

Zorgen over vrijheidsbeperking bij ouderen met dementie

Verslag van de najaarsvergadering van de Vereniging voor Gezondheidsrecht

Mr. S.M. Steen

Aanbevolen citeerwijze bij dit artikel

Mr. S.M. Steen, 'Zorgen over vrijheidsbeperking bij ouderen met dementie', *TvGR* 2017, p. 20-28

1. Inleiding

Op 4 november 2016 vond in het Domus Medica te Utrecht de najaarsvergadering van de Vereniging voor Gezondheidsrecht plaats. Het thema van deze vergadering was 'Gedwongen zorg voor ouderen met dementie'.¹ De vergadering werd geopend door verenigingsvoorzitter prof. mr. J.G. (Jaap) Sijmons. Nadat hij de aanwezigen had verwelkomd, kondigde prof. mr. Sijmons de jaarvergadering over 'Big data in de zorg' op 31 maart 2017 aan. Hierna was het tijd voor het inhoudelijke gedeelte van de vergadering, met achtereenvolgens presentaties van mr. dr. B.J.M. (Brenda) Frederiks² en drs. N.M. (Nienke) Nieuwenhuizen.³

2. Gedwongen zorg voor ouderen met dementie, juridisch toekomstbestendig?

Frederiks gaat in haar lezing in op zowel de huidige wetgeving (Wet Bopz) als de nieuwe wetgeving (Wet zorg en dwang) in de zorg aan ouderen met dementie. Het gebruik van gedwongen zorg moet volgens Frederiks worden gekaderd door goede juridische waarborgen, waar die gedwongen zorg ook plaatsvindt: in het verpleeghuis, in de thuissituatie of binnen dagbestedingslocaties. Aan de hand van enkele voorbeelden laat Frederiks zien waarom zij zich zorgen maakt over de verankering van deze juridische waarborgen in de toekomstige Wet zorg en dwang (Wzd).

Wet zorg en dwang is niet cliëntvolgend

Ten eerste is de Wzd, anders dan de wetgever oorspronkelijk beoogde, niet cliëntvolgend. Het gebruik van gedwongen zorg (in de Wzd

aangeduid als ‘onvrijwillige zorg’) bij individuele cliënten mag uitsluitend binnen een ‘accommodatie’ van een zorgaanbieder, de Wzd kent nog geen ambulante mogelijkheden. Frederiks meent dat de Wzd hiermee, net als de vigerende Wet Bopz, lijkt te verworden tot een ‘opnamewet’. Volgens Frederiks draagt dit niet bij aan de gewenste optimalisering van cliëntautonomie en rechtsbescherming van de cliënt, waar een cliënt ook verblijft. Juist deze autonomie is een belangrijke focus van het recent geratificeerde VN-Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap. Daarnaast meent Frederiks dat de beperkte reikwijdte van de Wzd voorbijgaat aan de wijzigingen in het stelsel van de langdurige zorg, waardoor cliënten langer thuis moeten en veelal ook willen blijven wonen. Verder biedt de Wzd met de beperkte reikwijdte minder waarborgen dan de toekomstige Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz) (voor de psychiatrie), waarin *wel* ambulante mogelijkheden voor gedwongen zorg zijn opgenomen.

Ook op andere onderdelen wijkt de Wzd volgens Frederiks in negatieve zin af van hetgeen in het wetsvoorstel voor de Wvggz is opgenomen.

Bopz-arts ontbreekt

Zo ontbreekt volgens Frederiks in de Wzd ten onrechte een met de (huidige) Bopz-arts vergelijkbare toezichthoudende functionaris. Bopz-artsen zijn bijvoorbeeld eindverantwoordelijk voor het uitvoeren van en toezichthouden op het gebruik van gedwongen zorg. De complexe zorgbehoefte van cliënten vereist volgens Frederiks een *medical expert* (zoals de Bopz-arts) die de regie voert over (verplichte) opnames, verlof en gedwongen zorg.

De positie van de cliëntvertrouwenspersoon

Hoewel Frederiks de (toekomstige) wettelijke verankering van de cliëntvertrouwenspersoon in de zorg aan ouderen met dementie toejuicht, is zij kritisch over de uitwerking hiervan in de Wzd, nu cliëntvertrouwenspersonen volgens de Wzd in dienst kunnen worden genomen door zorgaanbieders. Frederiks meent dat een voorbeeld kan worden genomen aan de geestelijke gezondheidszorg, waarin cliëntvertrouwenspersonen in dienst zijn van een landelijke stichting die wordt gefinancierd door het ministerie van VWS. Hiermee wordt volgens Frederiks de onafhankelijkheid van cliëntvertrouwenspersonen ten opzichte van zorgaanbieders bewaakt.

Voorts maakt Frederiks zich zorgen over de samenloop van de cliëntvertrouwenspersoon en de in de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg opgenomen verplichte klachtenfunctionaris. Het mogelijk samenvoegen van beide functies doet volgens Frederiks afbreuk aan de betekenis van een cliëntvertrouwenspersoon in de zorg voor ouderen met dementie.

Nu het er niet naar uitziet dat de Wzd op korte termijn in werking treedt vraagt Frederiks aandacht voor drie punten van zorg:

- de beperkte gelding van de Wzd in de thuissituatie sluit niet aan bij de huidige (wettelijke) ontwikkelingen, nu cliënten steeds langer thuis blijven wonen;
- in samenspraak met het veld moet worden afgestemd welke vormen van vrijheidsbeperking vooruitlopend op de inwerkingtreding van de Wzd extra aandacht behoeven;
- in samenspraak met het veld moet worden afgestemd wat er aan gedwongen zorg buiten de muren van het verpleeghuis mogelijk is en met welke (juridische) waarborgen dit moet worden omgeven.

De inhoud van een juridisch toekomstbestendige wet in de zorg aan ouderen met dementie moet volgens Frederiks recht doen aan waarden als veiligheid en rechtszekerheid. Volgens Frederiks is het echter zeer de vraag of met de Wzd in voldoende mate aan deze waarden wordt voldaan, en of deze wet de rechtspositie van psychogeriatrische cliënten daadwerkelijk gaat verbeteren.

3. Tussen droom en daad: vrijheidsbeperking bij ouderen met dementie

Aan de hand van het citaat ‘Tussen droom en daad staan wetten in de weg, en praktische bezwaren’,⁴ gaat Nieuwenhuizen in op het gebruik van vrijheidsbeperkingen in de zorg aan ouderen met dementie. De droom is om ouderen zo veel mogelijk vrijheid en autonomie te laten beleven. Gelet op de regelmatig gevoerde discussies over het gebruik van vrijheidsbeperkingen is het echter niet eenvoudig deze droom te bereiken.

De specialist ouderengeneeskunde

Sinds 1990 is de verpleeghuisarts een erkend specialist. Nu mensen steeds langer thuis blijven wonen en verpleeghuizen verdwijnen, is in 2009 de naam ‘verpleeghuisarts’ gewijzigd in ‘specialist ouderengeneeskunde’. Er zijn in Nederland op dit moment ongeveer 1500 specialisten ouderengeneeskunde, 250 arts-assistenten in opleiding en 200 openstaande vacatures. Het specialisme ouderengeneeskunde is daarmee wat de omvang betreft het vijfde specialisme in de zorg. Specialisten ouderengeneeskunde hebben expertise ten aanzien van ingewikkelde ziektebeelden, zoals multi-morbiditeit, waarbij verschillende ziektes tegelijk spelen en de benodigde medicijnen elkaar negatief kunnen beïnvloeden. Daarnaast zijn specialisten ouderengeneeskunde goed in het herkennen en voorkomen van kwetsbaarheid. Zij zijn gericht op functionaliteit en kwaliteit van leven.

Vrijheidsbeperkingen bij ouderen met dementie

Hoewel bij het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen aspecten als multidisciplinair overleg, notities in het zorgplan en het toetsen aan proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid van groot belang zijn,

gaat het bij het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen in de eerste plaats om mensen. Met de juiste zorg en begeleiding kan volgens Nieuwenhuizen veel worden bereikt, het gebruik van vrijheidsbeperkingen is een uiterste redmiddel. Toch kan volgens Nieuwenhuizen het gebruik van vrijheidsbeperkingen soms ook *juist* worden ingezet om de autonomie en vrijheid van een persoon te vergroten.

Wat is vrijheidsbeperking of gedwongen zorg?

Wat precies onder vrijheidsbeperking moet worden verstaan is volgens Nieuwenhuizen lastig aan te geven. Een groot deel van het werk in de zorg aan mensen met dementie is dwingend, sturend, of structurerend, maar is dat gedwongen zorg of vrijheidsbeperkend? Gaat het om de vrijheidsbeperking *an sich*, is vrijheidsbeperking alleen aan de orde als sprake is van verzet, of alleen wanneer vrijheidsbeperking het doel van een maatregel is?

Ook juridische begrippen als ‘verzet’ en ‘gevaar’ zijn volgens Nieuwenhuizen voor de praktijk lastig om in te vullen. Ze illustreert dit met een aantal voorbeelden uit de praktijk. Nieuwenhuizen vraagt zich af of de Wzd de sector gaat helpen bij het op een goede manier nadenken over vrijheidsbeperking, en tevens aandacht zal hebben voor de vrijheidsvergrotende mogelijkheden van vrijheidsbeperkingen.

Tussen droom en daad

Tussen de praktijk en de droom (ouderen met dementie laten leven met zo veel mogelijk vrijheid en autonomie) ziet Nieuwenhuizen nog enkele praktische obstakels. Een belangrijk obstakel is het grote tekort aan kennis in de maatschappij over wat het betekent om te zorgen voor ouderen met dementie. Ook in de dagelijkse professionele zorg vormt een gebrek aan kennis volgens Nieuwenhuizen echter een belangrijk probleem. Er is veelal sprake van laagopgeleid personeel dat het lastig vindt om op een goede manier kennis te verwerven en daar veelal niet in wordt gefaciliteerd. Daarnaast vormen de (lage) opleidingsaantallen een probleem. In het verpleeghuis moet bovendien met beperkte middelen, mede veroorzaakt door bezuinigingen, worden gezocht naar een middenweg. Ook signaleert Nieuwenhuizen angst om de verantwoordelijkheid te nemen, nu er vaak naar zorgverleners wordt gewezen wanneer dingen mis zijn gegaan. Nieuwenhuizen sluit af met een citaat: ‘*Het is gezien, het is niet onopgemerkt gebleven*’,⁵ waarmee zij benadrukt dat het belangrijk is dat zorgverleners bewust handelen, nadenken over hun handelen, luisteren naar de cliënten en praten met elkaar. Of de wet daarbij kan helpen, daar is Nieuwenhuizen nog niet helemaal uit.

4. Discussie

Na de twee inleidingen is het tijd voor de discussie.

Frank de Haan (jurist, Amphia Ziekenhuis) vraagt zich af of in de wetgeving voor de zorg aan ouderen met dementie meer ruimte moet

worden geboden aan de dagelijkse praktijk om met dilemma's om te gaan. Frederiks benadrukt in reactie hierop dat er altijd juridische kaders nodig zullen zijn, en dat aan de hand van die kaders eventuele praktische dilemma's door middel van zorgvuldige afwegingen kunnen worden ingevuld.

Volgens Sijmons (voorzitter VGR) leidt deze discussie tot de vraag: heeft de cliënt recht op een recht, of heeft de cliënt recht op een zorgvuldige behandeling van een dilemma? Sijmons signaleert hiertussen verschillen in de benadering van de cliënt.

Nieuwenhuizen meent dat er altijd een spanningsveld bestaat tussen 'het recht' en 'het weldoen', zeker wanneer het gaat om zorgen voor kwetsbare en mogelijk wilsonbekwame cliënten. Bij wilsonbekwame cliënten staat wat de cliënt nodig heeft vaak in schril contrast met wat de cliënt zegt of denkt te willen. Goed hulpverlenerschap biedt hiervoor handvatten, maar is tegelijkertijd ongrijpbaar en niet direct te herleiden naar rechten van mensen.

Frederiks repliceert dat ook in het kader van goed hulpverlenerschap basale juridische uitgangspunten leidend zijn. Frederiks noemt hierbij het recht op informatie, op grond waarvan ook een wilsonbekwame cliënt zo begrijpelijk mogelijk geïnformeerd moet worden. Dergelijke 'basisrechten' moeten volgens Frederiks richtinggevend zijn voor het handelen van zorgverleners.

De Haan meent echter dat de aanwezigheid van basisrechten en kennis daarover niet kan voorkomen dat zorgverleners in de praktijk tegen dilemma's aanlopen. Zorgverleners hebben niet alleen te maken met de rechten van een individuele cliënt, maar ook met hun plichten ten aanzien van de werkgever en de rechten van andere cliënten: hoe ver moeten zorgverleners gaan in het waarborgen de rechten van het individu?

Frederiks wijst vervolgens op het belang van toetsing aan de criteria proportionaliteit, subsidiariteit en doelmatigheid bij het afwegen van dilemma's in de praktijk. Desalniettemin moet volgens Frederiks worden voorkomen dat met het waarborgen van de rechten van een individuele cliënt andere cliënten worden gehinderd.

Rose Marie Doppegieter (adviseur gezondheidsrecht) merkt op dat keuzevrijheid cliënten onnodig kan belasten. Voorts mist zij in wetgeving een afweging tussen kwaliteit en veiligheid enerzijds en vrijheidsbeperkingen anderzijds. Ook vermoedt Doppegieter dat bezuinigingen in de zorg leiden tot een toename van het aantal vrijheidsbeperkingen, en dat zorgverleners zich in toenemende mate moeten bezighouden met registraties van vrijheidsbeperkingen, in plaats van het verlenen van zorg.

Volgens Frederiks blijkt uit onderzoek niet een-op-een dat bezuinigingen leiden tot een toename van het gebruik van vrijheidsbeperkingen. Het gebruik van vrijheidsbeperkingen hangt volgens Frederiks meer samen met de houding, deskundigheid, professionaliteit en bewustwording van

het personeel in de zorg aan ouderen met dementie. Nieuwenhuizen onderschrijft dit standpunt, maar meent tevens dat een deel van de knelpunten in de zorg aan ouderen met dementie te maken heeft met het verlangen van zorgverlening op maat: cliënten verschillen en veranderen, waardoor zorg op maat zorgvuldige afwegingen, overdrachten tussen personeel, goede systemen en bovenal kennis vereist. Juist gebrek aan kennis vormt volgens Nieuwenhuizen een probleem, nu in de zorg aan ouderen met dementie veelal laagopgeleid personeel werkzaam is. Volgens Nieuwenhuizen is het dan ook belangrijk dat het personeel kennis deelt en op de werkvloer van elkaar leert hoe het best kan worden omgegaan met individuele cliënten.

Sijmons vraagt zich echter af hoe een en ander kan worden vertaald naar effectieve en bondige registraties.

Volgens Nieuwenhuizen is goed en makkelijk registreren van groot belang, maar niet eenvoudig. Op de in te vullen registratielijsten worden niet altijd de juiste indicatoren uitgevraagd. Ook is volgens Nieuwenhuizen de door een verpleeghuis (verplicht) aangeleverde informatie niet altijd een goede representatie van de kwaliteit van de geleverde zorg. Een goede registratielijst bevraagt dan ook de juiste indicatoren en is daarnaast beperkt van omvang.

Robert Helle (jurist en specialist ouderengeneeskunde) vraagt zich, gelet op het in de Wzd neergelegde '*ultimum remedium principe*', af of het juist is dat lichtere maatregelen (zoals toezichhoudende domotica) onder de definitie van vrijheidsbeperking worden geschoven. Volgens Frederiks is echter sinds de tweede nota van wijziging van het wetsvoorstel Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (met daarin ook wijzigingen voor de Wzd), alleen sprake van onvrijwillige zorg wanneer een cliënt of de vertegenwoordiger van een wilsonbekwame cliënt zich verzet. Derhalve worden niet alle maatregelen onder de noemer 'vrijheidsbeperking' geplaatst.

Helle vraagt zich tevens af aan wie de bestuursrechtelijke taken van de (verdwijnde) Bopz-arts in de Wzd worden toebedeeld. Frederiks repliceert dat de zorgaanbieder eindverantwoordelijk wordt voor de taken van de Bopz-arts, zoals verlof en ontslag. De zorgaanbieder kan echter niet ter verantwoording voor de tuchtrechter worden geroepen.

Naar aanleiding van de vraag van Helle merkt Jos Dute (hoogleraar gezondheidsrecht en lid College voor de Rechten van de Mens) later in de discussie op dat de beslissingen over bijvoorbeeld onvrijwillige zorg in de Wzd door de zorgverantwoordelijke worden genomen. De zorgverantwoordelijke is een bestuursorgaan, waardoor besluiten van de zorgverantwoordelijke via bestuursrechtelijke procedures kunnen worden aangevochten.

Roy Knuiman (jurist, Verenso) wijst erop dat de registratieverplichting (voor vrijheidsbeperkingen) zoals gehanteerd door de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de registratieverplichting zoals opgenomen in de Wzd niet met elkaar overeenkomen. De Inspectie vereist, anders dan de

Wzd, dat ook vrijheidsbeperkingen waartegen de cliënt zich *niet* verzet bij de Inspectie moeten worden gemeld. Frederiks meent dat het mogelijk voor de interne registratie van een zorgaanbieder goed is ook de vrijheidsbeperkingen zonder verzet te registreren.

Volgens Nieuwenhuizen is het vaak lastig om verzet te herkennen. Deze herkenning vereist in de praktijk continue gesprekken tussen zorgverleners en cliënten en regelmatige multidisciplinaire overleggen.

Els Grovers (GGZ-behandelaar en jurist) vraagt zich af hoe – mede gelet op de toekomstige Wzd – moet worden omgegaan met een cliënt die de ene dag ergens mee instemt, maar zich de volgende dag ertegen verzet. Nieuwenhuizen merkt op dat ook in de aanloop naar de Wzd nog volgens vigerende wetgeving moet worden gehandeld. Praktisch gezien meent zij echter dat gezocht kan worden naar een moment waarop er geen verzet is, omdat verzet zich vaak op specifieke momenten voordoet. Ook is Nieuwenhuizen van mening dat sommige dingen niet hoeven te worden doorgezet wanneer een cliënt zich verzet.

Richard van Reekum (opleider bij opleidingen gezondheidszorg en advocatuur) merkt op dat verzorgenden in de zorg aan ouderen met dementie niet altijd het vereiste niveau hebben, of (snel) vertrekken naar andere sectoren. Van Reekum vraagt zich tevens af of de gekozen nadruk op het beginsel van zelfbeschikking, in plaats van het ‘bestwil-principe’, gelet op het feit dat onderhavige doelgroep veelal wilsonbekwaam is, wel de juiste is geweest. Nieuwenhuizen antwoordt hierop dat dementie en wilsonbekwaamheid niet per se alle communicatie en eigen keuzes verhinderen. Wel is begeleiden en sturen met soms de nodige ‘zachte dwang’ van belang. Nieuwenhuizen betreurt voorts dat verzorgenden soms de mooie aspecten van de zorg aan ouderen niet zien, en meent dat het huidige maatschappelijke debat niet bijdraagt aan verandering hierin.

Ook Marianne Provoost (zelfstandig jurist) ziet veel hoger opgeleide zorgverleners gedwongen uit laaggeschoolde personeelsfuncties verdwijnen. Nieuwenhuizen erkent dat veel hoger opgeleiden uit de verpleeghuizen zijn verdwenen, maar benadrukt dat het wat betreft de behoefte aan goed personeel niet per definitie gaat om het opleidingsniveau, maar ook om de competenties van de zorgverleners.

Hoewel eerder werd besproken dat bezuinigingen niet een-op-een leiden tot meer vrijheidsbeperkingen, vraagt Lotje van den Puttelaar (advocaat) zich desalniettemin af of financiën niet toch een grote rol spelen voor de kwaliteit van zorg, nu voor een toename van de kwaliteit van verzorgenden meer intervisie, betere opleiding maar zeker ook een betere financiële vergoeding van belang zijn. Nieuwenhuizen beaamt dat veelal in eerste instantie vanuit financiën wordt gedacht, en pas in tweede instantie vanuit inhoud. Volgens Frederiks is dat ook het geval wat de toekomstige Wzd betreft.

Dick Engberts (hoogleraar gezondheidsrecht en medische ethiek LUMC) vraagt zich af wat de relatie is tussen recht en werkelijkheid. Volgens Engberts is cliëntveiligheid en kwaliteit van zorg namelijk in essentie afhankelijk van de deskundigheid en integriteit van zorgverleners, en in

mindere mate van juridische kaders. Engberts meent dat een kwaliteitsverbetering in verpleeghuizen juist meer vertrouwen in zorgverleners vereist. Voor het vergroten van dit vertrouwen onderscheidt Engberts echter twee randvoorwaarden: zorgverleners moeten deskundig zijn en zorgverleners moeten het beste voorhebben met de mensen aan wie zij zorg verlenen. Engberts vat samen: waar houden de gelding en mogelijkheden van het recht op, en welke verhoudingen tussen mensen zijn geschikt voor juridische regelingen?

Frederiks beaamt de zoektocht naar de beste zorg, maar meent dat vertrouwen op de deskundigheid van zorgverleners zonder juridische kaders (te) lastig is. Frederiks voorziet derhalve toch veel juridische vragen. Nieuwenhuizen kan zich ook vinden in de zoektocht naar kwaliteit van zorg, maar signaleert ook de moeilijkheden bij het bepalen van voldoende deskundigheid. Bovendien vraagt Nieuwenhuizen zich af hoe 'het beste voorhebben' met de cliënt kan worden getoetst en betekent het beste voorhebben met een cliënt volgens Nieuwenhuizen niet dat een zorgverlener het juiste zal doen.

Engberts repliceert dat deskundigheid en goede bedoelingen elkaar in balans moeten houden. Engberts erkent dat het criterium 'deskundigheid' wel een systeem van toetsing veronderstelt. Engberts ontkent dan ook niet de noodzaak van een juridische regeling, maar wijst op de (juridische) neiging om problemen op te lossen met nieuwe regels.

Freeke Mulder (ervaringsdeskundige) merkt op dat vrijheidsbeperkingen vooral worden herkend in vrijheidsbeperkingen ten gevolge van de zorg. Volgens Mulder zitten vrijheidsbeperkingen juist in het feit dat een dementerende veel dingen niet meer zelf kan geïnternaliseerd. Deze vrijheidsbeperkingen zijn voor de persoon zelf, de verzorgenden en de familie vaak moeilijk te accepteren. Mulder meent echter dat het niet aan de zorg is om deze uit de dementie voortvloeiende (onvermijdelijke) vrijheidsbeperkingen op te lossen.

Jos Dute vraagt Frederiks hoe in de thuissituatie kan worden gewaarborgd dat vrijheidsbeperkingen op een zorgvuldige manier worden toegepast. Frederiks antwoordt dat niet alle vormen van vrijheidsbeperking geschikt zijn voor toepassing in de thuissituatie. Voor de vormen die wel toepasbaar zijn in de thuissituatie zijn volgens Frederiks goed toezicht, goede afspraken met familie, goede afspraken in het zorgplan en een deskundige en zichtbare eindverantwoordelijke van groot belang.

Volgens Nieuwenhuizen heeft het vaststellen van de waarborgen rondom vrijheidsbeperkingen in de thuissituatie enige urgentie, nu feitelijk al veel vrijheidsbeperkingen in de thuissituatie worden toegepast.

Kees Blankman (universiteit docent privaatrecht, Bopz-rechter) meent echter dat de kwaliteit van zorg en vrijheidsbeperkingen eerst moet worden geborgd, voordat toegekomen wordt aan het organiseren van het toezicht. Voorts signaleert Blankman een betere kwaliteit van zorg op gesloten afdelingen en in andere settings. Nieuwenhuizen erkent dat de wettelijke eisen voor zorg op een gesloten afdeling strenger zijn, en dat dit soms leidt tot een betere kwaliteit van zorg en meer deskundig personeel

dan elders. Volgens Nieuwenhuizen is het dan ook aan de (nieuwe) wet om goede zorg te faciliteren, waar deze zorg ook wordt verleend. Frederiks merkt op dat het verschil in kwaliteit van zorg tussen verschillende settings te relateren is aan de beperkte reikwijdte van de (huidige) Wet Bopz.

Harriët van der Poel (secretaris van het Regionaal Tuchtcollege Zwolle) vraagt aandacht voor de regelgeving met betrekking tot de rol van de familie bij het zorgproces van wilsonbekwame personen. Frederiks meent dat in de Wzd het afstemmen met familie en de toetsing van de wilsonbekwaamheid goed geregeld zijn. De vertegenwoordiger komt pas in beeld bij eventuele wilsonbekwaamheid van de cliënt, en het verzet van de cliënt is leidend voor de (al dan niet) te verlenen zorg. Problemen in of rond de familie van een cliënt kunnen met wetgeving volgens Frederiks echter niet worden opgelost, nu de wet één aanspreekpunt, de wettelijk vertegenwoordiger, hanteert. In de praktijk levert dit desalniettemin volgens Nieuwenhuizen problemen op. Het hanteren van één (wettelijk) aanspreekpunt is niet voldoende voor het omgaan met problemen met of rondom de familie van een cliënt.

Frank van der Linden (bestuurder Zorggroep Tangenborgh) vraagt zich af hoe wet- en regelgeving reflectie en nieuwe inzichten bij zorgverleners kunnen faciliteren en stimuleren: hoe kan worden voorkomen dat de goede bedoelingen van zorgteams in de praktijk niet tot goede zorg leiden, en dat zorgteams vastlopen in het toepassen van onvrijwillige zorg? Frederiks geeft in reactie hierop aan dat de Wzd het overleggen met een externe deskundige bij het voortduren van onvrijwillige zorg verplicht stelt. Nieuwenhuizen betwijfelt of het door Van der Linden geschetste probleem met wet- en regelgeving of een meldplicht kunnen worden verholpen. Nieuwenhuizen meent dat onderzoek hiervoor van groot belang is.

Elsedien de Groot (gezondheidsjurist) merkt op dat met basale patronen, zoals voeding en beweging, al veel verschil – bijvoorbeeld in gedrag – kan worden gemaakt. Hoewel Nieuwenhuizen erkent dat met voeding en beweging veel kan worden bereikt, reageert gedrag van ouderen met dementie volgens Nieuwenhuizen niet altijd meer goed op voedingsveranderingen.

Met de constatering dat het recht een ‘imperfect’ instrument is en de praktijk weerbarstig, bedankt de voorzitter de sprekers en de leden voor hun aanwezigheid, en sluit de vergadering.

Noten

1 Tijdens de vergadering werden verschillende begrippen, zoals ‘psychogeriatric’, ‘ouderenzorg’, ‘patiënten’ en ‘cliënten’ gebruikt. Omwille van de duidelijkheid en leesbaarheid worden in dit verslag uitsluitend de termen ‘cliënten’ en ‘zorg aan ouderen met dementie’ gehanteerd.

2 Brenda Frederiks is universitair docent bij het VU medisch centrum in Amsterdam. Ze promoveerde in 2004 op het onderwerp ‘de rechtspositie van mensen met een verstandelijke handicap’.

3 Nienke Nieuwenhuizen is specialist ouderengeneeskunde en voorzitter van Verenso.

4 Willem Elsschot in het gedicht ‘Het Huwelijk’ (1910).

5 Gerard Reve in het boek *De avonden* (1947).

© Boom juridisch