

# De cliënt centraal

De betekenis van mensenrechten  
voor ouderen in verpleeghuizen



COLLEGE VOOR  
DE RECHTEN  
VAN DE MENS

februari 2016



# De cliënt centraal

De betekenis van mensenrechten  
voor ouderen in verpleeghuizen

februari 2016

# Voorwoord

Via de media bereiken ons regelmatig aangrijpende verhalen over de verpleeghuiszorg. De werkdruk is te hoog, cliënten worden verwaarloosd en de urine loopt langs hun benen. De Inspectie voor de Gezondheidszorg signaleerde in 2014 risico's voor de levering van goede zorg aan cliënten van verpleeghuizen. Aanleiding genoeg voor het College voor de Rechten van de Mens om aandacht te besteden aan de positie van cliënten van verpleeghuizen.

Het College kijkt naar de verpleeghuiszorg vanuit het perspectief van de mensenrechten. Hoewel dit perspectief betrekkelijk nieuw is voor deze sector, sluit het goed aan op de beweging die de sector al maakt richting cliëntgerichte zorg. De mensenrechten versterken deze beweging door de individuele rechten van cliënten centraal te stellen. De autonomie van de cliënt en zijn waardigheid worden daardoor bevorderd.

In dit rapport wordt eerst het mensenrechtenkader voor de zorg aan oudere cliënten van verpleeghuizen uiteengezet. Vanuit dit kader wordt vervolgens een beeld geschetst van de verpleeghuispraktijk. De focus ligt daarbij op drie domeinen uit het 'normale' dagelijkse leven, namelijk de persoonlijke verzorging, het eten & drinken en de daginvulling. Cliënten worden iedere dag opnieuw geconfronteerd met de behoefte aan ondersteuning bij het verzorgen van het lichaam, het eten en drinken en het ondernemen van activiteiten. Het gaat om steeds weer terugkerende levensverrichtingen die in de kleine leefwereld van cliënten uiterst belangrijk zijn.

Het mensenrechtenkader maakt duidelijk dat onmenselijke en vernederende behandeling absoluut onacceptabel is. Inbreuken in de persoonlijke levenssfeer kunnen acceptabel zijn, mits hiervoor een rechtvaardiging bestaat en er sprake is van alertheid en bereidheid tot handelen. Ook maakt het kader duidelijk dat het voorkómen van inbreuken op mensenrechten vraagt om voortdurende aandacht en onderhoud.

De analyse van de praktijk in zes Nederlandse verpleeghuizen laat zien dat het met de naleving van de mensenrechten lang niet slecht gesteld is, maar dat een aantal zaken aandacht behoeft. Het gaat om de toepassing van het cliëntgericht werken op *alle* levensdomeinen, waaronder ook de daginvulling. Te veel cliënten hebben te weinig om handen. Wat nodig is, is dat de wensen en behoeften van de cliënt in alle levensdomeinen leidend zijn en dat er daadwerkelijk aandacht is voor de mens achter de cliënt. Dit lijkt misschien vanzelfsprekend, maar de consequente toepassing van dit uitgangspunt in de praktijk is bepaald geen sinecure.

Verbetering van de positie van cliënten van verpleeghuizen vraagt van alle betrokkenen een grote inzet. Verschillende partijen hebben al stappen gezet. De overheid heeft een Plan van aanpak 'Waardigheid en trots' gelanceerd met als doel waardige zorg te bieden aan cliënten van verpleeghuizen. Ook de sector zelf zit niet stil. Veel goede ideeën zijn naar voren gebracht en onlangs stelde brancheorganisatie Actiz nog een nieuwe visie op: 'Ruimte voor welbevinden'. Door de sector de spiegel van de mensenrechten voor te houden, van daaruit aanbevelingen te doen en door na te gaan in hoeverre de aanbevelingen die in dit rapport worden gedaan in de praktijk worden opgevolgd, wil het College een extra impuls geven aan de in gang gezette verbeteringen.

Tot slot een woord van dank aan de verpleeghuizen en professionals die hun medewerking aan het onderzoek hebben verleend. Het College is hen zeer erkentelijk voor het feit dat zij tijdens de dagelijkse werkhectiek ruimte hebben gemaakt voor het onderzoek. Het zijn uiteindelijk de verpleeghuizen en de zorgprofessionals die de kwetsbare cliënt in het verpleeghuis de benodigde ondersteuning bieden. Alleen met hun inzet kan de menselijke waardigheid van de cliënt worden geborgd.

**Adriana van Dooijeweert**

Voorzitter College voor de Rechten van de Mens

# Afkortingen

<b>AWBZ</b>	Algemene wet bijzondere ziektekosten
<b>CAT-Comité</b>	<i>Committee against Torture</i> = Comité tegen foltering
<b>CBS</b>	Centraal Bureau voor de Statistiek
<b>CIZ</b>	Centrum Indicatiestelling Zorg
<b>College</b>	College voor de Rechten van de Mens
<b>CPT-Comité</b>	Comité ter voorkoming van foltering en andere onmenselijke of vernederende behandeling of bestraffing
<b>CPT</b>	Europees Verdrag ter voorkoming van foltering en onmenselijke of vernederende behandeling of bestraffing
<b>EHRM</b>	Europees Hof voor de Rechten van de Mens
<b>ESC-Comité</b>	Comité inzake economische, sociale en culturele rechten
<b>EVRM</b>	Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens
<b>EVV'er</b>	Eerst verantwoordelijke verzorgende
<b>Gw</b>	Grondwet
<b>IGZ</b>	Inspectie Gezondheidszorg
<b>IVBPR</b>	Internationaal Verdrag inzake burgerrechten en politieke rechten
<b>IVESCR</b>	Internationaal Verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten
<b>IVRPH</b>	Internationaal Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap
<b>IVRPH Comité</b>	Comité inzake de rechten van personen met een handicap
<b>VN</b>	Verenigde Naties
<b>VWS</b>	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
<b>Wet Bopz</b>	Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen
<b>Wkcz</b>	Wet klachtrecht cliënten zorgsector
<b>Wkkgz</b>	Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg
<b>Wlz</b>	Wet langdurige zorg
<b>Wmo</b>	Wet maatschappelijke ondersteuning
<b>Wzd</b>	Wet zorg en dwang
<b>Zvw</b>	Zorgverzekeringswet
<b>ZZP</b>	Zorgzwaartepakket

# Inhoudsopgave

<b>Samenvatting</b>	<b>6</b>
<b>Inleiding</b>	<b>18</b>
<b>Deel I: Mensenrechten van ouderen in verpleeghuizen</b>	<b>27</b>
<b>1 Inleiding</b>	<b>28</b>
1.1 Mensenrechten van ouderen	29
1.2 Opzet van deelrapportage I	29
1.3 Bronnen	30
<b>2 Relevantie van mensenrechten voor ouderen in verpleeghuizen</b>	<b>32</b>
2.1 Normatief kader	33
2.2 Aansprakelijkheid van de overheid en verantwoordelijkheid van verpleeghuizen	33
<b>3 Waardigheid en autonomie</b>	<b>36</b>
3.1 Inleiding	37
3.2 Waardigheid als onderliggende waarde van mensenrechten	37
3.3 Autonomie	38
3.4 Conclusie	41
<b>4 Het recht op vrijwaring van onmenselijke en vernederende behandeling</b>	<b>42</b>
4.1 Inleiding	43
4.2 Gradaties in inbreuken op het recht op vrijwaring van onmenselijke en vernederende behandeling	43
4.3 Interpretatie van de termen onmenselijke en vernederende behandeling	46
4.4 Verplichtingen om onmenselijke en vernederende behandeling te bestrijden en te voorkomen	48
4.5 CPT standaarden: een selectie van voorbeelden	50
4.6 Conclusie	51
<b>5 Het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer</b>	<b>52</b>
5.1 Inleiding: persoonlijke levenssfeer, privéleven en privacy	53
5.2 Betekenis en reikwijdte van de persoonlijke levenssfeer	53
5.3 Activiteiten	54
5.4 De mogelijkheid een persoonlijke omgeving te creëren	55
5.5 Conclusie	55
<b>6 Het recht op een toegankelijk en effectief rechtsmiddel</b>	<b>56</b>
6.1 Inleiding	57
6.2 Procedurele verplichtingen die uit inhoudelijke rechten voortvloeien	57
6.3 Toegankelijkheid en effectiviteit van rechtsmiddelen	57
<b>7 Conclusies</b>	<b>58</b>

## Deel II: Mensenrechten van ouderen in verpleeghuizen – de praktijk 61

<b>1 Inleiding</b>	<b>62</b>
<b>2 Cliëntgericht werken</b>	<b>64</b>
2.1 Cliëntgericht werken als aanknopingspunt voor mensenrechten	65
2.2 Vormgeving van cliëntgericht werken in de praktijk: zorgleefplan	65
2.3 Vormgeving van cliëntgericht werken in de praktijk: dagelijkse afstemming	65
2.4 Belemmeringen voor cliëntgericht werken	66
2.5 Toezicht op cliëntgericht werken	67
<b>3 Persoonlijke verzorging</b>	<b>68</b>
3.1 Inleiding	69
3.2 Persoonlijke verzorging in de praktijk	69
3.3 Analyse vanuit mensenrechten	72
3.4 Conclusie	73
<b>4 Eten en drinken</b>	<b>74</b>
4.1 Inleiding	75
4.2 Eten en drinken in de praktijk	75
4.3 Analyse vanuit mensenrechten	78
4.4 Conclusie	79
<b>5 Invulling van de dag</b>	<b>80</b>
5.1 Inleiding	81
5.2 Dagingvulling in de praktijk	81
5.3 Analyse vanuit mensenrechten	84
5.4 Conclusie	85
<b>6 Leefomgeving</b>	<b>86</b>
6.1 Inleiding	87
6.2 De leefomgeving in de praktijk	87
6.3 Analyse vanuit de mensenrechten	88
6.4 Conclusie	89
<b>7 Risico op mishandeling en vrijheidsbeperking</b>	<b>90</b>
7.1 Inleiding	91
7.2 Ouderenmishandeling	91
7.3 Vrijheidsbeperking	93
<b>8 Conclusies</b>	<b>96</b>
<b>Deel III: Conclusies en aanbevelingen</b>	<b>99</b>
<b>Geraadpleegde bronnen</b>	<b>106</b>
<b>Bijlage: Klankbordgroep</b>	<b>111</b>

# Samenvatting



## Inleiding

Het College voor de Rechten van de Mens heeft onderzoek gedaan naar de relevantie van mensenrechten voor ouderen in verpleeghuizen, de naleving ervan in de praktijk en de factoren die de naleving bevorderen of belemmeren. De centrale vraagstelling van het onderzoek is:

- 1 Welke mensenrechtelijke normen zijn relevant voor de verpleeghuiszorg en wat is hun reikwijdte (mensenrechtenperspectief)?
- 2 In hoeverre worden deze mensenrechten in de praktijk van de verpleeghuiszorg nageleefd?
- 3 Wat moet er worden verbeterd?
- 4 Wat is daarvoor nodig?

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden heeft het College een aantal deelstudies uitgevoerd: een juridisch onderzoek, een beknopte (voor)studie naar sociaal wetenschappelijke bronnen en andere onderzoeksrapporten, en een empirisch onderzoek. Het empirisch onderzoek is kwalitatief van aard en uitgevoerd in zes verpleeghuizen. De focus ligt op de autonomie en bejegening bij de persoonlijke verzorging, het eten en drinken en de daginvulling.

## Deel I: Mensenrechten van ouderen in verpleeghuizen

### Waardigheid en autonomie

Waardigheid en autonomie zijn elementaire beginselen die ten grondslag liggen aan de mensenrechten. De rechten van de mens vinden hun oorsprong in de inherente waardigheid van alle mensen: alle mensen hebben rechten omdat zij mens zijn. Waardigheid is tegelijkertijd het uiteindelijke doel van mensenrechten: de rechten beogen de waardigheid van mensen te beschermen en te bevorderen. Autonomie omvat het recht eigen keuzes te maken en zelf te bepalen hoe men leeft. Het omvat ook een afweerrecht: bescherming tegen aantasting van de lichamelijke en geestelijke integriteit. Autonomie is een van de kernbeginselen van het Internationaal Verdrag inzake personen met een handicap (IVRPH). De individuele autonomie en de mogelijkheden van mensen met beperkingen om beslissingen te nemen moeten worden gerespecteerd. Als het niet (altijd) meer haalbaar is om de wil en voorkeuren van mensen vast te stellen, dan moeten besluiten zoveel mogelijk op basis van de best mogelijke interpretatie van hun wil en voorkeuren worden genomen. Maatregelen die mensen met – bijvoorbeeld – dementie beschermen, moeten flexibel zijn, om rekening te kunnen houden met wisselingen in wilsbekwaamheid en met verschillende situaties.

### Internationale toezichthouders leggen mensenrechten uit

Het recht gevrijwaard te blijven van onmenselijke en vernederende behandeling en het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer beschermen de onaanastbaarheid van lichaam en geest alsook de menselijke waardigheid. Deze mensenrechten worden gegarandeerd door de Nederlandse Grondwet en door regionale en mondiale verdragen en verklaringen. Met name het Europees Hof voor de Rechten van Mens heeft in zijn jurisprudentie uitgelegd wat de begrippen 'onmenselijk' en 'vernederend' inhouden en wanneer in concrete gevallen sprake is van een schending van het recht gevrijwaard te blijven van onmenselijke en vernederende behandeling. Het Hof spreekt de overheid aan op haar verplichting mishandeling te voorkomen en ertegen op te treden.

Verder zijn de rapportages van het Comité ter voorkoming van foltering en andere onmenselijke of vernederende behandeling of bestraffing (CPT) van de Raad van Europa van groot belang. Een dergelijk rapport maakt het CPT op basis van zijn bezoeken aan instellingen, waaronder zorginstellingen waar mensen met een geestelijke of lichamelijke beperking langdurig verblijven. Het CPT stelt vast of de behandeling in deze instellingen onmenselijk of vernederend is en of de omstandigheden waarin mensen verkeren een risico inhouden waardoor onmenselijke of vernederende behandeling ontstaat. Vervolgens formuleert het CPT aanbevelingen om dergelijke situaties te voorkomen.

### Verschillende gradaties van inbreuken op de lichamelijke en geestelijke integriteit

Artikel 3 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM) garandeert het recht op vrijwaring van foltering en andere onmenselijke of vernederende behandeling of bestraffing. Een inbreuk op dit recht is onder geen enkele omstandigheid gerechtvaardigd. Artikel 8 EVRM garandeert het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer. De lichamelijke en geestelijke integriteit is daar onderdeel van. Niet iedere inbreuk op dit recht houdt een schending van mensenrechten in. Als aan een aantal voorwaarden is voldaan, kan een inbreuk gerechtvaardigd zijn. Dat is bijvoorbeeld het geval als de inbreuk op de rechten van de ene persoon nodig is om de rechten van een andere persoon te beschermen.

Of een behandeling binnen de reikwijdte artikel 3 EVRM valt, hangt in de eerste plaats af van of het leed dat is toegebracht een minimum niveau heeft bereikt. De duur van de mishandeling en de lichamelijke en geestelijke gevolgen spelen daarbij een rol, evenals het geslacht, de leeftijd en de gezondheidstoestand van het slachtoffer.

Van onmenselijke behandeling is sprake als er ernstig leed is toegebracht. 'Vernederend' is een behandeling die bij het slachtoffer gevoelens van angst en minderwaardigheid oproept, waardoor deze zich vernederd of ontwricht kan voelen, zijn fysieke of morele weerstand wordt gebroken of waardoor hij ertoe wordt gebracht te handelen tegen zijn wil of geweten. Een behandeling die niet het minimum niveau van leed als bedoeld in artikel 3 EVRM bereikt, maar wel een aantasting is van de lichamelijke en geestelijke integriteit, valt onder het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (artikel 8 EVRM). Tezamen bieden de artikelen 3 en 8 EVRM bescherming tegen de diverse gradaties van inbreuken op de lichamelijke en geestelijke integriteit.

Mensenrechten bieden ook bescherming tegen inperkingen van de vrijheid van mensen om te handelen of te gaan en staan waar zij willen. Inperkingen daarop moeten zoveel mogelijk worden vermeden. Per geval dient te worden beoordeeld of de opgelegde vrijheidsbeperking noodzakelijk is voor de bescherming van de cliënt zelf of voor anderen, en of is voldaan aan de eisen van proportionaliteit. Dat betekent dat de mate van vrijheidsbeperking in overeenstemming moet zijn met het doel.

#### **Overheid moet ook optreden tegen mishandeling tussen burgers onderling**

Mensenrechten bieden in de eerste plaats bescherming van de burger tegen de overheid. Daarbovenop heeft de staat de verplichting burgers tegen elkaar te beschermen. Ook geweld buiten de sfeer van de overheid kan onmenselijke of vernederende behandeling inhouden. De staat is aansprakelijk als autoriteiten niet voortvarend en daadkrachtig zijn opgetreden in situaties waarvan zij wisten of hadden moeten weten, dat er sprake was van geweld in (private) instellingen.

#### **Voorkomen en bestrijden van onmenselijke en vernederende behandeling**

De verschillende mensenrechten hangen nauw met elkaar samen. Bescherming tegen minder ernstige inbreuken helpt ook ernstigere inbreuken te voorkomen. Voorkomen moet worden dat een situatie afglijdt. Maatregelen die menswaardige zorg bevorderen, dragen aldus bij aan het voorkomen van onmenselijke en vernederende behandeling.

#### **Bescherming vraagt voortdurende aandacht voor omstandigheden van verblijf**

Als de omstandigheden waarin cliënten in (zorg-)instellingen leven tekortschieten, kan dat leiden tot 'onmenselijke en vernederende behandeling'.

Bij de beoordeling of er daadwerkelijk sprake is van tekortkomingen, weegt mee of er voldoende middelen beschikbaar zijn. De leefomgeving moet ruim zijn, met voldoende licht, verwarming en ventilatie, en in een goede staat van onderhoud. De inrichting van de kamers en de recreatieruimte verdient daarbij bijzondere aandacht. Het is wenselijk dat mensen kunnen beschikken over eigen nachtkastjes en kledingkasten. Kwaliteit en kwantiteit van het eten moeten in orde zijn. Het behoort onder goede omstandigheden te worden aangeboden: het moet op de juiste temperatuur worden opgediend, de omstandigheden waarin mensen eten moeten netjes zijn en er dient voldoende rekening te worden gehouden met de behoeften van mensen met een beperking.

#### **Bescherming van de persoonlijke levenssfeer**

Het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer is een veelomvattend recht dat bijdraagt aan de bescherming en bevordering van de menselijke waardigheid van cliënten van verpleeghuizen. Een belangrijk aspect is de bescherming van de privacy. Beperkingen van de privacy mogen niet verder gaan dan nodig. Zo moet het zorgpersoneel cliënten met rust laten wanneer zij daar behoefte aan hebben, en kloppen – én wachten op toestemming – voordat zij de woonruimte van cliënten betreden. Een inbreuk op het recht is alleen toegestaan in bij de wet geregelde situaties, als deze noodzakelijk is en een gerechtvaardigd doel dient. Bijvoorbeeld als de bescherming van de gezondheid of de bescherming van de rechten van anderen de inbreuk nodig maakt.

Een ander belangrijk onderdeel van de bescherming van de persoonlijke levenssfeer is de mogelijkheid tot een zinvolle daginvulling. Voorkomen moet worden dat mensen een monotoon bestaan leiden, geen mogelijkheid hebben zich te ontspannen of niet naar buiten gaan terwijl zij dat wel willen en kunnen. Voorts is het van belang dat mensen een persoonlijke invulling mogen geven aan hun leefomgeving en dat zij bijvoorbeeld eigen schilderijen, foto's en kledjes mogen hebben.

#### **Rechtsmiddelen en toezicht**

Wie meent dat zijn mensenrecht is geschonden, moet toegang hebben tot een toegankelijk en effectief rechtsmiddel. Dat geldt voor alle mensenrechten. Daarnaast omvatten sommige mensenrechten, waaronder het recht gevrijwaard te blijven van onmenselijke en vernederende behandeling, procedurele verplichtingen. Dat betekent dat de overheid een onderzoek moet instellen als er reden is om aan te nemen dat er een onmenselijke of vernederende behandeling heeft plaatsgevonden, en dat zij de daders moet vervolgen en berechten.

## Conclusie

Het mensenrechtelijke kader is relevant voor cliënten van verpleeghuizen. Zij hebben het recht zoveel mogelijk te beslissen over de inrichting van hun leven. Als cliënten niet (altijd) in staat zijn weloverwogen beslissingen te nemen, moeten ze hierbij ondersteund worden. Vermeden moet worden dat zorgverleners de besluitvorming van de cliënt overnemen. De geboden zorg moet de menselijke waardigheid respecteren en ondersteunen.

De behandeling van cliënten van verpleeghuizen en hun leefomstandigheden vallen binnen het bereik van verschillende mensenrechten. Cliënten maken aanspraak op een menswaardige behandeling. Er mag aan hen geen lichamelijk of geestelijk leed worden toegebracht. Toezichthoudende organen leggen de lat hoog. Verschillende gradaties van inbreuken op het recht op vrijwaring van onmenselijke en vernederende behandeling zijn in kaart gebracht. Als inbreuken binnen de reikwijdte van dit recht (dreigen te) vallen, heeft de overheid de verplichting deze te voorkomen en te bestrijden. Het gaat hier met name om geestelijke en lichamelijke mishandeling, verwaarlozing en behandelingen die kleinerend, intimiderend of vernederend zijn. Veel cliënten van verpleeghuizen zijn niet vrij om te gaan en te staan waar zij willen. Dat maakt de verantwoordelijkheid voor de overheid nog groter. De overheid moeten goed geïnformeerd zijn over de situatie in verpleeghuizen op dit terrein. Als zij weet of had moeten weten dat een situatie niet door de beugel kan, is zij verplicht om op te treden. Maar niet alleen de overheid heeft verplichtingen. Ook de verpleeghuizen zelf moeten de mensenrechten beschermen en voorkomen dat inbreuk op rechten van cliënten wordt gemaakt.

De leefomstandigheden in verpleeghuizen zijn voor cliënten belangrijk. Hun leefwereld is klein geworden. Op het eerste gezicht kleine dingen kunnen dan een grote impact hebben. Verpleeghuizen moeten daarom de persoonlijke levenssfeer beschermen en onmenselijke of vernederende leefomstandigheden voorkomen. Bijvoorbeeld door de mogelijkheid te bieden dagelijks naar buiten te gaan, mee te doen aan activiteiten of de persoonlijke ruimte naar eigen voorkeur in te richten.

## Deel II: Mensenrechten van ouderen in verpleeghuizen – de praktijk

### Cliëntgericht werken vormt een brug naar mensenrechten

Alle onderzochte verpleeghuizen streven ernaar cliëntgericht te werken. Cliëntgericht werken betekent dat de cliënt centraal staat en dat de benodigde ondersteuning op diens behoeften en wensen zijn afgestemd.

Daarnaast moet de zorgverlener zich inspannen om de cliënt zo goed mogelijk te begrijpen en aan te voelen. Het is een werkwijze die goed aansluit op de mensenrechten. Het centraal stellen van de rechten van individuen en het hanteren van waardigheid en autonomie als belangrijke onderliggende beginselen slaat de brug tussen cliëntgericht werken en de mensenrechten.

### Cliëntgericht werken in de praktijk

Veel zorgverleners spannen zich ervoor in de invloed van de cliënt op diens verzorging en verblijf in het verpleeghuis zo groot mogelijk te maken. Zij kijken per dag en per handeling wat nodig is en wat de wensen en behoeften van de cliënt zijn. Een aantal factoren belemmert het cliëntgerichte werken. De eerste factor is tijdgebrek. Zorgverleners werken binnen de beschikbare uren van toegekende zorgindicaties en moeten zich vaak ook nog bezighouden met administratieve handelingen. Een andere factor is de betrokkenheid van de familie. Hoe relevant deze ook is voor de zorg aan en het welzijn van de cliënt, het komt voor dat de wensen van de familie niet stroken met die van de cliënt. Een derde belemmerende factor is het niet (of onvoldoende) kennen van de cliënt. Dit is vooral een probleem als cliënten vanwege hun fysieke, cognitieve of psychische beperkingen niet (altijd) in staat zijn hun wensen kenbaar te maken. Dan is het extra moeilijk om de wensen en behoeften van de cliënt te begrijpen en diens zeggenschap te borgen.

### Persoonlijke verzorging

Wegens hun gezondheidstoestand of beperkingen zijn veel cliënten van verpleeghuizen voor hun persoonlijke verzorging afhankelijk van ondersteuning. Veel zorgverleners spannen zich in om aan de wensen en behoeften van de cliënt tegemoet te komen. Zorgverleners werken tijdens de persoonlijke verzorging één-op-één en kunnen vanuit een zekere rust hun handelingen afstemmen en uitvoeren. Veel zorgverleners weten rekening te houden met de wensen en voorkeuren van een cliënt. Anderen slagen daar minder goed in.

Het één-op-één werken bij de (intieme) persoonlijke verzorging draagt bij aan het respecteren van de waardigheid en de eigen keuzes van cliënten. De invloed van de cliënt op zijn persoonlijke verzorging is evenwel niet optimaal. De belemmerende factoren in het cliëntgericht werken – zoals hierboven genoemd – spelen hier een rol. De beperkte personeelsbezetting is een knelpunt. Het komt voor dat cliënten moeten wachten totdat zorgverleners klaar zijn met de ondersteuning van andere bewoners. Dit is vooral een probleem als er urgente zorgbehoeften zijn. Dit vraagt om maatregelen.

Het komt voor dat zorgverleners voor cliënten bepalen wanneer het bedtijd is of dat zij verzorgende handelingen overnemen terwijl de cliënt nog in staat is deze zelf uit te voeren. Dat is een aantasting van de autonomie en cliënten kunnen dat als kleinerend ervaren. Sommige zorgverleners besteden veel aandacht aan het uiterlijk van de cliënten. Dat is een belangrijke bijdrage aan het behoud van hun persoonlijkheid. Bij anderen ontbreekt het nog wel eens aan de *finishing touch*. Het stimuleren van zelfzorg en het zelf laten kiezen van de kleding dragen eveneens bij aan het behoud van de persoonlijkheid. Ook op dat vlak zijn echter nog verbeteringen mogelijk. Veel zorgverleners houden de privacy van cliënten tijdens de persoonlijke verzorging goed in het oog, bijvoorbeeld door hen deels af te dekken tijdens het wassen. Maar soms respecteren zij de privacy van cliënten onvoldoende, bijvoorbeeld door toe te staan dat andere zorgverleners de ruimte betreden waarin zij de cliënt wassen.

Zorgverleners tonen goede wil en inzet als het gaat om het respecteren van de privacy van cliënten van verpleeghuizen en het tegengaan van onmenselijke of vernederende situaties bij de persoonlijke verzorging. Wel zouden zij meer kunnen letten op de juiste aanspreekvormen en het voorkomen van vernederende situaties zoals het naakt laten liggen tijdens het wassen in aanwezigheid van derden.

### **Eten en drinken**

Cliënten zijn bij het eten en drinken beperkt in hun autonomie. Het menu is vaak een dag of langer van tevoren geregeld. Ook liggen de eettijden vast en, in het geval van psychogeriatrische cliënten, ook de tafelen. Er is weinig ruimte om te kunnen inspelen op actuele behoeften van cliënten.

Zorgverleners ondersteunen de cliënten aandachtig en geduldig bij het eten en drinken. Soms helpen vrijwilligers. Ondanks dat deze begeleiding vaak in een groepssetting plaatsvindt, verloopt deze niet groepsgewijs. Zorgverleners zijn actief bezig met het voorkomen en verhelpen van ondervoeding. Weerstand tegen voedsel- en vochtinname wordt evenwel gerespecteerd.

De waardering voor het eten en drinken verschilt tussen de verpleeghuizen. In het algemeen tonen cliënten zich redelijk tevreden over het aangeboden eten en drinken. De omstandigheden waarin cliënten eten lopen uiteen van zelfstandig en alleen eten in het appartement tot eten in de woonkamer met ondersteuning en gezelschap. De situaties variëren van rustig tot een geordende chaos. Vooral op de psychogeriatrische afdelingen houden zorgverleners zich intensief bezig met de omstandigheden waaronder gegeten wordt. Zo worden de tafels

gedekt en jongleren zorgverleners met de verschillende belangen van cliënten om zo de sfeer goed te houden.

In vergelijking met de persoonlijke verzorging valt op dat de ondersteuning bij het eten en drinken vaak in een groepssetting plaatsvindt. Bij persoonlijke verzorging wordt deze één-op-één geboden. De groepssetting biedt gezelligheid maar heeft als nadeel dat minder ruimte bestaat voor het inwilligen van individuele wensen.

### **Invulling van de dag**

Tussen verpleeghuizen zijn verschillen aangetroffen in de mate waarin zij de cliënten ondersteunen bij de invulling van de dag. Sommige verpleeghuizen doen veel moeite om ervoor te zorgen dat de cliënten een 'gevulde' dag kunnen hebben. Maar vaak hebben cliënten gedurende de dag maar weinig te doen, ook al hebben zij nog wel belangstelling voor activiteiten en zijn zij daartoe ook in staat. Het aanbod van activiteiten in het verpleeghuis schiet geregeld tekort of sluit niet goed aan bij de interesses van de betreffende cliënt. Dit is met name een probleem voor cliënten die passief of weinig mobiel zijn en op ondersteuning zijn aangewezen voor het ondernemen van activiteiten. Monotone dagen en het niet naar buiten kunnen, vormen een risico op het ontstaan van een situatie die de toets van vrijwaring van onmenselijke en vernederende behandeling niet kan doorstaan.

Gebrek aan personeel mag het naar buiten gaan van cliënten niet belemmeren. Toch zorgt het ontbreken van tijd of prioriteit bij zorgverleners ervoor dat cliënten die de wens en fysieke mogelijkheid hebben om naar buiten te gaan, hier lang niet altijd de kans toe krijgen. Dit houdt weer verband met het feit dat de ondersteuning bij de daginvulling in groepssetting plaatsvindt. Hierdoor komen zorgverleners minder toe aan het honoreren van individuele wensen. Als de daginvulling verder grotendeels afhankelijk is van naasten en vrijwilligers lijkt een leuke of zinnige invulling van de dag een gunst te worden.

De beperkingen van de bewegingsvrijheid van cliënten op psychogeriatrische afdelingen kunnen ook een risico inhouden. In de meeste verpleeghuizen zijn deze afdelingen nog steeds gesloten. Het uitgangspunt van de rechten van de mens is echter cliënten zo min mogelijk beperkingen op te leggen. Als vrijheidsbeperking nodig is, verdient het relatief vrij rondlopen met bewegings-sensoren de voorkeur boven het afsluiten van de afdeling.

### **Leefomgeving**

De omgeving waarin de cliënt woont en waarin zijn leven zich afspeelt, is belangrijk voor zijn welbevinden. Tot de leefomgeving van de cliënt behoren de eigen

kamer of het eigen appartement en de gezamenlijke ruimtes van het verpleeghuis. De fysieke bouw van het verpleeghuis schept de kaders van de manier waarop cliënten samen leven.

In de praktijk blijkt dat de meeste cliënten in verpleeghuizen beschikken over een eigen kamer of appartement. De mogelijkheid bestaat dus om zich terug te trekken. Daarbij is wel aandacht nodig voor de toegang tot de eigen ruimte. Hiervoor zouden geen belemmeringen mogen zijn, zoals nu nog wel eens het geval is. Bijvoorbeeld vanwege het slot op de deur. In een van de verpleeghuizen bestaat geen mogelijkheid voor cliënten zich terug te trekken. Cliënten delen hun kamer, waarbij de ruimte slechts door een gordijn is gescheiden. Dit biedt onvoldoende bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

Dat iemand eigen keuzes kan maken wordt nog belangrijker als het aantal terreinen waarover een cliënt iets kan zeggen klein is. Het kunnen beslissen over (aspecten van) de (inrichting van de) leefomgeving kan voor een cliënt van een verpleeghuis dus belangrijk zijn. Het maakt dat een cliënt beschikt over een vertrouwde ruimte. In de verpleeghuizen waar cliënten een eigen kamer of appartement hebben, bestaat altijd de mogelijkheid om persoonlijke spullen mee te nemen en de ruimte meer persoonlijk te maken. Niet alle cliënten maken hier gebruik van. Men kan zich afvragen of verpleeghuizen de mogelijkheden voldoende onder de aandacht brengen.

Het opbergen van persoonlijke eigendommen in een afgesloten kast is belangrijk maar kan in de praktijk problemen geven. Bijvoorbeeld als deze gesloten kast of zelfs het gehele appartement niet langer eenvoudig toegankelijk is voor de cliënt zelf. Sloten kunnen een drempel zijn om de eigen ruimte te betreden. Hiervoor zijn praktische oplossingen te bedenken.

### **Mishandeling en vrijheidsbeperking**

Het College heeft zelf geen onderzoek uitgevoerd naar mishandeling en vrijheidsbeperking, maar schetst hiervan een beeld aan de hand van eerder uitgevoerd onderzoek.

Ouderenmishandeling is het handelen of het nalaten van al degenen die in een terugkerende persoonlijke of professionele relatie met de oudere (iemand van 65 jaar of ouder) staan, waardoor de oudere persoon lichamelijke en/of psychische en/of materiële schade lijdt en waarbij van de kant van de oudere sprake is van een vorm van gedeeltelijke of volledige afhankelijkheid. Hieronder vallen lichamelijke en psychische mishandeling, verwaarlozing en financiële en materiële uitbuiting. Deze definitie, die

overheid en IGZ hanteren, is in grote lijnen gelijk aan het internationale normatieve kader voor onmenselijke en vernederende behandeling. In de zorg wordt ook wel gesproken over 'ontspoorde zorg', een term die niet helemaal passend lijkt te zijn gezien het leed dat 'ontspoorde zorg' kan aanrichten. Als een handeling leed toebrengt dat een minimum niveau overschrijdt, dan is 'ontspoorde zorg' wel degelijk mishandeling die binnen de reikwijdte van mensenrechten valt. Naar de omvang van ouderenmishandeling is weliswaar enig onderzoek gedaan, maar deze is nog steeds onduidelijk.

Van een vrijheidsbeperkende maatregel is sprake als een wilsbekwame cliënt geen toestemming geeft voor het treffen van maatregelen die zijn autonomie, bewegingsvrijheid en/of gedrag beperken. Hiervan is ook sprake als een vertegenwoordiger van een wilsbekwame cliënt geen toestemming heeft gegeven alsook wanneer deze wel toestemming heeft gegeven, maar de cliënt zich tegen de maatregel verzet. Momenteel geldt het afwenden van gevaar als belangrijkste criterium voor het toepassen van vrijheidsbeperking. Dit verandert als het wetsvoorstel Zorg en dwang wordt ingevoerd. Dan geldt dat onvrijwillige zorg alleen is toegestaan als er sprake is van ernstig nadeel en als alle alternatieven voor vrijheidsbeperking zijn uitgeput. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat instellingen nog te vaak hun toevlucht nemen tot vrijheidsbeperkende maatregelen, ondanks diverse initiatieven om de toepassing ervan terug te dringen.

### **Conclusie**

Hoewel het met de naleving van de mensenrechten van cliënten van de onderzochte verpleeghuizen niet slecht gesteld is, zijn ook knelpunten gesignaleerd die aandacht behoeven.

Alle onderzochte verpleeghuizen streven naar het verlenen van cliëntgerichte zorg. Dit lijkt het beste te slagen bij de persoonlijke verzorging, waardoor ook de mensenrechten op dat gebied het beste gewaarborgd worden. Succesfactor lijkt de één-op-één werkwijze te zijn. Hierdoor is afstemming met de cliënt en het uitvoeren van cliëntgerichte zorg beter mogelijk.

Het verlenen van cliëntgerichte zorg is lastiger te realiseren bij het eten en drinken en de daginvulling. Ondersteuning wordt verleend binnen de setting van een groep, waardoor veel minder ruimte bestaat om aan individuele behoeften tegemoet te komen. Dit heeft gevolgen voor de autonomie. Dat neemt niet weg dat veel cliënten tevreden zijn over het eten en drinken.

Ten aanzien van de daginvulling hebben veel cliënten te weinig om handen, ook als zij wel in staat zijn activiteiten te ondernemen en hier belangstelling voor tonen. Het activiteitsaanbod is vaak onvoldoende en/of onvoldoende afgestemd op persoonlijke interesses. Ook is er te weinig ondersteuning voor de daginvulling van cliënten, zeker vanuit zorgverleners. Zij geven prioriteit aan het 'traditionele' zorgen en zijn verantwoordelijk voor de begeleiding van meerdere cliënten. Op basis van het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer, verdient de ondersteuning bij de daginvulling meer aandacht.

De meeste cliënten beschikken over een eigen kamer om zich terug te trekken en kunnen deze kamer naar eigen smaak en met eigen spullen inrichten. Verpleeghuizen zouden dit meer kunnen aanmoedigen.

### Deel III: Conclusies en aanbevelingen

Het College voor de Rechten van de Mens heeft in dit onderzoek een aantal mensenrechten bestudeerd die van bijzonder belang zijn voor de situatie van oudere cliënten van verpleeghuizen. Er is een analyse gemaakt van de inhoud en reikwijdte van mensenrechten die relevant zijn voor de dagelijkse praktijk. Voor de concrete toepassing daarvan is in zes verpleeghuizen onderzoek gedaan. Het praktijkonderzoek was gericht op de persoonlijke verzorging, het eten en drinken en de invulling van de dag. De analyse van de praktijk in het licht van het normatieve kader laat zien dat veel goed gaat, maar dat er ook een aantal knelpunten bestaat.

De bescherming en bevordering van de mensenrechten van cliënten van verpleeghuizen is een belangrijke voorwaarde voor het garanderen van menswaardige zorg. De persoonlijke autonomie als beginsel dat aan mensenrechten ten grondslag ligt is relevant. Juist omdat cliënten zich in een afhankelijke situatie bevinden en hun wereld heel klein is geworden. Omdat veel cliënten niet meer of niet altijd in staat zijn hun wil te bepalen of uit te drukken, is het van groot belang dat zorgverleners zich kunnen inleven in de cliënt en – voor zover mogelijk – steeds opnieuw het gesprek aangaan met de cliënt.

#### Cliëntgerichte zorg en autonomie

Bescherming en bevordering van mensenrechten vereist een werkwijze waarbij de cliënt centraal staat. 'Cliëntgerichte zorg' is daarvoor een goede basis. Zorgverleners hebben uiteraard ook te maken met de naasten van de cliënt, zoals zijn partner en/of kinderen. Zij krijgen van hen informatie over de cliënt en zijn voorkeuren zoals zij hem kennen. Cliëntgerichte zorg houdt in dat de

huidige wensen en voorkeuren van de cliënt centraal staan. Dit kan spanningen opleveren tussen de wensen van de cliënt en het beleid van de instelling, of de persoonlijke normen en waarden van de professional. Ook kunnen spanningen ontstaan tussen de wensen van de familie en de wensen van de cliënt zoals geuit naar of geïnterpreteerd door de professional. In het praktijkonderzoek zijn verschillende voorbeelden gezien hoe zorgverleners met dergelijke spanningen omgaan. Zij nodigen bijvoorbeeld familie uit om te laten zien hoe de cliënt zich uit en tot welke interpretatie van wensen en voorkeuren dat leidt. Zo kan de autonomie van de cliënt goed tot zijn recht komen. Tegelijkertijd is de familie ook een belangrijke factor in het bewaken van het welzijn van de cliënt. Wanneer zij signaleren dat de verzorging van de cliënt tekortschiet, kunnen zij met hem of namens hem handelen.

#### Het mensenrechtenkader: rode zone – oranje zone – groene zone

Waar verschillende belangen spelen, zoals de wensen en het welzijn van de cliënt enerzijds en een efficiënte bedrijfsvoering anderzijds, geeft het mensenrechtenkader richting aan de afweging. De analyse van de toepasselijke rechten laat gradaties zien. Deze worden hieronder opgedeeld in drie zones. Onacceptabel is onmenselijke of vernederende behandeling: code rood. Op het recht op vrijwaring van onmenselijke behandeling en vernedering is geen enkele inbreuk toegestaan. Er is nooit een rechtvaardiging voor een dergelijke inbreuk. Als een inbreuk is gemaakt, is onmiddellijke actie geboden. Er moet onderzocht worden wat er precies is gebeurd, hoe het heeft kunnen gebeuren en wat nodig is om dergelijke inbreuken in de toekomst te voorkomen. Als een concrete inbreuk dreigt, is actie geboden om te voorkomen dat deze daadwerkelijk plaatsvindt.

Dan is er het gebied waar de waarschuwingslichten aan moeten gaan: code oranje. Niet elke inbreuk op het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer is meteen een schending. Rechtvaardigingen zijn denkbaar, bijvoorbeeld de bescherming van de rechten van andere cliënten of het personeel. Toch moeten deze waarschuwingslichten aanleiding zijn voor alertheid bij personeel en bestuur. Wanneer nodig, moeten zij handelen. Als deze lichten vaak, lang of zelfs permanent knipperen, is er een risico op afglijden naar code rood.

Het derde gebied is de groene zone. Het gaat hier om de gedragingen en de omstandigheden die bijdragen aan de preventie van inbreuken op mensenrechten. Hieronder valt het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer en het recht op vrijwaring van onmenselijke behandeling. Hoe groener het in deze

zone is, hoe beter de bescherming van mensenrechten. Ook voor de groene zone is permanente aandacht noodzakelijk. Het gaat immers om factoren die *bijdragen aan* het voorkomen van inbreuken op mensenrechten, er kunnen nog steeds dingen misgaan. Het is van belang dat zoveel mogelijk fronten zoveel mogelijk in het groen staan, en dat gaat niet vanzelf. Dat vraagt voortdurende aandacht en onderhoud.

Hieronder volgt een uitwerking van de drie zones.

### **Rode zone**

Veel aspecten van de verzorging vallen binnen de reikwijdte van het recht op vrijwaring van onmenselijke en vernederende behandeling. Waar dat het geval is, bieden de mensenrechtennormen sterke bescherming.

Handelingen of de omstandigheden waarin een cliënt woont, mogen nooit de grens van onmenselijk of vernederend overschrijden. Wanneer daarvan precies sprake is, hangt af van verschillende factoren, bijvoorbeeld de ernst van het toegebrachte leed en de duur daarvan. Bij het toebrengen van lichamelijk letsel door slaan of knijpen van een kwetsbare cliënt is de grens snel overschreden. Het kan ook gaan om het toebrengen van ernstig geestelijk leed, zoals het voortdurend kleineren of negeren van een cliënt. Dergelijke ernstige situaties heeft het College niet aangetroffen in zijn onderzoek. Deze handelingen vallen binnen de reikwijdte van de definitie van ouderenmishandeling die de regering hanteert.

De overheid is eindverantwoordelijk voor het garanderen van mensenrechten en moet ervoor zorgen dat dergelijke handelingen in verpleeghuizen niet voorkomen. Zorgelijk is dat zowel verpleeghuisinstellingen als de IGZ mishandeling door zorgverleners bestempelen als 'ontspoorde zorg' wanneer er geen opzet in het spel was. Die term miskent de ernst van het gedrag en de gevolgen voor de cliënt. Internationale normen vereisen dat overheid en verpleeghuizen ook onopzettelijke mishandeling en vernedering voorkomen en bestrijden. Het College benadrukt dat de rechten van de mens op dit punt geen uitzonderingen toestaan. Het is van het grootste belang dat de overheid en de verpleeghuizen stevig optreden tegen elke vorm van onmenselijke of vernederende behandeling. Niet alleen door klachten te ontvangen en te behandelen als een dergelijke situatie zich heeft voorgedaan, maar ook door alle noodzakelijke maatregelen te nemen om de situatie te voorkomen.

### **Oranje zone**

Internationale toezichthouders hebben benadrukt hoe belangrijk het is om onmenselijke behandeling te voorkomen. Verpleeghuisinstellingen moeten waarborgen

dat de dagelijkse dingen goed gaan en dat de algemene omstandigheden waarin cliënten wonen behoorlijk zijn. Dit voorkomt afglijden naar situaties waarin de grens van onmenselijke of vernederende behandeling wordt overschreden. De rapportages van het Comité ter voorkoming van foltering laten zien dat het hierbij vaak gaat om aspecten die – normatief gezien – binnen de reikwijdte van het recht op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer vallen. Het gaat om aspecten van de persoonlijke verzorging, het eten en drinken, de dagbesteding en de omstandigheden waarin de cliënten wonen. Cliënten moeten zo vaak als zij willen kunnen douchen, op tijd geholpen worden als zij naar het toilet moeten en zich kunnen terugtrekken op een eigen plek als zij daar behoefte aan hebben.

Als incidenteel dingen mis gaan, is niet meteen sprake van onmenselijke behandeling of anderszins van een inbreuk op mensenrechten. Het is ook dan nodig te onderzoeken wat er is gebeurd en waarom, en te onderzoeken hoe herhaling in de toekomst kan worden voorkomen. Als incidenten zich herhaaldelijk voordoen, als een en dezelfde cliënt wordt getroffen door verschillende incidenten, als de omstandigheden waarin hij woont op verschillende aspecten onvoldoende zijn of als er structureel dingen mis gaan, dan komt het risico van afglijden naar onmenselijke behandeling in zicht.

Voorbeelden van dergelijke situaties zijn het niet helpen van een cliënt bij de toiletgang omdat hij incontinentiemateriaal draagt. Of geen privacy bieden tijdens het wassen. Dit zijn situaties die in het empirisch onderzoek zijn aangetroffen en waar mogelijk rechtvaardigingen voor waren, bijvoorbeeld omdat een andere cliënt een dringender hulpvraag had of omdat de zorgverleners bezig waren met het ondersteunen van andere cliënten. Het is in dergelijke situaties nodig dat er oog is voor de aard en omvang van dit soort handelingen. Zo lang deze incidenteel voorkomen, geen ernstig leed veroorzaken en gerechtvaardigd zijn in de omstandigheden, is er geen sprake van een mensenrechtenschending. Maar als dergelijke handelingen ernstig zijn, regelmatig voorkomen of zelfs structureel zijn of als er geen rechtvaardiging voor bestaat, is het nodig dat de verpleeghuizen maatregelen nemen om deze terug te dringen. Niet alle inbreuken zijn gerechtvaardigd, bijvoorbeeld als de zorgverlener de cliënt wast zonder rekening te houden met diens privacy. De casus uit het empirisch onderzoek waarbij onmiddellijk actie is ondernomen toen een (inval) kracht met een naakte cliënt over de gang naar de douche liep, laat zien dat ook zorgverleners dergelijke inbreuken herkennen en ertegen optreden.

## Groene zone

Handelingen en praktijken in de groene zone dragen bij aan de bescherming en bevordering van mensenrechten en aan het creëren van omstandigheden waarin inbreuken op mensenrechten niet voorkomen. In het empirisch onderzoek zijn hiervan veel goede voorbeelden gezien, zoals aandacht voor uiterlijke verzorging, voldoende mogelijkheden bieden aan cliënten om naar buiten te gaan en de eigen ruimte naar eigen smaak te kunnen inrichten.

Tekortkomingen op dit gebied leiden niet onmiddellijk tot een inbreuk op een mensenrecht. Maar als er op verschillende vlakken tekortkomingen zijn, kan dat wel degelijk leiden tot een situatie waarin inbreuken op de persoonlijke levenssfeer of zelfs onmenselijke behandeling plaatsvinden. Zo moeten instellingen zorgen voor een passend aanbod aan activiteiten voor alle cliënten die daaraan willen en kunnen meedoen. Een dergelijk aanbod opzetten en in stand houden vraagt permanente aandacht en institutionele borging. Onvoldoende aanbod kan ertoe leiden dat de omstandigheden niet meer in de groene zone zijn te plaatsen. In het empirisch onderzoek is gezien dat het aanbod aan activiteiten vaak tekortschiet. Activiteiten krijgen onvoldoende prioriteit. Het is niet te rechtvaardigen dat cliënten zelden of nooit aan iets kunnen meedoen of vrijwel nooit buiten komen, terwijl zij daar geestelijk en lichamelijk wel toe in staat zijn. Als cliënten dag in dag uit niets anders kunnen doen dan wachten tot de dag voorbij is, is dat een omstandigheid die een inbreuk op de persoonlijke levenssfeer oplevert.

Het gaat vaak om relatief kleine dingen. Het is goed voorstelbaar dat mensen ontstemd zijn als zij niet meer hun eigen dekbedden mogen gebruiken. Of als de directie aankondigt dat cliënten vanaf een bepaald moment ergens anders koffie moeten drinken. Er is geen mensenrecht op dekbedden naar keuze of op koffie drinken in een ruimte naar keuze. Maar er is wel een verplichting de omstandigheden te creëren die bijdragen aan het voorkomen van inbreuken op mensenrechten. Dat vraagt inlevingsvermogen van (medewerkers van) verpleeghuizen.

## Aanbevelingen

### 1 *Vergroot de bewustwording van de relevantie van mensenrechten van ouderen in verpleeghuizen*

Het juridische kader in deel I laat zien dat mensenrechten van toepassing zijn binnen de context van de zorg voor ouderen in verpleeghuizen en legt de concrete

toepassing van een aantal rechten uit. Beleid en praktijk moeten met mensenrechten in overeenstemming zijn. Zowel in de politiek als in de sector zelf lijkt de tijd rijp te zijn voor een nieuwe manier van denken over en werken in de verpleeghuissector. Cliëntgericht werken staat volop in de belangstelling. Er is veel aandacht voor welzijn en welbevinden van cliënten naast adequate verzorging, er is een nieuw kwaliteitskader in ontwikkeling en de staatssecretaris heeft geld beschikbaar gesteld voor daginvulling. Toepassen van mensenrechten kan deze ontwikkelingen ondersteunen en versterken.

De bescherming en bevordering van de mensenrechten van cliënten van verpleeghuizen vraagt in de eerste plaats om erkenning van de relevantie van mensenrechten voor deze specifieke context door de overheid en leidinggevenden van verpleeghuizen. Het garanderen dat beleid en praktijk in overeenstemming zijn met mensenrechten vergt commitment van alle betrokkenen, ook de besturen van verpleeghuizen.

Om de mensenrechten in de praktijk te kunnen toepassen bij verlening van dagelijkse zorg en ondersteuning moeten beleidsmakers en zorgverleners (vaste én tijdelijke krachten) zich bewust zijn van de inhoud van de normen en weten hoe zij deze moeten toepassen.

Om de inhoud van de mensenrechten goed over het voetlicht te brengen, is toegankelijke informatie nodig die de normen helder uitlegt en laat zien wat deze precies betekenen voor de dagelijkse praktijk in de verpleeghuizen. Zorgverleners moeten een grote rol krijgen bij de ontwikkeling van materiaal, trainingen en opleidingen om de praktische toepassing ervan te kunnen verzekeren.

Toegankelijke informatie over mensenrechten en hun relevantie voor de verpleeghuiszorg moet ook beschikbaar zijn voor cliënten en hun vertegenwoordigers.

### **Aan verpleeghuizen:**

Leg de bereidheid tot het beschermen en bevorderen van mensenrechten van cliënten in beleid en praktijk vast.

Informeel beleidsmakers en zorgverleners over de inhoud van mensenrechtennormen en de toepassing daarvan in de praktijk.

### **Aan opleidingsinstellingen:**

Neem mensenrechten op in het curriculum van de opleiding en training van zorgverleners.



### **Aan de overheid:**

Garandeer dat cliënten en hun vertegenwoordigers kunnen beschikken over toegankelijke informatie over mensenrechten en hun relevantie voor de verpleeghuiszorg.

### **2 Stel de cliënt centraal in alle levensdomeinen**

In de cliëntgerichte benadering staan de behoeften en wensen van cliënten centraal en spannen zorgverleners zich in om hen te begrijpen en aan te voelen. Deze werkwijze draagt bij aan de bescherming en bevordering van mensenrechten. Zeker als deze ook het optimaliseren van de regie over het eigen leven omvat en het respectvol omgaan van de professional met de cliënt. Alle onderzochte verpleeghuizen streven naar het verlenen van cliëntgerichte zorg. Zij slagen hier gedeeltelijk in, de ene professional beter dan de andere, maar verbetering is mogelijk en noodzakelijk. Belangrijke belemmeringen voor het cliëntgericht werken zijn tijdgebrek, het ontbreken van één-op-één ondersteuning en het niet kennen van de cliënt.

De cliëntgerichte werkwijze slaagt het beste in de ondersteuning bij de persoonlijke verzorging. Zorgverleners werken daarbij vaak één-op-één en hebben de mogelijkheid hun handelingen af te stemmen op de cliënt. De ondersteuning bij het eten en drinken en de daginvulling vinden meestal plaats binnen de context van een groep. Zorgverleners zijn daarbij vaak verantwoordelijk voor een groep bewoners. Hierdoor is de afstemming op de individuele cliënt minder goed mogelijk. Verbetering hierin is mogelijk en realistisch, zeker waar het gaat om de ondersteuning bij de daginvulling.

Het niet kennen van de cliënt belemmert zorgverleners in het begrijpen en aanvoelen van cliënten. Dit staat het cliëntgericht werken in de weg. Het probleem doet zich eerder voor bij externen en invalkrachten die door hun korte en versnipperde dienstverbanden niet in de gelegenheid zijn om cliënten *echt* te leren kennen. Ook bij vaste medewerkers zijn er gradaties in deze competentie: sommige van hen kunnen het, andere niet. Verpleeghuizen kunnen nagaan hoe zij het kennen van de cliënten zo veel mogelijk kunnen borgen. Speciale aandacht is nodig bij het inzetten van externen en invalkrachten. Er is een voorbeeld waarbij een verpleeghuis werkt met een vaste poule van invalkrachten. Dit werkt naar tevredenheid. Andere verpleeghuizen hebben positieve ervaringen met het opnemen van een levensloop van de cliënt in het zorgleefplan.

### **Aan verpleeghuizen:**

Stel bij alle levensdomeinen de rechten, wensen en behoeften van de cliënt centraal. Dat vereist voortdurende investering van de kant van verpleeghuizen en zorgverleners. Waar cliënten hun wensen en behoefte niet (altijd) kunnen uitdrukken, is inleving in hun persoon van belang. Stem de zorg en werkwijzen daarbij zoveel mogelijk steeds opnieuw af met de cliënt.

Organiseer (individuele) begeleiding van zorgverleners om het echt leren kennen van en het inleven in de persoon onder de knie te krijgen. Opleidingen en het delen van praktijkvoorbeelden van cliëntgericht werken spelen daarin een rol. Feedback en collegiale toetsing horen daar ook bij.

### **3 Zorg dat er voldoende tijd is voor het verlenen van cliëntgerichte zorg**

Als een rode draad door het empirisch onderzoek loopt het tijdgebrek dat zorgverleners ervaren in de ondersteuning bij de persoonlijke verzorging, het eten en drinken en de daginvulling. Dit tijdgebrek – of anders gezegd: de hoge werkdruk – staat het cliëntgericht werken in de weg. Dit kan leiden tot onvoldoende garanties voor het voorkomen van inbreuken op mensenrechten of zelfs tot daadwerkelijke inbreuken. De vraag naar de oorzaak van het tijdgebrek kan vanuit dit onderzoek niet worden beantwoord. Het verdient daarom nadere aandacht van de staatssecretaris van VWS en de sector zelf.

De toegekende zorgzwaartepakketten (ZZP) bepalen de kaders voor de verleende zorg. Een cliënt met somatische problematiek kan maximaal 27,5 uur zorg per week ontvangen, voor een cliënt met psychogeriatrische problematiek is dat 22 uur per week. De mogelijkheid bestaat dat de toegekende ZZP's niet toereikend zijn voor het verlenen van zorg en het creëren van de omstandigheden waarin de bescherming en bevordering van mensenrechten volledig tot zijn recht komt. Dat zou wel het uitgangspunt moeten zijn.

### **Aan de overheid:**

Onderzoek wat de gevolgen zijn van de toenemende zorgzwaarte van cliënten van verpleeghuizen. Onderzoek of het aantal uren dat aan de verschillende ZZP's is gekoppeld aanpassing behoeft, dit om de mensenrechten van cliënten te kunnen garanderen. Werk daarbij nauw samen met de sector evenals met deskundigen op het terrein van de rechten van de mens.

Er zijn signalen dat het tijdgebrek voor een deel te maken heeft met de cultuur en gewoonten in de zorg en de attitude en competenties van zorgverleners. Om dat te veranderen zijn inspanningen nodig van de opleidingen, de verpleeghuizen en de zorgverleners zelf.

#### **Aan verpleeghuizen:**

Bied zorgverleners voldoende tijd en opleiding aan voor het verkrijgen van de juiste houding en competenties. Let er binnen het personeelsbeleid op dat de juiste competenties in huis aanwezig zijn.

#### **Aan zorgverleners:**

Investeer in het opdoen van kennis over de juiste competenties en hoe deze toe te passen.

#### **4 Zie ondersteuning bij de daginvulling als integraal onderdeel van het cliëntgerichte werken**

Zorgverleners bieden slechts in beperkte mate ondersteuning aan cliënten bij de daginvulling. Vaak gebeurt dit alleen als er tijd 'over' is. Vanwege het (ervaren) tijdgebrek en de hoge werkdruk zal dit niet al te vaak voorkomen. Geen of onvoldoende aanbod van activiteiten om de dag zinvol door te brengen is niet bevorderlijk voor de bescherming van mensenrechten. Het kan zelfs leiden tot een inbreuk op mensenrechten. Ook ondersteuning bij de daginvulling verdient daarom aandacht, zoals bij de persoonlijke verzorging en het eten en drinken al gebruikelijk is.

Onlangs heeft de staatssecretaris van VWS het belang van dagbesteding voor cliënten van verpleeghuizen onderstreept door hiervoor 80 miljoen euro extra beschikbaar te stellen. Met dit budget kunnen verpleeghuisbewoners iedere dag een uur extra ondersteund worden bij de daginvulling.

#### **Aan verpleeghuizen:**

Stel zorgverleners in de gelegenheid ook ondersteuning te bieden bij de daginvulling. Zorg waar nodig voor externe ondersteuning.

Besteed in de (bij)scholing en het onderwijs van zorgverleners aandacht aan het belang van de daginvulling.

#### **Aan de overheid:**

Onderzoek de verwachte effecten van het extra budget op de daginvulling. Neem daarbij het mensenrechtenkader als uitgangspunt.

#### **5 Heb aandacht voor de leefomgeving**

Cliënten van verpleeghuizen hebben recht op een omgeving die zij persoonlijk kunnen aankleden en die hen de mogelijkheid biedt om zich terug te trekken. De leefomgeving geldt daarbij als een belangrijke randvoorwaarde voor de naleving en verwezenlijking van de mensenrechten. Het biedt een plek waar de cliënt zijn identiteit aan kan ontlenen en stelt hem echt centraal. De aanwezigheid van persoonlijke eigendommen – hoe klein ook – kan voor cliënten van verpleeghuizen een grote impact hebben, zeker met het oog op hun steeds kleiner wordende wereld.

Een veilige en vertrouwde leefomgeving vraagt om een plek die zoveel mogelijk lijkt op een echt huis en niet op een institutioneel gebouw. De meeste verpleeghuizen hebben hier al de nodige stappen in gezet, maar verbetering is nog mogelijk.

De leefomgeving van cliënten op gesloten psychogeriatrische afdelingen kan mogelijk vergroot worden door het vervangen van de gesloten deuren op de afdeling door slimme bewegingssensoren. Hierdoor hebben bewoners feitelijk of althans in hun beleving een grotere leefruimte. In tenminste één verpleeghuis zijn hier goede ervaringen mee opgedaan en wordt tegemoet gekomen aan het uitgangspunt zo min mogelijk beperkingen aan de cliënt op te leggen.

#### **Aan verpleeghuizen:**

Moedig cliënten en hun familieleden aan persoonlijke eigendommen mee te nemen.

Bied tweepersoonskamers alleen nog aan cliënten aan die met elkaar een kamer willen delen.

#### **Aan verpleeghuizen met gesloten psychogeriatrische afdelingen:**

Beoordeel per cliënt de mogelijkheid zich zo vrij mogelijk te bewegen.

#### **6 Monitor de mensenrechtensituatie in verpleeghuizen en tred bij inbreuken adequaat op**

Wanneer zich een incident heeft voorgedaan dat binnen de reikwijdte van de mensenrechten valt, is het noodzakelijk vast te stellen wat er is gebeurd, wat de oorzaken zijn en welke maatregelen nodig zijn om herhaling te voorkomen. Cliënten en hun vertegenwoordigers hebben recht op laagdrempelige toegang tot klachtprocedures die tot herstel kunnen leiden en tot garanties dat herhaling niet optreedt. Veel cliënten van verpleeghuizen zijn niet of nauwelijks in staat zelf aan te geven dat een incident

heeft plaatsgevonden en ook niet om van zo'n procedure gebruik te maken. Dat maakt adequaat toezicht en preventie nog belangrijker.

Voor situaties waar mensen van hun vrijheid zijn beroofd is dergelijk toezicht heel gebruikelijk en in de praktijk belangrijk gebleken. Op internationaal niveau is al steeds meer aandacht voor de specifieke situatie van ouderen in instellingen, ook in situaties waar geen sprake is van vrijheidsberoving in formele zin. Het verdient aanbeveling dat het Nationaal Preventief Mechanisme (NPM) ook de situatie in verpleeghuizen gaat onderzoeken. Dit mechanisme bestaat uit verschillende toezichthouders, waaronder de IGZ, die plaatsen kunnen bezoeken waar personen hun vrijheid is ontnomen. Ook verdient het aanbeveling dat de IGZ in haar toezichthoudende rol tevens een mensenrechtenperspectief hanteert. Een andere mogelijkheid is een apart mechanisme in te stellen speciaal voor de bescherming en bevordering van de mensenrechten van cliënten van verpleeghuizen.

Het College, als (toekomstige) monitoringsinstantie voor IVRPH, heeft een taak waar het gaat om de rechten van mensen met een beperking. Daar valt het grootste deel van de populatie van verpleeghuizen onder.

Zorgverleners kunnen elkaar aanspreken op gedrag. Het verdient aanbeveling dat zij toegang hebben tot een functionaris die hen kan ondersteunen bij het verlenen van zorg op een wijze die mensenrechten beschermt en bevordert. Dit kan bijvoorbeeld een vertrouwenspersoon zijn.

#### **Aan verpleeghuizen en de overheid:**

Monitor de bescherming en bevordering van mensenrechten in verpleeghuizen. Zorg dat de preventie van inbreuken op mensenrechten een belangrijke plaats krijgt.

#### **Tot slot**

Dit onderzoek maakt duidelijk hoe de rechten van de mens relevant zijn voor ouderen in verpleeghuizen. Deze rechten beschermen mensen in hun mens-zijn: dat is de kern van de menselijke waardigheid. Een eerste vereiste is dat de verpleeghuizen zich committeren aan mensenrechten en zorg realiseren waarin de cliënt daadwerkelijk centraal staat. Daarvoor is vereist dat de zorgverleners de cliënten goed leren kennen en in staat zijn hen op zodanige wijze te verzorgen dat zij de menselijke waardigheid beschermen en bevorderen. Dit rapport vult dit begrip nader in. Het biedt een aanzet voor nadere discussies en concrete stappen binnen instellingen.

# Inleiding

## Taken en bevoegdheden van het College

Het borgen van de menselijke waardigheid en het naleven van de rechten van de mens is een essentieel kenmerk van de democratische rechtsstaat. Het geeft betekenis aan individuele vrijheid. Het College voor de Rechten van de Mens – het nationale mensenrechteninstituut van Europees en Caribisch Nederland – heeft als missie de rechten van de mens te belichten, te bewaken, te beschermen en te bevorderen. Niet alleen in wetgeving en beleid, maar ook in de praktijk.

Het College is in 2012 bij wet in het leven geroepen (Wet College voor de Rechten van de Mens).<sup>1</sup> Het is ingericht volgens de Paris Principles. Dit betekent dat het College zijn taken in onafhankelijkheid vervult. De taken van het College omvatten onder meer het onderzoeken, adviseren, rapporteren en aanbevelingen doen over de rechten van de mens. Ook werkt het College structureel samen met het maatschappelijk middenveld, nationale en internationale organisaties.

Om zijn taken naar behoren uit te kunnen voeren heeft het College een aantal bevoegdheden. Het College kan gevraagd en ongevraagd advies uitbrengen aan de regering, de Eerste en Tweede Kamer en bestuursorganen. Daarnaast mag het College inlichtingen en schriftelijke stukken vorderen en een onderzoek ter plaatse instellen, voor zover dat redelijkerwijs voor de vervulling van de taak nodig is.

## Programma ouderenzorg

Het College is een programma ouderenzorg gestart. Dit betekent dat het College zich gedurende meerdere jaren actief bezig houdt met de ouderenzorg. Het College constateerde in 2012 al dat in de ouderenzorg (ernstige) problemen spelen die raken aan de mensenrechten van – vaak – zeer kwetsbare ouderen. Aan de orde was onder andere verwaarlozing van ouderen in verpleeghuizen, overbelasting van mantelzorgers en ouderenmishandeling.

Doel van het programma ouderenzorg van het College is te verzekeren dat ook de rechten van zorg-ontvangende ouderen worden beschermd en bevorderd. Hiervoor is het nodig dat alle betrokkenen bij de zorg voor ouderen, zoals politici, beleidsmakers, managers en zorgverleners het mensenrechtenperspectief hanteren bij de

zorgverlening en bij de ontwikkeling van beleid. Bovendien moeten cliënten en hun vertegenwoordigers hun rechten kennen.

Binnen de ouderenzorg is het niet gebruikelijk om het mensenrechtenperspectief te hanteren. Toch heeft het mensenrechtenperspectief een belangrijke toegevoegde waarde. In de eerste plaats door het duiden van kwesties die de ondergrens van de menselijke waardigheid raken, overschrijden of dreigen te overschrijden. In de tweede plaats door duidelijk te maken wie – op basis van de mensenrechtennormen – verantwoordelijk is voor het verwezenlijken van de mensenrechten van ouderen die zorg krijgen. In de derde plaats door ouderen en hun naasten bewust te maken van hun mensenrechten en hen met deze kennis in staat stellen voor hun rechten op te komen. In de vierde en laatste plaats door zorgverleners te laten zien hoe zij zelf aan de slag kunnen met de mensenrechten in de zorgpraktijk. De relevantie van de mensenrechten voor de ouderenzorg wordt verder uitgelegd in deel I.

De mensenrechten steunen de omslag naar een *cliëntgerichte* zorg, die uitgaat van de waardigheid en de rechten van de individuele zorgbehoevende oudere. Mensenrechten kunnen daarnaast als basis dienen voor het kwaliteit van leven-paradigma en een kader geven voor het formuleren van beleid voor *waardige zorg*. In dit paradigma kunnen cliënten hun eigen leven leiden en hun eigen verantwoordelijkheid vasthouden of hernemen.<sup>2</sup>

Voor het programma ouderenzorg is een klankbordgroep ingesteld, waarvan de leden afkomstig zijn uit organisaties met expertise op het terrein van ouderenzorg. De leden zijn benaderd vanwege hun specifieke kennis. De klankbordgroep heeft meegedacht over de afbakening van het onderzoek en de rapportage. De verantwoordelijkheid voor de inhoud van het rapport ligt volledig bij het College. De deelnemers aan de klankbordgroep worden genoemd in bijlage 1.

## Onderzoek ouderen in verpleeghuizen

Doel van dit onderzoek naar de positie van ouderen in verpleeghuizen is om meer inzicht te krijgen in de rol van mensenrechten, de naleving ervan in de praktijk en de factoren die de naleving bevorderen of verhinderen.

<sup>1</sup> Staatsblad 2012, 414.

<sup>2</sup> Stuurgroep Kwaliteitskader VV&T 2010.

Daarnaast wil het College concrete aanbevelingen doen en handreikingen bieden voor de betrokkenen bij de zorg voor ouderen.

Het onderzoek richt zich op cliënten van verpleeghuizen. Voor deze doelgroep is gekozen vanwege hun bijzonder kwetsbare positie. Sinds de invoering van de Wet langdurige zorg op 1 januari 2015 komen alleen nog personen met een hoge zorgvraag in aanmerking voor zorg met verblijf. Het gaat dus om mensen met een zwakke gezondheid en een hoge mate van afhankelijkheid op verschillende levensterreinen. Daarnaast klagen verpleeghuisbewoners niet graag vanwege hun fysieke afhankelijkheid, het tekort aan energie, hun wens om ‘makkelijk’ te zijn en omdat ze niet het idee hebben dat klagen helpt.<sup>3</sup> Eventuele misstanden komen hierdoor moeilijk aan het licht.

Centrale vraagstelling bij het onderzoek:

- 1 Welke mensenrechtelijke normen zijn relevant voor de verpleeghuiszorg en wat is hun reikwijdte (mensenrechtenperspectief)?
- 2 In hoeverre worden deze mensenrechten in de praktijk van de verpleeghuiszorg nageleefd?
- 3 Wat moet er worden verbeterd?
- 4 Wat is daarvoor nodig?

Het College heeft verschillende deelstudies uitgevoerd voor het beantwoorden van de centrale onderzoeksvragen. In de eerste plaats is voor zeven thema's een literatuurstudie uitgevoerd naar juridische en sociaal wetenschappelijke bronnen en andere relevante onderzoeksrapporten (ook wel de 'voorstudie'). De studie op basis van juridische bronnen geeft inzicht in de relevante mensenrechtelijke normen en hun reikwijdte. De literatuurstudie naar de sociaal wetenschappelijke bronnen en overige onderzoeksrapporten toont een overzicht van de knelpunten in verpleeghuizen en witte vlekken in de literatuur. Dit overzicht heeft geholpen bij de afbakening van het empirische onderzoek, dat in opdracht van het College is uitgevoerd. Dit empirische onderzoek is een kwalitatief onderzoek waarin zes Nederlandse verpleeghuizen zijn betrokken. Het geeft inzicht in de verpleeghuispraktijk anno 2014/2015 en benoemt aanknopingspunten voor verbetering. De resultaten van het empirische onderzoek zijn weergegeven in het rapport 'Waardigheid, autonomie en bejegening in verpleeghuizen'.<sup>4</sup> Een gedetailleerde beschrijving van de inrichting en de uitvoering van het empirische onderzoek staat in hoofdstuk 1 van dat rapport.

Vermeldenswaardig is dat het Sociaal en Cultureel Planbureau in samenwerking met het Centraal Bureau voor de Statistiek een landelijk representatief onderzoek uitvoerde onder 1.500 bewoners van verzorgings- en verpleeghuizen. Deze publicatie verschijnt naar verwachting in 2017.

## Afbakening van het empirische onderzoek

Zoals in de vorige paragraaf al is aangestipt, heeft het College voor zeven thema's een voorstudie uitgevoerd. Dit zijn (1) dwang, (2) eten en drinken, (3) gezinsleven en privacy, (4) medische zorg, (5) mishandeling, (6) participatie en (7) persoonlijke verzorging. De thema's zijn gekozen vanwege hun verbinding met de mensenrechten en omdat ze relevant zijn voor de situatie van verpleeghuisbewoners. Onderstaand kader bevat per thema de belangrijkste zorgpunten bij bewoners van verpleeg- en verzorgingshuizen en de witte vlekken in de literatuur: daar waar geen of weinig literatuur over te vinden is.

**Dwang** – De sociaal wetenschappelijke literatuur en andere bronnen beschrijven de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen in verpleeg- en verzorgingshuizen. Hieruit blijkt dat bedekken, gedrag beïnvloedende medicatie en domotica frequent worden toegepast.<sup>5</sup> Daarnaast blijkt dat er onder professionals opvattingen bestaan over de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen die niet aansluiten bij de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz).<sup>6</sup> Ook bestaat er onder professionals onvoldoende deskundigheid over vrijheidsbeperkende maatregelen.<sup>7</sup> De literatuur geeft onvoldoende zicht op de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen en gedwongen opnamen buiten niet-bopz instellingen. Verder is niet duidelijk in hoeverre sprake is van de toepassing van dwangvoeding, medicatie voor somatische aspecten en beperkingen in de inrichting van het eigen leven. Daarnaast is onduidelijk of en hoe vaak huisregels met een dwangmatig karakter gelden.

3 Bomhoff, Paus & Friele 2013.

4 Van den Wijngaart & Witte 2015.

5 Halfens e.a. 2013.

6 Depla e.a. 2010; Hamers e.a. 2009; IGZ 2008.

7 IGZ 2010a; IGZ 2008.

**Eten en drinken** – Er is weinig recente literatuur over de kwaliteit van en de ervaringen tijdens het eten en drinken onder cliënten in verpleeg- en verzorgingshuizen beschikbaar. Hieruit blijkt wel dat instellingen vaak vaste eettijden hanteren,<sup>8</sup> dat er niet altijd voldoende ondersteuning tijdens het eten beschikbaar is<sup>9</sup> en dat er klachten bestaan over de smaak van het eten.<sup>10</sup> Ook blijkt uit de literatuur dat ondervoeding een veel voorkomend probleem is onder cliënten van instellingen.<sup>11</sup>

**Privacy en privéleven, inclusief inspraak** – Vanuit de literatuur kan geen actueel beeld geschetst worden over hoeveel zeggenschap cliënten in verpleeg- en verzorgingshuizen hebben. De literatuur die hierover bestaat, is al wat ouder en geeft aan dat cliënten beperkte inspraak hebben.<sup>12</sup> Ook waar het gaat om de dagelijkse handelingen.<sup>13</sup> Daarnaast blijkt dat cliënten niet tot nauwelijks klagen, terwijl er mogelijk wel klachten zijn.<sup>14</sup> In 2005 waren er nog instellingen met meerpersoonskamers.<sup>15</sup>

**Medische zorg** – Voor wat betreft de medische zorg is er vanuit de literatuur een aantal zorgpunten te destilleren. Zo blijkt de medicatieveiligheid in instellingen nog niet compleet op orde<sup>16</sup> en komt decubitus relatief vaak voor.<sup>17</sup> Ook herkennen huisartsen de behoefte aan palliatieve zorg te laat en bestaat er te weinig kennis over deze zorg onder professionals in verpleeghuizen.<sup>18</sup>

**Mishandeling** – Een actueel inzicht in de daadwerkelijke omvang van mishandeling in verpleeghuizen ontbreekt, maar de schatting is dat 160.000 tot 200.000 ouderen – thuis of in een instelling – per jaar slachtoffer zijn van mishandeling.<sup>19</sup> Daders van mishandeling kunnen professionals en familieleden zijn<sup>20</sup> en mishandeling van ouderen kent verschillende vormen.<sup>21</sup> Vermoedelijk is er sprake van onder-rapportage als het gaat om meldingen van ouderemishandeling. Daarnaast geeft de literatuur weinig inzicht in de behandeling van cliënten in verpleeghuizen, anders dan mishandeling.

**Participatie** – De meest actuele literatuur over de participatie van cliënten in instellingen is van 2011 en 2010. Hoewel in die literatuur niet beschreven staat of cliënten een zinvolle daginvulling hebben, blijkt dat de sociale kring rond cliënten in verpleeghuizen steeds kleiner wordt en dat eenzaamheid een reëel probleem is.<sup>22</sup> Ook blijkt dat ouderen die in instellingen verblijven, maar (zeer) beperkt in de buitenlucht verkeren.<sup>23</sup>

**Persoonlijke verzorging** – De literatuur geeft geen beschrijving van de wijze waarop de persoonlijke verzorging van cliënten in verpleeg- en verzorgingshuizen plaatsvindt. Wel blijkt uit de literatuur dat professionals deze zorg soms gehaast aanbieden.<sup>24</sup>

Voor de verdere afbakening van het empirische onderzoek zijn bovenstaande bevindingen besproken met de klankbordgroep en drie andere externe experts. Het College concludeerde vervolgens dat de empirische studie de meeste meerwaarde zou hebben als deze zich zou richten op aspecten uit het alledaagse leven, met daarbij speciale aandacht voor de menselijke waardigheid. De thema's dwang, medische zorg en mishandeling bleven daarom buiten het bereik van de empirische studie. Daarbij speelde ook een rol dat deze thema's de nodige aandacht krijgen in andere onderzoeken.

8 Van Beek e.a. 2004; Meulenkamp e.a. 2010.

9 De Klerk 2011.

10 Van Beek e.a. 2004.

11 Halfens e.a. 2013.

12 Van Beek e.a. 2004.

13 Den Draak 2010.

14 Bomhoff, Paus & Friele 2013.

15 College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen 2005.

16 IGZ 2011a; IGZ 2010b.

17 Halfens e.a. 2013.

18 Claessen 2013.

19 De Gruijter & Verwijs 2010; berekening op basis van Comijs e.a. 1996.

20 Movisie 2009.

21 Bardelmeijer 2007; Comijs e.a. 1996; Movisie 2012; IGZ 2011b.

22 Den Draak 2010.

23 Den Draak 2010.

24 De Klerk 2011; Van Nispen, Van Beek & Wagner 2005.

Het empirische onderzoek richt zich op de drie aspecten die het meest verbonden zijn met het alledaagse leven: eten en drinken, persoonlijke verzorging en zinvolle dagbesteding. Autonomie en behandeling lopen daar als een rode draad doorheen. Op die manier raakt de empirische studie de kern van de mensenrechten: waardigheid. Als de waardigheid niet geborgd kan worden in de normale alledaagse situatie, dan heeft dit ook gevolgen voor de waardigheid in de 'bijzondere' situaties zoals bij de toepassing van dwang. De afbakening zorgt ervoor dat niet alleen bestudeerd is *wat* voor zorg feitelijk wordt verleend, maar dat ook gekeken is *hoe* deze zorg wordt verleend. In hoeverre kunnen ouderen zelf betekenisvolle keuzes maken en worden zij bij de verlening van zorg op een respectvolle manier behandeld?

## Nederlandse verpleeghuissector

De Nederlandse verpleeghuissector staat internationaal goed aangeschreven. Uit een landenvergelijkende studie blijkt onder andere dat de zorg voor cliënten met dementie bovengemiddeld is.<sup>25</sup> Nederland geeft veel geld uit aan de langdurige gezondheidszorg voor ouderen. Ook in vergelijking met andere West-Europese landen.<sup>26</sup>

De staatssecretaris van VWS bericht medio 2015 dat in de Nederlandse verpleeghuissector zorg wordt geleverd aan ongeveer 160.000 mensen op ruim 2.200 locaties. In de sector zouden zeker 230.000 mensen werkzaam zijn.<sup>27</sup> Verpleeghuiszorg kan sinds de invoering van de Wet langdurige zorg zowel in de thuissituatie als in een verpleeghuis worden geleverd. Branchevereniging Actiz spreekt daarom bij voorkeur over 'verpleegzorg'.<sup>28</sup>

Op 1 januari 2014 wonen 121.644 personen in Nederlandse verpleeg- en verzorgingshuizen, 32.318 mannen en 89.326 vrouwen. 93.570 personen hebben een leeftijd van 80 jaar of ouder.<sup>29</sup> Het is niet duidelijk welk aandeel van de personen in Nederlandse verpleeg- en verzorgingshuizen in verpleeghuizen woont. In 2011 stelde het SCP nog dat het zou gaan om circa 65.000 verpleeghuisbewoners. Echter op dat moment woonden nog 165.000 personen in de Nederlandse verpleeg- en

verzorgingshuizen. Al jaren is sprake van een daling in het aantal instellingsbewoners, terwijl het aantal ouderen in Nederland toeneemt. Dit betekent dat ouderen steeds langer thuis blijven wonen. De zwaarte van de zorgvraag onder bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen neemt hierdoor toe.<sup>30</sup> Dit is zeker het geval nu de toegang tot verpleeghuizen sinds 1 januari 2015 alleen mogelijk is voor mensen met een zware zorgvraag. Ouderen met 'lagere' maar toch aanzienlijke zorgbehoeften blijven buiten de Wlz-gefinancierde zorg. Ze moeten zich zo lang mogelijk redden met ondersteuning vanuit de omgeving, de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en zorg vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw).

De laatste meting van het aantal verpleeghuizen in Nederland dateert van 2009. Destijds telde Nederland in totaal 479 verpleeghuizen, 1.131 verzorgingshuizen en 290 gecombineerde instellingen.<sup>31</sup> De bewoners in verpleeghuizen zijn kwetsbaar. Comorbiditeit komt veel voor. Dit betekent dat men aan meer dan een chronische aandoening lijdt. Veel voorkomend zijn aandoeningen als niet-aangeboren hersenletsel (onder andere beroerten), multiple sclerose, dementie en de ziekten van Parkinson, Huntington of Korsakov. Mensen met gedragsproblematiek zijn ook te vinden in verpleeghuizen.<sup>32</sup>

## Verbinding onderzoek College met ontwikkelingen in wetgeving, beleid en toezicht

De verpleeghuiszorg is een sector die volop in beweging is. Er zijn niet alleen veranderingen en transities in het veld gaande, maar ook in nationale wetgeving, beleid en toezicht. Voor nationale wetgeving geldt dat deze niet alleen in overeenstemming moet zijn met de Grondwet, maar ook met de mensenrechtelijke normen, zoals vastgelegd in verschillende internationale en regionale documenten. Omdat het in de kern van de mensenrechten gaat over waardigheid, is het van cruciaal belang dat nationale wetgeving de waardigheid respecteert, beschermt en bevordert. De situatie van kwetsbare personen zoals verpleeghuisbewoners verdient extra aandacht.

25 'Van thuis naar het verpleeghuis in Europa', Maastricht UMC+ 12 november 2013.

26 Bijenhof & Slobbe 2013.

27 Kamerstukken II 2014/15, 31765, 158.

28 Actiz 2015.

29 CBS Statline 2015.

30 De Klerk 2011.

31 Zorgatlas 2014.

32 Actiz 2015.



Het College geeft in dit onderzoek niet alleen betekenis aan het begrip waardigheid voor de verpleeghuispraktijk. Het signaleert ook in hoeverre de mensenrechten in de verpleeghuispraktijk worden nageleefd en welke factoren daarbij bevorderend of belemmerend zijn. De overheid moet aandacht geven aan de gesignaleerde 'tekorten' in de naleving in het beleid dat zij ontwikkelt voor verpleeghuizen. Zij is immers primair verantwoordelijk voor de naleving van de mensenrechten. Een aantal van de 'tekorten' is al bij de overheid in beeld, zo blijkt uit het Plan van aanpak kwaliteit verpleeghuizen 'Waardigheid en trots, liefdevolle zorg voor onze ouderen'.<sup>33</sup> Voor het dichten van de tekorten zijn in dit rapport aanbevelingen geformuleerd. De handreikingen zijn zo concreet mogelijk geformuleerd, zodat deze niet alleen nuttig zijn voor beleidsmakers van VWS, maar ook voor zorgaanbieders en zorgverleners.

De mensenrechtelijke uitleg van het kernbegrip waardigheid is ten slotte ook relevant voor de toezichthouder op verpleeghuizen. De toezichthouder – de IGZ – kan in de verpleeghuispraktijk nagaan in hoeverre sprake is van waardigheid voor verpleeghuisbewoners.

## Recente ontwikkelingen in wetgeving

Per 1 januari 2015 heeft de **Wet langdurige zorg (Wlz)** de AWBZ in afgeslankte vorm vervangen.<sup>34</sup> De Wlz heeft betrekking op 24-uurs zorg voor en toezicht op mensen die niet langer zelfredzaam zijn, ook niet met steun van de omgeving. Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) bepaalt wie in aanmerking komt voor Wlz-zorg. Deze kan geboden worden in de thuissituatie en in verpleeghuizen. Verpleeghuizen worden sinds de invoering van de Wlz geconfronteerd met cliënten met gemiddeld hogere zorgbehoeften.

Doel van de Wlz is waarborgen te bieden voor het behouden of verbeteren van de kwaliteit van leven. De Wlz regelt onder meer het recht voor verpleeghuisbewoners om met de zorgaanbieder in gesprek te gaan over het zorgleefplan. Dit gaat over de inrichting van hun leven en de ondersteuning die daarbij nodig is. In dit gesprek respecteert de zorgaanbieder de wensen van de bewoner. In mensenrechtelijke termen betekent dit dat de verpleeghuisbewoner daadwerkelijk invloed kan uitoefenen op de afspraken die worden vastgelegd in het zorgleefplan. Wensen die echter ingaan tegen de goede zorgverlening of de rechten van anderen hoeven niet gerespecteerd te worden. De Wlz bepaalt dat de

zorgleefplanbespreking in ieder geval gaat over de mogelijkheid om dagelijks te douchen en in de buitenlucht te zijn. Dit zijn belangrijke aspecten die raken aan het recht op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

De toekomstige **Wet zorg en dwang**<sup>35</sup> heeft als doel betere rechtsbescherming te bieden aan ontvangers van Wlz-zorg met een psychogeriatrische aandoening die door hun zorgaanbieder in hun vrijheid worden beperkt.<sup>36</sup> Relevante bepalingen voor de rechtsbescherming zijn onder andere terug te vinden in het VN-Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap. Dit verdrag ratificeert Nederland naar verwachting op korte termijn. De Wet zorg en dwang gaat uit van het "nee, tenzij"-principe. Dat betekent dat dwangmaatregelen slechts in uitzonderingssituaties mogen worden toegepast. Het wetsvoorstel geeft onder meer een stappenplan voor zorgvuldige besluitvorming over de toepassing van onvrijwillige zorg en verschillende voorschriften voor procedures die bijdragen aan effectief toezicht door de IGZ en de zorginstellingen zelf. Hoewel het wetsvoorstel al voorziet in de toegang tot een onafhankelijke en deskundige cliëntenvertrouwenspersoon, is nog onduidelijk welke vorm hieraan gegeven wordt. De cliëntenvertrouwenspersoon draagt bij aan de rechtsbescherming.

De Kwaliteitswet (Kwci) en de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (Wkcz) is vervangen door de **Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)**.<sup>37</sup> Doel van de wet is bij te dragen aan het vergroten van de kwaliteit van zorg door meer openheid over en leren van incidenten en klachten.<sup>38</sup> Meer concreet betekent dit dat de nadruk van formele klachtbehandeling wordt verschoven naar informele klachtbehandeling. Zorgorganisaties hoeven niet langer te beschikken over een klachtencommissie, maar moeten wel een (onafhankelijke) klachtenfunctionaris aanstellen die cliënten adviseert bij het indienen van klachten en het zoeken naar oplossingen. Ook worden zorgaanbieders verplicht om zich aan te sluiten bij een erkende geschillencommissie. De Wkkgz moet in overeenstemming zijn met belangrijke mensenrechten als het recht op toegang tot de rechter en een effectief rechtsmiddel (o.a. in art. 6 EVRM, art. 13 EVRM, art. 47 Handvest van de Grondrechten van de EU).

35 Op 19 september 2013 is het wetsvoorstel Zorg en Dwang aangenomen door de Tweede Kamer. De Eerste Kamer bespreekt het voorstel in samenhang met de WVGZ.

36 BTSG Bibliotheek 2015.

37 Staatsblad 2015, 407.

38 Kamerstukken I 2014/15, 32402, M.

33 Kamerstukken II 2014/15, 31765, 124.

34 Staatsblad 2014, 494.

## Recente ontwikkelingen in beleid

In het Plan van aanpak kwaliteit verpleeghuizen **'Waardigheid en trots, liefdevolle zorg voor onze ouderen'**<sup>39</sup> wordt niet alleen een waaier aan concrete maatregelen aangekondigd. Er wordt ook voorzien in (1) het aanzwengelen van een maatschappelijk debat om de samenleving bij de verpleeghuiszorg te betrekken en (2) het opstellen van een breed gedragen visie, zodat nu de juiste stappen gezet worden om in 2025 kwalitatief hoge verpleeghuiszorg te bieden. Het College acht het – vooruitlopend op de conclusies – van belang dat de mensenrechten betrokken worden bij deze visie, die halverwege 2016 gereed moet zijn. Een Taskforce – met daarin brede maatschappelijke vertegenwoordiging – stuurt aan op de uitvoering van het Plan van aanpak kwaliteit verpleeghuizen.

De concrete maatregelen in het Plan van aanpak dienen twee doelen. Het eerste doel is gericht op de korte termijn en gaat om extra toezicht door de IGZ op verpleeghuisinstellingen met een hoog risico op onverantwoorde zorg. Het tweede doel is gericht op de lange termijn en gaat om een fundamentele verschuiving van perspectief en een versterking van de invloed van cliënten en professionals. Hierdoor zou de relatie tussen cliënt, naasten en professional meer centraal komen te staan.

Voor het bereiken van de fundamentele omslag wordt in opdracht van de regering onder meer een nieuw 'Kwaliteitskader verpleeghuiszorg' ontwikkeld. Dit kwaliteitskader moet de transparantie van de kwaliteit van de verpleeghuiszorg vergroten en relevante informatie opleveren voor mensen die aanspraak willen maken op zorg, zorgaanbieders, IGZ en zorgkantoren. Het kwaliteitskader is bedoeld als gespreksleidraad en niet als afvinklijst. Het College vindt dat de mensenrechten en het kernbegrip waardigheid hierin niet mogen ontbreken. Ze geven immers duidelijkheid aan de invulling van zorgverlening op de werkvloer en bieden handvatten voor het handelen van cliënten, vertegenwoordigers en verzorgend personeel.<sup>40</sup>

Een andere maatregel die moet bijdragen aan de fundamentele omslag is het vernieuwingsprogramma voor 200 verpleeghuislocaties waarin 'regelarm' gewerkt wordt om zo ruimte te creëren voor goede zorg en waardigheid. Regelarm werken heeft al eerder geleid tot successen in het programma 'In voor zorg'.<sup>41</sup> Het vernieuwingsprogramma zou volgens het College aan kracht winnen

als ook ruimte is voor discussie over het begrip waardigheid. Daarvoor geeft dit rapport een aanzet. Daarnaast zou het vernieuwingsprogramma ook aandacht moeten geven aan de gesignaleerde 'tekorten' in de naleving van de mensenrechten en voor de aanbevelingen die in dit rapport worden gedaan.

Al lang voor de lancering van het Plan van aanpak werd in de verpleeghuissector gestreefd naar een omslag van taakgerichte zorg naar cliëntgerichte zorg. De staatssecretaris van VWS benadrukte al in 2007 het belang hiervan.<sup>42</sup> De mensenrechten steunen de omslag naar een cliëntgerichte zorg, die uitgaat van de waardigheid en rechten van verpleeghuisbewoners.

## Recente ontwikkelen in toezicht

De afgelopen jaren heeft de IGZ het toezicht in de ouderenzorg geïntensiveerd. Dit deed de IGZ op basis van normen voor verantwoorde zorg, beroepsnormen van Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) en een aantal wettelijke normen. Speciale aandacht was er voor medicatieveiligheid, de hygiëne en de toepassing van vrijheidsbepalende maatregelen. De IGZ werkte daarbij aan de hand van zogenoemde 'afvinklijstjes', die niet geliefd zijn bij zorgaanbieders omdat deze belemmerend zouden werken in het nastreven van een betere kwaliteit van leven voor verpleeghuisbewoners. Mede hierom heeft de IGZ een – inmiddels met succes afgeronde – pilot uitgevoerd met toezicht op de cliëntgerichtheid van de zorg: wordt de kwaliteit van leven van ouderen in zorginstellingen zoveel mogelijk bevorderd? De IGZ hanteerde daarbij als handhavinginstrumenten interviews en speciale observatiemethoden. Het toetsingskader werd vastgesteld aan de hand van verschillende richtlijnen ontwikkeld door beroepsgroepen, kennisinstituten, universiteiten en hogescholen. De mensenrechten speelden in het toetsingskader geen expliciete rol, maar zouden volgens het College een uitstekende basis kunnen zijn.

De IGZ heeft in 2014 en 2015 een aantal knelpunten in de ouderenzorg geconstateerd, die raken aan de mensenrechten en de waardigheid van instellingbewoners. In 2014 constateert de IGZ dat bij een groot deel van de verpleeg- en verzorgingshuizen grote risico's bestaan als het gaat om het zorgleefplan, de deskundigheid en aanwezigheid van personeel en de zorginhoudelijke veiligheid.<sup>43</sup> Bij veel instellingen blijkt de beschikbaarheid

39 Kamerstukken II 2014/15, 31765, 124.

40 College voor de Rechten van de Mens 2015a.

41 Bijlage 464421 bij Kamerstukken II 2014/15, 31765, 124.

42 Vilans 2015; Bussemaker 2007.

43 IGZ 2014.

en deskundigheid van zorgverleners niet afgestemd op de zorgbehoefte van de cliënten. Veel instellingen hebben wel ideeën over het verbeteren van de zorg, maar het lukt ze niet deze te implementeren. Naar aanleiding van deze conclusies stelde de regering het Plan van aanpak kwaliteit verpleeghuizen op.

In 2015 concludeert de IGZ dat aanbieders die zorg verlenen aan mensen met dementie en onbegrepen gedrag niet voldoen aan alle randvoorwaarden voor goede zorg. Het methodisch werken wordt onvoldoende benut en het ontbreekt vaak aan een duidelijke visie op mensen met dementie en onbegrepen gedrag. Verder blijken zorgverleners te weinig de mens achter de cliënt te zien en worden puzzels van onbegrepen gedrag vaak niet compleet gemaakt. De Inspectie roept het veld op te investeren in het beter leren kennen van de cliënt. Mede door het netwerk (familie) van de cliënt bij de zorgverlening te betrekken en een concrete visie op te stellen voor mensen met dementie en onbegrepen gedrag.<sup>44</sup> De aanbeveling over het daadwerkelijk beter leren kennen van de cliënt strookt met de bevindingen van dit onderzoek.

## Leeswijzer

Het onderzoek dat het College voor de Rechten van de Mens heeft uitgevoerd, bestaat uit verschillende deelstudies. De resultaten van het juridisch onderzoek zijn weergegeven in deel I 'Mensenrechten van ouderen in verpleeghuizen'. Het verschaft inzicht in de relevante mensenrechten voor de verpleeghuiszorg. Deze zijn niet beperkt tot de thema's persoonlijke verzorging, eten en drinken en invulling van de dag, maar beslaan ook andere levensdomeinen. De resultaten van het empirisch onderzoek – zoals deze zijn genoteerd door Van den Wijngaart & Witte (2015) – worden in deel II beschreven en geanalyseerd vanuit het mensenrechtenkader uit deel I. Deel II richt zich alleen op de persoonlijke verzorging, het eten en drinken, de invulling van de dag en de leefomgeving. Het rapport sluit af met algemene conclusies en aanbevelingen.

Het onderzoeksrapport van Van den Wijngaart & Witte (2015) is terug te vinden op de website van het College.

---

44 IGZ 2015a.



# Deel I:

## Mensenrechten van ouderen in verpleeghuizen

# 1 Inleiding

## 1.1 Mensenrechten van ouderen

Zowel op nationaal als op internationaal niveau is tot voor kort weinig aandacht besteed aan de mensenrechten van ouderen. Dit is nu in hoog tempo aan het veranderen. Regionale en internationale organisaties hebben verklaringen en verdragen opgesteld om de naleving van mensenrechten van ouderen te garanderen. De Organisatie van Amerikaanse Staten loopt voorop. In juni 2015 is de Inter-Amerikaanse Conventie voor de bescherming van de mensenrechten van ouderen vastgesteld.<sup>45</sup> Voor Nederland is de aanbeveling van het Comité van Ministers van de Raad van Europa van 19 februari 2014 belangrijk. Deze bevat beginselen over de mensenrechten van ouderen.<sup>46</sup> De Mensenrechtenraad van de Verenigde Naties heeft in mei 2014 Mw. Rosa Kornfeld-Matte (Chili) benoemd als eerste onafhankelijke deskundige over het genot van alle mensenrechten door ouderen.<sup>47</sup>

Vanzelfsprekend hebben ouderen recht op het genot van alle mensenrechten die in Nederlandse wetgeving en in mensenrechtenverdragen zijn gegarandeerd. Zoals het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens, het Europees Sociaal Handvest, het Internationaal Verdrag inzake burgerrechten en politieke rechten en het Internationaal Verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten. Mensenrechten gelden immers voor iedereen. Maar soms zijn extra maatregelen nodig om ervoor te zorgen dat mensen die extra kwetsbaar zijn hun rechten ook daadwerkelijk kunnen uitoefenen. Daarom zijn er aanvullende verdragen waarin de rechten van vrouwen, kinderen en mensen met een beperking staan. De ontwikkelingen op regionaal en internationaal niveau met betrekking tot de rechten van ouderen passen in dit kader. De nieuwe instrumenten werken uit welke specifieke maatregelen voor ouderen nodig kunnen zijn.

45 Inter-American Convention on protecting the human rights of older persons (15 June 2015).

46 Recommendation CM/Rec(2014)2 of the Committee of Ministers of the Council of Europe (19 February 2014), *On the promotion of the human rights of older persons*.

47 'The independent expert on the enjoyment of all human rights by older persons', OHCHR 15 June 2015.

## 1.2 Opzet van deel I

Paragraaf 2 van deel I legt uit waarom het van belang is aandacht te besteden aan de situatie van ouderen in verpleeghuizen vanuit het perspectief van mensenrechten en welke verantwoordelijkheden verpleeghuizen hebben als het om mensenrechten gaat.

Paragraaf 3 gaat in op waardigheid en autonomie – twee nauw met elkaar verweven beginselen. Paragraaf 3.2 behandelt de betekenis van waardigheid als onderliggende waarde van alle mensenrechten. Waardigheid is ook een zelfstandig mensenrecht, maar in de jurisprudentie heeft het in die betekenis een relatief kleine rol gespeeld. Dat komt omdat andere mensenrechten steeds preciezer zijn geïnterpreteerd. Er is bijvoorbeeld veel jurisprudentie van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens over het recht op vrijwaring van foltering en onmenselijke en vernederende behandeling. Het Hof oordeelt in die uitspraken over de beweerde inbreuken op dat recht, zonder dat het expliciet benoemt of er (ook) een inbreuk is op het recht op menselijke waardigheid. Dit deel volgt de lijn van die jurisprudentie. Persoonlijke autonomie is niet met zoveel woorden als mensenrecht opgenomen in een verdrag, maar het is nadrukkelijk erkend in de jurisprudentie. Paragraaf 3.3 geeft een korte schets van de ontwikkeling van het begrip autonomie. Het laat zien hoe de jurisprudentie omgaat met autonomie als zelfstandig mensenrecht en de betekenis van autonomie voor andere mensenrechten. Tot slot is in deze paragraaf aandacht voor de relatie tussen wilsbekwaamheid en autonomie. Dit is belangrijk voor bewoners van verpleeghuizen met dementie en andere psychiatrische stoornissen. In dit onderdeel wordt ingegaan op het VN-Verdrag voor de rechten van personen met een handicap en het werk van het Comité dat toezicht houdt op de naleving van dit verdrag.

In paragraaf 4 wordt uitgebreid stilgestaan bij het recht op menswaardige behandeling. Dit is een veelomvattend recht, dat is gegarandeerd in algemene en bijzondere mensenrechtenverdragen. Het gaat over thema's als het verbod van mishandeling en beperkingen van de bewegingsvrijheid, tot de leefomstandigheden van mensen in instellingen. Het recht op menswaardige behandeling is in verschillende verdragen gegarandeerd en er is veel jurisprudentie over. Daaruit is op te maken welke maatregelen staten moeten treffen als reactie op een inbreuk, bijvoorbeeld mishandeling. Bovendien is in de jurisprudentie uitgewerkt dat staten onder omstandigheden ook verplicht zijn om tijdig in te grijpen bij dreigende mishandeling. En om maatregelen van

meer algemene aard te treffen om inbreuken te voorkomen. In paragraaf 4 is daarom veel aandacht voor de vraag wat staten moeten doen om ervoor te zorgen dat zij inbreuken op het recht op menswaardige behandeling voorkomen. Voor dit onderdeel waren de rapportages van het Comité ter voorkoming van foltering en andere onmenselijke of vernederende behandeling of bestraffing (CPT) een belangrijke bron van informatie.

Vervolgens gaat paragraaf 5 in op het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer. Ook dit is een veelomvattend recht waarover veel jurisprudentie is van het EHRM. Zoals hierboven uiteengezet is ook geput uit de rapportages van het CPT. Tot slot gaat paragraaf 6 in op een aantal aspecten van rechtsbescherming. Dit deel sluit af met een conclusie.

Hieronder volgt eerst een kort overzicht van de bronnen van mensenrechten.

## 1.3 Bronnen

Het recht op geestelijke en lichamelijke integriteit en het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer zijn gegarandeerd in de Nederlandse Grondwet en in regionale en internationale verdragen en verklaringen. Deze rechten zijn uitgelegd in jurisprudentie. 'Jurisprudentie' omvat hier de arresten van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens, en oordelen, aanbevelingen en rapporten van regionale en internationale toezichthouders, zoals het Comité ter voorkoming van foltering van de Raad van Europa en het VN-Comité inzake de rechten van personen met een handicap. De meest gebruikte bronnen worden hieronder kort toegelicht.

### 1.3.1 Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens

Allereerst speelt het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM) een belangrijke rol. Dit Verdrag garandeert burgerrechten en politieke rechten. Wie meent slachtoffer te zijn van een schending van een van de rechten uit dit verdrag kan een klacht voorleggen aan het Europees Hof voor de Rechten van de Mens (EHRM) in Straatsburg. Er moet dan wel aan een aantal eisen zijn voldaan, zoals het doorlopen van de nationale rechtsgang. Dit Hof doet dan een uitspraak over de vraag of de aangeklaagde staat één of meer mensenrechten heeft geschonden. De arresten van het EHRM zijn bindend voor de betreffende staat. De arresten waaruit dit deel put gaan allemaal over andere landen dan Nederland. Toch zijn ze wel degelijk ook voor Nederland van belang. Het Hof geeft in zijn arresten

altijd de algemene beginselen weer die het in zijn jurisprudentie heeft ontwikkeld. Daarop stoelt de uitspraak in de zaak waarover het Hof oordeelt. Daar moet ook Nederland zich aan houden.

### 1.3.2 Europees Verdrag ter voorkoming van foltering en onmenselijke of vernederende behandeling of bestraffing

Het Europees Verdrag ter voorkoming van foltering en onmenselijke of vernederende behandeling of bestraffing bevat geen individuele rechten, maar stelt een toezichtmechanisme in. De preambule verwijst naar artikel 3 EVRM en legt uit dat de bescherming van mensen die van hun vrijheid zijn beroofd, versterkt wordt door een niet-rechterlijke manier van preventief toezicht in de vorm van bezoeken. De bezoeken van het Comité ter voorkoming van foltering (CPT) leiden tot rapportages over landen, waarin het de situatie in de bezochte instellingen omschrijft. Het kan conclusies en aanbevelingen formuleren. De rol van het CPT is staten te helpen foltering en andere onmenselijke of vernederende behandeling te voorkomen. Niet om hen te veroordelen. Naast de rapportages over individuele landen, publiceert het CPT jaarlijks een algemeen rapport. Daarin wijdt het steeds een hoofdstuk aan een inhoudelijk thema, zoals de vervolging en berechting van mishandeling en de situatie van minderjarigen in detentie. Deze hoofdstukken zijn bij elkaar gebracht in de zogeheten *CPT Standards*. Hiermee wil het CPT zijn inzichten over de behandeling van mensen die van hun vrijheid zijn beroofd delen met nationale autoriteiten. Ook wil het CPT een discussie daarover bevorderen.<sup>48</sup> In mei 2015 heeft het CPT een checklist ontwikkeld voor zijn bezoeken aan zorginstellingen.<sup>49</sup>

Het CPT heeft de bevoegdheid plaatsen te bezoeken waar mensen van hun vrijheid zijn beroofd. De meeste bevindingen van dit Comité betreffen de situatie van arrestanten, gedetineerden en gedwongen opgenomen psychiatrische patiënten. De meeste cliënten van verpleeghuizen verblijven niet op last van de overheid in de instelling. Toch zijn zij vaak niet vrij om te gaan en staan waar zij willen. Het CPT komt tijdens zijn bezoeken mensen tegen die formeel gezien vrijwillig in een instelling verblijven, maar toch onderworpen zijn aan beperkende maatregelen en dwangmaatregelen. Het CPT sluit aan bij de jurisprudentie van het EHRM op dit punt. Het Hof heeft geconstateerd dat het verschil

<sup>48</sup> CPT Standards, p. 5.

<sup>49</sup> CPT, 'Checklist for visits to social care institutions where persons may be deprived of their liberty', 22 May 2015, Doc CPT/Inf (2015) 23.



tussen vrijheidsontneming in de zin van artikel 5, eerste lid, EVRM, en beperkingen van de bewegingsvrijheid in de zin van artikel 2, Vierde Protocol bij het EVRM, vooral een verschil in intensiteit is. Bij de beoordeling of sprake is van vrijheidsontneming moet naar de specifieke situatie worden gekeken. Daarbij spelen verschillende factoren een rol, waaronder de aard, duur, gevolgen en manier waarop een maatregel wordt uitgevoerd. Ook als iemand vrijwillig in een instelling is opgenomen vanwege psychiatrische problemen, kan toch sprake zijn van vrijheidsontneming. Dat hangt af van de feitelijke omstandigheden zoals de regels voor verlof, de duur van de opname en de afwezigheid van toestemming.<sup>50</sup>

Het zou te ver gaan te concluderen dat alle garanties die gelden voor mensen die in instellingen verblijven die onder directe verantwoordelijkheid van de overheid vallen, ook van toepassing zijn op alle cliënten van verpleeghuizen. Het omgekeerde geldt echter ook. Het zou te ver gaan te concluderen dat de CPT-standaarden niet relevant zijn. De uitspraken van het EHRM en de rapportages van het CPT laten zien dat van 'vrijheidsontneming' sprake kan zijn, ook al ligt er geen rechterlijk bevel tot detentie aan ten grondslag. Ook kan van vrijheidsontneming sprake zijn in andere plaatsen dan gesloten inrichtingen. Alle omstandigheden van een individuele situatie wegen mee. Dat is goed zichtbaar in de rapportages van het CPT van de laatste jaren. Het CPT brengt steeds vaker bezoeken aan zorginstellingen waar mensen met een geestelijke of lichamelijke beperking langdurig verblijven. Voor deel I zijn de rapportages van het CPT bestudeerd. Hierbij is vooral gebruik gemaakt van de opmerkingen die het CPT maakt over situaties die het meest relevant zijn voor de situatie van cliënten in verpleeghuizen.

In de rapportages komen situaties aan de orde die volgens het CPT moeten worden verbeterd. Dat betekent niet per se dat de aangetroffen situatie een schending van mensenrechten inhoudt. Het CPT heeft de bevoegdheid erop te wijzen dat een situatie een risico oplevert. Het gaat vaak om de fysieke leefomgeving waarin patiënten verblijven, de activiteiten die zij ontplooiën en het eten en drinken dat zij krijgen.

### 1.3.3 Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap

Het Internationaal Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap (IVRPH) is door Nederland op 30 maart 2007 ondertekend. Ratificatie is in een vergevorderd stadium. Het IVRPH omvat geen uitputtende

definitie van het begrip handicap. Artikel 1 bepaalt: 'Personen met een handicap omvat personen met langdurige fysieke, mentale, intellectuele of zintuiglijke beperkingen die hen in wisselwerking met diverse drempels kunnen beletten volledig, effectief en op voet van gelijkheid met anderen te participeren in de samenleving.' Relevant is ook dat het Comité inzake de rechten van personen met een handicap er in een aantal landencommentaren op heeft aangedrongen dat staten verzekeren dat de bescherming tegen discriminatie op grond van een beperking ook geldt bij een vermeende beperking (perceived disability).<sup>51</sup>

Veel cliënten van verpleeghuizen hebben één of meer beperkingen of chronische aandoeningen. Het IVRPH besteedt geen bijzondere aandacht aan ouderen. Dit is door deskundigen als een tekortkoming bestempeld.<sup>52</sup> In zijn activiteiten onder het Verdrag vraagt het toezicht houdend Comité weliswaar steeds aandacht voor de verschillen tussen mensen met een beperking, maar het gaat niet in het bijzonder in op de situatie van ouderen. Uiteraard hebben niet alle ouderen een beperking, maar er zijn wel veel ouderen met één of meer beperkingen. Mensen die zijn geboren met een beperking kunnen op latere leeftijd met specifieke problemen te maken krijgen, bijvoorbeeld als gevolg van langdurig gebruik van medicijnen. Specifieke problemen kunnen zich ook voordoen bij mensen die op latere leeftijd een beperking krijgen, al dan niet ouderdom-gerelateerd.

Voor opname in een verpleeghuis en recht op zorg op grond van de Wlz, heeft iemand 'vanwege een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap blijvend behoefte (...) aan permanent toezicht ter voorkoming van escalatie of ernstig nadeel; of 24 uur per dag zorg in de nabijheid, omdat de cliënt, om ernstig nadeel voor hem zelf te voorkomen, door fysieke problemen voortdurend begeleiding, verpleging of overname van zelfzorg nodig (...), of door zware regieproblemen voortdurend begeleiding of overname van taken nodig (...).'<sup>53</sup> Dat betekent dat vrijwel alle cliënten van verpleeghuizen binnen de reikwijdte van het IVRPH vallen. Tijdens het afronden van dit onderzoek geldt het IVRPH nog niet voor Nederland, maar de ratificatie is op handen. Door ondertekening in 2007 heeft Nederland zich eraan gecommitteerd naar de normen van het Verdrag te handelen.

51 CRPD Concluding observations Spain (2011), CRPD/C/ESP/CO/1, par. 20. Voor Nederland geldt dat de definitie in de WGBH/CZ dat omvat.

52 Quinn & O'Mahony 2009, p. 265-300, p. 280-281.

53 Kamerstukken II 2013/14, 33891, 3, p. 11.

50 CPT 2015, p. 32.

## 2 Relevantie van mensenrechten voor ouderen in verpleeghuizen

## 2.1 Normatief kader

De rechten van de mens zijn vastgelegd in internationale verklaringen en verdragen. Het zijn daarmee universele waarden waarover op internationaal niveau overeenstemming bestaat dat ze bescherming verdienen. Zij beogen de menselijke waardigheid te beschermen. Mensenrechten gelden voor iedereen en komen eenieder toe op basis van het mens-zijn. Mensenrechten zijn minimumnormen. Dat betekent dat zij een ondergrens aangeven. Een minimumniveau van bescherming dat elke staat moet respecteren. Toezichthoudende instanties hebben nadere uitleg gegeven aan de inhoud van de rechten en de daarmee corresponderende verplichtingen van de overheid. Dit zijn op nationaal niveau bijvoorbeeld de rechter en op internationaal niveau onder andere verschillende VN-Comités en het Europees Hof voor de Rechten van de Mens.

Vanwege het fundamentele karakter nemen mensenrechten een bijzondere plaats in binnen het recht. Nationale wetgeving, beleid en praktijk moeten in overeenstemming zijn met deze normen. Mensenrechten zijn weliswaar dynamisch, in de zin dat ze zich in de tijd ontwikkelen om burgers passende bescherming te bieden, maar ook onaantastbaar in de zin dat de garanties niet wegvallen wanneer er een nieuwe politieke wind gaat waaien. Mensenrechten zijn niet star, maar moeten contextueel worden uitgelegd. Hierdoor wordt voldoende rekening gehouden met de relevante omstandigheden van, in dit geval, mensen in verpleeghuizen.

Volledige en gelijke garantie van mensenrechten voor iedereen kan voor sommige groepen mensen specifieke maatregelen vereisen. Daarbij is bijzondere aandacht nodig voor mensen die zich in een kwetsbare situatie bevinden.

Andere rechten en beginselen kunnen door mensenrechten worden versterkt. In de zorgsector werkt men met kwaliteitscriteria en begrippen als 'kwaliteit van leven'. Deze kunnen goed worden gezien in het licht van internationale normen die de menselijke waardigheid beschermen en de autonomie van mensen centraal stellen. Beleidsmakers in de zorg moeten het normatieve mensenrechtelijke kader hanteren wanneer zij keuzes maken. Als een aspect als mensenrecht is gegarandeerd, is het geen gunst meer maar een recht.

Mensenrechten stellen de rechten van individuen centraal en internationale instrumenten geven nadere invulling aan de verplichtingen van overheden die daarmee overeenkomen. Het gaat bij mensenrechten zowel om het proces als om de inhoud (de uitkomst). Relevant is hoe beslissingen tot stand komen en of, en op welke wijze de mensen die het aangaat zijn betrokken bij het nemen van beslissingen. Kunnen zij meepraten en meebeslissen? Kunnen zij ergens terecht wanneer zij menen niet te zijn betrokken bij een beslissing of wanneer zij niet goed zijn behandeld? De rechten van de mens geven meer duidelijkheid over de grenzen die nationaal en internationaal zijn gesteld vanuit het oogpunt van de menselijke waardigheid. Keuzes in beleid en uitvoering mogen er nooit toe leiden dat men beneden de ondergrens zakt die door mensenrechten is gesteld.

## 2.2 Aansprakelijkheid van de overheid en verantwoordelijkheid van verpleeghuizen

Alle onderdelen van de overheid zijn verantwoordelijk voor de naleving van de rechten van de mens: de centrale overheid, lagere overheden, zoals gemeenten, en organen van de staat, zoals de rijksinspecties. De centrale overheid moet ervoor zorgen dat beleid en praktijk in overeenstemming zijn met de rechten van de mens. Internationale toezichthoudende instanties richten zich tot de centrale overheid met conclusies of aanbevelingen over de verenigbaarheid van wetgeving, beleid of praktijk met internationale normen. Dat kan dus ook gaan over een lokale praktijk of regionaal beleid.

De verplichtingen van de overheid worden vaak onderverdeeld in verplichting tot respecteren, beschermen en verwezenlijken.

- Mensenrechten *respecteren* houdt in dat de overheid niet zelf de rechten van mensen mag aantasten. Zo mogen ambtenaren niet zonder wettelijke grondslag de woning van een burger binnentreden of iemand vasthouden.
- Mensenrechten *beschermen* betekent dat de overheid maatregelen moet treffen om ervoor te zorgen dat mensen en particuliere instanties (zoals bedrijven en zorginstellingen) geen inbreuk maken op rechten van anderen. Dat doet de overheid onder meer door het aannemen en handhaven van wetgeving, zoals het verbieden van mishandeling.

- Ook moet de overheid mensenrechten *verwezenlijken*. Dit is weer te onderscheiden in het faciliteren, leveren en bevorderen. In algemene zin houdt dit in dat staten alle noodzakelijke maatregelen, waaronder wettelijke, bestuurlijke en budgettaire maatregelen, moeten treffen voor de volledige verwezenlijking van een recht. Hieronder valt het bevorderen van kennis over mensenrechten en het zorgen voor bewustwording bij het brede publiek, ambtenaren en professionals in de zorg.

Een andere bekende indeling in typen verplichtingen is die tussen negatieve en positieve verplichtingen. Bij een negatieve verplichting mag de overheid iets niet doen. Bijvoorbeeld geen inbreuk maken op de privacy. Bij een positieve verplichting moet de overheid de noodzakelijke maatregelen treffen om een recht te garanderen. Dat kunnen juridische maatregelen zijn, zoals de wettelijke bescherming van privacy, of operationele maatregelen, zoals het tijdig ingrijpen bij dreigende mishandeling. Het kan ook gaan om het treffen van specifieke voorzieningen, zodat ook mensen met een visuele beperking of mensen in een rolstoel toegang tot openbare gebouwen hebben. Vaak vereisen mensenrechten zowel een handelen als een nalaten van de overheid.

Alleen staten – en in een enkel geval de Europese Unie – zijn partij bij mensenrechtenverdragen en nemen daarmee verplichtingen op zich. Hieronder valt de plicht mee te werken aan internationaal toezicht op de naleving van mensenrechten. Bedrijven en (private) verpleeghuizen kunnen niet voor internationale instanties ter verantwoording worden geroepen. Dat neemt niet weg dat zij wel degelijk hun eigen verantwoordelijkheden hebben om de rechten van de mens te respecteren. Nederlandse wetgeving draagt daaraan bij. Bijvoorbeeld door te verbieden dat werkgevers discrimineren en door in de Wet langdurige zorg rechten van bewoners te garanderen.





# 3 Waardigheid en autonomie

## 3.1 Inleiding

Waardigheid en autonomie zijn nauw verweven. Beide zijn kernbeginselen die ten grondslag liggen aan in het internationale en nationale recht beschermde mensenrechten. Dit komt tot uitdrukking in alle mensenrechtenverdragen. Het Europees Hof drukt het als volgt uit:

*'The very essence of the Convention is respect for human dignity and human freedom and the notions of self-determination and personal autonomy are important principles underlying the interpretation of its guarantees.'*<sup>54</sup>

In het Internationaal Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap zijn waardigheid en autonomie expliciet als beginselen opgenomen. Artikel 3 omschrijft deze beginselen als 'respect voor de inherente waardigheid, persoonlijke autonomie, met inbegrip van de vrijheid zelf keuzes te maken en de onafhankelijkheid van personen'. De acht beginselen die artikel 3 opsomt spelen een belangrijke rol bij de uitleg van de rechten van het IVRPH door het toezichthoudende comité. De twee volgende paragrafen gaan in op de betekenis van waardigheid en autonomie.

## 3.2 Waardigheid als onderliggende waarde van mensenrechten

Waardigheid is de onderliggende waarde van alle mensenrechten. De rechten van de mens vinden hun oorsprong in de inherente waardigheid van alle mensen: alle mensen hebben rechten *omdat* zij mens zijn. Waardigheid is tegelijkertijd een doel van mensenrechten: de rechten beogen de waardigheid van mensen te beschermen en te bevorderen.<sup>55</sup> Waardigheid vereist dat anderen de intrinsieke waarde van elk mens erkennen en respecteren.<sup>56</sup>

Het EHRM heeft herhaaldelijk het cruciale belang van de bescherming van de menselijke waardigheid benadrukt. Het heeft verwezen naar de menselijke waardigheid in zaken over foltering en andere onmenselijke behandeling, de toepassing van lijfstraffen op scholen, rassen-discriminatie en het recht op bescherming van het privéleven. Het heeft zich vooral sterk uitgesproken over het onnodig gebruik van geweld door overheidsfunctionarissen. Het beschouwt dit als een aantasting van de menselijke waardigheid en in strijd met het verbod op foltering en andere onmenselijke behandeling. Ook vernedering beschouwt het als een aantasting van de waardigheid. In uitspraken van andere instanties en in andere teksten over mensenrechten is waardigheid ook gerelateerd aan huiselijk geweld, discriminatie op andere gronden dan ras en economische en sociale rechten. Met dit laatste wordt bijvoorbeeld het recht op gezondheid en het recht op een behoorlijke levensstandaard bedoeld.<sup>57</sup> Het EHRM beschouwt waardigheid als de essentie van alle rechten in het EVRM.<sup>58</sup>

Het is niet eenvoudig een sluitende omschrijving te geven van wat 'waardig' is en wanneer sprake is van een aantasting van de menselijke waardigheid. Een uitspraak van het EHRM uit 2014 laat dit zien. Een Britse vrouw had lang 's nachts zorg aan huis gekregen, omdat zij hulp nodig heeft om naar het toilet te gaan. Wegens bezuinigingen krijgt ze alleen nog overdag hulp. Voor de nacht is zij nu aangewezen op incontinentieluiers, ook al is zij niet incontinent. Zij vindt dat dit in strijd is met haar waardigheid. Het Europees Hof citeerde de mening van een van de leden van het Britse Hooggerechtshof. Zij had in een *dissenting opinion* aangegeven dat 'considerations of human dignity were engaged when someone who could control her bodily functions was obliged to behave as if she could not (...)'.<sup>59</sup> Het Hof is het eens met deze beoordeling van de situatie van de betrokken vrouw en zegt niet uit te sluiten dat de getroffen maatregel gevolgen kan hebben voor de bescherming van haar recht op privéleven. Het Hof concludeert dat de maatregel om minder zorg te bieden binnen de reikwijdte van artikel 8 EVRM valt.<sup>60</sup> Het Hof constateert uiteindelijk dat er geen ongerechtvaardigde inbreuk op artikel 8 EVRM was op dit punt, omdat staten een ruime beoordelingsvrijheid hebben in

54 EHRM 10 juni 2010, *Jehovah's Witnesses of Moscow t. Rusland*, nr. 302/02, par. 135.

55 Buitengeweg 2001, p. 87-96.

56 McCrudden 2008, p. 655-724, p. 679.

57 McCrudden 2008, p. 683-694.

58 EHRM 29 april 2002, *Pretty t. Verenigd Koninkrijk*, nr. 2346/02, par. 65.

59 Baroness Hale in een *dissenting opinion*, geciteerd door EHRM, 20 mei 2014, *McDonald t. Verenigd Koninkrijk*, nr. 4241/12, par. 47.

60 EHRM 20 mei 2014, *McDonald t. Verenigd Koninkrijk*, nr. 4241/12, par. 47.

dit soort aangelegenheden. Het constateert alleen een schending van het EVRM voor de periode dat de maatregel was toegepast zonder dat daarvoor een wettelijke basis was.

## 3.3 Autonomie

### 3.3.1 Betekenis van autonomie

De wereld van cliënten van verpleeghuizen is klein, zeggenschap over de invulling van het dagelijkse leven is daarom voor hen heel belangrijk. De grote behoefte aan verzorging en ondersteuning bij alledaagse handelingen heeft opname in een verpleeghuis noodzakelijk gemaakt. Vanwege de woonsituatie en de geestelijke en/of lichamelijke toestand van de cliënt is aandacht voor het respecteren van de autonomie steeds nodig.

Autonomie omvat onder meer het recht eigen keuzes te maken en zelf te bepalen hoe men leeft. Dit komt in verschillende mensenrechten tot uitdrukking. Zoals in het recht op vrijheid van godsdienst en het recht op bescherming van het privéleven. Deze rechten zijn belangrijk omdat ze mensen in staat stellen hun eigen leven in te richten en volgens hun eigen overtuigingen te leven. Autonomie betreft ook zelfontplooiing. Daarvoor is belangrijk dat mensen weloverwogen keuzes kunnen maken. Autonomie omvat ook een afweerrecht, dat voortvloeit uit de onaantastbaarheid van het menselijk lichaam. Verschillende mensenrechtenbepalingen garanderen dit recht, waaronder het recht niet onmenselijk te worden behandeld en het recht op goede informatie om zelf te kunnen beslissen over medische handelingen.

Bij verpleeghuiszorg is relevant dat psychiatrische stoornissen de mogelijkheid kunnen beperken om een zelfstandig leven te leiden. Zoals bij dementie het geval is. Er kunnen zich verschillende symptomen voordoen. Denk aan een afname van het vermogen zich goed uit te drukken, goed te kunnen redeneren, goed plannen te kunnen maken en objecten te kunnen herkennen. Ook kunnen veranderingen in gedrag en karakter plaatsvinden.<sup>61</sup> Het is daarom belangrijk dat professionals de cliënten goed kennen.

### 3.3.2 Autonomie als zelfstandig mensenrecht?

Een apart recht op autonomie of individueel recht op zelfbeschikking is niet in juridisch bindende verdragen gegarandeerd.<sup>62</sup> De aanbeveling van het Comité van Ministers van de Raad van Europa (2014) formuleert als beginsel dat ouderen het recht hebben onafhankelijk te leven, op autonome wijze en met de mogelijkheid zelf beslissingen te nemen.<sup>63</sup>

Autonomie krijgt bijzondere aandacht in het IVRPH. In artikel 3 zijn acht beginselen opgenomen die ten grondslag liggen aan alle rechten en verplichtingen in het verdrag. Hierboven is al verwezen naar het eerste beginsel van respect voor de inherente waardigheid en persoonlijke autonomie. Ook in de bepaling over gezondheid (artikel 25) komt het begrip autonomie voor. Staten moeten van professionals in de gezondheidszorg eisen dat zij personen met een handicap dezelfde kwaliteit zorg verlenen als anderen. Dat betekent in het bijzonder dat zij de in vrijheid, op basis van goede informatie, gegeven toestemming verkrijgen van de betrokken persoon met een beperking. Daarvoor is het nodig dat het personeel zich bewust is van de mensenrechten, waardigheid, autonomie en behoeften van personen met een handicap. Dat vergt training. Ook wijst de bepaling op de noodzaak tot het vaststellen van ethische normen voor de publieke en private gezondheidszorg.

### 3.3.3 Belang van autonomie voor de uitleg van verschillende mensenrechten

Ook het EVRM bevat niet expliciet het 'recht op autonomie'. Toch speelt autonomie een belangrijke rol in arresten van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens (EHRM). De manier waarop heeft zich in de loop der jaren ontwikkeld. Aanvankelijk zag het Hof autonomie als een beginsel, later kwalificeerde het autonomie als een recht.

Het Hof concludeerde in de zaak *Pretty t. Verenigd Koninkrijk* (over hulp bij zelfdoding) voor het eerst dat het begrip persoonlijke autonomie deel uitmaakt van het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer, zoals gegarandeerd in artikel 8 EVRM:

61 Hersenstichting 2015.

62 In mensenrechtenverdragen is wel een recht op zelfbeschikking van volken vastgelegd. Zie artikel 1 IVBPR en artikel 1 IVESCR.

63 Recommendation CM/Rec(2014)2 of the of the Committee of Ministers of the Council of Europe (19 February 2014), *On the promotion of the human rights of older persons*.



‘Although no previous case has established as such any right to self-determination as being contained in Article 8 of the Convention, the Court considers that the notion of personal autonomy is an important principle underlying the interpretation of its guarantees.’<sup>64</sup>

In latere zaken oordeelde het Hof dat een recht op persoonlijke autonomie onder de bescherming van de persoonlijke levenssfeer valt. Volgens het Hof is dat een breed begrip. Het omvat onder meer de fysieke en sociale identiteit van het individu, inclusief een recht op persoonlijke autonomie, persoonlijke ontplooiing en het recht relaties aan te gaan met anderen en met de buitenwereld.<sup>65</sup>

Als onderliggend beginsel speelt autonomie een rol bij de interpretatie en toepassing van de door het EVRM beschermde rechten. In zijn jurisprudentie heeft het Hof diverse rechten nader uitgelegd en ingevuld aan de hand van de notie van persoonlijke autonomie.<sup>66</sup> Het recht zijn eigen leven in te richten houdt ook in dat men gevaarlijke of schadelijke dingen mag doen. Het verrichten van een medische handeling bij een volwassen wilsbekwame persoon zonder zijn toestemming zou ingaan tegen zijn recht op lichamelijke integriteit en een inbreuk op artikel 8 EVRM vormen.<sup>67</sup> In *Plesó t. Hongarije* benoemde het EHRM voor het eerst expliciet een ‘onvervreemdbaar recht op zelfbeschikking’. Het ging om de gedwongen opname van een psychiatrische patiënt en is daarom onder artikel 5 EVRM (recht op vrijheid van persoon) behandeld. Het EHRM constateerde dat het er niet om ging of er een onmiddellijk risico voor de gezondheid van betrokkene was. Maar of medische behandeling zijn toestand zou verbeteren of dat het afzien van behandeling een verslechtering zou opleveren. Volgens het EHRM is het in dergelijke zaken:

‘(...) incumbent on the authorities to strike a fair balance between the competing interests emanating, on the one hand, from society’s responsibility to secure the best possible health care for those with diminished faculties (for example, because of lack of insight into their condition) and, on the other hand, from the individual’s inalienable right to self-determination (including the right to refusal of hospitalisation or medical treatment, that is, his or her “right to be ill”). In other words, it is

64 EHRM 29 april 2002, *Pretty t. Verenigd Koninkrijk*, nr. 2346/02, par. 61.

65 EHRM 7 maart 2006, *Evans t. Verenigd Koninkrijk*, nr. 6339/05, par. 71.

66 Zie nader McCrudden 2008, p. 681.

67 EHRM 10 juni 2010, *Jehovah’s Witnesses of Moscow t. Rusland*, nr. 302/02, par. 135.

imperative to apply the principle of proportionality inherent in the structure of the provisions enshrining those Convention rights that are susceptible to restrictions.’<sup>68</sup>

De lijn die de rechtspraak van het EHRM laat zien is dat het beginsel van persoonlijke autonomie, later ook aangeduid als het recht op zelfbeschikking, een belangrijke rol speelt bij de uitleg van de rechten uit het verdrag. Het Hof legt de rechten die het EVRM beschermt uit op een manier die overeenstemt met het beginsel van persoonlijke autonomie. Beperkingen van grondrechten die ingaan tegen de individuele keuzevrijheid zijn niet snel toelaatbaar.<sup>69</sup>

Het Comité inzake economische, sociale en culturele rechten (ESC-Comité) noemt het recht op zeggenschap over zijn gezondheid en zijn lichaam als aspecten van het recht op gezondheid. Dat staat in zijn algemene aanbeveling over het recht op gezondheid (artikel 12 van het IVESCR). Het verwijst hier ook naar het recht om gevrijwaard te zijn van onvrijwillige aantasting van het lichaam en de gezondheid en om niet te worden onderworpen aan medische handelingen zonder toestemming.<sup>70</sup> Het ESC-Comité zegt ook dat artikel 12 van het IVESCR staten verplicht maatregelen te treffen die gericht zijn op het handhaven van de autonomie van ouderen.<sup>71</sup> Het ESC-Comité gebruikt geen terminologie zoals het EHRM, dat spreekt van een balans tussen verschillende rechten en belangen. Maar ook komt de bescherming van de gezondheid en het recht om zelf over lichaam en gezondheid te beschikken aan bod.

68 EHRM 2 oktober 2012, *Plesó t. Hongarije*, nr. 41242/08, par. 66.

69 Gerards, Koffeman & Hendriks 2013.

70 General Comment No. 14 (2000) of the Committee on Economic, Social and Cultural Rights (11 May 2000), *The right to the highest attainable standard of health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)*, UN Doc E/C.12/2000/4, par. 8.

71 General Comment No. 14 (2000) of the Committee on Economic, Social and Cultural Rights (11 May 2000), *The right to the highest attainable standard of health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights)*, UN Doc E/C.12/2000/4, par. 25.

### 3.3.4 Wilsbekwaamheid

In hoeverre iemand nog in staat is zijn of haar eigen wil te bepalen is niet een kwestie van alles of niets. Wilsbekwaamheid kan in de loop der jaren veranderen, soms treedt zelfs binnen een paar dagen een verandering op. Bovendien is het van belang naar de context te kijken. Een persoon is wellicht op sommige terreinen niet in staat om te bepalen wat hij wil, maar op andere wel. Als iemand optreedt voor een persoon die niet voor zichzelf kan beslissen, moet hij die persoon zoveel mogelijk betrekken bij de vervulling van zijn taak. De feitelijke bekwaamheid moet zoveel mogelijk worden gehonoreerd.<sup>72</sup> Een aanbeveling van het Comité van Ministers van de Raad van Europa over de wettelijke bescherming van meerderjarige wilsonbekwamen kent een aantal beginselen ter bescherming van volwassenen die niet zelfstandig hun wil kunnen bepalen over economische of persoonlijke zaken. Een van de beginselen is dat de wettelijke regelingen er rekening mee houden dat er gradaties van wilsbekwaamheid zijn en dat wilsbekwaamheid kan variëren. Beschermende maatregelen moeten dus flexibel zijn, om rekening te kunnen houden met verschillen in wilsbekwaamheid en verschillende situaties. Beschermende maatregelen moeten alleen worden getroffen als deze noodzakelijk zijn, rekening houdend met de individuele omstandigheden en behoeften van de betrokkene. Bij de besluitvorming over een beschermende maatregel moet bekeken worden of er minder formele regelingen mogelijk zijn en of er ondersteuning door familie of anderen mogelijk is. Is een beschermende maatregel nodig? Dan moet deze zijn afgestemd op de individuele omstandigheden en behoeften en niet verder gaan dan nodig is gezien de mate van wilsonbekwaamheid. De maatregel moet zo min mogelijk inbreuk maken op de handelingsbekwaamheid, rechten en vrijheden van de betrokken persoon.<sup>73</sup>

Het IVRPH Comité heeft zijn eerste algemene aanbeveling gewijd aan artikel 12 IVRPH. Dit artikel gaat over het recht op erkenning als persoon voor de wet. De aanbeveling gaat in op verschillende aspecten van handelingsbekwaamheid. Het IVRPH Comité wijst erop dat het in veel landen vaak voorkomt dat mensen alleen vanwege hun beperking elke bevoegdheid om beslissingen te nemen wordt ontnomen en daarmee de zeggenschap over hun leven verliezen. Dat is in strijd met artikel 12 IVRPH. Het IVRPH Comité neemt zeer uitgesproken standpunten in. Zo beveelt het aan om plaatsvervangende besluitvorming geheel af te schaffen.

72 Leenen e.a. 2014, p. 128.

73 Recommendation No. R (99) 4 of the Committee of Ministers of the Council of Europe (23 February 1999), *Principles Concerning the Legal Protection of Incapable Adults*.

Deskundigen hebben veel punten in de aanbeveling verwelkomd, maar verschillende van hen menen dat de aanbeveling op dat punt te ver gaat. Niet iedereen is in staat zijn rechten uit te oefenen. Zelfs niet met veel ondersteuning. Dit geldt bijvoorbeeld voor mensen met dementie in een vergevorderd stadium. Volledige afschaffing van plaatsvervangende besluitvorming komt dan op gespannen voet te staan met het beginsel dat voor mensen die zorg nodig hebben bescherming noodzakelijk is.<sup>74</sup> Wel staan in de aanbeveling suggesties voor het verbeteren van de ondersteuning van mensen met een beperking bij besluitvorming die ook relevant zijn voor cliënten van verpleeghuizen. Zo geeft het IVRPH Comité aan dat voor ondersteuning diverse en onconventionele methoden van communicatie moeten worden ontwikkeld. Vooral voor mensen die verbaal niet (goed) kunnen communiceren. Ook kan het betekenen dat mensen met een beperking steun krijgen bij het vooruit plannen.<sup>75</sup> De aard en de intensiteit van ondersteuning moet aangepast zijn aan het individu. Het IVRPH Comité benadrukt dat de individuele autonomie en de mogelijkheden van mensen met beperkingen om beslissingen te nemen altijd moet worden gerespecteerd.<sup>76</sup> Het gaat immers om mensen, die op basis van hun mens-zijn, er recht op hebben dat hun menselijke waardigheid in stand is en blijft. Is het niet (altijd) meer haalbaar de wil en voorkeuren van de betrokkenen vast te stellen? Dan vereist het IVRPH dat besluiten niet 'voor hun bestwil' worden genomen, maar op basis van de 'best mogelijke interpretatie van de wil en voorkeuren' van de betrokkenen.<sup>77</sup>

De mensenrechten van mensen met dementie hebben de aandacht van verschillende experts. De onafhankelijke VN-deskundige inzake het genot van alle mensenrechten door ouderen, de Rapporteur inzake de rechten van mensen met een beperking en de Wereldgezondheidsorganisatie vinden een op mensenrechten gebaseerde benadering van mensen met dementie van belang.<sup>78</sup>

74 Dute 2015, met verdere verwijzing naar kritische commentaren.

75 General comment No. 1 (2014) of the CRPD Comité (11 April 2014), *Article 12: Equal recognition before the law*, UN Doc CRPD/C/GC/1, par. 17.

76 General comment No. 1 (2014) of the CRPD Comité (11 April 2014), *Article 12: Equal recognition before the law*, UN Doc CRPD/C/GC/1, par. 18.

77 General comment No. 1 (2014) of the CRPD Comité (11 April 2014), *Article 12: Equal recognition before the law*, UN Doc CRPD/C/GC/1, par. 21.

78 Zie bijvoorbeeld WHO 2015.

Ondersteuning – zowel persoonlijke als technische – bij het nemen van beslissingen die hen aangaan, is daarbij een belangrijk aspect.<sup>79</sup> Aandacht voor risico's op factoren die hun waardigheid aantasten is nog belangrijker als zij hun wensen niet meer kunnen aangeven. Bijvoorbeeld bij privacy tijdens de persoonlijke verzorging en bij het gebruik van toilet en douche.

### 3.3.5 Weging van autonomie en andere belangen

De verhouding tussen het beginsel van autonomie en het beschermingsbeginsel is 'delicaat'. Beschermende maatregelen mogen niet zo ver gaan dat sprake is van ongerechtvaardigd paternalisme. Er is dan te weinig respect voor eigen keuzes waar die wel kunnen worden gemaakt.<sup>80</sup> Het EHRM omschreef het in het hierboven aangehaalde arrest *Plesó* als volgt. De verplichting van de autoriteiten een goede balans te vinden tussen de verantwoordelijkheid van de samenleving om enerzijds de best mogelijke gezondheidszorg te garanderen voor mensen met verminderde verstandelijke vermogens en anderzijds het individuele recht op zelfbeschikking, waaronder het recht behandeling te weigeren. Daarbij moet het beginsel van proportionaliteit worden toegepast.<sup>81</sup>

De balans tussen autonomie en andere belangen komt ook aan de orde in de aanbeveling over ouderen van het Comité van Ministers van de Raad van Europa. Ook deze aanbeveling noemt autonomie als uitgangspunt. Beperkingen moeten proportioneel zijn voor de specifieke situatie en zijn omgeven met passende en effectieve waarborgen om misbruik en discriminatie te voorkomen.<sup>82</sup>

## 3.4 Conclusie

Waardigheid en autonomie spelen een leidende rol bij de uitleg en de toepassing van mensenrechten. Waardigheid is de onderliggende waarde van alle mensenrechten. Een inbreuk op het recht op vrijwaring van onmenselijke behandeling betekent een aantasting van de waardigheid.

Het begrip autonomie is in de jurisprudentie en in het IVRPH nader uitgelegd. Autonomie houdt in dat men zeggenschap heeft over de inrichting van het eigen leven en het recht heeft eigen keuzes te maken. Hoe fundamenteel dit recht is, blijkt bijvoorbeeld uit rechtspraak waarin is geconcludeerd dat men ook de weloverwogen keuze mag maken zich niet medisch te laten behandelen bij ziekte. Zijn mensen niet (altijd) in staat weloverwogen beslissingen te nemen? Dan is ondersteuning bij besluitvorming nodig. Zoveel mogelijk moet worden vermeden dat besluitvorming wordt overgenomen.

In de volgende paragrafen wordt nader ingegaan op het recht op vrijwaring van onmenselijke en vernederende behandeling. Dit recht is stevig verankerd in internationale verdragen over mensenrechten en nader geconcretiseerd in jurisprudentie.

79 'Do more to protect human rights of older people suffering dementia, UN expert urges States', *OHCHR* 19 September 2014.

80 Leenen e.a. 2014, p. 54.

81 EHRM 2 oktober 2012, *Plesó t. Hongarije*, nr. 41242/08.

82 Recommendation CM/Rec(2014)2 of the of the Committee of Ministers of the Council of Europe (19 February 2014), *On the promotion of the human rights of older persons*, par. 9.

# 4 Het recht op vrijwaring van onmenselijke en vernederende behandeling

## 4.1 Inleiding

Het recht op vrijwaring van foltering en onmenselijke en vernederende behandeling of bestraffing is met sterke waarborgen omgeven in het nationale en internationale recht. Mensenrechtenverdragen bevatten garanties voor bescherming tegen gebruik van geweld door de overheid. Bijvoorbeeld mishandeling door de politie. Het gaat ook om het recht op menswaardige behandeling van mensen die van hun vrijheid zijn beroofd, zoals mensen die gedwongen zijn opgenomen in een psychiatrische inrichting. Bovendien rusten op de overheid concrete verplichtingen om ervoor te zorgen dat inbreuken worden voorkomen. De overheid moet bijvoorbeeld de politie zo opleiden dat politieagenten bij de ondervraging van een verdachte geen geweld gebruiken. Zo moet zij er ook voor zorgen dat de omstandigheden in psychiatrisch ziekenhuizen de waardigheid van patiënten beschermen. Vergaande verplichtingen zijn er ook om burgers tegen elkaar te beschermen, bijvoorbeeld tegen huiselijk geweld.

Deze paragraaf legt uit wat het recht op vrijwaring van foltering en onmenselijke en vernederende behandeling of bestraffing inhoudt en welke verplichtingen de overheid heeft om dit recht te garanderen. Er is geput uit verschillende regelingen, zoals de Grondwet, Europese verdragen en VN-verdragen, en de jurisprudentie daarover. De begrippen die in de verschillende regelingen en jurisprudentie worden gebruikt zijn niet helemaal gelijk. Daarom volgt in paragraaf 4.2 eerst een inleiding over de verschillende bepalingen en hun onderlinge verhouding, gevolgd door een overzicht (paragraaf 4.3) van de inhoudelijke reikwijdte van de rechten. Daarin komt aan de orde wanneer sprake is van onmenselijke behandeling en vernedering. In paragraaf 4.4 volgt een uiteenzetting van de verplichting die op staten rust om onmenselijke behandeling te bestrijden en te voorkomen, met aandacht voor mishandeling in de privésfeer en in instellingen. Paragraaf 4.5 biedt inzicht in de bevindingen van het CPT. Dit Comité beschrijft in zijn rapportages omstandigheden die een risico inhouden op onmenselijke behandeling, maar ook omstandigheden die juist bijdragen aan bescherming tegen afglijden naar dergelijke behandeling.

## 4.2 Gradaties in inbreuken op het recht op vrijwaring van onmenselijke en vernederende behandeling

### 4.2.1 Inleiding

Het EHRM heeft in zijn jurisprudentie mishandeling onder verschillende bepalingen van het EVRM behandeld. Allereerst is artikel 3 EVRM van belang. Dit garandeert het recht op vrijwaring van foltering en andere onmenselijke of vernederende behandeling of bestraffing. Daarnaast is artikel 8 EVRM relevant. Deze bepaling garandeert het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer. Het EHRM heeft geoordeeld dat lichamelijke en geestelijke integriteit daar onderdeel van is. Over beide bepalingen, die zich in de loop der jaren hebben ontwikkeld, is veel jurisprudentie.

### 4.2.2 Artikel 3 en artikel 8 EVRM

Voor de beoordeling van de vraag of een handeling of een situatie binnen de reikwijdte van artikel 3 valt, onderzoekt het EHRM of het leed dat is aangedaan een minimum niveau heeft bereikt. Het Hof heeft verduidelijkt wanneer sprake is van 'foltering' en 'onmenselijke' of 'vernederende' behandeling. Het heeft geoordeeld dat het uitmaakt of iemand zich in een kwetsbare situatie bevindt. In die gevallen is de grens eerder overschreden. De interpretatie door het EHRM komt in paragraaf 4.3 aan de orde.

In zijn beoordeling van de vraag of een minimum niveau van leed is toegebracht vindt het EHRM eerder dat er sprake is van dat minimum niveau. Het beschouwt het EVRM als een levend instrument dat moet worden geïnterpreteerd in het licht van hedendaagse omstandigheden. De lat ligt dus steeds hoger: 'the increasingly high standard being required in the area of the protection of human rights and fundamental liberties correspondingly and inevitably requires greater firmness in assessing breaches of the fundamental values of democratic societies.'<sup>83</sup> Het Hof zegt expliciet dat het mogelijk is dat handelingen die het eerder kwalificeerde als 'onmenselijk', later als 'foltering' kunnen worden beschouwd. Op deze wijze heeft het Hof steeds meer gedragingen en situaties binnen de reikwijdte van artikel 3 gebracht.

83 EHRM 28 juli 1999, *Selmouni t. Frankrijk*, nr. 25803/94, par. 100.



Het EHRM krijgt ook zaken voorgelegd over handelingen die niet de grens van minimum leed van artikel 3 overschrijden, maar wel een aantasting zijn van de lichamelijke en geestelijke integriteit. Het EHRM heeft geoordeeld dat zulke zaken onder het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer (artikel 8 EVRM) vallen. Er zijn uitspraken over zeer uiteenlopende onderwerpen, zoals de mogelijkheid uiting te geven aan de persoonlijkheid en huiselijk geweld.

Of een gedraging of een situatie onder artikel 3 of artikel 8 EVRM valt, is meer dan een kwestie van terminologie. De kwalificatie heeft vooral gevolgen voor de beleidsvrijheid van staten en de positieve verplichtingen die staten hebben. Valt een gedraging of een situatie onder artikel 3? Dan hebben staten minder beleidsvrijheid en wordt door de rechter strenger getoetst of ze aan hun positieve verplichtingen hebben voldaan. Een inbreuk op het recht te zijn gevrijwaard van mishandeling is nooit gerechtvaardigd. Dit is het sterkst vastgelegd in het VN-Verdrag tegen foltering, maar ook in het EVRM.

Bovendien is het herhaaldelijk bevestigd in de jurisprudentie van het EHRM. De omstandigheden en het gedrag van het slachtoffer kunnen nooit rechtvaardigen dat in strijd is gehandeld met het recht te zijn gevrijwaard van mishandeling.<sup>84</sup>

Als een handeling onder artikel 8 valt, heeft de staat een ruimere beleidsvrijheid. Dit bleek onder meer in de zaak *McDonald t. Verenigd Koninkrijk*, de Britse vrouw die niet incontinent is, maar vanwege bezuinigingen in de nacht is aangewezen op incontinentieluiers (zie par. 3.2). Indien aan de voorwaarden van artikel 8, tweede lid, is voldaan, is geen sprake van een schending van deze verdragsbepaling. Bij de beoordeling of dat het geval is, spelen de ernst van de inbreuk en de aangevoerde rechtvaardiging een rol. Evenals de belangen van anderen.

84 EHRM 10 januari 2012, *Ananyev e.a. t. Rusland*, nrs. 42525/07 en 60800/08, par. 139.

### 4.2.3 Artikel 11 Grondwet

De Nederlandse Grondwet kent geen bepaling waarin de termen foltering en onmenselijke behandeling voorkomen. Wel is er de grondwettelijke bescherming betreffende de onaantastbaarheid van het lichaam (artikel 11 Gw). De reikwijdte daarvan strekt zich uit van foltering tot haren knippen, aldus een toelichtende nota.<sup>85</sup> Het recht houdt mede in het 'recht op afweer van invloeden van buitenaf op het lichaam', oftewel 'bescherming tegen ongewilde bemoeienis met het lichaam door derden'.<sup>86</sup>

### 4.2.4 Mishandeling door burgers en de verantwoordelijkheid van de staat

Mensenrechten bieden bescherming tegen overheids-optreden, maar de staat heeft ook de verplichting burgers tegen elkaar te beschermen. Het EHRM heeft geweld door, namens, of met medeweten van een overheidsfunctionaris altijd onder artikel 3 EVRM behandeld. Tot voor kort behandelde het EHRM zaken waarin sprake was van ernstige mishandeling tussen burgers onderling en waar een verantwoordelijkheid van de staat aan de orde was onder artikel 8 EVRM, persoonlijke levenssfeer. Zelfs bij ernstig leed, als de drempel van het vereiste minimumniveau van ernst leek te zijn bereikt, behandelde het EHRM de zaak onder artikel 8 EVRM. Uitzonderingen waren ernstige gevallen van kindermishandeling door een gezinslid waartegen de wet onvoldoende bescherming bood,<sup>87</sup> of waartegen autoriteiten onvoldoende optraden.<sup>88</sup> Dergelijke zaken behandelt het EHRM al langer onder artikel 3, omdat het om kwetsbare groepen gaat waaraan de staat bescherming moet bieden.

Toezichthoudende instanties binnen de Verenigde Naties volgen al geruime tijd een andere lijn. Dit komt onder meer omdat binnen de VN al sinds het begin van de jaren '90 veel aandacht is voor geweld tegen vrouwen, waaronder huiselijk geweld. Instanties als het Comité inzake de uitbanning van discriminatie van vrouwen, het Mensenrechtencomité en het CAT-Comité oordelen dat geweld in de privésfeer onmenselijke of vernederende behandeling kan inhouden. De staat is aansprakelijk als autoriteiten niet daadkrachtig zijn opgetreden in situaties waarvan zij wisten, of hadden moeten weten, dat sprake was van huiselijk geweld.

---

85 *Kamerstukken II 1978/79*, 15 463, 2, p. 5.

86 Van Beers 2014.

87 EHRM 23 september 1998, *A. t. Verenigd Koninkrijk*, nr. 25599/94, par. 19-24. In casu: onvoldoende bescherming in de wet, die 'redelijke kastijding' toestond.

88 EHRM 10 mei 2001, *Z. e.a. t. Verenigd Koninkrijk*, nr. 29392/95, par. 69-75.

Dit is ook geaccepteerd door staten. Bijvoorbeeld in de VN-Verklaring inzake de uitbanning van alle vormen van geweld tegen vrouwen en andere resoluties van de Algemene Vergadering van de VN. De Raad van Europa heeft in 2011 het Verdrag van Istanbul aangenomen, dat staten onder omstandigheden verantwoordelijk houdt voor geweld tegen vrouwen in de privésfeer. Dit heeft eraan bijgedragen dat het EHRM vaker gevallen van mishandeling tussen burgers onderling onder artikel 3 EVRM behandelt en onderzoekt of de overheid adequaat is opgetreden.

### 4.2.5 Preventie van minder ernstige inbreuken draagt bij aan preventie van ernstige inbreuken

Artikel 3 en artikel 8 EVRM samen bieden bescherming tegen de diverse gradaties van inbreuken op de lichamelijke en geestelijke integriteit. In de volgende paragrafen wordt dieper ingegaan op de reikwijdte van deze bescherming. Daarin is te zien dat er een nauw verband bestaat tussen de verschillende bepalingen. Dat komt vooral tot uiting bij de bestudering van de verplichtingen die staten hebben om mishandeling en inbreuken op de lichamelijke en geestelijke integriteit te voorkomen. Bescherming tegen minder ernstige inbreuken biedt ook bescherming tegen ernstigere inbreuken. Met andere woorden: maatregelen die de lichamelijke en geestelijke integriteit beschermen en bevorderen, voorkomen dat een situatie afglijdt naar ernstigere inbreuken.

Het CAT-Comité heeft dit uitgelegd in een algemene aanbeveling over het VN-Verdrag tegen foltering. De verplichtingen die dit verdrag aan staten oplegt om foltering te voorkomen, gaan verder dan de verplichtingen die staten hebben om de andere vormen van onmenselijke behandeling te voorkomen. Het verdrag verplicht staten tot het treffen van diverse maatregelen om foltering te voorkomen. Het CAT-Comité benadrukt dat de verplichtingen om foltering en de verschillende vormen van mishandeling te voorkomen, ondeelbaar zijn en met elkaar samenhangen.<sup>89</sup> Omstandigheden die een risico op mishandeling inhouden, werken vaak foltering in de hand. De preventieve maatregelen die verplicht zijn op basis van het verdrag om foltering te voorkomen, gelden ook voor de verplichting mishandeling te voorkomen.<sup>90</sup> Deze redenering – maatregelen

---

89 Het CAT Comité gebruikt voor de termen wrede, onmenselijke en vernederende behandeling in het Engels de term *mishandeling*. Voor de leesbaarheid is dit vertaald met de term *mishandeling*.

90 General Comment No. 2 of the CAT Comité, *Implementation of article 2 by States parties*, UN Doc CAT/C/GC/2, par. 3.

die ‘lichte’ inbreuken voorkomen, dragen bij aan het voorkomen van ernstiger inbreuken – is van groot belang voor het onderhavige onderzoek van het College. Maatregelen die waardige zorg bevorderen, dragen bij aan het voorkomen van onmenselijke en vernederende behandeling.

Ook staat in de rapportages van het CPT hoe belangrijk het is op tijd te signaleren dat een situatie een risico kan vormen op het ontstaan van onmenselijke behandeling. Het CPT beschrijft in zijn rapportages omstandigheden waarin mensen wonen en verzorging krijgen en spreekt daarover zorgen uit. Het kwalificeert deze niet noodzakelijkerwijs als ‘onmenselijk’, maar zegt wel dat er een risico is dat een dergelijke situatie ontstaat. Bijvoorbeeld wanneer andere omstandigheden verslechteren. Het CPT onderzoekt onder meer de detentieomstandigheden van gevangenen, de woonomstandigheden van psychiatrisch patiënten en mensen in zorginstellingen. In zijn rapportages wijst het op situaties waar verbetering nodig is, ook al zorgen de omstandigheden niet voor het minimum niveau van lijden waardoor het een ‘artikel 3-situatie’ wordt. Deze interpretatie door het CPT past bij het doel van de Conventie, het voorkomen van foltering en onmenselijke behandeling. De rapportageprocedure stelt het CPT in staat voorbeelden van goed beleid te signaleren, maar ook situaties waarover het zich zorgen maakt. Zelfs al is er niet direct sprake van schending van een recht in een individueel geval. Omdat het hier gaat om het scheppen van de voorwaarden voor een menswaardige behandeling van mensen die zich in een kwetsbare situatie bevinden, is het werk van dit Comité relevant voor het onderzoek van het College over verpleeghuiszorg.

## 4.3 Interpretatie van de termen onmenselijke en vernederende behandeling

### 4.3.1 Opmerking vooraf: foltering en onmenselijke behandeling in Nederland?

Foltering, onmenselijke en vernederende behandeling zijn zware en beladen termen. Zeker waar het gaat om mensen die zorg verlenen. Deze termen roepen bij veel mensen beelden op van ernstige misstanden en toepassing van grof geweld in landen ver van Nederland. Toch gaat het hier om rechten die ook voor een land als Nederland belangrijk zijn. Het zijn de rechten die de onaantastbaarheid van lichaam en geest beschermen en

daarmee een belangrijke rol spelen bij de bescherming van de menselijke waardigheid. In de paragrafen hieronder volgt een kort overzicht van de betekenis van de begrippen. Omdat het om fundamentele rechten gaat, is het toezicht niet alleen gericht op controle achteraf. Er is ook een niet-juridisch mechanisme ingesteld dat is gericht op bevordering en bescherming. Het mechanisme geeft zicht op factoren die een risico inhouden op overschrijding van de grenzen die in mensenrechten-normen zijn gesteld en de maatregelen die kunnen worden genomen om die overschrijding te voorkomen.

### 4.3.2 Vrijwaring van foltering en andere onmenselijke behandeling

Het EHRM benadrukt dat het recht op vrijwaring van foltering en andere onmenselijke of vernederende behandeling een van de meest fundamentele waarden garandeert van een democratische samenleving. Niet elke mishandeling valt binnen de reikwijdte van artikel 3 EVRM. Daarvan is sprake als een minimum niveau van lijden is overschreden. Of dat zo is, hangt af van de omstandigheden van het geval. De duur van de mishandeling, de lichamelijke en geestelijke gevolgen kunnen daarbij een rol spelen. En in sommige gevallen het geslacht, de leeftijd en de gezondheidstoestand van het slachtoffer. Hoewel er geen duidelijke scheidslijn tussen de verschillende begrippen is, geldt in zijn algemeenheid dat van foltering sprake is bij het opzettelijk toebrengen van zeer hevig leed voor een bepaald doel (zoals bestraffing). Van onmenselijke behandeling is sprake als er ernstig leed is toegebracht. De jurisprudentie van het EHRM laat zien dat de drempel van artikel 3 eerder is overschreden als het om mensen gaat die zich in een kwetsbare situatie bevinden. Dit is een relevant aspect voor mensen in een verpleeghuis. Zij zijn doorgaans fysiek zwakker en kwetsbaarder en zelfs een relatief lichte verwonding kan hen veel leed toebrengen.<sup>91</sup>

Bij de beoordeling of een bepaalde behandeling ‘vernederend’ is, neemt het EHRM in aanmerking of het doel van de handeling was het slachtoffer gevoelens van angst en minderwaardigheid toe te brengen, waardoor het slachtoffer vernederd of ontwricht kan worden, ‘waardoor zijn fysieke of morele weerstand wordt gebroken of waardoor hij ertoe wordt gebracht te handelen tegen zijn wil of geweten’.<sup>92</sup>

<sup>91</sup> Krug e.a. 2002, p. 132.

<sup>92</sup> EHRM 10 januari 2012, *Ananyev e.a. t. Rusland*, nrs. 42525/07 and 60800/08, par. 139-140. Zie ook Yves Haec en Valentina Staelens, ‘Artikel 3, Verbod van foltering en onmenselijke of vernederende behandelingen of straffen’, in: Johan vande Lanotte en Yves Haec (eds.), *Handboek EVRM*, deel 2, Artikelgewijs commentaar, Volume 1, p. 147.



Zelfs als de vernederende behandeling onopzettelijk plaatsvindt, kan toch de grens van artikel 3 zijn overschreden. Een voorbeeld van ‘onopzettelijk vernederend’ is te vinden in de zaak *Price t. Verenigd Koninkrijk*. Een vrouw met ernstige lichamelijke beperkingen werd vastgehouden in een cel waarin zij zich niet kon verplaatsen. Zij kon niet zelfstandig de wc gebruiken en had last van de kou. Het EHRM constateerde dat niet kon worden vastgesteld of de politie de vrouw opzettelijk wilde vernederen of onteren. Het EHRM concludeerde dat de omstandigheden waaronder deze zwaar gehandicapte vrouw werd vastgehouden op zichzelf als vernederend waren te beschouwen.<sup>93</sup> Ook in andere zaken oordeelde het Hof dat er een schending van artikel 3 kan zijn, ook al ontbreekt opzet om iemand te vernederen of onmenselijk te behandelen.<sup>94</sup> Dat is het geval als het slachtoffer in zijn of haar eigen ogen vernederd is. In een recente zaak oordeelde het Hof dat zelfs een enkele klap toegebracht aan een arrestant, zonder voorbedachte rade of ernstige of langdurige gevolgen, toch vernederend kan zijn.<sup>95</sup> In een aantal zaken over huiselijk geweld heeft het EHRM verbale vernedering en bedreiging gekwalificeerd als mishandeling in de zin van artikel 3 EVRM.<sup>96</sup>

Als er sprake is van cumulatie van op zichzelf niet heel ernstige incidenten, kan niettemin sprake zijn van een ‘vernederende behandeling’. Bijvoorbeeld als deze langdurig plaatsvindt. In ernstige gevallen kan voortdurende infantilisering en geestelijke mishandeling vernederend zijn.<sup>97</sup>

De recente Inter-Amerikaanse Conventie voor de bescherming van de mensenrechten van ouderen bevat garanties tegen wrede, onmenselijk of vernederende behandeling (art. 10).<sup>98</sup> Onder de algemene verplichtingen van staten (art. 4 (a)) noemt het de verplichting maatregelen te treffen tegen praktijken die een bedreiging vormen voor de veiligheid en integriteit van ouderen. Bijvoorbeeld isoleren, verlaten, langdurige beperking van de bewegingsvrijheid, infantilisering, medische behandeling die ontoereikend of buitenproportioneel is, en andere slechte of onmenselijke of vernederende behandelingen.

### 4.3.3 Inperkingen van de vrijheid om te handelen of te bewegen

In de context van verpleeghuiszorg verdient de beperking van vrijheid aparte aandacht. Het IVRPH Comité houdt toezicht op de naleving van het IVRPH. Het heeft in verschillende landencommentaren zijn zorgen geuit over maatregelen die de vrijheid inperken van mensen met een verstandelijke beperking of een psychosociale stoornis om te handelen of te bewegen. Het ging bijvoorbeeld om het gebruik van netten rond het bed in psychiatrische ziekenhuizen en instellingen in Oostenrijk, het toepassen van gedrag beïnvloedende maatregelen in Australië<sup>99</sup> en het gebruik van banden of het opsluiten van mensen in Zweden.<sup>100</sup> Het Comité behandelt dergelijke praktijken onder artikel 15 IVRPH. Dit bevat het verbod van foltering en andere wrede, onmenselijke of vernederende behandeling. Het formuleerde als aanbeveling zorgprofessionals te trainen in het voorkomen van foltering en wrede, onmenselijke en vernederende behandeling.

Het gebruik van een net om psychiatrische patiënten in bed te houden trok ook de aandacht van het CPT. Het was daar zeer kritisch over en formuleerde als aanbeveling dat ‘net beds be withdrawn from service as a tool for managing agitated patients/residents in all psychiatric/social welfare establishments in Austria.’<sup>101</sup> Dat dit in het zicht van andere patiënten werd toegepast, was volgens het CPT onaanvaardbaar. Het was aanleiding voor nog een aanbeveling: wanneer instellingen hulpmiddelen gebruiken om de bewegingsvrijheid van patiënten te beperken, zou dit als regel buiten het zicht van andere patiënten moeten gebeuren.<sup>102</sup> Dat een psychogeriatrische patiënt naakt aan bed was vastgebonden was onacceptabel, en deze praktijk moest onmiddellijk worden beëindigd.<sup>103</sup>

93 EHRM 10 juli 2001, *Price t. Verenigd Koninkrijk*, nr. 33394/96, par. 30.

94 EHRM 19 april 2001, *Peers t. Griekenland*, nr. 28524/95, par. 74.

95 EHRM 28 september 2015, *Bouyid t. België*, nr. 23380/09, par. 105.

96 EHRM 28 mei 2013, *Eremia t. Moldavië*, nr. 3564/11, NTM 2013, p. 658-674, m. nt. I. Boerefijn.

97 Herring 2012, p. 180; ‘Opening Statement to the Social Forum’, OHCHR 1 April 2014.

98 Inter-American Convention on protecting the human rights of older persons (15 June 2015).

99 CRPD Concluding observations Australia (24 October 2013), CRPD/C/AUS/1, par. 35-36.

100 CRPD Concluding observations Sweden (11 May 2014), CRPD/C/SWE/1, par. 37-40.

101 CPT Report to the Austrian Government (11 March 2010), Doc CPT/Inf (2010) 5, par. 134.

102 CPT Report to the Austrian Government (11 March 2010), Doc CPT/Inf (2010) 5, par. 135.

103 CPT Report to the Austrian Government (11 March 2010), Doc CPT/Inf (2010) 5, par. 136.

Aanbeveling 10 (2004) van het Comité van Ministers van de Raad van Europa gaat over de bescherming van de mensenrechten en waardigheid van mensen met een geestelijke stoornis.<sup>104</sup> Deze aanbeveling gaat ook over mensen met dementie.<sup>105</sup> Een van de beginselen die hierin is opgenomen, is 'zo min mogelijk beperkingen'. Beginsel 8 bepaalt dat mensen met een geestelijke stoornis het recht hebben op verzorging in een omgeving die hen zo min mogelijk beperkt, met inachtneming van de eisen die hun gezondheid stelt en de noodzaak de veiligheid van anderen te beschermen. De Toelichting bij de Aanbeveling vermeldt expliciet dat de maatregelen nooit mogen worden toegepast om het personeel te ontzien, als drukmiddel of als disciplinaire maatregel of straf.<sup>106</sup> Een uitzondering wordt gemaakt voor het gebruik van zogeheten 'momentary restraint'. Hierbij gaat het om het heel kort, met zachte hand vasthouden of doen bewegen van de patiënt om die bijvoorbeeld bij een open deur vandaan te halen. Het gebruik van meer dan 'momentary restraint' is vooral bij ouderen risicovol. De Toelichting bij de Aanbeveling raadt daarom aanvullende waarborgen aan voor deze groep.<sup>107</sup>

## 4.4 Verplichtingen om onmenselijke en vernederende behandeling te bestrijden en te voorkomen

### 4.4.1 Reikwijdte van de positieve verplichtingen onder EVRM bij mishandeling door burgers

Hiervoor is er al op gewezen dat staten vergaande verplichtingen hebben om op te treden tegen onmenselijke en vernederende behandeling en om preventieve

maatregelen te treffen. Dat geldt uiteraard voor handelingen die door overheidsfunctionarissen zijn gepleegd. Maar ook de verplichtingen die de overheid heeft ten aanzien van mishandeling door burgers onderling zijn steeds verder uitgekristalliseerd. Een uitspraak van het EHRM uit 2012 laat dit duidelijk zien. De zaak illustreert het onderscheid tussen handelingen die onder artikel 3 en onder artikel 8 EVRM vallen. Maar het is vooral belangrijk wat het Hof hier zegt over positieve verplichtingen die op de staat rusten om dergelijke handelingen te bestrijden en te voorkomen. Om die reden krijgt de uitspraak ruim aandacht.

Dalibor Đorđević, een Kroatische man met geestelijke en lichamelijke beperkingen, en Radmila Đorđević, zijn moeder, zijn jarenlang slachtoffer van vergaande pesterijen van een groep kinderen van een nabij gelegen school. De man is slachtoffer van zowel verbaal als fysiek geweld, waaronder het uitdrukken van sigaretten op zijn handen. Vanwege zijn handicaps kan hij zich niet verweren. Het Hof vindt het niveau van de pesterijen ernstig genoeg om ze onder artikel 3 EVRM te scharen: de man heeft ten minste een keer letsel opgelopen, in combinatie met gevoelens van angst en hulpeloosheid. Hij heeft zich onder behandeling van een psychotherapeut moeten stellen. De moeder is geen slachtoffer van lichamelijk geweld, maar lijdt onder de pesterijen tegen haar zoon. Het pesten treft haar ook persoonlijk en zelfs de minder ernstige vormen verstoren haar leven en hebben negatieve gevolgen voor haar privé- en familielevens. Het Hof wijst erop dat 'morele integriteit' onder het begrip 'privéleven' valt. Voor haar situatie is dan ook artikel 8 EVRM van toepassing.<sup>108</sup>

Artikel 3 EVRM verplicht de staat om burgers ook te beschermen tegen mishandeling van andere burgers. Maatregelen moeten effectieve bescherming bieden. Vooral aan kinderen en andere kwetsbare personen. Daaronder valt het nemen van redelijke stappen om mishandeling te voorkomen waarvan de autoriteiten kennis hadden, of hadden moeten hebben. De positieve verplichting is geschonden als vaststaat dat de autoriteiten wisten of hadden moeten weten dat er een daadwerkelijk en onmiddellijk risico op mishandeling bestond en zij verzuimd hebben maatregelen te treffen die binnen hun bevoegdheid vallen en die in redelijkheid van hen konden worden verwacht om dat risico af te wenden.<sup>109</sup>

In deze zaak waren de verantwoordelijken voor de pesterijen minderjarig, zodat strafrechtelijke maatregelen

<sup>104</sup> Recommendation Rec(2004)10 of the Committee of Ministers of the Council of Europe (22 September 2004), *Concerning the protection of the human rights and dignity of persons with mental disorder*.

<sup>105</sup> Recommendation Rec(2004)10 of the Committee of Ministers of the Council of Europe (22 September 2004), *Concerning the protection of the human rights and dignity of persons with mental disorder*, Explanatory Notes, par. 20.

<sup>106</sup> Recommendation Rec(2004)10 of the Committee of Ministers of the Council of Europe (22 September 2004), *Concerning the protection of the human rights and dignity of persons with mental disorder*, Explanatory Notes, par. 191.

<sup>107</sup> Recommendation Rec(2004)10 of the Committee of Ministers of the Council of Europe (22 September 2004), *Concerning the protection of the human rights and dignity of persons with mental disorder*, Explanatory Notes, par. 192-194.

<sup>108</sup> EHRM 24 juli 2012, *Đorđević t. Kroatië*, nr. 41526/10, par. 90-98.

<sup>109</sup> EHRM 24 juli 2012, *Đorđević t. Kroatië*, nr. 41526/10, par. 137-139.

niet mogelijk waren. Bovendien was het niet zeker dat ieder incident op zich strafbaar gedrag was, maar wel dat alles bij elkaar genomen de pesterijen onvermijdelijk waren met artikel 3. Het Hof onderzoekt daarom welke andere verplichtingen de staat dan heeft buiten het strafrecht. Mw. Đorđević heeft veel incidenten bij diverse instanties gemeld. Bijvoorbeeld de politie, de Kroatische Ombudsvrouw voor mensen met een handicap, welzijnsinstellingen en de school van de kinderen. Het Hof concludeert daarom dat de autoriteiten op de hoogte waren. Er zijn weliswaar enkele stappen gezet, maar het Hof oordeelt dat geen serieuze poging is gedaan om te achterhalen wat er precies speelde om zo de oorzaken van het probleem aan te kunnen pakken en verdere mishandeling te kunnen voorkomen. De bevindingen van de politie leidden niet tot concrete actie of beleid, en er werd geen toezichtmechanisme ingesteld om verdere pesterijen vast te stellen en te voorkomen. Het Hof is getroffen door het ontbreken van enige betrokkenheid van sociale diensten en deskundigen die advies hadden kunnen geven over het omgaan met de kinderen. Ook is geen hulp geboden aan Dalibor Đorđević.<sup>110</sup>

Het Hof concludeert dan ook dat niet alle redelijk te verwachten maatregelen zijn getroffen om de mishandelingen van Dalibor Đorđević te voorkomen, terwijl er een voortdurend en reëel risico bestond. Dit leidt tot een schending van artikel 3 EVRM.

Wat Mw. Đorđević betreft, stelt het Hof vast dat maatregelen om verder pesten van haar zoon te stoppen ontbreken en dat ook zij onvoldoende bescherming heeft gekregen. Dit leidt in haar situatie tot een schending van artikel 8 EVRM.<sup>111</sup>

Deze zaak is vooral interessant omdat het EHRM de verplichtingen van de staat voor gedrag door individuen helder uiteenzet. Er waren duidelijke signalen over de pesterijen afgegeven aan de autoriteiten. Het was bij hen bekend wie het slachtoffer was, hoe ernstig het leed was, waar de verantwoordelijke kinderen te vinden waren en dat het om stelselmatige mishandelingen ging. De lokale autoriteiten hadden daarom maatregelen moeten treffen die binnen hun bevoegdheden vallen. Doen zich in verpleeghuizen situaties voor waarin sprake is van dergelijke ernstige vormen van mishandeling? Dan rust op de staat de verantwoordelijkheid maatregelen te treffen om dergelijke mishandeling te stoppen en in de toekomst te voorkomen.

#### 4.4.2 Verplichtingen van de overheid mishandeling in instellingen te voorkomen

Staten hebben vergaande verplichtingen om foltering en mishandeling te voorkomen. Het VN-Verdrag tegen foltering legt deze in detail vast. In zijn werk heeft het CAT-Comité aanbevelingen geformuleerd die zijn gericht op het voorkomen van foltering en andere wrede, onmenselijke of vernederende behandeling of bestraffing. Het CAT-Comité heeft aangegeven dat de verdragsverplichtingen voor alle instellingen gelden waar de overheid zeggenschap over heeft. Dit zijn onder andere instellingen belast met zorg voor ouderen en mensen met een beperking, en andere instellingen en omgevingen waar zonder overheidshandelen het risico op door private partijen toegebracht nadeel is vergroot.<sup>112</sup>

In het arrest *Stanev t. Bulgarije* gaat het EHRM in op de verantwoordelijkheid van de staat voor de behandeling van de klager in een instelling voor zorg aan mensen met een geestelijke stoornis. Stanev klaagde erover dat hij geen toestemming kreeg de instelling te verlaten. Het EHRM merkt op dat het zich niet hoeft uit te laten of opname van een handelingsonbekwaam persoon in een zorginstelling altijd vrijheidsontneming is in de zin van artikel 5, eerste lid, EVRM. Het wijst erop dat in sommige landen opname kan plaatsvinden op verzoek van de familie die ook betrokken is bij privaatrechtelijke afspraken met de zorginstelling. De vrijheidsbeperkingen zijn dan het gevolg van de handelingen van privépersonen en de rol van de overheid is beperkt tot toezicht houden.<sup>113</sup> Vanwege de positieve verplichtingen van de overheid om op te treden tegen gevallen van mishandeling in de privésfeer is het aannemelijk dat het EHRM ook een aanzienlijke verplichting voor de overheid ziet om adequaat toe te zien op de situatie in verpleeghuizen. Ongeacht of mensen daar formeel van hun vrijheid zijn beroofd of niet. Dat geldt niet alleen om op de juiste manier op te treden in situaties waarin misstanden zijn geconstateerd, maar ook om alle passende maatregelen te treffen om dergelijke situaties te voorkomen.

De rechten van mensen in instellingen die niet vrij kunnen gaan en staan, verdienen aandacht. Zij bevinden zich in een kwetsbare situatie. Het EHRM en het CPT kiezen voor een niet-formalistische benadering. Staten hebben de verplichting effectief toezicht te houden op

<sup>110</sup> EHRM 24 juli 2012, *Đorđević t. Kroatië*, nr. 41526/10, noot 111, par. 147-150.

<sup>111</sup> EHRM 24 juli 2012, *Đorđević t. Kroatië*, nr. 41526/10, noot 111, par. 153.

<sup>112</sup> CAT General Comment No. 2, *Implementation of article 2 by States parties*, UN Doc CAT/C/GC/2, par. 15.

<sup>113</sup> EHRM 17 januari 2012, *Stanev t. Bulgarije*, nr. 36760/06, par. 121. In Nederland kan dit niet.

de situatie in instellingen om de naleving van mensenrechten te garanderen en inbreuken op rechten te voorkomen.

#### 4.4.3 Verplichtingen die voortvloeien uit het recht op leven

Ook het recht op leven brengt positieve verplichtingen mee voor staten. De staat moet regelen dat zowel publieke als private ziekenhuizen passende maatregelen treffen om het recht op leven van patiënten te beschermen. Dit is vooral van toepassing in situaties waarin patiënten niet goed in staat zijn voor zichzelf te zorgen. Deze positieve verplichtingen bestaan als de autoriteiten wisten, of hadden moeten weten, dat er een reëel en onmiddellijk risico bestond dat iemand slachtoffer zou worden van een misdrijf. En zij bovendien geen maatregelen hebben getroffen die binnen hun bevoegdheid vallen en die redelijkerwijs van hen hadden mogen worden verwacht om dat risico af te wenden.<sup>114</sup>

In enkele recente zaken heeft het EHRM ernstige gevallen onderzocht waarin de omstandigheden in een zorginstelling dusdanig tekort schoten dat mensen kwamen te overlijden. Het ging in die gevallen om te weinig voedsel, onvoldoende verwarming, onvoldoende medicatie en andere omstandigheden waardoor de gezondheidstoestand verslechterde met uiteindelijk de dood tot gevolg. Het Hof constateerde in deze zaken dat de autoriteiten volledig op de hoogte waren van de omstandigheden en het oplopen van de sterftcijfers. Belangrijk aan deze uitspraken is dat het EHRM oordeelt dat ook als een overlijden niet is toe te schrijven aan een concrete handeling er sprake kan zijn van een schending van het recht op leven. Bijvoorbeeld als de medische staf voortdurend nalaat om noodzakelijke zorg en behandeling te geven die een doorslaggevende factor was bij voortijdig overlijden.<sup>115</sup>

De positieve verplichtingen onder artikel 2 EVRM houden ook een verplichting tot onderzoek in als sprake is van ernstig letsel of overlijden. Er moet een effectief mechanisme zijn dat kan leiden tot vaststelling van de feiten, het aansprakelijk stellen van degenen die verantwoordelijk zijn en passende genoegdoening voor het slachtoffer. Een strafrechtelijke vervolging is niet

altijd noodzakelijk. Het EHRM geeft als voorbeeld dat bij nalatigheid een civiel rechtsmiddel voldoende kan zijn.<sup>116</sup>

## 4.5 CPT standaarden: een selectie van voorbeelden

In psychiatrische inrichtingen onderzoekt het CPT de behandeling die patiënten krijgen en de omstandigheden waaronder zij in de instelling verblijven. Tekortkomingen kunnen leiden tot situaties die onder ‘onmenselijke en vernederende behandeling’ vallen. Het CPT heeft uitgelegd dat materiële omstandigheden de behandeling en het welzijn van patiënten moeten bevorderen. Er moet een positieve therapeutische omgeving zijn. Het wijst erop dat dit niet alleen in het belang is van de patiënten maar ook voor het personeel.<sup>117</sup>

Het CPT erkent dat de omstandigheden en behandeling in grote mate afhangen van de beschikbare middelen. Ook zorginstellingen hebben in economisch moeilijke tijden met beperktere budgetten te maken. Het CPT benadrukt dat desondanks bepaalde minimumbehoefte altijd moeten zijn gegarandeerd in instellingen waar mensen zorg krijgen onder verantwoordelijkheid van de overheid. Het gaat dan om voldoende voedsel, verwarming en kleding, en – in zorginstellingen – medicatie.<sup>118</sup>

Voor psychiatrische instellingen heeft het CPT aangegeven dat de leefomgeving ruim moet zijn, met voldoende licht, verwarming en ventilatie, in goede staat van onderhoud en moet voldoen aan de hygiënische standaarden van ziekenhuizen. De inrichting van de kamers van patiënten en de recreatieruimte verdient daarbij bijzondere aandacht. Het noemt het zeer wenselijk dat patiënten nachtkastjes en kledingkasten krijgen en dat het is toegestaan een aantal persoonlijke eigendommen te houden, zoals foto's en boeken. Het CPT onderstreept dat het belangrijk is dat zij spullen achter slot en grendel kunnen bewaren. Anders kan hun gevoel van veiligheid en autonomie in het geding komen. Het sanitair zou patiënten een zekere privacy moeten bieden en er moet rekening worden gehouden met de bijzondere behoeften die ouderen en mensen met een beperking hebben. Het CPT is kritisch over het

<sup>114</sup> EHRM 17 juli 2014, *Centre for legal resources on behalf of Valentin Câmpeanu t. Roemenië*, nr. 47848/08, par. 130.

<sup>115</sup> EHRM 17 juli 2014, *Centre for legal resources on behalf of Valentin Câmpeanu t. Roemenië*, nr. 47848/08, par. 134-143, met verwijzingen naar andere arresten.

<sup>116</sup> EHRM 17 juli 2014, *Centre for legal resources on behalf of Valentin Câmpeanu t. Roemenië*, nr. 47848/08, par. 132.

<sup>117</sup> CPT Standards, par. 32.

<sup>118</sup> CPT Standards, par. 33.

gebruik in sommige psychiatrische instellingen om patiënten voortdurend in nachtkleding te laten zitten. Dit is niet bevorderlijk voor het gevoel van eigenwaarde.<sup>119</sup>

Het CPT besteedt in zijn rapportages aandacht aan zowel kwaliteit als kwantiteit van het beschikbare eten. In zijn Standaarden geeft het aan dat het eten niet alleen kwalitatief goed en voldoende moet zijn, maar dat het ook onder goede omstandigheden moet worden aangeboden. Het moet bijvoorbeeld op de juiste temperatuur worden opgediend en de omstandigheden waarin mensen eten moeten netjes zijn. Ook de presentatie van het eten is belangrijk. De behoeften van mensen met een beperking verdienen bijzondere aandacht.<sup>120</sup> Het CPT gaat na of het aanbieden van het eten op hygiënische wijze gebeurt. Dat houdt ook in dat personeel ingrijpt als bewoners zelf voor het gebrek aan hygiëne zorgen. In een instelling voor mensen met een geestelijke beperking onderzoekt het CPT of er toezicht is tijdens het eten en of mensen ondervoed lijken te zijn.<sup>121</sup> Tijdens een onderzoek in een zorginstelling constateerde het CPT dat er weinig variatie in het eten was. Het gaf als aanbeveling om dat te verbeteren en – heel concreet – voor meer vers fruit te zorgen.<sup>122</sup> In een ander rapport raadde het CPT aan in te grijpen als ondergewicht werd geconstateerd. Hiervoor was geen beleid, hoewel bewoners wel werden gewogen. Zeker nu het CPT zelf constateerde dat een aanzienlijk aantal bewoners niet op gewicht was.<sup>123</sup> Het Comité inzake economische, sociale en culturele rechten wees er in een algemene aanbeveling op dat het recht op voedsel meer inhoudt dan elke dag voldoende calorieën kunnen innemen. Het houdt ook in dat voedsel adequaat is. Het moet voldoen aan de behoeften, rekening houdend met de leeftijd, leefsituatie en gezondheid. Voedsel moet ook cultureel acceptabel zijn. Er moet dus rekening worden gehouden met culturele en religieuze voor- schriften en gebruiken.<sup>124</sup>

## 4.6 Conclusie

Het recht op vrijwaring van onmenselijke en vernederende behandeling is een fundamenteel mensenrecht. Het hiervoor geschetste overzicht van de normen en de jurisprudentie daarover laat zien hoe belangrijk de bescherming van de lichamelijke integriteit is. Over mishandeling denken de toezichthoudende instanties niet licht. Een behandeling die aanzienlijk leed toebrengt, zowel lichamelijk als geestelijk, is al snel in strijd met het recht op vrijwaring van onmenselijke of vernederende behandeling. Ook is duidelijk dat op staten vergaande verplichtingen rusten om ervoor te zorgen dat dergelijke handelingen niet voorkomen tussen burgers onderling in de privésfeer en in instellingen zoals verpleeghuizen. De rapportages van het CPT op basis van zijn bezoeken aan talrijke instellingen geven concrete aanbevelingen aan staten om ervoor te zorgen dat situaties in overeenstemming zijn met het recht op een menswaardige behandeling. Bovendien geven ze aanbevelingen om te voorkomen dat omstandigheden afglijden naar een situatie die onmenselijke behandeling inhoudt.

---

119 CPT Standards, par. 34.

120 CPT Standards, par. 35.

121 CPT Report to the Government of “the former Yugoslav Republic of Macedonia” (25 January 2012), Doc CPT/Inf (2012) 4, par. 133.

122 CPT Report to the Government of Bosnia and Herzegovina (14 October 2009), CPT/Inf (2009) 25, par. 116.

123 CPT Report to the Bulgarian Government (28 February 2008), CPT/Inf (2008) 11, par. 166.

124 CESCR General comment No. 12 (1999) *The right to adequate food* (art. 11), UN Doc E/C.12/1999/5, par. 8.

# 5 Het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer

## 5.1 Inleiding: persoonlijke levenssfeer, privéleven en privacy

In de vorige paragraaf is al aandacht besteed aan het recht op bescherming van de lichamelijke en geestelijke integriteit. Dit beschouwt het EHRM als onderdeel van het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer. Het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer gegarandeerd in artikel 8 EVRM, omvat veel meer. De term ‘persoonlijke levenssfeer’ is nauw verwant aan de termen privéleven en privacy. De termen worden vaak door elkaar gebruikt; in de kern komen ze min of meer overeen.<sup>125</sup> In paragraaf 5.2 wordt eerst ingegaan op de reikwijdte van het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer, zoals gegarandeerd in nationale en internationale normen en geïnterpreteerd in jurisprudentie. Daarop volgen twee paragrafen waarin twee aspecten centraal staan die voor de situatie van cliënten van verpleeghuizen vooral belangrijk zijn. Dat zijn de manier waarop men de dag doorbrengt (paragraaf 5.3) en de mogelijkheden die men heeft om de leefomgeving persoonlijk te maken (paragraaf 5.4). Veel van de interpretatie van die aspecten komt uit de rapportages van het CPT. Zoals beschreven in paragraaf 1.3.2 noemt het CPT niet altijd de mensenrechten die precies aan de orde zijn wanneer het een situatie beschrijft in zijn rapportages. In onderstaande tekst is aansluiting gezocht bij de interpretatie van het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer door het EHRM.

## 5.2 Betekenis en reikwijdte van de persoonlijke levenssfeer

Artikel 10 Gw garandeert het recht op eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer. De Memorie van Toelichting bij deze bepaling legt uit dat dit recht een ruimtelijke dimensie heeft: ‘het gebied waarbinnen elk individu vrij is en geen inmenging van anderen behoeft te dulden.’<sup>126</sup> Dit omvat het huisrecht, wat betekent dat niemand zonder toestemming de woning mag betreden, en ook niet zonder toestemming mag waarnemen, registreren of openbaar maken wat in de woning gebeurt. Communicatie per brief en telefoon valt eveneens binnen de reikwijdte van dit recht. Evenals ‘sommige gewoonten, gedragingen, contacten, abonnementen,

lidmaatschappen en bepaalde aspecten van het gezinsleven’.<sup>127</sup> Een ander aspect is de bescherming van persoonsgegevens. Verschillende onderdelen van de persoonlijke levenssfeer zijn in andere grondwetbepalingen gegarandeerd. Bescherming van de lichamelijke integriteit is gegarandeerd in artikel 11 (zie paragraaf 4.2.3), het huisrecht in artikel 12, en het briefgeheim, telegraaf- en telefoongeheim in artikel 13 Grondwet.

Het EHRM heeft geen alomvattende definitie van ‘privéleven’ gegeven. Het begrip is in de loop der jaren in jurisprudentie ontwikkeld. In het arrest *Pretty t. Verenigd Koninkrijk* benoemde het Hof het als volgt: privéleven is een brede term die niet vatbaar is voor een uitputtende definitie. Het omvat de lichamelijke en geestelijke integriteit, kan de lichamelijke en sociale identiteit omvatten, genderidentiteit, naam, seksuele gerichtheid en seksuele relaties. Artikel 8 EVRM beschermt ook het recht op persoonlijke ontwikkeling en het recht relaties met anderen en de buitenwereld aan te gaan en te onderhouden.<sup>128</sup> Een belangrijk onderdeel van de bescherming van de privacy is bescherming tegen inmenging in persoonlijke aangelegenheden, het privéleven en gezinsleven, de woning en de correspondentie. Men moet persoonlijke zaken uit de openbare sfeer kunnen houden.<sup>129</sup> Bij de beoordeling of een handeling binnen de reikwijdte van artikel 8 valt, onderzoekt het EHRM steeds eerst of een handeling de privésfeer raakt. Wat ‘raken’ inhoudt, blijkt bijvoorbeeld uit een zaak waarin iemand was gefotografeerd. Het EHRM oordeelde dat het maken van de foto het privéleven raakt, ook al zou deze niet worden verspreid of gepubliceerd. Dus niet alleen voor de verspreiding van een foto is toestemming van de betrokkene nodig, ook voor het maken ervan.<sup>130</sup> Het EHRM heeft onder het begrip privéleven ook andere aspecten gebracht, die in de literatuur wel persoonlijkheidsrechten (*personality rights*) zijn genoemd.<sup>131</sup> Het recht op privéleven is uitgelegd als een recht dat de ontwikkeling en uitdrukking van de identiteit en de persoonlijkheid garandeert. Daaronder valt het recht relaties met anderen aan te gaan en te onderhouden.

Cliënten van verpleeghuizen wonen niet zelfstandig. Er is geen jurisprudentie waarin is uitgemaakt of de eigen kamer in het verpleeghuis een woning is.

<sup>125</sup> Overkleeft-Verburg 2014.

<sup>126</sup> Overkleeft-Verburg 2014.

<sup>127</sup> Overkleeft-Verburg 2014.

<sup>128</sup> EHRM 29 april 2002, *Pretty t. Verenigd Koninkrijk*, nr. 2346/02, par. 61.

<sup>129</sup> Van der Sloot 2015.

<sup>130</sup> Roagna 2012, p. 18.

<sup>131</sup> Van der Sloot 2015, p. 26.

Zowel het EHRM als het VN-Mensenrechtencomité vatten het begrip ‘woning’ ruim op. Het is de plaats waar men permanent woont of waarmee men voldoende en voortdurende banden heeft.<sup>132</sup>

De aanbeveling van de Raad van Europa over de mensenrechten van ouderen garandeert het recht op privacy in paragraaf 11, in dezelfde bepaling als het recht op waardigheid:

*‘Older persons have the right to dignity and respect for their private and family life, including respect for their sexual intimacy, to the fullest extent.’<sup>133</sup>*

De Memorie van Toelichting bij deze aanbeveling legt uit dat het recht op waardigheid de kern is van het verbod van foltering en onmenselijke behandeling in artikel 3 EVRM, en het respect voor privacy, inclusief intimiteit, de kern is van artikel 8 EVRM. Dit is vooral van belang in zorginstellingen waar lichamelijke verzorging de waardigheid van mensen kan raken.<sup>134</sup>

In de recent aangenomen Inter-Amerikaanse Conventie inzake de bescherming van de mensenrechten van ouderen staat een veelomvattende bepaling over privacy van ouderen in instellingen voor langdurige zorg. Staten die partij zijn bij dit Verdrag moeten regelingen voor ouderen treffen om ervoor te zorgen dat zij niet worden onderworpen aan willekeurige of onrechtmatige inmenging in hun privéleven, hun woning en correspondentie. Zij moeten de integriteit, privacy en intimiteit bij alle activiteiten van ouderen beschermen, vooral ten aanzien van de persoonlijke hygiëne.<sup>135</sup>

## 5.3 Activiteiten

De bescherming van de persoonlijke levenssfeer in samenhang met de bescherming en bevordering van de waardigheid vraagt om een beleid en praktijk waarbij cliënten van verpleeghuizen de dag op een zinvolle manier kunnen doorbrengen.<sup>136</sup> Het CPT heeft voor zijn bezoeken aan zorginstellingen waar mensen van hun vrijheid zijn beroofd een checklist ontwikkeld. Het CPT kijkt onder meer naar de mogelijkheid voor cliënten om zich te ontspannen. Het onderzoekt of zij elke dag naar buiten kunnen, voor hoe lang, en of zij daarbij ondersteuning krijgen als zij zelf niet in staat zijn naar buiten te gaan of te wandelen.<sup>137</sup> In een psychiatrische instelling in Oostenrijk konden veel patiënten op de gesloten afdeling niet naar buiten, soms voor een lange periode. Dat een aantal forensische en geriatrische patiënten maandenlang niet buiten was geweest, was volgens het CPT onaanvaardbaar. In een andere instelling konden mensen soms een aantal dagen achtereen niet naar buiten. Tijdens zijn bezoek kreeg het CPT te horen dat toegang tot de tuin beperkt was wegens personeelstekort en een tekort aan ruimte waar patiënten veilig buiten konden zijn. Deze situatie bracht het CPT ertoe een ‘onmiddellijke bevinding’ onder artikel 8, vijfde lid, van de Conventie te formuleren. Het heeft aangedrongen op onmiddellijke maatregelen om te garanderen dat patiënten, van wie de gezondheid het toelaat, minimaal een uur per dag naar buiten kunnen.<sup>138</sup> Veel cliënten van een zorginstelling voor mensen met een geestelijke beperking in Bosnië en Herzegovina leidden een monotoon bestaan. Ze brachten de dag door in een ruimte waar zij spelletjes deden, lazten of TV keken. Het CPT wees op de noodzaak meer therapeutische, ontspannende en bezighoudende activiteiten te ontwikkelen en daar meer bewoners bij te betrekken. Daarbij moet de instelling rekening houden met de geestelijke en lichamelijke capaciteiten van de bewoners.<sup>139</sup>

<sup>132</sup> Roagna 2012, p. 30; General Comment no. 16 (1988) of the Human Rights Committee, *Article 17 (Right to privacy)*, in: UN Doc HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. I), p. 191-193, par. 5.

<sup>133</sup> Recommendation CM/Rec(2014)2 of the of the Committee of Ministers of the Council of Europe (19 February 2014), *On the promotion of the human rights of older persons*, par. 11.

<sup>134</sup> Recommendation CM/Rec(2014)2 of the Committee of Ministers of the Council of Europe, *Promotion of the human rights of older persons*, Explanatory Notes, par. 23.

<sup>135</sup> Inter-American Convention on protecting the human rights of older persons (15 June 2015), art. 12 [eigen vertaling].

<sup>136</sup> Zie ook <https://www.rijksoverheid.nl/regering/inhoud/wat-is-het-kabinet-van-plan/zorg-onderwijs-en-woningmarkt>, waarin het kabinet zegt: ‘Het kabinet wil ouderen een waardige oude dag bieden. Zinvolle dagbesteding is daartoe essentieel. Daarom komt er voor iedere oudere in een verpleeghuis een uur dagbesteding extra.’

<sup>137</sup> CPT Checklist for visits to social care institutions where persons may be deprived of their liberty of the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT), (22 May 2015), Doc CPT/Inf (2015) 23.

<sup>138</sup> CPT Report to the Austrian Government (11 March 2010), Doc CPT/Inf (2010) 5, par. 123-126.

<sup>139</sup> CPT Report to the Government of Bosnia and Herzegovina (14 October 2009), CPT/Inf (2009) 25, par. 122.



## 5.4 De mogelijkheid een persoonlijke omgeving te creëren

Cliënten van verpleeghuizen bevinden zich in een afhankelijke situatie. Er is een beperkt aantal terreinen waarop zij hun leven en leefomgeving naar eigen inzicht vorm kunnen geven. Als zij op die terreinen nauwelijks zeggenschap hebben, heeft dat voor hen een grote impact. Als mensen minder in staat zijn zelf vorm te geven aan de inrichting van hun leven, hebben zij weinig aan een uitleg van het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer die ophoudt bij het recht met rust te worden gelaten.<sup>140</sup>

In de rapporten van het CPT over psychiatrische instellingen en zorginstellingen komt steeds naar voren dat het van belang is dat individuen zelf (deels) de inrichting van hun leefomgeving kunnen bepalen. Het CPT kijkt dan bijvoorbeeld of de bewoners hun eigen kleding mogen dragen. In verschillende landen blijkt dat psychiatrische patiënten in een soort uniform of in hun pyjama moeten lopen. Het CPT kijkt ook of die kleding schoon is. Voorts onderzoekt het CPT of bewoners een eigen afsluitbaar kastje hebben om hun spullen in op te bergen. En of ze persoonlijke eigendommen zoals schilderijen, foto's en kleedjes mogen hebben. Waar de omgeving heel onpersoonlijk is, beveelt het CPT aan een meer persoonlijke omgeving te creëren. Het CPT deed dit bijvoorbeeld toen het bij een psychiatrisch ziekenhuis in Oostenrijk constateerde dat de inrichting van een aantal kamers sober en onpersoonlijk was. Andere kamers waren erg krap. Tegelijkertijd zag het op andere plekken leegstaande bedden. Dat leidde tot de aanbeveling deze omstandigheden te verbeteren.<sup>141</sup>

## 5.5 Conclusie

Voor de beoordeling van een situatie moet rekening gehouden worden met alle omstandigheden waarin individuen zich bevinden. Dat betekent dat de persoonlijke situatie van de cliënt van belang is, waaronder zijn leeftijd en geestelijke en lichamelijke gezondheids-toestand. Het EHRM en CPT kijken voor een beoordeling of een situatie op gespannen voet met mensenrechten-normen staat naar het totaalbeeld. Het gaat om alle omstandigheden bij elkaar opgeteld.

Mensen moeten zoveel mogelijk in staat gesteld worden een persoonlijke levenssfeer te creëren en in stand te houden. In verpleeghuizen waar mensen vaak geen of een kleinere persoonlijke levenssfeer hebben, is daarom extra inspanning nodig. Dat kan door mensen toe te staan hun eigen woonruimte in te richten en persoonlijke spullen te behouden. Deze vrijheid is niet absoluut. Een instelling kan beperkingen opleggen aan wat de cliënt is toegestaan. Dergelijke beperkingen moeten echter noodzakelijk zijn en een geoorloofd doel dienen. Beperkingen gericht op de bescherming van de rechten van andere bewoners en zorgpersoneel zijn eerder geoorloofd dan beperkingen die alleen de bedrijfsvoering van de instelling vergemakkelijken.

De situatie van cliënten van verpleeghuizen vereist dat het zorgpersoneel op hen let. Dat raakt per definitie aan de persoonlijke levenssfeer. Beperkingen op de privacy mogen niet verder gaan dan nodig. Het betekent bijvoorbeeld dat het zorgpersoneel cliënten met rust laat wanneer zij daar behoefte aan hebben, en klopt – én wacht op toestemming – voordat zij de woonruimte van cliënten betreedt. Een inbreuk op het recht is alleen toegestaan in bij de wet geregelde situaties wanneer de inbreuk een bepaald doel heeft. Bijvoorbeeld de bescherming van de gezondheid of de bescherming van de rechten van anderen, en wanneer is voldaan aan het vereiste van noodzakelijkheid.

<sup>140</sup> Voorlopige Raad voor de Volksgezondheid en Zorggerelateerde dienstverlening 1996.

<sup>141</sup> CPT Report to the Austrian Government (11 March 2010), Doc CPT/Inf (2010) 5, par. 123-126.

**6** Het recht op een  
toegankelijk en  
effectief rechtsmiddel

## 6.1 Inleiding

De staat is verplicht om alle mensenrechten te garanderen. Als mensen menen dat hun mensenrechten zijn geschonden, hebben zij recht op een rechtsmiddel dat voor hen toegankelijk en effectief is (art. 13 EVRM, art. 2(3) IVBPR). Voor alle rechten die in het EVRM en IVBPR zijn vastgelegd geldt in zijn algemeenheid dat staten moeten verzekeren dat individuen toegankelijke, effectieve en afdwingbare rechtsmiddelen tot hun beschikking hebben en dat zij daadwerkelijk rechtsherstel krijgen wanneer schendingen van rechten hebben plaatsgevonden. Rechtsmiddelen moeten rekening houden met de positie van kwetsbare mensen.<sup>142</sup> Het recht op een effectief rechtsmiddel betekent niet altijd dat een klacht aan een gerechtelijke instantie moet kunnen worden voorgelegd. Maar de systematiek van beschikbare rechtsmiddelen moet voldoen aan de voorwaarden van art. 13 EVRM. Er moet toegang zijn tot een onpartijdige klachtinstantie die voldoende onafhankelijk is.

## 6.2 Procedurele verplichtingen die uit inhoudelijke rechten voortvloeien

Toezichthoudende instanties hebben voor verschillende mensenrechten vastgesteld dat een procedurele verplichting deel uitmaakt van het recht. Zowel het Europees Hof als het VN-Mensenrechtencomité hebben geconcludeerd dat een effectieve bescherming van het recht op leven en het recht te zijn gevrijwaard van foltering en onmenselijke behandeling vereist dat staten effectieve procedures inrichten. Procedures waarmee beweerde schendingen kunnen worden onderzocht en daders kunnen worden vervolgd en bestraft. Dit zijn verplichtingen die uit deze rechten voortvloeien. Voldoet een staat hier niet aan? Dan is het recht op leven of het recht op vrijwaring van foltering en andere onmenselijke behandeling of bestraffing geschonden. In paragraaf 4.4.1 en 4.4.3 is op dit aspect ingegaan. Als een inbreuk op lichamelijke of geestelijke integriteit zo ernstig is dat van onmenselijke behandeling sprake is, rust op de overheid dus een zware verplichting. Niet alleen om beweerde schendingen te onderzoeken, maar ook om de verantwoordelijken te vervolgen en te bestraffen.

<sup>142</sup> HRC General Comment no. 31 (29 March 2004), *Nature of the General Legal Obligation Imposed on States Parties to the Covenant*, UN Doc CCPR/C/21/Rev.1/Add. 13.

## 6.3 Toegankelijkheid en effectiviteit van rechtsmiddelen

Rechtsmiddelen moeten toegankelijk en effectief zijn. Dat vereist specifieke aandacht om te verzekeren dat ouderen kunnen klagen over hun behandeling en hun leefomgeving. Onderzoek laat zien dat in de langdurige ouderenzorg weinig wordt geklaagd. Althans er worden weinig klachten geregistreerd. Factoren die hieraan bijdragen zijn de fysieke en sociaal-emotionele afhankelijkheid en het idee dat klagen geen zin heeft. Ouderen denken dat ze geen invloed hebben op de belangrijke beslissingen, zoals de verdeling van tijd en middelen.<sup>143</sup> Het belang van goed toezicht en effectieve klachtmechanismen komt aan de orde in de aanbeveling van de Raad van Europa over de mensenrechten van ouderen. Volgens artikel 42 moeten staten zorgen voor een bevoegde en onafhankelijke autoriteit die verantwoordelijk is voor de inspectie van zowel publieke als private zorginstellingen. Bovendien moeten zij voorzien in gemakkelijk toegankelijke en effectieve klachtmechanismen en voor maatregelen van herstel als er tekortkomingen in de kwaliteit van zorg zijn.<sup>144</sup>

<sup>143</sup> Bornhoff, Paus & Friele 2013, p. 101 e.v.

<sup>144</sup> Recommendation CM/Rec(2014)2 of the of the Committee of Ministers of the Council of Europe (19 February 2014), *On the promotion of the human rights of older persons*, art. 42.

# 7 Conclusies



Deel I laat zien hoe relevant het mensenrechtelijke kader is voor cliënten van verpleeghuizen. Zij hebben het recht zoveel mogelijk te beslissen over de inrichting van hun leven. Autonomie ligt ten grondslag aan alle mensenrechtennormen en speelt een rol bij de uitleg van die normen. Als cliënten niet (altijd) in staat zijn weloverwogen beslissingen te nemen, moeten ze hierbij ondersteund worden. Er moet zoveel mogelijk worden vermeden dat zorgprofessionals besluitvorming overnemen. De geboden zorg moet de menselijke waardigheid respecteren en ondersteunen.

De behandeling van cliënten van verpleeghuizen en hun leefomstandigheden vallen binnen het bereik van verschillende mensenrechten. Ze hebben het recht op een menswaardige behandeling. Er mag hen geen lichamelijk of geestelijk leed worden toegebracht. Toezichthoudende organen leggen de lat hoog. Dit deel heeft verschillende gradaties van inbreuken op het recht op vrijwaring van onmenselijke en vernederende behandeling in kaart gebracht. Als inbreuken binnen de reikwijdte van dit recht vallen, heeft de Nederlandse regering de verplichting deze te voorkomen en te bestrijden. Het gaat hier onder meer om lichamelijke mishandeling, verwaarlozing, en behandelingen die

kleinerend, intimiderend of vernederend zijn. Dergelijke behandelingen zijn in strijd met waarden die in het internationale en nationale recht beschermd zijn. Veel cliënten van verpleeghuizen zijn niet vrij om te gaan en staan waar zij willen. Dat maakt de verantwoordelijkheid voor de staat nog groter. Staten moeten zich goed informeren over de situatie in verpleeghuizen op dit terrein. Als zij weten of hadden moeten weten dat een situatie niet door de beugel kan, zijn zij verplicht om op te treden. Maar niet alleen staten hebben verplichtingen. Ook de verpleeghuizen zelf moeten de mensenrechten beschermen en voorkomen dat er inbreuken op rechten van cliënten zijn.

De leefomstandigheden in verpleeghuizen zijn voor cliënten belangrijk, zeker omdat hun wereld heel klein is geworden. Relatief kleine dingen hebben op hen een grote impact. Verpleeghuizen moeten daarom voor leefomstandigheden zorgen die onmenselijke of vernederende situaties voorkomen. Bijvoorbeeld door de mogelijkheid te bieden dagelijks naar buiten te gaan, in het verpleeghuis aan activiteiten deel te nemen of de persoonlijke ruimte naar eigen smaak in te richten. Dit draagt bij aan het voorkomen van inbreuken en aan het bevorderen van de mensenrechten van de cliënten.



## **Deel II:**

Mensenrechten van ouderen  
in verpleeghuizen – de praktijk

# 1 Inleiding





Het College voor de Rechten van de Mens heeft een empirische studie uit laten voeren in zes Nederlandse verpleeghuizen. Het doel van deze studie is om een actueel beeld te krijgen van de praktijk in verpleeghuizen en aanknopingspunten te bieden voor de naleving en bevordering van de mensenrechten van cliënten in verpleeghuizen. Het onderzoek richt zich op de alledaagse thema's persoonlijke verzorging, eten en drinken en de daginvulling. Speciale aandacht is besteed aan de mate van autonomie en invloed die de cliënten hebben op de gang van zaken en hoe de professionals met hen omgaan.

Het onderzoek – dat kwalitatief van aard is – is uitgevoerd door Van den Wijngaart en Witte van onderzoeksbureau Lokaal Centraal (thans EMMA Experts in Media en Maatschappij). De resultaten staan beschreven in het rapport “Waardigheid, autonomie en bejegening in verpleeghuizen. De dagelijkse praktijk vanuit mensenrechtenperspectief”. In dit deel bespreekt het College de resultaten van dit onderzoeksrapport. Waar uitkomsten of ander onderzoek relevant zijn voor de context, heeft het College deze verwerkt.

Paragraaf 2 start met een toelichting op het ‘cliëntgericht werken’. Cliëntgericht werken kan een belangrijke bijdrage leveren aan het realiseren van de mensenrechten van cliënten in verpleeghuizen. In ieder geval als het gaat om de alledaagse thema's die in dit onderzoek centraal staan. De eerdergenoemde thema's, aangevuld met het thema ‘leefomgeving’, worden in de afzonderlijke paragrafen 3 tot en met 6 besproken. Deze paragrafen bevatten ieder een beschrijving van de alledaagse praktijk, een mensenrechtelijke analyse en een conclusie. In paragraaf 7 wordt kort ingegaan op twee thema's die in het kader van de mensenrechten van cliënten van verpleeghuizen niet mogen ontbreken, maar waar het College geen empirische studie naar heeft verricht: mishandeling en vrijheidsbeperking. Paragraaf 8 sluit af met conclusies.

Waar in deel II gesproken wordt over ‘hij’ of ‘zijn’ of ‘hem’, kan ook worden bedoeld ‘zij’ of ‘haar’.

## 2 Cliëntgericht werken

## 2.1 Cliëntgericht werken als aanknopingspunt voor mensenrechten

Cliëntgericht werken betekent dat de cliënt centraal staat en dat de benodigde zorg en ondersteuning op zijn behoeften en wensen zijn afgestemd. Daarnaast moet de zorgverlener zich inspannen om de cliënt zo goed mogelijk te begrijpen en aan te voelen. Het is een werkwijze die goed aansluit op de mensenrechten. De mensenrechten beogen de waardigheid van ieder mens te beschermen. Daarbij worden de rechten van individuen centraal gesteld en gelden waardigheid en autonomie als belangrijke onderliggende beginselen. De brug tussen cliëntgericht werken en de mensenrechten is dus gemakkelijk te slaan.

De verpleeghuizen die het College heeft onderzocht, streven er alle naar cliëntgericht te werken. Dit betekent dat cliënten van verpleeghuizen hun invloed op de zorg en ondersteuning in eerste instantie kunnen uitoefenen via het zorgleefplan en de eerst verantwoordelijke verzorgende (EVV'er), en in tweede instantie gedurende de dagelijkse praktijk.

## 2.2 Vormgeving van cliëntgericht werken in de praktijk: zorgleefplan

Afspraken over – onder meer – de persoonlijke verzorging zijn opgenomen in het zorgleefplan. Dit komt tot stand in overleg tussen het verpleeghuis en de cliënt en/of diens familie. Het zorgleefplan geeft richting aan de praktische uitvoering van de persoonlijke verzorging. Afspraken in het zorgleefplan kunnen altijd in het zorgleefplanoverleg worden herzien. Het is niet de bedoeling dat te gemakkelijk van de gemaakte afspraken wordt afgeweken. Een professional: *“Als je afwijkt van de dingen die in het zorgleefplan staan, dan moet je dat altijd rapporteren en waarom je afwijkt”*. Anderzijds geldt dat de zorgprofessional elke dag opnieuw bekijkt wat de situatie is en dat ieder moment moet worden ingespeeld op wat er gaande is.

## 2.3 Vormgeving van cliëntgericht werken in de praktijk: dagelijkse afstemming

In de dagelijkse praktijk proberen professionals vaak de invloed van de cliënt zo groot mogelijk te maken. Onder andere door afspraken voor zorg te maken in aanvulling op het zorgleefplan en deze in de dagelijkse praktijk te testen op haalbaarheid: *“We vragen het eerst altijd aan bewoner en betrekken de contactpersoon erbij. Dagelijks douchen? Prima, dan geven we aan dat we het zullen proberen of het lukt. Op den duur merk je dat er een patroon ontstaat waarin iemand liever drie keer per week in de douche gaat. En zo maken we afspraken. Eerst met bewoner, dan familie en dan in de praktijk kijken hoe het werkt.”* Een professional over het optimaliseren van de invloed van de cliënt op de persoonlijke verzorging: *“Ja, ben toch wel trots dat mensen nu zoveel mogelijk zelf kunnen beslissen. Vroeger was het om 7 uur eruit, eruit, eruit. Nu is het van: wil hij gewassen worden, wil hij er nu uit, wil hij later opstaan. Dat hij de keuze gewoon heeft.”* Een andere professional: *“Ik begin om 7 uur en zie wel wat er die dag allemaal gebeurt.”* Ook proberen professionals iedere dag opnieuw te bekijken wat de cliënt nog zelf kan doen en wat niet: *“De ene dag kunnen ze wel zelf hun armen wassen, de andere dag niet. Je moet wel iets van een plan hebben. Maar je kijkt ook wel elke dag wat wel en niet kan.”* Weer andere professionals: *“Als een bewoner zegt: ik heb vandaag geen zin in wassen. Nou dan was je het gezicht en laat je het. Doen we 't weer een andere dag”*; *“Je zult een baaldag hebben en dan staat er iemand ‘Maar je moet nu onder de douche’. Dat kan toch niet.”*

Als cliënten weerstand bieden, hebben professionals verschillende manieren om ze over te halen zich te laten helpen. Vanuit beleid en professionals wordt daarbij zo veel mogelijk uitgegaan van de behoefte van de cliënt en gaat men actief op zoek naar oplossingen. Bijvoorbeeld door een muziekje aan te zetten, het licht te dempen of de douchestraal eerst op de voeten te richten en dan langzaam omhoog te gaan. *“Het is een kwestie van uitproberen en goed observeren hoe iemand reageert.”* Hierbij kan ook de hulp van het multidisciplinaire team worden ingeroepen.

Familie waardeert het dat professionals zoveel mogelijk rekening houden met de wensen en behoeften van de cliënten. Een familielid: *“Ons pap gaat altijd laat naar bed. En komt er pas laat uit. Kan zijn dat hij pas om half elf eruit wil. Anderen willen om zeven uur naar bed. Dat kan.”* Of: *“Hij krijgt begeleiding bij wassen en aankleden.”*

*Soms is hij vroeg op en heeft hij zich al aangekleed, maar nog geen schoon ondergoed aan. Soms kan hij het niet en dan wordt hij helemaal verzorgd.”*

## 2.4 Belemmeringen voor cliëntgericht werken

Deze paragraaf gaat in op de belemmeringen voor het cliëntgericht werken. Het gaat om de belemmeringen die voortkomen uit tijdgebrek, familie-betrokkenheid, organisatiestructuur en het niet kennen van de cliënt.

### 2.4.1 Tijdgebrek

Een eerste belemmering is het (ervaren) tijdgebrek van professionals. Een vertegenwoordiger van de cliëntenraad: *“Dat belevingsgerichte ken ik goed. Maar je ziet nog wel eens dat het in de praktijk echt anders gaat. In een kwartier ligt bewoner in bed. Het gaat van ratsj-ratsj. Aan de ene kant is het verhaal, maar aan de andere kant is er soms ook de praktijk.”* Een beleidsvertegenwoordiger vult aan: *“Het blijft wel een kraptemodel. Dus we kunnen niet helemaal doen van ‘U wilt nu om 10:00 uur uit bed, dus dan doen we dat om 10:00 uur.’ Er wordt zoveel mogelijk rekening gehouden met de wensen van bewoners, maar het is niet optimaal.”* Daarbij geldt ook dat de zorgindicatie leidend is voor het aantal uren dat aan de persoonlijke verzorging kan worden besteed. Een professional: *“Het ZZP geeft het aantal uren zorg aan waarop iemand recht heeft. En daarmee ook de mogelijkheden aan zorg. Iemands voorkeuren dienen dan wel te passen binnen het aantal uren van het ZZP.”* Een beleidsvertegenwoordiger: *“Als we met elkaar inkopen voor een zesje en dat we dan een acht verwachten/willen. Daar heb ik wel moeite mee. Iedereen doet zijn best om een acht te halen, maar het wordt steeds moeilijker. Wees dan ook eerlijk. De verwachtingen zijn te hoog.”*

Ook drukken de administratieve taken op het werkpakket van de professionals. Een professional: *“Dat belevingsgerichte? Nu momenteel is er heel veel gaande, zoals zorgdossiers. Die [inspecteurs] vragen niet hoe onze bewoners verzorgd worden. Ieder papiertje moet voorzien zijn van een datum en een handtekening. Dat kost zoveel tijd. Met name die zorgdossiers vragen veel tijd. Sommige dingen zouden niet kloppen en dan moet het weer anders. Dan heb ik wel zoiets van ‘Je bent er niet voor de zorg’.”* En: *“We zijn ook gewoon mensen en werken gewoon met ons hart. En we zijn op de praktijk. Ook als het formuliertje helemaal hetzelfde is, maar er staat nog 2012 in plaats van 2014 dan moet het allemaal over. Binnen nu en enkele weken moet alles geactualiseerd zijn met een nieuwe datum, e.d.*

*Is die hetzelfde dan moet toch alles over. Dat kost veel tijd. Je bent zo een hele middag bezig met die flauwekul.”*

### 2.4.2 Betrokkenheid van de familie

De betrokkenheid van familie en naasten is voor veel cliënten van verpleeghuizen van groot belang. Zeker waar het gaat om het uitoefenen van invloed op zorg en ondersteuning. Het komt echter voor dat de wensen van de familie niet hetzelfde zijn als die van de cliënt. Dit hoeft geen probleem op te leveren zo lang professionals luisteren naar de wensen van de cliënt: *“Als de heer deze kleren aan heeft gedaan en de dochters willen dat hij andere kleren aandoet, die zij hadden klaar gelegd. Ja, dan moet de heer toch weten wat hij aan wil.”* Luisteren professionals echter vooral naar de familieleden, dan kan dit wel problemen opleveren. Een cliënt: *“Ze kijken de hele tijd naar mijn kind. Niet naar mij.”* Een professional over familieleden: *“Maar sommigen zijn hardleers en willen dat niet zien. Bijvoorbeeld vader moest een klikkunstgebit van de familie. Toch naar de kaakchirurg. Nu heel veel problemen en gevaar op ontstekingen.”* Professionals gaan vaak het gesprek aan met de familie. Eventueel wordt hulp van een andere discipline ingeschakeld om ervoor te zorgen dat familie de wensen van een cliënt begrijpt. Een professional tegen een andere professional: *“Bij jullie was er familie die wilde dat moeder elke dag gedoucht werd en mevrouw wilde dat niet meer. Toen is ook met de psycholoog besloten de familie een keer te laten mee kijken.”*

### 2.4.3 Organisatiestructuur

Ook kan de organisatiestructuur in de weg staan van het verlenen van cliëntgerichte zorg. Dat blijkt uit onderstaand voorbeeld over persoonlijke verzorging.

#### Casus 2.1: ‘Op de afdeling bleek de noodzakelijke hulp niet mogelijk’

“Mijn schoonmoeder had haar heup en dijbeen gebroken en toen ze terugkwam op de afdeling bleek de noodzakelijke hulp niet mogelijk. Die afdeling is niet ingericht op intensieve lichamelijke zorg. Maar zij moest wel revalideren. We waren nog niet terug of het afdelingshoofd zei dat ze eigenlijk naar een afdeling moest voor andere zorg, waar ze meer zorg kunnen bieden (kleinschalig wonen). Terwijl, dat zou echt de genadeklap zijn geweest voor mijn schoonmoeder. Die moest in haar eigen kamer met haar eigen verzorgsters kunnen revalideren. Ik wilde niet mijn schoonmoeder daar naartoe verhuizen. Als je vanuit haar beleving en herstelproces kijkt, dan laat

je haar in haar eigen vertrouwde omgeving herstellen. Door de bezetting was dat eigenlijk heel moeilijk. Dus mijn man en ik hebben besloten een maand vrij te nemen en daar 8 uur per dag zorgtaken gedaan. Alles, wassen, medicijnen toedienen, tillift, alles hebben we gedaan (...) Maar dan moet je ook nog vechten om dat geregeld te krijgen. We zijn ook, niet door iedereen, tegengewerkt.”

Een andere belemmering voor het cliëntgericht werken, is het vooruit organiseren van het eten en drinken. Hierdoor is het voor professionals lastig om nog diezelfde dag aan wensen van cliënten te kunnen voldoen.

#### 2.4.4 Niet kennen van de cliënt

Het *kennen* van de cliënt helpt professionals om de wensen en behoeften te begrijpen en aan te voelen. Ook als hij dat niet langer zelf duidelijk kan maken. Het *echt* kennen van de cliënt helpt de professional om de cliënt met respect te benaderen en hem “*in zijn waarde*” te laten. Een respectvolle benadering is ook mogelijk door aan te sluiten bij de vroegere of huidige belevingswereld van de cliënt en door leefstijl- en cultuurgericht te denken en handelen. Casus 2.2 is hier een goed voorbeeld van.

##### Casus 2.2: Verwarde bewoner

Een bewoner [met een niet-Nederlandse achtergrond] komt in zijn pyjama de gang op. Hij is enigszins verward en dreigt te vallen. Een professional probeert de bewoner gerust te stellen en hem weer naar zijn appartement te begeleiden. Dit laat de man echter niet toe en hij wordt nog onrustiger. Vervolgens spreekt een andere professional de bewoner aan in zijn taal. Hij blijkt op zoek te zijn naar zijn vrouw en kan die niet vinden. De professional vertelt de man dat de familie vanmiddag langs komt. De man kijkt haar aan, bedaart en gaat met haar mee.

Als professionals cliënten niet (goed) kennen is het moeilijker om zich goed te kunnen inleven in de cliënt en hem met respect te benaderen. Dit is vooral van belang bij cliënten van verpleeghuizen die vanwege hun fysieke, cognitieve of psychische beperkingen niet (altijd) in staat zijn hun wensen kenbaar te maken. In die gevallen is het belangrijk dat professionals eerder geuite wensen en behoeften kennen of uit gedrag kunnen opmaken wat de wensen zijn. Zo kunnen ze zeggenschap zo veel mogelijk borgen. Voor vaste medewerkers is dit het meest eenvoudig te realiseren:

zij hebben vanwege hun lange betrokkenheid geïnvesteerd in het leren kennen van de cliënt.

Toch blijkt het inleven in de cliënt niet altijd eenvoudig, zoals blijkt uit het citaat van een professional: “*Ik had een bewoner die in de laatste levensfase zat. En hij lag naakt in bed. Omdat ik wist dat hij het snel koud had, heb ik hem constant extra goed ingepakt. Maar volgens gebruiken van die meneer was het erg belangrijk naakt te sterven. Dat werd nog een strijd, juist vanuit mijn goede bedoelingen. Ik zal dat nooit vergeten.*”

Problemen met het niet *kennen* van de cliënten treden voornamelijk op bij flexwerkers. Een partner van een cliënt: “*Met vaste werkers daar heb ik helemaal geen moeite mee. Maar de mensen die flex zijn, daar heb ik iedere keer een strijd mee. Ze kennen haar niet. Het zijn vreemden. Die geven drinken in de verkeerde beker. Het is gewoon een kwestie van niet weten. Ook de indruk van: ik moet hier nu werken, maar niet met het hart.*”

## 2.5 Toezicht op cliëntgericht werken

Cliëntgericht werken is voorwerp geweest van een onderzoek van de Inspectie Gezondheidszorg (IGZ). De IGZ concludeert in 2014 dat de meeste professionals in de ouderenzorg zeer betrokken zijn bij de cliënten. Er bestaat echter onvoldoende afstemming tussen de zorgbehoefte van de cliënten en de beschikbaarheid en deskundigheid van professionals. De IGZ constateert dat zorgplannen wel aanwezig zijn, maar in de praktijk onvoldoende systematisch gebruikt worden.<sup>145</sup> In de “Tussenrapportage toezicht IGZ op 150 verpleegzorginstellingen”<sup>146</sup> constateert de IGZ verbetering. De inzet en deskundigheid van personeel is opvallend verbeterd, waardoor ook het cliëntgericht werken steeds beter gaat. Aandacht is nog nodig voor scholing gericht op de zorgbehoeften van de doelgroep en het werken met richtlijnen en protocollen. Hoewel nog verbetering nodig is in het methodisch uitvoeren van werkzaamheden en het toetsen van effecten, concludeert de IGZ dat de 150 bezochte instellingen grotendeels voldoen aan de gestelde normen.

<sup>145</sup> IGZ 2014.

<sup>146</sup> IGZ 2015b.

# 3 Persoonlijke verzorging

## 3.1 Inleiding

De persoonlijke verzorging valt onder de verzekerde zorg in de Wet langdurige zorg (art. 3.1.1. lid b Wlz).<sup>147</sup> Volgens de Memorie van Toelichting bij de Wlz gaat het om het ondersteunen of overnemen van de zelfzorg bij mensen met een aandoening of beperking. Net als voorheen in de AWBZ. Verder richt persoonlijke verzorging zich op het opheffen van het tekort aan zelfredzaamheid van de cliënt. Dit kan inhouden dat de cliënt wordt gestimuleerd om deze activiteiten zelf te doen en zo nodig aan te leren.<sup>148</sup> Concreet gaat het hier om hulp bij wassen, douchen, aankleden, scheren, naar de wc gaan, medicatie innemen, ogen druppelen of inbrengen van katheters. Hulp bij eten en drinken wordt normaal gesproken ook gerekend tot de persoonlijke verzorging, maar wordt in dit deel in een aparte paragraaf besproken.

Veel cliënten van verpleeghuizen zijn voor hun persoonlijke verzorging afhankelijk van ondersteuning. Verschillende factoren liggen daar aan ten grondslag, waaronder gezondheid en beperkingen. Onderzoek uit de periode vóór de invoering van de Wlz laat zien dat respectievelijk 67% en 63% van de cliënten in somatische en psychogeriatrische verpleeghuizen dagelijks ondersteuning nodig heeft bij de toiletgang. Daarnaast hebben negen van de tien cliënten van verpleeghuizen ondersteuning nodig bij de overige dagelijkse levensverrichtingen. Deze ondersteuning wordt nagenoeg altijd geboden door professionals.<sup>149</sup> Ook blijkt dat 88% tot 93% van de cliënten van verpleeghuizen tevreden is over de ontvangen zorg.<sup>150</sup> Een probleem is dat het werk soms met veel haast wordt uitgevoerd.<sup>151</sup> Professionals herkennen dit beeld; de hoge werkdruk dwingt hen prioriteiten te stellen waardoor er soms minder aandacht voor de cliënt is. Daarnaast is het verleidelijk taken over te nemen die een cliënt zelf nog kan uitvoeren omdat dit minder tijd kost.<sup>152</sup>

In paragraaf 3.2 komt een aantal aspecten van de persoonlijke verzorging uit de dagelijkse praktijk aan de orde. Deze aspecten zijn geselecteerd omdat ze van invloed zijn op de naleving van de mensenrechten.

<sup>147</sup> Staatsblad 2014, 494.

<sup>148</sup> Kamerstukken II 2013/14, 33891, 3.

<sup>149</sup> De Klerk 2011; Den Draak 2010.

<sup>150</sup> Den Draak 2010.

<sup>151</sup> De Klerk 2011; Den Draak 2010.

<sup>152</sup> Evers 2012.

Hoe ze van invloed kunnen zijn, wordt in paragraaf 3.3 in een mensenrechtelijke analyse toegelicht. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een korte conclusie.

## 3.2 Persoonlijke verzorging in de praktijk

Uit het onderzoek blijkt dat professionals vaak aandachtig en respectvol met cliënten omgaan. Het komt echter ook voor dat zij cliënten niet serieus nemen of dat zij onvoldoende tijd besteden aan de persoonlijke verzorging van de cliënt. In het algemeen waarderen cliënten en hun familieleden de persoonlijke verzorging als voldoende tot goed.

### 3.2.1 Weinig aandacht voor de persoon

Professionals ondersteunen de cliënten doorgaans één-op-één, met aandacht en in een rustig tempo. Een observatie: bij het wassen wordt vriendelijk met de cliënt gesproken, onder meer gevraagd of hij lekker heeft geslapen. De focus is op de cliënt en de professional voert nooit een gesprek 'langs' de cliënt. Het wassen zelf gebeurt respectvol en aandachtig. Professionals benadrukken hoe belangrijk zij het vinden dat tijd wordt genomen voor de persoonlijke verzorging: *"Ook al staat er een half uur op de route en ben ik drie kwartier bezig, dan ben ik daar drie kwartier bezig."*

Soms is er tijdens de verzorging minder aandacht voor de wensen van een cliënt. Een familielid: *"Soms ligt hij al om half 7 op bed. Maar het ligt er gewoon aan welke zuster er dan is. Bij een andere zuster is het een grandioze avond. En bij een ander... ja, die heeft andere interesses."* In casus 3.1 laat een professional een cliënt in half ontklede toestand over aan een buitenstaander. Dit is duidelijk een aantasting van haar privacy, zoals blijkt uit haar reactie. Het is de vraag of deze aantasting gerechtvaardigd is.

#### Casus 3.1: "Kijk mij hier nu zitten"

Een bewoner zit na het douchen half aangekleed op het toilet als de professional weg moet omdat iemand gevallen is. De professional besluit om de bewoner zo achter te laten omdat de onderzoeker een oogje in het zeil kan houden. De bewoner laat vervolgens blijken het een onaangename situatie te vinden (de onderzoeker voelde zich overigens ook wat ongemakkelijk). *"Kijk mij hier nu zitten (mevrouw probeert haar bloes wat over de billen heen te trekken) en het zit ook helemaal niet lekker zo op de wc."*

### 3.2.2 Aandacht voor uiterlijke verzorging

Aandacht voor uiterlijke verzorging stelt de cliënt in staat zijn persoonlijkheid te behouden. Ook bij dit aspect van de verzorging is de afstemming met de cliënt van groot belang. Wat wil hij aan verzorging ontvangen? En op welke wijze? De praktijk laat een gevarieerd beeld zien. Dat geldt zowel voor de aard van de verzorging die cliënten ontvangen als de wijze waarop. Er zijn situaties aangetroffen waarin de professionals veel aandacht hebben voor de uiterlijke verzorging en andere waarin de *finishing touch* ontbreekt. Er waren voorbeelden waarin de professionals de zeggenschap van cliënten faciliteren of juist beperken.

Er is vaak geconstateerd dat cliënten en familieleden tevreden zijn. Cliënten zien er over het algemeen verzorgd uit, hebben schone kleding aan en voelen zich fris. Een familielid: *“Hij ziet er altijd keurig uit. Maar op zondag is er wat extra aandacht. Want dan komen de kinderen en dat weten ze.”* Verbeterpunten zijn er voor verpleeghuizen waar onvoldoende aandacht is voor de *finishing touch* van de persoonlijke verzorging, zoals de haren, sieraden, parfum en make-up.

Een deel van de cliënten bepaalt zelf de kledingkeuze en sommige professionals kiezen ervoor dit zoveel mogelijk aan de cliënt zelf over te laten. Tegelijkertijd wordt geconstateerd dat de avonddienst vaak de kleding voor de volgende dag klaar legt. Ook bij cliënten die mogelijk zelf nog een keuze maken met ondersteuning van een professional.

Ten aanzien van de uiterlijke verzorging wordt zelfzorg – het wassen van het eigen lichaam of het kammen van de eigen haren – zo veel mogelijk gestimuleerd. Vanuit het beleid wordt aangegeven dat dit het gevoel van eigenwaarde, regie en onafhankelijkheid bevordert. De praktijk laat op dit vlak echter een divers beeld zien. Professionals vinden het stimuleren van zelfzorg niet altijd even gemakkelijk of efficiënt omdat overnemen sneller kan zijn. Een professional: *“Ik vind dat lastig. Als er drie staan te roepen dan doe ik het soms zelf.”* Tijdens de observaties zijn er momenten geweest waarin de cliënt waarschijnlijk nog in staat was zichzelf te verzorgen, maar dat zelfzorg alsnog niet werd gestimuleerd of toegelaten.

### 3.2.3 Gebrek aan aandacht door tijdsdruk of onwil

In paragraaf 2.4.1 is al aan de orde geweest dat (ervaren) tijdgebrek door professionals belemmerend kan zijn voor het cliëntgericht werken. Dit leidt er toe dat professionals onvoldoende kunnen inspelen op de wensen en behoeften van cliënten. Ook waar het gaat om de persoonlijke verzorging. Oorzaak hiervan kan de lage bezettingsgraad zijn. In de meer klassieke woonvormen is slechts een beperkt aantal professionals verantwoordelijk voor de ondersteuning van twintig tot dertig cliënten. In kleinschalige woonvormen staat een professional vaak alleen op een groep van zes tot acht cliënten. Professionals kunnen niet op twee plaatsen tegelijk zijn, ook al zijn er op een zeker moment verschillende cliënten met een (acute) hulpvraag. Professionals zeggen hierover: *“Als ik bezig ben, moet iemand anders wachten.”* en *“Je voelt toch altijd de druk dat er tien bewoners gewassen en aangekleed moeten worden en dat het liefst redelijk op tijd.”*

Behalve tijdsdruk lijkt ook onwil een rol te spelen. Een cliënt: *“Nou, ik heb het in het begin wel eens gevraagd. Want ik heb reuma. En thuis douchte ik wel eens een keer extra. Om het warm te houden. Maar daar hebben de zusters niet zo'n zin in. Ook nog nagevraagd, maar is gezegd dat dat niet kon.”* Over een cliënt die graag vlak voor het weekend gedoucht wil worden, komt in een overleg tussen twee professionals naar voren: *“Ja, hoe is het, we kunnen niet aan de gang blijven!”*. Een cliënt wijst erop dat hij elke dag zijn riedeltje op moet zeggen: *“Hebben jullie dit gedaan en dat gedaan? Ze zullen wel moe worden van me. Maar aan de andere kant heb ik daar geen zin meer in. 's Morgens nemen ze wel de tijd voor je, maar 's avonds...? Kwart over zeven bel ik, half acht en tien over half acht weer. 'Ja, we komen zo', elke dag...”* Het komt zelfs voor dat cliënten een vermaning krijgen als ze aandacht vragen. *“Altijd als ik iets vraag krijg ik te horen: wacht even, er zijn nog meer mensen hier. Kan niet iedereen op de wenken bedienen.”*

Naast tijdsdruk en onwil kunnen ook ingesleten gewoontes een rol spelen. Een cliëntenraad benoemt het als problematisch dat – zelfs wanneer er personeelskrapte is – professionals vaak bij elkaar op kantoor zitten: *“Ze komen er alleen uit voor het hoognodige. Je krijgt het er niet uit. Ook als het verboden wordt of erop gewezen wordt dat de papieren in de huiskamer moeten worden bijgewerkt zie je dat het [papieren in de huiskamer bijwerken] na een, twee, drie keer niet meer gebeurt.”* Casus 3.2 sluit hierop aan.



### Casus 3.2: “Oh, het is weer misgegaan”

Tijdens het onderzoek is er gesproken met een echtpaar, waarvan de vrouw alleen 's nachts in het verpleeghuis verblijft. Zij moet met een hoge frequentie naar het toilet – ook 's nachts. *“Daar kunnen ze hier niet mee omgaan. We hebben nu wel wat afspraken, maar... Ook 's nachts gebeurt dat. Als ik het voel aankomen, is er maar een toilet op de gang. Dan wordt er altijd gezegd ‘Ik ben bezig’. De één zegt dan ‘Je bent incontinent, je hebt een grote luier aan, laat maar lopen.’ Dat veroorzaakt stress en dat veroorzaakt dat de aandrang nog meer toeneemt. Dus 's morgens zie ik (de partner) het al: ‘Oh, het is weer misgegaan vannacht.’”*

Gebrek aan aandacht voor de wensen en behoeften van de cliënt kan naast tijdgebrek of werkdruk ook worden veroorzaakt door andere factoren. Deze zijn in paragraaf 2.4 al besproken als belemmeringen voor het cliëntgericht werken. De betrokkenheid van familie gaat soms zo ver dat niet de wensen en behoeften van de cliënt leidend zijn, maar die van de familie. Ook kan het gaan om de manier waarop een verpleeghuis is georganiseerd. De kaders hiervan kunnen belemmerend zijn voor het tegemoet komen aan de wensen en behoeften van de cliënten.

#### 3.2.4 Timing persoonlijke verzorging

Eerder onderzoek laat zien dat bij de toiletgang ondersteuning vaker op aanvraag plaatsvindt dan bij de overige dagelijkse levensverrichtingen; die vinden vaker op gezette tijden plaats. Als het gaat om ondersteuning bij het toiletbezoek, dan zegt 76% van de cliënten van verpleeghuizen dat zij zelf de tijden kunnen bepalen.<sup>153</sup> In de praktijk blijkt dat 73% van de cliënten ondersteund wordt op aanvraag, 21% op gezette tijden en 6% als het personeel tijd heeft. Bij de overige dagelijkse verrichtingen wordt 47% van de cliënten van verpleeghuizen ondersteund op gezette tijden, 39% op eigen verzoek en 15% wanneer het personeel tijd heeft.<sup>154</sup> 52% van de cliënten in somatische verpleeghuizen voelt zich niet vrij om te bepalen wanneer zij opstaan.<sup>155</sup>

<sup>153</sup> Den Draak 2010.

<sup>154</sup> De Klerk 2011.

<sup>155</sup> Den Draak 2010.

#### 3.2.5 Oog voor de privacy van de cliënt

Persoonlijke verzorging gaat vaak om intieme handelingen. Als professionals onvoldoende rekening houden met de privacy van de cliënt kunnen zij dat als ongemakkelijk of als onaangenaam ervaren. Met name in situaties waarin een cliënt zich letterlijk en figuurlijk moet blootgeven aan mensen die vreemd zijn. Hoewel cliënten na verloop van tijd vertrouwd raken met de situatie, wordt het nooit echt comfortabel. Om de cliënt zich tijdens het wassen meer op zijn gemak te laten voelen, kan de professional het lichaam in gedeeltes wassen en afdekken. Verschillende professionals werken op deze manier omdat zij zich realiseren wat het voor een cliënt betekent om volledig naakt te zijn. Een professional: *“Ik dek altijd af met een handdoek. Voor mij maakt dat niet meer uit. Maar wel voor de bewoner.”* Met flexpersoneel gaat het geregeld mis. Een beleidsvertegenwoordiger: *“We maken ook steeds rare dingen mee met flexwerkers. (...) Laatst was er iemand (...) die een bewoner al in de kamer uitkleedt en dan over de gang naar de badkamer ging lopen. Dat is voor mij echt code rood!”* Maar ook ‘vaste’ professionals laten de cliënt soms volledig naakt tijdens het wassen. Cliënten kunnen dit als zeer ongemakkelijk ervaren en als een aantasting van hun privacy. Die aantasting is des te groter als tijdens de intieme persoonlijke verzorging onnodig veel mensen aanwezig zijn, zoals in casus 3.3 het geval is.

### Casus 3.3: Geen privacy tijdens douchen

Een bewoner wordt gedoucht door een verzorgende. Tegelijkertijd is de huishoudelijke hulp bezig en komt deze regelmatig voorbij of in de badkamer. Een andere huishoudelijke hulp komt binnen en blijft bij de voordeur staan wachten totdat de huishoudelijke hulp klaar is. Ze hebben afgesproken samen ergens naar toe te gaan. Intussen komt ook nog de voedingsassistente binnen voor koffie of thee. En al die tijd zit de bewoner grotendeels naakt onder de douche in zijn eigen woning.

#### 3.2.6 Respectvol aanspreken

Een aspect van respectvolle omgang zit in het aanspreken van bewoners als cliënten. Het beleid is dat professionals cliënten aanspreken met ‘de heer’ of ‘mevrouw’. Tenzij de cliënt met zijn voornaam aangesproken wil worden. In een van de verpleeghuizen wordt dit beleid ook daadwerkelijk toegepast. Professionals spreken cliënten standaard aan met ‘de heer’ of ‘mevrouw’. Zelfs als een cliënt er voorkeur aan geeft aangesproken te worden met de voornaam. Dan is het eerder “de heer Rob” dan “Rob”. Een professional over het aanspreken met de



voornaam en tutoyeren: *“(...) ik blijf er moeite mee hebben. Ik ben gewend ouderen met u aan te spreken.”*

Ook al is aanspreken met ‘meneer’ of ‘mevrouw’ de regel, in sommige verpleeghuizen blijken professionals de cliënten zonder schroom aan te spreken met hun voornaam. Een voorbeeld: *“Oh ja, hoe heet hij ook al weer? Jan toch! Jan, wil je wat drinken?”* Ook worden soms koosnaampjes zoals ‘schatje’ gebruikt.

Er zijn ook situaties waarin het College op basis van de onderzoeksgegevens constateert dat professionals minder respectvol omgaan met cliënten en hen soms zelfs als een klein kind behandelen. Illustratief is het voorbeeld waarin een cliënt bij een professional aangeeft dat hij moet plassen en deze dat niet serieus neemt. *“Dan krijg ik te horen: ‘je bent net geweest.’ Maar ik moet toch echt weer. Zo vervelend dat je afhankelijk bent.”* De bedtijd van cliënten van verpleeghuizen is een ander voorbeeld. In een enkel geval kan het leiden tot spanning met de diensttijden van medewerkers. Een professional: *“Bijvoorbeeld bij het naar bed gaan: Als ze nog niet willen, dan hoeft het nog niet. Maar ja, als het tien uur wordt... mijn dienst houdt om kwart over tien op... En dan ...”*

### 3.3 Analyse vanuit mensenrechten

In paragraaf 3 is een beeld geschetst van de verlening van de persoonlijke verzorging. Geconstateerd wordt dat professionals aandachtige en respectvolle zorg verlenen, maar dat in sommige situaties verbetering nodig is.

Uit het juridisch kader in deel I blijkt enerzijds dat verpleeghuizen geen inbreuk mogen maken op de rechten van cliënten en anderzijds de verplichting hebben te voorkomen dat situaties ontstaan die onmenselijk of vernederend zijn. Als een professional een cliënt niet altijd onmiddellijk kan helpen als hij daarom vraagt, is dat niet meteen een aantasting van zijn mensenrechten. Gebeurt dat echter regelmatig? En leidt dat ertoe dat iemand zich vernederd voelt? Bijvoorbeeld omdat hij door gebrek aan ondersteuning niet vaak genoeg gewassen kan worden, in zijn eigen vuil zit, het koud heeft, of bloot ligt? Dan gaat dat over de grens.

Voor wat betreft de mogelijkheden die de cliënt heeft om persoonlijke verzorging te ontvangen op een manier die hij wil, is geconstateerd dat professionals zich inspinnen om aan zijn wensen en behoeften tegemoet te komen. Dit uit zich niet alleen in het vastleggen van afspraken in zorgleefplannen en het werken met EVV'ers. Maar ook in de dagelijkse afstemming, waarbij professionals tijdens de persoonlijke verzorging één-op-één werken en vanuit een zekere rust hun handelingen afstemmen en uitvoeren. Uit het onderzoek blijkt echter ook dat de invloed van de cliënt op zijn persoonlijke verzorging niet optimaal is. Factoren als (ervaren) tijdgebrek en werkdruk van professionals, bemoeienis van de familie, de organisatiestructuur en het niet kennen van de cliënten vormen belemmeringen voor de aandacht van professionals voor de wensen en behoeften van cliënten.

Professionals die een cliënt goed kennen, begrijpen zijn wensen ook als hij die niet altijd onder woorden kan brengen. Veel professionals slagen erin bij de inrichting van hun werkzaamheden rekening te houden met de wensen en voorkeuren van een cliënt. Anderen zijn daartoe minder goed in staat. Als professionals voor cliënten bepalen wanneer het bedtijd is of tijd is om naar het toilet te gaan, is dat een aantasting van de autonomie en kan dat als kleinerend worden beschouwd.

Sommige professionals besteden veel aandacht aan het uiterlijk van de cliënten. Hierdoor leveren zij een belangrijke bijdrage aan het behoud van de persoonlijkheid van de cliënt. Bij anderen ontbreekt het nog wel eens aan de *finishing touch* die belangrijk kan zijn voor het uitdrukken van identiteit en persoonlijkheid.

Wat verder helpt bij de ontwikkeling en het behoud van persoonlijkheid is het stimuleren van zelfzorg en het zelf laten kiezen van de kleding. Ook op dat vlak zijn nog verbeteringen mogelijk. Niet alleen voor de ontwikkeling en de uitdrukking van de persoonlijkheid, maar ook om teveel inmenging in het privéleven van de cliënt te voorkomen.

Uit het onderzoek blijkt dat veel professionals de privacy van cliënten tijdens de persoonlijke verzorging goed in het oog houden. Bijvoorbeeld door hen deels af te dekken tijdens het wassen. Maar soms respecteren zij de privacy van cliënten onvoldoende. Bijvoorbeeld door toe te staan dat andere professionals de ruimte betreden waarin zij de cliënt wassen.

## 3.4 Conclusie

Bij de persoonlijke verzorging zijn professionals in de gelegenheid om één-op-één te werken met cliënten. Dit heeft tot gevolg dat professionals met veel aandacht voor de individuele wensen en behoeften van de cliënt ondersteuning in de persoonlijke verzorging kunnen bieden. Hierdoor wordt voor een groot deel tegemoet gekomen aan verplichtingen die uit de mensenrechten voortkomen. Namelijk dat professionals de eigen keuzes van cliënten accepteren. Ook waar het gaat om de (intieme) persoonlijke verzorging. Tegelijkertijd wordt ook gesignaleerd dat er een beperkte personeelsbezetting is. Dit betekent dat cliënten moeten wachten totdat professionals klaar zijn met de ondersteuning van andere bewoners. Dit is vooral een probleem als er urgente zorgbehoeften zijn. Hoewel uit het onderzoek niet naar voren komt hoe vaak deze problematische momenten zich in de dagelijkse praktijk voordoen, vraagt de situatie om aandacht. Er zijn verdere stappen nodig om de mensenrechten van cliënten van verpleeghuizen verder te verwezenlijken.

Professionals tonen goede wil en inzet als het gaat om de privacy van cliënten van verpleeghuizen en het tegengaan van onmenselijke of vernederende situaties bij de persoonlijke verzorging. Er zijn echter wel stappen nodig om cliënten van verpleeghuizen te beschermen tegen een aantasting van hun mensenrechten. Professionals kunnen nog meer letten op juiste aanspreekvormen en het voorkomen van onnodig vernederende situaties, zoals het naakt laten liggen tijdens het wassen in aanwezigheid van derden.

Er zijn goede en minder goede voorbeelden aangetroffen bij het verlenen van persoonlijke verzorging. Door de minder goede voorbeelden te bespreken aan de hand van de goede voorbeelden zou dit door verpleeghuizen, professionals en opleidingen ten goede gebruikt kunnen worden.

# 4 Eten en drinken

## 4.1 Inleiding

Eten en drinken kunnen onderdeel zijn van de persoonlijke verzorging. In dit deel krijgt het bijzondere aandacht. In het algemeen hechten cliënten in verpleeghuizen waarde aan de momenten waarop gegeten of gedronken wordt. Niet alleen voor hun gezondheid, maar ook vanwege de sociale aspecten van (samen) eten.

Het verstrekken van eten en drinken valt onder de door de Wlz verzekerde zorg bij verblijf in een instelling (Artikel 3.1.1 Wlz).<sup>156</sup> Daarbij is het uitgangspunt “dat de verzekerde genoeg te eten en te drinken krijgt. Als hij niet zelf kan eten en drinken, moet de hulp zodanig zijn dat hij de gelegenheid en tijd krijgt om voldoende voeding en vocht binnen te krijgen. Eten dat smakelijk is, zullen verzekerden met meer smaak en dus beter op eten. Het eten moet gezond zijn volgens de gangbare normen en het ligt in de rede dat de maaltijden voldoende gespreid zijn over de dag. Het spreekt vanzelf dat uitdroging en ondervoeding worden voorkomen en op de houdbaarheidsdatum van eten en drinken wordt gelet”, aldus de Memorie van Toelichting bij de Wlz.<sup>157</sup>

In de volgende paragraaf wordt gestart met de beschrijving van een aantal aspecten van het eten en drinken in de dagelijkse praktijk die nauw raken aan de naleving van de mensenrechten. Een analyse vanuit de mensenrechtelijke normen op de praktijk volgt in paragraaf 4.3. Het hoofdstuk sluit af met een korte conclusie.

## 4.2 Eten en drinken in de praktijk

In het praktijkonderzoek is vaak geconstateerd dat professionals de cliënten aandachtig en geduldig ondersteunen bij het eten en drinken. In een aantal verpleeghuizen zijn tijdens de maaltijden vrijwilligers aanwezig om cliënten te helpen. De waardering van het eten en drinken verschilt tussen de verpleeghuizen. Over de kwaliteit van het eten zijn de cliënten en familieleden over het algemeen tevreden, maar verbeterpunten worden ook genoemd. De omstandigheden waarin cliënten eten zijn divers. Deze verschillen van zelfstandig en alleen eten in het appartement tot eten in de woonkamer met ondersteuning en gezelschap. De situaties variëren van rustig tot een geordende chaos.

### 4.2.1 Zeggenschap

Onderzocht is de mate waarin cliënten kunnen bepalen wat en wanneer zij eten. In paragraaf 2.1 is toegelicht dat de verpleeghuizen ernaar streven cliëntgericht te werken en daarbij de instrumenten ‘zorgleefplan’, ‘eerst verantwoordelijke verzorger’ en ‘dagelijkse afstemming’ gebruiken. In deze paragraaf komt aan de orde welke invloed de cliënt heeft op wat hij eet en drinkt, en wanneer hij dat doet. Eerder onderzoek uit 2010 laat zien dat cliënten er waarde aan hechten zelf te bepalen wanneer en wat zij eten. Dit blijkt lang niet altijd te kunnen. In veel instellingen bestaan er vaste tijdstippen voor het eten.<sup>158</sup>

Uit het onderzoek van het College blijkt dat het vaak moeilijk is om op de eetwensen van cliënten in te spelen. Verpleeghuizen werken vaak met menu's die zij voor een of twee weken vaststellen. Daarnaast geldt: *“Het is eten wat de pot schaft. Er zijn twee keuzemenu's, maar dan moet je op tijd zijn anders is de keuze op.” Een bewoner: “Je kunt wel eens wat vragen als je iets lekker vindt. En dan proberen ze dat een volgende keer.”* Mogelijkheden om – enigszins – van de vaste rituelen af te wijken, zijn er doorgaans wel. Een cliënt: *“Alles kun je krijgen. Er is geen perk of paal gebonden aan iets wat je erbij wilt drinken.” Een professional: “We zijn in die zin net een gezin. Daar moet iemand ook wel eens eerder weg of komt later thuis.”* Cliënten in de psychogeriatricie blijken minder invloed te hebben op het eten en drinken. Er zijn in principe vaste tijden voor de maaltijden die cliënten gezamenlijk nuttigen in de woonkamer of zij worden hiertoe aangemoedigd. Vaak is er een vaste tafelschikking.

Casus 4.1 beschrijft de bijzondere situatie van een meneer die graag iedere dag om 17:00 uur een wijntje wil drinken. De professionals komen niet aan deze wens tegemoet wat spanning oplevert met de zeggenschap van de cliënt.

<sup>156</sup> Staatsblad 2014, 494.

<sup>157</sup> Kamerstukken II 2013/14, 33891, 3.

<sup>158</sup> Meulenkamp e.a. 2010; Den Draak 2010.

#### Casus 4.1: 'Een glaasje appelsap'

Soms kan er wrijving ontstaan tussen de autonomie van een bewoner over de wijze waarop hij graag een deel van de dag doorbrengt en de regels van het verpleeghuis en normen van de professionals. Een voorbeeld: *"We hebben een bewoner gehad. Daar zag je ook heel erg, dat hij zijn eigen dingetjes had. Daar hebben we in het begin veel last van gehad. Hij moest om 5 uur zijn wijntje en geen tv kijken. Dan moet je echt kijken 'Wie ben je?' En dat kan botsen met medebewoners en ook met ons. Maar zo'n glas wijn kan. Dan hebben we niet zoiets van 'Oh nee, dan gaan we een precedent scheppen.' We gaven hem appelsap in een wijnglas. En dan kwam hij ook met zijn duster aan en mooie slippers en dronk hij lekker zijn glaasje. Wel problemen gehad met zijn vrienden. Die zouden toch moeten inzien dat sommige dingen niet meer kunnen. Dan gingen ze weg en kwam hij eens helemaal dronken terug. Daar hebben we wel ingegrepen, samen met de familie. Gezegd – met de arts en familie – dat dit niet meer kon. Hebben die vrienden zich eraan aangepast? Nee, later kwamen ze minder en ze namen toch altijd wel hun fles wijn mee."*

Professionals stimuleren cliënten die niet meer willen eten of drinken, maar op dit punt is de wil van de cliënt van groot belang. Tijdens het onderzoek is niet gebleken dat professionals eten en drinken onder dwang toedienen. Een professional benadrukt het belang van de wens van de cliënt: *"Weerstand is altijd een grens! De bewoner heeft altijd het laatste woord. Soms kunnen mensen niet meer praten, dan moet je op andere signalen letten. Daar heb je het ook over met collega's. Er is ook omgangsoverleg, bijvoorbeeld hoe ga je om met weerstand. Dat is erg fijn. Daar moeten we zelf of de psycholoog onderwerpen voor aandragen."*

#### 4.2.2 Aandacht voor de persoon

Er is weinig onderzoek gedaan naar de specifieke ondersteuning die cliënten nodig hebben bij het eten en drinken. Wel blijkt dat bij 'overige' dagelijkse levensverrichtingen ongeveer negen van de tien cliënten ondersteuning nodig heeft. Hieronder valt ook het eten en drinken. Deze hulp wordt eigenlijk altijd geboden door professionals.<sup>159</sup> Het onderzoek van het College laat zien dat alle cliënten in de onderzochte verpleeghuizen ondersteuning krijgen bij het eten en drinken. Geen cliënt maakt zijn eigen maaltijden; het verpleeghuis of de professional verstrekt het eten.

De ondersteuning neemt verschillende vormen aan en vindt vaak in een groep plaats. Het gaat van tafel dekken en opscheppen tot het stimuleren om te eten en het afremmen ervan. Er is speciale aandacht voor mensen die moeilijk kunnen slikken. Professionals dopen dan bijvoorbeeld het brood in de soep. Zij zorgen voor een rietje of een tuitbeker voor degenen die daarmee beter kunnen drinken. Er is vooral ondersteuning tijdens het eten in woonkamers. Daar eten alle cliënten samen en is de professional of vrijwilliger direct aanwezig als iemand hulp nodig heeft. Ook komt het voor dat cliënten op hun kamer of appartement ondersteuning krijgen bij het eten en drinken.

Eerder onderzoek laat zien dat ondervoeding een belangrijk probleem in Nederlandse verpleeg- en verzorgingshuizen is. Dit probleem speelt vooral op verpleeghuisafdelingen en in de psychogeriatric. In 2014 kwam ondervoeding op 19% van de psychogeriatricafdelingen voor en bij 17% van de verpleeghuisafdelingen.<sup>160</sup> Ondervoeding kent verschillende oorzaken, waaronder gebrekkige ondersteuning.<sup>161</sup> In het huidige onderzoek is geconstateerd dat er bijzondere aandacht nodig is voor ondervoeding en uitdroging. Professionals houden bijvoorbeeld een vochtlijst bij van een zieke cliënt. In enkele verpleeghuizen wegen zij de cliënten maandelijks om gewichtsverlies in de gaten te houden en op tijd te kunnen ingrijpen. Cliënten die niet willen eten, worden op een later tijdstip nogmaals benaderd. Een professional: *"Het komt wel eens voor dat iemand weigert. Dan probeer je het later."* Daarnaast worden dubbel beleg, extra toetje, speciale bijvoeding en drinkshakes aangeboden aan cliënten.

In één verpleeghuis is gesignaleerd dat tijdens de maaltijden niet altijd ondersteuning aanwezig is op de somatische afdeling. Een professional noemt dit zorgelijk, vanwege de toenemende zorgbehoefte op deze afdelingen. Professionals stimuleren cliënten met een zwaardere zorgbehoefte om in de woonkamer te eten, waar wel ondersteuning aanwezig is. Meer in het algemeen geldt dat de meeste aandacht uitgaat naar cliënten met de zwaarste zorgbehoefte. Dit kan ten koste gaan van de aandacht voor cliënten die minder zorg nodig hebben. Onvoldoende aandacht was er in het volgende geval. Een familielid: *"Hij heeft slecht gelegen en kreeg toen weinig te drinken. Toen ging het, als hij zijn beker drinken nog niet op had, van 'Oh, heb je genoeg gedronken.' En werd het weggehaald. En toen heeft de dokter gezegd dat hij misschien weer wat bij zou trekken als hij geholpen werd met drinken. Nu help ik hem iedere dag met drinken."*

<sup>159</sup> De Klerk 2011; Den Draak 2010.

<sup>160</sup> Halfens e.a. 2014.

<sup>161</sup> De Klerk 2011.



### 4.2.3 Respect voor de persoon

Tijdens de observaties bleken de professionals de cliënten op een rustige en respectvolle manier te ondersteunen bij het eten en drinken. Hoewel de ondersteuning plaatsvindt in een groepssetting, helpen de professionals slechts één of twee cliënten tegelijk en niet de hele tafel. Professionals nemen hierbij doorgaans rustig plaats op een stoel naast de cliënt. Een minder fraai voorbeeld was een situatie toen een professional vanaf de andere kant van de tafel riep dat hij *'niet zo moet schrokken'*. Op dat moment was de professional een andere cliënt met het eten aan het helpen.

### 4.2.4 De omstandigheden tijdens de maaltijden

De professionals doen veel moeite om een goede sfeer te creëren tijdens het eten. Een professional: *"Maaltijden zijn gezellig. Je schept op, snijdt het vlees. Kletst wat over luchtige onderwerpen."* Tijdens de maaltijd – en ook andere momenten van de dag – moeten zij verschillende belangen afwegen om de sfeer goed te houden. Cliënten kunnen over het algemeen niet goed tegen prikkels en raken makkelijk geagiteerd van elkaar. Een professional over het moment waarbij de ene cliënt met de handen eet en een andere cliënt zich daaraan stoort: *"Ik kies dan voor het meest haalbare. Dat was nu de bewoner laten eten met zijn handen. Soms is een bewoner ook zo gespannen dat ik hem laat rondlopen en dat hij dan later eet. Anders escaleert de boel."*

Sommige professionals slagen er beter dan anderen in om alle cliënten in het oog te houden en zo nodig in te grijpen zodat de maaltijd goed verloopt. Dit is echter geen gemakkelijke opgave, omdat professionals aangeven dat de setting van de maaltijden vaak niet optimaal is. Een keer werd een sfeer van georganiseerde chaos aangetroffen, waarin zowel cliënten als professionals veel heen en weer lopen.

Cliënten hechten waarde aan de omstandigheden waarin zij eten en drinken. Een verpleeghuis zorgde voor ongenoegen door een groepje cliënten niet meer toe te staan samen in de woonkamer koffie te drinken. Professionals deelden hen mee dat zij daarvoor naar de meer publieke ruimte van het verpleeghuis moesten. Cliënten waren niet te spreken over de nieuwe locatie, maar ook niet over de manier waarop het besluit was genomen en gecommuniceerd. De cliënt: *"In het begin toen ik hier kwam, was het niet zo. Toen na drie jaar kreeg ik opeens een brief om beneden koffie te drinken. Voelde echt als een achteruitgang."* De precieze motivatie voor dit besluit en de brief is voor de betrokken cliënten nog steeds onduidelijk: *"Omdat we nog vitaal zijn? Ik begrijp er niks van. Er wordt niet gezegd waarom."*

## 4.3 Analyse vanuit mensenrechten

Cliënten kunnen niet volledig bepalen wat zij eten, wanneer zij dat doen en van wie zij gezelschap hebben. Maar mensenrechten vereisen wel dat verpleeghuizen rekening houden met hun wensen en behoeften. Het aangeboden voedsel moet adequaat zijn, waarbij rekening wordt gehouden met de leefsituatie en de gezondheid. Verder moet het aangeboden eten in overeenstemming zijn met de culturele en religieuze waarden van de cliënt. Het CPT benadrukt verder dat niet alleen de kwantiteit van het eten van belang is, maar ook de kwaliteit. Het gaat dan om de variatie, temperatuur, presentatie en de hygiëne. Het CPT vraagt aandacht voor mensen die ondersteuning bij eten nodig hebben en voor ondervoeding. Uiteraard moet altijd onmenselijke en vernederende behandeling worden voorkomen bij het eten en drinken. Van verwaarlozing door het aanbieden van te weinig eten en drinken mag dus in geen geval sprake zijn.

Voor cliënten van verpleeghuizen is het eten en drinken belangrijk. In de praktijk blijken de cliënten over het algemeen redelijk tevreden over het aangeboden eten en drinken. Het eten en drinken dat zij krijgen is adequaat. Ook waar het gaat om aansluiting bij de culturele achtergrond van cliënten. De begeleiding bij het eten verloopt meestal aandachtig, rustig en niet groepsgewijs. Ondanks dat deze begeleiding vaak in een groepssetting plaatsvindt. Er wordt actie ondernomen als ondervoeding en vochttekort dreigt, terwijl tegelijkertijd weerstand tegen voedsel- en vochtinname wordt gerespecteerd. Verpleeghuizen investeren in de kwaliteit van het eten en drinken. In ieder geval op de psychogeriatrische afdelingen. Zo worden de tafels gedekt en jongleren professionals met de verschillende belangen van cliënten om zo de sfeer goed te houden.

De mate van autonomie vraagt aandacht. Cliënten hebben niet veel te kiezen, het menu is vaak daags of langer van tevoren geregeld. Ook liggen de eettijden vast, en in het geval van PG-cliënten ook de tafelgenoten. Een beetje rek is er wel, maar veel is toch al vooraf geregeld waardoor professionals niet gemakkelijk kunnen inspringen op actuele behoeften van cliënten. Daarnaast is er meer aandacht voor het eten en drinken van somatische cliënten nodig omdat hun zorgbehoefte toeneemt. Mensenrechten vereisen dat het niet mag voorkomen dat cliënten onvoldoende eten of drinken binnenkrijgen door gebrek aan aandacht van professionals.



In vergelijking met de persoonlijke verzorging valt op dat de ondersteuning bij het eten en drinken vaak in een groepssetting plaatsvindt. Bij persoonlijke verzorging wordt deze één-op-één geboden. Ondersteuning in een groepssetting laat minder 'ruimte' om aan ieders individuele behoeften te voldoen.

## 4.4 Conclusie

Bij het eten en drinken is verbetering in de naleving van de mensenrechten van cliënten van verpleeghuizen mogelijk, zo blijkt uit de analyse in de vorige paragraaf. Vooral op het gebied van de autonomie van cliënten van verpleeghuizen. Cliënten hebben slechts een beperkte invloed op wat zij eten, met wie en hoe laat. De ondersteuning bij het eten en drinken wordt vaak in de context van de groep aangeboden. Dit heeft als voordeel dat een gezinssetting met gezelligheid wordt geboden. Het heeft echter als nadeel dat minder ruimte bestaat voor het inwilligen van individuele wensen.

# 5 Invulling van de dag

## 5.1 Inleiding

De Wet langdurige zorg bepaalt dat afspraken gemaakt moeten worden over de wijze waarop de verzekerde – de cliënt – zijn leven wenst in te richten en de ondersteuning die hij daarbij van de zorgaanbieder zal ontvangen (art. 8.1.1 Wlz).<sup>162</sup> In de Memorie van Toelichting bij de Wlz<sup>163</sup> staat dat de cliënt van het verpleeghuis zelf moet kunnen bepalen hoe zijn dagindeling en leefomgeving eruit zien. Binnen de grenzen van redelijkheid en billijkheid. Specifiek benoemt de memorie dat “De zeggenschap over de dagindeling, de daginvulling en aandacht voor ontwikkeling deel uitmaken van het domein participatie”. Bijzondere aandacht moet er daarnaast zijn voor degenen die graag buiten willen zijn. Deze wens zou gehonoreerd moeten worden zo lang de conditie van de cliënt dat toelaat.

De daginvulling laat goed zien hoe zorg en wonen met elkaar zijn verweven. Cliënten hebben er baat bij op een zinvolle en aangename manier de dag door te brengen. Maar net als bij de persoonlijke verzorging en bij eten en drinken hebben zij daar vaak hulp bij nodig.

Na deze eerste inleidende paragraaf wordt in paragraaf 5.2 een beschrijving gegeven van een aantal aspecten van de daginvulling in de dagelijkse praktijk. Deze aspecten zijn geselecteerd omdat ze van belang zijn voor het naleven van de mensenrechten. Paragraaf 5.3 analyseert de dagelijkse praktijk vanuit het mensenrechtelijke kader. Conclusies over de daginvulling staan in paragraaf 5.4.

## 5.2 Daginvulling in de praktijk

Uit onderzoek van voor de invoering van de Wlz blijkt dat verpleeghuizen activiteiten voor hun cliënten organiseren. Gezamenlijk koffie drinken is een activiteit waar cliënten graag aan deelnemen.<sup>164</sup> Uit het onderzoek van het College blijkt dat veel cliënten en familieleden vinden dat het verpleeghuis voldoende activiteiten organiseert en dat cliënten voldoende ondersteuning ontvangen bij de invulling van de dag. Uit eerder onderzoek kwam hetzelfde beeld naar voren, hoewel het aantal ondernomen activiteiten in vergelijking tot de oude thuissituatie vaak afneemt zodra de verhuizing naar

het verpleeghuis een feit is.<sup>165</sup> Uit het onderzoek van het College blijkt dat de tevredenheid over de daginvulling wisselt. Er zijn cliënten en familieleden die van mening zijn dat er een klein aanbod aan activiteiten is. Ook ontbreekt het aan voldoende ondersteuning om iedereen elke keer mee te kunnen laten doen. Daarnaast komt het voor dat activiteiten onvoldoende aansluiten op de behoefte of interesses van cliënten.

### 5.2.1 Aanbod van activiteiten

Eerder onderzoek toont aan dat een belangrijke invulling van de dag bestaat uit het ontvangen van bezoek, hoewel niet voor iedereen. 11% van de cliënten van somatische verpleeghuisafdelingen en 4% van cliënten op psychogeriatrische verpleeghuisafdelingen ontvangt nooit bezoek.<sup>166</sup> 28% van de cliënten in somatische verpleeghuizen heeft behoefte aan meer sociaal contact. Eenzaamheid is een reëel probleem onder ouderen in instellingen.<sup>167</sup>

In het huidige onderzoek zijn veel verschillen aangetroffen in de mate waarin de onderzochte verpleeghuizen hun cliënten ondersteunen bij de invulling van de dag. Sommige verpleeghuizen doen veel moeite om ervoor te zorgen dat de cliënten een ‘gevulde’ dag hebben. In één verpleeghuis zijn zowel de professionals, de cliënten als de cliëntenraad vol lof. Een professional: *“Er wordt hier veel gedaan aan activiteiten. Groot aanbod. In de ontmoetingsruimte en ze gaan veel naar buiten.”* Daarnaast wordt toegelicht dat het verpleeghuis beschikt over twee bussen waar redelijk veel gebruik van wordt gemaakt. Een bewoner: *“Er wordt hier van alles georganiseerd. Je hoeft je echt niet te vervelen”.*

Lang niet alle cliënten van verpleeghuizen kunnen genieten van een zinvolle dagbesteding. Een cliënt in een kleinschalige woonvorm: *“Hier is weinig te doen. We zijn wel naar Intratuin geweest en voor een tijdje terug naar een andere natuurplek ... en ... Nee, er is niet heel veel, alleen onze uitstapjes. Dat is een keer per kwartaal of zo. En donderdagochtend wordt er voorgelezen.”* Een andere cliënt: *“Ik kan wel puzzelen maar niet alleen. Daar is geen tijd voor. Ook niet voor krant voorlezen. Dat gebeurt niet. Ik doe eigenlijk de hele dag niets.”*

<sup>162</sup> Staatsblad 2014, 494.

<sup>163</sup> Kamerstukken II 2013/14, 33891, 3.

<sup>164</sup> Den Draak 2010.

<sup>165</sup> Den Draak 2010.

<sup>166</sup> Den Draak 2010.

<sup>167</sup> Den Draak 2010.

### 5.2.2 Invloed op het aanbod

Professionals en een deel van de cliënten zijn tevreden over de manier waarop afspraken in het zorgleefplan in onderling overleg tot stand komen. Een familielid: *“Toen we hier kwamen was het heel duidelijk van wat vindt jouw vader leuk. Ze zijn ook heel lang bezig geweest om te kijken wat hij nu wel prettig vindt.”* In de praktijk blijkt dat de invloed van de cliënt op zijn daginvulling zich vaak beperkt tot de kaders die het verpleeghuis schept. Cliënten van verpleeghuizen zijn afhankelijk van de hoeveelheid en soort activiteiten die het verpleeghuis aanbiedt. Een professional: *“Je moet het doen met wat de locatie aanbiedt. In de weekenden zijn er geen welzijnswerkers en wij als verzorgenden hebben er geen tijd voor.”* Daarbij is het de vraag of de aangeboden activiteiten voldoende aansluiten bij de persoonlijke interesses en fysieke en/of cognitieve vermogens van de cliënten. Is dat niet het geval? Dan is de cliënt op zichzelf of zijn familie aangewezen voor de invulling van de dag.

### 5.2.3 Aandacht voor de persoon

Specifieke zorgen hebben professionals voor cliënten die relatief vitaal zijn en voor wie de georganiseerde activiteiten onvoldoende te bieden hebben. Ook uiten zij hun zorgen over de meest passieve cliënten, zoals mensen die in een ver gevorderd stadium van dementie (de verzonken fase) zijn. Deze zorgen leiden echter niet altijd tot inspanningen om dingen te veranderen. Een familielid over een cliënt: *“Het leven voor hem is saai. Hij kan niet meer lezen, niet meer tv kijken. Niet meer alleen naar beneden voor een bakje koffie. Hij wordt onrustig als we langskomen. Wil dan mee naar huis. Nu komen we dan ook maar minder vaak.”* Aan de andere kant geeft een professional aan meer te willen leren over het contact met ouderen die niet meer verbaal kunnen communiceren. Goede voorbeelden zijn ook waargenomen: snoezelbaden, hoofdmassages bij de kapper en aromatherapie.

### 5.2.4 Beschikbaarheid van ondersteuning

Hoewel sommige verpleeghuizen veel tijd en moeite doen om activiteiten aan te bieden, blijkt ook dat veel cliënten de dag zittend aan tafel slijten. Dit geldt vooral voor degenen die niet langer zelfstandig mobiel zijn en voor cliënten die niet willen of kunnen meedoen aan de georganiseerde activiteiten. Veel cliënten hebben ondersteuning van professionals nodig voor begeleiding naar de tuin of het restaurant of bij activiteiten binnen of buiten het verpleeghuis en ontvangen die niet. Of niet in voldoende mate. Zowel tijdgebrek als onwil lijken hierbij een rol te spelen. Knelpunten zijn vooral gesignaleerd in situaties waar één professional verantwoordelijk is voor een groep of afdeling ouderen, zoals

vaak het geval is in kleinschalige woonvormen. *“TV kijken naar nieuws en sport. Verder is het gewoon zitten. Er wordt niets gedaan. Het is dat ik hem meeneem naar beneden. Maar die anderen komen niet van de afdeling af.”* Dit geldt voor een aanzienlijk deel van de cliënten. Een familielid: *“Zitten, als hij niet meedoet dan is het de hele dag zitten of tv kijken. Verder niks.”* Als er geen aanbod van activiteiten is of als er onvoldoende ondersteuning is zodat er geen geschikt aanbod is, blijft voor veel cliënten een monotone dag over.

#### Inzet naasten en vrijwilligers

In veel verpleeghuizen spelen vrijwilligers en naasten een belangrijke rol bij de invulling van de dag van cliënten van verpleeghuizen. In sommige verpleeghuizen is de inschakeling van vrijwilligers zelfs onmisbaar als het gaat om het aanbieden van activiteiten. Een professional: *“We leven van vrijwilligers.”* Daarom wordt de betrokkenheid van vrijwilligers en naasten sterk aangemoedigd. Een professional: *“We vragen ook aan familie om meer te doen. Als je tijdens het eerste opnamegesprek daar meer de nadruk op legt, heb je meer kans dat ze meedoen. We maken duidelijk hoeveel uur we hebben voor de verzorging. Dus als ze meer willen, vragen we ook aan de familie om zaken op zich te nemen.”*

#### Inzet professionals

In een deel van de verpleeghuizen worden onvoldoende mogelijkheden gecreëerd voor een (zinvolle) daginvulling van cliënten. Soms heeft dat te maken met het ontbreken van een apart budget om activiteiten te organiseren. Een beleidsverantwoordelijke: *“Als ik wil dat mensen daarheen gaan, moet ik uren inleveren. Dat heb ik dus niet. Hier worden wel dingen gedaan, maar die worden niet apart opgenomen als activiteiten. Kaartje leggen, koffie drinken, etc. gebeurt hier ook, maar als gewoon huisleven.”* Soms hebben de beperkte mogelijkheden op het gebied van de daginvulling te maken met de minimale personeelsbezetting en de overvolle takenpakketten van professionals. Een professional: *“Dat extra stukje aandacht is zo belangrijk. En daar hebben we eigenlijk geen tijd voor. Ook dat we nu in zo'n hoog tempo werken. Dat kunnen de bewoners niet allemaal volgen.”* Ook komt het voor dat inspanningen er niet toe leiden dat alle cliënten kunnen deelnemen aan de activiteiten, maar dat er een roulatiesysteem ontstaat waarin steeds verschillende cliënten aan activiteiten kunnen meedoen. Zoals hierboven opgemerkt, zijn er in kleinschalige woonvormen eerder knelpunten omdat daar vaak maar één professional beschikbaar is voor een groep.



Hoewel sommige professionals nog niet beschikken over (alle) benodigde vaardigheden, worden zij wel gestimuleerd om ook ten aanzien van de daginvulling cliëntgericht te werken. Een beleidsverantwoordelijke: *“Dus we proberen de verzorgenden zover te krijgen dat ze meer doen dan alleen zorg verlenen. Maar juist ook activiteiten, aandacht en dergelijke. Maar de nadruk ligt – ook binnen de opleiding – toch nog op het technisch verzorgen. Hoe moet je tillen, wassen en de tillift gebruiken?”*

### 5.2.5 Bewegingsvrijheid

De bewegingsvrijheid van cliënten van somatische afdelingen verschilt meestal van die van cliënten van psychogeriatrische afdelingen. Cliënten van de somatische afdelingen zijn vrij om te gaan en te staan waar zij willen. Zij zijn echter soms beperkt in wat zij (zelfstandig) kunnen. Op de psychogeriatrische afdelingen is dit anders. Met uitzondering van één verpleeghuis, waren alle psychogeriatrische afdelingen ‘gesloten’ afdelingen. Dit houdt in dat de toegangsdeur is afgesloten en dat het niet mogelijk is zonder begeleiding van de afdeling af te gaan. Voor de cliënten betekent dit een inperking van de bewegingsvrijheid en de mogelijkheid om naar buiten te gaan. Gevolg kan zijn dat cliënten voor de gesloten deur zitten te wachten tot zij naar buiten kunnen. Bijvoorbeeld omdat zij denken dat ze naar hun werk moeten.

In het verpleeghuis met de ‘open’ psychogeriatrische afdeling hebben cliënten die mogelijk gaan dwalen een bewegingssensor. Deze geeft hen feitelijk of in beleving een grotere bewegingsvrijheid. Zodra een persoon met een bewegingssensor een bepaald deel van het verpleeghuis verlaat, krijgen de professionals een signaal om in actie te komen. Zij bellen dan bijvoorbeeld naar de receptie om door te geven dat een cliënt ‘aan de wandel’ is. De receptie heeft dan de mogelijkheid de buitendeur te sluiten en te wachten totdat hij is opgehaald.

### 5.2.6 Buiten zijn

Het onderzoek van het College toont aan dat cliënten van verpleeghuizen maar weinig buiten komen. Een aantal minder dan een keer per week. Professionals hebben niet veel tijd om met cliënten buiten te zijn. Hiervoor zijn cliënten vaak afhankelijk van hun naasten en vrijwilligers. Een professional: *“In een gevangenis worden ze nog gelucht, hier niet.”* In de zomer komen cliënten vaker buiten; ongeveer een keer per week. Ook dan bestaat er grote afhankelijkheid van familie en naasten. Eerder onderzoek bevestigt de resultaten. Zo gaat 66% van de cliënten in somatische verpleeghuizen en 82% van de cliënten in psychogeriatrische

verpleeghuizen (bijna) nooit buiten de instelling op bezoek. 12% van de cliënten van verpleeghuizen komt nooit meer buiten, een vijfde tot een kwart minder dan een keer per maand. Veel cliënten van verpleeghuizen zouden graag vaker buiten komen. Onder de cliënten in somatische verpleeghuizen is dat percentage zelfs 55%.<sup>168</sup>

## 5.3 Analyse vanuit mensenrechten

In dit hoofdstuk is aandacht besteed aan de omstandigheden waarin mensen de dag doorbrengen. Net als bij persoonlijke verzorging en eten en drinken is het beginsel van autonomie belangrijk. Cliënten hebben het recht hun eigen keuzes te maken en zelf te bepalen op welke manier zij leven. Als mensen niet langer hun eigen wil kunnen bepalen, moet de feitelijke bekwaamheid zo veel mogelijk worden gehonoreerd. De wil en voorkeuren van de cliënt moeten dan op de best mogelijke manier geïnterpreteerd worden. Het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer garandeert onder meer het recht op het aangaan en onderhouden van relaties met anderen en de buitenwereld. Als mensen niet vrij zijn om te gaan en staan waar zij willen, dan is het belangrijk dat zij de mogelijkheid krijgen zich te ontspannen, iedere dag naar buiten kunnen en daarbij ondersteuning ontvangen. Het CPT gaf in een rapportage duidelijk aan dat het onaanvaardbaar is als mensen maandenlang niet naar buiten kunnen. Uiteraard moet de gezondheid het naar buiten gaan wel toelaten. Waar cliënten van verpleeghuizen zo in hun persoonlijke levenssfeer worden aangetast dat sprake is van substantieel leed, kan sprake zijn van onmenselijke of vernederende behandeling. Bijvoorbeeld in geval van verwaarlozing of onnodig opgelegde vrijheidsbeperkingen.

De praktijk laat een uiteenlopend beeld van de daginvulling zien. Hoewel in sommige verpleeghuizen de inspanningen op het gebied van de daginvulling duidelijk merkbaar zijn, blijkt dat veel cliënten van verpleeghuizen gedurende de dag maar weinig te doen hebben. Dat terwijl zij nog wel belangstelling hebben voor activiteiten en daartoe ook in staat zijn. De kaders voor de daginvulling worden vaak gesteld door het aanbod van activiteiten in het verpleeghuis. Dit is lang niet altijd voldoende in aantal of sluit niet altijd aan bij de interesses van de individuele cliënt. Komt een cliënt van een verpleeghuis er onder die omstandigheden aan toe om zelf te bepalen hoe hij zijn eigen leven inricht?

<sup>168</sup> Den Draak 2010.

Waarschijnlijk niet. Zeker niet als cliënten passief of weinig mobiel zijn en op ondersteuning zijn aangewezen voor het ondernemen van activiteiten. Professionals hebben hier vaak niet de tijd voor en beschikken ook lang niet altijd over de hiervoor benodigde vaardigheden. Daarmee is de daginvulling voor een groot deel in handen gelegd van naasten en vrijwilligers en dreigt een leuke of zinnige invulling van de dag een gunst te worden. Het recht om het leven naar eigen keuze in te richten, het recht op zelfontplooiing en het recht op het aangaan van relaties verdwijnt daarmee naar de achtergrond.

Gebrek aan personeel mag geen belemmering vormen om het mogelijk te maken dat cliënten in de buitenlucht verkeren. Toch krijgen cliënten die de wens en fysieke mogelijkheid hebben om naar buiten te gaan, hier lang niet altijd de kans voor. Belangrijke oorzaak is het ontbreken van tijd of prioriteit bij professionals om hierbij ondersteuning te bieden. Dit houdt ook weer verband met het feit dat de ondersteuning bij de daginvulling in groepssetting plaatsvindt. Hierdoor komen professionals minder toe aan het honoreren van individuele wensen. Het CPT noemt naast het beleven van monotone dagen het niet naar buiten kunnen als een risico op het ontstaan van een situatie die de toets van onmenselijke en vernederende behandeling niet kan doorstaan.

De beperkingen van de bewegingsvrijheid van vooral cliënten op de PG-afdeling kunnen ook een risico inhouden. Uitgangspunt in de rechten van de mens is 'zo min mogelijk beperkingen'. Dat de psychogeriatrische afdelingen van de meeste verpleeghuizen nog steeds gesloten zijn, verdient vanuit dat oogpunt meer aandacht. Het is nodig per geval te onderzoeken of de opgelegde vrijheidsbeperking noodzakelijk is voor de bescherming van een cliënt of voor anderen, en of is voldaan aan de eisen van proportionaliteit. Is de mate van vrijheidsbeperking in overeenstemming met het doel ervan? Ook verpleeghuizen met open afdelingen passen beperkingen toe. Domotica als bewegings-sensoren helpen professionals bij het traceren van cliënten. Dergelijke maatregelen die overigens ook als vrijheidsbeperkende maatregelen moeten worden beschouwd, zijn minder ingrijpend dan het afsluiten van een afdeling. Verpleeghuizen mogen beperkende maatregelen in geen geval opleggen om het personeel te ontzien.

## 5.4 Conclusie

De analyse in de vorige paragraaf laat zien dat mensenrechten van cliënten van verpleeghuizen onvoldoende verwezenlijkt worden waar het gaat om de invulling van de dag. Cliënten kunnen er niet op rekenen dat zij de inrichting van hun leven zelf kunnen bepalen. Ook niet als rekening wordt gehouden met hun gezondheid en beperkingen. Een belangrijke belemmering is het activiteiten aanbod in het verpleeghuis. Dit is vaak onvoldoende en sluit lang niet altijd aan bij de persoonlijke interesses van cliënten. Ook is te weinig ondersteuning beschikbaar bij de daginvulling van cliënten van verpleeghuizen. Hiermee komt het recht op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer in het geding. Afhankelijk van de omstandigheden is er zelfs een risico dat een situatie ontstaat die niet voldoet aan de eisen die de rechten van de mens stellen. Het gaat dan vooral om het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer en het recht op vrijwaring van onmenselijke en vernederende behandeling.

Bijzondere aandacht moet er zijn voor de gesloten psychogeriatrische afdelingen, omdat mensenrechten vereisen dat het uitgangspunt is dat cliënten aan 'zo min mogelijk beperkingen' worden onderworpen. Is vrijheidsbeperking nodig? Dan verdient het relatief vrij rondlopen met bewegingssensoren de voorkeur boven het afsluiten van de afdeling.

# 6 Leefomgeving



## 6.1 Inleiding

De leefomgeving is een belangrijk thema met betrekking tot de mensenrechten van de cliënten in verpleeghuizen. De omgeving waar de cliënt woont en waar zijn leven zich afspeelt, is belangrijk voor zijn welbevinden. Ook uit het juridische onderzoek komt naar voren dat dit aspect vanuit het oogpunt van mensenrechten relevant is. Daarom wordt hier een apart hoofdstuk aan gewijd.

Onder de leefomgeving wordt verstaan de omgeving waar cliënten van verpleeghuizen leven. Het gaat daarbij in eerste instantie om de eigen plek: de eigen kamer of het eigen appartement waarin een cliënt zich kan terugtrekken. Daarnaast worden de gezamenlijke ruimtes van het verpleeghuis ook tot de leefomgeving van de cliënt gerekend. Ook de fysieke bouw van het verpleeghuis is van belang. Het scheidt de kaders van de manier waarop samen geleefd kan worden.

In paragraaf 6.2 wordt een aantal aspecten van de leefomgeving in de praktijk beschreven. Het zijn juist deze aspecten die nauw raken aan de mensenrechten. De mensenrechtelijke analyse volgt in paragraaf 6.3 en de paragraaf wordt afgesloten met een conclusie in paragraaf 6.4.

## 6.2 De leefomgeving in de praktijk

De praktijk laat grote verschillen zien in de leefomgeving van cliënten van verpleeghuizen. Er zijn kleinschalige woonvormen waarbij alle zes tot acht bewoners beschikken over een eigen kamer of appartement en daarnaast nog een gedeelde woonkamer. Hoe groot de eigen kamer of het appartement is verschilt per instelling, dat geldt ook voor de faciliteiten op de kamer. Ook is er het meer traditionele en groot-schalige verpleeghuis met afdelingen van meer dan 20 personen. De cliënten in dit verpleeghuis delen 'hun' kamer met een andere cliënt.

### 6.2.1 Privacy

De meeste cliënten van verpleeghuizen beschikken over een eigen kamer of appartement om zich te kunnen terugtrekken. Uitzondering hierop is het verpleeghuis waar vrijwel alle cliënten hun kamer moeten delen met een andere cliënt. De 'eigen' ruimte wordt met een gordijn afgescheiden van de ruimte van de kamergenoot. Daardoor is er slechts een zeer beperkte

mogelijkheid voor de cliënt om zich terug te trekken en op zichzelf te zijn. Een professional: *“De mogelijkheid om je terug te trekken op je kamer is heel klein.”* Zelfs niet als de kamergenoot stervende is. Het kamergenootschap heeft verder consequenties voor de invulling van de dag. Onder andere vanwege overlast door televisie of het al dan niet openen van een raam. In vergelijking met de andere verpleeghuizen heeft het betreffende verpleeghuis een hoog 'institutioneel' karakter, al zijn er stappen gezet om de ruimtes meer persoonlijk te maken.

Sommige bewoners geven er mogelijk de voorkeur aan om een kamer te delen. Voor degenen die behoefte hebben aan rust en een mogelijkheid om zich terug te trekken is het echter heel belangrijk om een eigen ruimte te hebben. Die behoefte is waarschijnlijk het grootst op de meer klassieke afdelingen, waar tien tot vijftien bewoners van een huiskamer gebruik maken.

Sommige verpleeghuizen nemen maatregelen met de intentie de eigen plek of spullen van cliënten te beschermen. Dit pakt niet altijd goed uit, zoals wanneer op PG-afdelingen de appartementen op slot gaan, net als de kasten. De professionals doen dit om te voorkomen dat cliënten in een ander appartement gaan 'rommelen'. Hierdoor kunnen de cliënten niet zelf bepalen wanneer zij hun appartement willen betreden. Een professional moet immers eerst de deur open maken. Uit observaties blijkt dat professionals dit inderdaad na verzoek van een cliënt doen. Het verpleeghuis stimuleert bovendien dat cliënten in de huiskamer komen zitten. In ieder geval één professional is overtuigd van het nut van het sluiten van de kasten: *“Eigenlijk zouden we hier ook sloten op de kasten moeten hebben. Ze plukt alles uit de kasten en dan wordt ze boos als ik het (ongevraagd) opruim.”* Meer gepast zou het zijn als professionals zich ervan bewust zijn dat zij zich bevinden in de persoonlijke leefomgeving van de verpleeghuisbewoner. Een beleidsverantwoordelijke zegt het als volgt: *“Met welk recht stap ik de kamer binnen om (...) iets te vragen?”*.

### 6.2.2 Inrichting van een eigen plek

De mogelijkheid een eigen plek in te richten draagt bij aan het kunnen vormen en uitdragen van een sociale identiteit. Het is van belang dat cliënten zich veilig en vertrouwd voelen in hun eigen omgeving en dat zij zich indien gewenst kunnen terugtrekken en met rust gelaten kunnen worden. In bijna alle onderzochte verpleeghuizen kunnen cliënten hun kamer of appartement zelf inrichten. Een deel van de cliënten heeft eigen meubels en spulletjes op de kamer gezet. Een ander deel van de cliënten benut echter de mogelijkheid een eigen ruimte

in te richten maar beperkt. Kamers zijn dan ingericht met de basisinrichting van het verpleeghuis, plus een paar (eigen) foto's of schilderijen aan de muur. De kamers ogen hierdoor meer als een onpersoonlijk ingerichte slaapkamer en minder als wooneenheid. De beperkte omvang van de kamers in een aantal verpleeghuizen speelt hierbij een rol. Ook professionals geven aan dat de eigen kamers te klein zijn, geen huiselijkheid bieden en geen mogelijkheid voor bijvoorbeeld het ontvangen van bezoek op de eigen kamer.

Cliënten hebben nog maar weinig gebieden over om zeggenschap over uit te oefenen. Daarom is de inrichting van de eigen, persoonlijke (kleine) leefruimte in het verpleeghuis van groot belang. Een professional: *“Voor de mensen zelf zijn eigen dingen belangrijk. Voor hen is al veel weggehaald en ze zijn al in alle onzekerheid. En dan liggen ze in bed en hebben zo iets van ‘Waar ben ik?’. Dan is een eigen wekker al belangrijk.”* Tegen deze gedachte in gaat dan ook het van bovenaf opleggen van de wijze waarop cliënten hun kamer of appartement moeten inrichten. Zie casus 6.1.

#### Casus 6.1: 'Dekbedden'

In het verpleeghuis is op een bepaald moment besloten dat centraal (witte) dekbedhoezen werden ingekocht en gewassen. Cliënten mochten hierdoor niet meer eigen (kleurrijke) dekbedhoezen gebruiken. Waar voor anderen 'een bed een bed is', kan het medebepalend zijn voor de eigen uitstraling/identiteit. Daarnaast vormt het gebrek aan zeggenschap een belangrijk struikelblok. De 'eigen aankleding' is een punt 'waarover men zelf nog meent te gaan.' In de beleving van verscheidene cliënten (en de cliëntenraad) is dit hen 'afgenomen'. *“Het ergste is de dekbedden. Opeens mocht je niet meer je eigen dekbedden gebruiken. Opeens mocht het niet meer. Ik heb er echt over gehuild. Dat heeft me zo ... Het is niet meer mijn huisje, mijn geriefelijke huisje ... en het hoeft helemaal niet.”*

### 6.2.3 Het gebouw

Veel professionals hebben het belang benadrukt van de fysieke kenmerken van een verpleeghuis. Het gebouw zelf en de afzonderlijke woningen zouden een eigen identiteit moeten hebben. Cliënten moeten zich er veilig en vertrouwd voelen. Een professional: *“Bouw een echt huis na, alleen dan volledig aangepast. Geen lange gangen, dat is in een normaal huis ook niet zo.”*

In het kader van de veiligheid en valpreventie moeten er genoeg zitplaatsen zijn voor mensen om te gaan zitten als zij moe zijn.

## 6.3 Analyse vanuit de mensenrechten

Het juridische kader in deel I laat zien dat de leefomgeving van cliënten van verpleeghuizen vanuit mensenrechtelijk oogpunt relevant is. Verbonden aan de leefomgeving is het beginsel van autonomie. Dit omvat onder meer het recht om eigen keuzes te maken. Deze eigen keuzes zijn nog belangrijker als het aantal terreinen waarover een cliënt iets kan zeggen klein is. Een beslissing over de (inrichting van de) leefomgeving kan voor een cliënt van een verpleeghuis dus belangrijk zijn. Van verpleeghuizen mag worden verwacht dat zij de leefomgeving – waaronder de eigen kamer – als onderdeel van de persoonlijke levenssfeer beschermen en dat zij cliënten in staat stellen de eigen ruimte persoonlijk te maken. Zij zouden cliënten hiervoor expliciet kunnen uitnodigen. Een persoonlijk ingerichte leefomgeving biedt een veilige en vertrouwde ruimte. Een ruimte die ook gelegenheid biedt om met rust gelaten te worden. Cliënten moeten persoonlijke eigendommen strikt voor eigen gebruik kunnen behouden. Een afgesloten kast kan hierin uitkomst bieden, aldus het CPT.

In de praktijk blijkt dat de meeste cliënten in verpleeghuizen beschikken over een eigen kamer of appartement. De mogelijkheid bestaat dus om zich terug te trekken en de persoonlijke levenssfeer te beschermen. In een van de verpleeghuizen bestaat die mogelijkheid echter niet. Cliënten moeten hun kamer delen met een andere bewoner, ook als zij prijs stellen op een eigen ruimte. Het gordijn biedt onvoldoende privacy in een ruimte waar twee mensen moeten samenleven. Het ontbreekt de kamergenoten aan de mogelijkheid om met rust gelaten te worden.

In de verpleeghuizen waar cliënten beschikken over een eigen kamer of appartement bestaat altijd de mogelijkheid om persoonlijke spullen mee te nemen en de ruimte meer persoonlijk te maken. Niet alle cliënten maken hier gebruik van. Men kan zich afvragen of verpleeghuizen de mogelijkheden voldoende onder de aandacht brengen. Het CPT heeft er aandacht voor gevraagd om zo onpersoonlijke leefsituaties te voorkomen. Het draagt bij aan het ontwikkelen en behouden van de persoonlijkheid en biedt ook een geborgen en veilige plek.

Hoewel het CPT benoemt dat cliënten hun persoonlijke eigendommen in een afgesloten kast moeten kunnen opbergen, kan dit in de praktijk problemen opleveren. Bijvoorbeeld als deze gesloten kast of zelfs het gehele appartement, hierdoor niet langer eenvoudig toegankelijk is voor de cliënt zelf. Hoewel uit de praktijk blijkt dat sloten een drempel kunnen opwerpen om de eigen ruimte te betreden, moet het niet onmogelijk zijn hier een oplossing voor te vinden. Er valt te denken aan een sensor om de pols van de cliënt. Als hij dicht in de buurt van de kast is, zal deze de kast automatisch openen.

## 6.4 Conclusie

De leefomgeving speelt een belangrijke rol in de naleving van de mensenrechten van cliënten van verpleeghuizen. Een persoonlijk ingerichte eigen kamer of appartement draagt bij aan de bescherming van de persoonlijke levenssfeer. Het biedt een vertrouwde ruimte om zichzelf altijd en zonder enige belemmering terug te kunnen trekken. In de meeste bezochte verpleeghuizen hebben cliënten de beschikking over een eigen ruimte. Gedeelde kamers komen niet veel meer voor. Uitzondering hierop vormt één onderzocht verpleeghuis. In dit verpleeghuis delen cliënten een kamer, of zij willen of niet. Ook al hangt er een gordijn dat de ruimte verdeelt, duidelijk is dat de persoonlijke levenssfeer onvoldoende beschermd is. Aandacht is nodig voor de toegang tot de eigen ruimte. Hierin zouden geen drempels mogen bestaan, zoals nu nog wel eens het geval is.

Verdere verwezenlijking van de persoonlijke levenssfeer is mogelijk door het meenemen van persoonlijke eigendommen te stimuleren. Zo kan een cliënt de leefomgeving personaliseren. Toestemming om persoonlijke eigendommen mee te nemen is er al, maar de praktijk laat zien dat cliënten hier niet altijd gebruik van maken.

# 7 Risico op mishandeling en vrijheidsbeperking

## 7.1 Inleiding

In de hoofdstukken 2 tot en met 6 is ingegaan op de dagelijkse verpleeghuispraktijk bij persoonlijke verzorging, eten en drinken, daginvulling en de leefomgeving. Een divers beeld komt hierbij naar voren. Aan de ene kant kunnen cliënten van hun mensenrechten genieten als professionals zo veel mogelijk in overeenstemming met hun wensen en behoeften handelen, de benodigde ondersteuning met aandacht en respect geven en rekening houden met de privacy. Aan de andere kant blijkt verbetering mogelijk. Ondersteuning in de dagelijkse praktijk met meer aandacht en respect is nodig. Dat vraagt onder meer dat de cliënt als persoon met zijn eigen wensen en behoeften centraal staat. Dat bevordert de verdere verwezenlijking van mensenrechten van cliënten van verpleeghuizen, maar het draagt ook bij aan het voorkomen van ernstigere situaties zoals mishandeling en onnodige vrijheidsbeperking.

Het College heeft zelf geen onderzoek uitgevoerd naar de thema's mishandeling en vrijheidsbeperking. Het gaat daarom hieronder kort in op deze onderwerpen aan de hand van eerder uitgevoerd onderzoek.

## 7.2 Ouderenmishandeling

Hieronder volgt een korte beschouwing over het begrip ouderenmishandeling in Nederland en wat er tot nu toe bekend is over aard en omvang ervan. Daarna volgt een korte beschouwing over het Nederlandse beleid in het licht van internationale normen.

De staatssecretaris van VWS benoemt in het Actieplan "Ouderen in veilige handen" (2011) verschillende vormen van ouderenmishandeling. Namelijk psychische mishandeling, lichamelijke mishandeling, financiële uitbuiting, verwaarlozing en seksueel misbruik. Van mishandeling en geweld binnen de professionele setting is sprake wanneer de pleger een professional is, werkzaam in een intra- of extramurale instelling. Het kan hierbij ook gaan om een vrijwilliger. Het slachtoffer is van deze mensen afhankelijk in het dagelijkse functioneren.<sup>169</sup> In juni 2015 publiceerde de staatssecretaris een voortzetting van dit Actieplan, waarin ouderenmishandeling iets specifiek is omschreven:

*'Het handelen of het nalaten van handelen van al degenen die in een terugkerende persoonlijke of professionele relatie met de oudere (iemand van 65 jaar of ouder) staan, waardoor de oudere persoon lichamelijke en/of psychische en/of materiële schade lijdt en waarbij van de kant van de oudere sprake is van een vorm van gedeeltelijke of volledige afhankelijkheid'.<sup>170</sup>*

Mishandeling en pesterijen tussen ouderen onderling vallen dus niet onder deze definitie.

De IGZ en andere onderzoekers onderscheiden zes vormen van ouderenmishandeling.<sup>171</sup> De onderscheiden vormen geven inzicht in de verschillende verschijningsvormen en in de gevolgen voor het oudere slachtoffer.

- 1 *Fysieke of lichamelijke mishandeling*: schoppen, bijten, branden, verwonden, slaan, hardhandig duwen, vastbinden aan een stoel of bed of het geven van te veel of te weinig medicijnen. Gevolgen voor de oudere kunnen zijn blauwe plekken, schrammen, zwellingen, fracturen, brandplekken, striemen aan polsen of enkels.
- 2 *Psychische mishandeling / verbale agressie*: treiteren, sarren, pesten, intimideren, dreigen, vals beschuldigen, beledigen, vernederen, bevelen, schelden, negeren van de behoefte aan aandacht en liefde. Dit kan bij de oudere leiden tot gevoelens van angst, woede, verdriet, schuchterheid, verwardheid en apathie.
- 3 *Verwaarlozing*: het onthouden van voldoende eten en drinken, persoonlijke hygiëne, kleding, onderdak, medische en geestelijke zorg en aandacht. Gevolgen voor de ouderen kunnen zijn ondervoeding, slechte hygiëne en wonden als consequentie van doorliggen.
- 4 *Financiële en materiële uitbuiting*: wegnemen of profiteren van bezittingen en het financieel kort houden van de oudere. Denk aan diefstal van geld, juwelen en andere waardevolle spullen, verkoop en gebruik van eigendommen zonder toestemming en gedwongen testamentverandering.
- 5 *Seksueel misbruik*: het tegen de zin verrichten of laten aanschouwen van seksuele handelingen.

<sup>169</sup> Kamerstukken II 2010/11, 29389, 30. Het Actieplan Ouderen in veilige handen heeft tot diverse maatregelen geleid.

<sup>170</sup> Bijlage 530836 bij Kamerstukken II 2014/15, 28345 31015, 136.

<sup>171</sup> Krediet 2010; Movisie 2009; Royers & Van Bavel 2012.



- 6 *Ontnemen van rechten*: het inperken van de rechten van ouderen, zoals het recht op vrijheid, privacy en zelfbeschikking, bijvoorbeeld door post achter te houden, de telefoon buiten bereik te plaatsen, bezoekers weg te sturen of de oudere te verbieden om weg te gaan.

### 7.2.1 Omvang van ouderenmishandeling in verpleeghuizen

De IGZ stelde in 2011 een Meldpunt ouderenmishandeling in de zorg in. Dit is inmiddels opgegaan in het algemene meldpunt van de IGZ. Het CBS bracht in juni 2015 een rapport uit over ouderenmishandeling. In de periode van 15 juni 2011 tot 1 juli 2014 zijn 67 meldingen over geweld door professionals gedaan, waarvan het in iets meer dan de helft van de gevallen om verpleeghuizen gaat. Een melding kan om meer dan één slachtoffer gaan. De slachtoffers zijn meestal vrouw, evenals de plegers, en de meeste slachtoffers zijn ouder dan 80.<sup>172</sup> De IGZ heeft over 35 bewezen incidenten een oordeel gegeven en typeerde driekwart van de gevallen als 'ontspoorde zorg' waarbij geen opzet tot mishandeling in het spel was. Dit geldt vooral bij lichamelijke mishandeling, waar iemand te hardhandig is uit onmacht, oververmoeidheid of overbelasting. De term ouderenmishandeling 'is voor zorginstellingen een zware term voor een fenomeen dat in belangrijke mate uit 'ontspoorde zorg' bestaat'.<sup>173</sup> Instellingen vinden de term 'mishandeling' zwaar en melding bij de IGZ buitenproportioneel. Imagoschade en vrees voor teruglopende instroom van cliënten kunnen ook obstakels zijn om incidenten te melden. Incidenten leiden meestal wel tot maatregelen van de instelling zelf. De onderzoekers gaan ervan uit dat de gemelde gevallen slechts het topje van de ijsberg zijn. Eerdere onderzoeken toonden verder aan dat mishandelde ouderen zelf niet snel melden. Zij zijn niet altijd voldoende assertief, zij kunnen zich schamen voor wat hen overkomt, angst hebben voor represailles en misplaatste loyaliteit voor de dader voelen. Ook het herkennen van mishandeling kan een probleem zijn.<sup>174</sup> Op de omvang van ouderenmishandeling is nog steeds beperkt zicht.

### 7.2.2 Ouderenmishandeling en mensenrechten

De definitie van ouderenmishandeling die overheid en IGZ hanteren, is in grote lijnen gelijk met het internationale normatieve kader voor onmenselijke en vernederende behandeling. De gehanteerde definitie omvat meer dan de definitie van mishandeling in het Wetboek van Strafrecht. Een belangrijke tekortkoming in de definitie is dat deze mishandeling door ouderen onderling uitsluit. Internationale normen verplichten de overheid burgers ook tegen elkaar te beschermen.

Personeel en instellingen hebben moeite met termen als mishandeling, omdat hulpverlening meestal niet bedoeld is om pijn, angst of ander nadeel toe te brengen. Brengt een handeling leed toe dat een minimum niveau overschrijdt? Dan is ook 'ontspoorde zorg' wel degelijk mishandeling die binnen de reikwijdte van mensenrechten valt. Ook gedrag dat niet binnen het bereik van het Wetboek van Strafrecht valt, kan handelingen bevatten die inbreuken op de mensenrechten maken.

## 7.3 Vrijheidsbeperking

Als een wilsbekwame cliënt geen toestemming geeft voor het treffen van maatregelen die zijn autonomie, bewegingsvrijheid en/of het gedrag beperken, wordt gesproken van een vrijheidsbeperkende maatregel. Hiervan is ook sprake als een vertegenwoordiger van een wilsonbekwame cliënt toestemming heeft gegeven, maar de cliënt zich alsnog tegen de maatregel verzet. Nationale wetgeving regelt onder welke omstandigheden de vrijheid van cliënten van verpleeghuizen mag worden ingeperkt. Op dit moment geldt de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz). Deze staat het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen in Bopz-instellingen<sup>175</sup> toe indien aan de wettelijke voorwaarden is voldaan.<sup>176</sup> Het belangrijkste criterium voor het toepassen van vrijheidsbeperking is het afwenden van gevaar. Bovendien geldt een aantal procedurele eisen. De Wet Bopz onderscheidt onvrijwillige opname van de toepassing van dwang binnen de instelling. Dwang kan dwangbehandeling en toepassing van middelen en maatregelen zijn. De volgende vijf middelen en maatregelen worden onderscheiden:<sup>177</sup>

172 Plaisier & De Klerk 2015, p. 71-72.

173 Plaisier & De Klerk 2015, p. 77.

174 Bardelmeijer 2007; Kriek & Oude Ophuis 2003.

175 Daaronder kunnen gesloten afdelingen van verpleeghuizen vallen.

176 Hamers 2010.

177 VWS 2002.

- 1 *Afzondering*; het insluiten van de cliënt in een speciaal daarvoor bestemde eenpersoonskamer. *Separatie*; het insluiten van de patiënt in een speciaal daarvoor bestemde en door de minister als separeer-verblijf goedgekeurde afzonderlijke ruimte.<sup>178</sup>
- 2 *Fixatie*; het beperken van iemands bewegingsmogelijkheden.
- 3 *Medicatie*; het toedienen van medicatie tegen de wil van de cliënt.
- 4 *Toediening van vocht en voedsel*; het toedienen van vocht en voeding tegen de wil van de patiënt.

In de beoogde opvolger van de Wet Bopz voor de psychogeriatrische patiënt, het Wetsvoorstel zorg en dwang (Wzd), wordt gesproken van onvrijwillige zorg waarmee de cliënt of zijn vertegenwoordiger niet heeft ingestemd of waartegen de cliënt zich verzet. Het gaat daarbij in ieder geval om cliënten die Wlz-zorg ontvangen en lijden aan een psychogeriatrische aandoening. De Wzd gaat uit van het “nee, tenzij”-principe. Dit betekent dat onvrijwillige zorg in beginsel niet wordt toegepast, maar dat dit in uitzonderingssituaties wel mogelijk is. Het criterium dat gehanteerd wordt, is ‘ernstig nadeel’. Bovendien moeten alle alternatieven voor vrijheidsbeperking zijn uitgeput. Het wetsvoorstel voorziet in een stappenplan voor zorgvuldige besluitvorming over de toepassing van onvrijwillige zorg. De Wzd onderscheidt vijf vormen van onvrijwillige zorg:<sup>179</sup>

- 1 Het toedienen van voeding, vocht of medicatie voor een somatische aandoening.
- 2 Het toedienen van medicatie vanwege de psychogeriatrische aandoening of verstandelijke beperking die van invloed is op het gedrag of de bewegingsvrijheid van de cliënt.
- 3 Maatregelen die tot gevolg hebben dat de cliënt gedurende enige tijd in zijn bewegingsvrijheid wordt beperkt.
- 4 Maatregelen waarmee toezicht op de cliënt wordt gehouden.
- 5 Beperkingen in de vrijheid het eigen leven in te richten die tot gevolg hebben dat de cliënt iets moet doen of nalaten.

De toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen heeft zowel lichamelijke als psychologische gevolgen voor de cliënten van verpleeghuizen op wie de maatregelen van toepassing zijn. Dit kunnen zijn het

ontwikkelen van incontinentie, decubitus, contracturen, depressie, agressie en agitatie. Ook kan het denkvermogen, het slaap-waakritme en de stemming van cliënten achteruit gaan. Waar cliënten van verpleeghuizen zich proberen te bevrijden uit hun vrijheidsbeperking, is de kans op letsel niet uit te sluiten.<sup>180</sup>

### 7.3.1 Omvang van vrijheidsbeperking in verpleeghuizen

#### *Fysieke vrijheidsbeperking*

Deze paragraaf bespreekt de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen exclusief het gebruik van psychofarmaca. Het gebruik van fysieke vrijheidsbeperkende maatregelen in Nederlandse verpleeg- en verzorgingshuizen is vergelijkbaar met de toepassing ervan in andere landen. De prevalentie ligt tussen de 41% en 64%.<sup>181</sup> In 2014 is tijdens een landelijke prevalentie-meting van vrijheidsbeperking in de chronische sector (voornamelijk psychogeriatrische- en somatische verblijfsafdelingen, verzorgingsafdelingen en kleinschalige woonvormen) vastgesteld dat 20% van de cliënten in een periode van 30 dagen te maken krijgt met een vrijheidsbeperkende maatregel. Ten opzichte van het jaar ervoor is dat een afname van 2%.<sup>182</sup> De Monitor Woonvormen Dementie van het Trimbos-Instituut constateert ook een afname. In de meetronde in 2008/09 ontving een cliënt in een woonvoorziening nog gemiddeld 0,52 vrijheidsbeperkende maatregelen, in de meetronde in 2013/2014 lag dat gemiddelde op 0,35 maatregelen per cliënt. Er bestaat grote variatie tussen verschillende woonvormen.<sup>183</sup> De inzet van vrijheidsbeperkende maatregelen is vooral gangbaar in de psychogeriatric. Op meer dan de helft van alle onderzochte psychogeriatric afdelingen worden vrijheidsbeperkende maatregelen toegepast. Het gaat dan vooral om cliënten met dementie. Maar liefst 70,5% krijgt met een vrijheidsbeperkende maatregel te maken. Meest toegepaste vorm van vrijheidsbeperking is een bedhek (60%). Op afstand volgt alarmering / domotica (27%) en een tafelblad (16%). Onrustbanden in bed zijn niet aangetroffen. Belangrijkste reden voor toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen is het voorkomen van vallen (68%). Het initiatief voor het toepassen van vrijheidsbeperkende middelen ligt meestal bij een arts (63%), maar in een vijfde van de gevallen was de cliënt de initiator. Hoe meer

<sup>178</sup> Inmiddels niet meer toegestaan bij psychogeriatric patiënten.

<sup>179</sup> *Kamerstukken II 2008/09, 31996, 3.*

<sup>180</sup> Hamers 2010.

<sup>181</sup> Hamers 2010.

<sup>182</sup> Halfens e.a. 2014.

<sup>183</sup> Willemse, Wessel & Pot 2015.



ziektebeelden en/of hoe hoger de zorgafhankelijkheid, hoe vaker sprake is van vrijheidsbeperkende middelen.<sup>184</sup> Belangrijkste voorspellers voor het toepassen van vrijheidsbeperking zijn een slechte cognitieve status, een hoge mate van lichamelijke afhankelijkheid en een slechte mobiliteit. Niet te voorspellen zijn de kenmerken in het werk zoals werkdruk of kenmerken van de organisatie zoals ziekteverzuim en ratio medewerkers/ cliënten.<sup>185</sup>

#### *Psychofarmaca*

De toediening van psychofarmaca is bij cliënten met dementie in de afgelopen jaren hetzelfde gebleven. In 2013/2014 gebruikt één op de vier cliënten met dementie in een woonvoorziening een antipsychoticum. Gemiddeld gebruikt een cliënt 0,85 psychofarmaceutische middelen.<sup>186</sup>

#### *Terugdringen vrijheidsbeperkende maatregelen*

In 2008 concludeerde de IGZ dat de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen inclusief het gebruik van psychofarmaca, te vaak voorkomt in de ouderenzorg.<sup>187</sup> Sindsdien is er veel aandacht voor het terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen. Er is onder andere de intentieverklaring “Zorg voor vrijheid, samen naar minder vrijheidsbeperking” getekend. Wanneer de IGZ in 2015 een tussenmeting uitvoert in 150 Nederlandse verpleegzorginstellingen, concludeert zij dat een kwart van de instellingen onvoldoende visie en beleid voor vrijheidsbeperking heeft vastgelegd. Een derde van de instellingen zorgt niet op structurele wijze voor een probleemanalyse van het gedrag van de cliënt voordat men aan vrijheidsbeperkende maatregelen begint.<sup>188</sup> Verdere reductie van vrijheidsbeperkende maatregelen in verpleeghuizen moet onder andere gerealiseerd worden met de beoogde invoering van de Wzd.<sup>189</sup> Volgens specialisten ouderenzorg gelden verder de volgende succesfactoren: meer personeel, extra scholing, meer toezicht en periodieke evaluaties, duidelijkheid over alternatieven, meer individuele aandacht, meer multidisciplinaire samenwerking, een adequate woonomgeving en voldoende activiteiten. Vooral bij het terugdringen van psychofarmaca zou volgens de specialisten nog veel te winnen zijn. Meer nog dan bij het terugdringen van vrijheidsbeperking.<sup>190</sup>

### **7.3.2 Vrijheidsbeperking en mensenrechten**

Vrijheidsbeperking raakt aan verschillende mensenrechten van cliënten van verpleeghuizen, waaronder het recht op vrijheid van persoon en het recht op bewegingsvrijheid. Het is bovendien een aantasting van de autonomie en ongerechtvaardigde vrijheidsbeperking is een aantasting van de waardigheid. Vrijheidsbeperking is alleen in uitzonderlijke gevallen toegestaan. Over het gebruik van psychofarmaca en banden heeft het CRPD-Comité reeds zijn zorgen geuit (zie ook paragraaf 4.3.3 van deel I).

---

184 Halfens e.a. 2014.

185 Hamers 2010.

186 Willemse, Wessel & Pot 2015.

187 IGZ 2008.

188 IGZ 2015b.

189 Kamerstukken I 2013/14, 31996, A.

190 Willemse, Wessel & Pot 2015.

# 8 Conclusies

In deel II zijn verschillende aspecten van de alledaagse thema's persoonlijke verzorging, eten en drinken, daginvulling en leefomgeving behandeld. Het gaat om thema's die belangrijk zijn voor de naleving van de mensenrechten van cliënten van verpleeghuizen. Ten aanzien van de zes onderzochte verpleeghuizen kan gesteld worden dat het met die naleving nog niet zo slecht gesteld is, maar dat de verwezenlijking van de mensenrechten nog wel veel aandacht nodig heeft. Er zijn grote verschillen gevonden tussen de verschillende thema's. De verschillende situaties in de onderzochte verpleeghuizen illustreren de knelpunten en de voorbeelden van positieve praktijken. Deze verschillen bieden kansen: de minder goede voorbeelden kunnen leren van de goede voorbeelden.

Alle onderzochte verpleeghuizen streven naar het verlenen van cliëntgerichte zorg. Deze werkwijze kan een belangrijke bijdrage leveren aan het realiseren van de mensenrechten van cliënten van verpleeghuizen, omdat zij bijdraagt aan de afstemming van de zorg en ondersteuning op de individuele behoeften en wensen. In het cliëntgericht werken spelen de instrumenten 'zorgleefplan', 'eerst verantwoordelijke verzorger' en 'dagelijkse afstemming' een belangrijke rol. Het cliëntgericht werken kent een aantal uitdagingen. Deze moeten overwonnen worden om de cliënt centraal te stellen en de naleving van de mensenrechten te bevorderen. Het gaat daarbij om het ervaren tijdgebrek van professionals, het niet *kennen* van cliënten door professionals, een inflexibele organisatiestructuur en de bemoeienis van de familie die indruist tegen de wensen en behoeften van de cliënt.

Bij een vergelijking van de verschillende alledaagse thema's valt op dat het cliëntgericht werken het beste lijkt te slagen bij de persoonlijke verzorging. De mensenrechten van cliënten van verpleeghuizen lijken op dat gebied dan ook het beste gewaarborgd. Het onderzoeksmateriaal staft dit. Hoewel er nog verbeteringen mogelijk zijn, worden cliënten over het algemeen met veel aandacht en respect verzorgd. Veel professionals doen moeite om zich in te leven in de persoon van de cliënt en laten zien oog te hebben voor de privacy van de cliënt. Succesfactor lijkt de één-op-één werkwijze te zijn. Hierdoor bestaat voldoende 'ruimte' voor afstemming met de cliënt en het uitvoeren van cliëntgerichte zorg. De aanpak van de uitdagingen in het cliëntgericht werken – zoals in de vorige alinea geschetst – zullen momenten van gebrekkige aandacht tot een minimum kunnen beperken.

Binnen dit onderzoek van het College is de één-op-één werkwijze vooral van toepassing bij de persoonlijke verzorging. De ondersteuning bij het eten en drinken en de daginvulling gebeurt vaak in de setting van een groep, waar één of een beperkt aantal professionals verantwoordelijk is voor de zorg en ondersteuning van een groep cliënten. In een dergelijke setting is er veel minder ruimte om aan de verschillende individuele behoeften tegemoet te komen. Bij het eten en drinken uit zich dat in het feit dat cliënten niet veel autonomie beleven. Zij kunnen niet kiezen wat en hoe laat gegeten wordt of naast wie zij aan tafel zitten. Ondanks deze tekortkoming zijn cliënten over het algemeen tevreden over het eten en drinken. Wellicht dat de geduldige en aandachtige ondersteuning door professionals en vrijwilligers daar een steentje aan bijdraagt.

Een zorgelijker situatie bestaat er waar het gaat om de daginvulling van cliënten van verpleeghuizen. Hoewel tussen de onderzochte verpleeghuizen grote verschillen bestaan, wordt op basis van dit onderzoek geconstateerd dat te veel cliënten te weinig om handen hebben doordat zij niet zelf kunnen bepalen hoe hun leven eruit ziet. Ook als deze cliënten wel in staat zijn activiteiten te ondernemen en hier belangstelling voor tonen. Wat mis gaat is ten eerste het aanbod aan activiteiten in het verpleeghuis. Dit is vaak onvoldoende wat betreft hoeveelheid én de afstemming op de diverse persoonlijke interesses. Ten tweede is er te weinig ondersteuning bij de daginvulling, zeker van de professionals. Professionals zijn verantwoordelijk voor een aantal cliënten in een groep of afdeling en lijken meer prioriteit te geven aan het traditionele 'zorgen' dan aan de ondersteuning bij de daginvulling. Bezien vanuit het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer, verdient de ondersteuning bij de daginvulling minstens evenveel aandacht als de ondersteuning bij de persoonlijke verzorging en het eten en drinken. Meer aandacht en ondersteuning komt waarschijnlijk ten goede aan het verkeren in de buitenlucht dat nu nog te mondjesmaat gerealiseerd wordt.

De leefomgeving kan tot slot een belangrijke bijdrage leveren aan de naleving van de mensenrechten van cliënten van verpleeghuizen. Geconstateerd is dat op dit vlak al veel goed gaat. De meeste cliënten beschikken over een eigen kamer om zich terug te trekken en kunnen deze kamer naar eigen smaak en met eigen spullen inrichten. Dit laatste zou door de verpleeghuizen meer aangemoedigd kunnen worden. De norm om te beschikken over een eigen ruimte mag niet in het geding komen. Tenzij het de uitdrukkelijke wens van cliënten is om een kamer met elkaar te delen. Het noodgedwongen delen van kamers moet zo spoedig mogelijk tot de verleden tijd horen.



# Deel III:

## Conclusies en aanbevelingen

Het College voor de Rechten van de Mens heeft in dit onderzoek een aantal mensenrechten bestudeerd die van bijzonder belang zijn voor de situatie van oudere cliënten van verpleeghuizen. Er is een analyse gemaakt van de inhoud en reikwijdte van mensenrechten die relevant zijn voor de dagelijkse praktijk. Voor de concrete toepassing daarvan is in zes verpleeghuizen onderzoek gedaan. Het praktijkonderzoek was gericht op de persoonlijke verzorging, het eten en drinken en de invulling van de dag. De analyse van de praktijk in het licht van het normatieve kader laat zien dat veel goed gaat, maar dat er ook een aantal knelpunten bestaat.

De bescherming en bevordering van de mensenrechten van cliënten van verpleeghuizen is een belangrijke voorwaarde voor het garanderen van menswaardige zorg. De persoonlijke autonomie als beginsel dat aan mensenrechten ten grondslag ligt is relevant. Juist omdat cliënten zich in een afhankelijke situatie bevinden en hun wereld heel klein is geworden. Omdat veel cliënten niet meer of niet altijd in staat zijn hun wil te bepalen of uit te drukken, is het van groot belang dat zorgverleners zich kunnen inleven in de cliënt en – voor zover mogelijk – steeds opnieuw het gesprek aangaan met de cliënt.

## **Cliëntgerichte zorg en autonomie**

Bescherming en bevordering van mensenrechten vereist een werkwijze waarbij de cliënt centraal staat. ‘Cliëntgerichte zorg’ is daarvoor een goede basis. Zorgverleners hebben uiteraard ook te maken met de naasten van de cliënt, zoals zijn partner en/of kinderen. Zij krijgen van hen informatie over de cliënt en zijn voorkeuren zoals zij hem kennen. Cliëntgerichte zorg houdt in dat de huidige wensen en voorkeuren van de cliënt centraal staan. Dit kan spanningen opleveren tussen de wensen van de cliënt en het beleid van de instelling of de persoonlijke normen en waarden van de professional. Ook kunnen spanningen ontstaan tussen de wensen van de familie en de wensen van de cliënt zoals geuit naar of geïnterpreteerd door de professional. In het praktijkonderzoek zijn verschillende voorbeelden gezien hoe zorgverleners met dergelijke spanningen omgaan. Zij nodigen bijvoorbeeld familie uit om te laten zien hoe de cliënt zich uit en tot welke interpretatie van wensen en voorkeuren dat leidt. Zo kan de autonomie van de cliënt goed tot zijn recht komen. Tegelijkertijd is de familie ook een belangrijke factor in het bewaken van het welzijn van de cliënt. Wanneer zij signaleren dat de verzorging van de cliënt tekortschiet, kunnen zij met hem of namens hem handelen.

## **Het mensenrechtenkader: rode zone – oranje zone – groene zone**

Waar verschillende belangen spelen, zoals de wensen en het welzijn van de cliënt enerzijds en een efficiënte bedrijfsvoering anderzijds, geeft het mensenrechtenkader richting aan de afweging. De analyse van de toepasselijke rechten laat gradaties zien. Deze worden hieronder opgedeeld in drie zones. Onacceptabel is onmenselijke of vernederende behandeling: code rood. Op het recht op vrijwaring van onmenselijke behandeling en vernedering is geen enkele inbreuk toegestaan. Er is nooit een rechtvaardiging voor een dergelijke inbreuk. Als een inbreuk is gemaakt, is onmiddellijke actie geboden. Er moet onderzocht worden wat er precies is gebeurd, hoe het heeft kunnen gebeuren en wat nodig is om dergelijke inbreuken in de toekomst te voorkomen. Als een concrete inbreuk dreigt, is actie geboden om te voorkomen dat deze daadwerkelijk plaatsvindt.

Dan is er het gebied waar de waarschuwingslichten aan moeten gaan: code oranje. Niet elke inbreuk op het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer is meteen een schending. Rechtvaardigingen zijn denkbaar, bijvoorbeeld de bescherming van de rechten van andere cliënten of het personeel. Toch moeten deze waarschuwingslichten aanleiding zijn voor alertheid bij personeel en bestuur. Wanneer nodig, moeten zij handelen. Als deze lichten vaak, lang of zelfs permanent knipperen, is er een risico op afglijden naar code rood.

Het derde gebied is de groene zone. Het gaat hier om de gedragingen en de omstandigheden die bijdragen aan de preventie van inbreuken op mensenrechten. Hieronder valt het recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer en het recht op vrijwaring van onmenselijke behandeling. Hoe groener het in deze zone is, hoe beter de bescherming van mensenrechten. Ook voor de groene zone is permanente aandacht noodzakelijk. Het gaat immers om factoren die *bijdragen aan* het voorkomen van inbreuken op mensenrechten, er kunnen nog steeds dingen misgaan. Het is van belang dat zoveel mogelijk fronten zoveel mogelijk in het groen staan, en dat gaat niet vanzelf. Dat vraagt voortdurende aandacht en onderhoud.

Hieronder volgt een uitwerking van de drie zones.

### *Rode zone*

Veel aspecten van de verzorging vallen binnen de reikwijdte van het recht op vrijwaring van onmenselijke en vernederende behandeling. Waar dat het geval is, bieden de mensenrechtennormen sterke bescherming. Handelingen of de omstandigheden waarin een cliënt woont, mogen nooit de grens van onmenselijk of

vernedereidend overschrijden. Wanneer daarvan precies sprake is, hangt af van verschillende factoren, bijvoorbeeld de ernst van het toegebrachte leed en de duur daarvan. Bij het toebrengen van lichamelijk letsel door slaan of knijpen van een kwetsbare cliënt is de grens snel overschreden. Het kan ook gaan om het toebrengen van ernstig geestelijk leed, zoals het voortdurend kleineren of negeren van een cliënt. Dergelijke ernstige situaties heeft het College niet aangetroffen in zijn onderzoek. Deze handelingen vallen binnen de reikwijdte van de definitie van ouderen mishandeling die de regering hanteert.

De overheid is eindverantwoordelijk voor het garanderen van mensenrechten en moet ervoor zorgen dat dergelijke handelingen in verpleeghuizen niet voorkomen. Zorgelijk is dat zowel verpleeghuisinstellingen als de IGZ mishandeling door zorgverleners bestempelen als 'ontspoorde zorg' wanneer er geen opzet in het spel was. Die term miskent de ernst van het gedrag en de gevolgen voor de cliënt. Internationale normen vereisen dat overheid en verpleeghuizen ook onopzettelijke mishandeling en vernedering voorkomen en bestrijden. Het College benadrukt dat de rechten van de mens op dit punt geen uitzonderingen toestaan. Het is van het grootste belang dat de overheid en de verpleeghuizen stevig optreden tegen elke vorm van onmenselijke of vernederende behandeling. Niet alleen door klachten te ontvangen en te behandelen als een dergelijke situatie zich heeft voorgedaan, maar ook door alle noodzakelijke maatregelen te nemen om de situatie te voorkomen.

#### *Oranje zone*

Internationale toezichthouders hebben benadrukt hoe belangrijk het is om onmenselijke behandeling te voorkomen. Verpleeghuisinstellingen moeten waarborgen dat de dagelijkse dingen goed gaan en dat de algemene omstandigheden waarin cliënten wonen behoorlijk zijn. Dit voorkomt afglijden naar situaties waarin de grens van onmenselijke of vernederende behandeling wordt overschreden. De rapportages van het Comité ter voorkoming van foltering en andere onmenselijke of vernederende behandeling of bestraffing laten zien dat het hierbij vaak gaat om aspecten die – normatief gezien – binnen de reikwijdte van het recht op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer vallen. Het gaat om aspecten van de persoonlijke verzorging, het eten en drinken, de dagbesteding en de omstandigheden waarin de cliënten wonen. Cliënten moeten zo vaak als zij willen kunnen douchen, op tijd geholpen worden als zij naar het toilet moeten en zich kunnen terugtrekken op een eigen plek als zij daar behoefte aan hebben.

Als incidenteel dingen mis gaan, is niet meteen sprake van onmenselijke behandeling of anderszins van een inbreuk op mensenrechten. Het is ook dan nodig te onderzoeken wat er is gebeurd en waarom, en te onderzoeken hoe herhaling in de toekomst kan worden voorkomen. Als incidenten zich herhaaldelijk voordoen, als een en dezelfde cliënt wordt getroffen door verschillende incidenten, als de omstandigheden waarin hij woont op verschillende aspecten onvoldoende zijn of als er structureel dingen mis gaan, dan komt het risico van afglijden naar onmenselijke behandeling in zicht.

Voorbeelden van dergelijke situaties zijn het niet helpen van een cliënt bij de toiletgang omdat hij incontinentiemateriaal draagt. Of geen privacy bieden tijdens het wassen. Dit zijn situaties die in het empirisch onderzoek zijn aangetroffen en waar mogelijk rechtvaardigingen voor waren, bijvoorbeeld omdat een andere cliënt een dringender hulpvraag had of omdat de zorgverleners bezig waren met het ondersteunen van andere cliënten. Het is in dergelijke situaties nodig dat er oog is voor de aard en omvang van dit soort handelingen. Zo lang deze incidenteel voorkomen, geen ernstig leed veroorzaken en gerechtvaardigd zijn in de omstandigheden, is er geen sprake van een mensenrechtenschending. Maar als dergelijke handelingen ernstig zijn, regelmatig voorkomen of zelfs structureel zijn of als er geen rechtvaardiging voor bestaat, is het nodig dat de verpleeghuizen maatregelen nemen om deze terug te dringen. Niet alle inbreuken zijn gerechtvaardigd, bijvoorbeeld als de zorgverlener de cliënt wast zonder rekening te houden met diens privacy. De casus uit het empirisch onderzoek waarbij onmiddellijk actie is ondernomen toen een (inval) kracht met een naakte cliënt over de gang naar de douche liep, laat zien dat ook zorgverleners dergelijke inbreuken herkennen en ertegen optreden.

#### *Groene zone*

Handelingen en praktijken in de groene zone dragen bij aan de bescherming en bevordering van mensenrechten en aan het creëren van omstandigheden waarin inbreuken op mensenrechten niet voorkomen. In het empirisch onderzoek zijn hiervan veel goede voorbeelden gezien, zoals aandacht voor uiterlijke verzorging, voldoende mogelijkheden bieden aan cliënten om naar buiten te gaan en de eigen ruimte naar eigen smaak te kunnen inrichten.

Tekortkomingen op dit gebied leiden niet onmiddellijk tot een inbreuk op een mensenrecht. Maar als er op verschillende vlakken tekortkomingen zijn, kan dat wel degelijk leiden tot een situatie waarin inbreuken op de persoonlijke levenssfeer of zelfs onmenselijke behandeling plaatsvinden. Zo moeten instellingen zorgen voor een

passend aanbod aan activiteiten voor alle cliënten die daaraan willen en kunnen meedoen. Een dergelijk aanbod opzetten en in stand houden vraagt permanente aandacht en institutionele borging. Onvoldoende aanbod kan ertoe leiden dat de omstandigheden niet meer in de groene zone zijn te plaatsen. In het empirisch onderzoek is gezien dat het aanbod aan activiteiten vaak tekortschiet. Activiteiten krijgen onvoldoende prioriteit. Het is niet te rechtvaardigen dat cliënten zelden of nooit aan iets kunnen meedoen of vrijwel nooit buiten komen, terwijl zij daar geestelijk en lichamelijk wel toe in staat zijn. Als cliënten dag in dag uit niets anders kunnen doen dan wachten tot de dag voorbij is, is dat een omstandigheid die een inbreuk op de persoonlijke levenssfeer oplevert.

Het gaat vaak om relatief kleine dingen. Het is goed voorstelbaar dat mensen ontstemd zijn als zij niet meer hun eigen dekbedden mogen gebruiken. Of als de directie aankondigt dat cliënten vanaf een bepaald moment ergens anders koffie moeten drinken. Er is geen mensenrecht op dekbedden naar keuze of op koffie drinken in een ruimte naar keuze. Maar er is wel een verplichting de omstandigheden te creëren die bijdragen aan het voorkomen van inbreuken op mensenrechten. Dat vraagt inlevingsvermogen van (medewerkers van) verpleeghuizen.

## Aanbevelingen

### 1 *Vergroot de bewustwording van de relevantie van mensenrechten van ouderen in verpleeghuizen*

Het juridische kader in deel I laat zien dat mensenrechten van toepassing zijn binnen de context van de zorg voor ouderen in verpleeghuizen en legt de concrete toepassing van een aantal rechten uit. Beleid en praktijk moeten met mensenrechten in overeenstemming zijn. Zowel in de politiek als in de sector zelf lijkt de tijd rijp te zijn voor een nieuwe manier van denken over en werken in de verpleeghuissector. Cliëntgericht werken staat volop in de belangstelling. Er is veel aandacht voor welzijn en welbevinden van cliënten naast adequate verzorging. Er is een nieuw kwaliteitskader in ontwikkeling en de staatssecretaris heeft geld beschikbaar gesteld voor daginvulling. Toepassen van mensenrechten kan deze ontwikkelingen ondersteunen en versterken.

De bescherming en bevordering van de mensenrechten van cliënten van verpleeghuizen vraagt in de eerste plaats om erkenning van de relevantie van mensenrechten voor deze specifieke context door de overheid en leidinggevenden van verpleeghuizen. Het garanderen dat beleid en praktijk in overeenstemming zijn met

mensenrechten vergt commitment van alle betrokkenen, ook de besturen van verpleeghuizen.

Om de mensenrechten in de praktijk te kunnen toepassen bij verlening van dagelijkse zorg en ondersteuning moeten beleidsmakers en zorgverleners (vaste én tijdelijke krachten) zich bewust zijn van de inhoud van de normen en weten hoe zij deze moeten toepassen.

Om de inhoud van de mensenrechten goed over het voetlicht te brengen, is toegankelijke informatie nodig die de normen helder uitlegt en laat zien wat deze precies betekenen voor de dagelijkse praktijk in de verpleeghuizen. Zorgverleners moeten een grote rol krijgen bij de ontwikkeling van materiaal, trainingen en opleidingen om de praktische toepassing ervan te kunnen verzekeren.

Toegankelijke informatie over mensenrechten en hun relevantie voor de verpleeghuiszorg moet ook beschikbaar zijn voor cliënten en hun vertegenwoordigers.

#### *Aan verpleeghuizen:*

Leg de bereidheid tot het beschermen en bevorderen van mensenrechten van cliënten in beleid en praktijk vast.

Informeer beleidsmakers en zorgverleners over de inhoud van mensenrechtennormen en de toepassing daarvan in de praktijk.

#### *Aan opleidingsinstellingen:*

Neem mensenrechten op in het curriculum van de opleiding en training van zorgverleners.

#### *Aan de overheid:*

Garandeer dat cliënten en hun vertegenwoordigers kunnen beschikken over toegankelijke informatie over mensenrechten en hun relevantie voor de verpleeghuiszorg.

### 2 *Stel de cliënt centraal in alle levensdomeinen*

In de cliëntgerichte benadering staan de behoeften en wensen van cliënten centraal en spannen zorgverleners zich in om hen te begrijpen en aan te voelen. Deze werkwijze draagt bij aan de bescherming en bevordering van mensenrechten. Zeker als deze ook het optimaliseren van de regie over het eigen leven omvat en het respectvol omgaan van de professional met de cliënt. Alle onderzochte verpleeghuizen streven naar het verlenen van cliëntgerichte zorg. Zij slagen hier gedeeltelijk in, de ene professional beter dan de andere, maar verbetering is mogelijk en noodzakelijk. Belangrijke belemmeringen voor het cliëntgericht werken zijn tijdgebrek, het



ontbreken van één-op-één ondersteuning en het niet kennen van de cliënt.

De cliëntgerichte werkwijze slaagt het beste in de ondersteuning bij de persoonlijke verzorging. Zorgverleners werken daarbij vaak één-op-één en hebben de mogelijkheid hun handelingen af te stemmen op de cliënt. De ondersteuning bij het eten en drinken en de daginvulling vinden meestal plaats binnen de context van een groep. Zorgverleners zijn daarbij vaak verantwoordelijk voor een groep bewoners. Hierdoor is de afstemming op de individuele cliënt minder goed mogelijk. Verbetering hierin is mogelijk en realistisch, zeker waar het gaat om de ondersteuning bij de daginvulling.

Het niet kennen van de cliënt belemmert zorgverleners in het begrijpen en aanvoelen van cliënten. Dit staat het cliëntgerichte werken in de weg. Het probleem doet zich eerder voor bij externen en invalkrachten die door hun korte en versnipperde dienstverbanden niet in de gelegenheid zijn om cliënten *echt* te leren kennen. Ook bij vaste medewerkers zijn er gradaties in deze competentie: sommige van hen kunnen het, andere niet. Verpleeghuizen kunnen nagaan hoe zij het kennen van de cliënten zo veel mogelijk kunnen borgen. Speciale aandacht is nodig bij het inzetten van externen en invalkrachten. Er is een voorbeeld waarbij een verpleeghuis werkt met een vaste poule van invalkrachten. Dit werkt naar tevredenheid. Andere verpleeghuizen hebben positieve ervaringen met het opnemen van een levensloop van de cliënt in het zorgleefplan.

#### *Aan verpleeghuizen:*

Stel bij alle levensdomeinen de rechten, wensen en behoeften van de cliënt centraal. Dat vereist voortdurende investering van de kant van verpleeghuizen en zorgverleners. Waar cliënten hun wensen en behoefte niet (altijd) kunnen uitdrukken is inleving in hun persoon van belang. Stem de zorg en werkwijzen daarbij zoveel mogelijk steeds opnieuw af met de cliënt.

Organiseer (individuele) begeleiding van zorgverleners om het *echt* leren kennen van en het inleven in de persoon onder de knie te krijgen. Opleidingen en het delen van praktijkvoorbeelden van cliëntgericht werken spelen daarin een rol. Feedback en collegiale toetsing horen daar ook bij.

### **3** *Zorg dat er voldoende tijd is voor het verlenen van cliëntgerichte zorg*

Als een rode draad door het empirisch onderzoek loopt het tijdgebrek dat zorgverleners ervaren in de ondersteuning bij de persoonlijke verzorging, het eten en

drinken en de daginvulling. Dit tijdgebrek – of anders gezegd: de hoge werkdruk – staat het cliëntgericht werken in de weg. Dit kan leiden tot onvoldoende garanties voor het voorkomen van inbreuken op mensenrechten of zelfs tot daadwerkelijke inbreuken. De vraag naar de oorzaak van het tijdgebrek kan vanuit dit onderzoek niet worden beantwoord. Het verdient daarom nadere aandacht van de staatssecretaris van VWS en de sector zelf.

De toegekende zorgzwaartepakketten (ZZP) bepalen de kaders voor de verleende zorg. Een cliënt met somatische problematiek kan maximaal 27,5 uur zorg per week ontvangen, voor een cliënt met psychogeriatrische problematiek is dat 22 uur per week. De mogelijkheid bestaat dat de toegekende ZZP's niet toereikend zijn voor het verlenen van zorg en het creëren van de omstandigheden waarin de bescherming en bevordering van mensenrechten volledig tot zijn recht komt. Dat zou wel het uitgangspunt moeten zijn.

#### *Aan de overheid:*

Onderzoek wat de gevolgen zijn van de toenemende zorgzwaarte van cliënten van verpleeghuizen. Onderzoek of het aantal uren dat aan de verschillende ZZP's is gekoppeld aanpassing behoeft, dit om de mensenrechten van cliënten te kunnen garanderen. Werk daarbij nauw samen met de sector evenals met deskundigen op het terrein van de rechten van de mens.

Er zijn signalen dat het tijdgebrek voor een deel te maken heeft met de cultuur en gewoonten in de zorg en de attitude en competenties van zorgverleners. Om dat te veranderen zijn inspanningen nodig van de opleidingen, de verpleeghuizen en de zorgverleners zelf.

#### *Aan verpleeghuizen:*

Bied zorgverleners voldoende tijd en opleiding aan voor het verkrijgen van de juiste houding en competenties. Let er binnen het personeelsbeleid op dat de juiste competenties in huis aanwezig zijn.

#### *Aan zorgverleners:*

Investeer in het opdoen van kennis over de juiste competenties en hoe deze toe te passen.

### **4** *Zie ondersteuning bij de daginvulling als integraal onderdeel van het cliëntgerichte werken*

Zorgverleners bieden slechts in beperkte mate ondersteuning aan cliënten bij de daginvulling. Vaak gebeurt dit alleen als er tijd 'over' is. Vanwege het (ervaren) tijdgebrek en de hoge werkdruk zal dit niet al te vaak voorkomen. Geen of onvoldoende aanbod van activiteiten om de dag zinvol door te brengen is niet bevorderlijk

voor de bescherming van mensenrechten. Het kan zelfs leiden tot een inbreuk op mensenrechten. Ook ondersteuning bij de daginvulling verdient daarom aandacht, zoals bij de persoonlijke verzorging, en het eten en drinken al gebruikelijk is.

Onlangs heeft de staatssecretaris van VWS het belang van dagbesteding voor cliënten van verpleeghuizen onderstreept door hiervoor 80 miljoen euro extra beschikbaar te stellen. Met dit budget kunnen verpleeghuisbewoners iedere dag een uur extra ondersteund worden bij de daginvulling.

#### *Aan verpleeghuizen:*

Stel zorgverleners in de gelegenheid ook ondersteuning te bieden bij de daginvulling. Zorg waar nodig voor externe ondersteuning.

Besteed in de (bij)scholing en het onderwijs van zorgverleners aandacht aan het belang van de daginvulling.

#### *Aan de overheid:*

Onderzoek de verwachte effecten van het extra budget op de daginvulling. Neem daarbij het mensenrechtenkader als uitgangspunt.

### **5 Heb aandacht voor de leefomgeving**

Cliënten van verpleeghuizen hebben recht op een omgeving die zij persoonlijk kunnen aankleden en die hen de mogelijkheid biedt om zich terug te trekken. De leefomgeving geldt daarbij als een belangrijke randvoorwaarde voor de naleving en verwezenlijking van de mensenrechten. Het biedt een plek waar de cliënt zijn identiteit aan kan ontlenen en stelt hem echt centraal. De aanwezigheid van persoonlijke eigendommen – hoe klein ook – kan voor cliënten van verpleeghuizen een grote impact hebben, zeker met het oog op hun steeds kleiner wordende wereld.

Een veilige en vertrouwde leefomgeving vraagt om een plek die zoveel mogelijk lijkt op een echt huis en niet op een institutioneel gebouw. De meeste verpleeghuizen hebben hier al de nodige stappen in gezet, maar verbetering is nog mogelijk.

De leefomgeving van cliënten op gesloten psychogeriatrische afdelingen kan mogelijk vergroot worden door het vervangen van de gesloten deuren op de afdeling door slimme bewegingssensoren. Hierdoor hebben bewoners feitelijk of althans in hun beleving een grotere leefruimte. In tenminste één verpleeghuis zijn hier goede ervaringen mee opgedaan en wordt tegemoet

gekomen aan het uitgangspunt zo min mogelijk beperkingen aan de cliënt op te leggen.

#### *Aan verpleeghuizen:*

Moedig cliënten en hun familieleden aan persoonlijke eigendommen mee te nemen.

Bied tweepersoonskamers alleen nog aan cliënten aan aan die met elkaar een kamer willen delen.

#### *Aan verpleeghuizen met gesloten psychogeriatrische afdelingen:*

Beoordeel per cliënt de mogelijkheid zich zo vrij mogelijk te bewegen.

### **6 Monitor de mensenrechtensituatie in verpleeghuizen en tred bij inbreuken adequaat op**

Wanneer zich een incident heeft voorgedaan dat binnen de reikwijdte van de mensenrechten valt, is het noodzakelijk vast te stellen wat er is gebeurd, wat de oorzaken zijn en welke maatregelen nodig zijn om herhaling te voorkomen. Cliënten en hun vertegenwoordigers hebben recht op laagdrempelige toegang tot klachtprocedures die tot herstel kunnen leiden en tot garanties dat herhaling niet optreedt. Veel cliënten van verpleeghuizen zijn niet of nauwelijks in staat zelf aan te geven dat een incident heeft plaatsgevonden en ook niet om van zo'n procedure gebruik te maken. Dat maakt adequaat toezicht en preventie nog belangrijker.

Voor situaties waar mensen van hun vrijheid zijn beroofd is dergelijk toezicht heel gebruikelijk en in de praktijk belangrijk gebleken. Op internationaal niveau is al steeds meer aandacht voor de specifieke situatie van ouderen in instellingen, ook in situaties waar geen sprake is van vrijheidsberoving in formele zin. Het verdient aanbeveling dat het Nationaal Preventief Mechanisme (NPM) ook de situatie in verpleeghuizen gaat onderzoeken. Dit mechanisme bestaat uit verschillende toezichthouders, waaronder de IGZ, die plaatsen kunnen bezoeken waar personen hun vrijheid is ontnomen. Ook verdient het aanbeveling dat de IGZ in haar toezichthoudende rol tevens een mensenrechtenperspectief hanteert. Een andere mogelijkheid is een apart mechanisme in te stellen speciaal voor de bescherming en bevordering van de mensenrechten van cliënten van verpleeghuizen.

Het College, als (toekomstige) monitoringsinstantie voor IVRPH, heeft een taak waar het gaat om de rechten van mensen met een beperking. Daar valt het grootste deel van de populatie van verpleeghuizen onder.

Zorgverleners kunnen elkaar aanspreken op gedrag. Het verdient aanbeveling dat zij toegang hebben tot een functionaris die hen kan ondersteunen bij het verlenen van zorg op een wijze die mensenrechten beschermt en bevordert. Dit kan bijvoorbeeld een vertrouwenspersoon zijn.

*Aan verpleeghuizen en de overheid:*

Monitor de bescherming en bevordering van mensenrechten in verpleeghuizen. Zorg dat de preventie van inbreuken op mensenrechten een belangrijke plaats krijgt.

**Tot slot**

Dit onderzoek maakt duidelijk hoe de rechten van de mens relevant zijn voor ouderen in verpleeghuizen. Deze rechten beschermen mensen in hun mens-zijn: dat is de kern van de menselijke waardigheid. Een eerste vereiste is dat de verpleeghuizen zich committeren aan mensenrechten en zorg realiseren waarin de cliënt daadwerkelijk centraal staat. Daarvoor is vereist dat de zorgverleners de cliënten goed leren kennen en in staat zijn hen op zodanige wijze te verzorgen dat zij de menselijke waardigheid beschermen en bevorderen. Dit rapport vult dit begrip nader in. Het biedt een aanzet voor nadere discussies en concrete stappen binnen instellingen.

# Geraadpleegde bronnen

## Literatuur

### Actiz 2015

Actiz, *Ruimte scheppen voor welbevinden*, Utrecht: Actiz 2015.

### Bardelmeijer 2007

E.A.M. Bardelmeijer, *Ouderenmishandeling in het verpleeghuis. Ervaren, kennis en behoeften van verpleeghuisartsen*, Maastricht/Nijmegen: De Zeven Bronnen 2007.

### Bartlett, Lewis & Thorold 2007

P. Bartlett, O. Lewis & O. Thorold, *Mental disability and the European Convention on Human Rights*, Leiden: Martinus Nijhoff 2007.

### Bijenhof & Slobbe 2013

A.M. Bijenhof & L.C.J. Slobbe, *Kosten van langdurige zorg in West-Europa. Een vergelijking tussen Nederland en buurlanden*, Bilthoven: RIVM 2013.

### Bomhoff, Paus & Friele 2013

M. Bomhoff, N. Paus & R. Friele, *Niets te klagen: onderzoek naar uitingen van ongenoegen in verzorgings- en verpleeghuizen*, Utrecht: Nivel 2013.

### BTSG Bibliotheek 2015

BTSG Bibliotheek (online, laatst bijgewerkt op 27 februari 2015): <http://www.btsg.nl/infobulletin/Zorg%20en%20dwang.html>.

### Buitenweg 2001

R. Buitenweg, *Recht op een menswaardig bestaan, Een humanistische reflectie op sociaal-economische mensenrechten*, Utrecht: De Graaff 2001.

### Bussemaker 2007

Bussemaker, J, *Zorg voor ouderen: om de kwaliteit van het bestaan*. DLZ/KZ-2771018, Den Haag: VWS 2007.

### CBS Statline 2015

CBS Statline (online, laatst bijgewerkt op 23 juni 2015): <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLN-L&PA=82887ned&D1=a&D2=o&D3=o&D4=a&VW=T>.

### Claessen 2013

S.J.J. Claessen, *New development in palliative care: quality indicators and palliative care continuum* (diss. Amsterdam VU), Utrecht: NIVEL 2013.

### College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen 2005

College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen, *Rapportage aan de Staatssecretaris over stand van zaken verbetering privacy in verpleeghuizen*, Utrecht: College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen 2005.

### College voor de Rechten van de Mens 2015a

College voor de Rechten van de Mens, AO Uitwerking kwaliteitsbrief ouderenzorg, 2015/0021/LK/WvdT/IS (online publiek): <http://www.mensenrechten.nl/publicaties/detail/35409>.

### Comijs e.a. 1996

H.C. Comijs, C. Jonker, A.M. Pot & J.H. Smit, *Agressie tegen en benadeling van ouderen: Een onderzoek naar ouderenmishandeling*. Amsterdam: Instituut voor Extramuraal Geneeskundig Onderzoek, Vakgroep Psychiatrie, Vrije Universiteit 1996.

### CPT 2015

CPT, *The CPT at 25: taking stock and moving forward, Background paper*, CPT 2015, *webadres document*: [http://www.cpt.coe.int/en/conferences/cpt25-background\\_paper.pdf](http://www.cpt.coe.int/en/conferences/cpt25-background_paper.pdf).

### De Gruijter & Verwijs 2010

M. de Gruijter & L.M. Verwijs, *Interculturele aspecten van ouderenmishandeling*, Utrecht: Verwey-Jonker Instituut 2010.

### De Klerk 2011

M. de Klerk, *Zorg in de laatste jaren. Gezondheid en hulpgebruik in verzorgings- en verpleeghuizen 2000-2008*, Den Haag: SCP 2011.

### Den Draak 2010

M. den Draak, *Oudere tehuwbewoners. Landelijk overzicht van de leefsituatie van ouderen in instellingen 2008/2009*, Den Haag: SCP 2010.

**Depla e.a. 2010**

M. Depla, S. Zwijsen, S. te Boekhorst, A. Francke & C. Hertogh, *Van fixaties naar domotica? Op weg naar 'goede' vrijheidsbeperking voor mensen met dementie*, Amsterdam: VUmc 2010.

**Dute 2015**

J.C.J. Dute, 'Should substituted decision-making be abolished?' Editorial, *European Journal of Health Law* 2015, vol. 22.

**Evers 2012**

M. Evers, *Behoeftondersteuning in de ouderenzorg. Een kwalitatief onderzoek naar ondersteuning van de psychologische basisbehoeften zelfbeschikking en verbondenheid door interactie tussen verzorgenden en bewoners van een verpleeghuis*, (scriptie Universiteit Twente) 2012.

**Gerards, Koffeman & Hendriks 2013**

J.H. Gerards, N.R. Koffeman & A.C. Hendriks, 'Zelfbeschikking in het recht van de Raad van Europa', in: *Achtergrondstudies. Zelfbeschikking in de zorg*, Den Haag: ZonMW 2013.

**Halfens e.a. 2013**

R.J.G. Halfens, N.C. van Nie, J.M.M. Meijers, E. Meesterberends, J.C.L. Neyens, A.A.L.M. Rondas, S. Rijcken, S. Wolters & J.M.G.A. Schols, *Landelijke prevalentie meting zorgproblemen rapportage resultaten 2013*, Maastricht: Universiteit Maastricht, Onderzoeksinstituut CAPHRI, Department of health services research 2013.

**Halfens e.a. 2014**

R.J.G. Halfens, J.M.M. Meijers, E. Meesterberends, J.C.L. Neyens, A.A.L.M. Rondas, S. Rijcken, S. Wolters & J.M.G.A. Schol, *Landelijke prevalentie meting zorgproblemen rapportage resultaten 2014*, Maastricht: Universiteit Maastricht, Onderzoeksinstituut CAPHRI, Department of health services research 2014.

**Hamers 2010**

J.P.H. Hamers, *Feiten over vrijheidsbeperking in verpleeghuizen*, Maastricht: Universiteit Maastricht 2010.

**Hamers e.a. 2009**

J.G.H.C. Hamers, M. Gulpers, M.H.C. Bleijlevens, A.R. Huizing, E.J.A. Scherder, H. Houweling & H.J.L. van Rossum, 'Het reduceren van vrijheidsbeperking in verpleeghuizen', *Tijdschrift voor ouderengeneeskunde* 2009.

**Herring 2012**

J. Herring, 'Elder abuse: a human rights agenda for the future', in: I. Doron & A. M. Soden, *Beyond elder law: new directions in law and aging*, Heidelberg: Springer 2012.

**Hersenstichting 2015**

Hersenstichting (online publiek): <https://www.hersenstichting.nl/alles-over-hersenen/hersenaandoeningen/dementie>.

**IGZ 2008**

IGZ, *Zorg voor vrijheid: terugdringen van vrijheidsbeperkende maatregelen kán en moet*, Utrecht: IGZ 2008.

**IGZ 2010a**

IGZ, *Cultuuromslag terugdringen vrijheidsbeperking bij kwetsbare groepen in zorg volop gaande*, Utrecht: IGZ 2010.

**IGZ 2010b**

IGZ, *Medicatieveiligheid voor kwetsbare groepen in de langdurige zorg en zorg thuis onvoldoende*, Utrecht: IGZ 2010.

**IGZ 2011a**

IGZ, *Medicatieveiligheid flink verbeterd in herbeoordeelde instellingen langdurige zorg en zorg thuis. Alle bestuurders aan zet*, Utrecht: IGZ 2011.

**IGZ 2011b**

IGZ, *Tussenrapportage*, Utrecht: IGZ 2011.

**IGZ 2014**

IGZ, *Verbeteren van de kwaliteit van de ouderenzorg gaat langzaam*, Utrecht: IGZ 2014.

**IGZ 2015a**

IGZ, *Kijken met andere ogen naar mensen met dementie en onbegrepen gedrag*, Utrecht: IGZ 2015.

**IGZ 2015b**

IGZ, *Tussenrapportage toezicht IGZ op 150 verpleegzorginstellingen*, Utrecht: IGZ 2015.

**Krediet 2010**

G. Krediet, *Ouderenmishandeling. Ervaringen en interventies*, Amsterdam: Elsevier Gezondheidszorg 2010.

**Kriek & Oude Ophuis 2003**

F. Kriek F & R.J.M. Oude Ophuis, *Een verkennend onderzoek naar ouderenmishandeling*, Amsterdam: Regioplan 2003.

**Krug e.a. 2002**

E.G. Krug, L.L. Dahlberg, J.A. Mercy, A.B. Zwi & R. Lozano, *World report on violence and health*, Geneva: WHO 2002.

**Leenen e.a. 2014**

H.J.J. Leenen, J.C.J. Dute, J.K.M. Gevers, J. Legemaate, G.R.J. de Groot, M.E. Gelpke & E.J.C. de Jong, *Handboek gezondheidsrecht*, Den Haag: Boom Juridische uitgevers 2014.

**McCrudden 2008**

C. McCrudden, 'Human dignity and judicial interpretation of human rights', *European Journal of International Law* 2008, vol. 19, no. 4.

**Meulenkamp e.a. 2010**

T.M. Meulenkamp, A.P.A. van Beek, D.L. Gerritsen, F.M. de Graaff & A.L. Francke. *Kwaliteit van leven bij migranten in de ouderenzorg. Een onderzoek onder Turkse, Marokkaanse, Surinaamse, Antilliaanse/Arubaanse en Chinese ouderen*. Utrecht: Nivel 2010.

**Movisie 2009**

Movisie, *Factsheet ouderenmishandeling. Factsheet 1: Algemene informatie*, Utrecht: Movisie 2009.

**Movisie 2012**

Movisie, *Factsheet ouderenmishandeling in 2012. Registraties ouderenmishandeling*, Utrecht: Movisie 2012.

**Overkleef-Verburg 2014**

G. Overkleef-Verburg, Commentaar op artikel 10 van de grondwet. In: E.M.H. Hirsch Ballin & G. Leenknecht (red.), *Artikelsgewijs commentaar op de Grondwet, webeditie*, 2014.

**Plaisier & De Klerk 2015**

I. Plaisier & M. de Klerk, *Ouderenmishandeling in Nederland. Inzicht in kennis over omvang en achtergrond van ouderen die slachtoffer zijn van ouderenmishandeling*, Den Haag: SCP 2015.

**Quinn & O'Mahony 2009**

G. Quinn & C. O'Mahony, 'Disability and human rights', in: C. Krause & M. Scheinin (eds.), *International protection of human rights: a textbook*, Vaasa: Åbo Akademi University Institute for Human Rights 2009.

**Roagna 2012**

I. Roagna, *Protecting the right to respect for private and family life under the European Convention on Human Rights*, Council of Europe human rights handbooks, Strasbourg: Council of Europe 2012.

**Royers & Van Bavel 2012**

T. Royers & M. van Bavel, *Oud Leed. Basisboek Ouderenmishandeling*, Amsterdam: Uitgeverij SWP 2012.

**Stuurgroep Kwaliteitskader VV&T 2010**

Stuurgroep Kwaliteitskader VV&T, *Kwaliteitskader verantwoorde zorg*, Den Haag: Stuurgroep Kwaliteitskader VV&T 2010.

**Van Beek e.a. 2004**

A.P.A. van Beek, C. Wagner, D.H.M. Frijters, P.M.M. Spreeuwenberg, P.P. Groenewegen, M.W. Ribbe, *Kwaliteit van zorg voor ouderen met psychogeriatrische problemen in verpleeg- en verzorgingshuizen*. Utrecht: Nivel 2004.

**Van Beers 2014**

B.C. van Beers, Commentaar op artikel 11 van de grondwet. In: E.M.H. Hirsch Ballin & G. Leenknecht (red.), *Artikelsgewijs commentaar op de Grondwet, webeditie*, 2014.

**Van den Wijngaart & Witte 2015**

M. van den Wijngaart & R. Witte, *Waardigheid, autonomie en bejegening in verpleeghuizen. De dagelijkse praktijk vanuit het mensenrechtenperspectief*, EMMA Experts in Media en Maatschappij / Lokaal Centraal Expertgroep Maatschappelijke Vraagstukken 2015.

**Van der Sloot 2015**

B. van der Sloot, 'Privacy as Personality Right: Why the ECtHR's Focus on Ulterior Interests Might Prove Indispensable in the Age of "Big Data"', *Utrecht Journal of International and European Law* 2015, 31 (80).

### **Van Nispen, Van Beek & Wagner 2005**

R.M.A. van Nispen, A.P.A. van Beek & C. Wagner, *Verantwoorde zorg en kwaliteit van leven bij cliënten in verpleeg- en verzorgingshuizen, een kwalitatief onderzoek, deelrapport 1*, Utrecht: Nivel 2005.

### **Vilans 2015**

Vilans, *Gewoon beginnen, al doende leren. Werken aan versterking van het cliëntenperspectief*, Utrecht: Vilans 2015.

### **Voorlopige Raad voor de Volksgezondheid en Zorggerelateerde dienstverlening 1996**

Voorlopige Raad voor de Volksgezondheid en Zorggerelateerde dienstverlening, *Persoonlijke levenssfeer, Privacy in verpleeghuizen*, Zoetermeer: Voorlopige Raad voor de Volksgezondheid en Zorggerelateerde dienstverlening 1996.

### **VWS 2002**

VWS, *De Wet Bopz voor verzorgenden en verpleegkundigen*, Den Haag: VWS 2002.

### **WHO 2015**

WHO, *Ensuring a human rights-based approach for people living with dementia*, WHO/MSD/MER/15.4 (online publiek): [http://www.who.int/mental\\_health/neurology/dementia/dementia\\_thematicbrief\\_human\\_rights.pdf](http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/dementia_thematicbrief_human_rights.pdf)

### **Willemse, Wessel & Pot 2015**

B. Willemse, C. Wessel & A.M. Pot, *Monitor Woonvormen Dementie*, Utrecht: Trimbos-Instituut 2015.

### **Zorgatlas 2014**

Zorgatlas (online, laatst bijgewerkt op 1 oktober 2014): <http://www.zorgatlas.nl/zorg/langdurige-zorg/verpleging-en-verzorging/verpleeg-en-verzorgingshuizen-per-gemeente-2009/>

## **Jurisprudentie**

EHRM 23 september 1998, *A. t. Verenigd Koninkrijk*, nr. 25599/94.  
EHRM 28 juli 1999, *Selmouni t. Frankrijk*, nr. 25803/94.  
EHRM 19 april 2001, *Peers t. Griekenland*, nr. 28524/95.  
EHRM 10 mei 2001, *Z. e.a. t. Verenigd Koninkrijk*, nr. 29392/95.  
EHRM 10 juli 2001, *Price t. Verenigd Koninkrijk*, nr. 33394/96.  
EHRM 29 april 2002, *Pretty t. Verenigd Koninkrijk*, nr. 2346/02.  
EHRM 7 maart 2006, *Evans t. Verenigd Koninkrijk*, nr. 6339/05.  
EHRM 10 juni 2010, *Jehovah's Witnesses of Moscow t. Rusland*, nr. 302/02.  
EHRM 10 januari 2012, *Ananyev e.a. t. Rusland*, nrs. 42525/07 and 60800/08.  
EHRM 17 januari 2012, *Stanev t. Bulgarije*, nr. 36760/06.  
EHRM 24 juli 2012, *Đorđević t. Kroatië*, nr. 41526/10.  
EHRM 2 oktober 2012, *Plesó t. Hongarije*, nr. 41242/08.  
EHRM 28 mei 2013, *Eremia t. Moldavië*, nr. 3564/11.  
EHRM 20 mei 2014, *McDonald t. Verenigd Koninkrijk*, nr. 4241/12.  
EHRM 17 juli 2014, *Centre for legal resources on behalf of Valentin Câmpeanu t. Roemenië*, nr. 47848/08.  
EHRM 28 september 2015, *Bouyid t. België*, nr. 23380/09.

Checklist for visits to social care institutions where persons may be deprived of their liberty of the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, (22 May 2015), Doc CPT/Inf (2015) 23, *webadres document*: <http://www.cpt.coe.int/en/working-documents/CPT-Inf-2015-23-eng.pdf>

CRPD Concluding observations Sweden (2014), CRPD/C/SWE/1.

CRPD Concluding observations Spain (2011), CRPD/C/ESP/CO/1.

CRPD Concluding observations Australia (2013), CRPD/C/AUS/1.

CRPD Concluding observations Austria (2013), CRPD/C/AUT/CO/1.

CPT Standards of the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, CPT/Inf/E (2002) 1 – Rev 2015 (CPT Standards)

CRPD General Comment No. 1 (2014), *Article 12: Equal recognition before the law*, CRPD/C/GC/1

CESCR General Comment No. 12 (1999), *The right to adequate food (art. 11)*, E/C.12/1999/5.

CESCR General Comment No. 14 (2000), *The right to the highest attainable standard of health (article 12)*, E/C.12/2000/4

HRC General Comment No. 16 (1988) *Article 17 (Right to privacy)*, in: HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. I).

CAT General Comment No. 2, *Implementation of article 2 by States parties*, CAT/C/GC/2

HRC General Comment No. 31 (2004), *Nature of the General Legal Obligation Imposed on States Parties to the Covenant*, CCPR/C/21/Rev.1/Add. 13

Recommendation CM/Rec(2014)2 of the Committee of Ministers of the Council of Europe, *Promotion of the human rights of older persons*, Explanatory Notes.

Recommendation CM/Rec(2014)2 of the of the Committee of Ministers of the Council of Europe (19 February 2014), *On the promotion of the human rights of older persons, webadres document*:  
[http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/hrpolicy/other\\_committees/cddh-age/Document\\_CDDH\\_AGE/CMRec\(2014\)2\\_en.pdf](http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/hrpolicy/other_committees/cddh-age/Document_CDDH_AGE/CMRec(2014)2_en.pdf).

Recommendation No. R (99) 4 of the Committee of Ministers of the Council of Europe (23 February 1999) *Principles Concerning the Legal Protection of Incapable Adults*.

Recommendation Rec(2004)10 of the Committee of Ministers of the Council of Europe (22 September 2004), *Concerning the protection of the human rights and dignity of persons with mental disorder*, Explanatory Notes.

Recommendation Rec(2004)10 of the Committee of Ministers of the Council of Europe (22 September 2004), *Concerning the protection of the human rights and dignity of persons with mental disorder*.

CPT Report to the Austrian Government (11 March 2010), Doc CPT/Inf (2010) 5.

CPT Report to the Bulgarian Government (28 February 2008), CPT/Inf (2008) 11.

CPT Report to the Government of “the former Yugoslav Republic of Macedonia” (25 January 2012), Doc CPT/Inf (2012) 4.

CPT Report to the Government of Bosnia and Herzegovina (14 October 2009), CPT/Inf (2009) 25.



# Bijlage:

## Klankbordgroep

Voor dit onderzoek is een onafhankelijke klankbordgroep ingesteld. De leden zijn benaderd vanwege hun specifieke kennis over de ouderenzorg. De klankbordgroep heeft meegedacht over de afbakening van het onderzoek en de rapportage.

De verantwoordelijkheid voor de inhoud van het rapport ligt volledig bij het College. In wisselende samenstelling hebben de volgende experts deelgenomen aan de klankbordgroep:

- Drs. Y.M. Grul – Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)
- Prof. dr. C.M.P.M. Hertogh – EMGO Instituut, VUmc
- Drs. A.L.R. de Jongh – Actiz
- Drs. A.M.M. Jonkers – IGZ
- Drs. M. Laterveer – LOC Zeggenschap in zorg
- A. Rühl, MSc – Vilans
- Mr. drs. W.C. Voogt – Johannes Wier Stichting
- Dr. L.H.M. van Willigen – Johannes Wier Stichting
- Drs. J.I. de Witte – Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)

## Colofon

Dit is een uitgave van het College  
voor de Rechten van de Mens

College voor de Rechten van de Mens  
Kleinesingel 1-3  
Postbus 16001  
3500 DA Utrecht  
030 888 38 88  
[info@mensenrechten.nl](mailto:info@mensenrechten.nl)  
[www.mensenrechten.nl](http://www.mensenrechten.nl)

Voor vragen kunt u een mail sturen of bellen.

Aan dit onderzoek hebben de volgende personen  
meegewerkt:

Prof. mr. J.C.J. Dute, Collegelid  
Dr. I. Boerefijn, coördinerend beleidsadviseur  
Drs. K. Korte, beleidsadviseur

Fotografie  
Peter de Ruiter

Ontwerp  
Ontwerpwerk, Den Haag

Publicatiedatum: februari 2016



