

Casuïstiek

Dwangbehandeling bij een alcoholverslaafde met Korsakov en suikerziekte

Judith Godschalx-Dekker, Mary Janssen van Raay, Anne Marie van Hulst en Ben van de Wetering*
Verslaving jaargang 8, nummer 1 (2012) p. 54-58

Inhoud

- [Inleiding](#)
- [Wettelijke mogelijkheden](#)
- [Tot besluit](#)
- [Literatuur](#)

Inleiding

Meneer Rossi (48) is sinds twintig jaar bekend met chronisch alcoholmisbruik. Hij was vroeger eigenaar van een café, dat failliet is gegaan. Hij heeft aanzienlijke schulden en is dakloos. In 2007 wordt een insulineafhankelijke diabetes mellitus gediagnosticeerd, als gevolg van een necrotische pancreatitis, waarschijnlijk op basis van alcoholmisbruik. In hetzelfde jaar wordt de diagnose chronisch amnestisch syndroom (ziekte van Korsakov) gesteld, op basis van neuropsychologisch onderzoek. Vervolgens vertrekt meneer naar Italië om daar opnieuw een café te beginnen. Zijn familie haalt hem echter naar Nederland, omdat hij een zwervend bestaan blijkt te leiden.

Vanaf zomer 2008 wordt hij meermalen opgenomen vanwege hypo- of hyperglykemie (met bloedsuikers tot 36 mmol/l), eenmaal op de intensive care vanwege keto-acidose. In 2010 wordt hij aangetroffen met een bloedsuiker van 1,4 mmol/l ($n = 4-6$ mmol/l). Hij is verminderd aanspreekbaar, transpireert, is gedesoriënteerd, heeft een alcoholintoxicatie en weet niet of hij op die dag iets heeft gegeten. Meneer is niet bereid tot opname en weigert behandeling.

Wettelijke mogelijkheden

Het is duidelijk dat meneer Rossi zorg nodig heeft en die niet wil. Er zijn twee verschillende juridische opties: de Wet geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO) en de Wet bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen (BOPZ).

WGBO

Dwangbehandeling van een somatische aandoening, zoals suikerziekte, is mogelijk onder de WGBO. Wanneer er onmiddellijke actie nodig is om 'ernstig nadeel' voor de patiënt te voorkomen, kan worden behandeld zonder toestemming. Wanneer een patiënt niet in staat is tot een redelijke waardering van zijn belangen (en dus wilsonbekwaam is) en zijn vertegenwoordiger plaatsvervangend toestemming geeft, kan er ook buiten acute situaties worden behandeld. Wanneer de patiënt zich dan verzet, mag behandeling alleen plaatsvinden wanneer het 'kennelijk nodig' is om ernstig nadeel te voorkomen. Wanneer de situatie niet direct acuut is maar op den duur wel levensbedreigend en er sprake is van duurzame wilsonbekwaamheid, kan men via de kantonrechter mentorschap aanvragen, waarna de mentor vervangende toestemming voor behandeling kan geven.

Dwangbehandeling mag niet leiden tot vrijheidsbeneming (Hoge Raad, 8 februari 2008, LJN: BB5549, Ro.2.7). Dit staat niet in de WGBO maar is door Legemaate afgeleid uit artikel 5 van het Europees verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en artikel 15 van de Grondwet (Van de Klippe, 1997). Dit wil zeggen dat de WGBO onvoldoende mogelijkheden biedt om in het geval van nood op te mogen nemen met gesloten deur. De wetgever heeft daarbij in het midden gelaten welke middelen bij verzet van de patiënt zijn toegestaan. Kennelijk heeft de kamer zich niet gerealiseerd dat ook een weigerachtige WGBO-patiënt eerst opgenomen moet worden en daarna opgenomen moet blijven om hem te kunnen behandelen (Klijn e.a., 1997). Deze leemte kan een argument zijn om de weg van de Wet BOPZ te bewandelen.

Wet BOPZ

Dwangopname volgens de Wet BOPZ kan wanneer een patiënt vanuit zijn geestesziekte gevaar veroorzaakt en er geen andere mogelijkheden (meer) zijn om dat gevaar weg te nemen. Pas sinds 2005 kan alcoholverslaving reden zijn voor dwangopname onder de Wet BOPZ. Het gaat dan om verslaving samen met (andere) psychische stoornissen die zodanig is dat het denken, voelen, willen, oordelen en doelgericht handelen zodanig ingrijpend wordt beïnvloed, dat er sprake is van ontoerekeningsvatbaarheid voor het gevaar dat door de verslaving wordt veroorzaakt (Hoge Raad, 23 september 2005, nr. R05/076, NJ 2007, 230). De combinatie van Korsakov en alcoholverslaving kan hiervoor voldoende zijn (Hoge Raad, R07/123HR; LJN: BB3321). Opvallend is dat het

begrip wilsonbekwaamheid bij opname en dwangbehandeling in de Wet BOPZ een zeer ondergeschikte rol speelt. Overigens kan opname en behandeling onder de Wet BOPZ alleen van kracht zijn in de daartoe aangemerkte instellingen; dit beperkt de bruikbaarheid van de Wet BOPZ in sommige gevallen.

Er zijn drie mogelijkheden van dwangbehandeling van een psychiatrische aandoening wanneer een patiënt middels een inbewaringstelling (IBS) of rechterlijke machtiging (RM) is opgenomen. Allereerst kan iemand bij 'nood' maximaal zeven dagen onder dwang worden behandeld. Daarnaast zijn er nog twee andere mogelijkheden tot dwangbehandeling in het kader van het behandelplan. Dwangbehandeling is een beslissing van de behandelaar; het is wel algemeen gebruikelijk de patiënt voor aanvang door een onafhankelijk psychiater te laten beoordelen, hoewel deze verplichting niet in de Wet BOPZ te vinden is.

Er bestaat dwangbehandeling bij 'extern gevaar' voor maximaal drie maanden, wanneer een patiënt zonder dwangbehandeling onnodig lang opgenomen moet blijven, omdat zonder behandeling het gevaar blijft voortbestaan (Dekker, 2011a). Indien deze dwangbehandeling na deze periode van drie maanden zes maanden moet worden voortgezet of opnieuw ingezet, kan dat alleen geschieden door een beslissing van de geneesheer-directeur.

Dwangbehandeling bij 'intern gevaar', wanneer een patiënt binnen de instelling gevaar veroorzaakt (zoals agressief zijn of zichzelf iets aandoen), heeft in de BOPZ geen maximale termijn, maar slechts zolang als volstrekt noodzakelijk is om het gevaar af te wenden; de beslissing ligt alleen bij de behandelaar. Meerdere instanties, zoals de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, hebben erop gewezen dat een dergelijke onbeperkte duur wel erg mager is wat betreft rechtsbescherming. In diverse instellingen heeft men eigen evaluatiemomenten ingesteld, maar in de wet staat deze verplichting niet. Het is gebruikelijk om ten minste eens per drie maanden te evalueren.

Het gaat bij deze dwangbehandelingen via de Wet BOPZ echter nadrukkelijk om gevaar vanuit de psychische stoornis, en het gevaar van onze patiënt komt niet rechtstreeks voort uit zijn geestesstoornis maar uit de suikerziekte. Indirect is de alcoholverslaving wel de oorzaak van de Korsakov en via de necrotische pancreatitis is het ook de oorzaak van de suikerziekte. De alcoholverslaving en de Korsakov zorgen daarbij weer voor slechte therapietrouw van de suikerziekte. De alcoholdetoxificatie hangt niet direct samen met de behandeling van de suikerziekte, terwijl die samenhang voor dwangbehandeling volgens de letter van de Wet BOPZ wel noodzakelijk is. De rechtbank Amsterdam heeft overigens wel uitspraken gedaan waarin de Wet BOPZ werd toegepast om somatisch gevaar bij een psychiatrisch patiënt af te wenden, zonder deze directe samenhang (10 november 2008, BJ 2009/26; 13 november 2002, BJ 2003/49; 13 februari 2001, BJ 2001/39).

Er zijn in deze situatie dus twee scenario's mogelijk. In het eerste scenario wordt de patiënt gedwongen opgenomen onder de Wet BOPZ en kan hij daarna onder dwang worden behandeld volgens de WGBO. In het tweede scenario wordt de patiënt opgenomen onder de WGBO en kan hij volgens die wet gefixeerd en gedwongen worden behandeld. Nadat een patiënt is opgenomen, kan in welke setting dan ook de WGBO worden toegepast voor dwangbehandeling van de suikerziekte. Welk scenario het beste is, hangt af van de optimale behandelsetting van beide ziekten. Dit is afhankelijk van de ernst van de situatie, alsmede van de setting waarin de dwangmiddelen zo min mogelijk ingrijpend zijn, en dat kan per geval en moment verschillen.

Tot besluit

Wij vinden het vreemd dat de criteria voor dwangbehandeling van somatische ziekten zo verschillend zijn van die voor geestesziekten. Waarom speelt wilsbekwaamheid geen centralere rol bij dwangopname en dwangbehandeling voor geestesziekten? Dit terwijl er voor dwangopname onder de Wet BOPZ wel naar de toerekeningsvatbaarheid verwezen wordt (Dekker, 2011b). Waarom zijn er twee verschillende criteria zoals 'gevaar' bij de Wet BOPZ (ofwel 'schade' in de toekomstige Wet verplichte ggz) en 'kennelijk ernstig nadeel' bij de WGBO? De wetgever lijkt het slachtoffer te zijn van de inmiddels achterhaalde opvatting over de scheiding tussen lichaam en geest bij psychiatrische stoornissen in vergelijking met somatische ziekten. Alcoholverslaving wordt zowel als een geestelijke als lichamelijke ziekte gezien en valt eigenlijk tussen wal en schip. Het wetsvoorstel voor de nieuwe Wet verplichte ggz lijkt deze patstelling deels op te lossen door somatische zorg bij verslaving te kunnen verplichten (Kamerstukken II 2009-2010, 32 399, nr. 3, p. 58-59), maar toch is de rol van de wilsbekwaamheid daarin nog steeds ondergeschikt en blijven de criteria voor dwangbehandeling van geestelijke en lichamelijke ziekte verschillen, terwijl (alcohol)verslaving een combinatie van beide is.

En onze patiënt? Meneer Rossi wordt met een IBS opgenomen in een (gelukkig BOPZ-aangemerkte) instelling voor verslavingszorg. Zijn suikerziekte wordt onder de WGBO behandeld, met plaatsvervangende toestemming van zijn broer.

* *Mr. drs. J.A. Godschalx-Dekker* is arts-assistent in opleiding tot psychiater in het UMC Utrecht. E-mail: judith_anna_dekker@hotmail.com.