

Alcoholafhankelijkheid bij ongemotiveerde patiënten behandeld na een rechterlijke machtiging

A.A. VAN OOSTEREN, A. ROOMER

SAMENVATTING Een 65-jarige man met ernstige alcoholafhankelijkheid, zonder ziektebesef en -inzicht, werd zonder succes ambulante behandeld. Nadat zijn lichamelijke conditie verslechterde tot een riskant niveau werd patiënt gedwongen klinisch opgenomen. Na meer dan een jaar klinische behandeling was het ziekte-inzicht veranderd: patiënt erkende dat hij alcoholist was en dat hij behandeling nodig had. Het verkrijgen van een rechterlijke machtiging bij patiënten met ernstige alcoholproblemen is ingewikkeld en vereist goed samenspel tussen behandelaren. Gedwongen behandeling kan zinvol en levensreddend zijn.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 54(2012)10, 889-892]

TREFWOORDEN alcoholafhankelijkheid, gedwongen opname

In de afgelopen 25 jaar is het aantal gedwongen opnamen via de Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) meer dan verdubbeld. De stijging betreft zowel de inbewaringstelling als de opnamen met voorlopige machtiging. Het aantal inbewaringstellingen steeg landelijk van 22 per 100.000 inwoners in 1979 naar 53 per 100.000 inwoners in 2004 (van der Post 2012). Het blijft moeilijk om met een beroep op deze wet ernstig verslaafde patiënten zonder ziektebesef in een klinische setting geplaatst te krijgen. Bij een gedwongen opname in het kader van de Wet Bopz wordt verslaving zelden (namelijk in 2,9% van de gevallen) als een psychiatrische hoofddiagnose aangegeven (Wierdsma e.a. 2009).

Aan de hand van een gevalsoverzicht willen we de problematiek van gedwongen behandeling bij patiënten met alcoholafhankelijkheid inzichtelijk maken. Hierbij spelen ingewikkelde afwegingen: op welk moment valt bijvoorbeeld het besluit om te stoppen met intensieve ambulante zorg teneinde een gedwongen opname te realiseren? Wanneer kan vervolgens de klinische

opname worden beëindigd? Hoe lang moet de behandeling duren voordat kan worden vastgesteld dat een ernstig verslaafde patiënt werkelijk therapieresistent is?

De verslavingszorg heeft zich de afgelopen decennia stormachtig ontwikkeld (Blok 2009). In korte tijd is deze sector geëvolueerd van een beweging met een morele kleur tot een specialisme waar zoveel mogelijk *evidence-based* wordt behandeld. Nog maar kort geleden werden niet-gemotiveerde patiënten weggestuurd, omdat de gedachte was dat behandelen zonder motivatie onmogelijk en zinloos zou zijn. Inmiddels staat vast dat motivatie een dynamisch gegeven is, kan worden beïnvloed door behandeling en onderdeel van de stoornis is (Multidisciplinaire Richtlijn 2009; Volkov & Fowler 2000).

GEVALSBESCHRIJVING

Patiënt A, een 65-jarige man, woonde samen met zijn hoogbejaarde moeder in een seniorenwoning. De laatste jaren had hij als professioneel

schrijver gewerkt. Behalve zijn moeder was er niemand op wie hij kon terugvallen. Patiënt dronk al jaren teveel. De thuiszorg, die voor zijn moeder langskwam, seinde de huisarts hierover in. Die stelde vast dat patiënt niet alleen continu onder invloed was, maar ook kampte met incontinentie en verstoorde motoriek. De huisarts probeerde hem lichamelijk te onderzoeken. Patiënt wilde er niet aan meewerken.

Daarop besloot de huisarts contact op te nemen met IrisZorg, instelling voor verslavingszorg. In het eerste contact maakte patiënt een redelijk verzorgde indruk. Hoewel hij afwerend was in het contact, leek hij niet ernstig onder invloed. Maar ook hier liet hij formeel geen onderzoek toe. Vragen over zijn verstoorde motoriek omzeilde hij. Globaal geheugenonderzoek middels de 'Mini-Mental State Examination' deed hij af met 'kinderachtige vragen'.

Op basis van (hetero)anamnese werd later vastgesteld dat patiënt kampte met ernstige alcoholafhankelijkheid. Het was niet mogelijk om een behandelplan op te stellen waarmee patiënt instemde. Er werd besloten een motiveringstraject te starten. Een sociaal psychiatrisch verpleegkundige ging wekelijks bij hem langs om concrete problemen (financiën, rommel en lichamelijke klachten) te bespreken. Het doel was opbouw van een behandelrelatie en monitoring van eventuele verslechtering.

Het effect van deze aanpak was dat er langzamerhand een werkrelatie en een vertrouwensband ontstonden. Patiënt vertelde graag over zijn schrijverschap. Nader onderzoek bleef hij afwijzen en hij wilde niet praten over zijn alcoholprobleem. De behandelaar kreeg de indruk dat patiënt steeds slechter ging lopen en cognitief achteruitging. Inmiddels kwam de thuiszorg ook voor patiënt, omdat hij zichzelf niet langer zelfstandig kon verzorgen. Mede op basis hiervan werd besloten een geneeskundige verklaring op te stellen teneinde een rechterlijke machtiging (RM) te verkrijgen. Een RM – die valt binnen de Wet Bopz – geeft de mogelijkheid de patiënt te ontgiften en te onderzoeken.

De beoordelend psychiater trof een man aan die zich zelfverzekerd presenteerde. Patiënt weidde uit over de vrije wil, maar weigerde in te gaan op vragen omtrent zijn toestandsbeeld. Ondanks zijn ogenschijnlijk adequate verhaal onderkende de psychiater de ernst van de situatie, deels via de heteroanamnestisch verkregen informatie. Een geneeskundige verklaring met advies werd voorgesteld aan de rechter. Die wees het verzoek tot opname middels een RM af, met als argument dat patiënt onvoldoende beperkt werd in zijn handelen en denken door de stoornis. Om toch te komen tot een rechterlijke machtiging werd besloten om nauw contact te houden met de thuiszorg over het terugbrengen van hun inzet (dit mede doordat de thuiszorg de verzorging nauwelijks nog aan kon). Mogelijk zou bij een verslechtering van de situatie de rechter tot een ander oordeel komen.

Vier maanden later was het zo ver. De inzet van de thuiszorg werd afgebouwd. Bij hernieuwd bezoek van de beoordelend psychiater, waarbij patiënt zich als eerder gedroeg, werd opnieuw een geneeskundige verklaring afgegeven. Als gevaarcriterium werd gewezen op de lichamelijke achteruitgang en de maatschappelijke teloorgang van patiënt. En als geestesziekte werd de ernstige alcoholafhankelijkheid genoemd; die was dusdanig dat de bepaling van de wil niet meer mogelijk was. De rechter die patiënt een week later bezocht, trof hem ernstig vervuild aan. Hoewel het toestandsbeeld niet anders was dan bij het vorige bezoek, was de volledige ontreding nu wel reden genoeg voor een RM.

Opname en behandeling

Direct nadat patiënt was opgenomen bij IrisZorg voor detoxificatie en diagnostiek kreeg hij een longinfectie. Na zes weken op de intensive care van een algemene ziekenhuis te hebben gelegen, keerde hij verzwakt terug. Neuropsychologisch onderzoek wees uit dat patiënt een amnestische stoornis had ten gevolge van langdurig alcoholgebruik in combinatie met een lichte apraxie en oriëntatieproblemen. Patiënt bleef zich verzetten

tegen behandeling, maar legde zich erbij neer dat hij moest blijven op last van de rechter.

De behandeling richtte zich in eerste instantie op lichamelijke en geestelijke revalidatie. Daardoor herstelde patiënt zich zowel lichamelijk als cognitief. Ondanks één jaar aaneengesloten opname lukte het echter niet om in gesprek te komen over zijn verslaving; die bleef hij ontkennen. Na dit jaar werd patiënt voorgehouden dat ontslag mogelijk was, mits hij zich hield aan afspraken over controle op alcoholgebruik en over behandelcontact. Hier stemde hij mee in en dit werd formeel vastgelegd via een voorwaardelijke machtiging. Zo kon er snel worden ingegrepen bij een eventuele terugval.

Terugval en erkenning

Die terugval kwam ongeveer drie maanden later. In overleg met de eerste geneeskundige van IrisZorg werd besloten om patiënt direct één week op te nemen, zodat hij kon ontgiften en geconfronteerd werd met de realiteit. Deze klinische opname resulteerde uiteindelijk in probleembesef. Patiënt gaf toe dat ingrijpen nodig was, anders zou hij niet meer geleefd hebben. Eindelijk erkende hij zijn alcoholverslaving. En voor het eerst stelde hij zich coöperatief op. Vervolgens werd patiënt – volgens plan – na één week weer ontslagen. Ten tijde van het schrijven van dit artikel was patiënt al ruim een jaar abstinente en hij stelde zich in het wekelijkse contact met zijn behandelaar constructief op.

DISCUSSIE

Deze casus staat niet op zichzelf. In de verslavingszorg kampt een aanzienlijk deel van de patiënten met een ontbrekend ziektebesef. De afloop van dit soort casussen is echter niet altijd identiek. Zo liep het met een vergelijkbare 55-jarige vrouwelijke patiënt minder goed af. Na een half jaar klinische zorg verkeerde zij weer in goede conditie. Net als bij patiënt was er geen ziektebesef of probleeminzicht. Ook bij haar werd besloten de behande-

ling voort te zetten middels een ambulante gedwongen kader (voorwaardelijke RM). De rechter ging hier – ondanks uitvoerige documentatie en de lange geschiedenis van recidieven – niet in mee. Hij argumenteerde dat verslaving geen ziekte is binnen het kader van de Wet Bopz. Uiteindelijk viel deze patiënt, zoals bij alle eerdere opnames, na enkele weken terug in alcoholgebruik en na korte tijd verkeerde zij weer in de conditie zoals voor de opname.


Beide casussen laten zien hoe weerbarstig het bewerken van motivatie van patiënten met middeleafhankelijkheid kan zijn. Het maakt ook duidelijk dat het tijdelijk loslaten van een patiënt, in combinatie met goede monitoring en afstemming met andere zorgaanbieders, effect kan sorteren bij vastgelopen behandelingen. Een buitengewoon vasthoudende behandelaar en een klinisch team dat de patiënt op een consistente manier blijven bejegenen, kunnen verandering teweegbrengen.

Uiteindelijk was het consequent ingrijpen na een recidief van zijn alcoholafhankelijkheid, mogelijk door een voorwaardelijke RM, voor onze patiënt voldoende om zich neer te leggen bij het gegeven dat hij een probleem had en congruent contact te hebben over zijn aandoening.

CONCLUSIE

De gevalsbeschrijvingen laten tevens zien dat ingrijpen middels de Wet Bopz uiterst lastig is. Al in 2005 concludeerde de Hoge Raad dat ernstige alcoholverslaving aangemerkt kan worden als stoornis van de geestvermogens in de zin van de Wet Bopz. Ondanks deze uitspraak voert de rechterlijke macht echter geen uniform beleid bij het toekennen van RM bij ernstig verslaafde patiënten (Rotterdams P5-overleg 2004). Zeker daar waar het gaat om het opleggen van een voorwaardelijke RM bij een gestabiliseerde verslaafde patiënt kan een niet-gemotiveerde, welbespraakte patiënt de rechter gemakkelijk overtuigen dat deze maatregel onnodig is; hoe levensreddend gedwongen behandeling via een dergelijke maatregel uiteindelijk ook kan zijn. Het blijft dan ook van groot belang

om als psychiater niet te terughoudend te zijn uit ‘anticipatieangst’ voor een negatief advies van de rechter. Wanneer een advies niet wordt opgevolgd door de rechter, kan het in het belang van de patiënt nodig zijn om de grenzen op te zoeken door slim samenspel tussen zorgverleners.

 Dr. G.H. de Weert, onderzoeker IrisZorg, becommentarieerde het artikel.

LITERATUUR

Blok G. Ziek of zwak. Geschiedenis van de verslavingszorg in Nederland. Amsterdam: Nieuwezijds; 2011.

Rotterdams P5-overleg. Verslaving en de Wet BOPZ, Rotterdamse richtlijn voor de beoordeling van verslaafden in verband met de rechterlijke machtiging. GGD Rotterdam e.o., 2004.

Hoge Raad 23 september 2005, LJN: AU0372, Hoge Raad, Ro5/076 HR.

Multidisciplinaire richtlijn stoornissen in het gebruik van alcohol. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van patiënten met een stoornis in het gebruik van alcohol. Utrecht: Trimbos-instituut; 2009.

Post van der LFM. IBS admission as an outcome: Factors predicting the probability of patients qualifying for compulsory emergency admission (proefschrift). Amsterdam: VUmc; 2012.

Wierdsma, AI, van Marle PD, Mulder CL. Regionale patronen van dwangopnamen. Regionale verschillen in dwangopnamen in drie regio's: Maastricht, Groningen, en Rotterdam. Rotterdam: O3 Onderzoekcentrum GGZ Rijnmond; 2009.

Volkov ND, Fowler JS. Addiction, a disease of compulsion and drive: involvement of the orbitofrontal cortex. *Cereb Cortex* 2000; 10: 318-25.

AUTEURS

TOON VAN OOSTEREN, psychiater en eerste geneeskundige, IrisZorg, Arnhem.

ALEX ROOMER, manager, IrisZorg, Arnhem.

Correspondentieadres: Toon van Oosteren, IrisZorg, Postbus 351, 6800 AJ Arnhem.

E-mail: t.oosteren@iriszorg.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 26-3-2012.

SUMMARY

Alcohol-dependent patients opposed to treatment can be helped by treatment enforced by law – A.A. van Oosteren, A. Roomer –

A 65-year-old man with severe alcohol dependence failed to realise that he was ill and needed treatment. Outpatient treatment was not successful and the patient's physical condition deteriorated and became life-threatening. He was forced by law to undergo inpatient treatment. After more than a year of treatment in a clinic the patient acknowledged he was ill and admitted to being an alcoholic. Compulsory treatment enforced by law for patients with addictive disorders is a complicated process requiring good coordination between the therapists involved. It can be effective and save lives.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 54(2012)10, 889-892]

KEY WORDS alcohol dependence, compulsory admission