

Opmerkingen bij de voorliggende teksten van een nieuwe Wet Zorg en Dwang

Vooropmerking 1: ik heb me bij het doornemen van de Wet Zorg en Dwang een drietal perspectieven ingenomen: 1. Ik heb de artikelen van het wetsvoorstel en de toelichting doorgenomen met in mijn achterhoofd vooral maar niet uitsluitend de situatie van ouderen met dementie 2. Vervolgens heb ik ook gelet op de plek die aan verpleegkundigen en verzorgenden wordt toegekend en 3. tenslotte heb ik de voorliggende teksten doorgenomen vanuit een ethisch perspectief: wat voor beeld schetst de wet van wat gedwongen zorg wordt genoemd als ik dat beoordeel vanuit een moreel perspectief op zorg. Bij dat laatste punt past aansluitend de opmerking dat ik hierbij tracht om vooral vanuit een zorgethisch invalshoek te denken. Goede zorg wordt daarbij per definitie gekarakteriseerd als een relationeel dialogisch proces (zorgen met) waarbij niet alleen de uitkomsten van de zorg tellen maar ook de proceskwaliteiten zelf.

Vooropmerking 2: de huidige Wet Zorg en Dwang heb ik altijd als een zowel inhoudelijk als praktisch zwakke en te complexe wet ervaren. Het is inzichtelijk en nodig dat de wetgever vormen van zorg waarvoor geen toestemming is gegeven of die onder dwang worden uitgevoerd, zeer sterk problematiseert en dat hij daarom garanties vraagt, maar de verantwoordingsprocedures die de wetgever daarvoor heeft ontworpen betekenden m.i. niet dat de zorg die aan deze procedures voldeed, daarmee vanzelfsprekend ook als goede zorg gekwalificeerd zou kunnen worden. Dat had vooral te maken met de omstandigheid dat de wetgever zich vooral concentreerde op de legitimatie van geïsoleerde beslissingen van professionals inzake de toepassing van gedwongen zorg en weinig aandacht had voor de kwaliteit van het vaak complexe zorgproces dat leidde tot die beslissingen. Het huidig voorliggend voorstel tracht in lijn met evaluaties wel verbeteringen aan te brengen maar ik heb niet de indruk dat daarmee alle zeer wordt weggenomen.

Opmerkingen

1. Het te absoluut gestelde negatieve beeld van gedwongen zorg

Het beeld van gedwongen zorg dat in de wetstekst naar voren komt, is heel duidelijk qua toonzetting: gedwongen zorg wordt per definitie als een negatieve, ongewenste vorm van zorg gekwalificeerd. Een vorm van zorg dus die geen enkel positief doel dient. En daarom dus zo snel mogelijk dient te worden afgebouwd. Het gaat om een ultimum refugium. Een uiterste redmiddel. Strikt gesproken gaat het bij gedwongen zorg volgens de wet dan ook om een vorm van onzorg, zorg die er dus niet zou moeten zijn. Het is een dominant perspectief in het wetsontwerp. Ik vind dit een tekortschietend, ontoereikend perspectief mbt tot de waardering van deze vormen van zorg. Zeker, er wordt door de toepassing van gedwongen zorg inbreuk gemaakt op iemands (bewegings)vrijheid, privacy, lichaamsbeleving et cetera. Maar die inbreuk dient mag ik hopen ook een positief doel. Zoals bescherming van de cliënt (lijfsbehoud) tegen ernstig negatieve effecten van diens eigen gedrag of handelen voor de cliënt zelf of voor anderen. Die dimensie verdwijnt m.i. voortdurend buiten beeld. Dat doet afbreuk aan belangrijke dimensies van zorg: dimensies die niet alleen van groot belang zijn voor cliënten maar zeker voor professionele zorgverleners. Ook al heet het gedwongen zorg, de zorg die geboden wordt, dient m.i. in de gegeven situatie van deze cliënt de best mogelijke zorg te zijn. Dus zorg waarvan het aannemelijk is dat die uiteindelijk de persoon en het welzijn van de client het meest respecteert. Is dat niet het geval, dan dient deze zorg niet gegeven te worden.

Overigens, ten aanzien van de discussie die er inmiddels is over het woordgebruik het volgende: de term 'gedwongen zorg' vind ik veel adequater dan het eerdere 'onvrijwillige zorg'. 'Gedwongen zorg' geeft m.i. precies de pijn aan van het dilemma dat erachter schuil gaat. Van zorgverleners die zich

verplicht voelen om met het oog op het uiteindelijke welzijn van de client (en/of de veiligheid van anderen) iets te doen dat ze bij uitstek liever niet doen, omdat het middel dat ze hanteren direct negatieve, dus schadelijke effecten heeft voor de client, terwijl het nog maar afwachten is of de beoogde positieve effecten daadwerkelijk gerealiseerd worden.

2. Ideaal van vrijheid en autonomie met voorbijgaan aan dragende individuele vermogens

In aansluiting op het voorgaande punt: ook voor deze nieuwe wet geldt dat het een mooie illustratie is van de omstandigheid dat het ideaal van zelfbeschikking in onze samenleving zo sterk is, dat het kost wat kost overeind moet worden gehouden. Dus ook in situaties waarin mensen niet langer zelf om zorg (kunnen) vragen maar wel zorg nodig hebben. Dat het respecteren van iemands autonomie ingewikkeld wordt wanneer het bij mensen aan vermogens begint te ontbreken om die autonomie goed tot uiting te brengen of er vorm aan te geven, wordt amper tot niet geproblematiseerd. Zo vind ik het opmerkelijk dat verwijzingen naar wilsonbekwaamheid nagenoeg ontbreken. Op een enkele plek refereert de wetgever wel aan regieverlies maar wat dat dan concreet betekent, en wat dat dan vraagt, wordt niet verduidelijkt. Hoewel er in de algemene toelichting tussen regels door wel wat wordt gezegd over het vergroten van eigen regie, vind ik de manier waarop dat gebeurt niet erg overtuigend: ook hier blijft het beeld doorschemeren van de autonome, individuele beslissers die in principe prima in staat zou zijn om zelf te beslissen wanneer er maar beter naar hem of haar geluisterd zou worden of wanneer zorgverleners hem maar beter zouden informeren en beter uit zouden leggen wat er gaat gebeuren. Dat het versterken of ondersteunen van autonomie of eigen regie in situaties waarbij de vermogens van mensen om hun autonomie tot uiting te brengen, fundamenteel zijn aangetast, meer vraagt dan de gebruikelijke middelen van informeren en voorlichten, wordt amper tot niet geproblematiseerd. De wethouder gaat blijkbaar uit van een antropologie waarin fundamentele kwetsbaarheid inzake autonomie en zelfbeschikking klaarblijkelijk geen enkele erkenning mag krijgen. Ook het gegeven dat mensen wat dat betreft kwetsbaar en afhankelijk van anderen zijn, wordt amper gethematiseerd. Wie niet goed voor zijn rechten op kan komen, heeft per definitie anderen nodig om hem te ondersteunen die rechten te krijgen. Rechtsbescherming is wat dat betreft afhankelijk van zorg.

Die zorg dient er uiteraard ook op gericht te zijn iemand te ondersteunen om zich te uiten of wanneer dat moeilijker wordt na te gaan wat iemand dan wel zou willen. Of niet. Opmerkelijk in dit verband vind ik dat in onderscheid met de toelichting op de Wvggz, voor wat betreft de WzD niet wordt ingegaan op het gebruik van specifieke hulpinstrumenten die meer en betere duiding zouden kunnen geven van de wil van de client, ook in situaties dat hij zijn wil moeilijk kan uiten. Wat voor indicaties kunnen we aflezen uit een levensverhaal, wat voor informatie geven eventuele wilsverklaringen, wat bijvoorbeeld te denken over zelfbindingsverklaringen? Openheid naar dit soort mogelijkheden om meer en beter zicht te krijgen op wat een client zou willen (of niet zou willen) is niet alleen van belang in de sfeer van de Wvggz maar m.i. evenzeer in de toepassings sfeer van de WzD. Die openheid is m.i. nu niet gegeven. Evenmin wordt iets gezegd over het compenseren van schade die ontstaat door het toepassen van gedwongen zorg: als ik iemands bewegingsvrijheid om een goede reden moet inperken, wat kan ik dan doen om de client te ondersteunen om toch beter met zichzelf samen te vallen of om diens persoonlijk welzijn toch te vergroten. M.i. dient de wetgever bij alle erkenning van de schadelijke effecten van gedwongen zorg, dus meer systematische aandacht te vragen voor herstel of compensatie van deze schadelijke effecten. Dat gebeurt nu te weinig. Waarschijnlijk hangt dat samen met de volgende omstandigheid.

3. Te weinig aandacht voor besluitvorming als complex en tijdvrageend zorgproces

De focus van de wetgever is nog steeds sterk gericht op geïsoleerde beslissingen: besluiten die leiden tot een opname in een instelling of tot specifieke vormen van dwang in de zorg zelf. Wat is de legitimatie van dergelijke besluiten? Daar draait het om. Hoewel deze focus begrijpelijk is vanwege de impact op cliënten, heeft het als nadelig effect dat er maar bijzonder weinig aandacht uitgaat naar de complexiteit van het proces dat vaak aan dat soort beslissingen voorafgaat. De verantwoordingsplicht die bijgevolg opgehangen wordt aan de geïsoleerde beslissing, doet m.i. te weinig recht aan de voorafgaande geschiedenis: wat is eerder overwogen, wie waren betrokken, hoe was het gesteld met de respons van de client op de eerdere zorg, welke alternatieven zijn overwogen, hoe staat het met het eventuele verzet van de cliënt, wat maakt dat er nu een grens wordt overschreden? Een ander punt is ook dat in de dagelijkse zorgpraktijk – ook in die van de mantelzorg - allerlei vormen van manipulatie en sturing plaatsvinden die op de keper beschouwd in de lijn van de wet formeel ook geclassificeerd zouden kunnen worden als gedwongen zorg. In de dagelijkse praktijk worden beslissingen vaak impliciet en in de sfeer van routines genomen; bijvoorbeeld wanneer iemand niet onder de douche wil, of naar de dagbesteding. Of niet wil eten. Hoe moeten we denken over beleidsmatige aandacht voor deze vormen van min of meer gedwongen zorg? Waar ligt hier de grens? Wat vraagt de wetgever in deze van zorgaanbieders en van zorgverleners?

Hoe dan ook: in de kritiek van zorgverleners op de eerdere wet klonk als kernpunt tegen de verantwoordingsrituelen en procedures door, dat deze procedures in de beleving van de zorgverleners teveel voorbijgingen aan de dynamiek en logica's van zorg en van de zorgrelaties zelf. Met als effect dat de verantwoordingsprocedures vooral begrepen werden als een bijkomende vooral administratieve last. Naar mijn idee is deze balansverstoring in de nieuwe voorstellen niet voldoende hersteld. Het is positief om vast stellen dat er bij de nieuwe voorstellen veel meer aandacht uitgaat naar een betere aansluiting van de legitimatieprocedures op de processen van oordeelsvorming zoals die in de praktijk zelf verlopen, maar ik kan me niet aan de indruk onttrekken dat er nog steeds sprake is van een scheve balans. Wat dat betreft zou er door de wetgever beter gekeken dienen te worden naar de interne praktische logica en moraliteit van de besluitvorming met daarbij meer aandacht voor de uniciteit en diversiteit van praktijken en de betrokkenheid van de praktisch relevante actoren. Met alleen te zeggen dat er meer aandacht is voor maatwerk, maar aansluitend vooral garanties te vragen voor de objectivering en bekrachtiging van de geïsoleerde besluiten door onafhankelijke, maar wel deskundige buitenstaanders, blijft de balans m.i. nog steeds te veel verstoord.

4. Een eenzijdig perspectief op externe objectivering en legitimering van besluiten

Om de rechtmatigheid van de besluiten die genomen worden vast te stellen kent de wetgever een duidelijke enkele vorm: externe objectivering. De hele trein van stappen die dient te worden genomen bij besluiten zelf en bij de evaluatie van de termijnen die worden ingezet met als doel om de gedwongen zorg vooral zo snel mogelijk te beëindigen, is gebaseerd op die inzet. Bij de inzet van onafhankelijke deskundigen, het toezicht door de onafhankelijke WZD functionaris, de betrokkenheid van het CIZ, de rechtelijke macht en in bijzondere gevallen van de burgemeester, draait het dus steeds om hetzelfde: onafhankelijke, objectieve toetsing van genomen besluiten. Pas bij het doormaken van de gestelde procedures zal blijken of de genomen besluiten de toets van het recht kunnen doorstaan. Hoewel de wetgever stelt dat er in de nieuwe voorstellen steeds beter aangesloten wordt bij de zorgpraktijk en bij de daarin gebruikelijke besluitvormingsprocessen, blijft een benadering domineren van een juridische logica die grotendeels voorbijgaat aan de interne zorglogica. Zeker er zijn uitspraken waar het anders lijkt. Bijvoorbeeld als de wetgever spreekt over consensus tussen betrokkenen bij de vraag naar opname in een accommodatie, wordt er enigszins

aangesloten bij de vormen van interne objectivering van de meningsvormende en besluitvormende processen die in de regel worden doorgemaakt. Maar van veel vertrouwen geeft dit niet blijk, als je kijkt naar de waarborgen die vervolgens procedureel dienen te worden ingebouwd. Zo wordt er niet gerefereerd aan de gebruikelijke vormen van overleg die in ieder geval intramuraal vaak plaatsvinden: eerst op geleide van signalen in teams van directe zorgverleners, vervolgens met raadpleging van client, familie, mentor, vertegenwoordiger, vervolgens in de sfeer van raadpleging van derden (arts, psycholoog), multidisciplinair overleg aangevuld met een moreel beraad. Ik begrijp dat er een vorm van objectiverende toetsing dient plaats te vinden maar begrijp niet goed waarom dat niet anders geregeld wordt. Bijvoorbeeld analoog aan de manier waarop euthanasie wordt getoetst: door de verslaglegging over de gezette stappen die leidden tot het besluit voor te leggen aan externe deskundigen. Dat voorkomt ook dat er vanwege de legitimering van het proces inbreuken worden gemaakt op de zorgprocessen zelf. Met soms duidelijk afbreukrisico's voor de voortgang van de zorgprocessen zelf en voor het welzijn van de client zelf. De confrontatie met onbekende zorgverleners of functionarissen die een onafhankelijk oordeel dienen te vellen aan de hand van een gesprek of gestructureerd interview met de client, kan immers als hoogst bedreigend worden ervaren.

Besluitvormingsprocessen richting opname van mensen met dementie, vinden in de regel over langere tijd plaats, in families, in samenspraak met de client, tussen kinderen en ouders, met mantelzorgers, een wijkverpleegkundige, huisarts, casemanager dementie: dat hele proces blijft nagenoeg buiten beeld. Vaak gaat het over sluipende processen waarbij cliënten in eerste instantie de boot afhouden, partners of kinderen vervolgens steeds meer de noodzaak gaan ervaren om in te grijpen, er vervolgens anderen bij gaan betrekken, en op verschillende gebieden stappen gaan zetten. Vaak zijn dat processen die om grote behoedzaamheid vragen om het vertrouwen van cliënten en van de naaststaanden te winnen en te behouden. De procedurele stappen die dienen te worden gezet om te toetsen of de besluitvorming door de beugel kan, dragen het risico in zich dat dit vertrouwen wordt geschaad. Dat de formele toetsing van besluiten als een inbreuk wordt ervaren op de gaande processen. Hoe moeten we in die lijn denken over de confrontatie van mensen met hun toenemende afhankelijkheid bij formele toetsing van hun situatie? Juridische procedures (CIZ/RM) botsen in die zin gemakkelijk met het niet-schaden-beginsel van goede zorg. Confronterende situaties die het vaak al wankele vertrouwen ten aanzien van de buitenwereld verder schaden, dienen dus zoveel mogelijk voorkomen te worden.

In dat opzicht verdienen voorstellen waarbij sterk wordt aangedrongen op een vereenvoudiging van de procedures en meer erkenning van de objectiviteit die in het zorgproces zelf in acht is genomen, waardering. Waarom m.b.t. opname in een verpleeghuis geen groter vertrouwen in het bereiken van consensus tussen client, vertegenwoordiger, betrokken wijkverpleegkundigen of casemanager dementie? Laat die in de praktijk bereikte consensus genoeg zijn voor een besluit tot opname. Uiteraard is het een goede zaak, wanneer er bij het uitblijven van consensus gestreefd wordt naar een vorm van aanvullende onafhankelijke beoordeling maar ook daarbij dient gezorgd te worden voor een zorgvuldig proces dat de opbouw dient van vertrouwen en van een veilige besluitvormingsomgeving. Prima ook wanneer er daarbij door de client/ of vertegenwoordiger een vertrouwenspersoon kan worden ingeschakeld om zich daarbij beter gesteund te weten.

Van een andere orde nog het volgende: bij het bepalen wie als deskundige kan optreden blijft opvallend dat daarbij de meest zekere autoriteit wordt toegekend aan artsen. (Naast die van rechters.) Het is opmerkelijk dat wat betreft de toekenning van deskundigheid in de oordeelsvorming over wat goede zorg voor een cliënt is, er bijvoorbeeld niet meer wordt uitgegaan van de kennis van casemanagers dementie of (wijk)verpleegkundigen. Verzorgenden IG of begeleiders in de

gehandicaptenzorg komen al helemaal niet voor in het vocabulaire van de wetgever, terwijl de kennis die zij in opiniërend teamoverleg aandragen, vaak van groot belang is voor de beeldvorming omtrent de wilsuitingen van cliënten. De kennis van een arts die wordt ingevlogen om een oordeel te geven, weegt daar in de regel niet tegen op. In die lijn valt me verder op dat er heel verschillend omgegaan wordt met de deskundigheid van zorgverleners. Aan de ene kant wordt de arts neergezet als de ultieme deskundige voor de beoordeling van situaties, aan de andere kant verschijnen er ook andere definiëring van deskundigheid als het gaat om praktisch handelen. Dat lijkt me inconsistent en nogal verwarrend. Handelingsbekwaamheid wordt zo tegenover oordeelbevoegdheid geplaatst. Ik vraag me af hoe terecht dat is.

5. Contrast rechtsbescherming – zorgverlening

Aansluitend: ik zie weinig aandacht voor heldere morele criteria voor de toepassing van gedwongen zorg. In zekere zin is dat begrijpelijk. De focus van de wetgever is nu eenmaal gericht op de rechtsbescherming en niet op kwaliteit van de gedwongen zorg als vorm van zorg. Ik vind dat net als bij de eerdere wet, een groot gemis. Zeker als het gaat om het laten aansluiten van de juridische legitimatie van het handelen op de interne zorglogica. Er zou m.i. meer aandacht dienen te zijn voor morele criteria voor de toepassing van gedwongen zorg. Uiteraard is er discussie mogelijk over morele criteria die daarbij gehanteerde dienen te worden. Zelf ga ik voor de vraag of er bij de toepassing voldaan wordt aan morele criteria, in de regel uit van de beantwoording van de volgende vragen (naar Niemeijer e.a. 2012):

- **Wat is de meerwaarde van gedwongen zorg voor de cliënt (en anderen):**

Qua welzijn, veiligheid (voorkomt de toepassing nadeel/ schade? Fysiek? Anderszins?). Vergroot het (op termijn) (bewegings)vrijheid/autonomie? Gaat het wel om het welzijn/de veiligheid van de cliënt? En niet om die van anderen? (Medebewoners? Medewerkers? Instelling? Familie?)

- **Welke nadelige gevolgen heeft de toepassing voor de cliënt:**

Qua privacy? Beleving? Ervaren kwaliteit? Zijn er negatieve effecten in relationele zin? In relatie met zorgverleners? Met anderen? Tast het zorg(contacten) aan? Andere contacten? Om wat voor aantasting van de (bewegings)vrijheid gaat het? Kunnen we de schade van deze nadelige gevolgen beperken?

- **Is de cliënt, diens vertegenwoordiger, echt betrokken in de besluitvorming?**

Speelt het (waarden)perspectief/levensverhaal van de cliënt/waarden van de vertegenwoordiger/familie een rol in de besluitvorming? Wordt de toepassing echt als zorg ervaren? Als responsief? Is er enige vorm van verzet? Ook minder opvallende zichtbare vormen?

- **En tenslotte: zijn er (minder ingrijpende) alternatieven?**

6. De vraag naar het toezicht op gedwongen zorg in ambulante setting

Als ik het goed begrijp streeft de wetgever ernaar om wat betref de toepassing van gedwongen zorg rechtsgelijkheid te garanderen voor elke burger, ongeacht de plaats waar deze als cliënt zorg ontvangt: als er sprake is van gedwongen zorg, dient de plaats van zorg geen verschil te maken wat betreft de condities. Gedwongen zorg dient onafhankelijk van de setting onder dezelfde condities

van toetsing en externe legitimatie plaats te vinden. Een mooi streven maar m.i. ook een mooi voorbeeld van illusiepolitiek: zeker gelet op de toekomst waarin als ik uitga van cijfers en prognoses, steeds meer mensen met dementie thuis zullen blijven en de mogelijkheden om hen op te laten nemen in een geschikte accommodatie steeds minder gegeven zullen zijn. Organisaties maar ook zorgverleners (huisartsen) bleken in het verleden nogal terughoudend te zijn om formeel verantwoordelijkheid te nemen voor de toepassing van vormen van gedwongen zorg bij mensen thuis. Misschien begrijpelijk maar ook zorgwekkend. Vaak stootten zij op bestaande patronen van dwangtoepassing die mensen zelf geïnitieerd hadden in hun zorg voor verwanten (partner, ouder). Het kan daarbij gaan om verschillende vormen van vrijheidsbeperking gaan (opsluiten op kamer/afsluiten huis) of toediening medicatie (door de pap of het toetje). Naar de toekomst toe is te verwachten dat dit soort vormen van dwangachtige arrangementen door mensen in privé situaties thuis zullen worden toegepast. De vraag is of deze situaties onder de Wet Zorg en Dwang dienen te worden geplaatst: het is een mooi streven om beter toezicht te regelen, maar de vraag is of dit wel kan door bijvoorbeeld te stellen dat vormen van vrijheidsbeperking alleen maar mogen toegepast in aanwezigheid van professionele zorgverleners. Naar mijn idee leiden dergelijke eisen tot duiken door zorgverleners en zorgaanbieders, en tot ontwijkgedrag van mantelzorgers en familie, die de dilemma's die zich voor zullen gaan doen, wel op hun manier zullen gaan regelen.

7. Te weinig aandacht voor interpretatie verzet

Je zou bij wetgeving die idealiter uitgaat van geïnformeerde toestemming bij elke vorm van zorg, verwachten dat er veel aandacht uitgaat naar (de interpretatie van) verzet. Dat is m.i. amper het geval. Terwijl dat van wezenlijk belang is. Elk 'nee' tegen een vorm van handelen of van voorgenomen handelen door een zorgverlener dient serieus genomen te worden. Aan een 'nee' voorbijgaan, druist fundamenteel in tegen funderende ideeën van rechtsbescherming maar ook van goed zorgverlenerschap. Daarom is alles gelegen aan een goede interpretatie van mogelijk verzet en breder, van het betekenisperspectief van waaruit de client het voorgestelde handelen beleeft. Ik kan de redelijkheid van het verzet dat iemand toont alleen maar begrijpen als ik inzicht heb in iemand belevingswereld. Wie niet naar het verpleeghuis wil, omdat zijn huisdier daar niet welkom is, toont een ander verzet dan iemand die eenmaal opgenomen, steeds naar huis probeert weg te komen. Verzet maar ook instemming of het uitblijven daarvan doorgronden, vraagt tijd en ruimte voor interpretaties en nader onderzoek: . De kwaliteit van dergelijk onderzoek vormt amper een punt van aandacht in de voorgestelde wetsteksten. Ik vind dat een zorgelijke omissie.

8. Ik eindig met enkele afsluitende opmerkingen.

In de eerste plaats vind ik - ook al zie ik verbeteringen ten opzichte voor de voorgaande editie van de WzD - de voorstellen voor wet nog te complex en met nog te weinig aandacht voor de praktische zorgprocessen. De toetsing van de juridische kwaliteit staat wat mij betreft nog te ver af van de toetsing van de morele kwaliteit. Waarbij gedwongen zorg m.i. te zeer als een vorm van onzorg wordt gezien. Alsof er in de meningsvorming en besluitvorming in de praktijk zelf nog te weinig redelijkheid en zorgzaamheid zou zijn ingebouwd. Zeker, het zijn in de regel geen gestroomlijnde processen: het is zoeken, proberen, opnieuw zoeken, proberen, kijken hoe we met elkaar verder komen. Er komen emoties bij kijken en vormen van verzet. Over en weer. Maar dat wil niet zeggen dat het daarmee weinig zorgzame en onzorgvuldige processen zijn. Wat dat betreft kan ik mij wel aansluiten bij commentaren waar in de algemene toelichting naar wordt verwezen namelijk dat er ook in de nieuwe wet blijkt gegeven wordt van een nogal matig vertrouwen in zorgaanbieders en zorgverleners. En bij vlagen ook in vertegenwoordigers. Uiteraard blijft een kritische blik op de praktijk zeer gewenst. Maar dan wel een die aansluit bij de pogingen die in de praktijk zelf worden

ondernomen om met en rond kwetsbare cliënten een vorm van zorg op te bouwen die zoveel mogelijk aansluit bij wie iemand zou kunnen en willen zijn.