsuiting en van godsdienstige en filosofische overtuiging, het recht op sociale en gezinscontacten en het recht om bezoek te ontvangen behoudens geneeskundige contra-indicatie.

Het is dus enkel op basis van een geneeskundige contra-indicatie, die een geïndividualiseerd onderzoek veronderstelt, dat een dergelijke restrictiemaatregel kan worden genomen in het kader van de therapie, en wel met een tijdelijke werking en op een evenredige wijze.

a-2. Artikelen 11 § 1 (opneming ter observatie) en 15 (verder verblijf) bepalen het toezicht en de behandeling van de patiënt. Welke betekenissen kunnen deze bepalingen hebben in het raam van het voorkomen van een zwangerschap?

a-2.a. Uit de voorbereidende werkzaamheden blijkt dat het toezicht veel weg heeft van de fysieke en geneeskundige bewaking van de patiënt. Het voorbeeld dat men systematisch aanhaalt is dat van de zelfmoordpreventie. Men neemt dus die maatregelen in aanmerking die worden genomen om te voorkomen dat de patiënt ontsnapt of overgaat tot daden die schade berokkenen aan zichzelf of aan derden. Het is een middelenverbintenis en geen resultaatsverbintenis. Men kan dus niet vooraf elke verantwoordelijkheid van de instelling en/of van haar medewerkers uitsluiten, maar niettemin kan men van tevoren deze verplichting van toezicht afwegen tegen de eerbiediging van de intimiteit en de persoonlijke levenssfeer van de patiënt. Bovendien is een te nauwgezet toezicht of een toezicht dat zodanig is uitgewerkt dat elk risico op een zwangerschap wordt uitgesloten, niet aan te raden voor de behandeling, aangezien dit ongunstige omstandigheden schept voor de omkadering en begeleiding van de patiënt.

Sommige huishoudelijke reglementen, in psychiatrische diensten, regelen, naar het voorbeeld van het verbod op gewelddaden, eveneens de seksuele relaties. Meestal bevatten deze reglementen een clause die bepaalt dat de instelling elke verantwoordelijkheid van de hand wijst ingeval het

reglement niet wordt nageleefd en er schade zou ontstaan als gevolg van de overtreding van de voorgeschreven verbodsbepalingen.

Aangezien men zich hier richt tot patiënten wiens beoordelingsvermogen verandert of onbestaande is - zij zijn immers gedwongen opgenomen - kan men een vraagteken plaatsen bij de juridische waarde van een dergelijke ontheffing van verantwoordelijkheid. Het gevaar schuilt erin dat, gezien de gebrekkige geestestoestand van de patiënten, in dat geval het de taak zou zijn van de instelling om ervoor te zorgen dat de verbodsbepalingen die ze voorschrijft, worden nageleefd. Hierdoor worden de instelling en haar medewerkers niet meer belast met een middelenverbintenis, maar met een resultaatsverbintenis.

a-2.b. Wat de behandeling betreft, bepaalt de wet niet welke behandelingen zijn toegestaan, noch die welke verboden zijn. Hoewel de rechtsleer van oordeel is dat de opnemings- en observatie niet om het even welke behandeling rechtvaardigt, moet de vrijheidsberoving toch steeds gepaard gaan met een behandeling van de geestesstoornis. Pathologieën die niets te maken hebben met deze geestesstoornis zullen slechts worden behandeld in spoedeisende gevallen.

De behandeling moet beantwoorden aan de algemene wettelijke voorwaarden buiten de toestemming die in casu niet kan worden verkregen: naast de beroepsbekwaamheid van de arts, is een behandeling met een therapeutisch of preventief doel vereist, moet de behandeling voldoende noodzakelijk zijn en moet ze meer baten dan risico's inhouden.

Wanneer men deze principes toepast op het voorkomen van een zwangerschap, moet men dus, geval per geval, onderzoeken of er al dan niet specifieke medische voorzorgsmaatregelen moeten worden genomen om te voorkomen dat een patiënte zwanger wordt en dit in het belang van de gezondheid van de patiënte. Deze voorzorgsmaatregel kan worden overwogen in de vorm van een gedwongen contraceptieve behandeling of bijzondere toezichtmaatregelen. Geen voorzorgsmaatregel nemen zou immers kunnen leiden tot een fout wegens nalatigheid in hoofde van de arts.

De juridische kwalificatie van dit nalatig gedrag als een fout zal geschieden in het kader van ons systeem van burgerlijke en strafrechtelijke aansprakelijkheid. Deze vraag zal nog andere vragen opwerpen zoals de verantwoordelijkheid van derden (aangezien er een verwekker is), het juridisch kwalificeren van een zwangerschap als schade, enz.

b) Tijdens verlofperiodes, een weekend of wanneer de patiënte de instelling op proef mag verlaten, enz.

Artikel 11§2 alsook artikel 15 van de wet van 26/06/1990 bepalen dat "op grond van een beslissing van een geneesheer van de dienst en onder diens gezag en verantwoordelijkheid, de zieke voor beperkte tijd (...) kan uitgaan".

Het gezag van de arts werd in deze artikelen opgenomen om een gerechtelijke tussenkomst uit te sluiten. De verantwoordelijkheid verwijst uitdrukkelijk naar de juridische aansprakelijkheid: de arts moet immers rekening houden met het gevaar dat de patiënte vormt voor zichzelf en voor anderen. Men kan de arts enkel aansprakelijk stellen indien hij had moeten weten, op het moment dat hij de patiënte de toestemming heeft gegeven de instelling uit te gaan, dat deze beslissing een probleem zou stellen. Een onopzettelijke fout is dus geen nalatigheid.

In het kader van een beslissing waarbij de patiënte de instelling op proef mag verlaten, is de beoordeling nog deliquer, aangezien het hier een langere periode betreft en het risico op hervallen bijgevolg groter is. Ten slotte ingeval de zieke ontsnapt, is de instelling of de verantwoordelijke arts wettelijk verplicht om de autoriteiten hiervan in kennis te stellen, zo niet kan zij verantwoordelijk gesteld worden. De verantwoordelijke arts moet trouwens inschatten in welke mate de patiënte een gevaar vormt voor zichzelf en hij moet dit ook medelen opdat de meest geschikte maatregelen kunnen worden genomen om de patiënte terug te vinden.

Tot slot en besluit stelt de arts zich op zijn minst gezegd verantwoordelijk indien hij de patiënte die elke vorm van contraceptie weigert, zonder voorzorg buiten de instelling laat gaan terwijl hij van oordeel is dat een zwangerschap niet raadzaam is en de kans op een bevruchting zeker aanwezig is.

Bij gebrek aan een wettelijke regel of een duidelijk geformuleerde interpretatie kan men twee verschillende interpretaties verdedigen:

- de arts kan het ogenblik uitstellen waarop een patiënte die elke vorm van contraceptie weigert, buiten de instelling kan gaan;
- de arts kan voorrang geven aan het recht op behandeling waarvan het op verlof gaan of het buiten de instelling gaan belangrijke modaliteiten zijn. In dat geval zal de arts een gedwongen contraceptieve behandeling voorschrijven. Deze behandeling kan trouwens al zijn gestart in het kader van de opname.

2. Vanuit ethisch oogpunt

Zoals we hierboven reeds hebben gepreciseerd is het Comité van oordeel dat buiten de behandelingen van de pathologie die aanleiding heeft gegeven tot de gedwongen opname, voor andere aandoeningen gedwongen behandelingen slechts toelaatbaar zijn in geval van noodsituaties. Men moet op ethisch vlak dus bepalen of het toedienen van contraceptiemiddelen die de patiënte weigert al of niet valt onder de noemer van een noodsituatie.

De beoordeling van het toedienen van contraceptiemiddelen onder dwang is afhankelijk van verschillende ethische waarden. De eerste waarde is het respecteren van de autonomie van de mens, een bijzonder belangrijk respect wanneer dit betrekking heeft op zijn seksualiteit en zijn recht op voorplanting. De tweede waarde die op het spel staat, is die van de bescherming van personen van wie het beoordelingsvermogen tijdelijk is aangetast: men kan immers inderdaad stellen dat het opduiken van een zwangerschap of ouderschap - als gevolg van een onbezonnen seksueel gedrag - eerder een handicap vormt voor hun welzijn en een belemmering voor het herstel van hun autonomie. Ten slotte is ook het welzijn van het toekomstige kind een waarde die meespeelt bij de beoordeling van deze situaties. Iedereen hecht een verschillend belang aan deze waarden en de beoordeling zal telkens ook afhangen van talrijke kenmerken die eigen zijn aan elke situatie. Het lijkt dus niet aangewezen om een eenduidige praktijk te bepalen tegenover deze keuzes die geval per geval moeten worden beoordeeld.

Het spreekt voor zich dat het toedienen van contraceptiemiddelen steeds met de patiënte moet worden besproken. In het overgrote deel van de gevallen aanvaarden patiënten contraceptie trouwens zonder probleem. Slechts in het beperkt aantal gevallen waarbij de patiënte weigert, stelt zich de vraag die hier wordt besproken, dat wil zeggen de vraag naar de ethische rechtvaardiging van gedwongen contraceptie. Wanneer gedwongen contraceptie noodzakelijk is, wordt ze toegediend in overleg met het verplegend team en na een educatieve dialoog met de patiënte.

Een van de doelstellingen van elk type gedwongen behandeling is de patiënt zijn autonomie of zijn beoordelingsvermogen (zo snel mogelijk) terug te bezorgen, zodat de dwang (de maatregel van gedwongen opname) zo snel mogelijk kan worden opgeheven. Het is vanzelfsprekend dat de gedwongen contraceptie onmiddellijk gestaakt moet worden vanaf het ogenblik dat de patiënt, als gevolg van de behandeling, voldoende wilsbekwaamheid of beoordelingsvermogen, met name inzake kindwens, heeft teruggekregen.

Alle leden van het Comité stemmen in met het principe van de gedwongen toediening van contraceptie indien de arts oordeelt dat deze maatregel nodig is om dwingende medische redenen

van somatische aard. Deze redenen kunnen zowel betrekking hebben op de moeder/de ouder als op de foetus. Alle leden van het Comité zijn van mening dat het inderdaad behoort tot de verantwoordelijkheid van de arts om, desnoods onder dwang, contraceptie toe te dienen wanneer de geneesmiddelen die de patiënte inneemt een risico inhouden van teratogene effecten op haar nageslacht. In dat geval wordt gedwongen contraceptie toegediend in een noodsituatie, die zich rechtvaardigt door het risico om van een misvormd kind te bevallen.

Naast deze punten waarover eensgezindheid bestaat, tekenen zich onder de leden van het Comité twee standpunten af:

a) *De bezwaren tegen gedwongen toediening van contraceptie:*

Sommige leden van het Comité zijn erg terughoudend tegenover elke gedwongen contraceptie die om andere dan medisch-somatische redenen wordt toegediend. Ze beklemtonen dat de psychologische waarde van het weigeren van contraceptiemiddelen niet op dezelfde wijze moet worden gezien als het weigeren van andere geneesmiddelen, zelfs van die welke inwerken op de psyche. Een groot deel van de patiënten, in het bijzonder zij die weigeren, voelt zich door de contraceptiemiddelen rechtstreeks geraakt in zijn seksualiteit en vrouwelijkheid, wat op die manier belangrijke affecten oproept. Zowel de gedwongen toediening van contraceptiva als de weigering ervan zijn dus bijzondere handelingen die sterk symbolisch geladen zijn.

Anderzijds stelt de vraag om gedwongen contraceptie toe te dienen, zich doorgaans slechts op het ogenblik dat er sprake van is om de instelling op proef te verlaten. Op dat ogenblik is de behandelende psychiater van oordeel dat de toestand voldoende is verbeterd zodat de patiënte geen gevaar meer vormt noch voor haarzelf, noch voor anderen. Als men in deze omstandigheden contraceptiva onder dwang wil toedienen, roept dat het idee op dat de patiënte haar beoordelingsvermogen nog niet helemaal heeft teruggewonnen, en meer specifiek en voornamelijk op het vlak van haar seksualiteit en haar eventuele kindwens. Dergelijke situaties komen zeker slechts zeer zelden voor. Als de arts inderdaad oordeelt dat de persoon door zijn ziekte niet in staat is om zich met enige verantwoordelijkheidszin te gedragen op seksueel vlak of inzake ouderschap, is het logischer het ontslag uit de instelling te weigeren dan de gevolgen van een als onverantwoord beschouwde seksualiteit te willen controleren.

Deze leden vinden dat wanneer er geen risico bestaat op teratogeniteit, het toedienen van contraceptiemiddelen nooit te rechtvaardigen is door zich te beroepen op een noodsituatie. Zij vinden dit dus onaanvaardbaar op ethisch vlak. Zij zijn bovendien van oordeel dat de seksuele relaties tijdens het verblijf in het ziekenhuis ontmoedigd moeten worden.

b) *De argumenten voor een legitimering van gedwongen toediening van contraceptie:*

Sommige leden menen dat het voor sommige gedwongen opgenomen psychiatrische patiënten aangewezen kan zijn dat ze op tijdelijke en omkeerbare wijze contraceptie toegediend krijgen om andere dan medisch-somatische redenen. Volgens deze leden is het hierbij van fundamenteel belang dat het privé-leven van de patiënten in de instelling maximaal wordt gerespecteerd, zelfs al verblijven de patiënten er onder dwang. Het is bijgevolg onmogelijk om elke seksuele relatie te vermijden tijdens hun verblijf in de instelling. Deze leden vinden het ook belangrijk, om therapeutische redenen, om de gedwongen opgenomen patiënten toestemming te geven zo snel mogelijk buiten de instelling te gaan en terug te keren tijdens het weekend. De huidige psychiatrie raadt inderdaad aan om de patiënten zo snel mogelijk te confronteren met het leven “buiten de instelling”. Op die manier vermijdt men dat patiënten zich in de instelling gaan terugtrekken en voorkomt men bijgevolg hun chronificatie. Wanneer de geestestoestand van de patiënte zodanig is verbeterd dat het toegestaan is dat zij het ziekenhuis verlaat, zelfs op proef,

betekent dit echter nog niet dat de patiënte zich niet meer bevindt in een toestand van relatieve seksuele desinhibitie – bijvoorbeeld omdat de “manie” ten einde is – en dat ze niet opnieuw een relatie aangaat met een man met wie ze, in een normale toestand, nooit een ouderlijk project zou kunnen overwegen. Het toedienen van contraceptiva onder dwang is hier gerechtvaardigd zowel in het belang van de betrokken patiënte, aan wie men snel een deel van haar vrijheid teruggeeft, als in het belang van een mogelijk toekomstig kind. Voor deze leden vormt dit een noodsituatie. Om therapeutische redenen moet men vermijden dat patiënten verscherpt worden gecontroleerd tijdens hun verblijf en verder verblijf binnen de muren van de instelling. Maar men moet eveneens voorkomen dat kinderen worden verwekt op momenten dat de toekomstige ouder niet in staat is om vooruit te lopen op een ouderschapsproject en/of seksuele relaties aanknoopt met de eerste de beste partner.

Deze visie verschilt duidelijk van een visie van het type “persoon X mag geen kinderen krijgen” of van een visie van het type “alle personen met aandoening Y mogen geen kinderen krijgen” of het type “aan een gedwongen opgenomen patiënt mag automatisch gedwongen contraceptie worden toegediend”.

Deze leden benadrukken hier dat het niet zozeer een kwestie is van vaststellen of iemand een goede ouder zou zijn: het gaat er vooral om dat men wil vermijden dat iemand in te moeilijke omstandigheden ouder wordt, bijvoorbeeld omwille van de fragiliteit van de in dergelijke omstandigheden eventueel aangegane relaties. Indien een patiënt(e) zich niet bewust is van de gevolgen van zijn/haar daden, kan het aangewezen zijn dat deze persoon tegen zichzelf wordt beschermd en “tegen” een zwangerschap. Indien een patiënt(e) om redenen van ernstige psychiatrische problemen niet voor rede vatbaar is en geen weloverwogen beslissing kan nemen omtrent contraceptie, is het de ethische verantwoordelijkheid van de arts in te grijpen om te vermijden dat een dergelijke patiënt(e) belast wordt met ouderschap of het leven schenkt aan een kind van wie de ontwikkelingskansen verre van zijn gegarandeerd. Het lijkt inderdaad weinig coherent eerst formeel te bekrachtigen dat een patiënt zich in een dergelijke toestand bevindt dat hij/zij van zijn/haar vrijheid beroofd moet worden, en zo nodig onder dwang behandeld kan worden, en dan vervolgens te stellen dat er nog wel één enkel domein is waarin principieel de competentie van patiënten te allen tijde intact blijft, namelijk op het vlak van beslissingen aangaande voortplanting (en dus contraceptie).

Deze leden voegen hieraan toe dat voor gedwongen opgenomen patiënten, gezien hun kwetsbare positie, nog meer dan voor andere patiënten geldt dat ze onder de bevoegdheid en ethische verantwoordelijkheid van de arts vallen. Immers: hoe fragieler een patiënt is, hoe groter de macht (en bijgevolg de ethische verantwoordelijkheid) van de arts ten aanzien van deze patiënt is. Indien de arts oordeelt dat het nodig is (op een tijdelijke en omkeerbare wijze) contraceptie toe te dienen aan een patiënt, moet hij zijn verantwoordelijkheid voor deze patiënt kunnen opnemen. De leden van het Comité die dit standpunt steunen, vinden het ethisch onaanvaardbaar dat men aan een patiënte verbiedt om (op proef) de instelling te verlaten omdat ze contraceptie weigert en het risico bestaat op ongepast seksueel gedrag. Deze leden zijn van oordeel dat dit nog meer de autonomie van de patiënte beperkt dan haar een contraceptie op te dringen.

Voor deze leden is de noodsituatie des te meer gerechtvaardigd aangezien de patiënten tijdens het gedwongen verblijf vallen onder de ethische verantwoordelijkheid van de arts die niet alleen de patiënten moet beschermen tegen zichzelf of de maatschappij tegen de patiënten, maar ook hun eventuele kinderen moet beschermen. Niets wijst er immers op dat kinderen die verwekt werden door ouders die zich in een toestand van mentale decompensatie bevinden die een gedwongen opname rechtvaardigt, op bewuste en heldere wijze gewenst zijn door hun verwekkers. Niets doet bovendien vermoeden dat deze kinderen zullen kunnen opgroeien in goede omstandigheden.

Het advies werd voorbereid in de Beperkte Commissie 99/2, samengesteld als volgt:

Co-voorzitters

P. Cosyns
A. Duchaine

Co-verslaggevers

G. de Stexhe
S. Sterckx

Leden

A. Duchaine
M. Dumont
G. Lebeer
G. Leunens
T. Locoge
G. Verdonk

Lid van het Bureau

L. Cassiers

Lid van het Secrétariaat: B. Orban

Geraadpleegde experts:

- Vrederechter Benoît, van Brussel
- Doctor S. Bouchez, psychoanalyst
- Doctor H. Bryon, psychiater, Diensthoofd, Medische Centrum Sint Jozef te Bilzen
- Doctor P. Castro, neuropsychiater, Hoofd van de Kliniek CHU-Charleroi
- R. Daem, Voorzitter van v.z.w. Uylenspiegel en Eric, getuige voor v.z.w. Uylenspiegel
- M. Dechaine, uit Theux, voor Verenigingverbond Similes VZW
- Doctor R. Desnyder, psychiater
- J. De Wagenaere, psycholoog
- J.P. Goorissen, psycholoog
- P. Nedergedaelt, advocaat
- Doctor M.-J. Peeters, psychiater
- Vrederechter Vandenbranden, van het 1ste Kanton van Antwerpen

De werkdocumenten van de beperkte commissie 99/2 – vraag, persoonlijke bijdragen van de leden, notulen van de vergaderingen, geraadpleegde documenten – zijn bewaard als « Bijlagen BC 99/2 » op het documentatiecentrum van het Comité en kunnen aldaar worden geraadpleegd en gecopieerd.