

ceg

Centrum voor ethiek en gezondheid

# Samen zorgen in de wijk

Signalering ethiek en gezondheid 2016

Het Centrum voor ethiek en gezondheid (CEG) signaleert ontwikkelingen op het gebied van gezondheid die een plaats verdienen op de ethische beleidsagenda van de overheid.

De website [www.ceg.nl](http://www.ceg.nl) geeft achtergrondinformatie, adressen en links.

Het CEG is een samenwerkingsverband van de Gezondheidsraad en de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.

Centrum voor ethiek en gezondheid (CEG)

Postbus 19404

2500 CK Den Haag

Tel 070 - 340 50 60

E-mail [info@ceg.nl](mailto:info@ceg.nl)

Internet [www.ceg.nl](http://www.ceg.nl)

# **Samen zorgen in de wijk**

**ceg**

Centrum voor ethiek en gezondheid

## **Signalering Ethiek en Gezondheid 2016**

**Centrum voor Ethiek en Gezondheid**

*Samen zorgen in de wijk*

Uitgave van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid

Het CEG is een samenwerkingsverband van de Gezondheidsraad en de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.

Fotografie: Eveline Renaud

ISBN 978-90-5732-261-7

Auteursrecht voorbehouden

Deze publicatie kan als volgt worden aangehaald: Centrum voor Ethiek en Gezondheid, *Samen zorgen in de wijk*

Signalering Ethiek en Gezondheid 2016/2.

Den Haag: Centrum voor Ethiek en Gezondheid, 2016

Aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
Mevrouw drs. E.I. Schippers

Geachte minister,

Alweer meer dan een jaar zijn gemeenten verantwoordelijk voor de organisatie van passende zorg en maatschappelijke ondersteuning voor burgers die dat nodig hebben. Veel gemeenten zetten hiervoor sociale wijkteams in. Daarin werken professionals met heel verschillende beroepsachtergronden met elkaar samen. Sterker dan voorheen doen zij daarbij een beroep op niet-professionals, zoals mantelzorgers en vrijwilligers, om samen met hen goede zorg te regelen.

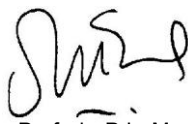
Vaak is deze intensievere manier van samenwerken van professionals en niet-professionals een zoektocht vol afwegingen. Daarbij zijn - vaak impliciet - ethische kwesties in het geding. Denk aan het omgaan met het beroepsgeheim en de privacy van burgers. Mag je bijvoorbeeld persoonlijke gegevens van de cliënt delen met de vrijwilliger, de wijkagent of de gemeenteambtenaar? Ook beantwoording van vragen over verantwoordelijkheidsverdeling tussen professionals onderling en met niet-professionals blijkt vaak ingewikkeld.

Dit signalement expliciteert en analyseert ethische aspecten van samenwerking op wijkniveau. De inzichten, opgedaan door literatuuronderzoek, ethische reflectie en praktijkbezoek, zijn samengevat in overwegingen en actiepunten voor professionals, sociale wijkteams, lokale overheden en onderzoekers. Het CEG hoopt hiermee een bijdrage te leveren aan de ethische dimensie van de vernieuwing die in zorg en welzijn op wijkniveau volop gaande is.

Hoogachtend,



Prof. dr. W.A. van Gool,  
voorzitter Gezondheidsraad



Prof. dr. P.L. Meurs,  
voorzitter Raad voor Volksgezondheid  
en Samenleving

Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag  
Postbus 19404  
2500 CK Den Haag  
**Tel 070 - 340 50 60**  
**E-mail [info@ceg.nl](mailto:info@ceg.nl)**  
**URL [www.ceg.nl](http://www.ceg.nl)**

Datum  
18 mei 2016  
Uw brief van  
--  
Uw kenmerk  
--  
Ons kenmerk  
52/6110.1-966283  
Doorkiesnummer  
06-11797053  
Onderwerp  
Signalement Samen  
zorgen in de wijk



# Inhoudsopgave

	<b>Samenvatting</b>	7
<b>1</b>	<b>Inleiding</b>	13
1.1	Sociale wijkteams	13
1.2	Context: 3D – 10 GB	14
1.3	Samenwerking	14
1.4	Vraag, doel en verantwoording	15
1.5	Afbakening en beperkingen	17
1.6	Werkwijze en leeswijzer	18
<b>2</b>	<b>Ethische begripsanalyse: samenwerking</b>	21
2.1	Inleiding	21
2.2	Samenwerking: ideaal en imperatief/samenwerking voor wie?	22
2.3	Wie met wie?	27
2.4	Wat wordt er samen gedaan: werken, zorgen, spelen?	39
2.5	Waarom en waartoe van samenwerking?	42
2.6	Conclusie ethische begripsanalyse	44
<b>3</b>	<b>Ethische signalen uit drie wijken</b>	49
3.1	Inleiding	49
3.2	Samenwerking met cliënt	51
3.3	Taakverschuiving en verantwoordelijkheidsverdeling	56
3.4	Beroepsgeheim: privacy, gegevensdeling en vertrouwelijkheid	65
3.5	Conclusie: welke ethische signalen klinken?	77
<b>4</b>	<b>Conclusies en actiepunten</b>	83
4.1	Inzichten	83
4.2	Ethische signalen	85
4.3	Actiepunten	86
	<b>Noten</b>	89
	<b>Literatuur</b>	95
	<b>Bijlagen</b>	99





# Samenvatting

Stel iemand heeft hulp of ondersteuning nodig door ziekte of problemen in het gezin, dan kan de hulpvrager bij een gemeentelijk loket of de huisarts, maar ook direct bij een sociaal (wijk)team aankloppen. Sinds 1 januari 2015 zijn gemeenten er verantwoordelijk voor dat professionals, mantelzorgers en vrijwilligers dan gezamenlijk met de hulpvrager, zorg en ondersteuning organiseren, dicht bij huis in de eigen wijk. Professionals spelen een hoofdrol bij het uitvoeren van deze gemeentelijke verantwoordelijkheid. Zo bepaalt het nieuwe beleid dat is vastgelegd in de Jeugdwet, Participatiewet en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Deze wetten markeren de overgang van verzorgingsstaat naar 'verzorgingsstad'.

'Samenwerken' is hierbij vaak onontbeerlijk. Het gaat om intensievere samenwerking tussen cliënt en/of familie, professionele en niet-professionele hulpverleners, met als doel de kwaliteit van de zorg voor mensen te verbeteren en tegelijk de kosten ervan beheersbaar te houden. Dit signalement onderzoekt welke ethische kwesties in het oog springen bij (samen)werken in wijken.

## **Samenwerken en ethische kwesties**

Samenwerken in zorg en welzijn is niet nieuw. Er bestaan al allerlei samenwerkingsverbanden. Veel gemeenten kiezen er nu voor - sinds zij verantwoordelijk zijn voor hulp en ondersteuning - om 'sociale wijkteams' in te zetten. In deze teams werken professionals uit verschillende disciplines met elkaar samen om in overleg met de cliënt en zijn nabije omgeving passende hulp of ondersteuning tot stand te brengen. Wat opvalt is de verscheidenheid in samenstelling en taken van de verschillende sociale wijkteams en hun leden. Soms bestaat een team uit maatschappelijk werkers, jeugdzorgwerkers, wijkverpleegkundigen en pedagogen, soms schuiven ook wijkagenten, schuldhulpverleners, huisartsen en andere professionals aan. Verder zoeken deze teams van professionals, meer nog dan vroeger, bewust en expliciet naar samenwerking met niet-professionele hulpverleners, zoals vrijwilligers en mantelzorgers.

Deze wijkgerichte manier van samenwerken tussen professionals onderling en tussen professionals en niet-professionals roept allerlei ethische vragen op: deel je bijvoorbeeld als maatschappelijk werker in teamverband persoonlijke gegevens van burgers

met de vrijwilliger of de wijkagent als deze ook aan tafel zitten? Sommige professionals hebben een beroepsgeheim, andere hebben dat niet. Wat betekent dat voor de bescherming van privacy van de cliënt? En wat betekent dit voor de samenwerking tussen professionals en niet-professionals?

Als professionals lid zijn van een wijkteam en tevens verbonden blijven met hun moederorganisatie kunnen ze te maken krijgen met een dubbele loyaliteit. Soms kunnen de belangen van het wijkteam botsen met die van de moederorganisatie.

Hoewel de cliënt en zijn familie, professionele en niet-professionele hulpverleners allen hun eigen, soms zeer verschillende achtergrond, belangen en waardepatronen hebben, zullen ze toch met elkaar moeten samenwerken. Hoe daarbij de verantwoordelijkheid voor zorg en ondersteuning wordt verdeeld, is vaak ingewikkeld.

De centrale vraag in dit signalement luidt: *Welke ethische aspecten van samenwerking in en met sociale (wijk)teams zijn te signaleren bij de transitie van verzorgingsstaat naar 'verzorgingssteden'?*

Vaak blijft de ethische dimensie van samenwerking impliciet maar bij de beantwoording van de centrale vraag is de ethische betekenis van het begrip 'samenwerking' geëxpliciteerd door literatuuronderzoek en begripsanalyse. Dat is nieuw - zo'n ethische begripsanalyse was nog niet voorhanden. Daarnaast is de ethische dimensie van samenwerking in de praktijk verkend bij drie sociale wijkteams in drie verschillende gemeenten. De opbrengst van deze praktijkverkenning is rijk en beperkt tegelijk. Rijk, omdat uit veel gespreksmateriaal inderdaad een impliciete ethische dimensie naar boven gehaald kon worden. Beperkt, omdat slechts drie gemeenten bezocht werden en voornamelijk met professionals gesproken is.

### **Belangrijkste bevindingen en aandachtspunten**

Bij het wijkgericht samenwerken zijn de volgende ethische aspecten te signaleren:

#### **SAMENWERKEN**

- Samenwerken is een middel om een gemeenschappelijk doel te bereiken: passende hulp voor degene die dat nodig heeft.
- Samenwerking is niet bij voorbaat goed en kan soms in ethisch opzicht meer kosten dan goed doen. Andere waarden, zoals privacy, kunnen in de knel komen door eenzijdige nadruk op samenwerking.
- Om een ethisch verantwoord middel tot het beoogde doel te kunnen zijn, moet bij samenwerking een aantal waarden en normen leidend zijn. Belangrijke waarden zijn (onder meer): gelijkwaardigheid, rechtvaardigheid, solidariteit en vertrouwen. De laatste is misschien wel de belangrijkste.

- In het proces van samenwerken kan het gaan om samenwerking als ideaal, als imperatief en als verantwoordelijkheid. Deze verschillende aspecten van samenwerking kunnen tegelijkertijd in een onderling krachtenspel actief zijn.

#### **PROFESSIONALITEIT**

- Professionele hulpverlening verandert van 'zorgen voor' naar 'zorgen dat': professionals zorgen dat er goede zorg voor de cliënt komt - verleend door anderen dan zij zelf en ze gaan zelf voor de cliënt zorgen als dat noodzakelijk is ('op de handen blijven zitten'). Deze verschuiving levert voor professionals ethische dilemma's op: keer op keer moeten ze met de cliënt afwegen en goed inschatten wat deze met diens sociale netwerk zelf kan doen en welke professionele zorg of ondersteuning geboden moet worden.
- Traditionele visies op professionaliteit en beroepsethiek worden herijkt. De klassieke professionele 'hulpverleners'-logica maakt plaats voor een 'samenwerkings'-logica. De focus op het eigen beroep en op professionele besluitvorming en daaruit volgend handelen van professionals wordt aangevuld met aandacht voor 'gezamenlijke besluitvorming' (*shared decision making*).

#### **(BEROEPS)GEHEIM EN PRIVACY VAN CLIËNTEN**

- Professionele geheimhoudingsplicht en de bescherming van de privacy van cliënten zijn van groot belang, maar blijken in samenwerkingsverbanden in de wijk (nog) onvoldoende vanzelfsprekend. Samenwerking met professionals en anderen die niet aan een beroepsgeheim gebonden zijn, is problematisch. Het is nog onvoldoende doordacht hoe dergelijke samenwerking zorgvuldig en vertrouwelijk kan verlopen.

#### **MAATWERK: WAARDIGHEID EN MOREEL OORDEELSVERMOGEN**

- Wijkgericht samenwerken in zorg en welzijn biedt cliënten - als het goed is - de kans om hun waardigheid beter te behouden omdat ze actief betrokken zijn bij de organisatie van hun eigen zorg.
- De nadruk op maatwerk en minder protocollair werken vraagt van professionals praktische wijsheid en moreel oordeelsvermogen. Telkens opnieuw moeten ze de balans zoeken tussen autonomie en aanspreken op de 'zelfredzaamheid' enerzijds, en anderzijds, de cliënt ondersteunen en helpen waar dat nodig is.

#### **IMPLICIETE WAARDEN EN NORMEN**

- Achter het nieuwe samenwerken schuilt een normatief mens- en samenlevingsbeeld: een samenleving van mensen die autonoom, vrij en zelfredzaam zijn en tegelijkertijd kwetsbaar en afhankelijk zijn van elkaar en van sociale netwerken in hun wijk. Dit mens- en samenlevingsbeeld herbergt een risico. Het kan ertoe leiden dat cliënten tot zelfredzaamheid 'veroordeeld' worden, terwijl ze onvoldoende in de positie zijn zichzelf te redden. Zo lopen ze ondersteuning en hulp mis die ze nodig zouden hebben.

- De lokale overheid heeft (soms grote) normatieve invloed op de werkwijze van de sociale wijkteams door de manier waarop ze deze organiseert. Lokaal overheidsbeleid beïnvloedt de verdeling van taken en verantwoordelijkheden en de lasten en lusten voor de samenwerkingspartners in de wijk.

## **Actiepunten**

### **PROFESSIONALS/SOCIAALWIJKTEAM**

- Ga in de samenwerking met andere professionals en niet-professionals zorgvuldig om met persoonlijke gegevens van cliënten en deel deze niet zonder toestemming van de cliënt met anderen.
- Benut de ruimte van professionele verantwoordelijkheid om naar eigen oordeel te werken.
- Neem structureel en periodiek moreel beraad op in het team.

### **LOKALE OVERHEID**

- Maak de visie van uw gemeente expliciet en bespreekbaar
- Geef professionals voldoende vertrouwen, vrijheid en verantwoordelijkheid om naar eigen (moreel) oordeelsvermogen te kunnen handelen en faciliteer moreel beraad in de (sociale) wijkteams.

### **OPLEIDINGEN/ BEROEPSORGANISATIES**

- Besteed aandacht aan bewustwording en ontwikkeling van moreel oordeelsvermogen van professionals.
- Het verdient aanbeveling om handreikingen voor de omgang met het beroepsgeheim en privacy in samenwerkingsverbanden breder onder de aandacht van sociale wijkteams brengen.

### **ONDERZOEK**

- Onderzoek de manier waarop professionals in sociale wijkteams met de geheimhoudingsplicht omgaan en welke verbeteringen daarbij mogelijk zijn.
- Onderzoek de ethische dimensie van wijkgerichte samenwerking ook vanuit het perspectief van cliënten en mantelzorgers.

Ten slotte: het veel gehoorde argument dat er voor ethische reflectie 'nog geen tijd' is, is begrijpelijk, maar onhoudbaar. Vanwege de richtinggevende, corrigerende en motiverende kracht is er juist reden om vanaf de start van wijkteams impliciete waarden en normen te expliciteren en daarop kritisch te reflecteren.





# 1 Inleiding

## 1.1 Sociale wijkteams

Op 1 januari 2015 kreeg de nieuwe Wmo zijn beslag. Deze wet regelt dat niet langer het Rijk maar waar nodig de gemeenten de maatschappelijke ondersteuning van burgers organiseren. Gemeenten krijgen veel beleidsvrijheid hoe dit te organiseren en kiezen vaak voor het inzetten van 'sociale wijkteams'. 'Sociale wijkteams'<sup>1</sup> zijn teams van hulpverleners die dichtbij huis, in de wijk, burgers ondersteunen en zorg verlenen omdat zij het niet (helemaal) op eigen kracht redden hun dagelijks leven te leiden. Denk bijvoorbeeld aan mensen met lichamelijke of psychische problemen, ouderen, verstandelijk beperkten, gezinnen met ingewikkelde problemen.

Sociale wijkteams zijn vaak multidisciplinair samengesteld. Hun taak is om integraal en 'ontschot' hulp te bieden. De professionals in dergelijke teams zijn vaak meer generalist dan specialist en bieden veelal Eerstelijnszorg en -hulp. Gemeenten pakken het verschillend aan; teamsamenstelling en takenpakket kunnen lokaal sterk verschillen. Soms bestaat een team uit maatschappelijk werkers, jeugdzorgwerkers, wijkverpleegkundigen en pedagogen, soms schuift ook een schuldhulpverlener of een andere professional (op afroep) aan, zoals de wijkagent of een huisarts. Wijkteams zoeken vooral ook samenwerking met niet-professionele hulpverleners die als vrijwilliger of mantelzorger actief zijn.

De inzet van sociale wijkteams dient meerdere doelen: primair is het doel de zorg dicht bij de burger, in de wijk te brengen. Het streven is om beter aan te sluiten bij het sociale netwerk en de omgeving van de cliënt en zo de zelfredzaamheid te vergroten. Daarnaast is een doel om meer schotten tussen hulpverlenende instanties weg te nemen en deze hulp niet specialistischer te maken dan nodig is. De intensievere samenwerking tussen cliënt en/of familie, professionele en niet-professionele hulpverleners, zou de kwaliteit van de zorg voor mensen moeten verbeteren en de kosten beter beheersbaar moeten maken. Dit signalement richt de focus op de ethische aspecten van die beoogde samenwerking.

## 1.2 Context: 3D - 10GB

Sociale wijkteams zijn te beschouwen als één van de symbolen van een grote verandering die al decennia gaande is in het Nederlandse zorg- en welzijnsbeleid: de ombouw van verzorgingsstaat naar 'verzorgingsteden' (Putters 2013) en 'participatiesamenleving'. Deze 'decentralisatie' vindt op drie terreinen plaats (3D): *jeugdzorg* (1), *werk en inkomen* (2) en ondersteuning voor ouderen en mensen met beperkingen (zoals lichamelijke, verstandelijke, psychiatrische beperkingen) (3). Door vernieuwde wetgeving (Jeugdzorg, Participatie en Wmo) komt de verantwoordelijkheid bij gemeenten te liggen, maar ook bij maatschappelijke organisaties, wijken en buurten (*civil society*) en burgers zelf.

De 3D-transitie vraagt er om dat de "verhoudingen tussen burgers, professionals, instituties en lokale overheden op een nieuwe leest worden geschoeid" (Hilhorst, Van der Lans 2015, p. 7). 10 Grote Beloftes (GB) zouden door deze 3D-transitie vervuld moeten worden. Ze zijn samen te vatten in tien trefwoorden ('3D-tags'): nabijheid, integraal, antibureaucratisch, eigenkracht, burgerkracht, eigenaarschap, generalistisch, preventief, leefwereld en integrale kosten-batenanalyse (Hilhorst, Van der Lans 2015). De 3D-transitie past bij de beoogde overgang naar een participatiesamenleving - ook wel 'dragende samenleving' - die draait op de redzaamheid en het zelfmanagement, de onderlinge zorgzaamheid en de gemeenschapszin van burgers (Putters 2013, p. 5).<sup>2</sup> Deze drievoudige transitie gaat gepaard met grote bezuinigingen. Indirect kan daardoor ook de nadruk op samenwerken in de wijk in dat teken staan.

## 1.3 Samenwerking

Idealiter werken cliënt en familie, mantelzorgers, allerlei hulpverleners uit zorg en welzijn en niet-professionele hulpverleners (vrijwilligers) met elkaar samen in de wijk en de buurt. De overgang van verzorgingsstaat naar verzorgingsteden vraagt er om dat de "verhoudingen tussen burgers, professionals, instituties en lokale overheden op een nieuwe leest worden geschoeid" (Hilhorst, Van der Lans 2015, p. 7). Dat is terug te zien in het functioneren van sociale wijkteams. 'Samenwerking' - in dit signalement - betreft niet alleen onderlinge samenwerking tussen de verschillende disciplines uit het sociale wijkteam, maar ook de associatie met informele zorgverleners en cliënten. Het gaat dus om samenwerking *tussen* leden van een sociaal wijkteam - professionals die formele zorg bieden - maar ook om samenwerking *tussen* informele zorgverleners (mantelzorgers, vrijwilligers), buurt- en wijkbewoners (burgers), *met* leden van de wijkteams.

Multidisciplinair en inter-professioneel werken is niet nieuw en het belang ervan intussen onomstreden. Denk aan ZAT-teams, FACT-teams, het Veiligheidshuis, de interdisciplinaire casusoverleggen van verschillende hulpinstanties. De waarde van samenwerking tussen professionals en niet-professionals (cliënten, familie, mantelzorgers, vrijwilligers) wordt ook steeds meer ingezien.



Nieuw is dat de 3D transitie gemeenten van een *wettelijk kader* voorziet die gemeenten ruimte biedt om er zelf invulling aan te geven. De 3D-transitie zet gemeenten er toe aan expliciet beleid te ontwikkelen om deze samenwerkingsverbanden te organiseren, te institutionaliseren en de uiteenlopende deelnemers van die samenwerkingsverbanden aan te zetten om beter samen te werken, met elkaar en met de hulpvrager. De sociale wijkteams zijn het meest prominente voorbeeld van het soort samenwerkingsverband dat gemeenten inzetten om dit nieuwe beleid uit te voeren (Van Arum, Schoorl 2015).

#### 1.4 Vraag, doel en verantwoording

Er is veel aandacht voor de praktische vraag *hoe* samen te werken in zorg en welzijn, *hoe* sociale wijkteams effectief te organiseren en hoe betrokken partijen en personen zich daarbij zouden moeten gedragen. Organisatiemodellen, handreikingen en allerhande ‘tools’, alsook coachingstrajecten voor professionals, gemeenteambtenaren, vrijwilligers en mantelzorgers worden ontwikkeld en gepubliceerd. Dat is ook wel logisch. Er heerst een sterk geloof in de ‘toverkracht’ van samenwerking, maar hoe die kracht opgeroepen moet worden, is veel minder duidelijk. Recepten voor succesvolle samenwerking liggen niet zomaar voor het oprapen.

Dit signalement gaat niet over die receptuur vóór maar over de impliciete ethische dimensie van samenwerking. Samenwerking is doortrokken van moraal. Daarbij zijn waarden, normen, deugden en idealen in het geding. Binnen de nieuwe samenwerkingsverbanden zijn partners van elkaar afhankelijk, zullen zij met elkaar moeten afstemmen en is samenwerking het (beoogde) middel om een gemeenschappelijk doel te bereiken: efficiënte en effectieve, goede hulp voor degene die dat nodig heeft. Ieder doet dat vanuit zijn eigen vorming en achtergrond, heeft eigen belangen en waardepatronen. De cliënt en zijn familie, formele en informele hulpverleners - allen ontwikkelen in de nieuwe samenwerking die door het stelsel een wettelijk kader heeft gekregen, hun eigen rol en verantwoordelijkheid. In dit signalement stellen we ons ten doel de impliciet ethische dimensie van samenwerking in de wijk te expliciteren en de bijbehorende ethische waartoe- en waaromvragen te stellen.

#### VRAAGSTELLING

De volgende vraag staat in dit signalement centraal:

*Welke ethische aspecten van samenwerking in en met sociale wijkteams zijn te signaleren nu de transitie van verzorgingsstaat naar verzorgingssteden vorm krijgt?*

‘Ethische aspecten’ zijn al die factoren waarbij het *welzijn* van en het *respect* voor *anderen* op een of andere manier in het geding is. Om uit te drukken hoe dat ‘welzijn van’ en ‘respect voor’ in het geding is, maken we gebruik van de taal van moraal, waarden- en normentaal. We gebruiken die taal, om de ethisch-relevante aspecten van samenwerking in de wijk te articuleren. Zo kunnen de ethische voordelen - de ethische meerwaar-

de - van professioneel en informeel hulpverlenend handelen en lokaal overheidsbeleid in beeld komen maar kunnen ook eventuele ethische nadelen - ethische risico's - blootgelegd worden.

#### DOELSTELLING EN VERANTWOORDING

Er is een aantal redenen om de ethisch relevante aspecten van wijkgericht samenwerken te expliciteren en te analyseren:

- In het algemeen gesteld: (morele) waarden en normen gidsen, corrigeren en motiveren gedrag, handelen en beleid. Hun *normatieve werkingskracht* neemt toe als ze tot klinken worden gebracht. Naar waarden en normen die niet tot klinken worden gebracht, valt immers niet te luisteren. Dit signalement *inventariseert* en *analyseert* de waarden, normen en idealen die vaak en veelal impliciet meespelen bij gemeentelijk beleid en samenwerking in sociale wijkteams. Het concentreert zich op de ethische vragen die aan de orde zijn bij de verdeling van de verantwoordelijkheid tussen alle betrokkenen die zich inspannen om kwaliteit van leven, gezondheid en welbevinden in de wijk en voor wijkbewoners te bewaken en te bevorderen. Door waarden, normen en idealen in samenwerking (bij sociale wijkteams en andere samenwerkingsverbanden) te expliciteren, kunnen ze meewegen in oordeelsvorming. Op basis daarvan kunnen lokale overheden goed beleid versterken, slecht beleid corrigeren en betrokkenen faciliteren om tot ethisch verantwoorde samenwerking te komen.
- *Lokale overheden* hebben een grote taak om de 10 Grote Beloften waar te maken. Het gedecentraliseerde beleid geeft hen meer vrijheid om die taak naar eigen oordeel uit te voeren. (lokale inkleuring). Gemeenten bepalen grotendeels zelf wat ze goed en nastrevenswaardig vinden in het domein van zorg, jeugd en werk. Hoeveel beroep mag op mantelzorgers worden gedaan in de eigen gemeente? Hoeveel professionele ondersteuning via wijkteams is een gemeente bereid te financieren in haar wijken?
- Als gemeenten niet expliciet en eerst *een morele agenda* hanteren 'over wat goede zorg is en kwaliteit van leven', lopen ze het risico te blijven steken in het fatsoenlijk ambtelijk en bureaucratisch uitvoeren van de nieuwe Wmo, Jeugd- en Participatiewet (vergelijk G. van den Brink 2015).<sup>3</sup> Aan die uitvoering liggen echter normatieve keuzes ten grondslag. "Het moet in de verzorgingsstad", aldus Putters, wel blijven "gaan over het vergroten van kwaliteit van leven, gezondheidswinst en welbevinden" en niet alleen om bezuinigen. "Dat vraagt van gemeenteraden om met burgers en organisaties de norm van wat goed en slecht is af te spreken." (Putters 2013, p. 18). De ethische signalen die we in dit signalement opvangen worden kunnen lokale overheden helpen om hun morele agenda op of bij te stellen.

- Van *professionals in wijkteams* wordt gevraagd dat ze, vanuit generalistisch perspectief, *maatwerk* bieden. Protocollen en richtlijnen zijn daarbij minder behulpzaam. Het komt aan op het zelfstandig (kritisch-ethisch) oordeelsvermogen van professionals zelf. Dit signalement kan *professionals* en andere betrokkenen bij de wijkgerichte samenwerking helpen om zich meer bewust te worden van de morele dimensie van hun activiteiten en om hun oordeelsvermogen te cultiveren. Kritische reflectie op en discussie over de ethische aspecten van samenwerking in de wijk kunnen bijdragen aan de kwaliteit van de zorg en hulpverlening van wijkteams. Het kan ook de blik van professionals scherpener om voorbij hun eigen beroepsethiek te kijken wanneer ze in lokale samenwerkingsverbanden samen op trekken met andere professionals en burgers.
- Als wijkteams de proeftuinen zijn van *nieuwe samenwerkingsverbanden* in zorg en welzijn, dan kan dit signalement ook van waarde zijn voor de bevordering van (ethische) kwaliteit van toekomstige andere samenwerkingsverbanden.

### 1.5 Afbakening en beperkingen

Dit signalement concentreert zich met name op de zorg en hulpverlening (ondersteuning) via sociale wijkteams die voortvloeit uit de Wmo, al is die afgrenzing niet heel strikt. Mogelijk zijn er ook lessen te leren voor nieuwe vormen van inrichting en samenwerking buiten de Wmo of binnen de setting van zorginstellingen zoals ziekenhuizen en dergelijke, maar de overeenkomsten en verschillen daarmee worden hier buiten beschouwing gelaten.

De keuze voor de concentratie op sociale wijkteams betekent tevens een keuze voor een *brede blik* op hulpverlening in zorg en welzijn. Ontschotting (ook wel: ontkokering) en bevordering van integrale generalistische hulpverlening behoren immers tot de doelstelling van deze wijkteams.

De primaire doelgroepen van dit signalement zijn de *professionals* en daarnaast ook *de lokale overheid*. Het perspectief van professionals domineert omdat zij de 'kerngroep' van de sociale wijkteams vormen. We richten ons vooral op hun handelen en verantwoordelijkheid. Dat is echter een beperking. Vanuit het perspectief van burgers geschreven, zou dit signalement anders van toon zijn. De afbakening impliceert geen waardeoordeel, maar is pragmatisch. Het perspectief van burgers is zeker zo belangrijk maar het vraagt een ander onderzoek om daaraan recht te doen.

Wie ethische aspecten in beeld brengt, kan dat niet zonder daarbij normatief-ethische vooronderstellingen te hanteren. Een neutrale en volledig onpartijdige ethische analyse is niet mogelijk. Ethische opvattingen in dit signalement zijn vatbaar voor discussie en kritiek.

## 1.6 Werkwijze en leeswijzer

Voor de beantwoording van de hoofdvraag is een aantal deelonderzoeken verricht die in opeenvolgende hoofdstukken aan de orde komen. Hoofdstuk 2 is het resultaat van een literatuurstudie en een ethische begripsanalyse van het begrip 'samenwerking'. Hoofdstuk 3 doet verslag van een praktijkonderzoek dat plaatsvond in drie gemeenten. Professionals uit drie verschillende wijkteams en enkele individuele experts zijn geïnterviewd. Hoofdstukken 2 en 3 vormen samen een *tweeluik*. In het eerste luik domineert een conceptuele-theoretische analyse; deze staat niet helemaal los van de concrete praktijk van sociale wijkteams en is tot op zekere hoogte geïnformeerd door signalen uit die praktijk. In het tweede luik van dit signalement domineert de concrete praktijk zoals die naar voren komt uit het kwalitatief empirische onderzoek. De theoretische analyse is hier juist secundair maar niet helemaal afwezig. Hoofdstuk 4 sluit af met conclusies en agendapunten voor beleid, onderzoek en praktijk.

Wie een verkorte route door dit signalement wil nemen, kan zich concentreren op Hoofdstuk 1, de conclusies van hoofdstuk 2 (par. 2.6) en hoofdstuk 3 (par. 3.5) en Hoofdstuk 4.

# Eerste luik



## 2 Ethische begripsanalyse: samenwerking

### 2.1 Inleiding

'Samenwerking' is een kernbegrip in sociale wijkteams, een sleutelterm in de probleemstelling van dit signalement, maar ook in het beleid van de overheid over zorg en welzijn. Het begrip 'samenwerking' beschrijft meestal niet alleen feitelijk een proces, maar impliceert ook een waardeoordeel. Doorgaans gaat men ervan uit dat samenwerking *goed* is (vgl. "thick ethical concept" Williams 1985). Samenwerking is bovendien een *proces*, doortrokken van meestal impliciete en onbewust gehanteerde normen, waarden en idealen. Wie samenwerking bepleit / en dat zijn vooral de overheid, organisaties en professionals / beschouwt samenwerking als een geschikt *middel* voor een *doel*, waarvan aangenomen wordt dat het *goed* is.

Kraaijeveld, filosoof en columnist, geeft een analyse van 'samenwerking' dat een mooi opstapje biedt (Kraaijeveld 2014). Hij meent dat 'samenwerking' als een *politiek-bestuurlijke mantra* herhaald wordt en dat we op zijn minst argwanend moeten zijn bij het gebruik ervan. Als verzelfstandiging van het werkwoord 'samenwerken' laat het veel onbenoemd dat om concretisering en verder doorvragen vraagt: wie werkt eigenlijk met wie samen? Welk werk wordt er (door wie) verricht en wie bepaalt dat en hoe er samengewerkt wordt? "Wanneer politici over samenwerking praten, gaat het over afstemming, coördinatie, de verdeling van informatie en geld en dan meestal zonder dat deze taken expliciet worden benoemd en verdeeld." (Kraaijeveld 2014). Is wat Kraaijeveld analyseert ook van toepassing op samenwerking in de wijk? Dat hoeft niet 'erg' te zijn, maar misschien zijn er meer factoren die impliciet en onbewust invloed uitoefenen op hoe er gewerkt wordt in zorg en welzijn in de wijk?

'Samenwerking' als begrip ontleent zijn betekenis aan de wisselende *contexten* waarin het wordt gebruikt: in dagelijkse zorgpraktijken thuis en in de wijk, in sociale wijkteams en de 'moederorganisaties' waarvan de professionals oorspronkelijk afkomstig zijn, de samenleving in 'verzorgingssteden' en de 'participatiesamenleving', in lokaal en centraal overheidsbeleid. Dat wat over samenwerking aangenomen en gedacht wordt in de ene context, bijvoorbeeld in de privésfeer, sluit soms niet helemaal aan bij wat van overheidswege wordt uitgestippeld. De betekenis van 'samenwerking' en de daarmee verbonden normatieve veronderstellingen kunnen daarom *contextrelatief* zijn.

Ondanks het frequente gebruik van ‘samenwerking’, wordt, voor zover bekend, in de literatuur, niet of nauwelijks nagedacht over de betekenis, vooronderstellingen en normatieve impact van het begrip. Des te meer reden om eerst een *ethische begripsanalyse* uit te voeren van ‘samenwerking’ waarin we ethisch relevante aspecten van het begrip in beeld brengen.<sup>4</sup>

In dit hoofdstuk ontleden we het begrip door na te gaan wie met wie samenwerkt, wat samenwerkingspartners doen en waarom en waartoe dat gebeurt. Door deze analyse heen verzamelen we ethische relevante aspecten die bij samenwerking in de wijk, in uiteenlopende contexten in het geding zijn en worden opgeroepen.

## 2.2 Samenwerking: ideaal en imperatief/samenwerking voor wie?

Zelden zal men horen dat er niet meer of zelfs minder moet worden samengewerkt in zorg en welzijn. Er *moet* meer of beter samengewerkt worden, luidt de boodschap in beleidstukken, beleidsuitvoering en vorming, nascholing en coaching van professionals. “Samenwerking moet, want het is goed!” Behalve een *impliciete en ethische imperatief* is het echter ook een nastrevenswaardig *ideaal*. Samenwerking is, zo wordt aangenomen, goed of waardevol voor anderen (vandaar *ethisch*) en voor het publieke belang (verhoging efficiëntie, bezuinigingen, algeheel welzijn).

### GOED VOOR WIE?

In de eerste plaats zouden *burgers, cliënten en patiënten*<sup>5</sup> moeten profiteren van meer en betere samenwerking: er zou door betere samenwerking eerder, sneller, beter en dichterbij huis aan hun zorgvraag of hulpbehoefte kunnen worden voldaan en daar wordt hun leven beter van - zie hier de impliciete ethiek geëxpliciteerd. Ethiek draait immers om anderen goed doen en bijdragen aan het ‘goede leven’ voor anderen naast jezelf. Bij meer samenwerking in zorg en welzijn, hoeven mensen dan misschien niet elke keer opnieuw hun verhaal te vertellen aan weer een andere hulpverlener - door betere samenwerking delen hulpverleners de informatie over de cliënt - dat is efficiënt. Kwesties die uit kunnen groeien tot nijpende problemen worden eerder gesignaleerd als meer ogen meekijken, waarnemingen worden uitgewisseld en de conclusies worden opgeteld. Mensen krijgen minder hulpverleners over de vloer die hen meer helpen. De hulp die geboden wordt, zelfs als hij van verschillende kanten komt, is gecoördineerd en geregisseerd en helpt de cliënt echt verder. De inzet en activiteit van de mantelzorger wordt erkend en recht gedaan. Een aanlokkelijk ideaal<sup>6</sup>.

In de tweede plaats zou samenwerking in zorg en welzijn het *publieke belang* ten goede komen. Door betere samenwerking in de wijk kan hulp vroegtijdig en effectief worden ingezet, zodat situaties en problemen niet nodeloos escaleren en in een later stadium intensiever, complexer en dus duurder hulpverlening vergen. Die kostenbesparing is van belang: schaarse publieke middelen kunnen zo optimaal ingezet en rechtvaardiger worden verdeeld.



In de derde plaats zouden *professionals* belang kunnen hebben bij samenwerking. Iemand die een ander helpt ziet zijn/haar werk graag wat opleveren. Het is frustrerend om langs elkaar heen te werken, demotiverend om elkaar tegen te werken. Het kan afbreuk doen aan de intrinsieke motivatie. De kans daarop wordt kleiner als de hulpverlenende handen ineen geslagen worden. Door samenwerking leren professionals het perspectief van andere professionals kennen, het tegoed en tekort van hun eigen invalshoek. Dat kan inspirerend zijn en aanzetten tot vernieuwing in eigen beroepsmatig handelen.

De bovenstaande *volgorde* van diegenen *aan wie* samenwerking goed doet is niet willekeurig. Ook daarin schuilt al ethiek: elke volgorde suggereert een morele rangorde die ter discussie gesteld kan worden. Samenwerking in de wijk zou *primair* individuele burgers, kwetsbare wijkbewoners die zorg en/of hulp kunnen gebruiken, ten goede moeten komen, zo zou men aan kunnen nemen. Maar daarbij wordt vanaf het begin gebalanceerd met het *publieke goed*. Het *ideaal* van samenwerking is een win-win situatie: *iedereen* wordt er beter van, mantelzorgers en professionals inclusief. Is dat uit te leggen aan de overbelaste mantelzorger? Of aan de professionals die meer moeten overleggen en op papier moeten zetten (dossiervorming) en dat ten koste vinden gaan van hun 'eigenlijke werk'? Of aan de professional die complexe zorg verleent, minder nodig is dan voorheen en haar baan op de tocht ziet staan. Of aan de cliënt die ervaart dat degene die haar bezoekt toch niet de juiste expertise heeft om passende zorg te regelen.

#### **NORMATIEVE MODALITEIT: IDEEAAL**

"Samenwerking is *goed*, daar wordt iedereen beter van." is het ethische gekleurde ideaal.<sup>7</sup> De praktijk zal echter zijn dat samenwerking ook (veel) energie, inspanning, tijd en geld kost. Immers "niets voor niets". Samenwerking kan zo complex zijn dat het niet de meest effectieve en efficiënte manier is om hulp voor kwetsbare burgers te bewerkstelligen. Het staat niet bij voorbaat vast dat de 'kosten' en 'lasten' van samenwerking opwegen tegen de 'baten' en 'lusten'. Als samenwerking geen *goed* doet, roept dat de vraag op of een andere weg om hulp te verlenen niet beter is. Of samenwerking het goede middel is om het gewenste doel van zorg en welzijn te bereiken moet elke keer opnieuw afgewogen worden.

Als er besloten wordt tot samenwerking is het vervolgens de vraag of de kosten en baten, lusten en lasten - in de ervaring van *ieder* - eerlijk verdeeld zijn. Wie meer dan voorheen wordt belast, zal dat mogelijk eerder als een tekort dan als een tegoed ervaren. Wie eerst verzorgd werd maar nu zijn zelfzorg moet regisseren omdat taken en verantwoordelijkheden in de samenwerking herverdeeld worden, moet zich meer inspannen en ervaart dat misschien niet altijd als een voordeel. Dat vergt niet alleen *een verantwoorde* afweging van het individuele belang tegenover het publieke belang maar ook een eerlijke verdeling van de lasten en lusten voor de mensen die bij de samenwerking betrokken zijn.<sup>8</sup>

Het ideaal van samenwerking kan dus niet op zichzelf staan, maar is ook een kwestie van een *rechtvaardige* (eerlijke) verdeling tussen individueel en publiek belang én een rechtvaardige verdeling van lasten en lusten over de bij de samenwerking betrokken personen en partijen. Nu is rechtvaardigheid een kwestie van *moraal*, maar wie bepaalt hoe lasten en lusten verdeeld worden is ook een kwestie van *macht* en *gezag* (erkende macht). We komen daar nog op terug.

Naast samenwerking als ideaal, zijn er ook nog andere idealen die gewicht behoren te krijgen bij de hulpverlening in de wijk. Veiligheid, vertrouwen en privacy bijvoorbeeld. En het kwam al even aan de orde: rechtvaardigheid. Eenzijdige nadruk op één ideaal kan anderen idealen in het gedrang brengen (vgl. Rescher 1987). Dat kan gebeuren als samenwerking een mantra wordt. Als meerdere idealen van gewicht zijn, is het zaak een verantwoorde balans te zoeken.

#### **NORMATIEVE MODALITEIT: IMPERATIEF**

Behalve als een lonkend *ideaal* functioneert samenwerking ook als een ethisch *imperatief*. Samenwerking is vaak niet vrijblijvend, een hartverwarmend ideaal dat ieder altijd intrinsiek gemotiveerd najaagt. Ook als men er geen zin in heeft, *moet* het wel. Nadruk op samenwerking impliceert vaak een *opdracht* die uitgevoerd moet worden. Of men nu wil of niet. Waar niet samengewerkt wordt en kansen blijven liggen, waar burgers onder gebrek aan samenwerking lijden, daar is men *moreel verplicht* de handen in één te slaan.<sup>9</sup> Die plicht geldt in principe voor alle bij de samenwerking betrokken personen en partijen.

Echter, in de ethiek is een plicht pas een echte plicht als het een *verantwoorde* plicht is: er zijn overtuigende en dwingende redenen en argumenten voor aan te dragen. Ontbreken die, dan is de betreffende persoon niet verplicht of staat dat minstens ter discussie. Is de *plicht tot samenwerken* altijd te verantwoorden? Kan iemand soms ontslagen worden van die plicht? Mag iemand zich er aan onttrekken zonder dat er verwijten gemaakt worden? Zou je je schuldig moeten voelen als je liefst niet met (bepaalde) anderen wilt samenwerken? (de 'samenwerkings-mijder'). Het lijkt er bijna op dat degene die niet wil samenwerken zich moet kunnen verantwoorden. De plicht tot samenwerking lijkt zo vanzelf te spreken dat deze geen verantwoording meer nodig heeft.

De plicht tot samenwerking is bovendien *niet de enige plicht* van belang bij de aandacht voor zorg en welzijn van kwetsbare burgers in de wijk. Zoals bij samenwerking als ideaal ook andere idealen meespelen en meewegen, zo zal ook de plicht tot samenwerking in balans gebracht moeten worden met andere plichten. In de ethiek noemt men een plicht die nog afgewogen moet worden tegenover andere plichten en dan misschien toch minder gewicht krijgt dan eerst aangenomen, een 'prima facie plicht' - een 'plicht op het eerste gezicht' (Ross).

Een voorbeeld van een andere plicht die de plicht tot samenwerking kan relativëren is de plicht tot geheimhouding die veel professionals beroepshalve hebben. Soms ervaart men die plicht in beleid en uitvoering als een hindernis om goed met anderen samen te werken. Een ambtenaar van de gemeente wil bijvoorbeeld meer gegevens van het wijkteam ontvangen over een bepaalde wijkbewoner. De plicht tot samenwerking lijkt dan zwaarder te wegen dan de plicht om het geheim van de cliënt te bewaren.<sup>10</sup>

#### **NORMATIEVE MODALITEIT: VERANTWOORDELIJKHEID**

Naast een *ideaal* of *imperatief* kan samenwerking, vanuit ethisch perspectief, ook een *verantwoordelijkheid* impliceren. Het verschil tussen morele plicht en verantwoordelijkheid ligt genuanceerd maar is zeker bij samenwerking van groot belang. Soms vallen plicht en verantwoordelijkheid samen, soms niet. In de ethiek is dat verschil op noemer gebracht door de zogenaamde zorgethiek ('ethics of care').

Velen die met een kwetsbare medemens (wijkbewoner, vriend of familielid) van doen hebben, zullen zich (mee) verantwoordelijk voelen om die ander te helpen en voor hem of haar te *zorgen*. "Je voelt je toch geroepen om je zieke buurvrouw niet in haar eentje voort te laten modderen". "Ik zie dat dat gezin het niet redt met de opvoeding van hun kinderen. Ik moet daar als pedagoog, ondersteuning bieden." De ervaring dat er een appèl op je wordt gedaan door een ander is een van *binnenuit* beleefde persoonlijke ethische verantwoordelijkheid die je motiveert om in actie te komen. Je ervaart het appèl als een *plicht-vanuit-de-eerste persoon*: "Ik moet dat gewoon doen!" Je hebt er geen wijzend vingertje van een ander bij nodig - "Jij zou eens wat meer voor je moeder moeten zorgen!" - om die verantwoordelijkheid te ervaren. Sterker nog: als een ander je er op wijst (*plicht-vanuit-de-tweede-persoon*), kan dat juist weerstand oproepen, het ontmoedigt en ondermijnt in het ergste geval zelfs je intrinsieke motivatie.<sup>11</sup>

Velen die in de wijk bij zorg en welzijn betrokken zijn voelen zich verantwoordelijk, voor zichzelf, hun familielid of wijkgenoot, voor hun cliënt en de *beredheid* om daarbij samen te werken is er vaak ook. Een mantelzorger wil in de meeste gevallen wel samenwerken in de zorg voor zijn familielid met de professionals die dit familielid beroepsmatig ondersteunen. Op het moment echter dat de mantelzorger hier 'van buitenaf' toe moreel verplicht lijkt te worden ("Vanuit het sociaal wijkteam rekenen wij er op dat u zelf ..."), kan die opgelegde zorgplicht gaan 'schuren' met de toch al ervaren verantwoordelijkheid (Wijsgerig Perspectief 2015). Denk aan hoe het voelt als je zelf van plan was iets goeds te gaan doen en een ander geeft je (alsnog) de opdracht om dat te gaan doen. Daarmee gaat iets van de spontaniteit verloren die je juist motiveerde.

Waar mensen met elkaar *willen* samenwerken omdat ze zich daarvoor *verantwoordelijk* voelen, draagt het ook een risico in zich om samenwerking als *plicht* op te voeren. Dit risico is misschien nog wel groter als de samenleving, nationale en lokale overheid en professionals van wijkteams aanspraak gaan maken op die ethische verantwoordelijk-

heid. Zo kan de plicht die voortvloeit uit het door de overheid gepropageerde idee van de participatiesamenleving en het door lokale overheid in gang gezette beleid tot 'verzorgingssteden' op gespannen voet komen te staan met de verantwoordelijkheid tot zorg voor een ander die mensen zelf ervaren in de *context* van naaste sociale relaties (familie, vrienden burens, buurt- en wijkgenoten). Als informele zorg zo wordt ingekaderd in lokaal en nationaal overheidsbeleid, ontstaat dat risico (zie ook van der Vet 2015, pp. 23–24). In termen van de filosoof Habermas zou hier van een botsing tussen *systeemwereld* en *leefwereld* gesproken kunnen worden (vgl. Kunneman 1998).

#### TUSSENTIJD'S RESUMEREND

- Van samenwerking wordt doorgaans verondersteld dat het ethisch waardevol (goed) is: in de eerste plaats is het goed voor individuele burgers, cliënten en patiënten en, mantelzorgers. Daarnaast dient het ook een publiek belang en worden professionals er beter van. Dat samenwerking *goed* is, is echter wel een *waardeoordeel* en vanuit ethisch perspectief dient een waardeoordeel *verantwoord* te kunnen worden: er dienen overtuigende redenen en argumenten voor te kunnen worden aangedragen. Het wordt als zo vanzelfsprekend aangenomen dat samenwerking goed is, dat dit waardeoordeel niet ter discussie gesteld wordt. Vanuit de ethiek is echter altijd de kritische vraag naar verantwoording te stellen: "Maar is samenwerking *echt* of *altijd* goed?" "Goed voor *wie* - voor iedereen?" "En *waarom* en *waartoe* is het goed?". Die laatste vraag komt aan het einde van dit hoofdstuk(par. 2.6) nog terug. Hier alvast het volgende: als vanuit de ethiek dergelijke kritische vragen niet gesteld worden, dreigt het risico dat we automatisch tot samenwerking over gaan - ook als dat niet de beste weg is om goede hulp of zorg te verlenen. Een ander risico is dat we hen over het hoofd zien die misschien niet de vruchten van samenwerking plukken maar eerder de lasten ervan te dragen hebben. Misschien zijn er mensen die tussen wal en schip vallen? Of zijn die mensen er niet? Zou ethisch onverantwoorde samenwerking ondenkbaar zijn?
- Vanuit ethisch perspectief functioneert samenwerking behalve als *ideaal*, ook als *imperatief* en als *verantwoordelijkheid*. Samenwerking kan dus verschillende vormen (modaliteiten) van ethische normativiteit aannemen: als ideaal is het vrijwillig en intrinsiek inspirerend, als plicht is het niet-vrijblijvend en mogelijk ook extrinsiek prikkelend, als verantwoordelijkheid is het een spontaan ervaren appèl dat intrinsiek motiveert. Het is belangrijk om die 'modaliteiten van ethische normativiteit' bij samenwerking te onderscheiden. Een symbiose van deze modaliteiten zou te prefereren zijn, maar wanneer men in beleid tracht ideaal en intrinsiek gemotiveerde verantwoordelijkheid te veel in te kaderen en te formaliseren, dreigt het risico dat die modaliteiten op elkaar parasiteren. De motiverende kracht van een kostbaar ideaal en een in de eerste persoon ervaren verantwoordelijkheid kan ondermijnd worden door er een tweede-persoons-plicht van te maken.<sup>12</sup> Het vergt praktische wijsheid in beleid, uitvoering en professioneel handelen om dat risico te vermijden.

### 2.3 Wie met wie?

Het begrip 'samenwerking' verwijst naar een *proces* en laat de *personen* die het werk doen buiten beeld (Kraaijeveld 2014). "Er moet meer samengewerkt worden bij zorg en welzijn in de wijk" wordt zomaar een loze kreet, verwijzend naar een *anoniem proces*. Voor wie de samenwerking goed zou zijn hebben we enigszins in beeld gebracht. Daarmee hebben *personen* in dat anonieme proces weer een gezicht gekregen. Echter, behalve de personen die van samenwerking zouden moeten kunnen *profiteren* zijn er ook de personen die in die samenwerking *acteren*.<sup>13</sup>

Een andere vraag van belang bij samenwerking is dan ook *wie* meer of beter met *wie* zou moeten gaan samenwerken. Moeten *professionals* van verschillende sectoren en instanties via sociale wijkteams meer met elkaar samenwerken in de hulpverlening in de wijk? Moeten professionals meer samenwerken met *burgers* in de wijk die vrijwilligerswerk doen? En met de *ambtenaren* van de plaatselijke overheid? Moeten *burgers* meer met elkaar samenwerken, bijvoorbeeld door elkaar mantelzorg te verlenen? Moet de zorg- of hulpvrager zelf meer gaan meewerken in die ideale samenwerking? Wie nagaat hoe er vandaag de dag over sociale wijkteams en samenwerking in zorg en welzijn op wijkniveau gesproken en geschreven wordt, krijgt de indruk dat samenwerking op *al* die samenwerkingsrelaties betrekking heeft.

#### VERDELING VAN VERANTWOORDELIJKHEID

Als alles en iedereen echter met elkaar moet samenwerken, wordt samenwerking de betekenisloze mantra waar Kraaijeveld terecht argwanend over is. Vanuit ethisch perspectief is dit problematisch. Eén van de meest prangende vragen in samenwerking is wie wat *moet* doen en waarvoor *aanspreekbaar* en *verantwoordelijk* is: de verdeling van verantwoordelijkheid. De actoren in samenwerking dienen dus geïdentificeerd, hun rol in de samenwerking geëxpliciteerd, hun onderlinge relatie gedefinieerd. Gebeurt dat niet, dan blijft de morele verantwoordelijkheid van samenwerkingspartners *diffuus*. Het zal duidelijk zijn: voor wie samenwerking vanuit ethisch perspectief benadert is een uitspraak als "Er moet meer samengewerkt worden in de wijk." verdacht. De moreel verantwoordelijke actoren krijgen dan evenmin een gezicht als degenen voor wie de samenwerking goed zou zijn.

#### PERSONEN EN PARTIJEN

Een aandachtspunt in het verlengde hiervan is of we nadenken over de samenwerking van *personen* of *partijen* (instellingen, instituten, stichtingen, organisaties, bedrijven). In beleidstukken over samenwerking overheerst de bedrijfsorganisatorische aandacht voor samenwerkingsprocessen en *partijen*. "Bureau Jeugdzorg werkt in deze wijk samen met de Thuiszorg en 'het' maatschappelijk werk." Juridische aansprakelijkheid lijkt op dit niveau eerder aan de orde dan morele verantwoordelijkheid: samenwerking lijkt primair een kwestie van in contracten en convenanten vervat *commitment*.

Toch is dat schijn. Vanuit organisatie-ethisch en bedrijfsethisch perspectief is de morele verantwoordelijkheid van collectieve morele actoren zoals organisaties en bedrijven niet minder belangrijk. Wanneer er iets grondig mis is gegaan met een kwetsbare burger die bij meerdere instellingen cliënt was, bijvoorbeeld een jongere uit een 'multi-problem' gezin, worden de participerende organisaties *publiekelijk moreel verantwoordelijk* gehouden. Falende samenwerking tussen 'al die instellingen' van wie 'al die' hulpverleners over de vloer kwamen is een terugkerend (moreel) verwijt.<sup>14</sup> Vaak blijven dan in pers en publieke opinie individuele professionals (gelukkig?) en andere betrokken personen buiten beeld en vangt de instelling of organisatie waar de hulpverleners in dienst zijn de publiekelijk uitgedeelde morele klappen op.

*"Ik werk dan ook voor mijn moederorganisatie. Ik denk ook dat je heel veel houdingen die je daar hebt meegekregen hier mee naar toe neemt. Want uiteindelijk word je door je moederorganisatie betaald en word je door hen aangenomen en ben je hen verantwoordelijkheid schuldig voor je goede werk."* (A3)

Samenwerking in sociale wijkteams vereist zowel samenwerking tussen personen, waaronder professionals, als samenwerking tussen de organisaties waarbij die professionals aan het werk zijn. Zij 'staan' namelijk hun professionals af aan het wijkteam of zenden hen 'uit' naar het team en geven hen de ruimte en het mandaat om in de wijkteams de organisatorische samenwerking te concretiseren in ondersteuning en hulp aan burgers. Voor professionals kan dit tot het probleem van dubbele *loyaliteit* en *belangenconflicten* leiden. Enerzijds werk je voor 'je baas', anderzijds werk je in een multidisciplinair team in de wijk, samen met vrijwilligers en mantelzorgers. In het wijkteam wordt het werk verdeeld, idealiter naar rato van wat cliënten nodig hebben. Maar vanuit je moederorganisatie heb je misschien de opdracht om voldoende uren in de wacht te slepen om de fte's bij je organisatie veilig te stellen (vgl. Sok, Van den Bosch, Goeptar, ea. 2013, p. 33).<sup>15</sup> Voor organisaties kan die dubbele inzet ook tot vragen over de verdeling van verantwoordelijkheid leiden. Stel: in een wijkteam zijn twee leden overbelast door het vele werk dat het team op zijn bord krijgt. Moet de coach van het wijkteam een oplossing aanvoeren - het probleem is in het team ontstaan - of moeten de moederorganisaties van de twee zieken dat doen? Het is om deze redenen dat in veel gemeenten waar men met sociale wijkteams werkt, op den duur de band tussen moederorganisatie en professionele leden van wijkteams 'doorknipt' of overweegt dat te doen.

*"Dat team is ook steeds meer zelforganiserend geworden. Dat geeft ook wel een bepaalde verantwoordelijkheid richting dat team. Dus je moet wel loyaal zijn want anders word je dat team uitgeflikkerd - om maar zo te zeggen. Anders functioneert het niet. Dat maakt dat ik eigenlijk heel loyaal ben aan dit team."* (A1)

## GELIJKHEID EN GELIJKWAARDIGHEID, KWETSBAARHEID EN AFHANKELIJKHEID

Het is van belang te concretiseren wie met wie samenwerkt om verantwoordelijke personen (en partijen) in beeld te krijgen, omdat verantwoordelijkheid effectief en efficiënt verdeeld moet worden en duidelijk moet zijn wie op wat aanspreekbaar is. Maar er zijn, vanuit ethisch perspectief, ook andere redenen om de 'wie-met-wie' vraag te stellen. Het maakt uit wie met wie samenwerkt in de beoogde samenwerking in de wijk via sociale wijkteams omdat niet alle samenwerkingspartners *gelijk* zijn aan elkaar: ze hebben vaak een verschillende rol en daarmee ook verschillende verantwoordelijkheden, rechten en plichten, (financiële) belangen, taken, (on)macht, kennis en vaardigheid. Die verschillende kenmerken van betrokken partners en partijen kleuren de samenwerkingsrelaties ethisch in.

Het web van samenwerkingsrelaties in de wijk - is het een geordend web of een ongeordende kluwen? - bestaat minstens uit cliënten, mantelzorgers, vrijwilligers, burgers, professionals en de lokale overheid. Cliënten, mantelzorgers en vrijwilligers vormen samen met andere burgers de 'dragende samenleving' waarin men als burgers, volgens het in beleid uitgedragen ideaal, met elkaar participeert. Professionals zijn ook burgers maar spelen hun rol beroepshalve terwijl de overheid een collectieve partij is van een andere, namelijk bestuurlijke orde.

De betrokken personen zijn allemaal mensen en als zodanig *gelijkwaardig* aan elkaar. De rol en context waarin ze verkeren maakt hen echter, op relevante aspecten, *gelijk* maar ook *ongelijk* ten opzichte van elkaar. Dat wil zeggen: ze lijken op elkaar op punten, maar op bepaalde andere punten verschillen ze juist essentieel van elkaar. Relevante ethisch geladen termen om die (on)gelijkheid te kwalificeren en te ordenen zijn kwetsbaarheid en afhankelijkheid, zelfredzaamheid, vrijheid en autonomie, vertrouwen, macht en gezag. Alle samenwerkingspartners zijn *wederzijds afhankelijk* van elkaar. Ze hebben elkaar (in bepaalde gevallen, niet altijd) nodig om waardevolle doelen te bewerkstelligen. Zonder elkaar lukt dat niet of minder goed. Maar daar houdt de overeenkomst ook wel zo'n beetje op. Men zou, vrij naar Orwell, kunnen zeggen: "Allen zijn wederzijds afhankelijk van elkaar maar sommigen zijn meer afhankelijk dan anderen."

De 'samenwerkingsprofielen' van bij de samenwerking in de wijk betrokkenen, zijn niet louter beschrijvend en ethisch neutraal. Het beeld dat in beleid uitgedragen wordt over cliënten, mantelzorgers, vrijwilligers, burgers en professionals is normatief geladen - we kunnen dit in beleid geïmpliceerde veronderstelde *normatieve mensbeeld* noemen. Het is vatbaar voor discussie en kritiek en waar het niet vanzelf spreekt dient het ethisch verantwoord te worden. Omdat het over samenwerken in de wijk (en buurt) gaat, spelen ook normatieve beelden over de *samenleving* een rol. Het ideaal van de participatiesamenleving en de verzorgingsstad veronderstelt wijken en buurten waar mensen elkaar kennen en betrokken zijn op elkaar. Dat is in werkelijkheid echter lang niet altijd het

geval. In nationaal en lokaal beleid wordt een beroep gedaan op sociale verbanden en drijfveren die mogelijk helemaal (nog) niet of slechts zwak aanwezig zijn.

## CLIËNTEN

Ieder mens is kwetsbaar, maar cliënten zijn meer dan gewoon kwetsbaar. Chronisch zieken, mensen met (ernstige) lichamelijke of psychische beperkingen, ouderen, jonggehandicapten, multi-probleem gezinnen, ze hebben problemen waar ze zelf niet uit lijken te komen en daarom hebben ze hulp nodig van anderen. Dat maakt dat ze vaak meer afhankelijk zijn van die anderen dan die anderen van hen. De relatie tussen hen en anderen wordt daardoor *asymmetrisch*. Samenwerking lijkt een zekere gelijkheid en symmetrie tussen samenwerkers te veronderstellen. Als gezegd zou worden dat cliënten 'samenwerken' met degenen die hen te hulp schieten, trekken we als het ware cliënten uit een eenzijdige rol van afhankelijkheid en 'herstellen' we hun positie. Een dergelijke *framing* van de relatie tussen zorgdrager en zorgvrager zet normatief aan tot een gelijkheid tussen beiden die er feitelijk misschien niet of nog niet is. Een cliënt die zichzelf zwak, kwetsbaar, onmachtig, slachtoffer, of hulpbehoevend voelt, kan 'in zijn kracht gezet' worden ('empowerment') en gestimuleerd tot zelfredzaamheid.<sup>16</sup> Iemand die zichzelf (enigszins) kan redden, kan samenwerken en participeren.

Kwetsbaarheid en autonomie lijken in de praktijk van zorg en welzijn moeilijk verenigbaar. Als in samenwerkingsrelaties met anderen beiden erkend en recht gedaan worden, is dat grote winst voor de cliënt.<sup>17</sup> Het kan heel goed zijn voor de cliënt dat deze in en door de 'samenwerking' uit zijn beleefde afhankelijke en kwetsbare positie getrokken wordt en meer regie, redzaamheid en autonomie krijgt. Daarmee herwint de cliënt *vrijheid* en *waardigheid* (autonomie) om zelf mee te bepalen (regisseren) wat er allemaal met hem zou moeten gebeuren om op een beter spoor in haar leven te komen. Dat is een groot goed.<sup>18</sup> Juist cliënten die hulpbehoevend of patiënt zijn, weten als geen ander hoe snel hun zelfregie en autonomie in het gedrang komen door goed bedoelde betutteling en paternalisme, hoe frustrerend of kwetsend dat kan zijn, maar ook hoe inefficiënt en ineffectief het vaak is.

*Wat goede zorg is, daar hebben wij als maatschappij minimale eisen voor. Maar de wens van de klant is vaak anders. En dan hebben wij natuurlijk nog onze eigen wensen. Zo van 'Hoeveel gun je het iemand? 'Want wat is goede zorg? Zorg op maat? Dat is zo'n dilemma van wat is goede zorg. Zorg die een cliënt in eigen kracht zet en vraagt dat die cliënt zelf zijn problemen volledig gaat oplossen of mogen cliënten ook nog gewoon hulp nodig hebben en iets niet kunnen. Dat vind ik een dilemma. Eigen kracht vind ik een prachtig principe maar ik vind wel dat daar grijze gebieden in zijn. (A5)*

Hoewel een rol als samenwerkingspartner cliënten vrijheid en waardigheid kan bieden brengt de rol anderzijds ook verantwoordelijkheden, verplichtingen en lasten ('werk') met zich mee: je *moet* zo (veel) mogelijk de regie over je eigen leven en dat van je ge-



zin hernemen. De cliënt en leden uit zijn sociale omgeving worden ge(re)activeerd maar willen of kunnen misschien niet zo actief en zelfredzaam zijn als andere samenwerkingspartners (en de overheid) zouden willen zien.<sup>19</sup> Een cliënt kan zich ook tot zelfredzaamheid *veroordeeld* voelen en zich onmachtig voelen. Het organiseren van je eigen hulp en ondersteuning vergt competenties waar je misschien nog niet over beschikt (bijvoorbeeld onderhandelen, je weg weten te vinden in de lokale bureaucratie van zorg en welzijn). Wie preventief, proactief, *outreaching* benaderd wordt door leden van een sociaal wijkteam, herkent daarin misschien maar moeilijk het goed bedoelde streven om zijn waardigheid te herstellen. Een cliënt kan daar ook op reageren met 'vraagverlegenheid' ("Ik vraag maar niet meer om hulp want ik moet het zelf redden.") (Linders, 2010) en misschien door zorg juist te gaan mijden. En 'zorgmijder' is een etiket met een negatieve lading: iemand mijdt de zorg die hem/haar wordt aangeboden (omdat hij/zij hem nodig heeft) en zou *moeten* aannemen. Met bemoeizorg iemands autonomie herstellen, iemand aanzetten tot zelfregie, een ander helpen tot zelfredzaamheid - het klinkt soms toch wat paradoxaal. In het loffelijk streven om "iemand in zijn kracht te zetten" schuilt voor de cliënt die het betreft een niet vrijblijvende verplichting die in het beleid als burgerplicht wordt uitgedragen.

Morele en juridische rechten en plichten van cliënten lijken te verschuiven in context van de 3D-transitie. Waar de burger (cliënt) voorheen, in de verzorgingsstaat, bij de overheid zijn *recht* kon claimen op hulp en zorg (bijvoorbeeld via de AWBZ of Bureaus Jeugdzorg), verschuift de nadruk nu naar *voorzieningen* waar de cliënt, in samenwerking met professionals, lokaal een beroep op kan doen (van der Vet 2015, p. 31). Ook al is de meeste zorg nog steeds een verzekerd recht (via de WLZ en ZVW)<sup>20</sup> en houden cliënten wel *recht* op zorg, leidt de transitie er toe dat cliënten dit recht meer bij medeburgers in de samenleving en de lokale overheid moeten gaan 'halen' en minder bij de centrale overheid. Zo lijkt er een gewichtsverschuiving plaats te vinden van het *juridische* recht van de cliënt op zorg in de verzorgingsstaat naar een meer *moreel* recht op zorg in de participatiesamenleving. De *plicht* om in hulp te voorzien, in antwoord op het recht van de cliënt, wordt meer bij de samenleving en medeburgers van de cliënt belegd en komt - zo is de bedoeling van de 3D-transitie - minder bij de overheid en door haar gemandateerde professionals te liggen. Echter, de gemeente blijft zorgplicht houden en moet maatwerk aan cliënten leveren.

*"Iemand zelfredzaam maken kost veel tijd. Het beleid van nu is 'Zo kort mogelijk, zo snel mogelijk, et cetera. Maar dat komt over een paar jaar heel hard terug. Er komen problemen van als er niet wordt geïnvesteerd."* (B6)

Kwetsbaarheid en autonomie lijken in de praktijk van zorg en welzijn op het eerste gezicht misschien moeilijk verenigbaar. Als in samenwerkingsrelaties met anderen beiden erkend en recht gedaan worden, is dat grote winst voor de cliënt.<sup>21</sup> Het is van belang om achter het beeld van de cliënt als 'samenwerkingspartner' een *relationeel begrip* van

*autonomie* te veronderstellen. Om als mens autonoom te zijn betekent niet dat men *onafhankelijk* is of zou moeten zijn van anderen, van sociaal netwerk, informele en formele hulpverlening. Eerder is het zo dat men slechts autonoom en zelfredzaam zijn dankzij de relatie met en afhankelijkheid van anderen. Het vergt wel *vertrouwen* in (de bekwaamheid en betrokkenheid van) anderen om van hen afhankelijk te kunnen en durven zijn. Vertrouwen geef je aan de ander die dat vertrouwen waard is.

Het ligt er natuurlijk ook aan *van wie* men dan afhankelijk is en op wie men als cliënt zijn vertrouwen stelt. En dat brengt ons bij een volgende partner in het web van samenwerking in de wijk.

### **MANTELZORGERS**

In het beleidsjargon zijn de partners, kinderen, familieleden, vrienden en burens die de cliënt substantieel helpen 'gebombardeerd' tot zogenaamde 'mantelzorgers'.<sup>22</sup> Iemand is 'mantelzorger' als hij langdurige (vaak intensieve) hulp en zorg biedt aan iemand anders uit de eigen directe sociale omgeving (De Klerk, De Boer, Plaisier, ea. 2015) al zullen velen die aan deze definitie voldoen zichzelf misschien niet altijd als zodanig benoemen ("Ik ben mantelzorger voor mijn vader." Of toch eerder: "Mijn vader is ziek. Ik zorg voor hem."). De opkomst van de verzorgingsstaat onteigende zorgende naasten van de prominente maatschappelijke rol die ze eeuwen hadden, al zijn mantelzorger er natuurlijk altijd – ook in de hoogtijdagen van de verzorgingsstaat - bijna vanzelfsprekend geweest en gebleven. De overheid en bij monde daarvan, professionals zouden echter beter in staat zijn om bijvoorbeeld een kwetsbare chronisch zieke te ondersteunen (Hattinga Verschure 1981, hoofdstuk 5). Met de overgang naar verzorgingsstad en participatiesamenleving wordt de mantelzorger in de beleidsvisie weer 'in ere' hersteld als meest nabije helpende hand van de zelfredzame burger die steun vindt in zijn sociale netwerk. Waar mantelzorg vroeger - voorafgaand aan de verzorgingsstaat - een vanzelfsprekend onderdeel van het *samenleven* was, wordt deze nu echter, in de gang naar de participatiesamenleving meer geïncorporeerd in *overheidsbeleid* (Morée, Van der Zee, Struijs, CEG 2007).

Kenmerkend voor de mantelzorger is dat deze een grote *niet vrijblijvende verantwoordelijkheid* (normatieve modaliteit) heeft voor het welzijn en de kwaliteit van leven van de meer dan gewoon kwetsbare cliënt. De motivatie en betrokkenheid (*commitment*) van mantelzorgers komen voort uit de sociale (informele) relatie die zij hebben met de cliënt. Het is hun cliënt niet maar hun vader, moeder, broer, zus, vriend, kennis, buurman, enzovoort. Het *vertrouwen* tussen mantelzorger en cliënt is een belangrijke basis voor de onderlinge verhouding. De *afstand* tussen beiden is klein. In elk geval kleiner dan die tussen cliënt en professional. Daarom is wat de mantelzorger 'heeft' met de cliënt eigenlijk niet echt als 'samenwerking' te benoemen al heeft de mantelzorger er vaak veel 'werk' aan. Het is *zorg*, geen kwestie van *contract* maar primair van *commitment* en wederzijdse afhankelijkheid.

*“Vaak zijn die mantelzorgers juist mijn cliënt. [...] De patiënt heeft een medische route en krijgt daaruit ondersteuning maar de mantelzorgers worden veel minder gezien. [...] Juist die mantelzorgers die het niet meer redden en die hun grenzen moeten gaan verkennen en aangeven, juist zij zijn vaak onze cliënten.” (A5)*

De mantelverzorger had in veel gevallen geen keus: de zorg kwam op haar pad, of ze wilde of niet en er onderuit kan ze ook niet (vgl. Palmboom, Pols 2008, p. 55). Niet zelden wordt de mantelzorgers ook zelf cliënt omdat zij (te) zwaar belast is: mantelzorgers ervaren misschien een bijna *grenzeloze* verantwoordelijkheid maar lopen tegelijkertijd tegen de grenzen aan van hun tijd, energie, kennis en competentie (zie ook De Boer, De Klerk 2013). Dat betekent niet dat mantelzorg allemaal of alleen maar kommer en kwel brengt voor de mantelzorgers. Aan de zorg voor hun naaste ontnemen ze vaak veel zin en betekenis. De band en wederzijdse affectie met de naaste voor wie ze zorgen kan zich door het intensieve contact verdiepen. De mantelzorgers ‘krijgt er ook wat voor terug’.

De relatie tussen mantelzorgers en professionals is wèl als samenwerking te duiden al staan mantelzorgers en professionals er heel verschillend in. Vaak heeft de mantelzorgers minder via opleiding en training ontwikkelde *competenties* dan de professional, hoewel er ook heel wat mantelzorgers zijn die zelf werken of gewerkt hebben in hulpverlenende beroepen. Hoewel misschien formeel minder competent, kennen mantelzorgers de wensen, behoeften, waarden en specifieke kenmerken van hun naaste vaak goed en beter dan betrokken professionals van het sociale wijkteam.<sup>23</sup> Ze ‘zitten er dicht op’ en maken de cliënt bij wijze van spreken dag en nacht mee. Dat betekent dat mantelzorgers en professionals wederzijds afhankelijk zijn en elkaar moeten kunnen *vertrouwen*.

*“Er zijn ook verhalen waarvan ik denk ‘Ja, belachelijk!’. Zo iemand die zegt dat hij onder de brug slaapt, terwijl zijn spierwitte overhemdje keurig gestreken is en zijn schoenen glimmen. Nou, dat vind ik dan niet leuk. Het voelt bij mij bijna als een soort van fraude. Dan denk ik ‘Wat moeten wij daar mee?’ Maar goed, het is niet aan mij om te beslissen. Maar ik heb er wel eens moeite mee dat er misbruik gemaakt wordt van de goedheid van ons, of van geld van ... Ja, dat vind ik moeilijk.” (A11)*

De verdeling van taken en verantwoordelijkheid tussen mantelzorgers en professionals is soms precair. Als een professional, bijvoorbeeld een wijkverpleegkundige van het sociaal wijkteam, een deel van de wondzorg voor een chronische patiënt uitvoert in samenwerking met een mantelzorgers, wie is er dan verantwoordelijk voor de kwaliteit van de zorg? De mantelzorgers heeft er niet (altijd) voor doorgeleerd, is niet aanspreekbaar op expertise en doet de zorg misschien op zijn eigen manier. Bij de gedeelde verantwoordelijkheid voor de cliënt is, zoals gezegd, vertrouwen nodig; vertrouwen van de mantelzorgers in de professional dat deze weet wat zij doet, het beste voor heeft met de cliënt en de mantelzorgers, hen goed toerust voor de mantelzorgers en zelfzorg en geen mis-

bruik zal maken van beider kwetsbaarheid. Maar ook vertrouwen van de professionals in cliënt en mantelzorger, dat zij hen vertellen wat nodig is om hen goed te kunnen bijstaan, dat ze eerlijk tegen hen zijn en dat ze doen wat samen afgesproken is.

Vanuit ethisch perspectief lijken er voor de mantelzorger, als informele zorgverlener, minder formele morele *plichten* vast te liggen dan voor professionals. Mantelzorgers hebben geen beroepsgeheim. Het is ook de vraag of mantelzorgers mogen delen in het beroepsgeheim van de professionals met wie ze samenwerken bij de zorg voor een cliënt.

### **VRIJWILLIGERS**

Vrijwilligers nemen een heel eigen plaats in het samenwerkingsverband. Ze lijken op mantelzorgers in zoverre de hulp van beide groepen informeel is. Dat betekent dat de cliënt er eerder moreel dan juridisch aanspraak op kan maken. Maar ook dat aan de kwaliteit van de geboden informele hulp en de competenties van de informele hulpverlener minder formele eisen gesteld kunnen en mogen worden. Met professionals delen vrijwilligers dat hun band met cliënten (en mantelzorgers) niet noodzakelijk voortkomt uit een sociale relatie. Dat maakt hen 'vrijer' in hun betrokkenheid bij cliënten dan mantelzorgers. Het maakt ook dat ze, als vrijwilliger, makkelijker grenzen kunnen stellen aan hun verantwoordelijkheid al moeten anderen net zo goed van hen op aan kunnen als er afspraken gemaakt zijn. Vrijwilligers lijken minder afhankelijk en kwetsbaar in het samenwerkingsverband dan mantelzorgers en cliënten. Voor mantelzorgers en cliënten is samenwerken vaak 'bittere noodzaak'. Ze redden het niet zonder. Vrijwilligers werken samen omdat (en voor zover) ze dat willen. Het helpt hen wel om daarbij toegerust te worden door professionals en dat ze zich vertrouwd en gewaardeerd weten door de andere partners in het samenwerkingsverband. We komen nog kort terug op de betrokkenheid van de vrijwilliger terug in de volgende subparagraaf.

### **PROFESSIONALS**

Professionals die met elkaar samenwerken zijn in zoverre gelijk *aan elkaar* dat ze allen beroepsmatig met hun werk in de wijk bezig zijn en ieder op hun eigen manier over vakmatige expertise beschikken. Ze hebben allen een *professionele* verantwoordelijkheid om samen te werken en ook het vermogen om de verantwoordelijkheid daartoe te dragen. Al loopt de samenwerkingsrelatie tussen twee wijkverpleegkundigen in een wijk anders dan die tussen de huisarts en de wijkverpleegkundige. In al deze gevallen zijn de samenwerkingsrelaties tot op zekere hoogte *symmetrisch*.

Natuurlijk moeten professionals die in een wijkteam samenwerken elkaar ook *vertrouwen* (vgl. Rijdsdijk, Hofhuis, Ten Den, ea. 2015, p. 15). Teamleden hebben elkaars expertise nodig om samen gepaste hulp te kunnen organiseren. Ze zijn van elkaars bekwaamheid en betrokkenheid afhankelijk om als sociaal wijkteam te slagen in hun opdracht en moeten er op kunnen vertrouwen dat ieder in het team zijn verantwoordelijk-

heid neemt en aankan. Dit wederzijds vertrouwen is echter minder gemotiveerd door de *asymmetrie* en *kwetsbaarheid* die de relatie tussen professionals enerzijds en cliënten en mantelzorgers anderzijds kenmerkt.

Van professionals in het sociale wijkteam wordt nadrukkelijk verwacht dat ze 'samenwerken' met de andere betrokken 'partijen'. Met cliënten - als zo lang mogelijk zelfredzame burgers die professionele ondersteuning nodig hebben om zelfredzaam te blijven of, waar mogelijk weer, te worden; met mantelzorgers - als een soort informele collega's en experts; met vrijwilligers; maar ook met professionals uit de Tweede Lijn.

Het vergt ondertussen wel van professionals dat ze hun *traditionele hulpverlenerlogica* nuanceren en dat ze, meer dan ze misschien gewend waren, de cliënt als een min of meer *gelijke* samenwerkingspartner beschouwen en niet langer als een kwetsbare hulpbehoevende of zorgvrager (Peters 2014). Die traditionele logica impliceert, wat gechargeerd gesteld, dat professionals in een directe relatie met hun cliënten problemen *van* cliënten die hulp nodig hebben oplossen (asymmetrie). De 'nieuwe' *samenwerkingslogica* behelst dat professionals meer dan voorheen cliënten en mantelzorgers moeten ondersteunen om zelf oplossingen te vinden voor hun problemen of om samen met hen problemen op te lossen.<sup>24</sup> Ze delegeren hulp en ondersteuning naar informele hulpverleners waar dat kan, maar blijven wel formeel verantwoordelijk voor de 'kwaliteit van de bekommernis'. Ze zijn de spinnen in het web van samenwerkingsverbanden (De Boer, Van der Lans 2013).

Zonder de asymmetrie te miskennen is symmetrie het uitgangspunt. Daarbij is het de bedoeling dat professionals *integraal* werken en zich enerzijds niet laten beperken door hun specialisme, maar anderzijds de grenzen in acht nemen van hun eigen expertise en trouw blijven aan hun eigen beroep.

Samenwerken impliceert samen beslissen. De noden, behoeften, kansen en mogelijkheden van cliënten en hun naasten en bekenden inschattend en besprekend met hen, beslissen professionals samen met cliënten wat mogelijk en nodig is - gezamenlijke besluitvorming (VILANS 2013). Dit *maatwerk* vergt dat professionals de ruimte krijgen (professionele autonomie) om naar eigen oordeel te werken en dat ze zich niet te veel hoeven te richten naar protocollen en richtlijnen die hun bewegingsvrijheid beperken. Daarnaast hebben professionals *doorzettingsmacht* nodig (Hilhorst, Van der Lans 2014). Ze moeten de mogelijkheden hebben om bij problemen van cliënten, zonder hinder van overbodige bureaucratie, zelf actie te ondernemen met en voor de cliënt.

Over lokalisering van zorg en welzijn gesproken; deze verandering van hulpverlenerlogica zien we terug in de verandering van de plaats waar de hulpverlening/samenwerking zich afspeelt. Waar vroeger, wat schematisch gesteld, de cliënt op bezoek ging bij de hulpverlener (als gastheer/vrouw), komt nu de professional van het

sociale wijkteam, soms bijna letterlijk, aan de keukentafel zitten bij de cliënt thuis. Dat zou de cliënt een ‘thuisvoordeel’ op kunnen leveren: de professional is nu gast en de cliënt gastheer/vrouw.<sup>25</sup>

#### **LOKALE OVERHEID: GEMEENTE EN AMBTENAREN**

Eén partij die tot nu toe onvermeld is gebleven bij deze analyse wie met wie samenwerkt in de gedecentraliseerde en gelokaliseerde zorg- en welzijnspraktijk, is de *lokale overheid*. De gemeente heeft een hoofdrol in de grote transitie naar gedecentraliseerde zorg- en welzijnsbeleid. De centrale overheid trekt zich terug, aan gemeenten de verantwoordelijkheid om met minder geld op lokaal niveau toch meerwaarde te creëren op verschillende manieren; Door maatwerk en ontkokering - de keerzijde van samenwerking, het versterken van integrale zorg en het stimuleren van de participatiesamenleving waarin eigen kracht, zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid en onderlinge solidariteit van burgers voorop staan.

*“De vrijheid is nu heel groot, maar de gemeente gaat ook van ons management een rapportage vragen en die gaat natuurlijk ook zeggen van: ‘We investeren zoveel geld dus we willen minimaal dat en dat er voor terug zien. En jullie zetten zoveel zorg in en dit is het effect en het resultaat.’” (A5)*

Gemeenten hebben de *vrijheid* en de *macht* om het zorg- en welzijnsbeleid een eigen kleur te geven.<sup>26</sup> Dat biedt de plicht om maatwerk te leveren dat burgers en cliënten ten goede komt. Daarmee hangt samen dat gemeenten zelf kunnen kiezen hoe ze hun regierol oppakken en hoe ze daarin een plaats geven aan sociale wijkteams. Dat verklaart de grote variëteit in samenstelling, taakstelling en organisatorische inbedding van de teams in verschillende gemeenten (Oude Vrielink, Kolk en Klok 2014, Van Arum en Schoorl 2015). Zo kan het zijn dat in sommige gemeenten ambtenaren directe samenwerkingspartner zijn van professionals, omdat ze deel uitmaken van hetzelfde sociale wijkteam (bijvoorbeeld voor werk en inkomen) terwijl dat in andere gemeenten niet het geval is. In de ene gemeente maken vrijwilligers deel uit van het sociale wijkteam, in het andere is dat niet zo geregeld.

De beleidsvrijheid die gemeenten hebben, geeft hen meer macht al is deze gebonden aan de waarborgen die wetgeving voorschrijft (zoals de zorgplicht en de plicht om maatwerk aan cliënten te leveren) en aan de morele randvoorwaarden die we als samenleving stellen. Om die macht ethisch verantwoord in te kunnen zetten, hebben gemeenten een eigen *morele agenda* nodig (vgl. Putters 2013; van der Vet, 2015 p. 40).<sup>27</sup> Meer dan voorheen noodzakelijk was, zullen ze een eigen visie moeten hebben op de kwaliteit van leven, de gezondheid en het welbevinden die ze voor hun burgers in de wijken willen waarborgen. Het vergt ook dat ze rechtvaardige keuzes maken over de verdeling van schaarse middelen voor de bekostiging van sociale wijkteams. Hoe groot is het beroep dat een gemeente wil doen op de samenwerking en solidariteit van bur-

gers onderling (hoeveel kunnen die aan?) en hoeveel professionele ondersteuning via sociale wijkteams is ze bereid daarbij te faciliteren? Hoeveel doorzettingsmacht zijn gemeenten bereid aan generalistische professionals uit de sociale wijkteams te geven om zelf problemen aan te pakken zonder door te hoeven verwijzen naar meer specialistische professionals (Hilhorst, Van der Lans 2015, p. 26)?

Gemeenten bepalen vergaand hoe samenwerking in en rond sociale wijkteams gestalte krijgt. Burgers vertrouwen niet automatisch op de juistheid van de keuzes die gemeenten hierbij maken. Daarom is een sterke lokale democratie van belang (Putters 2013). Van den Brink constateert een *morele leegte* bij de huidige politiek die de betrokkenheid en het vertrouwen van burgers, het draagvlak voor beleid ondermijnt (Van den Brink, 2015; Van den Brink 2015). Te weinig is men in de politiek geneigd om keuzes in termen van waarden te verantwoorden, terwijl dat juist door burgers goed 'verstaan' zou worden. Dit zou een reden te meer kunnen zijn om in de lokale democratie een expliciet morele agenda te hanteren bij het lokaal zorg- en welzijnsbeleid (vgl. Tonkens 2014, misvatting 3).

Aan de beleidsvrijheid die lokale overheden hebben, kleeft het risico van *rechtsongelijkheid* voor burgers van verschillende gemeenten. Bestaat de kans dat een kwetsbare burger in de ene gemeente op meer steun kan rekenen dan in de andere omdat de kwaliteit en mogelijkheden van sociale wijkteams in de ene gemeente beter zijn geregeld dan in de andere? Voorheen kon de burger nog zijn formele recht op zorg claimen bij de overheid die een verzorgingsstaat overeind hield. In de verzorgingsstad die, mede op basis van de herziene WMO, na de grote 3D tot stand komt, is hij meer dan voorheen afhankelijk van de informele sociale draagkracht van de lokale samenleving, de mate waarin burgers, vrijwilligers, mantelzorgers en professionals uit sociale wijkteams bereid en in staat zijn de handen in een te slaan. En hij is meer afhankelijk van de lokale politieke keuzes die gemaakt worden. De gemeenteraad stelt de kaders en bepaalt uiteindelijk de visie en bepaalt op de hoofdlijnen hoeveel van de eigen kracht van burgers verwacht mag worden en hoe ver de *outreaching* taak van een wijkteam gaat. De WMO stelt echter dat professionals altijd maatwerk moeten leveren en afwegingen per individuele casus moeten maken. En de cliënt kan altijd naar de rechter als hij vindt dat die individuele afweging niet goed is.

*"We moeten met z'n allen een beetje uit de comfortzone. Je vraagt aan burgers 'Ga zelf dingen oplossen, kijk eens in eerste instantie in je omgeving'. Je vraagt aan professionals 'Kijk eens verder dan alleen je eigen organisatie breed is'. Je vraagt aan gemeenten 'Kijk nou eens verder dan je eigen afdeling van 'Dit is beleid'. Want mensen, burgers, redeneren ook zo niet van 'Oh, nu is het dit stukje.' Nee, die hebben gewoon hun leven. Daar sluit je op aan". (A10)*

In tijden van transformatie en transitie is veel onzeker. De sociale wijkteams zijn vaak nog in experimenteel stadium. Gemeentes kunnen in onzekere tijden terugvallen in *top-down* bureaucratische regelzucht en controle en daarmee wijkteams en burgers beknotten (vgl. Van Steenberghe, Wittmayer 2014). Geven ze anderzijds *bottom-up* initiatieven de kans, in vertrouwen dat burgers en professionals hun vrijheid in verantwoordelijkheid aankunnen, dan is er meer kans dat professionals hun professionele autonomie *ten goede van* burgers en cliënten aan kunnen wenden.

In het overheidsbeleid gericht op samenwerking zit een *paradox*. Enerzijds trekt de overheid zich terug uit zorg en welzijn - ze neemt afstand opdat burgers in de samenleving actiever gaan participeren. Anderzijds komt de overheid juist dichterbij burgers: bij de voordeur en zelfs tot aan de keukentafel. Het gaat hier om een *schijnbare* tegenstelling omdat het de *landelijke* overheid is die afstand neemt (om daarmee de verzorgingsstaat af te bouwen of minstens 'kleiner' te maken), terwijl de *lokale* overheid juist, via daartoe ingerichte sociale wijkteams, dichterbij komt. Toch is dat niet de enige verandering. Er wordt ook een kanteling beoogd van specialistische naar generalistische zorg; Van hulp die 'achteraf', als er complexe problemen zijn ontstaan, wordt geboden naar hulp die 'vooraf' preventief wordt geboden zodat kleine problemen kleine problemen blijven. Vanuit ethisch perspectief roept dat de vraag op of extra kwetsbare burgers die specialistische hulp nodig hebben daartoe toegang blijven houden.<sup>28</sup> De scheidslijn tussen ontmoediging van een beroep op zorg en hulp en een onterechte ontzegging daarvan is dun en dat levert een *ethisch risico* op.

#### RESUMEREND EN CONCLUDEREND:

- Samenwerking is geen anoniem proces. Vanuit ethisch perspectief is het belangrijk om bij samenwerking in de wijk te concretiseren *wie* met *wie* samenwerkt. Alleen dan komen de verantwoordelijke actoren in beeld en kan één van de belangrijkste problemen bij samenwerking benoemd worden: de *verdeling van de verantwoordelijkheid* over betrokken personen en partijen in de samenwerking.
- Bij samenwerking in de wijk zijn veel verschillende personen en partijen betrokken - vaak is het een onoverzichtelijke kluwen. Hun onderlinge relaties en de rechten, plichten en verantwoordelijkheden worden mede bepaald door de rol en positie die eenieder inneemt. De zorgplicht van een professional is bijvoorbeeld van een ander gehalte dan de zorgverantwoordelijkheid van de mantelzorger: enerzijds sterker verplichtend, anderzijds vrijblijvender. De relatie tussen professionals en niet-professionals, met name cliënten, is wezenlijk *asymmetrisch*. Cliënten als (potentiële) hulp- of zorgvrager zijn *kwetsbaar*.
- Om te kunnen samenwerken in asymmetrische relaties moet aan een aantal *ethische rand(voor)waarden* worden voldaan. Zo vergt het een zekere mate van *gelijkheid* tussen samenwerkingspartners, maar ook wederzijds *vertrouwen* om kwetsbaarheid en asymmetrie (van de cliënt en diens naasten) te compenseren.



- De positie van cliënten in samenwerkingsrelaties is *ambigu*. Als samenwerkingspartner wordt de cliënt uitgenodigd regie, redzaamheid en autonomie over het eigen leven te (her)winnen. Daarmee wordt recht gedaan aan zijn *vrijheid* en *waardigheid*. Tegelijkertijd is die uitnodiging niet vrijblijvend en wordt van de burger verwacht dat hij zo veel mogelijk actief participeert.
- De lokale overheid is een belangrijke partner bij de samenwerking in de wijk. Ze heeft ten opzichte van de andere samenwerkingspartners macht waarmee ze een dubbele doelstelling nastreeft die een ethisch risico inhoudt. Enerzijds moet ze bezuinigen op de uitgaven voor zorg en welzijn, anderzijds moet zij de toegang ertoe en kwaliteit ervan blijven waarborgen.

#### 2.4 Wat wordt er samen gedaan: werken, zorgen, spelen?

Samenwerking veronderstelt partners die *werken*. De betekenis van dat werken is *meerduidig*. Voor de professionals van het sociale wijkteam geldt dat ze werken in de betekenis van 'betaalde arbeid verrichten, een beroep beoefenen' (Van Dale). Ze hebben een aanstelling of beroep als jeugdzorgprofessional, huisarts, wijkverpleegkundige, maatschappelijk werker, gemeentelijk ambtenaar en vandaaruit zijn ze betrokken bij het sociale wijkteam. Behalve de *morele* verplichting die deze 'werkers' vanuit hun impliciete of expliciete beroepsethiek ervaren of toegeschreven kan worden, geldt hier ook simpelweg de *juridische* verplichting: wie betaald krijgt voor haar werk heeft via haar arbeidscontract een inspanningsverplichting: "Voor wat, hoort wat" (vgl. (RVZ 2013).

*"Het moet allemaal vanzelfsprekend zijn om voor je burens te zorgen, maar tegelijkertijd kan het niet vrijblijvend blijven.*

*Interviewer: Ze zeggen dat vrijwilligers zich juist onderscheiden van mantelzorgers in dat het voor vrijwilligers vrijblijvend is. Ja, amehoela."* (B3)

Vrijwilligers die samenwerken met het sociale wijkteam, verrichten taken in meer *organisatorisch* verband, maar velen zullen hun inzet niet als werk beschouwen. Om het moment dat hun inzet wel (door anderen) als zodanig beschouwd wordt ('vrijwilligerswerk'), kan dat zelfs een belemmering worden om er mee door te gaan (Klein Hegeman, Kuperus 2004, p. 25). Het is daarom misschien beter van vrijwillige *inzet* dan van *vrijwilligerswerk* te spreken. Het *morele commitment* bij het werk is anders<sup>29</sup> (minder is het goede woord niet) dan dat van professionals en mantelzorgers: niet vrijblijvend wel vrijwillig (zie Klein Hegeman, Kuperus 2004). De plicht die vrijwilligers ervaren om (samen) te werken is minder dwingend dan die van professionals: hij of zij doet immers wel *vrijwillig* mee en heeft daarmee ook enig eigenbelang: het 'werk' moet behalve maatschappelijk waardevol ook (weerkaatst) plezierig, inspirerend en/of leerzaam zijn. Anders houdt de vrijwilliger er mee op of brandt hij er aan op.

*"Wij hebben wel die vrijheid. Je kunt, zeg maar, doen wat je wilt. Maar af en toe doe je toch het werk van een professional. En dan denk je bij jezelf 'Ja, waarom werk ik zo*

*hard? Ik word er niet voor betaald.' Een professional werkt zijn uren en gaat weg. Ik bedoel, in onze ogen dan soms doen ze niks. Maar, dat is dan in onze ogen. Het is soms oneerlijk. Maar ik probeer daar niet teveel aan te denken. Ik heb dit gedaan, ik heb vrijwilligerswerk gedaan, omdat ik het leuk vind.” (B8, vrijwilliger)*

Men onderscheidt in literatuur over zorg en welzijn, formele en informele hulpverlening, nadrukkelijk tussen *vrijwilliger* en *mantelzorger*. Beiden behoren ze tot de categorie van de ‘informele hulpverleners’ als tegenhanger van formele, professionele hulpverleners.<sup>30</sup> Echter, de vrijwilliger heeft, zoals gezegd, ‘in principe’ geen sociale *relatie* met degene voor wie hij/zij zich inzet, de mantelzorger wel. Verder is de inzet van de vrijwilliger gemakkelijk(er) door hem zelf te termineren (als je er geen zin meer in hebt stop je) terwijl de mantelzorger daar veel minder vrij in is. Die aandacht voor die *relatie* en doorgaand *proces*, maken dat het in geval van mantelzorgers niet adequaat lijkt om hun inspanningen als *werk* te beschouwen. Een mantelzorger is geen ‘mantelwerker’, een vrijwilliger kan wel vrijwilligerswerk doen. Het onderscheid tussen ‘werken’ en ‘zorgen’ komt hier opnieuw naar voren. Hoewel beiden *werk-woorden* zijn en naar activiteit verwijzen hebben ze, zeker *vanuit zorghetisch perspectief* een verschillende *morele lading*. Deze speelt door in hoe er over de morele dimensie van *samenwerking* moet worden gedacht.

Het verschil kan uitgelegd worden in termen van het onderscheid dat onder meer Vorstenbosch maakt tussen ‘zorgen dat’ en ‘zorgen voor’ (Vorstenbosch 2005, p. 20-22): “De betekenis van ‘zorgen voor’ omvat in drie opzichten meer dan die van ‘zorgen dat’: qua gevoel en motivatie, qua tijd en qua inhoud.” “‘Zorgen voor’ staat voor een smalle, omvattende, relationele manier van zorgen” terwijl ‘zorgen dat’ verwijst naar “brede, oorzakelijke, doelgerichte, bewerkende manier van zorgen.” (Vorstenbosch 2005, p. 22). Terwijl de professional van het sociale wijkteam er voor zorgt *dat* de cliënt zoveel mogelijk zelfredzaam is en de vrijwilliger dat mevrouw op tijd bij haar dagactiviteit is, zorgt de mantelzorger *voor* haar moeder die het niet allemaal meer in haar eentje redt. Van de brede zorg is werk te maken. Van de smalle niet. Vandaar dat het oneigenlijk klinkt om een mantelzorger als een ‘werker’ te beschouwen. Dat zou een reden kunnen zijn om niet van ‘samenwerken’ maar van ‘samenzorgen’ te spreken, of zelfs van ‘samen spel’ (Movisie, z.d.; Nitsche, Scholten, Elfring, ea. 2011).

Achter de gekozen terminologie gaan waarderingen, ideologie en beleidsvisie schuil die alleen te *verantwoorden* zijn als men er zich bewust van is. Als professionals hun werk meer opvatten als een vorm van *zorgen dat*, betekent dat waarschijnlijk dat anderen (burgers, vrijwilligers, mantelzorgers, cliënten zelf) meer zullen moeten *zorgen voor*. Meer *samenwerking* tussen de betrokkenen is bedoeld om dit verschil te overbruggen - of verhuult het dit eerder?

Overigens is tegenwoordig juist dit onderscheid tussen ‘zorgen dat’ en ‘zorgen voor’ in zwang om de ‘terugtrekkende beweging’ te benoemen die professionals, in het kader van de terugtreding van de verzorgingsstaat (de ‘kanteling’), moeten maken in de nieuwe ordening van zorg en welzijn. Professionals moeten leren “op de handen te blijven zitten” en zich de ‘kunst van het laten’ (Linders, Feringa 2014) eigen maken. In dat verband is zelfs het neologisme ‘ont-zorgen’ ontstaan, vaak in één adem genoemd met ‘normaliseren’ en ‘demedicaliseren’. Allerlei organisaties in het domein van zorg en welzijn krijgen coaches over de vloer die hen leren om zich deze verandering eigen te maken. De uitdrukking ‘samenzorgen’ klinkt in dit licht niet politiek neutraal. Hij benadrukt dat burgers in de participatiesamenleving meer moeten gaan zorgen voor elkaar, terwijl overheid en professionals er voor zorgen dat burgers dat kunnen.

*“We hebben natuurlijk als samenleving gezegd ‘Mensen moeten meer gaan participeren’. Maar er zijn natuurlijk heel veel mensen die gewend zijn van ‘Ik kom ergens, ik stel een vraag en dan wordt het voor me opgelost’. [...] Proberen te ont-zorgen en te normaliseren. Dat vind ik een belangrijke waarde. Ja, dat kan soms misschien wat teleurstellend zijn. Want als je denkt ‘Hé, diegene gaat dat voor mij oplossen’, dan gebeurt dat nu misschien niet. Ja, hoe tevreden ben je dan? Aan de andere kant denk ik ook wel dat mensen soms de bevestiging krijgen van ‘Je kunt het toch best zelf oplossen? Heb je daar en daar wel eens aan gedacht?’ Ik denk dat, uiteindelijk - ja, hoe meet je dat dan - dat mensen daar dan toch wel tevreden over zijn”.*

Misschien zijn de verschillen in samen-werken, samen-zorgen, zorgen dat en zorgen voor, tussen informele zorg en vrijwilligerswerk enerzijds en formele hulpverlening door het sociale wijkteam anderzijds, wel te overstijgen in een andere metafoor: die van *samenspel*. Het ministerie van VWS neemt de term al in 2009 in de mond om de relatie tussen lokale partners in zorg en welzijn, tussen informele en formele zorgverleners, te benoemen (ministerie van VWS, directie Maatschappelijke Ondersteuning 2009). Een sportteam heeft spelers met verschillende taken en verantwoordelijkheden. In het ‘spel van zorg en welzijn’ dat in wijken gespeeld wordt zijn de spelers enerzijds cliënten, mantelzorgers en vrijwilligers die zorgen hebben, zich zorgen maken om zichzelf of anderen en zorgen voor elkaar en anderzijds de professionals van het sociale wijkteam en ambtenaren die van ‘zorgen-dat’ hun werk gemaakt hebben.

## **RESUMEREND**

De activiteit van de uiteenlopende samenwerkingspartners in de wijk verschilt. Professionals hebben van zorg en hulpverlening hun werk gemaakt, ze verdienen er hun brood mee en anderen kunnen en mogen op hun tijd, aandacht en expertise rekenen bij de samenwerking. Professionals zijn *formeel* verplicht die te bieden. Vrijwilligers doen in georganiseerd verband mee. Hun betrokkenheid is niet vrijblijvend maar wel vrijwillig en ze laten zich niet of minder binden aan professionele standaarden, protocollen en richtlijnen. Ze werken samen maar op *informele* basis. Wat mantelzorgers doen is noch vrij-

blijvend noch vrijwillig. Zij zijn door hun sociale relatie verbonden met de cliënt. Hun zorg voor de cliënt bezorgt hen vaak veel werk maar het is hun werk niet.

## 2.5 Waarom en waartoe van samenwerking?

### WAARTOE? - DUBBELE WAARDE-GELADEN DOELSTELLING

Samenwerking ontstaat als partners een *gemeenschappelijk doel* nastreven en zich er van bewust zijn dat ze dat doel zonder elkaar niet of minder efficiënt kunnen bereiken. Eerder inventariseerden we al *voor* wie samenwerking bedoeld was en we onderscheidden cliënten en burgers, de publieke zaak en professionals als doelgroepen. Het overheidsbeleid dat samenwerking via sociale wijkteams stimuleert heeft uiteindelijk een *dubbele doelstelling*. Beide doelen hebben een *morele lading*: ze vertegenwoordigen *waarden*. Op macro- en meso-niveau is het doel van samenwerking bezuinigen en beperking van de toegankelijkheid van specialistische professionele ondersteuning en een toegankelijker generalistisch aanbod. Op micro-niveau zou samenwerking de zelfregie, redzaamheid, autonomie, participatie, solidariteit en niet te vergeten de gezondheid en het welzijn van burgers moeten waarborgen en bevorderen (vgl. Brink 2013, p. 3) .

De dubbele doelstelling van de overheid houdt, zoals gezegd, een *ethisch risico* in, het is te gemakkelijk om het bezuinigingsdoel op macroniveau als een *minder-waardig* of onethisch doel af te zetten tegenover het veronderstelde *meer-waardige* doel op micro-niveau. De bezuiniging, opgevat als een middel om onder steeds moeilijkere condities (zoals vergrijzing, stijging zorgkosten) een afgeslankte gelokaliseerde vorm van de verzorgingsstaat te kunnen handhaven, met het oog op toekomstig welzijn van de Nederlandse bevolking, is een alleszins ethische doelstelling.

De inherente spanning in de dubbele doelstelling is misschien *voor een deel* te verklaren uit een spanning tussen twee vormen van ethiek. In beleid, op macro-niveau, is vaak een *consequentialistische* ethische benadering leidend. In die benadering gaat het er om het grootste goed voor zoveel mogelijk mensen te bewerkstelligen. Het belang van de enkeling legt het in zo'n benadering al snel af tegen het belang van de bevolking als geheel. Op microniveau, in het contact tussen bijvoorbeeld professionele hulpverleners en individuele cliënten, draait het in de eerste plaats om de waardigheid, het respect en de zorg voor de enkeling. Een teamlid uit het sociale wijkteam die aan de keukentafel zit bij een kwetsbare wijkbewoner is tijdens dat gesprek niet bezig om de verzorgingsstaat (zorg en welzijn) voor toekomstige generaties in Nederland zeker te stellen. Het gaat de hulpverlener op dat moment om maatwerk (gepaste zorg) voor die ene unieke burger. Ethisch gezien past hier vaak beter een *deontologische* en *zorgethische* benadering. In die benadering gaat het om het belang van de enkeling, ook als dat vanuit bevolkingsperspectief niet nuttig lijkt te zijn.

Beide perspectieven (op respectievelijk macro- en micro-niveau) hebben hun goed recht, maar hun verschil is aanleiding tot *ethische conflicten* die moeilijk te voorkomen zijn. Enerzijds heeft de (lokale) overheid de taak om te bezuinigen met het oog op het 'grootste goed voor het grootste aantal mensen', anderzijds zien professionele hulpverleners het als hun beroepsverantwoordelijkheid om elke cliënt zo goed mogelijk te ondersteunen.

Overheidsbeleid dat samenwerking in de wijk stimuleert om daarmee genoemde waarden als zelfredzaamheid, participatie, solidariteit, gezondheid en welzijn te waarborgen, hanteert daarbij impliciet een bepaald idee over hoe leden van onze samenleving zouden moeten zijn. In de ethiek heet dit een *normatief mensbeeld*. In literatuur over de participatiesamenleving komt dit naar voren in het door overheidsbeleid geïmpliceerde *burgerschapsideaal*. Die normatieve ideeën kwamen ook naar boven bij de korte profielbeschrijvingen van wie met wie samenwerken.

#### **WAAROM?**

Hoe komt het dat er nu zoveel nadruk op samenwerking wordt gelegd? De oorzaak voor die breed gedeelde noodzaak van samenwerken is misschien te vinden in de toenevende *specialisatie* die inherent verbonden is aan professionalisering in onze moderne verzorgingsstaat. Sociologisch gezien streven professionals, kort door de bocht gesteld, naar specialisatie omdat het statusverhogend is (en meer status betekent meer inkomen). Cultuurfilosofisch gezien is deze specialisatie typerend voor de moderniteit. Het leidt echter tot steeds meer *taakdifferentiatie* en uitgesplitste *werkverdeling* (Van der Lans 2005).

In deze context vat elke professional het probleem van de cliënt in eigen jargon om er, vanuit haar eigen vakdeskundigheid, een passende oplossing voor te bedenken. Het gevolg is dat een cliënt met een probleem, als het maar ingewikkeld genoeg is, na contact met al die op eigen specialistische wijze problematiserende professionals niet meer met één maar met veel problemen opgescheept zit (vgl. Kole 2013). De cliënt wordt in contact met al die specialistische professionals als het ware in een *centrifugale* beweging getrokken. Steeds meer hulpverleners verzamelen zich rondom de kwetsbare burger. Deze ziet de oplossing voor zijn problemen uitbesteed bij een uitdijende verzameling van specialistische zorgverleners (vgl. Kruiter, De Jong, Van Niel, ea. 2008). Als zoveel mensen nodig lijken om jouw problemen op te lossen, ga je je vanzelf wel machteloos en krachteloos voelen. Omdat de professionaliteit van de hulpverleners de 'kwaliteit van de bekommernis' voor de burger zou moeten garanderen (De Boer, Van der Lans 2013), degradeert de informele hulp en ondersteuning van mantelzorgers. Die is immers niet professioneel.

Samenwerking is het bedoelde tegengif tegen die uitwaaiende verveelvoudiging van problemen en de begeleidende medicalisering, hospitalisering en 'ontkrachting'. Maar

die samenwerking blijft moeizaam als al die professionals ieder 'ver weg' bij hun eigen organisaties gestationeerd zijn en de rol van informele hulpverlening niet op waarde geschat wordt. De onderlinge afstand tussen professionals moet - zo kunnen we de redenering reconstrueren - verkleind, de kracht van sociale netwerken en de meerwaarde van informele hulpverlening meer erkend. De vernieuwing die de sociale wijkteams moeten brengen is, zo beschouwd, dat ze minder bestaan uit specialisten op *afstand*, maar meer uit samenwerkende generalisten die letterlijk en figuurlijk *dichterbij* de cliënt en bij elkaar staan. 'Dichtbij' was niet voor niets één van de 10 tags van de 3D-transitie (zie inleiding). In de samenwerking van sociale wijkteams met cliënten en hun sociale omgeving zou dan juist een *centripetale* kracht opgewekt moeten worden.

De overstap van *specialistische* samenwerkers naar *generalistische* samenwerkers in het sociale wijkteam maakt die centripetale beweging *intrapersoonlijk*. De generalistische professional incorporeert als het ware multidisciplinaire samenwerking in eigen persoon.

## 2.6 Conclusie ethische begripsanalyse

Wat levert deze ethische begripsanalyse ons op voor de beantwoording van de vraag welke ethische aspecten en ethische voor- en nadelen te signaleren zijn bij de samenwerking in sociale wijkteams, sinds de transitie van verzorgingsstaat naar verzorgingssteden en participatiesamenleving?

We constateerden dat samenwerking een *waardegeladen begrip* is. Het wordt vaak als een groot *goed* beschouwd - mensen worden er 'beter' van - maar ethisch gezien spreekt dat niet altijd vanzelf. Samenwerking is geen doel in zichzelf maar een middel. De vraag of samenwerking wel altijd goed is en of samenwerking wel altijd en voor iedereen goed is, moet gesteld (kunnen) worden. Niet altijd is samenwerking het juiste middel tot het gestelde doel. En naast samenwerking zijn ook andere ethische idealen en ethische plichten in het geding. Samenwerking zou ethisch gezien geen dogma moeten zijn dat onkritisch en zonder reflectie voor waar gehouden wordt.

Vanuit ethisch perspectief brengt samenwerking niet alleen baten en lusten, maar ook kosten, lasten en verantwoordelijkheid met zich mee. Of baten opwegen tegen de kosten, of de lusten opwegen tegen de lasten, dient telkens afgewogen te worden. En wanneer besloten wordt tot samenwerking dienen kosten en baten, lasten en lusten en verantwoordelijkheden effectief en eerlijk verdeeld te worden. Elke keer opnieuw zal bij concrete samenwerking in de wijk de vraag opnieuw beantwoord moeten worden of sprake is van *rechtvaardige* verdeling van lusten, lasten en taken. Het is bijvoorbeeld in het publieke belang dat wijkteamleden een deel van de ondersteuning van een cliënt beleggen bij diens sociale netwerk, maar dat moet er dan wel zijn en de ondersteuning moet de draagkracht van de leden van dat netwerk niet te boven gaan. Anders slaat de balans door en levert het meer schade dan welzijn op.

Ethisch gezien heeft samenwerking drie *normatieve modaliteiten*: het kan fungeren als een lonkend ideaal, als een dwingende plicht en als een spontaan ervaren verantwoordelijkheid. Bij een pleidooi voor en een beroep op samenwerking in de wijk moeten lokale overheid en professionals zich ervan bewust zijn dat die modaliteiten elkaar kunnen ondermijnen. Het kan de intrinsieke motivatie van mantelzorgers ondermijnen als anderen (professionals, overheid, de samenleving) een beroep doen op hun zorgzaamheid die ze voordien nog als roeping ervoeren. Verder verschilt het morele *commitment* van bij samenwerking betrokken partijen en personen sterk; cliënten, mantelzorgers, vrijwilligers en professionals zitten er, wat dat betreft, verschillend in. Vrijwilligers kiezen voor hun rol, cliënten en mantelzorgers overkomt het en professionals hebben er hun werk van gemaakt. Aan de ‘formalisering van informele zorg’ die bij het wijkgericht samenwerken kan ontstaan kleven daarom risico’s.

De samenwerkingsverbanden die ontstaan in de wijk vormen een web van relaties tussen uiteenlopende personen en partijen. Het is ethisch van belang die helder en duidelijk te onderscheiden. Ethiek is daarbij te beschouwen als ‘relatiebeheer’. Zij gidst mensen om relaties goed te houden zodat ‘men’ er wel bij vaart. Onderlinge relaties worden gekleurd door de uiteenlopende kenmerken van de samenwerkingspartners. Cliënten, informele en formele hulpverleners in de wijk zijn meer of minder *afhankelijk* van elkaar en elk op hun eigen manier meer of minder *kwetsbaar*. Feitelijk is vaak sprake van asymmetrie en ongelijkheid: cliënten hebben problemen, anderen niet; hulpverleners kunnen ondersteuning bieden waar cliënten om verlegen zitten. Het vergt *vrijheid* en *gelijkwaardigheid*, begrip en betrokkenheid en bovenal wederzijds *vertrouwen* om samenwerking te laten slagen en de beoogde ‘goede doelen’ te bereiken: zuinige maar zinnige ondersteuning en hulp voor kwetsbare wijkbewoners die in de problemen zitten en het niet (helemaal) op eigen kracht (lijken te) redden.

De positie van burgers die cliënten zijn is ambigu: enerzijds getuigt het van respect voor hen dat ze als zelfredzame burgers beschouwd worden die zo veel mogelijk de regie over het eigen leven dienen te kunnen houden. Anderzijds wordt hen, niet vrijblijvend, zelfredzaamheid toegeschreven en wordt aanspraak gemaakt op hun eigen participatie. Cliënten worden daarmee mogelijk in een rol van samenwerkingspartners gezet die hen (op momenten) niet past.

Om vertrouwen tussen samenwerkende personen te bewerkstelligen is vertrouwelijke omgang met gedeelde informatie van groot belang.

Sinds de 3D-transitie lijkt de verantwoordelijkheid en taakstelling van professionele hulpverleners verschoven te zijn in de samenwerking. In plaats van, volgens een meer traditionele hulpverlenerlogica, te zorgen *voor* cliënten, wordt van hen verwacht dat ze meer en waar mogelijk zorgen *dat* anderen, leden van het sociale netwerk en vrijwilligers, cliënten ondersteunen, verzorgen en helpen. Dat vergt dat professionals een ‘sa-

menwerkingslogica' gaan hanteren bij hun werkwijze. Het vraagt ook van professionals dat ze telkens opnieuw afwegen welke modaliteit wanneer bij een cliënt en diens netwerk passend is: zorgen voor of zorgen dat.

De lokale overheid speelt een speciale rol bij de samenwerking vanuit en rondom sociale wijkteams. Zij heeft de zware verantwoordelijkheid om zorg en welzijn voor kwetsbare wijkbewoners, ondanks bezuinigingen, te waarborgen. Ze is *gemachtigd* om de sociale wijkteams in het leven te roepen en zo te regisseren dat deze maatwerk voor de wijk kunnen leveren. Het heeft grote invloed op de taakstelling en mogelijkheden van sociale wijkteams hoe en volgens welk model, de gemeente, de teams inzet en aanstuurt. Om ethisch verantwoord lokaal beleid te kunnen voeren is het van belang dat burgemeester en wethouders echter met de gemeenteraad een expliciet *morele agenda* moeten opstellen: welke visie op de kwaliteit van leven, de gezondheid en het welbevinden van haar burgers heeft de lokale overheid? Hoeveel beroep wordt gedaan op de onderlinge solidariteit van wijkbewoners van de 'verzorgingsstad'. Welke verdeling van lusten en lasten over burgers is rechtvaardig? Hoeveel vrijheid krijgt een sociaal wijkteam om naar eigen oordeel ondersteuning te organiseren met wijkbewoners?

Een ethische begripsanalyse van 'samenwerking' in de context van de werking van sociale wijkteams roept bijna als vanzelf de noodzaak van een analyse van andere begrippen op. De betekenis van 'samenwerking' is immers niet los te zien van de betekenis van begrippen als 'participatiesamenleving' en 'zelfredzaamheid' (zie ook de 10 'tags' waarmee Hilhorst en Van der Lans de Grote Beloften van de 3D-transities markeerden). De focus lag in de voorgaande begripsanalyse op de ethische dimensie van 'samenwerking', maar enige uitwaaiering naar andere aspecten van de 3D-transitie en die van 'zorg en welzijn' in het bijzonder, is daardoor niet helemaal te voorkomen.

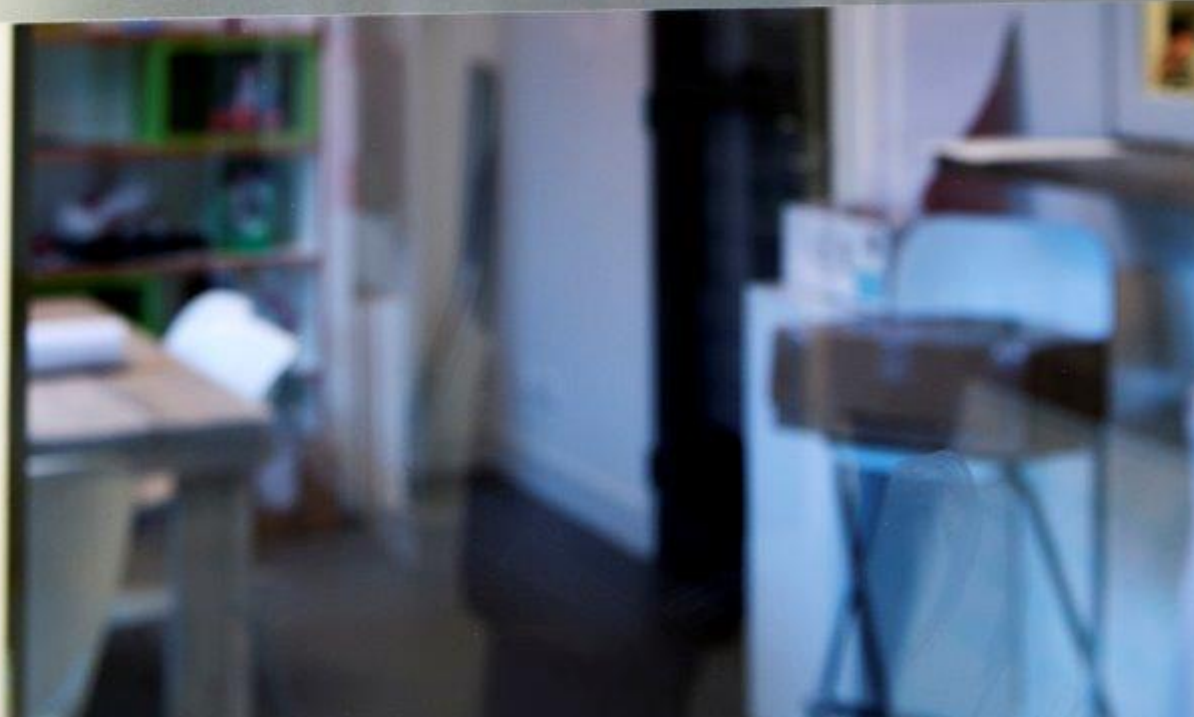
Hiermee is het 'eerst luik' van dit signalement geschilderd. Theoretische analyse voerde de boventoon al sijnpelde concrete voorbeelden en inzichten uit de praktijk er wel door heen. In het volgende luik draaien we die verhouding tussen theorie en praktijk om.



## **Tweede luik**

Sociaal wijkteam

**Binnenstad**



## 3 Ethische signalen uit drie wijken

### 3.1 Inleiding

#### EERST HET HUIS OP ORDE, DAN DE ETHIEK?

In drie verschillende gemeenten zijn onderzoekers<sup>31</sup> bij een wijkteam ‘op bezoek’ geweest en interviewden zij leden van die teams. Met opzet bezochten we teams in verschillende stadia van ontwikkeling, met een onderscheiden doelgroep, in verschillende steden en streken van het land. Het onderzoek geeft een bescheiden maar inzichtelijk inkijkje in de gevarieerde dagelijkse praktijk van enkele sociale wijkteams.

In de interviews verkenden we de *ethische dimensie* van samenwerken door een aantal thema’s aan te snijden. Onze verkenning was *exploratief*, niet representatief. De beschikbare tijd van zowel onderzoekers als ondervraagden was beperkt. De werving van deelnemers aan het onderzoek verliep aanvankelijk moeizaam. Vaak gehoorde verontschuldigen voor afwijzing van ons verzoek waren: “We hebben het nu zo druk om alles zelf op orde te krijgen, dat we ons liever daar eerst op richten.” “Een broedende kip kun je beter niet storen”. “We willen eerst de boel aan de kant hebben in eigen huis voordat we weer gasten ontvangen.” De ‘nieuwe’ sociale wijkteams blijken bovendien een dankbaar onderwerp van allerlei (ander) onderzoek. De vele rapporten over allerlei aspecten van sociale wijkteams getuigen daarvan. Er komen daarom al veel ‘gasten’ over de vloer bij de sociale wijkteams: we konden aansluiten in de rij. Men erkent dat *ethische* aspecten en problemen van samenwerking aandacht verdienen, maar liever nu nog even niet.

#### NORMATIEVE DUIDING VAN SIGNALLEN UIT HET VELD

De interviews hebben ondanks de beperkingen zinnig materiaal (observaties, uitspraken en inzichten) opgeleverd om ethisch-relevante aspecten van het wijkgerichte samenwerken te signaleren. Dit tweede luik presenteert daarvan een selectie. Wat volgt is niet een *neutrale* beschrijving. Vanwege het doel om *ethische-relevante* signalen op te vangen en de zoektocht naar het ethische tegoed en tekort van samenwerking in sociale wijkteams, ontkomen we er niet aan observaties soms ook vanuit kritisch *normatief-ethisch* perspectief te duiden. Evenmin is de selectie die we hier presenteren neutraal. Signaleren is meer dan beschrijven of constateren en het impliceert een oordeel. Zo

geeft de omgang met het beroepsgeheim die we aantreffen - ook al was die incidenteel - reden tot zorg, zelfs als menigeen in de wijk - cliënten inclusief - er misschien niet eens zo'n probleem mee heeft. Een andere beperking van onze rondgang is dat we voornamelijk met *professionals* spraken. Hun perspectief domineert in het vervolg, zoals dat ook het geval is in dit signalement als geheel.

### **DRIE GEMEENTEN – DRIE TEAMS**

Introductie van de drie gemeenten en teams:

Gemeente A is een middelgrote stad. Het nieuw gevormde team waar we in deze gemeente bij te gast zijn is 'zelfsturend', multidisciplinair en wordt geleid door een teamleider die zelf meewerkt. Tot de leden behoren onder meer sociaal werkers en wijkverpleegkundigen, maar ook vrijwilligers. Ze zijn afkomstig van uiteenlopende bestaande organisaties en daar nog mee verbonden vanwege de borging van opleiding, nascholing en dergelijke. In de toekomst zou de band met de 'moederorganisaties' doorgeknipt moeten worden. De doelgroep van het team bestaat uit volwassenen. Uitgangspunt van het team is de cliënten zo veel mogelijk 'op het proces' te begeleiden en vooral niet te veel 'op inhoud': mensen moeten gestimuleerd worden zelf (redzaam) een oplossing voor hun probleem te vinden in samenwerking met hun sociaal netwerk.

Gemeente B is een van de grotere steden van ons land. In een stadsdeel komt een zogenaamd 'wijkzorgnetwerk' tot stand. Het netwerk bestaat uit een groot aantal leden die van allerlei organisaties in de stad afkomstig zijn. Het vormt een extra laag tussen degenen die in teams in de wijk werken en de moederorganisaties. Er is onderling competitie: ieder vecht voor het voortbestaan van zijn organisatie terwijl er minder geld te besteden is. Er is een wildgroei van allerlei kleinere samenwerkingsverbanden binnen het netwerk die het geheel onoverzichtelijk maken. Binnen dit netwerk functioneert ook het wijkzorgteam waarbij we te gast zijn. Leden van dit team zijn maatschappelijk werkers en zogenaamde 'participatiemedewerkers', maar ook wijkverpleegkundigen en vrijwilligers. Het team heeft een teamleider. De doelgroep bestaat uit volwassenen. Veel is nog niet op orde: het team tracht werkenderwijs de chaos te boven te komen. Een van de gemeente afkomstige 'kwartiermaker' moet er voor zorgen dat binnen twee jaar het netwerk van zorg en hulpverlening vorm heeft gekregen. Er heerst een van bovenaf opgelegde bureaucratische afrekencultuur.

Gemeente C is opnieuw een middelgrote stad in een ander deel van het land dan gemeente A. Het zorgteam dat we spraken is een zelfsturend team. Een teamleider is er niet, wel is er managementondersteuning. Anders dan de andere onderzochte teams richt dit team zich op een specifieke doelgroep: gezinnen, jeugd en jongeren. Tot het multidisciplinaire team behoren gezinshulpverleners, maatschappelijk werkers, medewerkers van het consultatiebureau en psychologen. Er zijn ook vrijwilligers, maar die behoren niet tot het team. Er is een team Jeugd en gezin en er is een team Jongeren-

werkers. Die teams werken hecht samen en zijn nauw verbonden, onder meer door in een kamer tegenover elkaar te zitten en er is een medewerker die in beide teams werkt, de 'brug'. Medewerkers zijn uitgekozen op hun bereidheid anders te willen werken en sommigen ook in verband met aansluiting bij de doelgroep: Marokkaanse maatschappelijk werker, gereformeerde gezinshulpverlener. Een gemeenteambtenaar nam het initiatief tot deze herinrichting van de zorg, met een zelfsturend team.

### **MOREEL KLIMAAT**

Dat teams zo van elkaar verschillen in samenstelling en taakstelling kwam in het eerste luik van dit signalement al naar voren. Het hangt sterk samen met de manier waarop de gemeente haar rol op zich neemt om het lokale zorg- en welzijnbeleid te regisseren (Van Arum, Schoorl 2015). Uit de schetsmatige portretten van de drie gemeentes en wat hierna nog volgt, kan men ook het inzicht distilleren dat de wijze waarop de gemeente regie voert ook de *morele cultuur* beïnvloedt van de teams en hoe leden ervan met elkaar en met anderen samenwerken.

In iets andere termen spreekt men in de (bedrijfs)ethiek van het belang van het 'ethische klimaat' op de werkvloer en in organisaties (Victor en Cullen 1988, Cullen, Victor, en Stephens 1989, Vidaver-Cohen 1995). Zoals een persoon een moreel *karakter* heeft dat handelen stuurt en gidst, zo heeft een organisatie een moreel *klimaat*: een in organisaties (of teams) vaak tamelijk onbewust collectief gehanteerde verzameling van morele opvattingen die de handelwijze van individuele leden van die organisaties beïnvloedt. In de verschillende teams die wij spraken is nadrukkelijk een verschil in moreel klimaat te bespeuren. Dat blijkt uit uiteenlopende visies op goede zorg.

## **3.2 Samenwerking met cliënt**

Met alle nadruk op de samenwerking in het wijkteam is het ook belangrijk na te gaan hoe het wijkteam denkt te moeten optrekken ('samenwerken') met cliënten. Vanuit een helikopterperspectief zijn er opvallende verschillen te zien in hoe de drie wijkteams daarmee omgaan. Ze verraden een verschillende visie op het doel van de zorg en hulpverlening. Ze hangen echter ook samen met de wijze waarop het team is samengesteld en georganiseerd en hoe het wordt aangestuurd.

Het team van Gemeente A zet in op het 'sterk' maken van cliënten: zij moeten 'in hun kracht gezet' worden. Dat betekent dat de professionals cliënten niet te veel het werk uit handen willen nemen en soms bijna angstvallig 'op het proces' gaan zitten. Als procesbegeleider duikt de professional niet in de details van het probleem van de cliënt om aan de zuigkracht die daar vanuit gaat te ontkomen. Hoe meer de professional 'op de inhoud' gaat 'zitten', hoe meer deze in de rol kruipt van de traditionele zorg- of hulpverlener die de problemen *voor* de cliënt oplost en haar het initiatief uit handen neemt. Daartoe aangezet door leidinggevendenden streeft het team een kanteling na: van zorgen *voor* naar zorgen *dat*.

Een sociaal werker zegt daarover: *Mensen dachten altijd dat ze recht hadden op zorg en dat de zorgverlener altijd alles deed. In de zin dat de klant soms meer wil dan wij bieden. Dat komt omdat wij nu minder op de inhoud ingaan.* (A3)

De teamleider geeft aan hoe hij het graag ziet: *In dit team wil ik graag dat we meer 'uit de inhoud stappen' en meer procesbegeleiders worden dan inhoudelijk begeleiders. Want anders word je in een situatie gezogen waarin je echt gaat helpen. Maar daar ben je veel te duur voor geworden. Je probeert nu een proces op gang te zetten waarin mensen zelf verantwoordelijk worden voor hun eigen dingen en de mensen die daar om heen staan ook verantwoordelijkheid krijgen.* (A1)

De projectmanager - die stuurt op deze manier van 'samenwerken' met de cliënt - geeft aan: *Als je er echt van overtuigd bent dat de zeggenschap dicht bij de burger ligt, dan moet je je anders tot die burger gaan verhouden.* (A10)

In gemeente C is de sfeer anders. Hier werkt men als zelfsturend team. De nadruk ligt op het opbouwen van *vertrouwen*, *wederkerigheid* en een *goede relatie* met de jonge doelgroep. Om de aansluiting tussen team en gevarieerde doelgroep te versterken is bij de teamsamenstelling bewust gezocht naar een afspiegeling van de variatie in de doelgroep. De vragen waar de jongeren zelf mee komen, vormen het uitgangspunt van het contact met de cliënt.

*De cliënt stelt de vraag, dus wij gaan niet bepalen hoe het moet* (C3).

*Heel oplossingsgericht. Zo van "Wat heeft hij eigenlijk nodig om dat [eerder uit zijn bed komen en op tijd op school zijn] wel voor elkaar te krijgen? En dan ook in gesprek met hem. Vaak vergeten ouders dat of ze beginnen er niet meer aan. En als je dan toch met een jongen, ook al is hij dertien, in gesprek gaat. Zo van 'Wat heb je nodig om dat wel te kunnen doen?' En dan zegt hij: 'Ja, ik heb mijn telefoon en die staat op stil. Soms gaat mijn wekker dan niet af.' Vraag ik: 'Nou, zou er iets anders kunnen helpen?' En dan kom je samen op een wekker. Een simpele wekker van 5 euro!."* (C5)

In de grote stadsgemeente B is sprake van een bureaucratische aansturing van het team. Leden van het team lijken soms meer bezig te zijn met hun 'productie' dan met hun cliënten. Cliënten worden langs de meetlat gelegd met behulp van instrumentarium als de ZRM (de 'Zelfredzaamheids Matrix') en telkens beoordeeld op hun 'weschrijfbaarheid'. Dat laatste houdt in dat door hulpverleners verrichte taken moeten kunnen worden 'weggeschreven' bij cliënten door ze bij een bepaalde code onder te brengen. Cliënten die moeilijk te coderen zijn, zijn lastig weg te schrijven en niet 'aantrekkelijk' om hulp aan te verlenen.

Hoewel de professionals van goede wil zijn en met cliënten willen samenwerken, maakt de chaos, de werkdruk, de onduidelijkheid in de organisatie en de verantwoordingsdruk, dat de professionals meer met zichzelf bezig lijken te zijn dan met de cliënt. Van respectvolle omgang met de cliënt komt het niet altijd.

Een ambulant medewerker uit het wijkzorg-netwerk merkt op:

*“Er lopen daar veel mensen rond die echt wel hun best doen. Daar gaat het niet om. Maar ik vind niet dat ze altijd even respectvol zijn over cliënten. Juist die moeilijke mensen, waarvan ik denk ‘Die moeten we juist zien te bereiken! Dat zijn de mensen waar het over gaat! Daar gaat het om. En als juist zó iemand dan niet op komt dagen, vind ik dat zelf heel erg jammer. Dan denk ik: ‘Hoe kan dat nou?’. Terwijl ik het dan ook wel eens tegenkom dat er bij mensen opluchting is. Zo van ‘Gelukkig, die man komt niet opdagen ...’. Maar ik denk dan: ‘Ja, daarvoor zit ik hier toch!’” (C5)*

Eerder kwam al naar voren hoe belangrijk *vertrouwen* is voor samenwerking tussen de cliënt en professional. Vermoedelijk is het ene vertrouwen niet los te zien van andere vormen van vertrouwen. Wie ‘top down’ wordt aangestuurd en onder verantwoordingsdruk gebukt gaat - als vorm van ‘geinstitutionaliseerd wantrouwen’- ervaart niet de ruimte om af te gaan op eigen oordeelsvorming. Dit werkt door in hoe vertrouwenwekkend de professional is voor cliënten en hoe hij die cliënten zelf vertrouwt.

*“Het vertrouwen in elkaar, dat is er. Dat is, denk ik, ook de basis om goed te kunnen samenwerken. Daar wordt vaak veel te gemakkelijk overheen gestapt. Zo van ‘Je bent gewoon professional en je moet gewoon samen werken. Jij moet gewoon jouw ding doen waar je hier voor bent en ik ook. En of wij het dan met elkaar kunnen vinden, dat boeit verder niet.’ En ik helemaal niet achter jouw aanpak sta? Ja, je hebt genoeg ervaring om dat wel in te schatten. Maar hier, [in ons wijkteam] is dat [vertrouwen] wel belangrijk. Omdat je nu samen ergens naar toe gaat. En dat komt over bij die mensen. Die zien dat. Dat we ook vertrouwen hebben in elkaar.” (C2)*

Een gemeenteambtenaar, die als verbindingsofficier tussen het wijkteam en de gemeente fungeert, zegt: *“Uiteindelijk is natuurlijk de bestuurder verantwoordelijk en daar is hij ook van doordrongen. Maar omdat hij af en toe het gesprekje heeft met de medewerkers, heeft hij er gewoon vertrouwen in dat ze alles uit de kast halen om dingen goed te laten gaan”. (C1).*

*Gewoon je verhaal doen ...*

In onze zoektocht naar de ethische dimensie van samenwerking komen ethische risico's en ambigüiteiten naar boven. Daarnaast blijkt wel degelijk ook de meerwaarde van samenwerking in zorg en welzijn na de transitie.

*“Misschien vind ik dat wel het belangrijkste criterium. Niet dat mensen gelijk krijgen, maar dat ze denken ‘Hé, ik heb gewoon mijn verhaal kunnen doen. Het was helemaal niet zo vreemd hoe ik er bij zit.’ Dat ze het idee krijgen ‘Wat ik heb, hebben misschien anderen ook wel’. Dat ze niet direct in een hulpverleningskeurslijf terugvallen. Zo van ‘Vertel het maar’. Maar dat ze zeggen. ‘Ja, nou, we gaan afvallen hoor, want zo gaat het niet goed!’” (A10)*

Wat opvalt in de gesprekken met professionals is hoe zij vaak ‘gewoon een gesprek hebben’, ‘gewoon luisteren’ zodat cliënten ‘gewoon hun verhaal kunnen doen’ in een ontmoeting die niet professioneel voorgestructureerd is als intake-, diagnose- of behandelingsgesprek. Deze benadering blijkt van grote waarde te zijn. Zorgethiek, communicatie en *erkenning* van de cliënt met diens eigen verhaal gaan hier hand in hand. Zo ‘gewoon’ blijken die gesprekken niet meer te zijn in een geprofessionaliseerde zorg en welzijnwerkomgeving en het valt dan des te sterker op dat dergelijke gesprekken weer ontstaan in de nieuwe manier van werken. En ondertussen vergt het natuurlijk veel communicatieve vaardigheid en professionaliteit om zo, informeel, in gesprek te gaan en gaandeweg belangrijke problemen waar de cliënt mee zit aan te snijden. Als dit is wat de kanteling van de zorg in het wijkgerichte werken bedoelt, dan is het zeker van ethische meerwaarde. Nog een ander voorbeeld daarvan:

Een wijkverpleegkundige en opvoedondersteuner komt wekelijks bij een multiprobleemgezin over de vloer. Ze vertelt:

*“Als ik daar binnen kom ... Ik ben er vanochtend geweest en dan zie ik een pak was staan. En dan gaan we samen aan tafel zitten en samen de was opvouwen. Ondertussen praten we. Of, dan kom ik daar en dan is het huis eigenlijk een hele erge rommel. Maar als ik weer weg ga dan heeft zij wat opgeruimd en ik wat opgeruimd. En ondertussen hebben we gepraat over opvoeden en over hoe het nu verder moet. Maar we hebben ook het huis een beetje opgeruimd. Ja, dat doet natuurlijk niemand. Iedereen gaat op de bank zitten en een plan verzinnen. Maar ik niet.*

*Ik ga gewoon een beetje met haar opruimen. Dat vindt ze hartstikke fijn en leuk. En dan zegt ze: ‘Ja, het is zo’n rotzooi’. En ik ‘Maar nu is het alleen op de tafel nog een rotzooi, de rest niet meer’. Dan kijkt ze zo van ‘Oh ja, dat is waar!’ Ja, het is gewoon een geweldige manier van hulp verlenen.” (C6)*

Misschien is het zo te duiden. Een bepaalde vorm van *deprofessionalisering* van het contact tussen cliënt en professional (maar ook vrijwilliger) blijkt *ethisch heilzaam* te zijn.<sup>32</sup> Alsof authentiek contact en communicatie tussen personen onder het stof van professionele procedures en protocollen vandaan komt. Dat zou verband kunnen houden met het ‘normaliseren’ dat door professionals (als bewust gekozen benadering) af en toe wordt genoemd, maar misschien ook niet. Eerder lijkt dit ‘normaliseren’ te slaan op het niet voorbarig en te proactief professioneel problematiseren van situaties waar-



mee cliënten van doen hebben zodat ze te snel in de richting van de (duurdere) meer complexe en gespecialiseerde zorg en hulpverlening terecht komen.

Een vrijwilliger laat illustratief horen dat dat misschien juist wel het voordeel van de informele hulpverlener is die niet altijd professioneel te werk gaat.

*“Een professional stelt altijd eisen, die gaat in stappen werken, die weet hoeveel tijd hij mag besteden aan die cliënt, hoe lang, dat soort dingen, hoe groot het probleem is. Ze gaan eerst luisteren naar het probleem en dan gaan ze plannen maken. Maar ja, sommige mensen komen gewoon om hun verhaal te doen. Die komen dan een keer met een briefje, of met een flyer. Maar dat is alleen maar een smoes om echt hun hart te kunnen luchten. Vorige keer zat ik met iemand de belastingaangifte te doen. En opeens tranen - ze begon te huilen. Dus ik heb die aangifte opzij geschoven en ik heb haar even de tijd gegeven. En de week daarop kwam ze terug om haar belastingaangifte te doen. Wij hebben die vrijheid en die mogelijkheden en dat kunnen wij ook gewoon doen. Een professional kan dat volgens mij niet. Misschien willen ze dat wel, maar ze kunnen het niet.” (B8)*

Het is overigens nog maar de vraag of professionals zich per definitie laten beperken door een meer ‘traditionele’ professionele manier van werken. De vrijwilliger houdt zijn collega-formele-hulpverleners wel een spiegel voor.

#### **RESUMERENDE REFLECTIE – ETHISCHE SIGNALLEN**

Welke signalen levert deze rondgang langs drie gemeentes op met het oog op de samenwerking met cliënten?

- Het heersende *ethische klimaat* in de organisatie van het zorgteam kan doorwerken in samenwerking met de cliënt. De bejegening van cliënten is niet alleen een kwestie van beroepsethische attitude van professionele teamleden, maar ook van organisatorische inbedding en sturing van het team. Dit signaal concretiseert zich in het grote belang van *vertrouwen* bij samenwerking. Als professionals zich voortdurend moeten verantwoorden en niet de ruimte krijgen om naar eigen professioneel oordeel te werken, werkt dat door in hoe vertrouwenwekkend en respectvol ze kunnen zijn jegens hun cliënten. Welke regierol gemeentes aannemen bij sociale wijkteams heeft *ethische impact*. Het zou goed zijn als lokale bestuurders en beleidsuitvoerders zich hier kritisch bewust van zouden zijn.
- Dit signaal concretiseert zich in het grote belang van *vertrouwen* bij samenwerking. Als professionals niet vertrouwd lijken te worden door wie hen inzetten en aansturen, werkt dat door in hoe vertrouwenwekkend en respectvol professionals kunnen zijn jegens hun cliënten. Welke regierol gemeentes aannemen bij sociale wijkteams heeft *ethische impact*. Het zou goed zijn als lokale bestuurders en beleidsuitvoerders zich hier kritisch bewust van zouden zijn.

- De beoogde nieuwe werkwijze van professionals in de sociale wijkteams bergt ook de belofte in zich om werkelijk cliënten goed te doen. Onderdeel van deze nieuwe werkwijze is dat professionals hun kennis en kundigheid op een andere, meer bescheiden wijze aanwenden.

In het Eerste Luik werd gesteld dat de samenwerking in sociale wijkteams van professionals vraagt dat ze van een meer traditionele professionele logica van werken afscheid nemen (voor zover ze dat al niet gedaan hadden) en een nieuwe 'samenwerkingslogica' aannemen. De 3D-transitie impliceert niet alleen herdefiniëring van de rollen van burgers (in hun rol van zelfredzame cliënt, mantelzorger en vrijwilliger) maar vergt ook een *herijking van professionaliteit*. Uit allerlei publicaties blijkt dat die in volle gang is (zie bijvoorbeeld (Spierts 2015)).

Beroepsethiek is te beschouwen als een integraal onderdeel van professionaliteit. Bovendien: de visie op professionaliteit die iemand hanteert en implementeert in de eigen dagelijkse werkwijze heeft ethische invloed. Een *beroepsethische herijking van professionaliteit* lijkt daarom op zijn plaats: welke benadering van beroepsethiek zouden professionals die ethisch verantwoord hun werk willen doen in sociale wijkteams moeten volgen? Daarmee is niet gezegd dat de meer traditionele professionele logica voorgoed heeft afgedaan. Voor zover dat goed is voor cliënten en hun sociaal netwerk kunnen zij op hun eigen kracht en zelfredzaamheid worden aangesproken. En wie zichzelf werkelijk niet kan redden en reddend sociaal netwerk ontbeert, zal (nog steeds) een beroep moeten kunnen doen op hulpvaardige professionals.

Duidelijk is dat die beroepsethische herijking van professionaliteit en van professionele ethiek verder reikt dan reflectie op *inter-professionele beroepsethiek* - de ethiek die zich concentreert op de samenwerking *tussen* professionals. Immers, bij samenwerking in de wijk gaat het niet alleen om de verhoudingen tussen professionele leden van het wijkteam, maar ook die tussen professionele en niet-professionele hulpverleners.

### **3.3 Taakverschuiving en verantwoordelijkheidsverdeling**

Samenwerking vergt coördinatie, afstemming en *verdeling van verantwoordelijkheid*. Wie doet wat bij de ondersteuning van en zorg voor cliënten? Op wie mag een beroep gedaan worden? De transitie naar gedecentraliseerde zorg en hulpverlening in de wijk heeft ook een (bedoelde) taakverschuiving tot gevolg. Burgers moeten zelf meer gaan doen in zorg en welzijn. Van cliënten zelf en van mantelzorgers en vrijwilligers wordt gevraagd taken op zich te nemen die voorheen veel vanzelfsprekender tot de verantwoordelijkheid van professionals behoorden. Taken verschuiven, verantwoordelijkheden worden anders verdeeld dan voorheen. Welke ethisch relevante signalen komen uit de gesprekken naar voren over dit thema?

## **MOEITE MET UIT HANDEN GEVEN**

Het blijkt voor *professionals* soms moeilijk om hun eigen taken nu 'over te moeten doen' aan vrijwilligers, mantelzorgers en cliënten zelf.

Een kwartiermaker uit gemeente B zegt daarover:

*“Zeker bij de verpleegkundigen en maatschappelijk werkers, die hebben het vak gekozen omdat ze willen zorgen en helpen, dus dat kantelen betekent dat je meer gaat loslaten. Ik zie dat als een verlies van eigen identiteit. Je moet iets van jezelf als zorgverlener los gaan laten, dat vinden mensen lastig en dat is een ontzettend ingrijpende verandering en ik denk dat enorm onderschat wordt wat de impact daar van is.” (B1)*

Zo bezien lijkt de noodzaak om anders te gaan werken bijna existentiële impact te hebben. Het raakt beroepsbeoefenaars in hun beroepsidentiteit en die hangt onlosmakelijk samen met hun persoonlijke identiteit. De moeite om uit handen te geven kan daarnaast ook nog een aantal andere achtergronden hebben.

In de eerste plaats schatten professionals soms in dat cliënten de zelfzorg en -regie die van hen gevraagd wordt, niet aankunnen. Kunnen ze zichzelf wel redden? Het begeleidende beroep op het netwerk van de cliënt gaat vaak niet op. Typerend voor de cliënt die om hulp komt vragen bij het wijkteam is soms juist dat het de cliënt aan dragend netwerk ontbreekt of dat dat al meer dan genoeg belast wordt.

Een wijkverpleegkundige uit Gemeente C: *“Wij hebben hier gewoon duizenden mensen die helemaal geen netwerk werk hebben. Of dat netwerk zit er al tot hier in. Die doen alles al. En dan komen wij nog eens aan van ‘Goh, wat kan je moeder hier nog doen?’” (C6)*

Dit confronteert de professional met een terugkerend (ethisch) dilemma: de 'opdracht' is meer te zorgen *dat* de cliënt zorg en hulp krijgt en minder te zorgen *voor* de cliënt. Bovendien spelen tijd en geld een rol - de bezuinigingen moeten ergens vandaan komen. Tegelijk blijft de professional zich vanuit de eigen beroepsethiek wel verantwoordelijk voelen voor het wel en wee van de cliënt. Telkens opnieuw moet de professional zich afvragen wat hij wel en niet aan ondersteuning en zorg aan anderen kan en moet overlaten. Omdat het wel en wee van cliënten daarbij in het geding is, zijn dit terugkerende ethische 'problemen' die om een verantwoorde 'oplossing' vragen.

Een sociaal werker uit Gemeente A schetst zo'n ethische kwestie:

*“Een hele oude dame die geen netwerk heeft, kan eigenlijk haar post en administratie niet doen, is niet mobiel. Maar dan willen ze dan toch dat je kijkt of er bijvoorbeeld in het netwerk iemand is die wel de post en administratie kan doen. Iemand die de mevrouw kan ondersteunen en begeleiden. Dan denk ik 'Ja maar, zo'n oud dametje is ook heel kwetsbaar'. Wat doe je dan, ga je daar dan een vrijwilliger op zetten? Als we daar*

*dan weer een vrijwilliger op gaan zetten. Zo'n vrijwilliger moet ook een aantal capaciteiten hebben. En als bijvoorbeeld deze mevrouw aan het dementeren is ... Er komen heel veel vragen. Je moet wel afwegen van wat je doet.” (A2)*

Een tweede reden die ook uit bovenstaand fragment naar voren komt, is dat professionals zich afvragen of mantelzorgers en vrijwilligers competent genoeg zijn om de hulp te bieden die nodig is. Dat lijkt wantrouwig maar dat wantrouwen kan wel gepast en zelfs ethisch verantwoord (of ethisch geboden) zijn. Vrijwilligers en mantelzorgers hebben in de regel niet de opleiding om de taken uit te voeren waarvoor de professional een opleiding heeft gevolgd en de jarenlange praktijkervaring heeft opgebouwd. De kwaliteit van de zorg en hulpverlening voor een kwetsbare cliënt dient wel op een of andere manier gewaarborgd te zijn.<sup>33</sup> Een hiermee samenhangend - misschien niet direct voluit ethisch - motief is dat van gekrenkte *beroepstrots*. Voor professionals kan het een krenkende ervaring zijn dat niet-opgeleide anderen 'zomaar' de taken te doen krijgen waarvoor zij tot dan toe ingezet werden. Het lijkt een miskennen van de waarde van hun expertise en ervaring te impliceren en het ondermijnt de status van hun werk.

Een wijkverpleegkundige uit Gemeente A daarover: *“Sommige aspecten moeten juist niet bij de netwerken van cliënten terecht komen, hoe ironisch dat ook klinkt in deze tijd. Omdat het juist problemen veroorzaakt en juist fouten oplevert. Dat merk ik zelf soms wel. Ja, het is altijd wel goed bedoeld, maar voor ons van het wijkteam is het niet altijd handig. Het kan best grote gevolgen hebben als die mensen [vrijwilligers en mantelzorgers] fouten maken uit goede bedoelingen. Kijk, stel jij - ik zeg maar wat - hebt wv-rechten maar je krijgt geen wv. Als je dan niet correct in beroep gaat, dan kom je in de bijstand en dan heb je geen recht meer op een werknemersverzekering. Dat is best wel belangrijk. Die risico's wil je dan niet altijd nemen.” (A9)*

De derde reden voor de moeite die professionals kunnen ervaren is dat ze de inzet van met name vrijwilligers soms als 'concurrentie op de arbeidsmarkt' ervaren. Er moet bezuinigd worden. Dat betekent dat gesneden wordt in personeelskosten en dat banen op het spel staan. De inzet van vrijwilligers en mantelzorgers wordt dan soms als een bedreiging van de eigen baanzekerheid ervaren. Dergelijke gevoelens maken het niet gemakkelijker om enthousiast en gemotiveerd taken aan hen over te laten. Enerzijds is er zoveel te doen dat professionals de vrijwilligers steeds harder *nodig* hebben om de zorg en hulp geregeld te krijgen. Maar tegelijk lijken ze een bedreiging te vormen voor je eigen betaalde baan. Vanuit niet-professioneel perspectief kan dit als een defensieve reactie overkomen van professionals die relevantie- en terreinverlies vrezen en niet willen dat het domein van zorg en welzijn niet langer 'het onderonsje van professionals van beroepskrachten' is (N. de Boer, 2014).

Een vrijwilliger uit Gemeente A merkte dat bij professionals: *“In het begin had ik wel het gevoel dat de professionals, of eigenlijk de collega’s ... nou, niet bang waren, maar dat wij misschien te veel zouden doen. Misschien toch bang voor hun eigen werk ...”* (A11)

Als echter professionals hun werk daadwerkelijk overgenomen zien worden door vrijwilligers, zij zelf hun betaalde baan verliezen en ‘mogen’ terugkeren als vrijwilliger, is een defensieve reactie alleszins begrijpelijk.

## **VRIJWILLIGERS**

Het verschilt per gemeente en per wijkteam of en hoe vrijwilligers deel uit maken van het wijkteam en hoe vrijwilligers en professionals met elkaar samenwerken. De 3-D transitie van de verzorgingsstad naar de verzorgingsstad (en -wijk) vergt dat professionals meer taken delegeren aan vrijwilligers. Daarbij lijkt er (soms) nog veel onduidelijk te zijn over de verdeling van verantwoordelijkheid: wie is waarvoor verantwoordelijk? En in hoeverre ben je verantwoordelijk voor taken die je delegeert aan anderen? Kun je verantwoordelijk zijn voor de kwaliteit van hulpverlening als je deze zelf niet uitvoert? Vrijwilligers zijn vaak bereid tot grote inzet, maar hoe competent ze zijn in de uitoefening van hun taken verschilt sterk. Soms krijgen professionals te maken met vrijwilligers die zeer ter zake kundig zijn, maar soms ook niet. Voor cliënten is misschien niet altijd duidelijk wie ze voor zich hebben: een professional of een vrijwilliger?

Een professional uit gemeente B benoemt enkele dilemma’s die bij de samenwerking met vrijwilligers rijzen:

*“Het is niet duidelijk wat je kunt verwachten en eisen van vrijwilligers. Vaak weet een klant niet dat hij te maken heeft met vrijwilligers. In hoeverre ben je daar als team verantwoordelijk voor?”*

*Een ‘sociaal spreekuur’ wordt helemaal geleid door vrijwilligers, het is op hun eigen initiatief, maar wij zitten in datzelfde gebouw. Wij kunnen niet voor hun werk instaan. We waarschuwen klanten altijd voor malafide organisaties, maar we weten eigenlijk niet zeker of deze vrijwilligers goed werk verrichten. Ze hebben goede bedoelingen, maar ja. En de klant denkt dat hij met een professional te maken heeft. Bij de ‘financiële hulpverlening’ werken professionals en vrijwilligers samen maar dat is niet altijd duidelijk voor de klanten.*

*Het is niet duidelijk wat er gebeurt als er iets misgaat. De professionals werken onder toezicht van de werkgever, maar de vrijwilligers werken zelfstandig.*

*We kunnen niet meer zonder vrijwilligers, maar willen we dat wel? Je kunt ze niet aansturen. Ik vind van niet. Je moet er niet afhankelijk van worden, het moet een bonus zijn. Daarnaast moet je je afvragen of je vrijwilligers helpt, want komen er op deze manier nog wel betaalde banen voor dit werk?*

*Het is toch beter om vrijwilligerswerk af te bakenen. Andere functies voor vrijwilligers dan voor professionals. En dat er iets overblijft wat wel wordt betaald.*

*Vrijwilligers en ervaringsdeskundigen kunnen een grote bijdrage leveren, maar ik zie het als aanvullend, een ander takenpakket en niet als vervanging van de professionals, wat wel heel hip is tegenwoordig, maar echt onzin.*

In een notendop illustreert dit interviewcitaat enkele haken en ogen die kunnen kleven aan taakverschuiving en verantwoordelijkheidsverdeling in de wijk: het risico van *rolvermenging* en *rolverwarring* (Linders, Feringa 2014, pp. 92-94), de ondermijnende invloed van *wantrouwen* in elkaars intenties en competenties, *onzekerheid* of de kwaliteit van de ondersteuning, zorg en hulp wel geborgd is, *argwaan* of en *angst* dat vrijwilligers concurrenten worden. Samen bepalen ze bewust en onbewust hoe professionals en vrijwilligers zich tot elkaar gaan verhouden, hoe ze hun 'werk' doen en of dat ten goede zal komen van cliënten.

Natuurlijk is bovenstaand citaat sterk gekleurd door de bril van die ene betreffende professional. En vanuit het perspectief van de 'andere kant' zag het voorval er ook anders uit. Een vrijwilliger die participeerde in het spreekuur waar de professional het over had, doet haar relaas vanuit contrasterend perspectief.

*"Wij [van het sociale spreekuur, geleid door vrijwilligers] zaten hier al een paar jaar. En toen kwam hun organisatie er hier bij in januari. We keken elkaar aan, zo van 'Oké en nu?' Zij hadden zoiets van 'Wie zijn jullie? Wat komen jullie hier doen? Komen jullie onze banen inpikken?' En wij wilden alleen maar samenwerken, het is alleen maar goed dat hier professionals aanwezig zijn, voor ons. Zo dachten wij er dan over. Het heeft dus wel wat moeite en tijd gekost om het toch te laten zien, wat onze bedoelingen zijn, dat wij willen samenwerken. Het gaat nu, moet ik zeggen, goed. De samenwerking is echt goed." (B8)*

Net als de geciteerde professional ervaart deze vrijwilliger rolvermenging en 'stekeligheden':

*"Nou, het is fijn dat wij (wel) zoveel vrijheid hebben, je kunt doen wat je wilt, zeg maar. Maar af en toe doe je toch het werk van een professional en dan denk je bij jezelf 'Ja, waarom werk ik zo hard? Ik word er niet voor betaald.' En een professional werkt zijn uren en die gaat weg. Ik bedoel, in onze ogen doen ze niks. Maar dat is dan in onze ogen ... Het is soms oneerlijk. Maar ja, ik probeer daar niet te veel aan te denken. Ik heb er voor gekozen om dit vrijwilligerswerk te doen. Ik doe het omdat ik het leuk vind." (B8)*

Het streven is dat professionals in de nieuwe taakverdeling minder een of op een met cliënten werken en meer met een collectief van meerinformele hulpverleners samenwerken en deze aansturen. In zijn ervaring betekent dat:

*“Dus met andere woorden, die vrijwilliger blijft vrijwilliger, maar hij krijgt wel meer taken. En de professional krijgt minder taken. Dus het is nu de omgekeerde wereld. De vrijwilliger moet het werk van de professional doen.” (B8)*

In het Eerste Luik kwam naar voren dat *rechtvaardigheid* - een eerlijke verdeling van de lasten en lusten - van samenwerking in de wijk van ethisch belang zijn. Daarover zijn in dit voorbeeld duidelijk twijfels, in ieder geval bij de betrokken vrijwilliger. Het leidt tot wrijving en botsingen:

*“Tijdens die pilot was er ook iemand, zij was verpleegster. Of nee, eigenlijk was ze begeleidster. Zij had ook zoiets van ‘Ja, ik heb jarenlang gestudeerd en nu komt er een vrijwilliger mijn baan overnemen. Waarvoor heb ik gestudeerd dan?’ En dan krijg je een botsing tussen vrijwilliger en professional. Een professional wil je dan niet alles leren, die gaat expres niet alles weggeven. En dan ga jij fouten maken. Dan gaat het verkeerd. En wie is er verantwoordelijk? Dan ben jij [als vrijwilliger] verantwoordelijk. Dus ja, daar is niet goed over nagedacht.” (B8, vrijwilliger)*

De professional vertrouwt er niet op dat de vrijwilliger zonder fouten zijn ‘werk’ doet en voelt zich wel verantwoordelijk. De vrijwilliger voelt zich niet voldoende toegerust door de professional, maakt fouten en weet zich daarvoor wel verantwoordelijk. Samenwerking is nodig om een gezamenlijk na te streven doel te bereiken dat ieder voor zich niet kan halen. De samenwerkingspartners zijn afhankelijk van elkaar voor het behalen van het beoogde resultaat. Samenwerking is dan een *middel* - een proces - om dat gemeenschappelijke doel te bereiken. De deelnemende personen en partijen kunnen hun *intrinsieke motivatie* om samen te werken ontleen aan dat gemeenschappelijke doel. Echter, als partners tot elkaar ‘veroordeeld’ zijn in een samenwerkingsproces en onvoldoende gefocust zijn op een gemeenschappelijk doel kan wrijving ontstaan. Samenwerking wordt dan al gauw een doel in zichzelf dat de samenwerkingspartners *moeten* zien te bereiken, terwijl zij er niet direct intrinsieke motivatie aan ontleen. De samenwerking kan in zo’n geval ervaren worden als een belemmering voor het nastreven van eigen(lijke) doelen: professionals uit het particuliere voorbeeld van hierboven hebben als doel om hun baan te behouden, vrijwilligers willen plezier houden in het werk dat ze doen. Natuurlijk zijn dat niet de enige doelen die ze nastreven maar het zijn wel (conflicterende) doelen die in gevaar lijken te komen als de taken voor professionals en vrijwilligers herverdeeld worden in de samenwerking.

Vanuit expliciet ethisch perspectief spelen in dit geval verschillende *waarden* een rol. Allereerst de waarde van het samenwerkingsdoel: efficiënte en kwalitatief verantwoorde ondersteuning, zorg en hulp aan kwetsbare burgers in de wijk - hierbij staat het tegoed voor cliënten en publiek centraal (zie Eerste Luik). Daarnaast de waarde van een baan met inkomen (tegoed voor professional) en de waarde van een betekenisvolle vrijetijdsbesteding (tegoed voor vrijwilliger). Tenslotte speelt de al genoemde waarde van een *rechtvaardige* verdeling van taken, lasten en lusten een rol. In het hierboven besproken

geval zijn deze waarden niet in balans met elkaar. Het heeft ontbroken aan een bewuste en kritische-reflectieve afweging van deze waarden om ze met elkaar in balans te brengen.

Op de achtergrond speelt nog een ander ethisch relevant aspect dat we ook al in het Eerste Luik tegenkwamen - het verschil in normatieve modaliteiten: in het voorval lijken professional en vrijwilliger met elkaar samen te *moeten* werken. Ze hebben het bij wijze van spreken niet zelf bedacht, zijn niet de *eigenaar* van het samenwerkingsproces dat op gang gebracht is en waarin ze participeren. Gedeeld intrinsiek motiverend *commitment* bij het 'goede doel' - het ideaal van het samenwerkingsproces ontbreekt of is verzwakt aanwezig. Zo kan het dat professionals en vrijwilligers met elkaar samenwerken in de wijk omdat het *moet* en niet omdat ze het *willen*. Beiden menen een prijs te moeten betalen voor die samenwerking, die ze liever niet betalen omdat het hen niet de compenserende morele winst oplevert van het nastreven van een gemeenschappelijk overstijgend ideaal.

### **MANTELZORGERS**

Mantelzorgers hebben een sociale relatie met de cliënt, ze staan dichtbij de cliënt. Ze vormen het sociaal netwerk rondom de cliënt waarop professionals meer en meer een beroep doen om ondersteuning en hulp voor de cliënt te organiseren.

Een sociaal werker uit gemeente A merkt daarover op:

*"Ik laat de verantwoordelijkheid wel bij mantelzorgers liggen. Ik denk dan wel 'Hoe kan iets verbeterd worden en waar kan die mantelzorgers ondersteuning halen'. Maar, ik laat zoveel mogelijk de verantwoordelijkheid bij hen."* (A4)

Professionals proberen daarbij in het oog te houden of de mantelzorgers niet te veel voor zijn kiezen krijgt.

*"Ik vind het goed dat er meer gekeken wordt naar de eigen kracht van iemand en naar zijn netwerk. Maar, maar als het niet kan, dan vind ik het goed om iemand toch zelf actieve begeleiding te bieden."* (A3)

Een kwartiermaker uit Gemeente B vindt dat het sociaal wijkteam telkens opnieuw moet vragen: *"Wat is nou eigenlijk de beste keuze om de mantelzorgers te laten doen? Zodat hij het ook lang volhoudt. En dan niet om te bedenken 'Hoe kunnen we zo snel mogelijk bezuinigen?' Zo van 'De mantelzorgers moet maar dit en dat gaan doen', want, dan is het weer gedacht vanuit jouw belang in plaats van vanuit 'Wat kan iemand aan en wat is op termijn een duurzame oplossing?' Dat goed aanpakken, ja, dat is nog een traject"*.

Professionals proberen meestal in de gaten te houden dat mantelzorgers niet overbelast raken, maar dat gaat ook wel eens mis:



*“Als ze dan overbelast is dan hoop ik dat ze toch zegt van ‘weet je, het gaat wel weer’. Het mooie zou zijn als ik over een paar maanden zou bellen om te vragen: ‘hoe gaat ie?’ Maar door de drukte valt dat nog wel eens weg.” - aldus een sociaal werker uit Gemeente A.*

Het blijkt voor professionals zoeken naar het evenwicht: een beroep doen op de draagkracht van mensen zelf maar hen ook niet overvragen.

*“Ik merk nu al dat ik steeds meer familie begin in te zetten. Toch wel. Om de zorg uit handen te geven. [...] Dat begint al wanneer de cliënt met een hulpaanvraag komt. Dan merk je dat je toch probeert te profiteren van die mantelzorg. Maar aan de andere kant zie ik bijvoorbeeld ook dat gezin waarin alle gezinsleden echt mantelzorgers waren. Het was een heel gezin dat voor pa zorgde. Maar ze zeiden en masse: ‘We kunnen het niet meer’. Er wordt zoveel gevraagd van die mensen. De druk is te hoog, die balans moet de maatschappij nog wel even vinden.” (B2)*

Vanuit het perspectief van de mantelzorg - een zoon die zijn twee ouders verzorgt - kan de ‘kanteling’ er zo uit zien: *“De vaste verpleegkundige van mijn ouders kwam terug van een cursus en had geleerd mij nog meer werk te geven”. (B9)*

Professionals, mantelzorgers en cliënten komen in een driehoeksrelatie terecht waarbij wederzijdse afstemming van groot belang is. De professional verhoudt zich enerzijds direct tot de cliënt, maar anderzijds ook op de mantelzorgers die de cliënt ondersteunen. Een mantelzorg voelde zich daarbij buitengesloten:

*“Laatst was er een transferverpleegkundige die van alles had geregeld voor mijn ouders, maar zonder overleg met mij. Er werd maar van alles aan hen gevraagd, maar dit soort patiënten zeggen in negen van de tien gevallen dat er niets nodig is.” (B9)*

Deze mantelzorg daarentegen is meer op zijn hoede dan zijn ouders. Hij heeft namelijk ook de volgende ervaring:

*“Als je als mantelzorg aangeeft dat je iets kan, ligt het ook meteen op je bord.” (B9)*

Vertrouwen is te beschouwen als ‘er op rekenen dat een ander van goede wil is en competent is om iets te bewerkstelligen waar jij veel waarde aan hecht (en dat je niet of moeilijk alleen voor elkaar krijgt), in het besef dat die ander zelf kan bepalen of en hoe hij datgene zal bewerkstelligen’ (vgl. (Baier 1986). De keerzijde van vertrouwen is *afhankelijkheid*. Voor het realiseren van dat wat ik waardevol acht heb ik een ander nodig. Ik vertrouw er op dat die ander mij wil en kan helpen - ik moet me daar in vertrouwen aan overgeven. Maar ik kan in mijn vertrouwen beschaamd worden. Het kan ook zo zijn dat die ander mij niet wil helpen of daar niet toe in staat is. Vertrouwen vormt de morele basis van samenwerking. Als mantelzorg en professional elkaar vertrouwen,

durven ze er beiden op te rekenen dat de ander van goede wil is en in staat is om iets tot stand te brengen dat ze ieder voor zich van waarde achten: efficiënte en goede zorg voor de cliënt. De mantelzorg wil dat zijn ouders goed ondersteund worden. De professional wil dat ook maar hoopt op de goede wil en het vermogen van de mantelzorg dat deze daarbij een substantiële rol wil en kan spelen. Omgekeerd hoopt de mantelzorg dat de professional bereid is en in staat is in te springen en hulptroepen te organiseren als het de mantelzorg boven het hoofd groeit.

De overheveling van taken naar de mantelzorg levert echter ook professionals hoofdbrekens op. Een professional daarover:

*“Eigenlijk mag je als mantelzorg alles doen. Als beroepskracht val je onder heel veel wetgeving, bijvoorbeeld bij wondverzorging. Maar voor een mantelzorg geldt dat allemaal niet. Wanneer iemand wordt opgenomen, mag zo iemand nog steeds de handelingen verrichten. Instellingen zijn daar niet blij mee, want zij zijn wel verantwoordelijk voor goede zorg. [...] Het is wachten op de mantelzorg waarbij het mis gaat. Zodat er dan jurisprudentie komt. Soms wil een mantelzorg het ook niet uit handen geven, dat kan schrijnende situaties opleveren. Je kunt als professional niets doen.” (B9)*

Nu is dat één ervaring van een professional. Of het klopt dat zij ‘als professional niets kan doen’ is de vraag, maar in het voorval openbaart zich wel dat de herverdeling van taken tussen professional en niet-professionele hulpverlener risico’s met zich mee kan brengen. De uitvoering van een taak wordt wel gedelegeerd aan niet-professionele hulpverleners maar de controle op de kwaliteit ervan lijkt tot de verantwoordelijkheid van de professional te blijven behoren. Dat is niet alleen een punt van pragmatische werkverdeling met juridische risico’s. Er kleeft ook een *ethisch risico* aan. Als er iets misgaat bij de uitvoering van ondersteunende en verzorgende taken door niet-professionele hulpverleners, kan dat de cliënt schaden. Omdat de professionele hulpverlener misschien wel deze taken gedelegeerd had, voelt deze zich mee verantwoordelijk en aansprakelijk.

#### **RESUMERENDE REFLECTIE – ETHISCHE SIGNALLEN**

- De herverdeling van taken en verandering van verantwoordelijkheden bij de samenwerking tussen professionals en vrijwilligers, vraagt van professionals een manier van werken - van zorgen *voor*, naar zorgen *dat* - waartoe ze om verschillende redenen misschien niet altijd toe bereid zijn. Redenen kunnen zijn dat het hun oorspronkelijke beroepsidentiteit mogelijk aantast, dat ze menen dat niet altijd anderen aanwezig zijn die dan wel kunnen zorgen *voor* de cliënt, dat de (professionele) kwaliteit van die (gedelegeerde en georganiseerde) zorg en hulp niet gewaarborgd is, en/of dat ze bang zijn voor concurrentie.
- Een illustratieve confrontatie tussen een professional en een vrijwilliger legt enkele gevoeligheden - ethische risico’s - bloot in de samenwerking tussen beiden. Rolvermenging, onderling wantrouwen, onzekerheid, argwaan en angst kunnen facto-

- ren zijn die ethische verantwoorde taakverschuiving en verantwoordelijkheidsdeling belemmeren of ondermijnen.
- Wanneer het ontbreekt aan expliciete kritisch-ethische reflectie op de waarden die bij die samenwerking in het spel zijn, wordt het moeilijk deze goed af te wegen en in balans met elkaar te brengen.
  - Wanneer deelnemende partijen geen eigenaar van het samenwerkingsproces zijn, kan samenwerking een *doel* in zichzelf worden in plaats van een door zelf aangevend *middel* tot een hoger gemeenschappelijk doel. Als een gedeelde oriëntatie op *en commitment* voor dit hoger doel ontbreekt of maar zwak aanwezig is, kan dat de intrinsieke morele motivatie om samen te werken ondermijnen. Samenwerken is dan eerder een kwestie van *moeten* dan van *willen*. En de prijs daarvoor - inleveren op andere waarden - wordt dan niet gecompenseerd door de ervaring van winst van het gemeenschappelijk nastreven van het 'goede doel' van de samenwerking.
  - 'Vertrouwen' kwam al eerder naar voren als centrale waarde bij samenwerking tussen professional en cliënt en professional en teamorganisatie en lokale overheid. Vertrouwen blijkt ook tussen professionals, vrijwilligers en mantelzorgers het bindmiddel en de basis van samenwerking te zijn.

### 3.4 Beroepsgeheim: privacy, gegevensdeling en vertrouwelijkheid

#### INLEIDING – VERTROUWEN EN VERTROUWELIJKHEID

Samenwerken impliceert gegevens uitwisselen. Personen en partijen die, via sociale wijkteams, participeren aan de hulp aan cliënten, wisselen informatie over die cliënten uit. Dat dient vertrouwelijk, met respect voor de privacy van die cliënten te gebeuren en voor de professionals die hieraan gebonden zijn, in overeenstemming met het beroepsgeheim. In het Eerste Luik werd dit al aangestipt.

Een maatschappelijk werker uit Gemeente A zegt het zo:

*“De norm is: Deel je informatie? Dan vraag je dat aan een klant. En als die ‘ja’ zegt, dan kan het en als die nee zegt, dan kan het niet. Zo simpel is het gewoon.” (A1)*

Een recente handreiking aan professionals van verzamelde beroepsorganisaties, speciaal met het oog op gegevensdeling bij samenwerking, stelt:

*“Als uw communicatie over de behandeling met de patiënt en eventueel de ouders van minderjarigen open, eerlijk en transparant is, is informatie-uitwisseling met anderen onderdeel van de gesprekken die u met een patiënt voert en staat dit niet los van de behandeling. Dan bespreekt u het nut en de noodzaak van informatie-uitwisseling en welke informatie daarbij relevant is. Ook is het steeds aan te raden om niet over een patiënt of over een gezin te communiceren, maar met een patiënt of met een gezin, dus nodig de patiënt of het gezin bij voorkeur uit bij een zorgoverleg. Juist als de patiënt centraal staat en overal bij betrokken wordt, zal toestemming voor het delen van rele-*

*vante informatie zelden een probleem zijn.*” (KNMG, GGZ Nederland, AJN, NIP en NVvP, 2014: p. 8)

Samenwerking slaagt alleen als informatie uitgewisseld wordt. Gegevensuitwisseling begint tussen cliënten en (in)formele hulpverleners. Als cliënten vertellen over wat hen dwars zit, welke problemen ze hebben en wat hen dat doet, kunnen anderen inschatten of en hoe zij kunnen en moeten ondersteunen, zorgen en hulp verlenen. Informatieuitwisseling tussen cliënt en hulpverlener is de basis van de ‘samenwerking’ tussen beiden. *Vertrouwen* is daarbij (opnieuw) van essentieel belang. Zonder dat kan er niets *goeds* bewerkstelligd worden. Als een cliënt haar hulpverlener vertrouwt, zal de hulpverlener die informatie kunnen ontvangen die ze nodig heeft om haar adequaat te begeleiden en hulp te bieden. Dergelijk vertrouwen vergt *vertrouwelijke* omgang met de informatie die de hulpverlener krijgt.

Zodra er meer hulpverleners en andere samenwerkingspartners en -partijen in het spel zijn en onderlinge samenwerking en afstemming nodig is, ligt het vanuit *praktisch oogpunt* voor de hand dat helpers (mantelzorgers, vrijwilligers, professionals van het wijkteam) onderling informatie uitwisselen. Idealiter is dat *ten goede van de cliënt*. Dergelijke uitwisseling is echter aan *strikte voorwaarden* verbonden.

Professionals in een wijkteam hebben (doorgaans) een *geheimhouding- of zwijgplicht*: de plicht om tot de persoon van de cliënt herleidbare informatie niet met derden (ieder ander dan de cliënt zelf en de hulpverlener) te delen, tenzij de professional daarvoor uitdrukkelijk toestemming heeft gevraagd en gekregen van de cliënt. Dit *beroepsgeheim* is een *kroonjuweel* van de beroepsethiek van professionals want *vertrouwen* vormt de basis voor een goede hulpverleningsrelatie. Nagenoeg elke beroepscode maakt er melding van. Het beroepsgeheim wordt ook in de samenleving zo belangrijk geacht dat het, voor veel beroepen, ook *wettelijk* is vastgelegd.

De laatste tijd staat dit beroepsgeheim onder druk in de publieke en politieke opinie. Er worden Kamervragen over gesteld en beantwoord (minister VWS 2015), nieuwe brochures en handreikingen verschijnen of worden bijgewerkt en opnieuw uitgegeven (Baeten en Janssen 2003, Ploem en Dute 2005, Baeten en Janssen 2007, Nederlands Jeugdinstituut 2007, Beun en Verhage-Van Kooten 2012, KNMG 2014, KNMG e.a., 2014; ministerie van VWS 2015).

Het terugkerende punt van discussie is of het beroepsgeheim niet *nodeloze belemmeringen* opwerpt voor het nastreven van andere ‘waardevolle maatschappelijke doeleinden’ en andere goede, zwaarderwegende doeleinden. Te denken valt aan onder andere fraudebestrijding, de bestrijding van kindermishandeling en huiselijk geweld, effectieve financiële afhandeling van behandelingen (via verzekeraars), maar ook multidisciplinaire samenwerking in sociale wijkteams. Professionals krijgen het verwijt zich terug te

trekken op of zich te verschuilen achter een te absoluut geïnterpreteerde geheimhoudingsplicht. Omgekeerd bepleiten professionele organisaties de grote waarde van het beroepsgeheim. Ze menen dat publiek en politiek de waarde van vertrouwen en vertrouwelijkheid miskennen en daarmee het kroonjuweel van hun beroepsethiek zijn glans ontnemen.

Het beroepsgeheim is *niet absoluut*. Er zijn legitieme en ethisch te verantwoorden uitzonderingen op het verbreken van de geheimhoudingsplicht. Zo is het toegestaan om gegevens van een cliënt te delen als deze daar expliciet toestemming voor gegeven heeft (“Zo simpel is het gewoon”). In dat geval is eigenlijk van schending van het beroepsgeheim geen sprake. De professional deelt immers het geheim met instemming van de eigenaar. Ingewikkelder wordt het wanneer de professional zonder toestemming toch denkt informatie te moeten delen met anderen. Dat kan ethisch verantwoord en juridisch legitiem zijn. Het vergt wel praktische wijsheid (en overleg met collega’s) om dan afwegingen te maken die te verantwoorden zijn. Het is lang niet altijd bekend bij professionals (en anderen) dat het beroepsgeheim deze ruimte voor eigen professionele afweging en oordeelsvorming laat. Dit is misschien wel net zo ondermijnend voor de publieke en politieke erkenning van het belang van het beroepsgeheim als de relativering (en miskennis) ervan in de publieke en politiek opinie.

Wat levert deze verkenning in drie sociale wijkteams op? Hoe gaan samenwerkende professionals met het beroepsgeheim om? Stuiten ze op ‘nodeloze belemmeringen’? Hoe gaan wijkteams om met het delen van informatie in de samenwerking met informele zorg- en hulpverleners en mantelzorgers, met de gemeente?

#### **BEROEPSGEHEIM – ZO HOORT HET - ONGEVEER**

Professionals die hun beroepsverantwoordelijkheid kennen, laten dat merken in gesprekken. Ze kunnen het daarbij, zo lijkt het, ook zonder privacyprotocollen af. Dergelijke protocollen zijn handig en misschien wel noodzakelijk, maar het zou bij de ‘nieuwe manier van werken’ in de wijken horen om daar niet te veel van afhankelijk te zijn. Je geheimhoudingsplicht hoort ‘gewoon’ bij je werk. Het is je *ethische beroepsverantwoordelijkheid*.

Een teamlid uit gemeente A:

*“Problemen met het beroepsgeheim? Nee niet echt. Dat ervaar ik niet als een probleem. Het hoort gewoon bij de verantwoordelijkheid van mijn werk. Als ik een kapster was geweest, hoorde ik alle geheimen van iedereen. Maar kapsters kleppen alles door. Wij werken heel anders. Nee ik voel niet dat het zwaar weegt [om me daar aan te houden].”*

(A2)

Heel principieel stelt een ander teamlid, ook maatschappelijk werker:

*“Wat mij betreft is de klant, of de cliënt, eigenaar en worden wij toegevoegd als hulpverlener, om bij wijze van spreken daar een bijdrage in te leveren.” (A10)*

Inderdaad. De informatie waar de professional in principe zijn mond over moet houden is ‘eigendom’ van de cliënt: alle gegevens over die cliënt zijn van die cliënt, het is zijn geheim (Janssen, 2015)

#### **MULTIDISCIPLINAIR CASUSOVERLEG**

Een bekend onderdeel van de multidisciplinaire samenwerking in de wijk vormen de casusbesprekingen. Bij zulke besprekingen worden lastige casus van cliënten in aanwezigheid van soms een groot aantal professionals (en anderen) besproken. Dat mag mits de informatie niet herleidbaar is tot de cliënt in kwestie. Soms zijn de grenzen van anonimisering sneller bereikt dan gedacht. Een participatiemedewerker uit Gemeente B zegt over de casusbesprekingen die hij met zijn team houdt:

*“Meestal wordt de naam niet genoemd, het gaat over een casus. Maar meestal weet ik toch wel wie het is bij zo'n omschrijving. Dat was in het begin ook wel een merkwaardige confrontatie. Ik werk met mensen in de buurt en ik wist niet welke mensen allemaal schulden hebben. Nu je samen zit [als professionals], zie je ineens dat mensen die ik help ook bij de schuldhulpverlening zitten. En omgekeerd hadden mensen van de schuldhulpverlening zoiets van: ‘Doet die persoon vrijwilligerswerk? Is dat wel verantwoord?’” (B3)*

Samenwerkende wijkteamleden worden wijzer van dergelijke informatie (en misschien profiteert de cliënt en/of anderen daar wel van uiteindelijk) maar deze zonder toestemming van de cliënt delen met anderen is ongeoorloofd. De cliënt blijkt immers in dit geval toch herkenbaar voor andere teamleden. *Alle* tot de persoon herleidbare informatie valt onder het beroepsgeheim. Dat de cliënt loopt bij de schuldhulpverlening dus ook. In dit geval is al te veel informatie weggeven, voordat de teamleden het in de gaten hadden, ook al hadden zij wel de goede intentie om te anonimiseren.

#### **HET BELANG VAN HET BEROEPSGEHEIM: VERTROUWENSBAND**

Een ambulante hulpverlener uit Gemeente B vertelt waarom het beroepsgeheim zo belangrijk is, maar laat ook zien dat hij het niet als een absolute plicht opvat:

*“We hebben ook justitiekanten die door reclassering worden aangemeld. Wat de cliënt daar verteld heeft, wat je van de cliënt te horen hebt gekregen in vertrouwen, ga je niet zomaar aan de reclasseringsambtenaar vertellen. Als je dat doet is dat fnuikend voor je vertrouwensband.*

*Soms is dat wel lastig. Dan denk je: ‘Ja, maar wacht eens...’ - ik heb dat zelf nog niet meegemaakt overigens; maar als je hoort dat iemand een misdrijf heeft gepleegd, dan*

*kun je zelf ook in een gewetensconflict raken. Maar ik kan me voorstellen dat ik dan open zou zijn naar de cliënt: 'Dit vind ik zo ernstig. Hier kan ik mijn mond niet over houden.' Dat kan tot gevolg hebben dat die cliënt mij niet meer wil als zijn hulpverlener. (B4)*

Vertrouwen staat hier op het spel. Toch kunnen er goede redenen zijn om de geheimhoudingsplicht te schenden. Als het dan nodig is die plicht te schenden, dan (inderdaad) op deze manier: niet achter de rug van de cliënt om, maar na hem geïnformeerd te hebben (en liefst natuurlijk nadat geprobeerd is om toch toestemming te krijgen van de cliënt). Het risico bestaat dat de cliënt de professional dan gaat mijden en de relatie met hem verbreekt. Maar soms is dit een te verantwoorden prijs en weegt het belang van anderen zwaarder.

#### **RICHTLIJNEN EN PROTOCOLLEN**

Het komt ook geregeld voor dat voorafgaand aan een hulptraject met een cliënt al, overeenkomstig interne privacyprotocollen en richtlijnen, afspraken zijn gemaakt over diens toestemming voor informatie-uitwisseling voor overleg met collega's. Een wijkteamlid uit Gemeente B daarover:

*"Ja, dat doen we altijd aan het begin al. We gaan een contract aan. In het begin tekenen ze daarvoor. Dat geldt voor het hele traject, maar soms weet je wel dat er situaties zullen zijn dat je het toch nog een keer moet vragen. Bijvoorbeeld: 'Bel je zelf de huisarts of zal ik het even doen?' Dan vraag je terplekke nog een keer om toestemming. Formeel kun je het één keer vragen aan het begin, maar voor je vertrouwensband is het wel belangrijk het toch regelmatig te bespreken." (B4)*

Op deze genuanceerde manier wordt een dergelijke toestemming van de cliënt geen blanco cheque ('Eens gegeven, blijft gegeven') maar blijft de hulpverlener investeren in de vertrouwensband met zijn cliënt. Overigens heeft een cliënt op elk moment het recht om op zo'n instemming terug te komen.

#### **GEHEIMHOUDINGSPLICHT IN RELATIE MET DE GEMEENTE**

Professionals hebben *beroepshalve* geheimhoudingsplicht. Anderen die met hen samenwerken hebben dat niet. Dat wil zeggen: ze hebben die niet *ambtshalve*. Mensen die direct samenwerken met professionals die geheimhoudingsplicht hebben, bijvoorbeeld de telefoniste van de Jeugdzorginstelling, hebben een zogenaamde *afgeleide geheimhoudingsplicht*. Voor niet inhoudelijk bij de hulpverlening betrokken managers en leidinggevenden geldt het zelfde. Echter, hoe de relatie tussen wijkteam en de *gemeente* gezien moet worden lijkt niet altijd uitgekristalliseerd.

Een maatschappelijk werker uit Gemeente A over het beroepsgeheim in dit verband:

*“Ja dat is belangrijk. Zeker als klanten contact hebben met bijvoorbeeld de gemeente die juridisch heel anders werkt dan wij. Dan vind ik beroepsgeheim heel belangrijk. Ik weet soms dat cliënten frauderen, of bepaalde zaken gewoon een beetje bespelen of manipuleren of dingen opschrijven die niet waar zijn of dingen achterhouden, dat weet je gewoon. En ik hoef dat niet te vertellen tegen de gemeente, want ik heb daarin beroepsgeheim. Ik denk ook dat als cliënten weten dat wij dingen doorboeken, dat ze dan de helft niet meer vertellen en wij het hele verhaal niet meer op tafel krijgen en die cliënt daar dus ook niet ondersteund of bevraagd kan worden daarin.” (A5)*

Deze uitspraak van de maatschappelijk werker impliceert overigens nog wel een ethisch kwestie. Het geheim van de cliënt dient beschermd te worden en de vertrouwensband bewaakt, maar tegelijk is ook het bestrijden van fraude en misbruik van gemeenschaps-gelden is een collectief nastrevenswaardig goed.

De uitwisseling van informatie tussen sociale wijkteams enerzijds en de gemeente anderzijds, is soms nog niet goed geregeld. Een cliëntenondersteuner uit Gemeente B zegt:

*“Ik heb al wel een cliënt gehad en die vond het een heel groot probleem dat die informatie in zo’n systeem komt en die vroeg zich af: ‘Wat gebeurt er met die informatie?’ Ik vind dat heel erg terecht, dat mensen terughoudend zijn en willen weten hoe het met hun privacy zit. Laten we eerlijk zijn, de gemeente. Dit is ook nog zo’n punt waarop de gemeente zegt dat ze zoekende is. Maar, dit is geen ding waarin je je weg nog moet zoeken, dit is iets dat afgekaart moet zijn.” (B5)*

In gemeente C vertelt een orthopedagoog van het wijkteam over dossiervorming en het delen van informatie uit het dossier met de gemeente:

*“Op het moment dat wij een indicatie indienen, dus zo’n aanvraag waarin staat wat er nodig is en waarom het nodig is en zo, dan tekent de cliënt daar ook voor. We nemen de informatie ook eerst door. Zo van ‘we hebben wat je hebt verteld zo verwoord. Klopt het ook?’ Daar tekenen ze voor en dan pas gaat de informatie naar de gemeente. Dat is ook het enige wat de gemeente krijgt, omdat zij de beschikking moeten opstellen.*

*Maar ze zijn nu ook nog aan het kijken of het minder kan, dat zij nog minder informatie krijgen over waarom. Ja, dat zijn gewoon dingen. We moesten dit jaar ergens mee beginnen en dan merk je wel van ‘oké, wat is daar het nut van?’ Dus daar hebben we het ook nu wel over gehad van ‘welke informatie is nu echt voor jullie [van de gemeente] van belang, en welke niet?’ En daar komen ze nog op terug, zodat we echt alleen nog maar het minimale bij hen hoeven aan te leveren.*

*Ik vermoed dat het zo gaat worden - maar ik weet dat nog niet zeker - dat wij eigenlijk alleen nog zoiets aanleveren als ‘gezin is bij ‘Ons team’ bekend. ‘Ons team’ kan de nodige zorg niet bieden en adviseert daarom dat er die en die zorg nodig is, voor die periode’”. (C3)*



Als de professional informatie over de cliënt aan derden verstrekt, of dat nu met of zonder toestemming van de cliënt is, dient dat altijd alleen slechts die informatie te zijn die de ander echt nodig heeft om zijn hulp te kunnen verstrekken aan de cliënt.

#### **GEGEVENSUITWISSELING BIJ VRIJWILLIGERS EN ANDERE NIET-PROFESSIONALS**

Ook de gegevensuitwisseling met en door vrijwilligers is delicaat. Een wijkverpleegkundige uit Gemeente A merkt daar over op:

*“Ze [de vrijwilligers] hebben allemaal een privacyovereenkomst getekend die de privacy van de cliënt waarborgt.” (A9)*

Er zijn dus wel manieren om een en ander te regelen. Vraag is hoe wijd verbreid dat gebeurt en of elke gemeente en elk wijkteam het wiel hiervoor zou moeten uitvinden. Er bestaan overigens wel standaardcontracten voor vrijwilligerswerk waarin een geheimhoudingsplicht is opgenomen.

Vertrouwelijk omgaan en delen van informatie over de cliënt is niet alleen een morele verantwoordelijkheid voor professionals. Geheimhoudingsplicht is voor groepen professionals *wettelijk vastgelegd* maar ook burgers, ‘gewone mensen’, hebben onderling de *morele plicht* om elkaars vertrouwen niet te schenden. Een mantelzorger die, hoe begrijpelijk ook, zijn hart lucht over het lastige familielid dat hij verzorgt en haar daarmee in een kwaad daglicht stelt, doet ook iets dat niet zomaar moreel te verantwoorden is. Evenzo hebben vrijwilligers misschien geen speciale ‘vrijwilligersethiek’ met ‘vrijwilligersgeheimhoudingsplicht’ nodig om geheimen van cliënten te bewaren? Een vrijwilliger uit Gemeente A geeft blijk van zijn ethos:

*“En soms vertel ik ook dingen niet aan het team. Als dat bijna vriendschappelijk, of moeilijk is ... Dan hoef ik dat ook niet te vertellen, vind ik zelf. Want dat is iets tussen haar en mij. Want we hebben ondertussen een hele leuke band opgebouwd.” (A11, vrijwilliger)*

De vraag is wel of burgers, mantelzorgers en vrijwilligers zich voldoende bewust zijn van de kwetsbaarheid van hun medeburger die zorg of hulp van hen krijgt. Professionals zijn er op aanspreekbaar. Zij hebben een duidelijke *juridische* en *beroepsethische plicht*. Echter, in een samenleving waar ‘mededeelzaamheid’ via social media een vanzelfsprekend en onbetwistbaar goed lijkt te zijn geworden en mensen het met hun eigen privacy en die van een ander niet altijd zo nauw nemen, is het de vraag of terughoudendheid over het verstrekken van informatie door mantelzorgers en vrijwilligers over hun familielid of cliënt voldoende geborgd is.

## RESUMEREND

Algemene conclusies zijn niet te trekken, maar aandachtspunten die nader onderzoek of uitvoeriger kritische reflectie verdienen wel. Zo verdient de relatie tussen de eigen professionele *verantwoordelijkheid* én de privacyprotocollen en richtlijnen die bij organisaties en sociale wijkteams worden ontwikkeld aandacht. Het dubbele daarvan wordt kernachtig uitgedrukt door een sociaal werker:

*“Ik snap dat het over de privacy van de cliënt gaat, maar ik denk dat je ... Ja het lastige is, er gaan situaties fout. Dus daarom komen er regels en komen er protocollen. Maar ik denk dat je ook een heel stuk verantwoordelijkheid aan professionals kan overlaten. Dat zij daar min of meer zorgvuldig mee omgaan. Aan de andere kant, ik maak daar zelf ook fouten in. Dus zo'n formuliertje houd je wel scherp. Tegelijkertijd vind ik het echter ook een administratieve rompslomp. Ja, misschien is het nodig voor de praktijk. Maar, weet je, wij hebben zo ongelooflijk veel papiertjes die zouden moeten ondertekenen.” (A5)*

Protocollen zullen nooit die eigen verantwoordelijkheid kunnen vervangen. Dat betekent dat het van belang is dat professionals goed op de hoogte zijn van de grenzen en mogelijkheden van hun geheimhoudingsplicht en van het diepere doel en de cruciale waarde ervan. Het *beseft* dat het niet om een aantal regeltjes gaat waar je je, helaas want best wel lastig, aan moet houden, zou wijd verbreid moeten zijn. Juist bij professionals die veel samenwerken met elkaar. Dit is een kwestie van kennis (de beroepsethische regels en uitzonderingen van de geheimhoudingsplicht kennen), maar ook van houding (alert zijn op vertrouwelijke omgang met gegevens) en ervaring (om goede afwegingen te maken). Het is de vraag of een betrouwbare en begrensde uitwisseling van informatie tussen formele en informele hulpverleners al voldoende is uitgekristalliseerd om kwetsbare burgers voldoende waarborg te bieden dat hun lief en leed niet op straat komt te liggen. Hetzelfde geldt voor de uitwisseling van vertrouwelijke informatie met (ambtenaren van) gemeenten.

Het is vanuit ethisch perspectief goed om te signaleren dat er professionals zijn die doordrongen zijn van het belang van beroepsgeheim. Tegelijkertijd onthult een kijkje in de keuken van het dagelijks werk van sociale wijkteams ook minder positieve voorbeelden.

## RAFELS EN SCHENDINGEN VAN HET BEROEPSGEHEIM IN DE DAGELIJKSE PRAKTIJK

Een voorbeeld van hoe het ook kan gaan:

*Leden van een zorgnetwerk hebben een casusbespreking. Voorafgaand aan de bespreking worden twee A4tjes uitgedeeld. Eén met een schets van de situatie en de reeds ondernomen stappen. Het andere is een uittreksel van het dossier, inclusief voor- en achternaam, BSN-nummer, medische gegevens, gegevens van de behandelaren met gedetailleerde informatie over een cliënt. Niemand rept over geheimhouding of privacy. De casus wordt besproken. Na afloop, als er al een paar mensen zijn opgestaan zegt*

*een van de deelnemers, als een plotselinge ingeving (zo lijkt het): “Geef de papieren maar door aan mij. Of, zorg dat je het zelf vernietigt.”*

In dit - uit het leven gegrepen - voorbeeld gaat veel niet zoals het hoort. Er wordt tot een persoon herleidbare informatie gedeeld onder een grote groep derden. De meesten van hen hebben zelf geen directe hulpverleningsrelatie met de betreffende cliënt. Of er toestemming van de cliënt gevraagd en gekregen is, blijft onduidelijk. Waarom de casus überhaupt niet geanonimiseerd besproken wordt, is evenmin duidelijk. Of alle verstrekte informatie nodig was om de casus te kunnen bespreken blijft ook ongewis.

*De wijkverpleegkundige zegt er achteraf over: “Het viel mij ook op. Dit was een haastklus. Ik vond dat zeer opvallend. Degene die de casus presenteerde realiseerde zich dat zelf ook en zei er nog wel wat over. Dit verdiende geen schoonheidsprijs. [...] Ik denk dat het 5 jaar geleden niet anders ging.” (B2)*

*Een ambulante hulpverlener zegt: “Ja, ik weet precies wat je bedoelt. Met naam en toenaam, alles! Ik heb te laat gedacht: ‘He, dit is niet goed!’. Er werd nog even op het laatst gezegd dat de documenten verzameld moesten worden. Maar dit is helemaal niet goed. We behandelen met het team vaker casuïstiek, maar ik gebruik altijd initialen of alleen ‘een mevrouw’. Dit risico ligt op de loer.”*

*Gevraagd of dit voorval als een uitzondering beschouwd moet worden, zegt ze: “Dat durf ik niet te zeggen. Ik ben bang van niet. Ik ben altijd al terughoudend als je merkt dat je dezelfde cliënt kent. Dat er over de cliënt gepraat wordt, waar deze niet bij is. Sowieso altijd zonder gegevens. Ik zou zelf ook niet willen dat er zo over mij gesproken wordt.” (B4)*

Met een beroep op de klassiek ethische ‘gouden regel’ grijpt de ambulante hulpverlener terug op een belangrijk motief dat professionals zou kunnen motiveren om het beroepsgeheim in ere te houden. Hoe zou je het als professional vinden als jij en jouw situatie zo besproken werd als hier en nu bij dit casusoverleg gebeurt?

*Een ander teamlid, maatschappelijk werker voegt toe: “Het is helaas geen uitzondering. Zoiets sluipt erin. Er is een beroepscode, maar geen idee wat daar precies instaat. Privacy hoort hoog op de agenda, maar het is iets waaraan nog niet zo veel veranderd is. Daar is dus geen aandacht voor.” (B6)*

Of bovenstaand voorval een uitzondering op de regel is, weten we niet. De reacties van de eigen teamleden doen vermoeden dat een dergelijke omgang met vertrouwelijke gegevens vaker voorkomt. Als dat zo zou zijn, zou dat *ernstig* zijn. Uit het voorbeeld blijkt ook dat professionals eigenlijk wel aanvoelen dat de vertrouwelijkheid wordt geschonden. Kennis over de geheimhoudingsplicht is wel aanwezig. Dat roept de vraag waarom het dan toch gebeurt: nonchalance, gemakzucht, onverschilligheid, onzorgvul-

digheid onder tijdsdruk? Nader *onderzoek* kan uitwijzen in hoeverre professionals zich werkelijk wel of niet houden aan de geheimhoudingsplicht in samenwerkingsverbanden en als dat niet het geval is, wat zijn dan oorzaken en redenen?

Verder zijn de 'randvoorwaarden en spelregels voor effectief en zorgvuldig casusoverleg' een punt van aandacht (Janssen, 2015) hier. In één van de wijkteams komen we de volgende opvatting tegen. Een teamleider meldt:

*“Nou ja, dat [beroepsgeheim] is wel een dingetje als een klant [je iets in vertrouwen gezegd heeft]. Je moet dan natuurlijk toch uitkijken tegen wie je wat zegt. Binnen het team, hebben we gezegd, dat we geen beroepsgeheim hebben. Binnen het team zijn we samen verantwoordelijk voor casuïstiek en deel je ook casuïstiek. Alleen binnen het team dus. Maar naar buiten toe heb je natuurlijk beroepsgeheim. Dus je deelt geen informatie met derden tenzij je daar toestemming voor hebt.” (A1)*

Kunnen professionals afspreken dat ze binnen hun wijkteam 'geen beroepsgeheim' hebben? Misschien bedoelt de teamleider te verwijzen naar overleg waarin alleen over geanonimiseerde casuïstiek gesproken wordt. Of heeft hij de zogenaamde *veronderstelde toestemming* (van de cliënt) op het oog die samenwerkende professionals hebben die *rechtstreeks betrokken* zijn, als medebehandelaars of hulpverleners, bij de behandeling of hulpverlening van eenzelfde cliënt. Voor het delen van informatie tussen medebehandelaars mag de instemming van een cliënt of patiënt worden verondersteld zonder hem nog expliciet om toestemming te vragen. Denk hierbij aan de informatie die een team van een afdeling in het ziekenhuis over een patiënt deelt: de arts mag veronderstellen dat zij informatie over de patiënt mag delen met de verpleegkundige die dezelfde patiënt onder zijn hoede heeft. Beiden zijn dan rechtstreeks betrokken. Of denk aan de huisarts die in het weekend zijn collega vervangt.

Is van een dergelijke rechtstreekse betrokkenheid (altijd) sprake in de sociale wijkteams? Zodra één van de aanzittende leden zelf niet rechtstreeks en bij dezelfde behandeling (of interventie) bij een cliënt betrokken is gaat de vlieger van 'veronderstelde toestemming' niet meer op. De uitspraak dat men binnen het team 'samen verantwoordelijk' is 'voor casuïstiek' is vaag en lijkt een ruimere betekenis te hebben dan 'team van rechtstreeks bij dezelfde zorg en betrokken hulpverleners'. Zou een teamlid dat de casus van zijn cliënt met anderen wil bespreken niet gewoon om toestemming moeten vragen aan de cliënt? En zou dat sowieso niet altijd beter zijn?

#### **ZORGVULDIGE MET GEGEVENS – ZORGVULDIG GEORGANISEERD**

Soms bestaan wijkteams nog maar kort. Allerlei organisatorische processen zijn dan nog niet uitgekristalliseerd. Een sociaal werker uit Gemeente A refereert aan deze onduidelijkheid:

*“Als een cliënt het niet weet dan ga ik niet zomaar iemands adresgegevens doorgeven. Ik weet niet of dat voor iedereen duidelijk is, maar voor mij is dat wel heel duidelijk. Ik weet niet hoe duidelijk dat is en ik weet ook niet of daar ook echt richtlijnen voor zijn, dat vraag ik mij af, ik denk het haast, ik weet het niet. Dat heb ik heel erg vanuit mijn eigen moederorganisatie meegekregen. Waar die richtlijnen wel duidelijk zijn, maar of die hier duidelijk zijn dat weet ik eigenlijk niet eens.” (A3)*

Baeten en Janssen merken in hun *Spelregels voor samenwerkingsverbanden bij huise-lijk geweld* al op dat “zorgvuldige omgang met cliëntgegevens in samenwerkingsverbanden alleen mogelijk is als ook het samenwerkingsverband zelf zorgvuldig is opgebouwd.” (Baeten en Janssen 2003). De waardevolle aanwijzingen van Baeten en Janssen gelden ook vandaag de dag onverkort voor de samenwerkingsverbanden die ontstaan in het kader van de decentralisering van zorg en welzijn. De ‘moederorganisaties’ zouden, voordat professionals überhaupt in sociale wijkteams met elkaar gaan samenwerken, duidelijke afspraken moeten maken over ‘doel, setting en de structuur van het samenwerkingsverband’ (vast te leggen in bijvoorbeeld een convenant). Die bepalen namelijk waartoe en hoe informatie in de teams wordt gedeeld.

Zorgvuldige omgang met vertrouwelijke gegevens vergt zorgvuldig opgebouwde organisatorische verbanden. Het probleem is dat die er in veel gevallen nog niet zijn bij sociale wijkteams in gemeenten. Het is nog de fase van pionieren en opbouwen. Veel is nog niet duidelijk. Regels en richtlijnen die in de ‘moederorganisatie’ gelden, lijken niet onverkort van toepassing in het nieuwe team. Dit houdt echter een groot *ethisch risico* in. Het voorgaande roept de (retorische) vraag op of er gewacht kan worden tot alles organisatorisch vlak op orde is in de wijkteams voordat de ethische dimensie van de samenwerking aandacht krijgt. Dat kan niet. Het ligt anders: alles is pas organisatorisch op orde, als ook de zorgvuldige omgang met cliëntgegevens op organisatorisch vlak goed geregeld is.

Wat geldt voor professionals onder elkaar, geldt niet minder voor informele hulpverleners. Een vrijwilliger uit Gemeente A merkt op:

*“Waar ik wel een beetje moeite mee heb: wij hebben één mailadres, zodat alle gastvrouwen in elkaars mail kunnen. Dat zint me niet. Maar ik ben al bezig geweest om mijn wachtwoord te veranderen, maar ik krijg het niet voor elkaar. Dus dat ga ik nu wel doen.” (A11)*

E-mail vormt sowieso een risico. Een maatschappelijk werker merkt op:

*“Er gaat veel informatie over de mail, alleen huisartsen zijn terughoudend. Het schijnt onveilig te zijn. We sturen ook wel eens stukken uit een dossier. Vroeger expliciteerden we dat in het dossier: ‘klant heeft toestemming gegeven’, nu niet meer. Ik kan het nu hoogstens aannemelijk maken, maar niet bewijzen dat de cliënt akkoord is.” (B6)*

Digitale vormen van gegevensuitwisseling impliceren een risico op het schenden van het beroepsgeheim. Het delen van vertrouwelijke informatie gaat zo gemakkelijk, dat veel meer mensen er bij kunnen dan de bedoeling is. Iets vergeten op te halen bij de printers is ook zoiets:

*“Je weet vaak niet waar al die papieren heen gaan. Ik heb het hier ook. Dan wordt er iets geprint, maar dat blijft dan bij de printer liggen. Dan ligt daar bijvoorbeeld een persoonlijk verslag. Maar dat kan toch niet. Je kunt dat niet een half uur later komen ophalen. Ik heb wel eens een mail rondgestuurd: ‘ik heb dit gevonden bij de printer en heb het maar even in zijn dossier gestopt.’ Ik wist natuurlijk niet van wie dat was. Ik kreeg iets terug met de toon van, dat iemand zich betrappt voelde. De een zei: ‘wat zorgvuldig van je, de ander zegt: ik liet het er maar even liggen’. Het is altijd ongemakkelijk als iemand je op je vingers tikt.” (B4)*

### **RESUMEREND**

Hoewel menig professional zich ervan bewust is dat hij geheimhoudingsplicht heeft, gaat het op dit vlak in de alledaagse praktijk van de samenwerking in sociale wijkteams nogal eens mis. Het is niet bekend hoe ernstig dit probleem is. Eén onderdeel van het samenwerken dat ethische risico's met zich mee brengt - dat wil zeggen: risico's dat er iets ethisch onverantwoords of problematisch gebeurt - wordt gevormd door de multidisciplinaire *casus-overlegbijeenkomsten* die door wijkteams worden belegd. Het onverantwoord vrij geven van tot op de persoon herleidbare informatie over cliënten kan in allerlei werkprocessen ontstaan. Ook in bilaterale contacten tussen professionals onderling en tussen formele en informele hulpverleners kunnen zich die risico's voordoen, maar dat kwam in onze gesprekken minder pregnant naar voren.

Het lijkt van groot belang om de *organisatorische context* van samenwerking zorgvuldig te organiseren. Is die context (nog) niet op orde, dan neemt de kans toe dat er ook bij de vertrouwelijke omgang met gegevens fouten worden gemaakt en ethisch onverantwoorde dingen gedaan worden. Onduidelijkheid over regels en richtlijnen versterkt dit nog.

### **BEROEPSGEHEIM ALS HINDERNIS**

De opvatting dat het beroepsgeheim vooral lastig is, is ook te bespeuren in de sociale wijkteams. Een sociaal werker uit gemeente A merkt op:

*“Ik vind het ook wel lastig. Want soms kan het heel prettig zijn om van een instelling wel iets te weten over iemand die je gaat begeleiden. Terwijl die klant dat zelf echt niet wil. [...]*

*Bijvoorbeeld: ik wil iets van een psychiater weten want ik heb het idee dat deze man psychisch ziek is. Ik wil weten wat er van mij verwacht wordt. Maar de klant weigert dat je contact zoekt. Dat is erg lastig. Soms is het echt noodzakelijk en dan moet je het los-*

*laten.*

*Ik heb een collega gehad die hier nu niet meer werkt. Die walste wel over grenzen heen hoor. Maar die kreeg daarmee wel veel dingen voor elkaar en dat was uiteindelijk wel het beste voor die cliënt.” (A3)*

Een professional wil zijn cliënt goed doen, maar heeft er geen idee van hoe dat voor elkaar te krijgen. De cliënt werkt niet mee en geeft geen toestemming om bij andere hulpverleners informatie over hem op te vragen. Frustrerend en waarschijnlijk herkenbaar voor veel professionals. Zeker voor een hulpverlener die vanuit de ‘traditionele professionaliteitlogica’ werkt (zie het Eerste Luik). Dat het beroepsgeheim lastig gevonden wordt, kan ondertussen ook gepaard gaan met hulpverlenerpaternalisme. De cliënt denkt blijkbaar anders over wat goed voor haar is dan de professional en ‘werkt niet mee’. Het gaat echter wel om haar informatie die de professional wil hebben. Als zoiets gebeurt, is het de vraag of de professional goed genoeg gecommuniceerd heeft met de cliënt over het doel en de noodzaak om bij een ander aanvullende informatie op te vragen.

#### **RESUMEREND**

Het kroonjuweel van de beroepsethiek lijkt in de dynamiek van samenwerkende professionals in het sociale wijkteam lang niet altijd geborgd. Of dit misschien in andere samenwerkingsverbanden van professionals ook het geval is, is niet bekend. Het maakt het signaal er niet minder ernstig om.

### **3.5 Conclusie: welke ethische signalen klinken?**

Het Tweede Luik is het resultaat van een kwalitatief empirisch onderzoek. Door het onderzoek in drie wijkteams hebben we een indruk gekregen wat er speelt.

Welke ethische signalen zijn te beluisteren bij een rondgang langs die wijkteams? We maken, tentatief, de balans op van het Tweede Luik.

- Misschien was een staalboek van morele dilemma’s die samenwerkingpartners tegenkomen in de alledaagse praktijk van het wijkgerichte werken voor zorg en welzijn, te verwachten geweest. De *dilemma’s* en moeilijke morele vragen sprongen bij onze rondgang niet echt in het oog. Mogelijk omdat de sociale wijkteams waar wij op bezoek waren het druk hebben om de ‘boel op de rit’ te krijgen. Aandacht voor ethiek is dan even niet aan de orde: de eigen handelingsproblemen worden ook meestal niet in expliciete taal van moraal verwoord. Dat het op orde krijgen van de samenwerking en organisatie van de sociale wijkteams een door en door ethische onderneming is en dat aandacht voor de ethische dimensie, vanaf het begin, kan bijdragen aan de versterking van de normatieve (gidsende en motiverende) werkingskracht van waarden, normen, idealen en deugden zijn samenwerkingpartners zich dan onvoldoende bewust.

- Ondertussen zijn ze er wel: de lastige morele vragen. Professionals moeten telkens opnieuw afwegen hoeveel beroep ze zullen doen op de draagkracht van burgers, zowel vrijwilligers als mantelzorgers en cliënten. Het is een continu zoeken naar het evenwicht tussen voldoende activerend bejegenen en het waken voor overbelasting van het sociale netwerk en de cliënt zelf. Wat kan de cliënt nog zelf? Hoeveel kan ik overlaten aan de mantelzorger? En wanneer spring ik er zelf toch weer in als professional als directe professionele ondersteuning toch nodig (b)lijkt? Overbelasting schaadt cliënten en burgers, maar als men, omgekeerd, niet voldoende burgers aanzet te vertrouwen op de eigen kracht en die van het sociale netwerk, op onderlinge solidariteit en participatie, wordt het onmogelijk om, ondanks de bezuinigingen, nog een ethisch acceptabel rechtvaardig niveau van zorg en welzijn voor wijkbewoners te bewerkstelligen. Dit soort lastige vragen ontstaat in de normatieve context van de 3D-transitie waarbij aangenomen wordt dat het normatieve mens- en maatschappijbeeld dat in dit grote veranderproces werkzaam is, ethisch te verantwoorden is. Op gemeentelijk niveau zou het opstellen een eigen morele agenda (zie Eerste Luik), in de arena van de lokale democratie, aanleiding kunnen geven tot kritische reflectie op beiden.
- Een ander ethisch signaal is dat het *morele klimaat* dat in de gemeente, in de wijk, en in de sociale wijkteams, heerst belangrijk is. Individueel handelen wordt mede bepaald door collectieve cultuur. In een sociaal wijkteam dat zelfsturend is (Gemeente C) heerst een ander moreel klimaat dan in een meer *top-down* door de gemeente aangestuurd team. Wanneer professionals de ruimte krijgen van leidinggevende en aansturende lokale overheid om zelf te bepalen hoe ze hun werk doen, is dat een blijk van vertrouwen dat het zelfvertrouwen van professionals versterkt. Dit werkt door in hoe zij, met vertrouwen, met elkaar en met andere partners in de wijk samenwerken. In een *positief* moreel klimaat is de kans groter dat de dubbele doelstelling van het wijkgericht werken door goede samenwerking gehaald wordt. Dat ondersteuning, gezondheid en welzijn van kwetsbare burgers gewaarborgd blijft. Samenwerking kan dan als proces functioneren in plaats van als een doel in zichzelf. Een proces dat gevoed wordt door de intrinsieke motivatie voor een gemeenschappelijk goed doel. Een moreel klimaat dat deugt, doet goed. Hoe de lokale overheid het wijkgericht werken aanstuurt heeft een grote ethische impact.
- In dat morele klimaat klinkt misschien wel het belangrijkste ethische signaal, namelijk dat *vertrouwen* zo belangrijk is voor goede samenwerking. Dit vertrouwen speelt door op alle niveaus en relaties in netwerk van samenwerkende leden van het sociaal wijkteam en burgers in de wijk, aansturende overheid.
- Samenwerkende personen en partijen zijn in het proces van samenwerking om het gemeenschappelijk doel te behalen meer of minder *kwetsbaar* en van elkaar *afhankelijk* in de wijk. Die kwetsbaarheid en afhankelijkheid vraagt ter compensatie wederzijds vertrouwen: de attitude waarbij men op de goede wil en competentie van de ander rekent, terwijl men het aan die ander laat of moet laten of deze werkelijk ten goede wil en kan handelen. Vertrouwen is een kostbaar goed. Het kost tijd en



energie om het tot bloei te laten komen, maar het is ook zo kapot gemaakt. Bij gebrek aan onderling vertrouwen tussen de samenwerkingspartners in de wijk kan men samen in een *negatieve spiraal* terecht komen. Dan ontstaat het tegendeel van de win-win situatie die als regulatief ideaal van het samenwerken fungeert. Cliënten komen niet meer tot hun recht, mantelzorgers voelen zich niet erkend, professionals zien de kwaliteit van zorg en welzijn achteruit gaan. Iedereen wordt daar slechter van.

- Een van de belangrijkste beroepsethische plichten om vertrouwen tussen cliënt en professional te waarborgen is de *geheimhoudingsplicht*. De vraag is of het goed gesteld is met privacy, geheimhouding en vertrouwelijkheid bij het wijkgericht werken. Schendingen van de geheimhoudingsplicht zijn een ernstig ethisch signaal dat professionals zich onvoldoende bewust zijn van de waarde van het kroonjuweel van hun beroepsethiek. Multidisciplinaire casusoverleggen kunnen een risico vormen. Kennis over hoe het beroepsgeheim werkt, welke beperkingen, maar ook welke mogelijkheden het biedt om informatie uit te wisselen zijn in principe bekend. Er zijn handreikingen die de uitwisseling van gegevens in samenwerkingsverbanden toelichten.
- Nog een signaal. Wijkgericht samenwerken voor zorg en welzijn illustreert dat een traditionele beroepsethiek die primair reflecteert op de eigen beroepsbeoefening achterhaald is. Echter, met een pleidooi voor inter-professionele beroepsethiek is men er ook nog niet. Wijkgericht werken vergt beroepsethiek *voorbij* inter-professionele ethische reflectie. Er wordt immers door de inter-professionele sociale wijkteams intensief samengewerkt met niet-professionele hulpverleners, met burgers. Een ethiek van samenwerking zal gepaard moeten gaan met een *herijking van professionaliteit*. De nieuwe manier van werken, van zorgen *voor* naar zorgen *dat* impliceert dat professionals verantwoordelijkheden en taken uit handen moeten geven die zij voorheen misschien tot hun beroep rekenden.
- De herverdeling van taken tussen professionals, vrijwilligers, mantelzorgers en cliënten impliceert een herverdeling van lusten, lasten en verantwoordelijkheden, al kan het per gemeente verschillen. Dat kan bij alle partijen tot onzekerheid en wantrouwen leiden. Er staan soms tegenstrijdige waarden op het spel: de *kwaliteit van de zorg* moet gewaarborgd blijven, maar hoe kan een professional daar nog verantwoordelijk voor blijven als een groot deel van die zorg in handen is van niet-professionele mantelzorgers en vrijwilligers? Als *aanstellingen* van professionals op de tocht staan omdat er bezuinigd moet worden, kunnen vrijwilligers concurrenten lijken. Op zorg die men als mantelzorger eerst van harte gaf, wordt nu door de samenleving, gemeentelijke overheid en leden van sociale wijkteams een dringend beroep gedaan.
- Een positief ethisch signaal tot slot. Het is van belang om vanuit ethisch perspectief niet alleen risico's en problemen, maar ook *mogelijkheden* en *kansen* te identificeren. Als er wederzijds vertrouwen en goede wil is, kan bij de samenwerking in de wijk ook veel goeds tot stand komen. Als kwetsbare burgers dichtbij huis geholpen

kunnen worden, werkelijk gehoord worden aan de keukentafel en zich erkend voelen in hun zorgen door professionals die waar dat mogelijk is via een integrale 'gedeprofessionaliseerde' aanpak werken, komen cliënten beter tot hun recht. Wie op zijn zelfredzaamheid wordt aangesproken zonder dat zijn draagkracht overvraagd wordt, behoudt zijn *waardigheid*. Wanneer voorkomen kan worden dat cliënten te snel in specialistische zorg terecht komen en door 'hospitalisering' hulpeloos worden gemaakt, is dat morele winst. Wanneer mantelzorgers met voldoende ondersteuning en toerusting, zonder overvraagd te worden, in goede samenwerking met leden van het wijkteam en vrijwilligers, hun naaste de zorg en ondersteuning kunnen blijven geven die ze hen willen geven, is veel gewonnen. Dan blijft het kunnen geven van mantelzorg een groot en betekenisvol goed, ook voor de mantelzorger zelf.





## 4 Conclusies en actiepunten

Dit laatste hoofdstuk laat zien welke ethische aspecten van samenwerking in en met sociale wijkteams zijn te signaleren nu de transitie van verzorgingsstaat naar verzorgingssteden vorm krijgt. En tot welke overwegingen dit zou kunnen leiden voor beleidsmakers, professionals, onderzoekers en opleiders? Gedetailleerde conclusies van het Tweeluik zijn te vinden op respectievelijk pagina 45 en pagina 77. Dit hoofdstuk geeft een beknopte opsomming van hoofdpunten.

### 4.1 Inzichten

Het samenwerken in de wijk - waarbij vaak sociale wijkteams de hoofdrol spelen - staat in de *context van de overgang van verzorgingsstaat naar verzorgingsstad*. Deze transitie krijgt vorm in de decentralisering van de jeugdzorg, werk en inkomen en de ondersteuning voor ouderen en mensen met beperkingen. Dit signalement concentreert zich vooral op de decentralisering van zorg en welzijn.

Samenwerking in de wijk is een *proces* van gemeenschappelijke afstemming, coördinatie, verdeling en uitvoering van taken, waarbij meerdere personen en partijen betrokken en verantwoordelijk zijn. De betrokken personen zijn onder meer cliënten, burgers, mantelzorgers, vrijwilligers, professionals (leden van sociale wijkteams en daarbuiten), ambtenaren. De betrokken partijen zijn instellingen en organisaties van (jeugd)zorg en welzijn en de lokale overheid. Dit samenwerkingsproces in wijken draagt bij aan een dubbel doel: het bewerkstelligen van efficiënte én goede zorg en welzijn voor burgers in de wijk die dat nodig hebben.

Samenwerking is vaak onontbeerlijk, maar niet altijd goed en geboden. Evenmin spreekt het vanzelf dat ieder er altijd beter van wordt. Samenwerking kan soms meer kosten dan dat het goed doet. Andere waarden, zoals privacy, kunnen onder druk komen te staan door eenzijdige aandacht voor samenwerking.

Achter het doel van het gemeenschappelijk proces van wijkgericht werken en de decentralisatie gaat een normatief mensbeeld en een normatief ideaal van de samenleving schuil. Beide spreken niet vanzelf maar hebben (politiek- en sociaal)ethische veronderstellingen die via ethische reflectie getoetst zouden moeten worden om verantwoord te

kunnen zijn. Het veronderstelde normatieve mens- en samenlevingsbeeld is dat van een zorgzame, solidaire en vrije samenleving van autonome, vrije, zelfredzame en zich zelf managende, maar ook onderling afhankelijke en wezenlijk kwetsbare mensen met hun sociale netwerken die wonen in wijken. Dit beeld bergt een risico in zich. Het veronderstelde normatieve mensbeeld van de cliënt kan ertoe leiden dat de cliënt tot zelfredzaamheid 'veroordeeld' wordt, terwijl deze onvoldoende in de positie is 'zichzelf te redden'. Daarmee wordt hem mogelijk noodzakelijke ondersteuning en hulp onthouden.

De relaties tussen samenwerkingspartners in de wijk worden sterk meebepaald door onderlinge afhankelijkheid, kwetsbaarheid en ongelijkheid in kennis, kunde, vermogen, macht en invloed. Samenwerkende personen hebben uiteenlopende rollen (zoals cliënt, burger, mantelzorger, vrijwilliger, professional, ambtenaar) en uiteenlopende morele beweegredenen (variërend van *commitment* tot contract) en verantwoordelijkheden. Dit kan tot asymmetrische verhoudingen leiden.

Om een ethisch verantwoord middel tot het beoogde doel - van efficiënte én goede zorg en welzijn voor burgers in de wijk die dat nodig hebben - te kunnen zijn, moet samenwerking aan een aantal waarden en normen voldoen. Deze (randvoor)waarden beheren de vaak asymmetrische relaties tussen de hierboven gekenmerkte samenwerkingspartners. Het zijn (onder meer): gelijkwaardigheid, rechtvaardigheid, solidariteit en vertrouwen. De laatste is misschien wel het belangrijkste.

Bij samenwerking in de wijk worden taken en verantwoordelijkheden verdeeld. Het is van belang dat dit rechtvaardig gebeurt. Met de transitie vindt een verschuiving van verantwoordelijkheden, lusten en lasten plaats. Van cliënten wordt meer zelfredzaamheid verwacht, van mantelzorgers en vrijwilligers meer inzet en zorg voor cliënten in de wijk. Professionals moeten minder zorgen voor cliënten, hun ondersteuning meer richten op het stimuleren van de zelfredzaamheid van de cliënt en zorgen *dat* anderen (het sociaal netwerk van cliënten) dat voor hen gaan doen. Welke verdeling van verantwoordelijkheden en lasten eerlijk is moet elke keer opnieuw worden afgewogen in samenhang met ieders draagkracht en vermogen. In dat proces van samenwerken zijn minstens *drie normatieve modaliteiten* werkzaam: samenwerking als ideaal, als imperatief, en als verantwoordelijkheid. Hun onderlinge dynamiek is van belang. Wordt van *commitment* een contract (imperatief) gemaakt dan kan dat het *commitment* (ideaal) ondermijnen. Dit is een risico waarmee rekening gehouden moet worden.

De lokale overheid heeft grote invloed op de werkwijze van de sociale wijkteams door de wijze waarop ze deze regelt. Verder beïnvloedt lokaal overheidsbeleid de verdeling van taken en verantwoordelijkheden, lasten en lusten voor de samenwerkingspartners in de wijk. Het risico bestaat dat gemeenten op een eenzijdig pragmatische, bureaucratistische en/of technocratische manier de sociale wijkteams aansturen. Wanneer ze hun beleid omtrent sociale wijkteams goed uitwerken in een heldere visie, worden ook on-

derliggende waarden explicieter en beter bespreekbaar. Die zou het lokale democratisch draagvlak voor het beleid kunnen versterken. In zulke gevallen hanteren gemeenten een expliciete *morele agenda*.

#### 4.2 Ethische signalen

Bij de opbouw van sociale wijkteams gaat veel aandacht uit naar het op orde brengen van de organisatie. *Voor ethische reflectie is 'nog geen tijd'*, zo lijkt het. Toch zou het goed zijn om vanaf het begin ook aandacht te houden voor de ethische dimensie van het (samen)werken in de wijk. De gidsende, corrigerende en motiverende kracht van waarden en normen kan dan vanaf de start van de activiteiten van sociale wijkteams zijn werk doen. Het belang van ethische reflectie en het gebrek aan tijd ervoor is niet nieuw. De in veel gemeenten relatieve nieuwe werkvorm van sociale wijkteams biedt professionals wel een kans om deze reflectie meteen in werkwijze- en processen mee te nemen.

De lastigste ethische vraag voor professionals in de samenwerking met cliënten, mantelzorgers en vrijwilligers lijkt de vraag of en hoeveel beroep zij kunnen doen op de zelfredzaamheid en draagkracht van cliënten en hun sociaal netwerk zonder hen te overvragen. Telkens opnieuw moet de afweging worden gemaakt hoe recht te doen aan de dubbele doelstelling van het gedecentraliseerde beleid in concrete situaties: de kwaliteit van de zorg voor mensen verbeteren en de kosten beter beheersbaar maken.

Het individuele professionele handelen wordt sterk beïnvloed door het morele klimaat - ofwel: het meer of minder diffuse maar invloedrijke geheel van impliciet en expliciet gehuldigde waarden, normen en idealen - dat in de gemeente, de betrokken organisaties en het sociale wijkteam heerst. Het is zaak dit morele klimaat gezond te houden. Dat stimuleert ethisch verantwoorde samenwerking.

De noodzaak tot samenwerking ontstaat als men wederzijdse afhankelijk is om een gemeenschappelijk doel te behalen: voor zorg en welzijn in de wijk hebben cliënten, mantelzorgers, vrijwilligers, professionals en gemeente elkaar nodig. Om samenwerking te laten slagen zijn wederzijds vertrouwen en *commitment* nodig. Als samenwerking een doel in zichzelf wordt, ondermijnt dat de intrinsieke motivatie ervoor en de efficiëntie ervan.

Professionele geheimhoudingsplicht en het belang van het beschermen van de privacy van cliënten verdienen (meer) aandacht bij de samenwerking in de wijk. Traditionele visies op professionaliteit en beroepsethiek dienen - voor zover dat nog niet gebeurt - herijkt te worden. De professionele *hulpverlenerslogica* moet plaatsmaken voor een *samenwerkingslogica*. Professionaliteit zal meer deliberatief en dialogisch moeten worden geïnterpreteerd. De toegenomen samenwerking tussen professionals maar vooral die tussen professionals en niet-professionals vergt een herbezinning op de uitgangspunten

van beroepsethiek. Eenzijdige focus op het eigen beroep en op professionele besluitvorming en daaruit volgend handelen van professionals dient aangevuld te worden met aandacht voor 'gezamenlijke besluitvorming' (*shared decision making*) en daaruit volgende verdeling van taken en verantwoordelijkheden voor uiteenlopende samenwerkingspartners. Professionals zouden hun vermogen tot kritisch en zelfstandig moreel oordelen moeten versterken als van hen verwacht wordt dat ze maatwerk leveren in een bewust 'ont-regelde' werkomgeving.

De nieuwe manier van werken in zorg en welzijn heeft, ondanks ethische haken en ogen ook *ethische potentie*: de waardigheid van cliënten kan behouden blijven of in ere hersteld worden wanneer ze niet tot hulpeloze kwetsbare burgers gedegradeerd worden. Het vinden van de juiste balans tussen burgers recht doen in en aanspreken op hun zelfredzaamheid en autonomie en hen ondersteunen en helpen waar dat (ethisch gezien) nodig is, vergt praktische wijsheid en oordeelsvermogen.

### 4.3 Actiepunten

Deze inzichten en signalen leiden tot de volgende overwegingen en actiepunten:

#### PROFESSIONALS/ SOCIALE WIJKTEAM

- Ga in de samenwerking met andere professionals en niet-professionals zorgvuldig om met persoonlijke gegevens van cliënten en deel deze niet zonder toestemming van de cliënt met anderen.
- Benut de ruimte (professionele verantwoordelijkheid) om naar eigen oordeel te werken.
- Neem structureel en periodiek moreel beraad op in de werkprocessen van het wijkteam. Dat geeft professionals de gelegenheid ethische kwesties, zoals handelen omtrent zelfredzaamheid te bespreken en het eigen professioneel-morele oordeel te kalibreren. Daarmee vergroot men professionele praktische wijsheid.

#### LOKALE OVERHEID

- Maak de ethische dimensie van de visie op zorg en welzijn in de wijk en het daarachterliggende mens- en samenlevingsbeeld expliciet om zo het lokaal overheidsbeleid beter (ethisch) te verantwoorden en daarmee ook meer democratisch draagvlak te verkrijgen. Dit kan een gezond moreel klimaat versterken en het maakt het dubbele doel van zuinige én zorgzame ondersteuning voor kwetsbare burgers in de wijk bereikbaar.
- Geef professionals voldoende vertrouwen, vrijheid en verantwoordelijkheid om naar eigen (moreel) oordeelsvermogen te kunnen handelen en maakt moreel beraad mogelijke in wijkteams.



#### **OPLEIDINGEN/ BEROEPSORGANISATIES**

- Beroepsorganisaties en onderwijsinstellingen kunnen (toekomstige) professionals die in wijkteams (gaan) werken ondersteunen om de ethische dimensie van hun werk kritisch te beschouwen met praktijkrelevant ethisch onderwijs- en nascholingsaanbod over samenwerking, vertrouwelijkheid en privacy in samenwerkingsverbanden en gezamenlijke besluitvorming.
- Breng handreikingen voor de omgang met het beroepsgeheim in samenwerkingsverbanden breder onder de aandacht van sociale wijkteams.

#### **NADER ONDERZOEK**

- Uit het praktijkonderzoek komen signalen die sterk de indruk geven dat er te weinig bewustzijn is van het belang en de reikwijdte - zowel de beperkingen als de mogelijkheden - van de geheimhoudingsplicht van professionals die samenwerken met elkaar en met mantelzorgers en vrijwilligers. Nader onderzoek kan inzicht geven hoe het werkelijk gesteld is met de manier waarop professionals met de geheimhoudingsplicht omgaan, welke belemmeringen zij ervaren, welke middelen effectief zijn om vertrouwelijkheid te waarborgen en privacy van cliënten en anderen veilig te stellen.
- Onderzoek het perspectief van cliënten en mantelzorgers zodat de ethische aspecten van samenwerking in de wijk breder in beeld komen en een aanvulling geven op het perspectief van professionals en de lokale overheid, zoals beschreven in dit signalement.



## Noten

<sup>1</sup> Helemaal nieuw zijn sociale wijkteams niet. Sommige gemeenten kennen al jaren sociale wijkteams (Oude Vrielink, Van der Kolk en Klok, 2014).

<sup>2</sup> Voor een uitvoerige analyse van de morele doelen van deze Wet, zie Vet 2015, met name p.27-29. “De nieuwe Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 wil de verantwoordelijkheden ordenen die de dagelijkse onderlinge zorg en steun betreffen van (vaak kwetsbare) burgers in het sociale domein. Hiermee geeft de wet uitdrukking aan het nieuwe beleid. De wet gaat hierbij noch uit van collectieve zorgarrangementen waarvoor de staat verantwoordelijk is, noch van een volledig autonome burger. Zowel het uitgangspunt van indirecte solidariteit als de moraliteit van de individuele keuzevrijheid worden in de Wmo 2015 (deels) ingewisseld voor die van onderlinge betrokkenheid en zorgzaamheid. Hiermee heeft het beleid mijns inziens onmiskenbaar een moreel doel en een horizontale oriëntatie. Immers, het nabij brengen van een meer zorgzame samenleving en het beïnvloeden van de morele betrekkingen tussen burgers onderling opdat ‘zij zo veel mogelijk zelf en met steun van naasten de zorg vormgeven’ zijn moreel geladen doelen. Het beleid verbindt haar morele doel met horizontaal georiënteerde zorgzaamheid: onderling, op basis van dagelijkse en praktische kennis, niet-professioneel, dichtbij, betrokken.” (p. 28).

<sup>3</sup> Vergelijk wat Van den Brink schrijft over de morele leegte van de Nederlandse politiek die het steeds moeilijker maakt om geloofwaardig te blijven voor een publiek dat juist steeds meer uitgesproken morele opvattingen heeft.

<sup>4</sup> Voor zover we na hebben kunnen gaan is zo’n ethische begripsanalyse nog niet beschikbaar in de literatuur. In (internationale) ethische literatuur wordt ‘cooperation’ en ‘collaboration’ vaak onderzocht vanuit speltheoretische ethische analyses. Zie echter wel (Tonkens, Broeke, Hoijtink, 2009).

<sup>5</sup> Gemakshalve spreken we in het vervolg voornamelijk van cliënten, ook als we daarmee patiënten bedoelen.

<sup>6</sup> We beschouwen hier ‘ideaal’ als een ‘hoge waarde’ die intrinsiek nastrevenswaardig en nog niet, niet helemaal of nooit helemaal te realiseren is (Rescher 1987).

<sup>7</sup> Eerder omschreven we samenwerking als een *middel* tot een *doel*. Hier wordt samenwerking een *ideaal* genoemd. Dat hoeft niet in tegenspraak te zijn met elkaar. Samenwerking kan als een ideaal middel beschouwd worden om een doel te bereiken.

<sup>8</sup> Een bekend probleem van ongelijke verdeling van lusten en lasten is dat vrouwen nog steeds meer mantelzorg op zich nemen dan mannen (De Boer en Keuzenkamp 2009, De Boer, De Klerk, Merens, ea., 2015).

<sup>9</sup> Verondersteld dat het probleem primair ligt in het gebrek aan samenwerking. Onderdeel van 'samenwerking als mantra' kan ook zijn dat in probleemanalyses monocausaal de oorzaak bij gebrek aan samenwerking gelegd wordt.

<sup>10</sup> Zie recent (KNMG 2014, KNMG, GGZ Nederland, AJN, NIP, NVvP 2014, Nouwt 2014, Stam 2015, Sweers 2014).

<sup>11</sup> Vergelijk in dit verband wat Putters schrijft over het tweede dilemma van de participatie-samenleving: 'moreel appel of bevoogding' en over een "onrealistische en verplicht appèl op vrijwilligheid" (Putters 2013, p. 14-18).

<sup>12</sup> Zie wat de Raad voor het Openbaar Bestuur schrijft: "Als mensen worden gevraagd of zij taken van de overheid willen overnemen, is scepsis het antwoord: we doen al zoveel, of: laat de overheid eerst zelf zijn verantwoordelijkheid nemen! Maar als de vraag alleen luidt of mensen zich willen inzetten voor hun directe leefomgeving, volgt een aanzienlijk positievere reactie: verantwoordelijkheid nemen voor jezelf en je omgeving is volgens de meeste mensen een goede zaak." (Raad voor het openbaar bestuur, 2012: p. 42) (geciteerd door Van der Vet 2015, p. 31-32).

<sup>13</sup> Een term als 'belanghebbende' of het uit management-taal afkomstige 'stakeholder' verhult het verschil tussen deze twee rollen dat in de ethiek juist van belang is. Personen kunnen, vanuit ethisch perspectief, diegenen zijn die *actief zelf handelen* (als handelend subject, actor) of diegenen die *be-handeld* worden, dat wil zeggen: de handelingen van anderen (de actoren) ondervinden. Deze laatste rol is min of meer *passief*. Men is dan 'object of moral concern' of 'moral patiënt'. In de praktijk combineren personen voortdurend deze rollen.

<sup>14</sup> In de ethiek spreekt men wel van het 'problem of many hands': een situatie waarin een collectief redelijkerwijs *verantwoordelijk* gesteld kan worden voor een uitkomst maar geen van de participerende leden van dat collectief *individueel* verantwoordelijk gesteld lijkt te kunnen worden. Dit probleem van verantwoordelijkheidstoedeling kan zich voordoen in ketensamenwerking maar ook in interprofessionele samenwerkingsprocessen (zie recent Poel, Royackers, Zwart 2015).

<sup>15</sup> Zie Sok, Van den Bosch, Goeptar, ea. 2013, p. 33. "Veel organisaties uit de eerste en tweede lijn willen graag participeren in het sociaal wijkteam. Eigenbelang speelt daarbij onvermijdelijk een rol, zoals continuïteit van de eigen organisatie en het willen vasthouden aan de eigen visie, doelstellingen en werkwijzen. Het risico van deze toenaderingen is tweeledig.

Ten eerste wordt het team al snel te groot. En ten tweede worden de werkwijze en afwegingen in het team bedoeld of onbedoeld beïnvloed door ‘domeinbelangen’.

<sup>16</sup> Net als ‘samenwerking’ is ook ‘zelfredzaamheid’ als een ‘thick ethical concept’ te beschouwen. In het werkgebied van zorg en welzijn wordt instrumentarium gebruikt om de mate van zelfredzaamheid van cliënten te scoren. Dit wekt de suggestie dat het een kwestie van feitelijk constateren is in hoeverre iemand zelfredzaam is. Daarmee blijft de impliciete normativiteit (hoe meer zelfredzaam, hoe beter) onbelicht. Zie hierover ook RVZ advies *Redzaam ouder* (bewust is daar niet gekozen voor kwetsbare ouderen(referentie)). Zie voor een uitgesproken argwanende visie op ‘zelfredzaamheid’ den Brabander, 2014a, 2014b. “Dat het begrip populair is (in de zin van gewoon), wil nog niet zeggen dat het daarmee werkelijkheid is geworden en geen rechtvaardiging meer nodig heeft. De overgang van een verzorgingsstaat in een participatiesamenleving is een waardevooronderstelling (*value assumption*) die ongemerkt wordt voorgesteld als een feitelijke beschrijving van onze samenleving. Daardoor wordt de indruk gewekt dat participatiesamenleving een neutraal begrip is dat vanzelfspreekt en geen nadere rechtvaardiging of uitleg nodig heeft. De vanzelfsprekendheid waarmee de participatiesamenleving als panacee wordt opgediend maakt een onbelemmerd spreken en kritiekloze identificatie mogelijk.” (Den Brabander 2014b). Vgl. ook Peeters 2015 en Brink 2013, p. 3.

<sup>17</sup> Zie voor autonomie als *relationele autonomie* (Manschot 1994) en vanuit een ander perspectief (Ghorashi 2012).

<sup>18</sup> Waarbij het nog uit maakt wie dat een groot goed vindt. Dat wat de samenleving waardeert - we “zetten iemand in zijn kracht”, hoeft door een cliënt niet als goed ervaren te worden en omgekeerd.

<sup>19</sup> Zie voor een uitvoerige analyse (Kampen, Verhoeven, Verplanke 2013) en (Tonkens, Wilde, 2013).

<sup>20</sup> Uiteraard betreft het hier een klein deel van de zorg. Nog steeds kan de burger voor zo’n 90% zijn formele recht op zorg claimen bij de overheid.

<sup>21</sup> Zie voor autonomie als *relationele autonomie* (Manschot 1994) en vanuit een ander perspectief (Ghorashi 2012).

<sup>22</sup> De term werd ooit geïntroduceerd door prof. dr. Hattinga Verschure in 1976 (Hattinga Verschure 1981, pp. 114-115).

<sup>23</sup> Zie (Movisie 2013) over de vier rollen die mantelzorgers, vanuit het perspectief van hulpverleners, kunnen hebben: collega, cliënt, naaste, en expert.

<sup>24</sup> Natuurlijk is ‘samen *met* cliënten hun problemen oplossen’ in plaats voor ‘*voor* cliënten hun problemen oplossen’ niet iets dat pas met de nieuwe WMO en het werken in sociale wijkteams geïntroduceerd is. De correctie op de traditionele hulpverlenerslogica is niet van gisteren. Veel professionals werken al lang vanuit de samenwerkingslogica. Nieuw is wel dat deze correctie op hulpverlenerslogica nu vergaand geïstitutionaliseerd wordt.

<sup>25</sup> Aldus Jan Kremer tijdens de conferentie *De moraal van digitaal* op 9 november 2015, Catharina ziekenhuis, Eindhoven over de arts - patiënt relatie.

<sup>26</sup> Maar gemeenten hebben bijvoorbeeld geen zeggenschap over huisartsen, wijkverpleegkundigen en politiemensen.

<sup>27</sup> Zie (Van der Vet 2015, p. 38) “De meeste adviezen en analyses richten zich wel op de veranderende rol en verantwoordelijkheden van de overheid, maar benoemen niet *de morele opgaven van de lokale overheid*. Dit is daarom ook zo opvallend omdat de gemeenten bij de beleidsontwikkeling en -uitvoering op het gebied van zorg en welzijn en de inrichting van het nieuwe bestel toch een met forse machtsmiddelen beklede rol krijgen, waar tal van morele en normatieve elementen aan verbonden zijn. De kennis- en adviesinstituten zien de Wmo-operatie volgens mij ten onrechte te veel als ‘moreel neutraal’ (curs. JJK).

<sup>28</sup> Vergelijk (Tonkens e.a. 2009, p. 121) waar opgemerkt wordt dat vooral ‘assertieve mondige burgers met een januskop’, ofwel ‘de mondige, witte, hoger opgeleide, bureaucratisch competente burgers’ in staat blijken als mantelzorger in succesvolle (gemengde) zorgnetwerken te functioneren. “Maar juist degenen die de verzorgingsstaat nog echt nodig hebben, krijgen er nog slechts de kruimels van. Juist daar doen zich de schrijnende toestanden voor van mensen die in hun eigen vuil blijven liggen en in eenzaamheid verkommeren en mantelzorgers die overbelast raken.”

<sup>29</sup> Anders, ‘minder’ is het goede woord niet. Daarmee zou men de intrinsieke motivatie en oprechte betrokkenheid van vrijwilligers onrecht doen.

<sup>30</sup> Zie De Boer, De Klerk, 2013, p. 11 “Hoewel informele zorg vaak als synoniem van mantelzorg wordt gebruikt, vatten we het hier op als een combinatie van mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg en daarmee als tegenhanger van professionele zorg. Mantelzorg wordt omschreven als ‘de zorg die wordt gegeven aan een hulpbehoevende door iemand uit diens directe omgeving’ (Oudijk ea. 2010: 2). Het kan zowel gaan om de zorg aan huisgenoten als aan niet-huisgenoten en om intensieve of minder intensieve hulp, maar het gaat altijd om de zorg voor iemand met gezondheidsproblemen, dus bijvoorbeeld niet om klussen, oppassen of de alledaagse zorg voor een gezond kind. In deze notitie richten we ons niet alleen op persoonlijke verzorging of huishoudelijke hulp, maar ook op begeleidende taken. Bij vrijwilligerswerk in de zorg gaat het om ‘vrijwilligers die onbetaald en onverplicht werkzaamheden

verrichten in georganiseerd verband voor anderen die zorg en ondersteuning nodig hebben en met wie ze - bij de start - geen persoonlijke relatie hebben.” (Scholten 2011: 4). Dit laatste is een belangrijk verschil met mantelzorg. In de praktijk is een ander verschil dat je voor vrijwilligerswerk kiest en er ook voor kan kiezen voor een afgebakende periode vrijwilliger te zijn, terwijl mantelzorg vaak iets is waar je inrolt als er een beroep op je wordt gedaan en dat vaak langdurig blijft doen (Touwen ea. 2013).” (referentie, zie ook RVZ-adviezen en CEG-publicaties).

<sup>31</sup> Enkele leden van projectteam voerden het praktijkonderzoek uit, zie bijlage 2 verantwoording voorbereiding. Het hele projectteam besprak de resultaten. Om die reden spreken we in het vervolg over ‘we’ als het betrekking heeft op bevindingen uit het praktijkonderzoek.

<sup>32</sup> Zie (Hilhorst, Van der Lans 2015, p. 22). “Tegelijkertijd is er het verhaal van professionals die moeten terugtreden. Professionals die minder moeten pampieren. Ze moeten minder zelf doen en meer aan mensen overlaten. Dit is het verhaal waarin professionals iets moeten afleren. Er wordt zelfs gesproken over deprofessionaliseren.” Zie ook Trappenburgs pleidooi voor bescheiden professionaliteit (Trappenburg 2014) maar ook voor een bepaalde vorm van deprofessionalisering (Trappenburg 2015). Het begrip ‘deprofessionalisering’ blijkt in de huidige discussie meerdere betekenissen te hebben (Spierts 2015).

<sup>33</sup> De aanname dat professionals het *monopolie op kwaliteit van bekommernis* zouden hebben wordt steeds meer betwistbaar geacht. (De Boer, Van der Lans 2013, p. 51-52) Niet alleen voor professionals die een relatief zwakke beroepsidentiteit hebben (sociale professionals worden in dit verband vaak genoemd) (vgl. Trappenburg 2014) maar zelfs voor ‘sterke’ traditionele professies als de medische. “Steeds duidelijker wordt zelfs voor de medische sector dat ‘de’ kwaliteit mede afhangt van in hoeverre de patiënt het gevoel heeft de spil te blijven van zijn of haar eigen leven.” (De Boer, Van der Lans 2013, p. 52). Vgl. ook de discussie, opgeslagen in (“Dossier - Kennis voor de sociaal werker”, z.d.).





# Literatuur

- Arum S. van, Schoorl R. Sociale wijkteams in (voeg)vlucht. State of the Art najaar 2014. Utrecht: Movisie, 2015.
- Baeten P., Janssen L. Spelregels voor samenwerkingsverbanden huiselijk geweld. NIZW, 2003.
- Baeten P., Janssen L. Samenwerking en beroepsgeheim: juridische mogelijkheden voor het uitwisselen van gegevens bij de aanpak van huiselijk geweld (4e ed.). Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut, 2007.
- Baier A. Trust and Antitrust, 1986. *Ethics* 96(2): 231-260.
- Beun M., Verhage-Van Kooten M. (red.). Geheimhouding & Privacy. Een handreiking voor maatschappelijk werkers (herziene uitgave). Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Maatschappelijk Werkers, 2012.
- Boer A. de, Klerk M. de. Informele zorg in Nederland. Een literatuurstudie naar mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2013.
- Boer A. de, Klerk M. de, Merens J.G. e.a. Vrouwen, mannen en de hulp aan (schoon) ouders. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2015.
- Boer A. de, Keuzenkamp S. Vrouwen, mannen en mantelzorg. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2009.
- Boer N. de. Gezondheidsraad maakt van sociaal domein onderonsje voor beroepskrachten. *Sociale Vraagstukken* 2014, 6 oktober.
- Boer N. de, Lans J. van der. Burgerkracht in de wijk. Sociale wijkteams en de lokalisering van de verzorgingstaat. Platform 31 in opdracht van ministerie VWS en BZK, 2013.
- Brabander, R. den. Wie wil er nu niet zelfredzaam zijn? De mythe van zelfredzaamheid. Antwerpen-Apeldoorn: Galant, 2014a.
- Brabander R. den. De mythe van zelfredzaamheid ontmaskerd [discussieplatform wetenschappers - sociale kwesties] 2014b, 10 mei.
- Brink C. Zelfregie, eigen kracht, zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid. De begrippen ontward. Utrecht: Movisie, 2013.
- Brink G. van den. Waarom morele vragen politiek urgent worden. Een bijdrage vanuit de maatschappelijke bestuurskunde. Amsterdam: Boom, 2015.
- Brink G.J.M. van den. Overheid, waar zijn uw morele waarden? *NRC-Handelsblad*, 28 november 2015.
- Cullen J. B., Victor B., Stephens C. An ethical weather report: Assessing the organization's ethical climate. *Organizational Dynamics*, 1989: 18(2), 50-62.

- Dossier - Kennis voor de sociaal werker. (z.d.). Sociale Vraagstukken. Geraadpleegd van <http://www.sociale-vraagstukken.nl/site/dossiers/kennis-voor-de-sociaal-werker/>.
- Dronkers P., Vosman F. Mantelzorg en burgerplicht? Waarom een zorgzame samenleving om een zorgzame overheid vraagt - NVBe Pre-advies. Utrecht: NVBe, 2016.
- Ghorashi H. Crisis brengt meer dan misère, 8 oktober 2012.
- Hammelburg R., Lubbers W.J., Nauta A.P. Veranderende samenwerking in de zorg. Bohn Stafleu van Loghum, 2014.
- Hattinga Verschure J.C.M. Het verschijnsel zorg: een inleiding tot de zorgkunde (2e ed.). Lochem enz.: Tijdstroom, 1981.
- Hilhorst P., Lans J. van der. De dubbele revolutie van sociale wijkteams. De Groene Amsterdammer, 11 december 2014.
- Hilhorst P., Lans J. van der. Nabij is beter. Essays over de beloften van de drie grote decentralisaties. Den Haag: Kwaliteitsinstituut Nederlandse Gemeente; VNG, 2015.
- Janssen L. De Kleine Gids. Omgaan met privacy en beroepsgeheim in het sociale domein 2015. Deventer: Kluwer, 2015.
- Kampen T., Verhoeven I., Verplanke L.H. (red.). De affectieve burger: hoe de overheid verleidt en verplicht tot zorgzaamheid. Amsterdam: Van Gennep, 2013.
- Keinemans S., Kloppenburg R., E. de Jonge. Professionals in wijkteams moeten zich moreel beraden. Sociale Vraagstukken, 28 januari 2015.
- Klein Hegeman P., Kuperus M. (2004). Een verkenning van het begrip vrijwilligerswerk. VIO (Vrijwillige inzet Onderzocht, 1(2), 17-26.
- Klerk M. de, Boer A. de, Plaisier I. e.a. Sociaal en Cultureel Planbureau, ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Informele hulp: wie doet er wat?: omvang, aard en kenmerken van mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg en ondersteuning in 2014. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2015.
- KNMG. Beroepsgeheim in samenwerkingsverbanden: wat mag een arts delen? 17 december 2014.
- KNMG, GGZ Nederland, AJN, NIP en NVvP. Het beroepsgeheim in samenwerkingsverbanden. Een wegwijzer voor zorgprofessionals, 2014.
- KNMG. Geraadpleegd van <http://knmg.artsennet.nl/Nieuws/Overzicht-nieuws/Nieuwsbericht/147782/Beroepsgeheim-in-samenwerkingsverbanden-wat-mag-een-arts-delen.htm>.
- Kole J.J. Woorden met waarde. Kernbegrippen bij de aanpak van kindermishandeling. Essay in opdracht van het ministerie van VWS. Bijlage bij Kamerstuk 33750-XVI nr. 80. Den Haag: Ministerie van VWS, 2013.
- Kraaijeveld K. Bestuurders, beleidsmakers en burgers: stel vragen bij de mantra 'samenwerking' - column Vrij Nederland. Vrij Nederland, jaargang 7(4), 23 januari 2014.
- Kruiter A.J., Jong J. de, Niel, J. ea. De rotonde van Hamed: maatwerk voor mensen met meerdere problemen. Leiden - Campus Den Haag: Nicis Institute, 2008.
- Kunneman H. Postmoderne moraliteit. Amsterdam: Boom, 1998.

- Lans, J. van der. Koning Burger. Amsterdam: Augustus, 2005.
- Linders L. De betekenis van nabijheid. Een onderzoek naar informele zorg in een volksbuurt. Den Haag: Sdu, 2010.
- Linders L., Feringa D. (red.). De kunst van het laten: doe-het-zelf-zorg en rolverwarring in tijden van transitie. Utrecht: Movisie - Wmo-werkplaatsen, 2014.
- Manschot H. Kwetsbare autonomie: over afhankelijkheid en onafhankelijkheid in de ethiek van de zorg. In H. Manschot, M. Verkerk (red.). Ethiek van de zorg. Een discussie (pp. 97-119). Amsterdam: Boom, 1994.
- Ministerie van VWS. Factsheet Medisch beroepsgeheim - Rapport - Rijksoverheid.nl [rapport], 30 juni 2015.
- Ministerie van VWS, directie Maatschappelijke Ondersteuning. Naast en met elkaar. Brief over de relatie tussen informele en formele zorg - aan Tweede Kamer, 27 oktober 2009.
- Minister VWS. Kamerbrief over medisch beroepsgeheim - motie 254 (Van der Staay cs), Pub. L. No. 840030-141510-MEVA, 2015.
- Morée M., Zee B. van der, Struijs A.J. Formalisering van informele zorg. Over de rol van 'gebruikelijke zorg' bij toekenning van professionele zorg. Centrum Ethiek en Gezondheid - RVZ, 2007.
- Movisie. Samenspel tussen formele en informele zorg. Utrecht: Movisie, 2013.
- Movisie. Geraadpleegd van [http://www.nji.nl/nl/\(322206\)-samenwerkenindewijk.pdf](http://www.nji.nl/nl/(322206)-samenwerkenindewijk.pdf).
- Nederlands Jeugdinstuut. Samenwerking en beroepsgeheim. Juridische mogelijkheden voor het uitwisselen van gegevens bij de aanpak van huiselijk geweld (4e druk). Utrecht: NJI, 2007.
- Nitsche B., Scholten C., Elfving M., ea. Een sterke band. Instrumenten voor mantelzorg- en familiebetrokkenheid in kleinschalige woonvormen voor mensen met dementie, pilots in de provincie Utrecht. Utrecht: Vilans/Kennispraktijk, 2011.
- Nouwt S. Gemeentezorg en privacyzorgen. Nederlands Juristenblad, (42), 2993-2997, 2014.
- Oude Vrielink M., Kolk H. van der, Klok P.-J. De vormgeving van sociale (wijk) teams: inrichting, organisatie en vraagstukken. Twente: Platform 31/BMC-advies, 2014.
- Palmboom G., Pols J. Wat beziet de mantelzorger? Den Haag: Nicis Institute, 2008.
- Peeters P.-H. 'Zelfredzaamheid lijkt een bevel uit Den Haag', 31 augustus 2015.
- Peters A. Kantelen naar informele zorg. Samenwerken met mantelzorgers, vrijwilligers en buurtgenoten. Movisie en Vilans, 2014.
- Ploem M.C., Dute J.C.J. Handreiking 'Gegevensuitwisseling in het kader van bemoeizorg' onder de juridische loep, 2005. Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, 29, 403-408.
- Poel I. van de, Royakkers L., Zwart, S.D. Moral Responsibility and the Problem of Many Hands. Routledge, 2015.
- Putters, K. De verzorgingsstad. Tussen verzorgingsstaat en participatiesamenleving. 15e Wibautlezing. Gepresenteerd bij Festival van het Binnenlands Bestuur - Utrecht, Amsterdam: Centrum voor Lokaal Bestuur, 2013.

- Raad voor het openbaar bestuur. (2012). Loslaten in vertrouwen. Naar een nieuwe verhouding tussen overheid, markt, en samenleving. Den Haag: Rob, 2012.
- Rescher N. Ethical idealism. An inquiry into the nature and function of ideals. Berkeley: University of California Press, 1987.
- Rijsdijk L.E., Hofhuis J., Den L. ten, ea. Een internationale verkenning naar succesfactoren bij interdisciplinair samenwerken in socialewijkteams. Zwolle: Lectoraat Sociale Innovatie en verscheidenheid - Hogeschool Windesheim, 2015.
- RVZ Het belang van wederkerigheid ... solidariteit gaat niet vanzelf! Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2013.
- Sok K., Bosch A. van den, Goepart H., ea. Samenwerken in de wijk (Sociaal Werk in de Wijk (SWW)), 2013.
- Spierts M. Sociale professionals in 2020: een toekomstagenda. Sociale Vraagstukken, 11 februari 2015.
- Stam C. Huisartsen bezorgd om functioneren wijkteams, 29 september 2015.
- Steenbergen F. van, Wittmayer J. Wijksteams als heilige graal? Zes aandachtspunten voor gemeenten in transitie. (No. E 2014.01). Erasmus Universiteit Rotterdam: Drift - Dutch Research Institute for Transitions, 2014.
- Sweers A. 'Gemeenten vinden beroepsgeheim ouderwets', 23 oktober 2014.
- Tonkens E. Vijf misvattingen over de participatiesamenleving, april 2014. Afscheidscollege 1 mei 2014, Universiteit van Amsterdam.
- Tonkens E., Broeke J. van den, Hoijtink M. Op zoek naar weerkaatst plezier. Samenwerking tussen mantelzorgers, vrijwilligers, professionals en cliënten in de multiculturele stad. Amsterdam: Pall Publications: Amsterdam University Press, 2009.
- Tonkens E., Wilde M. de (red.). Als meedoen pijn doet: Affectief burgerschap in de wijk. Amsterdam: Van Genneep, 2013.
- Trappenburg M. Bescheiden professionals. Over evidence based werken buiten de cure. Den Haag: Centrum voor Ethiek en Gezondheid, 2014.
- Trappenburg M. (2015). Professionaliseren of deprofessionaliseren. Gepresenteerd bij LOO MDW Symposium - De toekomst van beroep en opleiding maatschappelijk werk, 2015.
- Vet E. van der Lokale staat van zorg: De morele betekenis van vrijwilligerszorg voor de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015. Delft: Eburon, 2015.
- Victor B., Cullen, J.B. The Organizational Bases of Ethical Work Climates, 1988. Administrative Science Quarterly, 33(1), 101-125.
- Vidaver-Cohen D. Creating ethical work climates: A socioeconomic perspective, 1995. Journal of Socio-Economics, 24(2), 317-343.
- Vilans. Factsheet Gezamenlijke Besluitvorming. Vilans - Zorg voor Beter, 2013.
- Vorstenbosch, J. Zorg: een filosofische analyse. Amsterdam: Nieuwezijds, 2005.
- Wijsgerig Perspectief 01 - 2015 - Themanummer: Zorgplicht? Wijsgerig Perspectief, 1(55).
- Williams B. Ethics and the limits of philosophy. London: Fontana, 1985.

# Bijlage 1

## **Samenstelling Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS)**

### **VOORZITTER**

- Prof. dr. P.L. Meurs

### **LEDEN**

- Mr. A.M. van Blerck-Woerdman (tot 1 januari 2016)
- Dr. ir. D.A.J. Dohmen
- Prof. dr. P.H.A. Frissen (tot 1 januari 2016)
- Prof. dr. J.A.M. Kremer
- Dr. C.B. Leerink
- Drs. J.G. Manshanden, MPA
- Dr. L.H.J. Noordegraaf-Eelens (vanaf 1 januari 2016)
- G. Prins
- Prof. dr. D.L. Willems
- Prof. dr. L.H.L. Winter (vanaf 1 januari 2016)

### **DIRECTEUR/ALGEMEEN SECRETARIS**

- Mr. drs. T.F.M. Hooghiemstra (tot 1 maart 2016)
- Drs. L.W.B. Donners, (a.i., vanaf 1 maart 2016)

## **Samenstelling Forum van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG/RVZ)**

Het Forum was (tot 1 april 2015) ingesteld ter ondersteuning van de signaleringstaak van het CEG/RVZ.

### **LEDEN**

- Prof. dr. H.J.J.M. Berden, hoogleraar ziekenhuisbeleid Universiteit van Tilburg, arts en bedrijfskundige, lid Raad van Bestuur St. Elisabeth Ziekenhuis Tilburg
- Dr. M. Boenink, universitair docent filosofie en ethiek van biomedische technologie, Universiteit Twente, Enschede

- Drs. M.J.M.H. Boonen, leidinggevend verpleegkundige St. Elisabeth ziekenhuis, Tilburg
- Prof. dr. D.P. Engberts, hoogleraar ethiek en recht van de gezondheidszorg, LUMC, Leiden
- Drs. J.W.M.W. Gijzen, directievoorzitter divisie Zorg, CZ Zorgverzekerings-bedrijf, Tilburg
- Prof. dr. G. Glas, psychiater, Zwolse Poort en bijzonder hoogleraar Dooyeweerd leerstoel, Vrije Universiteit, Amsterdam
- Dr. M. van den Hoven, universitair docent ethiek, Ethiek Instituut, Utrecht
- Dr. J.C.M. Lavrijsen, specialist ouderengeneeskunde en senior onderzoeker, UMC St. Radboud, Nijmegen
- Dr. A.C. Molewijk, programmaleider Moreel Beraad, VUMC, Amsterdam
- Mr. A.W. Ouwehand, lid Raad van Bestuur Argos Zorggroep, Schiedam
- Prof. dr. A.J. Pols, bijzonder hoogleraar Social theory, humanism and materialities en onderzoeker ouderenzorg/psychiatrie/medische technologie, AMC/UvA, Amsterdam
- E. Ph. M. Otjens, vertegenwoordigt het patiëntenperspectief, Utrecht (tot 1 juni 2014)
- Drs. J. van Vuuren-de Jong, gedeeld Forumlidmaatschap met drs. J.W.M.W. Gijzen, CZ Zorgverzekeringsbedrijf, Tilburg
- Dr. A.A.E. Wagenaar, mantelzorger en werkzaam bij afdeling Orthopedagogiek, Faculteit der Maatschappij- en Gedragwetenschappen, UvA. Gespecialiseerd in (normale en gestoorde) taalontwikkeling en kinder- en jeugdpsychiatrie.

#### **DEELNEMERS FORUM VANUIT DE RVZ**

- Prof. dr. D.L. Willems, hoogleraar medische ethiek, AMC, Amsterdam, lid RVZ en voorzitter Forum
- Prof. dr. D.D.M. Braat, hoogleraar obstetrie en gynaecologie, UMC St. Radboud, Nijmegen, tevens vicevoorzitter RVZ en vicevoorzitter Forum

#### **Samenstelling CEG Commissie**

De CEG Commissie is vanaf 24 november 2015 geïnstalleerd voor de signaleringstaak van het CEG.

- Prof. dr. D.L. Willems, hoogleraar medische ethiek, AMC, Amsterdam, voorzitter
- Prof. dr. M.H.N. Schermer, bijzonder hoogleraar Filosofie van de geneeskunde en de maakbaarheid van de mens, Erasmus MC, Rotterdam, vicevoorzitter
- Prof. dr. G. A. den Hartogh, bijzonder hoogleraar Medische ethiek, Universiteit Amsterdam
- Prof. mr. A.C. Hendriks, Nederlands recht & politieke wetenschappen, KNMG, Utrecht

- Prof. dr. K. Horstman, hoogleraar Filosofie van de Publieke Gezondheidszorg, Universiteit Maastricht
- Prof. dr. C. Leget, hoogleraar Zorgethiek, Universiteit voor Humanistiek Utrecht
- P. Lips, huisarts en Mphil, Landelijke Huisartsen Vereniging
- Mr. A.W. Ouwehand, bestuurder van Beweging 3.0
- Prof. dr. I.A.M. Robeyns, hoogleraar Ethiek van instituties, Universiteit Utrecht
- Dr. G.J.M.W. van Thiel, UD Medische Ethiek, UMC Utrecht
- Prof. dr. ir. P.P. Verbeek, hoogleraar Filosofie van Mens en Techniek en co-director van het DesignLab, Universiteit Twente
- Dr. A.A.E. Wagenaar, afd. Orthopedagogiek, Universiteit van Amsterdam





# Bijlage 2

## **Verantwoording voorbereiding signalement**

### **AUTEUR SIGNALEMENT**

- Dr. J.J Kole, universitair docent beroepsethiek in de gezondheidszorg  
IQ healthcare – Radboudumc

### **VERANTWOORDELIJKE RAADSLEDEN RVS**

- Prof. dr. D.L. Willems
- Mr. A.M. van Blerck-Woerdman (tot 1 januari 2016)
- Drs. J. Manshanden, MPA

### **PROJECTTEAM**

- Dr. A.J. Struijs, projectcoördinator en eindredacteur
- Dr. J.J Kole, (externe) onderzoeker en auteur
- Dr. B. van der Zee, freelance onderzoeker, interviews praktijkonderzoek
- A. Scheepers, BA, stagiaire, interviews praktijkdeskundigen (tot 1 juli 2015)
- L. Romein, projectondersteuner

### **INTERNE LEESCOMMISSIE**

- Dr. D. de Rooter, senior adviseur Raad voor Volksgezondheid en Samenleving
- Drs. A. den Hoed, senior adviseur Raad voor Volksgezondheid en Samenleving

### **EXTERNE LEESCOMMISSIE**

- Dr. L. Linders, Lector Beroepsinnovatie Social Work, Fontys Hogeschool, Social Studies
- Dr. L. van Doorn, Lector Innovatieve Maatschappelijke Dienstverlening, Hogeschool Utrecht, Faculteit Maatschappij en Recht
- Dr. M.J. Oude Vrielink, senior onderzoeker in de vakgroep Public Management van de Universiteit Twente
- Mr. Lydia Janssen, zelfstandig adviseur en opleider gespecialiseerd in recht en (jeugd)zorg

- Dr. M. van den Hoven, Universitair docent Master Applied Ethics en professionele ethiek, Ethiek Instituut/Universiteit Utrecht

#### **GERAADPLEEGDE EXTERNE EXPERTS**

- J. Bakker, manager processen, Buurtteam Organisatie Sociaal Utrecht
- H. Breebaart, verpleegkundige, VUMC en Msc sociologie, Amsterdam
- Dr. B. Cusveller, Lectoraat Verpleegkundige Beroepsethiek, Christelijke Hogeschool Ede
- Dr. H. van Dartel, ethicus en (niet praktiserend) verpleegkundige, als gastmedewerker verbonden aan het LUMC, Leiden en het Radboud UMC, Nijmegen
- Dr. D. van Dijk, Expertisecentrum Sociaal Domein, Vereniging van Nederlandse Gemeenten, Den Haag
- Dr. D. Graas, freelance onderzoeker, o.a. voor Buurtzorg Jong
- Drs. I. Horstik, ontwikkelaar Wijkteams, Gemeente Utrecht
- Dr. M. van den Hoven, universitair docent Master Applied Ethics en professionele ethiek, Ethiek Instituut/Universiteit Utrecht
- V. de Jong, coördinator Sociaal Wijkteam, Leiden
- Drs. H. Keus, projectleider Beter Samen in Noord, Amsterdam
- Dr. E.A.H.M. Linders, Lector Beroepsinnovatie Social Work, Fontys Hogeschool, Social Studies, Eindhoven
- A. Martens, manager GGD Hollands Midden/Steunpunt Huiselijk Geweld, Leiden
- Dr. M.J. Oude Vrielink, senior onderzoeker in de vakgroep Public Management van de Universiteit Twente
- Dr. L. Smeets, freelance onderzoeker, beleidsadviseur T&S, Leiden
- F. Smulders, teamcoach, Wijkteam Binnenstad Utrecht
- Drs. M. Terpstra, programmamanager Participatie, Movisie, Utrecht
- Prof. dr. E.H. Tonkens, hoogleraar Burgerparticipatie, Universiteit Humanistiek, Utrecht
- Drs. G. van der Velde, Vereniging van Nederlandse Gemeenten, Den Haag
- Prof. dr. F. Vosman, hoogleraar Zorgethiek, Universiteit Humanistiek, Utrecht
- M. Waling-Huijsen, verpleegkundige en directeur Met Waarden Helen, De Zilk
- R. Walles, Gemeente Lopik
- Drs. J. de Witte, adviseur ethiek, Vereniging van Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland, Utrecht
- Dr. Boukje van der Zee, ethicus en freelance onderzoeker, Amsterdam

Met dank aan alle medewerkers van en rondom de drie wijkteams die hun medewerking verleenden door het geven van een interview en die wegens anonimiteit niet met naam genoemd kunnen worden.

## **Concept versies en vaststelling signalement**

### **FORUM VAN HET CEG**

Plan van aanpak, 1<sup>e</sup> concept: 22 januari 2015

Plan van aanpak, 2<sup>e</sup> concept: 26 maart 2015

### **RAADSVERGADERINGEN**

Stand van zaken na brainstormbijeenkomsten: 16 oktober 2014

Plan van aanpak, vastgesteld: 12 maart 2015

Concept signalement, ter kennisname: 10 december 2015

### **CEG COMMISSIE**

Laatste concept signalement besproken: 24 november 2015

### **CEG PRESIDIUM**

Laatste concept signalement besproken: 16 februari 2016

Vastgesteld: 29 april 2016

## **Overigen bijeenkomsten**

### **BRAINSTORMSESSIE OVER INTEGRALE ZORG EN INTER-PROFESSIONELE ETHIEK**

Op 27 augustus 2014 vond een eerste brainstormsessie plaats met een aantal externe deskundigen, ethici en praktijkdeskundigen, met als doel het thema nader te verkennen om tot een focus en afbakening te komen.

### **BRAINSTORMSESSIE OVER INTEGRALE ZORG EN INTER-PROFESSIONELE ETHIEK MET ETHICI**

Op 8 december 2014 vond de tweede brainstormsessie plaats als voorbereiding op het schrijven van het Plan van Aanpak.



# Bijlage 3

## Publicaties CEG

### Signalementen

#### **SIGNALERING ETHIEK EN GEZONDHEID 2016**

- Samen zorgen in de wijk
- Integriteit in zorgorganisaties: perspectieven van bestuurders

#### **SIGNALERING ETHIEK EN GEZONDHEID 2015**

- Wensgeneeskunde

#### **SIGNALERING ETHIEK EN GEZONDHEID 2014**

##### *Raad voor de Volksgezondheid en Zorg*

- Wanneer samen beslissen niet vanzelf spreekt: Reflecties van patiënten en artsen over gezamenlijke besluitvorming
- Leefstijlbeïnvloeding: tussen betuttelen en verwaarlozen

#### **SIGNALERING ETHIEK EN GEZONDHEID 2013**

##### *Raad voor de Volksgezondheid en Zorg*

- Leefstijldifferentiatie in de zorgverzekering. Een overzicht van ethische argumenten

#### **SIGNALERING ETHIEK EN GEZONDHEID 2012**

##### *Raad voor de Volksgezondheid en Zorg*

- Rechtvaardige selectie bij een pandemie
- De mens centraal? Ethische dilemma's bij gezondheidsbeleid met goede zorg voor dier en natuur

##### *Gezondheidsraad/Raad voor de Volksgezondheid en Zorg*

- Toekomstverkenning Ethiek en Gezondheid

#### **SIGNALERING ETHIEK EN GEZONDHEID 2011**

##### *Gezondheidsraad*

- Laaggeletterdheid te lijf (briefadvies)
- Gezondheidsraad/Raad voor de Volksgezondheid en Zorg*
- Genetische aanleg en registratie van etniciteit/studie CEG, 2011 (briefadvies)

#### **SIGNALERING ETHIEK EN GEZONDHEID 2010**

##### *Raad voor de Volksgezondheid en Zorg*

- Ver weg en toch dichtbij? Ethische overwegingen bij zorg op afstand

##### *Gezondheidsraad*

- Het 'duizend dollar genoom': een ethische verkenning

#### **SIGNALERING ETHIEK EN GEZONDHEID 2009**

##### *Raad voor de Volksgezondheid en Zorg*

- Dilemma's van verpleegkundigen en verzorgenden
- Met de camera aan het ziekbed. Morele overwegingen bij gezondheidszorg op televisie

##### *Gezondheidsraad*

- Wie betaalt, bepaalt? Over financiering en het ontwikkelen van medische kennis
- Zorg voor het ongeboren kind. Ethische en juridische aspecten van foetale therapie

#### **SIGNALERING ETHIEK EN GEZONDHEID 2008**

##### *Raad voor de Volksgezondheid en Zorg*

- Dilemma's op de drempel. Signaleren en ingrijpen van professionals in opvoedingssituaties
- Afscheid van de vrijblijvendheid. Beslissystemen voor orgaandonatie in ethisch perspectief

#### **SIGNALERING ETHIEK EN GEZONDHEID 2007**

##### *Raad voor de Volksgezondheid en Zorg*

- Passend bewijs. Ethische vragen bij het gebruik van *evidence* in het zorgbeleid
- Financiële stimulering van orgaandonatie
- Formalisering van informele zorg. Over de rol van 'gebruikelijke zorg' bij toekenning van professionele zorg

##### *Gezondheidsraad*

- Overwegingen bij het beëindigen van het leven van pasgeborenen

## **SIGNALERING ETHIEK EN GEZONDHEID 2006**

### *Gezondheidsraad*

- Testen van bloeddonors op variant Creutzfeldt-Jakob?

### *Gezondheidsraad/Raad voor de Volksgezondheid en Zorg*

- Vertrouwen in verantwoorde zorg? Effecten van en morele vragen bij het gebruik van prestatie-indicatoren

## **SIGNALERING ETHIEK EN GEZONDHEID 2005**

### *Gezondheidsraad*

- Embryonale stamcellen zonder morele pijn?
- Ethische aspecten van kostenutiliteitsanalyse
- Nu met extra bacteriën! Voedingsmiddelen met gezondheidsclaims

### *Gezondheidsraad/Raad voor de Volksgezondheid en Zorg*

- Opsporing verzocht? Screening in de huisartspraktijk

### *Raad voor de Volksgezondheid en Zorg*

- Zorgverlener en opsporingsambtenaar?
- Ethiek in zorginstellingen en zorgopleidingen

## **SIGNALERING ETHIEK EN GEZONDHEID 2004**

### *Gezondheidsraad*

- 'Vruchtbaarheidsverzekering': medische en niet-medische redenen
- Terminale sedatie
- Bestrijdingsmiddelen, cosmetica, verf: de bescherming van proefpersonen in blootstellingsonderzoek
- Geavanceerde thuiszorgtechnologie: morele vragen bij een ethisch ideaal

### *Raad voor de Volksgezondheid en Zorg*

- Intermezzo
- Geavanceerde thuiszorgtechnologie: morele vragen bij een nieuwe zorgpraktijk
- Mantelzorg, kostenbeheersing en eigen verantwoordelijkheid
- Economisering van zorg en beroepsethiek

## **SIGNALERING ETHIEK EN GEZONDHEID 2003**

### *Raad voor de Volksgezondheid en Zorg*

- Eisend gedrag en agressie van zorgvragers
- Drang en informele dwang in de zorg
- Culturele eigenheid en zelfbeschikking van allochtone zorgvragers
- Zelfbeschikking en eigen verantwoordelijkheid van mensen met een verstandelijke handicap

### *Gezondheidsraad*

- Handelingen met geslachtscellen en embryo's
- Screening van pasgeborenen op aangeboren stofwisselingsziekten

- Geneesmiddelen voor kinderen
- De maakbare mens

### **Achtergrondstudies**

#### *Raad voor de Volksgezondheid en Zorg*

- Gezamenlijke besluitvorming door zorgverlener en patiënt: normatieve achtergrond, 2013
- Ethiek in zorgopleidingen en zorginstellingen, 2005
- Economisering van zorg en beroepsethiek, 2004

### **Verkenningen**

#### *Raad voor de Volksgezondheid en Zorg*

- Over keuzevrijheid en kiesplicht, 2006
- De vertwijfeling van de mantelmeeuw, 2004

### **Publieksversies**

#### *Raad voor de Volksgezondheid en Zorg*

- Argumentenwijzer over Elektronische Patiënten Dossiers, 2013 (geactualiseerde en geheel digitale versie)
- Argumentenwijzer over Elektronische Patiënten Dossiers, 2011
- Argumentenwijzer voor het debat over orgaandonatie, 2008

### **Els Borst Lezingen**

- 3<sup>e</sup> Els Borst Lezing, uitgesproken door Bert Keizer. De mens achter de moleculen, 2015
- 2<sup>e</sup> Els Borst Lezing, uitgesproken door prof. dr. Margo Trappenburg. Bescheiden professies. Over evidence based werken buiten de cure, 2014
- 1<sup>e</sup> Els Borst Lezing, uitgesproken door prof. dr. Inez de Beaufort. Kleine ode aan onafhankelijkheid, 2013

Deze publicaties zijn te verkrijgen via [info@ceg.nl](mailto:info@ceg.nl) en te downloaden via [www.ceg.nl](http://www.ceg.nl)





