

Uitspraak

van de GGZ Klachtencommissie Patiënten en Naasten Utrecht (GKPNU)

Waar klager staat kan ook klaagster worden gelezen

Deze uitspraak betreft de klachtmelding van XX, klinisch in zorg bij Altrecht, zorgeenheid XX, afdeling XX.

I. Verloop

Bij het secretariaat van de GGZ Klachtencommissie Patiënten en Naasten Utrecht (voor het vervolg: de Klachtencommissie) is een klachtmeldingsformulier d.d. 27 augustus 2020 van klager op 27 augustus 2020 ontvangen en geregistreerd onder nummer GKPNU 065.20.2267.

Op 04 september 2020 heeft klager telefonisch doorgegeven dat hij ook een klacht wilde indienen tegen de beslissing tot wilsonbekwaamheid.

Beschrijving van de klachten:

Samenvattend worden de klachten als volgt omschreven:

- 1. Klacht tegen toediening verplichte medicatie.**
- 2. Klacht tegen de wilsonbekwaam verklaring.**

De klachten zijn ontvankelijk op grond van artikel 10.3 WVGZ; klager ontvangt verplichte zorg op grond van een voortzetting van de crisismaatregel toegewezen tot en met 15 september 2020.

De klacht is behandeld in een hoorzitting van de Klachtencommissie op 08 september 2020. De zitting stond aanvankelijk gepland op 03 september, maar er was voor die datum geen psychiater-lid van de Commissie beschikbaar.

Klager had ook een schorsingsverzoek ingediend. Het schorsingsverzoek is op 02 september 2020 behandeld. Op 02 september 2020 is de beslissing op het schorsingsverzoek schriftelijk aan de betrokkenen medegedeeld. Het verzoek is niet gehonoreerd.

Direct na de hoorzitting is, vanwege de uitgestelde zitting, een verkorte uitspraak met betrekking tot de klachten tegen de verplichte toediening medicatie en de wilsonbekwaam verklaring (nog zonder het verslag van de hoorzitting en de overwegingen die tot de uitspraak hebben geleid) verzonden aan klager en verweerders.

Verschenen zijn:

Klager:

- XX (voor het vervolg: klager)
- XX, patiëntenvertrouwenspersoon (voor het vervolg: PVP)

Verweerders:

- XX, arts IC (voor het vervolg: verweerder)
- XX, psychiater ambulant (telefonisch bereikbaar tijdens de zitting)
- XX, ter begeleiding van klager

De Klachtencommissie bestaat uit:

- XX, jurist, voorzitter GKPNU
- XX, psychiater
- XX, gedragsdeskundige

XX, ambtelijk secretaris, is aanwezig voor de verslaglegging.

De volgende documenten stonden de Klachtencommissie in kopievorm ter beschikking:

- Klachtmeldingsformulier GKPNU d.d. 27 augustus 2020
- Schriftelijk verweer ongedateerd van drs. S. Hogerzeil, psychiater ambulant. (zie bijlage)

- Relevante informatie uit het medisch dossier van klager, met zijn schriftelijke toestemming voor inzage door de Klachtencommissie, te weten: XX

Op grond van de wet moet de Klachtencommissie al haar uitspraken openbaar maken en publiceren. Om die reden staan alleen in de aanhef de namen van betrokkenen en staan in het verslag en de overwegingen alleen functies en rollen genoemd. Uiteraard worden de namen van betrokkenen in de aanhef niet in de te publiceren uitspraak genoemd.

II. Verslag van de hoorzitting

M.b.t. klacht 1. Toediening verplichte medicatie.

Standpunt van klager

Klager geeft aan dat hij al jaren geen medicatie gebruikt, behalve voor zijn suikerziekte. Hij is niet psychotisch en niet in de war. Hij vindt dat hij hier als een mongool wordt neergezet. Hij heeft 30 jaar als chauffeur gewerkt en heeft een eigen bedrijf gehad. Hij heeft tot zijn veertigste gewerkt en samengewoond met zijn vriendin. Daarna ging het mis en heeft klager bij Lister gewoond. Na de opname in XX kon hij zijn woonruimte bij Lister niet meer in. Die was afgesloten door Lister.

Klager geeft aan dat hij gebaat is bij een gestructureerde woonsituatie. Alles staat dan klaar, zijn ontbijt, zijn kleding e.d. en dan kan hij goed functioneren. Dit heeft klager van huis uit namelijk nooit geleerd, hij moest op 13-jarige leeftijd aan het werk van zijn vader en dat was het enige dat belangrijk was.

Lister kan al jaren die gestructureerde woonvorm niet bieden. De samenwerking tussen Lister en hem was niet goed. Hij voelde zich niet goed behandeld. Als hij een gestructureerde woonvorm heeft, gaat het prima met hem en kan hij mogelijk weer werken. Er is niets met hem aan de hand en hij heeft geen medicatie nodig. Hij voelt zich met medicijnen als dood, helemaal naar beneden gehaald, hij wordt er niet beter, maar slechter van.

Klager geeft aan dat hij in het verleden eenmaal iemand geslagen heeft, maar dat kwam omdat hij dacht dat het een indringer was. Het was puur zelfverdediging. Hij is nooit agressief. Hij is over het algemeen rustig, maar gaat als hij niet wordt begrepen harder praten.

De PVP geeft aan dat klager zich door de medicatie een zombie voelt. Hij wil geen lorazepam, omdat hij bang is zijn rijbewijs kwijt te raken. Klager is geen gevaar, ook al praat hij hard.

Klager gebruikt nu sinds 5 à 6 dagen lorazepam, maar hij merkt er niets van. Het werkt bij hem niet. Hij wil absoluut geen depot, dan wordt hij nog liever volgestopt met pillen, want hij kan niet tegen spuiten.

Klager geeft aan dat hij het verweerschrift niet heeft ontvangen. Uit de rapportage van de secretariaat Klachtencommissie blijkt dat het verweer op 07 september naar de afdeling gestuurd is met het verzoek dit aan klager te overhandigen, maar klager stelt dit niet te hebben gekregen. De PVP heeft dit wel ontvangen en voor de zitting kort besproken met klager.

Om duidelijkheid te krijgen over de vraag of klager het verweer nu wel of niet uitgereikt heeft gekregen is de begeleidster van klager dit op de afdeling gaan navragen. De verpleging heeft aangegeven het verweer te hebben ontvangen en gaat ervan uit dat het aan klager is uitgereikt, omdat dit routine is. Er is echter geen aantekening van gemaakt.

Er wordt afgesproken dat klager het verweerschrift na de zitting leest in aanwezigheid van de PVP en dat de PVP dit vervolgens terug koppelt aan de klachtencommissie.

Tijdens de nabespreking van de Commissie geeft de PVP telefonisch door dat klager vindt dat hij zwart wordt gemaakt in het verweerschrift. Hij geeft nogmaals aan, dat als hij geholpen wordt (in praktische zin) het beter met hem gaat. Hij wordt boos van bepaalde passages in het verweerschrift.

Standpunt van verweerders

Het standpunt van de ambulante psychiater is uitgebreid beschreven en onderbouwd in zijn verweer.

Dit verweer wordt als hier ingevoegd beschouwd.

Ter zitting geeft verweerder aan dat de benzodiazepinen worden gegeven vanwege katatone kenmerken (zoals desoriëntatie). Na de toediening van lorazepam is klager volgens de verpleging minder verward en beter in gesprek. Het is de bedoeling dit in de toekomst af te bouwen.

Klager wil graag buiten wandelen, maar de mogelijkheden op de afdeling zijn beperkt. Klager is gewend om hele einden te wandelen, maar dat is niet mogelijk. De verpleging kan met klager wandelen, indien er lorazepam wordt ingenomen, anders is er te veel strijd over de afstand en het moment van terugkeer naar de afdeling.

De lorazepam is op dit moment een tijdelijke vervanging van de antipsychotica. Er is tevens paliperidon aangebonden en klager heeft dit sinds afgelopen donderdag in overmachtsituaties willen innemen.

Het is de bedoeling om de paliperidon als depot te geven en als dit goed werkt de lorazepam weg te laten. Antipsychotica kan helpen bij het structureren en kan dus goed helpen.

Klager is sinds mei nu driemaal opgenomen en kan niet terug naar Lister. Dit kan komen door gedragingen die mogelijk of gedeeltelijk hadden kunnen worden voorkomen, indien klager antipsychotica had gebruikt.

Ter overbrugging naar een goede begeleid wonen-situatie is er medicatie nodig.

Het valt te betwijfelen of orale medicatie in de thuissituatie door klager voortgezet gaat worden, zeker zolang er geen passende woonsituatie voor klager gevonden is.

M.b.t. klacht 2. Wilsonbekwaam verklaring.

Standpunt van klager

Klager geeft aan al 46 jaar op deze wereld te wonen en hij is handelingsbekwaam. Hij wil gewoon wilsbekwaam zijn. Zijn zus helpt hem met de post e.d.

Standpunt van verweerder

Verweerder verwijst naar het verweerschrift van de ambulante psychiater en de uitleg op de beslissing tot wilsonbekwaamheid.

III. Overwegingen en beoordeling

Op grond van de verklaringen tijdens de zitting en op grond van de documenten die aan de Klachtencommissie ter beschikking staan, overweegt de Klachtencommissie het volgende:

Klacht 1. Toediening van verplichte medicatie.

Ten aanzien van de klacht over verplichte zorg in de vorm van (depot)medicatie worden achtereenvolgens de onderstaande punten besproken:

- Vooraf;
- Algemene feiten en omstandigheden;
- Met betrekking tot klager;
- Met betrekking tot het ernstig nadeel;
- Met betrekking tot de verplichte zorg;
- Beoordeling en conclusie.

Vooraf.

Meer in het algemeen overweegt de Klachtencommissie dat verplichte zorg bij psychiatrische patiënten een ernstige inbreuk is op hun persoonlijke levenssfeer en/of lichamelijke integriteit. Deze inbreuk dient dan ook met de nodige waarborgen omkleed te zijn. Daarom worden er op zowel juridisch als medisch gebied eisen gesteld aan het mogen toepassen van verplichte zorg. Op juridisch gebied moet verplichte zorg voldoen aan de vereisten van de WVGZ (onder meer vastlegging van het behandelbeleid in een zorgplan, het schriftelijk motiveren van de noodzaak tot verplichte zorg in relatie tot het ernstig nadeel en het schriftelijk kennis geven hiervan aan de patiënt).

Op medisch gebied moet verplichte zorg voldoen aan de eisen van proportionaliteit, subsidiariteit, doelmatigheid en veiligheid. Dat wil zeggen dat het medisch ingrijpen in verhouding moet staan tot het af te wenden ernstig nadeel, dat er geen minder ingrijpende maatregelen mogelijk zijn en dat de maatregel bijdraagt aan het bereiken van het behandeldoel.

Daarnaast moet (ambulante) verplichte zorg veilig zijn voor de patiënt, de naastbetrokkenen en de hulpverlening.

De algemene feiten en omstandigheden.

Klager is onvrijwillig opgenomen op basis van een machtiging voortzetting crisismaatregel.

Deze maatregel is door de rechter afgegeven tot en met 15 september 2020.

Op 25 augustus 2020 heeft de zorgverantwoordelijke de beslissing tot het uitvoeren van verplichte zorg in de vorm van verplichte medicatie aan klager meegedeeld. Aan klager is een brief met informatie over het verlenen van verplichte zorg (Product 22-23 formulier) uitgereikt, waarop de redenen staan vermeld waarom de verplichte zorg gegeven wordt en waarom er geen andere mogelijkheden meer zijn dan de uitvoering van de benoemde verplichte zorg.

Met betrekking tot klager.

Klager is sinds 2013 bekend in de GGZ met een beneden gemiddeld IQ, ASS, schizofrenie spectrum stoornis en een gegeneraliseerde angststoornis.

Klager is sinds 2013 meermaals gedecompenseerd, momenteel waarschijnlijk ten gevolge van medicatieweigering/ontrouw.

Klager verbleef tot voor kort bij Lister, maar kan daar vanwege zijn gedrag niet meer terecht.

In de stukken is vastgelegd dat het de laatste tijd minder goed met klager gaat, dat hij in een blokkade zit en meer psychotisch en katatoon lijkt.

Vastgelegd is dat klager van mening is, dat hij niets mankeert en dat hij geen medicatie nodig heeft en dat het klager ontbreekt aan ziektebesef.

De Commissie heeft geen reden aan bovenstaande te twijfelen.

Klager heeft ter zitting nadrukkelijk aangegeven, dat hem niets mankeert en dat hij alleen een heel gestructureerde woonbegeleiding nodig heeft.

Met betrekking tot het ernstig nadeel.

Op de Product 22-23 formulieren wordt omschreven dat er sprake is van zowel ernstig nadeel voor anderen, als ernstig nadeel voor klager zelf.

Nadeel voor anderen bestaat uit een risico op verbaal agressief gedrag door klager. Daarnaast is sprake geweest van één fysiek agressief incident.

Nadeel voor klager zelf bestaat o.a. uit het weigeren van noodzakelijke rustgevende - en antipsychotische medicatie en ook de medicatie om de diabetes stabiel te houden.

De Commissie is, alles overziend, van mening dat het gedrag van klager een reëel risico inhoudt op ernstig nadeel voor klager zelf en/of voor anderen.

Met betrekking tot de verplichte zorg.

Of en wanneer tot de uitvoering van verplichte zorg wordt overgegaan wordt bepaald door de zorgverantwoordelijke.

Op het formulier 22-23 van 25 augustus 2020 wordt aangegeven, dat de verplichte zorg wordt gegeven om een crisissituatie en ernstig nadeel te voorkomen. Daarnaast dient de verplichte zorg om de geestelijke gezondheid te herstellen en de lichamelijke gezondheid beter of stabiel te maken.

De aangezegde medicatie.

Het toedienen van medicatie ter behandeling van de geestelijke stoornis is een mogelijke behandeling op basis van de Voortgezette Crisismaatregel.

De Commissie concludeert op basis van bovenstaande overwegingen dat klager verward en verbaal en/of fysiek agressief gedrag vertoont en dat er daardoor ernstig nadeel ontstaat. Behandeling met medicatie is daarvoor aangewezen. De aanzegging betreft rustgevendende medicatie en antipsychotica in depotvorm.

Uit het dossier blijkt dat het, sinds er lorazepam gegeven wordt, beter gaat met klager. Desgevraagd gaf klager echter aan dat hij geen verschil merkt ten opzichte van het begin van de opname. Na een incident waarbij klager snijwonden opliep is paliperidon aangeboden, klager heeft dit sindsdien ingenomen.

Duidelijk is dat klager helemaal geen medicatie wil en geen zorg van de GGZ. Hij wil met ontslag. Het enige alternatief, dat klager acceptabel vindt, is wonen in een zeer gestructureerde woonvorm, zonder medicatie. Klager verwacht dat daar alles voor hem geregeld wordt, dat zijn ontbijt klaar staat, zijn kleren klaarliggen, enz. en dat hem steeds verteld wordt wat hij moet doen.

Voor de Commissie is duidelijk dat structuur heel belangrijk voor klager is. Zelfs de huidige afdeling XX is te chaotisch voor klager, met teveel verschillende mensen.

Ook is, op basis van de voorgeschiedenis, duidelijk dat orale medicatie niet te realiseren is, zolang er geen bijzonder gestructureerde woonvorm voor klager beschikbaar is.

Binnen Altrecht kan de begeleiding de orale inname van medicatie onvoldoende waarborgen. Daarom is het noodzakelijk eerst te starten met een depot en als er een gestructureerde woonvorm is gevonden, kan er, afhankelijk van de beschikbare begeleiding en verwachte medicatietrouw, gekeken worden naar de mogelijkheid van orale medicatie.

Het voorstel van klager is onder de huidige omstandigheden dan ook geen reëel alternatief.

Volgens de daarvoor geldende richtlijnen mag verwacht worden dat het gebruik van antipsychotica in de situatie van klager effectief is. Uit het verleden is bekend dat klager met redelijk effect behandeld is met antipsychotica.

De WVGZ vereist voor het mogen toepassen van verplichte zorg dat het gedrag van klager dat (een aanzienlijk risico op) ernstig nadeel veroorzaakt (en dat de reden voor de verplichte zorg is), moet voortvloeien uit de psychische stoornis van klager. De Commissie acht dit aannemelijk.

Beoordeling en conclusie.

Alles overziend is de Commissie van mening, dat er sprake is van ernstig nadeel in de zin van de WVGZ, dat dit ernstig nadeel (mede) veroorzaakt wordt door de stoornis van klager en dat zonder gedwongen ingrijpen dit ernstige nadeel niet kon/kan worden weggenomen. Dit betekent dat klager zonder effectieve medicatie niet met ontslag kan.

Tevens is de Commissie van mening dat het nadeel dermate ernstig is, dat dit verplichte zorg in de vorm van (depot)medicatie rechtvaardigt, dat er geen reëel alternatief aanwezig is en dat verwacht mag worden dat de voorgestelde medicatie de stoornis zal verbeteren, waardoor het ernstig nadeel wordt afgewend en de veiligheid wordt bevorderd.

De Commissie concludeert daarom dat aan de voorwaarden voor het mogen toepassen van de dwangmedicatie, zoals omschreven in de (Product 22/23) brief van 25 augustus 2020 is voldaan. De verplichte zorg voldoet aan de criteria van subsidiariteit, proportionaliteit, doelmatigheid en veiligheid.

De klacht tegen de verplichte zorg in de vorm van (depot)medicatie dient dan ook ongegrond te worden verklaard.

Terzijde merkt de Commissie nog op dat zij in de decursus onvoldoende duidelijkheid vond met betrekking tot de medicatie die gegeven is. Daarnaast bleek uit de stukken niet of het door de Klachtencommissie aan de afdeling gestuurde verweer van de ambulante psychiater, met het verzoek dit aan klager te overhandigen, ook daadwerkelijk aan klager is uitgereikt.

Klacht 2. Wilsonbekwaam verklaring.

Uit de stukken (met name uit het schriftelijk verweer) in combinatie met hetgeen ter zitting naar voren is gekomen, acht de Commissie voldoende duidelijk dat klager zich geen reëel beeld van zijn huidige situatie kan vormen.

Hoewel klager erkent dat hij een autisme-spectrum stoornis heeft, is klager van mening dat hem verder niets mankeert, waarbij hij vaststaande feiten ontkent.

Ook overziet klager de gevolgen van zijn weigering van de medicatie niet.

De Commissie komt op basis van de beschikbare gegevens dan ook tot de conclusie dat klager niet in staat is zijn belangen met betrekking tot zijn behandeling, verpleging en verzorging voldoende te behartigen en daarom op die gebieden wilsonbekwaam is.

De klacht tegen de wilsonbekwaam verklaring dient dan ook ongegrond te worden verklaard.

IV. Uitspraak

De Klachtencommissie verklaart:

- Klacht 1: Klacht tegen toediening verplichte medicatie: **ongegrond**.
- Klacht 2: Klacht tegen de wilsonbekwaam verklaring: **ongegrond**.

Aldus besloten te Utrecht op 8 september 2020 door de GGZ Klachtencommissie Patiënten en Naasten Utrecht en ondertekend door de voorzitter, XX, op 14 september 2020:

Deze uitspraak wordt verzonden aan klager, de PVP, verweerders, de leiding van de zorgseenheid van verweerders, de raad van bestuur, de geneesheer-directeur van de zorgseenheid, alsook de Inspecteur voor de Gezondheidszorg.

Nadat de Klachtencommissie een beslissing heeft genomen of indien de Klachtencommissie niet tijdig een beslissing heeft genomen, kunnen klager, de vertegenwoordiger, de zorgaanbieder of een nabestaande van klaagster een schriftelijk en gemotiveerd verzoekschrift indienen bij de rechter ter verkrijging van een beslissing over de klacht.

BIJLAGE schriftelijk verweer ambulant psychiater

Aangaande de zitting van 8 september 2020 over de klacht(en) van klager (red. naam verwijderd) geboren.....(red. datum verwijderd) tegen (1) verplichte medicatie en (2) wilsonbekwaamheid het volgende:

Klager (red. naam verwijderd) is sinds zeven jaar (2013) onder behandeling bij Altrecht. De laatste 2 jaar is het gebiedsteam Houten verantwoordelijk voor zijn behandeling. Het afgelopen jaar (sinds mei 2019) was ik zijn psychiater en tevens regiebehandelaar. Mijn conclusies zijn gebaseerd op dossieronderzoek, op herhaald psychiatrisch onderzoek (zowel in goede doen als in tijden van crisis), meerdere huisbezoeken, en meerdere gesprekken met zuster en broer. Mijn conclusies zijn getoetst in multidisciplinair overleg (MDO) en in overleg met Lister medewerkers en hun teamleider. Zij onderschrijven de conclusies zonder voorbehoud.

Klager (red. naam verwijderd) is niet wilsbekwaam als het gaat over de inhoud van zijn psychiatrische behandeling of zijn woonbegeleiding.

Er is sprake van meerdere ernstige beperkingen. Zijn IQ is in 2014 gemeten op TIQ 87 'laag gemiddeld', met een disharmonisch profiel, in het bijzonder: 'de beperking betreft met name logisch abstract denken en categorisch denken', 'beneden gemiddelde prestatie in concentratievermogen en [werkgeheugen]', en 'heeft geen structuur in de aanpak, waardoor [hij] niet tot de oplossing komt'. In 2014 is ook een cluster A persoonlijkheidsstoornis gesteld ('psychotische kwetsbaarheid'). In 2017 is ook de diagnose ASS gesteld.

Laag IQ, psychotische kwetsbaarheid en ASS an sich zijn niet voldoende voor wilsonbekwaamheid. Maar bij hem leiden deze stoornissen tot een ongelukkige combinatie van beperkingen die tot gevolg hebben dat hij niet in staat is om verstandige beslissingen te nemen ten aanzien van zijn psychiatrische behandeling. In onderlinge wisselwerking komen deze beperkingen als volgt tot uiting in gebrek aan overzicht, onvermogen om perspectief van anderen in te nemen, starheid, en (tijdens 'meltdowns', momenten van extreme overprikkeling, overzichtsverlies, paniek, wanhoop en andere sterke negatieve emoties) onvermogen om te communiceren, om besluiten te nemen, om opdrachten/adviezen op te volgen, of om zich achteraf te herinneren wat gebeurd is. Daarnaast onvermogen om te generaliseren, eg. leren/evalueren van eerdere mislukkingen in abstracte termen, met als gevolg gebrek aan ziektebesef/-inzicht.

Dit blijkt bijvoorbeeld uit een terugkerend patroon van (a) structureel onvermogen om zelfstandig alledaagse taken zoals huishouden, hygiëne, voeding, daginvulling, sociale contacten enz. uit te voeren, (b) structureel overvraagd worden, (c) oplopend overzichtsverlies, overprikkeling, angst/spanning, leidend tot 'meltdowns', waarbij hij een katatone indruk maakt, (paranoïde) psychotische uitspraken doet, en zichzelf ernstig verwaarloost of beschadigd (eg. sigaret brandwonden). Dit patroon treedt steeds weer op, en kan meestal alleen met een klinische time-out worden opgelost.

Klager (red. naam verwijderd) beseft/overziet niet hoe zeer hij beperkt is, en weigert zich te laten aansturen door begeleiding. Hij begrijpt niet wat een meltdown is, wat de voortekenen zijn, hoe deze te vermijden, ziet het nut van preventieve antipsychotica niet in (Altrecht en Lister hebben geobserveerd dat antipsychotica decompensaties lijken te voorkomen, echter hij weigert deze in te nemen), ontkent hoe ernstig de meltdowns verlopen, en legt de schuld voor hetgeen gebeurt buiten zichzelf. Uit herhaalde pogingen is gebleken dat hij als gevolg van zijn beperkingen niet in staat is om inhoudelijk deel te nemen aan zorg afstemmingsgesprekken (ZAG): hij is simpelweg niet in staat om zijn beperkingen te overzien, of zijn gedrag te evalueren en aan te passen.

Deze beperkingen bestaan al levenslang, maar kwamen pas aan het licht na 2013. Tot 2013 was er feitelijk sprake van 24/7 persoonlijke begeleiding omdat bijv. zijn vriendin destijds zijn dagindeling, huishouden enz. volledig vorm gaf. Onder deze optimale omstandigheden woonde hij samen, had hij betaald werk en was hij naar eigen zeggen gelukkig. Na 2013 verbrak zij de partnerrelatie en vervulde zij niet meer deze rol. Het is Lister en zijn steunsysteem niet gelukt om deze 24/7 persoonlijke begeleiding te vervangen. Zonder 24/7 persoonlijke begeleiding kwam in de daaropvolgende jaren zijn onderliggend onvermogen steeds duidelijker aan het licht. De conclusie dat hij niet wilsbekwaam is met betrekking tot zijn psychiatrische behandeling is pas laat getrokken. Intensieve inspanningen van oa. zuster en de woonbegeleiding en uitgebreide pogingen om met de bestaande mogelijkheden voldoende structuur te bieden waren (voor Altrecht, voor de woonbegeleiders) nodig om zich te verzoenen met deze teleurstellende uitkomst. Ook duurde het enige tijd om alternatieve verklaringen voor zijn gedrag uit te sluiten.

Klager (red. naam verwijderd) moet medicatie onder dwang toegediend krijgen.

Hierboven heb ik uiteengezet dat er sprake is van een psychische stoornis en van wilsonbekwaamheid met betrekking tot zijn psychiatrische behandeling.

Er is sprake van dreigend ernstig nadeel. Meltdowns zijn schadelijk voor hem zelf: ze gaan gepaard met extreme angst en/of zelfverwaarlozing en/of zelfverwonding (eg. brandwonden van sigaretten). Zijn gedrag in de aanloop naar een meltdown en tijdelijk een meltdown is dermate onaanvaardbaar dat hij dreigt dakloos te worden omdat hij op zijn begeleid wonen locatie van Lister onhanteerbaar is en medewerkers zijn kamer niet mogen/durven te betreden. Hij zou tijdens een meltdown zelfmoord kunnen plegen. Tijdens meltdowns deed hij eerder suïcidale uitspraken. Hij liep eerder gevaarlijk dicht langs het spoor. Hij deed eerder een strangulatie poging. Zijn gedragsproblemen, met name de meltdowns zijn schadelijk voor anderen. Hij is verbaal dreigend/kwetsend naar het personeel van Lister. Hij verzette zich tegen verpleging. Hij was tijdens deze klinische opname (sep 2020) onhanteerbaar en moest op de XX geplaatst worden. Hij kan agressie over zich afroepen. Hij werd als pedofiel aangemerkt omdat hij stuurde naar spelende kinderen. Dit misverstand had kunnen leiden tot geweld door omstanders. Zijn steunsysteem (Lister, zijn zuster) raken regelmatig uitgeput omdat zelfs intensieve verpleging/verzorging niet afdoende zijn.

Het nadeel vloeit voort uit de stoornis, zoals hierboven uiteengezet.

Er is geen alternatief om het nadeel af te wenden. Reguliere woonbegeleiding, poliklinische begeleiding, outreachende hulp, en vrijwillige crisismaatregelen (time-outs, noodmedicatie enz) waren afgelopen jaren niet afdoende. Hij moest meermaals opgenomen worden in de acute psychiatrie (oa. 2009, 2013, 2014, 2019, 2020), soms met een crisismaatregel, in 2019 en 2020 meerdere keren per jaar. Hij weigert de voorgestelde behandeling. Op aandringen van klager (red. naam verwijderd) en zijn zus heb ik meermaals geprobeerd (of laten gebeuren) dat de antipsychotica werden gestaakt. Bij herhaling zag ik (dit wordt ook bevestigd door Lister) en dat hij binnen enkele weken opnieuw in crisis was.

Van belang om te melden is dat de samenwerking met de zus van klager (red. naam verwijderd) ook is vastgelopen op vergelijkbare (zij het dan in mindere mate) beperkingen. Uit herhaalde, uitgebreide pogingen van Lister en Altrecht om met haar tot een gedeelde probleemformulering en plan van aanpak (bejegeningsplan, of crisis-preventie-actieplan) te komen is mij gebleken dat zij evenmin niet in staat is om te overzien hoezeer de samenwerking van de beperkingen van haar broer, de (on)mogelijkheden voor begeleiding vanuit Lister of Altrecht steeds weer leiden tot meltdowns en ernstig nadeel. Zij is niet in staat gebleken tot constructief overleg, zoals blijkt uit steeds weer onderbreken van uitleg, of devaluerende opmerkingen, en onrealistische stellingen zoals 'medicatie is volledige onzin' en 'de medewerkers van Lister zijn incapabel'. Klager (red. naam verwijderd) is zeer suggestibel en herhaalt deze zinnen zelf ook steeds weer. Zus heeft bij herhaling gesteld dat zij veel beter dan Lister of Altrecht kon inschatten wat klager (red. naam verwijderd) nodig had, en dat meltdowns makkelijk voorkomen zouden kunnen worden. Gevraagd naar concrete input voor een bejegeningsplan of een CPAP was zij niet in staat om te komen tot specifieke/generaliseerbare regels. Wij hebben haar het voordeel van de twijfel gegeven, maar haar stelling dat antipsychotische medicatie niet nodig was is bij herhaling onjuist gebleken (zij ontkent dit echter nog steeds), en toen klager (red. naam verwijderd) enige weken bij haar introk (zij had aangekondigd het dan maar zelf te doen) was zij zelf niet in staat om een ernstige meltdown te voorkomen. Dit heeft direct geleid tot de huidige gedwongen opname in de Acute Psychiatrie en ons besluit om over te gaan op dwangmedicatie en verklaring van wilsonbekwaamheid. Ik ben van mening dat zus NIET als mentor aangewezen zou moeten worden omdat gebleken is dat zij de beperkingen van haar broer, en de gevaren die er uit voortvloeien niet adequaat kan inschatten, en omdat zij niet in staat is gebleken om samen te werken met professionele hulpverleners. Omdat dit kerntaken van een mentor zijn, en zij deze niet kan vorm geven, is zij ongeschikt.

Zonder dwangmedicatie en wilsonbekwaamheid kan Altrecht en/of Lister bovengenoemd nadeel niet afwenden, en evenmin toewerken naar een structurele oplossing (ie. antipsychotische onderhoudsmedicatie en overplaatsing naar intensievere begeleiding/woonvorm). De huidige impasse, waarin zowel klager (red. naam verwijderd) als zijn belangrijkste raadgever (ie. zus) de complexe situatie niet overzien maar zich verzetten tegen elk voorstel, moet doorbroken worden. Ik ben van mening dat uit de ervaringen van afgelopen jaar voldoende is gebleken dat klager (red. naam verwijderd) de verantwoordelijkheid voor het vormgeven van zijn eigen behandeling niet aankan, en dat hij in gevaar zal blijven verkeren zo lang deze taak niet van hem wordt overgenomen door iemand die daartoe wel in staat is.

Met vriendelijke groet,

.... (red. naam verwijderd), psychiater a.i.

Gebiedsteam Houten

