

Gedwongen opname herbekijken?

De Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie (VVP) wil de gedwongen opname in de toekomst anders laten verlopen. Waarom dringt de vereniging daar op aan? Wordt hier de huisarts geviseerd?

Artsenkrant ging te rade bij professor Joris Vandenberghe, psychiater van het Universitair Psychiatrisch Centrum KU Leuven en als VVP- bestuurslid een van de auteurs van een opiniestuk in De Standaard dat eerder deze week de bal aan het rollen bracht. We vroegen ook een reactie aan professor Jan De Lepeleire, die als hoogleraar huisartsgeneeskunde publiceerde over gedwongen opname.

De 'wet op de bescherming van de persoon van de geesteszieke' (WBPG) mag dan nog maar 24 jaar oud zijn, een aantal medische en maatschappelijke evoluties hebben haar verouderingsproces versneld, vindt Joris Vandenberghe: de vermaatschappelijking van de zorg en het grote aandeel van middelengebonden stoornissen (alcohol en drugs) bij gedwongen opnames, bijvoorbeeld. Dat maakt dat de wet aan een herziening toe is.

Bovendien wordt de wet dikwijls anders toegepast dan oorspronkelijk werd voorzien. De spoedprocedure die als uitzonderingsmaatregel bedoeld was, is goed voor 85 % van de gedwongen opnames. Vooral de situatie waarbij de huisarts als het ware door de politie wordt opgevorderd om op het bureau een medisch verslag voor gedwongen opname op te stellen, is geen wenselijke situatie.

Het voorstel van de VVP is dat voor evaluaties voor gedwongen opname de patiënt naar de spoed wordt gebracht waar een multidisciplinair team hem kan beoordelen. Een bij die spoed betrokken psychiater stelt eventueel het attest op.

Joris Vandenberghe: "We willen de kwaliteitsstandaard bij gedwongen opname omhoogtrekken. De evaluatie moet kunnen gebeuren in een medische setting, waar we de nodige tijd krijgen en het mogelijk is de toestand ook eerst medisch te evalueren en op te helderen. Zeker bij intoxicaties is dat toch belangrijk. Het gaat bij gedwongen opname om een ingrijpende beslissing en vaak een bijzonder moeilijke evaluatie. Dat moet gebeuren met de nodige expertise, in de eerste plaats door psychiaters."

Jan De Lepeleire, die een huisartsenpraktijk heeft in Lint, vernam het voorstel van de VVP in de media. Huisartsen zitten heus niet te wachten op een procedure voor een gedwongen opname, stelt hij. Hij wenst de psychiaters met hun voorstel alle succes toe: "Maar men vergeet wel het traject dat daaraan voorafgaat. Wanneer men de persoon op de spoed krijgt, is al bijna de helft van het probleem opgelost. Het probleem is niet zelden om de patiënt daar te krijgen."

Joris Vandenberghe: "Het systeem werkt eigenlijk al zo in de regio's rond Leuven, Gent, Brugge, in delen van Brussel... In Leuven bijvoorbeeld gebeuren de meeste evaluaties al op de spoed. Het gebeurt nog zelden dat de huisarts erbij betrokken wordt. De politie in overleg met de procureur, soms de MUG of de 100, brengt de patiënt naar bijvoorbeeld de spoedgevallendienst van UZ Leuven. Dat vraagt goede afspraken - met het parket en met de politie. En samenwerking met de urgentieartsen en huisartsen van de regio. De feedback die we daarover van hen krijgen is toch positief."

"In Antwerpen en in Limburg is de situatie wel anders. Het probleem is zeker niet alleen dat men daar een beroep doet op een huisarts, het gaat vooral over de omstandigheden - de setting en de tijd. Ik kan ook een patiënt niet goed evalueren op een politiebureau."

"Het vraagt thans ook in ons centrum wat kunst- en vliegwerk. De wet voorziet bijvoorbeeld niet in een observatieperiode voor een gegronde beslissing. Bij een gedwongen opname moet nu onmiddellijk de procedure gestart worden en een psychiatrische instelling ingeschakeld worden."

"Goede afspraken volstaan ook niet. Het wettelijk kader moet zeker worden aangepast. De observatieperiode moet structureel worden ingesteld. Vandaag mag de arts die de evaluatie uitvoert in principe niet de behandelaar zijn, of verbonden zijn aan de psychiatrische dienst waar de patiënt verblijft. Als de patiënt opgenomen is op de spoedgevallendienst en daar ook al behandeld wordt, krijg je semantische discussies en mogelijk juridische procedurekwesties."

"Indien we het systeem willen veralgemenen, moeten we de psychiatrische aanwezigheid op de spoed herdenken. We willen een observatieperiode van 24 uur. Niet overal moet een psychiater dan onmiddellijk beschikbaar zijn. De urgentiearts, het verpleegteam kan de eerste observatie-uren ook mee invullen. Dat vraagt uiteraard meer middelen. Kwaliteit komt tegen een prijs."

Jan De Lepeleire hoorde verder dat het voorstel van de VVP al een ruimere voorgeschiedenis heeft: "Ik verneem dat men binnen de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen al enige tijd aan het nadenken is over aanpassingen voor het systeem. De huisartsen zijn daar niet bij betrokken. Er speelt zich binnen die overlegcomités heel wat af waar de buitenwereld nauwelijks weet van heeft."

Joris Vandenberghe licht toe: "De bevoegde ministers hebben aan de NRZV gevraagd om een evaluatie te maken van

de huidige wet, en eventueel verbeteringen voor te stellen. De raad heeft daarvoor enkele maanden geleden een werkgroep opgericht, in samenwerking met Zorgnet Vlaanderen. Raf De Rycke van de Broeders van Liefde zit de werkgroep voor. VVP-leden zijn in die werkgroep zeer actief."

Joris Vandenberghe stelt ook alles in het werk om de huisartsen bij het overleg te betrekken: "De bedoeling is om alle actoren uit het veld bij de werkgroep te betrekken."

Volgens De Lepeleire moet een goed voorstel dat - zoals de psychiaters benadrukken - ook een zorg op maat van de patiënt beoogt, in ieder geval de rol van de huisarts beter uitklaren: "Men vergeet dat de huisarts de situatie soms kan ontmijnen. Zeker als hij de patiënt en de context al kent." Huisartsen zijn vragende partij voor meer samenwerking met de psychiater: "Het is vandaag niet makkelijk om een psychiater in consult te roepen. De mogelijkheid om sneller telefonisch te kunnen overleggen, zou ons flink vooruithelpen."

De rol van de huisarts kan men volgens De Lepeleire beter valoriseren dan minimaliseren: "Per wachtdienstzone of per wachtpost kan je één of twee huisartsen hebben die zich toeleggen op dit soort patiënten, en die expertise opbouwen zodat ze als referentiearts kunnen fungeren, zoals dat voor de palliatieve zorg gebeurt."

Joris Vandenberghe sluit helemaal niet uit dat huisartsen ook een rol kunnen spelen in het proces: "Wij beklemtonen alleen de nood aan tijd, aangepaste context en expertise voor de evaluaties voor gedwongen opname. Hoe die gepaste expertise wordt ingevuld, moet de werkgroep uitklaren. Alleen kan dit volgens ons niet door om het even welke arts gebeuren."