



Eindrapportage deelproject 3
Beroepscode en Tuchtrect

Op het goede spoor

Beroepsethiek, beroepscode en tuchtrect in de jeugdzorg

Actieplan Professionalisering in de Jeugdzorg



Eindrapportage deelproject 3 Beroepscode en Tuchtrect

Op het goede spoor **Beroepsethiek, beroepscode en tuchtrect** **in de jeugdzorg**

25 juni 2010

© NIP-NVO 2010

Voorwoord

Goede jeugdzorg vraagt om professionals die hun vak goed uitoefenen. Professionals die vakbekwaam zijn, maar die zichzelf en elkaar ook kritische vragen durven stellen en verantwoording af willen leggen voor hun professionele handelen. Een beroepscode kan daarbij helpen. Werken in de jeugdzorg brengt immers moeilijke vragen en beslissingen met zich mee die vérstrekkende gevolgen kunnen hebben voor kinderen en hun ouders. Beroepscodes kunnen dan een welkom handvat bieden. In een beroepscode worden zaken als bejegening, privacy, deskundigheid, zorgvuldigheid en integriteit uitgewerkt voor professionals van een bepaalde beroepsgroep. Dat biedt houvast. Een beroepscode geeft professionals in de jeugdzorg de mogelijkheid hun handelen te toetsen aan de standaard die door de beroepsgroep zelf is vastgelegd.

Zo zijn professionals beter in staat hun beslissingen te onderbouwen en te verantwoorden.

Tuchtrecht is ook van belang. Iedere zichzelf respecterende beroepsgroep heeft naast een beroepscode een tuchtrecht waarmee wordt gewaakt over de kwaliteit van het handelen. Met tuchtrecht regelen professionals zelf dat zij op hun handelen kunnen worden aangesproken. Dit op zichzelf leidt niet tot kwaliteitsverbetering, maar reflectie op het eigen handelen en de uitwisseling van ervaringen met andere professionals - vaak een gevolg van dit aanspreken - doen dat wél.

Dit deelproject van het Actieplan Professionalisering in de Jeugdzorg (deelproject 3) gaat over beroepsethiek, beroepscodes en tuchtrecht. Uitgangspunt is dat beroepsethiek, beroepscode en tuchtrecht een belangrijke bijdrage leveren aan de kwaliteit van de jeugdzorg. Het deelproject geeft inzicht in wat beroepscodes en tuchtrecht eigenlijk zijn, waarom ze belangrijk zijn voor de kwaliteit van de beroepsuitoefening en op welke manier ze optimaal werken.

Uitgangspunt van deelproject 3 is nadrukkelijk dat beroepscodes en tuchtrecht geen instrumenten zijn ter 'afrekening' van de professional. Het zijn middelen om de hulpverlening in de jeugdzorg te blijven vormen en verbeteren in het belang van de cliënten.

Op het goede spoor

Wie op het goede spoor rijdt, komt ergens, namelijk bij zijn bestemming: goede jeugdzorg. Wie de richting zoekt naar goed werk in de jeugdzorg, kan het spoor volgen. Beroepsethiek, beroepscodes en tuchtrecht zijn te beschouwen als rails van dat spoor, of minstens helpen ze mee om dat spoor te trekken door de dagelijkse beroepspraktijk. Anderen kunnen dit getrokken spoor 'volgen', ze kunnen zo zien waar(naar)toe jeugdzorgprofessionals willen werken. Zo weten anderen wat ze van jeugdzorgprofessionals kunnen verwachten. Wie de weg even kwijt is, of besluit een ander spoor te rijden, krijgt met de interne correctiemechanisme van het tuchtrecht te maken. Waar beroepsethiek inspireert en aanzet dit spoor te volgen, biedt het tuchtrecht een aanvullend middel om mensen terug te brengen op het juiste spoor of, in het uiterste geval, van het spoor af te halen. Wie op het goede spoor zit is in beweging en ontwikkeling.

Inhoudsopgave

	Blz.
Samenvatting	5
Leeswijzer	9
1. Inleiding	11
2. Begrippenkader	15
3. Resultaten	27
4. Bevindingen van de ABT	32
5. Aanbevelingen en afsluiting	39
6. Conclusies en samenvatting	47
7. Bijlagen	51

Samenvatting

Goede jeugdzorg staat of valt met mensen. Het professionaliseren van de jeugdzorg begint daarom bij de professional. Leren, reflecteren en onderbouwen staan bij professionalisering centraal. Deelproject 3 (DP3) heeft ons doen inzien hoe deze professionele taken kunnen bijdragen aan kwaliteitsverbetering in de jeugdzorg.

In DP3 van het Actieplan Professionalisering in de Jeugdzorg draait het om beroepscode en tuchtrecht. Beide zijn essentieel om de jeugdzorg (verder) te professionaliseren. Binnen DP3 wilden we daarom allereerst nagaan wat beroepscode en tuchtrecht precies inhouden.

Waarover gaat nu eigenlijk zo'n beroepscode? En hoe verhoudt zich het verenigingstuchtrecht tot bijvoorbeeld het wettelijk tuchtrecht? Daarnaast wilden de trekkers van het deelproject alle partijen die bij de jeugdzorg zijn betrokken ervaringen laten uitwisselen aan de hand van ingebrachte casuïstiek. Dit om de knelpunten bij het toepassen van beroepscode in de dagelijkse praktijk te inventariseren aan de hand van casussen en tuchtrechtspraken. Ook wilden we de bestaande beroepscode van de professionals die bij de jeugdzorg zijn betrokken tegen het licht houden. Dit om ze aan te kunnen scherpen waar nodig, maar ook om te komen tot een eenduidige beroepscode voor sociaalagogen. Het ministerie voor Jeugd en Gezin vroeg aan DP3 bovendien een versneld advies over de vraag hoe beroepscode en tuchtrecht in de jeugdzorg het best georganiseerd kunnen worden.

De afgelopen drie jaar is binnen DP3 hard gewerkt om dit alles te realiseren. De bestaande beroepscode zijn met elkaar vergeleken door de commissie VeBeCo (Vergelijking Beroepscode). Deze commissie adviseerde tevens Phorza, de beroepsvereniging van sociaalagogen, bij het harmoniseren van haar beroepscode en het ontwikkelen van een klachtenreglement en tuchtrecht. Binnen de Adviesgroep Beroepsethiek en Tuchtrecht (ABT, oorspronkelijk het Tijdelijk Kwaliteitscollege Tuchtrecht) hebben vertegenwoordigers van de bij de jeugdzorg betrokken partijen praktijksituaties besproken aan de hand van (geanonimiseerde) casuïstiek. Op deze manier is binnen DP3 gewerkt aan kennisopbouw over het gebruik van beroepscode en tuchtrecht in de jeugdzorg, en zijn concrete aanbevelingen geformuleerd voor de diverse partijen. Bovendien is - naar aanleiding van een van de bevindingen van de ABT - een expertmeeting over ketenzorg georganiseerd. En last but not least heeft DP3 ervoor gezorgd dat de stuurgroep de minister voor Jeugd en Gezin snel heeft kunnen adviseren over de optimale organisatie van beroepscode en tuchtrecht.

Concrete resultaten DP3

Afbakening begrippen

Allereerst is duidelijk afgebakend wat precies onder beroepscode en tuchtrecht moet worden verstaan. Zo vormt een *beroepscode* de neerslag van opvattingen die de betreffende beroepsbeoefenaren hanteren ten aanzien van zorgvuldig professioneel handelen. Elke professional heeft impliciet allerlei principes in het achterhoofd als hij met cliënten aan het werk is. Door over dit soort regels in debat te gaan, en zo een impliciete beroepsmoraal en -ethiek tot expliciet gedeelde principes te maken, ontstaat een beroepscode.

Tuchtrecht is in het kader van DP3 bedoeld als verenigingstuchtrecht. Wettelijk tuchtrecht, zoals bijvoorbeeld vastgelegd in de Wet BIG, is namelijk alleen van toepassing op wettelijk erkende beroepen, en niet alle professionals die in de jeugdzorg werkzaam zijn hebben zo'n wettelijk erkend beroep. Een (verenigings)tuchtcollege dat door de beroepsvereniging is ingesteld beoordeelt bij klachten van bijvoorbeeld cliënten of een professional zich wel aan de beroepscode heeft gehouden. Komt het college tot een negatief oordeel, dan kan het een disciplinaire maatregel opleggen, zoals een berisping, schorsing of verwijdering uit het register.

Hoewel een tuchtrechtelijke maatregel zeker als straf zal worden ervaren, is tuchtrecht iets anders dan *strafrecht*. Bij strafrecht gaat het om de vraag of iemand volgens het Wetboek van Strafrecht al dan niet schuldig is en al dan niet moet worden veroordeeld. Bij tuchtrecht staat de beroepscode zoals opgesteld door de vereniging centraal. Het gaat bij tuchtrecht dan ook vooral om de vraag wat andere professionals kunnen leren van het (al dan niet onoirbare) handelen van hun collega.

Voor cliënten staat ook het *klachtrecht* open. Vindt een cliënt dat een hulpverlener zijn boekje te buiten is gegaan, dan kan hij een klacht indienen bij de desbetreffende zorginstelling. Als gevolg hiervan kan de directie ingrijpen in de *functie* die een professional binnen de instelling uitoefent. Iemand kan bijvoorbeeld worden overgeplaatst of verplicht worden om de cliënt excuses aan te bieden. Neemt een cliënt hier geen genoegen mee, dan kan hij een *civielrechtelijke* procedure starten. Zo'n procedure draait om claims en schadevergoedingen, zoals bijvoorbeeld financiële compensatie.

Alle soorten klachtenprocedures kunnen naast elkaar bestaan: een cliënt kan een klacht- en/of civielrechtelijke procedure beginnen, de beroepsvereniging een tuchtrechtelijke en het OM een strafrechtelijke.

Vergelijking beroepscode in de jeugdzorg

Tijdens DP3 is duidelijk geworden wat de beroepscode van beroepsgroepen in de jeugdzorg gemeenschappelijk hebben, en waarin ze (dienen te) verschillen. Vier beroepsgroepen die in de jeugdzorg werkzaam zijn (psychologen, orthopedagogen, sociaalagogen en maatschappelijk werkers) hadden bij aanvang van DP3 al een of meerdere beroepscode(s). Deze bleken alle te berusten op pijlers als verantwoordelijkheid, integriteit, respect en deskundigheid. Blijkbaar hanteren professionals in de jeugdzorg dezelfde morele principes. Toch dienen beroepscode niet té algemeen te zijn. Professionals moeten zich wel in een code kunnen herkennen die specifiek op hun beroepsgroep is toegesneden. De beroepscode moet dan ook vertaald kunnen worden naar de eigen unieke beroepspraktijk. Alleen zo kan een code een leidraad vormen voor verantwoord professioneel handelen binnen het beroep.

Beroepscode voor sociaalagogen

In de loop van DP3 is er voor de sociaalagogen een uniforme beroepscode ontwikkeld. Bij de beroepsvereniging van sociaalagogen, Phorza, waren namelijk tot dusver diverse beroepsgroepen aangesloten die elk hun eigen beroepscode hanteerden. Deze beroepscode werden tijdens DP3 geharmoniseerd. Zo ontwikkelde Phorza een eigen beroepscode, klachtenreglement en tuchtrecht, met ondersteuning vanuit het deelproject. Dat betekent dat nu alle vier de beroepsgroepen die in de jeugdzorg werkzaam zijn over een beroepscode en bijbehorend klacht- en tuchtrecht beschikken - een belangrijke stap voorwaarts in de professionalisering van de jeugdzorg. Als in de toekomst registratie voor alle beroepsbeoefenaren in de jeugdzorg wettelijk verplicht wordt gesteld, zullen dus alle professionals in de jeugdzorg zich aan hun beroepscode moeten houden en zich aan het bijbehorende tuchtrecht moeten onderwerpen. Dat zal cliënten alleen maar ten goede komen.

Aanvullingen bij beroepscode

Binnen DP3 is duidelijk geworden dat de specifieke vragen en dilemma's waar jeugdzorgprofessionals voor staan vragen om een aanvulling of uitwerking van de algemene beroepscode. NVMW, de beroepsvereniging van maatschappelijk werkers, en Phorza hebben inmiddels een addendum ontwikkeld bij hun onderliggende beroepscode, specifiek voor professionals in de jeugdzorg. NIP en NVO, de beroepsverenigingen van respectievelijk psychologen en (ortho)pedagogen, zullen voor gedragswetenschappers in de jeugdzorg een toelichting maken bij hun beide beroepscode met daarin uitwerkingen van dilemma's die specifiek zijn voor de jeugdzorg.

Organisatie van beroepscode en tuchtrecht

Omdat de minister voor Jeugd en Gezin graag op korte termijn wilde weten hoe beroepscode en tuchtrecht landelijk het best georganiseerd kunnen worden, heeft DP 3 met behulp van een externe procesbegeleider een aantal mogelijke scenario's op een rij gezet, met bij elk scenario de voor- en nadelen die eraan kleven. Al gauw bleek dat één optie, het model Beroepsregisters, duidelijk de voorkeur verdiende. In dit model zijn beroepscode en tuchtrecht gekoppeld aan opname in een van de bestaande beroepsregisters (BAMW, Kinder- en Jeugdpsycholoog NIP, NVO Orthopedagoog-Generalist). Wil je je als professional dus laten registreren - en dat is nodig om je beroep uit te kunnen oefenen -, dan verplicht je je dus automatisch tot het naleven van de beroepscode en onderwerping aan het verenigingstuchtrecht. Het spreekt voor zich dat dit de kwaliteit van de jeugdzorg flink verbetert. Als alle beroepsbeoefenaren in de jeugdzorg gehouden zijn aan een bepaalde beroepscode en een bijbehorend tuchtrecht, is voor iedereen duidelijk wat van zulke professionals verwacht mag worden.

Het advies om het model Beroepsregisters in te voeren is intussen door de minister voor Jeugd en Gezin en de minister van Justitie overgenomen. Dat betekent dat professionals in de jeugdzorg straks wettelijk verplicht zijn zich in een beroepsregister te laten opnemen. Alle beroepsbeoefenaren in de jeugdzorg zijn dan ook verplicht zich te houden aan hun beroepscode en zich te onderwerpen aan het bijbehorende tuchtrecht.

Inzichten naar aanleiding van bespreking van casuïstiek

Om meer inzicht te krijgen in de knelpunten die verschillende in de jeugdzorg betrokken partijen (cliënten, werkgevers en professionals) ervaren, zijn voorkomende dilemma's besproken aan de hand van casuïstiek die van diverse kanten werd aangeleverd. Door uiteenlopende casussen te bespreken, over de grenzen van alle beroepsgroepen heen, werd helder tegen welke dilemma's en knelpunten professionals in de jeugdzorg zoal aanlopen en waar het vaak misgaat. Dit zou je, parallel aan de jurisprudentie in de rechtspraak, 'morisprudentie' kunnen noemen. Door uiteenlopende casussen te analyseren is geleidelijk aan een soort praktisch-ethische kennis komen bovendien die aangeeft wat er in bepaalde situaties zou moeten gebeuren. Met deze inzichten kunnen zowel professionals als ook werkgevers en overheid hun voordeel doen.

Maar de uitwisseling van ervaringen heeft tot veel meer inzichten geleid. Zo kunnen professionals soms te maken krijgen met tegenstrijdige richtlijnen omdat de eisen die vanuit de beroepscode worden gesteld niet stroken met voorschriften die binnen de instelling gelden. DP3 vindt dan ook dat werkgevers, overheid en professionals zich gezamenlijk moeten inzetten om instellingsprotocollen af te stemmen op de beroepscode waar de beroepsbeoefenaren zich aan dienen te houden. Ook ten aanzien van diagnostiek, dossiervorming, collegiaal overleg, de bejegening van cliënten en de klachtenprocedures die voor cliënten openstaan komt DP3 met adviezen. Zo moet je als professional goed bedenken in hoeverre je een eerder gestelde diagnose overneemt. Bij overname dien je je namelijk wel te kunnen verantwoorden. Verder dienen hulpverleners in dossiers niet alleen de contactmomenten te vermelden, maar ook aantekening te maken van wat er inhoudelijk gaande is: welke problemen er spelen en wat er tijdens het contact met de hulpverlener gebeurt. Dit komt de continuïteit van de zorg ten goede. Wat betreft het collegiale overleg: dat is een must voor elke professional. Om je professionele handelen achteraf te kunnen verantwoorden is het raadzaam om ook in je verslaglegging op te nemen dat je collega's hebt geconsulteerd. Verder dient de bejegening van cliënten meer aandacht te krijgen in de (bij-/na-)scholing van professionals. Klachten van cliënten betreffen namelijk vaak juist de wijze waarop ze zich door hulpverleners bejegend voelen. En last but not least dient voor cliënten duidelijk te zijn waar ze met welke klachten terecht kunnen en wat ze van een klachtenprocedure kunnen verwachten. Een centrale helpdesk zou kunnen helpen cliënten de weg te wijzen. Zo wordt voor cliënten duidelijk waar het indienen van een klacht al dan niet toe kan leiden.

Dit zijn enkele van de adviezen die staan vermeld in de eindrapportage. Voor een uitgebreidere weergave van de bevindingen wordt verwezen naar de hoofdstukken 4 en 5.

Expertmeeting over ketenzorg

Een van de zaken die uit de casuïstiekbepreking naar voren is gekomen, is dat het in de keten van hulpverleners waar veel cliënten in de jeugdzorg mee te maken hebben nogal eens misgaat. Cliënten vinden het bijvoorbeeld vervelend om aan elke volgende professional steeds opnieuw hetzelfde verhaal te moeten vertellen, zonder dat ze merken dat er ook daadwerkelijk hulpverlening op gang komt. Ze merken op dat behandelingen niet goed op elkaar zijn afgestemd of dat de samenwerking tussen de betrokken professionals en/of instellingen te wensen overlaat. Ook missen ze soms één vast aanspreekpunt en is de verantwoordelijkheid van de diverse betrokkenen diffuus.

Met klachten over de organisatie van de zorg kunnen cliënten echter niet bij de tuchtrechter terecht. Daarom is een aparte expertmeeting over ketenzorg belegd. Centraal daarbij stond de vraag of het zinnig is een handreiking voor samenwerking in de keten op te stellen. De KNMG heeft zo'n handreiking al. Deze zou als basis kunnen dienen voor een ontwerp dat specifiek op de jeugdzorg is toegesneden. De Inspectie jeugdzorg heeft al te kennen gegeven dat zij een dergelijk initiatief toejuicht en graag aan de ontwikkeling van zo'n handreiking bijdraagt

Leeswijzer

Deze eindrapportage beschrijft de inzichten die tijdens DP3 zijn verkregen. Hoofdstuk 1 beschrijft de oorspronkelijke doelstellingen zoals omschreven in het actieplan, de inzichten die maakten dat de doelstellingen zijn bijgesteld en de manier waarop we te werk zijn gegaan. Hoofdstuk 2 licht de begrippen waar het in dit rapport om draait toe en beschrijft wat er aan kennis op deze gebieden is verzameld. In hoofdstuk 3 worden de overige resultaten van deelproject 3 op een rij gezet. De gezamenlijke casuïstiekbesprekingen binnen de ABT leverden zoveel waardevolle inzichten op dat is besloten aan deze inzichten een apart hoofdstuk te wijden: hoofdstuk 4. In hoofdstuk 5 volgen aanbevelingen voor alle partijen in de jeugdzorg om tot een goede (verbeterde) werking van beroepscode en tuchtrecht te komen. De eindrapportage wordt afgesloten met een slotbeschouwing (hoofdstuk 6) waarin expliciet antwoord wordt gegeven op de vragen die binnen het deelproject leidend waren.

Als lezer zult u merken dat dezelfde thema's op meerdere plekken terugkeren in deze eindrapportage, vanuit een wisselend perspectief. We hebben er voor het totaaloverzicht en het zicht op de verbanden tussen de onderdelen voor gekozen deze overlap te laten bestaan.

Om de inzichten en aanbevelingen uit het vervolg van dit rapport wat meer tot leven te brengen, is door de tekst heen - in kaders - een 'uit het leven gegrepen' casus uit de jeugdzorg beschrijven. Hiermee worden aspecten uit het betreffende hoofdstuk 'gevisualiseerd'. Zo komt ook het 'verhaal' achter het betoog van dit rapport in beeld en wordt duidelijk hoe we van casuïstiek kunnen leren. De tekst is ten dele gebaseerd op een casus die door de ABT is besproken, maar is in verband met de leesbaarheid hier en daar versimpeld weergegeven.

In de rapportage zal omwille van de leesbaarheid steeds worden uitgegaan van de mannelijke vorm. Waar 'hij' staat, kan uiteraard ook 'zij' worden gelezen.

'Casus Max - 4 jaar'

Als Max 5 maanden is wordt hij na een onderzoek van de Raad van de Kinderbescherming, onder voorlopig toezicht gesteld en uit huis geplaatst in een pleeggezin. De Raad concludeert dat Max in zijn ontwikkeling wordt bedreigd en moeder onvoldoende in staat is zijn belangen te behartigen.

Als Max 9 maanden is spreekt de rechter een onder toezichtstelling (ots) uit voor drie maanden, maar een machtiging voor uithuisplaatsing (uhp) wordt afgewezen. Max mag dus terug naar huis.

Drie maanden later, Max is 1 jaar, wordt de ots verlengd, en wordt ook een machtiging voor uithuisplaatsing afgegeven. Max wordt weer in een pleeggezin geplaatst, ditmaal een ander gezin.

We zijn vier maanden verder. Door Bureau Jeugdzorg (Bjz) wordt een schriftelijk aanwijzing voor een bezoekenregeling voor de moeder van Max gegeven. De moeder is het met die regeling niet eens en gaat daar tegen in beroep. De rechter doet een uitspraak over de bezoekenregeling: een keer per twee weken, begeleid door de gezinsvoogd bij moeder thuis en eenmaal per vier weken aansluitend bij de grootouders.

Zeven maanden later doet het AMK een melding van een vermoeden van seksueel misbruik waarbij vader en/of vader en moeder betrokken zouden zijn. Max is inmiddels 4.

Bureau Jeugdzorg indiceert voor Max - op verzoek van de betrokken gezinsvoogd - opnieuw 24-uurs pleegzorg. Moeder is het daar niet mee eens en dient een klacht tegen de gedragswetenschapper van Bjz bij de beroepsvereniging. Er kan veel gebeuren in het leven van een vierjarige.....

Casusbespiegeling

Een 4-jarige jongen wordt na herhaalde onder toezichtstelling opnieuw geïndiceerd voor pleegzorg. De klacht betreft een beslissing tot verlenging van uithuisplaatsing, afgegeven door een gedragswetenschapper namens Bureau Jeugdzorg. De moeder dient een klacht in tegen deze gedragswetenschapper bij het College van Toezicht van de beroepsvereniging. Het College acht de klacht ontvankelijk en beoordeelt het handelen van de gedragswetenschapper aan de hand van de beroepscode van de vereniging. In de volgende hoofdstukken komen verschillende aspecten van deze casus ter illustratie terug.

Hoofdstuk 1

Inleiding

Er gaat veel goed in de jeugdzorg. En dat komt onder andere door de professionals die zich iedere dag weer met grote betrokkenheid inzetten voor kinderen, jeugdigen en ouders. Desondanks is er de afgelopen jaren veel kritiek geweest op de jeugdzorg. Deze kritiek komt deels voort uit betreurenswaardige gebeurtenissen die - hoe dramatisch ook - als incidenten beschouwd moeten worden.

De incidenten in de jeugdzorg maken wel duidelijk dat de dagelijkse praktijk soms weerbarstig is. Werken in de jeugdzorg vraagt veel van professionals. Hun kennis en kunde bepalen voor een groot deel de kwaliteit van de hulpverlening aan kwetsbare cliënten. Hoe beter die kwaliteit, hoe beter de jeugdzorg.

Beroepsethiek en beroepscode kunnen jeugdzorgprofessionals ondersteunen en richting geven aan hun professionele handelen. De combinatie van vaktechnische kennis (*'state of the art'*) en beroepsethische normen en waarden draagt bij aan goed werk in de jeugdzorg. Dat is ook het ultieme doel van professionalisering: optimale zorg aan cliënten bieden. Opleiding is daarin een cruciale factor. Hoe beter jeugdzorgprofessionals zijn opgeleid, hoe beter de zorg die ze verlenen en hoe beter ze kunnen onderbouwen wat ze doen. Op hun handelen moeten ze door cliënten kunnen worden aangesproken.

Het tuchtrecht dat bij beroepscode hoort wordt vaak geassocieerd met het straffen van professionals die op hun gedrag afgerekend zouden worden. Binnen DP3 heeft juist de focus gelegen op het ondersteunende en lerende aspect van beroepscode en tuchtrecht. Beroepscode en tuchtrecht kunnen beide professionals ondersteunen bij hun alledaagse werk en de dilemma's die ze daarin tegenkomen. We zijn ervan overtuigd dat deze positieve werking - als deze op werkers in de jeugdzorg kan worden overbracht - uiteindelijk een wezenlijke bijdrage kan leveren aan het optimaliseren van de jeugdzorg.

1.1 Doelstellingen Actieplan Professionalisering in de Jeugdzorg

Van professionals in de jeugdzorg mag worden verwacht dat ze (vak)bekwaam, betrouwbaar, bezielde en betrokken hun werk doen. Professionalisering is erop gericht deze eigenschappen in samenhang te versterken en verbeteren.

Ten behoeve van professionalisering in de jeugdzorg is in 2007 door verschillende bij de jeugdzorg betrokken partijen een gezamenlijk actieplan opgesteld. Dit Actieplan Professionalisering in de Jeugdzorg kent vier centrale doelen:

1. ontwerpen van een beroepenstructuur, als basis voor professionalisering in de jeugdzorg;
2. versterken van beroepsverenigingen die relevant zijn voor de jeugdzorg, en het inrichten en versterken van beroepsregisters voor medewerkers in de jeugdzorg;
3. kennisopbouw en -ontwikkeling op het gebied van beroepscode en tuchtrecht voor de beroepen waar dit (via de beroepsverenigingen) al geregeld is, en de ontwikkeling van een kwalitatief hoogwaardig verenigingstuchtrecht toegespitst op die beroepen in de jeugdzorg waar dit nog niet is gerealiseerd;
4. optimaliseren van de inzet van scholing/onderwijs bij de professionalisering van de jeugdzorg.

Om deze doelen te bereiken zijn vier deelprojecten opgezet. Elk van deze projecten werd geleid door één of meer partijen die bij het actieplan betrokken zijn (beroepsverenigingen,

werkgevers, overheid, cliëntenorganisaties, opleidingen). Zo leverde elke partij haar bijdrage aan professionalisering in de sector. De samenhang tussen de deelprojecten werd bewaakt door een stuurgroep waarin alle partijen zitting hadden.

Het actieplan is uitgevoerd van medio 2007 tot medio 2010, en werd gesubsidieerd door het ministerie voor Jeugd en Gezin. Deelproject 3 (DP3) van het actieplan, 'Beroepscode en Tuchtrect', werd geleid door het Nederlandse Instituut van Psychologen (NIP) en de Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO). Zij werkten daarin nauw samen met de Beroepsorganisatie voor sociale, (ortho)pedagogische en hulpverlenende functies (Phorza), de Nederlandse Vereniging van Maatschappelijke Werkers (NVMW), de werkgeversorganisatie MOgroep Jeugdzorg, het Landelijk Cliëntenforum Jeugdzorg en de Belangenvereniging Medewerkers Bureau Jeugdzorg (BMJ).

1.2 Doelstelling deelproject 3: Beroepscode en Tuchtrect

De doelstelling van dit deelproject is in het actieplan als volgt omschreven:

"Dit deelproject streeft kennisopbouw en -ontwikkeling op het gebied van beroepscode en tuchtrect na voor de beroepen waar dit (via de beroepsverenigingen) al geregeld is en de ontwikkeling van een kwalitatief hoogwaardig verenigingstuchtrect toegespitst op medewerkers voor die beroepen in de jeugdzorg waar dit nog niet is gerealiseerd."

Kennisopbouw en –ontwikkeling zijn redelijk abstracte begrippen die moeilijk uit te drukken zijn in concrete resultaten. Wanneer zijn we er immers in geslaagd kennis op te bouwen en te ontwikkelen? Om meer richting te geven aan de doelstelling hebben we binnen DP3 een aantal vragen geformuleerd waarop we graag een antwoord wilden vinden:

1. Hoe kunnen beroepsethiek, beroepscode en tuchtrect bijdragen aan de optimalisering van de professionele hulpverlening in de jeugdzorg?
2. Hoe is de relatie tussen beroepscode en tuchtrect, en hoe verhouden zij zich tot beroepsverenigingen en beroepsregistratie?
3. Hoe kan de werking van beroepscode en tuchtrect in de jeugdzorg worden versterkt?

In hoofdstuk 6 komen we op de vragen (en de beantwoording ervan) terug. De bestaande beroepscode en het bijbehorende verenigingstuchtrect van de vier betrokken beroepsverenigingen vormen het kader bij DP3.

1.3 Ontwikkelingen binnen het deelproject

Gedurende de looptijd van DP3 deden zich enkele belangrijke ontwikkelingen voor die tot bijstellingen hebben geleid in de oorspronkelijke opzet van DP3.

In het actieplan was voorzien in een Tijdelijk Kwaliteitscollege Tuchtrect (TKC), met als doel het opbouwen en ontwikkelen van kennis over beroepsethiek, beroepscode en tuchtrect in de jeugdzorg aan de hand van de bespreking van casuïstiek. Bij sommige partijen in de stuurgroep van het actieplan bleek echter het beeld te bestaan dat het TKC ook zelf tuchtrectelijke uitspraken zou gaan doen. Om dit misverstand weg te nemen en meer recht te doen aan de daadwerkelijke taak van de commissie is - met instemming van de stuurgroep - het TKC omgedoopt tot Adviesgroep Beroepsethiek en Tuchtrect (ABT). Voor een overzicht van de deelprojectorganen wordt verwezen naar bijlage 1.

Verder is DP3 medio 2009 door het ministerie voor Jeugd en Gezin gevraagd de scenario's voor het organiseren van beroepscode en tuchtrect in de jeugdzorg in kaart te brengen. In samenwerking met een externe procesbegeleider is een vijftal scenario's in kaart

gebracht (zie bijlage 2). Bij ieder scenario is de vraag gesteld: *Wat zijn de argumenten voor en tegen dit model voor de organisatie van (beroeps)codes en tuchtrect in de jeugdzorg?* Uit de antwoorden bleek voor één model een breed draagvlak te bestaan: het model Beroepsregisters. Dit model is medio 2009 ter advies aan de stuurgroep voorgelegd. De stuurgroep heeft het advies overgenomen en in juli van hetzelfde jaar uitgebracht aan de minister voor Jeugd en Gezin (zie bijlage 3). Aan het eind van hetzelfde jaar heeft de minister, evenals de minister van Justitie, met het voorstel van de stuurgroep ingestemd en de Tweede Kamer daarvan schriftelijk op de hoogte gesteld (zie bijlage 4).

1.4 Werkwijze

Om het doel van dit deelproject te realiseren zijn de volgende activiteiten uitgevoerd:

1. de beroepsgroep van sociaalagogen is ondersteund bij de ontwikkeling van een geharmoniseerde beroepscode, een klachtenreglement en bijbehorend tuchtrect;
2. de commissie Vergelijking Beroepscode (VeBeCo) heeft de bestaande beroepscode in de jeugdzorg met elkaar vergeleken;
3. in samenwerking met een externe procesbegeleider zijn diverse scenario's om beroepscode en tuchtrect in de jeugdzorg te organiseren geïntariseerd. Hierover is advies uitgebracht aan de stuurgroep;
4. de Adviesgroep Beroepsethiek en Tuchtrect heeft casuïstiek bestudeerd en daaruit voortkomende aanbevelingen opgesteld; en
5. naar aanleiding van de door casuïstiek verkregen inzichten is een expertmeeting over ketenzorg georganiseerd.

1.5 Samenhang met de overige deelprojecten

Via kennisopbouw over en kennisontwikkeling van beroepscode en tuchtrect draagt dit deelproject bij aan verdere professionalisering van de jeugdzorg.

De wettelijke verplichting tot registratie geeft een sterke impuls aan het aantal professionals dat zich gebonden weet aan beroepscode en tuchtrect. Straks is het niet meer mogelijk om zonder beroepsregistratie in de jeugdzorg aan het werk te zijn. Dat geldt voor alle professionals in de sector: sociaalagogen, maatschappelijk werkers, psychologen en orthopedagogen. Wettelijke verplichting tot beroepsregistratie betekent dat er een directe verbinding met de beroepscode van de beroepsverenigingen wordt gelegd. Dit stelt eisen aan die beroepscode, aan de dynamiek en het onderhoud van die beroepscode, en stimuleert daarmee de beroepsgroep haar normen en waarden kritisch te beschouwen en te onderhouden. Daarmee is expliciet een koppeling gelegd met deelproject 2, 'Versterking beroepsverenigingen & beroepsregister en beroepsregistratie'.

Daarnaast verplichten beroepscode en tuchtrect (waaraan professionals via beroepsregistratie gehouden zijn) alle professionals in de jeugdzorg om te werken volgens de geldende beroepsnormen en beroepsethiek. Bovendien verplichten geregistreerde professionals zich om te werken volgens de meest actuele stand van kennis en wetenschap ('*state of the art*'). Enerzijds wordt daarmee het *zelflerend* vermogen van de beroepsgroepen aangesproken en gestimuleerd. Anderzijds wordt in voorkomende gevallen het *zelfreinigend* vermogen aangesproken. Aan beide elementen van lering zijn professionals in de jeugdzorg dan gebonden. Daar kunnen zij hun voordeel mee doen.

De wettelijke verplichting tot beroepsregistratie in de jeugdzorg geeft ook een sterke impuls aan de kwaliteit van de beroepsuitoefening in de jeugdzorg. Beroepsregistratie veronderstelt opleidingstrajecten op basis van cursorisch onderwijs, literatuurstudie, supervisie en werkervaring, maar ook permanente educatie ten behoeve van herregistratie. Daarmee is de link gelegd naar deelproject 4, getiteld 'Actualisering opleidingen & inrichting databank na- en bijscholing'.

Opleidingstrajecten en herregistratieregelingen dragen bij aan het verhogen van de bekwaamheid en deskundigheid van professionals in de jeugdzorg. Het roept vragen op als: wat moet iemand kennen en kunnen om te worden geregistreerd? Hoe kan een professional zijn kennis en vaardigheden aantonen? En hoe beoordeelt een beroepsvereniging/-register dat? Beroepsprofielen voor jeugdzorgprofessionals en gedragswetenschappers in de jeugdzorg, zoals in deelproject 1 ('Beroepenstructuur') zijn ontwikkeld, kunnen daarbij ondersteunend werken.

Hoofdstuk 2

Begrippenkader

In dit hoofdstuk worden de in het deelproject voorkomende begrippen nader toegelicht. Dit hoofdstuk hebben we opgenomen omdat ons gedurende het deelproject is gebleken dat er grote behoefte is aan verheldering van begrippen rond beroepsethiek, beroepscode en tuchtrecht. Het lezen van dit hoofdstuk is niet strikt noodzakelijk om inzicht te krijgen in de resultaten van DP3, maar levert wel grondige achtergrondinformatie over beroepsethiek, beroepscode en tuchtrecht in de jeugdzorg.

De volgorde waarin we een en ander presenteren is niet toevallig. Vanuit het perspectief van professionals in de jeugdzorg gaat het in beroepsethiek en tuchtrecht in de eerste plaats om cliënten.

2.1 Cliënten in de jeugdzorg

Dagelijks zetten jeugdzorgprofessionals in uiteenlopende beroepen en instellingen zich direct of indirect in voor hun cliënten. Vaak betekent hulpverlening *aan* cliënten in de jeugdzorg vooral samenwerken *met* cliënten. Of professionals nu achter hun bureau dossiers aan het schrijven zijn, multidisciplinair overleggen met collega's of leidinggeven aan een Bureau Jeugdzorg, uiteindelijk is al dat werk bedoeld om cliënten in de knel vooruit te helpen. Professionele hulpverlening aan de cliënt is dan ook niet slechts een slogan, het is het hart van de beroepsethiek van professionals.

Maar wie zijn precies cliënten in de jeugdzorg? Jeugdzorg is letterlijk 'zorg voor jeugd' en dat betekent dat in de jeugdzorg de jeugdige cliënt centraal staat. Tegelijk is duidelijk dat dat kind of die jongere nooit alleen centraal staat. De jeugdige cliënt heeft (pleeg)ouders, opa's en oma's, broers en zussen, familieleden en vrienden met wie hij is verbonden, een gezin waar hij vandaan komt, uit weggehaald wordt of weer in teruggeplaatst wordt.

Daarom spreekt men in hulpverlenerskringen ook wel van een cliëntensysteem. Vaak zijn leden uit dat cliëntensysteem (de groep van mensen om de cliënt heen) zelf ook cliënt van de jeugdzorgprofessional. Ouders die om opvoedingshulp voor hun moeilijk opvoedbare kind vragen zijn - naast dat kind - zelf eveneens cliënt van de professional die hun opvoedingsvraag behandelt, net als eventuele broertjes en zusjes binnen het gezin. Vaak heeft een jeugdzorgprofessional een 'driehoeksverhouding' met het kind en de ouders/opvoeders. Dat kan tot spanningen leiden en aanleiding geven tot (ethische) dilemma's.

Idealiter doet de professional in de jeugdzorg recht aan de belangen van alle leden van zijn cliëntensysteem. Het komt echter ook geregeld voor dat zogenaamde meervoudige partijdigheid niet mogelijk is, bijvoorbeeld bij een ernstig vermoeden van kindermishandeling door de ouders of verzorgers. De vertrouwensrelatie met ouders vormt altijd onderdeel van de afweging om zo nodig buiten de ouders om een melding van een vermoeden van kindermishandeling te doen. De professional laat het daar niet bij. Hij zal trachten de vertrouwensrelatie zoveel mogelijk in stand te houden en op grond daarvan hulp op gang te brengen, zowel voor de minderjarige als voor de ouders. Het netwerk van relaties waarbinnen de professional werkt wordt nog uitgebreider als hij bijvoorbeeld op gezag van de overheid, op basis van een rechtelijke uitspraak, intervineert in de relatie tussen ouders en hun kinderen. Een gezinsvoogd kan bij een ondertoezichtstelling (ots), als het ouderlijk gezag wordt ingeperkt, de ouders aanwijzingen geven hoe met hun kind om te gaan. Er ontstaat dan een ongelijke relatie tussen de jeugdzorgprofessional en de ouders. Tegelijkertijd dient de professional er rekening mee te houden dat ook de relatie tussen ouders en kinderen ongelijk is. De speciale rol die ouders hebben ten opzichte van hun kinderen dient een professional zoveel mogelijk te respecteren.

Casus Max

De moeder van Max kent een problematische periode in haar adolescentie en heeft zelf in een pleeggezin gewoond. Er zijn aanwijzingen voor een stoornis in het autisme spectrum, maar de diagnose is niet gesteld. Moeder is een periode arbeidsongeschikt geweest, huurt een woning van de grootouders waarmee ze geen goed contact heeft.

Moeder is op vrijwillige basis in behandeling bij een vrijgevestigde psychotherapeut, mede met de vraag om hulp te krijgen bij de opvoeding.

De relatie met vader is niet altijd harmonieus geweest, hij is meerdere malen uit het gezin vertrokken. Over zijn rol in het gezin bestaat onduidelijkheid. Vader draagt geen ouderlijk gezag.

Casusbespiegeling

In de casus is er sprake van een cliëntsysteem, bestaande uit een minderjarige zoon, moeder, vader en de pleegouders. De klacht van de moeder van Max gaat onder andere over de wijze waarop de gedragswetenschapper met betrokkenen is omgegaan. Moeder beklagt zich erover dat er met haar geen gesprek is gevoerd over de indicatie van Bzj.

Ook is er geen onderzoek gedaan naar het contact tussen haar en haar zoon en is nooit enige toelichting gegeven over de gang van zaken.

Bovendien is het indicatiebesluit volgens de moeder niet met 'wetenschappelijke' gegevens onderbouwd. De betrokken gedragswetenschapper heeft zelf geen onderzoek gedaan en zou (door moeder) aangereikte rapportages van derden/deskundigen niet in haar overwegingen hebben betrokken.

2.2 Kwaliteit

Voor professionals in de jeugdzorg wordt de kwaliteit van de hulpverlening mede bepaald door de relatie die ze hebben met cliënten. Het gaat, vanuit hun perspectief, bij kwaliteit om het zo goed mogelijk helpen van zoveel mogelijk cliënten met elk een naam en een gezicht.

Goede jeugdzorg is verder zorg die voldoet aan de gemeenschappelijke maatstaven van vakbekwaamheid ('state of the art') die beroepsgroepen binnen de jeugdzorg hanteren, en die voldoet aan gedeelde beroepsethische normen en waarden. Deze twee soorten kwaliteitsmaatstaven hangen nauw samen. Een gezinsvoogd die het beste voor heeft met het hem toevertrouwde gezin maar niet over de juiste kennis, competenties en kunde beschikt om dat gezin te begeleiden, kan geen goede jeugdzorg bieden.

Indien het werk van professionals niet aan deze gecombineerde maatstaven voldoet, is de kwaliteit van de jeugdzorg niet gewaarborgd en is kwaliteitsverbetering onmogelijk. Belangrijke randvoorwaarde is wel dat professionals, in tegenstelling tot hetgeen dikwijls in de praktijk aan de orde is, de (professionele) ruimte krijgen om hun werk naar behoren uit te voeren. Of, zoals het actieplan stelt:

"Ook goed toegeruste professionals komen alleen tot hun recht in een werkomgeving die hun expertise vleugels geeft. Aandacht is daarom nodig voor de werkomgeving, en daarmee voor arbeidsvoorwaarden, organisatiestructuren van de jeugdzorg en voor de kwaliteit van management van de organisaties." (pagina 7)

Die werkomgeving is een noodzakelijke randvoorwaarde, maar ook niet meer dan dat, stelt het actieplan:

"Wetgeving, infrastructuur, kwaliteitsbeleid, richtlijnen en beschikbaarheid van methodieken zijn noodzakelijke randvoorwaarden voor goede jeugdzorg, maar het is uiteindelijk de professional die in de directe relatie met de cliënt de kwaliteit van de zorg moet waarmaken." (pagina 7)

In deze eindrapportage vormt bovenstaand citaat het uitgangspunt. Professionals kunnen cliënten alleen kwaliteit bieden als zij een eigen visie hebben op die kwaliteit en de verantwoordelijkheid voor goede zorg (kwaliteitsbeleid) niet overlaten aan overheid, organisaties en instellingen. Ze dienen die verantwoordelijkheid ook zelf te nemen, individueel, op de werkvloer met collega's en collectief in beroepsverenigingen. Dat behoort ook tot hun beroepsuitoefening.

Als het gaat om kwaliteit speelt naast de professional ook de professionele organisatie een belangrijke rol. Professionals kunnen eigen verantwoordelijkheid nemen voor de kwaliteit die zij bieden mits zij daartoe voldoende worden ondersteund en gefaciliteerd door hun werkgevers. Uitgaande van de wettelijke verplichting tot beroepsregistratie dragen niet alleen professionals zelf maar ook werkgevers daar verantwoordelijkheid voor. Zij moeten ook rekening houden met het feit dat hun medewerkers voortaan gehouden zijn aan beroepscode en conform deze code moeten werken.

2.3 Professional en professionalisering

De kern van het actieplan en van alle deelprojecten is dat de jeugdzorg sectorbreed moet professionaliseren. Zo is in het oorspronkelijke Actieplan Professionalisering in de Jeugdzorg de volgende omschrijving opgenomen als uitgangspunt:

“Professionalisering van de jeugdzorg is het bevorderen van professioneel handelen in de sector. Professioneel handelen:

- *steunt op evidence based kennis die binnen een (...) opleiding wordt verworven; binnen deze opleiding worden vaardigheden ook in praktijksituaties getraind (training on the job);*
- *vindt plaats binnen kaders (zoals standaarden voor good practices, beroepscode, beroepsprofielen, protocollen en (klachten)regelingen) die door beroepsgroep, branche en/of overheid worden bepaald; wordt mede gekenmerkt door reflectie, systematisering van ervaring, intervisie, bijscholing en het streven naar kwaliteitsverbetering;*
- *kent een eigen autonomie en verantwoordelijkheid, en wordt in de regel tegen betaling verricht.”*

Dit rapport sluit aan bij deze definitie, maar voegt er het volgende aan toe:

De professional als persoon

Professionalisering in de jeugdzorg houdt in dat beroepsbeoefenaren continu proberen zich die kwaliteiten eigen te maken die horen bij een professional. Een goede professional beschikt over kennis en kunde, bezit de nodige competenties, hanteert normatieve maatstaven (kaders en beroepscode), maar heeft daarnaast ook karakter. Daarmee wordt bedoeld dat een goede professional over bepaalde persoonlijke eigenschappen moet beschikken zoals betrouwbaarheid, bewustzijn, betrokkenheid, intrinsieke motivatie, integriteit en verantwoordelijkheid. Juist in dit deelproject, waarin beroepsethiek, beroepscode en tuchtrecht centraal staan, is het belangrijk niet alleen de procesmatige maar ook de 'persoonlijke' kant van professionalisering te benoemen.

Casusbespiegeling

Belangrijke aspecten in deze casus zijn onderbouwing en het overnemen van diagnoses. In het indicatiebesluit wordt vermeld dat er 'aanwijzingen zijn voor stoornissen in het autisme spectrum' bij de moeder, maar dat er geen diagnostiek daarover voorhanden is. Bij de bespreking in de ABT is aangegeven dat de gedragwetenschapper wel degelijk verantwoordelijk had moeten nemen door te checken of er een diagnose is gesteld en hoe deze tot stand is gekomen, voordat ze de opmerking over aanwijzingen voor een stoornis vermeldt in een indicatiebesluit.

Kaders

In het actieplan wordt ook gesteld dat professioneel handelen binnen kaders van allerlei soort plaatsvindt. Zo zijn er 'best practices' die aangeven hoe contact met cliënten in uiteenlopende situaties het best kan verlopen. Voor sommige aspecten van de dienstverlening zijn richtlijnen en protocollen ontwikkeld, op basis van ervaring en kennis die binnen een organisatie en onder beroepsgenoten verworven is. Zo hoeft de professional niet voor elke (complexe) situatie waarmee hij te maken krijgt zelf het wiel uit te vinden. Dit draagt bij aan bekwaame en betrokken hulpverlening. Bovendien helpen dergelijke 'best practices' en beroepsinhoudelijke richtlijnen junior professionals om zich het vak eigen te maken en helpen ze organisaties om kennis en kunde te behouden als bekwaame krachten de organisatie verlaten.

Al die kaders, profielen, structuren en regels hebben echter ook een keerzijde: ze kunnen ook gaan knellen. Ze worden dan door professionals niet meer als houvast en een inspirerend voorbeeld ervaren, maar als een beperking van de professionele vrijheid om op basis van eigen oordeelsvorming te handelen. Paradoxaal genoeg kunnen ze er zelfs toe leiden dat professionals zich juist *minder* verantwoordelijk voelen voor wat ze doen en laten. Het bestaan van richtlijnen en checklists mag echter nooit een argument zijn om niet zelf meer na te denken.

Het is dus zaak om hierin de balans te vinden. Professionals doen vaak ingewikkeld werk. Goed omgaan met een vermoeden van kindermishandeling in een gezin vergt een genuanceerd oordeelsvermogen. Dat is nooit helemaal in regels en protocollen vast te leggen. Het kenmerkt professionals juist dat ze in zulke situaties maatwerk weten te leveren. Omdat elke cliënt weer anders is en geen situatie helemaal hetzelfde, zullen professionals ook op hun eigen oordeel af moeten kunnen gaan. Als daar te weinig ruimte voor is omdat kaders te veel knellen, ondermijnt dat de kwaliteit van het werk, doodt het zelfstandig initiatief en holt het de intrinsieke motivatie uit. Cliënten zijn daar niet mee geholpen.

Het is daarom van groot belang dat professionals zich in de gestelde kaders (gaan) herkennen. Dat ze niet het gevoel hebben dat deze hun van buitenaf opgelegd worden, maar dat ze ze als hulpmiddelen kunnen inzetten om hun werk met cliënten te verbeteren. Om die herkenning te bevorderen is overleg en discussie nodig met en tussen de professionals zelf.

Vertrouwen

In allerlei geledingen van de samenleving heerst wantrouwen omtrent de jeugdzorg. Hoe meer er aan de bekwaamheid en betrokkenheid van jeugdzorgprofessionals wordt getwijfeld, des te groter de neiging om deze professionals van buitenaf kaders op te leggen. Dit heeft zijn weerslag op de mensen die in de jeugdzorg aan het werk zijn. Goede professionals verdienen vertrouwen. Als ze dat ten onrechte niet krijgen, ondergraaft dat hun betrokkenheid en motivatie.

Daarom is het van belang om professionals in de jeugdzorg dat vertrouwen te geven. Als je erop kunt vertrouwen dat professionals uit zichzelf hun werk goed doen – omdat ze over alle persoonlijke eigenschappen beschikken die daarvoor nodig zijn – hoef je van buitenaf geen dwingende kaders te scheppen om de kwaliteit van de zorg te waarborgen. Enerzijds moeten professionals zo goed in hun werk zijn dat ze het vertrouwen van cliënten en anderen waard zijn. Anderzijds moeten die cliënten, leidinggevenden en de overheid ook bereid zijn dat vertrouwen te geven. Het moet kortom van twee kanten komen.

Professionele autonomie en verantwoordelijkheid

Kaders grenzen af maar creëren ook ruimte. Een kind in een box heeft binnen de kaders van de box juist bewegingsruimte om veilig te spelen. Op een soortgelijke manier bieden kaders de professional de bewegingsruimte om naar eigen oordeel maatwerk te leveren bij de zorg voor jongeren en hun sociale omgeving. Deze handelings- en oordeelsruimte heet professionele autonomie.

Professionele autonomie is een noodzakelijke randvoorwaarde voor professionalisering en kwaliteitsverbetering in de jeugdzorg. We benadrukken echter dat deze professionele autonomie niets te maken heeft met 'de professional maar zijn gang laten gaan' of 'doen wat je zelf goed lijkt'. Meer ruimte voor de professional leidt alleen tot kwaliteitsverbetering als die professional bekwaam, bewust, betrokken en verantwoordelijk is. Een professional met dergelijke eigenschappen zal bovendien niet solistisch opereren. Hij overlegt met collega's binnen en buiten de eigen organisatie, vraagt en geeft advies aan anderen, corrigeert zichzelf en anderen indien dat nodig is en hanteert daarbij zowel de technische maatstaven ('*state of the art*') als de beroepsethische richtlijnen om eigen en andermans werk kritisch te beoordelen.

Professionele autonomie komt nooit zonder professionele verantwoordelijkheid. Dat is het vermogen van de professional om te oordelen en te beslissen wat zijn taak en plicht is in een concrete situatie, en de bereidheid om aan anderen te verantwoorden waarom en waartoe hij zo gehandeld heeft. Uitgangspunt van deze eindrapportage is dat een hulpverlener in de eerste plaats verantwoording schuldig is aan de cliënt(en) met wie hij werkt. Een schoolmaatschappelijk werkster moet niet eerst aan de directeur van haar school hoeven uitleggen waarom ze een leerling met leerproblemen zo begeleidt als ze heeft gedaan. De eersten aan wie ze verantwoording aflegt zijn het door haar begeleide kind en zijn ouders. Als het goed is, is zij daarnaast natuurlijk ook bereid om haar collega's en leidinggevenden tekst en uitleg te geven. Professionele verantwoordelijkheid houdt ook toetsbaarheid en transparantie in. We hechten eraan om dergelijke professionele verantwoordelijkheid, transparantie en toetsbaarheid strikt te onderscheiden van wat wel de 'afrekencultuur' genoemd wordt.

Casus Max

De casus raakt ook het aspect van professionele autonomie. Volgens moeder had de betrokken professional niet alleen op het oordeel van anderen mogen/moeten af gaan maar had ze zelf onderzoek moeten doen naar haar zoon.

Professionele autonomie en verantwoordelijkheid hebben, tot slot, zowel een individuele als een collectieve (gemeenschappelijke) dimensie. Wie in de spreekkamer met een cliënt in gesprek is, moet op zijn eigen oordeel afgaan. Beroepsgroepen nemen echter ook collectief verantwoordelijkheid door met hun beroepsverenigingen kwaliteitseisen voor opleidingen te formuleren, beroeps- en competentieprofielen te ontwikkelen en een eigen beroepscode op te stellen. Daarmee reguleert een beroepsgroep zichzelf tot op zekere hoogte. Deze zelfregulering is een vorm van collectieve professionele autonomie. Professionalisering van individuele personen vergt ook collectieve professionalisering. Om zich verantwoordelijk, transparant en toetsbaar op te kunnen stellen heeft de individuele professional gemeenschappelijke normatieve kaders nodig.

2.4 Beroepsethiek en beroepscode

Het is een uitgangspunt van dit deelproject dat tuchtrecht niet los gezien kan worden van beroepscode en dat beroepscode, op zijn beurt, niet los beschouwd kan worden van beroepsmoraal en beroepsethiek.

Beroepsmoraal en beroepsethiek

Het doel van professioneel werken in de jeugdzorg is dat anderen er beter van worden. Werk in de jeugdzorg heeft, net als professioneel handelen in andere sectoren van de samenleving, daarom per definitie een morele en ethische dimensie. Wie als professional in de jeugdzorg werkt, wil met goed werk anderen goed doen. Ethiek zit ingebakken in professionaliteit.

In de dagelijkse beroepspraktijk hebben jeugdzorgprofessionals, bewust en onbewust, allerlei opvattingen en intuïties over wat goed is voor cliënten, hoe je moet handelen (en hoe niet) en welke houding deugt. Professionals hebben persoonlijke opvattingen over goed en kwaad maar delen ook veel beroepsmoraal met hun beroepsgenoten en collega's. Samen vormen al die opvattingen de 'ongeschreven morele regels' van de beroepspraktijk. Die regels stimuleren professionals om goed werk te doen, maar bieden ook een kritische maatstaf om te beoordelen of gedane arbeid wel aan de norm voldoet. Zo worden het handelen en de houding van professionals in de jeugdzorg beroepsethisch toetsbaar.

Professionals kunnen het ook bij het verkeerde eind hebben. Beroepsmoraal en -ethiek moet daarom ook gepaard gaan met kritische reflectie, in de trant van: 'Ik denk wel dat dit de beste manier was om deze cliënt te benaderen, maar was dat wel zo? Was er niet een manier die beter zou zijn uitgepakt?' Lang niet iedereen heeft dat reflecterende vermogen. Het dient aangeleerd te worden door onderwijs, overleg en discussie met anderen, veel oefenen en luisteren naar de raad van collega's die in de loop der jaren - niet zelden door schade en schande - 'morele wijsheid' vergaard hebben.

Kenmerkend voor beroepsmoraal en -ethiek is dat ze nauw verweven zijn met andere facetten van het werk. Wie cliënten in beroepsethisch opzicht goed wil doen, zal ook de juiste methodiek moeten toepassen en deskundig en zorgvuldig moeten zijn. In beroepscode wordt die samenhang benadrukt. Iemand die zijn vak niet bijhoudt, verdient vanuit beroepsethisch perspectief kritiek en aansporing om dat wel te gaan doen.

Beroepscode

Beroepsmoraal vormt de basis voor beroepscode. Beroepscode beschrijven kort en bondig de morele regels en richtlijnen, werkzame waarden en idealen van een beroepsgroep. Daarmee bieden ze een collectief ethisch kader voor de beroepsgroep.

Beroepscode hebben uiteenlopende functies. Ze geven richting aan beroepsmatig handelen, maar geven ook aan waarom je iets zou moeten doen en welk hoger doel je ermee dient. Daarnaast bieden beroepscode informatie. Aan professionals, over wat de eigen beroepsgroep van ze verwacht, maar vooral ook aan anderen, in het bijzonder cliënten. Wat mogen zij verwachten van psychologen, orthopedagogen, sociaalagogen en maatschappelijk werkers? En waaraan mogen ze hen houden? Een beroepscode is de eerste maatstaf waaraan het beroepsmatig handelen wordt getoetst.

Casus Max

Ingewikkeld in de casus van Max is de verantwoordelijkheid.

Het indicatiebesluit is voorbereid in een multidisciplinair team bestaande uit een teamleider, een aantal gezinsvoogden en een gedragswetenschapper. De gezinsvoogd schrijft op basis van alle gegevens een concept-onderbouwing, en de gedragswetenschapper van het team stelt het besluit op en ondertekent.

In deze casus was de gedragswetenschapper in het team echter niet voldoende gekwalificeerd om een indicatiebesluit te mogen tekenen. De procedure en werkwijze van Bij schrijft voor dat in dat geval een andere (gekwalificeerde) gedragswetenschapper wordt ingeschakeld om het indicatiebesluit te tekenen.

De klacht van de moeder is gericht tegen deze gedragswetenschapper, dus de ondertekenaar van het besluit.

Casusbespiegeling

Interessant bij deze casus is de vraag of de gedragswetenschapper die uiteindelijk tekent, zonder dat hij/zijde cliënt heeft gezien, toch verantwoordelijk is voor de totstandkoming van het besluit. De gedragswetenschapper voerde aan dat zij hiervoor niet verantwoordelijk was omdat zij geen aandeel heeft gehad in het totstandkomen en de inhoud van het indicatiebesluit anders dan dat haar naam, beroepstitel en functie eraan verbonden was. Binnen de ABT leidde dit tot discussie. Er is immers nadrukkelijk sprake van een behandelrelatie en het besluit is in dat kader tot stand gekomen. De gedragswetenschapper is op het moment dat hij/zij tekent verantwoordelijk voor de inhoud ervan. Hij/zij dient zich dan ook te kunnen verantwoorden voor het ondertekenen van het besluit. Het is de afweging van de professional of hij kan verantwoorden over voldoende gegevens te beschikken om dit te doen.

Dit impliceert dat professionals zich moeten kunnen verantwoorden. In het uiterste geval kan dat betekenen dat een professional ter verantwoording wordt geroepen voor een tuchtcollege van de beroepsvereniging. De beroepscode dient dan als toetsingsinstrument en als instrument ter correctie van afwijkend beroepsmatig handelen.

Bij enkele aspecten van die beroepscode staan we nog wat langer stil.

- Het werk in de jeugdzorg is vaak lastig en roept veel (morele) vragen op. Hoewel beroepscode geen kant en klare antwoorden verschaffen, helpen ze wel om kwesties waar professionals tegen aanlopen te verhelderen en te bieden ze handvatten bij de aanpak ervan. Beroepscode hebben dus zeker hun nut, maar met alleen een code red je het in de jeugdzorg niet. Je zult ook zelf een kritisch moreel oordeelsvermogen moeten ontwikkelen om met die beroepscode in de hand en in je hoofd te oordelen wat goed en wat slecht professioneel handelen is. Dat betekent ook dat je je niet kunt verschuilen achter de regels als je je verantwoordt voor je handelen. Met zoiets als 'Dat moest toch van de beroepscode!' kom je als professional niet weg. Je blijft zelf persoonlijk verantwoordelijk voor de manier waarop je in een concrete situatie de beroepscode interpreteert en hoe je de situatie waarin je met de cliënt aan het werk bent beoordeelt. Beroepsmoraal is dus breder dan beroepscode omdat je de letter van de code moet kunnen interpreteren vanuit de geest (beroepsmoraal) ervan.
- De codes bevatten gedeelde morele kennis van de beroepsgroep. Beroepsethiek is dus geen subjectieve persoonlijke aangelegenheid, maar een kwestie van dialoog, discussie en debat waarin je je handelen kritisch evalueert. Je kunt je in beroepsethische reflectie dus niet beroepen op een relativistisch 'Dat voel ik nu eenmaal zo'. Je zult redenen en argumenten moeten aanvoeren die voor anderen te begrijpen zijn en die op goedkeuring kunnen rekenen. Dat valt vaak niet mee, maar de gedeelde regels en principes uit de beroepscode kunnen helpen. Ze stellen je in staat om eigen intuïties onder woorden te brengen en transparant te maken, voor jezelf en anderen. Die gedeelde kennis biedt een steun in de rug van de professional in onzekere situaties.
- Het grote publiek is soms wantrouwend als het om jeugdzorg gaat. Mensen vragen zich af of het werk dat in de jeugdzorg wordt gedaan wel goed is voor kwetsbare cliënten. Als professionals zich publiekelijk kunnen verantwoorden door hun handelen te toetsen aan een beroepscode die voor iedereen beschikbaar en begrijpelijk is, zou veel vertrouwen gewonnen of herwonnen kunnen worden.
- Hoewel beroepscode steun kunnen bieden bij moreel onzekere situaties, geven ze geen antwoord op alle vragen. Ethiek is geen wiskunde waar met toepassing van de juiste formule een probleem eenduidig opgelost wordt. In het leven doen zich nu eenmaal vragen voor waarop tegenstrijdige antwoorden mogelijk zijn. In zulke gevallen gaat het erom dat je je keus met goede redenen maakt en je je daarvoor

kunt verantwoorden, ook al zijn er goede redenen voor het alternatief. Van belang is dat professionals in zulke gevallen te rade gaan bij collega's en bij hun beroepsvereniging.

- Opvattingen over goed en kwaad in de jeugdzorg veranderen door de tijd heen. Beroepsverenigingen die een beroepscode voor hun beroepsveld formuleren herijken hun code daarom om de zoveel tijd. Aan zo'n herziening gaat vaak een intensief overleg (met inspraakronden) in het beroepsveld vooraf. Zo kan ieder actief meedenken over de code en wordt de code echt 'eigen'. Dat is belangrijk, want met een code die professionals van buitenaf krijgen opgelegd, kunnen zij zich moeilijk identificeren. Dat blijkt ook uit de vergelijking van de beroepscode in de jeugdzorg waarover in hoofdstuk 3 wordt gesproken. Zo'n code wordt dan eerder als een knellend kader ervaren dan als een behulpzame leidraad. Als professionals zelf invloed op de totstandkoming van hun beroepscode kunnen uitoefenen, zullen ze meer geneigd zijn zich eraan te conformeren.

Casusbespiegeling

Een ander aspect van deze casus gaat over het spanningsveld tussen instellingsafspraken en de beroepscode.

De instelling volgt - waarschijnlijk bij gebrek aan gekwalificeerde gedragswetenschappers - de werkwijze dat niet gekwalificeerden ingezet worden bij de onderbouwing van een indicatie, die vervolgens getekend wordt door een gekwalificeerde collega met een beroepsregistratie.

Volgens de beroepscode is die gedragswetenschapper echter verantwoordelijk voor wat hij tekent, en moet ook de ruimte krijgen dat te doen wat hij nodig acht om die verantwoordelijkheid te nemen. Ook als dat betekent dat hij de cliënt (of zijn moeder) zelf wil onderzoeken of spreken

2.5 Tuchtrecht

We begonnen dit hoofdstuk bij de cliënt en bij de kwaliteit van dienstverlening in de jeugdzorg. We eindigen met tuchtrecht en andere reguleringsinstrumenten. Die volgorde is doelbewust. Tuchtrecht dat niet is ingebed in een gezonde beroepsethiek en -code zal nauwelijks kunnen bijdragen aan de kwaliteitsverbetering van de jeugdzorg die in het actieplan wordt beoogd.

Verenigingstuchtrecht

Het tuchtrecht waarbij binnen DP3 wordt aangesloten, is het verenigingstuchtrecht. Alle leden van een beroepsvereniging zijn aan dit tuchtrecht onderworpen. Voor verenigingen of registers waar beroepsregistratie is losgekoppeld van lidmaatschap geldt dat ook geregistreerde niet-leden zich aan het verenigingstuchtrecht verbinden. Dat doen ze door een verklaring te ondertekenen waarin staat dat ze zich aan de beroepscode zullen houden en aan het verenigingstuchtrecht onderworpen zijn. Wordt de wettelijke verplichting tot beroepsregistratie ingevoerd, dan wordt het ook verplicht je aan de beroepscode te houden en je aan het verenigingstuchtrecht te onderwerpen.

De tuchtcolleges die door de beroepsverenigingen zijn ingesteld beoordelen bij klachten of de beroepsbeoefenaar conform de beroepscode heeft gehandeld. Er is bij verenigingstuchtrecht dus sprake van toetsing achteraf. Daarmee is het het sluitstuk van kwaliteitsbeleid. Het is echter ook een begin van kwaliteitsbeleid. Door publicatie, voorlichting en permanente educatie kan er immers lering uit getrokken worden voor de hele beroepsgroep.

Casus Max

Het College van Toezicht heeft de klacht behandeld en de gedragswetenschapper een sanctie opgelegd, in dit geval een waarschuwing.

Het college vindt dat de gedragswetenschapper de moeder onvoldoende heeft geïnformeerd over de procedure van herindicatie, over de opzet van het indicatiebesluit en over haar rol bij het indicatiebesluit vanuit BJz. De gedragswetenschapper heeft dus niet zorgvuldig gehandeld.

Het College is van mening dat er sprake is van een professionele relatie tussen de moeder en de gedragswetenschapper, omdat deze door Bijz gemandateerd is het indicatiebesluit te nemen

Vindt een verenigingstuchtcollege dat een professional niet conform de beroepscode heeft gehandeld, dan kan het een tuchtmaatregel opleggen zoals een waarschuwing, berisping, schorsing als lid, roeyement of verwijdering uit het register. De impact van zulke maatregelen voor beklagden is zeer groot, juist omdat het oordeel wordt geveld door beroepsgenoten.

Verenigingstuchtrecht gaat echter niet over schuld, veroordeling en straf (strafrecht), genoegdoening (gelijk krijgen zoals bij interne klachtenprocedures) of schadevergoeding en claims (civiel recht). Het is van belang dat dit onderscheid voor cliënten helder is. Verenigingstuchtrecht staat naast strafrecht of andere voor de jeugdzorg relevante juridische procedures - zoals het klachtrecht en het civiel recht. Wat zulke procedures precies inhouden wordt hieronder toegelicht.

Wettelijk tuchtrecht

Verenigingstuchtrecht is niet hetzelfde als wettelijk tuchtrecht. Wettelijk tuchtrecht, zoals bijvoorbeeld vastgelegd in de Wet BIG, is door de overheid ingesteld en alleen van toepassing op beroepen die in de wet zijn vastgelegd. Het is daarom (nog) niet mogelijk om wettelijk tuchtrecht te laten gelden voor alle beroepsgroepen in de jeugdzorg. Niet al deze beroepen vallen immers onder de Wet BIG.

Overigens is het BIG-tuchtrecht beperkt tot de individuele gezondheidszorg. Het is dus in principe mogelijk dat een klacht in het kader van het BIG-tuchtrecht niet ontvankelijk wordt verklaard indien er volgens de tuchtrechter geen sprake is van individuele gezondheidszorg.

Verder is het zo dat de (ruim geformuleerde) wettelijke tuchtnormen steeds meer worden ingevuld aan de hand van de beroepscode die beroepsverenigingen hebben opgesteld. Zo wordt de tuchtnorm van 'handelen of nalaten in strijd met de zorg, die een goed beroepsbeoefenaar hoort te betrachten' (de zorgvuldigheidsnorm) ingevuld en verfijnd aan de hand van de beroepscode die op de professional van toepassing is. De gedragsregels die de beroepsgroep heeft geformuleerd werken dus door tot in het wettelijk tuchtrecht. Dat betekent dat er ook in dit tuchtrecht een verantwoordelijkheid bij de beroepsverenigingen ligt. De overheid vraagt de beroepsverenigingen ook om leden voor te dragen die zitting kunnen nemen in regionale tuchtcolleges. Ook in dit opzicht hebben de beroepsverenigingen een verantwoordelijke taak.

Een veelvoorkomende misvatting is dat het wettelijk tuchtrecht de mogelijkheid zou kennen om de beroepsbeoefenaar uit zijn functie te zetten. Dat is niet het geval. De drie zwaarste tuchtmaatregelen in de Wet BIG hebben betrekking op het *beroep* van de professional en niet op zijn *functie*. Maar ook met betrekking tot de beroepsuitoefening is enige nuancering op z'n plaats. Een *schorsing* houdt in dat de inschrijving in het register tijdelijk (voor ten hoogste een jaar) wordt doorgehaald. Tijdens zo'n schorsing kan de professional geen beschermd titel voeren en daardoor zijn beroep niet uitoefenen. Bij een *gedeeltelijke ontzegging* van de bevoegdheid wordt het de beroepsbeoefenaar verboden om bepaalde handelingen te verrichten. Hij blijft echter wel geregistreerd; de maatregel is juist bedoeld om doorhaling van de titel in het register te voorkomen. Pas bij (definitieve) *doorhaling* in het register kan de professional de beschermd titel niet meer voeren. Officieel mag hij nog steeds beroepsmatig in de gezondheidszorg werken, maar in de praktijk is dat

nagenoeg onmogelijk. Het ten onrechte voeren van een titel is bovendien strafbaar gesteld in de Wet BIG. Een gezondheidszorgpsycholoog van wie de titel is doorgehaald kan zich wel psycholoog blijven noemen. Deze titel is namelijk niet wettelijk beschermd.

Het verenigingstuchtrecht kent als zwaarste maatregelen de schorsing of ontzetting uit het lidmaatschap van de beroepsvereniging en/of doorhaling van de inschrijving in het register. Dit heeft geen *directe* gevolgen voor de uitoefening van het beroep of een eventueel wettelijk beschermde titel. Bij wettelijk verplichting tot registratie in de jeugdzorg kan doorhaling van de inschrijving in het register gevolgen hebben voor het werken in de sector. Het feit dat de professional niet meer geregistreerd staat - zoals wettelijk verplicht gesteld - maakt het de professional praktisch onmogelijk het beroep verder uit te oefenen in de jeugdzorg.

Noch het wettelijk, noch het verenigingstuchtrecht hebben dus *directe* gevolgen voor het dienstverband. Zoals verderop wordt besproken kan de werkgever wel zelfstandig disciplinaire maatregelen nemen, bijvoorbeeld *naar aanleiding van een tuchtrechtelijke uitspraak*.

Klachtrecht

Het is een misverstand te denken dat tuchtrecht hetzelfde zou zijn als (instellings)klachtrecht. Dat is nadrukkelijk niet het geval. Beroepscodes en tuchtrecht zijn gericht op de individuele professional. Het beroepsmatige handelen wordt direct getoetst aan de beroepscode. De tuchtrechter kan de beroepsbeoefenaar diverse maatregelen opleggen die in het reglement zijn vastgelegd (zie hierboven). Deze maatregelen hebben dus geen directe relatie tot de instelling waar de professional zijn beroep uitoefent.

Het klachtrecht heeft dat wel. Zorginstellingen zijn op grond van de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector verplicht om een klachtenprocedure in te stellen. Ook de Wet op de Jeugdzorg kent een klachtenprocedure. De meeste zorginstellingen kennen ook een klachtenfunctionaris en klachtenbemiddeling.

Dient een cliënt een klacht in over de manier waarop hij door een professional is behandeld, dan gaat de klachtencommissie aan het werk. De commissie kan een klacht gegrond of ongegrond verklaren en zendt dit oordeel naar de directie van de instelling. Bij dit oordeel spelen de eigen protocollen van de instelling een belangrijke rol. Formeel wordt er niet aan de beroepscode getoetst, maar die kan wel een rol spelen bij het beoordelen van de klacht. De directie kan vervolgens maatregelen nemen, zoals de betreffende cliënt excuses aanbieden, het werk anders organiseren, de professional een waarschuwing geven etc. Deze maatregelen hebben een ad-hoc-karakter en bieden de mogelijkheid tot schadevergoeding.

Daarmee verschillen ze van de maatregelen die een tuchtrechter kan opleggen. Het tuchtrecht kent geen mogelijkheid tot schadevergoeding. Een tuchtrechter kan alleen uitspraken doen over zaken die op de professionele beroepsuitoefening van toepassing zijn. Bij tuchtklachten kunnen professionals zich dus niet verschuilen achter instellingsprotocollen of -voorschriften: de beroepscode is leidend. Professionals zijn bovendien aan te spreken op de manier waarop zij omgaan met het spanningsveld tussen beroepscode en instellingsvoorschriften.

Casus Max

Het uitvoeringsbesluit van de Wet op de Jeugdzorg vraagt van Bzj onderzoek te doen naar 'de psychosociale, psychische of gedragsproblemen, dan wel de psychiatrische aandoening van de jeugdige, de problemen van de cliënt, niet zijnde de jeugdige, die het onbedreigd opgroeien van de jeugdige belemmeren en besteedt zij aandacht aan de opvoedsituatie'. Het betreffende Bzj uit de casus volgt de werkwijze dat het (ontwerp) indicatiebesluit wordt voorbereid in een multidisciplinair team, en dat de gedragswetenschapper van het team het besluit opstelt en ondertekent.

Wanneer de gedragswetenschapper uit het team niet gekwalificeerd is (lees: niet geschikt over een beroepsregistratie) wordt een andere - wel gekwalificeerde gedragswetenschapper - betrokken die het besluit ondertekent.

De cliënt (of de ouder) ziet alleen het resultaat van deze werkwijze, te weten een uithuisplaatsing op basis van een indicatiebesluit met de handtekening van een gedragswetenschapper.

Casusbespiegeling

In deze casus is duidelijk dat tuchtrecht zich beperkt tot het individuele handelen van professionals. Een College toetst het individuele handelen van (in dit geval) de gedragswetenschapper aan de beroepscode.

Binnen de Adviesgroep Beroepsethiek en Tuchtrecht van DP3 was er ruimte om de casus vanuit een breder perspectief te bespreken.

Dat heeft inzichten opgeleverd in het mogelijke spanningsveld tussen instellingsnormen en de beroepscode, en hoe dit kan leiden tot onduidelijkheden in verantwoordelijkheden.

Belangrijke inzichten, die de meerwaarde laten zien van dit soort casusbesprekingen "over het tuchtrecht heen"

Civiel recht

De cliënt kan verder gaan dan klagen. Hij kan via een civiele procedure een financiële schadevergoeding eisen omdat de hulpverlener met wie de cliënt een behandelingsovereenkomst heeft gesloten tekort is geschoten. De tekortkoming moet de professional toe te rekenen zijn, er moet sprake zijn van verwijtbaarheid. De instelling bij wie de hulpverlener in dienst is, is dan aansprakelijk. Voorwaarde is wel dat de cliënt de geleden schade aan kan tonen: wie eist, bewijst.

Civiele procedures duren vaak lang en zijn mede daardoor kostbaar. Om dat bezwaar enigszins op te heffen bestaat er sinds een aantal jaren een bij wet ingestelde Geschillencommissie die schadeclaims tot een bepaald bedrag kan behandelen.

Arbeids- en ambtenarenrecht

Een professional kan ook te maken krijgen met arbeids- of ambtenarenrechtelijke sancties. De CAO kent diverse disciplinaire maatregelen zoals een schorsing of overplaatsing. Het arbeidsrecht kent bijvoorbeeld de mogelijkheid van een ontslag op staande voet. De werkgever kan via het arbeidsrecht ook proberen de schade te verhalen op de professional die voor de schade verantwoordelijk is. Op professionals in dienst van de overheid is het ambtenarenrecht van toepassing. Dat kent eigen disciplinaire maatregelen.

Strafrecht

Het Openbaar Ministerie heeft een eigen verantwoordelijkheid bij de vervolging van strafbare feiten. Het feit dat er bijvoorbeeld al een klacht- of tuchtrechtprocedure tegen een beroepsbeoefenaar is aangespannen heeft - formeel - geen invloed op het besluit van het OM om de professional al dan niet voor de strafrechter te brengen. Het strafrecht beperkt zich tot in de wet omschreven strafbare feiten en straffen. De verwijtbaarheid of schuld van de beroepsbeoefenaar dient bewezen te worden.

Gesteld kan worden dat het civiele recht en het strafrecht onvoldoende mogelijkheden bieden om een goede beroepsuitoefening van professionals te waarborgen. Het civiele recht biedt te weinig zekerheid voor een verantwoorde beroepsuitoefening. De cliënt zal de instelling immers pas aanspreken als hij of zij een goede kans maakt op schadevergoeding. En dan nog zijn er de nodige hobbels te nemen: bewijslast, schade en kosten van procedure en advocaat. Het strafrecht hanteert in het algemeen normen die niet specifiek zijn toegesneden op zorg en hulpverlening. Bovendien zijn de eisen om te komen tot een strafrechtelijke veroordeling zwaar: strafbaarstelling, bewijs en grove schuld of opzet.

Alles bij elkaar is het van belang dat cliënten, professionals en werkgevers goed geïnformeerd worden over de verschillende mogelijkheden van klachtbehandeling en juridische procedures. Uitgangspunt is daarbij: de juiste klacht op de juiste plek.

Samenloop van juridische procedures

Samenloop van verschillende juridische procedures is en blijft mogelijk. Iedere juridische procedure kent immers zijn eigen functie, doel en sancties. Het uitsluiten van samenloop is geen haalbaar of wenselijk doel. Wel is het van belang de verschillende procedures goed van elkaar te onderscheiden.

Inspecties

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) neemt als toezichthouder in dit rijtje een bijzondere plaats in. Strikt genomen hoort de inspectie zelfs niet in dit rijtje thuis. De inspectie behandelt namelijk geen individuele klachten maar houdt onafhankelijk toezicht op de kwaliteit van de gezondheidszorg. De IGZ onderzoekt bijvoorbeeld meldingen over calamiteiten (ernstig letsel, overlijden), seksueel misbruik en structurele tekortkomingen in de zorg. Voor het indienen van een klacht verwijst de inspectie door naar klachtenprocedures en tuchtcolleges voor de gezondheidszorg als het gaat om BIG-geregistreerde professionals in de gezondheidszorg.

De Inspectie jeugdzorg (IJZ) houdt toezicht op de kwaliteit van de jeugdzorg. In Integraal Toezicht Jeugdzaken (ITJ) werken vijf rijksinspecties samen: die voor de gezondheidszorg, het onderwijs, de jeugdzorg, openbare orde en veiligheid, en werk en inkomen. De minister voor Jeugd en Gezin is voor deze inspecties verantwoordelijk.

Hoofdstuk 3

Resultaten

In dit hoofdstuk zetten we de resultaten van deelproject 3 op een rij. Het project heeft veel opgeleverd. Ten eerste werd uit de vergelijking van beroepscode duidelijk dat het wenselijk kan zijn om een aanvullende toelichting of addendum op de bestaande beroepscode te ontwikkelen, specifiek voor de jeugdzorg. De beroepsverenigingen werken dit verder uit. Ten tweede heeft de stuurgroep gevraagd om advies inzake scenario's voor het organiseren van beroepscode en tuchtrecht in de jeugdzorg. Dit advies en het eruit voortgekomen stuurgroep-advies aan de minister was bij aanvang van het deelproject niet voorzien. Ten derde werd uit casuïstiekbespreking gaandeweg duidelijk dat samenwerking en verantwoordelijkheidsverdeling in de jeugdzorgketen extra aandacht verdiende. Daarom is een expertmeeting georganiseerd waarin kennis is verzameld over goede ketenzorg en verantwoordelijkheid.

In hoofdstuk 1 zijn onder 1.4 ('Werkwijze') de activiteiten binnen het deelproject genoemd. In dit hoofdstuk worden de opbrengsten van deze activiteiten gepresenteerd. Achtereenvolgens komen aan bod:

1. ontwikkeling van een beroepscode en tuchtrecht voor sociaalagogen;
2. herziening van de beroepscode bij de overige beroepsverenigingen;
3. vergelijking van beroepscode;
4. ontwikkeling van een toelichting/addendum voor professionals in de jeugdzorg;
5. advisering omtrent de organisatie van beroepscode en tuchtrecht in de jeugdzorg;
6. kennisopbouw en -ontwikkeling aan de hand van casuïstiek;
7. organisatie van een expertmeeting over ketenzorg;
8. voortzetting van de ABT.

Hieronder wordt een en ander toegelicht.

3.1 Ontwikkeling van een beroepscode en tuchtrecht voor sociaalagogen

Om een eigen tuchtrecht en tuchtrecht te ontwikkelen diende Phorza (de beroepsvereniging van sociaalagogen) eerst een eenduidige beroepscode te ontwikkelen. Die was er nog niet omdat Phorza is ontstaan uit een fusie. De beroepsvereniging stond voor de taak drie afzonderlijke beroepscode tot één code terug te brengen. Bij deze harmonisatie kon Phorza gebruik maken van de expertise die NIP, NVO en NVMW ten aanzien van beroepscode, tuchtrecht en tuchtrecht al hadden. De uitwisseling en contacten die dankzij DP3 tot stand kwamen, hielpen daarbij.

Vervolgens heeft Phorza, met ondersteuning vanuit het deelproject, een tuchtrecht en tuchtrecht ontwikkeld. De commissie Vergelijking Beroepscode heeft een aantal concepten van Phorza becommentarieerd. Phorza heeft bovendien gebruik kunnen maken van de kennisopbouw uit de Adviesgroep Beroepsethiek en Tuchtrecht (ABT).

Nu ook Phorza een geharmoniseerde beroepscode met bijbehorend tuchtrecht en tuchtrecht heeft gerealiseerd, beschikken alle beroepsverenigingen in de jeugdzorg over een beroepscode en tuchtrecht. Daarmee is de basis gelegd van een landelijk dekkende organisatie¹ van beroepscode en bijbehorend tuchtrecht voor de jeugdzorg.

¹ Het betreft hier jeugdzorgwerkers (HBO) en gedragswetenschappers (WO)

3.2 Herziening van de beroepscode bij de overige beroepsverenigingen

De beroepsvereniging van maatschappelijk werkers (de NVMW) is in de loop van DP3 begonnen de eigen beroepscode te actualiseren. Veel maatschappelijk werkers zijn werkzaam in de jeugdzorg terwijl de 'oude' beroepscode voornamelijk aan werk met volwassen cliënten refereerde. In het herzieningsproces wordt ervoor gezorgd dat de generieke beroepscode (die dus voor alle maatschappelijk werkers geldt) ook van toepassing is op de beroepspraktijk van maatschappelijk werkers in de jeugdzorg. Volgens planning wordt de herziene code eind 2010 ter goedkeuring aan de leden voorgelegd.

Het NIP had vlak voor de start van het actieplan de eigen beroepscode al herzien en vastgesteld. De NVO had haar herzieningstraject voorafgaand aan de aanvang van het deelproject reeds gestart. Haar leden hebben de geactualiseerde beroepscode eind 2008 goedgekeurd.

3.3 Vergelijking van beroepscodes

Beroepscodes vormen de basis voor het tuchtrecht. Om transparantie en eenheid van tuchtrechtspraak in de jeugdzorg te bevorderen, was het van belang om de aanwezige beroepscodes te vergelijken. De commissie Vergelijking Beroepscodes (VeBeCo) heeft daarom een analyse gemaakt van de overeenkomsten en verschillen tussen de bestaande beroepscodes (i.o.) van de vier beroepsverenigingen. De resultaten van deze analyse zijn beschreven in het VeBeCo-rapport *Vergelijking van beroepscodes* (zie bijlage 5) dat in een eerder stadium door de stuurgroep met instemming is aanvaard.

De vergelijking leverde een aantal voor de jeugdzorg belangrijke inzichten op die we hier samenvatten.

- Er is veel *overeenkomst* in de basisprincipes van de verschillende beroepscodes. Verantwoordelijkheid, integriteit, respect en deskundigheid vormen de beroepsethische basisprincipes voor de beroepspraktijk van alle betrokken beroepsgroepen. Dat betekent dat professionals in de jeugdzorg in hoofdlijnen aanspreekbaar zijn op dezelfde morele principes.
- Er zijn ook *verschillen* tussen de beroepscodes van de vier beroepsgroepen. Dat is niet erg, integendeel: een beroepscode moet herkenbaar zijn voor de betreffende beroepsgroep en vertaald kunnen worden naar de eigen beroepspraktijk. Ook bij het ontwikkelen en herzien van beroepscodes is dat van belang. Een beroepscode is niet alleen voor, maar ook van de beroepsgroep. Die beheert, bewaakt en herziet zo nodig de code aan de hand van ontwikkelingen in het vakgebied en de samenleving.
- De betrokkenheid van meerdere professionals bij de zorg rond een kind en zijn gezin, en het feit dat professionals niet alleen met het kind maar ook met ouders, school en andere betrokkenen te maken hebben, vragen veel van professionals in de jeugdzorg. Daarom is geadviseerd aan de bestaande beroepscodes een jeugdzorgspecifieke toelichting of jeugdzorgspecifiek addendum toe te voegen dat professionals gerichte handvatten biedt bij hun beroepsuitoefening.

3.4 Ontwikkeling van een toelichting/addendum voor professionals in de jeugdzorg

Op grond van de verkregen inzichten binnen DP3, de vergelijking van beroepscodes en het model Beroepsregister is duidelijk geworden dat het wenselijk is een jeugdzorgspecifieke toelichting of jeugdzorgspecifiek addendum op de beroepscodes te maken. Vanuit werkgevers is tevens de wens uitgesproken om, met name voor maatschappelijk werkers en sociaalagogen, één gezamenlijk toetsingskader voor tuchtrecht in de jeugdzorg te realiseren.

NVMW en Phorza hebben intussen een addendum ontwikkeld bij hun beroepscode, specifiek voor professionals in de jeugdzorg.

Voor de gedragswetenschappers in de jeugdzorg zullen NIP en NVO een toelichting opstellen bij de beroepscode met daarin uitwerkingen van dilemma's die specifiek zijn voor de jeugdzorg.

3.5 Advisering omtrent de organisatie van beroepscode en tuchtrecht in de jeugdzorg

Zoals in paragraaf 1.3 is aangegeven heeft DP3 een advies uitgebracht aan de stuurgroep omtrent de wijze waarop beroepscode en tuchtrecht in de jeugdzorg het best georganiseerd kunnen worden.

Tijdens drie intensieve sessies onder leiding van een externe begeleider zijn vijf verschillende scenario's om beroepscode en tuchtrecht in de jeugdzorg te organiseren geanalyseerd (zie bijlage 2). Bij elk scenario werden de voors en tegens vermeld..

Daarnaast is aanvullend advies ingewonnen bij een externe deskundige, een advocaat gespecialiseerd in het (BIG)-tuchtrecht en de verdediging van BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaren. Hem is onder meer het verzoek voorgelegd om de uit te voeren analyse kritisch te bekijken op juridische haalbaarheid, consistentie en eventuele lacunes. Betrokkene heeft de argumenten om te komen tot een verenigingsmodel met beroepsregisters, op termijn eventueel gecombineerd met of opgevolgd door een vorm van wettelijk tuchtrecht, ondersteund.

Tijdens de sessies onder leiding van de externe procesbegeleider is duidelijk geworden dat beroepsregistratie een belangrijk aspect vormt in de discussie over beroepscode en tuchtrecht, in verband de reikwijdte daarvan voor alle professionals in de jeugdzorg. Daarom is uiteindelijk de voorkeur uitgesproken voor het model Beroepsregisters. In dit model zijn beroepscode en tuchtrecht gekoppeld aan de bestaande private beroepsregisters van NVMW, Phorza, NIP en NVO. Door wettelijke verplichting tot opname in een van de beroepsregisters (Beroepsregister van Agogisch en Maatschappelijk werkers (BAMw), NIP Kinder- en Jeugdpsycholoog, NVO Orthopedagoog-Generalist) wordt de professional contractueel gebonden aan de bijbehorende beroepscode en het verenigingstuchtrecht. Er is dus sprake van een optimale koppeling tussen beroepscode en beroep, vanuit de aansluiting bij de beroepen in de jeugdzorg. De identiteit van de verschillende beroepen wordt daardoor erkend en bevorderd. Een ander belangrijk voordeel van dit model is dat de benodigde infrastructuur al grotendeels aanwezig en operationeel is. Dekkend tuchtrecht dat alle beroepen in de jeugdzorg omvat kan om die reden relatief snel ingevoerd worden.

Door de keuze voor het model Beroepsregisters is het op termijn niet meer mogelijk in de jeugdzorg te werken zonder gebonden te zijn aan een van de bestaande beroepscode. Daarmee is de reikwijdte van beroepscode en verenigingstuchtrecht in deze sector maximaal. En dat vergroot het gewicht van de beroepscode en het verenigingstuchtrecht in de jeugdzorg.

Casusbespiegeling

De gedragswetenschapper uit de casus van het jongetje Max is opgenomen in een beroepsregister en is gehouden aan zijn beroepscode. Dat is niet alleen een plicht maar vormt ook het referentiekader voor zijn professionele handelen in relatie tot Max en zijn moeder.

Dat biedt de professional houvast, maar het biedt de moeder ook de mogelijkheid hem daarop aan te spreken.

Wanneer de uitspraak van het betreffende College bovendien openbaar wordt gemaakt, kunnen collega-professionals in de jeugdzorg ervan leren.

DP3 heeft het model Beroepsregisters voorgelegd aan de zogenaamde turboclub van het ministerie voor Jeugd en Gezin. Nadat deze turboclub het voorstel had aanvaard, is het model ter advies aan de stuurgroep voorgelegd. De stuurgroep heeft het advies overgenomen en als voorstel voorgelegd aan de minister voor Jeugd en Gezin. Intussen heeft deze minister, evenals de minister van Justitie, met het voorstel van de stuurgroep ingestemd en daarover de Tweede Kamer geïnformeerd (zie bijlage 4).

Naast het specifieke advies over de scenario's hebben de sessies onder leiding van de externe procesbegeleider ook algemene inzichten opgebracht of inzichten onderstreept die uit andere activiteiten is verkregen:

- een beroepscode is onlosmakelijk verbonden met een beroep en niet met een functie;
- tuchtrecht komt niet in de plaats van strafrecht of andere voor de jeugdzorg relevante juridische procedures, maar vormt een zelfstandige invulling;
- tuchtrecht is het sluitstuk van kwaliteitsbeleid en moet om die reden ook uitdrukkelijk als middel tot professionalisering worden gezien, niet als doel op zich.

3.6 Kennisopbouw en -ontwikkeling aan de hand van casuïstiek

Een belangrijk onderdeel van DP3 betrof de bespreking van praktijkcasussen uit de jeugdzorg. Dit vond plaats binnen de ABT, waarin alle bij de jeugdzorg betrokken partijen vertegenwoordigd zijn. Dit proces van casuïstiek verliep parallel aan de hiervoor beschreven activiteiten. Aanvankelijk was beoogd het deelproject in fasen op te splitsen. In die planning zou de ABT pas na gereedkoming van het Vebeco-rapport en het klachtenreglement en tuchtrecht van Phorza van start gaan. Het bleek echter effectiever te zijn de processen naast elkaar te laten verlopen zodat er ook onderlinge kruisbestuiving kon plaatsvinden. Niet alleen heeft de ABT haar voordeel kunnen doen met de kennis van de commissie Vergelijking Beroepscode en de ontwikkelingen rond beroepscode en tuchtrecht bij Phorza, andersom is evenzeer waardevol gebleken. Casuïstiek was afkomstig van verenigingstuchtrechtelijke colleges, Bureaus Jeugdzorg, zorgaanbieders, justitiële zorginstellingen, de Raad voor de Kinderbescherming, de Inspectie jeugdzorg en de Raad voor Strafrechtstoepassing en jeugdbescherming en pleegzorginstellingen. Voor het anonimiseren van de casussen zijn zorgvuldige afspraken gemaakt met de Inspecties voor de Gezondheidszorg en die voor de Jeugdzorg, en met de tuchtcolleges van NIP en NVO.

Het was voor het eerst dat vertegenwoordigers van professionals, cliënten en werkgevers in de jeugdzorg van verschillende achtergrond zich in samenspraak over casuïstiek bogen. Door zeer uiteenlopende casussen te bespreken, over de grenzen van alle betrokken beroepsgroepen heen, werd duidelijk welke dilemma's en knelpunten specifiek zijn voor de jeugdzorg en waar en op welk niveau het vaak misgaat. Professionals kunnen ervan leren, maar werkgevers en overheid eveneens. Casuïstiekbespreking legt ook organisatorische knelpunten bloot.

Alles bij elkaar heeft de ABT een impuls gegeven aan kennisopbouw en –ontwikkeling op het gebied van beroepsethiek, beroepscode en tuchtrecht in de jeugdzorg. De bevindingen en aanbevelingen die hieruit zijn voortgevloeid worden in de hoofdstukken 4 en 5 verder uitgewerkt.

3.7 Organisatie van een expertmeeting over ketenzorg

Cliënten in de jeugdzorg hebben dikwijls met meerdere hulpverleners te maken - gelijktijdig of opeenvolgend - en dat levert vaak problemen op. Cliënten vinden het bijvoorbeeld vervelend om aan iedere professional opnieuw hun verhaal te moeten vertellen zonder dat ze merken dat er daadwerkelijk hulpverlening op gang komt, en om geen vast

aanspreekpunt te hebben. Ook vinden ze soms dat de informatieoverdracht tussen de diverse professionals en instellingen te wensen overlaat, dat er niet goed wordt samengewerkt en de zorg niet goed op elkaar wordt afgestemd. Ze hebben op het beroepsethische handelen van de individuele professional dan misschien weinig aan te merken, maar klagen over de organisatie van de (keten)zorg.

Een probleem is dat het verenigingstuchtrecht daar niet op is ingericht. Tuchtrecht draait om het beroepsethische handelen van individuele professionals, niet om de organisatie van de ketenzorg. Een cliënt die over de ketenzorg zijn of haar beklag wil doen, vindt bij de tuchtrechter dus weinig gehoor.

Casusbespiegeling

In de casus van Max lopen (hulpverlenings)trajecten van verschillende aard door elkaar, die alle relevant zijn voor de ondertoezichtstelling en uithuisplaatsing van Max. De relatie van de moeder met de psychotherapeut, een arts die namens de moeder brieven schrijft aan de rechtbank over het opheffen van de uhp, het contact tussen de moeder en de gezinsvoogd, tussen de moeder en de pleegzorgmedewerker, en de hulpverleningsrelatie tussen de moeder en de gedragswetenschapper. Ondertussen zijn er ook nog twee onderzoeken gedaan door externe partijen. Niet alle betrokkenen zijn onderdeel van eenzelfde zorgketen maar het is vanuit professioneel oogpunt (en daarmee voor moeder en Max) van belang de verschillende betrokkenen met elkaar in relatie te brengen.

DP3 vindt het van belang om in professioneel kader expliciet aandacht te besteden aan het perspectief van de cliënt. Daarom is een expertmeeting ketenzorg georganiseerd rond de vraag of het zinvol is een handreiking voor samenwerking in de ketenzorg op te stellen. Dit naar het voorbeeld van de KNMG Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg (zie bijlage 6). Voor de bijeenkomst werd een groep (externe) experts en ervaringsdeskundigen uitgenodigd, op het terrein van beroepscode/tuchtnormen, (tucht)recht, en samenwerkingsprocessen in de jeugdzorg (deelnemerslijst in bijlage 7). De uitkomsten van de expertmeeting zijn verwerkt in hoofdstuk 5.

3.8 Voortzetting van de ABT

Omdat het bestuderen van casuïstiek vanuit verschillende perspectieven belangrijke inzichten heeft opgeleverd, is het raadzaam dat deze casuïstiekbepreking voortgezet wordt. Professionals kunnen er veel van leren - niet alleen met betrekking tot het punt waar de ingediende klacht om gaat, ook ten aanzien van zaken die er zijdelings mee verbonden zijn. Signaleren waar het fout is gegaan, maar ook waar het goed is gegaan, leidt tot leerpunten waar de hele jeugdzorg zijn voordeel mee kan doen. Bovendien biedt het jeugdzorgprofessionals de mogelijkheid andere partijen in de jeugdzorg (cliënten, werkgevers, beroepsverenigingen of overheid) te attenderen op knelpunten en deze gezamenlijk op te lossen.

Momenteel verkennen de betrokken beroepsverenigingen de mogelijkheden om de ABT in eigen beheer voort te zetten om zo de kennisopbouw en –ontwikkeling te continueren. Dit kan de kwaliteit van de jeugdzorg ten goede komen. In hoofdstuk 5 wordt hier nader op ingegaan.

Hoofdstuk 4

Bevindingen van de ABT

Beroepsethische kennis kan verzameld en ontwikkeld worden door middel van gezamenlijke reflectie op casussen uit het werkveld van de jeugdzorg. Deze reflectie vond plaats in de Adviesgroep Beroepsethiek en Tuchtrect, kortweg ABT. In dit hoofdstuk worden de voornaamste bevindingen van de ABT geformuleerd. Voordat we hiertoe overgaan geven we een korte toelichting op de ABT en de gevolgde werkwijze.

Twee aspecten maakten de reflectie van de ABT productief. Enerzijds de samenstelling van de adviesgroep, anderzijds de casuïstiek zelf. De samenstelling van de adviesgroep was uniek doordat deze zowel cliënten als professionals en werkgevers bevatte. Het was nog niet eerder voorgekomen dat zoveel partijen die bij de jeugdzorg betrokken zijn samen reflecteerden op tuchtrechtelijke en beroepsethische kwesties uit het veld. Zo konden casussen vanuit meerdere perspectieven worden geanalyseerd en konden blinde vlekken in het eigen professionele perspectief worden voorkomen.

In het proces van casusbesprekingen² tijdens de ABT-zittingen kwamen gaandeweg patronen en constanten bovendien. Zo ontstond wat men beroepsethische en tuchtrechtelijke 'morisprudentie' zou kunnen noemen (de term is van de filosoof Toulmin afkomstig): procesmatig gegroeide collectieve wijsheid verkregen uit de analyse van praktijkvoorbeelden. Kenmerkend is wel dat morisprudentie door de tijd heen kan veranderen. Nieuwe casuïstiek kan tot voortschrijdend inzicht leiden dat eerdere inzichten corrigeert.

De winst van de ABT blijkt niet alleen uit de volgende bevindingen. De ABT creëerde een infrastructuur en een netwerk dat uitwisseling mogelijk maakte. Leden van de ABT hebben onder andere zitting in tuchtrechtelijke colleges van de betrokken beroepsverenigingen. Hun referentiekader is door de besprekingen in de ABT gescherpt en dat zal zijn vruchten afwerpen bij volgende tuchtrechtelijke uitspraken in deze tuchtcolleges.

In dit hoofdstuk gaan we in op de kennis die in de ABT is verworven. Achtereenvolgens behandelen we dossiervorming, het belang van zorgvuldige diagnostiek, de relatie tussen beroepsrichtlijnen en instellingsprotocollen, het nemen van verantwoordelijkheid en regievoering, collegiaal overleg, bejegening en aandachtspunten van meer algemene aard. Om inzicht te geven in het proces van kennisopbouw en –ontwikkeling in de ABT is in bijlage 9 een voorbeeldcasus toegevoegd. In dat voorbeeld wordt duidelijk wat casusbespreking oplevert, hoe tot inzichten wordt gekomen en wat ervan kan worden geleerd.

4.1 Dossiervorming: transparant verantwoorden

Professionals in de jeugdzorg dienen verantwoording af te leggen aan de cliënt, aan collega-professionals, en eventueel aan een klachtencommissie of tuchtcollege. Maar uit casuïstiek blijkt dat verantwoording dikwijls beperkt blijft tot procedurele informatie, zoals de vermelding van het aantal contactmomenten. Over de *inhoud* van het primaire hulpverleningsproces tussen cliënt en professional wordt vaak niets vermeld. Dat is een probleem, want voor cliënten en collega's moet inzichtelijk zijn waarom bepaalde keuzes zijn gemaakt. Het is van belang dat onderlinge afstemming en de overname van zorg in het dossier vermeld worden. Dit om de continuïteit van de zorg te kunnen garanderen. In een dossier moet een professional dus niet alleen verslag doen van wat hij feitelijk heeft gedaan in het kader van

² De besproken casussen zijn overwegend gericht op ambulante settings.

intake, diagnostiek en interventie: hij hoort hierbij ook een motivering en onderbouwing te geven.

Casus Max

De gegevens die over het gezin aanwezig zijn spreken elkaar tegen. De arts en de psychotherapeut van de moeder zijn ervan overtuigd dat zij voor Max kan zorgen, dat zij over voldoende opvoedingsvaardigheden beschikt en veiligheid en structuur kan bieden.

Het onderzoek van een psychiatrische instelling heeft echter twijfels doen rijzen over de mogelijkheid van de moeder om 24 uur per dag voor Max te kunnen zorgen en hem op te voeden. Informatie uit eigen observatie van Bureau Jeugdzorg ondersteunt deze twijfel. Een diagnostisch onderzoek van een deskundigenbureau dat op verzoek van justitie uitgevoerd, kan door het toepassen van het blokkeringsrecht door de moeder niet in de beschouwing worden betrokken door Bureau.

Daarnaast bestaan er conflicterende beelden over de geschiktheid van het pleeggezin waarin Max leeft. Enerzijds wordt vanuit Bz waargenomen dat Max in het pleeggezin goed gedijt. Anderzijds is een door een behandeld arts van de moeder enkele keren bij het AMK melding gemaakt van aanwijzingen voor kindermishandeling door de pleegmoeder.

4.2 Diagnostiek: voor dit doel, actueel, relevant, goed

Het gebeurt geregeld dat bij het nemen van beslissingen gebruik wordt gemaakt van diagnostiek die in een eerder stadium of met een andere aanleiding is verricht. Er bestaat geen 'verbod' op het gebruik van bestaande diagnostiek. De professional zal echter wel de relevantie en geldigheid ervan ten opzichte van de huidige vraagstelling moeten bepalen. Bovendien moeten cliënten toestemming geven voor het gebruik van eerdere diagnostische gegevens. De (eind)verantwoordelijke professional dient er zorg voor te dragen dat een dossier compleet is en dat een afschrift van eerder verrichte diagnostiek aanwezig is. Zodra een professional zijn handtekening zet onder een eindrapport of verslag dat gebaseerd is op door een ander uitgevoerd diagnostisch onderzoek is hij verantwoordelijk voor een overgenomen diagnose, ook als deze niet in het kader van de huidige vraag/beslissing is gesteld. De professional zal in het dossier zorgvuldig moeten onderbouwen waarom hij een bepaalde diagnose al dan niet overneemt.

Als diagnostiek gebruikt wordt bij de onderbouwing van beslissingen, het geven van advies of het weergeven van bevindingen, zijn dus de volgende zaken van belang:

- de diagnostiek moet relevant zijn voor de vraagstelling c.q. de hulpvraag die ten grondslag ligt aan het onderzoek (de onderzoeksvraag). In het dossier van de cliënt moet de relevantie van diagnostische activiteiten worden gemotiveerd;
- de diagnostiek moet actueel zijn, er moet onderzoek worden gedaan naar de huidige toestand van de cliënt;
- de diagnostiek moet door een gekwalificeerd beroepsbeoefenaar worden verricht; en
- de professional dient zijn bevindingen en conclusies zorgvuldig te motiveren en te onderbouwen.

Casusbespiegeling

In de casus komt aan de orde in hoeverre de door anderen uitgevoerde diagnostiek gebruikt mag worden zonder nader onderzoek. De gedragswetenschapper uit de casus stelt dat de gegevens vergaard zijn door een multidisciplinair team dat het indicatiebesluit voorbereidt en de onderbouwing schrijft. In zijn optiek had een persoonlijk gesprek met de betrokkenen geen toegevoegde waarde. De interne procedure/werkwijze van Bz waarborgt in haar ogen voldoende de vraag of de gedragswetenschapper zaken wel of niet zelfstandig kan afhandelen.

4.3 Protocollen, procedures, richtlijnen: voorkom een spagaat

Knelpunten in de beroepspraktijk kunnen ook liggen op organisatieniveau. Uit de bestudeerde casuïstiek blijkt dat er een spanningsveld kan bestaan tussen instellingsprocedures en vakinhoudelijke richtlijnen. Professionals hebben te maken met:

- beroepsethische normen. Deze maken integraal onderdeel uit van beroepscode. In hoofdstuk 2 is de relatie tussen beide toegelicht;
- beroepsinhoudelijke richtlijnen, als weergave van de *'state of the art'*;
- instellingsprocedures en –voorschriften. Het betreft hier interne protocollen en procedures die de (kwaliteit) van het hulpverleningsproces moeten stroomlijnen;
- instellingsregels met een vakinhoudelijke component. Het betreft veelal meldcodes die gericht zijn op de afweging tussen beroepsgeheim en meldrecht of -plicht bij (een vermoeden van) kindermishandeling. De instellingsregels bieden een stappenplan ter ondersteuning van het handelen.

Daarnaast bestaat er (uiteraard) wet- en regelgeving waaraan werkgevers en professionals gehouden zijn bij het inrichten respectievelijk verzorgen van hulpverlening aan cliënten.

Nu beroepsregistratie binnenkort wettelijk verplicht wordt en professionals dus allemaal te maken krijgen met beroepscode en tuchtrecht, is het des te belangrijker om de jeugdzorg verder te professionaliseren en daarbij een prominente rol toe te kennen aan de geldende beroepscode. Beroepsbeoefenaren zijn op grond van hun beroepscode volledig verantwoordelijk voor hun professionele handelen. Daarnaast hebben ze uiteraard verplichtingen tegenover een leidinggevende of werkgever. Maar 'het systeem' of tijdgebrek/caseload vormen geen geldig excuus. Bij tuchtrechtspraak wordt het handelen van de professional getoetst aan de normen van de beroepsgroep, en niet aan die van de instelling.

Indien de professional klem komt te zitten tussen zijn beroepsnormen en de organisatienormen, heeft hij zelf de verantwoordelijkheid dit aan te kaarten bij zijn leidinggevende. Werkgevers hebben de verantwoordelijkheid werknemers in de gelegenheid te stellen conform hun beroepsnormen, beroepsethiek en *'state of the art'* te werken.

In de veelheid aan normen, codes, richtlijnen en procedures is het van belang om strijdigheid te voorkomen. Mogelijk conflicterende kaders beïnvloeden namelijk de besluitvorming in de hulpverlening op cruciale momenten, mogelijk met *vér*strekkende gevolgen.

Kortom:

- het is voor de kwaliteit van zorg aan cliënten van belang dat professionals volgens hun beroepscode kunnen werken. Meer dan nu het geval is. Een belangrijke voorwaarde daarvoor is dat instellingsprotocollen en -voorschriften op de beroepsethische normen van de beroepsgroepen worden afgestemd die in de sector actief zijn;
- verder wordt aangeraden om protocollen en richtlijnen, van welke aard dan ook, zo kort en handzaam mogelijk te houden zodat ze hanteerbaar en bruikbaar zijn in de dagelijkse praktijk. Het is daarom van belang goed na te gaan of reeds bestaande kaders, protocollen en richtlijnen de benodigde kaders voor beroepsmatig handelen al kunnen bieden. Daarnaast moet worden bekeken of zij kunnen helpen bij het verhelderen, hanteren of afstemmen van de procedures ter ondersteuning van het primaire hulpverleningsproces;
- een overdaad aan kaders, richtlijnen en protocollen, met overlap en een gebrek aan samenhang, werkt contraproductief voor het realiseren of borgen van goede zorg. Professionals dreigen door de bomen het bos niet meer te zien. De vier

beroepsverenigingen in de jeugdzorg hebben in dit kader een projectaanvraag gedaan voor richtlijnontwikkeling in de jeugdzorg. Een belangrijk aspect in de opzet van richtlijnontwikkeling is de probleemanalyse. Een onderwerp dat in aanmerking komt voor een richtlijn wordt eerst aan een nadere probleemanalyse onderworpen met het doel helderheid te krijgen over uitgangsvragen die beantwoord moeten worden, wat de begrenzing moet zijn, en welke ontwikkelingsmethode daar het beste bij past.

Casusbespiegeling

Vanuit Bzj wordt aangegeven dat volgens het uitvoeringsbesluit van de Wet op de Jeugdzorg (ten tijde dat deze casus speelt) geen indicatiebesluit mag worden genomen zonder dat een ontwerp-besluit is voorgelegd aan een gekwalificeerd gedragswetenschapper.

In deze specifieke casus is het besluit eerst voorgelegd aan een gedragswetenschapper die niet voldoende gekwalificeerd was (lees: niet beschikte over een beroepsregistratie).

Bzj geeft aan dat de praktijk weerbarstig is. Het belang van regelgeving wordt onderschreven maar vanwege het gebrek aan middelen en gekwalificeerde gedragswetenschappers kan er niet altijd aan voldaan worden. Om voldoende waarborg te bieden voor zorgvuldige en verantwoorde besluitvorming heeft Bzj noodgedwongen een eigen, afwijkende, procedure opgesteld.

De vraag die we onszelf moeten stellen is of deze instellingsprocedure - die dus voldoet aan de wettelijke regelgeving - de toets van kwalitatief goede en verantwoorde jeugdzorg ook kan doorstaan.

4.4 Verantwoordelijkheid en ketenzorg: een kwestie van regie

In de jeugdzorg zijn bijna altijd meerdere spelers en meerdere professionals bij een kind betrokken. Iedere beroepsbeoefenaar heeft een afgebakende eigen verantwoordelijkheid. Maar in de afstemming tussen professionals doet zich regelmatig een probleem voor.

De taak- en verantwoordelijkheidsverdeling tussen de verschillende hulpverleners is vaak niet goed geregeld. De cliënt ondervindt hier de nadelen van en loopt daardoor soms onverantwoorde risico's. Een betere communicatie en afstemming tussen zorgverleners is daarom noodzakelijk.

Op initiatief van DP3 is in maart 2010 een expertmeeting rond ketenzorg georganiseerd. In deze meeting stond de vraag centraal of het zinvol en wenselijk is een handreiking voor samenwerking in de keten van de jeugdzorg te ontwikkelen. Zowel de experts als de ABT zelf beantwoordden deze vraag positief. Zij vinden dat beroepsverenigingen het initiatief moeten nemen om een dergelijke handreiking te ontwikkelen. De handreiking en bijbehorende checklist van de KNMG (zie bijlage 6) kan daarbij dienen als referentiekader. In bijlage 8 is ter illustratie een eerste aanzet tot de contouren voor een handreiking voor de jeugdzorg opgenomen. De Inspectie jeugdzorg juicht dit initiatief toe en heeft aangegeven desgewenst een actieve rol te willen vervullen in het ontwikkeltraject.

Alles bij elkaar heeft de expertmeeting ketenzorg de volgende inzichten opgeleverd:

- door het ontbreken van hiërarchische relaties³ tussen hulpverleners is het moeilijk om tot bindende regieafspraken te kunnen komen;
- beslissingsstructuren zijn dikwijls niet gekoppeld aan professionele verantwoordelijkheden van betrokkenen;
- *informed consent*⁴ is niet alleen van belang voor het eigen professionele handelen maar ook voor andere hulpverleners die bij de cliënt/het cliëntsysteem betrokken zijn.

³ Het betreft relaties tussen hulpverleners binnen en tussen organisaties.

De cliënt moet helder uitgelegd krijgen hoe de zorg die diverse hulpverleners vanuit een of meer organisaties – al dan niet gelijktijdig - aanbieden met elkaar samenhangt. De cliënt moet dat kunnen begrijpen en op basis daarvan eigen overwegingen kunnen maken en beslissingen kunnen nemen;

- samenwerking in de keten is geen doel op zich, maar een middel om tot veiligheid en optimale ontwikkeling van het kind te komen. Dát moet het uitgangspunt zijn voor samenwerking; niet de eigen domeinen, taken en bevoegdheden van betrokkenen;
- om de regie in de keten en bijbehorende afspraken te bevorderen is het van belang om slechts het minimaal noodzakelijke vast te leggen met betrekking tot de specifieke taken en verantwoordelijkheden die ieder bij de samenwerking krijgt toegewezen. Het lijkt voor de hand te liggen om hierover wél afspraken te maken, maar dit blijkt in de praktijk dikwijls averechts te werken omdat professionals zich op zulke afspraken kunnen beroepen en zich erachter kunnen verschuilen. Bovendien kunnen het doel en de daarvoor in te zetten middelen tijdens een hulpverleningstraject veranderen. In dat geval moeten de schriftelijke afspraken weer worden herzien;
- tijd en ruimte voor kritische zelfreflectie van professionals en reflectie op elkaar, in intervisie, is een belangrijke voorwaarde om de kwaliteit van de zorg bij samenwerking te waarborgen;
- adequate regievoering is dikwijls afhankelijk van de persoon van de coördinator. Het is het meest effectief om degene in te zetten met het meeste (natuurlijke) gezag/overzicht naar collega's toe, die bovendien het vertrouwen heeft van de cliënt, en bij wie alle gegevens kunnen samenkomen;
- een belangrijke voorwaarde voor succesvolle ketenzorg en samenwerking is dat altijd slechts één professionele regievoerder wordt aangewezen. Het expliciet benoemen van deze rol in de communicatie met de cliënt en in het dossier is evenzeer van belang;
- het is noodzakelijk om in iedere situatie de ketenpartners te benoemen die betrokken zijn bij een cliënt. Een checklist en handreiking kunnen daarbij ondersteunend werken;
- de status van een handreiking voor samenwerking wint aan kracht in het veld als beroepsverenigingen deze valideren en deze daarmee tot '*state of the art*' voor de beroepsgroep wordt. Als '*state of the art*' kan het in klachtzaken bij tuchtcolleges vanuit de beroepscode worden gebruikt binnen het toetsingskader voor tuchtrechtspraak.

Bij het voorgaande punt over 'protocollen, procedures, richtlijnen' is aanbevolen het aantal documenten en kaders zoveel mogelijk te beperken om het voor professionals werkbaar en hanteerbaar te houden. Dat geldt ook voor het ontwikkelen van een handreiking voor samenwerking. De ABT adviseert om in de handreiking een verbinding te maken in de keten met de centra voor Jeugd en Gezin. Daarmee kan de handreiking jeugdzorgbreed worden gehanteerd en kan uniformiteit eenvoudiger worden bewerkstelligd.

4.5 Collegiaal overleg: moet!

Overleg over de inhoud van bevindingen, adviezen of beslissingen is één ding; met collega's je afwegingen bij beslissingen delen maakt je een betere professional. Het behoort tot je professionele verantwoordelijkheid om afwegingen en/of dilemma's aan collega's voor te leggen om zo tot een verantwoorde eigen keuze te komen. In dit kader spreken we over moreelberaad. In hoofdstuk 2, paragraaf 4, werd al gewezen op het belang en het nut daarvan. Moreelberaad maakt integraal onderdeel uit van de beroepsuitoefening.

⁴ Als cliënt 'welingelicht kunnen instemmen met'. Bij hulpverlening is toestemming vereist en om als cliënt (geldige) toestemming te kunnen geven, moet je goed ingelicht zijn door de professional.

Verslaglegging van intercollegiaal overleg maakt onderdeel uit van het cliëntdossier. Voor het onderbouwen en verantwoorden van professioneel handelen is het van belang te kunnen laten zien *dat* je overleg hebt gepleegd met een collega zonder daarbij op de inhoud van dat overleg in te gaan. Cliënten hebben geen recht op inzage in wat een collega heeft gezegd of geadviseerd, maar hebben wel het recht te weten *dat* je overleg hebt gevoerd.

4.6 Bejegening: inlevingsvermogen is van belang

Klachtzaken gaan dikwijls niet over wat er inhoudelijk in het hulpverleningstraject is misgegaan, maar over de wijze waarop de cliënt is bejegend - of althans, hoe de cliënt de bejegening heeft beleefd. Bejegening zou, meer dan het nu is, een ingebakken aspect van het beroepsmatig handelen moeten zijn.

Enkele punten ter overweging:

- cliënten voelen zich pas serieus genomen en gehoord als ze begrijpen waarom professionals doen wat ze doen. Alleen als zij in begrijpelijke taal het wat en waarom krijgen uitgelegd kunnen zij eigen beslissingen nemen en zich aan het behandelplan committeren;
- *informed consent* is meer dan een procedurele verplichting waaraan professionals moeten voldoen om toestemming te krijgen van de cliënt. Controleren of de cliënt de informatie heeft begrepen en tot een weloverwogen eigen beslissing of toestemming kan komen is van evident belang;
- hoe je cliënten informeert en betreft bij keuzes vraagt expliciet aandacht in opleidingen en deskundigheidsbevorderende activiteiten als intervisie en supervisie. Stel jezelf bijvoorbeeld de vraag 'hoe zou je cliënt hierop reageren?', of stel je voor dat het om je eigen kind zou gaan. Een faciliterende rol van instellingen door scholing voor, en informatie aan, professionals te initiëren over communicatie met cliënten is waardevol. Dit alles is gericht op een belangrijke competentie in dit kader, zie ook de beroepsprofielen uit deelproject 1 van dit actieplan, namelijk het invoelend vermogen van de professional.

Casus Max

De gedragswetenschapper is tot vaststelling van het indicatiebesluit voor 24-uur pleegzorg gekomen zonder de moeder te hebben gesproken. Kan dat wel?

Het College stelt vast dat er sprake is van een hulpverleningsrelatie tussen de gedragswetenschapper, de moeder en Max.

De gedragswetenschapper had de moeder moeten informeren over zijn besluit, welke stappen hij daarvoor ging zetten, welke gegevens geraadpleegd werden, wat zijn rol was en die van moeder, over de aard van de professionele relatie, en wat de consequenties daarvan zijn? Want: kan moeder weten wat de werkwijze is van Bzj? En als ze dat al weet of vermoedt, begrijpt ze dan waarom dat gebeurt? De moeder bepaalt weliswaar niet het besluit over de uithuisplaatsing van Max, maar dat ontnemt haar niet het recht, als ouder, om betrokken en geïnformeerd worden.

Casusbespiegeling

Uit de casus en het oordeel van het College kan worden afgeleid dat de gedragswetenschapper te kort is geschoten op het punt van bejegening.

De moeder is onvoldoende geïnformeerd en is daardoor niet genoeg meegenomen in het proces van acceptatie van het indicatiebesluit en de beslissing tot verlenging van de uhp die daarop volgde.

4.7 Klacht indienen: zorg voor laagdrempeligheid

Het moet voor de cliënt helder zijn waar hij met welke klacht terecht kan en wat hij vervolgens kan verwachten. Uit casuïstiek blijkt dat cliënten vaak een klacht indienen waar een tuchtcollege niets mee kan. Via tuchtrechtspraak kan namelijk alleen een uitspraak worden gedaan over het handelen van professionals. Tuchtrecht is gericht op het toetsen van het handelen van professionals, niet op genoegdoening voor cliënten.

Om goed om te kunnen gaan met de verwachtingen van cliënten en hun klachten op de juiste wijze kunnen kanaliseren, is een aantal zaken van belang:

- een eerste opvang van klachten en/of vragen van cliënten via een centrale helpdesk. Hier kan uitleg worden gegeven over wat wel en niet van tuchtrecht kan worden verwacht. Om tot inhoudelijke en procedurele afstemming te komen, biedt samenwerking van beroepsverenigingen en de cliëntenorganisaties een meerwaarde;
- overzichtelijk en kernachtig informatiemateriaal voor cliënten, waarin staat hoe en waar ze een klacht kunnen indienen en hoe de procedure daarna verder verloopt. In dit kader is reeds met vertegenwoordigers van het Landelijk Cliëntenforum Jeugdzorg in oriënterende zin gesproken over de mogelijkheid voor een cliëntenfolder die via de 'cliëntroutes' van het LCFJ kan worden verspreid;
- ondersteuning van cliënten bij het opstellen en toelichten van hun klacht; en
- voor cliënten in begrijpelijk taal opgestelde uitspraken van tuchtcolleges.

Hoofdstuk 5

Aanbevelingen en afsluiting

De belangrijkste meerwaarde van het Actieplan Professionalisering in de Jeugdzorg in het algemeen, en DP3 in het bijzonder, is dat verschillende partijen rond de tafel zijn gaan zitten om de jeugdzorg verder te professionaliseren.

In dit hoofdstuk geven we inzicht in de belangrijkste bevindingen die DP3 heeft opgeleverd en doen we aanbevelingen voor het oplossen van knelpunten, uitgesplitst naar doelgroep.

Aangezien veel van de aanbevelingen zijn gebaseerd op bevindingen van de ABT, is een zekere overlap met hoofdstuk 4 onvermijdelijk.

5.1 Cliënten

Voor cliënten is één zaak van groot belang, namelijk dat zij de juiste en kwalitatief hoogwaardige zorg krijgen. In relatie tot beroepsethiek, beroepscode en tuchtrecht is dan een aantal zaken relevant.

Bejegening en communicatie

Veel klachten liggen op het gebied van bejegening: een cliënt voelt zich onvoldoende gehoord, is niet goed geïnformeerd of voelt zich onheus bejegend. Klachten kunnen voorkomen worden wanneer de professional ruimte laat aan de cliënt om verwachtingen, emoties en frustraties te uiten, en daarover in gesprek te gaan.

Samenwerkende professionals

In de jeugdzorg werken meerdere professionals samen in wat doorgaans ketenzorg wordt genoemd. Het is niet altijd helder wie in zo'n keten van zorg de regie heeft, wie (eind)verantwoordelijk is, en wie het aanspreekpunt is voor de cliënt. Dat maakt het voor cliënten onduidelijk wie ze waarop kunnen aanspreken en wat ze van wie kunnen verwachten. Het zorgtraject is voor cliënten dikwijls ondoorzichtig.

Privacy

Voor cliënten moet helder zijn welke gegevens uit hun dossier met welk doel tussen professionals worden uitgewisseld, en wat hun rechten daarbij zijn. Soms is het in het belang van de cliënt, of de veiligheid van anderen, noodzakelijk om de privacy van de cliënt te schenden. Van groot belang is daarom dat professionals aan kinderen en ouders kunnen onderbouwen waarom zij aan hun privacy minder gewicht hebben toegekend.

Klachten: waar, hoe en waartoe

Als het misgaat, moet voor een cliënt duidelijk zijn waar hij met zijn klacht terecht kan en wat hij dan kan verwachten: wat is tuchtrecht, wat is het verschil met klachtrecht, civiel recht en strafrecht, welke sancties zijn er en wat betekent dat voor mij als cliënt?

Aanbevelingen

- Ontwikkel begrijpelijk informatiemateriaal voor cliënten over wat tuchtrecht is, wat het wel en niet oplevert, waar men naartoe moet met welke klacht, welke procedures er zijn en wat men vervolgens kan verwachten. De informatie moet makkelijk te vinden en te raadplegen zijn, en er moet een laagdrempelige mogelijkheid zijn vragen te stellen over de verschillende procedures. Dit voorkomt teleurstelling en frustratie,

maar het voorkomt ook dat knelpunten te lang blijven liggen of niet aan het licht komen.

- Laat dit materiaal niet alleen *voor* maar ook (mede) *door* cliënten ontwikkelen, in samenwerking met de beroepsverenigingen.
- Zorg dat nieuw ontwikkeld informatiemateriaal zijn weg vindt naar cliënten, bijvoorbeeld via de cliëntroutes die binnen het LCFJ worden ontwikkeld.
- Ontwikkel één loket of helpdesk waar cliënten die overwegen een klacht in te dienen terecht kunnen met vragen en waar zij eventueel ondersteuning kunnen krijgen bij het formuleren van hun klacht. Een voorportaal van een dergelijk loket zou met het oog op toegankelijk- en laagdrempeligheid ondergebracht kunnen worden bij de cliëntenorganisatie. Achter het loket kunnen beroepsvereniging en cliëntenorganisatie gezamenlijk de service verzorgen.
- Ontwikkel een platform waarop cliënten bij de gang van zaken in de jeugdzorg stil kunnen staan en er met professionals en anderen over in dialoog kunnen gaan. Een dergelijk platform zou eveneens in een voorportaal bij de cliëntenorganisatie kunnen worden ondergebracht.
- Zorg dat de bejegening van en communicatie met cliënten een vast en belangrijk onderdeel vormen in de verschillende opleidingen en bij- en nascholingstrajecten. Bij de ontwikkeling en/of de verzorging van aanbod in dit kader is het aan te bevelen ervaringsdeskundigen te betrekken.
- Besteed bij de behandeling van klachtzaken meer aandacht aan de positie van klagers en hun rol en betrokkenheid. Klagers lopen ergens tegenaan en vragen daar aandacht voor. Dat moet serieus worden genomen: het is van belang de achtergrond van de klacht te achterhalen, klagers daar ook op te bevragen en te horen, en uitspraken in voor klagers begrijpelijke bewoordingen op te stellen.

Casusbespiegeling

Het College heeft besloten om geen repliek en dupliek te vragen omdat zij op basis van de beschikbare documenten en de informatie uit de zitting over voldoende gegevens kan beschikken om een uitspraak te doen.

De vraag is of het in een klachtzaak waarbij emoties en beleving een grote rol spelen, zoals in dit geval bij de casus Max, niet beter was geweest dit toch te doen.

De moeder zou zich in elk geval beter gehoord voelen.

Is het mogelijk voor colleges hier invulling aan te geven, zelfs als zij dat voor toetsing van handelen aan de beroepscode niet noodzakelijk vinden?

5.2 Professionals

Beroepscodes en tuchtrecht leveren een positieve bijdrage aan het werk van professionals. Voor een maximaal effect is het essentieel dat professionals zich verbinden aan de voor hun beroepsgroep geldende code. Ze moeten zich erin kunnen herkennen, en dat betekent dat de codes vertaald moeten worden naar de dagelijkse praktijk zodat ze voor de betreffende beroepsbeoefenaren gaan 'leven'.

Een aantal zaken kan hiertoe verbeterd worden.

Bekendheid en betrokkenheid

Het is van belang dat professionals beroepscodes en tuchtrecht gaan zien als hulpmiddel en ondersteuning bij hun professionele handelen, en als iets waar ze van kunnen leren, ook door onderlinge uitwisseling en consultatie. Het zou goed zijn indien zij hun beroepscode niet beschouwen als iets waarop ze afgerekend worden maar eerder als iets waar ze zich op willen laten aanspreken ('hier staan we voor!'). De beroepscode is bovendien van de beroepsgroep zelf, een zelfreguleringsinstrument waar je binnen je beroepsgroep over meedenkt, meepraat en meebeslist.

Vertaalslag naar de praktijk

Beroepscode's zouden nog meer kunnen gaan 'leven' in de praktijk. Knelpunten en dilemma's die je in je werk tegenkomt kun je aan de hand van de beroepscode inzichtelijk en bespreekbaar maken, ook in gesprek met de cliënt. Bij de vertaalslag van de algemene code naar de dagelijkse praktijk kan een jeugdzorgspecifieke toelichting of jeugdzorgspecifiek addendum bij de beroepscode's behulpzaam zijn (zie aanbeveling onder 5.3).

Spanningsveld instellingsprotocollen en beroepsnormen

Spanning tussen beroepsnormen en instellingsprotocollen leidt soms tot een spagaat voor de professional: de werkgever vraagt dit, de beroepscode dat. De beroepscode's vragen van professionals dat zij werken volgens de meest recente wetenschappelijke inzichten en methoden en de geldende beroepsethische normen. Zij zijn daar ook in tuchtrechtelijke zin op aan te spreken. Als het in de praktijk niet goed mogelijk is om zich aan de beroepscode te houden raken professionals in tweestrijd. In dat geval moet de beroepscode voor de professional leidend zijn. Voor professionals en werkgevers ligt er een gezamenlijke verantwoordelijkheid om deze strijdigheid te voorkomen of zoveel mogelijk te beperken.

Aanbevelingen

- Stimuleer dat professionals lid worden van hun beroepsvereniging, maak collega's enthousiast door ervaringen uit te wisselen. Door een beroepsgroep te organiseren wordt de identiteit van de beroepsgroep versterkt, en daarmee ook de werking van een beroepscode. Hoe beter een beroepsgroep georganiseerd is, hoe beter deze in staat zal zijn leden te motiveren om conform de eigen beroepscode te werken. Professionals die lid zijn van een beroepsvereniging kunnen meedenken en meebeslissen over de beroepscode waaraan zij gebonden zijn. Hoe groter de groep professionals die sturing kan geven aan de eigen beroepscode, hoe groter het draagvlak binnen de beroepsgroep, en hoe beter de herkenning en werking daarvan verankerd zijn in het veld.
- Bespreek knelpunten en dilemma's uit de praktijk aan de hand van de beroepscode's: organiseer moreelberaad op de werkvloer, gebruik beroepsethiek als kapstok bij intervisie. Het bespreken van zaken waar je tegen aanloopt en het uitwisselen van ervaringen draagt bij aan het ontwikkelen van je eigen oordeelsvermogen en verbetert de samenwerking tussen collega's uit verschillende disciplines.
- Erken de verschillen in doelen en functies tussen instellingsprotocollen, beroepscode's en vakinhoudelijke richtlijnen. Neem als professional zelf de verantwoordelijkheid een eventueel spanningsveld hierin te signaleren en te bespreken met je werkgever.
- Onderbouw je keuzes en beslissingen en leg deze vast in het dossier - niet alleen als je ter verantwoording wordt geroepen, maar ook tijdens het hulpverleningsproces. Zo kun je je verantwoorden naar je cliënt, collega's, mede-vakgenoten en tuchtcolleges, indien nodig. Het expliciteren van professionele overwegingen draagt bovendien bij aan de transparantie van de zorg voor alle daarbij betrokken partijen.
- Een beroepscode schrijft voor dat de professional ook zelf verantwoordelijk is voor het verwerven en onderhouden van zijn deskundigheid. Signaleer knelpunten hierin, bijvoorbeeld door beroepsverenigingen attent te maken op hiaten in het bij- en nascholingsaanbod. Wijs opleidingsinstellingen op de mogelijkheid hun cursussen en trainingen te laten accrediteren, zodat deze meegeteld kunnen worden voor (her)registratie.

5.3 Beroepsverenigingen

Beroepsverenigingen kunnen er als hoeders van beroepscode en tucht recht aan bijdragen dat ethiek en tucht recht meer vanzelfsprekend, en in samenhang, een rol gaan spelen in professionalisering en de kwaliteit van de beroepsuitoefening. De volgende aandachtspunten zijn aan de orde voor de jeugdzorg.

Bekendheid en informatie

Het is van belang dat er meer (of meer toegankelijke) informatie komt over wat beroepscode en tucht recht zijn, waar ze wel en niet voor zijn bedoeld, hoe ze kunnen bijdragen aan kwaliteitsverbetering, en hoe ze als ondersteuning in de dagelijkse praktijk kunnen fungeren. Dat geldt zowel binnen de beroepsgroep (vooral voor sociaalagogen en maatschappelijk werkers, voor wie beroepsregistratie, beroepscode en tucht recht in de jeugdzorg relatief nieuw zijn) als daarbuiten (voor cliënten en werkgevers).

Kennisopbouw en -uitwisseling

Beroepscode en tucht recht bestonden al per beroepsgroep, maar er was tot nu toe geen afstemming tussen of informatie over elkaars code en tucht recht. DP3 heeft laten zien dat het waardevol is kennis te delen en uit te wisselen, zeker op het gebied van beroepsethiek en tucht recht. Beroepsverenigingen kunnen veel van elkaar leren, en uitwisseling levert inzichten op die beroepsoverstijgend van belang zijn voor de jeugdzorg. En dus ook voor cliënten en werkgevers.

Beroepscode en tucht recht in relatie tot kwaliteitsbeleid

Beroepsethiek zou meer dan nu de spil van kwaliteitsbeleid moeten zijn, iets waar je kwaliteit aan ophangt. Vakbekwaamheid verwerven en onderhouden, kennis actueel ('state of the art') houden, zorgvuldig handelen, keuzes onderbouwen en verantwoorden en cliënten respectvol bejegenen zijn pijlers van goed en professioneel werken. Beroepsverenigingen kunnen een stimulerende rol vervullen door deze elementen in samenhang te borgen.

Aanbevelingen

- Ontwikkel toegankelijk informatiemateriaal over beroepscode en tucht recht, toegespitst op de verschillende doelgroepen (professionals, cliënten, werkgevers en overheid).
- Maak tucht rechtuitspraken openbaar. Het – geanonimiseerd - openbaar maken van tucht rechtuitspraken of (goede) praktijkvoorbeelden aan de hand van de beroepscode (bijvoorbeeld in verenigingsbladen of op websites) stimuleert de dialoog en gedachtewisseling over beroepscode. Het verheldert ook de meerwaarde van zo'n code als die met een concreet beschreven voorbeeld in verband wordt gebracht.
- Maak beroepscode en het bespreken van ethische dilemma's tot een vast onderdeel van opleiding, bij- en nascholing, supervisie en intervisie, en dus ook van (her)registratieregelingen en -eisen. Op deze manier wordt beroepsethiek meer vanzelfsprekend onderdeel van (kwaliteits)beleid binnen de beroepsgroep en op de werkplek. De competentieprofielen voor de jeugdzorgwerker en de gedragswetenschapper in de jeugdzorg die in deelproject 1 zijn ontwikkeld kunnen hierbij ondersteunend werken.
- Initieer zo nodig aanvullende bij- en nascholing waarin beroepsethiek een rol speelt, en zorg dat dit aanbod geaccrediteerd wordt voor (her)registratie.
- Ontwikkel als gezamenlijke beroepsverenigingen een publicatie voor professionals in het veld. In deze publicatie kan de kennis die in de ABT is opgedaan concreet, aan de hand van casuïstiek, worden vertaald naar de praktijk. Dat maakt knelpunten herkenbaar voor professionals. Een dergelijke praktijkpublicatie kan een tastbare en hanteerbare stimulans zijn om te reflecteren op het beroepsethisch handelen en ervaren dilemma's in de jeugdzorg.

- Maak gebruik van het lerend effect van tuchtrecht. Organiseer structureel bijeenkomsten waarin aan de hand van praktijkvoorbeelden ethische dilemma's worden besproken.
- Ontwikkel een handreiking voor ketensamenwerking in de jeugdzorg. In maart 2010 is als uitvloeisel van de bevindingen van de ABT een expertmeeting over ketenzorg georganiseerd. Daarin is een eerste aanzet tot een handreiking gedaan (zie bijlage 8).
- Ontwikkel een vertaling, uitwerking of toelichting bij de beroepscode, specifiek voor de jeugdzorg. Door het tuchtcollege BAMw is inmiddels een addendum professionals in de jeugdzorg ontwikkeld voor sociaalagogen en maatschappelijk werkers. NIP en NVO zullen voor gedragswetenschappers werken aan een toelichting op hun bestaande beroepscode, met daarin uitwerkingen van ethische dilemma's aan de hand van praktijkvoorbeelden.
- Overleg met werkgevers over de faciliteiten die nodig zijn om professionals hun werk goed en verantwoord te laten uitvoeren, zowel vakinhoudelijk als beroepsethisch. Creëer daarmee meer ruimte voor jeugdzorgprofessionals om volgens hun beroepscode te kunnen werken. Zorg voor wederzijds vertrouwen zodat organisaties op professionals kunnen bouwen en omgekeerd.
- Organiseer structurele samenwerking tussen de vier beroepsverenigingen. Bundel de krachten om de organisatiegraad van professionals te verhogen, kennis over beroepscode en tuchtrecht uit te wisselen en te versterken, en als gezamenlijk aanspreekpunt te fungeren richting cliënten, werkgevers en overheid. Een goed voorbeeld van samenwerking tussen beroepsverenigingen is het project Richtlijnontwikkeling in de jeugdzorg.

5.4 Werkgevers

Werkgevers zijn belangrijk voor de professionalisering van de jeugdzorg. De instellingen waar professionals werken, spelen een wezenlijke rol bij het verwerven van vakbekwaamheid en het op peil houden dan wel vergroten van specifieke deskundigheid die binnen de sector nodig is. Werkervaring maakt integraal onderdeel uit van de opleidingstrajecten die leiden tot beroepsregistratie. Die trajecten bestaan uit een samenhangend geheel van werkervaring onder begeleiding, cursorisch onderwijs, supervisie en literatuurstudie.

Daarnaast hebben werkgevers een eigen (wettelijke) verantwoordelijkheid voor het bieden en borgen van verantwoorde en kwalitatieve zorg aan cliënten binnen hun instelling(en). Zij doen dit door het realiseren van adequate doorstroming en doorverwijzing, gebruik en aanschaf van methodieken, het ontwikkelen en verzorgen van interne scholingen en een goed personeels- en kwaliteitsbeleid, en het opstellen en hanteren van instellingsvoorschriften en –protocollen.

Vanuit het perspectief van de werkgevers zijn de volgende aandachtspunten van belang.

Bijdragen aan transparantie

In het kader van efficiëntie is het van belang dat het systeem van beroepscode en tuchtrecht in de jeugdzorg transparant en toegankelijk is. Ook moet de samenloop van klacht- en tuchtrechtprocedures, zoals in hoofdstuk 2 is toegelicht, zoveel mogelijk beperkt blijven voor cliënten en werknemers. Dat kan worden bereikt door ervoor te zorgen dat de juiste klacht op de juiste plek terechtkomt en wordt behandeld.

Faciliteren en ondersteunen

Professionals zijn primair zelf verantwoordelijk voor het verwerven en onderhouden van hun vakbekwaamheid. Maar werkgevers zijn verantwoordelijk voor kwaliteitszorg, en daarmee voor het ondersteunen van professionals in hun voortgaande professionalisering. Dat doen

ze door randvoorwaarden te creëren waardoor medewerkers kunnen werken volgens hun beroepscode en ze te faciliteren bij het onderhouden van hun kennis en kunde. Kennisopbouw en -onderhoud op het gebied van beroepsethiek moet hier vanzelfsprekend deel van uitmaken.

Aanbevelingen

- Geef samen met de andere partijen uit het actieplan invulling aan de wettelijke verplichting tot beroepsregistratie, beroepscode en tuchtrecht. Maak in tijd en geld opleiding en bij- en nascholing van professionals mogelijk, zodat professionals kunnen voldoen aan de eisen voor hun (her)registratie.
- Stimuleer kennisopbouw en -ontwikkeling over beroepsethiek binnen de eigen instelling door het opzetten en onderhouden van intervisienetwerken waarin beroepsinhoudelijke en beroepsethische aspecten van praktijkcasussen besproken worden. Binnen deze vorm van moreel beraad kan uitwisseling van kennis en ervaring bijdragen aan de verdere ontwikkeling van het kritische oordeelsvermogen van professionals.
- Zorg dat beroepsverenigingen/-registers interne, inservice- en in-company-scholing accrediteren die gericht is op beroepsethiek of aspecten daarvan zodat deze voor werknemers kan meetellen bij (her)registratie.
- Erken het mogelijke spanningsveld tussen instellingsprocedures en –protocollen enerzijds, en beroepsnormen van professionals anderzijds. Ga daarover met de eigen professionals en de beroepsverenigingen het gesprek aan: wat is er nodig om werknemers zowel vakinhoudelijk als beroepsethisch hun werk goed te laten uitvoeren?
- Accepteer dat samenloop van klachten- en juridische procedures niet uit te sluiten is omdat ze verschillende doelen en functies dienen. Samenloop kan wel worden gereduceerd, en wel door: 1) tijdige en adequate voorlichting te verstrekken aan cliënten over beroepscode en tuchtrecht(procedures), en 2) voldoende ruimte te scheppen voor cliënten en professionals om met elkaar in gesprek te gaan over 'wrijvingspunten' en die gezamenlijk op te lossen.
- Werk samen met de beroepsverenigingen aan een handreiking voor samenwerking in de jeugdzorgketen.

5.5 Overheid

DP3 heeft vanaf het begin van het actieplan extra in de belangstelling gestaan van het ministerie voor Jeugd en Gezin. De minister wil immers een wettelijk kader scheppen voor tuchtrecht in de jeugdzorg. Dit tuchtrecht moet gelden voor alle werkers in de jeugdzorg, onafhankelijk van eventueel lidmaatschap van beroepsverenigingen.

Om het ministerie te adviseren hoe landelijk dekkend tuchtrecht in de jeugdzorg gerealiseerd kan worden, is een apart traject binnen DP3 ingelast. Samen met een externe procesbegeleider zijn vijf verschillende scenario's voor de organisatie van beroepscode en tuchtrecht in de jeugdzorg in kaart gebracht, inclusief de voor- en nadelen die aan elk scenario kleven. De weging van alle scenario's heeft geresulteerd in een advies aan de minister voor het model Beroepsregisters: private beroepsregistraties en private beroepscode met bijbehorend verenigingstuchtrecht. De minister voor Jeugd en Gezin en de minister van Justitie hebben intussen per brief aan de Tweede Kamer laten weten dit model wettelijk te zullen verankeren.

Aanbevelingen

- Rond zo snel mogelijk het wetgevingstraject af dat moet leiden tot de wettelijke verplichting tot beroepsregistratie in de jeugdzorg.
- Faciliteer het veld in tijd en (financiële) middelen om
 - de implementatie van het model Beroepsregisters te realiseren;
 - te voorzien in een passende overgangstermijn en –regeling voordat de nieuwe wetgeving van kracht wordt;
 - het bijhouden en ontwikkelen van vakinhoudelijke kennis te stimuleren, zoals nu gebeurt bij het financieel ondersteunen van het project Richtlijnontwikkeling in de jeugdzorg.
- Faciliteer het veld in de uitvoering van de aanbevelingen die uit DP3 zijn voortgekomen.

5.6 Overkoepelende aanbeveling: voortgezet ABT

De ABT heeft zijn werkzaamheden intussen tijdens een heidag geëvalueerd. Geconstateerd is dat de bespreking van casussen vanuit de verschillende perspectieven heeft bijgedragen aan kennisontwikkeling over beroepsethiek, beroepscode en tuchtrecht in de jeugdzorg. En daarmee ook in bredere zin aan professionalisering van de jeugdzorg.

De opbrengsten van de ABT zijn in hoofdstuk 4 van de eindrapportage weergegeven. De adviesgroep realiseert zich echter dat de bevindingen een momentopname zijn van de afgelopen paar jaar. Kennisopbouw en –ontwikkeling is een voortgaand proces en de opbrengsten van de ABT zijn te waardevol om ze slechts ad hoc vast te stellen.

De betrokken beroepsverenigingen zien in principe voor de ABT, of een daarmee vergelijkbaar orgaan, ook in de toekomst een functie weggelegd. Een voortgezet ABT, in eigen beheer van de beroepsverenigingen, kan op basis van praktijkcasussen en tuchtrechtspraken overstijgende aanbevelingen doen over beroepsethische, beroepsinhoudelijke en randvoorwaardelijke zaken richting beroepsbeoefenaren, beroepsverenigingen, cliënten, werkgevers en overheid.

Als in een voortgezet ABT wederom vertegenwoordigers van cliënten, beroepsverenigingen en werkgevers zitten, kan dit bij uitstek een platform zijn waar knelpunten en dilemma's vanuit verschillende perspectieven worden besproken. Dit kan weer leiden tot brede aanbevelingen voor de jeugdzorg.

Met het oog op de nabije toekomst, inclusief de implementatiefase van het Actieplan Professionalisering in de Jeugdzorg, kan een voortgezet ABT van toegevoegde waarde zijn op de volgende terreinen:

- het monitoren, evalueren en borgen van de huidige aanbevelingen van de ABT. Is er een aanbeveling gedaan? Wat is er vervolgens met die aanbeveling gedaan en door wie? Wat heeft het opgeleverd?
- Het continueren van kennisopbouw en –ontwikkeling rond beroepsethiek, beroepscode en tuchtrecht. Een tweetal zaken speelt daarbij een rol:
 - alles is aan verandering onderhevig, ook de jeugdzorg. Dus met de nu opgedane kennis en inzichten zijn we er niet. Kennisopbouw is een voortgaand proces en een proces van voortschrijdend inzicht;
 - een grote groep professionals in de jeugdzorg moet überhaupt nog 'wennen' aan, enthousiast worden voor en ervaring opdoen met beroepscode en tuchtrecht. Dat geldt met name voor sociaalagogen. Voor deze beroepsgroep zal dus nog uitgebreider in kennisopbouw en –ontwikkeling moet worden geïnvesteerd.
- Vanuit de verschillende perspectieven kan worden gekeken naar hoe het *wel* zou kunnen en niet zozeer naar hoe het *niet* moet (zoals dat gebeurt bij de tuchtcolleges). Aan de hand van zowel *good* als *bad practices* kan lering worden getrokken voor alle

professionals in de sector, zowel direct via terugkoppeling naar de achterban als indirect via terugkoppeling naar de tuchtcolleges van de betrokken beroepsverenigingen. Op die manier kunnen aanbevelingen ook meegenomen worden in de (doorlopende) actualisering van beroepscodes.

Hoofdstuk 6

Conclusies en samenvatting

In hoofdstuk 1 gaven we aan dat we de doelstelling van kennisopbouw en -ontwikkeling concreet hebben gemaakt aan de hand van drie vragen waarop we binnen DP3 een antwoord zochten:

1. hoe kunnen beroepsethiek, beroepscode en tuchtrecht bijdragen aan de optimalisering van de professionele hulpverlening in de jeugdzorg?
2. Hoe is de relatie tussen beroepscode en tuchtrecht, en hoe verhouden zij zich tot beroepsverenigingen en beroepsregistratie?
3. Hoe kan de werking van beroepscode en tuchtrecht worden versterkt in de jeugdzorg?

Aan de hand van deze vragen formuleren we hier nog één keer bondig de oogst van DP3, gebaseerd op de bevindingen uit de voorgaande hoofdstukken.

Hoe kunnen beroepsethiek, beroepscode en tuchtrecht bijdragen aan de optimalisering van de professionele hulpverlening in de jeugdzorg?

Het hele actieplan staat in het teken van professionalisering. Het doel van die professionalisering is de kwaliteit van de hulpverlening aan cliënten te verbeteren. Beroepsethiek biedt een visie op die kwaliteit. Goed werk is niet alleen werk dat voortkomt uit vakbekwaamheid, goed werk is ook werk waarvan cliënten beter worden. Een professional in de jeugdzorg doet zijn werk bekwaam maar ook bewust, betrokken en bezielde. Over die laatste drie b's gaat het in de beroepsethiek.

In beroepscode worden de (kern)waarden, idealen, plichten en verantwoordelijkheden die met de beroepsuitoefening samenhangen omschreven. De codes bieden professionals oriëntatie, motivatie, houvast en aanknopingspunten om voor zichzelf en aan anderen te verantwoorden of ze goed werk geleverd hebben. De code biedt cliënten, werkgevers en anderen aanknopingspunten waar zij professionals op aan kunnen spreken.

Beroepsethiek en beroepscode zijn echter niet vrijblijvend. In het tuchtrecht wordt dat heel duidelijk. Over professionals wiens werk onder de maat is, kan geklaagd worden. Een door cliënten of anderen ingebrachte klacht wordt door de tuchtrechtelijke colleges behandeld. De colleges toetsen of het handelen en de houding van de professional conform de letter en de geest van de beroepscode is. Is het werk ondermaats en is de klacht terecht, dan kunnen tuchtrechtelijke colleges de aangeklaagde professional tuchtmaatregelen opleggen. Zo kunnen jeugdzorgprofessionals gecorrigeerd en gesanctioneerd worden als dat nodig is. Bovendien zijn tuchtrechtelijke uitspraken leerzaam voor de beroepsgroep. Dergelijke 'morisprudentie' kan gepubliceerd worden en draagt bij aan permanente (beroepsethische) vorming van professionals. Zo stimuleert tuchtrecht, in samenhang met beroepsethiek en beroepscode, het zelflerende en zelfreinigende vermogen van professionals.

Beroepsethiek en beroepscode vormen de bron en inhoud van het tuchtrecht. Zonder een uitgewerkte en geformuleerde visie daarop kan binnen het tuchtrecht niet getoetst worden wat goed werk is. Tuchtrecht is echter geen doel op zich. Het is wel een noodzakelijk en krachtig instrument om goed en beroepsethisch handelen te stimuleren.

Hoe is de relatie tussen beroepscode en tuchtrecht, en hoe verhouden zij zich tot beroepsverenigingen en beroepsregistratie?

DP3 heeft in kaart gebracht hoe de relatie is tussen beroepscode, tuchtrecht, beroepsregistratie en beroepsverenigingen. Bij aanvang van het project bleek sprake te zijn van een onoverzichtelijke lappendeken. Achter het schijnbaar eenvoudige doel 'tuchtrecht in de jeugdzorg realiseren' bleek een complex netwerk schuil te gaan. Er zijn namelijk meerdere beroepen bij de jeugdzorg betrokken, waarvan de meeste hun eigen beroepscode en tuchtrecht hebben. Wie lid is van een beroepsvereniging valt onder het tuchtrecht, wie ingeschreven staat in een beroepsregister ook. Lang niet alle jeugdzorgprofessionals zijn echter lid van een beroepsvereniging, noch staan ze allemaal ingeschreven in een beroepsregister. Daarbij bleek dat er verschillende soorten (tucht)recht bestaan en bovendien dat beroepscode beroepsgerelateerd zijn.

Om erachter te komen hoe tuchtrecht in de jeugdzorg optimaal geregeld kon worden, moest eerst duidelijk zijn hoe de huidige situatie was. DP3 heeft deze in kaart gebracht (zie bijlage 2). De situatie bij aanvang van DP 3 is weergegeven in Model 1.

Hoe kan de werking van beroepscode en tuchtrecht worden versterkt in de jeugdzorg?

Pas na beantwoording van de eerste twee vragen kunnen we deze laatste vraag beantwoorden.

Halverwege de looptijd van DP3 werd duidelijk hoe beroepscode, tuchtrecht en beroepsregistratie het beste in relatie tot elkaar georganiseerd konden worden om tuchtrecht voor de hele jeugdzorg te realiseren. Deze visie werd in het model Beroepsregisters als volgt beschreven:

“In dit model zijn beroepscode en tuchtrecht gekoppeld aan de bestaande private beroepsregisters van NVMW, Phorza, NIP en NVO. Door middel van wettelijke verplichting tot opname in één van de beroepsregisters (Beroepsregister van Agogisch en Maatschappelijk werkers (BAMw), NIP Kinder- en Jeugdpsycholoog, NVO Orthopedagoog-Generalist) wordt de professional contractueel gebonden aan de bijbehorende beroepscode en het verenigingstuchtrecht.

In dit model is sprake van een optimale koppeling tussen beroepscode en beroep en wordt aansluiting bij de beroepen die in de jeugdzorg werkzaam zijn behouden. De identiteit van de verschillende beroepen wordt daardoor erkend en bevorderd.”

De stuurgroep van het actieplan heeft besloten dit model als uitgangspunt te nemen voor advies aan de minister voor Jeugd en Gezin en die van Justitie. Dit betekent dat de drie genoemde beroepsregisters en de daaraan gekoppelde beroepscode en tuchtrecht de basis vormen voor de professionalisering van de jeugdzorg. Professionals in de jeugdzorg zullen in dit model niet verplicht lid zijn van één van de beroepsverenigingen. Zij zullen echter op termijn niet meer in de jeugdzorg aan het werk kunnen (blijven) als ze niet ingeschreven staan in een van de beroepsregisters (BAMw, NIP Kinder- en Jeugdpsycholoog, NVO Orthopedagoog-Generalist).

Om ingeschreven te worden (en te blijven) in een beroepsregister dienen professionals te voldoen aan vastgestelde vakbewaamheidseisen en zich te blijven scholen.

Dat er een model is ontwikkeld waarmee alle professionals in de jeugdzorg onder het tuchtrecht vallen is een belangrijke opbrengst van dit deelproject. Toch benadrukken we dat met het regelen van het tuchtrecht niet al het werk gedaan is. Tuchtrecht in de jeugdzorg functioneert alleen in een gezond beroepsethisch klimaat. Dat klimaat vergt samenwerking en inspanning van alle partijen die bij de jeugdzorg betrokken zijn. Hoofdstuk 5 van dit

eindrapport doet daartoe concrete aanbevelingen. Werkgevers, beroepsverenigingen, professionals en overheid zullen, in voortdurende samenspraak met cliënten(vertegenwoordigers), de handen ineem moeten slaan en elkaar blijven aanspreken in het belang van de cliënt.

Aan de totstandkoming van dit rapport werkten mee:

Denis Koets

Britt van Beek

Jos Kole

Annematt Collot D'Escury- Koenigs

Rosalinde Visser

Hans Bosman

Eindredactie:

Iris Dijkstra

Bijlagen

1. Overzicht deelprojectorganen
2. Scenario's voor de organisatie van beroepscode en tuchtrecht in de jeugdzorg
3. Brief juli 2009 van de Stuurgroep Actieplan Professionalisering Jeugdzorg aan de Minister voor Jeugd en Gezin
4. Brief november 2009 van de Minister voor Jeugd en Gezin aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal
5. VeBeCo-rapport: vergelijking van de beroepscode
6. Checklist & Handreiking 'Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg', van de KNMG
7. Deelnemerslijst expertmeeting Ketenzorg
8. Eerste oriëntatie op een handreiking voor samenwerking in de ketenzorg van de jeugdzorg
9. Voorbeeldcasus Adviesgroep Beroepsethiek en Tuchtrect

Overzicht deelprojectorganen

Begeleidingscommissie

- drs. F. (Felix) Dronkers (voorzitter), bestuurslid sector Jeugd NIP en voorzitter sectie Jeugd NIP
- drs. B. (Britt) van Beek, secretaris sector Jeugd NIP
- dr. I. (Iris) Leene, directeur NVMW
- drs. C. (Caroline) Verkerk, senior beleidsmedewerker MOgroep Jeugdzorg
- drs. A.L.M. (Afra) Groen MCM, bestuurslid Phorza
- drs. D.T. (Denis) Koets (projectleider¹), senior beleidsmedewerker NVO

Commissie Vergelijking Beroepscode

- dr. A.M.L. (Annematt) Collot D'Escury-Koenigs (voorzitter), verbonden aan de Universiteit van Amsterdam, forensisch rapporteur en voorzitter sector Jeugd NIP
- dr. J.J. (Jos) Kole, senior onderzoeker beroepsethiek bij het Ethiek Instituut van de Universiteit Utrecht, adviseur, lid en vertegenwoordiger van het College van Beroep van de NVMW/BAMw
- drs. J.G.J. (Jan) Ebskamp, hbo-docent beroepsethiek en vertegenwoordiger namens Phorza
- drs. A.M.L. (Afra) Groen MCM, bestuurslid Phorza
- mr. R. (Rosalinde) Visser, jurist en stafmedewerker beroepsethiek NIP
- drs. D.T. (Denis) Koets (projectleider), senior beleidsmedewerker NVO

Adviesgroep Beroepsethiek en Tuchtrect

- dr. A.M.L. (Annematt) Collot d'Escury-Koenigs (voorzitter), verbonden aan de Universiteit van Amsterdam, forensisch rapporteur en voorzitter sector Jeugd NIP
- drs. M.J. (Marjan) Boertjes MSM, directeur Expertisecentrum William Schrikker, vertegenwoordiger namens Phorza
- drs. A.M.L. (Afra) Groen MCM, bestuurslid Phorza
- B. J. (Betty) Groot, voorzitter van de Cliëntenraad van de Gemeente Langedijk (Wmo/WBB), bestuurslid, vicevoorzitter en vertegenwoordiger van het Landelijk Cliëntenforum Jeugdzorg
- drs. H. (Heleen) Jumelet, associate lector Jeugdzorg bij Hogeschool INHolland, adviseur en vertegenwoordiger namens het Landelijk Cliëntenforum Jeugdzorg
- M. (Marianne) van de Laar, directeur Landelijk Cliëntenforum Jeugdzorg
- dr. M. (Marc) Kiel, bedrijfsmaatschappelijk werker, lid van en vertegenwoordiger van het College van Beroep van de NVMW/BAMw
- drs. C.J. (Kees) Kleijbergen, stafmedewerker defence for children, vertegenwoordiger namens MOgroep Jeugdzorg
- dr. J.J. (Jos) Kole, senior onderzoeker beroepsethiek bij het Ethiek Instituut van de Universiteit Utrecht, adviseur, lid en vertegenwoordiger van het College van Beroep van de NVMW/BAMw

¹ dr. A.M.L. (Annematt) Collot d'Escury-Koenigs was projectleider tot en met februari 2009

drs. J.G. (Hans) Bosman was projectleider in de periode maart – juni 2009

drs. D.T. (Denis) Koets trad in de periode maart – juni 2009 al enkele keren op als waarnemend projectleider

- dr. H.P.B. (Henny) Lodewijks, bestuurder LSG-Rentray en vertegenwoordiger namens het NIP
- P.Ph. (Peter) Lucassen, praktijkleider jeugdbescherming en teamleider afdeling Jeugdbescherming bij BIZ Overijssel, bestuurslid en vertegenwoordiger van de Belangenvereniging Medewerkers Bureau Jeugdzorg
- A.J. (Ton) Moleenaar, gezinsvoogd BIZ Noord-Holland, voorzitter en vertegenwoordiger van de Belangenvereniging Medewerkers Bureau Jeugdzorg
- mr. drs. J. (Jolande) Pfeiffer-de Buck, secretaris College van Beroep en vertegenwoordiger van de NVO
- dr. J.G. (Anneke) Vinke, vrijgevestigd GZ-psycholoog/Kinder- en Jeugdpsycholoog NIP/Orthopedagoog-Generalist NVO, met focus op adoptie en pleegzorg, vertegenwoordiger van het NIP
- mr. R. (Rosalinde) Visser, jurist en stafmedewerker beroepsethiek NIP
- mr. A.W. (Antoinette) de Vries, sectorhoofd IKO, vertegenwoordiger namens de NVMW
- drs. J.P.M. (José) Wichers-Bots, hogeschooldocent/onderzoeker bij Fontys Opleidingscentrum Speciale Onderwijszorg, lid College van Toezicht en vertegenwoordiger van de NVO
- mr. dr. A.J. (Adri) van Montfoort (tot februari 2009), directeur adviesbureau Van Montfoort, Lector Jeugdzorg en Jeugdbeleid aan de Hogeschool Leiden, raadsheer plaatsvervanger in de familiekamer van het gerechtshof in Den Haag, voorzitter College van Toezicht en vertegenwoordiger van de NVO
- mr. D.J. (Denise) Markx, vice-president rechtbank Amsterdam, plaatsvervangend voorzitter College van Toezicht en vertegenwoordiger van het NIP

Projectgroep

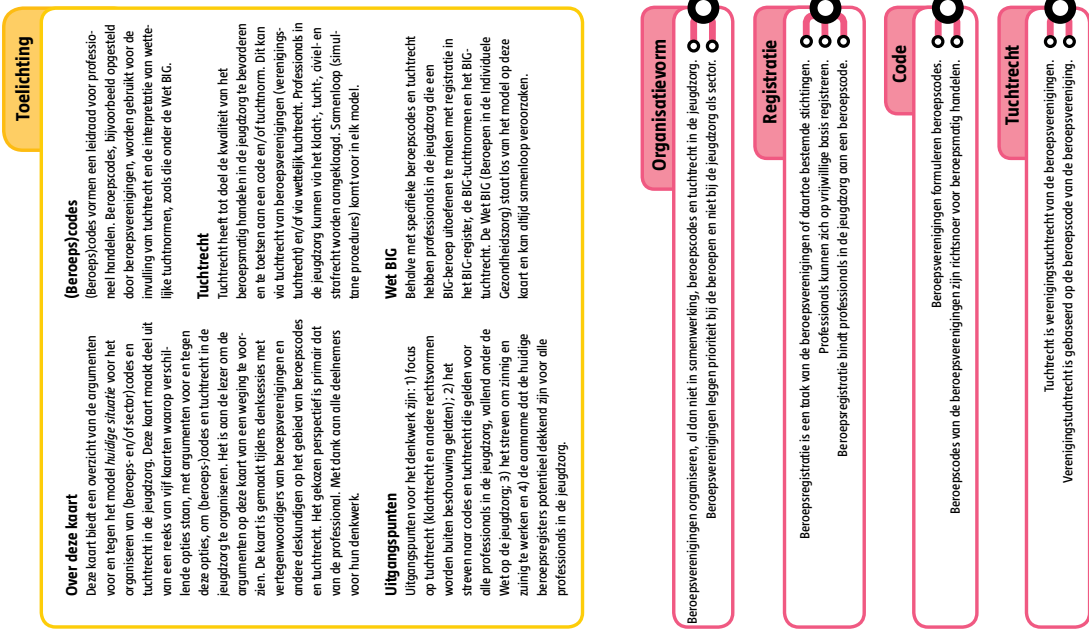
- drs. D.T. (Denis) Koets (voorzitter), senior beleidsmedewerker NVO
- dr. A.M.L. (Annematt) Collot d'Escury-Koenigs, verbonden aan de Universiteit van Amsterdam, forensisch rapporteur en voorzitter sector Jeugd NIP
- mr. R. (Rosalinde) Visser, jurist en stafmedewerker beroepsethiek NIP
- drs. L.W. (Laura) Limper (projectsecretaris²), beleidsmedewerker NVO

² mw. M. (Marijke) Dinnissen was projectsecretaris tot 2009

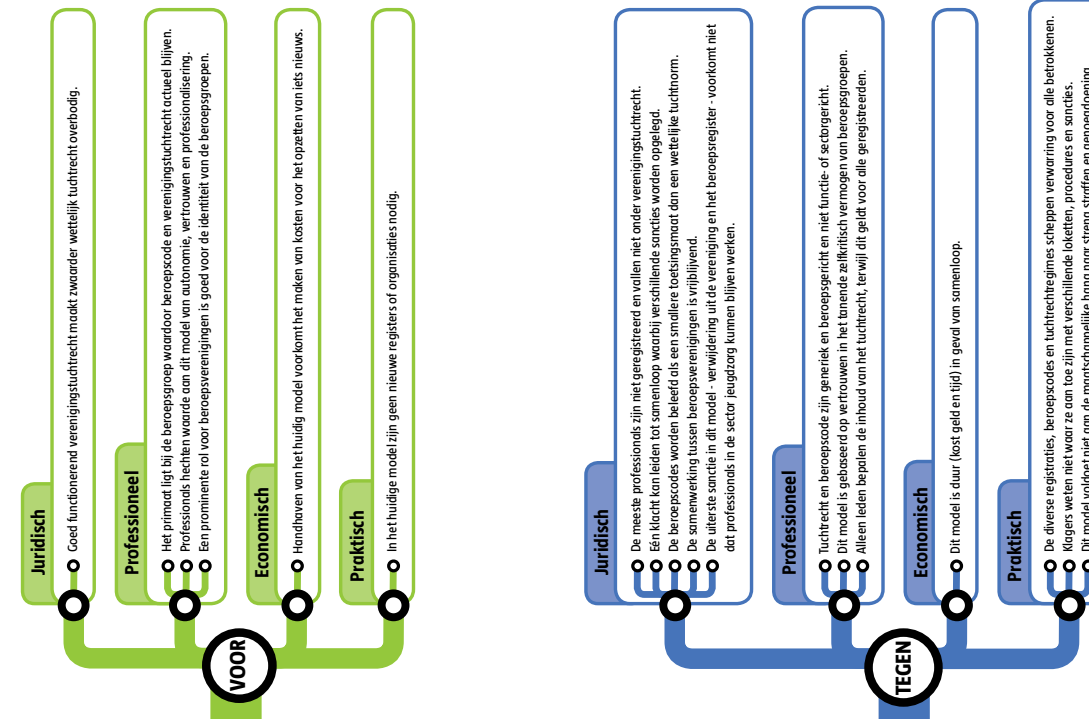
DE KAARTEN



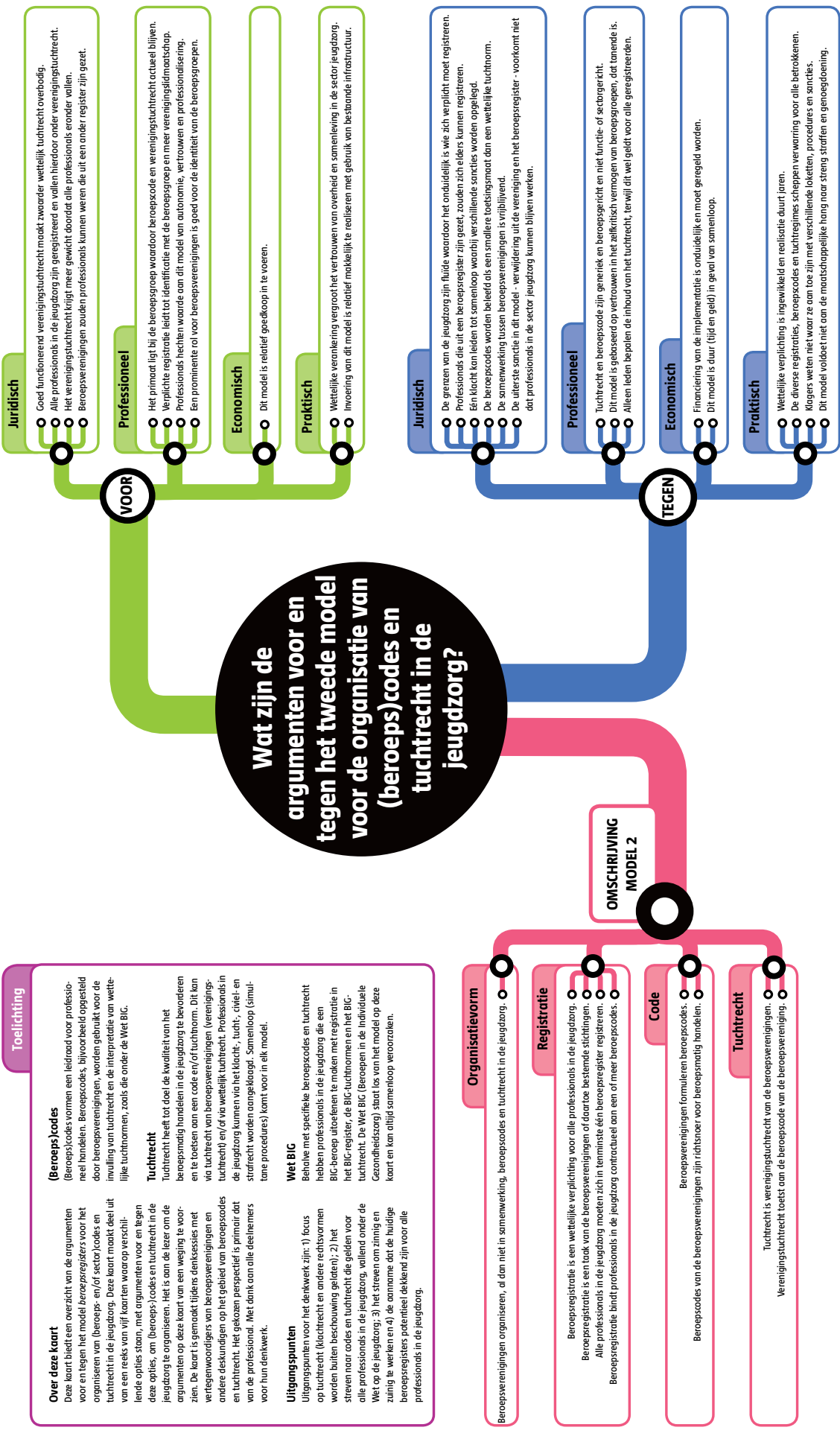
Model 1 HUIDIGE SITUATIE



Wat zijn de argumenten voor en tegen het huidige model van (beroeps)codes en tuchtrecht in de jeugdzorg?



Model 2 BEROEPSREGISTERS



Model 3 REGISTRATIESTICHTING

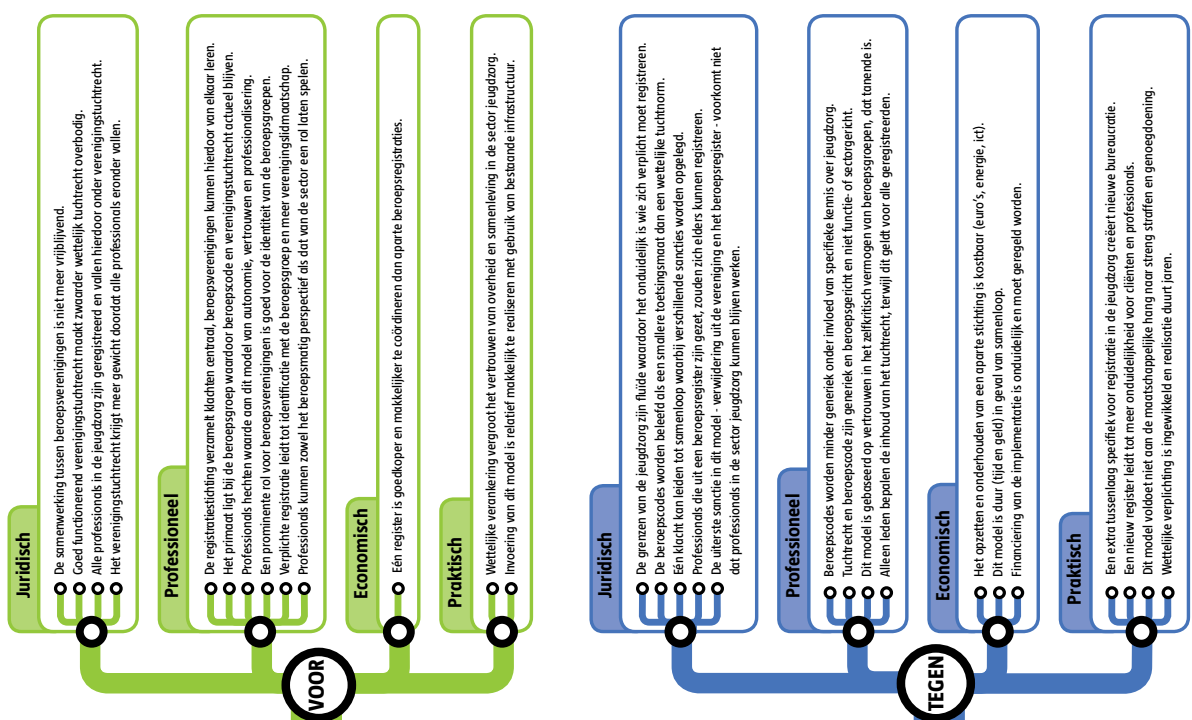
Toelichting

Over deze kaart
Deze kaart biedt een overzicht van de argumenten voor en tegen het model registratiestichting voor het organiseren van (beroeps- en/of sector)codes en tuchtrecht in de jeugdzorg. Deze kaart maakt deel uit van een reeks van vijf kaarten waarop verschillende opties staan, met argumenten voor en tegen deze opties, om (beroeps)codes en tuchtrecht in de jeugdzorg te organiseren. Het is aan de lezer om de argumenten op deze kaart van een weging te voorzien. De kaart is gemaakt tijdens denksessies met vertegenwoordigers van beroepsverenigingen en andere deskundigen op het gebied van beroepscode en tuchtrecht. Het gekozen perspectief is primair dat van de professional. Met dank aan alle deelnemers voor hun denkwerk.

Uitgangspunten
Behalve met specifieke beroepscode en tuchtrecht hebben professionals in de jeugdzorg die een BIG-beroep uitoefenen te maken met registratie in het BIG-register, de BIG-tuchtnormen en het BIG-tuchtrecht. De Wet BIG (Beroepen in de individuele Gezondheidszorg) staat los van het model op deze kaart en kan alijdig samenloop veroorzaken.

Behalve met specifieke beroepscode en tuchtrecht hebben professionals in de jeugdzorg die een BIG-beroep uitoefenen te maken met registratie in het BIG-register, de BIG-tuchtnormen en het BIG-tuchtrecht. De Wet BIG (Beroepen in de individuele Gezondheidszorg) staat los van het model op deze kaart en kan alijdig samenloop veroorzaken.

Wat zijn de argumenten voor en tegen het derde model voor de organisatie van (beroeps)codes en tuchtrecht in de jeugdzorg?



Bijlage 3



Correspondentieadres:
Nederlands Jeugdinstituut
Postbus 19221
3501 DE Utrecht
Contactpersoon:
Marianne Berger

Utrecht, 1 juli 2009

Programmaministerie voor Jeugd en Gezin
T.a.v. de Minister voor Jeugd en Gezin
De heer Mr. A. Rouvoet
Postbus 16166
2500 BD Den Haag

Geachte heer Rouvoet,

Namens de Stuurgroep Actieplan Professionalisering Jeugdzorg adviseren wij u de verdere professionalisering van de beroepen in de jeugdzorg te bevorderen door het invoeren van een wettelijk verplichte registratie en tuchtrecht, onder te brengen in de Wet op de Jeugdzorg. Het model dat wij u adviseren brengt de minste kosten met zich mee, is het snelst te realiseren (eind 2011), sluit het best aan bij uw opdracht zoveel mogelijk gebruik te maken van bestaande structuren en wordt breed gedragen door alle deelnemers aan het actieplan.

Als vervolg op onze brief van 2 oktober 2008, waarin we u kort informeerden over de voortgang van het Actieplan Professionalisering Jeugdzorg, is opnieuw veel voortgang te melden over de uitvoering van het Actieplan. Zo zijn er twee beroepsprofielen voor de hele jeugdzorg ontwikkeld, ligt er inmiddels een eindrapportage van het deelproject "actualisering HBO" en staat de digitale databank na- en bijscholing Jeugdzorg in de steigers. De betreffende deelprojecten worden naar verwachting met goed resultaat binnen de gestelde termijn opgeleverd. Tenslotte zijn er belangrijke stappen gezet richting een eenstemmig advies voor een landelijk dekkend systeem van beroepsregistratie, beroepscode en tuchtrecht in de jeugdzorg. In de onderhavige brief lichten we dit advies nader toe.

Op weg naar een wettelijk verplichte registratie van beroepsbeoefenaren in de Jeugdzorg

In de genoemde brief van 2 oktober 2008 hebben wij aangegeven te streven naar een wettelijk verplichte registratie, ethische code en tuchtrecht voor alle werkers in de jeugdzorg. Dit uitgangspunt heeft u onderschreven in uw brief van 24 december 2008 aan de Eerste Kamer. Binnen de Stuurgroep is brede overeenstemming bereikt over de vorm en inhoud van een omvattend systeem van beroepsregistratie en beroepscode alsmede sectorbreed dekkend tuchtrecht voor alle professionals in de provinciale jeugdzorg (vallend onder de Wet Jeugdzorg, gekoppeld aan de doeluitkering jeugdzorg)

en in de justitiële jeugdzorg. Om dubbele registratie te voorkomen wordt deze niet verplicht gesteld voor reeds BIG-geregistreerde beroepsbeoefenaren in de jeugdzorg. Tevens wordt het lidmaatschap van de beroepsvereniging losgekoppeld van de beroepsregistratie. Over de financiering van dit ingrijpende model willen wij gaarne met u in overleg treden, in de overtuiging dat ons voorstel in vergelijking met andere modellen (BIG) de minste kosten met zich mee brengt.

Wij hebben met betrokkenen vastgesteld dat het tempo waarin wettelijke verplichting tot registratie gerealiseerd wordt in feite bepalend is voor de realisering van het hele model binnen de sector. Indien het betreffende traject van wetgeving eind 2011 afgerond is, hebben alle betrokken actoren (waaronder beroepsverenigingen en werkgevers) aangegeven de noodzakelijke randvoorwaarden op dat moment te hebben afgerond. Daarmee kan het hele model van registratie, beroepscode en tuchtrecht per eind 2011 operationeel zijn.

Hierbij heeft de Stuurgroep (wellicht ten overvloede) opnieuw vastgesteld, dat tuchtrecht zich specifiek richt op de kwaliteit van het handelen van de individuele professional. Het is niet zozeer gericht op de genoegdoening en straffen in gevallen dat er iets mis gaat, maar het biedt een toetsingskader om het professionele handelen in deze situaties te beoordelen met als doel de kwaliteit ervan te verbeteren voor de gehele beroepsgroep. De tuchtrechter toetst het handelen van de beroepsbeoefenaar primair aan de ethische code en daarnaast aan 'the state of the art' van de beroepsuitoefening, zoals onder meer neergelegd in richtlijnen.

Het is de stellige opvatting van de Stuurgroep dat realisering van dit hele systeem (beroepsregistratie, beroepscode en tuchtrecht) een nauwe samenwerking en gezamenlijke inzet vereist van de werkgevers, de beroepsverenigingen en het ministerie. Alleen een dergelijke coalitie kan ervoor zorgen dat beroepsbeoefenaren in de jeugdzorg werkelijk gemotiveerd worden tot het maken van een professionaliseringsslag. Daarbij dient een verbinding te worden gemaakt tussen de kwaliteit van de beroepsuitoefening, het verantwoord nemen van beslissingen en het kunnen onderbouwen van die beslissingen wanneer de beroepsbeoefenaar daar op aangesproken wordt.

Het model dat wij u hierbij voorleggen is niet vergelijkbaar met de constructie van de Wet BIG, maar stuurt aan op een wettelijk verplichte registratie binnen de Wet op de Jeugdzorg. Dit levert zowel tempo als financiële voordelen op. De Stuurgroep sluit echter niet uit dat in een later stadium aansluiting bij de Wet BIG wellicht wenselijk is.

Voorgesteld model

In het navolgende geven wij u een korte schets van het gekozen model met haar drie onderdelen, de beroepsregistratie, de beroepscode en het tuchtrecht, die logischerwijs samenhangen. In haar meest gecomprimeerde vorm laat het model zich als volgt omschrijven:

Het model dient de realisatie van beroepscode en een landsdekkende registratie en tuchtrecht. Beroepscode en tuchtrecht zijn gekoppeld aan de bestaande private beroepsregisters. Wettelijke verplichting tot opname in één van de registers bindt de professional contractueel aan de bijbehorende beroepscode en het hiervoor geldende verenigingstuchtrecht. In het model is er een optimale koppeling tussen beroepscode en beroep en is er aansluiting bij de beroepen in de jeugdzorg. De identiteit van de verschillende beroepen wordt daardoor erkend en bevorderd. De benodigde infrastructuur voor het model is grotendeels aanwezig en operationeel. Landelijk dekkend tuchtrecht, dat alle beroepen in de jeugdzorg omvat, kan om die reden relatief snel ingevoerd worden.

In de huidige situatie, vóór invoering van dit model, is de situatie als volgt:

1. Er zijn vier beroepsverenigingen (NVO, NIP, NVMV en Phorza);
2. Er zijn drie beroepsregisters (één voor de Orthopedagoog-Generalist NVO, één voor de Kinder- en Jeugdpsycholoog NIP en één voor Agogisch en Maatschappelijk werkers BAMw). Deze beroepsregisters zijn vanwege het ontbreken van een wettelijke verplichting tot registratie momenteel niet dekkend voor de jeugdzorg;
3. Er zijn vier beroepscodes (één voor elk van de vier genoemde beroepsverenigingen); en
4. Er zijn drie tuchtcolleges (één voor NVO, één voor NIP en één voor de maatschappelijk werkers in het BAMw)

In de overgangssituatie naar het nieuwe model moeten de volgende acties ondernomen worden. In een wetgevingstraject dient wettelijk verplichte registratie geregeld worden. De vier beroepsverenigingen blijven voorts bestaan zoals ze zijn, maar stellen hun registers (die losgekoppeld moeten zijn van de beroepsvereniging) open voor alle niet-leden in de jeugdzorg. De beroepscodes van NVO en NIP dekken al het handelen van de gedragswetenschappers in de jeugdzorg. Voor de jeugdzorgwerkers (Hbo-niveau) is dit anders. De twee beroepsverenigingen zullen komen tot één appendix Jeugdzorg in aanvulling op hun beroepscode die wordt gekoppeld aan de beroepsregistratie en de basis zal zijn voor hun interne tuchtrechtspraak voor jeugdzorgwerkers. Het streven is dit uit te breiden tot een appendix voor het gehele jeugdzorgdomein. Tenslotte zal er naast de twee bestaande Colleges van Toezicht en Beroep van NIP en van de NVO één nieuw gezamenlijk College van Toezicht en Beroep geformeerd worden voor agogisch en maatschappelijk werkers in de jeugdzorg (NVMW/Phorza).

De situatie na invoering van het model ziet er als volgt uit:

1. Er zijn vier beroepsverenigingen;
2. Er zijn drie opengestelde beroepsregisters met wettelijk verplichte registratie, de betreffende beroepscode is hier contractueel aan verbonden;
3. Er zijn twee beroepscodes voor gedragswetenschappers (orthopedagogen en psychologen) en er komt één gezamenlijke appendix bij de beroepscode van NVMW en Phorza voor jeugdzorgwerkers (Hbo-niveau); en
4. Er zijn drie vormen van tuchtrechtspraak
 - * College van Toezicht en Beroep NVO
 - * College van Toezicht en Beroep NIP
 - * College van Toezicht en Beroep NVMW/Phorza

Met de invoering van dit model is een landelijk dekkend systeem van beroepsregistratie en code gerealiseerd alsmede dekkend tuchtrecht voor alle beroepsbeoefenaren die onder de Wet op de jeugdzorg vallen of werkzaam zijn in de justitiële jeugdzorg. Alle actoren op dit speelveld van professionalisering, verzameld in de Stuurgroep Actieplan Professionalisering Jeugdzorg, hebben het model omarmd en hebben hun commitment uitgesproken.

Dit gezamenlijke commitment is een belangrijke voorwaarde voor het met succes invoeren ervan.
Graag willen wij met u nadere afspraken maken over hoe wij ons gezamenlijk doel zo goed en snel als mogelijk kunnen realiseren.

Hoogachtend,

Met vriendelijke groet,
Stuurgroep Actieplan Professionalisering in de Jeugdzorg,

Ella Kalsbeek,
Voorzitter

> Retouradres Postbus 16166 2500 BD Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer
der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 50 30
F 070 340 78 34
www.jeugdengezin.nl

Ons kenmerk
JZ/GJ-2960335

Bijlagen

Uw brief

Datum 25 november 2009

Betreft Professionalisering van de jeugdzorg: wettelijk verplichte registratie en tuchtrecht

Correspondentie uitsluitend richten aan het retouradres met vermelding van de datum en het kenmerk van deze brief.

Geachte voorzitter,

Een jaar eerder dan verwacht, ontving ik op 1 juli 2009 het voorstel van de Stuurgroep actieplan professionalisering voor de vorm en inhoud van wettelijk verplichte registratie en tuchtrecht voor beroepsbeoefenaren in de jeugdzorg. Met deze brief informeer ik u, mede namens de minister en de staatssecretaris van Justitie, over het voorstel van de Stuurgroep en onze reactie daarop. Tevens informeer ik u over mijn toezegging tijdens het AO Jeugdgezondheidszorg op 1 oktober jl. om te bezien of ook de professionals die werkzaam zijn in een Centrum voor Jeugd en Gezin, maar niet BIG-geregistreerd zijn, zoals sociaal pedagogische hulpverleners en maatschappelijk werkers, kunnen worden meegenomen in de context van de gehele professionalisering. Ook geef ik invulling aan mijn toezegging tijdens het notaoverleg Gezinsbeleid op 5 oktober jl. om u nader te informeren over de mate waarin de Stuurgroep aandacht besteedt aan opvoedingsondersteuning.

Na bestudering van het voorstel kan ik, evenals de minister en de staatssecretaris van Justitie, met het voorstel van de Stuurgroep instemmen. Het voorstel sluit goed aan bij bestaande structuren, is relatief snel te realiseren en kan op breed draagvlak rekenen bij de veldpartijen. De beroepsverenigingen, de cliënten, de werkgevers uit de branche jeugdzorg, de justitiële werkgevers, de werknemers en de HBO-raad hebben hun verantwoordelijkheid genomen door gezamenlijk met een voorstel te komen. Ik waardeer deze voortvarendheid ten zeerste en ben ervan overtuigd dat met het voorstel dat er nu ligt de beoogde professionaliseringsslag in de jeugdzorg gemaakt zal worden.

Het voorstel van de Stuurgroep

Om de professionalisering in de jeugdzorg concreet te maken, heeft de Stuurgroep de volgende onderwerpen uitgewerkt:

- de afbakening van het beroepsdomein;
- overeenstemming over opleidingseisen die toegang verlenen tot het register;
- overeenstemming over na- en bijscholing voor herregistratie;
- een ethische code als leidraad voor het beroepsmatig handelen;

- een tuchtrecht met College van Toezicht en Beroep dat beroepsbeoefenaren kan berispen (ter lering) dan wel ernstig falende beroepsbeoefenaren uit het register kan schrappen (bestrafing);
- kwaliteitsbeleid waarmee beroepsbeoefenaren hun handelen kunnen verantwoorden. Hierbij kan worden gedacht aan het toepassen van primair bewezen effectieve instrumenten zoals neergelegd in door de beroepsgroep gesanctioneerde richtlijnen.

Ons kenmerk
JZ/GJ-2960335

Binnen het actieplan wordt aan al deze onderwerpen invulling gegeven. In het hiernavolgende ga ik nader in op de invulling van deze onderwerpen, c.q. het voorstel van de Stuurgroep.

Het beroepsdomein

De wettelijk verplichte registratie en het tuchtrecht worden ondergebracht in de Wet op de jeugdzorg. De werking zal zich richten op de beroepsbeoefenaren die middels de doeluitkering jeugdzorg worden bekostigd. Hierbij wordt tevens aanpassing in belendende wetgeving beoogd, om de beroepsbeoefenaren in de gesloten jeugdzorg en in de justitiële jeugdzorgorganisaties (Justitiële Jeugdinrichtingen, Bureaus Halt, de Raad voor de Kinderbescherming en Nidos) ook onder de verplichte registratie en het tuchtrecht te brengen.

Twee beroepen en de opleidingsvereisten

De jeugdzorg kent straks twee hoofdberoepen, die van jeugdzorgwerker (HBO-niveau) en die van gedragswetenschapper in de jeugdzorg (orthopedagogen en psychologen). Voor beide beroepen is binnen het actieplan een nieuw competentieprofiel gereedgekomen.

Voor het beroep jeugdzorgwerker is daarnaast voor het HBO-onderwijs een uitstroomprofiel geschreven, met de minimale vereisten waaraan afgestudeerden moeten voldoen om in de jeugdzorg aan de slag te kunnen. Voor gedragswetenschappers bestaan twee opleidingsingangen, die van psychologen en die van orthopedagogen.

Registratie, ethische code en tuchtrecht

De registratie wordt ondergebracht in drie beroepsregisters.

Voor gedragswetenschappers wordt aangesloten bij bestaande kaders, omdat psychologen en orthopedagogen een goed afgebakend beroepsdomein hebben met een bestaande ethische code, register en tuchtrecht. De bestaande registers moeten worden uitgebreid met een kamer die wordt opengesteld voor niet-leden. De bestaande ethische codes worden gehandhaafd.

Voor het HBO-domein is de situatie anders. Vanwege het overlappende beroepsdomein van bestaande beroepsverenigingen, de Nederlandse Vereniging voor Maatschappelijk Werkers (NVMW) en Phorza (beroepsvereniging voor HBO-SPW) wordt een gezamenlijk addendum op basis van de bestaande codes geschreven. Daarnaast wordt aangesloten bij het register van de stichting Beroepsregister van Agogisch en Maatschappelijk werkers (BAMw) en wordt tuchtrecht ontwikkeld met een College van Toezicht en Beroep.

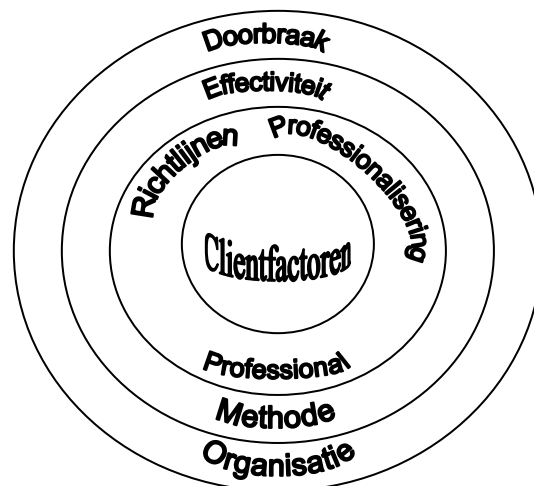
Kwaliteitsbeleid: levenslang leren en richtlijnontwikkeling

Een professional in de jeugdzorg zal zijn leven lang moeten leren om zijn registratie te behouden. Dit wordt gerealiseerd door de introductie van een vijfjaarlijkse herregistratie. Een databank met geaccrediteerde nascholingen (DANS) is al in ontwikkeling. Maar er is meer nodig. Er dient overeenstemming te

komen over welke meest bewezen effectieve methoden in welke gevallen moeten worden toegepast.

Het proces van professionalisering van de jeugdzorg vindt plaats over de gehele breedte van de jeugdzorg (zie figuur 1). De effecten van de zorg voor een cliënt zijn namelijk afhankelijk van verschillende factoren: cliëntfactoren, de behandelaar, de methode en de organisatie waarin wordt gewerkt. Op al deze niveaus heb ik beleid ontwikkeld.

Ten aanzien van het verbeteren van de kwaliteit van organisaties in de jeugdzorg stimuleer ik onder andere het gebruik van de Doorbraakmethode. Om meer zicht te krijgen op de effectiviteit van behandelmethoden stimuleer ik onderzoek hiernaar via het ZonMw programma Zorg voor Jeugd. Voor de beroepsbeoefenaren in de jeugdzorg heb ik het Actieplan professionalisering in het leven geroepen. Om professionals beter voor hun taak toe te rusten, kunnen er in navolging van de (jeugd)gezondheidszorg, richtlijnen voor de jeugdzorg worden ontwikkeld zodat ordening ontstaat tussen de vele beschikbare diagnostische- en behandelingsinstrumenten. Met richtlijnen worden keuzes gemaakt in het te lopen proces van diagnose en behandeling en de hierbij te gebruiken (evidence based) instrumenten. Richtlijnen worden geformuleerd door de beroepsgroep en zijn een leidraad bij het handelen van de beroepsbeoefenaar. Richtlijnen zijn geen vastomschreven voorschriften omdat cliëntfactoren en de aard van de aandoening teveel kunnen variëren. De beroepsbeoefenaar kan dus beargumenteerd afwijken. In de regel worden richtlijnen als 'the state of the art' ook gebruikt door de tuchtrechter, om naast een moreel oordeel op basis van de ethische code, ook een uitspraak te kunnen doen over het professioneel handelen.



Figuur 1. Context van de jeugdzorg

Ik ben voornemens om, in navolging van de jeugd- en de gezondheidszorg, ook voor de jeugdzorg een richtlijnenprogramma op te zetten.

Het vervolg

Het actieplan zal op 1 juli 2010 worden afgerond. De huidige Stuurgroep actieplan professionalisering jeugdzorg is thans bezig de deelprojecten tot een goed einde te brengen en de rapportages te laten aansluiten bij het gewenste eindmodel. Als

dit traject op 1 juli 2010 wordt afgesloten, wil ik de veldpartijen vragen een begeleidingsgroep op te richten waarin implementatievraagstukken kunnen worden besproken. De begeleidingscommissie kan mij tevens van advies dienen over de nadere inkleuring van de uitvoering. Ik zal hiervoor ook weer een budget beschikbaar stellen. De voorzitter van de Stuurgroep actieplan professionalisering, mevrouw mr. E. Kalsbeek, is bereid het voorzitterschap van deze nieuwe begeleidingsgroep te aanvaarden.

Ons kenmerk
JZ/GJ-2960335

Ik ben mij ervan bewust dat sociaal pedagogische hulpverleners en maatschappelijk werkers, werkzaam in de CJG's, in het huidige voorstel voor verplichte registratie niet zijn meegenomen. Naar aanleiding van mijn toezeggingen op 1 en 5 oktober jl. tijdens het AO Jeugdgezondheidszorg respectievelijk het notaoverleg Gezinsbeleid, zal ik de begeleidingscommissie vragen mij van advies te voorzien of de registratie op termijn kan worden verbreed.

Hoogachtend,
de Minister voor Jeugd en Gezin,

mr. A. Rouvoet

**Rapportage vergelijkingsonderzoek
Deelproject 3 fase 1B
Actieplan Professionalisering Jeugdzorg**

VeBeCo
Vergelijking Beroepscodes

Juni 2009

Woord vooraf

Voorliggend stuk is een rapportage van de commissie Vergelijking Beroepscode (VeBeCo) die in het kader van het Actieplan Professionalisering Jeugdzorg, deelproject 3 fase 1B "Vergelijking beroepscode" de ethische beroepscode van de NVO, NIP, NVMW en Phorza met elkaar vergeleken heeft.

Het stuk is primair geschreven als kennisrapport voor hen die binnen de beroepsverenigingen en sector jeugdzorg, op beleids-, onderwijs- en tuchtrechtniveau actief zijn (ondermeer de leden van ABT). Voor het stimuleren van beroepsethische houding en kennis van werkers op de werkvloer van de jeugdzorg is deze rapportage niet in directe zin bedoeld. Daarvoor zijn andere middelen en media meer geëigend. Er wordt in deze rapportage naar gestreefd om in kort bestek de complexiteit en de noodzakelijke nuance van beroepsethische reflectie recht te doen. Enig beroepsethisch jargon is daardoor onvermijdelijk

1. Inleiding - ethische beroepscode in de jeugdzorg

Goed doen met goed werk in de jeugdzorg

Professionals werkzaam in de Jeugdzorg behoren goed werk af te leveren. Dat is van groot belang voor de bescherming en veiligheid van jeugd en jongeren maar ook voor hun kansen op ontwikkeling en groei. Goed werk is werk dat voldoet aan hoge maatstaven van kwaliteit die een *dubbel* karakter hebben. Enerzijds zijn er maatstaven van kennis, vakbekwaamheid, en competentie (1), anderzijds zijn er beroepsethische maatstaven (2). Die twee maatstaven hangen onlosmakelijk samen. Pas wanneer werk in de jeugdzorg aan beide kwaliteitsstandaarden voldoet, is sprake van echt goed werk. *Professionalisering* van beroepsuitoefening houdt altijd in dat zowel de vaktechnische als de morele kwaliteit van het werk geoptimaliseerd wordt. Dat geldt onverkort ook voor de professionalisering van de jeugdzorg.

Of de beroepsuitoefening van psychologen, pedagogen, sociaal agogen en maatschappelijk werkers in de jeugdzorg *ethisch* deugt, is een kwestie van beroepsethiek. Onder beroepsethiek en -moraal verstaan we het geheel van idealen, waarden, normen, regels, plichten en verboden die beroepsbeoefenaars er samen op na (behoren te) houden omtrent goed beroepsmatig handelen en goede beroepsattitudes. Goed vanuit ethisch perspectief is daarbij datgene dat minimaal schade aan *anderen* voorkomt en maximaal het welzijn van *anderen* bevordert. In geval van beroepsethiek in de jeugdzorg zijn die anderen primair de jeugdigen en jongeren, maar daarnaast ook hun ouders en/of voogden, de gezinnen waar ze deel van uit maken, en uiteindelijk, de samenleving als geheel. Professionals in de jeugdzorg behoren goed werk af te leveren om die *anderen* goed te doen.

Beroepsgroepen, verenigd in beroepsverenigingen, brengen hun ethiek op formule in *beroepscode*. Die codes zijn het voorlopige en periodiek herziene resultaat van een collectief democratisch reflectieproces van beroepsbeoefenaars op de morele dimensie van de eigen beroepspraktijk. Er zijn verschillende beroepsgroepen in de jeugdzorg actief die elk hun eigen ethische beroepscode hebben (geformuleerd).

Probleemstelling

De *vraag* die in deze rapportage van DP3 fase 1B beantwoord wordt is:

- a. welke verschillen en overeenkomsten zijn er tussen de codes van vier in de jeugdzorg actieve beroepsgroepen? en,
- b. kunnen/moeten er consequenties aan die vergelijking verbonden worden ter verbetering van de beroepsethiek van/voor werkers in de jeugdzorg? Zo ja, welke?

Verschillende redenen maken een dergelijke vergelijking relevant en dringend gewenst:

1. *Bundeling en uitwisseling van morele inzichten*

Beroepscodes vormen de neerslag van veel, in de loop van jaren, in de concrete beroepspraktijk verkregen morele kennis en ervaring maar deze is verspreid over verschillende beroepsgroepen. Gebreken en pluspunten van respectievelijke codes kunnen door vergelijking zichtbaar worden. Geen code is perfect en ter verbetering ervan valt veel van onderlinge verschillen te leren. Door vergelijking wordt de morele kennis van de verschillende beroepsgroepen uitgewisseld en gebundeld. Zo kan de (morele) kwaliteit van de dienstverlening in de jeugdzorg verbeterd worden. De gebundelde kennis wordt ook in gebracht in DP 3.

2. *Toepasbaarheid op het typisch morele landschap van de jeugdzorg*

De beroeps codes van NVO, NIP, Phorza en NVMW zijn generiek en hebben niet speciaal betrekking op het werken binnen de jeugdzorg. Ze zijn beroepsspecifiek, niet sectorspecifiek.¹ Ze gelden voor beroepsbeoefenaars die in *allerlei* maatschappelijke sectoren werkzaam zijn. De jeugdzorg heeft echter te maken met specifieke morele dilemma's² en het werkveld heeft kenmerken die van invloed kunnen zijn op de toepasbaarheid van de generieke codes. Sluiten ze voldoende aan bij het werk in de jeugdzorg?

Vergelijking van de codes met het oog op hun toepasbaarheid in de jeugdzorg biedt kansen om de codes en/of hun toepassing beter aan te laten sluiten bij de specifieke kenmerken van het morele landschap in de jeugdzorg. Wanneer codes beter aansluiten op de praktijk in de jeugdzorg kunnen ze beter hun kwaliteitsregulerende functie vervullen.

3. *Transparantie van publieke professionele verantwoordelijkheid en toetsbaarheid*

Eén van de functies van beroeps codes is om cliënten te informeren over wat zij van professionals mogen verwachten. Professionals zijn, voor de morele kwaliteit van hun houding en handelen, aanspreekbaar op hun code. Ze behoren zich voor hun gedrag te kunnen verantwoorden in termen van de idealen, waarden en normen uit hun code. Daarnaast biedt de code de inhoudelijke criteria voor de tuchtrechtspraak bij de verschillende beroepsgroepen en -verenigingen. Grote verschillen in de respectievelijke beroeps codes zouden mogelijk tot onwenselijke diversiteit in de tuchtrechtspraak kunnen leiden. Dergelijke variatie zou verwarrend zijn voor cliënten en professionals maar ook ongelijkheid van toetsing van beroepsmatig handelen binnen de jeugdzorg in de hand kunnen werken.

Vergelijking van de codes kan bijdragen aan meer transparantie in publieke professionele verantwoordelijkheid (in termen van codes) en zou consistente tuchtrechtelijke toetsing van professionals in de jeugdzorg kunnen ondersteunen.

Proces - vergelijkingsmatrix

Om de vergelijkingsvraag te beantwoorden en daarmee morele inzichten uit te wisselen en te bundelen, met het oog op de specifieke kenmerken van het morele landschap van de jeugdzorg en de transparantie van professionele verantwoordelijkheid en toetsbaarheid, is een *vergelijkingsmatrix* opgesteld. Deze matrix is opgesteld op basis van beroepsethisch literatuuronderzoek.³ Aan de hand van de matrix zijn, in opeenvolgende bijeenkomsten van de VeBeCO relevante overeenkomsten en verschillen tussen de codes en daaruit volgende

¹ Zie bijvoorbeeld NVMW-code 2007, p.9, punt 4: "De code is gericht op het generieke in het beroep en geformuleerd in algemene termen. Het beroep maatschappelijk werker wordt echter uitgeoefend in een grote verscheidenheid aan functies en in verschillende arbeidsrechtelijke verhoudingen. Elk specifiek deelgebied heeft zijn eigen kenmerken en randvoorwaarden waarbinnen de Code wordt toegepast."

² Zie het rapport Struijs, A.J. & I. Doorten 2008. *Dilemma's op de drempel. Signaleren en ingrijpen van professionals in opvoedingssituaties*. Den Haag: Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG).

³ Daarbij putten we ondermeer uit expertise van wetenschappelijk onderzoek dat aan de Vrije Universiteit is gedaan naar beroepsethiek (onderzoeksproject *The Good Professional*, NWO – Ethiek, Onderzoek & Bestuur) en praktijkervaring met beroepsethiek van experts van de respectievelijke beroepsverenigingen.

inzichten geïnventariseerd. De belangrijkste daarvan beschrijven we in het vervolg (aan de hand van de matrix). Daarna formuleren we enkele conclusies en consequenties die we van belang achten voor de hantering van ethische beroepscode in het kader van de voortgaande professionalisering van beroepsbeoefenaars in de jeugdzorg

2. Overeenkomsten en verschillen

Beroepscode

Bij de vergelijking van de codes is uitgegaan van de volgende codes:

Officiële naam, jaar van uitgave.

- Beroepscode voor psychologen 2007 van het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), 1 april 2007.⁴
- De beroepscode van de Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO), oktober 2008.
- Concept beroepscode voor Sociaalagogisch werkers Phorza (29 mei) 2009
- Beroepscode voor de maatschappelijk werker, augustus 2007, uitgave Nederlandse Vereniging voor Maatschappelijk Werkers (NVMW)⁵

Vergelijkingsmatrix

Voor het identificeren van verschillen en overeenkomsten van de codes is een matrix ontwikkeld. Zo konden de codes op een aantal relevante *criteria* vergeleken worden, hetgeen veel waardevolle informatie opgeleverd heeft en ook in de toekomst nog kan opleveren.⁶ In het vervolg geven we bij de verschillende criteria telkens een significant voorbeeld van de opbrengst van de vergelijking. Een uitputtende opsomming van alle overeenkomsten en verschillen is in het bestek van deze rapportage niet mogelijk en ook de leesbaarheid van dit stuk niet bevorderen.

We onderscheiden bij de codes tussen vorm- (A) en inhoudsaspecten (B). Daarnaast analyseren we hoe de code de diverse relaties reguleert die professionals aangaan met anderen wanneer ze aan het werk zijn (C) en hoe de codes zich verhouden tot de context.

A. VORM (SOORT, OMVANG, OPBOUW)

Vorm en inhoud van beroepscode hangen samen en zijn ook gerelateerd aan eigenschappen van de beroepsvereniging. De NVO- en NVMW-code zijn naar verhouding klein of kort. Dat betekent dat er minder ruimte genomen wordt voor gedetailleerde regels en richtlijnen. De code van het NIP is daarentegen veel uitgebreider. Eén van de verklaringen daarvoor is dat het NIP veel meer leden heeft⁷, er veel meer zaken langskomen in de tuchtrechtspraak en er daardoor veel meer beroepsethische jurisprudentie ('moresprudentie') is die zijn neerslag vindt in de beroepscode van het NIP (zie NIP-code 2007, p.4).

⁴ Paginanummers in de tekst verwijzen naar de downloadbare versie van de NIP-code (zie www.psynip.nl). Hetzelfde geldt voor de NVO-code (www.nvo.nl). Beide codes zijn ook in handzame brochurevorm beschikbaar maar de paginering daarvan kan afwijken van de downloadbare teksten. De NVMW stelt als enige beroepsvereniging haar code (nog) niet via het internet beschikbaar. Het verdient met het oog op de toegankelijkheid en beschikbaarheid van de code aanbeveling dat wel te gaan doen. De NVMW neemt dit punt mee bij de herziening van de code.

⁵ De NVMW is op dit moment bezig met een periodiek herzieningstraject van de code. Daarbij wordt ook aandacht geschonken aan de vraag in hoeverre de code adequaat is voor werkvelden zoals die van de jeugdzorg.

⁶ De ontwikkelde matrix is ook in de toekomst te gebruiken voor verdergaande analyse van overeenkomsten en verschillen en bij de ontwikkeling van een sectorspecifiek aanhangsel bij de beroepsspecifieke codes.

⁷ Ledenaantal NVMW meer dan 4000 en NVO meer dan 4500, tegenover ledenaantal NIP, circa 12.000.

Beroepscodes hebben verschillende functies tegelijk die in de preambule of het voorwoord van de codes worden toegelicht (zie B). De ene code benadrukt de ene functie meer dan de andere en dit beïnvloedt de wijze waarop principes en regels geformuleerd worden. Zo heeft de code van Phorza een wat meer *didactisch* karakter – er is een speciale uitvoering van de code voor het beroepsethisch onderwijs van aspirant-professionals met aanvullende uitleg over de betekenis van artikelen. Dat leidt er toe dat regels en richtlijnen met opzet meer in alledaagse spreektaal geformuleerd worden.⁸ De formuleringen van NIP-code hebben een formeler, wat afstandelijker en meer juridisch karakter.⁹ De functie van de code als *toetsingskader* voor tuchtrechtspraak krijgt meer nadruk.

De NVO-code benadrukt het belang van de autonomie van professionals. Een gedetailleerde code zou de discretionaire ruimte van professionals inperken (NVO-code 2008, p.3). Vergelijking met de gedetailleerde NIP-code brengt echter aan het licht dat lang niet alle aanwijzingen die in een beroepscode geformuleerd worden een zelfde dwingend karakter hoeven te hebben. Gedetailleerde meer specifieke ‘richtlijnen’ hebben in de NIP-code niet hetzelfde normatieve gewicht als algemene basisprincipes maar zijn eerder bedoeld als “wegwijzer voor de ethische besluitvorming van de psycholoog in een concrete situatie” (NIP-code 2007, p.4). Een meer gedetailleerde code hoeft dus niet automatisch de discretionaire ruimte en autonomie van professionals in te perken.¹⁰ Niet alle aanwijzingen in de codes hebben een zelfde gewicht, oefenen een even grote normatieve kracht uit. Dat betekent dat niet alle aanwijzingen die in een code opgenomen worden op eenzelfde manier in tuchtrechtspraak als toetsingscriterium gehanteerd worden. Niet alles dat als leidraad dient fungeert ook als toetssteen.

Beroepscodes kunnen grofweg op twee manieren ingedeeld worden. We zien dat ook terug bij vier codes die hier vergeleken worden. De NIP-code kiest voor een *inhoudelijk* indelingscriterium. Hij hanteert vier ethische basisprincipes en legt deze in opeenvolgende delen van de code uit. De codes van NVO, NVMW en Phorza hanteren een meer *formeel* indelingscriterium. Codes reguleren de morele kwaliteit van de uiteenlopende relaties die professionals met anderen aangaan in hun werk (met de cliënt, collega’s (zelfde beroep), andere professionals (een ander beroep), de organisatie waar men werkt, met de samenleving als geheel. In opeenvolgende delen van de codes wordt telkens de relatie besproken met een andere partij, waarbij de relatie met de cliënt wel als het belangrijkste beschouwd wordt in de codes.¹¹ Met name de NVMW- en Phorza-code zijn volgens die structuurprincipe ingedeeld. In alle gevallen worden de specifieke codeartikelen met regels in opeenvolgende delen voorafgegaan door een aantal artikelen met *algemene regels* voor ethische beroepsuitoefening.¹² De verschillende structuur van de codes maakt het minder makkelijk om de inhoud van de codes in detail met elkaar te vergelijken.

De NVO- en NIP-code hebben een *begripsdefinitielijst* aan het begin van de code. Centrale begrippen uit de beroepspraktijk die van belang zijn voor morele regulering worden daarin omschreven, bijvoorbeeld wat precies verstaan moet worden onder een cliënt (NIP-code, 2007, p. 7, art.1.1.2.4). Bij de vergelijking van de codes bleek dat zo’n begripsdefinitielijst een effectief instrument is om de code als geheel zo transparant en consistent mogelijk te formuleren. Codes die zo’n begripsdefinitie niet hebben (bijv. de NVMW-code) zouden er bij een herziening één kunnen introduceren. Wel moet opgemerkt worden dat soortgelijke begripsdefinities ook in het tuchtrecht dat als aanhangsel bij de codes gegeven wordt geformuleerd kunnen worden zoals gebeurt bij het Phorza-tuchtrecht

⁸ Zo is met opzet gekozen voor een formulering van de artikelen in de minder afstandelijke ‘ik’-vorm (Phorza-code 2009, p.4). Werkers die onder de code vallen kunnen zich daardoor sneller herkennen in de code.

⁹ Hetgeen ook blijkt uit de indeling van artikelen in typisch juridisch doorgenummerde subartikelen.

¹⁰ Zie de opmerking op p.3 van de NIP-code over de ‘zekere ruimte’ die psychologen in hun dagelijks werk nodig hebben om naar eigen bevind van zaken te kunnen handelen (NIP-code 2007, p.3)

¹¹ De NVO-code richt zich bijna uitsluitend op de professionale relatie met de cliënt.

¹² Zie NIP-code, p.10, art. II.1.1.1 – II.1.1.4, zie NVO-code, p.8,9, art.6-11, zie Phorza-code 2009, p.5, art 1.1-1.7., zie NVMW-code 2007, p.10, art.1-4.

B. INHOUD – PREAMBULE – CENTRALE WAARDEN – PROFESSIONELE AUTONOMIE

Elk van de vier codes wordt voorafgegaan door een preambule (soms samenvallend met de inleiding) waarin algemene informatie wordt gegeven, met name over de *functie, het doel en de werking van de beroepscode*. Verder worden ook de basale waarden en/of de hoofdprincipes van de beroepsethiek van de beroepsgroep opgesomd.¹³

Functie, doel en werking van beroepscode

In verschillende bewoordingen¹⁴ geven alle codes op vergelijkbare wijze aan welke functies de beroepscode vervult. Samengevat en geparafraseerd worden telkens de volgende functies onderscheiden. De code biedt:

1. Oriëntatie en leidraad
2. Motivatie
3. Inspiratie
4. Informatie
5. Verantwoording
6. Toetsing en correctie

De ethische regels en richtlijnen, geformuleerd in de codes geven richting aan goed beroepsmatig handelen van professionals (*oriëntatie*) maar geven ook motieven hoe men het goede kan doen (*motivatie*) en welk hoger doel men er mee dient, wat het beroepsmatig handelen zin geeft (*inspiratie*). Daarnaast biedt de code *informatie*, aan professionals over wat de eigen beroepsgroep van hen verwacht maar vooral ook aan anderen, in het bijzonder cliënten. Wat mogen zij verwachten van psychologen, pedagogen, sociaalagogen en maatschappelijk werkers? En waaraan mogen ze hen houden? (4). Hiermee samenhangend dient de code voor professionals om zich in ethische termen te kunnen verantwoorden ten opzichte van anderen (cliënten, collega's, een leidinggevende binnen de organisatie, de samenleving als geheel) (5). Die verantwoording kan, tot slot, ook een andere vorm krijgen wanneer professionals ter verantwoording geroepen worden voor een tuchtrechtelijk college van de beroepsvereniging. De code dient dan als toetsingsinstrument en ter correctie van beroepsmatig handelen dat afwijkt van de code (6).

Op deze wijzen functionerend, is de code "een kwaliteitsinstrument ten dienste van de beroepsuitoefening (NIP-code 2007, p3)

Beroepsethische basisprincipes en waarden

Elke code heeft in de preambule en/of in het eerste deel van de code daarna een opsomming van de basisprincipes van de beroepsethiek van de beroepsgroep. Deze principes vormen het fundament van de rest van de code en zijn daarom vrij algemeen en abstract geformuleerd en gering in aantal. Het voordeel daarvan is dat ze voor lezers en gebruikers van de code een goede geheugensteun vormen.

Bij vergelijking van de basisprincipes in de verschillende codes blijkt grote overeenkomst. Zo formuleert de NIP-code 2007 vier beroepsethische uitgangspunten (art. II.1.1.1. – II.1.1.4):

1. verantwoordelijkheid
2. integriteit
3. respect
4. deskundigheid

De NVO-code 2008 neemt als zijn vijf basisprincipes (art. 6-9):

1. deskundigheid
2. vertrouwelijkheid
3. collegialiteit

¹³ Uitzondering is de NIP-code 2007. Hier worden de algemene principes in het eerste algemene deel van de code verwoord.

¹⁴ Zie NIP-code 2007, p.3-4, NVO-code 2008, p.3-4, Phorza-code 2009, p.2, NVMW-code 2007, p.6.

4. verantwoording
5. professionele en maatschappelijke verantwoordelijkheid

De Phorza-code 2009 vertrekt vanuit de volgende vier basiskwaliteiten (p.3):

1. sociale betrokkenheid
2. empathie
3. assertiviteit
4. representativiteit
5. integriteit

Daarnaast formuleert de code echter ook art. 1.1 – 1.7 principes omtrent ‘de cliënt tot zijn recht laten komen’ (art. 1.1, 1.5), deskundigheid, culturele sensitiviteit, gelijkheid, integriteit, verantwoordelijkheid

De NVMW-code, tot slot geeft als algemene principes (art. 1.1-1.4):

1. De cliënt tot zijn recht laten komen
2. Deskundigheid
3. Gelijkheid
4. Integriteit (mijden van alles wat vertrouwen in beroep schaadt)

Hoewel de formulering van de basale uitgangspunten op detail afwijkt blijkt ook en vooral uit de verklaring die bij de verschillende principes gegeven wordt in de codes hoe veel ze in bedoeling en betekenis overlappen. Een interessant klein verschil: de Phorza-code neemt zijn uitgangspunt in een aantal *persoonlijke kwaliteiten* (in de beroepsethiek ook wel als *deugden* gekarakteriseerd) waarover de sociaal-agoog moet beschikken. Dat hangt voor een deel samen met de ‘persoonlijke’ toonzetting van de code. Andere codes lijken meer in te zetten op *algemene* handelingsprincipes vanuit een wat formelere *onpersoonlijke* invalshoek. In het vervolg van de codes blijkt echter dat deze zich dienen te weerspiegelen in persoonlijke kwaliteiten die sterk overlappen met wat van de sociaal-agoog gevraagd wordt. Om bepaalde ethisch correct *handelingen* te kunnen verrichten moet een professional over bepaalde *persoonlijke kwaliteiten* beschikken.

Verwonderlijk is de grote overeenkomst op basaal beroepsethisch niveau niet. Van primair belang in beroepsethiek is de *morele kwaliteit van de professionele relatie* tussen professional(s) en cliënt(en). Voor een kwalitatief goede dienstverlening aan cliënten is *vertrouwen* een absolute vereiste. Vertrouwen van de cliënt in de persoon van de professionals, hun integriteit, hun deskundigheid, in de bereidheid van professionals om zich ten overstaan van cliënten en anderen open, eerlijk en genuanceerd, te verantwoorden voor hun beroepsmatig optreden. Daarbij moet duidelijk zijn dat professionals het beste met hun cliënten voor hebben (respect voor cliënten, hen tot hun recht laten komen). Ze moeten betrokken zijn bij wat hen overkomt. Bovendien moeten cliënten er op kunnen rekenen – kwetsbaar als ze vaak zijn – dat professionals zorgvuldig omgaan met wat hen in vertrouwen aan (vaak gevoelige persoonlijke) informatie is verschaft.¹⁵ Vandaar dat in elk van de vier codes soortgelijke principes zijn opgenomen over ‘vertrouwelijkheid’, ‘dossiervorming’, ‘geheimhoudingsplicht’ en ‘toestemming van de cliënt bij vrijgeven informatie’.

Of het nu om een psycholoog, pedagoog, sociaal-agoog of maatschappelijk werker gaat, als professional hebben ze zich aan dezelfde basale beroepsethische principes te houden om de kwaliteit van de dienstverleningsrelatie met cliënten te waarborgen. Het zal duidelijk zijn dat werkers in de jeugdzorg, van welke beroepsgroep ook, daar geen uitzondering op vormen.

Hoewel de basisprincipes van alle codes een grote overlap vertonen, is er ook een verschil in het beroepsethische fundament van de verschillende codes te onderscheiden. Preambules formuleren niet alleen beroepsethische basisprincipes maar ook de

¹⁵ Een erkend internationaal handboek beroepsethiek formuleert *vier* nog algemenere beroepsethische basisprincipes die in zowat alle beschikbare beroepscode (van welke beroepsgroep ook maar) te herkennen zijn, en ook in de codes van NVO, NIP, NVMW en Phorza. Het zijn de principes van ‘respect voor autonomie’ (van de cliënt), kwaad-vermijden, weldoen en rechtvaardigheid.

doelwaarden van de beroepsgroep – dat wil zeggen: de voornaamste waarde(n) die een beroepsgroep via haar professionele dienstverlening beoogt te realiseren. Het ‘waartoe’ van de beroepsuitoefening. De combinatie van specifieke vakdeskundigheid en karakteristieke doelwaarde heeft elke beroepsgroep (naast professioneel statuut en beroepsprofiel) een eigen identiteit. De NVMW-code 2007 is het meest expliciet over de centrale doelwaarde van het maatschappelijk werk (preambule, p.6):

“De waarde houdt in dat mensen zich, in wisselwerking met hun omgeving, zo goed mogelijk kunnen ontplooiën naar eigen aard, behoeften en opvattingen en tevens dat zij rekening houden met anderen. Dit kan worden samengevat als ‘het tot zijn recht komen van de persoon’. Het nastreven van deze waarde is de doelstelling van het beroep van maatschappelijk werker.”

Het zal duidelijk zijn dat psychologen, pedagogen en sociaal-agogen hun centrale doelwaarde(n) niet op dezelfde manier als maatschappelijk werkers zullen formuleren. Er ontbreekt in de doelwaarde van maatschappelijk werkers immers een expliciete verwijzing naar geestelijke gezondheid, naar opvoeding, onderwijs en ontwikkeling, activiteitenbegeleiding en -therapie enzovoort. Uit een vergelijking van de beroepscode is dat overigens niet direct af te leiden. Het bleek dat de andere codes nalaten de centrale doelwaarden zo expliciet te formuleren als de NVMW dat doet. Bij een herziening van de codes zou dit een punt van aandacht kunnen zijn. *Doelwaarden* versterken de band tussen de ethische doelstelling van de beroepsuitoefening en de identiteit van de beroepsgroep.

Professionele autonomie en discretionaire bevoegdheid

Het valt op dat in de preambule van elke code nadrukkelijk wordt vermeld dat de in de code opgenomen principes een algemeen en abstract karakter hebben. Om toegepast te worden op concrete situaties uit de beroepspraktijk, moeten de regels geïnterpreteerd worden. Dat vergt ruimte voor eigen oordeelsvorming (professionele autonomie) en vergt een goed gevormd (ethisch) oordeelsvermogen. De vertaling van de code naar de beroepspraktijk is uiteindelijk een taak voor de professional zelf.

Ook wordt er in de codes impliciet of expliciet op gewezen dat regels en principes uit de code met elkaar kunnen conflicteren.¹⁶ Codes bieden geen garantie op heldere en eenduidige morele oordelen¹⁷ Zelfs één en dezelfde code kan al aanleiding geven tot meningsverschil onder beroepsgenoten en bij tuchtrechtelijke colleges (zie D). Ethische conflicten zijn onvermijdelijk en worden door codes, op zichzelf genomen, niet opgelost. Daartoe is moreel reflectie, overleg met anderen en goed gevormd oordeelsvermogen noodzakelijk. Wel kunnen conflicten in reflectie, overleg en oordeelsvorming met behulp van in de code geformuleerde principes en regels beter in kaart gebracht worden.

C. MORELE KWALITEIT RELATIES MET ANDERE PARTIJEN

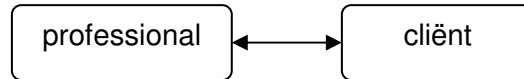
Zoals beschreven reguleert de ethische code vooral de relatie die de professional aangaat met zijn/haar cliënt. Vanwege het jeugdzorgkader waarin de vergelijking van de codes van NIP, NVO, NVMW en Phorza plaatsvindt, hebben we in het bijzonder aandacht besteed aan de wijze waarop de respectievelijke codes aandacht besteden aan de typische kenmerken van wat we het ‘morele landschap’ van de jeugdzorg noemen. Die kwamen juist door de vergelijking scherper in beeld. Welk beeld leeft er tussen de regels van de codes door

¹⁶ Zo wijst de NVO-code 2008, p.9, artikel 8.6 op de mogelijkheid van een conflict tussen de plicht tot geheimhouding en de plicht tot het verschaffen van informatie aan derde partijen genoemd wordt. De NIP-code 2007, art. 1.1.4.2 handelt expliciet over ‘onverenigbaarheid van codeartikelen’.

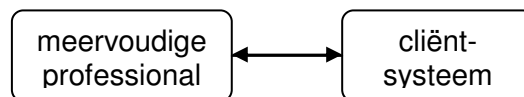
¹⁷ Zie bijvoorbeeld Phorza-code 2009, p.5 “De Code is geen receptenboek, dat je uit de kast kunt halen om een antwoord te vinden. De beroepscode geeft aan welke waarden in een situatie belangrijk zijn, maar is heel algemeen geformuleerd. De beslissing hoe te handelen moet je als werker zelf nemen. Jij bent de deskundige.”

omtrent de professionals die de professionele relatie aangaan? Welke visie op de cliënt wordt daarbij impliciet voorondersteld?

De beroepsethische *standaardvisie* op de professionele relatie is een één-op-één relatie tussen een individuele professional en zijn/haar individuele cliënt die vrijwillig aangegaan wordt door beide partijen.

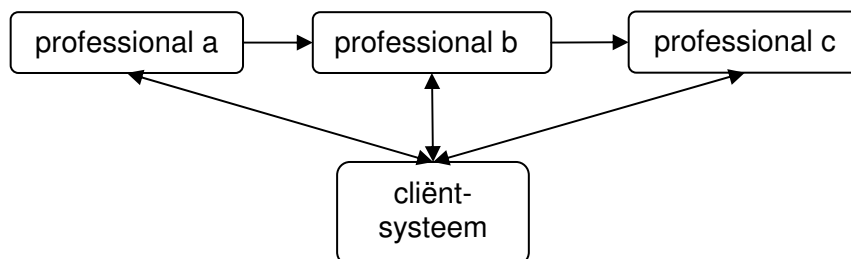


In de dagelijks praktijk van de jeugdzorg spelen echter doorgaans veel complexere relaties tussen *meervoudige* professionals en *meervoudige* cliënten en is lang niet altijd sprake van vrijwilligheid.¹⁸

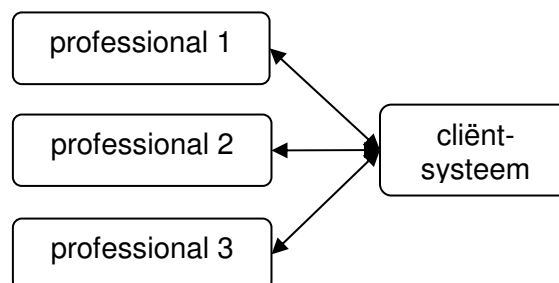


Aan de zijde van de professional is sprake van *ketenzorg* (diachrone meervoudige professionaliteit) en van meerdere professionals die, al dan niet in teamverband, tegelijk met dezelfde cliënt aan het werk zijn vanuit hun eigen, onderscheiden, beroep (synchrone meervoudige professionaliteit) – “steeds meer handen bij de bel”. Bovendien treden werkers in de jeugdzorg vaak op op gezag van de rechter. Dat beïnvloedt de professionele relatie die zij met cliënten aangaan.

Diachrone meervoudigheid – ketenzorg:

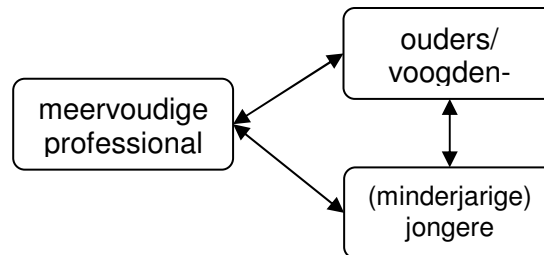


Synchrone meervoudigheid – “meer handen bij de bel”:



¹⁸ Deze aspecten zijn ook terug te vinden in de beroepspraktijk van professionals buiten de jeugdzorg. Ze zijn dus niet *uniek*-typisch maar dat maakt ze niet minder kenmerkend en belangrijk om rekening mee te houden in ethiek van/voor de jeugdzorg

Aan de zijde van de cliënt is dikwijls sprake van een cliëntsysteem waarin jeugdigen/jongeren gerelateerd zijn aan ouders/voogden, gezinnen en families. Een gezinsvoogd gaat bijvoorbeeld niet alleen een professionele relatie aan met de jongere maar ook met zijn ouders. Hij intervineert daarbij in de ouder-kind relatie zodat een driehoeksrelatie ontstaat die lastige morele vragen kan oproepen. Zeker ook omdat de relatie tussen gezinsvoogd en cliëntsysteem dikwijls *asymmetrisch* is – wanneer de gezinsvoogd op rechterlijk gezag intervineert oefent hij een bepaald macht uit over het cliëntsysteem. Cliënten zijn lang niet altijd op vrijwillige basis cliënt van de professional in de jeugdzorg. Ondertussen zijn ook de relaties binnen het cliëntsysteem tussen ouders en minderjarige jongeren *asymmetrisch* (ouders hebben ouderlijk gezag over hun minderjarige kinderen).



Uit de vergelijking van codes bleek dat de NIP- en NVO-code naar verhouding meer oog hebben voor deze complexiteit van de professionele relatie aan cliëntzijde. De Phorza-code, nog in ontwikkeling tijdens het vergelijkingsproces, werd mede op basis van uitwisseling en vergelijking aangepast aan het typische morele landschap van de jeugdzorg. De code van de NVMW focust nog het meest op een vrijwillige enkelvoudige cliënt - professional relatie. Hoewel de code wel rekening houdt met meervoudige professionaliteit krijgt de meervoudige cliënt weinig aandacht. Bovendien is er weinig aandacht voor de complexiteit van de driehoek tussen professionals – ouders – en minderjarige jongeren. Het verschil tussen de NVMW-code en bijvoorbeeld de NVO-code is verklaarbaar. Het werk van veel pedagogen is per definitie direct of indirect verbonden met opvoedingspraktijken waarin ouders/opvoeders en kinderen samen de hoofdrol spelen. De standaard-clieënt voor maatschappelijk werkers is doorgaans een volwassen of meerderjarige persoon die uit vrije wil dienstverlening van de maatschappelijk werker aanneemt. De NVMW-code weerspiegelt dat.¹⁹ De complexere professionele relatie vormt daarom terecht een belangrijk aandachtspunt bij het herzieningstraject van de NVMW-code dat op dit moment loopt. Het verdient aanbeveling dat de NVMW te rade gaat bij de codes van NVO, NIP en Phorza voor antwoorden op de vroeg hoe beroepsethisch meer recht gedaan kan worden aan het typisch morele landschap van de jeugdzorg. Te denken valt aan een artikel waarin de professionele relatie ten opzichte van minderjarigen (van verschillende leeftijdscategorieën) goed geregeld wordt (vgl. NIP-code 2007, art. art.l.1.5.1, NVO-code 2008, art. 5, Phorza-code 2009, art.2)

D. CODE – CONTEXT (WERKINGSSFEER – RELATIE TOT TUCHTRECHT – TUCHTREGLEMENT)

Gedurende de vergelijking bleek het wenselijk de relatie tussen ethische beroepscode, verenigingstuchtrecht(spraak) en tuchtreglement te verhelderen. In de preambules van alle codes wordt aangegeven dat de code criteria biedt waarmee het handelen van beroepsbeoefenaars (die lid zijn van de beroepsvereniging) getoetst kan worden (zie B). Zo bezien biedt de code de eigenlijke normatieve *inhoud* van het tuchtrecht van de respectievelijke verenigingen. Er is bij de vier beroepsverenigingen niet daarnaast nog een zelfstandig geheel van regels en richtlijnen dat als zodanig het 'tuchtrecht' genoemd kan

¹⁹ De NVMW-code benadrukt de vrijheid van eigen keuze van de autonome cliënten in de professionele relatie (zie m.n. artikel 5, p.10-11). In geval van minderjarige cliënten ligt dat anders (zie 'werkingsfeer en toepassing van de code', p.8, punt 3) maar wordt de keuzevrijheid benadrukt

worden. Er is tuchtrechtspraak, uitgevoerd door tuchtrechtelijke colleges, overeenkomstig procedures die vastgelegd zijn in een zogenaamd *tuchtrechtlement*. Een dergelijk tuchtrechtlement biedt geen inhoudelijke criteria om het handelen te toetsen maar alleen procedures hoe de tuchtrechtelijke colleges moeten worden samengesteld, langs welke weg en door wie klachten kunnen worden ingebracht, hoe deze behandeld moeten worden en welk soort uitspraken, maatregelen en sancties de tuchtrechtelijke colleges uit kunnen doen gaan.

De Phorza-code was nog in ontwikkeling ten tijde van het vergelijkingsproject. Een analyse van het concept-tuchtrechtlement van Phorza, in vergelijking met de reglementen van de andere verenigingen, bleek zeer instructief en niet alleen ter aanscherping van het Phorza-reglement²⁰. Zo constateerden we dat het NIP-tuchtrechtlement, en het reglement van NVO anders dan dat van de NVMW (zie Tuchtrechtlement, art.6.3) niet vereist dat een ethicus deel uit maakt van de tuchtrechtelijke colleges. Bij een toekomstige periodieke herziening van het NIP-reglement en het NVO-reglement zou aan de orde kunnen komen om hierin de andere codes te gaan volgen.

Een opvallend en relevant punt van vergelijking was verder *wie* er via het tuchtrecht een klacht mag indienen tegen een beroepsbeoefenaar. Tuchtrecht dient als een zelfregulerend instrument van de beroepsgroep en dient ook om via tuchtrechtelijke jurisprudentie de collectieve beroepsethische kennis te versterken.

Een ander punt van belang vanuit het tuchtrechtlement is dat er bij alle verenigingen sprake is van twee tuchtrechtelijke colleges, respectievelijk een College van Toezicht en een College van Beroep die beiden *integraal* toetsen. Gezien het gewicht van en de consequenties voor de professional die tuchtrechtelijke uitspraken kunnen hebben is het noodzakelijk dat aangeklaagde en klager het recht op hoger beroep hebben. Het komt in de tuchtrechtspraak van alle beroepsverenigingen herhaaldelijk voor dat een College van Beroep anders oordeelt dan het College van Toezicht, terwijl beide colleges dezelfde code als toetssteen hebben gehanteerd. Dergelijke verschillen zijn een signaal: verschillen in tuchtrechtelijke oordelen binnen de jeugdzorg zullen niet uit de wereld geholpen zijn als men codes met elkaar zou harmoniseren. Morele en tuchtrechtelijke oordeelsvorming is een kwestie van interpretatie en nooit een kwestie van het simpelweg mechanisch of wiskundig toepassen van formules (de morele regels en richtlijnen) op een specifieke kwestie met garantie van eenduidige uitkomst (zie ook onder B – discretionaire bevoegdheid).

3. Conclusies en consequenties

Op basis van de vergelijking van de beroepscode van NIP, NVO, Phorza en NVMW kunnen enkele conclusies en consequenties geformuleerd worden.

1. Bundeling en uitwisseling van inzichten

OVEREENKOMST OP ABSTRACT NIVEAU

Uit een vergelijking van de beroepscode met behulp van de matrix blijkt enerzijds dat de codes op algemeen en abstract beroepsethisch niveau sterke overeenkomst vertonen. De codes van NIP, NVO, Phorza en NVMW delen dezelfde ethische basisprincipes. Zo zijn bijvoorbeeld de basisprincipes zoals geformuleerd in de NIP-code impliciet of expliciet te herkennen in de andere codes.

Dit is niet verwonderlijk en het is ook wenselijk. Beroepsethische codes, van welke beroepsgroep ook (of het nu om dokters, ingenieurs of maatschappelijk werkers gaat) hebben allen uiteindelijk dezelfde ethische basis waarbij de waarborg van de

²⁰ In een concept versie van het Phorza tuchtrechtlement werd gesproken over de toetsing van 'gedragingen' van sociaal-agogen. Dat zou echter tot een veel te brede werkingssfeer leiden. Andere tuchtrechtlementen specificeren nader tot 'beroepsmatig handelen' en geven daarmee de grenzen van de werkingssfeer van beroepscode en tuchtrecht aan. In de laatste versie van het Phorza-tuchtrechtlement is dit overgenomen.

vertrouwensrelatie tussen professional en cliënt(systeem) van het essentieel belang wordt geacht. De codes van professionals in de jeugdzorg vormen daar geen uitzondering op. In het algemeen gesproken zijn werkers in de jeugdzorg daarom allemaal op dezelfde beroepsethische basisprincipes aanspreekbaar, ongeacht tot welke beroepsgroep ze behoren. Van een goede psycholoog in de jeugdzorg wordt vanuit *fundamenteel* beroepsethisch perspectief weinig anders verwacht dan van een maatschappelijk werker die in dezelfde sector werkzaam is.

- Consequentie: Vanwege de basale overeenkomst is er geen noodzaak om codes van verschillende beroepsgroepen samen te voegen. Fundamentele beroepsethische waarden zoals de waarborg van de vertrouwensrelatie tussen professional en cliëntsysteem worden via de diverse codes evenzeer beschermd.

RELEVANTE VERSCHILLEN OP SPECIFIEK NIVEAU

Hoe algemener ethische principes en richtlijnen geformuleerd worden, des minder geven ze 'daadwerkelijk' richting, houvast, motivatie, en inspiratie op de werkvloer. De kracht van de uiteenlopende beroepscode is dat ze algemeen gedeelde beroepsethische basisprincipes operationaliseren in relatie tot specifieke kenmerken van de eigen beroepspraktijk. Zo worden de twee soorten kwaliteitsstandaarden voor professionele beroepsbeoefening (zie inleiding), enerzijds kennis, vaardigheid en competentie en anderzijds morele kwaliteit, geïntegreerd.

Contextspecifieke principes en richtlijnen spreken duidelijke en op de eigen beroepspraktijk toegesneden taal en bieden beroepsbeoefenaars op de werkvloer daarom effectiever richting, oriëntatie en ethische motivatie. Het is van groot belang om te zorgen dat de ethische maatstaven niet alleen mooi op papier staan ("dode letter") maar ook van harte door beroepsbeoefenaars gevolgd worden in de praktijk. Een code hebben is één ding, er naar handelen en werken een tweede. Beiden zijn van samenhangend groot belang om de (morele) kwaliteit van de dienstverlening in de jeugdzorg te waarborgen. Beroepsbeoefenaars zullen eerder geneigd zijn code-conform te werken wanneer zij zich met hun code kunnen identificeren. Hoe dichter regels en richtlijnen op de huid van de eigen beroepspraktijk geschreven zijn, des te beter kunnen professionals ze zich eigen maken. Ethisch handelen is in het ideale geval niet iets dat van buitenaf moet, maar wat je van binnenuit wilt. Dan leidt goed werk tot goed doen.

- Consequentie: Om de oriënterende, motiverende en inspirerende kracht van ethische beroepscode optimaal werkzaam te laten zijn voor professionals, moeten deze codes geformuleerd dicht op de huid van de uiteenlopende beroepspraktijken geformuleerd worden. Beroepsethische regels en richtlijnen werken immers het best wanneer ze contextspecifiek zijn. Het verdient daarom aanbeveling om beroepscode niet op één hoop te gooien (in de vorm van bijvoorbeeld sector gerelateerde code) ook al zijn er op algemeen abstract niveau grote overeenkomsten. Diversiteit en beroepsspecificiteit van codes bevordert de identificatie met de code. Professionals kunnen zich de code beter eigen maken omdat deze nauw aansluit bij de specifieke kennis, vaardigheden en competenties van het eigen beroep. Daarmee bevestigen we het belang van beroepsspecifieke ethische codes in de jeugdzorg, geformuleerd door beroepsbeoefenaars via hun beroepsverenigingen. Het risico van een code die min of meer buiten beroepsbeoefenaars om opgesteld wordt voor de sector is dat de mensen die zich door de code aangesproken zouden moeten voelen zich er niet mee identificeren.

2. Toepasbaarheid op morele landschap van jeugdzorg

De codes vergelijkend werd het beeld op de typische kenmerken van het morele landschap van de jeugdzorg scherper. De beroepsethische standaardvisie op de professionele relatie blijkt in de jeugdzorg doorgaans niet op te gaan. In plaats daarvan is er sprake van complexe relaties tussen meervoudige professionals enerzijds (ketenzorg en multidisciplinariteit) en een cliëntsysteem waarin ook verschillende partijen (ouders en bijvoorbeeld minderjarige kinderen) in verhouding staan tot elkaar.

- Consequentie: In de naar verhouding langere NIP- en NVO-code wordt meer recht gedaan aan deze complexiteit. Bij de ontwikkeling van de Phorza-code is al lering getrokken uit de vergelijking met de NIP- en NVO-code. De NVMW-code heeft naar verhouding het minst oog voor de complexiteit van de professionele relatie in de jeugdzorg, met name wat betreft de cliëntzijde (minderjarigheid, asymmetrische relatie binnen cliëntsysteem. Bij de herziening van de NVMW-code die op dit moment gaande is zal (daarom) expliciet aandacht aan dit punt gegeven worden.
- Consequentie: het zou aan te bevelen zijn om een sector-specifiek *aanhangsel* bij de uiteenlopende codes te bieden waarin geëxpliciteerd wordt hoe de regels en richtlijnen uit de codes zich verhouden tot het morele landschap van de jeugdzorg. Op die manier kan het evenwicht gevonden worden tussen enerzijds beroepsgerelateerde ethische codes en anderzijds voldoende aansluiting bij sector-gerelateerde ethische kwesties en complexiteit van het morele landschap. Morele kwaliteit kan daardoor nauw verbonden blijven met beroepsmatige kwaliteit (kennis, vaardigheden, competenties) en tegelijk kunnen de generieke (beroepsspecifieke) codes, op basis van het aanhangsel, adequaat sectorspecifiek toegepast worden. Een pakket van codes en aanhangsel kan zo effectief oriëntatie, motivatie en inspiratie bieden aan psychologen, pedagogen, sociaal-agogen en maatschappelijk werkers die in de jeugdzorg actief zijn.

3. Transparantie publieke professionele verantwoordelijkheid en toetsbaarheid

RELATIE CODE - TUCHTRECHT

De praktijk van de verenigingsuchtrechtspraak bij het NIP, de NVO, NVMW en Phorza is dat de inhoudelijke criteria voor de tuchtrechtspraak ontleend worden aan de beroepscode. Er is niet een apart zelfstandig 'wetboek van het tuchtrecht' dat als toetsingsinstrument dient. De principes, regels en richtlijnen van de codes dienen als inhoudelijke toetsingscriteria. De verenigingen beschikken daarnaast allen over een tuchtreglement waarin uitsluitend de procedures voor de tuchtrechtspraak geregeld worden. Op basis van de beroepscode van de vier beroepsgroepen en -verenigingen, hun onderscheiden tuchtreglementen en de tuchtrechtspraak door daartoe aangestelde colleges, is er op dit moment tuchtrecht voor professionals in de jeugdzorg beschikbaar.

DIVERSITEIT IN TUCHTRECHTSPRAAK

Mocht er in tuchtrechtspraak verschillend geoordeeld worden bij gelijke gevallen in verschillende beroepsgroepen, dan hoeft de oorzaak daarvan naar alle waarschijnlijkheid niet primair in de diversiteit van de vier ethische codes gezocht te worden maar in de aard en kwaliteit van het kritisch oordeelsvermogen van tuchtrechtelijke colleges en de gevolgde tuchtrechtelijke procedures.

HANDREIKING VERANTWOORDELIJKHEIDSVERDELING BIJ SAMENWERKING IN DE ZORG (2010)

CHECKLIST MET 13 CONCRETE AANDACHTSPUNTEN BIJ AFSPRAKEN OVER VERANTWOORDELIJKHEDEN

Bent u als zorgverlener of manager betrokken bij een zorgverlenings situatie met verschillende zorgverleners, dan is het van belang om te specificeren wie waarvoor verantwoordelijk is. Zo ontstaat duidelijkheid onderling, voor de patiënt en diens familie en voorkomt u risico's op fouten. Kernaspecten van een regeling van verantwoordelijkheden bij samenwerking in het zorgproces:

1 Voor de cliënt is te allen tijde duidelijk wie van de betrokken zorgverleners:

- het aanspreekpunt is voor vragen van de cliënt of diens vertegenwoordiger;
- de inhoudelijke (eind)verantwoordelijkheid heeft voor de zorgverlening aan de cliënt;
- belast is met de coördinatie van de zorgverlening aan de cliënt (zorgcoördinator). Het is van belang dat deze drie taken over zo weinig mogelijk zorgverleners worden verdeeld. Zo mogelijk zijn deze taken in één hand.

2 Alle bij de samenwerking betrokken zorgverleners beschikken zo nodig over een gezamenlijk en up-to-date zorg- of behandelplan betreffende de cliënt.

3 Gegarandeerd wordt dat de rechten van de cliënt, zoals deze voortvloeien uit wetgeving en rechtspraak, op de juiste wijze worden nagekomen. Waar nodig worden afspraken gemaakt om te vergemakkelijken dat de cliënt de hem toekomende rechten kan uitoefenen.

4 Een zorgverlener die deelneemt in een samenwerkingstraject vergewist zich ervan dat hij/zij beschikt over relevante gegevens van collega's en informeert collega's over gegevens en bevindingen die zij nodig hebben om verantwoorde zorg te kunnen verlenen.

5 Relevante gegevens worden aangekend in een dossier betreffende de cliënt. Bij voorkeur is dit een geïntegreerd dossier, dat door alle bij de samenwerking betrokken zorgverleners kan worden geraadpleegd en aangevuld. Zo niet, dan worden afspraken gemaakt over de wijze waarop samenwerkingpartners relevante informatie uit een dossier kunnen verkrijgen.

6 Zorgverleners die deelnemen aan een samenwerkingsverband maken duidelijke afspraken over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden met betrekking tot de zorgverlening aan de cliënt.

7 Zorgverleners die deelnemen aan een samenwerkingsverband zijn alert op de grenzen van de eigen mogelijkheden en deskundigheid en verwijzen zo nodig tijdig door naar een andere zorgverlener. Zij zijn op de hoogte van de kerncompetenties van de andere betrokken zorgverleners.

8 In gevallen waarin tussen zorgverleners een opdrachtrelatie bestaat, geeft de opdrachtgevende zorgverlener voldoende instructies met betrekking tot de zorgverlening aan de cliënt.

9 Overdracht van taken en verantwoordelijkheden vindt expliciet plaats. Bij de inrichting van overdrachtmomenten is van belang om zowel rekening te houden met bij overdrachtssituaties in het algemeen veel voorkomende risico's als met eventuele specifieke kenmerken van de cliëntsituatie.

10 Waar nodig voor een goede zorgverlening wordt in situaties van samenwerking in de zorg voorzien in controlemomenten (overleg, evaluatie).

11 De cliënt of diens vertegenwoordiger wordt intensief betrokken bij de ontwikkeling en uitvoering van het zorg- of behandelplan. De eigen verantwoordelijkheid van de cliënt in relatie tot het zorgproces wordt zoveel mogelijk gestimuleerd. Elke zorgverlener bespreekt met de cliënt ook diens ervaringen met het samenwerkingsverband.

12 Afspraken die door samenwerkingspartners worden gemaakt over de aard en inrichting van de samenwerking en over ieders betrokkenheid worden schriftelijk vastgelegd.

13 Met betrekking tot incidenten (waaronder begrepen fouten) geldt het volgende:

- naar de cliënt wordt over incidenten openheid betracht;
- incidenten worden gemeld op een binnen het samenwerkingsverband afgesproken centraal punt;
- een aan het samenwerkingsverband deelnemende zorgverlener die in de ogen van een of meer collega's niet voldoet aan de normen voor verantwoorde zorg, wordt door hen daarop aangesproken.

**'MIJN
PATIËNT
HEEFT BAAT
BIJ ÉÉN
REGISSEUR'**

ARTSEN
VAN NU

knmg

Deze aandachtspunten worden nader toegelicht in de 'Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg (2010)'. Deze Handreiking wordt onderschreven door de KNMG, de organisaties van algemene en academische ziekenhuizen (NVZ, NFU), verpleegkundigen (V&VN), verloskundigen (KNOV), fysiotherapeuten (KNGF), psychologen (NIP), apothekers (KNMP) en instellingen voor geestelijke gezondheidszorg (GGZ Nederland). Ook de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF) steunt de Handreiking.

Bekijk het webdossier: www.knmg.nl/dossier/verantwoordelijkheid
Download de Handreiking: www.knmg.nl/publicatie/verantwoordelijkheid



Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg

KNMG, V&VN, KNOV, KNGF, KNMP, NIP, NVZ, NFU, GGZ Nederland, NPCF

26 januari 2010

Inhoud

1. Introductie	5
2. Aandachtspunten bij samenwerking in de zorg	7
3. Toelichting en achtergronden	25
Literatuur	31
Bijlage 1 - De tuchtrechter over het hoofdbehandelaarschap	33
Bijlage 2 - Relevante uitspraken van de tuchtrechter	35

1. **Introductie**

Het komt in de gezondheidszorg steeds vaker voor dat bij de zorgverlening aan en de behandeling van een cliënt meerdere zorgverleners betrokken zijn. Een goede samenwerking tussen deze zorgverleners is daarbij van groot belang, maar roept ook nieuwe vragen en problemen op. Zo zal er een duidelijke taak- en verantwoordelijkheidsverdeling moeten zijn, en is het noodzakelijk dat de betreffende zorgverleners met elkaar communiceren en hun werkzaamheden en informatie onderling afstemmen. Dat zijn belangrijke randvoorwaarden voor het bieden van verantwoorde zorg. De Handreiking beoogt deze randvoorwaarden te expliciteren en te verduidelijken.

Met name op het terrein van de chronische aandoeningen zijn de afgelopen jaren tal van activiteiten ontwikkeld die erop zijn gericht de samenwerking tussen zorgverleners, veelal aangeduid als ketenzorg, te faciliteren. Bij wijze van voorbeeld kunnen worden genoemd de Zorgstandaard voor mensen met diabetes en de Richtlijn Ketenzorg COPD. Dergelijke richtlijnen zijn vaak sterk zorginhoudelijk gericht, en besteden relatief weinig aandacht aan randvoorwaardelijke, organisatorische aspecten. Zo merkt de Richtlijn Ketenzorg COPD over de zorgorganisatie eigenlijk alleen op dat “de verschillende zorgverleners goed moeten afspreken wie welke taken op zich neemt qua coördinatie en daadwerkelijke uitvoering” (p. 31). Het is van belang dergelijke algemene standpunten te verfijnen, teneinde zorgverleners handvatten te geven voor een goede organisatie van de zorgverlening en cliënten duidelijk te maken wat zij ter zake mogen verwachten. Deze Handreiking wil daaraan een bijdrage leveren.

Van samenwerking in de zin van deze handreiking is sprake als meer dan één zorgverlener bij de cliënt betrokken is. Samenwerking kan intern zijn (zorgverleners die binnen dezelfde instelling werken), extern (zorgverleners uit verschillende instellingen), of een mengvorm. De Handreiking richt zich zowel op simultane als op volgtijdelijke samenwerking.

In onderdeel 2 van deze Handreiking komen de bij samenwerking in acht te nemen aandachtspunten aan de orde. In onderdeel 3 worden de achtergrond en totstandkoming van deze Handreiking, alsmede de juridische context verklaard.

Deze Handreiking wordt van kracht op 1 februari 2010. In de tweede helft van 2013, tegen het einde van de beoogde implementatietermijn, zal een eerste evaluatie van de Handreiking plaatsvinden.

De Handreiking wordt onderschreven door KNMG, V&VN, KNOV, KNGF, KNMP, NIP, NVZ, NFU, GGZ Nederland en NPCF. Andere organisaties worden uitgenodigd zich bij dit initiatief aan te sluiten. Organisaties van zorgaanbieders en cliënten uit de caresector (Actiz, VGN en LOC) zijn van mening dat de Handreiking in de huidige vorm nog onvoldoende op hun sector is toegespitst. In overleg met deze organisaties zal nader worden bezien of een ‘care’-versie van deze Handreiking kan worden gerealiseerd.

Utrecht, 26 januari 2010

2. Aandachtspunten bij samenwerking in de zorg

De praktijk van de zorg is complex en gevarieerd en impliceert de betrokkenheid van veel verschillende zorgverleners. Het is van belang om te specificeren welke risico's de betrokkenheid van verschillende zorgverleners kan opleveren voor verantwoorde zorgverlening en om aandachtspunten te formuleren die gericht zijn op het voorkomen van dergelijke risico's. Hieronder worden de aandachtspunten benoemd die kunnen worden gezien als de kernaspecten van een regeling van verantwoordelijkheden bij samenwerking in het zorgproces. Het gaat niet in alle gevallen om aandachtspunten die specifiek zijn voor samenwerking in de zorg. Sommige aandachtspunten zijn in alle gevallen van hulpverlening relevant, maar kunnen in de context van samenwerking wel specifieke betekenis krijgen of om extra aandacht vragen.

Aandachtspunt 1:

Voor de cliënt is te allen tijde duidelijk wie van de betrokken zorgverleners:

- het aanspreekpunt is voor vragen van de cliënt of diens vertegenwoordiger;
- de inhoudelijke (eind)verantwoordelijkheid heeft voor de zorgverlening aan de cliënt;
- belast is met de coördinatie van de zorgverlening aan de cliënt (zorgcoördinator).

Het is van belang dat deze drie taken over zo weinig mogelijk zorgverleners worden verdeeld. Zo mogelijk zijn deze taken in één hand.

Aandachtspunt 2:

Alle bij de samenwerking betrokken zorgverleners beschikken zo nodig over een gezamenlijk en up-to-date zorg- of behandelplan betreffende de cliënt.

Aandachtspunt 3:

Gegarandeerd wordt dat de rechten van de cliënt, zoals deze voortvloeien uit wetgeving en rechtspraak, op de juiste wijze worden nagekomen. Waar nodig worden afspraken gemaakt om te vergemakkelijken dat de cliënt de hem toekomende rechten kan uitoefenen.

Aandachtspunt 4:

Een zorgverlener die deelneemt in een samenwerkingstraject vergewist zich ervan dat hij/zij beschikt over relevante gegevens van collega's en informeert collega's over gegevens en bevindingen die zij nodig hebben om verantwoorde zorg te kunnen verlenen.

Aandachtspunt 5:

Relevante gegevens worden aangetekend in een dossier betreffende de cliënt. Bij voorkeur is dit een geïntegreerd dossier, dat door alle bij de samenwerking betrokken zorgverleners kan worden geraadpleegd en aangevuld. Zo niet, dan worden afspraken gemaakt over de wijze waarop samenwerkingpartners relevante informatie uit een dossier kunnen verkrijgen.

Aandachtspunt 6:

Zorgverleners die deelnemen aan een samenwerkingsverband maken duidelijke afspraken over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden met betrekking tot de zorgverlening aan de cliënt.

Aandachtspunt 7:

Zorgverleners die deelnemen aan een samenwerkingsverband zijn alert op de grenzen van de eigen mogelijkheden en deskundigheid en verwijzen zo nodig tijdig door naar een andere zorgverlener. Zij zijn op de hoogte van de kerncompetenties van de andere betrokken zorgverleners.

Aandachtspunt 8:

In gevallen waarin tussen zorgverleners een opdrachtrelatie bestaat, geeft de opdrachtgevende zorgverlener voldoende instructies met betrekking tot de zorgverlening aan de cliënt.

Aandachtspunt 9:

Overdracht van taken en verantwoordelijkheden vindt expliciet plaats. Bij de inrichting van overdrachtmomenten is van belang om zowel rekening te houden met bij overdrachtssituaties in het algemeen veel voorkomende risico's als met eventuele specifieke kenmerken van de cliëntsituatie.

Aandachtspunt 10:

Waar nodig voor een goede zorgverlening wordt in situaties van samenwerking in de zorg voorzien in controlemomenten (overleg, evaluatie).

Aandachtspunt 11:

De cliënt of diens vertegenwoordiger wordt intensief betrokken bij de ontwikkeling en uitvoering van het zorg- of behandelplan. De eigen verantwoordelijkheid van de cliënt in relatie tot het zorgproces wordt zoveel mogelijk gestimuleerd. Elke zorgverlener bespreekt met de cliënt ook diens ervaringen met het samenwerkingsverband.

Aandachtspunt 12:

Afspraken die door samenwerkingspartners worden gemaakt over de aard en inrichting van de samenwerking en over ieders betrokkenheid worden schriftelijk vastgelegd.

Aandachtspunt 13:

Met betrekking tot incidenten (waaronder begrepen fouten) geldt het volgende:

- naar de cliënt wordt over incidenten openheid betracht;
- incidenten worden gemeld op een binnen het samenwerkingsverband afgesproken centraal punt;
- een aan het samenwerkingsverband deelnemende zorgverlener die in de ogen van een of meer collega's niet voldoet aan de normen voor verantwoorde zorg, wordt door hen daarop aangesproken.

Aandachtspunt 1:

Voor de cliënt is te allen tijde duidelijk wie van de betrokken zorgverleners:

-het aanspreekpunt is voor vragen van de cliënt of diens vertegenwoordiger;

-de inhoudelijke (eind)verantwoordelijkheid heeft voor de zorgverlening aan de cliënt;

-belast is met de coördinatie van de zorgverlening aan de cliënt (zorgcoördinator).

Het is van belang dat deze drie taken over zo weinig mogelijk zorgverleners worden verdeeld.

Zo mogelijk zijn deze taken in één hand.

Toelichting:

Dit aandachtspunt betreft een kernaspect van samenwerking: waar meerdere zorgverleners betrokken zijn bij de zorgverlening aan de cliënt, kunnen drie verantwoordelijkheden worden onderscheiden:

- a. Het aanspreekpunt voor vragen van de cliënt of diens vertegenwoordiger;
- b. De inhoudelijke (eind)verantwoordelijkheid voor de behandeling van en zorgverlening aan de cliënt;
- c. De coördinatie en regie van de behandeling van de cliënt.

Ad a:

Het verstrekken van informatie aan de cliënt en/of het beantwoorden van diens vragen zal op meerdere momenten aan de orde komen. Het karakter van de te verstrekken informatie en de te beantwoorden vragen kan verschillen (inhoudelijk, organisatorisch). Afhankelijk daarvan kan het informeren van de cliënt tot de verantwoordelijkheid van verschillende zorgverleners behoren. Dit vergt goede afstemming. Bezien vanuit de cliënt en het perspectief van de kwaliteit van zorgverlening zijn met betrekking tot informatieverstrekking volledigheid, eenduidigheid en tijdigheid essentieel. Naarmate het aantal betrokken zorgverleners groeit, nemen de risico's van lacunes, tegenstrijdigheden en ontijdigheid toe. Van belang is voorts dat de cliënt niet alleen weet wie hij bij vragen en onduidelijkheden zo nodig kan aanspreken, maar ook wanneer en hoe deze persoon bereikbaar is.

Ad b:

Vooral in die gevallen waarin er op enig moment verschillende zorgverleners gelijktijdig betrokken zijn bij de behandeling van de cliënt, dient duidelijk te zijn wie van hen verantwoordelijkheid is voor de inhoud van de onderdelen van de behandeling en of er sprake is van een inhoudelijk eindverantwoordelijke. De deskundigheidsgebieden en competenties van de betrokken zorgverleners dienen daarbij leidend te zijn. In bepaalde gevallen zal het duidelijk zijn wie van hen de inhoudelijke eindverantwoordelijkheid heeft, maar in andere gevallen is dit minder vanzelfsprekend of kan niet worden gesproken van inhoudelijke eindverantwoordelijkheid voor de situatie van de cliënt als geheel.¹ In het laatste geval kan het toch van belang zijn dat verschillende zorgverleners die elk een eigen inhoudelijke verantwoordelijkheid hebben jegens de cliënt met elkaar contact hebben en zo nodig afstemmen over de inhoud of de regie van de behandeling.

¹ Er kunnen vele voorbeelden worden gegeven. Is een patiënt onder behandeling van zowel een internist (bijv. vanwege HIV) en een psychiater, dan ligt het niet voor de hand een van deze beide specialisten inhoudelijk eindverantwoordelijk te achten voor het geheel.

Zoveel mogelijk voorkomen moet worden dat inhoudelijke taken en verantwoordelijkheden bij verschillende zorgverleners zijn neergelegd zonder dat een van hen het overzicht over het geheel heeft. Op welke persoon welke inhoudelijke verantwoordelijkheid rust, kan van situatie tot situatie verschillen, maar deze verantwoordelijkheden moeten wel expliciet zijn belegd. Zo nodig kan een van deze zorgverleners als hoofdbehandelaar optreden.² Met hoofdbehandelaar wordt in dit kader bedoeld: de zorgverlener op wie de inhoudelijke eindverantwoordelijkheid rust. In veel gevallen zal een arts de hoofdbehandelaar zijn, maar dat is niet per definitie het geval. Afhankelijk van de omstandigheden kunnen ook eerstelijnsberoepsbeoefenaren, een gezondheidszorgpsycholoog, een verpleegkundige of een andere zorgverlener de rol van hoofdbehandelaar vervullen.³ Per context zal moeten worden bepaald welke zorgverlener daartoe in de beste positie is.

Indien van toepassing dient de cliënt er van op de hoogte te worden gesteld welke zorgverlener op enig moment de rol van eindverantwoordelijke vervult.

Ad c:

Als er meerdere zorgverleners bij de situatie van de cliënt betrokken zijn, is het van belang te regelen wie van hen de coördinatie heeft met betrekking tot het zorgtraject van de cliënt. Dit kan de persoon zijn die fungeert als aanspreekpunt, maar dat is niet altijd haalbaar. De zorgverlener met de coördinatiefunctie (hierna: de zorgcoördinator⁴) heeft het overzicht van de situatie betreffende cliënt en kan zo nodig interveniëren (door zelf in actie te komen of door anderen te verzoeken actie te ondernemen). Van situatie tot situatie zal bezien moeten worden welke zorgverlener qua deskundigheid en positie het beste geëquipeerd is om als zorgcoördinator op te treden. De zorgcoördinator is niet noodzakelijkerwijs een arts.

Het is van belang de coördinatiefunctie te onderscheiden van de eerder genoemde inhoudelijke verantwoordelijkheid voor de zorgverlening aan de cliënt. De coördinatiefunctie heeft veel meer een organisatorische en logistieke dan een inhoudelijke betekenis. Coördinatie dient ertoe om te voorkomen dat in de zorgverlening aan de cliënt gaten ontstaan en dat de cliënt de dupe wordt van gebrekkige samenwerking en afstemming. Op die aspecten behoort de zorgcoördinator in het bijzonder alert te zijn.

Het is van belang de positie en de bevoegdheden van de zorgcoördinator duidelijk te omschrijven. De zorgcoördinator moet het mandaat krijgen om de andere betrokken zorgverleners zo nodig op samenwerkings- en afstemmingsaspecten te kunnen aanspreken en van hen bepaalde activiteiten te verlangen. Een coördinatiefunctie veronderstelt zowel de capaciteiten als de formele mogelijkheden om andere betrokken zorgverleners zo nodig te kunnen aanspreken en aansturen. Dit moet goed geregeld worden en voor alle betrokkenen duidelijk zijn (Kusiak, 2008). De zorgcoördinator moet daadkrachtig op kunnen treden, inzicht hebben in de consequenties van stagnatie en af kunnen wegen wat in het kader van de voortgang en continuïteit van de zorgverlening is vereist.

Het gaat er niet om dat de zorgcoördinator alle kwesties die op zijn bord worden gelegd zelf onderzoekt en oplost. Uiteraard mag hij kwesties doorgeven aan mensen die beter in staat zijn een oplossing te realiseren. De zorgcoördinator blijft er wel verantwoordelijk voor dat deze

² Veel ziekenhuizen hebben een regeling waarin de taken en verantwoordelijkheden van de hoofdbehandelaar, de medebehandelaar en de consultant worden geregeld. Zie ook de gedragscode over de 'Taken van de hoofdarts' die in 2008 werd opgesteld door de Nationale Raad van de Orde van Geneesheren in België.

³ Aldus ook de tuchtrechtspraak.

⁴ Dit kan ook een casemanager zijn.

mensen tijdig (c.q. binnen een afgesproken periode) stappen ondernemen en dat er terugkoppeling naar de cliënt plaatsvindt.

De cliënt dient ervan op de hoogte te worden gesteld welke zorgverlener op enig moment als zorgcoördinator optreedt.

Algemeen:

Bezien vanuit het perspectief van de cliënt is het te prefereren dat de hiervoor onderscheiden functionaliteiten (aanspreekpunt voor de cliënt, inhoudelijke verantwoordelijkheid, zorgcoördinator) waar mogelijk worden toebedeeld aan een en dezelfde persoon. Per situatie zal moeten worden gezien wie dat het beste kan zijn.

Het zal echter in de hedendaagse gezondheidszorg lang niet altijd mogelijk zijn de genoemde drie taken in één hand te leggen. In veel gevallen zullen deze taken over meerdere zorgverleners (moeten) worden verdeeld, en kan het ook zo zijn dat de personen die deze taken op zich nemen per fase van de zorg of de behandeling wisselen. Voor alle betrokkenen, waaronder de cliënt, moet dan wel helder zijn wie welke rol op zich neemt. Op de vraag welke afspraken daartoe nodig zijn en hoe deze luiden, zal niet altijd hetzelfde antwoord kunnen worden gegeven. Dat hangt onder meer af van de karakteristieken van de aan de orde zijnde samenwerkingsconstructie (zie over verschillende ketenmodellen Donkers, Bras en Van Dingenen, 2008).

Naarmate de genoemde drie rollen over meer zorgverleners zijn verdeeld, moeten hogere eisen worden gesteld aan de zorgverlener die als aanspreekpunt voor de cliënt optreedt. Deze zorgverlener zal vragen van de cliënt adequaat moeten kunnen beantwoorden, hetzij op basis van eigen kennis, hetzij door de benodigde informatie bij anderen na te vragen.

Uit het dossier/behandelplan van de cliënt moet in elke fase van de behandeling of de zorgverlening afgeleid kunnen worden welke zorgverlener optreedt als aanspreekpunt, inhoudelijk (eind)verantwoordelijke of zorgcoördinator.

Aandachtspunt 2:

Alle bij de samenwerking betrokken zorgverleners beschikken zo nodig over een gezamenlijk en up-to-date zorg- of behandelplan betreffende de cliënt.

Toelichting:

Juist bij samenwerking is het van groot belang dat er steeds sprake is van een up-to-date zorg- of behandelplan. Het zorg- of behandelplan vormt de spil van de zorgverlening aan de cliënt. Dit document speelt een belangrijke functie bij het integreren van de activiteiten van de verschillende zorgverleners die in een samenwerkingsproject met de cliënt te maken hebben.

In het zorg-/behandelplan komen aan de orde (zie ook de overige aandachtspunten uit deze richtlijn):

- a. welke doelen worden met betrekking tot de zorgverlening voor een bepaalde periode gesteld, met in achtneming van de wensen, mogelijkheden en beperkingen van de cliënt?;
- b. op welke concrete wijze wordt getracht de gestelde doelen te bereiken?;
- c. wie is voor de verschillende onderdelen van de zorgverlening verantwoordelijk, op welke wijze vindt afstemming tussen meerdere zorgverleners plaats, en wie kan de cliënt op die afstemming aanspreken?;
- d. met welke frequentie en onder welke omstandigheden gaat de zorgaanbieder de zorgverlening in samenspraak met de cliënt evalueren en actualiseren?.

Afhankelijk van de situatie van de cliënt kan een zorg- of behandelplan bestaan uit deelplannen, die qua inhoud en actualisering vallen onder de verantwoordelijkheid van verschillende zorgverleners. Het ligt voor de hand dat de zorgcoördinator toeziet op de consistentie en actualiteit van het zorg-/behandelplan als geheel.

Aandachtspunt 2 bevat de woorden “zo nodig” omdat niet in elke zorgsituatie het opstellen van een gezamenlijk zorg- of behandelplan, en de verspreiding daarvan onder alle betrokken hulpverleners, nodig is (bijvoorbeeld in de relatie huisarts-fysiotherapeut). Naarmate de zorg langduriger en complexer is, bijvoorbeeld in het geval van chronische aandoeningen, ligt een gezamenlijk zorg-/behandelplan meer voor de hand. In de Awbz-zorg is een zorgplan wettelijk voorgeschreven.⁵ Voorkomen moet worden dat de woorden “zo nodig” ertoe leiden dat een zorgplan ontbreekt in de gevallen waarin zo’n plan er wel behoort te zijn. Er dient een zorgplan te bestaan, tenzij dat vanwege de aard van de situatie niet nodig is of geen meerwaarde heeft.

De cliënt, of in het geval van wilsonbekwaamheid diens vertegenwoordiger, dient met het zorg- of behandelplan in te stemmen. Zie in relatie daarmee de Aandachtspunten 3 en 11.

⁵ Zie het Besluit Zorgplanbespreking Awbz-zorg van 2 maart 2009.

Aandachtspunt 3:

Gegarandeerd wordt dat de rechten van de cliënt, zoals deze voortvloeien uit wetgeving en rechtspraak, op de juiste wijze worden nagekomen. Waar nodig worden afspraken gemaakt om te vergemakkelijken dat de cliënt de hem toekomende rechten kan uitoefenen.

Toelichting

Situaties van samenwerking in de zorg vragen om specifieke aandacht waar het gaat om de toepassing van de rechten van de cliënt. Een centrale plaats wordt daarbij ingenomen door het recht van de cliënt op informatie (zowel keuze-informatie als informatie over specifieke onderzoeken, behandelingen of zorgtrajecten). Risico's bij samenwerking zijn dat de cliënt niet of onvolledig wordt geïnformeerd (omdat de betrokken zorgverleners denken dat een collega al informatie heeft gegeven) of dat de cliënt tegenstrijdige informatie ontvangt (omdat meerdere zorgverleners de cliënt informeren, maar met verschillende boodschappen). In het geval van samenwerking behoren de betrokken zorgverleners af te stemmen welke informatie de cliënt behoeft, maar tevens wie van hen deze informatie aan de cliënt zal verstrekken. Het is van belang daarbij aandacht te besteden aan de juistheid en volledigheid van informatie die de cliënt zelf heeft gezocht (bijv. via internet).

Ook zal de cliënt moeten kunnen weten hoe hij desgewenst andere cliëntenrechten kan effectueren (recht op inzage of vernietiging van het dossier, recht op privacy e.d.).

Soms is het wenselijk of nodig om afspraken te maken die het de cliënt makkelijker maken om de hem toekomende rechten te kunnen uitoefenen. Een voorbeeld is het klachtrecht van de cliënt. In situaties van samenwerking waarbij verschillende instellingen betrokken zijn, zal het niet altijd duidelijk zijn waar de cliënt terecht kan met een klacht. In sommige gevallen kan een oplossing daarvoor zijn dat de betrokken samenwerkingspartners afspreken dat in het geval van klachten die samenhangen met de samenwerking een van de betrokken klachtencommissies als behandelende commissie zal optreden, dan wel dat de zorgaanbieders in de regio zich aansluiten bij een gezamenlijke klachtenregeling.

De zorgcoördinator zal doorgaans voor de cliënt het aanspreekpunt zijn met betrekking tot vragen en onduidelijkheden rond de cliëntenrechten.

Aandachtspunt 4:

Een zorgverlener die deelneemt in een samenwerkingstraject vergewist zich ervan dat hij/zij beschikt over relevante gegevens van collega's en informeert collega's over gegevens en bevindingen die zij nodig hebben om verantwoorde zorg te kunnen verlenen.

Toelichting

Dit aandachtspunt behelst een dubbele verplichting voor zorgverleners die deelnemen aan een samenwerkingsverband en vormt in zekere zin het centrale element van samenwerking in de zorg. Samenwerking kan niet zonder gegevensuitwisseling. Het is van cruciaal belang dat alle betrokken zorgverleners elkaar over en weer informeren over relevante gegevens betreffende de cliënt. Elke zorgverlener die deelneemt in een samenwerkingstraject behoort zich af te vragen of hij goed genoeg op de hoogte is van informatie betreffende het handelen van betrokken collega's. Dit impliceert dat beschikbare informatie zo nodig ook daadwerkelijk wordt geraadpleegd, in relatie tot de op zorgverleners rustende onderzoeksplicht. Elke zorgverlener dient actief te zoeken naar de informatie die onontbeerlijk is voor zijn of haar handelen. Die informatie kan worden verkregen door vragen te stellen aan de cliënt of diens naasten, door onderzoek te entameren (door de zorgverlener zelf of door anderen) en door het raadplegen van beschikbare en toegankelijke cliëntendossiers. Daarbij gaat het niet alleen om dossiers die binnen het samenwerkingsverband voorhanden zijn (zie Aandachtspunt 4), maar in de toekomst bijvoorbeeld ook om de verschillende hoofdstukken uit het landelijk EPD.

Daarnaast behoort elke zorgverlener collega's zo nodig te informeren over relevante gegevens betreffende zijn/haar eigen handelen.

Bij de gegevensuitwisseling tussen zorgverleners dient wel rekening te worden gehouden met het uit de privacyregels voortvloeiende noodzakelijkheids criterium: welke informatie heeft de andere zorgverlener nodig om zijn/haar werk goed te kunnen doen? Dit betekent dat niet alle informatie uit een dossier dient te worden uitgewisseld. Welke gegevens noodzakelijk zijn voor het verlenen van goede zorg en daarmee in aanmerking komen voor uitwisseling, dient in overleg met de beroepsgroepen c.q. op lokaal of regionaal niveau te worden bepaald. Het is van belang dat voor cliënten duidelijke informatie beschikbaar is over de aard en inhoud van deze afspraken en dat rekening wordt gehouden met de toestemmings- en privacyrechten van de cliënt. Het laatste kan betekenen dat de autorisatie van zorgverleners om informatie van andere zorgverleners in te zien van persoon tot persoon kan verschillen.

Aandachtspunt 5:

Relevante gegevens worden aangetekend in een dossier betreffende de cliënt. Bij voorkeur is dit een geïntegreerd dossier, dat door alle bij de samenwerking betrokken zorgverleners kan worden geraadpleegd en aangevuld. Zo niet, dan worden afspraken gemaakt over de wijze waarop samenwerkingpartners relevante informatie uit een dossier kunnen verkrijgen.

Toelichting

Aandachtspunt 5 gaat over de verantwoordelijkheid van elk van de betrokken zorgverleners met betrekking tot de inhoud en volledigheid van het dossier van de cliënt. In dat dossier behoren te worden aangetekend alle relevante gegevens betreffende de gezondheid van de cliënt en de uitgevoerde verrichtingen, een en ander voor zover dit voor een goede hulpverlening (waaronder begrepen: afstemming en samenwerking) noodzakelijk is. Zowel onderzoeken van de Inspectie als uitspraken van de tuchtrechter maken duidelijk dat in de praktijk lang niet altijd van een goede dossiervoering sprake is. Het ontbreken van accurate, complete en eenduidige gegevens is vaak een bron van fouten en kan leiden tot onnodige verrichtingen. Goede verslaglegging van activiteiten en daaraan ten grondslag liggende overwegingen en het ter beschikking stellen van die gegevens aan andere betrokken zorgverleners vergt inspanningen van alle betrokken zorgverleners. Het aanbrenge van voldoende structuur in de informatie-uitwisseling is van belang. ICT kan daarin een ondersteunende functie vervullen, maar neemt de noodzaak niet weg van het leveren van inspanningen door de betrokken zorgverleners zelf. De aard en omvang van die inspanningen hangen af van de complexiteit van het zorgproces en de specifieke omstandigheden van het geval. Maar op alle zorgverleners rust op dit punt een belangrijke verantwoordelijkheid.

Een geïntegreerd dossier, dat (geheel of gedeeltelijk) geraadpleegd kan worden door alle in het betreffende zorgtraject participerende zorgverleners, is een voorwaarde om in een samenwerkingsverband goede zorg te kunnen verlenen. Indien van een dergelijk dossier nog geen sprake is, zullen concrete afspraken moeten worden gemaakt over hoe een zorgverlener kan beschikken over voor hem relevante c.q. noodzakelijke gegevens uit het dossier dat door een andere zorgverlener wordt bijgehouden. Niet onder alle omstandigheden zal er sprake kunnen zijn van een geïntegreerd dossier. Dat kan bijvoorbeeld problematisch zijn in de GGZ en in de verpleeghuissector, en wel in gevallen waarin de cliënt zorg ontvangt in een strafrechtelijk kader. Ook dan zal evenwel voordurend moeten worden gestreefd, met inachtneming van de geldende regelgeving, naar de afstemming van zorg.

Bij het vormgeven van regelingen inzake de inrichting en toegankelijkheid van cliëntendossiers in het kader van samenwerking moet rekening gehouden worden met de wettelijke toestemmings- en privacyrechten van de cliënt.⁶

⁶ Zie met betrekking tot het landelijk EPD de bepalingen van het wetsvoorstel 31466 (Wijziging van de Wet gebruik burgerservicenummer in de zorg in verband met de elektronische informatie-uitwisseling in de zorg).

Aandachtspunt 6:

Zorgverleners die deelnemen aan een samenwerkingsverband maken duidelijke afspraken over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden met betrekking tot de zorgverlening aan de cliënt.

Toelichting:

Verantwoorde en samenhangende zorgverlening aan de cliënt vergt dat de betrokken zorgverleners niet alleen op de hoogte zijn van hetgeen zij zelf moeten doen, maar zich ook bewust zijn van hoe hun handelen zich verhoudt tot hetgeen andere betrokken zorgverleners doen en daarmee ook rekening houden. Dit vergt zowel gegevensuitwisseling over de situatie rond de cliënt en de aard en omvang van de betrokkenheid van andere zorgverleners (zie Aandachtspunt 4) als voldoende aandacht voor en inspanning om de eigen werkzaamheden op die van anderen te laten aansluiten.

Dit vergt dat expliciet wordt gemaakt wat verwacht wordt van alle participanten in het samenwerkingstraject, zowel wat betreft het eigen aandeel als de relatie tussen het eigen aandeel en de activiteiten van anderen. Helder moet zijn wat van elke zorgverlener in het samenwerkingsverband verwacht wordt. Van oudsher wordt met name in het ziekenhuis een onderscheid gemaakt tussen hoofdbehandelaar, medebehandelaar en consulent. Veel ziekenhuisregelingen definiëren deze begrippen. In het kader van deze Handreiking wordt daarvan afgezien. Definities leiden niet noodzakelijkerwijs tot een heldere rolverdeling hoofdbehandelaar, medebehandelaar en consulent. Van belang is dat tussen deze betrokkenen duidelijke afspraken worden gemaakt over wie waarvoor verantwoordelijk is. In de Awbz-zorg (GGZ, ouderenzorg, zorg verstandelijk gehandicapten) is voorgeschreven dat deze afspraken in het zorgplan worden aangetekend.⁷ Zie over het begrip hoofdbehandelaar ook de toelichting bij Aandachtspunt 1, onderdeel b.

Het is van groot belang dat afspraken en regelingen voor alle betrokkenen kenbaar zijn, zowel in algemene zin als rond een specifieke cliënt. Dat betekent dat alle betrokkenen op de hoogte zijn van de principes en procedures voor samenwerking, inclusief de regelingen voor inschakeling of consultatie van andere disciplines. Elke betrokken zorgverlener kan op basis daarvan zijn/haar eigen taken en verantwoordelijkheden en die van de andere betrokken zorgverleners bepalen. Daardoor wordt het ook beter mogelijk te bepalen wanneer het moment is aangebroken om collega's te consulteren of taken aan hen over te dragen.

Dit aandachtspunt behoeft specifieke aandacht in situaties waarin de reguliere gezondheidszorg samenkomt met aanpalende sectoren (jeugdzorg, strafrechtsketen e.d.) .

De in dit Aandachtspunt genoemde afspraken betreffen nadrukkelijk ook de informatieverstrekking aan de cliënt: welke informatie, door wie en wanneer? (Zie ook Aandachtspunt 2).

⁷ Besluit zorgplanbespreking Awbz-zorg 2009.

Aandachtspunt 7:

Zorgverleners die deelnemen aan een samenwerkingsverband zijn alert op de grenzen van de eigen mogelijkheden en deskundigheid en verwijzen zo nodig tijdig door naar een andere zorgverlener. Zij zijn op de hoogte van de kerncompetenties van de andere betrokken zorgverleners.

Toelichting

Vooraf ook uit de tuchtrechtspraak blijkt dat het zich kan voordoen dat een zorgverlener onvoldoende onderkent dat een situatie van een cliënt zijn mogelijkheden en deskundigheid overstijgt en het nodig is de cliënt door te verwijzen naar een collega met een andere c.q. verdergaande deskundigheid. Juist in de context van samenwerking in de zorg zou dit een evidentie moeten zijn, maar de praktijk wijst uit dat dit niet altijd zo is. Het objectiveren en standaardiseren van verwijsindicaties kan daarbij een hulpmiddel zijn.⁸

Samenwerking veronderstelt ook dat de betrokken zorgverleners, in elk geval globaal, op de hoogte zijn van elkaars deskundigheden en kerncompetenties. Alleen dan is adequate samenwerking en –zo nodig- verwijzing mogelijk.

⁸ Zie bijvoorbeeld de Verloskundige Indicatielijst (VIL).

Aandachtspunt 8:

In gevallen waarin tussen zorgverleners een opdrachtrelatie bestaat, geeft de opdrachtgevende zorgverlener voldoende instructies met betrekking tot de zorgverlening aan de cliënt.

Toelichting

De Wet Big bevat een regeling van de opdrachtrelatie tussen zorgverleners, wanneer het gaat om de in de wet genoemde voorbehouden handelingen. Tot de in dat kader geldende voorwaarden behoort dat de opdrachtgever de opdrachtnemer voldoende aanwijzingen geeft (art. 38 Big). Dat uitgangspunt is echter ook in het algemeen van belang, en juist in gevallen van samenwerking. De tuchtrechtspraak laat diverse voorbeelden zien van situaties waarin onvoldoende instructies en aanwijzingen zijn gegeven, bijvoorbeeld in de relatie tussen een arts en een verpleegkundige of verzorgende. Die instructies kunnen de inhoud van de verlenen zorg betreffen, maar ook de momenten waarop het aangewezen is dat –in het genoemde voorbeeld- de verpleegkundige of verzorgende de arts raadpleegt of waarschuwt.

Van een opdrachtrelatie is geen sprake in gevallen waarin een zorgverlener die geen arts is⁹, binnen een samenwerkingsverband als zorgcoördinator is aangesteld. In dat geval zal betrokkene krachtens zijn mandaat als zorgcoördinator zo nodig ook de arts moeten kunnen aanspreken op gebreken in de afstemming rond de zorg (zie ook Aandachtspunt 1).

⁹ Te denken valt aan een praktijkondersteuner huisartsen (POH), een verpleegkundige, een nurse practitioner (NP) of een physician assistant (PA).

Aandachtspunt 9:

Overdracht van taken en verantwoordelijkheden vindt expliciet plaats. Bij de inrichting van overdrachtmomenten is van belang om zowel rekening te houden met bij overdrachtssituaties in het algemeen veel voorkomende risico's als met eventuele specifieke kenmerken van de cliëntsituatie.

Toelichting:

Het is van belang om de verantwoordelijkheid voor een goede overdracht te beschouwen als een gedeelde verantwoordelijkheid van het management, de zorgverlener die taken overneemt en de zorgverlener die taken overdraagt: de verantwoordelijkheid voor een goede overdracht ligt bij de zorgverlener, het management dient erop toe te zien dat heldere afspraken zijn gemaakt is voorwaardenscheppend (in de zin van optimale faciliteiten en omstandigheden). Risico's voor de continuïteit van de zorgverlening zijn bij elk overdrachtmoment aanwezig. Dit is deels te ondervangen door een goede explicitering en planning van de overdrachtmomenten en door (een zekere mate van) standaardisering van de wijze waarop de overdracht verloopt. Specifieke checklisten kunnen daarbij behulpzaam zijn. Voorbeelden daarvan zijn het SURPASS-systeem voor het chirurgische proces, de NHG-richtlijn 'Informatie-uitwisseling tussen huisarts en specialist bij verwijzingen', het Verloskundig Vademecum¹⁰, de verschillende LESA's e.d.

Het is aan te bevelen bij situaties van overdracht en evaluatie (waarover Aandachtspunt 10) zoveel mogelijk ook de cliënt te betrekken. In de Awbz-zorg is dit wettelijk voorgeschreven.¹¹

¹⁰ De KNOV bereidt momenteel ook een Handreiking overdracht van zorg voor.

¹¹ Art. 2 lid 1 onder d Besluit zorgplanbespreking Awbz-zorg.

Aandachtspunt 10:

Waar nodig voor een goede zorgverlening wordt in situaties van samenwerking in de zorg voorzien in controlemomenten (overleg, evaluatie).

Toelichting

Een aantal van de hiervoor genoemde Aandachtspunten strekken er onder meer toe te voorkomen dat het zorgproces rond een cliënt een wending kan nemen die niet wordt beoogd. De gedachte is dat het maken van afspraken rond deze aandachtspunten tevens leidt tot een permanente evaluatie van het zorgproces rond een cliënt: loopt alles zoals de bedoeling is? Los daarvan is het echter belangrijk om in de tijd duidelijke momenten te markeren waarop overleg en bezinning kan plaatsvinden. In de recente richtlijn ‘Het Preoperatieve Proces’ worden dit ‘stopmomenten’ genoemd: structurele momenten waarop gecontroleerd wordt of het voorafgaande proces volgens afspraak is verlopen, of alle partijen hun taken hebben uitgevoerd en gedocumenteerd en of de cliënt het beschreven traject verder kan vervolgen (met andere woorden: is er is groen licht om door te gaan?). Deze controle- en evaluatiemomenten dienen expliciet te worden vastgelegd door de zorgcoördinator. Op die manier kan voor elke volgende fase van het samenwerkingstraject groen licht worden gegeven, en kunnen alle betrokkenen weten wat de actuele situatie is.

Het ligt voor de hand dat de zorgcoördinator met betrekking tot dit aandachtspunt een bewakende rol heeft.

Aandachtspunt 11:

De cliënt of diens vertegenwoordiger wordt intensief betrokken bij de ontwikkeling en uitvoering van het zorg- of behandelplan. De eigen verantwoordelijkheid van de cliënt in relatie tot het zorgproces wordt zoveel mogelijk gestimuleerd. Elke zorgverlener bespreekt met de cliënt ook diens ervaringen met het samenwerkingsverband.

Toelichting

In het algemeen is het van belang de cliënt zoveel mogelijk te betrekken bij de inrichting en uitvoering van het op hem betrekking hebbende zorgplan.¹² Samenwerking in de zorg werkt het beste als er sprake is van een vraaggerichte benadering. Dit is met name het geval wanneer het gaat om chronische aandoeningen. Betrokkenheid van de cliënt helpt hem inzicht te krijgen in het ziekteproces, de zelfzorg te versterken en het stimuleert tot het vervullen van een sleutelrol in het monitoren van het verloop van het ziekteproces (Nederlandse Diabetes Federatie, 2007). Ook kan op deze wijze veel beter een zorgplan op maat worden gemaakt. Betrokkenheid van de cliënt op basis van volledige informatie heeft bovendien een positieve invloed op de motivatie van de cliënt en op de therapietrouw.

Betrokkenheid van de cliënt impliceert ook dat deze voortdurend en goed wordt geïnformeerd. Van belang is voorts dat elke zorgverlener die met de cliënt contact heeft zich niet beperkt tot communicatie over de eigen rol, maar ook met de cliënt spreekt over diens ervaringen met het samenwerkingsverband als geheel. Zo nodig geeft de zorgverlener informatie uit deze contacten met de cliënt door aan andere samenwerkingspartners.

¹² Voor de Awbz-zorg is dit al een wettelijke verplichting, zie het Besluit zorgplanbespreking Awbz-zorg.

Aandachtspunt 12:

Afspraken die door samenwerkingspartners worden gemaakt over de aard en inrichting van de samenwerking en over ieders betrokkenheid worden schriftelijk vastgelegd.

Toelichting

Afspraken tussen samenwerkingspartners in de zorg moet duidelijk en kenbaar zijn. Om die reden verdient het sterke aanbeveling afspraken schriftelijk vast te leggen. Daarbij gaat het om de aard en inrichting van het samenwerkingsverband, de doelgroep, de betrokken professionals en instellingen, de taak- en verantwoordelijkheidsverdeling e.d. (zie Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO en Stichting Ketennetwerk, 2007). Dergelijke schriftelijke afspraken kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan goede communicatie en samenwerking.¹³

In klinische situaties kan het formuleren en inrichten van zorgpaden een goede manier zijn om Aandachtspunt 12 in de praktijk te realiseren.

Aandachtspunt 12 richt zich op het samenwerkingsverband als zodanig. Afspraken over de zorgverlening aan de individuele cliënt komen in Aandachtspunt 6 aan de orde.

¹³ Van dergelijke afspraken bestaan in de praktijk reeds vele voorbeelden. Zie bijvoorbeeld het Diabetes ZorgProtocol (DZP) van Diagnosis4Health.

Aandachtspunt 13:

Met betrekking tot incidenten (waaronder begrepen fouten) geldt het volgende:

- naar de cliënt wordt over incidenten openheid betracht;

- incidenten worden gemeld op een binnen het samenwerkingsverband afgesproken centraal punt;

- een aan het samenwerkingsverband deelnemende zorgverlener die in de ogen van een of meer collega's niet voldoet aan de normen voor verantwoorde zorg, wordt door hen daarop aangesproken.

Toelichting

De in Aandachtspunt 13 geformuleerde aspecten zijn reeds onderdeel van de voor zorgverleners geldende normen en regels.¹⁴ Zie bijvoorbeeld het in 2007 door de KNMG gepubliceerde standpunt 'Omgaan met incidenten, fouten en klachten: wat mag van artsen worden verwacht?'¹⁵, vergelijkbare normen van andere beroepsgroepen, maar ook het door KNMG, Orde, NVZ, NFU en V&VN in 2007 ondertekende Beleidsdocument Veilig Melden. In het kader van samenwerking in de zorg verdienen deze aspecten evenwel bijzondere aandacht, vooral in situaties waarin zorgverleners uit verschillende instellingen bij de zorgverlening betrokken zijn. In dat geval kan het minder evident zijn elkaar aan te spreken op incidenten en andere problemen en bestaat het risico dat de cliënt niet, niet tijdig of niet voldoende over de aard en toedracht van een incident wordt geïnformeerd. Het is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de samenwerkende zorgverleners om hierover goede afspraken te maken:

-over het informeren van de cliënt en/of zijn naasten in het geval van incidenten of fouten;

-over de inrichting/aanwijzing van een centraal punt voor het melden van incidenten¹⁶ die zich voordoen in het kader van de samenwerking¹⁷;

-over het aanspreken van zorgverleners die niet voldoen aan de normen voor verantwoord zorg; Daarbij dient duidelijk te worden afgesproken wie de cliënt en/of diens familie daadwerkelijk informeert.

¹⁴ Zie Legemaate e.a. (red) (2008) voor een overzicht van de beroepscode en gedragsregels van alle art. 3 Big-beroepen.

¹⁵ Te raadplegen via www.knmg.nl.

¹⁶ Binnen de categorie incidenten vormen calamiteiten (incidenten met ernstige schade aan of overlijden van de cliënt tot gevolg) een subgroep. Op grond van de Kwaliteitswet zijn zorginstellingen verplicht calamiteiten bij de Inspectie te melden.

¹⁷ Met centraal punt wordt bedoeld: een plaats waar alle bij de zorgverlening betrokken zorgverleners kennis nemen van de gemelde incidenten. Dit centrale punt kan worden gerealiseerd door koppeling van kwaliteitsregisters van verschillende zorgaanbieders.

3. Toelichting en achtergronden

3.1. Totstandkoming, focus en opzet van de richtlijn

Totstandkoming

Deze Handreiking is op verzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg ontwikkeld door de KNMG, in samenspraak met andere beroeps- en brancheorganisaties in de zorg, en met financiële ondersteuning van het ministerie van VWS. De inhoud van de Handreiking is gebaseerd op een analyse van literatuur en (tucht)rechtspraak, alsmede op de uitkomsten van een vragenlijst die is voorgelegd aan vertegenwoordigers van de beroepsgroepen die worden genoemd in art. 3 van de Wet Big. Een conceptversie van de Handreiking is in januari 2009 besproken tijdens een expertmeeting met vertegenwoordigers van cliëntenorganisaties, (koepels van) zorgaanbieders en de Inspectie voor de Gezondheidszorg. De KNMG zal in overleg met andere partijen in de zorg ontwikkelingen die van belang zijn voor de Handreiking monitoren en de inhoud en implementatie ervan evalueren. De eerste evaluatie zal plaatsvinden in de tweede helft van 2013.

Focus van deze Handreiking

1. Simultane samenwerking, intern en extern, samenhangende gezondheidsproblemen

Deze Handreiking heeft als titel “Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg”. Samenwerking kan zowel simultaan als volgtijdelijk plaatsvinden. Met simultane samenwerking wordt bedoeld op alle situaties waarin een cliënt gelijktijdig te maken heeft met meer dan één zorgverlener. De Handreiking is zowel gericht op simultane als op volgtijdelijke samenwerking.

Van samenwerking in de zin van deze Handreiking is sprake als meer dan één zorgverlener bij de cliënt betrokken is. Samenwerking kan intern zijn (zorgverleners die binnen dezelfde instelling werken), extern (zorgverleners uit verschillende instellingen), of een mengvorm betreffen.

In het geval van simultane betrokkenheid van meerdere hulpverleners bij een cliënt hoeft er niet altijd sprake te zijn met elkaar samenhangende gezondheidsproblemen. In dat geval komen niet alle aandachtspunten uit deze Handreiking meteen in beeld. Dat is wel het geval als er sprake is of kan zijn van samenhang.

2. Zorgverleners, zorgverlening, instellingen

Met het begrip zorgverlener wordt in deze Handreiking bedoeld op individuele beroepsbeoefenaren, als geregeld in of op grond van de artikelen 3 en 34 Wet Big. Zij zijn degenen die concreet inhoud moeten geven aan de aandachtspunten die in deze Handreiking worden beschreven. Inhoudelijk heeft de Handreiking betrekking op de zorgverlening die binnen het domein en de deskundigheid van deze beroepsbeoefenaren valt.

De taken en verantwoordelijkheden van deze beroepsbeoefenaren kunnen niet los worden gezien van de taken en verantwoordelijkheden van de instellingen waarbinnen zij werkzaam zijn of waarmee zij functioneel verbonden zijn. Dit is met name het geval in situaties waarin de beroepsbeoefenaar als werknemer aan de instelling is verbonden. Zorginstellingen zijn op basis van de Kwaliteitswet zorginstellingen eindverantwoordelijk voor de kwaliteit van de verleende zorg en behoren de voorwaarden te creëren die nodig zijn om tot verantwoorde zorg te kunnen

komen. Daartoe behoren de voorwaarden die nodig zijn om te kunnen voldoen aan de aandachtspunten die in deze Handreiking aan de orde komen.

Deze Handreiking richt zich op situaties waarin het gaat om het verbeteren of stabiliseren van de gezondheidssituatie van een cliënt, binnen zowel de cure als de care.¹⁸ Zorgverleners kunnen ook bij een cliënt betrokken zijn in situaties waarin ook andere belangen en aspecten aan de orde zijn. Te denken valt bijvoorbeeld aan de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde. Ook in die gevallen kan er sprake zijn van samenwerking en kunnen elementen van de Handreiking van belang zijn, maar op dergelijke gevallen is deze Handreiking niet specifiek gericht.

3. Proportionele toepassing van de Handreiking

Niet alle situaties van samenwerking in de zorg zijn even complex of problematisch. In het ene geval kan gebrekkige samenwerking veel schadelijker gevolgen hebben voor de cliënt dan in het andere. Naarmate die gevolgen schadelijker kunnen zijn, is het naleven van de aandachtspunten uit deze Handreiking van groter belang. Het gaat erom dat er een redelijke verhouding is tussen middel en doel: naarmate de aard van de samenwerking complexer is en gebrekkige samenwerking meer risico's in het leven roept, zal aan deze Handreiking meer betekenis toekomen. Zorgverleners en zorginstellingen zullen aan de hand van een risicoanalyse per context moeten bepalen welke 'maatvoering' nodig is om te kunnen spreken van verantwoorde zorg.

Implicaties van deze Handreiking in relatie tot de huidige praktijk, implementatie

Tijdens het voorbereidende overleg is er door verschillende organisaties op gewezen dat deze Handreiking de lat hoog legt. Er bestaat overigens niet of nauwelijks verschil van inzicht over de inhoud en de noodzaak van de aandachtspunten die in deze Handreiking worden beschreven. Breed wordt erkend dat deze aandachtspunten op basis van wetgeving en tuchtrechtspraak in meer of mindere mate reeds als 'geldend recht' moeten worden beschouwd. Dat laat onverlet dat de in deze Handreiking genoemde aandachtspunten zich deels nog bevinden in de overgangsfase van streefnorm naar minimumnorm. Nog niet in alle zorgsectoren is sprake van de randvoorwaarden die nodig zijn om de in deze Handreiking genoemde aandachtspunten te kunnen toepassen. Tot deze randvoorwaarden behoren een adequate organisatie van zorgketens, zorgpaden en zorgtrajecten, een uitgewerkte toedeling van verantwoordelijkheden, goede ICT-voorzieningen e.d. Ook bevat deze Handreiking aspecten die zonder een aanpassing of uitbreiding van de bekostigingsstructuur niet of moeilijk zijn te realiseren. Dit alles betekent dat per sector van de zorg zal moeten worden bezien op welke wijze en in welk tempo een praktijk kan worden gerealiseerd waarin de aandachtspunten van deze Handreiking tot hun recht komen. Daarbij geldt dat de manier waarop aan deze Handreiking invulling wordt gegeven, van sector tot sector zal (kunnen) verschillen. De hedendaagse zorgpraktijk is zodanig complex en veelvormig, dat het met betrekking tot verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg niet mogelijk is een panklare Handreiking te maken die direct toepasbaar is in de vele, uiteenlopende praktijksituaties in de zorg. Vaak zullen afspraken en arrangementen 'op maat' moeten worden gemaakt, zowel waar het gaat om inhoudelijke als om procedurele aspecten. Daarin kan een tekst als deze niet voorzien. Op basis van deze Handreiking zullen per sector of per thema nadere

¹⁸ Zie met betrekking tot de caresector de Inleiding bij deze Handreiking: "Organisaties van zorgaanbieders en cliënten uit de caresector (Actiz, VGN en LOC) zijn van mening dat de Handreiking in de huidige vorm nog onvoldoende op hun sector is toegespitst. In overleg met deze organisaties zal nader worden bezien of een 'care'-versie van deze Handreiking kan worden gerealiseerd".

uitwerkingen of richtlijnen moeten worden ontwikkeld.¹⁹ De onderhavige Handreiking is eerst en vooral bedoeld om de thema's te identificeren waaraan in het kader van de dergelijke nadere uitwerkingen of richtlijnen aandacht behoort te worden besteed. Het is de verantwoordelijkheid van de betrokken partijen om deze thema's zo nodig in dergelijke uitwerkingen of richtlijnen te 'vertalen'.

Van belang is voorts dat per zorgsector door de betrokken organisaties van zorginstellingen en beroepsbeoefenaren, en in overleg met financiers, Inspectie en cliëntenorganisaties, een implementatieplan wordt opgesteld. Dat plan moet voorzien in de implementatie van deze Handreiking binnen een redelijke termijn. Daarbij wordt uitgegaan van een termijn van ten hoogste drie jaren na de publicatie van deze Handreiking.

3.2 *Juridische aspecten*

Aan de problematiek van samenwerking tussen zorgverleners kleven tal van juridische aspecten. Het is van belang om enkele daarvan hier kort te behandelen.

Algemeen

De juridische context van deze Handreiking wordt in belangrijke mate bepaald door de op zorgverleners en instellingen rustende wettelijke verplichting om 'verantwoorde zorg' te leveren (art. 40 Wet Big; art. 2 Kwaliteitswet zorginstellingen).

Met betrekking tot instellingen is vooral de Kwaliteitswet van belang. Deze wet legt de eindverantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg bij het bestuur van de instelling, maar duidelijk is dat op dit terrein alleen door een gemeenschappelijke inspanning van beroepsbeoefenaren en management aan de wettelijke verplichtingen kan worden voldaan. De Kwaliteitswet vereist dat binnen zorginstellingen adequate kwaliteitssystemen en –procedures bestaan, maar laat in het midden welke dat moeten zijn. Het is de verantwoordelijkheid van alle betrokkenen binnen de instelling om daaraan vorm en inhoud te geven. Het toepassen van de in deze Handreiking neerlegde aandachtspunten is voor zorginstellingen een van de manieren om te voldoen aan de vereisten van de Kwaliteitswet.

De individuele verantwoordelijkheid van zorgverleners tot het verlenen van verantwoorde zorg ligt besloten in wettelijke bepalingen uit de Wgbo (art. 7:453 zorg van een goed zorgverlener, in relatie tot de professionele standaard) en, waar het gaat om zorgverleners die niet in een instelling werken, uit de Wet Big (art. 40, verplichting tot het bieden van verantwoorde zorg). Zorgverleners die behoren tot de beroepsgroepen genoemd in art. 3 Wet Big vallen tevens onder het wettelijk tuchtrecht. Hierin ligt het accent van oudsher op de individuele verantwoordelijkheid van de betreffende beroepsbeoefenaren. De laatste jaren is de ontwikkeling zichtbaar dat de tuchtrechter ook greep probeert te krijgen op de verantwoordelijkheid van individuele beroepsbeoefenaren voor de kwaliteit van het samenwerkingsverband waarbinnen zij functioneren. Op die wijze tracht de tuchtrechter rekening te houden met het gegeven dat het verlenen van gezondheidszorg steeds minder een individuele en steeds meer een collectieve

¹⁹ Recente voorbeelden van dergelijke arrangementen op maat zijn de Leidraad Ketenzorg Dementie (VWS c.s., 2008), de onder auspiciën van het CBO tot stand gekomen Richtlijn 'Het Preoperatief Proces' (NVZ e.a., 2009), de bijlage 'Handreikingen voor zes overdrachtssituaties' bij de Richtlijn Overdracht van Medicatiegegevens, maar bijvoorbeeld ook de in 2008 tot stand gekomen Handreiking Hoofdbehandelaarschap met betrekking tot de klinisch opgenomen patiënt in een UMC van de NFU.

aangelegenheid is. In april 2008 heeft het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg een uitspraak gedaan die voor de in deze Handreiking behandelde materie van groot belang is.²⁰ In deze uitspraak omschrijft het tuchtcollege in algemene zin welke verantwoordelijkheden er rusten op de *hoofdbehandelaar*. Daarmee beoogt de tuchtrechter dezelfde problemen op te lossen waarop ook de in deze Handreiking genoemde aandachtspunten zich richten. Zie bijlage 1 voor de belangrijkste overwegingen van het Centraal Tuchtcollege. In bijlage 2 wordt een overzicht gegeven van andere relevante uitspraken van de tuchtrechter.

De overheid bereidt een herziening voor van de wetgeving op het gebied van de rechten van cliënt en de kwaliteit van zorg. Deze herziening zal er mogelijk toe leiden dat een aantal bestaande wettelijke regelingen zal worden vervangen door een nieuwe Wet Cliëntenrechten Zorg. In mei 2008 heeft de regering in een brief aan de Tweede Kamer de contouren van de nieuwe wetgeving geschetst,²¹ en in maart 2009 is een consultatieversie van dit wetvoorstel bekend geworden. In de nieuwe wetgeving zal expliciet aandacht worden besteed aan het recht van de cliënt op afstemming tussen zorgverleners. De verantwoordelijkheid van zorgverleners voor een goede afstemming, nu reeds geregeld in de Kwaliteitswet, de Wet Big en de Wgbo, zal daardoor sterker worden geaccentueerd. De onderhavige Handreiking kan ertoe bijdragen dat wordt voldaan aan de eisen die voortvloeien uit de huidige en de toekomstige wetgeving. In deze Handreiking is waar mogelijk met de komende wetgeving rekening gehouden.

Aansprakelijkheid bij samenwerking in de zorg

Onder zorgverleners en instellingen bestaan veel vragen over de aansprakelijkheid in het geval van samenwerking. Met betrekking tot aansprakelijkheid moet worden onderscheiden tussen klachtrecht²², tuchtrechtelijke en civielrechtelijke aansprakelijkheid.

Het *klachtrecht van de cliënt* is een belangrijk onderdeel van diens rechtspositie. De hiervoor genoemde nieuwe wetgeving over cliëntenrechten in de zorg zal de voorwaarden formuleren waaraan de klachtenregelingen van instellingen en beroepsbeoefenaren moeten voldoen. Juist met het oog op toenemende externe samenwerking in de zorg (d.w.z. samenwerking tussen verschillende zorgaanbieders) is het van belang dat gezamenlijke (lokale of regionale) klachtenregelingen tot stand komen. Dat is thans nog maar in beperkte mate het geval. De overgang van de huidige wetgeving naar de nieuwe Wet cliëntenrechten zorg is een geschikt moment om klachtenregelingen een breder bereik te geven en daardoor beter geschikt te maken voor zorg die door middel van samenwerkingsverbanden wordt verleend.

Tuchtrechtelijk aansprakelijk zijn zoals gezegd de zorgverleners die behoren tot een van de beroepsgroepen genoemd in art. 3 Big, eerst en vooral voor het eigen handelen jegens een cliënt. Tuchtrechtelijke aansprakelijkheid van een beroepsbeoefenaar kan zich onder omstandigheden uitstrekken tot het handelen van het samenwerkingsverband waarvan hij deel uitmaakt. Dat kan betekenen dat tuchtrechtelijke aansprakelijkheid kan bestaan voor het handelen of nalaten van anderen. Hoever dit gaat valt uit de huidige tuchtrechtelijke jurisprudentie niet goed op te maken.

²⁰ Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 1 april 2008, Medisch Contact 2008: 726-729.

²¹ Brief van 23 mei 2008, Kamerstukken II, 2007-2008, 31476, nr. 1.

²² Het klachtrecht van de cliënt is momenteel op verschillende manieren vorm gegeven. Dan kan van sector tot sector verschillen.

Mede tegen deze achtergrond heeft het kabinet het voornemen om tuchtklachten mogelijk te maken tegen een collectief van (onder het tuchtrecht vallende) zorgverleners.²³

Het vraagstuk van de *civielrechtelijke aansprakelijkheid* is complex. In het geval van samenwerking in de zorg kan de cliënt te maken hebben met verschillende behandelingsovereenkomsten (met de huisarts, met het ziekenhuis, met de medisch specialist in het ziekenhuis, met het verpleeghuis e.d.). In het geval van schade zal dan uitgezocht moeten worden welk van de contractspartijen van de cliënt daarvoor verantwoordelijk is. Bij hulpverlening in het ziekenhuis is wettelijk sprake van centrale aansprakelijkheid. Van belang is dan de cliënt bewijst dat de schade binnen het ziekenhuis is ontstaan, maar hij hoeft niet te bewijzen wie precies de schade veroorzaakt heeft.

3.3. Toezicht en toetsing

Deze Handreiking geeft invulling en uitwerking aan de op zorgaanbieders (beroepsbeoefenaren en instellingen) rustende wettelijke verantwoordelijkheden:

- De verantwoordelijkheid van beroepsbeoefenaren om te handelen als een goed hulpverlener, conform de professionele standaard (art. 7:453 BW):
- De verantwoordelijkheid van de instelling om verantwoorde zorg te bieden en goede kwaliteitsafspraken en –systemen toe te passen (diverse bepalingen van de Kwaliteitswet zorginstellingen).

De eindverantwoordelijkheid voor het naleven van deze Handreiking ligt bij de betrokken zorginstellingen. Via klachtrecht en tuchtrecht zijn echter ook individuele zorgverleners aanspreekbaar op het niet-nakomen van de genoemde aandachtspunten. Op grond van de Handreiking kan de Inspectie voor de Gezondheidszorg toezicht houden op de naleving van de in het kader van samenwerking relevante aandachtspunten. Cliënten zullen zich op deze Handreiking kunnen beroepen in het kader van de (wettelijke) klacht- en geschillenregelingen.

Het is van groot belang dat binnen samenwerkingsverbanden in de zorg voortdurend wordt getoetst of de aandachtspunten die in deze Handreiking aan de orde komen ook daadwerkelijk worden gerealiseerd. Dat is een gedeelde verantwoordelijkheid van zorgverleners en het management van zorginstellingen. Beide groepen zijn daarvoor zoals gezegd ook in juridische zin verantwoordelijk. De praktijk wijst uit dat de taak- en verantwoordelijkheidsverdeling tussen zorgverleners en management van instellingen niet altijd duidelijk is c.q. goed wordt opgepakt.²⁴ Dit vergt juist ook in het verband van samenwerking specifieke aandacht. Het ligt overigens voor de hand dat de betrokken zorgverleners zoveel mogelijk het voortouw nemen bij het realiseren van de in deze Handreiking aangeduide thema's en vraagstukken. Het management van zorginstellingen is wettelijk eindverantwoordelijk voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg. Het management zal, zowel intern als in relatie tot externe samenwerkingspartners, heldere afspraken en procedures moeten hebben om deze verantwoordelijkheid waar te kunnen maken. Dat houdt onder meer in: ervoor zorgdragen dat waar nodig afspraken worden gemaakt, faciliteren dat deze afspraken uitgevoerd kunnen worden en toezien op de implementatie ervan.

²³ Brief van 17 november 2008 van de minister van VWS aan de Tweede Kamer, Kamerstukken II, 2008-2009, 31700 XVI, nr. 89.

²⁴ Zie bijvoorbeeld het in april 2008 verschenen rapport van de Onderzoeksraad voor Veiligheid over de casus hartchirurgie UMC St Radboud.

Niet alleen in individuele gevallen maar juist ook op systeemniveau moeten het proces en de praktijk voortdurend worden getoetst en waar nodig worden bijgesteld. Daarbij kan onder meer worden gedacht aan de volgende toetsbare punten:

- Is een inventarisatie beschikbaar of in gang gezet van de voornaamste probleemgebieden (dat wil zeggen, zorgtrajecten met de grootste kans op valkuilen en problemen met betrekking tot samenwerking)?
- Is rond die probleemgebieden actie genomen om de kans op die valkuilen en problemen te verminderen?
- Wordt bij die verbeterslag gebruik gemaakt van methoden die als ‘state of the art’ kunnen worden beschouwd?
- Is sprake van meer zichtbaarheid en bekendheid van afspraken en regelingen rond samenwerking (in dossiers e.d.) bij alle betrokkenen?
- Worden in de zorgplannen taken en verantwoordelijkheden van de diverse betrokken zorgverleners vermeld?
- Zijn er, nadat de voornaamste probleemgebieden zijn geïnventariseerd en daarop actie is ondernomen, andere (eenvoudiger of minder risicovolle) zorgtrajecten onderscheiden en wordt daarbij gekeken op welke wijze de samenwerking tussen de daarbij betrokken zorgverleners verbeterd kan worden?
- Is er daadwerkelijk naleving van afspraken en regelingen rond samenwerking?
- Zijn er aantoonbare effecten van regelingen rond samenwerking?
- Is een systeem voor evaluatie, bijstelling aanwezig en wordt dat ook gebruikt?

Zie hierover ook de Handleiding bij het gebruik van het HKZ normenstelsel ketenkwaliteit (TNO, 2007).

Een Handreiking als deze zal niet kunnen worden geïmplementeerd zonder goede randvoorwaarden en ondersteuning, in termen van ICT, eenduidige zorgregistraties in relatie tot zorgpaden e.d. Een concrete uitwerking daarvan gaat de mogelijkheden en de intentie van deze Handreiking te buiten. Deze randvoorwaardelijke aspecten verdienen echter wel de nodige aandacht.

Literatuur

Algemene Rekenkamer. Ketenbesef op de werkvloer. Kamerstukken II, 2007-2008, 31394, nrs. 1-2.

Crolla R. e.a. Veilig opereren – Checklists chirurgische ketenzorg bewijzen hun nut. Medisch Contact 2009; 64: 980-983.

Diabetesvereniging Nederland. Diabetes Zorgwijzer. Leusden, 2008.

Donkers ECMM, Bras A, Dingenen ECM van. Ketens met karakter. Medisch Contact 2008; 63: 822-824.

Hoopen MM ten e.a. Eigen taken, eigen fouten. Verantwoordelijkheden anesthesiologen en chirurgen duidelijk afbakenen. Medisch Contact 2005; 60: 1548-1551.

Hoopen MM ten. Medisch-specialistische samenwerking en aansprakelijkheid. Nederlands Juristenblad 2008; 82: 1594-1604.

Inspectie voor de Gezondheidszorg. Preoperatief traject ontbeert multidisciplinaire en gestandaardiseerde aanpak en teamvorming. Den Haag, 2007.

Inspectie voor de Gezondheidszorg. Staat van de Gezondheidszorg 2007 – Taakherschikking blijkt positief voor de kwaliteit van zorg. Den Haag, 2007.

Inspectie voor de Gezondheidszorg. Zorgketen voor kankercliënt en moet verbeteren. Den Haag, 2009.

Joeloem Singh S. Heldere afspraken – Verantwoordelijkheidstoedeling voorwaarde voor verantwoorde zorg. Medisch Contact 2007; 62: 204-206.

Kusiak L. Regie op de werkvloer? Overlaten aan verpleegkundigen. Zorgmarkt 2008; 2 (nr. 10): 48-51.

Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO en Stichting Ketennetwerk. Tools voor ketenzorg – Naar actie en reactie. Utrecht, 2007.

Legemaate J. Ondersteuning in de huisartspraktijk: juridische aspecten. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 2008; 152: 1309-1312.

Legemaate J. e.a. (red). Beroepenwetgeving gezondheidszorg 2008/2009. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2008 (waarin opgenomen zijn de beroepscodes en gedragsregels van de beroepen genoemd in art. 3 Big).

Melchior M. Een groot gemis – Samenwerking zorgverleners valt buiten de tuchtrechtspraak. Medisch Contact 2006; 61: 948-950.

Nationale Raad van de Orde van Geneesheren. Taken van de hoofdarts – Deontologische en juridische richtlijnen. Tijdschrift van de Nationale Raad van de Orde van Geneesheren, nr. 120 (Juni 2008), p. 11-15.

Nederlandse Diabetes Federatie. NDF Zorgstandaard – Transparantie en kwaliteit van diabeteszorg voor mensen met diabetes type 2. Nederlandse Diabetes Federatie, 2007.

NFU. Handreiking Hoofdbehandelaarschap met betrekking tot de klinisch opgenomen patiënt in een UMC. Utrecht, 2008.

NVZ, NVA, NvVH, Orde. Richtlijn Het Preoperatief Proces. Utrecht, 2009.

Reeuwijk-Werkhorst J van, Hulst EH. Ketenzorg eist heldere afspraken. Zorg & Financiering 2008; 7 (nr. 4): 10-23.

Staalduinen AM van, Beckerman H, Lankhorst GJ, Wiggerts HO. De medische overdracht – Cliënt engegevens bij overplaatsing vaak onvolledig en niet correct. Medisch Contact 2008; 63: 1497-1499

Star A van der, Huijzen LS van, Jaspers FCA. Samen werkt beter. KIZ Tijdschrift over kwaliteit en veiligheid in zorg 2008 (nr. 5): 4-7.

Stichting Ketenkwaliteit COPD e.a. Richtlijn Ketenzorg COPD. Leusden, 2005.

Stichting Ketenkwaliteit COPD. Voorstel voor een model keten-dbc voor COPD. Leusden, 2008

Stoffels R. Cooperation among medical specialists: pain or gain? Proefschrift Universiteit Groningen, 2008.

TNO. Handleiding bij het gebruik van het HKZ normenstelsel ketenkwaliteit. Leiden, 2007.

VWS, Zorgverzekeraars Nederland, Alzheimer Stichting. Leidraad Ketenzorg Dementie. 2008.

Wouters MWJM e.a. Ketenzorg wordt geketende zorg. Medisch Contact 2009;64: 1167-1169.

Bijlage 1 – De tuchtrechter over het hoofdbehandelaarschap

De kernpassages uit de uitspraak van de Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg van 1 april 2008 over het hoofdbehandelaarschap (Medisch Contact 2008, p. 726-729) luiden aldus:

“5.3.1 (...) In deze procedure staat centraal het optreden van de arts als hoofdbehandelaar en in het bijzonder de vraag of de arts in die hoedanigheid de zorg heeft betracht die hij behoorde te betrachten ten opzichte van [de cliënt].

5.3.2 Bij de beantwoording van die vraag wordt het volgende als uitgangspunt genomen. De hoofdbehandelaar is, naast de zorg die hij als specialist ten opzichte van de cliënt en diens naaste betrekkingen heeft te betrachten, belast met de regie van de behandeling van de cliënt door hemzelf en andere specialisten en zorgverleners tijdens het gehele behandelingstraject. Dit traject bestaat uit de voorbereiding van de operatie (de preoperatieve fase), de operatie zelf (de peroperatieve fase) en de nazorg na de operatie (de postoperatieve fase). De regie houdt in het algemeen in dat de hoofdbehandelaar

- (1) ervoor zorg draagt dat de verrichtingen van allen die in een of meer van de genoemde fasen beroepshalve bij de behandeling van de cliënt betrokken zijn – en dus ook zijn eigen verrichtingen -, op elkaar zijn afgestemd en zijn gecoördineerd, in zoverre als een en ander vereist is voor een vakkundige en zorgvuldige behandeling van de cliënt, en tijdens het gehele behandelingstraject voor hen allen het centrale aanspreekpunt is;
- (2) voor de cliënt en diens naaste betrekkingen ten aanzien van informatie over (het verloop van) de behandeling het centrale aanspreekpunt vormt.

Meer in het bijzonder zal de regievoering door de hoofdbehandelaar ten minste moeten inhouden dat hij:

- a) door adequate communicatie en organisatie de voorwaarden en omstandigheden heeft geschapen waaronder een operatie verantwoord kan worden uitgevoerd met vermijding van complicaties;
- b) de betrokken specialisten in staat heeft gesteld op hun vakgebied een deskundige bijdrage te leveren aan een verantwoorde behandeling van de cliënt;
- c) in de mate die van hem als arts mag worden verwacht alert is geweest op aspecten van de behandeling die mede liggen op andere vakgebieden dan het zijne en zich over die aspecten heeft laten informeren door de specialisten op die andere vakgebieden, zo tijdig en voldoende als voor een verantwoorde behandeling van de cliënt vereist is;
- d) toetst of de door de betrokken specialist(en) geleverde bijdragen aan de behandeling van de cliënt met elkaar in verhouding zijn en passen binnen zijn eigen behandelplan en in overeenstemming hiermee ervoor heeft zorg gedragen dat de bij de verschillende specialisten ingewonnen adviezen zijn opgevolgd;
- e) in overleg met de desbetreffende bij de behandeling betrokken specialisten en andere zorgverleners erop toeziet dat in alle fasen van het behandelingstraject dossiervoering plaatsvindt die voldoet aan de daaraan te stellen eisen;
- f) de hoofdbehandelaar de cliënt en diens naaste betrekkingen voldoende op de hoogte heeft gehouden van het beloop van de behandeling van de cliënt en hun vragen tijdig en adequaat beantwoordt.

5.3.3 Ten slotte moet worden onderstreept dat de verantwoordelijkheid van de hoofdbehandelaar voor de uitvoering van zijn regiefunctie haar grens hierin vindt dat hij niet de verantwoordelijkheid draagt voor de door andere specialisten tijdens het behandelingstraject uitgevoerde verrichtingen die zijn gelegen buiten het terrein waarop de hoofdbehandelaar als specialist werkzaam is. Voor die verrichtingen zijn en blijven die andere specialisten zelf ten volle verantwoordelijk.

(...)

5.11 (...) Daarbij wordt van de [medebehandelaar] verwacht dat deze actief de hoofdbehandelaar, niet alleen met het oog op diens eigen specialistische zorg voor de cliënt, maar ook met het oog op zijn coördinerende en informerende taken als regievoerende hoofdbehandelaar, op de hoogte houdt van het verloop van de behandeling.”

Bijlage 2 – Relevante uitspraken van de tuchtrechter

Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 27 januari 2004. Medisch Contact 2004: 691-694.

(“Eén voor allen, allen voor één”)

Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 4 maart 2004. Medisch Contact 2004: 1047-1050.

(“Gedeelde verantwoordelijkheid”)

Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 8 april 2004. Medisch Contact 2004: 1616-1618.

(“Slechte organisatie”)

Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 's-Gravenhage 6 juli 2004. Medisch Contact 2004: 2053-2054

(“Verreikende verantwoordelijkheid voor de chirurg”)

Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 28 juni 2005. GJ 2005, 82

(Verloskundige. Doorverwijzing naar gynaecoloog)

Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Amsterdam 3 januari 2006. Medisch Contact 2006: 708-710.

(“Fout op fout in de zorgketen”)

Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Groningen 20 februari 2006. Medisch Contact 2006: 837-841.

(“Veel kapiteins op het schip”)

Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 30 mei 2006. Medisch Contact 2006: 1003-1006.

(“Ondeskundige triage huisartsen”)

Regionaal Tuchtcollege Amsterdam 20 maart 2007. GJ 2007, 100

(“Internist. Onvoldoende controle. Ketenverantwoordelijkheid”)

Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 10 april 2007. GJ 2007, 95

(“Arts-assistent. Instructies aan het verplegend personeel onvoldoende”)

Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 4 september 2007. Medisch Contact 2007: 1826-1827

(“Cardioloog meldt interventie niet aan medebehandelaars”). Zie ook GJ 2008, 1 m.nt. A.C. De Die.

Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 15 november 2007. GJ 2008, 4

(“Specialist dient voorgeschreven medicatie aan huisarts door te geven”)

Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 1 april 2008. Medisch Contact 2008: 726-729 (“De hoofdbehandelaar”). Zie ook GJ 2008, 83 m.nt. A.J.G.M. Janssen.

Regionaal Tuchtcollege Groningen 27 mei 2008. GJ 2008, 109 (“Gynaecoloog. Verantwoordelijkheid hoofdbehandelaar”)

Regionaal Tuchtcollege Groningen 18 november 2008. Nr. G2007/70 (“KNO-arts. Zorgregie, communicatie”)

Regionaal Tuchtcollege Zwolle 29 januari 2009. Medisch Contact 2009: 1780-1783 (“Zoek de hoofdbehandelaar”)

Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 19 maart 2009, GJ 2009/53 (“Cardioloog. Regievoering”)

Deelnemerslijst expertmeeting Ketenzorg

Ivo Sindram (voorzitter) is advocaat in Nijmegen en gespecialiseerd in de gezondheidszorg. Hij is voorzitter van een tweetal klachtencommissies verpleeghuiszorg regio Arnhem en Nijmegen. Verder begeleidt hij de cursus gezondheidsrecht aan het Julius Centrum in Utrecht, welke verbonden is aan het academisch ziekenhuis in Utrecht.

Betty de Groot zet zich al jaren in voor de jeugdzorg als vrijwilliger en is lid van het bestuur van het Landelijk Cliëntenforum Jeugdzorg.

Heleen Jumelet is als lid van de stuurgroep Actieplan Professionalisering in de Jeugdzorg en in dat kader ook lid van de Adviesgroep Beroepsethiek en Tuchtrect. Verder is ze werkzaam als lector bij de Hogeschool INHolland op het terrein van jeugdzorg en professionalisering.

Irving Levie is stafjurist bij de Inspectie jeugdzorg.

Marianne Kloosterman is senior inspecteur bij de Inspectie jeugdzorg en betrokken bij het beoordelen van gemelde calamiteiten.

Ad van der Linden is kinderrechter in Amsterdam en raadsheerplaatsvervanger in 's Hertogenbosch en Den Haag. Hij publiceert zeer regelmatig over de jeugdbescherming en het jeugdrecht.

Jan Ebskamp is als hbo-docent beroepsethiek verbonden geweest aan de Hogeschool in Haarlem. Hij heeft diverse publicaties over beroepsethiek uitgebracht. Vorig jaar heeft hij onder andere de beroepscode ontwikkeld voor sociaalagogisch werkers bij beroepsvereniging Phorza.

Ellen Loykens is directeur bij Molendrift, een kleinschalige hulpverleningsinstelling in Groningen, waarbij eerstelijnszorg, tweedelijnszorg, dyslexiezorg en particuliere zorg wordt geboden. Sinds een aantal jaren heeft ze zitting in het College van Toezicht NVO.

Rosalinde Visser is als jurist werkzaam bij het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP). Zij participeert namens het NIP in het Actieplan Professionalisering in de Jeugdzorg, is secretaris van de bestuurscommissie Ethische Zaken NIP en adviseert de leden van het NIP door middel van een helpdesk. Ook is zij als docent ethiek verbonden aan gz-opleidingen.

Annemat Collot D'Escury-Koenigs is voorzitter van de sector Jeugd van het NIP, voorzitter van de Adviesgroep Beroepsethiek en Tuchtrect binnen het Actieplan Professionalisering in de Jeugdzorg, forensisch rapporteur en participeert in de bestuurscommissie Ethische Zaken NIP.

Denis Koets is senior beleidsmedewerker bij de Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen (NVO) en projectleider deelproject 'Beroepscode en Tuchtrect' van het Actieplan Professionalisering in de Jeugdzorg.

Eerste oriëntatie op een handreiking voor samenwerking in de keten van de jeugdzorg

Checklist met tien concrete aandachtspunten bij afspraken over verantwoordelijkheden

(gebaseerd op de checklist behorend bij de KNMG-handreiking 'Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg (2010)')

Bent u als zorgverlener of manager betrokken bij een zorgverleningssituatie met verschillende zorgverleners, dan is het van belang om te specificeren wie waarvoor verantwoordelijk is, uitgaande van een gezamenlijk doel. Zo ontstaat duidelijkheid onderling, voor de cliënt¹ en diens familie, en voorkomt u risico's op fouten. Kernaspecten van een regeling van verantwoordelijkheden bij samenwerking in het zorgproces:

1. Voor de cliënt is te allen tijde duidelijk wie van de betrokken zorgverleners
 - het aanspreekpunt is voor vragen van de cliënt of diens vertegenwoordiger;
 - de vakinhoudelijke verantwoordelijkheid heeft voor zijn zorgverlening aan de cliënt;
 - belast is met de coördinatie van de zorgverlening aan de cliënt (zorgcoördinator).

Het is van belang dat deze drie taken over zo weinig mogelijk zorgverleners worden verdeeld. Zo mogelijk zijn deze taken in één hand².

2. Alle bij de samenwerking betrokken zorgverleners beschikken zo nodig over een gezamenlijk en up-to-date zorg- of behandelplan³ betreffende de cliënt.
3. Er wordt nagestreefd dat de rechten van de cliënt, zoals deze voortvloeien uit wetgeving en rechtspraak, op de juiste wijze worden nagekomen. Waar nodig worden afspraken gemaakt om te vergemakkelijken dat de cliënt de hem toekomende rechten kan uitoefenen.
4. Een zorgverlener die deelneemt aan een samenwerkingstraject vergewist zich ervan dat, na overleg met de cliënt, hij/zij beschikt over relevante gegevens van collega's en informeert collega's over gegevens en bevindingen die zij nodig hebben om verantwoorde zorg te kunnen verlenen. Daarnaast kan informatie ook rechtstreeks aan de cliënt zelf worden gevraagd.
5. Zorgverleners die deelnemen aan een samenwerkingsverband letten op de grenzen van de eigen mogelijkheden en deskundigheid en schakelen zo nodig tijdig een andere zorgverlener in. Zij zijn op de hoogte van de kerncompetenties van de andere betrokken zorgverleners.
6. Overdracht van taken en verantwoordelijkheden vindt expliciet plaats. Bij de inrichting van overdrachten is van het belang om zowel rekening te houden met bij overdrachtssituaties in het algemeen veel voorkomende risico's, als met eventuele specifieke kenmerken van de cliëntsituatie. Zorgverleners die deelnemen aan een

¹ Conform de definitie zoals opgenomen in de Wet op de Jeugdzorg.

² Vraag is of het wenselijk is dat de zorgcoördinator tevens vakinhoudelijk verantwoordelijk is.

³ Een behandelplan is niet hetzelfde als een cliëntdossier.

samenwerkingsverband maken duidelijke afspraken over de verdeling van taken en verantwoordelijkheden met betrekking tot de zorgverlening aan de cliënt.

7. De zorgcoördinator voorziet op geleide van de situatie ten behoeve van goede zorgverlening in situaties van samenwerking in de jeugdzorg in controlemomenten (overleg, evaluatie).
8. De cliënt of diens vertegenwoordiger wordt intensief betrokken bij de ontwikkeling en uitvoering van het zorg- of behandelplan. De eigen verantwoordelijkheid van de cliënt in relatie tot het zorgproces wordt zoveel mogelijk gestimuleerd.
9. Afspraken die door samenwerkingspartners worden gemaakt over de aard en inrichting van de samenwerking en over ieders betrokkenheid worden schriftelijk vastgelegd in het behandelplan.
10. Met betrekking tot incidenten (naar aanleiding van slecht functionerende samenwerking) geldt het volgende:
 - naar de cliënt wordt over incidenten openheid betracht;
 - incidenten worden altijd (door de zorgcoördinator) gemeld op een binnen het samenwerkingsverband afgesproken centraal punt;
 - een aan het samenwerkingsverband deelnemende zorgverlener die in de ogen van een of meer collega's niet voldoet aan de normen voor verantwoorde zorg, wordt door hen daarop aangesproken

Voorbeeldcasus Adviesgroep Beroepsethiek en Tuchtrect

In de Adviesgroep Beroepsethiek en Tuchtrect (ABT) is een reeks casussen besproken vanuit het veelzijdige perspectief van bij de jeugdzorg betrokken partijen. In hoofdstuk 4 van de eindrapportage zijn de bevindingen van de ABT weergegeven. Deze bijlage biedt een kijkje in de keuken van een casusbespreking zodat duidelijk wordt hoe zogenaamde 'morisprudentie' wordt gevormd. Tegelijk illustreert de casus dat beroepsethiek en professionele vakdeskundigheid onlosmakelijk samenhangen. Goede dossiervorming is een kwestie van beroepsethiek maar ook, en niet minder, van goed en deskundig je vak beoefenen. Vanzelfsprekend is de casus geanonimiseerd.

Casus: Pleegkinderen (z)onder dak

In 2012 komt een pleeggezin met x^1 eigen kinderen en x pleegkinderen op straat te staan. De pleegmoeder is ernstig ziek. Ze heeft een zware hernia, maag- en darmklachten, kan niet meer traplopen en is al meerdere keren opgenomen in het ziekenhuis. De pleegvader is ook niet zonder fysieke ongemakken. Het eerste pleegkind woont al acht jaar in het gezin. Het laatste pleegkind is een peuter van bijna drie jaar. Steun van thuiszorg, steun op medisch terrein, steun van de pleegzorg, aangepaste woningvoorzieningen en steun van andere netwerkbetrokkenen hebben niet kunnen baten. Er zijn diverse signalen over verwaarlozing van de kinderen geweest. Zo zijn uit de buurt waar het gezin woont meldingen van cocaïnegebruik, stelen en schoolverzuim. De gezinsvoogd heeft aangegeven het huis een rommel te vinden.

De pleegzorg vindt dat de rommel wel meevalt. Het huis is wel wat klein maar de pleegvader zal de zolderverdieping verbouwen en er zal contact opgenomen worden met huisvesting en de gemeente om een grotere woning voor het gezin te regelen.

Er wordt anoniem geklaagd over het gezin bij de politie. Een medewerker van de voorziening voor pleegzorg is op bezoek geweest maar kan geen problemen ontdekken. Wel vindt ook hij dat het huis waar het gezin woont echt te klein is.

Intussen gaat het steeds slechter met de pleegmoeder. Er komt een traplift in huis omdat zij niet langer zelf boven kan komen. De pleegvader laat merken dat het, nu de gezondheid van zijn vrouw steeds slechter wordt, zwaar is voor hem om thuis alles goed te regelen. Dan moet de pleegmoeder geopereerd worden. Ze is een tijdje niet thuis en er wordt afgesproken dat er thuiszorg komt.

Er komen meer meldingen dat de situatie thuis uit de hand dreigt te lopen. De biologische vader laat, na een bezoek aan zijn kinderen in het pleeggezin weten dat de pleegvader naar alcohol ruikt en dat de kinderen verwaarloosd worden. Ook de gezinsvoogd rapporteert dat de pleegvader naar alcohol ruikt.

Afgesproken wordt dat pleegzorg actie zal ondernemen. De ziekte van de pleegmoeder maakt de taak voor de pleegvader steeds zwaarder. Het huis is rommelig. De pleegzorg spreekt met de ouders af dat de pleegvader zal gaan opruimen. Omdat de gezondheid van pleegmoeder zo slecht is, heeft het gezin recht op een grotere aangepaste woning. De pleegvader zal zijn best doen om zo'n woning aan te vragen. Een maand later blijkt het pleeggezin echter wegens een ernstige huurschuld op straat te zijn gezet.

Verloop van de casusbespreking

Deze situatieschets is al een reconstructie met een selectie van relevante factoren. De ABT beschikt bij de bespreking van de casus niet over zo'n reconstructie, maar alleen over een

¹ Omwille van het anonimiseren van de casus is zijn er geen aantallen vermeld.

omvangrijk (geanonimiseerd) dossier met briefwisselingen tussen verschillende partijen, contactjournaals enzovoort. Ieder lid van de ABT krijgt tijdens de bespreking de gelegenheid om vanuit het eigen perspectief (als professional, als vertegenwoordiger van een tuchtrechtelijk orgaan, als cliëntvertegenwoordiger of als werkgever) te reflecteren op het dossier.

Daarbij vullen ABT-leden elkaar aan en gaan ze met elkaar in discussie over hun bevindingen. Zo ontstaat een steeds duidelijker beeld over de rol van beroepsethiek, beroepscode(s) en (daaruit voortvloeiend) tuchtrecht. De ABT bekijkt de casus niet alleen vanuit de beroepscode(s), maar heeft ook oog voor de organisatorische en maatschappelijke context.

Analyse

1. Dossiervorming: onderbouwing en verantwoording

Wat in deze casus opvalt is dat er wel keuzes worden gemaakt en dat die ook worden geregistreerd, maar dat de onderbouwing bij die keuzes (het 'waarom?') ontbreekt. Een voorbeeld: de pleegzorg registreert dat een afspraak met de pleegmoeder is afgezegd en ook dat er een nieuwe afspraak is gemaakt. De pleegzorgmedewerker vermeldt dit ook in de rapportage aan zijn begeleider. Wat ontbreekt is de afweging of het wel of niet verantwoord was om de afspraak uit te stellen. Vragen die de professional zich zou moeten stellen zijn:

- Is het onder deze omstandigheden wel verantwoord om de afspraak een week of twee uit te stellen?
- Is er dan wel voldoende zorg voor de pleegkinderen thuis?
- Is er thuiszorg, en kan pleegvader de zorg voor het gezin wel aan?

Relevant is ook wat de factoren waren die bij het *maken* van de afspraak een rol hebben gespeeld. Ging het niet juist om het inschakelen van thuiszorg en het versterken van het steunsysteem?

Uit de rapportage wordt niet duidelijk of deze afwegingen een rol hebben gespeeld. In ieder geval kan worden vastgesteld dat de check of thuiszorg geregeld is tussen wal en schip is beland en de situatie pleegvader boven het hoofd groeit.

Bevinding

Professionele afwegingen moeten niet alleen worden gemaakt, maar ze moeten ook in het dossier worden vermeld. Zorgvuldige dossiervorming is van belang, want:

- je verantwoordt over de keuze die je hebt gemaakt om iets wel of niet te doen, zorgt ervoor dat je kunt beoordelen of de keuze effectief was. Er kan dus van geleerd worden;
- het waarborgt continuïteit (voor het geval een collega een dossier moet overnemen);
- het is voor de cliënt duidelijk waarom de professional doet wat hij doet;
- de professional kan zich op elk gewenst moment (ook bij mogelijke klachten) verantwoorden over zijn handelen.

2. Verantwoordelijkheid en regie in de keten

Ook verantwoordelijkheid en regie zijn belangrijke punten in deze casus. De betrokken arts had zich de vraag moeten stellen of het nog wel verantwoord was om pleegmoeder voor x kinderen te laten zorgen. De arts draagt in eerste instantie zorg voor de gezondheid van pleegmoeder, maar de gezondheid van pleegmoeder is onlosmakelijk verbonden met de gezondheid van haar (pleeg)kinderen.

Een vraag kan ook zijn of de gezinsvoogd hier als coördinator had moeten optreden, en contact had moeten zoeken met de arts. In de praktijk is de afstemming tussen de verschillende partijen die als professionals betrokken zijn bij een gezin vaak onduidelijk of afwezig.

In de handreiking ketenzorg van de KNMG wordt gepleit voor het uitwisselen van relevante informatie voor het gezamenlijk beschikken over een up-to-date-behandelplan. Moet de gezinsvoogd in dit geval beschikken over de gegevens omtrent de gezondheid van pleegmoeder? Die lijken relevant voor het behandelplan van de kinderen. Bij de eerste toets betreffende de geschiktheid van het pleegzin, wordt aangegeven dat de gezondheid van de pleegmoeder mogelijk een kwetsbare schakel is voor wat betreft haar geschiktheid als pleegmoeder.

De gezinsvoogd voelt zich in het overleg met artsen echter vaak onthand. Er is een onuitgesproken (en soms zelfs uitgesproken) hiërarchie waarbij de gezinsvoogd lager in hiërarchie staat dan de arts. De interactie tussen de verschillende professionals verloopt vaak via impliciete hiërarchische structuren.

Bevinding

Een handreiking voor ketenzorg in de jeugdzorg kan een belangrijke bijdrage leveren aan een multiprofessionele verantwoordingsstructuur en een transparanter (hoofd)behandelaarschap in de jeugdzorg.

Aanbevelingen

Deze casus heeft een belangrijke rol gespeeld bij de aanbevelingen over transparante en verantwoorde dossiervorming en de wijze waarop de invulling van samenwerking, regie en verantwoording in de jeugdzorgketen zou kunnen worden vormgegeven.

