

Gedwongen opname en humanisering van de ouderenzorg

Platform Humanisering van de Ouderenzorg

Dr. Mr. Susanne van den Hooff

Referenten: Drs. Annie Klink en Prof. dr. Pieter Ippel

Voorzitter: Prof. dr. Anne Goossensen

Prof. dr. Anne Goossensen, hoogleraar zorgethische aspecten van informele zorg, opent de bijeenkomst en heet de deelnemers welkom op de Universiteit voor Humanistiek (UvH). Toen Anne in 2012 op deze universiteit terecht kwam viel haar al snel op dat het een plek is met 'frisse denkers'. Op de UvH worden belevings- en denkwerelden onderzocht en paradigma's open gebroken. Het proefschrift van Susanne is hiervan een voorbeeld.

Presentatie promotieonderzoek Overstijgende verantwoordelijkheid

Susanne van den Hooff behaalde haar mastergraad ontwikkelings- en neuropsychologie aan de Vrije Universiteit van Amsterdam en daarna haar mastergraad Nederlands Recht aan de Open Universiteit. Naast haar werk als docent aan de Hogeschool Inholland in Alkmaar voerde zij haar promotieonderzoek uit.



Promotie Dr. Mr. Susanne van den Hooff

Het proefschrift 'Transcending Responsibility', dat Susanne verdedigde op 1 december 2015, beschrijft vanuit empirisch en theoretisch perspectief de onvrijwillige opname van mensen met het syndroom van Korsakov. Kenmerkend voor patiënten met Korsakov is dat zij zichzelf niet ziek vinden. In de literatuur wordt gesteld dat veel opnamen in de psychiatrie, waaronder die van mensen met Korsakov, onder dwang

plaatsvinden aan de hand van een rechterlijke machtiging (RM). Toen Susanne verschillende zorginstellingen bezocht bleken veel van deze patiënten toch vrijwillig te zijn opgenomen. Susanne vroeg zich af hoe dit kwam en hoe dit te rijmen is met het gebrek aan ziekte-inzicht. Het leverde ook vragen op over wie van de personen om de patiënt heen mag ingrijpen en in welke mate.

Om de Korsakovpatiënt heen staan vaak familieleden, juridische professionals en zorgprofessionals. Deze partijen geven informatie en/of nemen beslissing (voor de patiënt),


bijvoorbeeld over onvrijwillige opname. De visie die elk van deze partijen op de zaak heeft verschilt erg. Toch willen ze allen het beste doen voor de patiënt.

Susanne gaat eerst in op de medische kant van het verhaal. Het risico op Korsakov ontstaat wanneer mensen veel en regelmatig drinken en dit combineren met slecht eten. Hierdoor ontstaat er een tekort aan vitamine B1 (*thiamine*). Onder deze omstandigheden kan de acute hersenziekte Wernicke's encephalopathy ontstaan. In 20% van de gevallen overlijdt de patiënt aan Wernicke. De overige 80% heeft een grote kans om het Korsakov syndroom te krijgen. In dat geval kunnen vitamine B1 injecties Korsakov voorkomen. Wernicke wordt echter vaak niet herkend, waardoor het op tijd toedienen van deze injecties vaak te laat komt.¹ In het Nederlandse zorgsysteem richt zich vaak niet op het alcoholgebruik. Bijvoorbeeld wanneer iemand valt als gevolg van zijn of haar alcoholgebruik richt de hulp zich op het gebroken been. De onderliggende oorzaak, het alcoholprobleem, wordt niet aangepakt, terwijl al in een vroeg stadium ingegrepen zou kunnen worden om Korsakov te voorkomen.


Vitamine B1-gebrek wordt overigens vaak veroorzaakt door alcohol misbruik, maar niet altijd. Het kan ook enkel afhangen van gebrekkige voeding, bijvoorbeeld bij anorexia of bij langdurig braken. Susanne laat een filmfragment zien van een BNN-programma over een verpleeghuis voor mensen met het syndroom van Korsakov; het geeft een goed beeld van wat dit syndroom inhoudt en hoe ze de dag doorkomen.

Patiënten met Korsakov, die langdurige zorg nodig hebben, kampen met name met een achteruitgang in het korte termijngeheugen. Omdat hun lange termijngeheugen veelal nog in tact is, kunnen deze patiënten nog wel leren. Maar daarvoor is het noodzakelijk om het geleerde 'in te slijten', door bijvoorbeeld elke dag dezelfde handeling te doen. Verder is confabuleren een symptoom van Korsakov. Dit betekent dat mensen feiten verbuigen zonder dat ze de intentie hebben om te liegen. Hiermee willen zij bijvoorbeeld verdoezelen dat ze iets vergeten zijn. In het filmfragment wordt verder nog genoemd dat het verlies van initiatief kenmerkend is voor dit syndroom. Logischerwijs is niet elke Korsakovpatiënt hetzelfde. Sommigen zijn bijvoorbeeld meer apathisch dan anderen.

Het eerder genoemde kenmerk van het gebrek aan ziekte-inzicht is een complicerende factor. Dit maakt namelijk dat mensen zorg weigeren, omdat zij zichzelf nog gezond voelen. Door het gebrek aan zorgbehoefte, is deze groep mensen ook moeilijk bereikbaar. Dat Korsakovpatiënten niet



Het filmfragment over het verpleeghuis voor mensen met het syndroom van Korsakov is [hier te bekijken](#).



¹ Jan Wijnia, promovendus van het Korsakov Kenniscentrum, maakt zich hard voor vroegsignalering van Wernicke.

goed bereikbaar zijn voor zorg of zorg weigeren, maakt dat hun aandoening verergert en dat de kans op overlijden steeds groter wordt.

Eén van de vragen die aanleiding was voor het onderzoek van Susanne is of deze mensen in staat zijn om nog zelf keuzes te maken. Of moeten deze keuzes voor hen gemaakt worden? Mag dat wel? En wie is er dan verantwoordelijk?

Het is daarom eerst belangrijk om stil te staan bij de wetgeving rondom gedwongen opname. Op dit moment is dit geregeld via de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz).² Volgens de Wet Bopz, die nu nog van kracht is, moet er sprake zijn van een duidelijke psychiatrische stoornis, van een gevaarlijke handeling die veroorzaakt wordt door de stoornis en geen alternatief voor opname, voordat iemand onder dwang opgenomen mag worden in een psychiatrisch ziekenhuis, psychogeriatrisch verpleeghuis of instelling voor verstandelijk gehandicapten. Handelingen gelden als gevaarlijk wanneer deze schade (kunnen) toebrengen aan anderen of aan de patiënt zelf. Alcoholverslaving valt overigens niet onder de psychiatrische stoornissen. Een onafhankelijke psychiater moet volgens de Bopz aantonen dat er sprake is van een psychiatrische stoornis en dat het gevaarlijk handelen hieruit voort komt. Hij of zij legt dit vervolgens voor aan de rechtbank. Er kan alleen met een rechterlijke machtiging overgegaan worden tot gedwongen opname. Binnen de Bopz wordt een zogenaamde 'artikel 60-procedure' ingezet wanneer de patiënt zelf niet meer kan aangeven of hij of zij het eens is met de opname. Dan spreekt men van 'bereidheid noch verzet'. Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) onderzoekt dan of de patiënt gebaat is bij opname. Hierbij kan overigens elke uitdrukking, ook non-verbaal als bezwaar gezien worden.

Susanne vertelt waarom veel patiënten met het syndroom van Korsakov toch vrijwillig worden opgenomen. Het komt voor dat vormen van dwang of manipulatie worden ingezet door geen duidelijke informatie te geven aan de patiënt. Er wordt bijvoorbeeld snel gezegd "U bent akkoord, toch?", zonder uit te leggen waarmee de patiënt nu eigenlijk akkoord gaat. Dit wordt gedaan omdat zorgprofessionals denken dat zij niet aan de Bopz voldoen of omdat het gevaar, dat voortkomt uit de psychische stoornis, moeilijk is aan te tonen. Susanne stelt de vraag: is dit moreel verantwoord? Het gaat immers om de individuele vrijheid en wilsbekwaamheid. Maar wat als je dit niet doet? Misschien overlijdt de patiënt aan de gevolgen van het afzien van opname.

² Er zijn nieuwe wetsvoorstellen in ontwikkeling waarmee de Bopz wordt vervangen door de Wet Zorg en Dwang (WZD), die zich richt op mensen met psychogeriatrische problematiek en mensen met een verstandelijke beperking, en de Wet Verplichte Geestelijke Gezondheidszorg (WVGZ), die zich richt op psychiatrische patiënten. Mogelijk duurt het nog tot 2018 voordat deze wetsvoorstellen worden aangenomen.

In haar proefschrift analyseert Susanne de situatie waarin de patiënt met Korsakov onder dwang wordt opgenomen, door te verkennen wat de perspectieven zijn van de verschillende betrokkenen. Die betrokkenen zijn dus de patiënt zelf, de zorgprofessional, het familielid en de juridische professional, meestal de advocaat. Deze perspectieven licht Susanne verder toe.

De zorgprofessionals

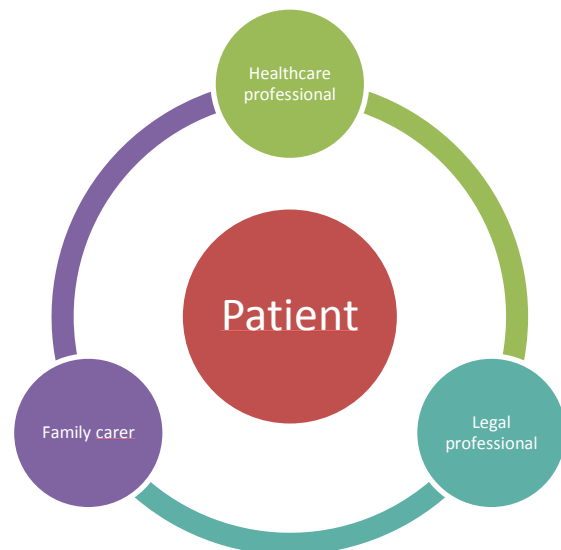
De zorgprofessionals die Susanne geïnterviewd heeft, wilden de patiënt graag opnemen. Voor hen stond het weldoen aan de patiënt voorop. De zorgprofessionals zien vaak dat patiënten met Korsakov ondervoed zijn en dat ze niet meer zo mobiel zijn. De zorgprofessionals vreesden dat de patiënt zich dood zou drinken als hij of zij niet zou worden opgenomen. Ook al worden deze patiënten niet meer beter, de zorgprofessionals zien wel dat patiënten opknappen nadat zij zijn opgenomen in het verpleeghuis. Hoewel zorgprofessionals de morele plicht ervaren om te helpen, voelen zij zich ook beperkt door de wettelijke regelgeving rondom opname van patiënten. Zorgprofessionals zitten daardoor vaak in een spagaat. Eenmaal opgenomen spelen er ook morele dilemma's voor zorgmedewerkers, bijvoorbeeld wanneer patiënten graag alcohol willen drinken of willen roken. De vraag is of zorgmedewerkers dit mogen verbieden.

De patiënt

De patiënten die Susanne gesproken heeft waren bekwame en zelfstandige personen. Zij wilden zelf bepalen hoe ze hun leven zouden leiden en hadden nog plannen voor de toekomst. Wat Susanne verder vaak terug hoorde van Korsakovpatiënten, was dat zij het gevoel hadden dat er niet naar hen geluisterd werd. Bovendien wilden de patiënten weg uit de instelling waar zij waren opgenomen. De ervaring van deze patiënten was dat ze zich vernederd voelden, zich niet gezien of gehoord voelden en dat zij geen vrijheid hadden. Volgens Susanne zijn deze uitkomsten op zich al waardevol, omdat ze een beeld schetsen van hoe de patiënten de werkelijkheid ervaren. Deze informatie kan gebruikt worden om de patiënten beter te begrijpen en rekening met hen te houden, bijvoorbeeld door vaker echt naar hen te luisteren.

De familieleden

Susanne wilde in dit onderzoek ook het perspectief van de familieleden betrekken. Om deze groep te kunnen spreken, was het nodig dat zij aanwezig waren in het leven van de patiënt met Korsakov.



Susanne benadrukt dat het echter niet vanzelfsprekend is voor de gemiddelde Korsakovpatiënt om nog contact te hebben met familieleden.

De familieleden die Susanne sprak hadden veel twijfels rondom de gedwongen opname van hun naaste met Korsakov. Zij vroegen zich af of ze de wensen van hun naaste, om thuis te blijven wonen, moesten respecteren of dat ze moesten ingrijpen. De familieleden gaven aan dat ze zich schuldig zouden voelen wanneer hun naaste zou komen te overlijden, wanneer hij of zij niet opgenomen zou worden. Deze worsteling koppelt Susanne aan de overtuigingen die in onze westerse cultuur gelden. De overtuiging dat ieder mens recht heeft op zijn of haar eigen leven wordt breed gedragen. Familieleden moeten daarom eerst zichzelf overtuigen voordat ze hulp gaan zoeken.

De familieleden zijn de eersten die de achteruitgang van de patiënt zien en voelen het als hun verantwoordelijkheid om in te grijpen. Bij het vinden van de juiste zorg ondervinden zij echter barrières en dit bemoeilijkt het ingrijpen. Dit komt mede doordat de zorgbehoefte door de patiënt zelf steeds ontkent werd. Wanneer de juiste zorg gevonden was, ondervinden familieleden een gebrek aan aandacht van zorgmedewerkers. Zij moeten zorgprofessionals ervan overtuigen dat de naaste met Korsakov hulp nodig heeft. Een mogelijke oorzaak hiervan die Susanne noemt is dat alcoholverslaafden over het algemeen niet gezien worden als mensen die zorg nodig hebben. In dit proces van de persoonlijke, morele worsteling en de moeite om hulp te vinden, haken sommige familieleden af.

De advocaat

Het laatste perspectief dat Susanne onderzocht heeft is dat van de advocaat, omdat dat meestal de juridische professional is die betrokken is bij de gedwongen opname van de persoon met Korsakov. De advocaat heeft meestal geen slechte relatie met de patiënt, maar de relatie is vooral niet zo langdurig. De advocaat raakt betrokken bij de patiënt, omdat hij de patiënt moet verdedigen in het kader van de Wet Bopz. Voor de advocaten die Susanne sprak was de waarde van zelfbeschikking van de patiënt met name belangrijk. Zij wilden daar voor opkomen en vonden dat de keuze van de patiënt, ook al is dat thuis blijven wonen en alcohol blijven drinken, gerespecteerd moet worden.

Door de perspectieven van de patiënt, de zorgprofessionals, de familieleden en de advocaat te bestuderen, wordt duidelijk dat er spanningen bestaan tussen de betrokkenen bij de gedwongen opname. Er ontstaat spanning doordat de verschillende betrokkenen anders denken over de reden van de gedwongen opname. Moet de gedwongen opname alleen om medische redenen ingezet worden of kan het ook uitgevoerd worden om de waardigheid van de patiënt te herstellen?

Verder zijn er spanningen met betrekking tot de verschillende invullingen die de betrokkenen geven aan het concept 'autonomie'. De advocaten verstaan hier met name onder dat de autonomie

van de patiënt behouden blijft wanneer zijn of haar eigen keuzes gerespecteerd worden. De familieleden waarderen de situatie van gedwongen opname meer vanuit een morele afweging. Zij vragen zich af of het respecteren van de keuzes van hun naaste in alle gevallen de beste is, omdat ze zien dat het drinken en de verloedering doorgaan wanneer hun naaste niet wordt opgenomen. De zorgprofessionals zitten hier tussen in en bevinden zich als het ware in een spagaat.

Overstijgende verantwoordelijkheid

Vaak worden deze situaties van gedwongen opname bekeken vanuit het biomedische perspectief, waarbij waarden gelden als weldoen, het niet schaden van de ander en respect voor autonomie. In eerste instantie lijkt er een strikte scheiding te bestaan tussen de verantwoordelijkheden van de betrokkenen: de juridische verantwoordelijkheid van de advocaat, de persoonlijke verantwoordelijkheid van de familie en de medische verantwoordelijkheid van de zorg. De vraag is of er aan al die soorten verantwoordelijkheden tegemoet gekomen kan worden?

De politicologe Joan Tronto stelt vanuit een zogethisch perspectief andere waarden centraal, zoals aandacht, respect en verantwoordelijkheid. Zij vindt dat verantwoordelijkheid een concept is dat op relationele wijze begrepen moet worden. In lijn hiermee stelt Susanne dat er naast bovengenoemde gescheiden verantwoordelijkheden, ook een gedeelde verantwoordelijkheid is in de situatie van de gedwongen opname. Alle betrokkenen voelen zich namelijk verantwoordelijk om goed voor de patiënt te zorgen.

Susanne draagt enkele mogelijke manieren aan om de gedeelde verantwoordelijkheid te stimuleren. In de aanloop naar een eventuele gedwongen opname toe zijn de familieleden en zorgprofessionals de eersten die contact met elkaar hebben. In dat proces is het fijn als de familieleden inderdaad snel zorg kunnen vinden en dat er goed naar hen geluisterd wordt. Toch is de wil van de familie niet doorslaggevend, want het moet niet zo zijn dat zij hun naaste met Korsakov laten opnemen om 'ervan af te zijn'. Er is iemand nodig die de redenen voor opname van de familie en het gehele opnameproces monitort. In de nieuwe Wet Zorg en Dwang, die de Wet Bopz in de toekomst zal vervangen, zou de casemanager het proces kunnen monitoren.

Het proces van gedwongen opname zou gemakkelijker verlopen wanneer de Wet Bopz zou bijbuigen voor de specifieke situatie van mensen met het Korsakov syndroom. Bij Korsakov heeft de psychiater vier tot zes weken nodig om een diagnose te stellen en hiervoor is binnen de huidige wetgeving geen ruimte. Door het bijvoorbeeld mogelijk te maken om een periode van 6 weken onvrijwillige opname voor de definitieve opname in te lassen, wordt er ruimte gecreëerd om mogelijk aan de voorwaarden van de Bopz te voldoen. Het is daarbij ook nodig dat de advocaat tijdelijk afstand neemt, zodat er ruimte is om de diagnose te stellen.

Ten slotte is het met name van belang dat de betrokkenen zich bewust zijn van de verschillende perspectieven van waaruit de gedwongen opname bekeken wordt. De professionals moeten



Het samenkomen van werelden

proberen om niet alleen vanuit hun eigen perspectief te kijken, maar die ook proberen te ontstijgen. Dit kan door reflectie over de betrokken perspectieven, zodat verborgen aannames zichtbaar worden. Hierin moeten professionals opgeleid en begeleid worden. Gedeelde verantwoordelijkheid wordt meer gevoeld wanneer professionals contact leggen met elkaar en met de patiënt en zijn of haar familie. Het is belangrijk dat zij open staan naar elkaar en daadwerkelijk naar

elkaar luisteren. Ook is het van belang dat de betrokkenen vanaf een vroeg stadium met elkaar in gesprek gaan. Zo kunnen eerder interventies ondernomen worden en een tijdige diagnose gesteld worden.

De afbeelding op het voorblad van het proefschrift van Susanne (zie bovenstaande afbeelding) symboliseert voor haar het samenkomen van verscheidene perspectieven en verantwoordelijkheden. In de foto is te zien hoe twee verschillende werelden samenkomen; één onder water en één boven water. Elk van de werelden is niet helemaal bekend voor de ander, net zoals betrokkenen niet geheel elkaars perspectief delen. Daar waar perspectieven samenkomen is sprake van een bepaalde spanning, zoals de rimpeling op het water laat zien. Ondanks deze spanning en het niet geheel kunnen ontvluchten van het eigen perspectief, kunnen de verschillende betrokkenen bij een gedwongen opname wel proberen om zich zoveel mogelijk in te leven in de wereld van de ander en een gezamenlijke opvatting van verantwoordelijkheid voor de betreffende patiënt zoeken.

- Vragen en opmerkingen uit het publiek -

Hanne Laceulle, promovenda op het onderwerp van zelfverwerkelijking in de context van ouder worden aan de UvH, merkt op dat er mogelijk ook sprake is van drie verschillende visies op vertegenwoordigen bij de betrokken familie, zorgmedewerkers en de advocaat. Het is interessant om de vragen te stellen: Wie denk je te vertegenwoordigen?

Verder wordt opgemerkt dat het in de praktijk lastig is om de verschillende partijen rond de tafel te krijgen en hen regelmatig met elkaar te laten overleggen. Susanne geeft aan dat het, wanneer men echt anders naar het proces van gedwongen opname wil kijken, belangrijk is om de

bestaande kaders van zorgpraktijken los te breken. Van daaruit kunnen nieuwe mogelijkheden gevonden worden.

Reacties Prof. dr. Pieter Ippel van de Rooseveltacademie te Middelburg

Pieter Ippel is hoogleraar recht aan de Rooseveltacademie, die een *Liberal Arts and Sciences*-programma aanbiedt, en heeft het boek 'De Binnenkant' geschreven. Dit boek gaat over de praktijk van recht en ethiek in de psychiatrie gezien vanuit de ogen van patiënten, aan de hand van de tien patiënten die Pieter hierover gesproken heeft. Het boek richt zich met name op de dwangopname in de context van de gewone GGZ.

Hoewel Pieter ziet dat er grote veranderingen doorgevoerd zijn in de GGZ, en dit volgens hem veelal een verbetering betekent, constateert hij op basis van zijn onderzoek dat dwangopname vaak niet werkt en dat het een dehumaniserend effect heeft. Er is weinig bekend over het proces en het effect van gedwongen opname, mede doordat de zittingen waarin hierover besloten wordt niet openbaar zijn vanwege de privacy van de patiënt. Het is daarom goed dat er meer onderzoek gedaan wordt naar dit proces vanuit een 'binnenperspectief', oftewel vanuit de ogen van de betrokkenen. Zo wordt duidelijk hoe er op de werkvloer gekeken wordt naar dwangopname.

Juristen lijken in de zorg vaak gezien te worden als 'kwade pieren', stelt Pieter, die zelf jurist is. Juristen zouden het zelfbeschikkingsrecht van patiënten als grootste goed zien en hiermee de zorgbehoefte over het hoofd zien. Dit beeld nuanceert Pieter met een aantal opmerkingen. Vaak wordt gesuggereerd dat de Bopz draait om de bescherming van de vrijheid van de patiënt en zorg geen ruimte biedt. Maar dat is niet zo. Met name door het aspect van 'gevaar voor zichzelf', dat langzaam aan onder de voorwaarden van de Bopz is gaan vallen, wordt verloedering en het proces dat kan leiden tot de dood erkent als gevaar. Dit zijn juristen ook steeds meer gaan inzien.

Verder moet volgens Pieter ook de vraag zijn wat je mensen te bieden hebt wanneer je ze gedwongen opneemt: Wat is de kwaliteit van zorg? Uit de interviews die hij hield op de opnameafdeling van GGZ-instellingen bleek dat de zorg van niet erg hoge kwaliteit was. Er werd niet geluisterd naar patiënten en er werd hen niets uitgelegd. Hoewel Pieter niet thuis is in de verpleeghuiszorg voor mensen met Korsakov, is kwaliteit van zorg een maatschappelijk probleem. Er zijn mensen in onze maatschappij die ernstig lijden, maar geen toegang hebben tot goede zorg. De vraag hoe de kwaliteit van zorg verbeterd kan worden, moet daarom altijd onderdeel zijn van de discussie over gedwongen opname.

Verder is de opleiding van juristen die werken in de Bopz te beperkt en zou uitgebreid moeten worden met kennis over de specifieke problematiek van Korsakov. Toch is de rechtspraak ook in beweging, zo wordt alcoholisme niet gezien als psychische stoornis op zich, maar wel indien er ook Korsakov geconstateerd wordt.

Het contact tussen de advocaat en de patiënt die hij of zij verdedigt in het proces van gedwongen opname is niet per se slecht, maar vaak wel oppervlakkig. Dat komt doordat advocaten 20 minuten rekenen om met hun cliënt te praten en dit gebeurt vaak zonder de aanwezigheid van familie. Pieter vindt dit vanuit een mensenrechtenperspectief onacceptabel. Hiermee blijft de complexe situatie, waarin meerdere mensen betrokken zijn, ondoorzichtig voor de advocaat. In deze fase moet die complexiteit al beter bekeken worden, met name omdat de Bopz de meest vergaande gedwongen vrijheidsbeperking is die we hebben in Nederland.

Pieter wil benadrukken dat het vraagstuk van de gedwongen opname te complex is om er één enkele oplossing voor te verzinnen. Het moet gaan om een samenspel van meerdere veranderingen. Hierbij moet het concept van autonomie, dat nu nog vaak erg beperkt wordt opgevat, meer gezien worden als relationele autonomie. Bovendien moet de dialoog op de werkvloer gaande blijven.



Reacties drs. Annie Klink, specialist ouderengeneeskunde

Annie Klink is specialist ouderengeneeskunde bij Noorderbreedte, een grote zorggroep die zorg verleent op 13 locaties of bij ouderen thuis en die ook een gerontogeriatrische afdeling heeft. Annie is begonnen in een tijd dat er nog geen BOPZ was en dat er soms geen naasten waren om mee te overleggen wat de beste oplossing was. Ze is daarom blij dat er nu een juridisch kader is.

Korsakovpatiënten die met een rechterlijke machtiging (RM) worden opgenomen komen eigenlijk weinig voor. Van de 126 bewoners die opgenomen zijn in Nieuw Toutenburg, een onderdeel van Noorderbreedte, zijn er twaalf binnengekomen met een RM en drie daarvan hebben Korsakov. De manier waarop mensen met een RM binnen komen is overigens soms mensonterend. Zij komen aan per ambulance, met politiebegeleiding en soms in de handboeien. Dit geldt ook voor dementerende ouderen, voor wie zoiets erg traumatisch kan zijn. Volgens Annie wordt hiermee soms het doel, iemand opnemen voor zijn eigen gezondheid en veiligheid en die van anderen, voorbij geschoten.

Er wordt bij Noorderbreedte alles aan gedaan om de patiënt goed te begeleiden en bij te staan in het proces van gedwongen opname. Zo zijn er bij de uitspraak van de rechter extra zorgmedewerkers aanwezig om er met de patiënt over te praten en een zorgcoördinator om vragen te beantwoorden. Te meer omdat de familie vaak niet bij de uitspraak aanwezig wil zijn of in het

proces al afgehaakt is. Toch is er voor het bespreken van de optie van gedwongen opname met de familie maar een half uurtje per casus beschikbaar.

Annie bespreekt een casus van een man met Korsakov. Deze man was zelf jurist en was zeer intelligent. Deze man is met een RM opgenomen in het verpleeghuis, maar kwam hier onophoudelijk tegen in protest. Hij heeft een aantal pogingen gedaan om te vertrekken en soms lukte dat ook. Zo was deze patiënt er achter gekomen dat de RM alleen in Nederland geldig was en hij is daarom naar België vertrokken. Verder had de man twee advocaten in de arm genomen, waarmee Annie veelvuldig contact had wanneer deze patiënt beperkingen opgelegd werden. Toch kwam deze man telkens weer terug in het verpleeghuis, ook op eigen initiatief, omdat het niet meer voor zichzelf kon zorgen. De RM is uiteindelijk niet verlengd; mede omwille van zijn persoonlijkheid. Een vriend van deze patiënt omschreef hem als volgt: hij is een reiziger; hij wil altijd daar zijn waar hij niet is.

Annie wil met deze casus laten zien dat de intelligentie van mensen met Korsakov blijft bestaan en dat zij daarmee nog veel kunnen bewerkstelligen. Toch nemen de executieve functies en het initiatief af, waardoor het moeilijk is om zelfstandig te leven. Verder wil Annie door middel van deze casus laten zien dat zorgprofessionals niet altijd kunnen leveren wat de patiënt als het goede ervaart. Dat is de spanning in de zorg voor mensen met Korsakov.

- Discussie met het publiek -

Er wordt met het publiek verder gediscussieerd over de casus die Annie Klink naar voren bracht. Uit de ervaringen van aanwezige zorgprofessionals komt naar voren dat sommige patiënten tot het randje gaan in hun strijd om onder de RM uit te komen. Het functioneren van de intelligentie van patiënten maakt dat zij hiertoe in staat zijn. Dit vergt veel tijd van begeleiders.

Annie Klink vraagt zich af hoever je hierin mee moet of mag gaan, gezien de enorme kosten die ermee gemoeid zijn. Is dat te rechtvaardigen tegenover andere zorgvragers en de hoge kosten van de gezondheidszorg in het algemeen?

Hier wordt tegenin gebracht dat er veel patiënten zijn in de (ouderen)zorg die monddood zijn, soms omdat ze letterlijk niet meer kunnen praten. Is het dan niet goed dat er nog patiënten zijn die opkomen voor hun rechten. Wanneer zij betere zorg ontvangen, bewerkstelligen ze hopelijk ook

[De volgende bijeenkomst](#)

Anders verantwoord in de ouderenzorg, door Dr. Merel Visse - 14 april 2016 - 15.00-17.30

Kijk [hier](#) voor meer informatie over deze derde bijeenkomst van het Platform Humanisering van de Ouderenzorg of meldt u [hier](#) direct aan.

goede zorg voor anderen. Dit idee wordt bekritiseerd; want dergelijke gevallen, zoals in de casus die Annie Klink besprak, ontnemen zorgmedewerkers veel tijd en dat gaat ten koste van andere patiënten. Toch kunnen patiënten die 'strijden voor hun vrijheid' zorgmedewerkers op een andere manier scherp stellen. Soms is het goed om voor een commissie te zitten en te expliciteren hoe en waarom je iets doet. Dit kan aannames en gewoonten doorbreken.

Tegenover het morele dilemma of je mee moet gaan in de dwarsheid van patiënten bij gedwongen opnamen of niet, kan ook een zorgethisch perspectief geplaatst worden. Zo brengt Anne Goossensen, promotor van Susanne van den Hooff, in dat de casus die Annie Klink noemt juist de relationele moeilijkheden laat zien waar het in de zorg om draait. Zorg draait altijd om relaties en soms worden die gekenmerkt door onwil of verzet. Van zo'n situatie, waarin je niet begrijpt dat je ziek bent en je onder dwang wordt opgenomen, word je toch ook razend dwars? De strijd van deze patiënt laat zien hoe erg hij niet opgenomen wil worden. Susanne vindt het belangrijk dat de patiënt, ook op dit soort moeilijke momenten, zijn stem mag laten horen. Verder kunnen het vroegtijdig bijeenbrengen van de verschillende betrokkenen en het in gesprek gaan met elkaar over de gedeelde verantwoordelijkheid (en het daartoe overstijgen van ieders professionele opvatting van verantwoordelijk zijn), de omstandigheden bij een eventuele gedwongen opname verzachten.

Aan de hand van onderstaande publicaties kunt u verder lezen over dit onderwerp:

Van den Hooff, S.L. & Goossensen, A. (2011). Zorgverleners in spagaat bij opname van patiënten zonder ziekte-inzicht. Tijdschrift voor Gezondheidszorg en Ethiek. 21(4): 107-113.

Van den Hooff, S.L. & Goossensen, A. (2012). Cliënt of patiënt? De betekenis van aanspreektermen. Denkbeeld. 24 (juni 2012): 6-8.

Van den Hooff, S.L. & Goossensen, A. (2013). How to increase quality of care during coercive admission? A review of literature. Scandinavian Journal of Caring Sciences. 28(3): 425-434.

Van den Hooff, S.L. & Buijsen, M. (2014). Healthcare professionals' dilemmas: judging patient's decision making competence in day-to-day care of patients suffering from Korsakoff's syndrome. Medicine, Health Care and Philosophy. 17(4): 633-640.

Van den Hooff, S.L. & Goossensen, A. (2015). Ethical considerations of the value of patient knowledge in nursing home care. A qualitative study of patients suffering from Korsakoff's syndrome. Nursing Ethics. 22(30): 377-388.

Van den Hooff, S.L. & Goossensen, A. (2015). Conflicting conceptions of autonomy. Experiences of family carers with involuntary admissions of their relatives. Ethics and Social Welfare. 9(1): 64-81.

Van den Hooff, S.L., Leget, C. & Goossensen, A. (2015). Healthcare professionals under pressure in involuntary admission processes. Nursing Philosophy. 16(4): 177-186.