

Sanne de Waal

verslavingsarts KNMG (MiAM),
Brijder Verslavingszorg, Leiden

Cornelis de Jong

emeritus hoogleraar verslaving
en verslavingszorg, Behavioural
Science Institute, Radboud
Universiteit, Nijmegen

ALS ER GEEN ANDERE OPTIES MEER ZIJN, REST LOSLATEN OF GEDWONGEN ZORG

Chronische verslaving – wat kun je?

Bij langdurig en moeilijk behandelbare verslaafde patiënten ontstaat op een zeker moment de vraag 'gedwongen zorg' of 'palliatieve zorg'? Wanneer is welke strategie gerechtvaardigd?



GETTY IMAGES

Mensen met een verslaving laten zich niet altijd behandelen. Met of zonder behandeling drinken ze zich soms dood. Hulpverleners staan voor een dilemma: wanneer en tot waar grijp je in? Er is geen nationaal geïmplementeerde richtlijn die zo'n beslissing ondersteunt. Aan de hand van een casus schetsen we het dilemma en we presenteren een handvat om de besluitvorming te ondersteunen.

Stoppen lukt niet

A. is een 61-jarige hoogopgeleide, alleenstaande man die thuiszorg krijgt. Hij is al 35 jaar afhankelijk van alcohol en drinkt uit ontevredenheid over het leven. Sinds vijf jaar drinkt hij een tot drie liter wijn per dag. In het verleden heeft hij meerdere pogingen gedaan om te stoppen, met maximaal zes maanden abstinentie. De geriater heeft loopstoornissen vastgesteld en forse globale hersenatrofie, waarschijnlijk door overmatig alcoholgebruik. Vanwege een alcoholische levercirrose met oesofagusvarices is A. tot 2015 in behandeling geweest bij de mdl-arts. Op aandringen van zijn familie wordt hij naar de verslavingszorg verwezen. Hij wordt opgenomen voor detoxificatie en neuropsychologisch onderzoek. Een week voor het geplande ontslag, waarin nog verschillende onderzoeken zouden plaatsvinden, verlaat A. de kliniek – de onderzoeken zijn niet uitgevoerd.

Ook de waarden en emoties van de patiënt spelen een rol

Thuis gaat hij weer drinken. Hij wil absoluut niet opnieuw worden opgenomen. Hij zegt minder te drinken, maar stoppen lukt niet. De poliklinische afspraak bij de verslavingsarts en een nieuwe afspraak bij de mdl-arts komt hij niet na. Hij staat wel open voor huisbezoeken, omdat hij de aandacht van de hulpverleners als prettig ervaart. Als we op dit moment de wens van A. zouden honoreren, is er een groot risico dat zijn leven op korte termijn eindigt.

Tot waar?

In de verslavingszorg zien we regelmatig patiënten die doorgaan met het gebruik van alcohol of andere psychoactieve stoffen, ernstige somatische stoornissen hebben en niet meer behandeld willen worden, hoewel ze weten dat dit op korte termijn fataal kan zijn. De vraag is tot waar je de autonomie van de patiënt moet respecteren en wanneer je de regie overneemt. In de praktijk wegen de hulpverleners af of iemand zelf kan beslissen voor behandeling of dat een gedwongen behandeling op basis van een

rechterlijke machtiging (RM) nodig is. Als iemand geen curatieve behandeling (meer) wil volgen, wordt zelden voor palliatieve zorg gekozen. Voordat een besluit over 'loslaten of overnemen' kan worden genomen, moeten eerst de volgende vragen worden beantwoord.

1. Hoe autonoom is iemand met een verslaving?

Bij verslaving is er onder meer de dopaminehuishouding verstoord en zijn er veranderingen in verschillende hersengebieden. Hierdoor zijn de mogelijkheden verzwakt om verstandig te beslissen over het wel of niet gebruiken van een middel en om gedrag te veranderen. Dit is echter geen constante situatie en het tast niet per definitie het 'zelfbestuur' volledig aan. Ook blijkt het mogelijk autonomie bij verslaving weer te verbeteren, bijvoorbeeld door bemoeizorg of een gedwongen opname.

2. Wanneer kan iemand niet meer zelf beslissen?

Het gaat hier om het inschatten van de mate van wilsbekwaamheid. In beginsel is iedere volwassene wilsbekwaam tot het tegendeel is bewezen. Wilsbekwaamheid is geen statische toestand, maar wordt altijd per besluit vastgesteld. In het stappenplan van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) worden alle facetten beschreven die bij het beoordelen van wilsbekwaamheid relevant zijn. Hein en Hondius (2018) adviseren een semigestructureerd interview te gebruiken: de MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment (MacCAT-T). Daarmee wordt op gestandaardiseerde wijze vanuit een cognitieve benadering de wilsbekwaamheid beoordeeld. Maar naast de cognitieve aspecten spelen bijvoorbeeld ook de waarden en emoties van een patiënt een rol. Je zou de emoties kunnen laten meewegen bij het beoordelen van de wilsbekwaamheid. De patiënt maakt dan een afweging en geeft een waardeoordeel over de mogelijke consequenties. Maar de meningen hierover zijn verdeeld.

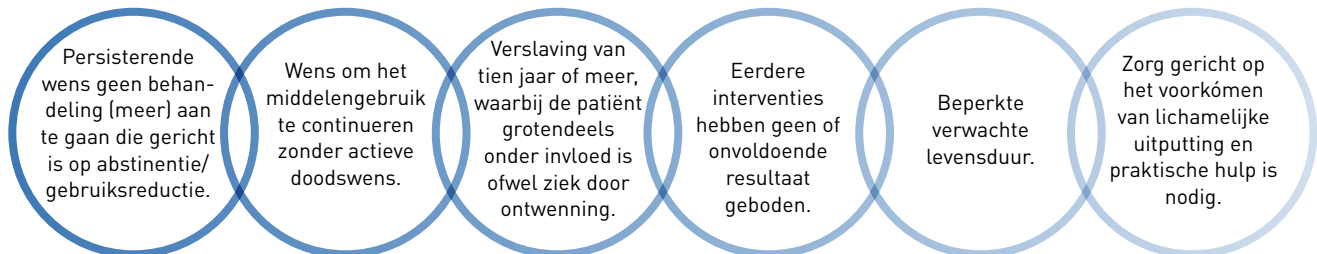
3. Is een rechterlijke machtiging een oplossing om de regie tijdelijk over te nemen?

Vanuit het perspectief van de zorgethiek kan een gedwongen opname of bemoeizorg uiteindelijk de zelfstandigheid van de patiënt bevorderen.

In de psychiatrie is het aantal toegekende RM-aanvragen en het aantal aanvragen voor een gedwongen opname tussen 2008 en 2017 sterk toegenomen. Als door een psychiatrische stoornis ernstige gevolgen dreigen of optreden en een patiënt geen afgevoegde keuze kan maken om een behandeling aan te gaan, wordt een RM aangevraagd. Met een lopende RM kun je in crisissituaties een gedwongen opname bewerkstelligen. Uit de registratiesystemen is niet af te leiden hoeveel keer een RM is toegekend vanwege verslaving aan psychoactieve middelen.

Of in Nederland gedwongen opnames van patiënten met een verslaving effectief zijn, is niet duidelijk. In Engeland blijkt dat in een forensische setting een gedwongen kader positief kan bijdragen aan de motivatie van een patiënt om te veranderen.

1. Kenmerken van de patiënt met chronische verslaving zonder behandelwens



2. Vijf stappen in de behandeling van een ernstig verslaafde patiënt

STAP 1

Patiënt wil geen behandeling en blijven gebruiken, is langer dan tien jaar verslaafd en eerdere interventies hadden onvoldoende resultaat. De levensverwachting is beperkt en praktische hulp en symptoombestrijding zijn noodzakelijk.

STAP 2

Indien daar in het laatste jaar nog geen sprake van was, wordt een gedwongen kader ingezet. Als er na een halfjaar (met minimaal één opname) geen resultaat is geboekt, wordt palliatieve zorg overwogen.

STAP 3

Zes weken na de opname wordt de wilsbekwaamheid onderzocht. Andere psychiatrische stoornissen worden uitgesloten.

STAP 4

Tijdens deze opname wordt een groot overleg georganiseerd om alle betrokkenen op één lijn te krijgen en de patiënt in abstinente toestand te laten beslissen.

STAP 5

Indien hiertoe wordt besloten, wordt palliatieve zorg gestart, gericht op symptoombestrijding en praktische hulp. Het gedwongen kader wordt opgeheven.

Uitleg bij een onvrijwillige opname over de redenen om de autonomie tijdelijk te ontnemen en de samenwerking opzoeken, helpt het herstel.

Een tussenoplossing waarbij de patiënt nog enige autonomie behoudt, is een RM op eigen verzoek. Het is aan te raden om te onderzoeken in welke gevallen deze optie werkt.

4. Wat is de plaats van palliatieve zorg in de verslavingszorg?

Bij patiënten met een verslaving wordt palliatieve zorg belemmerd doordat verslaving maatschappelijk als ziekte vaak niet wordt geaccepteerd. Gelukkig is er wel steeds meer aandacht voor en wordt de noodzaak tot duidelijke richtlijnen onderkend. Het dilemma rond adequate zorg bij patiënten met een verslaving in de eindfase is in 2013 beschreven, waarbij de term 'doordrinkers' is geïntroduceerd. Er wordt daarbij gepleit om een samenhangend beleid te ontwikkelen voor de chronisch verslaafden die uiteindelijk verslaafd zullen sterven. Belangrijke onderdelen hiervan zijn casemanagement, geestelijke verzorging en een moreel beraad. Bruntink (2007) beschreef al dat in palliatieve zorg bij patiënten met een verslaving aandacht moet worden besteed aan respectievelijk het medisch-somatische, lichamelijke, psychische, sociale en maatschappelijke domein.

5. Wanneer ga je tot palliatieve zorg over?

In de literatuur vind je verschillende kenmerken van een verslaafde patiënt en stappen in het proces van besluitvorming om palliatieve zorg te bieden. In *figuur 1* staan zes kenmerken van de prototypische patiënt voor wie palliatieve zorg wordt overwogen. We pleiten ervoor minimaal één keer een gedwongen behandeling te proberen, om zo de autonomie te stimuleren in een abstinente toestand. Binnen het gedwongen kader wordt na minimaal zes weken abstinentie de wilsbekwaamheid en cognitieve toestand van de patiënt onderzocht. De combinatie van het stappenplan van de KNMG en de MacCAT-T biedt een houvast bij het beoordelen van de wilsbekwaamheid. Psychiatrisch en/of neuropsychologisch onderzoek is nodig om cognitieve stoornissen uit te sluiten of te bevestigen. Behandelmogelijkheden worden multidisciplinair met de patiënt en diens steunsysteem bespro-

ken. Als deze stappen zijn doorlopen, kan tijdens dezelfde opname een moreel beraad plaatsvinden om alle betrokkenen op één lijn te krijgen en de patiënt in abstinente toestand te laten beslissen. *Figuur 2* geeft de stappen weer en biedt een handvat bij de besluitvorming. Palliatieve zorg is nog ongebruikelijk in de verslavingszorg, maar verdient aandacht. We gaan hier niet in op welke manier die zorg dan gestalte zou moeten krijgen; centraal staat symptoombestrijding, praktische hulp en het 'er zijn' als de patiënt dat nodig heeft.

Vicieuze cirkel doorbreken

Bij meneer A. is er een vermoeden van cognitieve stoornissen; hij lijkt de ernst van zijn situatie niet in te zien. Palliatieve zorg is volgens het stappenplan dan te voorbarig. Om de vicieuze cirkel waarin A. is terechtgekomen te doorbreken, wordt een RM aangevraagd en verkregen. Tijdens een gedwongen opname wordt na vijf weken abstinentie een neuropsychologisch onderzoek gedaan, dat het vermoeden op cognitieve schade bevestigt. De gedwongen opname wordt na enkele maanden gevolgd door een gedwongen

Door de rechterlijke machtiging kan A. zijn autonomie opnieuw ontwikkelen

crisisopname, waarna intensieve thuisbegeleiding wordt gegeven. Hierna volgt een periode van abstinentie waardoor A. in staat is sociale contacten en afspraken bij de mdl-arts op te pakken. Door de rechterlijke machtiging kan A. in abstinente toestand zijn autonomie deels opnieuw ontwikkelen binnen zijn mogelijkheden. Als in eerste instantie zijn wens was gevolgd (geen opname), dan was het waarschijnlijk heel anders gelopen. ■

contact

s.de.waal@brijder.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

web

Meer informatie en de geraadpleegde bronnen vindt u bij dit artikel op medischcontact.nl.

VELDWERK

DE AIOS



ANNA VERHULST is in opleiding tot internist in Meander Medisch Centrum Amersfoort.

Wie mag er nog dromen?

Ochtendoverdracht interne geneeskunde, mijn gedachten zijn elders. Als mijn naam wordt genoemd schrik ik op uit mijn overpeinzingen. In het lab spot ik een anemie, nierfunctiestoornissen en een hypercalciëmie en gok op goed geluk multipel myeloom. Ik kom er goed vanaf: een goedkeurende knik van de dienstdoende internist voor deze dromer.

Dit is uiteraard geen pleidooi om je gedachten niet bij de overdracht te hoeven houden. Maar laten we eerlijk zijn: welke dokter mag er tegenwoordig eigenlijk nog dromen?

Tijdens de decentrale selectie voor de geneeskundeopleiding wordt dat direct ontmoedigd: de beste manier om door de batterij aan testen te komen is gauw te leren sociaal wenselijke antwoorden te geven. Als coassistent hoor je zo snel mogelijk te weten wat je wilt worden en als anios moet je dat zo overtuigend en

stellig mogelijk kenbaar maken in de race naar een opleidingsplek. En is die opleidingsplek binnen, kies dan wel in zo kort mogelijke tijd je differentiatie, om te voorkomen dat je opleider gaat fronsen.

We vragen ons af waarom de zorg leegloopt, waarom

jonge dokters kampen met burn-outklachten en aiossen hun opleiding verlaten voor de consultancy. Dat proberen we op te lossen door strenger te selecteren en strenger te sturen. Maar waar is de ruimte voor de dromers en de twijfelaars?

Stop eens met ons in elke fase van onze carrière het figuurlijke mes op de keel te zetten om in een zo rap mogelijk tempo keuzes te maken, en sta ons weer bezinning, twijfel en dromen toe. Laat die riemen van het selectiejuk eens vieren en geef ons de ruimte. Want waar ruimte is voor twijfel en dromen, ontstaat momentum voor verandering en innovatie. En dat zou nou precies kunnen zijn wat onze gezondheidszorg op dit moment het meeste nodig heeft.