

# Gedwongen opname bij stoornissen in of door het gebruik van middelen

P. E. HÖPPENER, J. A. GODSCHALX-DEKKER, B. J. M. VAN DE WETERING

**ACHTERGROND** Stoornissen in het gebruik van middelen worden tegenwoordig in de Bopz-praktijk (van Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen; Wet Bopz) beschouwd als een geestesstoornis. In het geval van een geestesstoornis is een gedwongen opname als ultimum remedium mogelijk om gevaar af te wenden. In de huidige praktijk wordt deze mogelijkheid echter nog onvoldoende benut.

**DOEL** Beschrijven van mogelijke indicaties voor gedwongen opname bij gevaar voortkomend uit stoornissen in het gebruik van middelen.

**METHODE** Bespreken van de indicaties voor gedwongen opname, onderbouwd door literatuuronderzoek.

**RESULTATEN** De mogelijkheid voor een gedwongen opname berust op de erkenning dat stoornissen in het gebruik van middelen tot de geestesstoornissen gerekend kunnen worden. Indicaties voor acute gedwongen opname zijn onder meer intoxicaties, acute ontwenning en andere middelengebonden stoornissen. Indicaties voor langer durende maatregelen zijn: (zelf) bescherming, maatschappelijke teloorgang, afwendings- of vermindering van gevaar voor anderen.

**CONCLUSIE** Gedwongen opname is een reële mogelijkheid als uiterste redmiddel bij de behandeling van intoxicaties, onthouding en bij stoornissen in het gebruik van middelen. Het biedt naast het afwenden van gevaar de mogelijkheid tot diagnostiek en motiveren tot abstinentie dan wel het verminderen van het gebruik.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 55(2013)4, 269-277]

**TREFWOORDEN** gedwongen opname, stoornissen in het gebruik van middelen, Wet Bopz

Een gedwongen opname middels de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) is mogelijk als ultimum remedium bij gevaar vanwege een geestesstoornis. Toch is toepassing van deze wet in de praktijk niet vanzelfsprekend wanneer gevaar voortkomt uit een stoornis in of door het gebruik van middelen. Stoornissen in het gebruik van middelen (middelenafhankelijkheid en -misbruik) maken samen met stoornissen door het gebruik van middelen (onthouding, intoxicatie en psychiatrische stoornissen

door een middel) onderdeel uit van de aan middelen gebonden stoornissen volgens de DSM-IV (APA 2000). In deze bijdrage wordt bedoeld met 'middelengebruik' het gebruik van roesmiddelen, waarbij onduidelijk is of er sprake is van middelenafhankelijkheid dan wel misbruik. De term 'verslaving' wordt gebruikt als synoniem voor 'middelenafhankelijkheid'.

Wij vinden dat een gedwongen opname bij gevaar voortkomend uit ernstig (en chronisch) middelengebruik een serieuze overweging waard

is, als pogingen te behandelen binnen een vrijwillig kader falen en wanneer gedragsbeïnvloeding door drang geen reële optie (meer) is (Boonenkamp e.a. 2012). In deze bijdrage geven wij de argumenten daarvoor aan. We noemen de juridische criteria voor de verschillende maatregelen voor een gedwongen opname in de Wet Bopz en beschrijven indicaties voor het aanvragen van een inbewaringstelling (ibs) of een RM bij middelengebruik. Ook bespreken we wanneer de behandeling binnen de kaders van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) of de Wet Bopz valt. Ten slotte schenken we aandacht aan de mogelijkheden van behandeling in een strafrechtelijk kader en de voor- en nadelen daarvan ten opzichte van de Wet Bopz en maken we de balans op.

## TREND

Er is weinig onderzoek naar toepassing van de Wet Bopz bij middelengebruik. In de periode 1997-1998 vond slechts 0,28% van de opnames binnen de verslavingszorg plaats op basis van de Wet Bopz (van Rooij e.a. 2001). Als belangrijkste reden hiervoor werd door de behandelaren het ontbreken van een separeer of een gesloten afdeling genoemd. Wierdsma e.a. (2006) constateerden dat in de regio Rijnmond het aandeel van middelengebruik bij gedwongen opnames tussen 2001-2005 verviervoudigd was: van 3 tot 12%. Een stoornis in het gebruik van middelen wordt als belangrijkste diagnose genoemd in 4% van de ibs'en en bij 6% van de RM's in de regio's Rotterdam, Groningen en Maastricht tezamen (Wierdsma e.a. 2010). Als belangrijkste gevaarscriteria werden suïcidegevaar, gevaar voor anderen en zelfverwaarlozing/maatschappelijke teloorgang genoemd. Na de invoering van de Wet Bopz in 1994 vond een sterke stijging van het aantal gedwongen opnames vanwege geestesziekten plaats, zowel in Rotterdam (Mulder e.a. 2006; Wierdsma e.a. 2010) en Amsterdam, als in heel Europa (Van der Post e.a. 2005). Uit deze overzichtsstudies kunnen we opmaken dat er een stijging heeft plaatsgevonden van gedwongen opnames bij middelengebruik en dat er een groeiende bewust-

wording onder psychiaters lijkt te zijn ontstaan, dat er bij behandeling van psychiatrische stoornissen in combinatie met middelengebruik aan de criteria van de Wet Bopz kan worden voldaan.

## HET BEGRIP 'STOORNIS'

Voor opname in het kader van de Wet Bopz is het bestaan of het ernstige vermoeden van een geestesstoornis een vereiste. Middelenafhankelijkheid en -misbruik zijn in de DSM-IV geïnclassificeerd als psychiatrische aandoeningen (APA 2000). Middelenafhankelijkheid wordt thans beschouwd als een chronische (hersens)ziekte met een hoge mate van recidief met schadelijke effecten voor het individu en diens omgeving (Lucieer 2005). Hierbij spelen *craving* (zucht) en controleverlies een belangrijke rol. Door herhaald gebruik van middelen kunnen blijvende veranderingen in neuronale circuits ontstaan. Deze leiden tot disfunctionele emotionele en motivationele processen en beperkingen in zelfcontrole. Het optreden van deze neurobiologische veranderingen wordt ondersteund door dierexperimenteel en humaan (beeldvormend) onderzoek (o.a. Van de Brink & Schippers 2008; Franken & Van den Brink 2009, de Jong e.a. 2009; Kalivas & Volkow 2005; Volkow e.a. 2004). Hoewel incidenteel experimenteren met middelen vrijwillig gedrag is, beïnvloedt langdurig gebruik van middelen motivationele, emotionele en geheugenprocessen op langere termijn. Wanneer inhibitorische controle verloren gaat, ontstaat er een patroon van controleverlies en compulsief gedrag gericht op het gebruik van middelen (Franken & Van de Brink 2009; Volkow e.a. 2010).

In een dergelijke situatie van middelenafhankelijkheid is het mogelijk dat een patiënt onder invloed niet in staat is tot een redelijke waardering van zijn belangen (middelengebruik versus afkicken), waardoor de nodige bereidheid tot behandeling kan ontbreken. Intoxicatie, mogelijk in het kader van middelenafhankelijkheid, kan leiden tot wilsonbekwaamheid voor bepaalde beslissingen over behandeling.

De Hoge Raad heeft bepaald dat alcoholafhankelijkheid reden kan zijn voor toepassing van de Wet Bopz. Of in een voorkomend geval sprake is van een geestesstoornis van zodanige aard dat een vrijheidsbeneming (volgens de Wet Bopz) gerechtvaardigd is, moet individueel worden vastgesteld middels onderzoek door een onafhankelijk psychiater. Alleen de omstandigheid dat de patiënt afhankelijk is van een middel, is volgens de Hoge Raad onvoldoende (bijvoorbeeld bij afhankelijkheid van nicotine). Het is van belang dat het denken, voelen, willen, oordelen en doelgericht handelen zo ingrijpend zijn beïnvloed dat 'aan de betrokkene het veroorzaakte gevaar niet kan worden toegerekend omdat de stoornis de gevaarvolle daden van de betrokkene overwegend beheerst' (Hoge Raad 23 september 2005; Hoge Raad 5 oktober 2007). Immers, de geestesstoornis leidt tot ernstige kritiek- en oordeelsstoornissen in een causaal verband met het gevaar. Dezelfde maatstaf mag bij alcohol/drugsafhankelijkheid worden toegepast (Hoge Raad 8 februari 2008). Dit gaat ook gelden in de nieuwe Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (ggz) (Kamerstukken II 2009-2010).

We vatten samen: stoornissen in middelengebruik kunnen leiden tot wilsonbekwaamheid wat betreft behandeling en daarmee voldoen aan het stoornisbegrip van de Wet Bopz (en de Wet verplichte ggz). Aangezien niet alle vormen van middelenaafhankelijkheid per definitie leiden tot stoornissen in het denken, voelen, willen, oordelen en doelgericht handelen, is het oordeel van de psychiater van cruciaal belang. De psychiater gaat na of er sprake is van ernstige middelenaafhankelijkheid, middelenuisbruik vergezeld van overige psychiatrische comorbiditeit ofwel stoornissen door het gebruik van middelen zoals een psychotische stoornis door het gebruik van middelen.

#### CRITERIA VOOR VERSCHILLENDE MAATREGELEN

De wettelijke vereisten van de ibs (art. 20 lid 2 Wet Bopz) houden in dat er een stoornis, of het ernstige vermoeden daarvan, als oorzaak van het

aanwezige gevaar bestaat. Het gevaar dient hierbij zodanig onmiddellijk dreigend te zijn dat een voorlopige machtiging niet kan worden afgewacht. De duur van de ibs is maximaal drie weken.

Bij de rechterlijke machtiging bestaan er verschillende varianten, meestal met de duur van zes maanden. De wettelijke vereisten voor een voorlopige machtiging (VM) (art. 2 lid 2 en 3 Wet Bopz) houden in: het bestaan van een 'stoornis van de geestvermogens die de betrokkene gevaar doet veroorzaken', dat 'niet door tussenkomst van personen of instellingen buiten een psychiatrisch ziekenhuis kan worden afgewend' en waarbij geen bereidheid bestaat tot vrijwillige opname.

Voor ambulante patiënten is een voorwaardelijke machtiging (VWM) mogelijk, wanneer gevaar vanwege een geestesstoornis slechts door het stellen en naleven van voorwaarden kan worden afgewend (art. 14a lid 2 Wet Bopz). Er moet dan aanneemelijk zijn dat de patiënt de voorwaarden, waarmee hij of zij heeft ingestemd, ook zal naleven (art. 14a lid 5 Wet Bopz).

Vervolgens is er de rechterlijke machtiging op eigen verzoek. Het verzoek komt van de patiënt met een aangetoonde geestesstoornis die bereid is om zich in een psychiatrisch ziekenhuis te laten behandelen ook indien die bereidheid tijdens de duur van de machtiging komt te vervallen (art. 32 lid 1 en 2 Wet Bopz). Er is hierbij geen noodzaak van een causaal verband tussen stoornis en gevaar (van Tilburg e.a. 2008).

De laatste soort machtiging die we hier bespreken, is de zelfbindingsmachtiging. Hierbij kan een patiënt met een psychiatrische stoornis in overleg met zijn of haar behandelaar een zelfbindingsverklaring opstellen, met afspraken over de omstandigheden die moeten leiden tot opname en/of welke behandeling tijdens opname moet plaatsvinden. Zodra aan de in de zelfbindingsverklaring genoemde voorwaarden wordt voldaan, kan de rechter een zelfbindingsmachtiging afgeven. Hierbij hoeft de patiënt geen gevaar te veroorzaken (art. 34a lid 1 en 2 Wet Bopz).

## Ibs bij stoornissen in het gebruik van middelen

Acuut gevaar bij middelengebruik komt in de meeste gevallen voort uit (auto-)intoxicatie met of (acute) onthouding van middelen. Patiënten worden in deze toestand vaak als lastig en onhandelbaar ervaren en mogelijk daardoor niet goed onderzocht en behandeld.

Bij een intoxicatie wordt een ibs-aanvraag nogal eens afgedaan met de opmerking dat de patiënt eerst moet ontnuchteren alvorens een zinvolle beoordeling mogelijk is. Het is echter van belang om ook in deze risicovolle situaties een professioneel oordeel te vellen over de relatie tot het gevaar (Koeter 2009; Montoya & McCann 2010). Naar onze mening is de arts daar op basis van het criterium van 'goed hulpverlenerschap' (art.7:453 BW) toe verplicht. Intoxicaties gaan immers vaak gepaard met agressief en (seksueel) ontremd gedrag en psychiatrische complicaties zoals psychose, stemming- of geheugenstoornissen of delirium (APA 2000). Al deze complicaties kunnen gevaar veroorzaken (suïcide, agressie). Daarnaast is er extra alertheid geboden vanwege de mogelijke somatische complicaties. Deze kunnen levensbedreigend zijn, zoals ernstige cardiovasculaire aandoeningen door cocaïne-intoxicaties, wernicke-encefalopathie of convulsies (Montoya & McCann 2010; Single e.a. 1999).

Ook bij onthoudingsbeelden komen somatische en psychiatrische complicaties voor. Berucht zijn het alcoholonthoudingsdelier (delirium tremens) en het GHB-onthoudingsdelier (Van Noorden e.a. 2010; Veerman e.a. 2010). Deze zijn levensbedreigend indien niet adequaat behandeld, onder meer vanwege hyperthermie, rhabdomyolyse, hart-ritmestoornissen of hartinfarct (Montoya & McCann 2010; Van Noorden e.a. 2010; Single e.a. 1999; Veerman e.a. 2010).

Deze toestandsbeelden spelen zich af in het grijze gebied van de WGBO en de Wet Bopz. De vuistregel is dat een patiënt die behandeling weigert bij levensbedreigende somatische complicaties onder de WGBO kan worden behandeld. Het maakt daarbij niet uit of de patiënt onder de WGBO of de Wet Bopz is opgenomen (Godschalx-

Dekker e.a. 2012). Daarbij moet primair worden gekozen voor de noodzakelijke voorziening om de somatische behandeling te geven. Zo beschikt een verslavingsinstelling bijvoorbeeld niet over een somatische intensivereafdeling.

Een ibs kan worden overwogen vanwege het primaire argument het gevaar af te wenden door de opname. In acute situaties is het vaak door omstandigheden, zoals het tijdstip van de beoordeling ('s avonds en 's nachts) en het ontbreken van een heteroanamnese niet goed mogelijk om een onderscheid te maken tussen een incidentele intoxicatie of een verslaving. Het verdient aanbeveling om een ibs-beoordeling te doen wanneer er sprake is van suïcidaliteit, agressie of een psychose bij ontbrekende bereidheid tot opname. De volgende kenmerken wijzen in de richting van een afhankelijkheid: bevindingen bij lichamelijk onderzoek (gebruikssporen), slechte hygiëne en voedingsstatus, seksueel overdraagbare aandoeningen, meerdere justitiële contacten, dakloosheid, schulden en het ontbreken van werk of dagbesteding (Vos e.a. 2003).

Een ibs leidt in de regel tot een gedwongen detoxificatie en (fysiek) herstel. Na detoxificatie kunnen de stoornis en de gevaren zijn verholpen. Bij een (eenmalige) intoxicatie zonder middelafhankelijkheid of -misbruik en zonder het vermoeden van overige comorbiditeit kan de ibs worden opgeheven. Een gedwongen opname is een forse inbreuk in het leven van de patiënt en vraagt om rechtvaardiging (Boonenkamp e.a. 2012). Deze rechtvaardiging is volgens de Wet Bopz primair gelegen in de noodzaak om gevaar af te wenden. Bij de afweging zijn proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid richtinggevend begrippen. Een gedwongen opname is primair bedoeld om het gevaar op te heffen, maar biedt secundair ook nieuwe kansen. Op de eerste plaats kan de hardnekkige afhankelijkheid worden doorbroken en krijgt de patiënt daarmee de mogelijkheid nuchter en 'wilsbekwaam' te kiezen om zonder middelengebruik verder te gaan. De patiënt kan gemotiveerd worden zijn gedrag te veranderen en er kan hulp worden geboden op maatschappelijk gebied

(Mueser e.a. 2003). Verder kan er diagnostiek naar psychiatrische comorbiditeit plaatsvinden, die zo mogelijk direct behandeld kan worden.

Gevaar is het primaire argument voor gedwongen opname, maar we achten het wenselijk dat er bij een ibs inschatting door de beoordelaar ook wordt overwogen of de patiënt meer baat bij opname zou kunnen hebben. Een dergelijk 'baatcriterium' mag voor de beoordeling niet doorslaggevend zijn, maar het zou onjuist zijn als de beoordelaar hier niet over na zou denken. Het medisch-ethische beginsel van 'primum non nocere' (niet schaden) brengt dit met zich mee, alsmede het beginsel van goed hulpverlenerschap (art. 7:453 BW). Om deze redenen stellen wij dat patiënten met middelenafhankelijkheid met gevaar als gevolg een gedwongen opname niet op voorhand mag worden ontzegd.

#### RM bij stoornissen in het gebruik van middelen

Naast omzettingen van een ibs in een RM wordt in de verslavingzorg relatief vaak gebruikgemaakt van een RM op eigen verzoek en de zelfbindingsmachtiging. Deze machtigingen worden door patiënten in stabiele toestand gekozen wanneer zij een terugval voorzien en daarvoor beschermd willen worden via een opname.

Ook schadebeperking, het minimaliseren van de schadelijke gevolgen van middelengebruik, kan een reden zijn voor een rechterlijke machtiging. Middelenafhankelijkheid gaat gepaard met grote individuele, sociale en maatschappelijke gevolgen (Vos e.a. 2003). Het blijkt in de praktijk dat ernstige en chronische afhankelijkheid dikwijls leidt tot gevaar voor ernstig (lichamelijk) letsel, (zelf)verwaarlozing, zelfbeschadigend gedrag en uitputting (voorbeelden uit het Besluit administratieve bepalingen Bopz). Middelenafhankelijke patiënten hebben een verhoogd risico vroegtijdig te overlijden (Cruz e.a. 2008). Naast de genoemde klinische machtigingen is een voorwaardelijke machtiging een middel om door voorwaarden abstinentie of vermindering van gebruik te bewerkstelligen tijdens ambulante behande-

ling. Bijvoorbeeld door de voorwaarde om in zorg te blijven bij bijvoorbeeld de out-reachende zorg van een (F)ACT-team (van (functie)-assertive community treatment). (F)ACT-behandeling gecombineerd met woonbegeleiding kan aantoonbaar de nadelige effecten van middelenafhankelijkheid voorkomen dan wel verminderen (van Duin & van Rooijen 2008).

Een voorlopige machtiging kan ook geïndiceerd zijn bij ernstig verslaafde zwangeren (Boonenkamp e.a. 2012). Middelengebruik kan negatieve invloed hebben op de (hersens)ontwikkeling van een foetus en leiden tot prematuriteit. Daarnaast is er het risico dat de ongeborene afhankelijk van middelen ter wereld komt (Schneider e.a. 2004). Een gedwongen opname is conform de letter van de wet momenteel alleen mogelijk wanneer de foetus levensvatbaar is, dus na 24 weken zwangerschap (Berghmans e.a. 2009; van de Wetering & Van Hulst 2011).

Middelengebruik brengt echter de meeste schade toe in het eerste trimester. Als pas medio het tweede trimester een machtiging wordt ingesteld, kunnen de proportionaliteit en doelmatigheid dan al beperkt zijn (Boonenkamp e.a. 2012). In de nieuwe Wet verplichte ggz is een ruimer uitgangspunt voorgesteld: aangezien de schade aan de foetus zich ook in de eerste weken van de zwangerschap kan voltrekken, ligt een ondergrens in weken niet in de rede (Tweede Kamer 2009-2010 32.399, nr. 3, p. 42). Een voorlopige rechterlijke machtiging kan – wanneer dat medisch en ethisch gezien mogelijk en noodzakelijk is – gedwongen detoxificatie en gedwongen abstinentie bijvoorbeeld van alcohol tijdens zwangerschap mogelijk maken. Daarnaast kan men de patiënte tegen haar eigen risicovolle gedrag (psychiatrische comorbiditeit, prostitutie en ongezonde leefstijl) beschermen, terwijl men ook de gevaren voor de ongeborene afwendt (Bhuvaneshwar e.a. 2008; Boonenkamp e.a. 2012). Dit geldt met name in het eerste trimester van de zwangerschap; in de latere fasen biedt de machtiging de mogelijkheid de zwangerschap op veilige en medisch verantwoorde wijze te begeleiden.

## BOPZ OF STRAFRECHT?

Een volgende reden voor een voorlopige machtiging is beveiliging van de samenleving tegen agressieve en ernstige overlast veroorzakende patiënten met middelengebruik. Strafbare feiten onder invloed van middelen kunnen een gevaar opleveren in de zin van de Wet Bopz (bijvoorbeeld agressief gedrag ten gevolge van intoxicatie, psychose of onttrekking, met bedreiging, vernieling of mishandeling als gevolg). Middelengebruik kan op zichzelf al een strafbaar feit zijn (illegale middelen of middelengebruik gedurende autorijden), net als diefstal om het gebruik te bekostigen. Een gedwongen opname is een uiterst middel, het strafrecht is dat ook. In welke situaties moet er voor de Wet Bopz worden gekozen of juist voor het strafrecht? Hiervoor bestaan geen duidelijke regels. De officier van justitie is verantwoordelijk voor de keuze van de route die er moet worden gevolgd. Het gaat daarbij om de mate waarin gedrag kan worden aangerekend, in hoeverre het handelen strafbaar is gesteld en de ernst van het delict (Dekker & Van Marle 2009). Een psychiater kan bij twijfel overleggen met de officier van justitie over de te volgen route.

In 2001 heeft de wetgever de regeling Strafrechtelijke Opvang Verslaafden (SOV) gemaakt om mannelijke verslaafde veelplegers na het plegen van een delict door de rechter te verplichten om aan een maximaal tweejarig detentieprogramma deel te nemen met als doel overlastbestrijding, vermindering van delictrecidieven en vermindering van verslaving. In 2004 is deze regeling opgegaan in de Wet plaatsing in een Inrichting voor Stelselmatige Daders (ISD). Het detentieprogramma werd sindsdien onder meer toegankelijk voor vrouwen en voor daders met psychiatrische comorbiditeit (Struijk 2008).

Behandeling in een strafrechtelijk kader (bijv. in een forensische setting) kan noodzakelijk zijn als reguliere behandeling (al dan niet in het kader van de Wet Bopz) niet heeft geleid tot een substantiële vermindering van het gevaar, zoals gewelddadig gedrag van harddrugs gebruikende

patiënten met een antisociale persoonlijkheidsstoornis (Van Tilburg e.a. 2008). De combinatie van middelenafhankelijkheid en een ernstige persoonlijkheidsstoornis zorgt voor een groot risico op agressie (Tholen 2009). Wanneer dergelijke patiënten op een reguliere afdeling worden opgenomen, zijn ze vaak ernstig ontregelend vanwege gebruik van middelen of agressie. In dergelijke gevallen kan een gedwongen opname in het kader van de Wet Bopz onhaalbaar en zelfs onwenselijk zijn voor de veiligheid van andere patiënten en personeel in de instelling. Wij adviseren dan de mogelijkheid voor behandeling in strafrechtelijk kader te onderzoeken.

Het risico bestaat dat een opname met een RM voorkomt dat strafrechtelijke vervolging plaatsvindt. Een opname met een RM kan een patiënt soms 'goed' uitkomen en ertoe leiden dat een behandelaar door een patiënt op subtiele wijze wordt uitgenodigd om hieraan mee te werken. Als een ISD-maatregel dreigt, kan de patiënt deze maatregel afwenden middels een RM. Wanneer een voor de politie bekende verslaafde met een RM wordt opgepakt, dan zal de politie deze verslaafde vaak zonder vervolging direct naar het ziekenhuis brengen. Maar de RM is er niet om de patiënt te vrijwaren voor de consequenties van antisociaal of crimineel gedrag of om onderdak te bewerkstelligen (Van Ophemert & Van de Wetering 2010). In dergelijke gevallen is de RM contraproductief en kan deze beter worden opgeheven.

## DWANG VERSUS MOTIVATIE

Motivatie van de patiënt is lang gezien als een essentiële voorwaarde voor de behandeling van middelenafhankelijkheid. Als dat terecht zou zijn, dan zou een gedwongen opname eerder averechts werken. Uit onderzoek blijkt echter dat een gedwongen opname over het algemeen de behandelrelatie niet verstoort. Een meerderheid van de patiënten heeft achteraf zelfs een positief oordeel over de opname (Van Rooij e.a. 2001; Van Tilburg e.a. 2008). Middelenafhankelijkheid is veelal een chronische aandoening en een patiënt staat per

definitie ambivalent tegenover zijn probleem vanwege een gebrek aan perspectief en aan ziekteinzicht (Vos e.a. 2003).

Als argument tegen toepassing van opname en behandeling in het kader van de Wet Bopz wordt wel genoemd dat patiënten met middelenafhankelijkheid een beperkt behandelperspectief hebben. De behandelaars hebben de overtuiging dat deze patiënten ‘onveranderbaar’ zijn. Daar kan tegenin worden gebracht dat de Wet Bopz niet primair bedoeld is als een behandelwet, maar als een opnamewet met als doel door opname gevaar af te wenden. Het onder dwang opnemen van een verslaafde realiseert in principe (de praktijk is weerbarstig) abstinentie, doordat middelengebruik in de kliniek niet is toegestaan. De meeste patiënten zijn overigens bereid om zich voor de ontweningsverschijnselen, die na abstinentie optreden, te laten behandelen. Abstinente patiënten zijn in de regel meer gemotiveerd voor vervolghandeling dan patiënten onder invloed. Er zijn inmiddels effectieve behandelingen ontwikkeld, medicamenteus en psychotherapeutisch, die zijn gericht op het blijven behouden van abstinentie (Franken & Van den Brink 2009, De Jong e.a. 2009, Van den Brink & Schippers 2008). Het onderzoek naar effectieve behandelingen en detoxificatiemethodes staat nog in de kinderschoenen en onderzoek naar de effecten van dwangdetoxificatie op de lange termijn is wenselijk.

## CONCLUSIE

Middelenafhankelijkheid wordt tegenwoordig beschouwd als een geestesstoornis en kan leiden tot gevaar dat niet anders is af te wenden dan door een gedwongen opname. Er is een groeiende bewustwording onder psychiaters dat er bij behandeling van stoornissen met middelengebruik aan de criteria van de Wet Bopz kan worden voldaan. Volgens ons dient gedwongen opname altijd een overweging te zijn bij gevaar veroorzaakt door ernstige middelenafhankelijkheid, middelenmisbruik gecombineerd met andere psychiatrische comorbiditeit of stoornissen veroor-

zaakt door het gebruik van middelen. Wij pleiten voor een ibs-beoordeling bij acuut gevaar zoals suïcidaliteit, agressie, brandstichting en somatische complicaties veroorzaakt door intoxicaties en onthouding van middelen. Somatisch en psychiatrisch onderzoek is bij deze groep essentieel. Bij somatisch levenbedreigende condities heeft de wgbo de voorkeur.

Een rechterlijke machtiging kan op haar plaats zijn vanwege zelfbescherming, zwangerschap en afwenden van gevaar in de maatschappij. In het geval van beveiliging is soms het strafrecht geschikter dan de Wet Bopz. Alle bovenstaande argumenten en overwegingen gelden mutatis mutandis voor de nieuwe Wet verplichte ggz wanneer deze van toepassing wordt.

Gedwongen opnames zorgen voor het wegnemen van gevaar en leiden tegelijkertijd tot nieuwe kansen en mogelijkheden voor een patiënt. Een detoxificatie onder dwang zorgt voor abstinentie bij patiënten die vanwege hardnekkige afhankelijkheid anders geen kans op een leven zonder middelengebruik hebben. Daarna heeft een patiënt de kans om weloverwogen een keuze te maken om met of zonder middelengebruik verder te willen. Ook kan de somatische en psychiatrische comorbiditeit worden onderzocht en doorgaans effectiever worden behandeld. Om deze redenen stellen wij dat een verslaafde met gevaarlijk gedrag ten opzichte van zichzelf en anderen te allen tijde recht heeft op de optimale behandeling, zo nodig in een gedwongen kader.



Emile Barkhof, psychiater, AMC, Amsterdam, gaf commentaar op het manuscript.

## LITERATUUR

- APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fourth edition, text revision (DSM-IV-TR). Washington: American Psychiatric Association.
- Berghmans R, de Jong J, de Wert G. Dwangmogelijkheden te beperkt. *Medisch Contact* 2009; 64: 77-80.
- Brink W van den, Schippers GM. Verslaving en verslavingszorg. *Tijdschr Psychiatr* 2008; 50: 91-7.

- Bhuvanewar C, Chang G, Epstein L, Stern T. Cocaine and opioid use during pregnancy: prevalence and management. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2008; 10: 59-65.
- Boonenkamp J, Berghmans R, Dondorp W, de Wert G. Zorg voor verslaafde zwangere vrouwen: rechtvaardiging van drang en dwang. *Tijdschr Psychiatr* 2012; 54: 257-66.
- Dekker JA, van Marle HJC. Ziekte en verminderde verantwoordelijkheid. *Ethiek & Maatschappij* 2009; 12: 3-16.
- Duin S van, van Rooijen S. Verslavingsdeskundigheid. In: van Veldhuizen R, Bähler M, Polhuis D, van Os J, red. *Handboek FACT*. Utrecht: De Tijdstroom; 2008.
- Franken I, van den Brink W. *Handboek verslaving*. Utrecht: De Tijdstroom; 2009.
- Godschalx-Dekker JA, Janssen van Raay M, van Hulst AM, van de Wetering BJM. Dwangbehandeling bij alcoholafhankelijke verslaafde met korskav en suikerziekte. *Verslaving* 2012; 8: 54-8.
- Jong CAJ de, de Haan HA, van de Wetering BJM. *Verslavingsgeneeskunde, neurofarmacologie, psychiatrie en somatiek*. Assen: Van Gorcum; 2009.
- Hoge Raad 23 september 2005, LJN: AU0372, BJ 2005, 35 m.nt. W. Dijkers.
- Hoge Raad 5 oktober 2007, LJN: BB3321, NJ 2007, 230 m.nt. J. Leemaate.
- Hoge Raad, 8 februari 2008, Co7/13322, LJN: BC3845.
- Kalivas P, Volkow N. The neural basis of addiction: a pathology of motivation and choice. *Am. J. Psychiatry* 2005; 162: 1403-13.
- Kamerstukken II 2009-2010, 32399, nr. 3 p. 11-2.
- Koeter M. Drang en dwang. In: Franken I, van den Brink W, red. *Handboek verslaving*. Utrecht: De Tijdstroom; 2009.
- Lucieer J. Een andere kijk op verslaving. *Medisch Contact* 2005; 60: 852-4.
- Montoya ID, McCann DJ. Drugs of abuse: management of intoxication and antidotes. *EXS* 2010; 100: 519-41.
- Mueser KT, Noordsy DL, Drake RE, Fox L. *Integrated Treatment for Dual Disorders. A guide for effective practise*. New York: The Guilford Press; 2003.
- Mulder CL, Broer J, Uitenbroek D, van Marle P, van Hemert AM, Wierdsma AI. Versnelde stijging van het aantal inbewaaringstellingen na de invoering van de Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen (BOPZ). *Ned Tijdschr Geneesk* 2006; 150: 319-22.
- Noorden van MS, Kamal R, de Jong CAJ, Vergouwen ACM, Zitman FG. GHB-afhankelijkheid en -onthoudingssyndroom. *Ned Tijdschr Geneesk* 2010; 154: 1286.
- Ophemert MC van, van de Wetering BJM. 'Vrijwillig gedwongen': patiënt en behandelaar door rechterlijke machtiging tot hulpverlening gedwongen? *Verslaving* 2010; 3: 33-7.
- Post LFM van der, Dekker, JJM, Jonkers JFJ, Beekman ATF, Mulder CL, de Haan L, Mulder WG, Schoevers, RA. Veranderingen in crisisinterventie en acute psychiatrie; Amsterdamse consulten in 1983 en 2005. *Tijdschr Psychiatr* 2009; 51: 139-49.
- Rooij MFAM van, Vleugels CMM, Kortmann FAM, ten Have HAMJ, van Wijmen FCB. Gedwongen opname in de verslavingszorg. *Tijdschr Psychiatr* 2001; 43: 265-70.
- Schneider AJ, Raats ME, Blondeau MJCE, Steegers EAP. Zwangere verslaafde prostituees: soms gedwongen opname in het belang van het kind. *Ned Tijdschr Geneesk* 2004; 148: 1949-52.
- Single E, Robson L, Rehm J, Xie X. Morbidity and mortality attributable to alcohol, tobacco, and illicit drug use in Canada. *Am J Public Health* 1999; 89: 385-90.
- Struijk S. De sov-effectevaluatie bezien vanuit een juridisch perspectief. *Sancties: tijdschrift over straffen en maatregelen*. 2008; pp. 1-6.
- Tholen A. Beoordeling en management van het risico op gewelddadig gedrag. *Tijdschr Psychiatr* 2009; 51: 173-82.
- Tilburg RW van, van Veldhuizen JR, Beijaert EW, van de Ven-Dijkman MV, Mulder CL, Schulte PFJ, e.a. (NVVP-commissie Richtlijn besluitvorming dwang). *Richtlijn Besluitvorming dwang: opname en behandeling*. Utrecht: De Tijdstroom; 2008.
- Veerman SRT, Dijkstra HN, Liefding-Klufft. Levensbedreigende onthoudingsverschijnselen door gammahydroxyboterzuur. *Tijdschr Psychiatr* 2010; 52: 411-6.
- Volkow ND, Fowler JS, Wang GJ. The addicted human brain viewed in the light of imaging studies: brain circuits and treatment strategies. *Neuropharmacol* 2004; 47: 3-13.
- Volkow ND, Wang GJ, Fowler JS, Tomasi D, Telang F, Baler R. Addiction: decreased reward sensitivity and increased expectation sensitivity conspire to overwhelm the brain's control circuit. *Bioessays* 2010; 32: 748-55.
- Vos R, van der Meer C, Posthuma T, Hendriks V. *Dubbele Diagnose, Dubbele Hulp, richtlijnen voor diagnostiek en behandeling*. Project van Verslavingszorg Parnassia en ggz Nederland. Utrecht: ggz Nederland; 2003.
- Wetering B van de, van Hulst A. Dit kind gaat mij van de verslaving afhelpen! Gedwongen behandeling in de verslavingszorg. In: Barkhof E, van Westrhenen R, Schemerhorn W, van der Knaap A, red. *Probleemgeoriënteerd denken in de ggz: juridische dilemma's. Een praktijkboek voor de opleiding en de kliniek*. Utrecht: De Tijdstroom; 2011.



Wierdsma AI, de Vries S, van Marle P, Mulder CL. Toepassing Wet BOPZ bij verslavingsproblemen: effecten van de Rotterdamse Richtlijn. Rotterdam: O3 Onderzoekscentrum GGZ; 2006: <http://www.o3-onderzoekcentrumggz.nl/nieuws/nb200712.pdf>

Wierdsma AI, van Marle PD, Mulder CL. Aantallen en patronen van inbewaringstellingen en rechterlijke machtigingen in Maastricht, Groningen en Rotterdam. Tijdschr Psychiatr 2010; 52: 143-53.

psychiater, Reinier van Arkel Groep, 's-Hertogenbosch.

JUDITH GODSCHALX-DEKKER, ten tijde van het schrijven van dit artikel coassistent bij Bouman GGZ; thans arts in opleiding tot psychiater, UMC Utrecht.

BEN VAN DE WETERING, psychiater, geneesheer-directeur bij Bouman GGZ, Rotterdam.

Correspondentieadres: Paul Höppener, Reinier van Arkel Groep, Henri Dunantstraat 1, 5223 GZ 's-Hertogenbosch.

E-mail: p.hoppener@rvagroep.nl

#### AUTEURS

Geen strijdige belangen meegegeeld.

PAUL HÖPPENER, ten tijde van het schrijven van dit artikel arts in opleiding tot psychiater, Bouman GGZ; thans:

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 20-8-2012.

#### SUMMARY

Compulsory hospitalisation of patients suffering from severe drug or alcohol addiction – P.E. Höppener, J.A. Godschalx-Dekker, B.J.M. van de Wetering –

**BACKGROUND** Psychiatrists treating patients with drug and alcohol addiction currently consider these afflictions to be mental disorders. If patients are so mentally disturbed that they are a danger to themselves or others, then compulsory hospitalisation seems to be an acceptable treatment option. However, it would seem that at present this solution is not normal practice in addiction care.

**AIM** To describe the indications for compulsory hospitalisation when mental disorders associated with addiction and withdrawal cause risks and dangers.

**METHOD** Discussion of the indications for compulsory enforced hospitalisation supported by literature.

**RESULTS** Compulsory hospitalisation is based on the acceptance of the principle that addiction and substance abuse are mental disorders. Indications for emergency hospitalisation include intoxications, acute withdrawal symptoms and other disorders associated with substance use. Indications for longer-term measures are (self)-protection, societal isolation and the need to protect other people from danger. Factors influencing the decision-making process regarding emergency hospitalisation are motivation and treatment perspectives, mental incompetence, contraindications and conflicts between criminal law and patients' rights.

**RESULTS** Compulsory hospitalisation deserves serious consideration as the ultimate step in treatment of intoxication, drug and alcohol dependence and withdrawal symptoms. In addition, emergency hospitalisation can be a way of averting danger, facilitating diagnosis and motivating abstinence or at least a reduction in substance use.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 55(2013)4, 269-277]

**KEY WORDS** addiction, compulsory hospitalisation, substance abuse