

---

# vereniging voor gezondheidsrecht

---

## **Klagen of kwijnen**

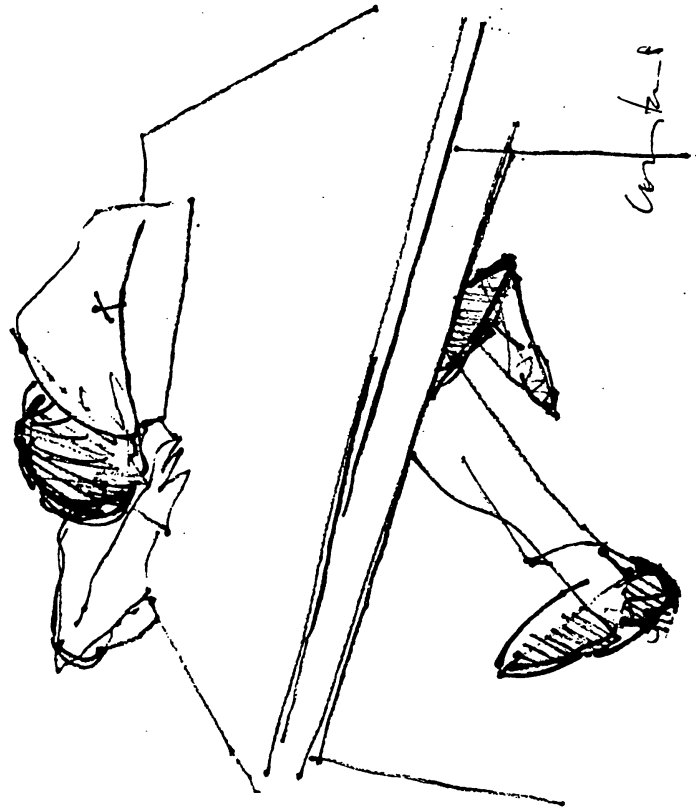
De rechten van verpleeghuispatiënten en de  
behandeling van hun klachten.

Preadvies uitgebracht ten behoeve van de  
jaarvergadering van de Vereniging voor  
Gezondheidsrecht op 29 maart 1985,

door prof. mr. C. Kelk.

"Er is nog iets anders. Ik zit hier in een keurig, hoogstaand bejaardenhuis met allerlei voordelen. Eens per jaar is er een hearing waar we onze wensen en bezwaren mogen aandragen. Wat komt er van terecht als dit beklag de diverse graden van het bestuur heeft bereikt? Heel weinig of niets. Ik kan me voorstellen dat de zielepoten, die in een gevangenis cel opgesloten zitten of in een ziekenhuis liggen niet alleen heel wat moeite zullen hebben om au sérieux genomen te worden (). In elk geval zal het de nodige tijd kosten vóór de ogenschijnlijk onbelangrijke klachten () na afhandeling van economische of politieke vraagstukken ter tafel komen. Dat duurt maanden, zo niet jaren! Of zie ik dit te duister in?"

Jeanne van Schaik-  
Willing (in een brief  
van 12 december 1983,  
naar aanleiding van mijn  
oratie over de rechten  
van mensen in institu-  
ten)



cont'd

## INHOUDSOPGAVE

### INLEIDING

#### 1. RECHTSONTWIKKELINGEN IN TOTALE INSTITUTIES

- 1.1. Totale instituties
- 1.2. Het rechtsburgerschap als uitgangspunt
- 1.3. Het consumentenperspectief

#### 2. HET MENSBEELD VAN DE PATIENT IN HET VERPLEEGHUIS

- 2.1. Plaats en functie van het verpleeghuis in de gezondheidszorg
- 2.2. De taken, die het verpleeghuis zich stelt
- 2.3. De populatie in de verpleeghuizen.
  - 2.3.1. verschillende soorten patiënten
  - 2.3.2. de differentiatie van inrichtingen
- 2.4. Het normatieve mensbeeld van de verpleeghuispatiënt
  - 2.4.1. de verschillende argumenten voor het algemene uitgangspunt
  - 2.4.2. een algemeen juridisch uitgangspunt voor de externe en interne rechtspositie
  - 2.4.3. een juridisch behoorlijke interne rechtspositieregeling
  - 2.4.4. de betrekkelijk marginale betekenis van de interne rechtspositie

#### 3. DE EXTERNE RECHTSPOSITIE VAN DE VERPLEEGHUISPATIENT

- 3.1. De opname in het verpleeghuis
- 3.2. (Het behoud van) de rechtspositie als onafhankelijk burger

#### 4. DE MATERIELE NORMEN BINNEN DE INRICHTING

- 4.1. Geen stelselmatige formulering van huisregels
- 4.2. De verwevenheid van feiten en normen
- 4.3. De fundamentele betekenis van het recht op goede zorg
  - 4.3.1. een "overkoepelend" recht
  - 4.3.2. het recht op onverstoord sterven
- 4.4. De betekenis van de grond- en burgerrechten in de verpleeghuissituatie
- 4.5. Een aantal wenselijke materiële normen
  - 4.5.1. het recht op privacy (art. 10 Gw)
  - 4.5.2. het recht op lichamelijke integriteit (art. 11 Gw)
  - 4.5.3. het recht op ontplooiing (art. 22 lid 3 Gw)
  - 4.5.4. het verbod van onderwerping aan medi-



- 4.5.5. privaatrechtelijke rechten
- 4.5.6. eisen, die in het kader van het welzijnsbeleid worden gesteld

## 5. DE PROCEDURELE RECHTSPOSITIE VAN DE VERPLEEGHUIS-PATIENT

- 5.1. Het belang van de procedurele rechtspositie wordt onderkend
- 5.2. Het huidige beeld van de procedurele rechtspositie
  - 5.2.1. externe officiële instanties
  - 5.2.2. externe onofficiële klachtmogelijkheden
  - 5.2.3. interne klachtenbehandeling in verpleeghuizen
- 5.3. Overwegingen m.b.t. de meest wenselijke vorm van interne klachtenprocedure
- 5.4. Eisen van een juridisch behoorlijke procedure
  - 5.4.1. de klachtgrond en de toetsingscriteria
    - 5.4.1.a de klachtgrond
    - 5.4.1.b de toetsingscriteria
  - 5.4.2. de beslissende instantie
    - 5.4.2.a onafhankelijkheid
    - 5.4.2.b bindende rechtskracht van beslissingen
    - 5.4.2.c bereikbaarheid
    - 5.4.2.d deskundigheid
    - 5.4.2.e wijze van samenstelling
  - 5.4.3. procedureregels
    - 5.4.3.a het vereiste van "hoor en wederhoor"
    - 5.4.3.b de toetsingscriteria
    - 5.4.3.c het beginsel van twee instanties
    - 5.4.3.d (rechts)bijstand
    - 5.4.3.e gemotiveerde en schriftelijke beslissingen
    - 5.4.3.f termijnen
    - 5.4.3.g compensatie
    - 5.4.3.h schorsing
  - 5.4.4. conclusie: een onafhankelijke klachtencommissie voor juridiseerbare klachten
- 5.5. De behandeling van niet juridiseerbare klachten in de bemiddelende sfeer

## 6. KLACHTENCOMMISSIES EN COMMISSIES VAN TOEZICHT

- 6.1. De taakafbakening tussen beide typen commissies
- 6.2. Het profiel van de klachtencommissies
  - 6.2.1. het referentiekader voor de desiderata
  - 6.2.2. de samenstelling van de klachtencommissie
  - 6.2.3. de taak en de bevoegdheden van de commissie
  - 6.2.4. de werkwijze van de commissie

- 6.2.5. typering van het klachtrecht: individueel van aard
- 6.2.6. de klachtgerechtigden
- 6.3. Het profiel van de commissies van toezicht
  - 6.3.1. het referentiekader voor de gedachte van klachtenbemiddeling
  - 6.3.2. de samenstelling van de commissie van toezicht
  - 6.3.3. de werkwijze van de c.v.t.
  - 6.3.4. de autonome positie van de c.v.t.
- 6.4. Interne klachtenbemiddeling als vóórfase
- 6.5. Fundering en financiering van de klachtenbehandeling

## 7. INFORMATIE

- 7.1. Informatie als fundamenteel element van de verpleeghuiszorg
- 7.2. Informatie over de rechtspositie en de algehele gang van zaken in de inrichting
- 7.3. Individuele informatie over de eigen situatie

## 8. STRUCTURELE CONDITIES

- 8.1. De wisselwerking tussen het recht en z'n structurele context
- 8.2. De personele omstandigheden
  - 8.2.1. de opleiding
  - 8.2.2. de mentaliteit
  - 8.2.3. de taakvervulling
  - 8.2.4. roulering
- 8.3. De organisatie-structuur van de inrichting
  - 8.3.1. decentralisatie
  - 8.3.2. democratisering
  - 8.3.3. de bestuursvorm
- 8.4. De bouwkundige omstandigheden
  - 8.4.1. kleinschaligheid
  - 8.4.2. de accomodatie
  - 8.4.3. interne differentiatie
  - 8.4.4. geografische spreiding van verpleeghuizen

## SAMENVATTENDE SLOTBESCHOUWING

## NOTEN

Gebruikte afkortingen

AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziekte- kosten
Beg.wet (Gevangeniswezen)	Beginnelsenwet Gevangeniswezen 1951-1953
BOPZ (wetsontwerp)	Bijzondere Opnemingen in Psychi- atrische Ziekenhuizen
c.v.t.('s)	commissie(s) van toezicht
EV	Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden (Rome, 1950)
Gw	Grondwet
MGV	Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid
NJB	Nederlands Juristenblad
NZR	Nationale Ziekenhuisraad
P.I.	Penitentiare Informatie
pcp	patiëntcontactpersoon
pvp	patiëntenvertrouwenspersoon
St.	Staatsblad
WVC (Ministerie van)	Ministerie van Welzijn, Volksge- zondheid en Cultuur

## INLEIDING

De Vereniging voor Gezondheidsrecht verzocht mij een preadvies uit te brengen over de rechtspositie van de verpleeghuispatiënt. Veelzeggend is het feit, dat zulk een verzoek is gedaan aan iemand die zich dagelijks met het strafrecht occupeert en in het bijzonder met de rechtspositie van gedetineerden en van opgenomen psychiatrische patiënten.

Ik heb dan ook niet nagelaten om bevindingen, die in eerdere studies werden opgedaan, dienstbaar te maken aan het thans aan de orde gestelde thema.

Vanzelfsprekend gaat het om verschillende categorieën mensen, die zich op het eerste oog in uiteenlopende situaties bevinden. Doch de grondtrekken van het geïnstitutionaliseerd zijn als zodanig en de behoeften, die daaruit voortvloeien, zowel in materiële als in juridische zin, blijken bij nader inzien verrassend veel parallellen te vertonen. Hoe langer hoe meer dringt het besef door - ook met betrekking tot de gezondheidszorg, met name wanneer deze zijn beslag krijgt binnen de muren van een inrichting of tehuis - dat de welmenendheid met de medemens soms vormen aanneemt, die niet meer beantwoorden aan een redelijke standaard van aanvaardbaarheid. Om niet te zeggen, dat zich aldaar soms meer dan verbijsterende en schokkende taferelen en gebeurtenissen voordoen. Het beklemmende is, dat men zich hiervan - vermoedelijk door een zekere gehardheid - vaak weinig of niets bewust is. Helaas moet worden geconstateerd, dat verpleeghuizen als instituten m.b.t. problemen van institutionalisering geen uitzondering vormen. Nog afgezien van excessieve incidenten, is daar de dagelijkse gang van zaken in diverse opzichten niet bevredigend, noch voor de patienten, noch voor het personeel.

Het is dan ook verheugend te noemen, dat ongunstige geluiden over de situatie van de verpleeghuispatienten in toenemende mate serieus worden genomen. Het laat zich denken dat bij deze groeiende belangstelling voor wat zonder enige overdrijving één der vergeten groepen in onze samenleving mag worden genoemd, tevens de vraag naar voren is gekomen welke de bijdrage van het recht aan de verbetering van de verpleeghuissituatie zal kunnen zijn. Het gevaarlijkste en meest onjuiste, waartoe de beantwoording van deze vraag zou kunnen leiden, is een eventueel "schandpaal"-effect aan het adres van de verpleeghuizen en in het bijzonder van de aldaar werkzame functionarissen. Aldus mag het hier gepresenteerde denkmodel - want zo is het in de eerste plaats bedoeld - omtrent de meest wenselijke vormen van juridisering in de context van het verpleeghuis onder geen beding worden opgevat. Integendeel, het zware beroep van de verpleeghuismedewerkers dwingt op zichzelf een diep respect af voor de inzet van de betrokke-

nen. De problemen zijn veeleer aan het institutionaliseringsverschijnsel als zodanig verbonden.

Vanzelfsprekend veronderstelt de introductie van de gedachte van een rechtspositie voor de patiënt een hoeveelheid kritische noties jegens het handelen en beslissen der functionarissen, van wie de patiënten zich afhankelijk weten. Maar er kan daarmee geen andere bedoeling voor ogen staan dan om op dit terrein gesignaleerde fouten, misverstanden, communicatiestoornissen en laakbare situaties ook voor de toekomst zoveel mogelijk uit te bannen, en wel door de gelegenheid te creëren hieromtrent langs juridische weg tot nadere normen en gedragslijnen te komen. Dit laatste aan de patiënten en hun naast-betrokken relaties onthouden, zou getuigen van een grote zelfoverschatting van de kant der functionarissen. Men mag echter op goede gronden aannemen, dat hun realiteitszin juist de nodige bereidwilligheid tot medewerking aan de realisering van recht in de verpleeghuissituatie zal voortbrengen. Ook elders, op vergelijkbare terreinen, heeft men zich over aanvankelijke weerstanden weten heen te zetten, wat de situatie uiteindelijk zeer ten goede is gekomen. Waar gehakt wordt vallen spaanders, hetgeen voor de cliënten des te zwaarder weegt naarmate er van een grotere afhankelijkheid is te spreken.

In een samenleving, die de rechtsstaatsgedachte hoog in het vaandel heeft geschreven, rust op een dergelijke précaire situatie de onomstotelijke eis dat daaraan ook juridische consequenties zullen worden verbonden.

Op zijn minst moet er naar gestreefd worden, dat niemand nog meer gevangene van zijn situatie zal zijn dan de gevangene zelf, en zelfs deze beschikt over een enigszins uitgewerkte rechtspositie! Er is geen enkele reden de gezondheidszorg hierboven verheven te achten. Opname in het verpleeghuis mag niet betekenen een tragische degradatie van de mens tot een vervreemd en rechteloos wezen, dat ontdaan is van zijn eigen identiteit en levensstijl en dat zijn decorum geheel en al verliest. Zo'n levensavond is na een arbeidzaam en verdienstelijk leven eenvoudig voor niemand te accepteren.

De erkenning van de patiënt in het verpleeghuis als volwaardig mens, die onder omstandigheden bij machte is te verlangen dat hem recht wordt gedaan waar hij meent dat daarin te kort geschoten wordt, dient centraal te worden gesteld in alle komende ontwikkelingen op het terrein van de verpleeghuizen. Zowel de verbetering der structurele condities als de juridisering verdienen gelijkelijk aandacht. Het een is weinig zinvol zonder het ander, zo zal hier worden betoogd. Ik voeg hieraan uitdrukkelijk toe, dat de situaties in de diverse verpleeghuizen onderling zeer kunnen verschillen, waaruit volgt dat rechtspositieregelingen daarin naar alle waarschijnlijkheid ook een evenzo verschillende functie zullen hebben.

Tenslotte moet ik met enige pijn in het hart vaststellen, dat de verpleeghuispatiënt in dit preadvies als "hij"

wordt aangeduid, hoewel een groot deel der betrokkenen van het vrouwelijk geslacht is. Hiermee beken ik mij weliswaar een navolger van het traditionele taalgebruik, maar dat wil niet zeggen, dat ik mij niet doordrongen weet van de beperkingen daarvan. Het kwam mij evenwel tamelijk omslachtig en geforceerd voor bij voortdurende te spreken over "hij of zij" en "zijn of haar"; het "zij" zo.

Graag wil ik dank zeggen aan mijn collega H.J.J. Leenen voor het zeer kritisch doornemen van de tekst alsmede aan mr. C.J. van den Berge en M. Andela, die mij van veel waardevolle informatie hebben voorzien. Voorts gaat mijn dank uit naar R. Meurs, G. Blok en M.A. Kruijshoop voor het zorgzaam persklaar maken van het manuscript.

## 1. RECHTSONTWIKKELINGEN IN TOTALE INSTITUTIES

### 1.1. Totale instituties

Bijna symbolisch, nl. tegen het einde van de Odyssee (laatste boek, vers 255) laat Homerus Odysseus tegen diens vader zeggen: " ἡ γὰρ δίκη ἐστὶ γερόντων " ofwel: "dat is toch immers het voorrecht der grijsheid" 1). In een samenleving als de onze is inmiddels de gedachte vanzelfsprekend geworden, dat ook bejaarden rechten dienen te hebben. Tot de verworvenheden van de rechtsstaat behoort immers het uitgangspunt, dat alle burgers in hun verschillende posities en in hun onderscheidene situaties deel zullen (blijven) hebben aan de werking van het recht en de daarin besloten fundamentele rechten en rechtsbeginselen. Anders gezegd: in een rechtsstaat behoort iedere burger daadwerkelijk als *rechtsburger* 2) te worden gerespecteerd en behandeld. Desniettemin zijn tot niet lang geleden de mensen geheel of vrijwel geheel van het rechtsburgerschap uitgesloten geweest, die zich voor kortere of langere tijd in een "totale institutie" bevinden, d.w.z. in een instelling met een min of meer gesloten karakter, waarin mensen vaak geheel of tamelijk onvrijwillig dag en nacht vertoeven tezamen met niet door hen zelf gekozen anderen, waarin de verschillende levenssferen ruimtelijk niet van elkaar zijn gescheiden en waarin men onderworpen is aan tamelijk autoritair gegeven regels ("regiem"). De benaming "totale instituties" is afkomstig van de Amerikaanse socioloog Erving Goffman, die daarbij een grote variëteit aan instituten en inrichtingen op het oog had: tehuizen tot verzorging van hulpbehoevenden, inrichtingen voor (schadelijke) zieken en patiënten, instellingen ter beveiliging van de samenleving zoals gevangenissen, "nuttige" inrichtingen zoals kostscholen, kazernes en schepen, alsmede "hogere" instellingen zoals kloosters en abdijen 3). Goffman geeft zelf toe niet een profiel te kunnen geven van "de" totale institutie, waaraan een algemene gelding toekomt: géén der door hem beschreven elementen lijkt specifiek voor alle instituties en géén lijkt door alle te worden gedeeld 4). Toch uit Van Doorn zijn twijfels over "het gemak, waarmee Goffman voorbij gaat aan de verschillen t.o.v. de diverse instituties, bijvoorbeeld wat betreft de wijze waarop men tot de institutie toetreedt". Volgens Van Doorn maakt het nogal verschil of men vrijwillig toetreedt tot een klooster dan wel gedwongen wordt opgenomen in een psychiatrische inrichting of een gevangenis. Anderzijds acht Van Doorn het buiten kijf, dat "Goffman de niet weinige overeenkomsten scherp heeft gezien en geanalyseerd" 5). Men kan langdurig redetwisten over de overeenkomsten en verschillen tussen de typen instituten, die in dit verband vallen te onderscheiden, waarbij ik nog de interne gedifferentieerdheid binnen één en hetzelfde type insti-

tuut in het midden laat, doch dit lijkt me verre van een vruchtbare discussie.

Waar het om gaat is, dat het leven binnen de omheining van een institutionele organisatie in een aantal opzichten wezenlijk afwijkt van het leven in het eigen huis, het eigen gezin, de eigen familie, etc. De mate van vrijwilligheid waarmee men heeft gekozen voor het geïnstitutionaliseerde bestaan, is dikwijls een graduele kwestie, dus een van meer of minder. Zo er van vrijwilligheid sprake is, dan is deze niet zelden in enigerlei mate fictief: vroeger werd men vaak "voorbested" voor het klooster, doch men ging er naar het heette zelf in; de jongen die wil varen, kiest voor de zee, maar niet primair voor de organisatie die het schip blijkt te zijn; de psychiatrische patiënt, die geen andere uitweg meer ziet omdat de omgeving deze al evenmin ziet, "laat zichzelf opnemen" 6). Omgekeerd is het niet uitgesloten, dat een gedwongen institutionalisering gepaard gaat met enige instemming van de betrokkene, gezien diens gebrek aan relationele of maatschappelijke perspectieven. Wij moeten er evenwel van uitgaan dat niemand, anders dan bij wijze van grote uitzondering, op onverdeelde gronden en met ongemengde gevoelens in de gelederen der geïnstitutionaliseerden wordt opgenomen.

Hoe het ook zij, het leven in een instituut kenmerkt zich door een aantal min of meer "typisch" institutionele mechanismen en wetmatigheden:

a) een grote mate van *afhankelijkheid* van de individu, of dit nu is afhankelijkheid van verzorgers, groepsleiders, ziekenoppassers, verplegers, artsen e.a. dan wel van bewakers, toezichhouders, brigadiers, officieren, etc. Hun functie in het institutionele kader impliceert een zekere zeggenschap, dominantie of machtspositie, die de daaraan onderworpen individuen in hun afhankelijkheidspositie bevestigt of versterkt. Deze afhankelijkheid is er, ongeacht waarop de indicatie voor de institutionalisering is gebaseerd, zoals het niet (meer) voor zichzelf kunnen zorgen, het gevaarlijk voor anderen zijn, het gepleegd hebben van een strafbaar feit of het maatschappelijk willen functioneren op een wijze, die uitsluitend kan worden gerealiseerd door middel van institutionalisering;

b) een *deprivatie* van goederen en eigendommen, d.w.z. dat het leven in een instituut in materieel opzicht een grove verarming betekent, zowel omdat men slechts een zeer gering gedeelte van eigen voorwerpen mee naar binnen mag nemen, als omdat men is aangewezen op karige goederen en veelal sobere voorzieningen, hoewel dit per instituut en per instituutsoort zeer kan verschillen: het verschijnsel als zodanig evenwel is in de betrokken instituten alom aanwezig;

c) een grote mate van *rechteloosheid* van de individu, voorzover deze niet reeds spreekt uit het onder a) en b) gestelde; wanneer feitelijk van afhankelijkheid of deprivatie sprake is, behoeft zulks echter niet persé te wijzen op het ontbreken van een rechtspositionele voorziening



(hierop wordt eenvoudig soms geen beroep gedaan). Omgekeerd behoeft een voor de betrokkenen materiëel en geestelijk gunstige leefsituatie niet zonder meer samen te hangen met een goed geregelde rechtspositie (er kan sprake zijn van een sfeer van "goedgunstigheid").

De onder a), b) en c) genoemde institutionele wetmatigheden vloeien voort uit de aard van de organisatie, die de totale institutie is: deze heeft een hiërarchische en ook wel bureaucratische inslag en vertoont met name jegens de "geïnstitutionaliseerden" 7) een enigszins "totalitair" karakter in de sfeer van onderdrukking en onderwerping. De praktijk van dergelijke instituten staat nu eenmaal sterk in het teken van het directe instituutbelang van een zo probleemloos mogelijk verlopende gang van zaken, waarbij orde en rust vooropstaan en waaraan de individuele en persoonlijke belangen der geïnstitutionaliseerden in veel opzichten ondergeschikt zijn gemaakt. Beeldend omschrijft Goffman dit laatste verschijnsel als: "mortificatie", het teniet doen van de ego-gevoelens en de individualiteit van de enkeling. Overigens overstijgt dit mechanisme veelal de wil der individuele functionarissen. Ook zij lijken in zekere zin "gevangen" te zijn. Maar behalve het directe belang van de instituten bij een probleemloze en "smoothly running" inrichtingsorde in verband met hun zelfhandhaving is daar nog het feit, dat de instituten een functie hebben niet voor de mensen in hun totaliteit, maar met het oog op één of enkele uitgelezen aspecten van hun persoon of gedrag: "de dominantie van het ene aspect kan in veel gevallen een extra voedingsbodem zijn voor de instandhouding en versterking van een onderworpenheids-structuur binnen een instituut" 8), temeer waar de individu vaak zichzelf verafhankelijk maakt van de specialisten m.b.t. het ene aspect. Zo kan worden gesproken van "de tyrannie van het ene aspect" 9), die op zichzelf ook weer bijdraagt tot een ordelijk verloop van de inrichtingsorganisatie. Goffman spreekt in dit verband van de "inrichtingsdoctrine" 10) (ik kom hierop terug).

## 1.2. Het rechtsburgerschap als uitgangspunt

Het is duidelijk dat in institutionele organisaties, die - veelal huns ondanks - sterke tendenties bezitten tot dehumanisering en verzakelijking, de plaats van een op behoud van autonomie en individualiteit georiënteerde rechtspositie slechts een marginale betekenis toevalt. Zoals reeds kort aangegeven in paragraaf 1.1. is het denken en spreken over de rechtspositie van degenen, die in totale instituties verblijven, pas tamelijk recentelijk ontwikkeld. Zo traden op nationaal niveau klachtregelingen in werking voor gedetineerden in gevangenen en huizen van bewaring 11) alsmede voor jeugdigen in rijksinrichtingen 12), terwijl ook het patiëntenrecht in het algemeen, waaronder het recht voor psychiatrische patiënten 13), bepaald niet heeft stilgestaan. Op internationaal niveau is

de jurisprudentie van het Europese Hof voor de rechten van de mens meer dan eens belangrijk geweest 14). Kortom de erkenning van de geïnstitutionaliseerde als *rechtsburger* wordt daadwerkelijk serieus genomen. Vanzelfsprekend verschilt de wijze waarop aan dit rechtsburgerschap vorm wordt gegeven naar het type instituut. Het is niet geheel toevallig dat in 1977 in penitentiaire inrichtingen een qua procedure tamelijk formeel geregeld beklagrecht is ingevoerd, hetwelk in bepaalde gevallen kan leiden tot een bindende beslissing van de beklagcommissie, die de oorspronkelijke directiebeslissing waartegen het beklag zich richt, geheel of gedeeltelijk kan herzien, terwijl in psychiatrische inrichtingen tot op heden klachten meer in de bemiddelende sfeer werden afgehandeld, voorheen eventueel door een ombudsman 15), en thans meer en meer door een patiëntenvertrouwenspersoon 16). Dit verschil hangt er m.i. mee samen, dat het psychiatrisch ziekenhuis naast het karakter van totale institutie tevens in hoge mate dat van een "professionele" organisatie heeft. In dit verband volg ik het onderscheid, dat Van Doorn heeft gemaakt tussen verschillende organisatievormen voorzover in dit bestek van belang: de formele organisatie, de totale organisatie en de professionele organisatie 17).

In de *formele* organisatie is de formele functionalisering van het handelen en van de onderlinge relaties het verst uitgewerkt: ieder heeft een deelzaak binnen een geheel van op (een) bepaald(e) doeleinde(n) gerichte taken; de leiding is veelal centraal en hiërarchisch onderbouwd; standaardisering, routinisering en uniformering zijn er "gebruikelijke technieken"; de verhoudingen zijn er veelal sterk formeel en onpersoonlijk.

De *totale* organisatie is een van de samenleving in hoge mate afgescheiden "micro-samenleving" (zie ook 1.1.).

De *professionele* organisatie is een geheel van zelfstandige beroepsbeoefenaren, die voor hun werk een hoge mate van autonomie opeisen en die regels eigenlijk alleen maar accepteren, als deze hun beroepsuitoefening vergemakkelijken; vaak bestaat er een vertrouwelijke relatie met een opdrachtgever, zoals patiënt of cliënt.

Van Doorn wijst er op, dat zich in de praktijk vele mengvormen voordoen, waarbij ik benadruk: in de meest uiteenlopende doseringen. Zowel de gevangenis als de psychiatrische inrichting is in de eerste plaats een totale institutie, maar de gevangenis is tegelijkertijd sterk formeel-organisatorisch georiënteerd, terwijl - zoals gezegd - de psychiatrische inrichting tevens professioneel-organisatorisch is georiënteerd.

Op zichzelf maakt dit organisatorische verschil niet altijd veel uit voor de *mate* van afhankelijkheid der betrokken geïnstitutionaliseerden, maar wel voor de *soort* afhankelijkheid: formeel-georganiseerde machtspatronen zoals in een gevangenis, zijn anders van intentionaliteit dan professionele machtspatronen; in de laatste prevaleren de goede bedoelingen van de functionarissen en het eigen

bestwil van de patiënten/cliënten, terwijl dit in de formele machtspatronen wezenlijk anders ligt. Dit neemt niet weg, dat in de *subjectieve beleving* der betrokkenen de machtsuitoefening als zodanig, met welke intentie en vanwege wie dan ook deze plaats vindt, in veel gevallen wordt gehaat, waarbij nog komt, dat er binnen de diverse typen machtspatronen zeer vergelijkbare ingrepen zijn te signaleren. Te denken valt bijv. aan dwingende maatregelen tot handhaving van de orde en de rust in de inrichting jegens tegenwerkende of opstandige "bewoners", zoals de geïnstitutionaliseerden doorgaans genoemd worden 18): tijdelijke isolatie en/of separatie zijn hiervan de meest extreme vormen. Deze komen in vrijwel alle typen totale instituties voor, doorgaans gebaseerd op de door Goffman gesignaleerde "doctrine" van de inrichting. Deze doctrine, die berust op de officiële doelstelling(en) van de institutie, pleegt gepaard te gaan met een zeer restrictief interpretatieschema door de stafleden en overige functionarissen, geconcentreerd als zij allen zijn op de "tyrannie van het ene aspekt", dat de aanleiding en tevens de rechtvaardiging voor de institutionalisering vormt. Hiermee is als het ware a priori het mensbeeld bepaald van de geïnstitutionaliseerde, dat is gevat in een hoeveelheid als vanzelfsprekend daarbij passend geachte beperkingen (het "officieel perspectief"): wie de gevangenis binnenkomt moet slecht en onbetrouwbaar zijn, wie de psychiatrische inrichting binnentreedt is ziek, etc. In de gevangenis wordt de orde dan ook gehandhaafd onder meer door middel van het opleggen van disciplinaire straffen, die kunnen bestaan uit isolatie, terwijl in de psychiatrische inrichting in precies dezelfde soort situaties isolatie wordt toegepast in het belang van de behandeling 19). M.a.w. in verschillende typen inrichtingen hebben maatregelen, die qua inhoud en vorm een grote gelijkennis vertonen en ook door de betrokkenen als gelijksoortig worden ervaren, een verschillende benaming (resp. "straf" en "behandelingsmaatregel"). Voorzover de ratio hetzelfde is (ordehandhaving), moet er gezien de uiteenlopende motiveringen sprake zijn van een zekere mate van rationalisatie. Daartoe wordt nu juist uitgelokt door de in de desbetreffende inrichtingen dominerende "doctrines", die elk een restrictief "institutioneel perspectief" in het leven roepen. Dat intussen in het justitiële kader rechtspositionele ontwikkelingen het verst gevorderd zijn, wekt geen verbazing: zoals gezegd, gaat het daar om de meest duidelijke en herkenbare vormen van machtsuitoefening, die vragen om mogelijkheden van daartegen te voeren verweer zoals ook het geval is in het strafproces, waarin belangentegenstellingen en conflicten tussen overheid en individu als legitiem erkend zijn, hetgeen zich weerspiegelt in de contradictoire structuur van het strafprocesrecht 20).

Dit is anders in de psychiatrische inrichting, waar de machtsuitoefening meer is geïmpliceerd in deskundige handelingen en overwegingen, dus meer onlosmakelijk is verbonden aan de professie zelf. Omdat professionaliteit ten zeerste versmolten is met de eigen identiteit en het zelf-respect van de deskundige stafleden, valt aan de daarin geïmpliceerde macht niet alleen moeilijk te tornen, maar zelfs is deze vaak taboe: macht en dwang mogen niet zo heten; er mag vaak uitsluitend gesproken worden in termen van "eigen bestwil" en "het belang van de patiënt", waardoor een sfeer van acceptatie en harmonie wordt gesuggereerd die in werkelijkheid vaak geheel of ten dele ontbreekt. In deze optiek past niet het denken in de richting van juridisering, maar hooguit in die van bemiddeling door een ombudsman of een patiëntenvertrouwenpersoon (verder: pvp).

### 1.3. Het consumentenperspectief

Het is echter opvallend, dat zich op vrijwel alle fronten van de totale instituties wel degelijk tendenties tot juridisering hebben gemanifesteerd, niet alleen in Nederland maar ook op internationaal niveau. De prikkel hiertoe ging veelal uit van "consumenten"-bewegingen, "movements from below", waarbij zich ter ondersteuning gaandeweg sociaal-geëngageerde juristen hebben gevoegd. Ook maatschappij-gerichte ontwikkelingen in de wetenschap hebben hieraan zeker bijgedragen. In de USA kwam een en ander in de zestiger en zeventiger jaren op gang onder invloed van de "Civil Rights Movement", terwijl in ons land op diverse terreinen ook actie- en belangengroeperingen belangrijke stimulansen hiertoe hebben gevormd. Men denke o.a. aan de actiegroepen binnen de jeugdzorg, die zich verzetten tegen een bepaalde paternalistische benadering van jeugdigen en aandacht vroegen voor de eigenheid en de rechten van jeugdigen 21), aan de gekkenbeweging, welke zich inzette voor de verbetering van de situatie in psychiatrische inrichtingen en de versterking van de rechtspositie van de psychiatrische patiënten 22) en aan de BWO, die zich heeft beijverd voor de verdere ontwikkelingen van de rechtspositie van gedetineerden. Recentelijk is het "Patiëntenplatform" ontstaan. Overigens bestonden er in Nederland al wel reeds tientallen jaren vele patiëntenverenigingen. Een nieuw mensbeeld brak alom door, ook wel getypeerd als "normatief" mensbeeld 23): het beeld van de autonome mondige burger, die zelf beslissingen kan nemen en die de grens stelt aan overheids- of aanverwant optreden, die voor zichzelf kan oordelen en die in zijn oordeel moet worden gerespecteerd 24). In het strafrecht heeft het uit de Franse Revolutie stammende beeld van de citoyen, die rechten heeft tegen overheids- en rechterlijke willekeur relatief het meest erkenning gekregen: de rechtssubjectiviteit van de justitiabele werd reeds door Beccaria bepleit en aldus werd een belangrijk uitgangspunt aan de

klassieke richting in het strafrecht meegegeven. Toch bleef in de praktijk van de strafrechtspleging dit mensbeeld overwegend theorie, gezien de onderdaanscultuur van de maatschappelijk lagere groeperingen, waaruit in feite vrijwel alle justitiabelen voortkwamen en doorgaans nog komen. Het normatieve mensbeeld van de autonome burger is in juridisch perspectief geworden tot dat van de rechtsburger, de burger die deel heeft aan rechten en rechtsbeginselen ongeacht diens feitelijke, maatschappelijke situatie. Voor jeugdigen viel zulks te baseren op het toenemende besef, dat algemene jeugdzorg ten doel moet hebben de jeugdige in het algemeen zoveel mogelijk ont-plooiingskansen te bieden 25); m.b.t. het recht voor (psychiatrische) patiënten groeide het inzicht, dat hun situatie er op z'n minst van dient te getuigen, dat ze "zelfbeschikkingsrecht" 26) hebben; en t.a.v. gedetineerden werd steeds duidelijker, dat hun positie wat rechtswaARBorgen betreft ten achter was gebleven bij de positie van de verdachten in het strafproces: hun "autonomie" en "individualiteit" verdiende -mede in het belang van hun resocialisatie - te worden erkend. Al deze varianten leidden tot een zelfde conclusie, t.w. de noodzaak om de rechten der respectievelijke categorieën geïnstitutionaliseerden te erkennen en hun rechtspositie daadwerkelijk te versterken. Aldus werd het "officiële perspectief" op het recht, zoals het "overheids perspectief", het "hulpverleningsperspectief", etc. verschoven naar het consumentenperspectief.

Deze rechtsontwikkelingen vallen, nogmaals, niet los te zien van de enorme mobilisatie van grond- en vrijheidsrechten overal ter wereld, veelal in samenhang met democratiserings- en emancipatiebewegingen van achtergestelde groeperingen in de jaren zestig en zeventig, die beoogden fundamentele veranderingen in de heersende maatschappelijke machtsverhoudingen teweeg te brengen en individuele vrijheden voor iedereen te bevechten. In het voorgaande viel het accent sterk op de normatief-juridische optiek, zoals deze zich in onze *rechtsstaat* heeft ontwikkeld. Daarmee werden min of meer impliciet ook bepaalde verworvenheden van de sociale verzorgingsstaat verondersteld. Immers het heeft alleen zin om van materiële rechten te spreken, als daaraan ook werkelijk een substraat in de sfeer van materiële verzorging en beschikbaarheid van materiële voorzieningen ten grondslag ligt. Daarnaast gaat het in de verzorgingsstaat niet alleen om de materiële, maar ook om de geestelijke verzorging der burgers. En met dit laatste houdt m.i. ook het toekennen van *procedurele* rechten en mogelijkheden verband, aangezien deze a.h.w. een rechtspositionele potentie voor de burger betekenen bestaande uit het rechtens geldend kunnen maken van aanspraken en het kunnen aantasten van beslissingen in procedures. Een dergelijke versterking van de onafhanke-

lijkheid is te zien als één der voorwaarden voor een gezond samenlevingsklimaat, zoals dat in een sociale verzorgingsstaat als postulaat betaamt 27), a fortiori waar het een verblijf in een totale institutie betreft.

Het ideële doel van de institutie wordt met andere woorden door een autonome (rechts)positie van de consument alleen maar ondersteund: niet zonder reden acht men de resocialisatie van de gevangenen gediend met een rechtspositie, evenals de genezing van de psychiatrische patiënten en de goede zorg voor patiënten. Ik kom hierop uitvoerig terug.

Het rechtsgehalte van de situatie in een totale institutie zie ik primair gelegen in de daar aanwezige *procedurele* mogelijkheden en in iets mindere mate in de *materiële* rechtspositie. Deze laatste zal in beginsel niet anders dan een weerspiegeling van de lokale situatie kunnen zijn, verweven als deze rechtspositie nu eenmaal is met de onderling in wisselwerking verkerende materiële, personele, organisatorische en bouwkundige elementen van de institutionele organisatie 28). Ik bedoel daarmee te zeggen, dat de toekenning van op zichzelf wenselijke rechten in een aantal gevallen uitsluitend kan worden gerealiseerd indien daarvoor financiële, personele of bouwkundige voorzieningen beschikbaar zijn. *Juridisch* van méér belang is het, dat degenen die zich in hun rechten geschonden voelen, zich langs procedurele weg daartegen kunnen verweren. Dit mag geen onderschatting van het belang van het materiële recht betekenen, integendeel, maar in een totale institutie kan het geheel van materiële normen moeilijk ten gronde en uitputtend worden geformuleerd: er zal altijd enige vrijheid van voorbehoud en clausulering voor de inrichting nodig zijn bij de interpretatie van datgene waartoe deze zich verplicht ten aanzien van haar bewoners. Huishoudelijke reglementen of andere regelingen bevredigen vrijwel nooit terzake van helderheid, ondubbelzinnigheid of volledigheid; het is onwaarschijnlijk dat hierin *werkelijke* verandering zal kunnen komen, al zal in deze vanzelfsprekend het optimum dienen te worden nagestreefd. In de *contradictoire*, d.w.z. op tegenspraak ingestelde, procedure is een dynamisch medium gelegen om bij geschillen, o.a. over de materiële rechtspositie, en bij andere onenigheden individueel op zijn of haar rechten staat te maken: het recht moet a.h.w. worden "gemaakt", of zoals Rummelink het noemt: "uitgeprocessualiseerd" 29). Het is duidelijk, dat juist in dit "proces" aan essentiële beginselen en principes van het recht in het algemeen een stuwende kracht kan worden toegekend, opdat materiële rechten zich nader kunnen uitkristalliseren, kunnen worden geprofileerd, gespecificeerd en geclausuleerd. Op deze wijze kan het rechtsburgerschap van de geïnstitutionaliseerde optimaal gestalte krijgen.

## 2. HET MENSBEELD VAN DE PATIENT IN HET VERPLEEGHUIS

### 2.1. Plaats en functie van het verpleeghuis in de gezondheidszorg

Alvorens de vraag te beantwoorden, hoe een en ander moet worden gezien in de context van het verpleeghuis, behandel ik eerst een aantal gegevens over het verpleeghuis als zodanig.

De zorg voor zieken en bejaarden is zeker na de Tweede Wereldoorlog hoe langer hoe meer in de overheidssfeer geraakt voor wat betreft de financiering, de garantie en later ook de planning, met name in 1968, door de invoering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. De gemeenschap heeft zich m.a.w. verplicht de hulpbehoevenden, die niet meer voor zichzelf kunnen zorgen van de nodige zorg te voorzien. Sedert enige tientallen jaren heeft het verpleeghuis dan ook in toenemende mate een belangrijke functie gekregen met betrekking tot de verpleging en verzorging van twee categorieën, veelal bejaarde, chronisch zieken, t.w. degenen die ofwel niet langer in aanmerking komen voor een verblijf in het ziekenhuis ofwel niet langer in de eigen omgeving kunnen worden verzorgd en verpleegd. Hoewel de nadruk aanvankelijk op de opvang van de eerste categorie lag, is door de enorme groei van de tweede categorie de druk op de verpleeghuizen vergroot 30). Zelfs is van een "stormachtige" ontwikkeling gesproken 31). Niet alleen zijn de leef-, werk- en woonomstandigheden in het algemeen zodanig veranderd, dat er voor verzorging in het thuismilieu door naaste relaties en familieleden, ook wel "mantelzorg" 32) genoemd, veel minder gelegenheid en animo is, maar bovendien is de extramurale gezondheidszorg evenmin navenant ontwikkeld. Daarbij komt, dat steeds meer een beroep op de verpleeghuizen wordt gedaan voor psychogeriatrische patiënten. Waren er in 1960 in de verpleeghuizen nog ca. 7.000 bedden, thans zijn er in totaal 48.000 bedden 33), verspreid over ongeveer 330 voorlopig erkende verpleeghuizen 34).

Mede gezien de schaarser wordende financiële middelen is het voorzienbaar, dat thans zowel door de overheid als door de gezondheidszorg meer ernst gemaakt zal worden met het zoeken naar mogelijkheden in de sfeer van de extramurale gezondheidszorg en met name de "eerstelijns" (gezondheids)zorg 35), doch ook de "tweedelijns" voorzieningen blijven de aandacht verdienen. Dit moge vooral uit financieel oogpunt de wens van beleidsvoerders zijn, doch zulks sluit tevens zeer nauw aan bij de wensen die onder de "consumenten" leven en die dus bij de prioriteiten van het gezondheidszorgbeleid aan bod moeten komen 36). In een uitgebreid onderzoek van de Consumentenbond van juli 1984 wordt eveneens op basis van vele onder verpleegden en hun familieleden verzamelde gegevens, met verve gepleit voor

een uitbreiding van de mogelijkheden van de dichtbij huis gelegen zorg: huisartsen, wijkverpleging, gezinsverzorging, maatschappelijk werk en het geven van hulp ook in de avonduren en op andere gewenste momenten 37), ofwel "hulp op maat". Overigens past ook de tendentie tot een zekere deinstitutionalisering geheel en al in de geest van de tijd. Het door de Consumentenbond gepropageerde adagium: "In principe horen mensen niet thuis in instituten" 38) betekent een zekere ommekeer in de sterke drang tot institutionalisering, welke op tal van terreinen zo kenmerkend is gewenst voor de tijden van de hoogconjunctuur en welke leek voort te komen uit een welhaast euforisch geloof in de heilzame werking daarvan. Op al deze terreinen is men daarvan enigszins aan het terugkomen: Hulsman maakt zich al zeer lang sterk voor de terugdringing van de gevangenisstraf 39), welke terugdringing althans voor wat betreft de korte straffen bezegeld lijkt door de invoering van de wet vermogenssancties 40) en door de progressieve, experimentele ontwikkelingen rondom de "alternatieve" sanctie van dienstverlening; Trimbos, hoewel zeker niet geporteerd voor een al te radicale deinstitutionalisering in de trant van de "democratische psychiatrie" in Italië 41), betreurt het wél dat in Nederland zo weinig wordt deelgenomen aan alternatieve ontwikkelingen op het gebied van de psychiatrie 42); en ook in de jeugdbescherming is het aantal institutionele plaatsen in de loop der jaren teruggelopen. Dat het verpleeghuis hoogst nuttige functies kan verrichten, wordt door niemand betwist, integendeel. Een recente confrontatie van een delegatie van Nederlandse bejaardeninstellingen met "collegae" in Keulen leverde een "cultuurschok" op, vanwege het feit dat in Duitsland de overheid de bejaardenzorg veel meer overlaat aan particulier initiatief, met als gevolg een onvergelykbaar veel lager peil in de aldaar bestaande instellingen 43). Anderzijds valt evenmin te ontkennen, dat aan een residentiële verblijf in een verpleeghuis zó veel nadelige aspecten en schaduwzijden verbonden zijn voor het leven van de betrokkenen, dat de tendentie om een dergelijk algeheel verblijf tot het strikt noodzakelijke te beperken, aanbevelenswaard lijkt. Hieraan doet niets af het elders in dit preadvies gestimuleerde streven om de rechtspositie der betrokkenen te verbeteren. Zoals op vele andere institutionele terreinen, geldt ook hier dat een in rechtspositioneel opzicht maar ook anderszins verbeterde intramurale situatie er nimmer toe mag leiden, dat de desbetreffende institutionalisering gemakkelijker of lichtvaardiger toegepast zou kunnen worden. Een dergelijke "wervende" functie van de totale institutie is ten ene male onaanvaardbaar. Dat ook het verpleeghuis een aantal grondtrekken van de totale institutie vertoont, is onmiskenbaar 44) en het zijn juist de negatieve kanten daarvan die mij o.a. doen spreken over de "schaduwzijden" van het verpleeghuis (zie boven).



## 2.2. De taken, die het verpleeghuis zich stelt

In het verpleeghuis worden - zoals onder 2.1. gezegd - zowel mensen vanuit het ziekenhuis als uit hun eigen omgeving opgenomen. De taken, die het verpleeghuis zich ten aanzien van hen stelt, zijn als volgt te omschrijven:

- 1) het verlenen van verpleeghuiszorg met als doel de patiënten te "reactiveren", waardoor hun lichamelijke en/of geestelijke ziekten en/of functiestoornissen worden opgeheven, zodat zo spoedig mogelijk tot terugplaatsing naar het eigen leef- en woonmilieu c.q. een ander aangepast woonmilieu buiten het verpleeghuis kan worden overgegaan;
- 2) (in geval *niet* op korte termijn of helemaal niet tot een dergelijke terugplaatsing zal kunnen worden overgegaan:) het verlenen van verpleeghuiszorg met als doel zo lang mogelijk stoornissen te verminderen of uitbreiding daarvan tegen te gaan, zodat met een optimale begeleiding de patiënten een zo menswaardig mogelijk functioneren kan worden gegarandeerd 45).

De zorgverlening in het verpleeghuis omvat de volgende diensten: verplegen, verzorgen en behandelen 46). De zorgverlening moet een ruim scala deskundigheden omvatten, aangezien deze zich richt op het brede terrein tussen reactivering en terminale begeleiding. Daarbij wordt er naar gestreefd, dat de patiënt geen enkele dienst in het kader van de zorgverpleging zo maar passief ondergaat of ontvangt, maar daarvoor zelf zoveel mogelijk eigen verantwoordelijkheid blijft dragen, zo lang zulks althans lichamelijk en geestelijk mogelijk is. Patiënten zijn in de meeste gevallen voor lange tijd aangewezen op de zorgverpleging in het verpleeghuis. In de sfeer van de ziektekostenverzekering wordt het onderscheid tussen een kortdurende en een langdurende opname-periode gelegd bij de grens tussen korter of langer dan zes weken. De zorgverlening is vierentwintig uur per etmaal en zeven dagen per week aanwezig. Tegenwoordig bestaat er evenwel ook een categorie patiënten die uitsluitend *overdag* in het verpleeghuis verblijft, nl. 's ochtends thuis of elders wordt opgehaald en aan het eind van de middag weer wordt teruggebracht; in dat geval spreekt men van een "dagbehandeling". Ook het omgekeerde komt voor, nl. dat men uitsluitend de nacht in het verpleeghuis doorbrengt: dit heet "nachtopname".

Voorheen zei men: de verpleeghuiszorg is in beginsel Continu en vaak Langdurig, Systematisch en Multidisciplinair. Dit viertal eigenschappen werd in de wandeling afgekort en samengevat tot: "CLSM-zorg". Deze typering werd allengs te medisch-gekleurd geacht. In werkelijkheid is weinig veranderd. Voor elke patiënt wordt door het multidisciplinair team een individueel zorgverleningsplan 47) opgesteld, dat *systematisch* en doelbewust wordt

uitgevoerd, periodiek wordt geëvalueerd en eventueel bijgesteld. De zorgverlening is steeds meer *multidisciplinair* van aard geworden, naarmate de taakstelling van het verpleeghuis ruimer is geworden (bijv. ook m.b.t. psychogeriatrische patiënten) en naarmate bovendien door de voortgang van de medische wetenschap patiënten soms langer in leven blijven, zonder dat er medisch nog veel aan hen kan worden gedaan, zodat zij nog slechts verzorgd en verpleegd kunnen worden; deze categorie kenmerkt zich door een zeer lage vitaliteit. In het algemeen evenwel is het accent in de loop van de jaren - o.a. onder invloed van reactiverings- en resocialisatiedoelinden - sterk verschoven van verzorging naar meer medische, paramedische en verpleegkundige aandacht, waarmee ook zou samenhangen de naamsverandering van "verpleegtehuis" naar "verpleeghuis" (48), een begrip dat meer in de sfeer ligt van het "ziekenhuis". Toch wordt daarnaast - met name vanwege directies - benadrukt dat voor hen het accent juist op het aspect van "huis" ligt, in tegenstelling tot het ziekenhuis, waarmee zij bedoelen aan te geven dat zij zich veel aan een humane, huiselijke, persoonlijke en op individuele zorg gerichte sfeer gelegen laten liggen, hetgeen op zichzelf een gunstig teken moet worden genoemd. Beide accenten lijken me echter naast elkaar van groot belang; zij mogen elkaar zeker niet uitsluiten. Het multidisciplinaire karakter van de zorgverlening komt intussen tot uitdrukking in de aanwezigheid van medische en verpleegkundige zorg en in de - veelal paramedische - mogelijkheden van fysiotherapie, ergotherapie, logopedie, diëtik en activiteitenbegeleiding, terwijl ook het maatschappelijk werk, de psychologie en de pastorale zorg hun bijdrage leveren.

Het spreekt van zelf dat de toeneming van de *professionalisering* van het verpleeghuis gevolgen heeft voor de organisatie daarvan: teamwerk en planning, hetgeen onvermijdelijk ook een verstrakking van de organisatie van het verpleeghuis impliceert. Mede daarom is het juist zo van belang de sfeer van menselijkheid, huiselijkheid en persoonlijke zorg, zoals genoemd, scherp in het oog te houden, ofwel de negatieve aspecten van de totale institutie, voorzover deze door de professionalisering onverhoopt zouden worden versterkt, tijdig te onderkennen.

## 2.3. De populatie in de verpleeghuizen

### 2.3.1. *verschillende soorten patiënten*

De populatie, die zich in de verpleeghuizen bevindt, zo is wel reeds uit het voorgaande af te leiden, is zeer gevarieerd qua ziektebeelden en functiestoornissen.

Over het algemeen gaat het om oudere mensen: 92,5% is ouder dan 60 jaar, waarbij de "vergrijzing binnen de vergrijzing" toeneemt. Van de resterende 7,5% is 0,47% jonger dan 20

jaar en 4,12% jonger dan 50 jaar 49). 42% van de patiënten wordt binnen 3 maanden ontslagen ("reactiveringspatiënten") of overlijdt binnen 3 maanden, 57,8% binnen 6 maanden, terwijl 29,4% gedurende meer dan 1 jaar wordt opgenomen 50). Het komt er op neer dat circa 70% van degenen, die in een verpleeghuis komen, daar ook blijft en dat circa 30% doorstroomt. Het grootste gedeelte van alle verplegings-behoefteigen bestaat uit somatische patiënten, terwijl tegenwoordig een groot deel wordt gevormd door psychogeriatrische patiënten. Overigens bestaan er tussen beide categorieën patiënten vloeiende overgangen en overlappingen.

De somatische patiënten lijden aan biologische/fysiologische functiestoornissen, functioneren onregelmatig op lichamelijk en ten dele ook op geestelijk terrein en hebben veelal één of meer ziekten. De psychogeriatrische patiënten vertonen stoornissen in hun lichamelijk/psychosociale evenwicht, kunnen zich niet meer handhaven door min of meer ernstige gedragsafwijkingen en lijden veelal aan een of meer lichamelijke aandoeningen. Bij de meeste patiënten zijn de zintuigelijke mogelijkheden verminderd. Met name de somatische patiënten voelen zich bedreigd door het afnemen van hun zelfredzaamheid. Voorts hebben zij vrijwel allen behoefte aan begeleiding in de laatste levensfase. De meeste patiënten in de verpleeghuizen zijn vrouwen, meestal weduwen boven de 70 jaar, die alleenstaand zijn en langdurige zorg nodig hebben. Dit is globaal het beeld, dat uit officiële stukken over de verpleeghuispatiënt naar voren komt 51).

### 2.3.2. de differentiatie van inrichtingen

In Nederland zijn thans circa 330 verpleeghuizen, waar 48.000 patiënten verblijven. Overeenkomstig de variëteit aan soorten patiënten zijn de verpleeghuizen onder te verdelen in 3 categorieën, te weten:

- verpleeghuizen voor somatische patiënten,
- verpleeghuizen voor psychogeriatrische patiënten en
- gecombineerde verpleeghuizen, d.w.z. voor beide categorieën patiënten.

Meer dan de helft der verpleeghuizen beschikt over een afdeling dagbehandeling. Deze voorziening, sedert 1 juli 1977 opgenomen in het verstrekkingspakket van de AWBZ, maakt een snelle groei door 52). Voor de jongere patiënten is een viertal centra speciaal aangewezen, terwijl in sommige regio's afspraken zijn gemaakt, welke verpleeghuizen zich op jongeren c.q. jonge volwassenen richten 53). Een aantal verpleeghuizen is gecombineerd met verzorgings-tehuizen c.q. bejaardenoorden. Aanvankelijk heeft er bij de oprichting van verpleeghuizen een sterke neiging bestaan om de nieuwe instituten te integreren in of althans nauw aan te doen sluiten bij de ziekenhuizen. Sedert het eind der jaren zestig zijn evenwel de beide typen inrichtingen nadrukkelijk gescheiden 54). Gezien een steeds duidelijker

wordende, gestaag groeiende eigen taakstelling, zag men af van verwachtingen dat men van elkaars deskundigheid onderling zou kunnen profiteren. Desalniettemin maken verpleeghuizen op het eerste gezicht veelal nog steeds een "ziekenhuisachtige" indruk.

#### 2.4. Het normatieve mensbeeld van de verpleeghuispatiënt 55)

##### 2.4.1. *de verschillende argumenten voor het algemene uitgangspunt*

Uit de voorgaande paragrafen kan een normatief mensbeeld van de verpleeghuispatiënt worden gedestilleerd, normatief in die zin dat daarin sterke indicaties en postulaten zijn vervat m.b.t. de meest wenselijke rechtspositie en m.b.t. de wijze waarop deze optimaal vorm zou moeten krijgen. Zulks is in overeenstemming met het zelfbeschikingsrecht, dat Leenen als uitgangspunt voor de rechten van de patiënt neemt: "hij dient als een volwaardig rechts-subject dat zijn eigen wil kan bepalen te worden beschouwd". Leenen stelt zich m.i. zeer terecht op het standpunt, dat hoewel ziekte een feitelijke verandering oplevert, het patiënt-zijn niets aan de juridische status van de mens verandert 56). In dit verband kunnen nog de volgende argumenten gelden:

- wij zagen in de eerste plaats, dat de gedachte van de rechtsstaat zijn eisen stelt ook jegens de situatie van mensen, die zich in totale instituten bevinden: hun *rechtsburgerschap* verdient te worden erkend;
- voorts brengen de verworvenheden van de *sociale verzorgingsstaat* met zich mee dat iedere burger er recht op heeft in zijn primaire levensbehoeften optimaal te worden bevredigd: er is in zekere zin sprake van een *sociaal medeburgerschap*, voortspruitend uit eisen van *humaniteit* en van *solidariteit* met de zwakkere medemens, in het bijzonder waar deze dikwijls in de laatste fase van zijn leven verkeert en het optimale genot daarvan verdient te worden gegund;
- in het algemeen is de *rechtsmoraal* dominant geworden, die een gezond samenlevingsklimaat probeert te bevorderen, in die zin dat daarin plaats is voor zelfontplooiing, zelfbepaling en juridische *mondigheid* van de mens. Ook internationaal hebben zich democratiserings- en emancipatiebewegingen voorgedaan, die in deze richting wijzen;
- tenslotte is van belang de fundamentele idee, dat een toestand van al te grote rechteloosheid in strijd is met de *grondrechten* van de mens, zoals beschermd in de Grondwet en het Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden (Rome 1950); in het bijzonder valt te denken aan art. 3 EV.

Een en ander leidt er toe, dat *het meest passende algemene*

*uitgangspunt voor de benadering van de totale situatie van de verpleeghuispatiënt zal moeten zijn, dat na de opname in het verpleeghuis de positie die de patiënt als zelfstandig burger had, zoveel mogelijk behouden blijft - hoewel daarop door de opname onvermijdelijk inbreuken worden gemaakt - en dat de specifieke behoeften, die voor de burger als patiënt worden gecreëerd door de opname, zoveel mogelijk zullen worden vervuld. Afwijkingen hiervan zullen vanwege het verpleeghuis moeten kunnen worden gelegitimeerd; het mag zich niet reeds bij voorbaat gelegitimeerd achten.*

Dit algemene juridische uitgangspunt heeft consequenties zowel voor de *feitelijke* situatie van de verpleeghuispatiënt als voor diens *rechtspositie*. Het is duidelijk, dat het hier gesignaleerde mensbeeld uitgaat van de vitaliteit, voorzover in de desbetreffende mensen aanwezig, en allerminst van het beeld van de "uitgeleefde" of "overleefde" mens, die aan het eind van zijn leven net zo afhankelijk is als aan het begin.

#### *2.4.2. een algemeen juridisch uitgangspunt voor de externe en interne rechtspositie*

In juridisch opzicht betekent het bovenstaande, dat de patiënt zoveel mogelijk in zijn externe rechtspositie moet worden gerespecteerd en zoveel mogelijk tegemoet worden gekomen in zijn specifieke rechtsbehoeften terzake van diens interne rechtspositie. Over de *externe rechtspositie* van een geïnterneerde versta ik diens rechtspositie betreffende de extra-murale aspecten van diens verblijf in de inrichting: het gaat om de opname, de verblijfsduur en de beëindiging van diens verblijf. Onder de externe rechtspositie moet ook een tweede type rechtspositie worden begrepen, t.w. de externe rechtspositie die de patiënt als onafhankelijk vrij burger in de samenleving heeft (en zoveel mogelijk behoudt).

De *interne rechtspositie* daarentegen betreft alle intramurale aspecten van het verblijf in de inrichting, zoals op het gebied van verzorging, verpleging en behandeling. Men zou kunnen spreken resp. van de "buitenkant" en de "binnenkant" van de opname. In dit *preadvies* staat de interne rechtspositie van de verpleeghuispatiënt weliswaar centraal, maar toch zal er een speciale paragraaf aan de externe rechtspositie voor wat betreft opname, verblijfsduur en beëindiging worden gewijd, terwijl voor het overige de (externe) rechtspositie van de patiënt als burger in het algemeen, waar nodig, aan de orde zal komen.

#### *2.4.3. een juridisch behoorlijke interne rechtspositieregeling*

In het perspectief van het onder 2.4.2. afgeleide algemene juridische uitgangspunt verdient de interne rechtspositie - wil deze voldoen aan maatstaven van juridische behoorlijk-

heid - als volgt geregeld te worden:

a) de *materiële normen* moeten zo duidelijk en concreet mogelijk worden geformuleerd, zodat daaraan effectueerbare rechten kunnen worden ontleend en daarin duidelijk plichten of verboden zijn omschreven. Aldus wordt aan een eerste vereiste van *rechtszekerheid* voor de burger in een situatie van grote afhankelijkheid voldaan. Qua inhoud zullen deze normen zodanig moeten worden samengesteld, dat in de verpleeghuissituatie conform het algemeen uitgangspunt zoveel mogelijk vrijheden aan de individu worden geschonken en dat aan diens specifieke behoeften op materiëel, sociaal, psychisch en juridisch terrein optimaal wordt voldaan. Op deze manier kan de verpleeghuispatiënt er in slagen zoveel mogelijk volgens eigen stijl te blijven leven. De wijze waarop de materiële rechten worden gerealiseerd zal veelal een aangelegenheid van de inrichting zelf en van de inrichtingsfunctionarissen, in het bijzonder de directieleden, zijn. Aangezien - in verband met de bijzondere talenten van de personeelsleden, de souplesse of de vindingrijkheid van de directies of andere leidinggevenden 57), ofwel de mogelijkheden en faciliteiten van het gebouw - er in de ene inrichting in bepaalde opzichten meer potentiëel aanwezig is dan in de andere inrichting (men denke bijvoorbeeld aan de aanwezigheid van een fantasierijke kok, hetgeen van buitengewoon grote betekenis is voor mensen in totale instituties, die nu eenmaal halsreikend plegen uit te zien naar de warme maaltijd), zegt het toekennen van rechten nog lang niet alles over de feitelijke realisering daarvan in de concrete verpleeghuissituatie.

Derhalve is aan de toekenning van materiële rechten op zijn minst inherent het instellen van een lokale controle-instantie, die maatstaven kan hanteren, welke op de lokale behoeften zijn afgestemd;

b) vervolgens moeten *procedures* worden geconstrueerd, die zoveel mogelijk op tegenspraak zijn ingesteld en dienovereenkomstig met fundamentele rechtswaarborgen zijn omkleed, opdat bij tegenstellingen, geschillen of conflicten aan de betrokkenen daadwerkelijk recht zal worden gedaan. De over hen uitgeoefende macht wordt aldus nader genormeerd. Het gaat hier, zoals reeds onder 1.3. ter sprake kwam, om het meest dynamische rechtspositionele element: de "maakbaarheid" van recht is immers in het spel. Leenen spreekt van "structurele rechtsbescherming" 58). De functies, die dergelijke procedures in de context van het verpleeghuis kunnen vervullen, spitsen zich toe op de mitigering, nuancering en individualisering van de positie van afhankelijkheid, welke door de verpleeghuispatiënt wordt ingenomen als gevolg van zowel het "totale" karakter van de inrichting als van het professionele karakter dat daaraan in toenemende mate valt te onderkennen.

De functies, welke vallen te onderscheiden, zijn:

- het *concretiseren* en *specificeren* van individuele *rechten* onder bepaalde condities of clausuleringen, met name in gevallen van vaag omschreven normen;
- het *effectueren* van uitdrukkelijk toegekende *rechten*, voorzover deze over het hoofd zouden dreigen te worden gezien, hetgeen nu eenmaal niet ondenkbaar is;
- het op het spoor komen en zo mogelijk *herstellen van fouten*, die kunnen worden gemaakt, bijvoorbeeld ten gevolge van communicatiestoornissen (niet zelden in samenhang met de wisseling van diensten);
- het *geldig verklaren van motieven* voor bepaalde handelingen en beslissingen van functionarissen, die soms vanwege een behoefte aan rationalisatie of eufemisme bij die functionarissen, niet de opgegeven motieven zijn;
- het bevorderen van een geordenende vorm van *communicatie* en informatie, met name tussen functionarissen en bewoners; specialisaties leiden vaak tot fragmentarisering en tot een zekere scheiding der gelederen;
- het *verduidelijken van conflicten en belangentegengstellingen*, die in alle typen totale instituties snel plegen te worden verdoezeld of ontkend en die niet zelden juist in spiegelbeeld worden gepresenteerd, t.w. als harmonie van belangen; van de persoonlijke confrontatie tussen de betrokkenen kan een apaiserende invloed uitgaan.

Afgezien van de *preventieve werking*, welke zodanige procedures naar alle waarschijnlijkheid zullen hebben, moet in de mogelijkheid tot het bieden van verweer tegen bepaalde beslissingen het grote belang van het behoud van eigen identiteit en autonomie worden gezien;

- c) tenslotte dient op een adequate wijze en in voldoende mate *informatie* te worden verzorgd over de materiële normen, de procedures en over de belangrijkste aspecten van de gang van zaken in de inrichting. Het geven van adequate informatie is een dikwijls verwaarloosd aspect van de rechtszekerheid, dit in verband met de verleidelijke realiteit: "wat niet weet, dat niet deert", doch is daarom een weg waarlangs veel onrecht kan worden voorkomen. Adequate informatie is derhalve als een op zichzelf staand rechtspositioneel element te beschouwen: het in theorie hebben van een rechtspositie zonder de nodige informatie daaromtrent te ontvangen, komt neer op het niet hebben van een rechtspositie. Zeer illustratief in dit verband waren de uitkomsten van het rapport van de Commissie - Van Dijk over de rechtspositie van de opgenomen psychiatrische patiënten: gebrek aan informatie, zowel aan patiënten als aan familieleden liep als een rode draad door het rapport 59).

#### 2.4.4. *de betrekkelijk marginale betekenis van de interne rechtspositie*

Zonder dat aan de eerder genoemde ideële uitgangspunten afbreuk mag worden gedaan, moet worden geconstateerd, dat om verschillende redenen de rechtspositie der verpleeghuispatiënten is gedoemd een betrekkelijk marginale betekenis te hebben:

- a) in de eerste plaats zijn daar de *oppressieve en restrictieve tendenties* die, zoals we zagen, inherent zijn aan de totale institutie en die er door de ontwikkelingen in de richting van *professionalisering* van het verpleeghuis wellicht ietwat anders doch niet minder op worden: ook in de professie liggen elementen van, zij het deskundige, autoriteit besloten, die evenwel door de individu in diens afhankelijkheidssituatie veelal als machtsuitoefening zal worden ervaren (60). Een daadwerkelijke doorbreking van deze machtsuitoefening valt van geen rechtspositieregeling te verwachten, hooguit een nadere normering en verduidelijking ten aanzien van de verschillende machtsaspecten (zie de verschillende functies van de procedure, zoals onder 2.4.3 sub b) opgenoemd); anders zou de inrichting zich immers niet kunnen continueren, waarbij bovendien komt dat de machtspatronen zich steeds weer zullen vernieuwen. Iets anders is, dat handelingen van hulpverleners ook op een andere wijze kunnen worden getoetst, nl. door deskundigen-colleges (Leenen noemt dit "structurele rechtsbescherming");
- b) in de tweede plaats kunnen beschouwingen over een rechtspositie van geïnstitutionaliseerden niet los gedacht worden uit een bredere context, die wordt gevormd - zoals eerder werd gesignaleerd - door voortdurend met elkaar in wisselwerking verkerende elementen van de inrichtingsorganisatie, alsmede met andere systemen in de buitenwereld. Een goed voorbeeld daarvan is de noodzaak van extra financiële middelen om bepaalde rechten te kunnen effectueren. Anderzijds zouden meer fantasie en improvisatievermogen wellicht uitkomst kunnen bieden, waar men thans vaak geen oplossing voor bepaalde wensen tot verbetering meent te zien. Een en ander komt er op neer, dat de feitelijke gang van zaken in de inrichting door de individu vaak als dwingend en als zó behorend wordt ervaren: er is kortom een *verwevenheid van normen en feiten*, hetgeen begrijpelijk is waar de normen lang niet altijd erg concreet geformuleerd kunnen worden vanwege de noodzakelijke armslag en beleidsvrijheid voor de functionarissen, met als onvermijdelijk gevolg dat hun interpretatie als van de normen waren zij zo voorgeschreven wordt ondergaan: men weet eenvoudig niet beter; het ligt voor de hand dat het juridisch "hard" willen maken van



een rechtspositie met een beroep op rechten en rechtsbeginselen in deze omstandigheden snel op moeilijkheden zal stuiten;

- c) in de derde plaats is het tevens in het belang van de patiënt om *de leefbaarheid in de inrichting* te respecteren en om een bedorven atmosfeer waar mogelijk te vermijden. Ongetwijfeld zullen eventuele beklagprocedures de situatie op scherp kunnen zetten, terwijl men anderzijds hiervoor ook niet al te snel bevreesd moet zijn: au fond mag niemand een ander kwalijk nemen dat deze van zijn recht gebruik maakt, of dit nu aangenaam is of niet. De praktijk van het beklagrecht van gedetineerden leert ons evenwel, dat de in sociaal-psychologisch opzicht soms negatieve gevolgen van beklagprocedures niet zijn te voorkomen en duurzaam een smet kunnen werpen op de aanvankelijk goede verhoudingen tussen personeel en geïnstitutionaliseerden 61). Ik stel het vooralsnog als volgt: bij ernstige bezwaren tegen een bepaalde beslissing moet men vooral niet schromen van zijn beklagrecht gebruik te maken, doch men dient zich er voor te hoeden om al te snel en te fel het onderste uit de kan te halen. In ieder geval dient de opvatting te worden verworpen, dat elke vorm van beklagrecht teveel "zand in de machine" van de inrichtingsroutines betekent 62), integendeel: juist daartegen dienen rechtsposities zich kardinaal te richten. Met Leenen ben ik van mening, dat het bij rechten van patiënten niet gaat om het scheppen van een antithese tussen patiënt en hulpverlener, maar dat deze wel door de hulpverlener nogal eens als zodanig wordt ervaren 63). Waarom zou wél de hulpverlener in de samenwerkingsrelatie met de patiënt zijn rechten mogen claimen en de patiënt niet?

### 3. DE EXTERNE RECHTSPOSITIE VAN DE VERPLEEGHUISPATIENT

#### 3.1. De opname in het verpleeghuis

In de praktijk geschiedt de eerste beoordeling van de noodzaak tot opname in een verpleeghuis in de directe omgeving van de betrokkene, in de eerste plaats door de arts, die voor de patiënt de verantwoordelijkheid heeft, maar veelal in overleg met of met steun van de kant van de wijkverpleging en het maatschappelijk werk. M.b.t. psychogeriatrische patiënten zal tevens het advies worden gevraagd van een sociaal-psychiatrische of sociaal-(psycho)geriatrische dienst, eventueel na voorafgaande observatie.

Op basis van de eerste beoordeling wordt een aanvraag gedaan tot opname van de patiënt in een verpleeghuis, in gevallen waarin diens hulpbehoefte groter is geworden dan de directe omgeving aan hulp kan bieden. Het is vooralsnog *niet* mogelijk gebleken landelijk uniforme indicatiecriteria te formuleren (64): niet alleen zijn er per regio grote verschillen wat betreft de aanwezige verpleeghuisvoorzieningen, maar ook zijn de sociale omstandigheden alsmede de heersende opvattingen omtrent ziekte en gezondheid in den lande zeer uiteenlopend.

Dit laatste althans sluit op de meest "natuurlijke" wijze aan bij de situatie van de patiënt zelf. Men mag overigens veronderstellen, dat niet geheel over diens hoofd heen beslissingen worden genomen. Toch bleek uit de dissertatie van Rengelink, dat in een bepaalde onderzoeksgroep 25% van de op te nemen patiënten niet op de hoogte was van het feit dat er een aanvraag tot opname was gedaan (65). Zelfs worden patiënten in psycho-geriatrische verpleeghuizen opgenomen onder valse voorwendselen (zoals: "wij gaan winkelen", "U gaat even met de taxi naar een dokter", etc.) (66). In 98% van de gevallen wordt de aanvraag tot opname positief beoordeeld, m.a.w. vrijwel altijd wordt de indicatiestelling juist bevonden (67). Vervolgens moet de opnemingsbeoordeling worden getoetst aan de normen en richtlijnen van de AWBZ: de wettelijke verantwoordelijkheid hiervoor is gelegen bij het verbindingskantoor als uitvoeringsorgaan van de AWBZ, in welk kader het verblijf in het verpleeghuis wordt gefinancierd. Dit verbindingskantoor dient eveneens de machtiging ten behoeve van de opname af te geven.

Problemen kunnen daarna nog rijzen m.b.t. de feitelijke plaatsingsmogelijkheden: indien er méér aanvragen zijn dan er plaats is, ontstaan er wachtlijsten, hetgeen overigens vooral het geval is waar het om psycho-geriatrische patiënten gaat. De aanvragen zullen dan onderling op hun urgentie moeten worden afgewogen. Deze afweging kan heel goed door de sociaal-(psycho)geriatrische dienst worden verricht, aangezien deze dienst op de hoogte is van

de opnemingsnoodzaak van de verschillende aangemelde patiënten 68). In de grote steden zijn het veelal de GG en GD's, die de patiënten uit de stad voor de verpleeghuizen selecteren. Telefonisch worden de lege bedden aan de GG en GD gemeld. De Centrale Raad voor de Volksgezondheid heeft voorgesteld overal te komen tot een regionaal plaatsings-overleg, hetgeen thans reeds in verschillende regio's praktijk is; hierin moet door een breder forum worden geadviseerd over de toekenning van de in de betreffende regio beschikbare plaatsen aan de meest noodzakelijke en voor die plaatsen meest aangewezen patiënten 69). Niet alleen zullen individuele verpleeghuizen daarbij een stem moeten hebben, maar ook de adviserend geneeskundige van het uitvoeringsorgaan van de AWBZ, zou daaraan als waarnemer dienen deel te nemen. Uiteindelijk is het *feitelijk* opnemen van de patiënt een beslissing van het desbetreffende verpleeghuis: alleen dit kan uitmaken of het kan voldoen aan de specifieke behoeften van de patiënt. Aldus zouden wachtlijsten op een zo adequaat mogelijke wijze kunnen worden afgewerkt. Thans is er over het algemeen nog sprake van een tamelijk onbevredigende situatie, voorzover de betrokken instanties en instellingen (zoals andere verpleeghuizen, ziekenhuizen, verzorgingstehuizen en extramurale voorzieningen) elkaars werkterrein onvoldoende kennen en niet goed op de hoogte zijn van elkaars mogelijkheden en beperkingen 70). Door al dergelijke discrepanties in aandacht en zorg worden de verschillen in de opnamepraktijk tussen de diverse regio's er bepaald niet minder op. Ook de wachtlijsten zijn zo tamelijk willekeurig over het land verdeeld.

Zonder een directe oplossing voor dit verdeel-probleem te weten, lijkt met *in rechtspositioneel opzicht* in dit verband van belang, dat de patiënt in beginsel zelf het recht moet hebben op de keuze van het in zijn ogen meest geschikte en aantrekkelijke verpleeghuis; hierbij kunnen de sfeer van het huis en de geografische nabijheid, de religieuze geaardheid of andere factoren belangrijke overwegingen vormen: het primaire belang voor de patiënt is immers, dat hij zich in het verpleeghuis zoveel mogelijk "thuis" zal voelen en dat zijn interne rechtspositie aldaar een optimale zal kunnen zijn. Reeds kwam naar voren, dat hoe gunstiger de feitelijke omstandigheden zijn, hoe gunstiger de interne rechtspositie er uit zal zien; zo zal bijvoorbeeld de gemakkelijke bereikbaarheid van het verpleeghuis zeer bevorderlijk zijn voor de frekwentie van het bezoek. De ervaringen m.b.t. een dergelijk "keuzerecht" van de patiënt zijn zeer verschillend: in een aantal gevallen is er van geen enkele eigen keuze sprake, men wordt eenvoudig geplaatst bij gebrek aan andere mogelijkheden. Doch ook zijn gevallen bekend, waarin men uitvoerige keuzes had tussen diverse verpleeghuizen 71). De keuzevrijheid wordt niet alleen beperkt door de feitelijke voorhanden zijnde mogelijkheden, maar ook nog door het feit dat de AWBZ-criteria voor erkende inrichtingen strak gehanteerd

worden: het te kiezen verpleeghuis moet in de eigen provincie zijn gelegen en moet een erkende inrichting zijn. Een speciale problematiek bij de opname kan nog zijn gelegen in het *financiële* vlak. In steeds mindere mate vindt de opname in het verpleeghuis plaats vanuit de eigen woning, maar steeds meer vanuit een bejaardenoord of vanuit een ziekenhuis 72). Met name in het laatste geval komt het voor, dat patiënten zonder medische noodzaak een ziekenhuisbed blijven bezetten, omdat ze niet meer in staat zijn terug te keren naar huis, noch terecht kunnen in een verpleeghuis. In deze situatie dient voor het verblijf in het ziekenhuis uit eigen middelen te worden betaald, tenzij de verzekering zó coulant is, dat deze althans nog enige tijd "inspringt" (hetgeen wel gebeurt). Stuit men ongelukigerwijze op een lange wachtlijst, dan kan men daarvan onder omstandigheden grote financiële nadelen ondervinden.

Daarbij komt nog, dat er gedurende de maanden die aldus tussen indicatiestelling en daadwerkelijke opname kunnen verstrijken geen contact met de betrokkene is, zodat eventuele verergeringen in diens noodsituatie onopgemerkt blijven.

Uit het voorgaande kan worden geconcludeerd, dat er nog lang niet overall kan worden gesproken van een systeem, volgens het welke:

- a) de behoeften van alle betrokkenen zo evenwichtig mogelijk op elkaar worden afgestemd,
- b) in het bijzonder de meest urgente gevallen ook daadwerkelijk het snelst tot opname leiden en
- c) eventuele onnodige (financiële en emotionele) schade voor de betrokkenen kan worden vermeden, althans tot acceptabele proporties beperkt kan blijven.

Daarbij dient wél te worden bedacht, dat bestaande verschillen tussen regio's onderling als onvermijdelijk dienen te worden aanvaard.

### 3.2. (Het behoud van) de rechtspositie als onafhankelijk burger

Het is niet altijd makkelijk om de interne en de externe rechtspositie van elkaar te scheiden, waar het betreft de rechtspositie van de vrije, onafhankelijke burger, die de opgenomen patiënt optimaal dient te behouden. Het onder 2.4.1. en 2.4.2. verdedigde algemene juridische uitgangspunt legt aan de inrichting de verplichting op om zich alle mogelijke inspanningen te getroosten teneinde de externe rechtspositie der patiënten niet effectloos te doen zijn. Te denken valt aan de effectuering van het recht op vereniging en vergadering, de uitoefening van het kiesrecht etc. Als het ware dient de patiënt hieraan een recht te ontnemen - in het kader van zijn interne rechtspositie - op de zorg van de inrichting om zijn externe rechten - zo goed mogelijk aangepast aan de verpleeghuissituatie - te blijven genieten. Op deze wijze zullen vele elementen van de

externe rechtspositie worden "geïnternaliseerd" in de interne rechtspositie: een goed voorbeeld daarvan is het vermogensbeheer, dat soms voor wie dat wenst binnen de inrichting wordt georganiseerd. Een en ander zullen we derhalve ontmoeten in het kader van de interne rechtspositie.

#### 4. DE MATERIELE NORMEN BINNEN DE INRICHTING

##### 4.1. Geen stelselmatige formulering van huisregels

In de verpleeghuizen gelden doorgaans bepaalde huisregels, zoals betreffende de bezoektijden en de condities die daaraan worden gesteld, de mogelijkheid van telefoneren, het meenemen van voorwerpen en meubels, het houden van huisdieren, het vieren van de verjaardag e.d. Het is evenwel opvallend dat iedere regelmatigheid in het schriftelijk formuleren van de geldende regels en het bekend maken daarvan aan de betrokkenen in de praktijk ontbreekt. Er is geen sprake van al dan niet volgens een bepaald model opgestelde huishoudelijke reglementen, waarin de belangrijkste instructienormen aan de directie en de belangrijkste rechten en plichten van bewoners en functionarissen zo precies mogelijk zijn neergelegd, zoals het geval is in de verplicht voorgeschreven huishoudelijke reglementen in penitentiaire inrichtingen 73). Weliswaar levert de daarin vervatte beleidsvrijheid van de directies de nodige juridische problemen op, maar het algeheel ontbreken van een reglement doet wel in bijzonder hoge mate afbreuk aan elke elementaire standaard van rechtszekerheid en duidelijkheid betreffende de materiële rechtspositie. De zwaarte welke aan het belang daarvan wordt toegedacht, hangt geheel en al af van de individuele inrichting.

In de korte handleidingen betreffende de wetenswaardigheden voor de bewoners, hun familie en hun bezoekers, welke vanwege de verpleeghuizen plegen te worden verspreid, is vaak wel een hoeveelheid normen en regels geïmpliceerd, maar het gaat hierbij in de eerste plaats om het geven van enige algemene informatie over de gang van zaken in het huis. Enerzijds zal het zeker niet aanbevelenswaard zijn al te gedetailleerde regels op te stellen, aangezien deze het gevaar hebben tot een ongewenste verstarring te leiden, doch anderzijds brengt het algeheel ontbreken van geschreven regels het risico met zich mee, dat daarmee een al te grote mate van willekeur en wellicht zelfs rigoreusheid ontstaat. Immers de deur staat dan open voor persoonlijke, vaak restrictieve interpretatieschema's van de kant van de functionarissen uit kracht van routinematig handelen en van op een glad verloop van zaken georiënteerde oordeelsvorming. In eerste instantie kan de uitdrukkelijke toekenning van subjectieve rechten daartegen waken. Wellicht kan als een eerste handreiking in deze richting worden gezien het Voorbeeldboekje verpleeghuispatiënten, uitgave van de NZR (1984) 74).

##### 4.2. De verwevenheid van feiten en normen

Dat aan de materiële rechtspositie van de verpleeghuispatiënt sporadisch of nooit een stelselmatige, schriftelijke vorm wordt gegeven, is enigszins te begrijpen, daar men op dit en ook op aanverwante terreinen de begrippen

"rechtspositie" en "recht op goede zorg" ten onrechte soms nauwelijks van elkaar heeft onderscheiden. Bijvoorbeeld de commissie-Van Dijk, die heeft gerapporteerd over de rechtspositie van patiënten in psychiatrische ziekenhuizen, deed onder de paragraaf "Recht op goede zorg" aanbevelingen betreffende: de deskundigheid van de stafleden, de behuizing, het inrichtingsklimaat, de behandelingssituatie, de opleiding der medewerkers en procedures, die het de patiënten mogelijk maken hun rechten te effectueren (Eindrapport, p.26-28). Hierin weerspiegelt zich duidelijk de reeds eerder signaleerde verwevenheid van de rechtspositie met alle andere elementen van het systeem. En juist deze situatie van verwevenheid van elementen voedt onherroepelijk het eveneens hiervoor opgemerkte verschijnsel, dat in de subjectieve beleving van geïnstitutionaliseerde personen de feitelijke gang van zaken vaak wordt ervaren als zó behorend, ongeacht de terzake geldende regels of voorschriften. Zowel objectief als subjectief is er derhalve een grote verwevenheid tussen norm en feit. Voorzover door deze realiteit de patiënt onder de noemer van "goede zorg" gekort wordt in datgene, wat hem eigenlijk toekomt uit hoofde van de gelding van grondrechten of fundamentele rechtsbeginselen, doch wat hij als zodanig uit gebrek aan kennis niet voelbaar mist, wordt in feite aan zijn individuele rechten afbreuk gedaan, hetgeen ontoelaatbaar is. Overigens kan zich juridisch in deze ook het spiegelbeeld voordoen: verleende zorg, die in een bepaald opzicht gunstig afsteekt tegen wat er eigenlijk van verwacht mag worden, wordt al snel door de patiënt als "normaal" ervaren: verwenning leidt tot gewenning. Doch deze gunstige uitzondering doet niets af aan het principiële bezwaar van het omgekeerde geval.

#### 4.3. De fundamentele betekening van het recht op goede zorg

##### 4.3.1. een "overkoepelend" recht

Het recht op goede zorg kan in de context van verpleeghuizen en aanverwante inrichtingen in zoverre als het mest diffuse grondrecht voor de patiënt worden gezien, dat het m.b.t. alle aspecten van het verblijf in het verpleeghuis op pluriforme wijze van toepassing is. Het "overkoepelt" voor een deel ook andere rechten en grondrechten der betrokkenen, terwijl de algehele inrichtingssfeer en de handelings- en beslissingspatronen der functionarissen ervan zijn doortrokken. Het recht op goede zorg is dus tevens als een "intentie-verklaring" te beschouwen van de wijze waarop de patiënt vanwege de inrichting verzorgd, begeleid, bejegend, behandeld en tegemoet-getreden zal worden.

Dit alles neemt niet weg, dat juridisch het recht op goede zorg - zowel materiëel als mentaal - een zelfstandige bron van zorgplichten en zorgnormen vormt, die vanwege de inrichting jegens de patiënt in acht genomen moeten

worden. In zoverre is het recht op goede zorg een specifiek recht *naast* andere rechten van de patiënt. Het is daarbij in beginsel onverschillig of het om een terminale patiënt gaat dan wel om een jongere patiënt of een patiënt die na gereactiveerd te zijn huiswaarts zal kunnen keren, al zal elk van deze categorieën zijn specifieke benaderingswijze behoeven (zie 8.4.3.). Het recht op goede zorg vloeit voort uit het sociale grondrecht op gezondheidszorg, zoals dat was opgenomen in de preambule van het Statuut van de Wereldgezondheidsorganisatie (New York 22 juli 1946), in art. 25 van de Universele Verklaring van de rechten van de mens en in art. 11 van het Europees Sociaal Handvest (Turijn 1961, goedgekeurd bij Rijkswet van 2 november 1978, St. 1978, 639).

Thans is in de Grondwet opgenomen art. 22 lid 1, luidende: "De overheid treft maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid". Indien we het recht op goede zorg als een soort "intentieverklaring" voor de gehele verpleeghuis-situatie verbinden met het postulaat van de autonome, mondige rechtsburger met het recht op zelfbeschikking en zelfontplooiing, dan kunnen we de ogen niet sluiten voor het gevaar - zoals vaker in het gezondheidsrecht het geval is 75) - dat de interpretatie van dit sociale grondrecht op gespannen voet komt met de individuele grond- en vrijheidsrechten. Het recht op goede zorg zal bijvoorbeeld nimmer mogen uitmonden in een *oververzorging* in de trant van: overmatige, overdreven zorgverlening, die neerkomt op verstikking van eigen initiatieven, betutteling, bevoogding of zelfs kleinering. In ieder geval bestaat ook bij hulpverleners het gevaar dat zij - door routines e.d. - het belang van de patiënt uit het oog verliezen. Dit is een gevaar dat eveneens door Leenen wordt onderkend 76). In de intentieverklaring dient daarentegen impliciet een erkenning van de autonome mens te worden gelezen, die het verdient ook in zijn levensavond het geluk van emanciperende rechten deelachtig te zijn, van hoe relatief gewicht deze ook dikwijls in zijn situatie zijn, en niet als een kind te sterven, hoe zeer hij ook aan het eind van zijn aardse krachten is gekomen; laat staan wanneer dit laatste zelfs (nog) geenszins het geval is, zoals bij jongeren en/of te reactiveren patiënten. Reeds eerder (onder 1.3.) werd het hebben van procedurele rechten gezien als belangrijke voorwaarde voor een gezond leefklimaat. Vanzelfsprekend geldt hetzelfde, wanneer subjectieve rechten de zorgverlening nader begrenzen, normeren inspireren of stimuleren in het belang van het individueel welzijn. In dit opzicht gaan het recht op goede zorg en het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt - hoewel misschien op het eerste oog contrasterend - tot op grote hoogte parallel. Een zodanige synthese weerspiegelt zich ook in de taak, die Leenen aan het gezondheidsrecht toekent: "Het gezondheidsrecht beoogt door rechtvaardige ordening en regulering,



door het beschermen van mensen in hun vrijheid en integriteit en tegen macht en door het scheppen van het kader, waarin de hulpverlening zich kan voltrekken, een goede en humane zorg voor de gezondheid in de samenleving te bewerken" 77). Het volwaardig mens zijn - tot op het laatste ogenblik - dient te worden erkend, onder meer door daaraan juridische consequenties te verbinden, hetgeen zowel in overeenstemming is met de eisen van het rechtsburgerschap als met het recht op goede zorg: beide dienen het welzijn en geluk van de individuele mens. Met Leenen ben ik van mening dat sociale grondrechten en individuele vrijheidsrechten een "complementair" karakter hebben, elkaar aanvullen 78).

#### 4.3.2. *het recht op onverstoord sterven*

Het gezondheidsrecht omvat evenwel in zijn algemeenheid niet alleen het recht op leven, het recht op eigen lichaam en het recht op eerbiediging van lichamelijke en geestelijke integriteit, maar ook het recht op (ongestoord) sterven 79). Leenen voegt daaraan toe, dat de mens behalve dit recht op (onverstoord) sterven eveneens recht heeft op hulp daarbij 80). Hierbij kan zich het probleem voordoen, dat de medicus te lang onnodig lijden veroorzaakt of in stand houdt. De verlenging van het leven zonder meer is niet de taak van de arts 81): een "goede dood" kan juist bestaan uit de verlossing uit het lijden van de patiënt, zeker vanaf het moment dat deze dit als onwaardig en ontluisterend ervaart. Het ligt voor de hand, dat zich in de verpleeghuissituatie veelvuldig kwesties rond euthanasie voordoen. Voor een uitvoerige beschouwing over de definitie van euthanasie, de condities waaronder deze is toegestaan en de desbetreffende jurisprudentie verwijs ik naar het standaardwerk van Leenen 82). Tevens wijs ik op het recente arrest van de Hoge Raad van 27 november 1984 (nr. 77091). Ik merk hierbij op, dat wie eenmaal van nabij de dreigende ontluistering van een afstervend leven heeft meegemaakt, op geen enkele grond bezwaar kan voelen tegen een verantwoorde en gewenste vorm van euthanasie: ook de dood hoort tot het leven.

Toch is het opvallend, dat uitgerekend in het verpleeghuis over euthanasie weinig of nooit op directe wijze wordt gesproken: hieromtrent heerst sterk een taboe-sfeer. De verpleeghuismedewerkers kennen elkaars meningen over euthanasie dan ook nauwelijks 83). Hoewel door de patiënten vaak om de dood wordt gevraagd, wordt dit nogal eens door de artsen genegeerd, uit onmacht of verdringing 84). De artsen zijn eventueel nog wel tot actieve euthanasie bereid (d.w.z. tot actief ingrijpen, m.n. door het toedienen van morfine, met het doel de (terminale) patiënt te doen overlijden), maar zij plegen dit te rechtvaardigen met een beroep op pijn- of angstbestrijding. Dit is vooral

tegenover de verpleging van belang, die daarmee veel meer moeite blijkt te hebben (veelal uit betokkenheid bij de patiënten).

De keuze voor passieve euthanasie (d.w.z. het niet langer toepassen van levensverlengende middelen of handelingen), gaat de meesten iets gemakkelijker af 85). Wat de begeleiding van terminale en stervende patiënten betreft, hierover ontbreekt vaak effectief overleg met alle betrokkenen. Men heeft het dikwijls te lang op z'n beloop gelaten en nagelaten om hierover de wensen van de patiënt te vragen. Het is dan afhankelijk van de situatie, door wie en op welke wijze de patiënt wordt begeleid (door de arts, de verpleging, de familie, de pastor, de maatschappelijk werker of de fysiotherapeut) 86). De functionarissen werken nogal individueel 87). Hoezeer het in de context van het verpleeghuis van belang is, dat van medische zijde in deze de vinger nauwlettend aan de pols wordt gehouden en de stervensbegeleiding met grote zorgvuldigheid wordt uitgevoerd, is wel gebleken tijdens het geruchtmakende proces tegen de Limburgse hoofdverpleger Frans H., die in 1977 tot 18 jaar gevangenisstraf werd veroordeeld wegens het om het leven brengen van patiënten in een verpleegkliniek door middel van het toedienen van injecties met insuline-vloeistof. Eén van de twistpunten in dit proces was, hoe het in de organisatie van de kliniek mogelijk was geweest dat zulks had kunnen gebeuren. Op zijn zachtst gezegd was er sprake van een tamelijk slordige gang van zaken 88). Doch afgezien van een dergelijk exces, is voor vele betrokkenen het sterven in een verpleeghuis op zichzelf al een kwellende gedachte: velen prefereren het thuis te sterven. Dit laatste zou dan ook in het kader van het recht op een "goed", overstoord sterven zoveel mogelijk moeten worden bevorderd. Helaas komt de wens van de patiënt om thuis te sterven vaak niet overeen met de mogelijkheden van de familie om deze thuiszorg te realiseren 89). Wegens de zwaarte van deze thuiszorgtaak - ook al geldt veelal "kracht naar kruis" - wordt door artsen ook nogal eens aangedrongen op opname van terminale patiënten in een zieken- of verpleeghuis. Niet veel meer dan 10% van de mensen sterft in Nederland echt "thuis" 90). Van Gennep en Schnabel hebben een naar hun eigen zeggen tamelijk representatief onderzoek gedaan naar de mogelijkheid om thuis te sterven. Zij hebben een groot aantal factoren gevonden, die bij de huidige stand van zaken min of meer bepalend zijn voor de plaats, waar de terminale patiënt overlijdt 91). Daarbij gaat het om kenmerken zowel van de patiënt (bijv. diens houding) en van zijn ziekte als van zijn omgeving (bijv. de kring van beschikbare familieleden, vrienden en bureu). Vaak blijkt de verblijfplaats van de patiënt op het moment van aanvang van de terminale fase van doorslaggevende betekenis te zijn: is de patiënt eenmaal opgenomen, dan laat men hem niet gemakkelijk meer naar huis vervoeren. Door de onderzoekers worden voor de gevallen, waarin dit enigszins te realiseren is, meer mogelijkheden

voor terminale thuiszorg bepleit. Hiertoe zal o.a. meer actieve bemoeienis van de huisarts, meer samenwerking tussen de huisarts en de wijkverpleegkundige, en meer ondersteuning van de kant van bejaarden- en gezingszorg etc. noodzakelijk zijn. Doch ook van het verpleeghuis zal dan mogen worden verwacht, dat dit 24 uur per etmaal bereikbaar is, hetzij voor het geven van advies, raad of instructie, hetzij om eventueel de patiënt alsnog in een "noodbed" op te nemen. Dit zal niet altijd te verwezenlijken zijn, maar op zijn minst zou een "open houding" van het verpleeghuis en de bereidheid om improviserenderwijze op behoeften van patiënten en verzorgers te reageren, in een aantal gevallen een opname kunnen voorkomen 92). Er dient immers rekening mee te worden gehouden, dat de familie in deze situatie uit onwennigheid en onzekerheid snel bevreesd of zelfs in paniek kan raken.

#### 4.4. De betekenis van de grond- en burgerrechten in de verpleeghuissituatie

Zoals reeds onder 3.2. kort aangeduid zullen de materiële rechten, die men als vrij burger had, in het verpleeghuis zoveel mogelijk dienen te worden behouden: van de inrichting zal moeite en inspanning mogen worden verwacht de externe rechtspositie zo onverkort mogelijk intact te laten. In het bijzonder geldt dit voor de grond- en burgerrechten. Te denken valt bijvoorbeeld aan het kiesrecht. Dit dient men, ook als men daarvoor afhankelijk is van de inrichting, te kunnen blijven uitoefenen. Op deze wijze is er een vloeiende overgang te constateren tussen de externe en de interne materiële rechtspositie: deze laatste vormt immers de uitdrukking van de specifieke rechtsbehoeften welke binnen de inrichting voor de patiënt ontstaan 93). Bij dit alles moet onderscheid worden gemaakt tussen de (grond)rechten, die extern worden uitgeoefend en de (grond)rechten, die uitsluitend intern hun werking hebben. In dit laatste geval gaat het om de positivering van (grond)rechten in de verpleeghuissituatie, d.w.z. in aangepaste, als het ware "geconverteerde" vorm. Dit onderscheid vertoont parallellie met het door Rang gesignaleerde onderscheid tussen "rechten van patiënten als mensen" en "patiëntenrecht" 94). Bij dit laatste bestaat er een *direct* verband met de gezondheidszorg of de gezondheidssituatie waarin de mens zich bevindt, terwijl het bij de eerste gaat om rechten die mensen in het algemeen, dus los van de gezondheidszorg hebben. Leenen constateert niet alleen - met Rang - dat het soms onduidelijk is tot welke categorie een recht hoort, maar zelfs - nu het genoemde onderscheid niet kan bijdragen tot verheldering ten opzichte van de rechtsbescherming van de patiënt - dat beter alleen gesproken kan worden van *rechten van patiënten*; deze dienen volgens Leenen niet gezien te worden als een eigenstandig geheel, maar als een "optiek in het kader van het gezondheidsrecht ( ). De

benadering vanuit de rechten van de patiënt betreft dus het gehele gezondheidsrecht" 95). Dit is de optiek, waaronder ook de onder 4.3.1. verdedigde symbiose tussen recht op goede zorg en het zelfbeschikingsrecht van de patiënt kan worden begrepen.

Intussen is het onderscheid in zoverre niet van belang ontbloomt, dat de inrichting de uitoefening van externe rechten voornamelijk moet "gedogen" of daaraan desgevraagd "medewerking" moet verlenen, terwijl m.b.t. de interne positivering van (grond)rechten de inrichting op een veel actievere en initiatiefrijkere wijze zal dienen te handelen. In dit opzicht zou het met het algemene juridische uitgangspunt stroken als ernst zou worden gemaakt met een maximale en optimale vormgeving aan grondrechten in de verpleeghuissituatie, zoals thans in de Grondwet is voorgeschreven m.b.t. andere categorieën geïnstitutionaliseerden. Zo stelt art. 15 lid 4 Gw ten aanzien van hem aan wie rechtmatig zijn vrijheid is ontnomen, dat hij "kan worden beperkt in de uitoefening van grondrechten voorzover deze zich niet met de vrijheidsontneming verdraagt".

Ondanks de vaagheid en ruimheid van deze formulering 96), die m.i. vrij gemakkelijk de mogelijkheid open houdt voor "vanzelfsprekend" geachte beperkingen en restricties in de detentiesituatie, zogeheten "inherent limitations" - en dat zijn er traditioneel zeer vele -, wordt dit pessimisme zeker niet door iedereen gedeeld 97). Een en ander is in beginsel niet fundamenteel anders in de context van de verpleeghuissituatie: ook daar is sprake van een hoeveelheid "geijkte" beperkingen, die door hun routinematig karakter moeilijk zullen zijn te doorbreken. Alleen is er dit verschil: het gaat hier wel om de horizontale werking van de grondrechten, nl. tussen particuliere organisatie en burger. Voor horizontale werking heeft de regering de deur verder opengezet dan de staatscommissie van Advies inzake de Grondwet en de Kieswet 98). In de verpleeghuissituatie zullen grond- en andere burgerrechten pas werkelijk tot verwezenlijking kunnen komen, als:

- deze rechten zo concreet mogelijk worden uitgewerkt en geformuleerd zodat ze in een procedure kunnen worden geëffectueerd,
- deze rechten bewust leven in de geest en de mentaliteit van de functionarissen en er daadwerkelijk rekening mee wordt gehouden,
- de inrichtingsorganisatie voor een soepele respectering van individuele rechten voldoende structurele condities heeft, en
- de lokale omstandigheden daarvoor daadwerkelijk ruimte bieden.

De grond- en andere burgerrechten dragen bij tot de autonomie van de patiënt, tot behoud van zijn eigen identiteit en eigen levensstijl. De betekenis van gevoel van eigenwaarde en van decorum is juist op het moment dat men dit dreigt te verliezen, uiterst precair.

Het is zeker niet gezegd, dat elk subjectief recht voor

ieder individu altijd even zwaar zal wegen of dezelfde betekenis zal hebben. Op zichzelf zal elk recht echter wel vatbaar moeten zijn voor effectuering, ook al zal daarop niet door iedereen gelijkelijk een beroep worden gedaan. De optimale verwezenlijking van grond- en burgerrechten veronderstelt in de eerste plaats een pluriforme en flexibele inrichtingssfeer met veel faciliteiten en gevarieerde mogelijkheden, waarvan men vrijelijk gebruik kan maken. Individualisering en nuancering zullen dan ook meer dan tot nog toe het geval was een belangrijk kenmerk van de inrichtingsorganisatie dienen te zijn, hetgeen enigszins haaks staat op de routinematigheden waartoe inrichtingsorganisaties in het algemeen tenderen.

#### 4.5. Een aantal wenselijke materiële normen

##### 4.5.1. *het recht op privacy (art. 10 Gw)*

Een van de meest gehoorde klachten in dit verband betreft het grote gebrek aan privacy, waaraan de patiënten in een verpleeghuis plegen te lijden. Dit manifesteert zich in buitengewoon veel aspecten van het leven (het "totale" leven) in een verpleeghuis:

a) *ruimtelijk* kan men zich vrijwel nooit ergens aan de aanwezigheid van anderen onttrekken, aangezien zowel het slapen als het eten als de overige tijdsbesteding in gezamenlijkheid met één of meer andere patiënten geschiedt. Niet alleen voelt men zich fysiek en psychisch onvrij tegenover medepatiënten, nu men in alle uitingen en handelingen vrijwel permanent zichtbaar en hoorbaar voor elkaar is, maar ook is men voortdurend aan het toezicht van de stafleden onderworpen. Wat de verpleeghuispatiënt als een schrijnend gemis ervaart is het "eigen plekje" 99) met een eigen sfeer, en dat na een veelal lang leven waarin men altijd overal het eigen plekje heeft kunnen vinden of creëren. De bouw van de verpleeghuizen is er eenvoudig niet op afgestemd, doch omvat voornamelijk gemeenschappelijke leef-, eet-, slaap- en verblijfsruimten, op een klein aantal éénpersoonskamers na voor ernstig zieken of stervenden. De slaapzalen of -zaaltjes hebben vaak iets van een ziekenhuiszaal, maar dan nog zonder bloemen en zonder fruit en versnaperingen, hetgeen op zichzelf voor de hand liggend is. Ondanks bepaalde opvattingen volgens welke de mens wordt gezien als "groepsdier" en volgens welke de menselijke behoefte aan privacy wordt gebagatelliseerd (100), blijkt in de praktijk bij voortduring het tegendeel: mensen zoeken hun privacy vaak op minuscule wijze, bijvoorbeeld door zich achter het gordijn rond hun bed terug te trekken. Te stellen, dat verpleeghuispatiënten niet zo'n grote behoefte aan privacy hebben ligt ongeveer op één lijn met de vroeger wel door gevangenisdirect-

teuren verkondigde theorie, dat gevangenen "in hun situatie geen sexuele behoeften hebben". Een dergelijke bewering placht dan te berusten op "eigen waarneming". Het is duidelijk dat hier van vérgaande rationalisatie sprake is. Zo kan ik me voorstellen dat mensen zonder privacy met name bij slechte waarnemers snel de indruk wekken ook zélf niets anders te willen. Overigens zijn in dit opzicht verpleeghuispatiënten sterk ten achtergesteld bij gedetineerden, die in Nederland nog steeds over een "eigen" cel beschikken, waarin ze foto's van familieleden en vaak enigszins wellustige plaatjes aan de muur kunnen prikken en een relatief groot aantal eigen voorwerpen bij zich kunnen hebben. Bovendien heeft men in de moderne cel de beschikking over een eigen toilet. Men dient dit verschil in primaire leefsituatie evenwel niet verkeerd te appreciëren: de gedetineerde heeft voor het overige zéér weinig bewegingsvrijheid (en door de bezuinigingen steeds minder), zodat hij juist voor een belangrijk deel van het etmaal op het verblijf in de cel is aangewezen, zonder enige afwisseling, zonder verrassingen, etc. Maar hij zit daar dan ook naar het heet "voor straf".

Doch ook voor het verpleeghuis doet de gedachte aan vergroting van de privacy steeds meer opgeld. Ongetwijfeld vanwege de zwaarwegende bouwkundige consequenties die daaraan zijn verbonden, spreekt het Beleidsplan van de Sectie Verpleeghuizen van de NZR (1983) zich nog uiterst *voorzichtig* hierover uit door in de verpleeghuizen te opteren voor: "meerdere kleine ruimtelijke voorzieningen waarbinnen een zekere mate van privacy mogelijk is" (p.38). Krachtiger drukt zich de commissie-*Leenen* in deze uit: "Gezien de woonfunctie van een verpleeghuis dient het voor degenen, die aan een éénpersoonskamer behoefte hebben, mogelijk te zijn in die behoefte te voorzien, tenzij dit voor de betreffende patiënt schadelijk zou zijn" (101). Men dient goed doordrongen te zijn van het besef, dat het kunnen leven zoveel mogelijk in de eigen sfeer en volgens de eigen stijl een *conditio sine qua non* is om als welgemoed gemeenschapsmens een waardige levensavond te beleven;

b) *de hoeveelheid eigen voorwerpen en kleding*, die men naar het verpleeghuis mag meenemen is doorgaans zeer gering; dit hangt direct met het voorgaande samen: waar geen ruimte is, is geen privacy en waar geen privacy is, is geen ruimte. Vaak bevindt zich op de slaapzaal voor ieder een bescheiden kast, waarin enkele kledingstukken, toiletartikelen en kleine eigendommen kunnen worden weggeborgen. Een nietswetende bezoeker zal snel het gevoel krijgen, dat men in het verpleeghuis eigenlijk niet veel anders meer heeft dan zichzelf. Slechts is de ijzige constatering op z'n plaats, dat de mens in een verpleeghuis een schamel bestaan is beschoren met karige bezittingen en met een verdorde verstandhouding met anderen. De eigen huiselijkheid is er geheel en al

opgegaan in een ietwat steriel aandoende omgeving. Zelfs de eigen stoel, het opperste symbool van de "eigen plaats" in het leven, moet in de meeste gevallen elders blijven niet alleen vanwege plaatsgebrek maar veelal ook op hygiënische gronden: een pluche stoel bijvoorbeeld wordt snel morsig of bevuild. Plastic of afwasbare stoelen genieten dan ook in dit type inrichting dikwijls de voorkeur, maar zelfs ontbreekt in het verpleeghuis de "eigen" (geplastificeerde) stoel veelal 102). In veel verpleeghuizen mogen evenmin bepaalde huisdieren meekomen 103), hetzij vanwege de hygiëne, hetzij vanwege de overlast. Maar het desbetreffende huisdier kan heel wel het "dier"baarste bezit voor de betrokkene betekenen. Op dit alles is in bijzonder sterke mate en op onverbiddelijke wijze Goffman's mortificatiebegrip van toepassing;

- c) *persoonlijke gegevens* der patiënten zullen door alle betrokken functionarissen uiterst voorzichtig en met inachtneming van de nodige vertrouwelijkheid moeten worden behandeld. De geheimhouding ervan, die vanzelfsprekend is beperkt tot de kring van degenen die daarvan qualitate qua op de hoogte moeten zijn, dient te zijn verzekerd. In het bijzonder geldt dit voor medische gegevens. De inzage in persoonsdossiers zou daarom nauwkeurig en zorgvuldig moeten worden geregeld. In totale instituties zijn evenwel praktijken, die inhouden dat menig functionaris vrij gemakkelijk toegang heeft tot de persoonlijke dossiers der geïnstitutionaliseerden, in het algemeen niet uitzonderlijk 104).

#### 4.5.2. *het recht op lichamelijke integriteit (art. 11 (gw)*

Het recht op onaantastbaarheid van het menselijk lichaam vormt in wezen een onderdeel van de bescherming van de persoonlijke levenssfeer 105). Tevens grenst dit recht aan het verbod van marteling of onmenselijke dan wel vernederende behandeling (art. 3 EV). In de context van het verpleeghuis zijn uit dit grondrecht enkele sterke indicaties m.b.t. de gezondheid en het lichamelijke welbevinden van de patiënten af te leiden:

- a) evenals in het gezondheidsrecht in het algemeen het geval is, is de *toestemming* van de patiënt een vereiste voor de *medische behandeling*. Ook Leenen baseert dit toestemmingsvereiste mede op bescherming van de integriteit van de mens en zijn lichaam 106). Bovendien wijst hij er op, dat indien medisch handelen niet voldoet aan een aantal voorwaarden, waaronder de toestemming van de patiënt, dit handelen wederrechtelijk kan zijn in strafrechtelijke zin, met name met het oog op art. 300 Sr. (mishandeling) 107). Het lijkt me, dat in dit verband de door Leenen aan het toestemmingsvereiste gewijde beschouwing, m.n. voorzover het gaat om situaties waarin de patiënt zijn wil niet meer kan bepalen, onverkort

van toepassing is 108). Voorts lijkt me uit dit toestemingsvereiste het *recht op vrije keuze* van de gewenste hulpverlening en van de gewenste persoon van de hulpverlener voort te vloeien; vanzelfsprekend is een dergelijke vrije keuze in de praktijk niet altijd realiseerbaar vanwege praktische bezwaren van personele, financiële of organisatorische aard;

- b) het ligt voor de hand ook aan de *dagelijkse verpleging en verzorging* van de verpleeghuispatiënten in beginsel de eis te stellen, dat deze niet geschieden op een wijze, die tegen de uitdrukkelijke wil van de patiënt indruist, tenzij zulks volkomen in strijd zou zijn met diens gezondheid en eigen belang. Desniettemin moet men ervoor waken teveel als zijn broeders hoeder op te treden en daardoor te bevoogden of te betuttelen. Ook dit kan als schending van de integriteit van het lichaam worden ervaren. Het verpleeg- en verzorgingspersoneel dient de eigen wil in principe als volwaardig te erkennen, bij psychisch-zwakkeren en bij dementen zo serieus als mogelijk is. Zeker zal een en ander er nimmer toe mogen leiden, dat de patiënten om die reden worden getu-toyeerd of met "opa" of "oma" worden aangesproken. Al min of meer "aanvaard" is de gewoonte - trouwens ook onder artsen - om over het hoofd van de patiënten heen te praten, zelfs in termen van "hij" of "zij" 109). Als mensen eenmaal in pyama zijn, lijkt het moeilijk hen als volwaardig te blijven zien. Dit is een ontoelaatbare infantilisering, die als vernederend voor de menselijke persoon moet worden gezien; weliswaar betreft het hier primair een aantasting van de menselijke psyche (i.h.b. het gevoel voor decorum), maar ik meen dat deze in dit verband zó nauw verbonden is met de verzorging van het menselijke lichaam als geheel, dat bespreking hiervan op deze plaats geheel en al gerechtvaardigd lijkt 110). Overigens wordt door directies van verpleeghuizen elk denigrerend optreden van personeel uitdrukkelijk verboden en wordt schending van dat verbod doorgaans zeer zwaar opgenomen. Ook worden patiënten door stafleden bij hun benadering en behandeling van dezen gemakkelijk aangeduid met stereotypen, zoals: "sexueel geaberreerd", "vies", "handtastelijk", terwijl zelfs te vaak wordt aangenomen dat iemand "dement" is, waar slechts van een bepaalde gedragsstoornis sprake is die verholpen zou kunnen worden. Doch dergelijke verkeerde diagnoses worden in de eerste plaats reeds bij de opname gemaakt 111). Bezien in het licht van het grondrecht op onaantastbaarheid van het lichaam, in het bijzonder van art. 3 EV, is het al helemaal uit den boze als t.a.v. verpleeghuispatiënten van de kant van het personeel handelingen worden verricht, die zouden zijn aan te merken als "strafmaatregelen". In vroeger tijd, toen men de ouden van dagen gemakkelijker als kinderen wenste te behandelen had men ook hiermee minder moeite: zo kwam het bijvoorbeeld in het Oude Vrouwenhuis te Amsterdam (thans:



verpleeghuis "Amstelhof") wel voor, dat vrouwen die zich schuldig hadden gemaakt aan alcoholgebruik voor straf een maand lang met een flesje om de hals moesten lopen. Doch ook tegenwoordig is het niet altijd uit te sluiten, dat aan het optreden van het personeel *punitieve elementen* kunnen worden onderkend. Ontegenzeggelijk kan men hiertoe min of meer onbewust worden uitgelokt door als lastig of treiterig ervaren patiënten. Rationalisering is daarvoor veelal gemakkelijk te vinden: zo is wel eens "personeelsgebrek" aangevoerd als argument om een patiënt "op het toilet te parkeren" en hem daar zeer geruime tijd aan zijn lot over te laten (112); voorts treft men aan, dat iemand drie uur lang in zijn eigen urine moet liggen, die zijn urinefles per ongeluk in bed heeft omgestoten (113). En zo zijn er meer voorbeelden te geven van wat mag worden gekwalificeerd als "wantoestanden";

- c) ook algehele *sexuele onthouding* doet afbreuk aan het lichamenlijk welzijn. Door het feitelijke gebrek aan privacy alsmede door de sfeer van taboe, die rondom de seksualiteit in het verpleeghuis pleegt te bestaan, wordt de werkelijkheid miskend dat er bij veel, zeker de jongere, maar bepaald ook oudere, patiënten (nog) een hoge libido aanwezig is. Hieraan voorbij gaan schendt in wezen hun lichamenlijke integriteit. Er is derhalve alle reden er serieus naar te streven, dat patiënten (althans bepaald) bezoek privé kunnen ontvangen, en dat minder krampachtig allerlei invoelbare behoeften van deze aard worden genegerd (114).

#### 4.5.3. *het recht op ontplooiing (art. 22 lid 3 Gw)*

Ook in een verpleeghuis moet voortdurend aandacht worden besteed aan de mogelijkheden voor de patiënten om zich te blijven ontplooiën en op adequate wijze hun vrije tijd te besteden. Hiervoor dienen de nodige voorwaarden te worden geschapen:

- a) Het is van eminent belang in het oog te houden, dat de patiënten het leven dat ze gewend waren te leiden zoveel mogelijk qua *dagelijkse gewoonten en stijl van leven* binnen de muren van het verpleeghuis zelfstandig kunnen continueren, opdat zij het gevoel kunnen hebben nog nuttige en zinvolle dingen te doen. Ter voorkoming van immense gevoelens van verveling, nutteloosheid, hulpeloosheid en inertie die kunnen uitmonden in *apathische versuffing* en zelfs in het *hospitalisatiesyndroom*, moet ervoor gezorgd worden dat de patiënten - zo zij dat wensen - in staat gesteld worden zelf deel te nemen aan huishoudelijke activiteiten, zoals het zetten van koffie, het klaarmaken van broodjes etc. (115). Men moet telkens weer nieuwe ervaringen opdoen, die een stimulans kunnen vormen voor zingeving aan het bestaan. Men moet de handen kunnen gebruiken, zoals altijd het geval was, en deze van tijd tot tijd ook vuil kunnen maken: men moet desgewenst kunnen wroeten in de aarde bij

het zaaien van plantjes, men moet dieren kunnen verzorgen etc. etc.;

- b) *in recreatief en cultureel opzicht* zal er voor een ruime lectuurvoorziening zorggedragen moeten worden en voor de aanwezigheid van een groot assortiment spelen (ook biljart) en andere vormen van vrijetijdsbesteding. Daarbij zijn muziek en dans eveneens van belang. Niet alleen zal zonodig een beroep moeten worden gedaan op externe voorzieningen, bijv. op een bibliotheek, maar evenens is het van belang dat de verpleeghuispatiënten de externe faciliteiten zoals bioscoop, schouwburg, e.d. buiten het verpleeghuis zelf kunnen bezoeken, eventueel met een rolstoelbus. Het is eenvoudig nodig om regelmatig culturele en recreatieve prikkels van buiten af op te doen. Het moet worden vermeden, dat de patiënten noodgedwongen tot bezigheden vervallen, die eigenlijk op de kleuterschool thuishoren en derhalve hen onwaardig zijn;
- c) *contacten met eigen familieleden en vrienden*, zowel in de vorm van bezoek als telefonisch, dienen ter voorkoming van *vereenzaming* op ruime schaal mogelijk te worden gemaakt en te worden bevorderd. Ook kan ik me voorstellen dat bijv. in de weekends de patiënt zelf naar huis gaat. Zulks verdient ruimschoots ondersteuning en wellicht ook enige begeleiding vanuit het verpleeghuis. In de meeste huizen is doorlopend bezoek mogelijk, doch in een aantal huizen zijn er geen ontvangstruimten, waar de patiënten zich met hun bezoekers kunnen terugtrekken. In sommige gevallen kunnen de bezoekers meeëten (al dan niet tegen betaling), terwijl in niet ieder verpleeghuis het bezoek kan overnachten (hetgeen gewent kan zijn i.v.m. ernstige ziekte van de patiënt) 116). Niet alle huizen beschikken over een openbare telefoon, lang niet overal bestaat de mogelijkheid vanuit bed te telefoneren, terwijl ook lang niet overal telefoon bestaat met regelbare geluidssterkte voor hardhorenden. Met andere woorden, in veel verpleeghuizen zijn de faciliteiten tot telefoneren nog verre van bevredigend 117);
- d) *de contacten met de buitenwereld in het algemeen* zijn nog bij lange na niet in alle verpleeghuizen optimaal:
- niet overal zijn *radio-aansluitingen* bij de bedden, een opzichzelf hoogst noodzakelijke en als een geheel in overeenstemming met de moderne eisen des tijds te beschouwen voorziening;
  - de *uitstapjes*, die regelmatig worden georganiseerd, moeten zich evenzeer uitstrekken tot de bedlegerigen en zich niet uitsluitend beperken tot de mobiele patiënten: juist de bedlegerigen hebben dergelijke uitstapjes zeer nodig. Veel verpleeghuizen ondervinden daarvoor financiële steun vanwege stichtingen, veelal genaamd: "Vrienden van het verpleeghuis X". Het is van belang voor dergelijke stichtingen veel donateurs te verwerven;

- met name m.b.t. psycho-geriatrie patiënten, die op een "gesloten afdeling" verblijven (uit zelfbescherming), moet er voor worden gewaakt, dat dezen niet te veel vergeten raken en daardoor te weinig buiten hun afdeling worden gelaten;
- e) *het gebruik van genotmiddelen*, ook dat van alcohol, moet zijn toegestaan, hetgeen niet overal het geval is: alcohol wordt ten onrechte nog vaak als taboe gezien, doch deze is voor de betrokkene vaak van onschatbare betekenis en vertegenwoordigt een deel van zijn vroegere leven;
- f) bij de inrichting moet een *winkel of kantine* aanwezig zijn - hetzij daaraan verbonden, hetzij in de nabijheid daarvan -, alwaar elementaire gebruiks- en voedingsartikelen zijn te verkrijgen, en alwaar ook - desnoods eenvoudige - cadeau's te koop zijn i.v.m. verjaardagen e.d.

#### 4.5.4. *het verbod van onderwerping aan medische of wetenschappelijke experimenten*

Krachtens art. 7 Internationaal verdrag inzake burgerrechten en politieke rechten mag niemand, zonder zijn in vrijheid gegeven toestemming, worden onderworpen aan medische of wetenschappelijke experimenten. Gezien de gammele toestand, waarin menig verpleeghuispatiënt zich bevindt, is het dikwijls niet zo moeilijk een dergelijke toestemming te verwerven of uit iemands uitingen op te maken dat toestemming geacht kan worden te zijn gegeven. Een dergelijke interpretatie dient evenwel met de grootst mogelijke zorgvuldigheid en precisie te zijn omkleed, aangezien het gevaar voor misverstanden in deze groot moet worden geacht.

#### 4.5.5. *privaatrechtelijke rechten*

In de verpleeghuissituatie dient men in de uitoefening van z'n subjectieve rechten van privaatrechtelijke aard zo min mogelijk te worden belemmerd. Wat de vermogensrechtelijke positie betreft dient aan de patiënt zoveel mogelijk het beheer over het eigen vermogen te worden gelaten en dient hem daarbij zonodig hulp en steun te worden verschaft. Sommige verpleeghuizen kennen de mogelijkheid de beheersadministratie desgewenst geheel en al van de patiënt over te nemen en deze zelf ten behoeve van hem te voeren, andere huizen stellen zich op het standpunt dat het vermogensbeheer volstrekt gescheiden dient te blijven van de verpleegzorg en besteden de beheersadministratie ten behoeve van de patiënten extern uit. Er lijkt evenwel niets op tegen, integendeel, als het verpleeghuisvoorzieningen treft voor een "huisbank", mits deze voldoet aan de algemeen terzake geldende normen: het verstrekken van periodieke afschrijvingen en bijschrijvingen van de

"rekening courant", het geven van rente met name op langerlopende rekeningen etc., waartegenover weer administratieve kosten kunnen worden berekend. Het voordeel van deze huisbank is de nabijheid voor de patiënt en het niet aangewezen zijn op verschillende familieleden, hoewel deze vaak zéér welwillend zijn (overigens niet altijd ten behoeve van de patiënt, maar soms ook ten behoeve van zichzelf). Voorts doen zich in de verpleeghuissituatie regelmatig kwesties voor rondom de eigendom van kledingstukken en voorwerpen, die al dan niet abusievelijk worden uitgewisseld of verwisseld. Met name familieleden nemen hieraan nog wel eens aanstoot.

4.5.6. *eisen, die in het kader van het welzijnsbeleid worden gesteld*

Voorzover een en ander niet reeds in het voorgaande - meer of minder impliciet - aan de orde is gekomen, wordt in het kader van het algemene welzijnsbeleid, dat in de Nederlandse samenleving wordt voorgestaan en gepretendeerd, ook in de verpleeghuissituatie een aantal *kwaliteitseisen* gesteld terzake van de bevrediging van fundamentele behoeften en wordt een standaard aangelegd voor leefbaarheid en humaniteit; de patiënten ontlenen daaraan - in het algemeen uitgedrukt - een zeker "recht op welzijn". In dit verband is Maslow's persoonlijkheidstheorie van belang (118), die onderscheidt tussen fundamentele behoeften van fysiologische aard (voedsel, warmte, slaap etc.), behoeften aan zekerheid en veiligheid, behoeften aan sociale binding en genegenheid, de behoefte om erkend en gewaardeerd te worden en tenslotte de behoefte aan zelfverwerkelijking. Het recht op welzijn zal derhalve gestalte moeten krijgen in deze zin:

- a) de voeding dient goed, de nachtrust en beweging voldoende en de accommodatie menswaardig te zijn; wat de voeding betreft verdient het aanbeveling een menukeuze in te stellen: bijna niets wordt in totale instituties zo belangrijk gevonden als het eten (dit kan men al bij een kort verblijf in het ziekenhuis bij zichzelf en anderen constateren). Toch bestaat een dergelijke keuzemogelijkheid nog lang niet in alle inrichtingen (119);
- b) de verzorging en verpleging dienen grondig te zijn doortrokken van respect en waardering voor de medemens en voor diens autonomie;
- c) de medische behandeling dient te zijn afgestemd op de bijzondere, individuele noden en behoeften van de patiënt (aan medicijnen of bijzondere voeding) en op diens rechtspositie als patiënt;
- d) de mogelijkheden van open contacten met de buitenwereld moeten voortdurend en in alle opzichten worden bevorderd;
- e) aan de behoefte aan geborgenheid en veiligheid dient voortdurend serieuze aandacht te worden gegeven;

f)de eigen activiteiten van de patiënten zullen zoveel mogelijk moeten worden benut en gewaardeerd.

Dit kwalitatieve samenstel van normen wordt geïndiceerd door een op de specifieke verpleeghuissituatie gericht welzijnsbeleid, dat de welzijnsrechten van de patiënten daadwerkelijk verdisconteert. Het is duidelijk dat het in dezen "recht" doen aan de patiënten vooral bestaat uit het op hoog niveau vervullen van zorgplichten, het creëren van een goede sfeer, het nastreven van optimale materiële voorzieningen en het zich toeleggen op kwaliteitsnormen. Het zal hier uit zijn aard minder zijn te doen om het nakomen van specifiek te omschrijven en afdwingbare plichten. In termen van grondrechten uitgedrukt gaat het dus in wezen om de vormgeving aan een sociaal grondrecht en, in contractuele termen uitgedrukt, om een inspanningsovereenkomst en niet zozeer om een resultaatovereenkomst. Ik noem de desbetreffende normen "kwalitatief", omdat ze als het ware de *toonzetting* vormen voor de eerder genoemde, concreter te formuleren rechten.

## 5. DE PROCEDURELE RECHTSPOSITIE VAN DE VERPLEEGHUISPATIENT

### 5.1. Het belang van de procedurele rechtspositie wordt onderkend

In 1.2. werd de toekenning van *procedurele* rechten aan de individu het meest direct in verband gebracht met de internationale ontwikkelingen op het gebied van de mensen- en vrijheidsrechten en met de democratiserings- en emancipatiebewegingen, hetgeen als het meest wezenlijk voor het rechtsburgerschap in de rechtsstaat is aan te merken. Het is dan ook bepaald niet zonder reden, dat men in alle beschouwingen, rapporten en overheidsstukken met betrekking tot de verpleeghuissituatie in Nederland reeds geruime tijd verhandelingen aantreft over "de klachtenopvang" en de "klachtenbehandeling" in verpleeghuizen. Soms wordt daartoe uitsluitend de intentie uitgesproken, soms worden nadere aanwijzingen daarvoor gegeven en soms wordt tot experimenten in deze geest aangespoord. In dit verband zijn voor wat betreft de rechtspositie van patiënten in het algemeen te noemen het Deeladvies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid -op basis van het rapport van de Commissie-Leenen - inzake bemiddeling van klachten van patiënten (1982), het rapport "Klachtrecht" (voor cliënten van instellingen) van de sturgroep - Democratisch en Doelmatig Functioneren van Gesubsidiëerde Instellingen, de zogeheten sturgroep-Dijk (1983), en de Voortgangsnota Patiëntenbeleid van het Ministerie van WVC (1983). In deze laatste wordt een interne klachtenprocedure binnen de instelling voorgestaan, waarbij vooralsnog het doen van experimenten voorop gesteld wordt. Laatstelijk is in het Beleidsplan van de Sectie Verpleeghuizen van de NZR nog weer eens, evenals in diens Discussienota van 1981 (20), aandacht gegeven aan de rechtspositie van de verpleeghuispatiënt in samenhang met een te ontwikkelen "democratiseringsbeleid". Het aldaar aangekondigde onderzoek naar "de wijze waarop de rechtspositie van de patiënt kan worden versterkt o.a. door een procedure voor klachtenbehandeling te ontwikkelen" (21) heeft intussen plaatsgevonden. Hierop wordt onder 5.2. uitvoerig teruggekomen. Onderhand was in maart 1984 in een rondschriftbrief aan de besturen en directies van de bij de Sectie Verpleeghuizen van de NZR aangesloten verpleeghuizen het grote belang van democratisering en van patiëntenrechten nog eens met klem benadrukt. Weliswaar lijkt het belang van de procedurele rechtspositie voor verpleeghuispatiënten allerwege te worden onderkend, zowel in de beleidsvoerende als in de beleidsbeïnvloedende sfeer, doch tot op heden blijken in de praktijk de aarzelingen en de gevoelens van bedreiging het nog voor het overgrote deel te winnen van enige theoretische overtuiging. Overigens geldt dit vaak evenzeer voor de introductie van klachtbehandelingsregelingen in andere gezondheidsrechtelijke instellingen.

## 5.2. Het huidige beeld van de procedurele rechtspositie

### 5.2.1. *externe officiële instanties*

Bij klachten op het terrein van de verpleeghuiszorg kan men - afhankelijk van de aard en de zwaarte van de klacht - in de eerste plaats een aantal externe officiële instanties adieren, die geen specifieke taak m.b.t. de gang van zaken in de verpleeghuizen hebben:

- a) *de Officier van Justitie* neemt kennis van vermoedens ten aanzien van een handelen of nalaten in het kader van de verpleeghuiszorg, dat kan worden gekwalificeerd als een strafbaar feit, bijv. dood door schuld, mishandeling, etc. Uit de recente enquête van de Sectie Verpleeghuizen van de NZR tot inventarisatie van de klachtenopvang in verpleeghuizen, dat beperkt moet worden genoemd omdat daaraan van de 330 Nederlandse verpleeghuizen slechts 168 huizen hebben willen medewerken (ruim 50%), komt naar voren, dat in 1982 geen enkele klacht bij het OM is ingediend 122);
- b) *de burgerlijke rechten* zal kunnen worden ingeschakeld, indien men van oordeel is dat een hulpverlener te kort is geschoten en dat men daarvan schade heeft geleden. De bewijslast van het onrechtmatig handelen rust op de patiënt en de procedure is langdurig en kostbaar. Deze factoren maken, dat de weg van de civiele procedure in het algemeen weinig aantrekkingskracht uitoefent op patiënten in inrichtingen en tehuizen;
- c) *het Medisch Tuchtcollege* kan door de belanghebbenden rechtstreeks worden benaderd, door niet direct betrokkenen via de Inspecteur van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid, die in dat geval als klager kan optreden. In dit verband kan het uitsluitend gaan om een klacht over de kwaliteit van de beroepsuitoefening van een bepaalde arts, tandarts, apotheker of verloskundige. Blijkens de enquête van de NZR wordt slechts zéer incidenteel een klacht ingediend bij het Medisch Tuchtcollege 123). Van de zijde van een verpleeghuis-directeur is mij evenwel verzekerd, dat door hém patiënten en hun familieleden juist worden gestimuleerd tot het indienen van dergelijke klachten, mits zij serieus zijn. De betrokkenen tonen zich nl. niet zelden nogal opgewonden, bijv. over het laten vallen van hun moeder (hetgeen wel eens gebeurt), zodat het deze directeur raadzaam lijkt dat zij dan "kunnen praten op niveau" met een externe, dus onverdachte instantie, hetgeen zeer apaiserend kan werken: naar de ervaringsregels trekken vrijwel alle klagers zich vervolgens terug;
- d) *de Inspectie van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid*, geen rechtsprekende doch een toezichthoudende instantie, houdt de kwaliteit van de gezondheidszorg in het oog. Klagers worden doorgaans door de regionale

inspectie bezocht dan wel uitgenodigd voor een gesprek. De inspecteur kan contact opnemen met de hulpverlener en - mits daarvoor door de patiënt toestemming is gegeven - inzage vragen in de dossiers. Zonodig kan de inspecteur een klacht indienen bij het Medisch Tuchtcollege. Dit is vooral van belang als het klagers betreft, die niet zelf direct bij het Medisch Tuchtcollege mogen klagen. Uit de enquête van de NZR komt naar voren, dat in 1982 slechts een beperkt aantal klachten bij de Inspectie is gedaan (8x). Laurs benadrukt, dat door de Inspectie meer energie moet worden gestoken in de concrete kwaliteits-bewaking (124).

### 5.2.2. *externe onofficiële klachtmogelijkheden*

Naast bovengenoemde instanties kunnen nog langs verschillende andere wegen klachten worden gedeponereerd bij externe organen en instellingen, welke wegen evenwel onofficieel moeten worden genoemd: het secretariaat van de K.N.M.G. (waar jaarlijks honderden klachten uit het veld van de gezondheidszorg binnenkomen 125)), consumenten-organisaties, ombuds-instanties, vakbonden, rechtswinkels, etc.

### 5.2.3. *interne klachtenbehandeling in verpleeghuizen*

De Consumentenbond concludeert in haar rapport, dat de situatie in de meeste verpleeghuizen er (nog) niet naar is, dat de bewoners en hun familie hun eventuele misnoegen kenbaar kunnen maken (126): noch lijkt de sfeer hiervoor (reeds) rijp te zijn, noch is er een duidelijke structuur voor het opvangen van klachten. In sommige huizen bestaan menucommissies en recreatie-commissies, die op- of aanmerkingen in ontvangst nemen. Voor anderssoortige klachten kan men bij de directie en het bestuur van het verpleeghuis terecht. Waar van een klachtencommissie sprake is, lijkt daarvan in de praktijk nog weinig terecht te komen: veel klachten verdwijnen in de doofpot, zeker waar een directeur deel uitmaakt van de klachtencommissie. Negatieve publiciteit wordt tot het uiterste geschuwd (127); dit is een karaktertrek, die ook aan vele ander typen inrichtingen eigen is.

De uitkomsten van de enquête van de NZR bevestigen de indruk, dat de klachtenbehandeling in de verpleeghuis-situatie over het algemeen nog op een zeer beperkte ontwikkeling kan bogen: er kan bepaald niet van een inzichtelijke, systematische, goed geregelde, enigszins uniforme en alom aanwezige klachtenbehandeling worden gesproken. Van slechts 12 verpleeghuizen is bekend, dat zij beschikken over een min of meer *uitgewerkte* klachtenbehandelingsprocedure, terwijl 32 verpleeghuizen *enige* vorm van schriftelijk vastgelegde procedure kennen: deze echter is veelal uiterst summier. In 71 verpleeghuizen wordt aangegeven, dat er op het gebied van klachtenbehandeling duidelijke gewoonte-regels bestaan. In 46 verpleeg-



huizen vindt een klachtenregistratie plaats 128). Volgens deze registratie werden in 1982 gemiddeld 1 á 10 klachten per verpleeghuis ingediend.

In 1982 werden volgens de slechts door 50% der verpleeghuizen beantwoorde enquête van de NZR in totaal 478 klachten ingediend, waarvan de meeste afkomstig waren van familieleden (217), en de overige van patiënten (182), medewerkers (66) en overigen, zoals vrijwilligers (13).

De meeste klachten (195) betroffen "hotelmatige" aspecten van de zorgverlening (accomodatie, voeding, bezoeksregelingen, privacy etc), daarna volgden de klachten (118) over relationele aspecten (omgang, bejegening, geven van informatie etc.), de klachten (79) over medisch/ technische en verpleegkundige aspecten en de klachten (65) over financiële aspecten van de zorgverlening.

Over het algemeen blijkt er onvoldoende inzicht te bestaan in de wijze waarop klachten, die de directie niet bereiken, worden afgehandeld en evenmin in de wijze waarop de klachtenafhandeling door de klagers wordt ervaren. Voorts bestaat de indruk, dat een groot aantal klachten niet wordt gemeld, bijv. uit vrees voor représailles (129) en dat onvoldoende een geschreven procedure wordt gevolgd. In 58% van de verpleeghuizen wordt op geen enkele enigszins gestructureerde wijze aandacht geschonken aan klachten. De NZR maakt dan ook geheel terecht uit haar inventarisatie in z'n algemeenheid op, dat "het beleid van de verpleeghuizen ten aanzien van klachtenopvang als een onder-ontwikkeld beleidsterrein dient te worden aangemerkt, wanneer wordt gelet op het aantal regelingen en procedures en gelet op de grote afhankelijkheid van de patiënt ten opzichte van de instelling" (130).

### 5.3. Overwegingen m.b.t. de meest wenselijke vorm van interne klachtenprocedure

Zoals eerder gezegd is tot op heden reeds veel gesproken en geschreven over "klachtenprocedures", "klachtenopvang", "klachtenbehandeling" en "klachtenbemiddeling". Hierbij wordt nogal eens in het midden gelaten wat met deze begrippen precies wordt bedoeld. Met andere woorden, vaak wordt er meer een sfeer of een vage manier van doen mee aangeduid dan een zo precies mogelijk geformuleerd juridisch fenomeen.

Hierop wordt een uitzondering gevormd door het Deeladvies inzake bemiddeling bij klachten van patiënten van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid (1982) 131), waarin uitdrukkelijk onderscheid wordt gemaakt tussen *klachtenbehandeling* en *klachtenbemiddeling*, dit in navolging van de Staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne in haar op 28 oktober 1980 aan de Tweede Kamer aangeboden Nota patiëntenvertrouwenspersoon (m.b.t. de opvang van klachten van patiënten in psychiatrische ziekenhuizen).

Bij *klachtenbehandeling* in de meest strikte zin moet worden gedacht aan een externe, met rechtspraak of met een of andere vorm van geschillenbeslechting belaste instantie, die naar aanleiding van klachten bindende beslissingen geeft.

Bij *klachtenbemiddeling* worden daarentegen geen bindende beslissingen gegeven, doch wordt gestreefd naar de oplossing van het conflict in de vorm van een minnelijke schikking of een compromis. De klachtenbehandeling zal zich moeten beperken tot bepaalde beklaggronden, terwijl de klachtenbemiddeling zich over een veel breder scala klachten en grieven kan uitstrekken.

In het Deeladvies van de Centrale Raad wordt geopteerd voor klachten-bemiddeling. Dit is te begrijpen vanuit het zware accent, dat door de Centrale Raad wordt gelegd op de *gemoedstoestand* van de klager, op diens gevoelens van gefrustreerdheid, onvermogen en van machtsongelijkheid. Het gaat er de Centrale Raad primair om "het gevoel van machtsongelijkheid bij de klager weg te nemen en de verhoudingen soepeler te laten verlopen" (132). Hierbij lijkt de Centrale Raad met name aan "bejegeningsklachten" te denken. Het interessante van dit standpunt is, dat aan de subjectieve beleving van al dan niet vermeend aangedaan onrecht de voorrang wordt gegeven boven de objectieve betekenis van het aangedane onrecht zelf. Dit stoelt ongetwijfeld op het feit, dat "zwaardere" klachten in dit verband aan het Medisch Tuchtcollege zullen worden voorgelegd. De Centrale Raad stelt met nadruk: "Iemand die klaagt verkeert in een bepaalde gemoedstoestand. Hij is bijvoorbeeld teleurgesteld, ontevreden, geërgerd, verontwaardigd, boos, bezorgd of angstig voor iets. Een klacht betreft altijd iets, dat de klagende persoon zich aantrekt, iets dat hem niet onverschillig laat, doch dat hem treft en waardoor hij wordt bewogen" (133). Als doel van de klachtenopvang ziet de Centrale Raad dan ook - zoals gezegd - het wegnemen van deze gevoelens, die moeten worden gezien als "een signaal van mogelijk falende zorg"; op deze wijze wordt - zo stelt de Raad - de invloed van de patiënt op de gezondheidszorg vergroot (134). Het is zonneklaar, dat de Centrale Raad de klachtenopvang sterk in verbinding ziet met een sfeer van algehele democratisering. De Raad stelt apodictisch: "klagen is een vorm van communicatie" (135). Op zichzelf is het juist om de ontwikkeling van individuele rechtsposities in samenhang te beschouwen met processen van democratisering in het algemeen, aangezien beide ontwikkelingen - geheel in de geest van de tijd - de vergroting van de invloed van degenen die zich in de zwakkere posities bevinden nastreven. Doch elk van beide ontwikkelingen heeft m.i. te veel zijn eigen mérites en stelt te veel zijn eigen eisen dan dat men de individuele rechtspositie zonder meer dienstbaar mag maken aan de democratisering in de inrichting. Dit neemt niet weg, dat een ander aspect van

democratisering met zich meebrengt, dat zowel de rechten en plichten van de patiënten als die van de hulpverleners moeten worden geformuleerd: hierbij staat de democratisering in de vorm van goede samenwerking tussen patiënt en hulpverleners centraal 136). Ook het advies van de Commissie-Dijk (betreffende Democratisch en Doelmatig Functioneren van Gesubsidiëerde Instellingen) legt - hoewel rechtswaarborgen er explicieter als voorwaarden worden gesteld - uiteindelijk een zwaar accent op bemiddeling en voorkoming van conflicten.

Er is, zoals eerder betoogd, op zichzelf alle reden het rechtsburgerschap van de patiënt serieus te nemen en dienovereenkomstig ook een klachtenprocedure met bijbehorende waarborgen in te kleden als een op tegenspraak ingestelde procedure, georiënteerd als deze dient te zijn op de door haar te vervullen functies (zie 2.4.3. sub b). Onmiskenbaar komen sommige der aldaar genoemde functies geheel of gedeeltelijk overeen met datgene wat ook met een klachtenbemiddeling wordt beoogd, doch deze functies gaan veel verder en zijn "juridisch harder": zij weerspiegelen een zeker rechtsgehalte van de verpleeghuissituatie.

Geheel los daarvan staat, dat het aanbeveling verdient alvorens een juridische procedure wordt aangevangen, pogingen in het werk te stellen om ingediende klachten tot een schikking te laten komen. Aldus kan volgens een bepaalde volgorde een uitzevingsprocédé plaatsvinden ter optimale sauvering van de goede sfeer en de goede verhoudingen in de inrichting. Zonder twijfel vertegenwoordigen deze een belangrijke waarde voor de patiënten en voor de functionarissen, maar zij mogen nooit een reden zijn betrokkenen van enig fundamenteel recht af te houden, wanneer zij daarin zouden zijn tekort gedaan, of dit nu opzettelijk is geschied dan wel voortspruit uit onnadenkendheid of uit misverstand. Dan zou al te gemakkelijk de *individuele* rechtpositie worden opgeofferd aan wat als de "psycho-hygiëne" 137) van de inrichting als geheel wordt beschouwd. Het is twijfelachtig of hiermee altijd wel voldoende recht wordt gedaan aan de individuele psychohygiënische belangen. Dit is het gevaar, dat ligt besloten in het denken in de geest van het "medisch model", waarin onder de pretentie van goede bedoelingen en belangenbehartiging van de patiënt, veel dwang en zelfs manipulatie kan schuil gaan. Ik kan daarom de gedachtengang van Roscam Abbing zeer wel volgen, wanneer zij een klachtenbehandeling in drie fasen voorstaat: eerst worden de klachten ingediend bij en behandeld door een patiëntenvertrouwenspersoon; leidt dit niet tot een bevredigend resultaat, dan wordt de klacht doorgeleid naar een interne commissie (patiëntenzorg); wordt ook dan de klacht niet opgelost, dan wordt deze doorgeleid naar een onafhankelijke regionale externe geschillencommissie 138). Hierop wordt nog uitvoerig teruggekomen.

Mijn stelling houd ik derhalve staande dat aan het *centrale uitgangspunt van het rechtsburgerschap* van de verpleeghuispatiënten niet teveel en zeker niet essentieel afbreuk mag worden gedaan omwille van inrichtingsbelangen in de sfeer van doelmatig beheer, efficiency, glad verloop van zaken of persoonlijke kwetsbaarheidsgevoelens. Het is nl. opvallend, hoe aan de kant van beroepsgroepen op het terrein van de menselijke hulpverlening grote angst pleegt te bestaan voor kritiek van derden. Voorts is het afweren van mogelijk kritische inmenging van buiten af door totale instituties één van hun bekende "totalitaire" karaktertrekken: doorgaans is men zeer beducht voor meningen over de inrichting en dus a fortiori voor negatieve publiciteit. Ook juridische bemoeienis met wat zich binnen de muren van de inrichting afspeelt wordt sterk geschuwd. De komst van het beklagrecht voor gedetineerden in het gevangeniswezen in 1977 is indertijd door de directeuren met de grootst mogelijke scepsis tegemoet gezien. Hetzelfde verschijnsel valt te signaleren m.b.t. psychiatrische inrichtingen als de rechtspositie van psychiatrische patiënt ter discussie staat. Ik roep bij wijze van voorbeeld het conflict in een psychiatrische inrichting in herinnering, waar de ombudsman (tevens advocaat) een kort geding tegen de directie had aangespannen, waarna hij als ombudsman moest verdwijnen (139). Evenmin zal het beklagrecht voor t.b.r.-gestelden, dat thans door de Commissie-Haars wordt voorbereid, zonder meer op een "joyeus entrée" mogen rekenen.

*Aarzelingen jegens het toekennen van een rechtspositie aan verpleeghuispatiënten zijn dan ook alleszins te begrijpen, maar mogen bepaald niet in volle omvang worden gehonoreerd ten detrimente van de normerende en regulerende waarde van de rechtspositie.* Wel dient in de feitelijke benadering van rechtspositionele problemen met allerhande gevoeligheden zoveel mogelijk rekening te worden gehouden en zeker zal van de inrichting niet het onmogelijke mogen worden gevergd. Evenals overal elders in de samenleving geldt ook hier: in het intermenselijke verkeer dient iedereen op een fatsoenlijke manier met elkaar om te gaan en dit wordt des te delicateser naarmate bepaalde individuen meer afhankelijk zijn van anderen; het recht kan er in situaties van grote afhankelijkheid toe bijdragen dat het handelen van degenen die macht uitoefenen de toets van behoorlijkheid zal doorstaan in het perspectief van eisen van recht en van rechtsbeginselen, die nu juist kwalitatief op die behoorlijkheid zijn georiënteerd: door middel van het recht kan de naleving daarvan zonedig worden afgedwongen. Geschiedt een en ander al "van nature" naar behoren, dan zal aan juridisch ingrijpen geen acute, actuele behoefte zijn en lijdt een rechtspositieregeling een sluimerend bestaan. Het gaat in het recht dan ook niet uitsluitend om het uitoefenen van controle op macht als zodanig, maar vooral ook om controle op *potentieel*

machtsmisbruik of *potentiëel* verkeerd gebruik van macht. Juist in totale instituties is deze "waak-functie" van een rechtspositieregeling van eminent belang. De wetenschap dat men bij machte is *eventueel* de juistheid van een beslissing of handeling aan te tasten, schept al een zekere genoegdoening aan de minder machtigen in een situatie, waarin machtsmogelijkheid nu eenmaal een gegeven is.

#### 5.4. Eisen van een juridisch behoorlijke procedure

Onder 5.3. is door mij reeds een zekere relativering aangebracht in mijn benadering van de rechtspositie van de verpleeghuispatiënt. Niet alleen zou het dysfunctioneel zijn om een regeling dienaangaande voor te stellen, die volkomen voorbijgaat aan de *belevingswereld en de competenties van de patiënten*, maar ook zou het weinig elegant zijn ieder *respect voor de functionarissen* bij voorbaat te geringschatten. Prudentie is daarom geboden.

In deze paragraaf 5.4. zullen de eisen configureren, die aan een procedure in de juridisch meest ideaal-typische vorm zouden dienen te worden gesteld. Ik besef hiermee een in veler ogen enigszins extreem juridisch beeld van een behoorlijke procedure weer te geven, doch dit is de uiterste consequentie waartoe het zuiver-juridische denken leidt. Men dient evenwel niet uit het oog te verliezen, dat een dergelijke regeling zoveel mogelijk een waak-functie beschoren is, waarvan met name in enigszins "extreme" gevallen gebruik kan worden gemaakt, teneinde de scherpe kanten van de verpleeghuissituatie te effenen. En dat deze zich van tijd tot tijd daadwerkelijk manifesteren, valt niet te ontkennen. Zie voorts ook de andere functies welke procedures kunnen vervullen, onder 2.4.3. sub b.

Zeker als materiële rechten overeenkomstig het onder 4.5. gestelde in de toekomst zouden worden geïmplementeerd, is er evenzoveel meer grond voor juridisch behoorlijke procedures. Desniettemin mag men een en ander vooralsnog hoofdzakelijk als *een juridisch denkmodel* opvatten.

Een procedure is pas juridisch behoorlijk te noemen als deze werkelijk is ingesteld op tegenspraak en dus een contradictoire structuur vertoont. Ideaal-typisch dienen daaraan de volgende componenten te worden onderkend:

- 1) zo nauwkeurig en zo ruim mogelijk geformuleerde *klachtgronden* en *toetsingscriteria*, die bepalend zijn voor resp. de reikwijdte en de intensiteit van de procedure;
- 2) een van de inrichting *onafhankelijke beslissende instantie*; dit is van belang voor de autonomie van de procedure;
- 3) *procedureregels*, die de zorgvuldigheid van de procedure weerspiegelen.

#### 5.4.1. de klachtgrond en de toetsingscriteria

##### 5.4.1.a. de klachtgrond

Uit het voorgaande is wel gebleken dat de normen die op het algehele verblijf van de patiënt in het verpleeghuis betrekking hebben, afkomstig zijn van velerlei herkomst. Deze normen betreffen resp. de verzorging, de verpleging, de medische behandeling en het verblijf "sec" aldaar. De onder 4.5. geformuleerde wenselijke materiële rechten weerspiegelen deze pluriformiteit: aan het grondrecht op privacy kunnen in de verpleeghuissituatie zowel rechten van gezondheidsrechtelijke aard (bijv. m.b.t. dossiervorming, beroepsgeheim etc.) worden afgeleid, als rechten die uitsluitend het verblijf sec betreffen (bijv. het recht op een eigen ruimte). Uit oogpunt van rechtszekerheid voor de cliënt verdient het aanbeveling deze rechten maximaal en optimaal nauwkeurig te omschrijven. De aard van de totale institutie stelt hieraan echter grenzen.

Voor het overige resteert de gelding van geschreven en ongeschreven zorgnormen, die inherent zijn aan professies en die qua vaagheid enigszins te vergelijken zijn met administratiefrechtelijke -een zekere beleidsvrijheid scheppende- instructienormen, alsmede van ongeschreven normen die zijn aan te merken als gewoonterecht in het verpleeghuis. Het is gezien deze situatie van "freies Ermessen" duidelijk, dat we stuiten op de vraag welke betekenis machtsnormerende rechtsbeginselen zouden moeten vervullen ter rechtsbescherming van de patiënt in de context van het verpleeghuis. Weliswaar hebben beginselen - in tegenstelling tot geschreven rechtsregels - geen direct bindende kracht, maar aan de andere kant impliceren ze een zekere standaard-waarde, waaraan men niet zonder meer voorbij kan gaan bij het zoeken naar de oplossing van een bepaald juridisch probleem. Immers deze beginselen geven naast regels richting aan beslissingen over wettelijke verplichtingen in bijzondere omstandigheden. Het verschil tussen beide is evenwel, dat regels toepasselijk zijn op een alles-of-niets-manier, terwijl beginselen - "open ended" als deze zijn - een bepaalde kleur of een bepaalde wending aan de beslissing kunnen geven. Juist in een contradictoire procedure kan aan belangrijke rechtsbeginselen een bepaalde dynamische zwaarte bij de besluitvorming worden toegekend. Ook op het terrein van het beklagrecht voor gedetineerden zijn dergelijke ontwikkelingen te ontwaren (140).

Afhankelijk van de kwestie die in het geding is, kan het in dit verband gaan om beginselen van gezondheidsrechtelijke aard, maar ook om beginselen die vergelijkbaar zijn met administratiefrechtelijke beginselen van behoorlijk bestuur. Het advies van de Stuurgroep -Democratisch en Doelmatig Functioneren van Gesubsidiëerde Instellingen

spreekt over "beginselen van behoorlijke dienstverlening" 141). In allerlei andere dan zuiver administratiefrechtelijke situaties, waar wel sprake is van enige vorm van machtsuitoefening, zij het niet door de overheid, dringt zich tegenwoordig de gedachte van de gelding van parallelle rechtsbeginselen op. Laatstelijk geschiedde dit m.b.t. beginselen van een behoorlijk ondernemerschap 142).

Dit beeld leidt ertoe, dat m.i. in een klachtenprocedure in het kader van de verpleeghuiszorg de volgende klachtgrond is aangewezen, wil daadwerkelijk aan de *rechts*behoeften van de cliënten tegenoeet worden gekomen:

*schending door of vanwege de directie van een recht, dat de patient aan de in het verpleeghuis geldende voorschriften en normen kan ontleneu.*

Aldus is gewaarborgd, dat klachten ontvankelijk zijn als deze betreffen:

- de schending van internationale verdragen en van de nationale wetgeving,
- de schending van ongeschreven regels en normen van professionele aard, mede samenhangend met het recht op goede zorg,
- de schending van ongeschreven regels die als gewoonterecht mogen worden beschouwd,
- de behandeling van een wens of een verzoek op een wijze die niet concordeert met de strekking van een bepaald rechtsbeginsel.

Wat dit laatste betreft is de jurisprudentie van het beklag- en beroepsrecht van gedetineerden illustratief.

Naast enkele typisch penitentiairrechtelijke beklaggronden luidt de meest algemene beklaggrond, dat een gedetineerde beklag kan doen over "enige andere hem door of vanwege de directeur opgelegde maatregel waarbij wordt afgeweken van de rechten die hij aan de in het gesticht geldende voorschriften kan ontleneu" (art.51 lid 1 sub c Beg. wet). In het kader van deze formulering zijn allengs klachten ontvankelijk verklaard en meer dan eens gegrond bevonden, waarbij het ging om "het recht op een zorgvuldige behandeling van iemands verzoek", ook als daaromtrent in genen dele uitdrukkelijk een recht was geformuleerd. Met andere woorden, het administratiefrechtelijke *zorgvuldigheidsbeginsel* is maatgevend geworden voor de reikwijdte van het beklagrecht. Mutatis mutandis meen ik voor vergelijkbare ontwikkelingen in de verpleeghuissfeer voldoende ruimte te scheppen door naast voorschriften ook "normen" als bron van recht op te nemen. Voorzover het gaat om normen van professionele aard laat de klachtenprocedure vanzelfsprekend een eventueel *tuchtrechtelijk optreden* geheel onverlet 143).

Tenslotte is van belang dat niet elke schending van een recht vatbaar zal kunnen zijn voor een formele klacht, doch uitsluitend in geval de schending is geschied *door of vanwege de directie*. Het zou immers een overspanning van de juridische mogelijkheden zijn indien klachteninstanties beslissingen zouden kunnen nemen t.a.v. alle niveau's van

de inrichting. Dit zou niet alleen de bestaande verhoudingen in de inrichting doorkruisen, maar bovendien zou dit het gevaar in zich bergen dat deze verhoudingen in de verkeerde richting zouden gaan worden geformaliseerd. Een sfeer van een zekere souplesse en van mogelijkheden tot improvisatie is zelfs hoogst noodzakelijk.

Juridische klachtenprocedures dienen zich derhalve te beperken tot beslissingen, door de directie of krachtens uitdrukkelijke delegatie namens deze genomen, bijv. door een afdelingshoofd. Het gaat dan dus steeds om beslissingen van de hiërarchisch hoogst- of bijna hoogst aangestelde dirigerende persoon (144). Personeelsleden zouden hun werk niet meer rustig en met genoegen kunnen verrichten als hun eigen handelingen direct vatbaar waren voor beklag, terwijl anderzijds de directietaak menselijkerwijze vrijwel onvervulbaar zou worden als elke door enig personeelslid in de inrichting verrichte handeling tot een klachtenprocedure zou kunnen leiden. Iets anders is, dat de directie wel een bepaalde beslissing van een personeelslid achteraf alsnog aan zich kan trekken, door deze beslissing uitdrukkelijk goed te keuren. Maar daarom zal dan eerst door een potentiële klager met zoveel woorden moeten worden verzocht. Ook dit komt in het raam van het beklag- en beroepsrecht voor gedetineerden veelvuldig voor. Handelingen van personeelsleden in penitentiaire inrichtingen worden bovendien vatbaar voor beklag, vanaf het moment dat de directeur zich met een rapport van een personeelslid verenigt en daaraan consequenties verbindt.

Voorts zijn er ook handelingspatronen van personeelsleden denkbaar, die weliswaar niet direct uit een uitdrukkelijke delegatie voortvloeien, maar wel - bijvoorbeeld in een enigszins gedecentraliseerde situatie - tot de uiteindelijke verantwoordelijkheid van de directie behoren, nl. voorzover deze bedoelde patronen met instemming in stand laat, althans ervan op de hoogte is. Het zal dan vaak gaan om "klein onrecht" (aan de basis), hetgeen in dat geval mede vatbaar zal moeten zijn voor het klachtrecht. Het spreekt vanzelf dat zuiver medisch handelen, bijv. krachtens delegatie door de medicus, geheel van het klachtrecht blijft uitgesloten.

#### 5.4.1.b de toetsingscriteria

In correlatie met het voorgaande ligt het voor de hand te komen tot een tweeledig toetsingskriterium, evenals dat in het beklagrecht voor gedetineerden configureert (145). De oorspronkelijke directiebeslissing zou dienen te worden herzien:

- indien de beslissing in strijd is met een in de inrichting geldend voorschrift of een aldaar geldende norm, dan wel
- indien de beslissing bij afweging van alle in aanmerking



*komende belangen en omstandigheden apert onredelijk of onbillijk moet worden geacht.*

De bedoeling van deze tweeledigheid is om voor het geval er geen sprake is van schending van een evident aan te wijzen, ondubbelzinnig geformuleerd recht of ondubbelzinnig luidende norm, bijvoorbeeld voortvloeiend uit het recht op goede zorg, de mogelijkheid open te houden om in het kader van een slechts vaag geformuleerd voorschrift of vaag luidende norm ruimte te bieden voor een meer marginale toetsing in de sfeer van de redelijkheid en de billijkheid. Welke graad van beleidsvrijheid voor de inrichting in het concrete geval is geïndiceerd, zal sterk afhangen van de zwaarte van de op het spel staande belangen en van de vraag in welke beginselen van recht of in welke grondrechten deze belangen steun vinden. Is er ook een grondrecht in het geding, dan zal de inrichting veel zwaardere argumenten behoeven om daaraan voorbij te mogen gaan dan wanneer eenvoudig een maatschappelijke "wenselijkheid" te berde wordt gebracht van de kant van de patiënt. Dergelijke graduele verschillen hebben zich ook in het detentierecht gemanifesteerd, bijv. bij de kwestie in hoeverre gedetineerden in het huis van bewaring het recht op vereniging en vergadering intramuraal, dus met elkander, mogen uitoefenen. Hierover zijn diverse kort gedingen gevoerd. De Hoge Raad heeft er uiteindelijk mee ingestemd, dat in de overwegingen van het Hof praktische bezwaren in verband met personele en ruimtelijke voorzieningen het wonnen van het grondrecht, ondanks het volstrekt tegengestelde uitgangspunt dat de A.-G. Leyten als basis voor zijn conclusie had genomen 146). Steeds zal door de klachteninstantie de vraag moeten worden beantwoord, in hoeverre bepaalde beperkingen, restricties, onmogelijkheden of weigeringen tot medewerking aan de realisering van verzoeken, waarop de patiënten bij het zoeken naar of het effectueren van hun rechten stuiten, als noodzakelijk of redelijk dan wel als te vermijden of zelfs als onredelijk dienen te worden beschouwd. Daarbij moet onderscheid worden gemaakt tussen *objectieve* en *subjectieve* beperkingen.

*Objectieve beperkingen* worden opgelegd door materiële, personele en bouwkundige omstandigheden of door de grenzen van de beslissingsmacht van functionarissen; *subjectieve beperkingen* gaan uit van het persoonlijk interpretatieschema van functionarissen, dat vaak restricties kent onder invloed van de "inrichtingsdoctrine" welke Goffman aan elk type totale institutie onderkent (zie 1.1.). De dwingendheid van omstandigheden is natuurlijk lang niet altijd een objectief gegeven, maar hangt vaak tevens in enigerlei mate af van persoonlijke appreciaties. Met name geldt dit voor het belang van orde en rust in de inrichting, een belangrijk referentiekader voor te nemen beslissingen.

Maar ook - zo bleek reeds eerder - gelden in dit verband als referentiekaders de hygiëne, de gezondheid van de patiënt en diens eigen belang en eigen bestwil. Deze kunnen evenwel gemakkelijk als motieven worden aangevoerd ter

verfraaiing of verbloeming van moraliserende, betuttelende of zelfs punitieve tendenties; ook kunnen deze een eufemisme vormen voor het kiezen van de gemakkelijkste weg. Ter doorgronding en analysering van dit alles en om belangrijke rechtsbeginselen waar mogelijk te doen prevaleren boven praktische bezwaren, is een enigszins sterke rechtspositie, d.w.z. met daadwerkelijke toetsingsmogelijkheden, noodzakelijk.

#### 5.4.2. *de beslissende instantie*

Voor een verantwoorde behandeling van de desbetreffende klachten dient de beslissende instantie te voldoen aan een specifieke combinatie van maatstaven:

- a) onafhankelijkheid
- b) bindende rechtskracht van beslissingen
- c) snelle en gemakkelijke bereikbaarheid
- d) deskundigheid op het gebied van verpleeghuizen
- e) vertrouwenwekkende samenstelling

##### 5.4.2.a *onafhankelijkheid*

Onafhankelijkheid, onpartijdigheid, onbevooroordeeldheid maken het wezen uit van een geschillen-beslechtende-derde: zij vormen een essentiële conditie voor het verkrijgen van de optimale beslissing inzake een geschil tussen verschillende standpunten, hoever deze ook uit elkaar liggen. Er is wel het beeld opgeworpen, dat de rechterlijke functie zich bevindt "tussen theologie en medicijnen" 147). Materiële of morele bindingen met de ene of de andere zijde van het geschil zijn belemmerend voor een onafhankelijke opstelling ten opzichte daarvan.

##### 5.4.2.b *bindende rechtskracht van beslissingen*

Tussen het rechterlijk oordeel en de informele bemiddeling zijn rechtssociologisch grote verschillen. De bemiddelaar is uit op verzoening van belangen, die althans aanvankelijk als tegenstrijdig waren ervaren, en streeft doorgaans naar het compromis. Bemiddeling oogst natuurlijk het grootste succes, wanneer beide partijen geïnteresseerd zijn in het opgelost worden van hun conflict. Dit oordeel van de bemiddelaar is niet bindend. Een rechterlijke instantie let niet primair op de toekomst (verzoening), maar op wat reeds is beslist en op de normen betreffende rechten, verantwoordelijkheden, etc.

De rechterlijke beslissing is wél bindend. Inschakeling van een dergelijke rechterlijke instantie is ook voor de verpleeghuissituatie aangewezen, voorzover daar zwaarwegende rechtsbelangen van individuen op het spel staan, die afhankelijk zijn van een machtsuitoefening van meer of minder professionele aard. Vanzelfsprekend wordt hier geen

starre klachteninstantie voorgestaan, die als een stok in het wiel van de verpleeghuissituatie werkt; maar omgekeerd moet niet worden gestreefd naar een methode van klachtenafhandeling, waarbij reeds bij voorbaat het belang van het verpleeghuis is veilig gesteld.

#### 5.4.2.c *bereikbaarheid*

Een zodanige klachteninstantie dient snel bereikbaar en gemakkelijk toegankelijk te zijn. In vele typen totale institutie doet zich het verschijnsel voor, dat "muggen vlug tot olifanten worden", m.a.w. dat ogenschijnlijk futiele problemen relatief zeer zwaar gaan wegen. Het laat zich denken dat in zo'n "schaalvergroten" situatie datgene wat eenmaal als grievend of als onrecht wordt ervaren de neiging vertoont tot grote proporties uit te groeien, zo niet tot een enorme pré-occupatie voor de betrokkene(n) te worden. Wellicht in een iets gematigder tempo, geldt dit evenzeer voor degenen die zich met de geïnstitutionaliseerden nauw verbonden voelen, zoals familieleden.

In het geval van verpleeghuispatiënten komt daar nog bij, dat de familieleden zich vaak zeer schuldig en ongelukkig voelen over het feit dat zij niet in staat waren de institutionalisering te vermijden (148). Alleen al daarom is het geïndiceerd ook hen het recht tot het doen van een klacht te geven (zie hieronder 6.2.6.). Een snel optreden door een klachteninstantie zolang de kwesties en problemen nog actueel zijn, is van groot belang: deze instantie zal primair moeten fungeren als "vredesrechter", die men gemakkelijk kan vinden en die snel ter plaatse aanwezig kan zijn.

#### 5.4.2.d *deskundigheid*

Voor een evenwichtige beoordeling van problemen, welke in de verpleeghuissituatie kunnen rijzen, is het nodig dat de klachteninstantie zich noch primair identificeert met het verpleeghuis, noch zich de noden van de patiënten op een al te eenzijdige wijze aantrekt. Men dient deze noden evenwel op de juiste waarde te kunnen taxeren en anderzijds de mogelijkheden welke in het huis aanwezig zijn voldoende te leren kennen. In dit perspectief betekent het vereiste van deskundigheid: engagement met en inzicht in de verpleeghuissituatie in z'n totaliteit, d.w.z. van twee kanten bezien. Anders zou de eis van de onafhankelijkheid ernstig in de knel komen. Dit betekent geenszins, dat mensen die ooit eigen ervaringen met de verpleeghuissituatie hebben opgedaan, hetzij als familielid van een verpleegde, hetzij als personeelslid of in welke andere hoedanigheid dan ook, ongeschikt zouden zijn voor het lidmaatschap van een klachtencommissie. Integendeel, doch het zal wél sterk

van de persoonlijke instelling en mentaliteit van de betrokkene afhangen op welke wijze deze zijn of haar persoonlijke ervaringen verwerkt en integreert in diens algehele oordeelsvorming. En daarin ligt zeker een belangrijk criterium besloten voor diens geschiktheid voor een zodanig lidmaatschap.

#### 5.4.2.e wijze van samenstelling

De wijze waarop een klachteninstantie wordt samengesteld moet voldoende *vertrouwen* genieten zowel bij de patiënten als bij het verpleeghuis. De wijze van samenstelling omvat niet alleen de vraag uit welke personen wordt samengesteld, maar ook de vraag via welke procedure deze samenstelling geschiedt.

Hiervoor is een vormgeving vereist, die bij geen der potentiële partijen a priori achterdocht wekt in de sfeer van bevooroordeeldheid, partijdigheid of het uitgesproken op de hand van één der partijen zijn. Zelfs iedere schijn daarvan moet op voorhand worden vermeden.

#### 5.4.3. procedureregels

De procedureregels dienen er voor te waken dat de procedure *zorgvuldig* verloopt en dat alle partijen hun belangen voldoende kunnen verdedigen, zodat daarover een optimale duidelijkheid en inzichtelijkheid ontstaat. Alle betrokkenen moeten ook zelf het gevoel hebben, dat hun standpunten serieus worden genomen en het vertrouwen hebben dat deze daadwerkelijk tegen elkaar afgewogen worden. In de context van het verpleeghuis komt het me niet zinnig voor, dat een dergelijke procedure te geformaliseerd zou worden in die zin, dat deze vooral zou gaan bestaan uit het uitwisselen van papier (bevattende toelichtingen, mededelingen, standpunten etc.) en dat deze het sanctioneren van de schending van procedurevoorschriften, van de overschrijding van termijnen etc. zou gaan omvatten. Dit zou een volstrekt verkeerde aanwending van de nodige energie betekenen. Anderzijds zou het geheel achterwege blijven van procedureregels gemakkelijk kunnen leiden tot verwaarlozing van de belangen der klagers. Een aantal essentiële aspecten van de procedure zal op zijn minst dienen te worden geregeld, doch binnen een dergelijk minimum-raamwerk zullen klachteninstanties armslag moeten hebben voor een eigen vormgeving aan de procedure.

De belangrijkste aspecten van de procedure zijn:

- a) het vereiste van "hoor en wederhoor"
- b) het directheidsbeginsel
- c) het beginsel van twee instanties
- d) (rechts)bijstand
- e) gemotiveerde en schriftelijke beslissingen
- f) termijnen
- g) compensatie
- h) schorsing

#### 5.4.3.a *het vereiste van "hoor en wederhoor"*

In het vereiste van "hoor en wederhoor", de confrontatie tussen partijen ten overstaan van een onafhankelijke derde, kristalliseert zich geheel en al de contradictoire structuur van een procedure uit. Het is van eminent belang, dat klachteninstanties de betrokken partijen zo uitvoerig mogelijk aan het woord laten en ze op elkaars standpunten en visies doen reageren. Langs deze weg krijgt de beslissende instantie op de beste wijze inzicht in de onderliggende conflicten en geschillen en aldus zijn de voorwaarden voor de beste beslissingen gewaarborgd. Zoals we zagen, kunnen juist rechtsbeginselen van algemene of minder concrete aard door middel van een contradictoire procedure tot gelding worden gebracht, die anders waarschijnlijk als waarden ongerealiseerd zouden blijven.

#### 5.4.3.b *het directheidsbeginsel*

Het is evenwel de vraag, hoe dwingend door een klachtencommissie de verschijning van partijen en hoe dwingend de verschijning van eventuele getuigen kan worden verordeneerd. Hiertoe zal de commissie - hoe schadelijk dit ook is voor het directheidsbeginsel als voorwaarde voor een goed inzicht in de onderliggende problematiek - de competentie missen. Een dergelijke zware bevoegdheid zou niet zijn te effectueren. Het optimaal bereikbare ligt in de sfeer van de overreding om alsnog te willen verschijnen. In het kader van het beklagrecht voor gedetineerden komt het veelvuldig voor, dat een bewaarder helemaal niet of niet in aanwezigheid van de klagende gedetineerde wil worden gehoord. Vaak heeft dit te maken met felle emoties, die ten opzichte van elkaar zijn gegroeid naar aanleiding van een ernstig conflict of incident.

Zulks moet noodgedwongen worden gerespecteerd. De voorzitter van de beklagcommissie is in zo'n geval echter verplicht de afwezige partijen te informeren over datgene wat de andere partij aan de commissie heeft verklaard (149).

#### 5.4.3.c *het beginsel van twee instanties*

Het recht op hoger beroep tegen de beslissingen van de klachteninstantie verdient ernstig te worden overdacht en mag niet zonder meer over het hoofd worden gezien. Een zwaarwegend argument voor het recht van hoger beroep is op veel terreinen gelegen in de wenselijkheid een zekere rechtseenheid te bewerkstelligen. Tevens kunnen in eerste instantie gemaakte fouten worden gecorrigeerd. Voorsalsnog valt te voorspellen dat het recht van hoger beroep op het onderhavige gebied, waar reeds het klachtrecht in eerste instantie op veel weerstand en scepsis stuit en waar het rechtsgehalte nog geheel en al zal moeten worden "ontgonden", grote bezwaren zal ontmoeten. Afgewogen zal dienen te

worden in hoeverre voor deze bezwaren zal moeten worden gezwicht, dan wel dat de voordelen van het hoger beroep zwaarder moeten tellen.

#### 5.4.3.d (*rechts*)*bijstand*

Het is in het belang van het contradictoire karakter van de procedure, dat bij de klachtenbehandeling de klager terzijde wordt gestaan door een vertrouwensman, een rechtshulpverlener of eventueel zelfs een professioneel raadsman. Men kan zich voorstellen, dat in veel gevallen de klager zelf niet (meer) goed het woord kan doen, terwijl lang niet altijd zijn familieleden of andere naasten het woord gemakkelijk zullen kunnen overnemen. Het moet daarom mogelijk zijn gebruik te maken van de diensten van een andere persoon, bij strikt juridische kwesties zelfs in de professionele sfeer. Te denken valt ook aan de Bureau's voor Rechtshulp of aan wetswinkels. Ik sluit nl. bepaald niet uit, dat onder juridische studenten en bij de sociale advocatuur in het algemeen voor dit soort juridisch-verwaarloosde terreinen grote belangstelling zal ontstaan. Zeker in het begin zal er ruimte kunnen zijn voor creatieve argumentaties. Is eenmaal dit terrein juridisch enigszins "ontgonnen", dan gaat het meer om het "frapper toujours", het telkenmale herhalen van beargumenteerde acties om te voorkomen dat eenmaal gedane uitspraken en op gang gebrachte rechtsontwikkelingen weer zouden wegzakken en hun betekenis zouden verliezen. Dit is een verschijnsel, dat zich gemakkelijk in de context van totale instituties voordoet: deze instituties vertonen nu eenmaal de tendentie om weer snel in oude, "natuurlijke" mechanismen en patronen terug te vallen. Het is juist van belang, dat een raadsman deze dynamische rol in procedures op zich neemt. Het moet dan ook niet worden uitgesloten, dat de voorzitter van de klachtencommissie in voorkomende gevallen desgevraagd een advocaat zou kunnen toevoegen. Zie voor de financiering onder 6.5.

#### 5.4.3.e *gemotiveerde en schriftelijke beslissingen*

Een juridisch behoorlijke procedure brengt met zich mee, dat beslissingen voldoende met redenen worden omkleed en schriftelijk worden gegeven. Het verdient grote aandacht, dat daarin ook minstens een korte weergave van de verschillende standpunten, zoals ter zitting ingenomen, plaatsvindt. Een dergelijke regel is a fortiori van belang, indien er tevens nog een beroepsmogelijkheid bestaat.

#### 5.4.3.f *termijnen*

Omwille van de rechtszekerheid voor alle partijen zal niet voorbijgezien mogen worden aan het stellen van bepaalde termijnen. In de eerste plaats zal de klacht zelf binnen een zekere termijn na de betwiste beslissing moeten worden

ingediend; te denken valt aan een termijn van 4 weken. Later ingediende klachten zijn in beginsel niet-ontvankelijk, tenzij kan worden aangetoond, dat de klager zo snel als redelijk van hem mocht worden verwacht na kennisneming van de gewraakte beslissing, een klacht heeft ingediend. In de tweede plaats zal de klachtenbehandeling en de daaruit voortvloeiende beslissing binnen een zekere termijn zijn beslag moeten krijgen. Ook hierbij kan worden gedacht aan in totaal 4 weken.

De keuze voor de eerste hier genoemde termijn is mede gebaseerd op het feit, dat menige potentiële klager het indienen van een eventuele klacht eerst zal willen bespreken met familieleden.

De keuze van de tweede gesuggereerde termijn heeft er mee te maken, dat van geen enkel klachtenorgaan, wiens leden doorgaans slechts bij wijze van nevenfunctie (veelal naast een drukke werkkring) hun werk zullen doen, kan worden verwacht dat deze altijd erg snel bijeen zal kunnen komen. Om dezelfde reden is in het penitentiaire recht aanvaard, dat door de beklagcommissies de termijn van 3 weken, waarbinnen zij wettelijk uitspraak moeten doen, soms noodgedwongen wordt overschreden 150).

#### 5.4.3.g *compensatie*

Wanneer het toewijzen van een klacht niet helemaal of helemaal niet het nadeel of de schade, die de patiënt inmiddels van de gewraakte beslissing heeft ondervonden, ongedaan kan maken, is er plaats voor een zekere compensatie. In het penitentiaire beklagrecht is het de voorzitter van de beklagcommissie, die in overleg met de directeur van de inrichting nagaat, of enige compensatie mogelijk is 151). Deze compensatie kan dan bestaan uit extra bezoek, extra recreatie of een geldelijke tegemoetkoming. De ervaring wijst uit, dat gedetineerden wier klacht gegrond verklaard wordt met dit feit op zichzelf vaak meer tevreden zijn dan dat ze nog belangstelling hebben voor de ietwat symbolisch aandoende erkenning daarvan in de vorm van een genoegdoening.

#### 5.4.3.h *schorsing*

Tenslotte werpt zich de vraag op, in hoeverre er behoefte bestaat aan een regeling, die de voorzitter van de klachtencommissie in staat stelt hangende de procedure hetzij eigenmachtig de directiebeslissing waartegen de klacht is gericht te schorsen, hetzij aan de directie een voorstel te doen de eigen beslissing te schorsen. In het penitentiair beklagrecht is gekozen voor het laatste, aangezien men anders - hoe juridisch zuiver dit op zichzelf zou zijn - te veel de positie van de directeur vreesde aan te tasten. Hoewel in de praktijk - zomin als in het gevangeniswezen - veel resultaat van een zodanige regeling zal zijn te verwachten, lijkt mij toch dat in voorkomende gevallen de

voorzitter van de klachtencommissie uitdrukkelijk de bevoegdheid zou moeten zijn toegekend een dringend beroep te doen op de directie om de litigieuze beslissing hangende de procedure te schorsen. De directeur zal afwijzing van dit beroep dienen te motiveren. Daarin zal een waarborg zijn gelegen tegen een al te lichtvaardig optreden in een situatie, die klaarblijkelijk in de richting van een schorsing wijst.

#### 5.4.4. *conclusie: een onafhankelijke klachtencommissie voor juridiseerbare klacht*

Uit het voorgaande volgt de noodzaak van onafhankelijke klachtencommissies bij alle verpleeghuizen. Strikte eisen van recht brengen met zich mee, dat in bepaalde reglementair te omschrijven gevallen sprake zal moeten zijn van een juridisch "sterke" rechtspositie. De contouren van de samenstelling, de taak en de werkwijze van de bedoelde klachtencommissies kwamen reeds in grote lijnen naar voren, doch zouden nog veel exacter in een regeling moeten worden uitgewerkt. Hierop zal ik in hoofdstuk 6 nader ingaan, in die zin dat ik het profiel wel wat verder preciseer, doch zonder een voorstel voor een wettelijke regeling te doen.

#### 5.5. De behandeling van niet juridiseerbare klachten in de bemiddelende sfeer

Totale instituties zijn evenwel niet alléén organisaties, waarin beslissingen worden genomen jegens degenen die er als cliënten in (moeten) verblijven, maar tevens zijn het *micro-leeftgemeenschappen*, waarin gedurende het gehele etmaal mensen zich ten opzichte van elkaar feitelijk gedragen, functionarissen en cliënten, zowel onderling als wederkerig. De dagelijkse interactie, *de intermenselijke uitwisseling van gedachten en wisselwerking van gedragingen*, valt in beginsel - wellicht op enkele "uitschieters" na - buiten juridische beoordelingspatronen: klachten in dit verband zijn niet te juridiseren. In de enquête van de Sectie Verpleeghuizen van de NZR (zie 5.2.3.) worden deze genoemd: "klachten over relationele aspecten van de zorgverlening" (118 van de 478 klachten). Het gaat hierbij om een manier van doen, een wijze van optreden, die meestal een kwestie van hoogst persoonlijke aard is en daardoor moeilijk of niet te veranderen. Soms liggen mensen elkaar eenvoudig niet vanaf het eerste ogenblik. Geen klachtenprocedure zal ooit in karakterverschillen wijziging kunnen brengen, eerder het tegendeel. Problemen, die daaruit voortvloeien zullen hooguit organisatorisch kunnen worden opgelost. Hetzelfde geldt *mutatis mutandis* voor klachten over *de kwaliteit van bepaalde materiële voorzieningen*, zoals het eten, de koffie, de thee, de outillage etc. Al evenmin zijn in dit opzicht rechten te formuleren. Controle op de kwaliteit kan slechts georiënteerd zijn op een algemeen



geldende standaard van redelijkheid, humaniteit, "common sense", pragmatisme en op daarmee samenhangende vereisten van leefbaarheid.

Ontegenzeggelijk is de kwaliteit van het eten, de koffie en het beddegoed van ongekend grote betekenis voor de patiënten, doch het is moeilijk vast te leggen hoe deze beoordeeld moet worden. Degenen, die tot controle hiervan worden geroepen kunnen zelf onverwachts steekproeven nemen, bijv. door koffie te komen drinken, het eten te keuren etc. Op deze wijze kan *een algehele indruk* m.b.t. deze aspecten van de verzorging ontstaan, maar het is ondoenlijk achteraf vast te stellen dat op een *bepaalde* dag de koffie slecht of koud is geweest, tenzij het personeel zulks naderhand zelf zou erkennen. De aard van de controle, resp. op relationele aspecten en op wat in de NZR-enquête genoemd wordt "hotelmatige" aspecten van de verpleeghuis-situatie, brengt met zich mee dat naast de onafhankelijke klachtencommissie, waartoe onder 5.4.4. in wezen werd geconcludeerd, in ieder verpleeghuis nog behoefte bestaat aan een onafhankelijke commissie die niet-juridische, pragmatische klachten beoordeelt. Het ligt voor de hand, dat zoveel mogelijk geprobeerd wordt deze klachten tot een oplossing te brengen in de bemiddelende sfeer, d.w.z. door het doen van suggesties ter verbetering van bepaalde aspecten van de situatie aan de directie of door het geven van adviezen aan de klager, ofwel door een combinatie van beide. Het is een consequentie van het in 2.4.1. gestelde algemene juridische uitgangspunt, dat ook klachten van meer feitelijke en praktische aard optimaal worden beschouwd als serieus aspect van de bescherming van de patiënten tegen ongerechtvaardigde inbreuken op hun positie. Waar de omschrijving van hun *rechtspositie* echter noodgedwongen zijn grenzen heeft bereikt, houdt de rechtsbescherming van hun *sociale* positie in beginsel niet op, al betreft deze wel moeilijk te controleren en moeilijk te normeren klachten. Op de samenstelling en werkwijze van de desbetreffende commissies en hun verhouding tot de klachtencommissies, zoals bedoeld onder 5.4.4., wordt in hoofdstuk 6 teruggekomen.

## 6. KLACHTENCOMMISSIES EN COMMISSIES VAN TOEZICHT

### 6.1. Taakafbakening tussen beide typen commissies

In het vorige hoofdstuk heb ik een groot aantal desiderata voor een klachtenregeling genoemd, welke m.i. voortvloeien uit het postulaat van een juridisch behoorlijke rechtspositie voor de verpleeghuispatiënt.

Deze desiderata werden reeds enigszins afgestemd op de specifieke verpleeghuissituatie, doch dit geschiedde nog slechts in grove lijnen. Daarnaast is er als consequentie van een optimale rechtsbescherming behoefte aan een meer informele, bemiddelende vorm van klachtenbehandeling. Door mij wordt derhalve geopteerd voor een *tweeledige* vorm van klachtenbehandeling, te weten:

- *geschillenbeslechting* door een onafhankelijke klachtencommissie met belissingsmacht in specifiek aangeduide gevallen volgens een met waarborgen omklede procedure;
- *bemiddeling* door een onafhankelijke toezichthoudende commissie m.b.t. overige, niet juridiseerbare klachten, die veelal zijn gelegen in de sfeer van de kwaliteit van materiële voorzieningen, relationele conflicten, etc.

In het vervolg zal terminologisch de geschillenbeslechtende commissie worden aangeduid als: *klachtencommissie* en de bemiddelende commissie als: *commissie van toezicht* (c.v.t.).

De achtergrond van deze tweesporige gedachtengang is in de eerste plaats, dat daarmee het rechtsburgerschap van de verpleeghuispatiënt ten volle gestalte zal kunnen krijgen. Doch daarnaast ontstaat zo ook in zekere zin een keuze-mogelijkheid voor de patiënt: hij is natuurlijk geenszins verplicht om de "zware" procedure van de klachtencommissie te initiëren, als zijn voorkeur mocht uitgaan naar klachtenbemiddeling. Ook al is de klacht formeel vatbaar voor geschillenbeslechting, dan nog staat het de patiënt volkomen vrij voor een meer informele oplossing via de c.v.t. te opteren. Dit zal niet zelden zelfs in zijn eigen belang zijn: vermoedelijk kost een formele procedure meer tijd, terwijl de informele bemiddeling in een aantal gevallen tot meer resultaat zal kunnen leiden, waar de formele procedure vrijwel uitsluitend in een ja-of-nee beslissing kan resulteren. Wel kan ik mij voorstellen, dat een klacht, die vatbaar is voor behandeling door de klachtencommissie, abusievelijk of uit onwetendheid bij de c.v.t. wordt gedeponereerd. Het lijkt mij dan in de rede te liggen, dat de laatste de klager eerst attendeert op de mogelijkheid van behandeling door de klachtencommissie alvorens zich aan haar bemiddelende taak te zetten. Omgekeerd zal de klachtencommissie een bij haar ingediende klacht, die niet ontvankelijk dient te worden verklaard omdat zij niet bevoegd is tot oordelen, moeten doorverwijzen naar de c.v.t. Beide commissies moeten voor het overige

geheel *onafhankelijk van elkaar* en tevens *onafhankelijk van de inrichting*, fungeren. Dezelfde persoon zal dan ook niet tegelijkertijd lid van beide commissies kunnen zijn, althans niet in dezelfde periode in beide hoedanigheden kunnen optreden. Evenmin zal één en dezelfde klacht door beide commissies tegelijk in behandeling kunnen worden genomen. Het secretariaat van deze commissies zal zulks goed dienen te coördineren. De beoordelingspatronen van beide commissies zijn immers veel te verschillend om deze ten aanzien van één bepaalde kwestie te combineren. Dit zou tot heilloze verwarring en onzekerheid voor alle partijen leiden. Wie eenmaal voor de "zware", "formele procedure" heeft gekozen kan niet meer terugvallen op "zachtere" patronen. Anders is het in het omgekeerde geval. Het kan zeer zinnig zijn eerst de weg van de klachtenbemiddeling te bewandelen alvorens een formele procedure te entameren. In zoverre is er wel iets te zeggen voor een soort uitgevings- of doorgeleidingssysteem, al zal dit er nooit toe mogen leiden dat een eerdere instantie door een klacht "door te schuiven" zich er gemakkelijk van af kan maken. De hier voorgestelde gang van zaken verschilt van het Advies inzake klachtrecht van cliënten, afkomstig van de Stuurgroep-Democratisch en Doelmatig Functioneren Gesubsidiëerde Instellingen. In dit Advies wordt voor het brede terrein van de gesubsidiëerde instellingen een klachtenregeling in twee instanties voorgesteld; hiermee wordt bedoeld, dat de klager eerst zijn klacht moet deponeren bij een *interne* bemiddelende klachteninstantie en pas daarna terecht kan bij een *externe* klachteninstantie, wiens externe bemiddeling zonodig met een beoordeling kan eindigen. Deze volgorde is dwingend voorgeschreven (152).

## 6.2. Het profiel van de klachtencommissies

### 6.2.1. *het referentiekader voor de desiderata*

In hoofdstuk 5 heb ik meer dan eens vergelijkingen gemaakt met de beklagcommissies, die aan elke penitentiare inrichting, als onderdeel van de Commissie van Toezicht, zijn verbonden. In mijn denken over de onderhavige klachtencommissies heb ik mij om verschillende redenen hierop in het bijzonder georiënteerd.

In de eerste plaats is in de intramurale gezondheidszorg de ontwikkeling op dit terrein nog slechts van zeer beperkte aard en omvang, zodat tevens naar referentiekaders daarbuiten dient te worden gezocht. Ook bijvoorbeeld de voorstellen van de Commissie-Van Dijk m.b.t. de rechtspositie van de psychiatrische patiënt acht ik in deze niet voldoende bevredigend (153). Daarentegen is het beklagrecht voor gedetineerden qua opzet verreweg het meest geavanceerd en in de praktijk het meest uitgewerkt. Dit staat - niet

zonder reden - ook model in de opvattingen van de Commissie-Haars betreffende de rechtspositie voor t.b.r.-gestelden.

In de tweede plaats betreft het klachtrecht in verpleeghuizen weliswaar een in allerlei opzichten geheel andere situatie, doch wél zijn vele aspecten daarvan vergelijkbaar met aspecten van de penitentiaire detentiesituatie. Ik denk daarbij primair aan de aspecten, die inherent zijn aan de mengvorm van totale institutie en formele organisatie (zie 1.2.). Dat daarnaast het verpleeghuis veel meer dan een penitentiaire inrichting het karakter van professionele organisatie heeft, doet in de verpleeghuissituatie niets af aan de aanwezigheid van allerlei grondtrekken, die ook aan penitentiaire inrichtingen moeten worden onderkend. De afhankelijkheids- en mortificatieverschijnselen staan daarin centraal. Deze worden overigens niet zelden door de professionalisering in zekere zin eerder versterkt dan afgezwakt. Zelfs zagen we, evenals dit in psychiatrische inrichtingen het geval is, dat een punitieve lading daarin lang niet altijd ontbreekt. In zoverre is het trekken van juridische parallellen tussen beide situaties in het perspectief van het formele klachtrecht alleszins gerechtvaardigd.

Hier wordt niet geopteerd, zoals Laurs doet (154), voor het instellen van aparte kamers bij rechtbanken, die gespecialiseerd zijn in gezondheidsrecht; deze lijken mij hoe dan ook te ver verwijderd van de verpleeghuizen: commissies zijn mobieler en buigzamer.

### 6.2.2. de samenstelling van de klachtencommissie

Het komt me gewenst voor, dat de klachtencommissie uit drie leden zal bestaan, die noodzakelijkerwijze onafhankelijk zijn van het verpleeghuis. Het zou aanbeveling verdienen, indien de voorzitter tevens jurist zou zijn.

De leden kunnen juridisch-leken zijn, die evenwel engagement en deskundigheid m.b.t. de verpleeghuissituatie bezitten in de geest van het onder 5.4.2.d besprokene. De leden kunnen afkomstig zijn uit de sfeer van de familie van patiënten, uit de medische wereld, uit de sector van de hulpverlening, uit de verpleegwereld, uit de ouderenden, etc. Aan elke commissie zal een secretaris moeten zijn verbonden, die zorgdraagt voor de rondzending van stukken, voor de notulering van het ter zitting besprokene en voor het afhandelen van de klacht in de vorm van een uitspraak. Het is denkbaar dat één commissie haar werkterrein over meer dan één verpleeghuis, bijvoorbeeld binnen dezelfde regio, uitstrekt.

Een bijzondere ontwikkeling welke in het klachtrecht voor jeugdigen in rijksinrichtingen voor de kindbescherming reeds is geïncorporeerd, is die van de *unus iudex*. Dit houdt in, dat de voorzitter van de klachtencommissie in geval van futiele zaken in eerste aanleg zelf probeert tot een beslissing te komen. Zo de zaak toch te ingewikkeld

blijkt, verwijst hij de klacht alsnog naar de voltallige commissie. Op deze wijze kunnen vele klachten op eenvoudige en minder tijdrovende wijze worden afgedaan (155). Ook m.b.t. het beklagrecht voor gedetineerden worden dergelijke gedachten wel geopperd. In voorkomende gevallen dient ook t.a.v. de verpleeghuissituatie deze vereenvoudigde mogelijkheid van klachtenbehandeling ter beschikking te zijn. Hierbij zij nog aangetekend, dat met de aanduiding "futiliteit" zaken niet een waardeoordeel over de portée van de desbetreffende klachten mag worden geveld: in totale instituties wegen futiliteiten juist vaak zeer zwaar. Het gaat echter in dit verband om de overzichtelijkheid van het probleem en de gemakkelijheid, waarmee daarover naar alle waarschijnlijkheid een beslissing kan worden genomen.

#### 6.2.3. de taak en de bevoegdheden van de commissie

Indien de klager zijn klacht baseert op de reglementair voorgeschreven klachtgrond, t.w. dat door of vanwege de directie een recht is geschonden, hetwelke de patiënt aan de in het verpleeghuis geldende voorschriften of normen kan ontnemen (zie 5.4.1.a), moet de klachtencommissie de beslissing waartegen de klacht zich richt, toetsen aan één der criteria: hetzij aan de in de inrichting geldende voorschriften of aldaar geldenden normen, hetzij aan de (aperte) onredelijkheid of onbillijkheid van de beslissing bij afweging van alle in aanmerking komende belangen en omstandigheden (zie 5.4.1.b). De commissie zal de klacht *gegrond* dan wel *ongegrond* verklaren. In het eerste geval wordt de litigieuze directiebeslissing door de commissie dwingend *herzien*, d.w.z. geheel of gedeeltelijk teniet gedaan dan wel gewijzigd of aangevuld, in het laatste geval blijft de oorspronkelijke beslissing in stand. De commissie zal de klacht *niet-ontvankelijk* verklaren, wanneer deze een kwestie betreft die niet voor dit klachtrecht vatbaar is (bijv. buiten de klachtgrond valt) of wanneer de klacht te laat is ingediend; een termijn van 4 weken lijkt - zoals gezegd - in beginsel redelijk (zie 5.4.3.f). In het eerste geval kan de commissie reeds aanstonds - bij monde van het secretariaat - de klagers attenderen op de mogelijkheid van de klachtenbemiddeling.

#### 6.2.4. de werkwijze van de commissie

Het volgende beeld rijst thans omtrent de werkwijze van de commissie:

- zodra bij de commissie een klacht schriftelijk is ingediend, vraagt deze de directie om een *toelichting* (en eventuele andere opmerkingen) op de beslissing waartegen de klacht is gericht; de directie ontvangt daartoe een afschrift van de klacht;
- de commissie *hoort* vervolgens zoveel mogelijk alle partijen in elkanders aanwezigheid. Indien zulks onmoge-

lijk is of indien één der partijen weigert enige verklaring in aanwezigheid van de andere partij af te leggen, hoort de commissie partijen afzonderlijk. De voorzitter deelt wel steeds mondeling aan de ene partij mee wat de verklaring van de andere heeft ingehouden, althans de essentie daarvan;

- alleen als de klacht *kennelijk niet-ontvankelijk* is, kan het horen achterwege blijven;
- de klager kan zich door een *vertrouwenspersoon of een raadsman* doen bijstaan; de voorzitter zou een professioneel raadsman desgevraagd kunnen toevoegen;
- desgewenst kunnen *getuigen of getuige-deskundigen* worden gehoord. Beide partijen hebben het recht deze te doen horen. Ook kan hen om een schriftelijke verklaring worden gevraagd;
- op de klacht wordt zo spoedig mogelijk, doch *uiterlijk binnen vier weken* na inzending van de klacht schriftelijk beslist;
- zowel aan de klager als aan de directie wordt binnen 3 dagen *een gedagtekend en ondertekend afschrift* daarvan toegezonden;
- de beslissing is *met redenen omkleed*;
- hangende de procedure kan de voorzitter aan de directie voorstellen de gewraakte beslissing te *schorsen*; afwijzing van dit voorstel moet door de directie worden gemotiveerd.

Het zijn m.i. deze procedureregels, die in beginsel zouden moeten gelden en die bij wijze van minima zouden moeten worden geformuleerd. Vanwege de moeilijke effectueerbaarheid zijn bepalingen omtrent compensatie van door de gewraakte beslissing geleden nadeel bij toewijzing van de klacht vooralsnog beter achterwege te laten.

Ik zou er voor het overige een voorstander van zijn, als een dergelijke procedureregeling *royaal* zou worden toegepast, dat wil zeggen niet op een kleinzielige of scherp-slijperige wijze, doch eventueel met afwijkingen, mits dit geschiedt met goedkeuring van en in overeenstemming met alle betrokkenen. Onnodige verstarring, formalisering en bureaucratisering moeten tegen iedere prijs worden vermeden. Weliswaar gaat het hier om procedure-minima, die de rechtsbescherming van de individuele patiënt dienen, doch zolang zulks niet strijdt met zijn belangen, is er tegen het aanbrengen van wijzigingen daarin geen al te groot bezwaar. Anderzijds dient er tegen gewaakt te worden dat deze belangen gemakkelijk te lichtvaardig zouden worden gewogen of zelfs helemaal over het hoofd zouden worden gezien.

Tenslotte rijst nog de vraag van het *(hoger) beroep*. Er is omwille van de rechtseenheid en ter controle van de klachtencommissies veel te zeggen voor de mogelijkheid om beroep in te stellen, zowel voor de klager als voor de

directie. Ik meen dat hiervoor dient te worden gekozen om te voorkomen dat anders de klachtencommissies te veel "in het wilde weg" zullen beslissen. Vanzelfsprekend zal in beroep ernstig rekening moeten worden gehouden met de concrete verschillen tussen de resp. verpleeghuizen. Het beroep zou moeten worden behandeld door een centrale landelijke beroepscommissie. De vraag rijst of deze zou zijn te localiseren bij de Nationale (voorheen: Centrale) Raad voor de Volksgezondheid. Het spreekt vanzelf, dat dit orgaan dan eveneens onafhankelijk van de verpleeghuizen zou dienen te functioneren. Het probleem zou daarbij kunnen worden opgeworpen, in hoeverre de adviserende taak van de Nationale Raad aan de Regering is te combineren met een "rechtsprekende" functie, welke een grote mate van onafhankelijkheid veronderstelt. Een soortgelijke discussie heeft zich enige jaren geleden voltrokken rondom de Centrale Raad van Advies voor het Gevangeniswezen, de Psychopatenzorg en de Reclassering, die zowel de Regering adviseert als in beroep rechtsprekt inzake beklagzaken van gedetineerden. Twijfels over de onafhankelijkheid daarvan (156), werden door de Staatssecretaris van Justitie weerlegd, hetgeen werd ondersteund door een verwijzing naar concrete uitspraken, welke van een voldoende onafhankelijke opstelling zouden getuigen (157). Toch vind ik de combinatie van beide functies ongelukkig en zou daarom eerder voor een op zichzelf staande beroepscommissie willen pleiten.

#### 6.2.5. *typering van het klachtrecht: individueel van aard*

Het klachtrecht is individueel van aard, d.w.z.: er kan uitsluitend door een patiënt of diens familie van gebruik worden gemaakt met betrekking tot diens *eigen* situatie. Ook de beslissing van de klachtencommissie c.q. beroepscommissie heeft uitsluitend *direct* effect voor de situatie van de individuele klager en niet voor diens medepatiënten. Natuurlijk valt niet te ontkennen, dat in totale instituties, waar iedereen op elkaars lip zit, het gelijkheidsbeginsel veelal als een belangrijke maatstaf voor een rechtvaardige behandeling wordt ervaren: "gelijke monniken, gelijke kappen" viert er hoogtij. Het is dan ook niet verbazingwekkend dat van de inrichtingszijde veelvuldig het argument om een bepaald individueel verzoek van een geïstitutionaliseerde af te wijzen, is gelegen in de "precedent-werking" daarvan. Het is in dit verband echter "ars aequi" om elk verzoek op de eigen merites en feitelijke (on)mogelijkheden tot inwilliging te blijven beoordelen. Als doorslaggevende factor daarbij is denkbaar, dat de directie aannemelijk kan maken na honorering van andere verzoeken niet langer aan bepaalde gelijkkluidende verzoeken - vanwege feitelijke omstandigheden - tegemoet te kunnen komen: op dat moment zal het gelijkheidsbeginsel noodgedwongen moeten worden doorbroken. Vrees voor precedent-

werking is daarom zelden een legitieme reden voor het reeds bij voorbaat afwijzen van verzoeken: het gerechtvaardigd zijn daarvan zal eerst moeten blijken, waarna naar bevind van zaken verder zal kunnen worden gehandeld. Doorgaans mag evenwel worden verwacht, dat inrichtingsdirecties zoveel mogelijk zullen handelen in de geest van eerder gegeven beslissingen. Iets anders is, dat de inrichting effect kan verbinden aan bepaalde beslissingen van de klachten- of beroepscommissie door middel van het creëren van nieuwe of het wijzigen van bestaande huisregels. In het gevangeniswezen is als niet denkbeeldig gevaar van een dergelijke "structurele" oplossing naar voren gekomen, dat de desbetreffend mutaties nogal eens neerkwamen op een "neerwaartse nivellering": de nieuwe regel écarteerde het probleem voor de toekomst door met zoveel woorden een restrictie voor de gedetineerden te omschrijven, in plaats van de ruimere beslissing in een ruimere regel om te zetten. Een voorbeeld daarvan vormt de zo gehate visitatie van gedetineerden na ieder bezoek, ook van advocatuur en reclasering, in de huizen van bewaring, welke vroeger onder vigeur van de toenmaals geldende regels niet stelselmatig, doch uitsluitend steekproefsgewijs mocht plaatsvinden. Toch vond stelselmatige visitatie allengs vaker plaats in verband met de enorme toeneming van de hoeveelheden binnengesmokkelde drugs. De Beroepscommissie oordeelde dat deze praktijk tegen de regels indruiste. Hoewel als een belangrijk argument in deze kwestie het grondrecht van privacy geldt, is niettemin de desbetreffende regeling snel gewijzigd in die zin dat stelselmatige visitatie thans onder ruime condities is toegestaan (158). Hiermee wordt geïllustreerd, hoe het klachtrecht zeer defensieve reacties bij het systeem kan oproepen, die uiteindelijk niet het heil van de cliënten dienen, integendeel. In dat geval kunnen bepaalde aspecten beter niet geregeld worden dan op een zo restrictieve wijze, dat er helemaal geen ruimte voor interpretatie-geschillen meer overblijft. Het is daarom van groot gewicht, dat de stem van de cliënt zich niet alleen in de vorm van het individueel klachtrecht kan doen horen, doch evenzeer op het niveau van de algemene afspraken en de algemene regelgeving in de inrichting. Ik kom hierop nog terug.

#### 6.2.6. de klachtgerechtigden

Tot nog toe werd vrijwel steeds uitgegaan van de patiënt zelf als klager; slechts af en toe kwam naar voren, dat ook anderen als klachtgerechtigden zouden moeten kunnen optreden.

Wel zeer sterk geldt dit, naar valt aan te nemen, voor psycho-geriatrische patiënten en voor jongere, tevens psychisch gestoorde patiënten. Doch dit neemt niet weg dat het uitgangspunt van de mondigheid van de patiënt



onverkort moet gelden tot het tegendeel blijkt. Ook in het kader van de democratisering, de medezeggenschap op collectief niveau, is de morele mede-verantwoordelijkheid van familieleden en verwanten onderkend. Er vindt tegenwoordig her en der meer geïnstitutionaliseerde samenwerking plaats tussen verpleeghuizen en familie- of verwantenraden.

Ook kunnen individuele belangen t.b.v. patiënten door hun familieleden of verwanten worden behartigd, bijv. op het gebied van het vermogensbeheer.

Het bestuur van de Stichting Samivoz heeft in 1983 een hoeveelheid gedetailleerde "Samenwerkingsverklaringen" ontworpen ter bevordering van structurelere samenwerkingsvormen tussen de verpleeghuizen en de patiënten en, voorzover deze niet voor zichzelf kunnen opkomen, hun verwanten. Het lijkt me, dat belangenbehartiging door familieleden en verwanten, zelfs door goede vrienden, ten behoeve van de patiënten ook op het niveau van het individueel klachtrecht gestalte zal kunnen krijgen.

### 6.3. Het profiel van de commissies van toezicht

#### 6.3.1. *het referentiekader voor de gedachte van klachtenbemiddeling*

Het kan niet de bedoeling zijn in de verpleeghuizen een onoverzichtelijke "jungle" van commissies in het leven te roepen. Desniettemin behoeven de hiervoren geschetste klachtencommissies een noodzakelijke aanvulling ten behoeve van de behandeling van klachten, die niet of moeilijk zijn te juridiseren (zie 5.5.) of wier behandeling in de bemiddelende sfeer door de klager zelf eenvoudig wordt gewenst (zie 6.1.).

De nadere profilering van dergelijke commissies vergt zeker enige toelichting. Het ligt immers voor de hand hierbij in de eerste plaats te denken aan verschillende reeds bestaande of reeds voorgestelde bemiddelingsfiguren, zoals de patiëntenvertrouwenspersoon (verder: pvp) in de psychiatrische ziekenhuizen en de in het Deeladvies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid voor de verpleeghuis-situatie gepresenteerde "patiëntencontactpersoon". Deze laatste betiteling (verder: pcp) verdient volgens de Centrale Raad de voorkeur, omdat daarin de objectiviteit van de functionaris meer wordt geaccentueerd (159). Ook de pcp zou naar het oordeel van de Centrale Raad - evenals de pvp - in dienst moeten zijn van een namens representatieve patiëntenverenigingen daartoe speciaal in het leven geroepen stichting (160). Het verschil tussen beide figuren is evenwel hierin gelegen, dat de instelling van de pvp uitdrukkelijk is bedoeld tot verbetering van de (rechts)positie van de patiënt en tot vermindering van de machtsongelijkheid tussen patiënt en behandelaar (161), hetgeen

duidt op een *partijdig* functioneren 162), terwijl de pcp door de Centrale Raad meer een "ombudsmanachtige" figuur wordt genoemd, die eventueel samen met de klager de hulpverlener kan benaderen (brugfunctie) om te proberen een klacht tot een oplossing te brengen 163); de Centrale Raad benadrukt dan ook veeleer de *onafhankelijke* functie van de pcp. In een kritische notie wordt dit laatste door de Stichting-pvp opgevat als een "merkwaardige" verandering van de pvp in een "kleurloze pcp" 164). De taak van de pvp is evenwel zeer ruim in die zin, dat daartoe behalve klachtenbemiddeling in individuele gevallen ook behoort: informatiebegeleiding (d.w.z. het verstrekken van informatie aan de patiënten over hun rechten en de handhaving daarvan alsmede over de mogelijkheden, die de pvp zelf heeft) en processignalering (d.w.z. het op basis van stelselmatig opkomende klachten aan de orde stellen bij de directie van structurele tekortkomingen). Ondanks de voornamelijk positief getoonzette verslaggeving naar aanleiding van de eerste ervaringen van de pvp's alsook ondanks het feit dat hun aantal intussen is uitgebreid, opteer ik zelf voor klachtenbemiddeling door een onafhankelijke *meervoudige commissie*. Mij lijkt het solistisch optreden van een bemiddelaar als zodanig, vast geaccrediteerd bij de machtsconstellatie van een geprofessionaliseerde organisatie een hachelijke aangelegenheid: men bevindt zich als tussen twee vuren, de individuen en de professionele functionarissen, en wordt snel van alle kanten gezien als iemand met een "Januskop". De verwachtingen van patiënten zijn vaak zeer hoog gespannen, terwijl de houding van functionarissen in eerste instantie dikwijls tamelijk defensief en niet al te benevolent is te noemen. In het algemeen valt moeilijk anders te verwachten: de bemiddelaar wordt nu eenmaal gezien als een "corpus alienum". Aldus ontstaat er gemakkelijk wantrouwen van twee kanten. In de eerste ervaringen met de pvp's wordt de moeizaamheid van de gesprekken met de behandelaars onderlijnd 165); zelfs is er wel van tegenwerking sprake. Ook al kan dit te maken hebben met beginperikelen, ik heb niet de illusie dat dit type reacties ooit zal verdwijnen. Het valt zelfs te vrezen, dat het permanente karakter van het optreden van een bemiddelaar in één en dezelfde inrichting in een aantal opzichten op den duur ongunstig zal uitvallen; wederzijdse irritaties zullen er niet minder van worden, hetgeen de kwetsbaarheid van de bemiddelaar verhoogt. De eis, die door de Centrale Raad voor de Volksgezondheid onder meer aan een pcp gesteld wordt, t.w. "uitstekende contactuele eigenschappen" 166) klinkt dan ook - gezien de onderliggende gecompliceerdheid van deze functie - enigszins navrant. Niet zonder reden, dunkt me, stelt de Centrale Raad voor, de pcp bij diens onderzoek naar de oorzaak van klachten een "klankbord" te verschaffen in de vorm van een Interne Commissie van Advies, samenge-

steld uit zowel mensen die in de instelling werkzaam zijn als personen van daarbuiten. Deze commissies geven uitsluitend aan de pcp op diens uitdrukkelijk verzoek advies en zijn *niet* bedoeld als een soort beroepsorgaan of als mogelijkheid een "second opinion" te vragen 167). Dit laatste nadert enigszins mijn eigen gedachtengang in dit verband, die zich wederom oriënteert op de wijze volgens welke een en ander zich gedurende reeds lange tijd in het gevangeniswezen heeft ontwikkeld.

Mijn voorkeur gaat dan ook uit naar het instellen van c.v.t.'s bij alle verpleeghuizen of zo mogelijk één c.v.t. bij verschillende verpleeghuizen tegelijk. Ik schroom niet deze ietwat ouderwets aandoende term 168) te bezigen, net zomin als ik eerder de term "klachtencommissie" heb willen vermijden. Deze laatste term is bijv. verworpen in het kader van de zwakzinnigenzorg omdat hiermee "teveel het accent wordt gelegd op het conflict" 169). Zelf ben ik veeleer beschroomd voor een door eufemistische motieven ingegeven vertekening van een werkelijkheid, die nu eenmaal ook uit conflictssituaties bestaat. Wie zich zo gegriefd of in zijn rechten gekort voelt, dat hij daaraan consequenties wil verbinden, deponeert naar goed Nederlands taalgebruik een "klacht". Dat vervolgens de soep soms niet zo heet gegeven wordt als deze is opgediend, verhindert niet dat er sprake is van een *klacht*recht, dat intentioneel als klachtrecht wordt gehanteerd en dat tot behandeling door een commissie moet leiden. Waarom een dergelijke commissie niet mag heten naar zijn functie ontgaat me: ik ben er niet van overtuigd dat een "lauwe soep"-commissie nooit meer met hete soep zal worden geconfronteerd. Dit misleidende verschijnsel van eufemistische betitelingen treft men tegenwoordig, veelal onder invloed van het taalgebruik in de "zachte sectoren", in toenemende mate aan. "Commissies van toezicht" zullen de taak moeten hebben toezicht uit te oefenen op de juiste en correcte bejegening en verzorging van verpleeghuispatiënten.

### 6.3.2. *de samenstelling van de commissie van toezicht*

De c.v.t.'s zullen onafhankelijk zijn van de inrichting. Daarom wijs ik het lidmaatschap van functionarissen van het verpleeghuis zelf af (dit stelde de Centrale Raad voor de Volksgezondheid wél voor m.b.t. de Interne Advies Commissies). Zoals de c.v.t.'s in het gevangeniswezen bij de totstandkoming van de Beginselenwet Gevangeniswezen 1951-1953 op een nieuwe leest werden geschoeid teneinde namens de samenleving de machtspositie, welke de directies van penitentiaire inrichtingen toentertijd toebedeeld kregen, te kunnen controleren, zo is er thans alle reden voor soortgelijke controle-mechanismen binnen de intramurale gezondheidszorg: de machtsaspecten, welke in vele vormen van professionele beroepsuitoefening besloten liggen, worden in toenemende mate onderkend. Weliswaar gaat het in dit verband niet om macht die direct vanwege of

namens de overheid wordt uitgeoefend, maar wel om één die onderworpen is aan overheidstoezicht en die grotendeels van overheidswege wordt gefinancierd. De Stuurgroep-Democratisch en Doelmatig Functioneren van Gesubsidieerde Instellingen stelt zich op het standpunt, dat waar het de behandeling van klachten betreft, privaatrechtelijk beheerde instellingen en publiekrechtelijk beheerde instellingen op gelijke wijze tegemoet kunnen (en moeten) worden getreden 170). In zoverre is het onderscheid tussen beide typen instelling irrelevant. Naar mijn oordeel is de opzet van een c.v.t. verre te prefereren boven een interne commissie, en zeker boven één enkele interne vertrouwenspersoon 171), maar eveneens boven een pcg, die een Interne Adviescommissie als klankbord heeft. Ook waar het om bemiddeling gaat vormt een externe onafhankelijke en meervoudige samenstelling een belangrijke minimumvoorwaarde voor het genieten van een zeker "gezag" bij alle partijen. Het gaat om in beginsel van de verpleeghuiswereld onafhankelijke burgers, die m.b.t. de verpleeghuissituatie een goed gevoel en een goed inzicht hebben alsmede een praktische instelling t.a.v. het dagelijkse wel en wee in een totale institutie. Te denken valt aan een aantal van ongeveer 5 of 6 leden.

### 6.3.3 de werkwijze van de c.v.t.

Vanzelfsprekend dient er uit oogpunt van efficiency een hoeveelheid duidelijke regels te bestaan, volgens welke de werkwijze van de commissie plaatsvindt en waarbinnen taakverdelingen kunnen worden gemaakt. Het lijkt aanbevelenswaardig dat de voltallige c.v.t. éénmaal per maand met de directie of iemand namens deze bijeenkomt. Gedurende elke maandelijkse periode, die zich tussen twee achtereenvolgende vergaderingen uitstrekt, treedt één lid als "maandcommissaris" op: dit lid neemt de hooners waar voor de gehele commissie door klagers en/of familieleden te bezoeken en contact op te nemen met degenen tegen wier handelwijze de klacht is gericht dan wel met de directie of met anderen, teneinde daarbij te bemiddelen. Vermoedelijk is het het gemakkelijkst als de maandcommissaris regelmatig, bijv. 1x per 14 dagen spreekuur houdt. In iedere vergadering van de c.v.t. wordt het verslag van de maandcommissaris doorgenomen en worden zijn aanpak en wijze van afhandeling van de klachten besproken. Anders dan de pcg m.b.t. de Interne Adviescommissie, zoals voorgesteld door de Commissie-Leenen, is de maandcommissaris zelf lid van de c.v.t., met als voordeel dat deze functie onder de leden kan rouleren. De c.v.t. als geheel is uiteindelijk verantwoordelijk. Eventueel kunnen uit het maandelijkse beraad suggesties volgen aan het adres van de inrichting, zowel m.b.t. litigieuze incidentele kwesties als m.b.t. de in de toekomst bij dit soort kwesties te volgen handelwijze. Klachten, die vatbaar zijn voor een formele klachtenbehandeling kunnen worden doorverwezen naar de klachtencom-

missie, ingeval de c.v.t. er niet in slaagt tot een bevredigend compromis te komen. Procedureel is de werkwijze van de c.v.t. minder gedetailleerd vast te leggen, al zal er geen misverstand over mogen bestaan dat aan de bij deze commissie gedeponeerde klachten *altijd* gevolg zal worden gegeven en dat de maandcommissaris zich altijd eerst met de klager zal verstaan om een nadere toelichting te vragen. Terecht stelt de Centrale Raad voor de Volksgezondheid: "Voor het vertrouwen, dat de klager moet kunnen hebben in de klachteninstantie, is het noodzakelijk, dat uitgegaan wordt van het standpunt (niet te verwarren met het gelijk) van de klager" 172). De afloop van de bemiddelingspoging zal ook aan de klager dienen te worden meegedeeld. In vroeger dagen lieten leden van de c.v.t.'s in het gevangeniswezen het nog wel eens afweten; men zag dergelijke klachten als volkomen vrijblijvend. Hierin is verandering gekomen. Het lijkt dienstig alleen de grote lijnen van de door de leden van de c.v.t. te volgen handelwijze reglementair vast te leggen.

#### 6.3.4. *de autonome positie van de c.v.t.*

In 6.1. werd reeds uitdrukkelijk gesteld, dat de c.v.t.'s geheel onafhankelijk van de klachtencommissies dienen te functioneren. Ik accentueer deze autonomie zo sterk, omdat in het gevangeniswezen de veel grotere c.v.t. mede de beklagcommissie *omvat*. Deze laatste, die de "harde" klachten formeel behandelt en een bindende uitspraak daarover doet, bestaat uit 3 leden van de c.v.t. en wordt veelal ad hoc samengesteld. Alleen de voorzitter van de c.v.t. pleegt in beginsel tevens als voorzitter van de beklagcommissie op te treden. Deze personele unie tussen beide commissies stuit niet zelden op grote bezwaren. Zo kan degene die als maandcommissaris optreedt niet tegelijkertijd deel uitmaken van de beklagcommissie. Men kan immers, na informeel - in de hoedanigheid van maandcommissaris - zijn standpunt of oordeel inzake een bepaalde klacht reeds te hebben prijsgegeven, moeilijk vervolgens als lid van de beklagcommissie aan andere conclusies meewerken terzake van dezelfde klacht, indien deze inmiddels aan de beklagcommissie zou zijn voorgelegd. Ook is de verhouding tussen beklagcommissie en c.v.t. onduidelijk. Zo rijzen er vragen als: kunnen de leden van de beklagcommissie de mede-leden van de c.v.t. consulteren over bepaalde hen voorgelegde vraagstukken?; zijn leden van de beklagcommissie een zekere verantwoording schuldig aan de voltallige c.v.t.?; moet de beklagcommissie bij haar beslissingen met in het algemeen gegeven oordelen van de c.v.t. rekening houden? etc. De situatie in het gevangeniswezen, dat c.v.t. en beklagcommissie qua samenstelling met elkaar vermengd zijn, terwijl beide geheel verschillende taken hebben, resp. algemeen toezichthoudend met een klankbordfunctie voor de directie en rechtsprekend in individuele gevallen, is eenvoudig historisch te verklaren.

Toen in 1977 het klachtrecht in werking trad, werd als beklagcommissie gekozen voor een sub-commissie uit de c.v.t., die sedert 1953 als algemeen toezicht houdende instantie haar werk had verricht. Men was van mening, dat daarmee de nodige deskundigheid en onafhankelijkheid voldoende waren verzekerd, zonder dat het nodig was een groot arsenaal nieuwe beklagcommissies in het leven te roepen, hetgeen zeer veel moeite zou hebben gekost. Wél werd het wettelijk aantal leden van de c.v.t.'s enigszins uitgebreid (thans 6-11 leden; voorheen: 3-8 leden). Het lijkt me echter voor de duidelijkheid en voor de na te streven onafhankelijkheid van groot belang m.b.t. de verpleeghuissituatie beide commissies strikt gescheiden van elkaar samen te stellen en gesepareerd te doen functioneren.

#### 6.4. Interne klachtenbemiddeling als vóórfase

Het spreekt vanzelf, dat klagers altijd eerst contact dienen op te nemen met degene, tegen wiens beslissing of handelwijze of juist het uitblijven daarvan de klacht zich richt. Deze stelregel vindt men in de literatuur terecht veelvuldig terug (173). Doch na deze vóórfase, die overigens vanwege emotionele implicaties nogal eens met een zeker bemiddelende of overbruggende bemoeienis van een derde (mede-patiënt of mede-personeelslid) gepaard zal gaan, breekt onherroepelijk de fase van de *onafhankelijke* klachtenbehandeling aan, ongeacht of men deze vorm wil geven in de bemiddelende dan wel in de geschillen-beslechtende sfeer, ofwel achtereenvolgens in beide sferen. Daarom deel ik niet de conclusie van de commissie-Dijk, die uitgaande van klachtenbehandeling in twee instanties, in dwingende volgorde als eerste instantie een *interne* klachteninstantie en daarna een *externe* klachtenraad voorstelt. (174). Ik ben van mening dat de hier bedoelde eerste instantie qua importantie wezenlijk samenvalt met de alom voorgestane vóórfase en dat van een *onafhankelijke* klachtenbehandeling pas gesproken kan worden als deze wordt behartigd door extern samengestelde en extern functionerende commissies. Zoals betoogd, dient deze klachtenbehandeling m.i. twee mogelijkheden te omvatten, waartussen afhankelijk van de aard van de klacht en gedeeltelijk van de eigen wil van de klager kan worden gekozen. Een tweede instantie moet zich niet zozeer door haar externe karakter onderscheiden van een eerste instantie, maar door haar juridische statuus: het zijn van een "hogere beroepsinstantie", met name voor wat betreft juridiseerbare klachten, die vanzelfsprekend slechts een beperkt deel van alle klachten uitmaken.

Intussen mag het vitale belang van een interne klachtenbemiddeling als vóórfase van een meer juridisch georiënteerde klachtenbehandeling niet worden gering-

schat. Daarbij kunnen misverstanden, taxatiefouten, vergissingen, etc. zich uitkristalliseren en tot verzoening leiden. Lukt dit niet via interne wegen, dan is een voortzetting alleen maar zinvol als het vervolgens mensen van buiten de inrichting zijn, die bij de klachtenbehandeling worden betrokken; hiervan valt tenminste enig gezag te verwachten. De neiging binnen inrichtingen schijnt nl. groot te zijn klachten van cliënten voortijdig in de doofpot te doen belanden, terwijl ook het "hogerop zoeken", bijvoorbeeld bij het bestuur van het verpleeghuis, zelden tot een nieuw zelfstandig onderzoek van de klacht lijkt te leiden (175). Ik zie dan ook in een klachtenregeling, zoals in 1983 voorgesteld door de Stichting Samivoz, geen enkel rechtsgehalte: volgens dit voorstel moeten klachten over verzorging, verpleging en behandeling direct worden voorgelegd aan het sector/diensthooft, en klachten over materiële voorzieningen direct aan de directie van de instelling (176).

Ik kan dit niet anders dan als een soort klachtenbemiddeling in de vóórfase, nl. als een tactische methode om het personeelslid wiens handelwijze de klacht betreft, te benaderen. Onmiskenbaar wordt daarbij gebruik gemaakt van hiërarchische pressie-mogelijkheden. De hiërarchische weg valt niet te rekenen tot onafhankelijke klachtenbehandeling.

Wat evenwel terecht als essentiël bestanddeel van de vóórfase wordt aangemerkt, is de noodzaak van een goede registratie der klachten. Het komt me voor, dat de c.v.t. hiervan in haar maandelijkse bijeenkomsten volledig op de hoogte moet worden gesteld, omdat dit een belangrijke bijdrage kan zijn tot een goede uitoefening van de algemeen toezichthoudende taak. Ook de bij de c.v.t. zelf gedeponeerde klachten zullen ten behoeve van eigen wetenschap moeten worden geregistreerd.

#### 6.5. Fundering en financiering van de klachtenbehandeling

Zou tot enige vorm van klachtenbehandeling worden besloten, dan rijst tenslotte de vraag op welke wijze een desbetreffende klachtenregeling van een juridische basis zou moeten worden voorzien, alsmede de vraag op welke wijze de klachtenbehandeling zou dienen te worden gefinancierd.

Wat de eerste vraag betreft valt te verwachten, dat de klachtenregeling, evenals dat het geval is met de erkenningsnormen voor de ziekenhuizen, zal worden opgenomen in de erkenningsnormen voor de verpleeghuizen. In dit geval ontbreekt echter een daadwerkelijke sanctie bij niet naleving van de desbetreffende norm. Zou de aanbeveling van Roscam Abbing worden gevolgd, te komen tot een "kaderwet" c.q. "algemene wet" kwaliteitseisen voor de gezondheidszorg (177), dan zou de klachtenregeling daarin thuishoren, temeer daar dezelfde auteur stelt: "Ook de rechtspositie van de patiënt vormt een reden tot regelgeving" (178). Voorts is nog te denken aan opneming in het aangekondigde wetsont-

werp-Democratisch en Doelmatig Functioneren van Gesubsidiëerde Instellingen.

Wat de financiering betreft, wil ik voorstellen het lidmaatschap van een klachtencommissie in beginsel als erebaan te beschouwen, doch eventueel zou aan een zeer bescheiden vacatiegeld kunnen worden gedacht. Het secretariaat van de commissie en de rechtshulpverlening daarentegen brengen salaris-en honorariumkosten, bureaustkosten, materiaalkosten en andere kosten met zich mee. De financiering hiervan zou kunnen geschieden in het kader van de AWBZ, als deel van de verpleegprijs.

Gezien de enorme toename van taken voor het verpleeghuis zou een dergelijke oplossing enigszins kostenverhogend werken, hoewel hiermee relatief niet zeer hoge bedragen gemoed zullen zijn: dit is eenvoudig een kwestie van te stellen prioriteiten. Een andere, veel kwetsbaardere, vorm van financiering is eventueel gelegen in een voor verpleeghuizen open te stellen mogelijkheid, een beroep te doen op subsidie van het ministerie van WVC speciaal ten behoeve van klachtenbehandeling. Het ligt voor de hand, dat het ministerie in dat geval zijn voorwaarden zou stellen, bijv. in de sfeer van een beredverklaring door ieder subsidie-ontvangend verpleeghuis om zich te laten begeleiden bij de invoering en de werking van een klachtenregeling. Deze begeleiding zou dan kunnen plaatsvinden vanwege de NZR, de ouderenbonden, de inspectie, etc. Uiteindelijk gaat het om de kwaliteitsgarantie.



## 7. INFORMATIE

### 7.1. Informatie als fundamenteel element van de verpleeghuiszorg

In 2.4.3. werd als derde element van een juridisch behoorlijke rechtspositieregeling het op adequate wijze geven van informatie genoemd. Het recht op informatie moge in strikt rechtspositioneel opzicht primair betrekking hebben op informatie over de materiële rechten en de plichten alsmede over de procedurele rechtsmogelijkheden, dit daartoe beperken zou de werkelijkheid wel ernstig miskennen. Evenals reeds onder 4.2. m.b.t. de materiële rechten werd signaleerd, geldt voor de informatie wel met bijzonder veel grond, dat deze nauw verweven is met vele andere aspecten en elementen van de verpleeghuissituatie en zelfs met elementen van systemen daarbuiten. Immers om te kunnen weten welke rechten er eigenlijk aan de orde zijn, welke daarvan wel eens geschonden zouden kunnen zijn en welke procedure daarop het beste antwoord zou kunnen vormen, moet men eerst voldoende en zeer in den brede geïnformeerd zijn over zijn feitelijke situatie als geheel, over zijn behandelingsmogelijkheden en over de implicaties van de toegepaste behandeling, over de wijze van verpleging, etc. M.a.w. voor een goed ontwikkeld rechtspositioneel bewustzijn vormt zeer brede en adequate informatie een conditio sine qua non. Het is evident, dat het daarbij gaat om het informeren zowel van de patiënten als van hun familieleden, deze laatsten soms zelfs in plaats van de eersten. Het is echter even evident, dat hun geïnformeerd zijn niet alleen afhangt van de mate, waarin aan hen over een bepaald aspect van hun situatie door de desbetreffende functionarissen concrete informatie wordt verschaft, maar dat dit ook nauw samenhangt met de algehele communicatiepatronen en de communicatieve atmosfeer in de inrichting. Deze kunnen immers gebrekkig en terughoudend zijn, op zichzelf niet ongewoon in totale instituties. Elk persoonlijk contact, zowel tussen patiënten en functionarissen als tussen patiënten en hun familieleden onderling, heeft over en weer communicatieve en dus informatieve implicaties. Deze dienen omwille van de optimale mondigheid van de patiënt te worden bevorderd.

### 7.2. Informatie over de rechtspositie en de algehele gang van zaken in de inrichting

In 2.4.4. sub b kwam de grote verwevenheid tussen de feitelijke gang van zaken en de rechtspositionele elementen aan de orde, voor welk verschijnsel tekenend is dat in de context van verpleeghuizen en aanverwante inrichtingen de begrippen "rechtspositie" en "recht op goede zorg" ten onrechte soms niet van elkaar worden onderscheiden (zie

4.2.). Dit verklaart onder meer, dat aan de materiële rechtspositie tot nog toe nooit een stelselmatige schriftelijke vorm werd gegeven. Informatie in dit verband betekent derhalve grotendeels informatie over de algehele gang van zaken en over de huisregels, waarbij aan de rechtspositie als zodanig, alléén voor zover deze uit dit geheel valt te écarteren specifieke aandacht kan worden gegeven. Op dit moment is schriftelijke informatie over de algehele gang van zaken in het verpleeghuis nog sporadisch voorhanden, laat staan speciaal over de rechtspositie van de patiënten, nu deze nog nauwelijks is ontwikkeld. Wél is intussen - in 1984 - als eerste handreiking een voorbeeldboekje van de NZR rondgezonden.

Doch afgezien van de (nog) gebrekkig ontwikkelde rechtspositie van de verpleeghuispatiënten, is het in het algemeen vaak niet in het belang van totale instituties om de geïnstitutionaliseerden grondig en uitvoerig te wijzen op hun rechten, aangezien deze veelal min of meer haaks staan op de institutionele belangen in de geest van efficiency, orde en rust, en een glad verloop van zaken. Een belangrijke exponent hiervan is de neiging van sommige instituties om buitenstaanders, vooral als deze mondig zijn of juridische deskundigheid bezitten, zoals rechtshulpverleners, af te weren (179). Gezien dit alles is het niet verbazingwekkend dat het vaak buitenstaanders zijn, zoals belangengroeperingen of anderszins zich betrokken voelenden, die voorlichtingsmateriaal samenstellen ten behoeve van de cliënten.

Toch wordt het recht op informatie allerwege erkend (180), hetgeen in het licht van het rechtsburgerschap van de patiënt volkomen ondersteuning verdient. Wat moet in dit verband dan onder *adekwate informatie* worden verstaan? M.i. moeten daaraan de navolgende eisen worden gesteld:

- 1) dat deze *bevattelijk* is geformuleerd,
- 2) dat deze *niet te summien en evenmin te uitgebreid* van omvang is,
- 3) dat deze qua teneur zich op een *evenwichtige* wijze beweegt tussen het aangeven van hoe het hoort te gaan (normatief) en zoals het in de praktijk pleegt te gaan (descriptief); in geen van beide richtingen mag de informatie te zwaar worden aangezet teneinde onjuiste voorlichting te voorkomen.

Het is duidelijk dat waar een rechtspositie-regeling wordt geïntroduceerd, de daarin vervatte materiële rechten, plichten, normen en klachtmogelijkheden, op zo adequaat mogelijke wijze naast voorlichting over de algehele gang van zaken en over de algemeen geformuleerde huisregels, aan de betrokkenen bekend dienen te worden gemaakt. De meest geschikte en meest volledige vorm voor alle informatie van meer algemene aard is ongetwijfeld de schriftelijke, doch men dient rekening te houden met het *gemiddelde* ontwikkelings- en opleidingsniveau, hetgeen de informatieverschaffing allerminst tot een eenvoudige aangelegenheid maakt. Bovendien kan men door zijn ziekte-

toestand heel wel z'n vatbaarheid voor het opnemen van informatie geheel of ten dele hebben verloren. In dat geval zal in de eerste plaats de familie informatie behoeven. Van introductiefolders en voorlichtingsbrochures zal men derhalve niet steeds de hoogste verwachtingen mogen koesteren. In mondelinge informatie-mogelijkheden, al was het slechts ter nadere toelichting of aanvulling, zal dan ook zeker moeten worden voorzien. Hier kan een taak liggen voor bepaalde, daartoe aangewezen personeelsleden of misschien voor de familie- of verwantenraden (zie onder 8.3.2.). Wellicht zouden ook spreekuren van wetswinkels of van andere organisaties, die zich voor de (rechts)-posities van mensen die in instituten zijn opgenomen beijveren, op den duur een belangrijke functie op dit gebied kunnen vervullen. Het voordeel daarvan boven informatieverschaffing door personeelsleden zou kunnen zijn, dat externe betrokkenen, gezien hun onafhankelijkheid, de informatie iets "objectiever" en meer "van een afstand" kunnen formuleren; voorts zullen buitenstaanders ter voorkoming van matheid en routinematigheid makkelijker kunnen rouleren.

### 7.3. Individuele informatie over de eigen situatie

Dit ligt geheel anders met het geven van specifieke, individu-gerichte informatie van de kant van de medische behandeling, de verpleging en andere professionele takken van dienst. We stelden reeds, dat deze een conditio sine qua non vormt voor de mondigheid van de patiënt en voor zijn rechtspositionele bewustzijn; maar ook zijn welbevinden in het algemeen zal hierbij zeer gebaat zijn. Een en ander geldt op identieke wijze voor familieleden en verwanten. Dit soort informatie zal juist van de betrokken functionarissen zelf moeten uitgaan.

In de gezondheidszorg wordt het primaire belang van de informatie alom sterk onderstreept, zonder dat dit aan het belang van andere rechten iets afdoet. Leenen stelt hierover: "De positie van de mens in de gezondheidszorg wordt echter in belangrijke mate uitgelijnd door de informatie die hij krijgt (...)" 181), hetgeen hij nauw in verband brengt met het vereiste van de toestemming van de patiënt, dat in het bijzonder zo précair is omdat iedere medische behandeling minstens een element van dwang of drang heeft 182). Dit toestemmingsvereiste werd hiervoor (onder 4.5.2.sub a) juist als een der wenselijke materiële rechten gepresenteerd: Het recht op informatie fungeert aldus als een soort connex recht, d.w.z. als voorwaarde voor de uitoefening van een ander recht, i.c. dat op toestemming: het één niet zonder het ander. En zo fungeert in de praktijk het recht op informatie vaker. Afgezien van deze juridische complicatie, die tot grote nauwgezetheid inzake het verschaffen van informatie noopt, zou men menen dat de beroepsethiek der verschillende professies het geven van informatie zou impliceren.

Het betreurenswaardige feit doet zich evenwel voor, dat de informatieverschaffing in de verpleeghuizen soms nog zeer abominabel is te noemen, terwijl de patiënten en hun familieleden hierop juist buitensporig veel prijs stellen. Het spreekt volkomen vanzelf, dat ieders gemoedsrust en psychisch welbevinden in hoge mate is gebaat bij een goede, tijdige en inzichtelijke informatie van de zijde der deskundigen. Van hén voelt men zich immers volkomen afhankelijk. Het onderzoek van de Consumentenbond bevat naast gunstige resultaten ook een aantal verbijsterende uitspraken van familieleden over de ongeïnteresseerdheid van personeelsleden in de ziektes en achtergronden van de patiënten, over het niet tijdig inlichten van de familie omtrent de operatie van een patiënt, over het achterwege blijven van antwoorden op uitdrukkelijk gestelde vragen aan het verplegingspersoneel en over de ongenaakbaarheid van artsen, die zichzelf op een voetstuk plaatsen en de familie eenvoudig weigeren te ontvangen 183). Ook wordt de wijze, waarop antwoorden worden gegeven, nogal eens als betuttelend of zelfs als uitgesproken denigrerend ervaren 184).

In ieder geval is het duidelijk, dat door welke oorzaak ook - soms is er sprake van communicatiestoornissen vanwege de wisseling van diensten, dan weer van ongeïnteresseerdheid - de informatieverschaffing als waarde op zichzelf veel *stelselmatiger* aandacht behoeft. Functionarissen op alle niveau's zouden allen veel toegankelijker dienen te zijn voor informatievragende patiënten en familieleden; drempels moeten worden verlaagd of verwijderd. Vanzelfsprekend mogen daarbij door de functionarissen voorwaarden worden gesteld wat betreft plaats en tijd, teneinde te voorkomen dat zij voortdurend in hun overige werk door lawines van vragen zouden worden gestoord. Het instellen van *sprekuren*, eventueel ook van telefonische spreken, zal een probate oplossing zijn. De cliënten hebben hiervoor ongetwijfeld begrip, aangezien ze dat eveneens blijken te hebben voor het feit dat personeelsleden er moeilijk toe komen om uit zichzelf veel informatie te geven 185).

Bovendien mag men van niemand verwachten, dat hij altijd en overal onmiddellijk alle gevraagde informatie over iedere patiënt foutloos paraat heeft. Maar er zou al veel gewonnen zijn, als men van het wezenlijke belang van een adequate informatie voor de patiënten en hun naasten zou zijn doordrongen.

## 8. STRUCTURELE CONDITIES

### 8.1. De wisselwerking tussen het recht en z'n structurele context

Tot nog toe stonden de juridische en niet zelden de juridiseerbare aspecten van de verpleeghuissituatie sterk in het middelpunt van mijn beschouwingen. Deze juridische "egocentrie" is een direct uitvloeisel van het thema van dit preadvies. Een en ander neemt niet weg, dat voortdurend werd gerefereerd aan contextuele factoren en omstandigheden, voor zover deze voor rechtspositionele ontwikkelingen mede bepalend zijn of daarvan invloed ondergaan. Thans wil ik, uitgaande van deze wederzijdse beïnvloeding, aandacht geven aan de m.i. belangrijkste aspecten van de structurele context. Ik zal tot een hoeveelheid contextuele desiderata concluderen, die m.i. bevorderlijk zijn voor het functioneren van een rechtspositieregeling overeenkomstig de eerder geformuleerde normatief-juridische uitgangspunten. De vicieuze cirkel, die in deze materie onvermijdelijk ligt besloten, is deze dat enerzijds de organisatie uit zijn aard eigen wetmatigheden en routinematigheden kent, die bijna niet door enig rechtssysteem lijken te kunnen worden doorbroken (vandaar dat over de "marginale" betekenis van het recht werd gesproken) en dat anderzijds het normatieve karakter van het recht een dergelijke normering overeenkomstig juridische uitgangspunten juist wél pretendeert.

*Het optimale voor de verpleeghuispatiënt zal echter worden bereikt, als van twee kanten tegelijk naar het ideaal wordt gestreefd, zowel van de kant van het recht als van de kant van de organisatie.* Op deze wijze worden beide immers door elkaar begunstigd: een gunstiger, d.w.z. meer op de autonomie van de patiënt ingestelde feitelijke verpleeghuissituatie respondeert ook meer aan juridische normen en principes, waardoor naar alle waarschijnlijkheid juridische acties, althans ten dele, zullen kunnen worden ondervangen en waardoor het recht ook gedeeltelijk sluimerend kan blijven; anderzijds is een rechtsvorm, naarmate deze zich bewuster op het bereiken van een gunstige situatie oriënteert in overeenstemming met z'n juridische uitgangspunten doch zonder zich monomaan in al te dogmatische abstracties te verliezen, des te functioneler. In dit perspectief is er alle reden een aantal structurele condities aan te geven, die naar men gevoegelijk mag aannemen bevruchtend of stimulerend zullen zijn voor de realisering van het recht. Deze condities hebben betrekking op resp. de personele omstandigheden, de organisatie-structuur van de inrichting en de bouwkundige omstandigheden.

## 8.2. De personele omstandigheden

### 8.2.1. *de opleiding*

De zorgverleners, die het meest direct met de patiënten te doen hebben, dienen zodanig te zijn opgeleid, getraind en ingewerkt, dat ze volledig ingesteld zijn op het "werken met mensen". De hiermee verbonden connotaties liggen doorgaans in de sfeer van de agogie, de psychologie of wellicht de psychiatrie. Hiervan zal de opleiding theoretische elementen moeten bevatten, doch voorop staat de training en de vorming in relationele en sociale vaardigheden. Daarnaast zal de opleiding ook de belangrijkste principes van het recht dienen te omvatten, met name op het terrein van de grondrechten, het gezondheidsrecht en het administratieve recht. Het is zeer noodzakelijk, dat zowel degenen die dagelijks werkzaam zijn met de patiënten, als ook de andere betrokken functionarissen, in hun houding en instelling getuigen van inzicht in datgene wat onder juridisch behoorlijk handelen en beslissen moet worden verstaan. Soortgelijke noties zijn te vinden in de conclusies van de Commissie-Van Dijk, die stelde dat "de verwezenlijking van de rechten van de patiënt uiteindelijk afhangt van de attitude en de inzet van het behandelend personeel" 186). Ten behoeve van de *rechtskwaliteit* van de verpleeghuissituatie voor iedere individuele patient is het nodig, dat in de verschillende opleidingen ruim aandacht wordt besteed aan principes en grondslagen van rechtsprocedures en hun waarde in het menselijk samenleven, zodat men vertrouwd raakt met het besef, dat wie van zijn rechten en van zijn rechtspositie gebruik maakt niemand beledigt.

### 8.2.2. *de mentaliteit*

In de situaties, waarin thans klachtrecht voor cliënten bestaat, is naast de positieve resultaten ervan nogal eens sprake van negatieve nevenverschijnselen, die niet zelden te maken hebben met bezwaren, welke door functionarissen tegen het klachtrecht worden gevoeld. In de eerste plaats is het verschijnsel verre van ongewoon, dat klagers ofwel hun klachten in het geheel niet indienen, ofwel hun ontevredenheid over de wijze, waarop wèl ingediende klachten zijn behandeld, niet uiten: vaak ligt hieraan vrees voor represailles of voor indirecte, onaangename consequenties van de zijde van het personeel ten grondslag. Dit verschijnsel beperkt zich bepaald niet tot de categorie van verpleeghuispatiënten 187), maar valt eveneens elders waar te nemen 188). Voor wat betreft het gevangeniswezen kan ik uit eigen waarneming verzekeren, dat deze vrees bepaald niet altijd ongegrond is. Een eveneens nogal eens gehoord effect van formele beklag-

regelingen in totale instituties is het gevaar voor aantasting van de goede sfeer in de inrichting: bepaalde aspecten van de situatie komen tussen functionarissen en patiënten op scherp te staan 189). Voorts laat het zich denken, dat de praktijk van het klachtrecht een taakverzwaring betekent voor directie en personeel 190), gezien de noodzaak van het geven van toelichtingen, het voorbereiden van de zaak, het gehoord worden etc.

Dit alles is een reden temeer om de personeelsleden behalve in de opleiding (zie 8.2.1.) ook in de verpleeghuissituatie zelf stelselmatig en bij voortdoring doordrongen te doen zijn van een actueel rechtsbewustzijn m.b.t. de situatie van de cliënten en van respect voor mensen- en grondrechten en om hen er van te weerhouden zich al te snel over te geven aan natuurlijke weerstanden tegen juridische mechanismen. Integendeel, zij moeten de cliënten informeren over hun rechten en rechtsmogelijkheden. Ik beseft dat daarmee naast het vele dat reeds van betrokkenen wordt gevergd, een zware wissel op hun persoonlijke inzet en instelling wordt getrokken. Daarbij valt te bedenken, dat met name de ziekenverzorgers vaak nog zeer jeugdig zijn. Anderzijds zal een algemene beleidslijn, die permanent onder de aandacht der betrokkenen wordt gebracht, gemakkelijker tot gewinning en tot acceptatie leiden en gemakkelijker worden nageleefd als zulks het gevoel geeft daadwerkelijk te behoren tot de inrichtings "cultuur". Een en ander kan zeker niet op zichzelf staan, maar moet samengaan met andere structurele condities (zie hieronder).

In de psychiatrische inrichtingen is dit soort verschuivingen wel aangeduid als het terugdringen van het "medisch model" en het introduceren van het "juridisch model". De felle bezwaren, die hiertegen uit psychiatrische kringen veelvuldig zijn vernomen, houden meestal in, dat het medisch model is gebaseerd op "datgene wat goed voor de cliënten is, wat om eigen bestwil is en wat derhalve hun belang dient."

Een dergelijke, inmiddels rijkelijk als cliché te beschouwen uitspraak, toont in de ogen van menig jurist juist de noodzaak aan van juridisering: de cliënten moeten hoognodig worden beschermd tegen de goede bedoelingen van de professionele hulpverleners, die in hun beroepsmatige driften soms te weinig rekening houden met de eigen opvattingen en eigen wensen van de individuele cliëntèle. Ook deze eigen denkbeelden verdienen zoveel mogelijk te worden gerespecteerd en zelfs draagt respectering daarvan niet zelden bij tot hetzelfde doel als de medici nastreven, alleen langs een andere weg. Op soortgelijke wijze zullen verpleeghuisfunctionarissen, met name ook de verpleeghuisartsen, zich moeten dwingen tot het relativieren van hun professionele activiteiten, in die zin, dat zij zich gevoelig moeten tonen voor de subjectieve beleving daarvan door de cliënten. Deze subjectieve beleving dient als legitieme waarde te worden beschouwd in de bejegening van de patiënt als mens in z'n totaliteit. En het is nu juist

het recht, dat aan die subjectieve beleving consequenties kan verbinden, al was het maar alleen dat om *nadere motieven* voor bepaalde, voor de individu belangrijke, beslissingen kan worden gevraagd, dat beslissingen *niet als vanzelfsprekend* kunnen worden genomen maar dat daarover een juridisch gefundeerde *discussie* moet kunnen worden gevoerd en dat deze beslissingen nog eens nader aan maatstaven van onvermijdelijkheid of grote wenselijkheid kunnen worden *getoetst*. Immers het harmonie-denken kan in werkelijkheid zeer verstikkend zijn voor degenen, die daaraan zijn onderworpen en daarvan zelfs frustraties overhouden. Tenslotte merk ik op, dat de aanduiding "paramedisch personeel" in verpleeghuizen typerend is voor de accenten, die men in de situatie aldaar pleegt te leggen. Genoemde verschuivingen zouden dan ook een ombuiging van de geijkte verpleeghouding naar een psychologische, meer op de subjectieve beleving van de patiënten gerichte benadering moeten inhouden.

### 8.2.3. de taakvervulling

De positie van alle personeelsleden zal een zekere *autonomie* dienen in te houden, met name die van de verpleegkundigen en ziekenverzorgenden: zowel hun werksituatie als de leefsituatie der verpleeghuispatiënten zullen erbij gebaat zijn, als bepaalde beslissingen zoveel mogelijk kunnen worden genomen op het niveau welke ze betreffen. De situaties van beider categorieën zijn nu eenmaal nauw met elkaar verbonden en degenen die het dichtst bij de patiënten werkzaam zijn kennen ook het beste hun behoeften en noden: dit noopt tot een enigszins gedecentraliseerde beslissingsstructuur. Het is moeilijk in het algemeen na te gaan, voor welke beslissingen dit in welke mate en op welke wijze moet gelden. Vast staat, dat het in een aantal gevallen voor alle betrokkenen zelfs verreweg het gemakkelijkst is, als van bovenaf wordt beslist. Doch afgezien daarvan past bij een gezond werk-en leefklimaat niet een alleszins pyramidaal-hiërarchisch opgebouwde en gesegmenteerde inrichtingsstructuur, waarvan in de praktijk nog maar al te vaak sprake is (191). De decentralisatie, welke hier wordt voorgestaan, betreft vitale aspecten van de werksituatie en vergt vanzelfsprekend een *overlegstructuur* tussen de betrokken functionarissen. Aldus wordt een al te grote mate van discipline-gerichtheid en routinematigheid voorkomen. De noodzaak van een zekere decentralisatie is reeds mede geïmpliceerd in het postulaat van een rechtspositie voor de patiënten: de "pendant" van deze rechtspositie is de rechtspositie van de personeelsleden. Beider posities grenzen aan elkaar, zodat het van belang is beider zelfstandige bevoegdheidssferen duidelijk te markeren en af te bakenen. Terecht is door Dekker benadrukt, dat in de micro-sociale werkelijkheid van de verpleeghuissituatie het



de ziekenverzorgenden zijn, die van alle functionarissen verreweg het meest frekvent en intensief de dagelijkse contacten met de patiënten onderhouden en hen dus ook het beste kennen; en zij zijn het ook, die het verpleeghuis het meest in hun persoonlijk optreden representeren, de beslissingen uitvoeren volgen hun eigen waardenpatronen en derhalve in feite over een aantal belangrijke "machtsinstrumenten" beschikken; Dekker spreekt in dit verband over: "de verpleging als cultuurdrager" 192).

Hierin valt het bekende organisatie-sociologische verschijnsel te herkennen, dat in organisaties de machtsverdeling doorgaans niet verloopt in overeenstemming met de rationeel-formele hiërarchische taakverdeling, maar volgens informele mechanismen en processen, die voortvloeien uit individuele machtsbehoeften en psychologische onzekerheden van functionarissen 193). Er lijkt niets tegen om bepaalde, in dit opzicht ontwikkelde praktijken in grote lijnen te "legaliseren", opdat er voor iedereen duidelijkheid en zichtbaarheid in deze zal zijn. Bovendien omvat het door Dekker gesignaleerde verschijnsel bij lange na niet de gehele werkelijkheid: de *afdelingen* hebben vaak een zekere autonomie 194) en er zijn vele situaties bekend, waarin bijv. afdelingshoofden zeer dominerend jegens de aan hen ondergeschikte, vaak nog jeugdige, ziekenverzorgers handelen en optreden. Dit is niet altijd bevorderlijk voor de werkomstandigheden van het desbetreffende personeel, dat toch al een zeer zware baan heeft (zelfs wordt wel gezegd: "slopend"). Een meer autonome positie scheidt intussen wel verplichtingen: het zou gevaarlijk zijn als deze niet met de juiste morele en humane instelling werd vervuld en als niet ten opzichte van de noden der patiënten met de nodige improvisatie en creativiteit werd gehandeld. "Natuurlijke" stijl en fantasie zijn individuele zorgverleners evenwel moeilijk aan te leren, doch met het vorm geven aan de overige structurele condities moet op z'n minst worden gehoopt op het groeien van een optimale, toonaangevende en voorbeeldscheppende inrichtingscultuur, waarvan inspiratie uitgaat op de functionarissen. Anderzijds zou er over gedacht moeten worden langs welke weg eventuele klachten van ziekenverzorgers en verplegers zouden kunnen worden opgevangen. Daaraan mag evenmin voorbijgegaan worden.

#### 8.2.4. *roulèring*

Ter voorkoming van verstarring en routinematigheid in z'n taakopvatting en taakuitoefening verdient het aanbeveling, dat het verzorgingspersoneel periodiek rouleert over de verschillende afdelingen, althans daartoe naar behoefte de mogelijkheid heeft. Het is nu eenmaal onvermijdelijk dat men als functionaris gaat anticiperen op voorzienbare reacties van patiënten en op te voorspellen situaties. Zo kan men steeds weer met een frisse blik nieuwe situaties

tegemoet treden en het eigene daarin ontdekken. Zo hebben de betrokkenen steeds weer nieuwe "kansen" in het intermenselijk verkeer. Bovendien kan ik me voorstellen, dat men zich bij een te lange dienst op een bepaalde afdeling sterk gaat binden aan bepaalde patiënten en zich hun lot teveel gaat aantrekken. Dit manifesteert zich bijvoorbeeld in situaties, waarin euthanasie is geïndiceerd (zie 4.3.2.). Roulering heeft dus in zekere zin een zelfbeschermende functie. Ook het omgekeerde, nl. dat men zich aan bepaalde patiënten steeds meer ergert, kan zich voordoen. In dat geval werkt roulatie conflictmitigerend. Op dit alles vormt de verpleging van psycho-geriatrische patiënten in zekere zin een uitzondering: zij behoeven juist - omwille van hun oriëntatie - een overzichtelijke, herkenbare verpleegsituatie, liefst met een vast team verpleegkundigen 195).

### 8.2.5. vrijwilligers

Frekwent wordt de grote waarde van het vrijwilligerswerk benadrukt. In vele sectoren van het maatschappelijk leven heeft zich in de jaren '60 en '70 een grootscheepse professionalisering voltrokken, met als gevolg dat de klassieke figuur van de vrijwilliger sterk naar de achtergrond is gedrongen. Daarmee is vermoedelijk veel "natuurtalent" en persoonlijke gedrevenheid teloor gegaan. Deze ontwikkelingen hebben zich voorgedaan op het terrein van het maatschappelijk werk, maar ook in de gezondheidszorg. Ongetwijfeld mede op grond van economische motieven is de waardering voor het vrijwilligerswerk, ook voor wat betreft de verpleeghuissituatie, sterk aan het toenemen, hoewel de vrees voor concurrentie met officiële arbeidsplaatsen in de verpleeghuizen zich niet verloochent 196). Dit weegt het zwaarst, wanneer het gaat om vrijwilligers die zich op grond van werkloosheid beschikbaar stellen, een nieuwe categorie naast die van de "klassieke" vrijwilligers die zich uit charitatieve overwegingen of uit hoofde van familiebanden aandien(d)en. Wat hiervan zij, ik meen dat de praktische bezwaren zoveel mogelijk terzijde gesteld moeten worden, aangezien de waarde van het vrijwilligerswerk zeer hoog verdient te worden aangeslagen:

- het kan een frisse, soms zelfs initiatiefrijke 197), wind betekenen in de inrichting,
  - er kunnen gezonde kritische noties uit voortvloeien,
  - het contact met de samenleving wordt er door bevorderd,
  - en er kan zodanig hulp en steun worden verleend aan het verpleeghuispersoneel, dat daardoor meer aan de behoeften van de patiënten tegemoet kan worden gekomen dan anders het geval zou zijn geweest, zoals op het gebied van recreatie, uit rijden gaan, boodschappen doen, etc.
- Gelukkig kan worden geconstateerd, dat door vele directies het vrijwilligerswerk wordt bevorderd.

### 8.3. De organisatie-structuur van de inrichting

#### 8.3.1. *decentralisatie*

Reeds werd hierop uitvoerig ingegaan onder 8.2.3., waar de autonome taakvervulling van alle personeelsleden aan de orde werd gesteld; deze veronderstelt immers een verpleeghuisstructuur, waarin een zekere mate van decentralisatie is gerealiseerd. De overlegsituaties en communicatiepatronen, die noodzakelijk zijn voor een daadwerkelijk welslagen van decentralisatie, zullen naarmate de betrokken verpleeghuissituatie meer traditioneel-hiërarchisch is gestructureerd, minder makkelijk te veranderen zijn. Hierbij spelen moeilijk grijpbare factoren een belangrijke rol, zoals de inrichtingssfeer als geheel (de "couleur locale"), de persoonlijke instelling en opvattingen van de directieleden en hun relatie tot de afdelingshoofden, de omvang van de inrichting (zie hieronder) etc.

Het gevaar van de in het algemeen gepropageerde "decentralisatie" (evenals van "democratisering" 198) binnen organisatiestructuren is nogal eens, dat deze voornamelijk een papieren vorm krijgt, doch in werkelijkheid een pover bestaan leidt 199), een voor alle betrokkenen weinig bevredigende en weinig inspirerende situatie. Zo worden soms terminologieën gebezigd, die weliswaar zijn ontleend aan het ideaal, doch die in feite staan voor het traditionele, een misleidende vertekening.

Het verdient m.i. de voorkeur om in een bestaande, overwegend hiërarchische structuur op bescheiden wijze en geleidelijk aan specifieke elementen van overleg, tolerantie, mildheid, wederzijds begrip en autonomie tot bloei te brengen, in plaats van de valse pretentie of wellicht het kinderlijk geloof te hebben op slag gehele structuren te kunnen veranderen en algehele noviteiten te kunnen invoeren. Dit laatste zal al snel op wishful-thinking blijken te berusten, met alle frustraties van dien.

#### 8.3.2. *Democratisering*

"Democratisering" is de min of meer overkoepelende aanduiding voor de beweging, die onze samenleving in al zijn onderdelen en sectoren de afgelopen decennia sterk heeft beroerd. Ook hierbij dient men zich te hoeden voor al te hooggespannen verwachtingen, met name als het gaat om democratiseringsbewegingen in complexe organisaties. Deze kennen nu eenmaal hun eigen vaak weerbarstige wetmatigheden. Democratisering in dit verband is - zoals altijd het geval is - een kwestie van meer of minder. In de gezondheidszorg is de roep om democratisering, d.w.z. om het vergroten van invloed in de vorm van meedenken, meespreken en meebeslissen vanuit de eigen verantwoordelijkheid ter vermindering van machtsongelijkheid, nog betrekkelijk nieuw

200). Terecht is benadrukt, dat democratisering in de relatie tussen hulpvrager en hulpverlener niet alleen tot betere menselijke verhoudingen leidt, omdat het de mogelijkheid biedt dat iedere betrokkene zich in zo groot mogelijke vrijheid kan ontplooiën en zijn eigen levensontwerp kan opzetten, maar dat democratisering tevens een noodzakelijke voorwaarde voor een optimaal verlopende hulprelatie is 201). Voor de intramurale zorg geldt meer dan voor de extramurale zorg, dat men door gevoelens van machteloosheid en hulpeloosheid, die voortkomen uit de institutionalisering, wordt gereduceerd als mens 202): bij een langduriger opname groeit het gevaar van het hospitalisatie-syndroom en van algehele vervreemding, die een verstorende werking kan hebben op de gezondheid 203). Het is daarom van "vitaal" belang, dat de desbetreffende patiënten het gevoel hebben enige invloed uit te oefenen op hun eigen leven en hierin zelf-bepalend en zelf-ontplooiend te kunnen zijn. In de context van de verpleeghuizen zijn in dit opzicht al wel initiatieven genomen en zijn er ook al wel ontwikkelingen gaande, al zijn deze feitelijk zeer bescheiden van aard en omvang en verkeren zij nog overwegend in het "stadium van ideologische opvattingen" 204). In een nog beperkt aantal somatische verpleeghuizen is enige participatie van patiënten gerealiseerd in de vorm van *patiëntenraden*. Over het aantal raden in den lande en over hun functioneren is nog weinig bekend 205). De indruk bestaat dat het functioneren van patiëntenraden een sterk incidenteel karakter heeft, en nogal afhankelijk is van persoonlijke initiatieven en van de persoonlijke inzet van bepaalde individuen, wier vertrek uit de inrichting veelal tevens het einde van de patiëntenraad betekent. Met de *familie- of verwantennraden*, met name van belang in psychogeriatrische verpleeghuizen, is het niet veel anders gesteld.

Initiatieven tot patiëntenparticipatie zullen afkomstig moeten zijn van de consumenten zelf, aangezien het onjuist is te verwachten dat de directies democratisering zouden kunnen invoeren: deze kunnen zich hiertegen positief opstellen, maar deze niet eigenhandig realiseren 206); hierop zijn overigens ook wel uitzonderingen te signaleren. Daarnaast dient de overheid particuliere initiatieven op het terrein van de *patiëntenbeweging* in het algemeen te stimuleren. Daarom is het van belang, dat organisaties als het Landelijk Patiënten/Consumenten Platform e.a. van rijkswege worden gesubsidiëerd. Op landelijk niveau zijn diverse recente initiatieven te noemen. Zo zijn daar bijv. de activiteiten van de Stichting Samivoz, bestaande uit het ontwerpen van gedetailleerde "Samenwerkingsverklaringen" per type verpleeghuis. Zulks valt zeer toe te juichen. Deze verklaringen moeten in somatische verpleeghuizen en bejaardentehuizen worden ondertekend door bestuur en directie van de instelling en door het bestuur van de

bewonersraad of bewonerscommissie en in psycho-geriatrie verpleeghuizen eventueel door het bestuur van de verwantenraad. In deze verklaringen worden samenwerkingsvormen zowel op individueel als op collectief niveau vastgelegd (207). Het is evident, dat hiermee over "de" democratisering van de verpleeghuizen nog lang niet alles is gezegd. Zoals reeds uitvoerig onder 8.2.3. aan de orde kwam, is de positie van de patiënten niet los te zien van die van het personeel, ook niet in het perspectief van de democratisering. Aldaar werd derhalve in feite ook reeds over de democratisering gesproken. Voorts omvat het begrip democratisering veel meer dan datgene wat in de vorm van raden en in samenwerkingsmodellen is geprojecteerd (208). Dekker heeft een uitvoerige beschouwing gegeven over democratisering en leefklimaat in het verpleeghuis, waar hij ook diep ingaat op de ondernemingsraden, het werkoverleg van het personeel en de taak van het bestuur, waarnaar ik gaarne verwijs (209).

Tenslotte - het werd reeds onder 1.3. aan de orde gesteld - wordt de democratisering altijd in verband gebracht met de versterking van individuele rechtsposities. Beide zijn weliswaar een uiting van hetzelfde, n.l. de preferentie van de invloed van individuen op hun eigen situatie, maar daarbij ligt een zekere volgorde wél voor de hand: gehoopt mag worden dat na stelselmatig, collectief overleg in patiënten-, verwanten- en andere raden, potentiële problemen uit de weg zullen kunnen worden geruimd die anders steeds via individuele klachten als onwenselijk zouden moeten worden gesignaleerd.

### 8.3.3. de bestuursvorm

In de praktijk van de verpleeghuizen komen twee vormen van besturen het meest voor: volgens de ene vorm vatten besturen hun taak op als "beleidsvormend", d.w.z. dat hun voornaamste taak is het voorbereiden en nemen van beleidsbeslissingen in nauwe samenwerking met de directeur; de andere vorm is "executief" van aard en houdt in, dat besturen beslissingen nemen die rechtstreeks de inrichting betreffen en derhalve de directietaak naderen (210). Wanneer de structurele condities der verpleeghuizen in de toekomst meer georiënteerd zouden raken op de individuele noden en (rechts)behoeften der patiënten, mag men aannemen dat dit voor de te prefereren bestuursvorm niet zonder consequenties zal blijven.

De directies zullen dan immers steeds meer initiërend, sturend en coördinerend moeten optreden, waarbij het bestuur steun- en klankbordfuncties zal dienen te verrichten (211). Derhalve zal wellicht gestreefd moeten worden naar een meer "toezichthoudende", d.w.z. een meer gedistantieerde, opstelling van het bestuur. Ondanks decentralisatie- en democratiseringsontwikkelingen zullen de directies op de dagelijkse gang van zaken en op de algehele inrichtings sfeer zonder twijfel hun stempel sterk blijven

drukken. Hiervoor draagt deze de uiteindelijke verantwoordelijkheid. Zou de samenstelling van het bestuur op voldoende van de inrichting onafhankelijke wijze plaats vinden (en zou bijvoorbeeld niet de suggestie worden gevolgd, die de staatssecretaris van CRM in een brief van mei 1977 heeft verwoord, nl. om één of meer bestuursleden via voordracht uit medewerkers of vertegenwoordigers van medewerkers van de inrichting te benoemen 212)) dan valt op den duur wellicht te overwegen een dergelijk bestuur tevens de taak te geven van de eerder voorgestelde c.v.t., te weten tot bemiddeling van individuele klachten. Zulks zou geheel en al kunnen passen in de als dan bedoelde, algehele toezichthoudende functie van het bestuur.

#### 8.4. De bouwkundige omstandigheden

##### 8.4.1. *kleinschaligheid*

Waar mogelijk zal in de sfeer van totale instituties aan de kleinschaligheid de voorkeur moeten toevallen, ondanks de geest van de tijd die tendeert naar "monster" gebouwen. Zulks staat uiteraard niet in de weg aan de verdere ontwikkeling van zogeheten "combinatiehuizen" (t.w. een combinatie van verpleeghuis en verzorgingstehuis), voort-spruitend uit een noodzakelijke samenwerking tussen beide instellingen tot behoud van hun eigen functies. Massaliteit en grootschaligheid blijken nooit bevorderlijk voor de persoonlijke contacten, noch voor een individuele bejegening, noch voor vormgeving aan de eigen identiteit. Door de NZR wordt gedacht aan huizen van 100 à 200 bedden, wil aan de verschillende categorieën patiënten een goede gezondheidszorg kunnen worden gegeven.

In Zweden is men overgegaan op het bevorderen van kleine verpleeghuizen (64 plaatsen) in de wijk, die zijn verdeeld in 4 wooneenheden van 16 plaatsen. Het merendeel der bewoners beschikt over een eigen kamer, die men met eigen meubels en eigen voorwerpen kan inrichten en waar men zijn eigen bezoek kan ontvangen. Voorts zijn er mogelijkheden tot integratie met de wijk. Hiermee enigszins te vergelijken is het experiment "genormaliseerd wonen" van het verpleeghuis De Landrijt in Eindhoven, volgens hetwelk een aantal patiënten in vier rijtjeshuizen, verspreid over de stad wonen.

Het is overigens zeer de vraag of het kostenniveau van kleinschaligheid persé ook altijd hoger zal moeten zijn dan dat van grootschaligheid 213). Verdere experimenten zijn hoogst noodzakelijk.

##### 8.4.2. *De accommodatie*

Terecht stelt het Deeladvies inzake de bescherming van privacy van de patiënt van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid, dat de behoefte een éénpersoonskamers veel groter is dan de huidige voor verpleeghuizen te

hanteren norm van 8%: gezien de *woonfunctie* van een verpleeghuis dient het voor degenen, die aan een éénpersoonskamer behoefte hebben, mogelijk te zijn in die behoefte te voorzien, tenzij dit schadelijk voor de patiënt zou zijn 214). Niet door iedere patiënt wordt dit overigens geprefereerd. Het komt me voor, dat de kwestie van éénpersoonskamers het heetste hangijzer is wat betreft de accommodatie der verpleeghuizen. Daarnaast zullen de verpleeghuizen dusdanig van architectuur moeten zijn, dat er ruimschoots voor gedifferentieerde, recreatieve mogelijkheden plaats is en vooral ook voor het zelf bezijn met de dagelijkse dingen, zoals thee en koffie zetten, afwassen, etc. Dit veronderstelt bijv. de aanwezigheid van hulp-keukentjes op de verschillende afdelingen. Voorts zal een enigszins ruime tuin de gelegenheid kunnen bieden om het contact met de aarde niet te snel te verliezen.

#### 8.4.3. *interne differentiatie*

Het verdient ernstig aanbeveling binnen de gebouwen zoveel mogelijk een interne differentiatie te realiseren, in die zin dat zeer verschillende categorieën patiënten ruimtelijk van elkaar worden gescheiden 215). In veel opzichten vergen deze categorieën een zeer uiteenlopende benadering; men denke bijv. aan het verschil in situatie tussen revalidatie-patiënten en terminale patiënten. Met name deze laatste categorie mag onder geen beding tussen andere categorieën patiënten liggen. In de meeste verpleeghuizen bestaat daarvoor dan ook de mogelijkheid van een éénpersoonskamer, hoewel er toch voorbeelden uit de praktijk bekend zijn van situaties, waarin patiënten temidden van anderen lagen te sterven. Voor psycho-geriatrische patiënten bestaan gesloten afdelingen. Jegens al deze categorieën patiënten moet door het personeel een zeer verschillende attitude worden aangenomen: terminale patiënten behoeven een ietwat "vertroetelende" en liefkozende benadering, de revalidatie-patiënten een "oppeppende", reactiverende houding en de dementen moeten worden benaderd op een wijze, die hen een grote zelfstandigheid laat m.b.t. het doen van de dagelijkse dingen (zoals tafel dekken, thee schenken etc.).

#### 8.4.4. *geografische spreiding van verpleeghuizen*

Het ligt naar de hand, dat de situatie van de verpleeghuispatiënt er doorgaans beter op wordt, naarmate hij dichterbij zijn leefmilieu kan verblijven. Hij zal dan vaker door zijn naasten kunnen worden bezocht en zal gemakkelijker zijn eigen huis kunnen bezoeken. Ook zal door familieleden gemakkelijker kunnen worden bemiddeld bij het tegemoet komen aan bepaalde behoeften en wensen van de patiënt. Er zal dan dus meer sprake kunnen zijn van wat wel "mantelzorg" wordt genoemd. Deze vorm van zorg wordt in de praktijk nogal eens te gemakkelijk vanwege het verpleeg-

huis afgebroken. Het instellen van *dependances* kan een oplossing betekenen voor onevenwichtigheden in de geografische spreiding van verpleeghuizen. Daaraan zijn zeer zeker ook complicaties verbonden, zoals het verdelen van de werkbelasting van het multidisciplinaire team over het "verpleeghuis-moeder-instituut" en de *dependance*, alsmede de samenstelling van homogene patiëntengroepen in de kleinschalige *dependance* 216). Geografische spreiding van verpleeghuizen is natuurlijk eveneens van groot belang voor een vruchtbare samenwerking met de eerstelijns-gezondheidszorg. En juist aan deze eerstelijns-gezondheidszorg alsmede aan andere vormen van externe verzorging wordt in de naaste toekomst hoge prioriteit gegeven. Immers, het voorkomen van een totale institutionalisering zal, waar mogelijk, worden nagestreefd. Dit is een reden temeer om op de rechtspositie van hen, wier institutionalisering alsnog onvermijdelijk is, het volle licht te doen schijnen.



## SAMENVATTENDE SLOTBESCHOUWING

In dit preadvies, dat in beginsel over de *interne rechtspositie* van de verpleeghuispatiënt handelt, is uitgegaan van *het rechtsburgerschap* der verpleeghuispatiënten in de context van het verpleeghuis als *totale institutie*. Dit uitgangspunt impliceert dat na de opname in het verpleeghuis de positie, die de patiënt als zelfstandig burger had, zoveel mogelijk behouden blijft en dat specifieke behoeften, die door de opname van de patiënt worden gecreëerd, zoveel mogelijk zullen worden vervuld; afwijkingen hiervan zullen vanwege het verpleeghuis moeten kunnen worden gelegitimeerd. De *mondigheid van de patiënt* is het hieraan ten grondslag liggende normatieve mensbeeld. Dit uitgangspunt is het enige passende in een *rechtsstaat*, waarin alle burgers - in welke situatie van relatieve of algehele onvrijheid zij zich ook bevinden - deel dienen te hebben aan de werking van het *recht* en aan de gelding van fundamentele *rechtsbeginselen*.

Ook in andere typen totale institutie, zoals gevangenissen, jeugdbeschermingsinrichtingen e.a., zijn juridiseringsprocessen gaande. Juist in totale instituties, min of meer gesloten instellingen, waarin men vaak onvrijwillig dag en nacht moet verblijven samen met niet zelf gekozen anderen en waarin men in hoge mate onmachtig en afhankelijk is, is de gedachte van het rechtsburgerschap precair maar daarom des te urgenter.

Dit is de reden aan de betrokken geïstitutionaliseerden in de eerste plaats *een sterke rechtspositie* toe te kennen. Peters heeft er terecht voor gewaarschuwd, dat de mate waarin recht, dat nieuwe rechten verschaft, daadwerkelijk wordt gerealiseerd, sterk afhangt van de effectieve *programmering* daarvan: "zonder deze zal zulk recht hooguit ideologische betekenis hebben, of zelfs niet-beoogde effecten teweegbrengen die lijnrecht tegen het geproclameerde doel ingaan" (in: "Recht als project", Ars Aequi 1979, p. 885).

Vanuit deze achtergrond bezien ligt het voor de hand prioriteit te geven aan een sterke rechtspositie in de zin van klachten*behandeling* en *niet* aan *bemiddeling*; aan dit laatste kleeft ontegenzeggelijk het gevaar, dat door Peters aldus wordt verwoord: "verplichte bemiddeling betekent ontkenning van het recht op een juridisch geschil" (idem, p.890). Vanwege vele vergelijkbare aspecten van de diverse typen totale institutie, is door mij gebruik gemaakt van de ervaringen, welke met het beklagrecht voor gedetineerden gedurende zes en half jaar zijn gedaan, welke ervaringen eveneens wijzen in de richting van een relatief sterke rechtspositie voor de individu.

Aldus werd geen aansluiting gevonden bij één der tot nog toe voorgestelde of gepraktiseerde vormen van klachten-

opvang in verpleeghuizen, noch bij de in psychiatrische inrichtingen functionerende patiëntenvertrouwenspersonen, maar wordt voor het volgende beeld geopteerd:

- in de eerste plaats zal uit het geldende recht, in het bijzonder het gezondheidsrecht, een hoeveelheid *specifieke rechten* voor de verpleeghuispatiënt kunnen worden gedestilleerd. Met name is het van belang grondrechten - in enigszins geconverteerde vorm - hiervoor model te doen zijn. Het recht op goede zorg is weliswaar in deze context van "overkoepelende" betekenis, maar zeer belangrijk zijn ook het recht op privacy (een zeer schaars goed in verpleeghuizen), het recht op lichamelijke en psychische integriteit, het recht op ontplooiing en eveneens de privaatrechtelijke rechten. Veel regels zullen evenwel i.v.m. de noodzakelijke marges van beleidsvrijheid voor de inrichting enige vaagheid behouden, terwijl de realisering daarvan sterk afhankelijk is en blijft van *de instelling der functionarissen*, in het bijzonder directeuren en afdelingshoofden, alsmede van de algehele inrichtingssfeer. Er is in totale instituties onvermijdelijk sprake van een sterke *verwevenheid tussen norm en feit*;
- vervolgens zal een *procedure* moeten worden ontworpen, die beantwoordt aan *eisen van juridische behoorlijkheid*, d.w.z. dat er specifieke klachtgronden en toetsingscriteria moeten zijn geformuleerd, dat de toetsing dient te geschieden door een onafhankelijke beslissende instantie en dat procedureregels moeten worden nageleefd, die zich oriënteren op een grote zorgvuldigheid. Gedacht wordt aan een *klachtencommissie*, bestaande uit drie onafhankelijke burgers, die een bindende beslissing moet geven in geval van schending, door of vanwege de directie, van een recht dat de patiënt aan de in de inrichting geldende voorschriften of normen kan ontlennen. Toetsing geschiedt aan de geldende voorschriften of normen dan wel aan de redelijkheid of billijkheid van de directiebeslissing. De beslissing dient aan bepaalde vormvoorschriften te voldoen en binnen een bepaalde termijn zijn beslag te krijgen. De mogelijkheid van (rechts)bijstand is wenselijk. Het karakter van de procedure is *contradictoir*, d.w.z. ingesteld op tegenspraak. Het beginsel van "hoor en wederhoor" is van groot belang. Beroep, zowel in te stellen door de klager als door de directie, is denkbaar bij een centrale beroepscommissie, eveneens samengesteld uit onafhankelijke burgers. Te denken valt nog aan de mogelijkheid voor de voorzitter om als *unus iudex* op te treden in eenvoudige zaken. Het klachtrecht is *individueel* van aard, d.w.z. betreft in beginsel uitsluitend de situatie van de klager zelf. Wel zullen anderen, bijv. familieleden of verwanten, ten behoeve van de klager een klacht mogen indienen, zeker als het gaat om een psycho-geriatrische patiënt;

- daarnaast dienen *ter bemiddeling van niet juridiseerbare klachten* (zoals over materiële voorzieningen, de kwaliteit van het eten, etc.) *commissies van toezicht* (c.v.t.'s) te worden ingesteld, eveneens bestaande uit onafhankelijke burgers, en wel circa zes in getal. De op bemiddeling georiënteerde commissie staat geheel los van de geschillenbeslechtende klachtencommissie: haar primaire taak is het houden van *algemeen toezicht* op de verpleeghuissituatie. Daartoe vergadert deze commissie maandelijks met de directie en kent deze het instituut van de maandelijks wisselende *maandcommissaris*, die de hooners van de commissie als geheel zoveel mogelijk waarneemt, met name bij de bemiddeling van klachten. Ook al gaat het om een klacht die formeel vatbaar is voor geschillenbeslechting door de klachtencommissie, dan is het vanzelfsprekend het recht van de patiënt om deze in te dienen bij de c.v.t. Leidt dit niet tot een bevredigend resultaat, dan kan alsnog de "zwaardere" procedure worden geïnitieerd. De omgekeerde weg evenwel is niet denkbaar: wordt de klacht eenmaal formeel door de klachtencommissie behandeld, dan is deze aan de sfeer van de c.v.t. onttrokken, tenzij tijdens de klachtenbehandeling in overleg tussen klager, directie en klachtencommissie tot een andere conclusie wordt gekomen;
- het spreekt vanzelf, dat klagers *alvorens enige klacht in te dienen*, altijd eerst contact dienen op te nemen met degene, tegen wiens handeling of beslissing de klacht zich richt of tot een hiërarchisch hogere instantie (afdelingshoofd of directie). Dit is de *vorbereidingsfase* in de interne sfeer van iedere klachtenbehandeling of klachtenbemiddeling door een externe commissie. Veel elders gedane voorstellen omtrent klachtenopvang in verpleeghuizen beperken zich in wezen tot deze fase;
- tenslotte dient zeer veel ernst te worden gemaakt met het *verschaffen van brede en adequate informatie*, zowel aan de patiënten zelf als aan hun familieleden of verwanten. Het gaat om informatie niet alleen over de materiële rechten en plichten, alsmede over klachtenprocedures, dus over de rechtspositie in strikte zin - zo deze althans is ingevoerd -, maar ook over de gang van zaken in het algemeen in het verpleeghuis, waarvan de huisregels slechts een deel vormen. Doorgaans zijn totale instituties niet erg initiatiefrijk in het verzorgen van uitvoerig voorlichtend materiaal, ondanks het feit dat allewege de noodzaak hiervan wordt erkend. Daarnaast is in het verpleeghuis informatie over de situatie en de persoon van de individuele patiënt van groot gewicht in verband met te nemen (belangrijke) beslissingen: het toestemmingsvereiste van de patiënt voor medische behandeling bijvoorbeeld veronderstelt een goede informatie. Hieraan schort het helaas nog maar al te vaak in de verpleeghuizen. Wellicht zou het instellen van *sprekkuren* een goede opening kunnen zijn.

Het optimale voor de verpleeghuispatiënt zal niet kunnen worden bereikt uitsluitend langs de weg van versterking van diens rechtspositie: tegelijkertijd zal ook aan *de structurele condities van de verpleeghuissituatie* de nodige aandacht moeten worden gegeven.

Te denken valt in de personele sfeer aan een grotere oriëntatie op *juridisch behoorlijk handelen* tijdens de opleiding der functionarissen en tijdens de vervulling van hun taak in het verpleeghuis, aan *een grotere autonomie* voor de functionarissen, d.w.z. dat *decentralisatie* zou moeten worden bevorderd, en aan meer *roulering* over de afdelingen, *ondermeer teneinde tē grote persoonlijke bindingen te vermijden*. Daarnaast verdient *het vrijwilligerswerk* alleszins te worden gestimuleerd. De organisatiestructuur van de inrichtingen zou behalve door een grotere decentralisatie tevens door een grotere *democratisering* moeten worden gekenmerkt: het functioneren van *patientenraden* en *familie- of verwantenraden* is hierbij van groot belang. *De bestuursvorm van de inrichting* zou zich meer moeten karakteriseren als "toezichthoudend" en "gedistantieerd", terwijl de samenstelling van het bestuur op onafhankelijke wijze dient plaats te vinden. Zelfs is het eventueel denkbaar dat het bestuur in dat geval als c.v.t. zou fungeren.

In de bouwkundige sfeer zal naar *kleinschaligheid* moeten worden gestreefd, in welke conditie ook de realisering van grondrechten een vruchtbaardere bodem zal vinden. De *accommodatie* zal veel meer dan thans het geval is op de privacy van de patiënt moeten zijn ingesteld (bijv. door de mogelijkheid een eigen kamer te hebben). Iedere categorie patiënten zal het meest overeenkomstig z'n specifieke behoeften worden verzorgd in een situatie van *interne differentiatie*. Een goede *geografische spreiding* van verpleeghuizen zal tenslotte de situatie van de verpleeghuispatiënt zeer ten goede komen (hoe dichterbij zijn eigen milieu hij verblijft, hoe beter het is).

Dit preadvies heeft geen grotere pretentie dan dat het een vruchtbare bijdrage hoopt te bevatten in de discussie over de meest wenselijke rechtspositie van de verpleeghuispatiënt. Dāt deze vorm moet krijgen wordt door vrijwel niemand meer betwist, wel de wijze waarop dit moet gebeuren. Men dient echter te bedenken, dat de functie van het recht in de verpleeghuissituatie weliswaar één aspect van het geheel is, maar niettemin van zwaarwegende betekenis kan zijn. Tē snel is men geneigd - wellicht uit schuldgevoel - de uiterst schrijnende en tragische situatie van veel patiënten uit het oog te verliezen: hun machteloosheid kan niet vaak genoeg worden onderstreept. De titel van één enkel boekje (door Mia Duynstee) met geschreven portretten van verpleeghuisbewoners zou eigenlijk vele boekdelen moeten spreken: "Als je goed luistert hoor je ze huilen".

## NOTEN

- 1) Dit "voorrecht" slaat terug op de inhoud van vers 254: "om, na gebaad en gegeten te hebben, heerlijk te slapen!" (vertaling Aegidius W. Timmerman, H.J. Paris, Amsterdam).
- 2) Deze term, die ik eerder heb ontwikkeld in mijn dissertatie "Recht voor gedetineerden", Samsom 1978, p.142, omvat méér dan alleen het zijn van rechtssubject, d.w.z. drager van plichten én rechten. Ik heb er veeleer een dynamische, participatoire geladenheid aan willen geven.
- 3) Erving Goffman, *Totale instituties*, ingeleid door J.A.A. van Doorn, Universitaire Pers Rotterdam 1975, p.14.
- 4) E. Goffman, *ibidem*.
- 5) J.A.A. van Doorn in diens inleiding op Goffman's "Totale instituties", Universitaire Pers Rotterdam 1975, p.5.
- 6) Zie J. Soetenhorst-de Savornin Lohman, *Dwang om bestwil*, Kluwer 1977, p.39.
- 7) Zie voor deze term mijn oratie "Recht voor geïnstitutionaliseerden" (Utrecht 1983), d.w.z. recht voor mensen die in een totale institutie (moeten) verblijven. Voor dit ingewikkelde verzamelbegrip bestaat in de Nederlandse taal helaas geen passend woord, navenant aan het Engelse "inmates". In de praktijk wordt nogal eens het woord "bewoners" gebezigd, hetgeen in mijn ogen een sterk eufemistische klank heeft, voorzover daarin suggesties van vrijheid in handel en wandel besloten liggen, die nu juist door de institutionalisering geheel of gedeeltelijk worden weersproken. Naar valt aan te nemen, geldt dit in het algemeen het sterkst voor penitentiaire inrichtingen.
- 8) "Rechten en welzijn van mensen in instituten", uitgave van Humanitas 1978, p.8.
- 9) *Ibidem*.
- 10) E. Goffman, *op. cit.* p.70.
- 11) Artt. 51 t/m 58 Beginselenwet Gevangeniswezen; zie voor de praktijk van het beklagrecht voor gedetineerden: J.P. Balkema, *Klachtrecht voor gevangenen*, Tjeenk Willink, Alphen a/d Rijn 1979, C. Kelk, *Kort begrip van het detentierecht*, *Ars Aequi Libri* 1983 en P. van Ratingen, *Recht en gevangenschap*, Van Loghum Slaterus/Tjeenk Willink 1983.
- 12) Artt. 26a e.v. Beginselenwet voor de Kinderbescherming (ingevoegd bij wet van 6 mei 1982, St. 273); over de praktijk hiervan is nog weinig bekend, zie M. Rood-de Boer, in de bundel: *Grenzen en mogelijkheden*, *Ars Aequi Libri* 1984, p.274/275.
- 13) Mede in verband met het wetsontwerp-BOPZ (nr. 11270) zijn de ontwikkelingen op het terrein van de rechtspositie van de psychiatrische patiënten gestimuleerd. Ook actiegroepen hebben hierop een belangrijke invloed

- uitgeoefend. Van groot belang is de rapportage van de commissie-Van Dijk over de rechtspositie van patiënten in psychiatrische ziekenhuizen (eindrapport 1980). Zie ook: F. van Ree en A.J. Colijn, De psychiatrische patiënt en zijn rechten, Tjeenk Willink Goningen 1976 en J. Krul-Steketee, De psychiatrische patiënt in het recht, Van Loghum Slaterus/Tjeenk Willink 1978.
- 14) Zie bijv. de Golder-case, arrest van 21 februari 1975, Publications of the European Court of Human Rights, Series A. vol. 18 (1975), waarbij het recht van een Engelse gevangene werd erkend om contact op te nemen met een advocaat, aangezien door hem gerechtelijke stappen m.b.t. in de gevangensituatie gerezen problemen werden overwogen; zie voorts de zaak-Winterwerp, arrest van 24 oktober 1979, Ars Aequi 1980, p.105-120, waarbij onder meer het recht van een Nederlandse onvrijwillig opgenomen psychiatrische patiënt werd erkend om bij de (verlenging van) de machtiging tot opname door de rechter te worden gehoord.
  - 15) Mede onder invloed van actiegroepen, zoals de Cliëntenbond, de werkgroep RP2, de Gekkenkrant, de Stichting Pandora, de werkgroep Krankzinnigenwet en de Stichting Landelijke Patiëntenraden is in de loop van de jaren '70 het initiatief ontstaan tot het instellen van een ombudsman in psychiatrische ziekenhuizen.
  - 16) Zie het verslag 1981-1983 van de Stichting Patiëntenvertrouwenspersoon Geestelijke Gezondheidszorg, Utrecht 1983.
  - 17) J.A.A. van Doorn, Recht als organisatie: een ordening van problemen (ongepubliceerd).
  - 18) Zie noot 7.
  - 19) Zo is bij L. Veldhoen en F. van Ree, in: Eenzame opsluiting, Het Spectrum 1980, p.80, het voorbeeld te vinden van isolatie van een patiënt omdat deze een kop koffie tegen de broek van een broeder had aangegooid, terwijl in het penitentiair tuchtrecht precies dezelfde gedraging werd bestraft met 2 dagen strafcel (zie: Beroepscommissie 24 maart 1981, Penitentiaire Informatie 1981, nr. 40).
  - 20) A.A.G. Peters, Het rechtskarakter van het strafrecht, inaugurele rede Utrecht, 1972, p.8.
  - 21) Zoals de Belangengroepering Minderjarigen, die zich zeer intensief heeft ingezet voor de verbetering van de situatie in jeugdinrichtingen; zie ook: M. de Langen, Recht voor jeugdigen, diss. Utrecht, Samsom 1973, p.20 e.v.
  - 22) Zie noot 15.
  - 23) A.A.G. Peters, Strafrecht als problematiek voor een moderne samenleving, in de bundel: Dilemma's in het hedendaagse strafrecht, Ars Aequi Libri 1975, p.90.
  - 24) A.A.G. Peters, op. cit., p.93.
  - 25) M. de Langen, op. cit., p.11. Zie voor een analyse van het begrip "het belang van het kind": Joseph Goldstein e.a., Beyond the Best Interests of the Child, 1973, in vertaling verschenen als: "De toverformule: in het

- belang van het kind", 1979.
- 26) Zie H.J.J. Leenen, Rechten van mensen in de gezondheidszorg, Samsom 1978, p.24 e.v., die het zelfbeschikkingsrecht als "basisrecht" destilleert uit het systeem der grondrechten.
  - 27) Deze zienswijze op de taak van de sociale verzorgingsstaat komt sterk overeen met het door H.D.C. Roscam Abbing, in: In de beperking toont zich de meester, inaugurele rede Maastricht 1983, geïntroduceerde concept van de "bevorderingsstaat"; hierin zal de overheid zich voor de toepassing van sociale grondrechten meer beperken tot het scheppen van randvoorwaarden en deze minder zelf ter hand nemen (p.12); de evenwichtssituatie in de gezondheidszorg zal veeleer afhangen van een harmonieuze samenwerking tussen medici en juristen.
  - 28) Zie voor hetzelfde verschijnsel in het gevangeniswezen: Kort begrip van het detentierecht, 1983, p.29 e.v.; vgl. voor de psychiatrische ziekenhuizen: commissie-Van Dijk, rapport-Resultaten enquête 1978, p.2.
  - 29) J. R Emmelink, in: R.M. Themis 1980, p.566.
  - 30) Beleidsplan Sectie Verpleeghuizen, NZR juni 1983, p.6 (verder: Beleidsplan NZR).
  - 31) Centrale Raad voor de Volksgezondheid, Interim-advies inzake het functioneren van verpleeghuizen, 1982, p.6.
  - 32) Term van J.C.M. Hattinga Verschure, Zingeving aan het leven in het verpleeghuis, en Schetsontwerp van mantelzorg in het verpleeghuis, in: Het Ziekenhuis 1981, nr. 5 en 6.; "mantelzorg" wordt als volgt omschreven: de zorg, die mensen onderling aan elkaar verlenen, zonder dat daarbij betaling plaatsvindt en zonder dat dienst en wederdienst kwantitatief tegen elkaar moeten worden afgewogen.
  - 33) Beleidsplan NZR 1983, p.10.
  - 34) Voor verpleeghuizen worden thans nog - anders dan voor ziekenhuizen - voorlopige erkenningen afgegeven op basis van concept-erkenningnormen van de Minister van WVC; niet erkend zijn bijv. zogeheten "ziekenboegen" in bejaardentehuizen e.d.
  - 35) Beleidsplan NZR, 1983, p.3 en 8.
  - 36) Doel van het gezondheidszorgbeleid is komen, binnen het kader van een maatschappelijke afweging, tot een kwalitatief verantwoorde en financieel betaalbare gezondheidszorg, waarbinnen een ieder een zo groot mogelijke graad van gezondheid en welzijn kan bereiken in de levenssituatie, waarvoor hij of zij heeft gekozen c.q. waarin hij of zij is komen te verkeren (aldus het Interim-advies inzake het functioneren van verpleeghuizen van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid 1982, p.9).
  - 37) Dit onderzoek, verricht door M. Andela van de afdeling onderzoek van de Consumentenbond, is neergelegd in een onderzoeksrapport "Verpleeghuizen", dat heeft gediend als basis voor het artikel: Verpleeghuisbewoner moet

- gewoon leven kunnen leiden, in: Consumentengids, augustus 1984, p.370 e.v. In dit preadvies zal uitsluitend naar het oorspronkelijke onderzoeksrapport worden verwezen, dat kort zal worden aangeduid als: Onderzoek Consumentenbond.
- 38) Onderzoek Consumentenbond, p.47.
  - 39) L.H.C. Hulsman, Een abolitionistisch perspectief op het strafrechtelijk systeem, in: Problematiek van de Strafrechtspraak, Nederlands Gesprek Centrum, Bosch en Keuning 1979, p.50 e.v.
  - 40) Wet van 31 maart 1983, St. 153, in werking getreden op 1 mei 1983.
  - 41) Zie hierover: Sil Schmid, Vrijheid is de beste medicijn, Van Gennep Amsterdam 1979; Ans van der Beek e.a., Democratische psychiatrie, Ambo 1980.
  - 42) C.J.B.J. Trimbos, Alternatieve psychiatrie, in: MGv 1982, p.786-799.
  - 43) Zie de Volkskrant van 24 oktober 1984.
  - 44) Zie M.J. Verhoef en H.W.A. Hilhorst, De "zachte dood" in de praktijk, De Tijdstroom 1981, p.15; zie voorts het Beleidsplan NZR 1983, p.13; vgl. de scriptie van M. Trotz Koning, De rechtspositie van de bewoner van het verpleegtehuis, Schoorl 1981. Merwaardigerwijze wordt door H. ten Have, Het verpleeghuis; veld van onderzoek, Van Loghum Slaterus 1979, aan het verpleeghuis het karakter van totale institutie ontzegd; zie voor een uitvoerige weerlegging daarvan: M.C. Dekker, Verpleeghuis, democratisering en leefklimaat, uitgave NZI 1980, p.44.
  - 45) Het Beleidsplan NZR, 1983, spreekt in deze van een "tweeledige doelstelling" (p.7). Vgl. de definitie van de taak van het verpleeghuis door de Centrale Raad voor de Volksgezondheid, Interim-advies inzake het functioneren van verpleeghuizen, 1982, p.16.
  - 46) De Centrale Raad voor de Volksgezondheid heeft het probleemesignaleerd, dat deze begrippen wel zijn te onderscheiden, maar moeilijk zijn te scheiden wat hun inhoud betreft. Zij betreffen allemaal aspecten van de zorgverleningssituatie in het verpleeghuis. Evenmin kan het Engelse begrippenpaar "cure" en "care" in deze veel verheldering brengen; zie het Interim-advies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid 1982, p.20.
  - 47) Beleidsplan NZR 1983, p.8; de Centrale Raad voor de Volksgezondheid, Interim-advies, p.17, spreekt over: een individueel "onderzoek/ behandel/verpleegplan".
  - 48) Centrale Raad voor de Volksgezondheid, Interim-advies p.13.
  - 49) Beleidsplan NZR, 1983, Bijlage 2 op basis van cijfers van 1981.
  - 50) Beleidsplan NZR, 1983, Bijlage 2 op basis van cijfers van 1980.
  - 51) Centrale Raad voor de Volksgezondheid, Interim-advies, p.18 en 23/24.
  - 52) Zie Onderzoek Consumentenbond, p.8; zie voorts het



- Interim-advies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid p.65 e.v.
- 53) Zie Onderzoek Consumentenbond, p.42; zie voorts het Interim-advies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid p.79 e.v.
  - 54) Zie het Interim-advies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid, p.11/12.
  - 55) Wellicht zou het meer passen bij de verpleeghuis-"filosofie" om te spreken van "bewoner", doch een dergelijk eufemisme lijkt me een versluiering van de werkelijkheid, die nu eenmaal inhoudt dat men patiënt moet zijn om opgenomen te worden. Dit sluit in het geheel niet uit, dat de patiënt zoveel mogelijk als bewoner wordt bejegend; vanzelfsprekend heeft het verpleeghuis naast verpleeg-, verzorgings- en behandelingsfuncties tevens een "woonfunctie".
  - 56) H.J.J. Leenen, Rechten van mensen in de gezondheidszorg, Samsom 1978, p.125.
  - 57) Het is bekend, dat in de meeste totale instituties door de hiërarchische organisatiestructuur de persoon en de mentaliteit van de directeur(en) van doorslaggevende betekenis voor het algehele inrichtingsklimaat zijn. Desniettemin valt in verpleeghuizen een relatief grote autonomie van de afzonderlijke afdelingen waar te nemen; zie bijv. W.J.A. van den Heuvel, Aanpassing in verpleeghuizen, diss. Nijmegen 1973, p.150/151. Aan een en ander is inherent het verschijnsel dat afdelingshoofden sterk bepalend zijn voor de aldaar heersende sfeer.
  - 58) H.J.J. Leenen, Rechten van mensen in de gezondheidszorg, p.135.
  - 59) Rapport Resultaten enquête van de Commissie-Van Dijk, Staatsuitgeverij 1979, i.h.b. p.17 e.v.
  - 60) Hans Achterhuis, De markt van welzijn en geluk, Ambo, p.53, spreekt over "mensen als objecten van zorg"; zie ook hoofdstuk 9 van dit werk.
  - 61) Zie het rapport "Klagers achter slot en grendel", Kriminologisch Instituut Groningen 1983, p.189/190; vgl. J. Kil, in: Balans juni/juli 1980 (nr.6), p.21/22.
  - 62) In deze geest: Ch.J. Enschedé, in: Vooruitzichten van de Rechtswetenschap/2, Kluwer 1983, p.36; vgl. m.b.t. het klachtrecht voor jeugdigen: M. Rood-de Boer, in de bundel: Grenzen en mogelijkheden, Ars Aequi Libri 1984, p.280/281.
  - 63) H.J.J. Leenen, Rechten van mensen in de gezondheidszorg, p.125.
  - 64) Discussienota Taak en Functie Verpleeghuizen, Sectie Verpleeghuizen NZR, juli 1981, p.28.
  - 65) H. Rengelink, Oudere gehandicapten in Amsterdam, het opnemingsbeleid, grensgebied tussen extra- en intramurale zorg, diss. Amsterdam 1977.
  - 66) Cf. D.H. Sipsma, Is gedwongen opneming/behandeling een behoefte in de geriatrie, in: Medisch Contact 1977, p.1266 e.v., die stelt dat nogal eens beoordelingsfouten worden gemaakt t.a.v. het vertoonde gedrag van bejaar-

- den. Gelukkig zijn er in moderne psycho-geriatische verpleeghuizen behandelingsschema's voorhanden, waardoor een aantal van deze patiënten weer herstelt en kan worden ontslagen.
- 67) Zie noot 52. Overigens neemt dit niet weg, dat de Sectie Verpleeghuizen van de NZR in zijn Beleidsplan 1983 (p.29/30) aan het "beoordelingsteam" een aantal eisen stelt (zoals multi-disciplinaire samenstelling, continuïteit in de beoordeling e.d.) en zich op het standpunt stelt, dat "een aantal modellen voor beoordeling en plaatsing nader dienen te worden uitgewerkt in samenspraak met de Nederlandse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg".
  - 68) Centrale Raad voor de Volksgezondheid, Interim-advies, p.37.
  - 69) Idem, p.37/38.
  - 70) Onderzoek Consumentenbond, p.5.
  - 71) Onderzoek Consumentenbond, p.19 en 20.
  - 72) In 1964 werd nog 54% vanuit de eigen woning naar een verpleeghuis verwezen, in 1974 was dit aantal 29% (Onderzoek Consumentenbond, p.4).
  - 73) Zie art.22 Beginselenwet Gevangeniswezen.
  - 74) Dit boekje is bedoeld als voorbeeld voor verpleeghuizen, die een informatieboekje gaan maken voor nieuw op te nemen patiënten.
  - 75) Zie G.J.M. Cartigny/A.P.H. van der Linden, Gezondheid, wonen en ontplooiing, in de bundel: "Grondrechten", Ars Aequi Libri 1982, p.423.
  - 76) H.J.J. Leenen, Rechten van mensen in de gezondheidszorg, p.12.
  - 77) H.J.J. Leenen, Gezondheidszorg en recht, p.22.
  - 78) H.J.J. Leenen, Rechten van mensen in de gezondheidszorg, p.17; zie ook Leenen's dissertatie: Sociale grondrechten en gezondheidszorg, Hilversum 1966, p.111 e.v.
  - 79) Zie: Gezondheid(szorg) en democratisering, publicatie van het Nederlands Gesprek Centrum, Bosch en Keuning 1979, p.25.
  - 80) H.J.J. Leenen, Rechten van mensen in de gezondheidszorg, p.208.
  - 81) H.J.J. Leenen, op. cit. p.210.
  - 82) H.J.J. Leenen, op. cit. p.212 e.v.
  - 83) M.J. Verhoef en W.H.A. Hilhorst, De "zachte dood" in de praktijk, Lochem 1981, p.72.
  - 84) M.J. Verhoef en W.H.A. Hilhorst, ibidem.
  - 85) M.J. Verhoef en W.H.A. Hilhorst, op. cit. p.73.
  - 86) M.J. Verhoef en W.H.A. Hilhorst, op. cit. p.69.
  - 87) M.J. Verhoef en W.H.A. Hilhorst, op. cit. p.70.
  - 88) Zie W. Derks, Het hemd van Vrouwe Justitia, Gamma publikaties, 1981, p.211.
  - 89) T. van Gennep en P. Schnabel, Thuis sterven: een onvervulbare laatste wens?, uitgave NCGV 1980, p.73.
  - 90) Idem, p.108.
  - 91) Idem, p.112 e.v.
  - 92) Idem, p.124.

- 93) Zie over de problematiek van de vloeiende overgang tussen "externe" en "interne (grond)rechten": Rechten voor gedetineerden, Samsom 1978, p.163/164.
- 94) J.F. Rang, Patiëntenrecht en rechten van de patiënt, in: Medisch Contact 1974, p.1623.
- 95) H.J.J. Leenen, Rechten van mensen in de gezondheidszorg, p.122/123.
- 96) G.A.M. Strijards, in de bundel: "Grondrechten", Ars Aequi Libri 1982, p.325.
- 97) A.C. 't Hart, in NJB 1984, p.554, met een beroep op: Konijnenbelt, in: "Grondrechten", 1982, p.29.
- 98) Zie de bundel: "Grondrechten", p. 16-21. Vgl. F. de Graaf en M.J.O.M. de Haas, Horizontale werking van grondrechten: een heilloos leerstuk, in: NJB 1984, p.1353 e.v.
- 99) M.J. Verhoef en H.W.A. Hilhorst, De "zachte dood" in de praktijk, Lochem 1981, p. 17; zie ook het Onderzoek Consumentenbond, p.21.
- 100) M. Trotz Koning, De rechtspositie van de bewoner van het verpleegtehuis, Schoorl 1981, p. 12.
- 101) Centrale Raad voor de Volksgezondheid, Deeladvies inzake de bescherming van privacy van de patiënt, 1981, p. 61.
- 102) Onderzoek Consumentenbond, p.13 en p.23.
- 103) Hierop bestaan zeer zeker gunstige uitzonderingen: Onderzoek Consumentenbond, p.12 en 13.
- 104) Zie bijv. de uitspraak van de Beroepscommissie van de Centrale Raad van Advies voor het Gevangeniswezen, de Reclassering en de Psychopatenzorg inzake de inzage in het persoonsdossier van een gedetineerde door een gevangenisdirecteur zonder diens toestemming: BC 13 augustus 1981, A 27/81, P.I. 1981, nr. 61.
- 105) Zie hierover de bundel: "Grondrechten", p.250-252.
- 106) H.J.J. Leenen, Rechten van mensen in de gezondheidszorg, Samsom 1979, p. 152 e.v.
- 107) H.J.J. Leenen, Gezondheidszorg en recht, Samsom 1981, p.99 e.v.
- 108) Zie noot 106.
- 109) M.J. Verhoef en H.W.A. Hilhorst, op. cit., p.21.
- 110) Ook de Commissie voor de Rechten van de mens en het Europese Hof maken geen onderscheid tussen "physical and mental suffering"; zie voorts voor de opvattingen in Nederland hierover: de bundel "Grondrechten", p.254.
- 111) NRC/Handelsblad van 2 mei 1984 n.a.v. de promotie van de geriater Claessens te Nijmegen. Evenals D.H. Sipsma, in: Medisch Contact 1977, p.1267 heeft bepleit, zou de beoordeling van de opnemingsnoodzaak door een deskundigenteam moeten worden verricht.
- 112) Onderzoek Consumentenbond, p.29
- 113) Idem, p. 28.
- 114) Een oud-verpleeghuisarts heeft me verzekerd, dat het aanbeveling zou verdienen om het gebruik van bijvoor-

- beeld sex-poppen en vibrators toe te staan, alsmede pornografie tot de inrichting toe te laten.
- 115) Het klaarmaken van voedsel is voor veel patiënten een "genoegen op zichzelf"; in sommige verpleeghuizen bestaan "kookgroepen", waarbij iedereen wordt betrokken, ook al is men dement; eveneens bestaan er "tuin-groepen" (Onderzoek Consumentenbond, p.34 en 12).
  - 116) Onderzoek Consumentenbond, p.13.
  - 117) Idem, p.14.
  - 118) Zie voor een soortgelijke benadering van de situatie van gedetineerden: de Coornhert-Liga, Welzijn en Justitie, Alternatieve Justitiebegroting 1976, Ars Aequi Libri 1975, p.67 e.v.
  - 119) Onderzoek Consumentenbond, p.13.
  - 120) Discussienota "Taak en Functie Verpleeghuizen", Sectie Verpleeghuizen NZR, juli 1981, p.38.
  - 121) Beleidsplan NZR, 1983, p.26/27.
  - 122) Rapportage naar aanleiding van een inventarisatie over Klachtenopvang in verpleeghuizen, Sectie Verpleeghuizen NZR, mei 1984, p.9.
  - 123) Idem, p.8.
  - 124) P. Laurs, Klachtenbehandeling in verpleeghuizen, Tijdschrift voor Ziekenverpleging 34, nr.1 (1981), p.23.
  - 125) Deeladvies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid inzake bemiddeling bij klachten van patiënten, aug. 1982, p.20.
  - 126) Onderzoek Consumentenbond, p.37.
  - 127) Idem, p.38.
  - 128) Rapport Inventarisatie Klachtenopvang van de Sectie Verpleeghuizen NZR 1984, p.5; men raadplege dit rapport voor een verdere uitsplitsing van de desbetreffende getallen.
  - 129) Zie bijv. het voorstel-procedure klachtenbehandeling van de dienst gemeentelijke verpleeginrichtingen te Rotterdam van 8 december 1980.
  - 130) Rapport Inventarisatie Klachtenopvang van de Sectie Verpleeghuizen NZR 1984, p.13.
  - 131) Deeladvies, p.13. Dit deeladvies betreft de gehele gezondheidszorg, zowel extramuraal als intramuraal.
  - 132) Deeladvies, p. 12.
  - 133) Ibidem.
  - 134) Ibidem.
  - 135) Deeladvies, p.9.
  - 136) Gezondheid(szorg) en democratisering, publikatie van het Nederlands Gesprek Centrum, 1979, p.24/25.
  - 137) Vgl. F.H.L. Beyaert, Rechtspreken-recht helpen, Boom 1976 p.79.
  - 138) Deeladvies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid 1982, p.22/23.
  - 139) A. Frid e.a., Jij liever dan ik, Vuga 1980, Hoofdstuk III.
  - 140) Zie: Kort begrip van het detentierecht, p.105 e.v.
  - 141) Advies van de Stuurgroep-Democratisch en Doelmatig

- Functioneren van Gesubsidiëerde Instellingen, "Klachtrecht", 1983, p.13.
- 142) P.F. van der Heijden, Algemene beginselen van behoorlijk ondernemerschap, in: NJB 1984, p. 1385 e.v.
- 143) Vgl. H.J.J. Leenen, Rechten van mensen in de gezondheidszorg, p.125.
- 144) Zie noot 57.
- 145) Zie art. 57 lid 1 Beg.wet Gevangeniswezen.
- 146) Zie NJCM-bulletin 1982, nr.3.
- 147) F.J.M. Feldbrugge in diens gelijknamige inaugurele rede te Leiden, Sijthoff 1968.
- 148) Onderzoek Consumentenbond, p.20.
- 149) Art. 13b lid 4 Gevangenismaatregel.
- 150) Beroepscommissie C.R.v.A., 30 juli 1980, A 104/80.
- 151) Art. 57 lid 3 Beg.wet Gevangeniswezen.
- 152) Advies van de Stuurgroep-Democratisch en Doelmatig Functioneren Gesubsidiëerde Instellingen, "Klachtrecht", 1983, p.40 e.v.
- 153) Zie hiervoor mijn "Kranke zinnen, kranke rechten?" in: NJB 1980, p.962 e.v.
- 154) P. Laurs, Klachtenbehandeling in verpleeghuizen, Tijdschrift voor Ziekenverpleging 34, nr. 1 (1981), p.24.
- 155) Zie art. 26a e.v. Beginselenwet voor de Kinderbescherming.
- 156) Naar aanleiding van een motie-Nijpels (15.800 nr.57) tijdens de Kamerbehandeling van de justitiebegroting 1980, zie DD 10(1980), p.358.
- 157) A.C. Geurts, De rechtspositie van de gevangene, afscheidscollege Tilburg, 1981.
- 158) Zie hierover: Kort begrip van het detentierecht, p.186.
- 159) Deeladvies inzake bemiddeling bij klachten van patiënten, p.37
- 160) Idem, p.43.
- 161) Stichting pvp Geestelijke Gezondheidszorg, verslag 1981-83, p.62.
- 162) Idem, p.78.
- 163) Deeladvies, p.38.
- 164) Verslag 1981-1983, p.76
- 165) Verslag 1981-1983, p.61
- 166) Deeladvies, p.39.
- 167) Deeladvies, p.48/49.
- 168) Men kent "commissies van toezicht" bij alle penitentiaire inrichtingen, maar ook bij de Rijksacademie voor Beeldende Kunsten te Amsterdam.
- 169) Deeladvies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid, Bijlage A, p.22.
- 170) Advies "Klachtrecht" 1983, p.40.
- 171) Anders: Advies-Stuurgroep Democratisch en Doelmatig Functioneren Gesubsidiëerde Instellingen.
- 172) Deeladvies, p.34.
- 173) Zie bijv. het Deeladvies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid inzake bemiddeling van klachten, p.37; Advies "Klachtrecht", p.32.

- 174) Advies "Klachtrecht", p.47 e.v.
- 175) P. Laurs, Klachtenbehandeling in verpleeghuizen, Tijdschrift voor Ziekenverpleging 34, nr.1 (1981), p.23.
- 176) Zie: Verklaringen waarin de verhoudingen geregeld worden tussen het verpleeghuis voor somatische zieken en de daarin opgenomen bewoners en familie, nr.5 Klachtenregeling, Stichting Samivoz, november 1983.
- 177) H.D.C. Roscam Abbing, Overheid en het recht op gezondheidszorg, Preadvies voor de Vereniging voor Gezondheidsrecht, 1984, p.87.
- 178) H.D.C. Roscam Abbing, Op.cit., p.84.
- 179) Vgl. de affaire van de ombudsman, die werd ontslagen door het bestuur van een psychiatrische inrichting, toen deze t.b.v. een cliënte een kort geding tegen de inrichting aanspande; zie A. Frid e.a., Jij liever dan ik, Vuga 1980, Hoofdstuk III.
- 180) Zie bijv. het Beleidsplan NZR, 1983, p.26.
- 181) H.J.J. Leenen, Rechten van mensen in de gezondheidszorg, p.140.
- 182) Idem, p.157
- 183) Onderzoek Consumentenbond, p.24/25.
- 184) Idem, p.26.
- 185) Idem, p.25.
- 186) Interim-rapport van de Werkgroep Rechtspositie Patiënten in Psychiatrische Ziekenhuizen (1977), p.16.
- 187) M.J. Verhoef en H.W. Hilhorst, De "zachte dood" in de praktijk, Lochem 1981, p.18; rapportage "Klachtenopvang in verpleeghuizen" van de Sectie Verpleeghuizen NZR, 1984, p.14.
- 188) Niek Janssen, Het beklagrecht voor gedetineerden in de praktijk, T.v.Criminologie 1980, p.249-263; zie ook het rapport "Klagers achter slot en grendel", Kriminologisch Instituut Groningen 1983, p.75/76.
- 189) In het gevangeniswezen bijvoorbeeld wordt voor dit verschijnsel - op grond van zijn eigen ervaringen als groepsleider in een jeugdgevangenis - gewaarschuwd door J. Kil, in: Balans juni/juli 1980 (nr.6) p.21/22.
- 190) Zie "Klagers achter slot en grendel"., Kriminologisch Instituut Groningen 1983, p.100-102.
- 191) Zie het Beleidsplan NZR, p.20 e.v.
- 192) M.C. Dekker, Verpleeghuis, democratisering en leefklimaat, uitg. Nationaal Ziekenhuis Instituut 1980, p.45.
- 193) Zie bijv. M. Crozier, The Bureaucratic phenomenon, University of Chicago Press 1973, p.158, e.v.
- 194) Zie noot 57.
- 195) J.S. Reedijk, Observatie van psychogeriatrische patiënten in: Medisch Contact 1981, p.1422.
- 196) Zie het Beleidsplan NZR, p.20.
- 197) Zie de Concept-nota Vrijwilligersbeleid van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, september 1984, p.19 e.v.
- 198) Decentralisatie wordt dan ook gezien als een aspect van de democratisering; zie Beleidsplan NZR, p.24.

- 199) Zie bijv. het Weekblad Gezondheidszorg van 13 mei 1982, p.7.
- 200) Beleidsplan NZR, p.23.
- 201) Gezondheid(szorg) en democratisering, publicatie van het Nederlands Gesprek Centrum 1979, p.16/17.
- 202) H.J.J. Leenen, De verhouding intra- en extramurale gezondheidszorg, in: Medisch Contact 1972, p.1119.
- 203) Gezondheid(szorg) en democratisering, p.34.
- 204) Beleidsplan NZR, p.25.
- 205) Brief van de NZR, Sectie Verpleeghuizen over Patiëntenbeleid/Democratisering van 8 maart 1984.
- 206) Vgl. Gezondheid(szorg) en democratisering, p.70.
- 207) Zie: Verklaringen van de Stichting Samivoz, november 1983.
- 208) Gezondheid(szorg) en democratisering, p.18-22.
- 209) M.C. Dekker, Verpleeghuis, democratisering en leefklimaat, uitgave Nationaal Ziekenhuis Instituut 1980.
- 210) M.C. Dekker, op.cit., p.73/74.
- 211) Beleidsplan NZR, p.22.
- 212) Zie M.C. Dekker, op.cit., p.75/76.
- 213) Zie het Onderzoek Consumentenbond, p.10.
- 214) Deeladvies, p.61.
- 215) Zie ook het Beleidsplan NZR, p.37.
- 216) Interim-advies inzake het functioneren van verpleeghuizen van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid, 1982, p.62/63.