

Gedwongen opname bij verslaving: weerklank uit Vlaanderen

G. DOM

Dwang in zijn vele vormen is een vaak voorkomende factor binnen het behandelverloop van patiënten met verslavingsproblemen. Burns e.a. (2011) toonden recent aan dat bij 63% van de patiënten met middelenproblemen een of andere vorm van dwang een rol speelde bij de initiatie van de behandeling. Dwangbehandelingen vanuit een juridisch kader (strafrechtelijk) of maatschappelijk kader (bijv. werkgever) zijn dus zaken waarmee we binnen de verslavingszorg erg vertrouwd zijn.

Heel anders ligt het bij de (psychiatrische) gedwongen opname (GO). Hier zien we een nieuwe evolutie. Verslaving werd, althans in Vlaanderen, vroeger eerder als een uitsluitingscriterium ('geen geestesziekte in strikte zin') voor een GO bekeken. Dit is niet zo in de wettekst verwoord (waar de omschrijving van geestesziekte open blijft), maar wel in de rechtspraak en in commentaren zoals opgenomen in het Burgerlijk Wetboek-Bijzondere Wetgeving (Dom & De Groot 2010). Momenteel wordt echter heftig gediscussieerd over verslaving als grond voor een GO. Redenen voor deze ommekeer zijn divers.

Redenen voor ommekeer De huidige neuro-wetenschappelijke kennis legt de focus op verslaving als een hersenaandoening. De ernstige stoornissen in de besluitvorming en aanverwante (executieve) cognitieve functies die systematisch bij patiënten worden teruggevonden, voeden het debat over de mate van (tijdelijk) verminderde verantwoordelijkheid voor daden en beslissingen. Interessant in dit kader zijn trouwens de bevindingen van Verdejo-García en Pérez-García

(2008). Voldoende lange abstinentie vertaalt zich in herstel van neurocognitieve dimensies die een rol spelen bij het vormen van zelfbesef en ziekte-inzicht. Vanuit die optiek lijkt een (gedwongen) periode van abstinentie de basis te kunnen vormen van nieuw inzicht en motivatie tot verandering.

Minstens even belangrijk zijn maatschappelijke factoren. Er is een uitgesproken tendens, vanuit zowel de bevolking als ordehandhaving, naar het medicaliseren van agressief en/of storend gedrag. De druk op de verslavingszorg voor het (gedwongen) opnemen van mensen, die vanuit hun (meestal complexe) verslavingsproblematiek, een zeker gevaar vormen, neemt steeds toe. Men heeft hoge verwachtingen van de psychiatrie als ultimatum remedium voor vele maatschappelijke problemen.

Höppener e.a. (2013) belichten dus een zeer relevante, maatschappelijke thematiek. Voortbouwend op het artikel plaats ik enkele opmerkingen over dit thema en vergelijk de Nederlandse met de Vlaamse situatie.

DSM-5 en diagnostiek verslaving Allereerst ben ik erg benieuwd naar wat de komende DSM-5, binnen de context van de GO-inschatting, als handvaten zal bieden. Höppener e.a. (2013) stellen dat men bij een GO-afweging een onderscheid moet maken tussen enerzijds het gebruik van middelen ('lichte' verslaving) en anderzijds 'echte' verslaving/afhankelijkheid. Bij deze laatste zijn de inhibitie en besluitvorming gestoord, ontstaat een patroon van controleverlies en neemt het vermogen tot 'een redelijke afweging van de eigen

belangen' af. Het is vooral binnen deze context dat verslaving als grond van GO wordt gesuggereerd.

De vraag is echter: hoe dit te vertalen in DSM-5-diagnostiek? Kan deze gebruikt worden als basis voor een indicatiestelling voor GO en op welke basis moet dan worden gedifferentieerd? GO niet bij lichte of matige, en wel bij ernstige stoornis in het gebruik van middelen? Echter, de ernststadia bij de DSM-5 worden enkel bepaald door het aantal criteria waarop een patiënt positief scoort. De aard van het criterium speelt geen rol. Zo hoeft controleverlies hier niet bij te zijn. De vraag is dus of deze classificatie nuttig is bij de beoordeling van het type verslaving dat, als psychiatrische aandoening, een GO kan rechtvaardigen.

Profilering en staging? Andere classificatiesystemen die nauwer aansluiten bij de onderliggende (neurobiologische) disfuncties en mogelijk beter het ziekteverloop (en behandelrespons) kunnen voorspellen, zijn misschien beter geschikt om in te schatten welk (sub)type patiënt met een verslaving, en in welk stadium van de aandoening, in aanmerking komt voor een GO. Kunnen we subtypes identificeren van patiënten die gekenmerkt worden door sterke beperkingen in de inhibitie en (executieve) besluitvorming, zo ja op basis van welke criteria (neurocognitief of klinisch)? Een nieuwe vorm van profilering en staging van verslavingsproblemen (zie Van den Brink & Schippers 2012) draagt, alvast in theorie, meer mogelijkheden in zich dan de DSM. Dit staat echter nog maar in de kinderschoenen en verder onderzoek naar de validiteit van de voorgestelde categorieën is nodig.

Verschillen Vlaanderen en Nederland, het blijft een hemelsbreed verschil. Ook wat betreft de indicatie verslaving als grond voor een GO (Dom & De Groot 2010; Schoevaerts e.a. 2013). In Vlaanderen wordt 24,8% van alle GO's opgestart met een stoornis in het gebruik van middelen als hoofddiagnose tegenover 4% van de inbewaaringstellingen en 6% van de rechterlijke machtigheden in Nederland.

Verschillende factoren spelen hier. In Vlaanderen wordt een groot deel van de verslavingszorg aangeboden binnen de context van psychiatrische ziekenhuizen (met beschikking over gesloten afdelingen). In België gebeuren de meeste beoordelingen voor GO door huisartsen (het betreft hier reguliere huisartsen zonder bijkomende opleiding), maar in Nederland doen psychiaters deze beoordelingen. In Vlaanderen verlopen de meeste opnames ook via de spoedprocedure, dus met heel beperkte beslissingstijd. Mogelijk leiden beide voorgaande factoren tot defensieve beslissingen ('neem patiënt voor alle veiligheid maar op, de psychiater zal in tweede fase wel oordelen of het echt nodig was'). Als laatste noem ik een recente tendens in Vlaanderen: de GO 'op verzoek van de patiënt', om de groeiende wachtlijsten voor de reguliere (verslaving)zorg te omzeilen. Inderdaad, wanneer een GO eenmaal uitgesproken is, is een instelling gedwongen tot onmiddellijke opname.

Samenwerking Tot slot, de 'hete aardappel'. Zeker in het kader van complexe verslavingsproblematiek (met ernstige gedragsstoornissen en agressie) bevindt het tot stand komen van een GO zich vaak op het snijvlak van psychiatrisch en politieel werk. Een naadloze samenwerking tussen politie en ggz en de noodzakelijke materiële voorzieningen en voldoende personeel, met gepaste opleiding, zijn hier van levensbelang.

Jammer genoeg ontbreekt momenteel een consistent uitgewerkt kader in Vlaanderen. Initiatieven zoals de spoedeisende psychiatrie (met bijvoorbeeld een spoedeisende psychiatrische onderzoeksruijme of SPOR) en de crisisketen (Amsterdam) zijn binnen Vlaanderen afwezig tot schaars. Te veel nog worden deze moeilijke (en gevaarlijke) patiënten tussen justitie en psychiatrie heen en weer geslingerd. Veel werk, samenwerking én investeringen zijn nodig om tot een coherent en daadkrachtig plan van aanpak te komen voor deze patiëntengroep. Met of zonder GO, er is werk aan de winkel in Vlaanderen!

LITERATUUR

- Brink W van den, Schippers GM. Stagering en profilering bij verslaving. *Tijdschr Psychiatr* 2012; 54: 941-8.
- Burns T, Yeeles K, Molodynski A, Nightingale H, Vazquez-Montes M, Sheehan K, e.a. Pressure to adhere to treatment ('leverage') in English healthcare. *Br J Psychiatry* 2011; 199: 145-50.
- Dom G, de Groot F. Verslaving en gedwongen opname. In: Benoit G, De Fruyt J, Nys H, Rommel G, Steegen G, Van Pethegem P, e.a., Red. *De bescherming van de persoon van de geesteszieke. Die Keure* 2010: 209-18.
- Höppener PE, Godschalx JA, van de Wetering BJM. De zin en onzin van gedwongen opname bij stoornissen in of door gebruik van middelen. *Tijdschr Psychiatr* 2013; 55: 269-77.
- Schoevaerts K, Bruffaerts R, Mulder CL, Vandenbergh J. Stijging van het aantal gedwongen opnames in België en Nederland: een epidemiologische analyse. *Tijdschr Psychiatr* 2013; 55: 45-55.
- Verdejo-García A, Pérez-García M. Substance abusers' self-awareness of the neurobehavioral consequences of addiction. *Psychiatry Res* 2008; 158: 172-80.

AUTEUR

GEERT DOM, hoofdgeneesheer, Psychiatrisch Centrum Broeders Alexianen, Boechout, en gastprofessor Verslavingspsychiatrie, Universiteit Antwerpen (UA-CAPRI).

Correspondentieadres: prof.dr. Geert Dom, PC Broeders Alexianen, Sector verslavingsbehandeling, Provinciesteenweg 408, 2530 Boechout, België.

E-mail: geert.dom@fracarita.org

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 6-3-2013.

TITLE IN ENGLISH Compulsory admissions for addiction: resonance from Flanders