

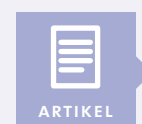
Voorkómen van het syndroom van Korsakov door aanbieden onvrijwillige zorg?

S.L. VAN DEN HOOFF

- ACHTERGROND** De Wet zorg en dwang is gericht op de zorg voor personen met een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke handicap. Mensen met chronisch alcoholisme en een verhoogd risico op het syndroom van Korsakov lijken een doelgroep waarop de wet van toepassing kan zijn.
- DOEL** Onderzoeken van de toepasbaarheid van de Wet zorg en dwang op de nog thuiswonende groep mensen met een chronische alcoholverslaving.
- METHODE** Op basis van literatuur, huidige en toekomstige wetgeving beschrijven wat de mogelijkheden zijn voor onvrijwillige thuiszorg aan mensen met een chronische alcoholverslaving.
- RESULTATEN** Het lijkt mogelijk de Wet zorg en dwang van toepassing te verklaren op mensen met een chronische alcoholverslaving.
- CONCLUSIE** Het van toepassing verklaren van de Wet zorg en dwang op mensen met een chronische alcoholverslaving maakt het mogelijk onvrijwillige thuiszorg te bieden in de vorm van het verplicht geven van thiamine. Dit verkleint de kans op het ontstaan van het syndroom van Korsakov. Nader onderzoek is noodzakelijk om de praktische mogelijkheden van het aanbieden van onvrijwillige zorg verder te verkennen.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 60(2018)4, 250-257

TREFWOORDEN autonomie, chronisch alcoholisme, onvrijwillige zorg, syndroom van Korsakov, Wet zorg en dwang



De nationale Drug Monitor 2016 beschrijft dat bijna 10% van de volwassenen overmatig drinkt, dat wil zeggen meer dan 21 glazen per week voor mannen en meer dan 14 glazen per week voor vrouwen. In 2015 dronk 9,5% van de 18-plussers overmatig alcohol: 11,6% van de mannen en 7,6% van de vrouwen. Overmatig drinken komt het meest voor bij twintigers en het minst bij de groep van 70 jaar en ouder (van Laar & van Ooyen-Houben 2016). Overmatige drinkers, in dit artikel aangeduid als mensen met chronisch alcoholisme, lopen het risico op een wernicke-encefalopathie (WE) als gevolg van de combinatie van slecht eten en overmatig alcoholgebruik. Over het algemeen nuttigen mensen met chronisch alcoholisme te weinig producten waarin thiamine, vitamine B₁, aanwezig is, zoals brood en graanproducten, aardappelen, groente,

vlees en vleeswaren, melk en melkproducten, met als gevolg een thiaminetekort (Martin e.a. 2003). Een WE is een acuut, levensbedreigend neurologisch ziektebeeld waarbij verwardheid, motorische problemen en algehele malaise centraal staan (Oudman 2016). Een WE ontstaat wanneer de beschikbare hoeveelheid thiamine in het lichaam een bepaalde kritische ondergrens bereikt, waardoor essentiële fysiologische processen ernstig verstoord raken en er weefselbeschadiging optreedt (Arts 2004). Indien een WE gediagnosticeerd wordt, is het van belang direct een hoge dosis thiamine toe te dienen. Thiamine kan gemakkelijk toegediend worden in pilvorm, intraveneus of intramusculair. Wanneer niet tijdig en adequaat wordt behandeld, treedt in 85% van de gevallen het syndroom van Korsakov op (Wijnia e.a. 2012; Oudman

2016). Onbehandeld leidt een WE in 20% van de gevallen tot de dood (Sechi & Serra 2007).

De beste behandeling om het syndroom van Korsakov te voorkomen is de tijdige herkenning van een WE en een adequate thiamine-interventie (Thomson e.a. 2012). Voor kenmerken van het syndroom van Korsakov zie **TABEL 1**.

In Nederland hebben naar schatting 8000 tot 10.000 mensen het syndroom van Korsakov. Het blijkt moeilijk om het exacte aantal te schatten. De huidige berekeningen komen voort uit percentages van het aantal overmatige drinkers. Van het geschatte aantal mensen met het syndroom van Korsakov is een klein deel opgenomen in gespecialiseerde instellingen. Deze mensen zijn niet in staat voor zichzelf te zorgen en hebben permanent zorg nodig. Naar schatting zijn dit ongeveer 1200 mensen (Gerridzen e.a. 2017). Voor dit kleine aantal zijn verschillende verklaringen.

Ten eerste het ontbreken van de juiste diagnose. Uit de praktijk en de literatuur is bekend dat de diagnose WE moeilijk te stellen is en vaak gemist wordt. Bij ongeveer de helft van de mensen met een syndroom van Korsakov is een WE gediagnosticeerd. Van de andere helft is waarschijnlijk de diagnose gemist of de patiënt maakte een reeks van zeer lichte WE's door (Wynia & Nieuwenhuis 2010).

Ten tweede is bekend dat mensen met het syndroom van Korsakov geen hulp zoeken als gevolg van een gebrek aan ziekte-inzicht. Hierdoor blijven het stellen van een juiste diagnose, het geven van de juiste medicatie en een opname uit.

Ten slotte laat een onderzoek uit het Verenigd Koninkrijk zien dat veel ziekenhuizen geen richtlijnen voor de behandeling van WE hebben en indien er wel richtlijnen zijn, deze niet gevolgd worden door de medische staf (Littlewood e.a. 2008). Ook in Nederland wordt aanbevolen om patiënten met een chronische stoornis in het gebruik van alcohol dagelijks thiamine te laten gebruiken (Trimbos-instituut 2009, 43). Het gevolg van het niet volgen van deze richtlij-

AUTEUR

SUSANNE L. VAN DEN HOOFF, universitair docent
Gezondheidsrecht, Erasmus Universiteit, Rotterdam.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. mr. Susanne van den Hooff, Erasmus Universiteit Rotterdam, Erasmus School of Health Policy & Management (ESHPM), Bayle Building, Campus Woudestein, kamer J603, Burgemeester Oudlaan 50, 3062 PA Rotterdam.
E-mail: vandenhooff@bmg.eur.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 22-8-2017.

nen is dat patiënten niet de juiste tijdige thiaminebehandeling krijgen (Wijnia & Nieuwenhuis 2010; Isenberg-Grzeda e.a. 2012).

Op basis hiervan kan geconcludeerd worden dat de meeste mensen met chronisch alcoholisme zich in de thuissituatie bevinden, daar zorg nodig hebben en preventief extra thiamine zouden moeten krijgen. De vraag die dit oproept, is: is het juridisch mogelijk de incidentie van het syndroom van Korsakov te verkleinen door eerder, eventueel onvrijwillig, in de thuissituatie thiamine te verstrekken aan mensen met chronisch alcoholisme? Zoals beschreven, deze groep gaat over het algemeen niet zelf op zoek naar zorg. Doel van dit artikel is het in kaart brengen van de criteria van de Wet zorg en dwang en deze vergelijken met de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg.

Verder vergelijk ik de aangenomen wetten en de huidige wetgeving, en onderzoek de toepasbaarheid van de Wet zorg en dwang voor mensen met chronisch alcoholisme en de mogelijke gevolgen daarvan.

De wetten

De huidige Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz) zal vervangen worden door de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (WvGGZ) en de Wet zorg en dwang (wzd). Tijdens het schrijven van dit essay (mei 2017) lagen beide wetsvoorstellen in de Eerste Kamer. Inmiddels zijn beide wetsvoorstellen aangenomen en zijn de wetteksten gepubliceerd in *het Staatsblad* op 16 februari 2018. De wetten zijn nog niet in werking getreden; hiervoor geldt dat dit op een bij koninklijk besluit te bepalen tijdstip voor de verschillende artikelen of onderdelen daarvan zal worden vastgesteld. Het doel is dat de wetten vanaf 1 januari 2020 in werking zullen treden.

Hierna volgt een korte vergelijking tussen de wzd, WvGGZ en de Wet Bopz.

TABEL 1 Specifieke kenmerken syndroom van Korsakov (Arts 2004)

- geheugenstoornissen
- confabuleren
- oriëntatieproblemen in tijd en ruimte
- ontbreken ziekte-inzicht
- onzekerheid en faalangst
- centraal executieve stoornissen, zoals problemen met plannen en organiseren van de dagelijkse activiteiten
- weinig besef van de eigen mogelijkheden en beperkingen

TABEL 2 Vereisten verplichte zorg in de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (WvGGZ art. 3 lid 3)

Indien het gedrag van een persoon als gevolg van zijn psychische stoornis, niet zijnde een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke handicap, leidt tot ernstig nadeel kan als uiterste middel verplichte zorg als bedoeld in art. 3:1 worden verleend, indien:

- a. er geen mogelijkheden voor zorg op basis van vrijwilligheid zijn;
- b. er voor betrokkene geen minder bezwarende alternatieven met het beoogde effect zijn;
- c. het verlenen van verplichte zorg, gelet op het beoogde doel van verplichte zorg evenredig is; en
- d. redelijkerwijs te verwachten is dat het verlenen van verplichte zorg effectief is.

TABEL 3 Ernstig nadeel in de zin van de WvGGZ (art. 1:1 lid 2)

Voor de toepassing van deze wet en de daarop berustende bepalingen wordt onder 'ernstig nadeel' verstaan, het bestaan van of het aanzienlijk risico op:

- a. levensgevaar, ernstig lichamelijk letsel, ernstige psychische, materiële, immateriële of financiële schade, ernstige verwaarlozing of maatschappelijke teloorgang, ernstige verstoorde ontwikkeling voor of van de betrokkene of een ander;
- b. bedreiging van de veiligheid van de betrokkene al dan niet doordat hij onder invloed van een ander raakt;
- c. de situatie dat betrokkene met hinderlijk gedrag agressie van anderen oproept;
- d. de situatie dat de algemene veiligheid van personen of goederen in gevaar is.

WET VERPLICHTE GGZ

De WvGGZ regelt het verlenen van verplichte zorg aan personen met een psychische stoornis en focust op de zorgbehoefte van deze personen. Deze wet is op 14 februari 2017 met algemene stemmen aangenomen door de Tweede Kamer en door de Eerste Kamer op 23 januari 2018, eveneens met algemene stemmen. Onder de huidige Wet Bopz is gedwongen zorg alleen mogelijk in een instelling met een Bopz-aanmerking en indien de gedwongen behandeling absoluut noodzakelijk is om de patiënt of anderen te beschermen (art. 38 Wet Bopz). Met de WvGGZ heeft de wetgever voor ogen om verplichte zorg op maat te geven, dit kan ook buiten het psychiatrisch ziekenhuis, aan huis of in een polikliniek. In artikel 3 lid 3 WvGGZ wordt omschreven wanneer verplichte zorg mogelijk is (zie **TABEL 2**).

Net zoals in de Wet Bopz moet de relatie tussen de psychische stoornis en het gedrag dat tot het ernstige nadeel leidt, in de Wet Bopz het gevaarscriterium, duidelijk aanwezig zijn. Het aantonen van een psychische stoornis bij een alcoholverslaving bleek in het verleden niet altijd makkelijk (jurisprudentie van de Hoge Raad). Uit de uitspraak van de Hoge Raad van 23 september 2005 blijkt dat alcoholverslaving niet tot toepassing van de Wet Bopz kan leiden, tenzij de verslaving gepaard gaat met (andere) psychische stoornissen. Deze psychische stoornissen dienen van zodanige ernst te zijn dat het denken, voelen, willen, oordelen en doelgericht handelen daardoor zo

ingrijpend worden beïnvloed dat de patiënt het veroorzaakte gevaar niet kan worden toegerekend, omdat de stoornis de gevaarvolle daden van de patiënt overwegend beheerst.

Het oorspronkelijke onderscheid dat de wetgever heeft aangebracht tussen 'echte' psychiatrische ziektebeelden zoals psychotische aandoeningen en andere stoornissen is inmiddels vervaagd, zodat ook verslaving onder de reikwijdte van het wetsvoorstel valt (Kamerstukken II, 2009/10, 32399, 3).

In art. 1:1 lid 2 WvGGZ wordt omschreven wat onder 'ernstig nadeel' wordt verstaan (zie **TABEL 3**).

WZD

De WZD bevat regels ten aanzien van zorg en dwang voor mensen met een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke handicap. Het voorstel van wet is op 19 september 2013 aangenomen door de Tweede Kamer en op 23 januari 2018 door de Eerste Kamer. Net zoals in de WvGGZ is het op grond van de WZD mogelijk onvrijwillige zorg (art. 2 WZD) onder voorwaarden, te verlenen en ongeacht de plaats waar de cliënten verblijven. Een verschil is dat de WvGGZ de term 'verplichte zorg' (art. 1 lid 1 WvGGZ) gebruikt. Het uitgangspunt is 'nee, tenzij', dat wil zeggen dat zo veel mogelijk vrijwillige zorg moet worden aangeboden. Vereisten voor het verlenen van onvrijwillige zorg zijn te vinden in artikel 10 lid 2 WZD (zie **TABEL 4**).

TABEL 4 Vereisten onvrijwillige zorg in de zin van de Wet zorg en dwang (art. 10 lid 2)

De zorgverantwoordelijke kan in het zorgplan als uiterste middel onvrijwillige zorg opnemen indien:

- het gedrag van een cliënt als gevolg van zijn psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap, dan wel als gevolg van een daarmee gepaard gaande psychische stoornis of combinatie daarvan, leidt tot ernstig nadeel;
- de onvrijwillige zorg noodzakelijk is om het ernstige nadeel te voorkomen of af te wenden;
- de onvrijwillige zorg geschikt is om het ernstige nadeel te voorkomen of af te wenden en gelet op het beoogde doel evenredig is; en
- er geen minder ingrijpende mogelijkheden zijn om het ernstige nadeel te voorkomen of af te wenden.

Een belangrijk verschil tussen de wzd en WvGGZ is dat voor het toepassen van verplichte zorg in het kader van de WvGGZ een zorgmachtiging nodig is (zie **TABEL 5**). In de WvGGZ is de rechter aangewezen om te beslissen of een zorgmachtiging wordt afgegeven om verplichte zorg te kunnen verlenen (art. 1: 1 lid 1 sub y WvGGZ).

In de wzd worden andere eisen gesteld aan het verlenen van onvrijwillige zorg. De onvrijwillige zorg moet in het zorgplan worden opgenomen. Dit kan pas na overleg met ten minste één deskundige van een andere discipline dan die van de zorgverantwoordelijke op het terrein van de aan de cliënt te verlenen zorg, en na instemming van een bij de zorg betrokken arts (art. 10 lid 3 wzd). In een algemene maatregel van bestuur¹ kunnen eisen worden gesteld aan de deskundige en externe deskundige.

De wzd biedt, in tegenstelling tot de WvGGZ, de mogelijkheid om onvrijwillige zorg te bieden indien dit noodzakelijk is om ernstig nadeel te voorkomen of af te wenden (art. 10 lid 2 wzd). Op grond van de WvGGZ kan verplichte zorg enkel worden verleend om ernstig nadeel af te wenden (art. 3 lid 4 WvGGZ).

Het feit dat het mogelijk is om onvrijwillige zorg aan te bieden om ernstig nadeel te voorkomen, is de voornaamste reden om in dit artikel te kijken of de wzd van toepassing kan zijn op mensen met een chronische alcoholverslaving. Dit zou kunnen bijdragen aan een oplossing van de in de inleiding geschetste problematiek van het preventief toedienen van thiamine om ernstig lichamelijk letsel en ern-

stige psychische schade (het syndroom van Korsakov) te voorkomen.

Om de wzd van toepassing te kunnen verklaren, dient deze groep onder de werkingssfeer van de wzd te vallen. In artikel 1 lid 1 sub c van de wzd wordt omschreven wie cliënten zijn in de zin van de wzd (zie **TABEL 6**).

Op basis van dit wetsartikel vallen mensen met een chronische alcoholverslaving niet onder de werkingssfeer van de wzd. De wzd biedt echter de mogelijkheid om bij algemene maatregel van bestuur ziekten en aandoeningen aan te wijzen die voor de toepassing van deze wet en de daarop berustende bepalingen worden gelijkgesteld met een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke handicap (artikel 1 lid 6 wzd).

De wet noemt drie criteria waaraan deze 'ziekten en aandoeningen' moeten voldoen: Ten eerste, de gelijk te stellen ziekten en aandoeningen kunnen dezelfde gedragsproblemen of regieverlies veroorzaken als een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap.

Ten tweede, de benodigde zorg in verband met deze gedragsproblemen of regieverlies is vergelijkbaar met de zorg die nodig is bij een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap.

Ten slotte, deze gedragsproblemen kunnen of dit regieverlies kan leiden tot 'ernstig nadeel'. Ik beschrijf deze criteria in relatie tot een chronische alcoholverslaving.

TABEL 6 Cliënt in de zin van de Wet zorg en dwang (art. 1 lid 1 sub c)

Cliënt: persoon van wie het bevoegde indicatieorgaan op grond van artikel 9b van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten heeft vastgesteld, dan wel van wie uit een verklaring van een ter zake kundige arts blijkt dat hij in verband met een psychogeriatrische aandoening of een verstandelijke handicap is aangewezen op zorg als bedoeld in het vierde lid.

TABEL 5 Zorgmachtiging (art. 3 lid 1 WvGGZ)

Verplichte zorg is zorg die ondanks verzet kan worden verleend op grond van een zorgmachtiging, crisismaatregel, machtiging tot voorzetting van de crisismaatregel, beslissing tot tijdelijke verplichte zorg voorafgaand aan een crisismaatregel, beslissing tot tijdelijke verplichte zorg in een noodsituatie.

GEDRAGSPROBLEMEN/REGIEVERLIES

Mensen met een chronische alcoholverslaving vertonen vergelijkbare gedragsproblemen en regieverlies als psychogeriatrische patiënten. In de DSM-5 valt alcoholverslaving onder de hoofdcategorie 'neurocognitieve stoornissen' (American Psychiatric Association 2014). Deze hoofdcategorie omvat naast alcoholgerelateerde cognitieve stoornissen, ook de oude DSM-IV-TR-classificaties (American Psychiatric Association 2007): delirium, dementie en cognitieve stoornissen (Walvoort e.a. 2016). Bij bijvoorbeeld dementie is het verliezen van de regie over het eigen leven een duidelijk kenmerk van de ziekte. Er treden geheugenstoornissen op, verlies van sociale normen en alledaagse vaardigheden zijn slecht uitvoerbaar. Een verslavingsstoornis wordt gezien als een neurobiologische aandoening van de hersenen (Staats e.a. 2013). De gedragsproblemen en het regieverlies zijn deels vergelijkbaar met die van mensen met psychogeriatrische aandoeningen zoals dementie. Het vermogen tot zelfcontrole is gering, er is sprake van algehele teloorgang, zelfverwaarlozing, een slechte conditie, weinig tot geen voedselinname en ernstige somatische problematiek (Staats e.a. 2013). Hieruit kan men concluderen dat de groep psychogeriatrische patiënten naast verschillen ook gelijkenis vertoont met mensen met een chronische alcoholverslaving.

BENODIGDE ZORG

Mensen met een chronische alcoholverslaving wonen vaak in eenzaamheid, zonder hulp of aandacht te vragen. Als de problematiek gesignaleerd wordt, reageren instanties daar vaak niet op en grijpen niet in. Deels is dit te wijten aan de grote waarde die aan het zelfbeschikkingsrecht van mensen in onze maatschappij wordt gehecht; ingrijpen in de thuissituatie van mensen is onder normale omstandigheden onacceptabel. Daarbij komt dat de huisarts niet altijd op de hoogte is van de ernst van de verslaving en familie en vrienden vaak zijn afgehaakt (Staats e.a. 2013). Zelfs indien er wel betrokken familieleden zijn, vinden zij het moeilijk om de autonomie van hun familielid te doorbreken en volhardend op zoek te gaan naar hulp. Tijdens de zoektocht naar goede hulp ervaren zij veel weerstand van instanties (van den Hooff & Goossens 2015a). Er bestaat derhalve een groep chronisch alcoholisten die thuis wonen met een onvervulde zorgbehoefte. Zij hebben professionele zorg in de thuissituatie nodig. Te denken valt aan ondersteuning bij zelfzorg, geven van advies over voeding en ondersteuning van dagindeling. Dit type zorg is vergelijkbaar met de thuiszorg aan mensen met bijvoorbeeld een beginnende dementie. Ook zij hebben behoefte aan ondersteuning bij de persoonlijke verzorging, het aanbrengen van dagstructuur en dagelijkse activiteiten.

ERNSTIG NADEEL

De WZD spreekt over het toepassen van 'onvrijwillige zorg'. Dat wil zeggen dat zorg kan worden toegepast tegen de wil van de patiënt of diens vertegenwoordiger.

Uitgangspunt van de wetgever is dat er in eerste instantie voldoende mogelijkheden voor zorg op basis van vrijwilligheid worden aangeboden. Onvrijwillige zorg kan alleen als uiterste middel worden overwogen, namelijk indien er geen mogelijkheden voor vrijwillige zorg meer bestaan én de vrijwillige zorg niet voldoet aan de zorgbehoefte van de patiënt waardoor een situatie van ernstig nadeel ontstaat (art. 10 lid 1 WZD).

Bij mensen met een chronische alcoholverslaving kan van ernstig nadeel sprake zijn indien er een aanzienlijk risico bestaat op ernstige verwaarlozing, maatschappelijke teloorgang of ernstig lichamelijk letsel, zoals het risico op het syndroom van Korsakov. In deze situatie kan onvrijwillige zorg geboden zijn om ernstig nadeel te voorkomen. Deze onvrijwillige zorg kan onder andere bestaan uit het toedienen van voeding, vocht of medicatie en uit beperkingen in de vrijheid het eigen leven in te richten die tot gevolg hebben dat de cliënt iets moet doen of nalaten (art. 2 lid 1 WZD). Bij psychogeriatrische patiënten kan onvrijwillige zorg bijvoorbeeld bestaan uit beperkingen van de bewegingsvrijheid zoals fixatie of medicatie die versuffend werkt.

Onvrijwillige zorg

Het voorgaande wijst erop dat grotendeels wordt voldaan aan de drie criteria die de WZD noemt voor gelijkstelling van ziekten en aandoeningen aan een psychogeriatrische aandoening of verstandelijke handicap. Door middel van een algemene maatregel van bestuur kan de WZD van toepassing verklaard worden op mensen met chronisch alcoholisme. Onvrijwillige zorg zou in dit geval kunnen bestaan uit het toedienen van thiamine.

THIAMINE

Een chronische alcoholconsumptie kan een thiaminetekort veroorzaken als gevolg inadequate voedselinname, verminderde opname van thiamine door het maag-darmkanaal en verminderde opname en verzwakt gebruik van thiamine in de cellen (Martin 2003). Het lichaam zelf maakt geen thiamine aan. Extra thiamine is nodig wanneer iemand met een chronische alcoholverslaving verward raakt, omdat dan de kans op de aanwezigheid van een WE en het ontstaan van de reststoornis het syndroom van Korsakov reëel is (Wijnia e.a. 2012). Het is noodzakelijk om deze groep mensen tijdig te identificeren, zodat met extra thiamine-inname gestart kan worden en het syndroom van Korsakov wordt voorkómen.

(Thomson e.a. 2012). Zelfs bij een vermoeden van we dient laagdrempelig een hoge dosering thiamine intraveneus te worden gegeven (Thomson e.a. 2000; Thomson & Marshall 2006a, 2006b; Brinkman e.a. 2017). Het is niet duidelijk wat de optimale dosis thiamine is, hiervoor is het nodig de patiënt gedurende langere tijd te volgen. Thomson e.a. (2012) merken overigens op dat het syndroom van Korsakov waarschijnlijk niet alleen veroorzaakt wordt door een thiaminegebrek, maar dat ook het gemis aan andere voedingsstoffen en door alcohol geïnduceerde neurotoxiciteit hierbij een rol spelen. Hier ontbreekt het echter aan onderzoek om dit te bevestigen (Thomson e.a. 2012). De huidige stand van zaken is dat herkenning van de ziekte, vroegtijdige interventie en een passende behandeling met thiamine een eerste aanzet vormen om goede zorg te kunnen geven aan deze groep patiënten (Littlewood e.a. 2008).

PRAKTIJK

Vroegtijdige interventie is vaak moeilijk te realiseren omdat het zelfbeschikkingsrecht van mensen met een alcoholverslaving zo lang mogelijk gerespecteerd dient te worden. Onder normale omstandigheden mag er niet ingegrepen worden in het leven van de ander en is dwang onacceptabel. Mensen met een verslaving worden gezien als competente mensen die zelf mogen beslissen hoe ze hun leven willen inrichten. Ze zijn zelf verantwoordelijk voor de gevolgen van de verslaving en voor het zoeken naar en vragen om zorg (Janssens e.a. 2004).

Echter, bij mensen met een chronische alcoholverslaving is de kans op ernstige verwaarlozing en op ernstig lichamelijk en psychisch letsel (het syndroom van Korsakov) groot. Ingrijpen in de situatie kan noodzakelijk zijn. Het wetsvoorstel wzd biedt de mogelijkheid om als uiterste middel in te grijpen door middel van onvrijwillige zorg om ernstig nadeel te voorkomen. Dit biedt de mogelijkheid om tijdig gecontroleerd thiamine te verstrekken. De kans op het ontstaan van het syndroom van Korsakov wordt hierdoor beperkt en een langdurige onvrijwillige opname voorkomen.

In het zorgplan moet de zorgverantwoordelijke duidelijk omschrijven wat het ernstige nadeel ter zake is en welke vorm van onvrijwillige zorg wordt toegepast (toediening van medicatie, in casu thiamine). Het toedienen van dwangmedicatie is een uiterste redmiddel, zie hiervoor ook de wettelijke vereisten in art. 10 lid 2 wzd (zie **TABEL 4**) waarin de eisen van proportionaliteit, subsidiariteit en doeltreffendheid staan omschreven.

Hoe dit ingrijpen in de thuissituatie in de praktijk dient plaats te vinden en wat de consequenties hiervan zijn, zal verder onderzocht moeten worden. Hier zal met name een taak voor de huisarts zijn weggelegd. Door goed te luisteren

naar de signalen van mantelzorgers en andere hulpverleners kan het probleem tijdig gesignaleerd worden en kan er op een adequate manier ingegrepen worden.

Een voorbeeld van het aanbieden van begeleiding thuis is te vinden bij Korsakovcentrum Slingsdael (Lelie Zorggroep). Hier wordt de mogelijkheid geboden om begeleiding thuis te krijgen voor mensen bij wie de diagnose syndroom van Korsakov is gesteld, mensen die mogelijk dit syndroom hebben, maar bij wie de diagnose nog niet definitief gesteld is en voor mensen met problematiek die hieraan verwant is. Hierbij werkt Slingsdael samen met huisartsen, andere behandelaars en eventueel aanwezige mantelzorgers.

Samen met de cliënt wordt een zorgplan opgesteld. Van belang voor het opstellen van een zorgplan is dat het vertrouwen van de cliënt gewonnen wordt, voordat er inbreuk gemaakt wordt op diens autonomie. De ervaring leert dat allerlei creatieve oplossingen nodig zijn om bij mensen met een chronische alcoholverslaving binnen te komen. Zoals onder andere blijkt uit een citaat van een zorgverlener: *'Als je al aankondigt 'ik kom jou helpen', dan kan je het in ieder geval vergeten. Als je zegt 'ik kom even gezellig langs, ik kom een bakkie doen', dan heb je meer kans om binnen te komen.'* Hulpverleners moeten voorkomen dat deze groep door een slechte ervaring met onvrijwillige zorg in de thuissituatie nog minder bereikbaar wordt. Het voordeel van zorg in de thuissituatie lijkt te zijn dat patiënten langer thuis kunnen blijven wonen; dit is ook de wens van deze patiënten: zij willen niet opgenomen worden (van den Hooff & Goossens 2015b). De verwachte bijkomende voordelen zijn een daling van het aantal mensen met het syndroom van Korsakov, gevolgd door een vermindering van het aantal langdurige opnamen, waardoor ook de zorgkosten zullen dalen.

Conclusie

Het van toepassing verklaren van de wzd op mensen met een chronische alcoholverslaving kan er mogelijk voor zorgen dat zij in een vroeg stadium thiamine toegediend krijgen. De verwachting is dat hierdoor minder mensen het syndroom van Korsakov zullen krijgen en minder mensen langdurig onvrijwillig opgenomen worden. Nader onderzoek is noodzakelijk om de praktische mogelijkheden van deze onvrijwillige zorg, de impact van onvrijwillige zorg op de gevoelens van de patiënt en diens perceptie van de inperking van de eigen autonomie verder te verkennen.

LITERATUUR

- American Psychiatric Association. Diagnostische criteria van de DSM-IV-TR. Amsterdam: Pearson; 2007.
- American Psychiatric Association. DSM-5: Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen. Amsterdam: Boom; 2014.
- Arts NJM. Het syndroom van Korsakov (I): ontstaan en geheugenstoornissen. Patiënt care/Neuropsychiatrie & Gedragsneurologie 2004; 8: 2-9.
- Brinkman DJ, Bekema JK, Kuijnhoven MA, Wijnia JW, Dekker MJ, van Agtmael MA. Thiamine bij een alcoholstoornis en Wernicke-encefalopathie. Ned Tijdschr Geneesk 2017; 161: D931.
- Gerridzen IJ, Moerman-van den Brink WG, Depla MF, Verschuur EML, Veenhuizen RB, van der Wouden JC, e.a. Prevalence and severity of behavioural symptoms in patients with Korsakoff syndrome and other alcohol-related cognitive disorders: a systematic review. Int J Geriatr Psychiatry 2017; 32: 256-73.
- Hooff SL van den, Goossensen A. Conflicting conceptions of autonomy. Experiences of family carers with involuntary admission of their relatives. Ethics and Social Welfare 2015a; 9: 64-81.
- Hooff SL van den, Goossensen A. Ethical considerations of the value of patient knowledge in long-term care. A qualitative study of patients suffering from Korsakoff's syndrome. Nurs Ethics 2015b; 22: 377-88.
- Isenberg-Grzeda E, Kutner HE, Nicolson SE. Wernicke-Korsakoff-syndroom: onder-herkend en onder-geëerd. Psychosomatics 2012; 53: 507-16.
- Janssens MJPA, van Rooij MFAM, ten Have HAMJ, Kortmann FAM, van Wijnen FCB. Pressure and coercion in the care for the addicted: ethical perspectives. J Med Ethics 2004; 30: 453-8.
- Laar MW van, van Ooyen-Houben MMJ. Nationale Drug Monitor. Jaarbericht 2016, Utrecht/Den Haag: Trimbos-instituut/WODC; 2016.
- Lelie Zorggroep. From <http://www.lieliezorggroep010.nl/slingedael/onze-zorg/zorg-thuis>.
- Littlewood NK, McWhirter K, McNaughton G. Pabrinex® prescribing in Scottish emergency departments [poster]. Inaugural Scientific Conference of The College of Emergency Medicine, Londen, mei 2008.
- Martin MD, Singleton CK, Hiller-Sturmhöfel S. the role of thiamine deficiency in alcoholic brain disease. Alcohol Res Health 2003; Feb: 134-42.
- Oudman FA. Reconstructing cognition in Korsakoff's syndrome. Diagnosis, residual capacities, and rehabilitation [proefschrift]. Utrecht: Universiteit Utrecht; 2016.
- Sechi WB, Serra A. Wernicke's encephalopathy: new clinical settings and recent advances in diagnosis and management. Lancet Neurol 2007; 20: 11-21.
- Staats M, Malesevic T, Neeleman J, Possen M, Vellinga A, Schippers GM. Doordrinkers: dilemma's en definitie. Verslaving 2013; 2: 18-29.
- Thomson AD. Mechanisms of vitamin deficiency in chronic alcohol misusers and the development of the Wernicke-Korsakoff syndrome. Alcohol Alcohol 2000; 35: 2-7.
- Thomson AD, Marshall EJ. The natural history and pathophysiology of Wernicke's encephalopathy and Korsakoff's psychosis. Alcohol Alcohol 2006a; 41: 151-8.
- Thomson AD, Marshall EJ. The treatment of patients at risk of developing Wernicke's encephalopathy in the community. Alcohol Alcohol 2006b; 41: 159-67.
- Thomson AD, Guerrini I, Marshall EJ. The evolution and treatment of Korsakoff's syndrome. Out of Sight, Out of Mind? Neuropsychol Rev 2012; 22: 81-92.
- Walvoort SJW, Wester AJ, Doorakkers MC, Kessels RPC, Egger JIM. Alcoholgerelateerde cognitieve stoornissen in de DSM-5. Tijdschr Psychiatr 2016; 58: 397-401.
- Trimbos-instituut. Werkgroep MDR. Stoornissen in het gebruik van alcohol. Multidisciplinaire richtlijn stoornissen in het gebruik van alcohol. Utrecht: Trimbos-instituut; 2009.
- WFZ. Gewijzigd voorstel van wet, Wet Forensische Zorg. Kamerstukken I, 2012/13, 32 398, D. 18 dec 2012.
- Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg. Staatsblad 2018; 37: 1-100.
- Wet zorg en dwang psychogeriatrische en verstandelijk gehandicapte cliënten. Staatsblad 2018; 36: 1-38.
- Wijnia J, Nieuwenhuis G. Wernicke lastig te herkennen. Med Contact 2010; 65: 2704-5.
- Wijnia JW, van de Wetering BJM, Zwart E, Nieuwenhuis KGA, Goossensen MA. Evolution of Wernicke-Korsakoff syndrome in self-neglecting alcoholics: preliminary results of relation with Wernicke-delirium and diabetes mellitus. Am J Addictions 2012; 21: 104-10.

SUMMARY

The prevention of Korsakoff's syndrome by offering involuntary care?

S.L. VAN DEN HOOFF

- BACKGROUND** The new draft Law on care and coercion focuses on the care of people with a psychogeriatric disorder or intellectual disability. Perhaps this law can be applied to people suffering from chronic alcoholism, associated with an increased risk of Korsakoff's syndrome.
- AIM** To explore whether the new draft law on care and coercion can be applied to people suffering from chronic alcoholism who still live at home.
- METHOD** A description of possibilities of involuntary homecare to people suffering from chronic alcoholism based on literature, current legislation and two new draft laws.
- RESULTS** It seems possible to apply the law care and coercion to people suffering from chronic alcoholism.
- CONCLUSION** The application of the draft law care and coercion offers the possibility of providing involuntary homecare to people suffering from chronic alcoholism, enabling the administration of thiamine. This reduces the chances of developing Korsakoff's syndrome. Further research is necessary to explore the practical possibilities in offering involuntary care.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 60(2018)4, 250-257

KEY WORDS autonomy, chronic alcoholism, involuntary homecare, Korsakoff's syndrome, Law on care and coercion