

Samenzorgen. Ethische aspecten van wijkgericht samenwerken in zorg en welzijn

Plan van aanpak

1. Inleiding

Dit signalement gaat over samenwerking in de gelokaliseerde zorg- en welzijnspraktijk, over wijkgericht samen zorgen met behulp van sociale wijkteams. Het behandelt de ethische aspecten van (nieuwe) lokale samenwerkingsverbanden waarin cliënten en hun familie, uiteenlopende professionele hulpverleners (uit gezondheidszorg, thuiszorg, welzijn, politie, onderwijs, gemeenteambtenaren, enz.), maar ook niet-professionele hulpverleners, zoals mantelzorgers en vrijwilligers, participeren. Die samenwerking biedt kansen ten goede van cliënten en de bevolking maar roept ook ethische vragen op. Welke overeenkomsten en verschillen tussen ethische opvattingen van betrokkenen zijn er? Welke gevolgen heeft de verdeling van verantwoordelijkheid tussen professionals en niet-professionals (cliënten, hun mantelzorgers en vrijwilligers) voor de gangbare beroepsethiek en de verschillende ethische kaders waarbinnen professionals en niet-professionals werken? Deze en andere ethische overwegingen ten aanzien van *samenzorgen* zullen in dit signalement worden verkend.

AANLEIDING

Gemeenten zijn sinds kort mede verantwoordelijk voor jeugdhulp, werk en inkomen en zorg aan langdurig zieken en ouderen. Dit is vastgelegd in de Jeugdwet, Participatiewet en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Sinds 1 januari 2015 regelt de WMO dat gemeenten de maatschappelijke ondersteuning van burgers die niet redzaam zijn zelf moeten organiseren. Gemeenten hebben daarbij veel vrijheid om eigen beleid te voeren. Sommige gemeenten kiezen voor een WMO-loket. Veel gemeenten kiezen echter ook voor zogenaamde 'sociale wijkteams', een relatieve nieuwe wijkgerichte werkvorm met hulpverleners uit verschillende disciplines, veelal in de Eerste Lijn. Mensen kunnen bij deze teams dichtbij huis terecht voor (de meeste van) hun hulpvragen. Het verschilt sterk per gemeente hoe de samenstelling is, welk takenpakket en welke werkwijze deze wijkteams hebben.

Het doel van lokalisering van zorg en welzijn is tweeledig. Enerzijds is het een bezuinigingsmaatregel en anderzijds beoogt het goede zorg te bevorderen. Deze doelen worden nagestreefd door de drempel naar zorg te verlagen, zorg dichterbij huis, lokaal en meer geïntegreerd te organiseren, schotten tussen hulpverlenende instanties weg te nemen, meer verantwoordelijkheid voor zorg en welzijn

Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
Postbus 19404
2500 CK Den Haag
Tel 070 - 340 50 60
Fax 070 - 340 75 75
E-mail mail@ceg.nl
URL www.ceg.nl

Datum
18 maart 2015
Kenmerk
6110.1-739820



aan de samenleving 'terug te geven' en waar mogelijk zorg en welzijn niet complexer te maken dan nodig is. De intensievere samenwerking tussen cliënt en/of familie, hulpverleners uit zowel zorg als welzijn en professionele en niet-professionele hulpverleners zou de kwaliteit van de zorg moeten verbeteren.

THEMA: SAMENWERKING IN SOCIALE WIJKTEAMS

De samenwerking in wijkteams tussen cliënt en/of familie, hulpverleners uit zorg en welzijn en professionele en niet-professionele hulpverleners staat centraal in dit signalement. Wijkteams functioneren als proeftuin van lokale samenwerking. Ze lenen zich goed om de ethische dimensie te onderzoeken van samenwerking tussen degenen met wie de leden van die teams samenwerken: patiënten, cliënten, hun familie/mantelzorgers en andere betrokken niet- en/of semi-professionals. Focus van dit signalement ligt dus op de interactie tussen enerzijds wijkteams en anderzijds alle andere betrokkenen. Doordat dit ethisch onderzoek samen opgaat met de invoering van nieuw beleid kunnen de resultaten ervan het beleid (en de zorg) positief beïnvloeden.

WAAROM IS HET THEMA (ETHISCH) RELEVANT

Samenwerken in zorg en welzijn is niet nieuw. In gemeenten en wijken bestaan al samenwerkingsverbanden waarin hulpverleners uit verschillende disciplines samenwerken. Denk aan ZAT-teams, FACT-teams, Eigen Krachtcentrales, het Veiligheidshuis, de interdisciplinaire casuoverleggen van verschillende hulpinstaties, enzovoorts. Het belang van samenwerking tussen professionals en niet-professionals (cliënten, familie, mantelzorgers, vrijwilligers) wordt steeds meer ingezien. Nieuw is wel dat de transitie van jeugdhulp, werk en inkomen en zorg aan langdurig zieken en ouderen naar de gemeente deze samenwerkingsverbanden van een beter wettelijk kader voorziet. Dit brengt gemeenten er toe om expliciet beleid te ontwikkelen om deze samenwerkingsverbanden te organiseren en te institutionaliseren en de uiteenlopende deelnemers van die samenwerkingsverbanden middelen geeft en prikkelt om beter samen te werken, met elkaar en met de hulpvrager.

De cliënt en zijn familie, hulpverleners uit zorg en welzijn, professionele en niet-professionele hulpverleners. Allen ontwikkelen in het nieuwe stelsel hun eigen rol en verantwoordelijkheid. Ieder bekijkt zorgsituaties vanuit eigen vorming en achtergrond, heeft eigen belangen, heeft morele opvattingen die gekleurd zijn door de eigen verantwoordelijkheid. Binnen de nieuwe samenwerkingsverbanden is men van elkaar afhankelijk en zal men op elkaar af moeten stemmen. Moraal – het geheel van normen, waarden en wederzijdse verwachtingen over goed handelen - wordt wel de verbindende factor binnen de samenleving genoemd. Toch kan moraal ook juist aanleiding geven tot meningsverschillen en onenigheid. De vraag is welke rol morele opvattingen spelen bij die nieuwe veelvormige samenwerking van zoveel verschillende personen en partijen in de wijk: welke verschil-

lende waarden streven mensen na en stimuleren of blokkeren die verschillen de samenwerking?

VRAAGSTELLING

Hoofdvraag

Welke rol spelen waarden, normen en idealen van alle betrokkenen (patiënten/cliënten, professionals en niet professionals) bij samenwerking in sociale wijkteams en welke ethische vragen zijn aan de orde bij de verantwoordelijkheidsverdeling na de invoering van de (nieuwe) WMO in 2015?

Deelvragen

1. Welke *normen, waarden en idealen* (ethische kaders) van betrokkenen (cliënten, niet-professionele hulpverleners, professionele hulpverleners en gemeente) zijn daarbij richtinggevend?
2. Welke *overeenkomsten* en *verschillen* tussen ethische opvattingen van betrokkenen zijn er? Hoe zijn die overeenkomsten en verschillen te verklaren? Hoe beïnvloeden ze de samenwerking?
3. Wat valt er te leren uit de *verdeling van verantwoordelijkheid* tussen professionals en niet-professionals voor de gangbare beroepsethiek en de verschillende ethische kaders waarbinnen professionals en niet-professionals werken?
4. Welke *ethische vragen* zijn er aan de orde bij de verantwoordelijkheidsverdeling in wijkteams? Welke oplossingen zijn denkbaar?

DOEL EN FUNCTIE VAN DIT SIGNALEMENT

1. Dit signalement *inventariseert* en *analyseert* welke rol waarden, normen en idealen spelen van alle betrokkenen bij samenwerking in sociale wijkteams (de cliënt en zijn familie, hulpverleners uit zorg en welzijn en professionele, niet-professionele hulpverleners en gemeente) en concentreert zich op de ethische vragen die aan de orde zijn bij de verantwoordelijkheidsverdeling. Doel van deze inventarisatie en analyse is om de betrokkenen en het lokaal bestuur en ten slotte ook de *overheid* te informeren over de ethische dimensie van samenwerking rond zorg en welzijn zowel met betrekking tot de nieuwe WMO-wijkteams als tot andere, toekomstige samenwerkingsverbanden. Vaak blijft die ethisch dimensie impliciet en onderbelicht. Door waarden, normen en idealen in samenwerking te expliciteren, kan er ook rekening mee worden gehouden: op basis daarvan kunnen overheden goed beleid versterken, slecht beleid corrigeren, en betrokkenen faciliteren om tot ethisch verantwoorde samenwerking te komen waarbij kansen benut worden en kwesties goed aangepakt worden.

2. Ook wil het signalement *betrokkenen* in die wijkgerichte samenwerking bewust maken van de ethisch dimensie die intrinsiek is aan *samenzorgen*. Bewustzijn

van de ethische dimensie van samenwerking kan bijdragen aan de kwaliteit van de zorg en hulpverlening van wijkteams.

3. Tot slot beoogt dit signalement bij *betrokkenen* die actief zijn in lokale samenwerkingsverbanden reflectie en discussie te stimuleren over de invloed en reikwijdte van hun eigen ethiek.

Als wijkteams de proeftuinen zijn van nieuwe samenwerkingsverbanden in zorg en welzijn, zal een signalement van de ethische voor- en nadelen ook van waarde zijn voor de (ethische) kwaliteit van toekomstige andere samenwerkingsverbanden.

2. Afbakening

Gedecentraliseerde zorg binnen de WMO

In dit signalement worden ethische voor- en nadelen omtrent gedecentraliseerde extramurale samenwerking geïnterviewd en geanalyseerd, toegespitst op de samenwerking en hulpverlening die onder de nieuwe WMO valt, in het bijzonder in *sociale wijkteams*. Mogelijk zijn er ook lessen te leren voor nieuwe vormen van inrichting en samenwerking buiten de WMO of binnen een ziekenhuissetting, maar de overeenkomsten en verschillen worden buiten beschouwing gelaten.

De invalshoek van het signalement is de ontwikkeling van de WMO-wijkteams waar wordt gewerkt in nieuwe samenwerkingsverbanden. Bij het onderzoek zullen we steeds rekening moeten houden met de grote variatie aan samenwerkingsvormen hierin. De keuze voor de sociale wijkteams betekent tevens een keuze voor een brede blik op hulpverlening in zorg en welzijn. Ontschotting en bevordering van integrale hulpverlening behoren immers tot de doelstelling van deze wijkteams.

3. Begrippen

Samenzorgen is een term die is gekozen om de samenwerking aan te duiden van de cliënt en zijn familie, professionele en niet-professionele hulpverleners (mantelzorgers en vrijwilligers) in zorg en welzijn.

Wijkteam is de term die in dit signalement wordt gehanteerd voor WMO-wijkteams/ sociale teams/ sociale wijkteams. Een andere term wordt alleen dan gebruikt als die in de context van een bepaalde gemeente wordt gebruikt, waar die term wordt gebezigd.

Cliënt is de generieke term voor de persoon die zorg ontvangt op het gebied van zorg en welzijn. Alternatieve termen zijn, afhankelijk van de context, burger, patiënt, cliënt, hulpbehoevende, hulpvrager, zorgvrager.

Mantelzorger is de persoon die, in huiselijke kring, meestal onbetaald, zorgt voor een cliënt. Vaak maar niet noodzakelijk altijd is de mantelzorger een familielid van de cliënt.

Vrijwilligers zijn mensen die onbetaald werk verrichten, in dit geval op het terrein van zorg en welzijn.

Centraal staat *samenwerking in zorg en welzijn*. Vanwege de leesbaarheid wordt soms de term zorg gehanteerd, maar het gaat hier altijd om een brede opvatting van zorg, waarvan welzijn deel uitmaakt.

Verder is in dit signalement het (verschuivende) onderscheid van belang tussen *professionals in 'zorg'* en *professionals in 'welzijn'* die samenwerken in wijkteams. Wijkverpleegkundigen werken bijvoorbeeld samen met maatschappelijk werkers, huisarts, orthopedagoog en jeugdhulpprofessionals.

Een ander onderscheid van belang is: tussen professionals die 'formele' zorg en hulpverlening bieden enerzijds en niet-professionele hulpverlenende burgers anderzijds ('informele hulpverleners', zoals mantelzorgers, buurtgenoten, vrijwilligers).

Ethische aspecten (of vragen) zijn die aspecten waarbij het welzijn van en het respect voor anderen op het spel staat of op één of andere manier in het geding is.

4. Thema's

VOORBIJ TRADITIONELE BEROEPSETHIEK

In wijkteams is er sprake van een complexe handelingspraktijk. Er wordt samengewerkt met de hulpvrager, professionele en niet-professionele hulpverleners en verschillende typen hulpverleners uit zorg en welzijn. Al die mensen hebben een eigen achtergrond, andere gewoonten en mogelijk uiteenlopende opvattingen omtrent goede zorg. Dit zou de samenwerking kunnen bemoeilijken, maar ook versterken. In de medische professionele zorgverlening zijn er beroepscode die zorgverleners een leidraad bieden voor hun handelen en het tuchtrecht om zorgverleners te beoordelen in het geval van klachten. Het is echter de vraag of bij een dergelijke complexe praktijk met veel verschillende actoren het idee van een beroepscode nog wel passend is. Veel van de betrokken partijen hebben geen expliciete code en bovendien kan een geleefde professionele beroepsethiek niet gelijk gesteld worden met beroepscode. Tegelijk zou er zorg voor moeten worden gedragen dat professionaliteit niet verzwakt.

Een van de subthema's die hier aan de orde komt houdt verband met het delen van informatie. Voor het werken in multidisciplinaire teams is het delen van informatie essentieel, maar dat staat mogelijk op gespannen voet met vertrouwen en vertrouwelijkheid. Vertrouwen en vertrouwelijkheid zijn, net als toegankelijkheid, onderliggende waarden van het beroepsgeheim; hoe kan dat vertrouwen worden gegarandeerd in de nieuwe samenwerkingsstructuren?

REGIE en VERANTWOORDELIJKHEID

Als meerdere mensen in sociale wijkteams samenwerken, kan onduidelijk worden wie waarvoor (moreel en juridisch) verantwoordelijk is en wie verantwoordelijk is voor het samenwerkingsproces als geheel en het eindresultaat daarvan (goede passende zorg). Eén van de problemen bij samenwerking is dat het enerzijds niet wenselijk en acceptabel lijkt alle betrokkenen verantwoordelijk te stellen voor het hele proces en het eindresultaat. Anderzijds lijkt verantwoordelijkheid voor het geheel van het samenwerkingsproces te verdampen als iedere betrokkenen slechts voor haar/zijn eigen afgegrensde bijdrage aan de samenwerking verantwoordelijk wordt gesteld. De verantwoordelijkheid van betrokkenen in sociale wijkteams wordt bepaald door hun rol en positie. Nieuwe samenwerkingsvormen kunnen echter 'traditionele' verantwoordelijkheidsverdeling herdefiniëren.

Professionele hulpverleners hebben beroepsmatige verantwoordelijkheid. Mantelzorgers worden geacht steeds meer zorg voor hun rekening te nemen. Professionals zullen een deel van hun vroegere taken over moeten dragen of delegeren aan niet-professionele hulpverleners. De verantwoordelijkheid van mantelzorgers is echter van een andere orde dan die van professionals. Zo lijken mantelzorgers niet op een zelfde manier verantwoordelijk gesteld te kunnen worden voor de kwaliteit van de hulpverlening. Dat geldt ook voor de cliënt zelf. Deze krijgt een steeds grotere eigen verantwoordelijkheid. Dat biedt kansen voor de cliënt (zelfzorg, gezamenlijk beslissen, zorgregie in eigen hand) maar heeft ook risico's. Cliënten zijn immers juist cliënt omdat zij blijkbaar verminderd redzaam zijn. Nadruk op zelfzorg en eigen verantwoordelijkheid kunnen op gespannen voet komen te staan met die verminderde redzaamheid.

5. Aanpak

Om tot een beantwoording van de hoofd- en deelvragen te komen zullen de volgende deelonderzoeken plaatsvinden:

- Literatuurstudie en conceptuele analyse van kernbegrippen
 - Inventarisatie en analyse van recente literatuur over interprofessionele beroepsethiek, ethiek en samenwerking, ethiek in het spanningsveld van formele en informele zorg en ethiek van integrale hulpverlening. Sleutelbegrip-

- pen voor de beschrijving van het onderzoeksveld zullen worden geanalyseerd en gedefinieerd.
- Deelthema's in het literatuuronderzoek kunnen zijn: vertrouwelijkheid (beroepsgeheim) en verantwoordelijkheid(sverdeling), loyaliteit, zelfzorg, *shared decisionmaking*, ethiek van *family care*.
 - De opbrengst van de literatuurstudie en conceptuele analyse is een theoretisch kader dat van belang is voor de synthese in de eindfase van het onderzoek. Dit kader draagt echter ook bij aan verfijning van het ontwerp van het kwalitatief empirisch onderzoek en de duiding van data resulterend uit dit onderzoek.
- Kwalitatief empirisch onderzoek
 - Onderzoek in de vorm van focusgroepinterviews, bijwonen van overleg en interviews met relevante experts en betrokkenen bij sociale wijkteams. Het onderzoek concentreert zich op drie relevant verschillende wijkteams. Exclusie- en inclusiecriteria voor de selectie van wijkteams en te interviewen personen worden opgesteld op basis van literatuuronderzoek en overleg met instellingen zoals Movisie en VNG.
 - Synthese – samenstelling signalement
 - Resultaten van het empirisch onderzoek en literatuurstudie/conceptuele analyse worden gebundeld in de gebruikelijke structuur van een signalement. Het signalement is een verkenning van het thema en bestaat uit probleembeschrijving, praktijkbeschrijving, theoretische reflectie, conclusies en agendapunten voor beleid, onderzoek en praktijk

6. Ad hoc commissie

Prof. dr. D.L. Willems	Voorzitter Forum CEG en Raadslid RV&S
Mr. A.M. van Blerck-Woerdman	Raadslid RV&S
Mw. Drs. J.Manshanden	Raadslid RV&S
Dr. Alies Struijs	Projectleider en coördinator CEG
Dr. Boukje van der Zee	Onderzoeker (extern)
Dr. Jos Kole	Onderzoeker (extern)
Mw. Louise Romein-Hoek	Projectondersteuner
Mw. Anna Scheepers, BA	Stagiaire (tot 1 juli 2015)

Alies Struijs is contactpersoon. Zij is bereikbaar via a.struijs@rvens.nl en 070 3405815/06 of 06 11797053

7. Planning

Dit Plan van Aanpak is in maart 2015 vastgesteld en wordt nu uitgevoerd. Afronding en publicatie: najaar 2015.