

IV. Verantwoordelijkheid

In de asymmetrische relatie die de hulpverleningsrelatie altijd is, heeft de basishouding verantwoordelijkheid een extra gewicht. De cliënt verkeert als hulpvrager immers in een speciale vorm van afhankelijkheid ten opzichte van de therapeut, die over een specifieke deskundigheid beschikt (Mooij, 2000). De kwetsbare positie van de cliënt wordt nog geaccentueerd doordat hij zijn problemen niet meer alleen kan oplossen, soms ook geen beslissingen durft te nemen of niet ten volle over al zijn vermogens beschikt.

Verantwoordelijkheid nemen betekent op zijn minst: niets of niemand schade toebrengen. Maar ze kan ook grootser opgevat worden als: zich engageren en zorg dragen voor anderen. In vorige hoofdstukken werden, onder meer in de context van omgaan met informatieplicht, beroepsgeheim en zelfbeschikingsrecht bij dreigend gevaar voor de cliënt of voor anderen, reeds talrijke illustraties gegeven waarbij de verantwoordelijkheid van de hulpverlener in het geding was.

De minimale verplichtingen worden in juridische termen omschreven als *'aansprakelijkheidsverantwoordelijkheid'*. Deze verantwoordelijkheid houdt in dat de gedragsregels uit de beroepscode en de wetgeving gekend zijn en nageleefd worden (Legemaate, 1997). Juridisch kan de hulpverlener 'aansprakelijk' gesteld worden bij een zware fout, ook bij opzettelijke fouten of herhaaldelijke herval in lichte fouten. Goed hulpverlenerschap impliceert op zijn minst dat de therapeut geen daden stelt waarvan cliënten of andere betrokkenen schade ondervinden. Aansprakelijkheidsverantwoordelijkheid kan als een soort ondergrens beschouwd worden.

Daarnaast is er *'zorgverantwoordelijkheid'*, waarbij men zich richt op idealen. Het komt er bij zorgverantwoordelijkheid niet alleen op aan dat men zich houdt aan de regels en de normen, het gaat vooral om de kwaliteit waarmee men zijn taak vervult (Verkerk, 2000). Het is een vorm van ethiek waarin de hulpverlener zijn kennis en ervaring inzet om het welzijn van de cliënt te bevorderen. Hierbij doet de hulpverlener niet alleen wat 'moet', maar 'alles' wat in zijn vermogen ligt om de cliënt zo goed mogelijk te helpen.

Om verantwoordelijkheid te nemen is er vaak een grote dosis *moed* nodig. Moed hoeft niet te betekenen dat men geen angst kent of zich niet bewust is van risico's en ongemakken. Moed is een toestand die maakt dat men de angst, de gemakzucht en het eigenbelang overwint, om datgene te doen waarvan men weet dat het juist is. Karakteristiek voor moed is dat het – behalve een gerust geweten – geen onmiddellijke concrete beloning oplevert; het primaire doel is niet het eigenbelang, maar wel een groter belang of het welzijn van anderen (Comte-Sponville, 1997).

Als een hulpverlener bijvoorbeeld weet dat de cliënt suïcidale neigingen heeft, is er moed nodig om een begeleiding te starten en het risico te lopen dat men moeilijkheden en ongemakken tegemoet gaat. Het is in zo'n situatie veel eenvoudiger om zich te verschuilen achter het excuus 'geen tijd' te hebben. Zo is menig suïcidale cliënt reeds van het kastje naar de muur gestuurd en niemand kan ter verantwoording geroepen worden als de cliënt uiteindelijk zijn wanhoopsdaad pleegt.

Er zijn ook kanttekeningen te maken bij de kwaliteit moed. Voltaire maakte eens de opmerking dat moed een hoedanigheid is die misdadigers en grote mannen gemeen hebben. Zogenaamd moedig gedrag kan ook roekeloosheid zijn, ontspruitend aan een fascinatie voor gevaar, of waaghalzerij, waarbij veel risico genomen wordt terwijl er slechts een futilliteit op het spel staat, of onvolwassen rebellie, waarbij men vooral zoekt te bewijzen dat men niet conformeert aan de gezaghebbende autoriteit. Moed is slechts een bron van ethisch handelen in zoverre de achterliggende motieven zuiver zijn.

Verantwoordelijkheid veronderstelt – net zoals integriteit – een innerlijke component: *zelfkennis*, waarbij men eerlijk onder ogen neemt welke intenties en belangen werkelijk bepalend zijn voor het handelen. Wie geen verantwoordelijkheid neemt voor zijn onderliggende motieven, heeft meer kans schade aan te richten zonder de gevolgen voor zijn rekening te willen nemen. Verantwoordelijkheid is ook verweven met *mededogen*: gevoeligheid voor de noden van anderen en medeleven met de lijdende medemens. Vanuit die basishouding wordt iemand bewogen tot daden die het eigenbelang ondergeschikt maken aan het welzijn van anderen.

Zorg voor welzijn van anderen is geen gemakkelijke bezigheid. Verantwoordelijkheid (blijven) dragen vraagt eerder om *discipline* dan om regelgeving. Discipline is een onderschatte deugd die ten onrechte geassocieerd wordt met iets dat mensen tegen hun zin moeten doen. Het gaat echter vooral om het vrijwillig aannemen van constructief gedrag op basis van de erkenning van de voordelen die eraan verbonden zijn (Dalai Lama, 1999). Zo kan het zorgen voor het welzijn van anderen een intens zingevende activiteit zijn, die bijdraagt tot het levensgeluk van de hulpverlener.

Verantwoordelijkheid kan zich op verschillende niveaus situeren (Gaste, 2000):

- *Persoonlijke* verantwoordelijkheid omvat de individuele invulling waarbij eigen normen, waarden en draagkracht van de hulpverlener een grote rol spelen.

De ene hulpverlener is bijvoorbeeld zorgvuldiger dan de andere wanneer hij spreekt over zijn cliënten, omdat hij een rijpere persoon is, die de spanningen van zijn beroep beter kan dragen en gevoeliger is voor geruchten die de cliënt zouden kunnen schaden.

- *Professionele* verantwoordelijkheid impliceert de opvattingen over de uitvoering van een beroep, die ook vastgelegd zijn in een beroepscode.

Een beroepsgroep formuleert bijvoorbeeld in haar beroepscode regels over wat er in verslagen en dossiers moet staan om verantwoorde hulpverlening mogelijk te maken.

- *Organisatorische* verantwoordelijkheid betekent dat de organisatie een kader biedt voor de uitvoering van het professioneel handelen.

Een ziekenhuis installeert bijvoorbeeld een voldoende beveiligd computernetwerk dat werknemers toelaat om gegevens bij te houden en onderling uit te wisselen.

- *Collectieve* verantwoordelijkheid houdt in dat een samenleving zorgt voor het welzijn van haar burgers.

De wetgeving van een land voorziet bijvoorbeeld in sancties voor schendingen van beroepsgeheimen.

Soms ontstaat de paradoxale situatie dat hoe meer er geregeld wordt door voorschriften van 'hogerhand', hoe minder er een beroep gedaan wordt op persoonlijke verantwoordelijkheid (Pols, 2000). Er kan zelfs een verantwoordelijkheidsdilemma zijn doordat de keuzes vanuit de verschillende niveaus met elkaar botsen!

Een hulpverlener die bijvoorbeeld op de hoogte is van mishandeling van een kind en zich houdt aan de meldingsplicht, is ingedeckt door zijn beroepsgroep, de organisatie waarbinnen hij werkt en de wetgeving, terwijl het kind toch schade kan ondervinden van de melding. Als de hulpverlener echter vanuit zijn persoonlijk geweten handelt door na zorgvuldige afweging te oordelen dat het voor alle betrokkenen heilzamer is om via de

vertrouwensrelatie invloed uit te oefenen om de mishandeling te stoppen en de situatie te verbeteren, dan moet hij zich kunnen verantwoorden waarom hij zijn meldingsplicht niet nagekomen is en kan hij zelf in de problemen komen.

Hoe een hulpverlener zijn persoonlijke verantwoordelijkheid kan ontwikkelen, wordt toegelicht in een later hoofdstuk, waarin de emotionele en de morele deskundigheid van de therapeut op de voorgrond komen. Hier staan we vooral stil bij de professionele verantwoordelijkheid en kijken we wat beroepscode's aanreiken over verantwoordelijkheid. Op de organisatorische en collectieve verantwoordelijkheid komen we nog terug in het besluit van dit hoofdstuk.

Beroepscode's formuleren diverse gedragsregels die het principe van verantwoordelijkheid van de hulpverlener concretiseren. De belangrijkste regels handelen over:

- schade voorkomen;
- de continuïteit van het beroepsmatig handelen;
- de zorg voor kwaliteit;
- de verantwoordelijkheid voor collega's.

Sommige codes nuanceren dat de verantwoordelijkheid van de hulpverlener beperkt is tot zijn 'inspanningen' – men spreekt dan van 'inspanningsverbintenis' in plaats van 'resultaatsverbintenis' – omdat het gaat om een beroepsuitoefening waarbij men vaak geen garantie kan geven omtrent de 'resultaten' van psychologische interventies.

Schade voorkomen

De regel van 'geen schade aanrichten' stamt uit de medische traditie. Voor veel ethici moet deze regel de bovenhand krijgen op alle andere indien er conflicten rijzen (Kitchener, 1984).

De schade kan van drieërlei aard zijn: *economisch* wanneer iemand bijvoorbeeld ontslagen wordt of naast een job grijpt, *fysiek* wanneer iemand bijvoorbeeld een arm breekt bij een agressieve uitbarsting, *psychisch* wanneer iemand bijvoorbeeld een negatief zelfbeeld krijgt.

Beroepscode's voor therapeuten specificeren dat zij geen methoden mogen aanwenden die schade toebrengen of iemand kunnen raken in zijn waardigheid en dat zij geen oneigenlijk gebruik mogen maken van hun bijzondere kennis.

Men hanteert omtrent het voorkomen van schade deze *vuistregels*: bij een vermoeden dat de voordelen niet opwegen tegen de nadelen, laat men de mogelijke schadelijke interventies achterwege. Als men oordeelt dat anderen

ernstige schade kunnen oplopen, weegt het algemene belang zwaarder dan de schade die het individu eventueel kan oplopen.

De grote moeilijkheid is echter te onderscheiden wat precies schadelijk is. Is het bijvoorbeeld wenselijk om de cliënt te confronteren met een probleemgedrag indien dat de vertrouwensrelatie ondermijnt? Grijpt men in om een autonome keuze van een cliënt te verhinderen als men beseft dat het systeem waarvan hij deel uitmaakt, daaronder lijdt? Gaat men in op de vraag van de verzekeringsmaatschappij naar een diagnose wanneer men weet dat het label de cliënt zal blijven achtervolgen? Wanneer zijn problematische interventies toelaatbaar, noodzakelijk, onvermijdelijk? Waar belandt men bij onverantwoord gedrag dat tot onherstelbare schade bij de cliënt of anderen leidt? De afweging is niet eenvoudig omdat men niet over voldoende wetenschappelijke steunpunten beschikt om de gevolgen op voorhand in te schatten.

In de praktijk staat de hulpverlener die schade wil voorkomen, vaak voor een dilemma. Kenmerkend voor een dilemma is dat het een 'of-of'-karakter heeft en dat zowel ingrijpen als niet ingrijpen negatieve consequenties heeft. Niets doen is dus ook een keuze!

Een jongen van 14 jaar heeft het op school zo bont gemaakt dat de directie overweegt om hem van school te sturen. In hun overleg of ze de jongen nog één kans geven vooraleer ze definitieve sancties nemen, vragen ze een gesprek met de therapeut die de jongen in behandeling heeft. De jongen wil niet dat zijn therapeut spreekt met de directie.

Graste (2003) ontwikkelde een methode om stil te staan bij de verschillende kanten van het dilemma. Daarbij wordt vooral onderzocht welke waarden en normen in de betreffende situatie een rol spelen en elkaar lijken uit te sluiten. De *dilemmamethode* bestaat uit vier stappen:

- Formuleer een scherpe samenvatting van waar het dilemma om draait.

Als de therapeut spreekt met de directie, schendt hij het vertrouwen van de jongen. Als hij het gesprek weigert, vergroot de kans dat de jongen van school vliegt.

- Benoem de waarden en de normen vanuit de verschillende perspectieven.

Vanuit de jongen zijn de waarden autonomie en privacy in het geding en de normen 'ik bepaal zelf wat ik doe' en 'ik wil dat het geheim blijft wat ik bespreek met mijn therapeut'. Vanuit de directie gaat het om waarden als veiligheid en verantwoordelijkheid en de normen 'op school mag er geen geweld gebruikt worden' en 'we geven elk kind een eerlijke kans'; vanuit de therapeut gelden de waarden respect en verantwoordelijkheid en de normen

‘ik moet de mening van de jongen serieus nemen’ en ‘ik moet dreigende schade voorkomen’.

- Vind alternatieve mogelijkheden.

De jongen overreden van het belang van het gesprek en hem voorstellen om daarbij aanwezig te zijn; of een tussenpersoon inschakelen die de situatie van de jongen kan bepleiten zonder dat de vertrouwelijkheid geschonden wordt.

- Maak een afweging van de verschillende mogelijkheden en de daaraan verbonden waarden en normen.

Respect voor de autonomie van de jongen kan gesteund worden, in zover dat niet leidt tot grote schade voor de cliënt zelf of voor anderen. De directie en de therapeut kunnen verantwoordelijkheid nemen en samen overleggen, met respect voor het vertrouwelijke karakter van de gesprekken tussen de jongen en de therapeut. Het aangeven van grenzen aan waarden zoals autonomie vraagt om duidelijke informatie en overtuigingskracht, zowel vanuit de school als vanuit de therapeut.

In deze stap gaat het vaak om verschillende waarden ten opzichte van elkaar af te grenzen.

Bij ethische dilemma's wordt er een extra beroep gedaan op de morele deskundigheid van de hulpverlener, waar we in een later hoofdstuk nog uitvoeriger op ingaan.

Het behoort tevens tot de verantwoordelijkheid van de hulpverlener om *maatregelen* te treffen wanneer er eventuele nadelige gevolgen zijn voor cliënten.

Wanneer bijvoorbeeld in een groepstherapie een deelnemer een ander groepslid zwaar beledigt, heeft de groepstherapeut de verantwoordelijkheid om het conflict zo te hanteren dat de nadelige gevolgen voor de verschillende groepsleden voldoende opgevangen worden. Indien het beledigde groepslid nadien instort, kan dat niet de verantwoordelijkheid van de agressieve deelnemer zijn, wel van de therapeut die eventueel te weinig begrenzing geeft of de veiligheid onvoldoende weet te herstellen.

Wanneer er medische fouten gemaakt zijn, weet men uit onderzoek (Leijssen, 2004) dat patiënten minder geneigd zijn klacht in te dienen wanneer de arts kan toegeven dat hij zich vergist heeft en de reacties van de patiënt empathisch kan beluisteren zonder defensief te worden. Klachten van patiënten betreffen eerder de slechte communicatie over het probleem dan de fout zelf!

Het betekent dat de ‘maatregelen’ bij eventuele nadelige gevolgen niet altijd zo spectaculair hoeven te zijn. Eerlijk erkennen dat men een verkeerde inschatting gemaakt heeft of dat men tekortgeschoten is in het vakkundig hanteren van de problematiek, kan de schade soms al voldoende ‘herstellen’.

Problematische verwickelingen zijn echter niet altijd te voorzien en soms is het evenmin haalbaar om de schade voldoende te herstellen met een goede communicatie. Bovendien zijn cliënten beter op de hoogte van de mogelijkheid tot het indienen van schadeclaims, deels als gevolg van de laagdrempelige procedure door de nieuwe wetgeving. Deze situatie verhoogt de stress voor de hulpverlener, zelfs als die doorgaans in eer en geweten handelt. Daarom rekenen sommige beroepsorganisaties het tot hun verantwoordelijkheid om een *beroepsverzekering* te verplichten voor hun leden.

Een man acht bijvoorbeeld de therapeut van zijn partner verantwoordelijk voor de suïcide van de cliënte en dient een klacht in voor schuldig verzuim. De therapeut heeft geen beroepsverzekering, met als gevolg dat hij onverwacht grote kosten krijgt voor de rechtszaak en de schadevergoeding die hij moet betalen.

Het getuigt van verantwoordelijkheid indien organisaties en instellingen in een degelijke beveiliging voorzien voor hun werknemers, zodat niet ieder individu een persoonlijke beroepsverzekering hoeft te nemen.

Continuïteit van beroepsmatig handelen

Therapeuten hebben de plicht om continuïteit van zorg voor hun cliënten te garanderen. Indien men wegens onvoorziene of ongewilde omstandigheden zijn professionele activiteit moet onderbreken of beëindigen, heeft men de verantwoordelijkheid om een regeling te treffen waarbij de cliënt voldoende opvang of voortzetting van de professionele relatie krijgt.

Een therapeut die bijvoorbeeld wegens zwangerschapsverlof of vakantie een tijd uit het werk stapt, heeft de verantwoordelijkheid ervoor te zorgen dat de professionele dienstverlening zo goed mogelijk door een andere therapeut overgenomen wordt.

Als een patiënt verhuist naar een andere regio, impliceert continuïteit van zorg dat men helpt zoeken naar een goede doorverwijzing.

Als een cliënt opgenomen wordt in een psychiatrisch ziekenhuis, moet de hulpverlener die de cliënt eerder begeleid heeft, zijn medewerking verlenen aan de collega's.

De therapeut heeft de verantwoordelijkheid om zijn dossiers zodanig bij te houden, dat bij een plots wegvallen van de therapeut een andere beroepsbeoefenaar voldoende informatie vindt om de begeleiding onverwacht te kunnen overnemen.

Zorg voor kwaliteit

In de gedragsregels die verplichten tot goede kwaliteit van het beroepsmatig handelen, worden therapeuten aangemaand om te handelen naar aanvaarde wetenschappelijke inzichten en volgens professionele en ethische standaarden. Het betekent ook dat hulpverleners rekening moeten houden met recente ontwikkelingen in hun vakgebied.

De meningen over ‘goede kwaliteit’ zijn verdeeld: de tijdgeest, ideologieën en scholenstrijd beïnvloeden de geestelijke gezondheidszorg. Er is een toenemende tendens om kwaliteitszorg te vereenzelvigen met ‘*evidence based therapie*’ (Leijssen, 2003). Evidence based begon in de geneeskunde in de jaren tachtig van vorige eeuw. “Evidence based is het gewetensvol, expliciet en oordeelkundig gebruik van wat op dit ogenblik als beste wetenschappelijke kennis beschikbaar is, bij het nemen van beslissingen over de zorg voor individuele patiënten. Het veronderstelt de integratie van individuele klinische expertise met de beste externe klinisch-wetenschappelijke kennis uit systematisch onderzoek.” (Sackett et al., 1996, cit. in Pieters, 1999, p. 85).

Na vele jaren van onderzoek waarin verschillende therapierichtingen vergeleken werden op hun effectiviteit, kan men vanuit de beschikbare wetenschappelijke kennis besluiten dat er gemiddeld genomen weinig verschillen zijn tussen gedrags-, cognitieve, psychodynamische, interpersoonlijke, cliëntgerichte en experiëntiële therapie; en waar men wel verschillen vindt, blijken ze in hoge mate samen te hangen met de therapieverbondenheid van de hoofdonderzoeker (Luborsky et al., 2002). De grote verdienste van het vergelijkingsonderzoek tussen verschillende behandelingskaders is de empirische bewijsvoering dat diverse therapievormen in effectiviteit nauwelijks voor elkaar onderdoen en dat cliënten met therapie het significant beter doen dan niet-behandelde controlegroepen. Deze steeds weerkerende bevindingen belleten niet dat sommigen de territoriumstrijd voortzetten en vanuit een machtspositie opteren om behandelingen te verbannen die (nog) niet empirisch gevalideerd zijn. De laatste editie van *Bergin and Garfield’s Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (Lambert, 2004) – zowat de bijbel van het psychotherapieonderzoek – liegt er nochtans niet om: “Scientific standards for practice have been typically based on the subjective impressions of committee members rather than on evidence itself... having an agenda that

was biased in favor of therapies promoted by Task Force members” (p. 8). “Lists of ‘empirically supported treatments’ are static and seem to offer only a false guarantee of effectiveness... the fact is that the success of treatment appears to be largely dependent on the client and the therapist, not on the use of ‘proven’ empirically based treatments” (p. 9). Wanneer deze gezaghebbende auteurs, met een reputatie van openheid en degelijkheid inzake onderzoek, stellen dat “the generation of treatment lists is premature” (p. 807), dan zou dat de regelgevers (en geldschietters) ertoe kunnen aanzetten om niet mee te gaan met de Angelsaksische trend om behandelingen te limiteren “zogenaamd op basis van onderzoek”. Empirisch gevalideerde methoden bestrijken slechts een beperkt gebied van de rijk geschakeerde praktijk en de realiteit van de hulpverlening is heel wat complexer dan het toepassen van een behandelprotocol.

Recent outcomeonderzoek stelt dat een positief behandelresultaat staat of valt met het ontwikkelen van een goede werkrelatie, waarvoor therapeuten cliëntkenmerken doorslaggevend zijn (Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2004). Hulpverleners die geen positieve werkrelatie kunnen opbouwen of instandhouden met hun cliënten, behalen – ondanks de beste therapeutische technieken – geen goede resultaten (Norcross, 2002). Daarnaast blijkt dat diverse therapeutische benaderingen gebruikmaken van specifieke technische interventies die helpend zijn in welomschreven situaties, maar dat de impact van die interventies vooral bepaald wordt door de persoon die ze uitvoert. Lambert en Ogles (2004) verkiezen dan ook te spreken over “empirically validated psychotherapists, rather than empirically supported treatment” (p. 169).

Zorg voor kwaliteit zou dan kunnen betekenen dat iedere therapeut regelmatig enkele objectieve metingen uitvoert om de effectiviteit van zijn behandelingen te toetsen. Een vragenlijst die weergeeft of de werkaliantie oké is, kan reeds in een vroeg stadium signaleren of een therapie voldoende kans maakt bij een specifieke cliënt. Opleidingen zouden hulpverleners kunnen verplichten (enkele van) hun behandelingen te evalueren aan de hand van een eenvoudige outcomebatterij en daarnaast ook meer in detail te bestuderen wat helpende en storende elementen tijdens de behandeling precies inhouden. De goede gewoonte om af en toe een systematische bevraging bij cliënten te doen om de behandelresultaten te evalueren, kan tot de verantwoordelijkheid van elke therapeut behoren.

Empirisch feitenmateriaal dat de werkwijze van hulpverleners ondersteunt, zou niet alleen afhankelijk van academische en economische eisen mogen zijn, het zou vooral een professionele stimulans en garantie moeten bieden voor verdieping en verdere ontwikkeling van behandelvormen die beantwoorden aan nieuwe maatschappelijke noden.

De kloof tussen onderzoek en praktijk is alleen te dichten als er met meer zorg gekeken wordt naar de onderzoeksresultaten en er tevens rekening ge-

houden wordt met de verzuchtingen van practici die meestal met de beste inzet van zichzelf aan dit beroep begonnen zijn. Therapeuten kunnen niet herleid worden tot technici die op commando een programma uitvoeren. De meeste hulpverleners willen echter wel dankbaar gebruikmaken van onderzoeksresultaten als ze ondervinden dat het resulteert in een daadwerkelijke verbetering van hun werkwijze. Maar de explosie van wetenschappelijke informatie is niet gemakkelijk te verwerken voor de reeds overvraagde practicus (Pieters, 1999).

Uitvaardiging van kwaliteitseisen lijkt evident, maar goedwillende hulpverleners komen in de realiteit terecht in een spanningsveld van conflicterende belangen: patiënten zien, administratie verzorgen, vakliteratuur bijhouden, teamoverleg... Waaraan de schaarse tijd bij voorkeur besteden? Het behoort tot de ethiek van de verantwoordelijkheid om *bewuste keuzes* te maken. Individuele hulpverleners, maar ook de organisaties waarin zij werken en de samenleving als geheel moeten prioriteiten stellen, waarbij ze hun keuzes kunnen verantwoorden. Zorg voor kwaliteit impliceert dan – misschien paradoxaal – ook het omgaan met beperkingen en de erkenning dat mooie idealen in de praktijk niet altijd te realiseren zijn.

Verantwoordelijkheid voor collega's

Diverse beroepscodes formuleren onder het principe van verantwoordelijkheid regels die hulpverleners verplichten om het professioneel handelen van collega's kritisch te benaderen en bij onethisch gedrag actie te ondernemen zoals het informeren van andere collega's en betrokken beroepsverenigingen. Onethisch gedrag van collega's omvat een vijftal categorieën:

- onbekwaamheid;
- persoonlijke problemen (zoals alcoholgebruik, paranoia, burn-out);
- financiële onregelmatigheden;
- onzorgvuldigheid met vertrouwelijke informatie;
- overinvolvementgedrag en grensoverschrijdingen.

De oproep om collectief borg te staan voor de kwaliteit van het beroep is in de praktijk geen eenvoudige klus. In een Amerikaans onderzoek (Tabachnick et al., 1991) vindt men dat 79% van de therapeuten kiest voor het negeren van onethisch gedrag bij collega's. Een onderzoek in Nederland (Koene, 1993) laat zien dat men daar nog minder voor actie kiest: slechts 10% antwoordt dat men een collega zou aanspreken bij ernstige seksuele grensoverschrijdingen en 5% zou overwegen om een klacht in te dienen. Men is er wel van overtuigd dat onethisch gedrag van een collega schadelijk is voor de betrokken cliënten en voor het imago van de beroepsgroep als geheel, maar de collega daarover aanspreken, vraagt kennelijk uitzonderlijke moed. De mees-

te therapeuten willen ook niet voor moraalridder doorgaan. In de praktijk leidt dat tot passiviteit, wat hetzelfde resultaat geeft als een toedekkende of ontkennende houding. Bij ethisch bewuste therapeuten veroorzaakt die houding soms een ‘moreel spoor’ (Kitchener, 1984): men heeft een gevoel van spijt omdat men niet overeenkomstig de eigen morele principes durft of kan handelen. Voor een organisatie of een groep leidt zo’n situatie tot zieke personeelsleden, mensen die overspannen raken of tekenen van burn-out vertonen, en meerdere personeelsleden die willen veranderen van werk of vroeger met pensioen gaan. Deze symptomen kunnen verwijzen naar een slecht werkklimaat, maar vaak zijn ze uitdrukking van het feit dat één of enkele invloedrijke figuren van de groep aanhoudend onethisch gedrag vertonen, wat ontkend wordt of in de taboesfeer beland is.

Goed reageren ten opzichte van collega’s van wie men weet of vermoedt dat ze de beroepscode overtreden, is niet eenvoudig. Soms wordt het passief toezien wel doorbroken, maar riskeert men te belanden in gedrag dat evenmin constructief is. Zo kan men door te roddelen over vermoedelijke of gekende overtredingen het gevoel hebben dat men ‘iets doet’, omdat men anderen informeert, maar de betrokken collega kan ten onrechte beschuldigd worden en krijgt geen kans zich te verdedigen. Ook het ondernemen van anonieme acties zal doorgaans eerder contraproductieve reacties uitlokken die resulteren in wantrouwen waaruit verder niets positiefs voortvloeit.

Om constructief te reageren bij beroepsethische fouten van collega’s biedt de literatuur (Keith-Spiegel & Koocher, 1985) diverse aanknopingspunten die als een soort *vuistregels* gehanteerd kunnen worden.

- Neem rustig de tijd, maar houd het bij een professionele setting. Afhandeling aan de telefoon of een gesprek dat soms letterlijk ‘tussen de soep en de patatten’ plaatsvindt, biedt niet de noodzakelijke ruimte om een goede dialoog mogelijk te maken.
- Beschrijf feiten en concreet gedrag. Het meest wenselijke en ook het gemakkelijkste is te reageren op recente gebeurtenissen of voorvallen.
- Gaat het om te verifiëren feiten, geef die dan zakelijk weer; gaat het om veronderstellingen of geruchten, formuleer die als hypothesen. Leg bekommernissen en feiten of veronderstellingen waarop ze gebaseerd zijn, openlijk op tafel zonder rond de pot te draaien.
- Geef aan wat het effect van het concrete gedrag is. Schuw het daarbij niet om je eigen gevoelsmatige reacties sober te verwoorden.
- Verhelder daarbij aansluitend waarom men ervoor kiest om het probleem ter sprake te brengen, vanuit welke motivatie men iemand bevraagt of confronteert.
- Wanneer men handelt uit zorg voor een goede werkrelatie, kan men die rol bekijken als die van iemand die het probleem samen met de collega’s wil bekijken. Dat is anders dan de rol van rechter, achtervolger of detectieve die een collega in de val wil lokken.

- Geef de collega ruimte om uitleg te geven of zich te verdedigen. Heb geduld als hij zich herhaalt, verward reageert of agressief wordt.
- Men kan iets van begrip uitdrukken voor onaangename gevoelens bij collega's zonder zich te laten meeslepen in sterke emoties, of beschuldigend, dreigend en moraliserend op te treden.
- Als de collega onredelijk blijft reageren, kan men beter afspreken om het gesprek later te hervatten.
- Wanneer men reeds een langerdurende negatieve relatie heeft met de betrokken collega of er na de confrontatie in terechtkomt, kan men beter een neutrale collega erbij vragen om het te helpen klaren. Voor systemen betekent dit dat het niet realistisch is om te verwachten dat lang verziekte toestanden onder collega's uitgepraat kunnen worden; hierbij kan men beter een beroep doen op een buitenstaander die van op enige afstand frisser kan waarnemen, die meer vrijheid heeft om knelpunten te benoemen en die het zich makkelijker kan veroorloven om agressie naar zich toe te trekken.

Vuistregels voor goede communicatie zijn helpend, maar niet altijd voldoende opdat hulpverleners werkelijk tot constructieve actie overgaan wanneer ze geconfronteerd worden met onethisch gedrag van collega's. Zo blijkt uit een experiment van Betan en Stanton (1999) dat emotionele aspecten en morele basishoudingen doorslaggevend zijn in het al dan niet verantwoordelijk handelen.

Zij deden een onderzoek aan de hand van een fictieve casus van een hulpverlener die onder invloed van alcohol zijn cliënten ontvangt in de kliniek. Aan 180 vrouwelijke en 78 mannelijke hulpverleners werd gezegd dat de dronken collega reeds herhaaldelijk te horen gekregen had dat anderen zeer bezorgd waren over zijn toestand. Er werd gevraagd: 'Wat zou je moeten doen volgens de beroepscode? Wat zou jij vanuit een positie van bevriende collega doen? Hoe zeker ben je dat je ook zou uitvoeren wat je aangeeft?' Verder moeten de deelnemers hun reactie geven op 29 items betreffende emotionele reacties. Factoranalyse levert hier twee clusters: angst en compassie (waarvan subschalen als zorg en vertrouwen onderdeel zijn). Ook worden 19 contextuele bekommernissen bevestigd die hun beslissing kunnen beïnvloeden. Hieruit komen na factoranalyse vijf subschalen: eigenbelang, begaan zijn met vriendschap, gerichtheid op de beroepscode, begaan zijn met de reputatie van de kliniek, zorg voor welzijn van cliënten. Blijkt dat 95% weet wat een ethische beslissing op basis van de beroepscode zou zijn; namelijk de supervisor of de directie op de hoogte brengen, zodat de collega gedwongen wordt tot een behandeling voor zijn probleemgedrag. Slechts 37% zou dat ook uitvoeren. Deze laatste groep is significant minder gedreven door angst dan zij die terugschrikken voor de uitvoering van de ethische regel. Zij die wel kiezen voor de ethische aanpak, scoren ook

significant hoger op compassie; zij zijn meer bezorgd voor het welzijn van anderen en hebben er vertrouwen in dat de situatie kan verbeteren; eigenbelang en vriendschap spelen hen minder parten; ze redeneren significant meer vanuit de beroepsbelangen. Diegenen die niet zouden reageren, voelen zich verward en neigen de situatie minder ernstig voor te stellen. Ze vrezen voor de nadelige impact op hun vriendschap en ze zijn bang om zelf negatieve reacties te krijgen zoals kwaadheid van de collega.

De auteurs besluiten hieruit dat mensen meer geleid worden door hun emoties en de situationele context dan door hun kennis van ethische regels. Ze houden een pleidooi om door training hulpverleners bewust te helpen worden van hun emotionele reacties en te leren omgaan met ambiguïteit en conflicten. Het zou inhouden dat angst en onbehagen getransformeerd worden in compassie en dat men prioriteit geeft aan langetermijngevolgen op grotere schaal, in plaats van kortzichtige standpunten waarin eigenbelang en vrienden beschermd worden.

Tot besluit: collegialiteit en beroepsorganisaties

In navolging van de Angelsaksische cultuur is er een maatschappelijke tendens naar meer regelgeving om op die wijze verantwoorde beroepsuitoefening te garanderen. Als gevolg daarvan worden beroepsbeoefenaars oplettender voor overtredingen die tot klachten kunnen leiden. Maar dat alles draagt weinig bij tot de kwaliteit van een beroepsuitoefening of het ontwikkelen van verantwoordelijkheid. Angst voor fouten is geen inspiratiebron voor hoogstaand gedrag en levert geen bijdrage aan het welzijn van cliënten en hulpverleners. Hoe goed de gedragsregels ook uitgekend zijn, ze kunnen niet voorkomen dat beroepsbeoefenaars soms schade veroorzaken. Beroepsfouten moeten niet naïef benaderd worden en zeker niet weggemoffeld of ontkend worden. Waar het in verantwoordelijkheid essentieel gaat om 'antwoorden', zou het vooropstellen van dialoog, waarin men kan toelichten en verantwoorden waarom men een bepaalde handelwijze gevolgd heeft, een alternatief kunnen zijn voor een overdreven regelgeving. Dat impliceert een gezonde vorm van collegialiteit en een realistische verhouding tot de elementen die meespelen bij beroepsfouten.

De complexe realiteit opent zich voornamelijk voor een onbevooroordeelde luisteraar die de moeite doet om iemands verhaal zorgvuldig te horen en de context mee te betrekken in hoe de problemen totstandgekomen zijn. Collegialiteit zou erin kunnen bestaan dat men niet onmiddellijk oordeelt, maar evenmin de problemen negeert. Men zou vooreerst de betrokken partijen de gelegenheid kunnen bieden om hun versie van de feiten te belichten. Goede

collega's zijn dan mensen die beroepsfouten niet goedpraten maar die proberen om de realiteit in al haar nuances onder ogen te nemen.

Bij een realistische kijk hoort ook het besef van persoonlijke en structurele beperkingen. De realiteit heeft een negatieve kant waarin iedereen kan te rechtkomen. Ook wanneer men volgens de regels werkt, kan men falen en anderen schaden. Collegialiteit houdt in dat men voor elkaar een ruimte creëert waarin men fouten durft toe te geven en ontzuenderende ervaringen kan overdenken. Er kan hierbij gezocht worden hoe men met problematische situaties kan omgaan en men kan er de eigen twijfels, angsten en schuldgevoelens bespreken. Het is niet de bedoeling dat collega's therapeuten voor elkaar zijn, maar wel dat ze constructief reageren bij fouten en beperkingen. Op die wijze worden de beroepsrisico's en de zware verantwoordelijkheid van dit vak niet alleen gedeeld onder collega's, het stimuleert ook het verder ontwikkelen van een verantwoorde beroepsuitoefening.

Om de dialoog te bevorderen, zijn duidelijk zichtbare *beroepsorganisaties* een belangrijke hulp. Elke beroepsgroep heeft nood aan mensen die zich bezinnen over hoe ethische principes vorm kunnen krijgen binnen de diverse toepassingsvelden van een evoluerende beroepsuitoefening. Een zorgvuldige evaluatie van belangrijke factoren en een heldere formulering van verplichtingen en adviezen zullen hun neerslag vinden in beroepscode's, die niet alleen houvast bieden wanneer beroepsbeoefenaars zich afvragen wat in hun werk al dan niet verantwoord is, maar die ook inspireren om 'het goede te doen'. Respect geldt niet alleen voor de cliënten; het getuigt ook van respect om de beroepsbeoefenaars te informeren op een manier dat de samenwerking bevordert wordt en om ze niet te overladen met al te veel administratieve verplichtingen. Uitvoerige regelgevingen en ingewikkelde verwoordingen bevorderen niet echt de leesbaarheid, laat staan de interesse van practici om zich te verdiepen in die materie. Integriteit en verantwoordelijkheid worden vaak meer gewekt door het zelfrespect bij beroepsbeoefenaars te bevorderen, dan door allerlei controles en protocollen, die ingegeven zijn uit wantrouwen of de nood om te anticiperen op alle mogelijke probleemsituaties.

Het is zinvol dat beroepsorganisaties investeren in adviserende organen met deskundigen of nog liever 'wijzen', waarbij men raad en ondersteuning kan krijgen en om tussenkomsten kan verzoeken bij problematische verwickelingen. Het is ook nodig dat beroepsorganisaties voorzien in organen waarbij men klacht kan indienen en waar disciplinaire maatregelen getroffen worden, want de weg van de dialoog faalt soms. Wanneer het niet lukt om schadelijk gedrag te bespreken en te veranderen, is het noodzakelijk dat er via disciplinaire of juridische maatregelen een einde aan dat gedrag gesteld wordt. Het is cruciaal dat zowel cliënten als hulpverleners goed weten hoe ze gemakkelijk toegang krijgen tot dergelijke adviserende en disciplinaire commissies.

Ethische beroepsuitoefening heeft verder oog voor de maatschappelijke context waardoor individuen in moeilijkheden kunnen komen. Een realistische

kijk onderkent dat problemen niet steeds geïndividualiseerd moeten worden. Zowel cliënten als hulpverleners kunnen geconfronteerd worden met moeilijkheden die verwijzen naar problemen in de samenleving. Overvraagd worden langs verschillende kanten, tegenstrijdige belangen moeten dienen, geïntimideerd worden door machtsstructuren, werken met gebrekkige infrastructuur, beperkt worden door aanhoudende bezuinigingen of zich voortdurend moeten aanpassen aan snel doorgevoerde vernieuwingen... Er zijn zeer veel redenen voor kwetsbaarheid die meer zeggen over de situatie dan over het individu. Beroepsorganisaties kunnen zich ook opwerpen als spreekbuis voor de zwakkeren, ze kunnen de problematische situaties aanklagen en hun maatschappelijke verantwoordelijkheid nemen door structurele oplossingen aan te dragen.

Collegialiteit en verantwoordelijkheid betekenen verder dat hulpverleners en beroepsorganisaties een belangrijke rol opnemen bij het creëren van een kwaliteitsbeleid in de samenleving en bij het nemen en uitvoeren van goede ethische beslissingen in groepen, organisaties en instellingen.

Zorg voor kwaliteit is complex, veelzijdig en vaak zelfs paradoxaal. In zoverre de wetenschap argumenten kan aandragen om het welzijn van mensen te bevorderen, is hier een bron van kennis waaruit hulpverleners moeten putten. Maar de hulpverlening zou een schrale bedoening worden wanneer ze alleen zou moeten werken met wat de wetenschap kan aanreiken, en er zou veel schade aangericht worden indien therapeuten niet zouden durven te handelen bij gebrek aan wetenschappelijke ondersteuning. De hulpverlening heeft gelukkig ook altijd kunnen rekenen op mensen die verantwoordelijkheid nemen omdat ze geïnspireerd zijn door idealen. Kwaliteitszorg wordt gerealiseerd door hulpverleners die zich persoonlijk verantwoordelijk voelen voor hun daden en die met volgehouden aandacht reageren op het appèl van de situatie. In een continu veranderende realiteit is consequent ethisch handelen meer gegarandeerd als mensen een marge van vrijheid behouden om zelf te beslissen, dan wanneer een beleid van hogerhand alles in goede banen moet leiden.