

DE TRANSITIE JEUGD: OP WEG NAAR EEN NIEUWE WERKELIJKHEID

*Dirk Verstegen*¹⁹

Inleiding

Nederland staat aan de vooravond van grote veranderingen op het brede terrein van zorg en welzijn. De nieuwe Jeugdwet, de Wet Langdurige Zorg (Wlz) en de vernieuwde WMO zullen het zorglandschap grondig gaan aanpassen. Daarnaast is het onderwijs in beweging door de invoering van Passend Onderwijs en wordt met de Participatiewet de sociale zekerheid op de schop genomen. In feite wordt het gehele sociale domein gereorganiseerd. De rode draad in alle stelselwijzigingen is de decentralisatie van landelijk niveau naar de gemeentelijke overheid. De verantwoordelijkheid voor beleid en uitvoering wordt belegd bij de 403 gemeentebesturen; zij zullen voortaan op alle gebieden bepalend zijn voor hun burgers, van jong tot oud.

In dit artikel worden de uitgangspunten en effecten van deze decentralisatie in kaart gebracht door in te zoomen op de mogelijke impact van de nieuwe Jeugdwet voor jeugdigen en gezinnen waarbij sprake is van licht verstandelijke beperking en geringe sociale redzaamheid. Daarbij wordt ook stilgestaan bij de gevolgen voor de hierbij betrokken professionals en zorginstellingen. Hierop aansluitend worden aanbevelingen geformuleerd voor het te ontwikkelen gemeentelijk jeugdbeleid.

Nieuwe doelen

Achter het decentralisatieproces schuilt een algemeen onderschreven drijfveer; het moet in ons land anders en beter kunnen! In de huidige situatie met een bepalende rol voor de rijksoverheid is sprake van te veel dure zorg, die versnipperd en ineffectief wordt ingezet, met ongewenste bureaucratie en voor de doorsnee burger ongrijpbare politieke besluitvorming. Het zorgstelsel heeft een eigen interne dynamiek ontwikkeld die leidt tot ondoelmatige inzet en hoog oplopende kosten. In politiek en media struikelen we van het ene incident naar het andere. Tijd om het roer om te gooien en een fundamenteel nieuwe koers uit te zetten. Dit is kort samengevat de tijdgeest die heeft postgevat en de aanzet gaf tot ingrijpende stelselwijzigingen. Uit de brokstukken van de oude stelsels zijn nieuwe doelen opgesteld voor vernieuwing en verbetering. Overall geldt dat de besluitvorming over sociaal beleid en voorzieningen dichterbij de burger moet worden gebracht: daar waar het gebeurt, in de wijk en eigen gemeente.

Dit algemene uitgangspunt wordt per onderdeel naar specifieke doelen vertaald en voor de Jeugdwet heeft dat tot de volgende transformatiedoelen geleid²⁰:

- a. Preventie en uitgaan van eigen verantwoordelijkheid en eigen mogelijkheden (eigen kracht) van jeugdigen en hun ouders, met inzet van hun sociale netwerk;
- b. Demedicaliseren, ontzorgen en normaliseren door onder meer het opvoedkundig klimaat te versterken in gezinnen, wijken, scholen en in voorzieningen als kinderopvang en peuterspeelzalen;
- c. Eerder de juiste hulp op maat te bieden om het beroep op dure gespecialiseerde hulp te verminderen;
- d. Integrale hulp aan gezinnen volgens het uitgangspunt 'één gezin, één plan, één regisseur'; door ontschotting van budgetten ontstaan meer mogelijkheden voor betere samenwerking en innovaties in ondersteuning, hulp en zorg aan jeugdigen en gezinnen;
- e. Meer ruimte voor professionals om de juiste hulp te bieden door vermindering van regeldruk; betrokken professionals die sociale netwerken in de omgeving van het gezin weten in te schakelen en die kunnen samenwerken met vrijwilligers en familieleden en hun kracht weten te benutten.

Effecten bij de doelgroep

Deze doelen zijn verankerd in de Jeugdwet en vormen het kader waarbinnen het gemeentelijk jeugdbeleid moet worden opgesteld en uitgevoerd. Het is nu de vraag in hoeverre deze doelen aansluiten bij jeugdigen en gezinnen waar sprake is van cognitieve en sociale beperkingen. Preventie en een appèl op eigen kracht en het sociale

¹⁹ Directeur VOBC / Landelijk Kenniscentrum LVB .

²⁰ Brief van de staatssecretarissen van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en van Veiligheid en Justitie aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal, nr. 357, 31 maart 2014.

netwerk? De doelstelling van preventie sluit direct aan op het belang van vroegtijdige onderkenning van de cognitieve beperking; niet om de beperking te voorkomen, maar om daar waar nodig passende hulp te bieden en een negatieve ontwikkeling in positieve richting te buigen. Op deze manier kan de gezinssituatie gunstig beïnvloed worden en het kind op school beter worden begeleid. In die fase kan het aanleggen van een positieve basis leiden tot een meer evenwichtige ontwikkeling en het voorkomen van gedragsproblematiek.

Op het eerste oog lijkt de doelstelling van preventie in de vorm van vroegsignalering een kans voor open doel; baat het niet, schaadt het niet. Daar zijn twee opmerkingen bij te plaatsen. Op de eerste plaats moet vroegsignalering niet volstaan met het afgeven van een etiket en het voorparkeren in een aparte leerroute. Daardoor wordt het kind weggezet als een ‘probleem’ in plaats van dat geïnvesteerd wordt in het ontwikkelen van kennis en vaardigheden en het versterken van zelfvertrouwen. Met andere woorden, onderkenning van de cognitieve beperking moet het startpunt zijn van hulp op maat en het bevorderen van een positieve ontwikkeling. Op de tweede plaats moet preventie verbonden zijn met het gezin en de sociale context. Kindproblematiek wordt versterkt in risicovolle gezinssituaties, waar o.a. sprake kan zijn van een verstandelijke beperking bij ouders, schuldenproblematiek, verslaving, verwaarlozing en misbruik. Om deze reden zal beleid en aanpak van preventie een directe relatie moeten hebben met opvoedingsondersteuning en waar nodig de inzet van speciale zorg.

In het laatste ligt een verbinding met het uitgangspunt van de eigen kracht en het sociale netwerk. Bij jeugdigen en gezinnen met beperkte sociale redzaamheid is veel eigen kracht weggevloeid en het sociale netwerk verdwenen of in negatieve zin aanwezig. Inzetten op eigen kracht vraagt in die situatie een actieve en vasthoudende aanpak. Het vraagt meer dan de metafoor van het ‘keukentafelgesprek’ om in deze gezinnen op eigen kracht te kunnen koersen. In eerste instantie zal er meer professionele ondersteuning nodig zijn om zicht te krijgen op de mogelijkheden en beperkingen in het gezin en de sociale context. Die professionele ondersteuning moet proactief zijn en vasthoudend van karakter, omdat er vaak een afwerende houding is ten opzichte van de hulpverlener. Het klinkt tegenstrijdig, maar het bevorderen van eigen kracht vraagt in veel gevallen stevige hulp in de vorm van bemoeizorg. Daarbij moet soms ook krachtig worden opgetreden tegen een destructieve sociale omgeving. Uitgaan van eigen kracht en sociale omgeving is dus ook een kwestie van het overstijgen van begrenzingen en onderdrukkende factoren door het inzetten van krachtige interventies.

Aanbevelingen voor gemeentelijk beleid:

- Ontwikkel een actieve aanpak gericht op vroegtijdige onderkenning van licht verstandelijke beperkingen.
- Leg daarbij verbinding met de gezinssituatie en bied directe hulp waar dat nodig is.
- Het uitgaan van eigen kracht en sociale omgeving bij jeugdigen en gezinnen met beperkte sociale redzaamheid vereist een extra inspanning en professionele ondersteuning.
- Organiseer daar waar nodig stevige bemoeizorg en de inzet van krachtige interventies.

Effecten bij de professionals

Vanuit de transitiedoelen worden nieuwe eisen gesteld aan de professionals die de juiste hulp op maat gaan bieden in gezinnen en daarbij de netwerken en sociale omgeving weten in te schakelen. De professionals krijgen daarbij meer ruimte voor een zelfstandige aanpak en worden minder gehinderd door regelgeving. Deze uitgangspunten hebben met name betrekking op de invulling van de generalistische professionals die in de gezinnen en de wijk werkzaam zijn. Deze werkers moeten goed beslagen op het ijs komen om ook in ingewikkelde situaties uitkomst te kunnen bieden. In de komende tijd zal geïnvesteerd moeten worden in de kennis, vaardigheden en houding van deze professionals. Zij vormen de spil waar de nieuwe jeugdhulp om draait. Van hen wordt verwacht dat zij hulp kunnen bieden in de driehoek van jeugdige - gezin – sociale context. Dit is een zware verantwoordelijkheid die sterke schouders vraagt in de zin van doorzettingsvermogen, ervaring en overzicht van zaken.

Voor de generalistische professional zal ook veel afhangen van zijn verhouding tot collega's in de gespecialiseerde zorg. Een directe werkrelatie is vanuit twee opzichten van belang. Bij de nieuwe doelen voor de jeugdhulp wordt uitgegaan van het terugdringen van zware zorg. Daar waar dat mogelijk is, moet dit zeker gebeuren. Hier staat tegenover dat het ook nodig kan zijn om meteen in het begin specialistische zorg in te zetten. In die gevallen is directe beschikbaarheid een voorwaarde om escalatie en blijvende zorg te voorkomen of te verminderen. De generalist moet erop kunnen vertrouwen dat zijn specialistische collega kan en mag worden ingezet. Daarnaast heeft de generalistische professional belang bij directe toegang tot de kennis van de specialistische zorg. In aanvulling op eigen deskundigheid kan er behoefte zijn aan input vanuit specialisten in de vorm van consultatie en (diagnostisch) onderzoek. De professionaliteit van de generalist wordt in dat geval versterkt door directe interactie met de specialist.

Aanbevelingen voor gemeentelijk beleid:

- Professionals in de jeugdhulp hebben een verantwoordelijke functie en moeten kunnen terugvallen op een steunstructuur met specialistische collega's.
- Zorg daarbij voor een slim netwerk met korte verbindingen en een inkoopbeleid van specialistische expertise op basis van het uitgangspunt; algemeen waar kan en speciaal waar moet.

Effecten bij de zorginstellingen

Gemeenten staan voor de opdracht om een jeugdbeleid op te stellen waarmee integrale jeugdhulp wordt gerealiseerd. Zij hebben daarvoor volledige beleidsverantwoordelijkheid en krijgen de beschikking over één budget waarin de huidige middelen voor jeugd vanuit rijk/provincies, AWBZ en Zorgverzekeringswet gebundeld zijn. Gemeenten moeten daarbij wel een bezuiniging verwerken (oplopend tot 15%) en binnen het budget ruimte maken voor innovatie om aan de transformatiedoelen te voldoen. Gemeentelijke verantwoordelijkheid gaat op deze manier gepaard met een afnemend budget.

Deze taakstelling zal voor de zorginstellingen tot gevolg hebben dat zij met een krimpend budget geconfronteerd worden, in elk geval voor het deel van de bezuiniging. Het zal per gemeente (of samenwerkingsregio) verschillend zijn hoe de transformatiedoelen worden ingevuld en welke financiële en inhoudelijke gevolgen dat heeft voor de zorginstellingen. In de huidige situatie komt deze onzekerheid met name naar voren in de spanning rondom de continuïteit van gespecialiseerde zorg voor specifieke doelgroepen waaronder jeugdigen met een licht verstandelijke beperking en gedragsproblematiek. Aan de kant van gemeenten stagneert de inkoop van deze specialistische zorg en voor de zorginstellingen betekent dit dat door het ontbreken van inkoopcontracten hun bedrijfsvoering in gevaar komt. Het is cruciaal dat in deze situatie een snelle oplossing wordt gevonden om de zorgcontinuïteit te kunnen garanderen.

Gemeenten en zorginstellingen verkeren in een spanningsveld van verschillende transformatiedoelen:

Enerzijds is er een streven naar het versterken van preventie en vroegtijdige hulp en aan de andere kant moeten instellingen zorg bieden aan huidige cliënten. Waar mogelijk willen we eerder juiste hulp bieden om de inzet van zware zorg in een later stadium te voorkomen. Maar daar tegenover zullen we specialistische zorgfuncties moeten behouden voor jeugdigen die daar o.a. vanwege een blijvende beperking op zijn aangewezen. Kortom, gemeenten en zorginstellingen moeten een uitweg zoeken in een situatie van tegengestelde doelen en een krimpend budget.

Aanbevelingen voor gemeentelijk beleid:

- Benut de specialistische kennis in de bestaande infrastructuur voor preventie: jeugdgezondheidszorg en onderwijs.
- Bepaal met zorginstellingen wat essentiële zorgfuncties zijn voor specifieke doelgroepen en zorg dat deze geborgd zijn.
- Stel vervolgens met de zorginstellingen een gezamenlijke innovatieagenda op voor een realistische aanpak van de transformatiedoelen in onderlinge samenhang.

Tot slot

In de Jeugdwet geldt een leeftijdsgrens van 18 jaar, met alleen een mogelijkheid tot doorloop wanneer de jeugdhulp niet op basis van een ander wettelijk kader is te verkrijgen. De wetgever heeft gekozen voor één uniforme leeftijdsgrens op basis van de formele reden dat 18 jaar de meerderjarigheidsgrens is. Op dat moment eindigt de jeugdbescherming en jeugdzorgplus, en daarbij wordt alle jeugdhulp afgesloten. Dit gaat voorbij aan de praktijk dat bij jongeren met een licht verstandelijke beperking de behandeling en begeleiding niet stopt. Het is juist heel belangrijk dat in die fase van 18 tot plm. 23 jaar de mogelijkheid is om de begeleiding te laten doorlopen. Deze jongeren zijn op dat moment nog in ontwikkeling en hebben in hun groei naar volwassenheid de ondersteuning hard nodig. Het ontbreken van passende en doorlopende begeleiding veroorzaakt terugval en daardoor missen zij de kansen om bv. aan werk te komen.

Om die reden voegen we nog een laatste aanbeveling toe: Kijk verder dan tot 18 jaar en leg een naadloze verbinding met de wettelijke kaders van zorg en ondersteuning (Wlz, Zvw, WMO) en sociale zekerheid (Participatiewet).

HANDTEKENINGEN JAGEN

*Jaap Pellen*²¹

Met deze notitie zet ik op papier wat ik tegengekomen ben rondom het fenomeen “instemming” van cliënten, ouders en/of wettelijk vertegenwoordigers binnen hulpverleningsland en binnen zorg voor (licht) verstandelijk beperkten in het bijzonder. Voorop staat dat we geen behandeling, begeleiding of verzorging kunnen of mogen verrichten zonder de uitdrukkelijke instemming of toestemming van de wilsbekwame cliënt en/of zijn wettelijke vertegenwoordigers. Dit is een groot goed en een belangrijk recht waaraan ik niets wil afdoen en zelfs een voorwaarde is voor goed hulpverlenerschap.

Deze notitie gaat vooral over de wijze waarop we deze instemming vastleggen, namelijk door middel van een handtekening van de wilsbekwame cliënt en/of diens wettelijke vertegenwoordiger. Een hulpverleningsinstelling kent vaak veel verschillende formulieren, waarop een handtekening van cliënt of zijn wettelijke vertegenwoordigers gevraagd wordt, van zorgovereenkomst tot zorg-/behandelplan, voor het maken van beeldopnamen tot voor het verrichten van nader onderzoek, enzovoorts. Navraag leert dat er al gauw 10 tot 20 formulieren zijn waarop een handtekening van cliënt of zijn wettelijke vertegenwoordiger vereist is. We vragen niet alleen ondertekening bij de start, maar ook gaandeweg het zorg-/behandeltraject worden regelmatig handtekeningen gevraagd ter bevestiging van overeenstemming.

Stel je voor dat je in een ziekenhuis ligt voor een blinde darmontsteking en dat je een handtekening moet zetten bij binnenkomst, maar ook voor elke andere handeling zoals röntgenfoto maken, bloedprikken, narcose en pijnbestrijding. Je zou er gek van worden.

Ik ben van mening dat de manier waarop wij dit binnen hulpverleningsland aanpakken niet efficiënt, niet effectief en verre van klantvriendelijk is. Bovendien creëert het een schijnzekerheid! Hieronder enkele overwegingen.

Heel veel cliënten van AWBZ-instellingen hebben een licht tot matige verstandelijke beperking. Dit betekent dat zij minder goed kunnen leren, lezen vaak een groot probleem is en dat zij zaken vaak niet goed kunnen overzien. Uiteraard willen wij de cliënten serieus nemen en leggen wij ze zo zorgvuldig mogelijk uit waar wij hun handtekening voor nodig hebben. Uiteindelijk leggen wij ze toch één tot meerdere pagina's tekst voor, waar wij een handtekening onder willen hebben ter bevestiging van hun instemming. Cliënten geven aan zich hierdoor vaak onder druk gezet te voelen: als ik niet teken, moet ik weg. Zij weten soms niet dat het gaat om een instemming die zij echter elk daaropvolgend moment weer kunnen intrekken, omdat zij het er bij nader inzien toch niet mee eens zijn. Een goede hulpverlener, en dat willen we allemaal graag zijn, zal dan opnieuw rond de tafel gaan met de cliënt en al dan niet door middel van overtuigen en/of door zaken aan te passen overeenstemming proberen te verkrijgen.

Maatschappelijk werkers geven aan dat ouders het vaak lastig en vermoeiend vinden om te voldoen aan de door ons gestelde vragen, zoals het ondertekend terugsturen van een zorg-/behandelplan en wat al niet meer. Zij zien dat er veel tijd aan besteed wordt, door zowel hulpverleners als ouders/verzorgers, om verslagen e.d. ondertekend in het dossier te krijgen. Allemaal tijd die meer ten gunste van de zorg/behandeling ingevuld had kunnen worden. Daarnaast worden sommige ouders overspoeld met post die zij soms moeilijk begrijpen, zodat de post van de hulpverleningsinstelling op de grote stapel ongeopende post belandt. Als er dan om gevraagd wordt, voelen zij zich weer schuldig omdat zij iets verzuimd hebben te doen in het belang van hun kind. Veel ouders en/of wettelijk vertegenwoordigers zien door de bomen het bos niet meer en voelen zich hierdoor juist niet meer serieus genomen: het tegendeel van wat we willen bereiken. Met menslievende zorg heeft dit niets te maken.

²¹ Drs. Jaap Pellen is gezondheidszorgpsycholoog en als zorginhoudelijk manager werkzaam bij De La Salle, onderdeel van de Koraal Groep en daarnaast als orthopedagoog werkzaam in een eigen opvoedpraktijk. Reacties: jpellen@delasalle.koraalgroep.nl.

Natuurlijk kan het bij sommige cliënten/wettelijk vertegenwoordigers ook een positief psychologisch effect hebben om een handtekening te zetten. Niet omdat het moet, maar om het belangrijk te maken: dit hebben wij samen besproken en we gaan beiden ons best doen om deze afspraken na te komen; uiteraard onder de voorwaarde dat die afspraken zorgvuldig en in goed overleg tot stand zijn gekomen.

De Praktijkgids Tijd voor Jeugd (Diephuis e.a., 2012) zegt:

“Handtekening niet nodig - Veel instellingen voor jeugdzorg laten hun cliënten bij wijze van instemming tekenen voor de hulp die ze geboden krijgen en voor de rapportages die gedurende het hulpverleningsproces over hen opgesteld worden. Dit handtekeningbeleid kan als dwingend en storend ervaren worden door cliënten en blijkt in ieder geval tijdrovend voor hulpverleners die achter deze handtekeningen aan moeten jagen. In het kader van het project Tijd voor Jeugd zocht een deelnemend team uit of dát niet anders kan. Daartoe werd onder andere advies ingewonnen bij een ter zake deskundige jurist, bij de Inspectie Jeugdzorg, het ministerie van VWS, en bij branche organisatie Jeugdzorg Nederland (in verband met HKZ-normen). En wat bleek: instemming van cliënten in het vrijwillige kader is verplicht, maar nergens in de wet- en regelgeving staat dat daarvoor handtekeningen van cliënten worden verlangd. Handtekeningen kunnen gewoon achterwege gelaten worden. Dat scheelt ergernis en tijd. Het dwingende van die handtekeningen leidt alleen maar af van waar het werkelijk om hoort te gaan, namelijk dat hulpverleners en cliënten elkaar goed begrijpen en blijven begrijpen. En voor de verslaglegging betekent het dat die altijd in samenspraak met cliënten wordt gemaakt, dat hulpverleners zich ervan vergewissen dat hun cliënten de inhoud begrepen hebben en dat zij het er mee eens zijn. Dit is het zogenaamde informed consent. Een aantekening daarvan door de hulpverlener in het dossier volstaat. De stap van behandelplannen en rapportages die ondertekend moeten worden naar informed consent is een belangrijke. Deze stap vergroot de rechtszekerheid voor de betrokken cliënten, bevordert de positieve relatie tussen cliënt en zorgverlener en verlost de zorgverlener van onnodige administratieve lasten.”

Bovenstaande geldt voor de Jeugdzorg, maar ook voor AWBZ-instellingen is dit van toepassing.

De ‘Handreiking Ondersteuningsplannen 2013’ van de VGN (Buntinx e.a., 2013) zegt daarover: *“Het zorgplan is geen overeenkomst in juridische zin. Er bestaat geen wettelijke verplichting tot ondertekening van het zorgplan. Een zorgplan kan ook zonder instemming van de cliënt tot stand komen. Omdat de zorgaanbieder verantwoorde zorg moet leveren, is hij verantwoordelijk voor de totstandkoming en de inhoud van het zorgplan. Bij cliënten die niet willen meepraten over de inhoud van hun eigen zorgplan, is de zorgaanbieder dus toch verplicht een zorgplan te maken. De zorgaanbieder beschrijft in dat geval in het zorgplan hoe hij de cliënt heeft geprobeerd te betrekken bij het opstellen van het zorgplan en wat de reactie van de cliënt was. Uitgangspunt is dat de zorgaanbieder zich altijd tot het uiterste inspant om in dialoog tot consensus te komen. Maar uiteindelijk beslist de cliënt of hij/zij gebruik maakt van de zorgverlening van de zorgaanbieder (met dat zorgplan).”*

Bij nazoeken is mij nergens gebleken dat handtekeningen vereist zijn: een mondelinge overeenkomst is wettelijk gezien ook een overeenkomst. Noch het ministerie van VWS, noch de Zorgkantoren reppen in hun notities over handtekeningen. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (jaartal, p.) stelt: *“Het ondersteuningsplan is ondertekend door de cliënt en/of de cliëntvertegenwoordiger of uit een document blijkt dat de cliënt/cliëntvertegenwoordiger instemt met het ondersteuningsplan.”* Wel wordt overal benadrukt dat er overeenstemming of instemming moet zijn tussen cliënt en hulpverlener.

Vanuit risicomanagement zie ik dat het door middel van handtekeningen aantonen van overeen-/ instemming een bepaalde zekerheid biedt, we onze controleurs tevreden houden en daarmee de inkomsten van de instelling en de banen van medewerkers veilig denken te stellen. Ik vind echter dat we hiermee een schijnzekerheid creëren en kwaliteit proberen aan te tonen, waarmee onze cliënten niet zijn gebaat. Momenteel lijkt de kans steeds groter te worden dat we het zorg-/ behandelplan (primaire) gebruiken voor verslaglegging, bewijslast voor het voldoen aan wet- en regelgeving of verantwoording. De cliënt en zijn ouders begrijpen vaak niet meer waar het om gaat en wat er staat, maar worden wel gevraagd voor akkoord te tekenen. Het kan zelfs zo zijn dat we ondanks een handtekening de werkelijke instemming niet krijgen en dit kan zich op cruciale momenten tegen ons keren.

De manier waarop wij het nu in de zorg voor (licht) verstandelijk beperkte mensen georganiseerd hebben om de vereiste handtekeningen te verkrijgen is niet efficiënt en niet effectief. Het belang van bewijsvoering mag natuurlijk nooit zwaarder wegen dan het belang van goede zorg. Wij maken één van onze duurste beroepsgroepen (de gedragswetenschappers) verantwoordelijk voor het aanwezig zijn in het hoofddossier van handtekeningen onder behandelplannen, aanvragen voor onderzoek, indicatieaanvragen, enzovoorts. Dit is tijdrovend, frustrerend en past niet bij het opleidingsniveau en de deskundigheid van deze beroepsgroep. Maar er zijn ook andere beroepsgroepen druk mee: medewerkers cliëntenbureau, groepsopvoeders en controleurs.

Ik citeer Gerrit Leene (2013), directeur experiment Regelarme Zorg Philadelphia:

“Kom je als medewerker naast alle administratie nog wel voldoende aan de cliënt toe? En aan goede zorg? Allerlei instanties en onze eigen organisatie vragen ons protocollen te hanteren en lijsten aan te leveren met (steeds wisselende) informatie. De afgelopen jaren is de zorgsector steeds meer geprotocolleerd. Dit geldt voor zowel zorgorganisaties als zorgpersoneel. We halen de zekerheid over de kwaliteit van ons werk vaak uit het volgen van procedures. We vertrouwen steeds minder op onze eigen professionaliteit.”

Ik denk dat het anders kan en anders moet. Ik geloof met een zekerheid grenzende waarschijnlijkheid dat we een win-win-situatie kunnen creëren. Andere instellingen zijn ons al voorgegaan zoals Philadelphia en Accare. Zij hebben met de instanties die onze kwaliteit toetsen nieuwe afspraken gemaakt.

Eerder genoemd ‘informed consent’ is een mogelijkheid die tijd en geld bespaart; tijd die je zou kunnen stoppen in een morele gedragscode die stelt dat je als zorgaanbieder niets doet zonder informeren of instemming van de cliënt en/of zijn wettelijke vertegenwoordiger. We moeten nagaan in welke mate strikt sturen op formele ondertekening van het zorg-/behandelplan van toegevoegde waarde is voor de cliënt. Een alternatief om betrokkenheid van de cliënt aan te tonen, is om de cliënt zelf (indien mogelijk) een deel van het zorg-/behandelplan op te laten stellen.

Een heldere zorgovereenkomst, in voor iedereen begrijpelijke taal, met daarin opgenomen zoveel mogelijk andere zaken die in- en/of toestemming vragen (zoals bijvoorbeeld dat in het kader van de behandeling gegevens geanonimiseerd gebruikt kunnen worden voor onderzoek, dat de behandeling dan weer ten goede komt), zou kunnen volstaan, als we met cliënten en hun vertegenwoordigers maar blijven afstemmen over wat we (willen/kunnen) doen. Bovendien appelleert het aan het vertrouwen dat er tussen cliënt en zijn behandelaars dient te zijn. Ik geloof in chaining: als er van bovenaf en buitenaf geen vertrouwen is in hetgeen we doen, hoe kunnen we dan vertrouwen geven aan en krijgen van onze cliënten? Als een cliënt zich en/of zijn wettelijke vertegenwoordiger hun familielid/kind aan de zorgen van een AWBZ-instelling toevertrouwt, dienen wij alles in het werk te stellen om dit vertrouwen waard te zijn. Wij zullen voortdurend in overleg moeten zijn en moeten aftasten of wij dit vertrouwen niet beschamen. Handtekeningen garanderen dit niet.

*Dit artikel is eerder geplaatst in *Journal Ggz en Recht, Nieuwsbrief voor de psychiatrie, verstandelijk gehandicaptenzorg en psychogeriatricie*. (2013), 9(6/7), blz. 172 t/m 175.*

Bronvermeldingen

- Buntinx, W. e.a. (2013). *Handreiking Ondersteuningsplannen*. Utrecht: Kennisplein Gehandicaptensector.
Diephuis, K. e.a. (2012). *Praktijkgids Tijd voor jeugd*. Utrecht.
Leene, G. (2013). *Brief aan de medewerkers van Philadelphia*.