

Dilemma's van verpleegkundigen en verzorgenden



Dr. Alies Struijs
Dr. Suzanne van de Vathorst

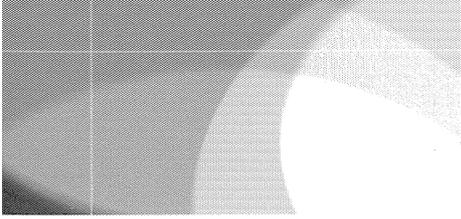
Signalering ethiek en gezondheid 2009

Centrum voor ethiek en gezondheid

Dilemma's van verpleegkundigen en verzorgenden
Uitgave van het Centrum voor ethiek en gezondheid
ISBN 978-90-78823-11-7
Auteursrecht voorbehouden

Deze publicatie kan als volgt worden aangehaald:
Raad voor de Volksgezondheid & Zorg. *Dilemma's van verpleegkundigen en verzorgenden*.
Signalering ethiek en gezondheid 2009/4.
Den Haag: Centrum voor ethiek en gezondheid, 2009

U kunt deze publicatie downloaden via www.ceg.nl / www.rvz.net



Aan de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,

Geachte mevrouw Bussemaker,

Het Centrum voor ethiek en gezondheid (CEG) brengt u met dit signalement op de hoogte van de actuele dilemma's die verpleegkundigen en verzorgenden ervaren in hun dagelijks werk. Het gaat hierbij om dilemma's die te maken hebben met recente (beleids)veranderingen en actuele ontwikkelingen in de gezondheidszorg, zoals andere wetgeving, andere financieringsystemen, meer publieke verantwoording en verschuivende taken van artsen naar verpleegkundigen en van verpleegkundigen naar verzorgenden.

Het CEG heeft een inventarisatie gemaakt van de dilemma's die verpleegkundigen en verzorgenden uit de thuiszorg, de ziekenhuiszorg en de verzorgingshuizen en verpleeghuizen ervaren in hun dagelijks werk. Het NIVEL heeft de resultaten hiervan getoetst via een raadpleging van het Panel Verpleging & Verzorging. Zo ontstond ook een kwantitatief beeld van de meest ervaren en lastigste dilemma's.

Dilemma's in verband met indicatiestelling en met personeelstekort van verpleegkundigen en verzorgenden komen in de inventarisatie prominent voor. Door alle dilemma's heen draait het steeds weer om de vraag hoe goede zorg te geven in een situatie waarin zorginhoudelijke motieven steeds meer met zakelijke motieven te maken hebben. Verpleegkundigen en verzorgenden worden daar onzeker van, voelen onmacht en vragen zich vaak af wat de richtlijn van hun handelen moet zijn: moeten zij zich laten leiden door externe eisen of toch afgaan op hun professionele inzicht over wat goede zorg is?

Aan kennis en kunde om succesvol met veranderingen om te gaan ontbreekt het nogal eens. Ook schort het aan morele gevoeligheid of is die door de praktijk afgeleerd en uit dat zich dan in onbehagen en frus-

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

Datum
26 november 2009
Uw brief van
--
Uw kenmerk
--
Ons kenmerk
6106.1-034
Doorkiesnummer
070-3405815
Onderwerp
Aanbieding signalement

tratie. En dat is weer niet bevorderlijk voor de intrinsieke motivatie en de kwaliteit van zorg.

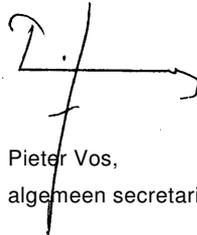
Er is wel een uitweg, zo blijkt uit oplossingen en *good practices* die uit dezelfde zorgpraktijk naar voren komen. Het vraagt wel inspanningen op alle niveaus: van de individuele zorgverlener tot aan de overheid. In de kern komt het er op neer dat het een kwestie van geven en nemen is: verpleegkundigen en verzorgenden moet meer ruimte gegund worden om zelf verantwoordelijkheid te nemen en hun professionele inzicht te benutten. Zij kennen de bewoner/cliënt/patiënt van nabij en zien welke zorg nodig is. Het is aan de andere kant ook een kwestie van ruimte 'nemen': verpleegkundigen en verzorgenden kunnen ook ruimte opeisen, zich strijdbaarder opstellen en hoeven zich niet uit hun professionele rol te laten duwen door systemen of eisen van buitenaf. Zij kunnen zich sterk maken voor wat zij als goede zorg zien voor de patiënt, cliënt of bewoner.

Uit recente berichten blijkt dat u zorgverleners meer verantwoordelijkheid wilt geven als het gaat om de kleinere indicaties. Dat is een beleidsrichting die overeenstemt met oplossingen die ook in dit signalement naar voren komen. Het is een begin van een lange weg die nog te gaan is als we de signalen van verpleegkundigen en verzorgenden serieus nemen. We hopen dat dit signalement hieraan kan bijdragen.

Hoogachtend,



Rien Meijerink,
voorzitter RVZ



Pieter Vos,
algemeen secretaris RVZ

Inhoudsopgave

	Samenvatting	7
1	Inleiding	11
	1.1 Afbakening van thema en vraagstelling	12
	1.2 Werkwijze	13
	1.3 Zorg verlenen als morele praktijk	14
	1.4 Begrippen: van 'morele ervaring' tot 'ethiek'	14
	1.5 Voor wie is dit signalement bedoeld?	18
	1.6 Leeswijzer	18
2	Veranderingen in de gezondheidszorg	19
	2.1 Inleiding	19
	2.2 Wetgeving: ZVW, Wmo en AWBZ	19
	2.3 Zorg aanvragen, ontvangen en betalen: CIZ, ZZP's en DBC's	20
	2.4 Transparantie in de kwaliteit van zorg	22
	2.5 Taakherschikking	22
	2.6 Conclusie	24
3	Ervaren morele dilemma's	25
	3.1 Inleiding	25
	3.2 Resultaten inventarisatieronde verricht door het CEG	26
	3.3 Resultaten onderzoek verricht door het NIVEL	29
	3.4 Conclusie	34
4	Beschouwing en analyse	35
	4.1 Inleiding	35
	4.2 Indicatiestelling, financieringssysteem en wetgeving: een stortvloed van nieuwe regels	36
	4.3 Transparantie, standaarden, protocollen en rapportage: verschroming en versnippering	37
	4.4 Personeelstekort, kwaliteit, loyaliteit, professionaliteit: problemen	39

	met ontscholing, ziekteverzuim en beroepszeer	
4.5	Autonomie, respect of efficiency?	43
4.6	Conclusie	44
5	Oplossingen en <i>good practices</i>	45
5.1	Inleiding	45
5.2	De indicatie	45
5.3	Personeelsgebrek, kwaliteit, loyaliteit en professionaliteit	48
5.4	Transparantie, standaarden, protocollen en rapportages: een cultuur van wantrouwen	53
5.5	Conclusie	54
6	Agendapunten voor beleid, onderwijs en praktijk	55
	Literatuurlijst	60
	Bijlage 1 Lijst van afkortingen	63
	Bijlage 2 Nadere verkenning ervaren dilemma's	64
	Bijlage 3 Anke de Veer en Anneke Francke. Morele dilemma's in het dagelijks werk van verpleegkundigen en verzorgenden (samenvatting onderzoek NIVEL)	67
	Bijlage 4 Hans van Dartel. Onder de korenmaat vandaan? Over de morele idealen van verplegen en verzorgen (essay)	73
	Bijlage 5 Bert Molewijk. Aan ethiek doen, ethiek laten werken en ethiek organiseren (essay)	103
	Bijlage 6 Overzicht functieniveaus verzorgenden en verpleegkundigen	139
	Bijlage 7 Samenstelling RVZ en Forum CEG	141
	Bijlage 8 Verantwoording voorbereiding signalement	143
	Bijlage 9 Publicaties CEG	149

Samenvatting

“Ik denk inderdaad dat veel mensen bij ethiek denken aan zaken als euthanasie”, meent een verzorgende uit de thuiszorg. “Maar de wijze van bejegening van cliënten heeft ook met ethiek te maken. En in die zin loop je dagelijks tegen morele dilemma’s aan. Het is alleen de vraag of verpleegkundigen en verzorgenden die herkennen.”¹

Morele dilemma’s in de dagelijkse zorgpraktijk

Ethiek, verpleging en verzorging zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Dat is ook niet vreemd, goede zorg verlenen is in de kern een morele praktijk. Het gaat om wel-doen, niet schaden, respectvol handelen en geen onderscheid tussen mensen maken. Verpleegkundigen en verzorgenden willen goede zorg verlenen, ze willen patiënten en cliënten de zorg geven die ze nodig hebben en willen die zorg ook rechtvaardig verdel-en. Dat is hun morele ideaal van zorg verlenen. Zorg verlenen gaat niet zonder morele dilemma’s, want het is niet altijd duidelijk wat het juiste of het beste is om te doen. Het is zoals de verzorgende hierboven het stelt: in het dagelijks werk komen verpleegkundi-gen en verzorgenden geregeld voor morele dilemma’s te staan. Dilemma’s die zowel gaan over klassieke ethische vraagstukken zoals euthanasie als over alledaagse zorg-activiteiten.

***Moral distress* door veranderingen in de gezondheidszorg**

De laatste jaren ervaren verpleegkundigen en verzorgenden in toenemende mate (mo-rele) dilemma’s. Dilemma’s die ontstaan door recente veranderingen in de zorg, zoals andere wetgeving, andere financieringsystemen, meer publieke verantwoording en ver-schuivende taken tussen zorgverleners. Het zijn dilemma’s die vaak beter te typeren zijn als *moral distress*: je weet wel wat goede zorg is, maar je voelt je machteloos, ge-hinderd of niet in de positie om die zorg in de praktijk te brengen. Deze onmacht om het goede te doen leidt tot het ervaren van morele dilemma’s.

Deze ‘morele dilemma’s’ hebben een ander karakter dan de (klassieke) morele dilem-ma’s die gaan over de vraag: ‘*wat is goede zorg in deze situatie?*’. De hier aan de orde

¹ Uitspraak van verzorgende tijdens CEG inventarisatieronde mei 2009.

zijnde dilemma's hangen veel meer samen met de vraag: 'hoe krijg ik in deze situatie goede zorg voor elkaar?' Het zijn vooral bijkomende taken en eisen die tot dit type dilemma's leiden. Denk aan instellingseisen, zoals productienormen halen, aan prestatie-eisen voldoen en omgaan met nieuwe financieringssystematiek, zoals ZZP's en DBC's. Deze geven verzorgenden en verpleegkundigen het gevoel overspoeld te worden met extra taken die extra tijd in beslag nemen die ten koste gaat van goede zorg.

Veranderingen die verpleegkundigen en verzorgenden het meest raken

GOEDE ZORG BIJ KRAPPE INDICATIES

De door de onafhankelijke indicatiesteller van het CIZ en op afstand bepaalde geïndiceerde zorg is in omvang vaak niet passend bij de zorgbehoefte. Verzorgenden en verpleegkundigen maken dat nogal eens mee: zij kennen de patiënt, cliënt en bewoner goed, zien welke zorg nodig is, maar kunnen die niet in de juiste omvang leveren. Het is dan ook niet vreemd dat verpleegkundigen en verzorgenden zeggen dat dit hen het meest hoog zit. Het stelt hen geregeld voor het dilemma wat te doen: uitgaan van eigen professionele maatstaven van goede zorg of zich houden aan de geïndiceerde zorg?

LOYALITEIT IN VERBAND MET PERSONEELSTEKORT

Op de tweede en derde plaats staan dilemma's samenhangend met schaarste in de zorg: tekort aan financiële middelen, personeelstekort, onderbezetting en daardoor het vaker inzetten van te laag gekwalificeerd personeel. Ook wordt er nogal eens een beroep gedaan op de loyaliteit van zorgverleners. Een derde van de ondervraagden heeft hier minstens wekelijks mee te maken. Het gaat dan om doorwerken vanwege onderbezetting. Zo'n 42% van hen vindt dit een lastig dilemma. Ook de vraag van de leidinggevende om terug te komen op je vrije dag, vinden verpleegkundigen en verzorgenden (49%) een lastig dilemma. Deze dilemma's vragen dan ook het eerst om oplossingen.

VERSCHILLEN IN DILEMMA'S TUSSEN DE ZORGSECTOREN

Zowel het CEG als het NIVEL hebben achtereenvolgens in drie sectoren - ziekenhuiszorg, de zorg in verzorgings- en verpleeghuizen en de thuiszorg - de dilemma's samenhangend met recente veranderingen in de zorg geïnterpreteerd. Er zijn overeenkomsten, maar ook accentverschillen. Specifieke dilemma's voor de ziekenhuissector zijn dilemma's die te maken hebben met verschil van inzicht tussen verpleegkundige en arts over behandeling, diagnostiek of ontslag van de patiënt. Terwijl in verpleeg- en verzorgingshuizen dilemma's zich vooral voordoen rondom de indicatiestelling: het voor elkaar krijgen van de zorg die nodig is, terwijl die niet overeenkomt met de indicatie van het CIZ. Dat leidt tot dilemma's als: "mag ik een cliënt een beetje minder tijd geven dan geïndiceerd, zodat ik die tijd aan een andere cliënt kan besteden?" en "mag ik de cliënt meer zorg laten aanvragen dan nodig is, om zo voldoende zorgindicatie te krijgen?"

Steeds weer is de onderliggende vraag: 'hoe kan ik het voor elkaar krijgen goede zorg te verlenen in deze situatie?'

Bronnen van *moral distress*

'*Moral distress*' bestaat uit gevoelens van machteloosheid, ondergeschiktheid en inefficiëntie, maar het veroorzaakt ook passiviteit en afnemende morele gevoeligheid. Deze gevoelens werden vaak genoemd als we vroegen naar dagelijkse morele dilemma's, zowel in de CEG-bijeenkomsten als ook in de NIVEL panelraadpleging. Ze ontstaan door de externe druk die is toegenomen en onafwendbaar lijkt. De verzorgenden en verpleegkundigen voelen zich overspoeld met veranderingen in de zorg waarvan ze ook niet zien dat ze de zorg verbeteren. 'Bezuinigen' is volgens hen het enige motief. Dit botst met de motieven waarom verzorgenden of verpleegkundigen dit werk waren gaan doen en dat leidt tot uitholling van de intrinsieke motivatie. Het leidt bovendien tot onaanvaardbare verschraving van zorg, versnippering, een *low trust* samenleving en een onafwendbare leegloop van hoge kwaliteit en inloop van (te) laag gekwalificeerd personeel. De verschraving van de zorg werkt dus heel persoonlijk door en leidt tot een algemeen gevoel van moreel onbehagen en gebrek aan motivatie.

Morele problemen worden niet herkend, te weinig gehoord en besproken

Er is in de dagelijkse praktijk vaak geen aandacht voor morele problemen, niet voor het benoemen en niet voor het bespreken. Wat in de opleiding is geleerd, is in de praktijk al gauw afgeleerd. Omgaan met morele kwesties is niet alleen een strikt persoonlijke kwestie ('ik en mijn geweten'), maar ook een sociale praktijk. Als er nooit over ethische kwesties gesproken wordt, moet de zorgverlener sterk in zijn schoenen staan om deze toch aan te kaarten. Verzorgenden en verpleegkundigen komen hier over het algemeen weinig tegen in het geweer. Het gevoel dat men aan de grenzen zit van wat nog aanvaardbaar is zou ook tot een groot moreel debat kunnen leiden. Dat dit nog zo weinig gebeurt, lijkt een gevolg van een gebrek aan eigenwaarde in professionele zin. Daarmee is er dan een vicieuze cirkel ontstaan: weinig waardering leidt tot verschraving van de zorg en uitholling van het vak en dat leidt weer tot weinig eigenwaarde die het gebrek aan waardering versterkt. Gebrek aan waardering draagt weer bij aan personeelschaarste.

Oplossingen en *good practices*

Aangezien veel problemen niet nieuw zijn en breed worden ervaren, wordt er in de praktijk ook naarstig naar oplossingen gezocht en zijn er inmiddels heel wat initiatieven ontplooid. Een deel van de problemen hangt samen met de manier waarop de zorg georganiseerd is en daarin beginnen zich verschuivingen af te tekenen, zoals de recent

aangekondigde veranderingen in de indicatiestelling voor delen van de AWBZ-zorg, waardoor indicatiestelling weer voor een deel wordt teruggelegd bij de zorgverlener. Een ander deel van de problemen wordt veroorzaakt doordat men de gelegenheid niet heeft om met elkaar 'aan ethiek te doen', terwijl de behoefte er zeker is, maar de tijd en het geld vaak ontbreekt. Toch zijn er initiatieven als moreel beraad, medisch-ethische besprekingen of organisatievormen die ruimte bieden voor aandacht voor alledaagse morele kwesties. Waar echter sommigen ook op wijzen is dat de houding van verzorgenden en verpleegkundigen ook moet veranderen. Zij zullen hun professionaliteit moeten uitbouwen en gaan staan voor wat zij als verantwoorde en noodzakelijke zorg zien.

Professionele ruimte geven en nemen

Om dilemma's en *moral distress* te voorkomen of te verminderen moeten verpleegkundigen en verzorgenden steviger in hun schoenen gaan staan. Dat vraagt inspanningen van hun omgeving, maar vooral ook van hen zelf. Het is een kwestie van geven en nemen: verpleegkundigen en verzorgenden moet meer ruimte gegund worden om zelf verantwoordelijkheid te nemen en hun professionele inzicht te benutten. Want zij kennen de bewoner/cliënt/patiënt van nabij en zien als geen ander welke zorg nodig is. Het is aan de andere kant ook een kwestie van ruimte 'nemen': verpleegkundigen en verzorgenden kunnen ook die ruimte opeisen, zich strijdbaarder opstellen en zich niet uit hun professionele rol laten duwen door systemen of eisen van buiten af.

De overheid kan - en is dat pad recentelijk ook ingeslagen - via beleidswijzigingen ervoor zorgen dat verpleegkundigen en verzorgenden meer ruimte krijgen om zelf verantwoordelijkheid te nemen en naar eigen professioneel inzicht zorg te verlenen. Het onderwijs kan hierin bijdragen door nieuwe vormen van ethiekonderwijs die aansluiten bij de verschillende functieniveaus. Instellingen moeten meer doordrongen zijn van de dagelijks dilemma's die uitvoerende zorgverleners ondervinden en daarin hun verantwoordelijkheid nemen. Belangen- en beroepsorganisaties van verpleegkundigen en verzorgenden hebben een spilfunctie en kunnen de beroepsgroep vertegenwoordigen op politiek en overheidsniveau. Ze kunnen hen ook ondersteunen met *good practices*. Leidinggevenden moeten als eersten het signaal dat via ervaren dilemma's wordt afgegeven opvangen en beantwoorden. Zij zijn (mede) verantwoordelijk voor een juiste balans tussen het belang van goede zorg en bedrijfsmatige belangen. Verpleegkundigen en verzorgenden, ten slotte, zullen vooral met een houding van lef en vertrouwen op hun professionele inzicht zich sterk moeten maken voor de goede zorg die ze zo graag aan patiënten, cliënten en bewoners willen verlenen.

1 Inleiding

“Op een psychiatrische afdeling [van een verzorgingshuis] waar ik werkte, werd jarenlang suiker en melk in de pot koffie geroerd en dan uitgeschonken. Toen zeiden wij op een gegeven moment: ‘we willen dat die mensen dat weer zelf gaan doen, maar hoe leer je ze dat dan?’”²

Artsen, verpleegkundigen en verzorgenden worden dagelijks geconfronteerd met morele kwesties. Soms zijn dat ‘grote’ dilemma’s, zoals die rond euthanasie, abortus of anti-conceptie van verstandelijk gehandicapten. Veel vaker gaat het echter om meer alledaagse zaken, zoals die rond het beroepsgeheim of de bejegening van patiënten. Of soms om het uitschenken van de koffie.

Zo openden we in 2005 *Ethiek in zorginstellingen en zorgopleidingen*, een verkennend signalement over de plaats van ethiek in zorginstellingen en in het zorgonderwijs.³ Een passage waarmee we opnieuw openen, omdat dit signalement een vervolg is op het signalement uit 2005 én deze passage laat zien hoe de alledaagse zorgpraktijk in de kern een morele praktijk is. Die alledaagse, morele zorgpraktijk van verpleegkundigen en verzorgenden is de focus van dit signalement.

Nog even terug naar 2005: toen kwam naar voren dat ethiek van belang is voor het bepalen wat goede zorg is. *Wat goede zorg is*, staat niet bij voorbaat vast, maar wordt bepaald door de mensen die zorg verlenen en ontvangen. Het overleg daarover is een continue aangelegenheid, waarbij ethiek meestal impliciet en soms expliciet aandacht krijgt, zoals het voorbeeld van het uitschenken van de koffie laat zien. Een ander voorbeeld van zorg met impliciet morele keuzes komt uit de ‘belevingsgerichte zorg’:

“Als we op de slaapkamers werken, staat Radio 538 niet meer aan. Bewoners werden daar heel onrustig van. Ook in de huiskamer staat de radio niet meer aan, zodat er meer contact mogelijk is met bewoners. We draaien alleen muziek waar de bewoners van houden. Ze worden er veel rustiger van. Ook zijn we gestart met een ontbijtproject. Voorheen werd het ontbijt ‘s morgens in alle vroegte klaargezet, de boterhammen al belegd met worst en

² Zie Jeannette Pols (2004), *Good care. Enacting a complex ideal in long-term psychiatry*. Een empirisch ethische studie naar idealen van goede zorg in de dagelijkse langdurende zorg.

³ Grotendeels gebaseerd op de gelijknamige achtergrondstudie door Marian Munk: zie www.ceg.nl.

kaas. Nu worden de bewoners gewassen, ze krijgen een kop koffie en dan ontbijten we gezamenlijk. De mensen smeren zelf hun brood en kiezen hun beleg.”
(Bloemhoff 2004)

Expliciete aandacht voor ethiek helpt zichtbaar te maken welke morele idealen achter ingesleten routines schuilen en draagt bij aan de kwaliteit van zorg. Veel zorgverleners zijn zich vaak niet bewust van de morele dimensie van hun werk. Ze zijn vaak ook niet in staat morele kwesties te herkennen, missen soms de morele taal. Dit over het hoofd zien van morele kwesties die verbonden zijn aan alledaagse zorg, zoals wassen, ontbijten en koffie drinken, is een vorm van ‘bedrijfsblindheid’ (RVZ/CEG 2005, RVZ 1999).

In de dagelijkse zorgpraktijk zit dus veel ethiek verscholen: van morele idealen tot aan morele dilemma’s. Het nu voorliggende signalement laat ook vaak verborgen dagelijkse morele dilemma’s van verpleegkundigen en verzorgenden zien: dilemma’s die verband houden met recente veranderingen in de organisatie van de gezondheidszorg.

1.1 Afbakening van thema en vraagstelling

Dit signalement volgt niet alleen het signalement van 2005, maar is ook naar aanleiding van herhaald verzoek vanuit de sector verpleging en verzorging om de aandacht nu eens te vestigen op deze groep zorgprofessionals. Die handschoenen pakken we nu op. Een meer actuele aanleiding zijn de recente veranderingen in de gezondheidszorg hebben plaatsgevonden. Denk aan invoering van nieuwe wetgeving (ZVW en Wmo) en andere financieringssystemen in de zorg (ZZP’s en DBC’s), maar ook ontwikkelingen als taakherschikking en het toenemend personeelstekort. Het zijn veranderingen en ontwikkelingen die mogelijk nieuwe morele vragen in de zorgpraktijk oproepen.

Om hiervan een beeld te krijgen zijn verpleegkundigen en verzorgenden in drie sectoren van de gezondheidszorg benaderd. Vanwege de onderlinge samenhang - ze vormen vaak een keten - richten we ons op verpleegkundigen en verzorgenden uit de sectoren thuiszorg, ziekenhuiszorg en verpleeg- en verzorgingshuizen. Dat wil overigens niet zeggen dat er niet evenveel reden zou zijn om in andere sectoren, zoals in de gehandicaptenzorg, de geestelijke gezondheidszorg en de jeugdzorg, met dit thema aan de slag te gaan. Deze sectoren zijn echter onderling zo verschillend en vaak meer op zichzelf staand, dat ze zich beter lenen voor een afzonderlijk signalement. Vandaar deze keuze.

De volgende onderzoeksvragen staat centraal in dit signalement:

1. Wat zijn de meest voorkomende en actuele morele dilemma’s die verpleegkundigen en verzorgenden ervaren in hun dagelijkse werk in relatie tot de veranderende zorgcontext en de eisen die aan hun professionaliteit worden gesteld?

2. Welke ondersteuning ontvangen verzorgenden en verpleegkundigen op dit moment om met morele dilemma's om te gaan en in hoeverre is meer en andere ondersteuning daarin nodig?
3. Wat kunnen partijen - overheid, onderwijs, instellingen, beroepsgroepen, leidinggevenden én betrokkenen zelf - doen om de ethische basiskennis en morele vaardigheden van verpleegkundigen en verzorgenden te versterken zodat zij beter in staat zijn om te gaan met de huidige (morele) dilemma's?

1.2 Werkwijze

Om erachter te komen welke morele dilemma's verzorgenden en verpleegkundigen op dit moment ervaren in hun dagelijkse werk, is een start gemaakt bij verpleegkundigen en verzorgenden zelf. In bijeenkomsten met verzorgenden en verpleegkundigen en nog een aparte bijeenkomst met medewerkers van een thuiszorgorganisatie is geïnventariseerd welke morele dilemma's verpleegkundigen en verzorgenden ervaren.⁴ Zo'n honderd verpleegkundigen en verzorgenden uit verschillende streken van het land namen deel aan de bijeenkomsten.⁵

De bijeenkomsten verliepen telkens volgens eenzelfde opzet. Na een korte introductie over het thema kwamen via een gestructureerde vraagstelling verzorgenden en verpleegkundigen ruimschoots aan het woord. Voordeel van deze aanpak is dat rechtstreeks en zonder tussenkomst van leidinggevenden veel (morele) kwesties die verpleegkundigen en verzorgenden ervaren boven tafel kwamen. Tegelijkertijd - en dat is meteen ook een nadeel - is die inbreng niet compleet, selectief en mogelijk niet representatief voor alle verzorgenden en verpleegkundigen. Het is slechts een indicatie van wat verpleegkundigen en verzorgenden als 'morele dilemma's' ervaren.

Het maakte niet veel uit of we verzorgenden in Sneek, Sommeldijk, Arnhem of Warmond spraken. Ook verpleegkundigen in de landelijke bijeenkomst in Utrecht hadden onderling overeenkomende ervaringen. Van de opbrengst van alle bijeenkomsten is een geclusterd overzicht gemaakt. Op basis daarvan heeft het NIVEL een toetsend onder-

⁴ Onder leiding van een externe deskundige zijn in kort tijdsbestek zes bijeenkomsten gehouden:

- vier regionale bijeenkomsten op locatie met verzorgenden: Sneek 20 april, Sommeldijk 11 mei, Arnhem 15 mei en Warmond 18 mei 2009.
- één landelijke bijeenkomst met verpleegkundigen: Utrecht 25 mei 2009.
- één bijeenkomst met medewerkers van een thuiszorgorganisatie: Amstelveen 2 juli 2009. Deze extra bijeenkomst was nodig omdat het moeilijk bleek een ingang te krijgen in thuiszorgorganisaties. Deelname was om financiële redenen niet haalbaar. Zie ook bijlage 2.

⁵ De bijeenkomsten met verzorgenden waren verspreid over het hele land. Het merendeel van hen was werkzaam in het verpleeghuis, een enkele kwam uit een verzorgingshuis, de thuiszorg of het algemeen ziekenhuis. De meeste van hen zijn EVV-er (eerst verantwoordelijk verzorgende) of verzorgende. Voor de thuiszorg, die moeilijk te bereiken viel, vond nog een aanvullende bijeenkomst in Amstelveen plaats. Van de verpleegkundigen die deelnamen aan een landelijke bijeenkomst, was meer dan 80% werkzaam in een academisch ziekenhuis of in een algemeen ziekenhuis, onder meer op de afdelingen acute opname, verloskunde, hartbewaking, IC, dialyse, ouderengeneeskunde en psychiatrie. Een klein percentage van de verpleegkundigen was werkzaam in de thuiszorg of het verpleeghuis. Zie verder bijlage 2.

zoek uitgevoerd in de vorm van een enquête onder ruim 650 verpleegkundigen en verzorgenden. Zo kon worden nagegaan of de genoemde dilemma's herkend worden, hoe vaak ze voorkomen en in welke mate ze als lastig ervaren worden.⁶ Ten slotte vonden nog twee expertmeetings⁷ plaats, heeft een klankbordgroep en een meeleesgroep gereageerd op conceptversies van het signalement.⁸

Voor de onderbouwing van en ter aanvulling op dit signalement hebben twee ethici, beiden experts op het terrein van ethiek in verpleging en verzorging, ieder een essay geschreven. In 'Onder de korenmaat vandaan? Over de morele idealen van verplegen en verzorgen', schrijft Hans van Dartel vanuit een meer sociologische invalshoek over de positie van verpleegkundigen en verzorgenden. Daarbij gaat het onder meer over de vraag in hoeverre het bij het verplegen en verzorgen al dan niet om een zelfstandig beroep met een eigen professionele moraal gaat. De andere auteur, Bert Molewijk, laat in zijn essay 'Aan ethiek doen, ethiek laten werken en ethiek organiseren', zien hoe ethiek vorm kan krijgen binnen instellingen en hoe moreel beraad ingezet kan worden om morele dilemma's bespreekbaar te maken.

1.3 Zorg verlenen als morele praktijk

Op welk niveau je ook werkzaam bent in de gezondheidszorg, er doen zich altijd morele kwesties voor van allerlei aard en gradaties. Goede zorg is gebaseerd op morele waarden als weldoen en schade voorkomen, op respectvol handelen en geen onderscheid tussen mensen maken. Die waarden als richtinggevend blijven zien, is bepalend voor de kwaliteit van zorg. Of zoals Dorine Bauduin en Mariël Kanne het kernachtig formuleren: 'moraal biedt een kader om gedrag in goede banen te leiden' (2009).

De morele dilemma's die verpleegkundigen en verzorgenden ervaren staan niet los van de dilemma's waar leidinggevend, instellingen en beleidsmakers op overheidsniveau mee te maken hebben. Ons vertrekpunt is het niveau van de verpleegkundige en de verzorgende die in het ziekenhuis, het verpleeg- of verzorgingshuis of de thuiszorg werkzaam is. Vanuit dat perspectief zullen ook andere niveaus ter sprake komen.

1.4 Begrippen: van 'morele ervaring' tot 'ethiek'

Elk mens handelt vanuit bepaalde ideeën, intuïties of gevoelens over wat goed is om te doen of te laten: een bepaalde overtuiging van goed en kwaad. Die overtuiging wordt op de proef gesteld als zaken anders gaan dan zou moeten. Je vindt het bijvoorbeeld 'niet

⁶ Een samenvatting van de resultaten is opgenomen als bijlage in dit signalement: bijlage 3. Het volledige onderzoeksverslag is als apart document te downloaden via www.nivel.nl of www.ceg.nl.

⁷ Met beroeps- en belangenorganisaties en met leidinggevend in de ziekenhuiszorg, de thuiszorg en de verpleeg- en verzorgingshuiszorg.

⁸ Zie verder bijlage 8.

normaal dat bewoners na vijf uur 's middags niets meer te drinken krijgen' of 'dat een arts een 90-jarige patiënt 's avonds laat nog uit het ziekenhuis wil ontslaan en weer terug wil laten gaan naar het verpleeghuis.' Dat klopt niet met je morele besef, het geeft je een gevoel van onbehagen waarmee je blijft rondlopen. Zo ontstaan morele problemen en de behoefte aan moreel beraad. In de bijeenkomsten met verpleegkundigen en verzorgenden werd dit gevoel van onbehagen - het gevoel dat een bepaalde gang van zaken niet klopt - breed herkend en het gesprek hierover zeer positief ontvangen.⁹

Morele ervaring

In de context van de gezondheidszorg komt dit gevoel van onbehagen of 'morele verontwaardiging' nogal eens voor. Bijvoorbeeld als je je realiseert dat een bewoner je moeder zou kunnen zijn en je toch niet zou willen dat zij zo werd behandeld. Of als je met dementerenden werkt en je steeds voor hen moet denken. Je vraagt je dan vaak af: 'doe ik wel het goede?' Soms meent de familie te weten wat het beste is voor een oudere, maar denk je als verpleegkundige daar anders over. Dan is het moeilijk om af te wegen wat je moet doen en is er behoefte aan ethische reflectie over de vraag: 'wat is hier goede zorg en hoe kunnen we dat voor elkaar krijgen?'

Morele kwestie

Morele kwesties zijn er volop in de gezondheidszorg. Een morele kwestie is te typeren als een vraagstuk waarbij zich een botsing van waarden en normen voordoet tussen personen. Ze ontstaan door een verschil van inzicht over wat goed is om te doen in een bepaalde situatie. Morele kwesties zijn er in allerlei soorten en maten, van lichte (spanningen) tot zware (dilemma's). Een moreel dilemma beschouwen we hier als een bijzonder nijpende vorm van een morele kwestie (Struijs en Brinkman 1996, Bauduin en Kanne 2009).

Moreel dilemma

Wat is een moreel dilemma en verstaan we daar allemaal hetzelfde onder? Praktijk en theorie, ondervraagden en onderzoekers, blijken hierover anders te denken, terwijl er in de definiëring geen grote verschillen bestaan. Onder een 'moreel dilemma' wordt over het algemeen verstaan dat je 'klem' zit tussen twee mogelijke handelingen, 'je moet tussen twee kwaden kiezen'. Je moet er één kiezen en die keuze heeft gevolgen voor (een) ander(en).

Ervaren morele dilemma's

In de bijeenkomsten bleken de door verzorgenden en verpleegkundigen genoemde dilemma's vaak niet te beantwoorden aan (theoretische) kenmerken van een moreel di-

⁹ Enkele reacties uit de evaluatieformulieren ondersteunen dat: "fijn, dat wij nu eens gevraagd worden"; "leerzaam om ervaringen uit te wisselen"; "belangrijk! Goed voor je gevoel van eigenwaarde"; "goed dit mee te maken, maar tegelijk een dilemma: weer minder personeel op de afdeling!"

lemma. Wat zij als moreel dilemma *ervaren*, is niet altijd vanuit ethische theorie als dilemma te classificeren. Het is net als met gezondheid, je (niet) gezond *voelen* en gezond *zijn*, zijn twee verschillende dingen. Ook het omgekeerde kwam voor: er zijn morele dilemma's die er wel zijn als je het aan ethici zou vragen, maar die niet als zodanig ervaren worden door verpleegkundigen of verzorgenden. Dat kan komen omdat de morele gevoeligheid en morele taal bij verzorgenden en verpleegkundigen hiervoor ontbreekt, is 'uitgedoofd' of afgestompt. Een vorm van 'bedrijfsblindheid': "je verlegt je grenzen door de praktijk" (uitspraak verzorgende). De vraag is of deze bedrijfsblindheid door de recente veranderingen in de zorg is toegenomen. Als wat 'niet normaal' is, vaak voorkomt, wordt dat na verloop van tijd als 'normaal' beschouwd. Als in de praktijk 'harde' bedrijfsmatige belangen (productienormen) van zorgverleners zwaarder gaan tellen dan het belang van goede zorg verlenen, kan de morele gevoeligheid van zorgverleners afstompen.

Dat dilemma's van verpleegkundigen en verzorgenden niet altijd direct te classificeren zijn als een moreel dilemma, betekent nog niet dat er geen morele dilemma's zijn. Ze zijn er wel, maar zitten vaak verpakt in praktische knelpunten. Molewijk (2009) stelt dan ook in zijn essay dat in een moreel beraad niet bij voorbaat vast staat of een ingebrachte casus wel of niet een moreel dilemma is. Dat blijkt wel na uiteenrafelen van de casus. Sommige ingebrachte 'morele dilemma's' worden dan ook na afloop van de bespreking als dilemma afgeserveerd. Ook de 'morele dilemma's' die door verpleegkundigen en verzorgenden in de bijeenkomsten naar voren kwamen, blijken bij nadere beschouwing niet altijd 'morele dilemma's' te zijn.

Kenmerken van een moreel dilemma

Een moreel dilemma is een bepaald type morele (of ethische¹⁰) kwestie en heeft een aantal kenmerken. Bekende voorbeelden zijn: mag je liegen om iemands leven te redden? Of mag je beloftes breken als je iemand moet helpen? Of dichterbij huis: mag je de kwaal aandikken om zo een hogere zorgzwaartepakket (ZZP) binnen te halen in het belang van goede zorg voor je bewoner? Het kenmerkende van een dilemma is dat er hoe dan ook (morele) schade wordt opgelopen, vandaar de zegswijze: 'van twee kwaden de minst kwade kiezen'. Coppoolse (2006) omschrijft in navolging van Braunack Mayer een moreel dilemma als een situatie waarin een persoon, op morele gronden, een bepaalde handeling wel én niet behoort te doen. Deze definitie geeft goed de tweestrijd binnen een persoon aan, die ook te vinden is in de bewoordingen van Bauduin en Kanne (2009) als zij spreken van situaties waarin de betrokkene 'klem zit tussen twee handelwijzen die allebei nadelen hebben'. Ze noemen als voorbeeld de vraag of je een cliënt tegen zijn zin mag overplaatsen van het verzorgingshuis naar de verpleegafdeling of niet; als je hem niet overplaatst, blijft hij overlast veroorzaken. Je moet kiezen, óf het een óf het ander - niets doen is

¹⁰ In spreektaal worden de termen 'ethisch' en 'moreel' veelal door elkaar gebruikt. Dat is ook in dit signalement het geval.

ook een keuze. Het is de morele afweging tussen autonomie van de cliënt schenden om schade voor anderen te voorkomen of autonomie van de cliënt laten prevaleren boven de schade voor anderen.

Het is duidelijk dat het bij een moreel dilemma er altijd om gaat:

- dat je *moet kiezen* tussen tenminste twee handelingen
- maar *niet weet wat te kiezen* tussen twee handelingsopties (onzekerheid wat de beste keuze is). Er is geen beste keuze, voor beide handelingsopties zijn morele gronden aan te voeren
- Je maakt hoe dan ook vuile handen: wat de keuze ook wordt, het heeft *altijd nadelige gevolgen* voor je zelf (schuldgevoel) en anderen (schade)

Moral distress

Een apart soort dilemma zijn dilemma's die veroorzaakt worden door '*moral distress*':¹¹ Je ervaart *moral distress* als je weet wat moreel goed is om te doen maar je niet bij machte bent (of wordt gesteld) om dat vervolgens te doen. Of als er sprake is van dwang om iets te doen terwijl je dat als moreel onjuist ervaart. Dit soort dilemma's hoeven geen *morele* dilemma's te zijn, want je weet heel goed wat moreel goed is om te doen. Maar ze kunnen te maken hebben met communicatie-, assertiviteits- of machtsproblemen.¹² Veel ingebrachte casuïstiek tijdens onze bijeenkomsten zijn voorbeelden van *moral distress*. Ze kunnen negatief doorwerken op de intrinsieke motivatie. Soms zijn dit soort dilemma's toch moreel als je je afvraagt hoe je moreel juist met deze *moral distress* moet omgaan (Molewijk 2009)

Moreel beraad

Een 'moreel beraad' is een bijeenkomst waarin de deelnemers volgens een bepaalde methode een ingebrachte casus bespreken met het doel tot een gezamenlijk advies te komen over de juiste handelswijze of houding. De aanpak is verschillend en hangt samen met de visie op ethiek die de begeleiders hanteren. Er bestaan verschillende methoden en benaderingen om morele dilemma's binnen een moreel beraad te bespreken (Molewijk 2009, Bauduin en Kanne 2009, Steinkamp 2009, Manschot en Van Dartel 2003). Molewijk kiest voor een pragmatisch-hermeneutische aanpak (zie verder Molewijk 2009).

Moraal en ethiek

Tot nu toe zijn allerlei begrippen gepasseerd, zonder dat we omschreven hebben wat we onder 'moraal' en 'ethiek' verstaan. 'Moraal' is te beschouwen als het geheel van

¹¹ Wij geven de voorkeur aan de internationaal gangbare term *moral distress*. In de literatuur wordt ook wel de term *moral stress* gebruikt en zo noemden we dit fenomeen ook in 2005: "Morele stress kan bijvoorbeeld ontstaan als verpleegkundigen een moreel probleem constateren, zonder dat zij in de positie verkeren invloed uit te oefenen op het morele besluitvormingsproces. Dit kan leiden tot gevoelens van machteloosheid, ondergeschiktheid en inefficiëntie, maar ook tot passiviteit en het minder gevoelig worden voor morele problemen." RVZ/CEG 2005.

¹² Volgens Molewijk 2009: zie verder hierover zijn essay in bijlage 5.

regels, waarden en normen dat het handelen reguleert (handelingsaanwijzingen), terwijl 'ethiek' de wetenschappelijke reflectie op moraal is. Verder is er een onderscheid tussen 'moraal' en 'recht' te maken: 'moraal' wordt wel omschreven als een 'ongeschreven wet', terwijl 'recht' is te omschrijven als vastgestelde, in wetgeving, 'gestolde' moraal (zie verder www.ceg.nl).

1.5 Voor wie is dit signalement bedoeld?

Dit signalement is gericht aan de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, om haar op de hoogte te brengen van de actuele morele dilemma's die verpleegkundigen en verzorgenden ervaren in hun dagelijks werk. Het gaat daarbij vooral om dilemma's die te maken hebben met recente (beleids)veranderingen en actuele ontwikkelingen in de gezondheidszorg. In die zin is dit signalement relevant voor het beleid. Dit signalement is ook bedoeld voor alle betrokken partijen: de verpleegkundigen en verzorgenden zelf, hun leidinggevendenden, de managers van hun instellingen, hun beroepsgroep en opleidingen. En voor diegenen aan wie verpleegkundigen en verzorgenden graag goede zorg willen verlenen: de patiënten, cliënten en bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen, ziekenhuizen en de thuiszorg.

1.6 Leeswijzer

Het volgende hoofdstuk biedt een overzicht van recente veranderingen en ontwikkelingen van de afgelopen jaren in de gezondheidszorg die van invloed zijn op het dagelijkse werk van verzorgenden en verpleegkundigen. Hoofdstuk 3 presenteert de actuele morele dilemma's die verpleegkundigen en verzorgenden ervaren in hun dagelijks werk, op basis van de inventarisatieronde van het CEG en het daarop aansluitende toetsende onderzoek van het NIVEL. Hoofdstuk 4 biedt een beschouwing en analyse van deze resultaten en in hoofdstuk 5 zoeken we naar oplossingen en succesfactoren van *good practices*. Hoofdstuk 6 sluit af met agendapunten voor beleid, onderwijs en praktijk. De beide essays van de hand van Hans van Dartel en Bert Molewijk, zijn te vinden in bijlage 4 en 5.

2 Veranderingen in de gezondheidszorg

2.1 Inleiding

Vanwege snel stijgende kosten, toenemend personeelstekort en inefficiëntie in het zorgaanbod vonden veranderingen in de sturing en besturing van de gezondheidszorg plaats. Zo was er de invoering van het budgetsysteem waardoor ziekenhuizen en zorginstellingen zelf verantwoordelijk werden voor de uitvoering van het beleid binnen bepaalde financiële grenzen. Een volgende stap was de invoering van nieuwe wetgeving voor de verzekering van ziektekosten en maatschappelijke ondersteuning en aanpassingen in de bestaande wetgeving. Tegelijk waren er ontwikkelingen op het gebied van indicatiestelling, toewijzing en betaling van de zorg. Om meer transparantie en kwaliteit in de zorg te bewerkstelligen zijn ook nieuwe systemen ingevoerd. Nog een heel andere ontwikkeling is de taakverschuiving van artsen naar verpleegkundigen en van verpleegkundigen naar verzorgenden.

2.2 Wetgeving: ZVW, Wmo en AWBZ¹³

In de laatste decennia van de vorige eeuw ziet de overheid zich genoodzaakt wat te doen aan de snel stijgende kosten van de gezondheidszorg. Het opgebouwde stelsel van de gezondheidszorg blijkt inefficiënt en onbetaalbaar en moet op de schop. Na allerlei pogingen om tot een nieuwe structuur te komen, wordt in 2005 een grote verandering gerealiseerd door het invoeren van de *Zorgverzekeringswet* (ZVW). Deze nieuwe wet, die sinds januari 2006 van kracht is, heft het onderscheid tussen ziekenfonds en particuliere verzekering op. Voor alle inwoners geldt voortaan gelijke toegankelijkheid tot het basispakket, via de verplichte basisverzekering en een verplicht eigen risico. Voor behandelingen die buiten het pakket van de basisverzekering vallen kan een aanvullende verzekering worden afgesloten (RVZ 2009).

Een tweede grote ingreep is de invoering van de *Wet maatschappelijke ondersteuning* (Wmo) in 2007. Deze wet leidt ertoe dat gemeenten verantwoordelijk zijn voor de maatschappelijke ondersteuning. Gemeenten moeten voortaan middelen en voorzieningen

¹³ We beperken ons hier tot veranderingen in de wetgeving rondom het stelsel van de gezondheidszorg. Er zijn uiteraard meer wetswijzigingen geweest - zoals het rookverbod - die dilemma's opleveren in de zorgpraktijk.

regelen voor mensen met een beperking. Invoering van de Wmo betekent dat functies die aanvankelijk geregeld waren in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en in de Wet voorzieningen gehandicapten (WVG),¹⁴ samen zijn ondergebracht bij de gemeenten en gefinancierd worden uit de Wmo. Inmiddels is met ingang van januari 2009 Ondersteunende Begeleiding (OB) en Activerende Begeleiding en behandeling (AB) samengevoegd tot Begeleiding (BG) en Behandeling (BH). Hierdoor kunnen alleen cliënten met matige of ernstige beperkingen voor begeleiding en behandeling een beroep kunnen doen op de AWBZ. Cliënten met een lichte beperking zijn aangewezen op door de gemeenten gefinancierde voorzieningen.

Wijzigingen in de *Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)* konden niet uitblijven. Aanvankelijk was de AWBZ bedoeld voor een beperkte groep: de wet dekte het financiële risico van chronische aandoeningen en beperkingen. Hij bracht uitkomst aan veel gehandicapten en chronisch zieken die tot dan toe een marginaal bestaan leidden. Het financiële risico van chronische aandoeningen was niet of nauwelijks te verzekeren en de AWBZ bracht hierin verbetering. In de loop der jaren dijde de AWBZ uit en de aanvankelijk beperkte doelgroep werd ruimer. Bovendien bracht de AWBZ wel betere voorzieningen, maar leidde niet tot meer zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie. Dat zet de houdbaarheid van de AWBZ onder druk (RVZ 2008).

2.3 Zorg aanvragen, ontvangen en betalen: CIZ, ZZP's en DBC's

Thuiszorg en verzorgings- en verpleeghuizen

Het *Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)*¹⁵ is een onafhankelijke organisatie en beoordeelt of aanvragers van zorg recht hebben op professionele hulp bij verpleging en verzorging wegens ziekte, handicap of ouderdom. Is dat het geval, dan wordt deze zorg gefinancierd uit de AWBZ. Zodra het indicatiebesluit is afgegeven eindigt het contact met de cliënt. De zorgaanvraag is de verantwoordelijkheid van de cliënt, de toewijzing van zorg is een zaak van zorgkantoren en zorgaanbieders.

De AWBZ onderscheidt vijf soorten zorg, die 'functies' worden genoemd:

- **PERSOONLIJKE VERZORGING** - hulp thuis bij dagelijkse verzorging
- **VERPLEGING** - medische hulp thuis
- **BEGELEIDING** - ondersteuning van iemand in het dagelijkse leven
- **VERBLIJF** - in verpleeg- of verzorgingshuis als thuis wonen (tijdelijk) niet meer lukt
- **BEHANDELING** - gericht op herstel of verbeteren van een aandoening en voorkomen dat de aandoening erger wordt

¹⁴ De uitvoering van de WVG was al een gemeentetaak.

¹⁵ In 2004 besloot het Ministerie van VWS tot het centraliseren van de indicatiestelling door het instellen van één onafhankelijke, objectieve en integrale toegangspoort voor de AWBZ-zorg: het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). Zie Peeters & Francke 2007.

Wie zorg nodig heeft die valt onder de *Wet maatschappelijke ondersteuning* (Wmo), zoals hulp in de huishouding, vervoer, rolstoel of een woningaanpassing, kan deze aanvragen bij de eigen gemeente. De gemeente kan de beoordeling van een hulpvraag laten verrichten door het CIZ.

Sinds 1 januari 2009 wordt er gewerkt met zogeheten ZZP's in de verpleeg- en verzorgingshuizen. Een ZZP is een *zorgzwaartepakket* en bestaat uit een beschrijving van de cliënt (cliëntprofiel), het aantal benodigde uren zorg en een beschrijving van die (verblijfs-)zorg. Voor de drie sectoren zijn er 52 ZZP's ontwikkeld: 10 voor de sector Verpleging en Verzorging, 13 voor de de GGZ en 29 voor de sector Gehandicaptenzorg. De cliënt en/of vertegenwoordiger bespreekt met de zorgaanbieder op welke wijze de (geïndiceerde) uren uit het geïndiceerde pakket worden ingezet. Het te bekostigen zorgpakket is cliëntgebonden en persoonsvolgend (dus niet instellingsgebonden).

In onderstaand schema is de intensiteit van de verschillende ZZP's schematisch weergegeven, zodat het onderscheid tussen de verschillende pakketten duidelijk wordt. Een '0' betekent dat op dit aspect geen zorg nodig is. De '+-jes' kunnen als volgt worden geïnterpreteerd: ++ = toezien/stimuleren, ++++ = hulp en ++++++ = overname.

ZZP	Begeleiding Sociale redzaamheid	Psycho-sociaal functioneren	Verzorging Persoonlijke zorg	Mobiliteit	Motorisch functioneren	Verpleging	Probleemgedrag
VV 1	+	0	+	+	0	0	0
VV 2	+++	+	++	+	+	+	0
VV 3	++++	++	++++	+++	++	+	0
VV 4	++++	+++	++	+	+	+	+
VV 5	+++++	++++	++++	++++	++	+	+
VV 6	++++	+++	+++++	+++++	+++	++	0
VV 7	+++++	+++++	++++	+++	++	++	+++
VV 8	+++++	+++	+++++	+++++	+++++	++++	+
VV 9	+++	++	+++	+++	++	++	0
VV 10	+++++	++++	+++++	+++++	++++	+++	+

Bron: Zorgzwaartepakketten sector Verpleging & Verzorging, versie 2009

Ziekenhuiszorg

Op 1 januari 2005 is voor de ziekenhuiszorg de DBC-systematiek ingevoerd. Een DBC is een *diagnosebehandelcombinatie* en is een code die de basis van het betalingssysteem vormt voor de ziekenhuiszorg en de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg. Patiënten en hun verzekeraars weten vooraf welk tarief voor de volledige behandeling in rekening wordt gebracht. Een DBC beschrijft een gemiddeld zorgpakket van een patiënt

in vier codes: voor de zorgvraag, het zorgtype, de diagnose en de behandeling. De DBC benoemt elke activiteit in de behandeling van de patiënt, van het eerste contact tot en met de laatste controle.

In de meeste gevallen heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) de prijs van een DBC vastgesteld, in overleg met de zorgverzekeraars. Zorgverleners en verzekeraars kunnen over steeds meer DBC's onderhandelen wat de prijs betreft. Zo krijgen zij meer ruimte om naar eigen inzicht de zorg goed te organiseren. Achterliggend idee is dat ziekenhuizen onderling gaan concurreren en dat de verzekeraars zich verbinden met de goedkoopste aanbieders. Het ministerie van VWS blijft toezien op de onderhandelingen, de kwaliteit van de zorg en de positie van de patiënt.

2.4 Transparantie in de kwaliteit van zorg

Er is in de afgelopen jaren ook een impuls gegeven aan kwaliteitsverbetering in de zorg. Dat was nodig omdat de Kwaliteitswet Zorginstellingen (KWZ 1996) die ertoe moest leiden dat zorgaanbieders en professionals hun kwaliteitssystemen zelf op orde zouden brengen, onvoldoende had opgeleverd.¹⁶ Druk vanuit de samenleving en de overheid om meer informatie te krijgen over de kwaliteit van de gezondheidszorg hebben ertoe geleid via 'prestatie-indicatoren' de kwaliteit van het aanbod zichtbaar en vergelijkbaar te maken. Het doel is tweeledig: transparantie bieden en kwaliteitsverbetering. De samenleving moet kunnen zien wat er met de in de zorg geïnvesteerde collectieve middelen gebeurt. Dat moet patiënten en verzekeraars wat te kiezen geven en zorgaanbieders en professionals aansporen om de kwaliteit van hun zorgaanbod te verbeteren (RVZ/CEG 2006). Daarnaast zijn registratiesystemen, richtlijnen, protocollen en professionele standaarden manieren om meer transparantie te bieden aan de burger en handvatten te geven aan de professional om verantwoorde zorg te leveren. Verpleegkundigen en verzorgenden kunnen hun eigen kwaliteit transparant maken door zich te laten registreren via het Kwaliteitsregister dat in aanvulling op het BIG-register is ingesteld.

2.5 Taakherschikking

Historisch gezien vindt er een voortdurende verschuiving in taakverdeling plaats tussen artsen en verpleegkundigen en vervolgens weer van verpleegkundigen naar verzorgenden. Zo zijn er op 1 januari 2009 zo'n 825 *nurse practitioners* werkzaam in de gezond-

¹⁶ KWZ, Artikel 3: "De zorgaanbieder organiseert de zorgverlening op zodanige wijze, voorziet de instelling zowel kwalitatief als kwantitatief zodanig van personeel en materieel, en draagt zorg voor een zodanige verantwoordelijkheidstoedeling, dat een en ander leidt of redelijkerwijs moet leiden tot een verantwoorde zorg. Hierbij betreft hij de resultaten van overleg tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten/consumente-organisaties. (...)"

heidszorg¹⁷, zij vervullen een brugfunctie tussen artsen en verpleegkundigen. Uit onderzoek blijkt dat zij, mede vanwege hun medische kennis en kunde, even goed en veilig als arts-assistenten en medisch specialisten zorg kunnen leveren. Vanwege de sterke toename van het aantal patiënten in bepaalde categorieën,¹⁸ maar ook vanwege de noodzakelijke inhaalslag in de kwaliteit van zorg in zieken-, verpleeg- en verzorgingshuizen en de huisartsen- en thuiszorg, is de behoefte aan verpleegkundig specialisten van groot belang. De *nurse practitioner* heeft een juridische inbedding gekregen in de regeling van Verpleegkundig specialisten in de Wet Op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG).

Vraaggericht in plaats van aanbodgericht

De beroepsuitoefening van de verpleegkundige vindt op twee niveaus plaats: de verpleegkundige en de verpleegkundig specialist. De verticale tweedeling is aangevuld met een horizontale vijfdeling in: preventieve zorg (voorkomen), acute zorg (behandelen), intensieve zorg (behandelen en begeleiden), chronische zorg (begeleiden en ondersteunen) en geestelijke gezondheidszorg (verpleegkundig specialist GGZ). Was in het verleden bij de inzet van een *nurse practitioner* het aanbod van artsen en verpleegkundigen het uitgangspunt, in de toekomst is de *zorgvraag* van patiënten het leidende principe voor het ramen van de inzet van verpleegkundig specialisten. Een evenwichtige verdeling van verschillende verpleegkundige niveaus (mbo, hbo, professional master) zal nodig zijn voor verschillende patiënten- en doelgroepen (STG/HMF 2009).

Vermaatschappelijking en toenemende rol van familie

Tegelijkertijd richt het overheidsbeleid zich op 'vermaatschappelijking van zorg': minder opnames in instellingen, meer kleinschalige woonvoorzieningen, langer thuis wonen. Deze ontwikkeling heeft gevolgen voor de professionele, maar ook voor de informele zorg, en zowel in de thuissituatie, als ook in geval van verblijf in het ziekenhuis of verpleeg- of verzorgingshuis. De positie en de rol van de familie wordt groter. Werd de familie tot kort geleden nog buiten de behandeling gehouden, nu wordt ze erbij betrokken en met hun inzet wordt rekening gehouden. Familieleden kunnen als mantelzorger in de zorg thuis of in het verpleeghuis een belangrijke rol spelen. Soms krijgen zij een korte opleiding om thuis zorg te kunnen leveren aan een naaste en voeren zij lichte verpleegkundige taken uit. Voor professionele zorgverleners brengen deze ontwikkelingen ook veranderingen met zich mee. Ze moeten de zorgtaken met informele zorgverleners delen en dat vereist samenwerking. De inzet van familieleden betekent echter ook een verlichting en soms uitstel van de professionele zorg. Sterker nog: de professionele

¹⁷ waarvan 75% werkzaam is in het ziekenhuis, ruim 10% werkt in een huisartsenpraktijk en slechts 5% in een verpleeghuis en 3% in een verzorgingshuis. Tenslotte werkt 3% in de openbare gezondheidszorg. Zie Vulto M., Vianen G. 2009.

¹⁸ Sterke toename van het aantal mensen met een of meer chronische ziekten als gevolg van vergrijzing, leefstijlfactoren en/of verbeterde mogelijkheden voor vroegdiagnostiek en behandeling. Zie Vulto M., Vianen G. 2009.

zorg zou niet meer zonder de informele zorg kunnen. Vanwege stijgende kosten van de gezondheidszorg en het toenemend tekort van de arbeidskrachten is de inzet van informele zorgverleners steeds meer nodig. Informele zorg is inmiddels onderdeel van het overheidsbeleid en wordt bij de beoordeling van een zorgvraag betrokken (RVZ/CEG 2007).

2.6 Conclusie

De structurele veranderingen in wetgeving, bekostiging, aanspraak, toewijzing en taakverdeling van zorg hebben aanzienlijke veranderingen gebracht in de organisatie van de gezondheidszorg. Dit heeft onvermijdelijk gevolgen voor de bewoner/cliënt/patiënt en zijn familie, maar ook voor de uitvoering van zorg door verpleegkundigen en verzorgenden. In hoeverre deze veranderingen ook tot nieuwe, meer vóórkomende of grotere morele dilemma's leiden in de praktijk van het werk, zal in het volgende hoofdstuk blijken. als we de resultaten van het veldonderzoek presenteren.

3 Ervaren morele dilemma's

3.1 Inleiding

Verpleegkundigen en verzorgenden willen graag goede zorg verlenen. Zij hebben hun persoonlijke visie daarop, maar baseren zich ook op professionele standaarden van goede zorg. Daarnaast moeten ze in hun dagelijks handelen steeds meer rekening houden met normen die van 'boven'- en van 'buiten' af komen. Van 'boven' af vraagt het management mee te werken om de productienormen van de instelling te halen. Van 'buiten' af komen nieuwe regelingen van de overheid om de financiële en personele schaarste in goede banen te leiden. Dat verpleegkundigen en verzorgenden daardoor onzeker worden en dilemma's ervaren, is niet vreemd. Om welke morele dilemma's gaat dat dan? En in hoeverre hebben deze te maken met recente beleidsveranderingen in de gezondheidszorg? Hoe lastig vinden verpleegkundigen en verzorgenden deze dilemma's? En welke oplossingen zien zij?

Om hiervan een beeld te krijgen is op twee manieren en op twee momenten onderzoek gedaan. De eerste fase bestond uit een door het CEG gehouden inventarisatieronde via zes groepsbijeenkomsten: in vier regio's met vooral verzorgenden, een landelijke bijeenkomst met vooral verpleegkundigen en een aparte bijeenkomst met een thuiszorgorganisatie. Ruim honderd verzorgenden en verpleegkundigen hebben hierin hun inbreng gehad.¹⁹

De tweede fase bestond uit een toetsing van deze uitkomsten via een onderzoek verricht door het NIVEL. Hierdoor was het mogelijk na te gaan hoe representatief de ervaren morele dilemma's zijn voor verpleegkundigen en verzorgenden in het algemeen. Het NIVEL heeft op basis van de uitkomsten een lijst met morele dilemma's opgesteld en deze - deels voorgestructureerde en deels open vragen - voorgelegd aan ruim 650 verpleegkundigen en verzorgenden, werkzaam in algemene ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen en de thuiszorg. De vragenlijst is door 412 personen beantwoord.²⁰

¹⁹ Zie hoofdstuk 1 en bijlage 7 voor verantwoording werkwijze.

²⁰ Zie A.J.E. de Veer en A.L. Francke Morele dilemma's in het dagelijks werk van verpleegkundigen en verzorgenden. Utrecht, NIVEL 2009.

3.2 Resultaten inventarisatieronde verricht door het CEG

Dát er morele dilemma's ervaren worden, is duidelijk. Uit de resultaten van de in totaal zes bijeenkomsten blijkt dat het niet uitmaakt waar de verpleegkundigen en verzorgenden vandaan komen. Ze ervaren veelal dezelfde dilemma's. De opbrengst geeft een impressie van morele dilemma's die verzorgenden en verpleegkundigen op dit moment ervaren in hun dagelijks werk.

Als we de ervaren morele dilemma's nader beschouwen, blijkt er een verschil te bestaan tussen wat door verpleegkundigen en verzorgenden als dilemma wordt ervaren en wat doorgaans onder een 'moreel dilemma' wordt verstaan.²¹ Bovendien zijn de genoemde dilemma's zo divers van aard en van gewicht dat een nadere ordening en typeering wenselijk is. Aan de hand van de volgende vragen hebben we de belangrijkste morele dilemma's geselecteerd:

- Houden ze verband met recente veranderingen/ontwikkelingen in de zorg?
- Zijn de genoemde dilemma's een 'dilemma' of beter anders te typeren?
- Zijn de genoemde dilemma's 'moreel' van aard?
- Betreffen ze het dagelijks werk van verpleegkundigen en verzorgenden?

Na deze filter kwamen we tot een clustering van morele dilemma's die samenhangen met de volgende veranderingen en ontwikkelingen:

1. indicatiestelling, financieringssysteem en wetgeving
2. personeelstekort, kwaliteit, loyaliteit en professionaliteit
3. transparantie door standaarden, protocollen, rapportages
4. veranderende relaties met arts/patiënt en/of familie

1. Indicatiestelling

De meest genoemde dilemma's doen zich voor op het terrein van indicatiestelling. Door verzorgenden en verpleegkundigen wordt vaak gemeld dat cliënten een indicatie krijgen die niet passend is bij de zorgbehoefte, waardoor de verpleegkundige/verzorgende niet de zorg kan geven die volgens normen van goede zorg nodig is. Dat levert dilemma's op die verband houden met de vraag hoe dit op te lossen. Mag je bij aanvragen voor herindicatie de thuissituatie als uitgangspunt nemen in plaats van de verpleeghuissituatie om zo een passend ZZP binnen te halen? Of mag je bij een te krappe indicatie het oplossen door de ene bewoner een beetje meer en de ander een beetje minder zorg dan de geïndiceerde zorg te geven?

²¹ Dit is niet nieuw. Ook uit het onderzoeksrapport *Morele problemen in de verpleging en verzorging* (1995) blijkt dat het niet eenvoudig is morele problemen bij verpleegkundigen en verzorgenden op te sporen: 'Morele problemen worden derhalve gekoppeld aan een conflict tussen enerzijds de wens het goede voor de patiënt of bewoner te realiseren en anderzijds een gevoel van machteloosheid hieraan niet te kunnen voldoen door allerlei externe factoren.' Remmers-van den Hurk en Van der Arend: 1995.

“De lichtere patiënt levert een stukje in en de zwaardere patiënte profiteert daarvan. Ze noemt het voorbeeld van twee ZZP-9 patiënten. De lichte CVA-patiënte kan al wat lopen en krijgt minder therapie en de zware patiënt wat meer therapie. “Eigenlijk is dat proberen recht te maken wat krom is. Ik vind niet dat dit kan, want je wilt aan alle patiënten de beste zorg leveren. Maar je krijgt het anders financieel niet rond. Dan ga je failliet als instelling.” (nurse practitioner CEG bijeenkomst Utrecht)

“Mensen met ZZP-4 wonen in een verzorgingshuis. Als ze onverhoopt in een ziekenhuis terechtkomen, gaan ze naar een ZZP-5, maar dan is die ZZP-5 niet meer aan te bieden in het verzorgingshuis. Die mensen zijn op een gegeven moment zonder verblijfplaats. Het verzorgingshuis accepteert ze niet en het nieuwe huis - bijvoorbeeld een verpleeghuis - is nog niet beschikbaar. Ze wonen dan als het ware in het ziekenhuis. Dat komt in toenemende mate voor.” (transfer verpleegkundige CEG bijeenkomst Utrecht)

2. Personeelstekort

Een tweede categorie van morele dilemma's houdt verband met personeelstekort, werkdruk en kwaliteit van zorg. Door personeelsgebrek of om financiële redenen wordt vaker in zorginstellingen ongediplomeerd of laagopgeleid personeel ingezet.

“Leerlingen worden te snel ingezet en krijgen de volle bak verantwoording. Dit zijn de collega's van de toekomst en werkbegeleiders willen hen het vak goed aanleren, maar ze krijgen er geen kans toe het goed te leren.” (verzorgende CEG bijeenkomst Sommelsdijk)

Voor personeel van hoge kwaliteit is dat soms reden de zorg te verlaten. Voor hen is de ondergrens van kwaliteit van zorg bereikt. Onderwijl worden 'mensen van de straat' zonder enige opleiding binnengehaald.

Ook het tekort aan gekwalificeerd personeel blijkt op moreel niveau problemen te geven. Zo werkt er regelmatig te laag opgeleid personeel, dat niet genoeg kennis heeft om bepaalde handelingen uit te (mogen) voeren. “Het komt voor dat een bewoner een hele dag geen medicijnen krijgt”, vertelt een verpleegkundige in de ouderenzorg. Vooral de verpleeghuizen hebben te maken met laag gekwalificeerd personeel. “Veel verpleegkundigen vertrekken naar ziekenhuizen”, weet een nurse practitioner. “Omdat het daar beter betaalt en het werk meer uitdagingen biedt.” (nurse practitioner CEG bijeenkomst Utrecht)

Zorgverleners voelen zich daardoor extra verantwoordelijk (wel/niet overwerken, taken laten doen door lager- of ongeschoolden, onderbezetting in de namiddag), moeten vaak alleen beslissingen nemen (bijvoorbeeld wel/niet fixeren of wel/niet tillift gebruiken) of vragen zich af of je van het protocol mag afwijken om tijdwinst te creëren? Of hun loyaliteit komt onder druk te staan: moet je naar je werk gaan op je vrije dag om in de onderbezetting te voorzien of juist niet gaan vanwege eigen welzijn (zorg voor jezelf)? Het zijn niet zozeer nieuwe dilemma's, maar ze komen de laatste jaren wel vaker voor.

3. Transparantie

Ook administratieve verantwoording, zoals verslagen, rapportages, gaat ten koste van de zorgtaak voor een cliënt: een wandeling met de bewoner lukt niet meer, zeggen verzorgenden. Behalve dat administratieve druk ten koste gaat van aandacht en zorg voor de bewoner, levert het bij de verzorgende of verpleegkundige ook frustratie en demotivatie op. 'Op papier is men bezig de HKZ-kwaliteitsnorm te halen, maar in de praktijk is zorg beperkt tot basiszorg.' De discrepantie tussen wat de norm van goede zorg is en hoe het in de praktijk gaat, ervaart men hoe dan ook groot.

"'s Morgens zijn we in de zorg en 's middags zijn we met de administratie bezig. Geen tijd meer om te wandelen." (verzorgende CEG bijeenkomst Warmond)

4. Veranderende relaties met arts en patiënt/familie

De veranderende houding van de patiënt/cliënt (mondiger en meer kennis via media) brengt voor verpleegkundigen en verzorgenden ook morele dilemma's met zich mee. Ze moeten balanceren of onderhandelen tussen de belangen van de patiënt, diens familie en die van de arts.

"Een kind is erg ziek maar is allergisch voor de voorgeschreven antibiotica. Maar volgens de arts zal het allemaal wel mee vallen. Hij wil er gewoon mee beginnen. "Als verpleegkundige zit je daar tussenin", aldus de verpleegkundige. "De ouders kennen hun kind door en door, de arts is medisch kundig. Naar wie luister je? Moet je de arts volgen of ga je daar tegenin en zeg je: 'Dokter, luister nu eens naar die ouders'. Als verpleegkundige wil je het beste voor het kind. Maar wat is het beste?" (verpleegkundige CEG bijeenkomst Utrecht)

Het gaat dan om een morele afweging vanuit het oogpunt van goede zorg voor de patiënt: wiens richtlijn is bepalend voor je handelen: dat van de patiënt, de familie of die van de arts? Of nog ruimer: er zijn meer patiënten of bewoners die zorg nodig hebben en ook de instelling heeft een beleid.

Ook de positie verpleegkundige en verzorgende ten opzichte van artsen is veranderd: de verpleegkundige is vaker dan vroeger 'advocaat' van de patiënt, komt voor de belangen van de patiënt op en heeft - vooral in het ziekenhuis - nogal eens samenwerkingsproblemen en meningsverschillen met de arts over opname, overplaatsen en ontslagbeleid.

Een verpleegkundige op de afdeling acute opname in een ziekenhuis krijgt 's avonds een 98-jarige mevrouw binnen. Om 22.00 uur verklaren de internist en de psychiater haar weer vrij: uitbehandeld. "Mevrouw kon terug naar het verpleeghuis", vertelt de verpleegkundige." Maar het verpleeghuis was daar niet blij mee op dat tijdstip en de verpleegkundige vindt het onmenselijk en onverantwoord (verpleegkundige CEG bijeenkomst Utrecht).

3.3 Resultaten onderzoek verricht door het NIVEL

Op basis van de opbrengst uit de CEG bijeenkomsten stelde het NIVEL een vragenlijst op met 24 morele dilemma's met de volgende onderverdeling:²²

1. dilemma's die optreden in de *directe zorgverlening aan de cliënt*
2. dilemma's in de *omgang met collega's*
3. dilemma's in verband met *rapporteren en richtlijnen*
4. dilemma's die te maken hebben met *artsen en familie*

Verpleegkundigen en verzorgenden herkennen de morele dilemma's

Alle 24 dilemma's²³ werden over het algemeen herkend door de verpleegkundigen en verzorgenden. Het minst (6%) geldt dat voor gewetensbezwaren tegen een bepaalde (be)handeling rondom het levenseinde. Veruit het meest vragen verpleegkundigen en verzorgenden zich af of de gegeven zorg conform de eigen professionele maatstaven is: tweederde vraagt zich dit tenminste elke week af. De helft vraagt zich ook regelmatig af of zij zich aan de geïndiceerde zorg moet houden. Zie tabel 3.1.

Hoe vaak vraagt u af:	tenminste wekelijks
M.B.T. DE ZORG DIE U GEEFT	
a "geef ik mijn cliënt de zorg die volgens mijn professionele maatstaven nodig is?"	68%
b "ben ik voldoende bekwaam om deze verpleegtechnische handeling uit te voeren?"	37%
c "zal ik deze nieuwe techniek gebruiken (bijvoorbeeld omdat ik dan meer mensen kan helpen), of zal ik op een andere manier werken omdat mijn cliënt dat liever heeft?"	37%
e "moet ik mijn cliënt de zorg geven die volgens mijn maatstaven nodig is of moet ik me houden aan de geïndiceerde zorg?"	50%
g "mag ik deze cliënt een beetje minder tijd geven dan is geïndiceerd, zodat ik die tijd aan een andere cliënt kan besteden?"	29%
M.B.T. COLLEGA'S	
i "zal ik langer doorwerken zodat er geen sprake is van onderbezetting?"	33%
M.B.T. PROTOCOLLEN, STANDAARDEN EN RAPPORTEREN	
s "rapporteer en registreer ik alles goed of doe ik dat wat minder zodat ik meer tijd overhoud voor de cliënt?"	28%

Tabel 3.1 Dilemma's die door minimaal 25% van de respondenten tenminste wekelijks worden ervaren

²² Zie voor het volledige onderzoeksverslag: A.J.E. de Veer en A.L. Francke, 2009.

²³ Zie bijlage 3 voor de samenvatting, aangevuld met een lijst met 24 dilemma's.

Het meest treden er dilemma's op binnen de directe zorg aan de cliënt. Ook onderbezetting in het team en rapportage en registratietaken veroorzaken regelmatig dilemma's. De meeste dilemma's worden door minstens een kwart van de verpleegkundigen en verzorgenden als lastig ervaren.

Laatste jaren vaker morele dilemma's

De meerderheid (70%) van de verpleegkundigen en verzorgenden vindt dat ze de laatste jaren steeds vaker voor morele dilemma's komt te staan. Door krappe indicaties zijn ze genoodzaakt cliënten minder zorg te bieden dan ze naar hun eigen maatstaven eigenlijk zouden willen. Meer dan de helft staat minstens één keer in de week voor dit dilemma (64% in de thuiszorg en 47% in de verpleeg- en verzorgingshuizen). Ook personeelstekort en onderbezetting leveren dilemma's op. Van de verpleegkundigen en verzorgenden komt eenderde minstens wekelijks voor de vraag te staan om meer te gaan werken vanwege de onderbezetting, of een vrije dag op te geven.

Lastige, veel voorkomende morele dilemma's

Veel voorkomende dilemma's zijn niet per se de moeilijkste dilemma's. Daarom is ook daarnaar apart gevraagd. De top drie van lastige dilemma's die relatief vaak voorkomen zijn:

1. "moet ik mijn cliënt de zorg geven die volgens mijn maatstaven nodig is of moet ik me houden aan de geïndiceerde zorg?"
2. "zal ik langer doorwerken zodat er geen sprake is van onderbezetting?"
3. "ik heb een vrije middag. Maar dan belt mijn leidinggevende dat een collega ziek is. Ga ik nu toch maar werken?"

De dilemma's die door de grootste groepen verpleegkundigen en verzorgenden als behoorlijk of erg lastig worden ervaren betreffen dilemma's rond collega's en dilemma's rond artsen en familie. Minimaal de helft van de verpleegkundigen en verzorgenden vindt dit lastige situaties. De meest problematische dilemma's, dat wil zeggen die dilemma's die bovengemiddeld vaak voorkomen en bovengemiddeld lastig gevonden worden, zijn dezelfde als de hierboven genoemde top drie van lastige dilemma's.

Oorzaken: indicatiestelling, personele bezetting, werkdruk en administratie

De verpleegkundigen en verzorgenden geven verschillende oorzaken aan voor het toegenomen aantal dilemma's. Het meest worden genoemd: de veranderde manier waarop de zorg wordt gefinancierd (in het bijzonder de indicatiestelling), de veranderde personele bezetting in het team (zowel qua aantal fte als qua kwalificatieniveau), de toegenomen werkdruk en de toegenomen hoeveelheid administratieve handelingen.

INDICATIESTELLING EN ZORGZWAARTEPAKKETTEN

In de antwoorden op de vraag naar de oorzaak van de toename van dilemma's werd het meest verwezen (36%) naar de veranderde manier van indicatiestelling door het CIZ. De verpleegkundigen en verzorgenden signaleren steeds krappere wordende indicaties en ook indicaties voor een lager zorgniveau dan voorheen. Hieraan gerelateerd zijn de verwijzingen naar veranderingen in de vergoedingen die binnen de AWBZ, ziektekostenverzekering of Wmo vallen. Van de verpleegkundigen en verzorgenden verwijst 7% hiernaar.

"Invoering van de zzp's. Deze zijn onvoldoende afgestemd op de beperkingen van de bewoners. Zzp's zijn erg laag ingeschat. Hierdoor zijn er minder uren voor een bewoner te besteden." (verzorgingshuis)

"Het stellen van indicaties door het CIZ. Zij kunnen vaak de (thuis)situatie niet in een half uur doorzien. Brengt ook weer werk (herindicaties) met zich mee." (thuiszorg)

"Het CIZ wijst steeds meer handelingen toe aan verzorgenden in plaats van verpleegkundigen en dit is mijns inziens zeer onprofessioneel en risicovol." (thuiszorg)

PERSONELE BEZETTING: DE HOEVEELHEID PERSONEEL EN DE WERKDruk

Verpleegkundigen en verzorgenden noemen veranderingen in de personele bezetting en een toegenomen werkdruk vaak als oorzaak voor de toename aan gevoelde dilemma's. Voor wat de personele bezetting betreft gaat het om de hoeveelheid personeel (31% noemt dit als oorzaak). Meestal verwijzen ze dan naar de hoeveelheid personeel dat ingepland staat en/of naar de beschikbaarheid van invallers bij ziekte of verlof. Dit verwijst indirect naar de werkdruk: als er namelijk te weinig personeel op de afdeling is dan zal de werkdruk ook hoger zijn. Bijna eenderde (31%) noemt een toegenomen werkdruk of een gebrek aan tijd als oorzaak voor de toename aan dilemma's.

"Door de toegenomen druk kan/mag er geen overleg plaatsvinden. De slechte communicatie gaat soms ten koste van cliënten." (thuiszorg)

"Er is geen tijd om de papierwinkel goed op orde te houden. De minuten die je hebt voor de cliënt om hem te verzorgen zijn al krap, laat staan dat er nog veel administratie bijkomt." (thuiszorg)

ORIËNTATIE OP MARKTWERKING, CONCURRENTIE, PRODUCTIE

De veranderde oriëntatie in de zorg, zoals de introductie van marktwerking en de toegenomen nadruk op efficiëntie en productie, wordt door 13% van de verpleegkundigen en verzorgenden genoemd als oorzaak van het toenemend aantal dilemma's. Van de ondervraagden verwijst 15% naar bezuinigingen, op landelijk niveau of binnen de instel-

ling, terwijl 14% vindt dat de zorgzwaarte is veranderd (toegenomen) waardoor verpleegkundigen en verzorgenden steeds vaker voor dilemma's staan:

"De patiëntjes die worden opgenomen zijn steeds zieker, waardoor meer controles, meer administratie." (ziekenhuis)

ONDERSTEUNING EN AANSTURING VAN DE VERPLEGING EN VERZORGING

Van de ondervraagden verwijst 9% naar de manier waarop de verpleging en verzorging aangestuurd wordt in de instelling. Ze voelen zich onvoldoende gesteund om hun werk goed uit te kunnen voeren. Aan de andere kant wijst 3% naar een toegenomen hoeveelheid overleg als oorzaak van de problemen. Protocollen en richtlijnen zouden daarbij hulp kunnen bieden, maar 6% van de verpleegkundigen en verzorgenden zien juist een probleem in het toegenomen gebruik van protocollen en richtlijnen.

"We werken nu in kleine groepjes collega's die de verantwoordelijkheid mogen en kunnen dragen. Als er dan een collega ziek is kom je vaker voor het dilemma of je nu toch maar gaat werken." (verzorgingshuis)

"Praktijkbegeleiding van leerlingen gebeurt te veel vanuit kantoor. Ze komen nooit meer op de afdeling." (ziekenhuis)

INVLOED VAN CLIËNTEN EN FAMILIE

Van de ondervraagden noemt 17% een toenemende invloed van cliënten of familie als (mede-)oorzaak van het toegenomen aantal dilemma's. Bijvoorbeeld:

"Het recht op zorg heeft een keerzijde. Vroeger vond je als professional dat je moest afbouwen, de zelfredzaamheid bevorderen. Nu lijkt het recht een vrijbrief te zijn. 'Ik heb het recht tot november' op deze hulp terwijl dat niet meer nodig is."(thuiszorg)

OVERIGE VERANDERINGEN IN HET VERPLEEGKUNDIG EN VERZORGEND WERK

Andere opmerkingen zijn verwijzingen naar de mentaliteit van het personeel, zoals de 'geringere betrokkenheid naar elkaar toe' en de 'geringere loyaliteit naar de werkgever' en taakverschuivingen van bijvoorbeeld verpleegkundige taken naar een verzorgende of het werken met aandachtsgebieden. Daarnaast worden taken voortvloeiend uit het instellings- of landelijke beleid genoemd, zoals toename van registratie en administratie.

Verbetering indicatiestelling en personele bezetting krijgen prioriteit

Van de verpleegkundigen en verzorgenden geeft 83% antwoord op de vraag welk dilemma het eerst aangepakt moet worden. Ze verschillen wel van mening welk dilemma de prioriteit heeft. Hoogste prioriteit krijgen "moet ik mijn cliënt de zorg geven die volgens mijn maatstaven nodig is of moet ik me houden aan de geïndiceerde zorg?" (32%) en "zal ik langer doorwerken zodat er geen sprake is van onderbezetting?" (38%). De

oplossingsrichtingen die de verpleegkundigen en verzorgenden aandragen zijn ook zeer divers: andere en ruimere indicatiestelling, betere ondersteuning en aansturing, meer en beter opgeleid personeel, aanpassing van de indicatiestelling in verpleeghuizen en thuiszorg, betere samenwerking en communicatie met artsen in verband met medische informatie en inzichtverschillen met de arts in ziekenhuizen.

	<i>genoemd door</i>
(veranderingen in) wet- en regelgeving	
- indicatiestelling, zorgzwaartepakketten, diagnose behandelcombinaties	32%
- dekkingen van de AWBZ, ziektekostenverzekering, Wmo	1%
- wet- en regelgeving (anders dan onder 1 en 2) zoals BOPZ, WGBO	3%
- overige algemene maatregelen (aantrekkelijkheid beroep, imago, betrokkenheid politiek)	8%
(veranderingen in) instellingsbeleid en/of landelijk beleid	
- oriëntatie op marktwerking, concurrentie, productie	10%
- manier waarop de verpleging en verzorging wordt aangestuurd in instelling	28%
- gebruik van protocollen en richtlijnen	5%
- hoeveelheid registratie, administratie	15%
- meer geld voor verpleging en verzorging	13%
- betere overlegmogelijkheden, overlegstructuur	4%
(veranderingen in) verpleegkundig en verzorgend werk	
- verschuivingen van taken tussen disciplines	2%
- betere gekwalificeerd personeel	20%
- meer personeel	25%
- vermindering werkdruk, meer tijd voor...	12%
- mentaliteit van het personeel, de manier waarop men met elkaar omgaat	15%
- bij- en nascholing	10%
(veranderingen) in de samenleving en zorgvraag	
- omgang met de cliënt of familie	7%
- veranderingen in beleid en opstelling van artsen, omgang medische ontwikkelingen	16%
overige antwoorden	7%

Tabel 6.2 Door verpleegkundigen en verzorgenden genoemde oplossingsrichtingen (meer antwoorden zijn mogelijk) (n=312)

3.4 Conclusie

De uitkomsten van de inventarisatieronde van het CEG worden onderbouwd door het NIVEL onderzoek. Alle dilemma's worden herkend en de meeste en lastigste dilemma's doen zich voor op het gebied van de indicatiestelling en het personeelstekort. Het NIVEL onderzoek laat duidelijk zien dat de hoeveelheid zorg die de onafhankelijke indicatiesteller inschat, vaak niet overeenkomt met de hoeveelheid zorg die volgens de verpleegkundige of verzorgende nodig is. Dit blijkt uit de hoge scores in het NIVEL onderzoek bij dilemma's over de vraag of de verpleegkundige en verzorgende zich moet houden aan de zorg die geïndiceerd wordt of zich moet richten naar eigen (professionele) maatstaven.

Het CEG constateerde een tweede cluster van dilemma's rond het thema schaarste in de zorg: tekort aan financiële middelen, personeelstekort, onderbezetting. Ook komt dit bij het NIVEL onderzoek als tweede cluster naar voren en komt tot uitdrukking in dilemma's over doorwerken vanwege onderbezetting en terugkomen op een vrije dag als de leidinggevende een beroep op je doet. Verpleegkundigen en verzorgenden vinden ook dat voor deze situaties het eerst oplossingen gezocht moeten worden. Zij zien verder oplossingen in een andere en ruimere indicatiestelling, in betere ondersteuning en aansturing en in meer en beter opgeleid personeel.

Verder is er nog een verschil tussen dilemma's die enerzijds spelen in ziekenhuizen en in de verzorgings- en verpleeghuizen en in de thuiszorg anderzijds. In de ziekenhuiszorg doen zich vaker dilemma's voor in verband met medische informatie en verschil van inzicht tussen arts en verpleegkundigen over de diagnose en behandeling van de patiënt. In verpleeg- en verzorgingshuizen en de thuiszorg zijn kwesties rondom de benodigde zorg (indicatiestelling) meer aan de orde.

4 Beschouwing en analyse

4.1 Inleiding

Kenmerkend voor de (morele) dilemma's die verpleegkundigen en verzorgenden ervaren is dat zij gebaseerd zijn op het gevoel geen goede zorg te kunnen leveren. De zorgverlener zelf heeft het gevoel wel te weten wat goede zorg zou zijn en welke zorg nodig is, maar voelt zich belemmerd of machteloos door eisen die van buiten- of bovenaf zijn opgelegd. Deze nieuwe eisen gaan soms ten koste van aandacht voor de bewoner/patiënt/cliënt. Voorbeelden hiervan zijn: moeten werken volgens nieuwe protocollen en standaarden, rekening houden met nieuwe systemen (DBC's, ZZP's, taakherschikking, nieuwe functies) en werkdruk door personeelstekort. Het zijn dit soort factoren die de context van de verzorgende of verpleegkundige bepalen en het gevoel kunnen geven daar zelf niets of weinig aan te kunnen doen. Dit gevoel van onmacht is vaak *moral distress*: je weet wat goed is om te doen, maar voelt je daarin belemmerd.²⁴

“Je moet als je op je gevoel af gaat, dat in je eigen tijd doen.” (verzorgende CEG bijeenkomst Sneek)

“Als er gevraagd wordt of er positieve ervaringen zijn met indicatiestelling, lacht de groep hard. (...) Het CIZ zal volgens de regels wel goede indicaties stellen, maar die regels sluiten niet aan op de zorg die iemand in de praktijk nodig heeft.” (verpleegkundigen CEG bijeenkomst Utrecht)

Veranderingen bedreigen intrinsieke motivatie

De verzorgenden en verpleegkundigen hebben niet om deze maatregelen en omstandigheden gevraagd en zien ook niet de verbeteringen ervan. De enige reden die ze vermoeden is 'bezuinigen'. Dit sluit op zijn zachtst gezegd niet aan bij de motieven waarom zij dit werk waren gaan doen en leiden tot uitholling van de intrinsieke motivatie.

Dit soort morele problemen verschillen van morele problemen waar de vraag 'wat is in deze situatie goede zorg?' centraal staat. In dat geval weet de verzorgende werkelijk

²⁴ Zie hoofdstuk 1 en bijlage 5.

niet wat het beste is om te doen en is er dus sprake van een moreel dilemma. Een voorbeeld van zo'n ander soort moreel probleem is: je kunt twijfelen tussen iemand aanmoedigen zichzelf te wassen en daarmee wat autonomie terug te geven, of het wassen voor hem/haar te doen zodat hij/zij energie kan sparen voor andere activiteiten. Er zijn voors- en tegens aan beide opties en die hebben betrekking op dezelfde persoon.

Bij veel van de problemen van verpleegkundigen en verzorgenden is de vraag: 'hoe krijgen we in deze situatie het voor elkaar om goede zorg te bieden'. Of 'in hoeverre mag ik afwijken van wat ik goede zorg vindt om redenen als efficiency of instellingsbeleid?' Bij deze vragen betreffen de voors- en tegens tussen verschillende mensen: 'moet ik inspringen zodat er minimale zorg gegeven kan worden of moet ik mijzelf beschermen tegen oververmoeidheid?' Bij deze problemen moeten de verzorgenden en verpleegkundigen voortdurend de belangen van verschillende partijen tegen elkaar afwegen, zoals de ene cliënt tegen de andere: "mag ik de een minder zorg bieden om de ander meer te kunnen geven?", of hun eigen belang tegen dat van de cliënt. Dit soort problemen neemt bovendien toe, vindt 70 procent (De Veer & Francke 2009).

4.2 Indicatiestelling, financieringssysteem en wetgeving: een stortvloed van nieuwe regels

Indicaties te krap en te rigide

De genoemde morele problemen hebben een aantal, vaak samenhangende, oorzaken. Op nummer één van de ervaren problemen staan die met de indicatiestelling, "moet ik mijn cliënt de zorg geven die volgens mijn maatstaven nodig is of moet ik me houden aan de geïndiceerde zorg?" Het invoeren van de ZZP's leidt nu soms tot onduidelijkheid over wie die moet aanvragen of hoe die aan te vragen als er sprake is van verschillende aandoeningen en soms onzekerheid over welk niveau in zorgzwaartepakket nu bij een bepaalde cliënt past. De instructies zijn dus niet helder. Meer structureel lijkt het dat een groot aantal ondervraagden vindt dat het ZZP te schraal is, er is te weinig ruimte om er zelf in te schuiven.

"Je moet soms creatief met ZZP's omgaan. Soms is het nodig in de clinch te gaan met CIZ voor hogere ZZP." (verzorgende CEG bijeenkomst Arnhem)

"Het stellen van indicaties door het CIZ. Zij kunnen vaak de (thuis)situatie niet in een half uur voorzien. Brengt ook weer werk (herindicaties) met zich mee." (thuiszorg)

Er wordt algemeen ervaren dat er te krap geïndiceerd wordt. Bovendien wordt die indicatie vaak op afstand (telefonisch) gesteld. Verpleegkundigen hebben het gevoel de ruimte niet te krijgen om naar eigen inzicht de zorg een beetje uit te breiden of wat in te krimpen.

Uit de inventarisatie van dilemma's blijkt dat veranderingen in de zorg veel weerstand oproepen in het veld. Veranderingen, zoals de invoering van ZZP's of de Wmo, komen op de zorg af, er is vanuit de zorg niet om gevraagd. De regelgeving regent op de zorgverleners neer, die vervolgens maar moet zien dat ze de nieuwe regels een plaats geven in het dagelijks werk waarin de werkdruk toch al hoog is. De vele veranderingen in de zorg doen soms denken aan de veranderingen in het onderwijs: net als je gewend bent aan een bepaalde maatregel, komt de volgende. Ook in de zorg wordt veel beleid over de hoofden heen gemaakt en moeten de instellingen en medewerkers veel investeren in het voldoen aan nieuwe van buitenaf opgelegde eisen, meer administratieve taken, maar ook in het leren onderhandelen met het CIZ.

Het 'waarom' van de verandering niet duidelijk

Van 'Den Haag' moeten ze het voortaan anders doen, maar het 'waarom' is niet goed uitgelegd. Er is dan ook geen gevoel van opluchting dat alles nu goed geregeld is, integendeel, er is verwarring over wie waarvoor verantwoordelijk is, onzekerheid over hoe het moet en men heeft moeite allerlei ingesleten paden te verlaten. Voor een deel is dit een kwestie van wennen: als de nieuwe systematiek eenmaal is ingesleten, duidelijk is waarom deze is ingezet en de taakverdeling opnieuw helder, vertrouwd en vanzelfsprekend is, zal men ook daarin hopelijk zijn weg wel weer vinden. De karige indicatie en het gebruik van het begrip 'gebruikelijke zorg', werden echter al eerder in publicaties genoemd als kritiekpunt op het CIZ en worden ook nu door veel verzorgenden nog zo ervaren (Juliuscentrum 2006, RVZ/CEG 2007). Aan karigheid went men niet, evenals aan economische motieven die dominanter worden.

4.3 Transparantie, standaarden, protocollen en rapportage: verschraling en versnippering

"Minimale zorg: na 's avonds 17 uur wordt er niets meer uitgedeeld. Is uitbezuinigd. Bewoners mogen het wel zelf doen, maar die zijn al gauw negentig tegenwoordig. Met het weglaten van een kopje koffie na 17 uur is er ook helemaal geen contact meer met de bewoner." (verzorgende CEG bijeenkomst Sneek)

Verschraling

Wat ook niet vanzelf went, is het zakelijker en bedrijfsmatiger worden van de zorg, het 'transparant' moeten maken van het handelen en het moeten scoren met productiecijfers. Dit lijkt namelijk op gespannen voet te staan met wat misschien wel de kern van 'zorgen voor iemand' is, namelijk aandacht hebben voor iemand. Met nieuwe regelingen komen er nieuwe formulieren en nieuwe vormen van rekenschap afleggen voor de ontvangen gelden en groeit het gevoel om vooral veel met administratie bezig te zijn. De intrinsieke motivatie voor het zorgen raakt daardoor uitgehold. Doordat zorgverleners zo nauwkeurig moeten registreren ('waarom moet er eerst een handtekening gezet worden voordat ik gewassen wordt' vraag een cliënt zich af) hoeveel minuten zij besteden aan

iedere handeling en zorg een product is geworden, komen zaken die zich lastig als handeling laten omschrijven, maar wel belangrijk worden gevonden niet goed uit de verf.

“Het gaat er vooral om de dossiers rond te krijgen. Als die er maar goed uitzien. En dan maakt het niet uit of de patiënt al uren in zijn stront ligt.” (verpleegkundige CEG bijeenkomst Utrecht)

“Ik ben druk met brood smeren, maar echt zorgen is er niet meer bij” (Verzorgende CEG bijeenkomst Sneek)

“Het scoort voor geen meter als je zegt dat je een gebit staat te poetsen, maar hoe belangrijk is dat niet voor die persoon?” (Verpleegkundige CEG bijeenkomst Utrecht)

Dit heeft een vervreemdend effect, waarbij er van zorg een karikatuur lijkt te worden gemaakt van opeenvolgende handelingen. Om met Kees van Kooten te spreken: ‘de tussentijd is verdwenen’. Het lijkt alsof wat niet meetbaar is in minuten ook niet bestaat, of in elk geval niet meetelt, terwijl aandacht en tijd door zorgverlener en cliënt als fundamenteel worden ervaren. Dit leidt tot verschraving van de zorg op alle niveaus (Tonkens 2003).

Versnippering

De zorg raakt bovendien versnipperd omdat er verschillende budgetten en zorgverleners zijn voor verschillende zaken. In veel sectoren wordt bezuinigd door goedkoper, en dus lager opgeleid personeel, in dienst te nemen. De zorg voor de cliënt wordt dan opgesplitst in stukjes waarvoor mensen met verschillende opleidingsniveaus verantwoordelijk zijn. De een wast, de ander brengt de pillen, de volgende verschoont het bed, weer een ander veegt de vloer en nog een ander komt voor de steunkousen (zie ook Kunnenman en Slob 2007).

“Soms hebben oudere mensen te maken met vier of vijf organisaties op een dag. En er is geen onderlinge overdracht of een gezamenlijk dossier.” (verpleegkundige CEG bijeenkomst Utrecht).

De versnippering van de zorg in allerlei taakjes leidt tot gebrek aan continuïteit, en tot verwarring bij cliënten. Zij weten niet meer bij wie zij met hun vragen terecht kunnen, krijgen met meer gezichten te maken. Er zijn ook meer overdrachtmomenten nodig en er kan dus ook gemakkelijker iets mis gaan in de overdracht. Naast de verschuiving naar steeds lager opgeleid personeel worden ook mantelzorgers en vrijwilligers nadrukkelijk ingeschakeld voor zorgtaken waar professionals geen tijd voor hebben of te duur voor zijn.

“Vrijwilligers doen alle activiteiten waar wij niet aan toe komen, zoals koffie en theedrinken, naar buiten gaan, aandacht geven, erbij gaan zitten. Dat wat de vrijwilliger allemaal doet, zou ik zelf ook graag willen doen, bijvoorbeeld een poosje bij een bedlegerige bewoner gaan zitten.” (verzorgende CEG bijeenkomst Sneek)

Deze behoefte aan transparantie en het vastleggen van allerlei handelingen hangt echter, aldus Van Dartel, samen met de overgang van een *high trust* naar een *low trust* samenleving. Van Dartel (2009) beschrijft het als volgt:

“We veranderen, wordt gezegd, steeds meer van een *high trust* in een *low trust* samenleving. Terwijl in een *high trust* samenleving uitgegaan wordt van vertrouwen gebaseerd op breed gedeelde waarden en normen, wordt in een *low trust* samenleving teruggevallen op allerlei formele regelingen en procedures. Ook in de zorg, waar het altijd om vertrouwen gaat, blijkt dit het geval. “

Het is maar de vraag of we dit kunnen en willen kenteren.

4.4 Personeelstekort, kwaliteit, loyaliteit, professionaliteit: problemen met ontscholing, ziekteverzuim en beroepszeer

Ontscholing

Het wantrouwen, de grote nadruk op transparantie, controleren en verantwoorden, leidt niet alleen tot een blinde vlek bij beleidsmakers voor de slecht meetbare aspecten van de zorg, het leidt ook tot de gedachte dat ook goedkopere krachten dit werk wel kunnen doen. Hoeveel opleiding is ervoor nodig om iemand te wassen, om eten te geven of schoon te maken? Het idee dat dit taken zijn die iedereen wel kan, leidt tot een systematische onderschatting van wat dit werk inhoudt als je het voor je werk doet en van wat het betekent dit te moeten ondergaan uit handen van een professionele zorgverlener, die immers een vreemde is. Het is niet hetzelfde of je door je ouders, je partner of kinderen gewassen wordt of door een broeder of zuster (nog afgezien van wat je preferert). Bovendien is het verzorgen van patiënten met complexe problematiek helemaal niet zo ‘gewoon’. Van Dartel wijst er in zijn essay terecht op dat er juist veel expertise en creativiteit voor nodig is om patiënten met lichamelijke, sociale en mentale problemen goed te begeleiden.

Hij begint zijn essay dan ook met te zeggen dat verplegen en verzorgen het karakter hebben van ‘schaduwwerk’. Hij beschrijft dit als werk dat niet gezien mag worden en wat nauwelijks als werk waardering vindt. Hij verwijst regelmatig naar het boek van Anne-Mei The *‘In de wachtkamer van de dood’* (2004), in dit boek beschrijft zij de dagelijkse gang van zaken in een verpleeghuis. Over het personeelsbeleid zegt een verzorgende (The 2004):

“Als je voor een dierenambulance gaat werken moet je een diploma halen om te weten hoe je met een kat moet omgaan. Je kunt niet zomaar bij de Bijenkorf aan de slag, daarvoor moet je kennis van de producten hebben. Maar in de zorg kun je ongeschoold aan het werk.”

Dick Engberts (Forumlid CEG) noemt het ‘ontscholing’ van de zorg. Bert Keizer, schrijver en verpleeghuisarts, zegt het in een column in Medisch Contact zelfs zo in: “Om in een verpleeghuis te werken hoef je niet meer te weten dan de weg van de bushalte naar de ingang”.

De beleidskeuze voor substitutie door laag- of ongeschoolden en daarmee het gebrek aan waardering voor de kerntaak van de zorg, werkt door in andere problemen. Van laag opgeleid personeel kan niet verwacht worden dat zij heel goed in staat zijn hun morele problemen verbaal te uiten. Ook kan van laag opgeleid personeel niet verwacht worden dat deze zelfstandig afwegingen maakt met betrekking tot prioriteren van zorg of het flexibel hanteren van protocollen. Toch wordt juist het flexibel omgaan met protocollen gezien als voorwaarde voor goede zorg.

“Duidelijkheid wordt vaker gezocht dan ethisch goed is. Op het moment dat alles is vastgelegd, is er geen ruimte voor eigen beslissingen. Afgestemde zorg veronderstelt zelf beslissingen te nemen naar de situatie die zich voordoet.” (deelnemer klankbordgroep)

Personeelsschaarste en ziekteverzuim

Personeel is schaars in bepaalde sectoren en dat kan ertoe leiden dat bij ziekte een gat valt in een dienst dat niet meer te dichten is. Dat kan weer leiden tot stress in het team en uiteindelijk tot nieuw ziekteverzuim. Twee van de drie meest genoemde problemen hingen hiermee samen, namelijk de vraag of je extra moet werken bij onderbezetting en de vraag of je je vrije middag moet opofferen voor dezelfde reden.

Veel hangt af van hoe leidinggevenden zich opstellen. The noemt een aantal aansprekende voorbeelden van hoe dat kan verschillen:

“(…) de zorgmanagers staan ver van de werkvloer af. Ze brengen hun dagen in het managementteam door, waardoor ze weinig oog hebben voor het personeel. Daardoor raakt het personeel ongemotiveerd en stijgen de ziekmeldingen”.

In een ander verpleeghuis, zo wordt verteld:

“besloot de zorgmanager niet meer naar vergaderingen te gaan en de hele dag op haar afdeling aanwezig te zijn. “Zij praat met de verzorgenden, ze geeft ze raad en ze is zichtbaar beschikbaar. Het ziekteverzuim op die afdeling is gedaald naar nul procent”.

Omdat het ziekteverzuim samenhangt met de kwaliteit (en de continuïteit) van de zorg is het belangrijk het ziekteverzuim zo laag mogelijk te houden en vanuit dat oogpunt lijkt de zorgmanager in het tweede voorbeeld het gelijk aan haar zijde te hebben. Aan de andere kant is het natuurlijk belangrijk dat zorgmanagers wel aanwezig zijn bij belangrijke overlegmomenten. De balans tussen leiding geven aan de zorgverleners en het uitvoering geven aan het beleid van de zorginstelling kan lastig te vinden zijn. Ook leidinggevers hebben zo hun dilemma's.

"Het jaarplan dat ik maak is op de inhoud gericht. Maar je kunt je gemakkelijk verliezen in cijfers. Een bepaald bedrag van mijn begroting is bijvoorbeeld gereserveerd voor scholing. Maak ik het opleidingsbudget kleiner, dan kan ik misschien een invaller inzetten." (leidinggevende in Bloemhoff 2009)

Collega's komen zo regelmatig voor de vraag of zij voor een zieke willen invallen, door over te werken bijvoorbeeld. Dit niet doen verhoogt de druk op anderen en maakt dat de patiënt/cliënt wellicht te kort komt. De individuele zorgverlener kan dit probleem niet oplossen (machteloos gevoel), maar is daarvoor afhankelijk van alle andere niveaus: de zorgmanager die immers door haar of zijn beleid iets aan het ziekteverzuim kan doen, de instelling die de geldstromen stuurt en de prioriteiten duidelijk hoort te maken, en het landelijke beleid waar bezuinigen al jaren een belangrijk doel en noodzaak is.

"Dan heb ik een vrije middag, en ben ik eigenlijk kapot, moet ik rusten. Maar dan bellen ze dat een collega ziek is. En dan ga ik toch weer werken." (verpleegkundige CEG bijeenkomst Utrecht)

Zo staat de individuele zorgverlener uiteindelijk oog in oog met de gevolgen van alle beleidsbesluiten. Dat dit een machteloos gevoel kan geven moge duidelijk zijn. Die machteloosheid wordt echter zelden vertaald in strijdbaarheid.²⁵ En de leidinggevende? Die zit volgens de verzorgenden ook vaak 'klem'.

"De bezetting is altijd te krap, medewerkers lopen continu op hun tenen. Nu zit ik met een begroting waar de inzet van invallers niet in is meegenomen. Dat gaat in de praktijk niet lukken. (...) Er moet geld bij, omdat anders de veiligheid van patiënten in het gedrang komt en medewerkers te zwaar worden belast, waardoor ze het niet volhouden. Maar mijn baas wil nul onder de streep zien en liefst een plus." (leidinggevende in Bloemhoff 2009)

Waardering/beroeps(z)eer

De individuele zorgverleners worstelen met de vraag hoe hun werk goed te doen. In de verpleeghuizen moet bijvoorbeeld hard gewerkt worden om alle bewoners aangekleed en uit bed te krijgen, dit wordt door velen gezien als hun primaire taak en sluit aan bij

²⁵ Vgl. ook Remmers-van den Hurk en Van der Arend 1995.

hun motivatie dit werk te doen. Helaas komen andere zorgtaken, minder duidelijk gedefinieerd en minder duidelijk meetbaar, onder druk. Je kunt zien (en meten) of iemand uit bed is, en in de huiskamer zit, je kunt niet meten of er een praatje gemaakt is, aandacht is geweest voor de (toch al beperkte) privacy. Het resultaat is helaas ook een verlies aan motivatie, of zelfs een verlies aan het kritische vermogen op te merken dat deze zorg te mager is (The 2004).

De gedroomde oplossing van veel verpleegkundigen en verzorgenden, meer ruimte om zelf beslissing te nemen, onder andere bij de indicatiestelling, is, volgens Van Dartel (2009), gebaseerd op een geïdealiseerd beeld van de professionele praktijk. Er is wantrouwen aan beide kanten, zo stelt hij. De zorgprofessional wantrouwt de overheid en andere regelgevers, die immers niets kunnen zeggen over de ware kwaliteit van de zorg. Aan de andere kant willen de burgers ook weten of zij wel waar voor hun geld krijgen en vindt men controle van het grootste belang. De oplossing zoekt Van Dartel in het creëren van genoeg ruimte voor de verzorgende om wel legitiem en verantwoord hun eigen gang te kunnen gaan. Daarvoor is nieuwe morele professionalisering nodig.

Er is wel een verschil tussen de verschillende sectoren: in de ziekenhuizen is over het algemeen meer gekwalificeerd personeel aanwezig. Verpleegkundige op MBO- en HBO niveau hebben meer scholing en echter vaak en wellicht ook meer beroepseer dan verzorgenden met geen of weinig opleiding.²⁶ Niet al het werk in de zorg is schaduwwerk, sommige onderdelen zitten meer in het duister dan andere. De competenties die een HBO-verpleegkundige moet hebben zijn niet mals: naast zorgverlener is de verpleegkundige ook regisseur, coach, ontwerper en beroepsbeoefenaar (Pool, 2007). Kortom, de HBO-verpleegkundige moet niet alleen kunnen verplegen maar ook leiding geven aan andere verpleegkundigen, kunnen signaleren wanneer er behoefte is aan een leidraad of protocol, die kunnen ontwerpen én zich als professional ontwikkelen.

“Veel morele problemen die verpleegkundigen aandraagen, houden verband met de manier waarop hun werk georganiseerd is en hoe invulling aan hun rol wordt gegeven. Zo blijkt er een bijvoorbeeld een relatie te bestaan tussen de tijd die verpleegkundigen aan patiënten besteden en de complicaties die optreden.” stelt Pool (2007). De oplossing die hij vervolgens aandraagt richt zich echter minder op het systeem en meer op de verpleegkundige: “Verpleegkundigen kunnen hier invloed op uitoefenen door op de afdeling een norm te stellen voor de hoeveelheid tijd die zij per dag minmaal daadwerkelijk aan de patiënt willen besteden en voor de hoeveelheid tijd die zij maximaal aan administratie willen besteden. Op basis van gezamenlijke afgesproken normen kunnen verpleegkundigen dan in individuele gevallen beslissingen nemen waarin zij zich gesteund kunnen voelen door hun collega’s.” Ook in de expertmeeting met leidinggeven- den zijn dergelijke standpunten ingenomen en voorbeelden genoemd.

²⁶ Zie bijlage 6.

De verschraling van de zorg werkt dus heel persoonlijk door. Verzorgenden en verpleegkundigen bereiken de ethische grenzen aan het vak en dat leidt tot algemeen gevoel van onbehagen en gebrek aan motivatie. Als je niet meer kan doen waarvoor je het vak koos, waarom zou je het dan blijven doen? Zoals Pool en Van Dartel signaleren is het jammer dat de verzorgenden en verpleegkundigen hier niet meer tegen in het geweer komen. Het gevoel dat men aan de grenzen zit van wat nog aanvaardbaar is, zou ook tot een groot moreel debat kunnen leiden. Wat wil de Nederlandse bevolking voor de zieken en zorgbehoeftigen? Wat willen de verzorgenden en verpleegkundigen zelf? Zij zouden ook pal kunnen staan voor hun professionele normen, kunnen zeggen: tot hier en niet verder'.²⁷ Dat dit nog zo weinig gebeurt schrijft Van Dartel toe aan het gebrek aan eigenwaarde in professionele zin. Daarmee is er dan een vicieuze cirkel ontstaan: weinig waardering leidt tot verschraling van de zorg en uitholling van het vak en dat leidt weer tot weinig eigenwaarde die het gebrek aan waardering versterkt. Gebrek aan waardering draagt weer bij aan personeelsschaarste.

4.5 Autonomie, respect of efficiency?

Naar morele problemen over de vraag 'wat is goede zorg' is noch op de bijeenkomsten noch in het NIVEL onderzoek gevraagd, omdat dat niet de focus van dit signalement betrof. Dit soort dilemma's is daarmee natuurlijk niet verdwenen, maar komt in dit signalement minder aan de orde. Overigens is het maar de vraag of de grens tussen deze soorten morele problemen wel zo eenvoudig te trekken is. De praktische vraag: zelf laten wassen of gewassen laten worden, kan ook een keuze zijn tussen bevorderen van de autonomie en het streven naar efficiency. Iemand snel wassen kost minder tijd, dan 'met de handen op de rug verplegen'. Morele uitgangspunten, zoals autonomie of respectvol met mensen omgaan, moeten in de dagelijkse praktijk al snel wijken voor eisen van efficiency. Personeelskrapte, onderbezetting en tijdsdruk werken dit soort keuzen alleen maar verder in de hand. De classificatie van de problemen hangt dan samen met de argumentatie van de zorgverlener: in het ene geval is het kiezen tussen twee tegengestelde belangen van de cliënt (bevorderen zelfzorg of energie hebben voor andere dingen), in het tweede geval is het belang wel duidelijk ('zelf wassen is beter'), maar kan niet omdat er geen tijd (lees geld) voor is.

Ook uit de open vragen van het NIVEL onderzoek kwamen maar weinig problemen naar voren ten aanzien van de vraag 'wat is goede zorg'. Vooral verpleegkundigen die in het ziekenhuis werken noemen dit soort problemen. In het bijzonder noemen zij problemen in de omgang met medische informatie en bij verschillen in inzicht met de arts.²⁸

²⁷ Zie in dit verband ook Annemarie van Dijk ea. Doorbreek de dilemma's! Sta op vakkennis, teamwork en vakinhoudelijk leiderschap. LEVV, Utrecht 2009.

²⁸ Zie hiervoor ook Van Dijk ea. 2009.

Het is natuurlijk niet verrassend dat deze problemen in de thuiszorg en in de verzorging- en verpleeghuizen minder voorkomen. Maar dat er ook weinig andere problemen genoemd worden is opmerkelijk. Een verklaring hiervoor kan zijn dat deze minder leven, maar het kan ook zijn dat door de 'framing' van de vragenlijst de invullers er niet aan gedacht hebben. De inleiding en de andere vragen richten zich immers op de nieuwe problemen, en na het beantwoorden van die vragen, zitten de gedachten vanzelfsprekend minder bij die andere soort morele problemen. De bijeenkomsten zijn momentopnames met een bepaalde focus gemaakt, dan is het niet vreemd dat de problemen waar niet naar gevraagd is, niet direct worden genoemd.

Een derde mogelijke verklaring voor het weinig noemen van deze problemen is dat verpleegkundigen en verzorgenden morele problemen maar moeilijk herkennen. Zowel Van Dartel als Molewijk noemen dit in hun essays, het blijkt ook uit andere publicaties. Er is in de dagelijkse praktijk bovendien vaak geen aandacht voor morele problemen, niet voor het benoemen en niet voor het bespreken, waardoor wat in de opleiding daarover is opgestoken, in de praktijk al gauw is afgeleerd (Pool in klankbordgroep). Omgaan met morele kwesties is niet alleen een strikt persoonlijke kwestie ('ik en mijn geweten'), maar ook een sociale praktijk. Als er nooit over ethische kwesties gesproken wordt moet de verzorgende of verpleegkundige sterk in zijn schoenen staan om deze toch aan te kaarten. En daar ontbreekt het nogal eens aan, zoals uit het essay van Van Dartel blijkt.

4.6 Conclusie

Uit deze beschouwing en analyse van ervaren morele dilemma's blijkt in welke spagaat verpleegkundigen en verzorgenden zich gevangen voelen: goede zorg willen geven, maar daartoe niet in staat zijn of tenminste daarin flink beperkt worden. Onmacht die ontstaat door onontkoombare regels en eisen van buiten af: dilemma's die beter te typeren zijn als *moral distress*. Verschillende oorzaken zijn genoemd: een gebrek aan voorlichting over het 'waarom' van veranderingen, onduidelijkheid wie verantwoordelijk is, onaanvaardbare verschraving van zorg, versnippering, een *low trust* samenleving, leegloop van hoge kwaliteit en inloop van (te) laag gekwalificeerd personeel, de aansturing van leidinggevenden en waardering/beroeps(z)eer. Kortom: verschraving van de zorg die doorwerkt in de morele motivatie. Verzorgenden en verpleegkundigen bereiken de ethische grenzen aan het vak.

5 Oplossingen en *good practices*

5.1 Inleiding

Te krappe indicaties, personeelstekort en gebrek aan scholing, maar ook wantrouwen die ten grondslag ligt aan de roep om transparantie, zijn de belangrijkste problemen die leiden tot verschraling en versnippering van de zorg en uitholling van de intrinsieke motivatie van verzorgenden en verpleegkundigen. Deze problemen zijn niet zozeer nieuw, maar wel actueel en urgent. Ze zijn ook al eerder en door anderen gesignaleerd. Het heeft geleid tot initiatieven van de overheid en het veld om deze problemen het hoofd te bieden. Er is duidelijk een gedeeld gevoel van urgentie, dat bleek ook in de CEG-bijeenkomsten. Daar is ook gevraagd naar voorbeelden van *good practice*. Maar ook anderen brachten voorbeelden van *good practice* in. Een aantal daarvan komen in dit hoofdstuk aan de orde. Soms gaat het om oplossingen voor problemen in samenhang, soms richt een maatregel of een nieuw project zich op een enkel aspect. De beschrijving is zeker niet uitputtend van wat er allemaal gebeurt, maar het geeft wel een indruk van het palet aan maatregelen en initiatieven. De tips en initiatieven zijn geordend naar het probleem waar zij zich in eerste instantie op richten.

5.2 De indicatie

Versoepelen indicatie stellen

Op 5 november j.l. kwam de staatsecretaris Bussemaker met het persbericht dat zij de indicatiestelling wil versoepelen:

Mensen met een ernstige handicap hebben straks geen herindicatie meer nodig om voor zorg in aanmerking te komen. Ze krijgen één keer een indicatie en behouden die de rest van hun leven.

Dat is een van de maatregelen die staatssecretaris Bussemaker voorstelt om de indicatiestelling in de AWBZ-zorg te versoepelen voor mensen met een ernstige aandoening die niet zal verbeteren. Het gaat bijvoorbeeld om mensen met een zware lichamelijke en verstandelijke handicap, ernstige dementie, Huntington, en kinderen met een ernstige (terminale) ziekte. De indicatie wordt alleen bijgesteld als de situatie van de cliënt verandert. Als de Tweede Kamer akkoord gaat, wordt de regeling in 2011 van kracht.

Standaardindicaties

De staatssecretaris stelt ook voor om per 2011 standaardindicaties in te voeren voor veelvoorkomende verzorging, bijvoorbeeld wondverzorging, sondevoeding en zwachtelen. De behandelend professional kan de standaardindicatie zelf geven en de zorg kan meteen beginnen. Dat scheelt tijd en een hoop papierwerk.

Grotere rol professionals

Verder wil Bussemaker zorgverleners een grotere rol geven in de indicatiestelling van hun eigen patiënten. Zij kennen hun patiënten het beste en kunnen een passend indicatieadvies opstellen. Het Centrum Indicatiestelling Zorg volgt het advies op en controleert steekproefsgewijs of het een juiste indicatie was. Het CIZ houdt daardoor tijd over voor complexe indicaties.

Bussemaker onderzoekt ook de mogelijkheid tot zelfindicaties voor cliënten die zelf willen aangeven welke zorg ze nodig hebben.

Zie verder: Tweede Kamer, 2009-2010, 30 597 nr. 116.

De maatregelen lijken goed aan te sluiten bij de problemen die werden aangestipt. Door bepaalde indicaties decentraal te laten stellen door de zorgverlener of mogelijk zelf ook de cliënt, sluit de indicatie beter aan bij de zorgvraag en voorkomt dit het probleem van een te veel op afstand genomen en te rigide gestelde indicatie.²⁹ Aan de behoefte tot controle op de uitgave van collectieve middelen wordt tegemoet gekomen door achteraf het CIZ steekproefsgewijze te laten toetsen. Het CIZ groeit zo naar een kenniscentrum toe, dat ook kan toetsen en toezien (zie ook Peeters en Francke 2007).

Het CIZ blijft wel grote en complexe indicaties stellen, zoals voor verpleeghuiszorg. De klachten over te krappe indicatiestelling in die context lijken hiermee dan ook niet opgelost. Hiervoor zou een ander soort flexibilisering nodig zijn, zoals ook 'resttijd' of 'tussentijd' wel meerekenen bij het vaststellen van de omvang van de pakketten of uren, of de hele indicatiestelling op radicaal andere leest schoeien.

Vanuit de expertmeeting met leidinggevendenden werd nog een voorbeeld van *good practice* benadrukt. Verzorgenden (en verpleegkundigen) kunnen meer bereiken dan zij zelf vaak denken. Ze missen vaak de kennis en de vaardigheden die nodig is om de indicatie op de juiste manier aan te vragen. Veel verzorgenden zijn niet gewend om vanuit de beperkingen van de cliënt te denken, terwijl de vragenlijst van het CIZ wel zo is opgesteld. De kennis die zij van de cliënt hebben, zouden ze beter moeten benutten als zij bewoners of cliënten helpen bij het aanvragen van een (her)indicatie.

²⁹ Zie ook: Terug naar vertrouwen in de wijkzuster. Interview met Jet Bussemaker. De Volkskrant, 6 november 2009.

“In de cases die ik heb meegemaakt gaat het vooral om hoe je de vragen van het CIZ beantwoordt. Over het algemeen zijn de verzorgenden niet in staat om de juiste score te geven aan de vragen over hun cliënt. Veelal omdat de cliënt een nogal negatief beeld krijgt bij zware scores; dat is niet echt gemakkelijk om met familie of cliënt zelf te bespreken! Toch is het essentieel om de rechten van de cliënt op deze manier te verzilveren of in elk geval om de juiste middelen te verkrijgen om de zorg te leveren waarop de cliënt recht heeft.” (deelnemer CEG expertmeeting leidinggevend)

Buurtzorg

Een initiatief waarbij meerdere problemen tegelijk worden aangepakt is ‘Buurtzorg’. In dit initiatief wordt geprobeerd door juist meer hoog opgeleide verpleegkundigen in te zetten de zorg beter te stroomlijnen en daardoor goedkoper te maken.

Buurtzorg is een nieuwe, snelgroeiende landelijke netwerkorganisatie die thuiszorg levert. De Stichting is in 2006 opgericht als reactie op de schaalvergroting in de thuiszorg en de opkomst van de zogenoemde stopwatchzorg. De organisatie bestaat inmiddels uit zo'n 90 zelfsturende teams van 10 tot 15 verpleegkundigen en ziekenverzorgenden. De teams leveren thuiszorg aan zelfstandig wonende cliënten in een bepaalde wijk of buurt, in samenwerking met de huisartsen, het ziekenhuis en het sociale netwerk van de buurt. Ze regelen zelf een kantoor, nascholing, de planning en diensten, en zijn zelf verantwoordelijk voor de zorg voor hun cliënten en kunnen bepalen wat deze nodig hebben. De teams worden ondersteund door een landelijk kantoor in Almelo en regionale coaches. De zorg rond een cliënt wordt door zo min mogelijk verschillende medewerkers gegeven.
(Bron: <http://www.nivel.nl>)

Vooralsnog lijkt het Buurtzorg initiatief aan te slaan, nieuwe teams schieten als paddenstoelen uit de grond. Er zijn ook kritische noten, deze relatief nieuwe zorgorganisatie moet zich immers nog op de lange termijn bewijzen. Maar buiten kijf lijkt te staan dat het kleinschalige concept aansluit bij wat velen, zowel verpleegkundigen als cliënten in de zorg missen. Het concept van Buurtzorg is daarom ook zeer populair (De Veer ea. 2008).

Belangrijk element in de opzet is de zelfsturing. De verpleegkundigen worden aangeemoedigd om verantwoordelijkheid te nemen en zoveel mogelijk zelf alles te regelen. Als dit goed loopt leidt dit ook tot continuïteit in zorg en vermindert het de versnippering. De schaduwzijde hiervan is dat de zorgverlener relatief veel tijd kwijt is om te leren omgaan met alle regels en dat werktijden erg versnipperd kunnen raken. “Die versnipperde werktijden zijn het gevolg van het feit dat zo veel mogelijk dezelfde medewerker bij een cliënt komt; dat kan soms betekenen dat men verspreid over alle dagdelen moet werken.” Niettemin lijkt het initiatief goed te vallen en concludeert het NIVEL in zijn rapport:

“Het concept Buurtzorg is positief ontvangen door betrokken cliënten, mantelzorgers, huisartsen en medewerkers. Uitdaging voor Buurtzorg Nederland is om deze positieve ervaringen te bestendigen.”

(<http://www.nivel.nl/pdf/Rapport-Buurtzorg-nieuw-en-toch-vertrouwd.pdf>)

Uiteraard zijn er veel initiatieven die zich op meerdere problemen richten. Buurtzorg als hierboven beschreven richt zich uiteraard ook op bevordering van de kwaliteit van de zorg en op het verhogen van het werkplezier van verzorgenden en verplegende. Ook het KernZorgprogramma is daar een voorbeeld van:

KernZorg draagt bij aan de duurzame verandering van de gezondheidszorg door een integrale benadering toe te passen van bewezen innovaties in organisatieontwikkeling. Zodoende worden de volgende gemeenschappelijke ambities gelijktijdig gerealiseerd:

Patiënten ervaren een mensgerichte zorg, een betere veiligheid (minder iatrogene schade) en minder tot geen wachtrijen;

Artsen werken *state of the art*, zijn goed afgestemd met de andere professionals in een geoptimaliseerd behandel-, logistiek- en zorgproces;

Medewerkers ervaren zingeving in hun werk, ontvangen erkenning als humane en kundige professional, zijn meer betrokken en toegewijd en hebben meer vertrouwen in elkaar en in ‘het management’;

Het ziekenhuis presteert meer en beter met inzet van minder middelen. Het bestuur en het management hebben beter inzicht in de kwaliteit, de processen en de kosten;

De maatschappij kan rekenen op humane, technisch hoogwaardige en betaalbare gezondheidszorg. Zie verder www.kernzorg.nu

5.3 Personeelsgebrek, kwaliteit, loyaliteit en professionaliteit

Overigens hoeven het niet altijd grote, met subsidie ondersteunde, projecten te zijn die de zorg kunnen verbeteren. Uit de bijeenkomsten die het CEG organiseerde kwamen enkele concrete tips naar voren hoe er beter omgegaan kon worden met personeelsgebrek op kleine schaal:

“Huiskamerhulp uit dagbezetting gehaald om mensen naar het toilet te begeleiden. Dit werkte aanvankelijk goed, maar moest weer teruggedraaid worden omdat er dan tekort aan personeel was om de bewoners te wassen.” (verzorgende CEG bijeenkomst Warmond)

Een betere taakverdeling lijkt aanvankelijk een oplossing te bieden, maar het personeelsgebrek blijkt dan te nijpend. Een andere poging om door de organisatie van het werk de situatie te verbeteren:

“In een verpleeghuis organiseert men stilte, rust en tijd rondom het eten. Niet bereikbaar voor andere afdelingen, taken onderling verdelen, geen geroezemoes en beperkt gerammel met etenskar.” (verzorgende CEG bijeenkomst Arnhem)

Naast deze zeer lokale tips zijn er ook andere initiatieven waarmee geprobeerd wordt om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. In een van de regionale bijeenkomsten werd bijvoorbeeld gewezen op het Centrum voor consultatie en expertise. Bij deze door het ministerie gefinancierde instantie kunnen zorgverleners met vragen over cliënten met een bijzondere zorgvraag terecht voor consultatie, advies bij zorgplannen en gedragsproblemen. Een van de verzorgenden heeft een casus met een bewoonster met wie het moeilijk omgaan is voor personeel en andere bewoners daar voorgelegd. Zij gaan nu het personeel begeleiden in deze situatie (zie www.cce.nl).

Niet alle afdelingen hoeven het wiel opnieuw uit te vinden en *good practices* kunnen op deze manier beschikbaar komen voor andere groepen. Een belangrijke voorwaarde is wel dat men op de werkvloer de tijd neemt om te bedenken dat er een probleem speelt en men vervolgens de stap zet om bijvoorbeeld dit centrum ook inderdaad te consulteren. In veel dagelijkse zorg is het gemakkelijker om bij de koffie te klagen, dan om daar dan ook iets aan te doen.

Reflectie en moreel beraad

Een andere manier om de kwaliteit van de zorg te verbeteren is door meer aandacht te hebben voor de morele problemen. Zoals ook in CEG signalement van 2005 staat vermeld kan *moral distress* aanzienlijk bijdragen aan het verminderen van het werkplezier en de intrinsieke motivatie. Gebrek aan motivatie kan weer leiden tot een hoger ziekteverzuim. Er valt dus iets voor te zeggen om verzorgenden en verpleegkundigen handvatten te bieden om die *moral distress* te voorkomen of om te buigen in verbeteracties.

Ook het gebied van meer ethische reflectie zijn er vele initiatieven, in allerlei soorten en maten (zie ook Bauduin en Kanne 2009). Er wordt op allerlei manieren geprobeerd om zorgverleners meer vertrouwd te maken met ethische reflectie.

Onderwijs

Er zijn cursussen ethiek in de zorgsector, georganiseerd door de universiteit Nijmegen, voor hoogopgeleide professionals in de zorg. Deze zijn theoretisch van aard.

VOOR WIE IS ETHIEK IN DE ZORGSECTOR BESTEMD?

De opleiding Ethiek in de zorgsector richt zich op hoger opgeleide managers en professionals, dus artsen, hoger opgeleide verpleegkundigen, therapeuten, geestelijk raadsliden, vertrouwenspersonen, coördinatoren, leidinggevenden, leden van medisch-ethische commissies, bestuursleden en adviseurs. Onder zorgsector verstaan wij ziekenhuizen, verpleeghuizen, gezinsvervangende tehuizen, verzorgingshuizen, psychiatrische inrichtingen

en thuiszorg. Voor deelname is een vooropleiding op HBO- of academisch niveau noodzakelijk. 20 à 30 procent van de te bestuderen literatuur is in het Engels. (Bron: parttime postacademische beroepsopleiding Ethiek in de zorgsector 2007, 14e jaargang)

Omdat voor lager opgeleide zorgverleners deze Nijmeegse cursus te theoretisch en onvoldoende praktisch gericht is, zou het een idee zijn cursus op te zetten voor lager opgeleide verzorgenden. CNV publieke zaak heeft daar al enigszins op ingespeeld en een Leergang ethiek ontwikkeld, geschikt voor verzorgenden en verpleegkundigen.

CNV Verzorging en Verpleging houdt zich al jaren bezig met de ethiek van de dagelijkse praktijk. Nu heeft zij de talloze producten die ze in de jaren heeft ontwikkeld en verzameld weten samen te vatten in deze handzame leergang. De leergang is opgedeeld in zes tabbladen, waarin systematisch wordt toegewerkt naar het daadwerkelijke product: de invoering van ethische gespreksvoering op drie verschillende niveaus:

- De basis
- Het management
- De organisatie

Instellingen en scholen die de leergang bestellen hebben de mogelijkheid een gratis introductieworkshop te volgen.

Er zijn ook andere, meer informele vormen van onderwijs. Binnen het ErasmusMC wordt vanuit de vakgroep ethiek een kleine cursus 'omgaan met het levenseinde' gegeven voor de medewerkers van de afdeling psychosociale zorg. De hoop is dat zij het geleerde in zullen brengen bij de multidisciplinaire overleggen op de klinische afdelingen waar zij deel van uitmaken. Nadeel van het richten op dit soort onderwijs is dat vooral kennis overgedragen wordt, maar de vaardigheden, 'hoe stel ik een probleem aan de orde?', 'hoe kan ik dat het beste bespreekbaar maken?' blijft vaak ondergeschikt. Een ander voorbeeld is afkomstig uit België en is geschikt voor lager opgeleiden: het Vlaams 'zorg-ethisch' lab organiseert workshops (bijvoorbeeld over claimend gedrag, ethisch leiderschap, goede zorg en reflectie) en inleefsessies (kruip in de huid van de zorgvrager!). Het aanbod is opgericht vanuit samenwerking tussen zorginstellingen en onderwijs (zie www.stimul.be/home).

Moreel beraad

De invoering van moreel beraad in zorginstellingen, de plaats, de voordelen en de risico's ervan staan beschreven in het essay van Molewijk. Hij wijst erop dat moreel beraad invoeren geen panacee is voor alle problemen in de zorg, maar een specifiek instrument is dat alleen werkt als het gedragen wordt door de mensen die eraan deelnemen en door de organisatie. Er zijn, aldus Molewijk, meer vormen van 'aan ethiek doen' die allemaal hun eigen doel hebben. Onderwijs, als hierboven beschreven is vaak vooral gericht op kennisoverdracht. Een actiever manier om aan ethiek te doen is om in een moreel beraad eigen morele vragen te bespreken. Een derde manier van aan ethiek

doen, is om rollenspelen te doen, striptekeningen of kunst te (laten) maken, of foto's te gebruiken. Het voordeel van deze methoden is dat zij minder talig zijn en beter kunnen aansluiten bij mensen die minder verbaal zijn ingesteld. Een extra voordeel, niet genoemd door Molewijk, is dat het daarbij minder nodig is om met abstracte begrippen te werken en er beter aangesloten kan worden bij de praktische ervaring. Oefenen in een rollenspel heeft bovendien het voordeel dat ook de vaardigheden geoefend worden die noodzakelijk zijn om een moreel probleem aan de orde te stellen. Hoe snijd je een lastig onderwerp aan, hoe bespreek je dat onderling of met leidinggevend(en) op een manier die ook weer verder helpt?

Een van de belangrijkste uitgangspunten volgens Molewijk is dat er uitgegaan wordt van de beleving van de zorgverlener. De reflectie vindt dan plaats vanuit de ervaren problemen en gevoelens. Moreel beraad kan dan wel degelijk zin hebben, als het voor de juiste doelen en met de goede verwachtingen wordt ingezet (zie Molewijk 2009).

Medisch ethische bespreking

Een ander voorbeeld van moreel beraad is de Medisch Ethische Bespreking op de Neonatale Intensive Care van het Erasmus MC. Elke veertien dagen brengt iemand, een verpleegkundige of een arts, een actuele casus in. De opstelling van de bespreking is in twee kringen: in de binnenste kring zitten de betrokken zorgverleners (artsen, maatschappelijk werkers, geestelijk verzorgers, verpleegkundigen en eventuele anderen) met de voorzitter (ethicus), in de buitenste kring zorgverleners die niet direct bij de casus betrokken zijn. Volgens een standaard stappenplan wordt de casus vervolgens besproken waarbij er allereerst expliciet aandacht is voor de verpleegkundige, de medische en eventuele andere (maatschappelijke, psychologische, religieuze) aspecten. Door vervolgens gezamenlijk een probleem te formuleren wordt vaak al een deel van de oplossing duidelijk. De voorzitter heeft vooral tot taak te bewaken dat het over de casus blijft gaan en dat er ruimte is voor alle betrokkenen. Nu het project enkele maanden loopt is er zeker vooruitgang zichtbaar in de mate waarin het lukt op een rustige en respectvolle manier met elkaar over vaak aangrijpende en emotionele beslissingen te praten. Aan een formele evaluatie wordt nog gewerkt.

Keek op de week

Uit Sommelsdijk kwam een eenvoudig voorbeeld naar voren: eens per week wordt tijdens een bijeenkomst - 'Keek op de week' - waar zoveel mogelijk teamleden bij aanwezig zijn de balans op gemaakt. Er wordt dan geëvalueerd hoe het gegaan is en of er verbeterpunten zijn. Juist het wekelijkse karakter van zo'n bijeenkomst kan een sterk punt zijn. Nadeel is dat als het niet streng bewaakt wordt dat het ook of vooral over morele problemen moet gaan en het kan verzanden in een gezellig onderonsje.

Meer goede voorbeelden

Verder zijn er diverse andere initiatieven genoemd waarin geprobeerd wordt aan ethiek in de instelling aandacht te geven³⁰:

- De dilemmabesprekingen in het kader van ‘Reflectie op goede zorg’ bij ggz-organisatie De Grote Rivieren in Dordrecht e.o.
- Casuïstiek commissie in het ErasmusMC Sophia: hier worden casussen achteraf besproken, juist om ervan te leren.
- Dilemmabesprekingen in het kader van project ‘Zorg voor ethiek’, bij ouderenzorgorganisatie De Stroom in Rotterdam. Naar aanleiding hiervan is daar een projectgroep aan de slag gegaan met het onder de loep nemen van alle regels die er binnen de instelling waren. Uitgangspunt is de vraagstelling: is het een regel waardoor mensen in dilemma’s terechtkomen? Kan de regel afgeschaft worden? Zo niet, kunnen we dan beter verantwoorden of motiveren waaróm deze regels belangrijk zijn, zodat medewerkers meer intrinsiek gemotiveerd zijn om zich aan bepaalde regels te houden?
- Bijeenkomsten (‘broodje ethiek’ of ‘thee-ethiek’) in ouderenzorgorganisatie Het Houtens Erf te Houten. Er zijn meer zorgorganisaties waar tussen het werk door georganiseerde bespreking van morele casuïstiek plaatsvindt.
- In het Rode Kruis ziekenhuis in Beverwijk gaan leden van de commissie ethiek regelmatig naar teams/afdelingen in het ziekenhuis om daar casuïstiek van die afdelingen te bespreken; dit gebeurt ook in de Tergooiziekenhuizen (voormalig ziekenhuis Hilversum).
- In diverse (Academische) ziekenhuizen (onder andere het UMCU en het ErasmusMC) vindt regelmatig moreel beraad plaats met IC-medewerkers (interdisciplinair) over hun eigen casus.
- Een commissie ethiek in een ouderenzorgorganisatie die haar zorgen uitspreekt over de gevolgen die reorganisaties, bezuinigingen en de daaruit voortvloeiende onrust en werkdruk hebben op de kwaliteit van de cliëntenzorg én de medewerkertevredenheid (c.q. gezondheid van de medewerkers) in een officiële brief aan de Raad van Bestuur met verwijzing naar (kern)waarden.
- Een commissie ethiek in een ouderenzorgorganisatie die meedenkt over de totstandkoming van de missie van de organisatie.
- In het ErasmusMC functioneert een commissie levenseinde die desgevraagd en in enkele gevallen verplicht, ad hoc geconsulteerd wordt bij vraagstukken rond het levenseinde.
- Een ziekenhuisdirectie die de nieuw opgestelde missie met alle medewerkers in de organisatie komt bespreken.
- Managers die ‘sturen op waarden’ (o.a. UMCU), door in sollicitatie- en jaar/functioneringsgesprekken stelselmatig de kernwaarden van de organisatie/divisie op de agenda te zetten en zodoende concretiseren.

³⁰ Veel van deze voorbeelden zijn verzameld op basis van werkervaring door Mariël Kanne (lid klankbordgroep).

- Leidinggevende benut wekelijks verlengde koffiepauzes om met de aanwezige verzorgenden over (morele) dilemma's in het dagelijks werk te spreken.

5.4 **Transparantie, standaarden, protocollen en rapportages: een cultuur van wantrouwen**

Dialogoog

Het project van Vilans 'Ruimte voor het goede gesprek' laat zien dat het ondanks de bureaucrativering nog wel mogelijk is om goede zorg te leveren. Dit project richt zich op de dialoog in de dagelijkse zorgpraktijk. Het doel is te bevorderen dat zorgverleners, op alle niveaus, de dialoog als basishouding beschouwen. Het gaat erom met de cliënt een echt gesprek te voeren dat tweerichtingen op gaat. De dialoog moet niet alleen gevoerd worden tussen cliënt en verzorgenden, maar eigenlijk door alle mensen in de zorgorganisatie jegens elkaar. In het project richt men zich op de dialoog op verschillende niveaus: cliënt-verzorgende, mantelzorger-verzorgende, verzorgende-verzorgende, verzorgende-direct-leidinggevende (teamleider), verzorgende-overige disciplines en teamleiders-locatiemanager.

Een dialoog is een twee-richtinggesprek tussen twee of meer mensen waarin je leert wat de ander denkt, vindt en voelt. Het gaat er niet om de ander(en) van mijn gezichtspunten te overtuigen (dit is een discussie of debat) en is meer dan een beleefd gesprek over koetjes en kalfjes. Een dialoog verbindt mensen, maakt ruimte voor nieuwe gezichtspunten en kweekt begrip.

Kenmerken van een dialoog zijn:

- luisteren, actief luisteren, dus ook vragen kunnen stellen indien je niet begrijpt wat je hoort, betrokken zijn op de ander, tijd nemen voor zijn verhaal
- respect, kunnen aannemen dat de ander meent wat zij zegt, kunnen verdragen dat iemand uit een heel andere hoek komt
- empathisch zijn, je verplaatsen in de ander en de wereld door diens ogen bekijken, beleven
- oordeel uitstellen
- zeggen wat je op je hart hebt
- gericht op verdieping, niet bij voorbaat op een beslissing of oplossing

Door de dialoog krijg je duidelijkheid over wat de ander belangrijk vindt en welke vragen hij of zij heeft. Door de dialoog kun je beter afstemmen op de vraag van de ander, aansluiten bij zijn wensen en verwachting en kun je samen die omgangsvorm vinden die goed is voor beide partijen. Zonder dialoog kan er geen vraaggerichte zorg verleend worden.

De dialoog is meer dan een eenmalig gebeuren tussen verzorgende en cliënt om tot zorgafspraken te komen. In de ideale situatie is de dialoog een basishouding van verzorgenden, teamleiders, overige medewerkers en de locatiemanager.

(Uit de introductietekst van het Vilans Project Dialoog)

Belevingsgerichte zorg

Het hiervoor genoemde dialoogproject sluit aan bij een andere veel gehoorde doelstelling: belevingsgerichte zorg.

Belevingsgerichte zorg is een aanpak die erop gericht is de cliënt en degenen die hem lief zijn zo goed mogelijk te ondersteunen. Hem te helpen zijn leven op zijn eigen manier in te richten en te bereiken wat hijzelf voor ogen heeft, ondanks ziekte of handicaps.' (Pool 2003). Belevingsgerichte zorg is ook toepasbaar gemaakt voor zorg aan dementerende ouderen in verpleeghuizen. (<http://www.vilans.nl>)

Belevingsgerichte zorg wordt in veel instellingen en organisaties als ideaal gezien. Zowel bij de verpleeghuiszorg (bijvoorbeeld Verpleeghuis de Schilderhoek in Den Haag), als bij Thuiszorg organisaties (bijvoorbeeld Meavita thuiszorg) staat belevingsgerichte zorg centraal. In 2002 heeft het NIZW een rapport uitgebracht over belevingsgerichte zorg in de thuiszorg (NIVEL Belevingsgerichte zorg in de Thuiszorgpraktijk, 2002). Op dat moment waren er nog geen duidelijke evaluaties van deze nieuwe zorgmethodiek. Wie nu via Google op 'belevingsgerichte zorg' zoekt vindt vooral veel cursussen en de term 'belevingsgerichte zorg' in beleidsstukken. Uit de beschrijving lijkt het vooral ook een attitude kwestie te zijn, waarbij de cliënt centraal wordt gesteld. De uitvoering zal dan afhangen van de inbedding in de totale organisatie.

5.5 Conclusie

Juist omdat de problemen breed ervaren worden, zoals ook bleek uit het inventarisatieonderzoek en het kwantitatieve NIVEL-onderzoek, wordt er in de praktijk ook naar oplossingen gezocht. Er is een veelheid aan initiatieven van zeer lokaal op een afdeling, tot grote landelijke projecten. Molewijk wijst er op dat het nuttig is alle opgedane ervaringen te bundelen, zodat het ook mogelijk is om van elkaar te leren.

Een deel van de problemen hangt samen met de manier waarop de zorg georganiseerd is, en gelukkig beginnen zich hierin verschuivingen af te tekenen, zoals de recent aangekondigde veranderingen in de indicatiestelling voor delen van de AWBZ-zorg. Een ander deel van de problemen wordt veroorzaakt doordat men de gelegenheid niet heeft om met elkaar aan ethiek te doen. Hierin wordt voorzien door initiatieven als moreel beraad of medisch-ethische besprekingen. Uit de *good practices* blijkt ook dat het van belang is casuïstiekbesprekingen en evaluaties te integreren in bestaande werkoverleggen en pauzemomenten. Van Dartel en anderen wijzen er ook op dat de houding van verzorgenden en verpleegkundigen moet veranderen. Zij zullen hun professionaliteit moeten uitbouwen en gaan staan voor wat zij als verantwoorde en noodzakelijke zorg zien.

6 Agendapunten voor beleid, onderwijs en praktijk

De balans opmaken

Als je verpleegkundigen en verzorgenden naar morele dilemma's in het dagelijks werk vraagt, dan blijkt dat zij graag goede zorg willen bieden, maar dat zij zich vaak onvoldoende in staat voelen dat volgens hun opvattingen van goede zorg te doen. Ze voelen zich - in toenemende mate - belemmerd en overheerst door externe eisen die aan hen worden gesteld. Dat maakt hen onzeker over de vraag wat de richtlijn van hun handelen moet zijn: moeten ze zich laten leiden door externe eisen of toch afgaan op hun professioneel inzicht van wat goede zorg is? Die onzekerheid levert hen gevoelens van moreel onbehagen en onmacht op. Het tast ook hun intrinsieke motivatie aan. Met vaak schrijnende voorbeelden van verschraling van de zorg maken verpleegkundigen en verzorgenden ons deelgenoot van de dilemma's die zij ervaren en hun onmacht om daar verandering in te brengen. Voor sommigen is de morele grens van acceptatie nabij, omdat zij deze kwaliteit van zorg niet voor hun verantwoording willen nemen.

Morele dilemma's zijn ervaringen van *moral distress*

Veel ervaren morele dilemma's zijn in wezen geen morele dilemma's, maar gevoelens van *moral distress*: je weet als zorgverlener wel wat goed is om te doen, maar je voelt je gehinderd of je bent niet in staat om goede zorg te verlenen. De externe druk van buiten af (overheidsbeleid) of boven af (instellingsbeleid) is de laatste jaren toegenomen en lijkt onafwendbaar. Het geeft verzorgenden en verpleegkundigen het gevoel niet meer zelf te kunnen bepalen wat goede zorg is. Het wordt - naar hun beleving - buiten hen om geregeld. De redenen voor deze veranderingen blijken bij hen vaak onvoldoende bekend te zijn. Hetzelfde geldt voor de benodigde kennis en instructies hoe op succesvolle wijze met de nieuwe systemen om te gaan. Ook schort het nogal eens aan de morele competentie: als die ontbreekt of door het werk is afgestompt uit zich dat in moreel onbehagen en frustratie. En dat is weer niet bevorderlijk voor de intrinsieke motivatie. Is er een manier om uit de impasse van *moral distress* te komen en toch die zorg te kunnen geven die de bewoner, cliënt of patiënt behoeft?

Het kan anders

Er komen in het onderzoek morele dilemma's naar voren die terug te voeren zijn op praktische problemen die oplosbaar zijn. Neem bijvoorbeeld het dilemma of je moet handelen naar eigen maatstaven of je moet houden aan de (door het CIZ) geïndiceerde zorg. Dit dilemma laat zien dat er een groot verschil wordt ervaren tussen wat het CIZ indiceert en de zorg die werkelijk nodig is. Ligt dat aan het systeem van indicatiestelling, aan de indicatiesteller van het CIZ of heeft het misschien te maken met de manier waarop indicatievraag wordt gesteld? Volgens sommige leidinggevendenden ligt het niet alleen aan het systeem of aan de indicatiestelling, maar ligt het ook aan de opstelling van de verzorgenden en verpleegkundigen zelf: zij kunnen meer bij het CIZ bereiken dan ze denken.

Voorwaarde is wel dat verpleegkundigen en verzorgenden over de kennis en vaardigheden moeten beschikken om de indicatie op de juiste manier aan te vragen. En daar ontbreekt het nogal eens aan. Zo zijn veel verzorgenden niet gewend om vanuit de beperkingen van de cliënt te denken, terwijl de vragenlijst van het CIZ wel zo is opgesteld. De cliëntkennis zouden ze beter moeten benutten als zij bewoners of cliënten helpen bij het aanvragen van een (her)indicatie. Dat is niet altijd gemakkelijk en het is vaak confronterend voor de cliënt en de familie, omdat het niet prettig is vanuit je beperkingen zorg aan te vragen in plaats vanuit het perspectief van wat je nog wel kunt. Het levert echter wel de zorg op die nodig is en daar gaat het om.

Een andere houding: lef en vertrouwen

Verzorgenden en verpleegkundigen moeten zich minder afhankelijk opstellen van het systeem en meer vertrouwen op eigen professioneel inzicht. Zij kennen de cliënt of de patiënt het best en daarvan moeten ze goed gebruik maken. Aan de andere kant zullen verzorgenden en verpleegkundigen ook meer de ruimte en het vertrouwen moeten krijgen om zelf te indiceren. Bij kleinere indicaties, in de thuiszorg, wordt nu ook al die weg in geslagen. Oplossingen in deze richting kunnen de morele dilemma's die verzorgenden en verpleegkundigen ervaren doen verminderen. Tegelijkertijd is hiermee het probleem van financiële schaarste en personeelstekort in de zorg niet opgelost.

Wil je goede zorg aan bewoners, cliënten of patiënten geven, dan vereist dat de juiste uitleg en instructies over de gebruikte systematiek, maar vooral ook lef in plaats van een afhankelijke opstelling. Goed geïnformeerd zijn over het hoe en waarom van veranderingen, maar ook durf om op de bres te springen voor cliënten of patiënten zijn competenties die horen bij professioneel handelende verzorgenden en verpleegkundigen. Dat geldt ook voor verpleegkundigen in het ziekenhuis die soms moeite hebben met de handelwijze van de behandelend arts of specialist. Ook zij moeten niet bang zijn om op basis van hun kennis van de patiënt, hun morele besef en hun professionele inzicht af

te gaan en in het belang van goede zorg voor de patiënt in discussie te gaan met de behandelend arts of specialist.

Verschraling van zorg

Ook al kan een andere houding van verzorgenden en verpleegkundigen - namelijk één die eigen professioneel inzicht als uitgangspunt voor het handelen neemt - veel helpen, daarmee is het probleem van de verschraling van zorg nog niet opgelost. Voorbeelden van verschraling van zorg kennen we allemaal uit onze eigen omgeving. Niemand zal betwisten dat verbetering van de kwaliteit van de zorg hoog op de agenda moet staan. Verschillende partijen zullen hun verantwoordelijkheid moeten nemen om de verdergaande verschraling van zorg de baas te blijven en de kwaliteit en kwantiteit van verzorgenden en verpleegkundigen te versterken. In de context van een veranderende gezondheidszorg, waarin verpleegkundigen en verzorgenden geconfronteerd worden met meer externe eisen, is het juist van groot belang dat zorgverleners hun intrinsieke motivatie hoog kunnen houden en morele competenties kunnen blijven ontwikkelen en behouden. Ze hebben daarvoor wel de steun nodig van de samenleving, de politiek, de overheid, de managers van instellingen en de leidinggevenden.

Ruimte geven en nemen

Het is een kwestie van geven en nemen: verpleegkundigen en verzorgenden moet meer de ruimte gegund worden om hun professionele inzicht te benutten. Want zij kennen de bewoner/cliënt/patiënt van nabij en zien als geen ander welke zorg nodig is. Het is aan de andere kant ook een kwestie van ruimte 'nemen': verpleegkundigen en verzorgenden kunnen ook ruimte opeisen, zich strijdbaarder opstellen en zich niet uit hun professionele rol laten duwen door systemen of eisen van buiten af.

Ten slotte komen we terug op de drie vragen die centraal stonden in dit signalement om ze te beantwoorden:

1. WAT ZIJN DE MEEST VOORKOMENDE EN ACTUELE MORELE DILEMMA'S DIE VERPLEEGKUNDIGEN EN VERZORGENDEN ERVAREN IN HUN DAGELIJKS WERK IN RELATIE TOT DE VERANDERENDE ZORGCONTEXT EN DE EISEN DIE AAN HUN PROFESSIONALITEIT WORDEN GESTELD?

Uit zowel de bijeenkomsten van het CEG als de toetsing van het NIVEL blijkt dat de meest voorkomende, lastige en recent toegenomen dilemma's samenhangen met de veranderingen in de zorg. De kwestie of de geboden zorg wel volgens professionele maatstaven is, houdt verpleegkundigen en verzorgenden het meeste bezig. Het betreft verder morele dilemma's die verband houden met de wijze waarop de indicatiestelling is geregeld en de gevolgen van schaarste aan personeel en

financiële middelen. Dit geldt voor verpleegkundigen en verzorgenden in alle drie sectoren. Er zijn daarnaast ook nog verschillen tussen de sectoren. Kwesties rond de indicatiestelling doen zich vooral voor in de thuiszorg en verpleeg- en verzorgingshuizen. Verpleegkundigen in de algemene ziekenhuizen ervaren met name morele problemen in de omgang met medische informatie en bij verschil van inzicht met de arts.

2. WELKE ONDERSTEUNING ONTVANGEN VERZORGENDEN EN VERPLEEGKUNDIGEN OP DIT MOMENT OM MET MORELE DILEMMA'S OM TE GAAN EN IN HOEVERRE IS MEER EN ANDERE ONDERSTEUNING DAARIN NODIG?

Uit de bijeenkomsten van het CEG bleek dat in instellingen de tijd voor overleg en begeleiding de laatste jaren sterk gereduceerd is. Het houdt vaak niet meer in dan een snelle overdracht van de meest noodzakelijke gegevens. Van teamoverleg is vaak geen sprake, vooral in de thuiszorg is amper nog teamoverleg. Instellingen en leidinggevenden geven meestal geen prioriteit aan moreel beraad in hun instellingen. In de ziekenhuizen is de begeleiding en ondersteuning relatief het beste geregeld. Het is dan ook niet vreemd dat uit het NIVEL onderzoek blijkt dat de behoefte aan ondersteuning en sturing van leidinggevenden groot is.

Meer instructies en uitleg waarom nieuwe systemen worden ingezet, blijkt ook heel belangrijk. Leidinggevenden kunnen daar een belangrijke rol in spelen. Verder is er behoefte aan rolmodellen, ook daarin kunnen leidinggevenden van betekenis zijn. Plannen om het aloude model van meester-gezel weer nieuw leven in te blazen, lijken hierin tegemoet te komen. Een ander idee is een cursus of opleiding ethiek voor de laag opgeleide verpleegkundigen en verzorgenden aan te bieden waar zij in eigen tijd of in de tijd van baas getraind worden in het omgaan met dagelijkse morele dilemma's.

3. WAT KUNNEN PARTIJEN - OVERHEID, ONDERWIJS, INSTELLINGEN, BEROEPSGROEPEN, LEIDINGGEVENDEN ÉN BETROKKENEN ZELF - DOEN OM DE ETHISCHE BASISKENNIS EN MORELE VAARDIGHEDEN VAN VERPLEEGKUNDIGEN EN VERZORGENDEN TE VERSTERKEN ZODAT ZIJ BETER IN STAAT ZIJN OM TE GAAN MET DE HUIDIGE (MORELE) DILEMMA'S?

DE OVERHEID kan via aanpassing van de wijze van indicatiestelling ervoor zorgen dat verpleegkundigen en verzorgenden meer ruimte krijgen om naar eigen professioneel inzicht de hoeveelheid benodigde zorg te bepalen. De staatssecretaris is die weg ook al op gegaan: met name kleinere indicaties - vooral in de thuiszorg - worden vaker door de zorgverlener gedaan. De rol van het CIZ wordt meer een rol achteraf: steekproefsgewijze toetsing en toezicht.

Het **ONDERWIJS** zal blijvend aandacht moeten geven aan de ontwikkeling van morele gevoeligheid en morele oordeelsvorming. Een scholingsaanbod (cursus, workshops) dat tot stand komt door samenwerking van onderwijs- en zorginstellingen kan erin voorzien dat verpleegkundigen en verzorgenden hun morele gevoeligheid en oordeelsvorming scherp houden. Het kan de kans op beroepsdeformatie en afkalving van hun intrinsieke motivatie verminderen. Daarnaast is het belangrijk dat er nagedacht wordt over nieuwe vormen van ethiek onderwijs die ook aansluiten bij helpenden omdat zij vaak minder verbaal zijn ingesteld.

INSTELLINGEN zullen hun verantwoordelijkheid moeten nemen door verzorgenden en verpleegkundigen begeleiding en scholing te bieden in ethische kwesties die zich in de zorg voordoen. Instellingen en leidinggevenden moeten ervan doordrongen zijn dat de morele problemen van verpleegkundigen en verzorgenden de laatste jaren mede zijn toegenomen door nieuw beleid en andere belangen dan de directe zorgverlening. Continue aandacht voor ethiek in de instelling draagt bij aan de kwaliteit van zorg, maar staat en valt ook met betrokkenheid van de top én de basis van instellingen.

BELANGEN- EN BEROEPSORGANISATIES hebben een spilfunctie. Zij moeten oog en oor hebben voor de toenemende morele problemen die verpleegkundigen en verzorgenden in het dagelijks werk ervaren en het gevolg zijn van financiële schaarste en het nijpende personeelstekort. Belangen- en beroepsorganisaties kunnen bij de overheid en politiek zich sterk maken voor de beroepsgroep door aan te dringen op meer ruimte om te handelen volgens eigen professionele maatstaven en door beroepszeer serieus te nemen. Zij kunnen de voorwaarden scheppen voor het versterken van de morele competenties van deze beroepsgroep door de succesfactoren van *good practices* systematisch te verzamelen, te stimuleren en te verspreiden.

LEIDINGGEVENDEN hebben een voorlichtende en instructietaak, maar ook hebben ze een belangrijke voorbeeldrol voor verpleegkundigen en verzorgenden. Zij kunnen de morele gevoeligheid van verpleegkundigen en verzorgenden stimuleren en scherp houden en zo het afstompen daarvan in het dagelijks werk helpen voorkomen. Behalve verzorgenden en verpleegkundigen zullen ook leidinggevenden zich hard moeten maken voor de juiste indicaties van hun cliënten. Het zal een gezamenlijke actie moeten zijn.

VERPLEEGKUNDIGEN EN VERZORGENDEN kunnen hun professionaliteit versterken door zich niet afhankelijk op te stellen, maar lef te tonen en hun professionele verantwoordelijkheid op te pakken in het belang van goede zorg voor hun bewoners/patiënten/cliënten.

Literatuur

- Arend A.J.G. van der, Remmers-van den Hurk C.H.M. Moral problems among Dutch nurses: a survey. *Nursing Ethics* 1999; 6(6): 468-482.
- Arend A. van der & Gastmans C. Ethisch zorg verlenen. Handboek voor verpleegkundige beroepen. Baarn: HB Uitgevers, 2002.
- Baart A. & Grypdonck M. Verpleegkunde en presentie. Een zoektocht in dialoog naar de betekenis van presentie voor verpleegkundige zorg. Den Haag: Uitgeverij Lemma, 2008.
- Beaufort, I. de, e.a. (red.) De Kwestie. Praktijkboek ethiek voor de gezondheidszorg. Den Haag: Lemma, 2008.
- Bauduin, D. en Kanne M., Tijd voor reflectie. Praktische ethiek in psychiatrie en rehabilitatie. Amsterdam: SWP, 2009.
- Bloemhof A.M. Zorgen met hart & ziel. Verzorgenden en verpleegkundigen over ethische dilemma's in de dagelijkse praktijk. Den Haag: CNV Publieke zaak, 2005.
- Bloemhoff, A.M. Gedreven leidinggeven. Den Haag: CNV Publieke zaak, 2009.
- Boer, T.A. Hoe doe je dat? Ethische vragen uit de dagelijkse praktijk. Tekst studiedag, NVONIP 2006.
- CNV Publieke Zaak. Ethiek van de dagelijkse verzorging en verpleging. Projectverslag. Den Haag: CNV, maart 2004.
- CNV Publieke zaak. Leergang ethiek. Den Haag: CNV, 2008.
- Coppoolse, K., Ziektebeleving van chronisch zieken van Marokkaanse afkomst en morele dilemma's in de zorgverlening. Een kwalitatieve analyse. Utrecht: De Tijdstroom, 2006.
- Dartel, H. van, Onder de korenmaat vandaan? Over de morele idealen van verplegen en verzorgen. Essay in: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Dilemma's van verpleegkundigen en verzorgenden. Signalering ethiek en gezondheid 2009/4. Den Haag: Centrum voor ethiek en gezondheid, 2009: 73-102.
- Dijk A. van, Tol M. van, Plas M., e.a. Doorbreek de dilemma's! Sta op vakkennis, teamwork en vakinhoudelijk leiderschap. Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging, februari 2009.
- Eijlders J., Ros W., Schrijvers G. Hoe komt de burger in Europa aan zorg? Een oriënterend onderzoek naar indicatiestelling en zorgtoewijzing voor langdurige chronische zorg in een aantal Europese landen. UMC: Utrecht, mei 2009.
- Expertisecentrum Ethiek in de Zorg, Sturen op waarden. Handelingsonderzoek als instrument voor ethiekbeleid. Groningen, UMCG 2009.

- Heijst A. van. Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit. Kampen: Klement, 2005.
- Jansen M.G.M.J. Presentie & prestatie. Sleutelbegrippen in een verpleegeethiek proefschrift november 2004.
- Koetsenruijter R., Heide W. van der. Reflecteren: handvatten voor verpleegkundigen. Den Haag: Lemma, 2008.
- Kooiman A. & Vleugels P. Op zoek naar evenwicht: morele vragen voor artsen en verpleegkundigen. Dwingeloo: Kavanah, 2008.
- Kunneman, H.P. e.a Thuiszorg in transitie. Een onderzoek naar de gevolgen van het recente overheidsbeleid voor centrale zorgwaarden in de thuiszorg. Utrecht Universiteit voor Humanistiek, 2006.
- Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging. Doorbreek de dilemma's. Sta op vakkennis, teamwork en vakinhoudelijk leiderschap. Utrecht: LEVV, 6 februari 2009.
- Manschot H. en Dartel, H. van, In gesprek over goede zorg. Overlegmethoden voor ethiek in de praktijk. Amsterdam: Boom, 2003.
- Molewijk, B., Aan ethiek doen, ethiek laten werken en ethiek organiseren. Essay in: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Dilemma's van verpleegkundigen en verzorgenden. Signalering ethiek en gezondheid 2009/4. Den Haag: Centrum voor ethiek en gezondheid, 2009: 103-138.
- Munk M.S. Ethiek in zorgopleidingen en zorginstellingen. Achtergrondstudie bij: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Signalering ethiek en gezondheid 2005: Hoofdstuk 6: Ethiek in zorginstellingen en zorgopleidingen. Den Haag/Zoetermeer: CEG, 2005.
- Peeters, J.M. en A.L. Francke, Indiciestelling voor AWBZ-zorg, sector Verpleging, Verzorging en Thuiszorg. Ontwikkelingen, knelpunten en oplossingsrichtingen. Utrecht: NIVEL, 2007.
- Pool A. Doordacht verplegen. Den Haag: Uitgeverij Lemma, 2007.
- Pols J. Good care. Enacting a complex ideal in long-term psychiatry. Utrecht: Trimbosinstituut, 2004.
- Remmers-van den Hurk C.H.M., Arend A.J.G. van der. Morele problemen in de verpleging en verzorging LCVV cahier. Uitgeverij De Tijdstroom: Utrecht, 1996.
- Rijksen H. Verplegen met geweten. Ethische vragen in het werk van verpleegkundigen. Budel: Damon, 2004.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Tussen continuïteit en verandering, 27 adviezen van de RVZ 2003-2009. Den Haag: RVZ, 2009.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Beter zonder AWBZ? Den Haag: RVZ, 2008.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Formalisering van informele zorg. Signalering ethiek en gezondheid 2007. Den Haag: Centrum voor ethiek en gezondheid, 2007.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Signalering ethiek en gezondheid 2005: Hoofdstuk 6: Ethiek in zorginstellingen en zorgopleidingen. Den Haag/Zoetermeer: CEG, 2005.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Ethiek met beleid. Zoetermeer, 1999.
- Schrijvers, G., Jedeloo, S. Landelijk Klanttevredenheidsonderzoek CIZ onder AWBZ-aanvragers. Utrecht: in opdracht van het CIZ en uitgevoerd door het Julius Centrum voor Gezondheidsweten-

schappen en Eerstelijngeneeskunde, januari 2007.

Smits M.J. Zorgen voor een draaglijk bestaan; morele ervaringen van verpleegkundigen. Proefschrift Universiteit Maastricht, 2004.

Steinkamp. N.L., Ethical deliberation in healthcare organizations. Studies on structures and methods. Nijmegen: proefschrift 2009.

Struijs A.J. en Brinkman F. Botsende waarden. Ethische en etnische kwesties in de hulpverlening. Utrecht: NIZW, 1996.

Tijdschrift voor Gezondheidszorg & Ethiek. Themaanummer Beroepsethiek en marktwerking in de zorg. Jaargang 16 - NR. 2 - 2006.

Tonkens E. Mondige burgers, getemde professionals. Marktwerking, vraagsturing en professionaliteit in de publieke sector. Utrecht: NIZW, 2003.

Tweede Kamer, Toekomst van de AWBZ. Hierin: Bouwen aan vertrouwen; toekomstvisie indicatiestelling AWBZ en CIZ. 2009-2010, 30 597 nr. 116.

V&VN, Commissie Ethiek, Hoe ga je om met schaarste in de zorg? Handreiking voor verpleegkundigen en verzorgenden. Utrecht: V&VN, mei 2008.

Vilans. Het goede gesprek. Dialoog als basishouding in de Zorg. Utrecht: Vilans, maart 2009. www.hetgoedegesprek.nl.

Tenwolde H. & Houtlosser M. Met alle respect: leerboek verpleegeethiek. Baarn: HB Uitgevers, 2009.

The A.M. In de wachtkamer van de dood. Amsterdam: Thoenis, 2004.

Thiel G. van, Hoven, M. van den. Als mensen aandacht tekort komen, smaakt het kopje thee

ook niet. Ethische vragen in de care sector Centrum voor Bio-ethiek en Gezondheidsrecht. Universiteit Utrecht, 1999.

Tonkens, E. Mondige burgers, getemde professionals. Amsterdam: Van Genneep, 2008.

Veer, A.J.E. de en A.L. Francke, Morele dilemma's in het dagelijks werk van verpleegkundigen en verzorgenden. Utrecht: NIVEL, 2009.

Veer A.J.E. de, e.a. Buurtzorg: nieuw en toch vertrouwd. Een onderzoek naar de ervaringen van cliënten, mantelzorgers, medewerkers en huisartsen. Utrecht: NIVEL, 2008.

Veer A.J.E. de, e.a. Ervaringen van Buurtzorgcliënten in landelijk perspectief. Addendum bij het rapport 'Buurtzorg: nieuw en toch vertrouwd'. Utrecht: NIVEL, 2008.

Veer A.J.E. de, Francke A.L. Goede teamsfeer belangrijkst voor verpleegkundigen en verzorgenden. NIVEL factsheet, oktober 2008.

Veer A.J.E. de, Francke A.L., Poortvliet E.P., e.a. De aantrekkelijkheid van het beroep 2007: een peiling onder het panel Verpleegkundigen en Verzorgenden.

Volkskrant. Terug naar vertrouwen in de wijkzuster. Interview met Jet Bussemaker. De Volkskrant, 6 november 2009.

Vulto M., Vianen G. Toekomstige behoefte verpleegkundig specialisten bij somatische aandoeningen. Een zoektocht in onontgonnen gebied. Leiden: Stichting STG/Health Management Forum, 2009.

Zorgzwaartepakketten sector Verpleegkundigen en Verzorgenden. De Haag, Ministerie VWS, 2009.

Bijlage 1

Lijst van afkortingen

AB	Activerende Begeleiding
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BG	Begeleiding
BH	Behandeling
BIG	Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
CEG	Centrum voor Ethiek en Gezondheid
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
CVA	Cerebro Vasculair Accident (beroerte)
DBC	Diagnosebehandelingcombinatie
EVV-er	Eerst verantwoordelijk verzorgende
GGZ	Geestelijke GezondheidsZorg
HKZ	Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector
KWZ	Kwaliteitswet Zorginstellingen
LEVV	Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging
NIVEL	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OB	Ondersteunende Begeleiding
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
V&VN	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
WVG	Wet Voorzieningen Gehandicapten
ZVW	Zorgverzekeringswet
ZZP	ZorgZwaartePakket

Bijlage 2

Nadere verkenning ervaren dilemma's

Vooraf

In de eerste fase van voorbereiding van dit signalement is een inventarisatieronde gehouden onder verpleegkundigen en verzorgenden om in kaart te brengen welke dilemma's zij ervaren op de werkvloer. In samenwerking met Marianne Waling-Huijsen, externe deskundige, zijn in kort tijdsbestek zes bijeenkomsten in het land gehouden:

- vier regionale bijeenkomsten op locatie met verzorgenden (20 april en 11, 15 en 18 mei 2009)
- één landelijke bijeenkomst met verpleegkundigen (25 mei 2009)
- één bijeenkomst met medewerkers van een thuiszorgorganisatie (2 juli 2009)

De bijeenkomsten verliepen telkens volgens eenzelfde opzet. Op basis van de uitkomsten van deze bijeenkomsten, waarin in totaal een ruime 100 verzorgenden en verpleegkundigen hun inbreng hebben gehad is een geclusterd overzicht gemaakt van de belangrijkste ervaren dilemma's en knelpunten die verband houden met veranderingen in de zorg van de laatste jaren. Bij de bespreking van de eerste resultaten in de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (18 juni 2009) is afgesproken dat de ervaren dilemma's en knelpunten nog wat explicieter worden uitgewerkt naar de morele dilemma's waarop het signalement zich kan baseren. In dat verband is een Plan van aanpak voor de tweede fase opgesteld en daarin is een korte nadere verkenning van ervaren dilemma's opgenomen, die we hier weergeven:

Nadere verkenning

Het maakt niet uit of de verpleegkundigen en verzorgenden afkomstig zijn uit Friesland, Zeeland, Gelderland of Noord-Holland, ze blijken veelal dezelfde dilemma's te ervaren. Dat er morele dilemma's zijn, is duidelijk. Hoe representatief het beeld hiervan is, weten we niet. We hebben wel een indicatie gekregen van de *ervaren* morele dilemma's van verzorgenden en verpleegkundigen op basis van zes bijeenkomsten. In aanvulling hierop is daarom het voorstel de uitkomsten te toetsen via het Panel Verpleging en Verzorging van het NIVEL.

Als we de ervaren dilemma's nader beschouwen, blijkt er verschil te bestaan tussen wat als dilemma ervaren wordt en wat doorgaans onder een moreel dilemma wordt verstaan in de vakliteratuur. Bovendien zijn de genoemde dilemma's zo divers van aard en van gewicht dat een nadere ordening en typering wenselijk is. Een aantal vragen/criteria kan behulpzaam zijn bij het schiften en ordenen:

1. Houden de genoemde dilemma's verband met recente veranderingen/ ontwikkeling in de zorg?
2. Zijn de genoemde dilemma's een 'dilemma' of beter anders te typeren?
3. Zijn de genoemde dilemma's 'moreel' van aard?
4. Betreffen ze de werkvloer van verpleegkundigen en verzorgenden (V&V)?

Op basis van bovenstaande criteria noemen we hier een aantal voorbeelden van ervaren morele dilemma's die verband houden met organisatorische vernieuwingen en ontwikkelingen in de zorg. Er zijn in de bijeenkomsten veel meer voorbeelden genoemd, ook uit andere specialismen of afdelingen. Verder is van belang te bedenken dat het dilemma's zijn vanuit de beleving van verzorgenden en verpleegkundigen. Het geeft dus geen representatief beeld van de sectoren thuiszorg, verpleeg- en verzorgingshuizen en ziekenhuiszorg. Het beeld dat ontstaat is dus zoals zij het zien of ervaren.

1. VERANDERINGEN IN DE INDICATIESTELLING, FINANCIERINGSSYSTEMATIEK EN WETGEVING

- *CIZ/ZZP*: Vaak wordt door verzorgenden en verpleegkundigen gemeld dat cliënten een indicatie krijgen die niet passend is bij de zorgbehoefte, waardoor de verpleegkundige/verzorgende niet de zorg kan geven die nodig is en dat leidt tot bijvoorbeeld de volgende morele dilemma's:
 - Mag je de cliënt meer zorg laten aanvragen (de kwaal aandikken) dan nodig om een te lage indicatie te voorkomen?
 - Mag je de thuissituatie (levert een hoger ZZP op) in plaats van de verpleeghuissituatie (leidt tot lagere ZZP niveau) als uitgangssituatie nemen bij invullen van de aanvraag voor herindicatie?
 - In hoeverre is strategisch gedrag, zoals in genoemde voorbeelden, moreel aanvaardbaar? Morele dilemma's spelen niet alleen in de individuele relatie met de cliënt/patiënt, maar ook op instellingsniveau:
 - Een leidinggevende moet het zorgaanbod rond krijgen en stelt: 'als instelling heb je liever cliënten met een ZZP 8 niveau (is hoger) dan een cliënt met een ZZP 4 niveau.' 'Maar', vraagt hij zich af: 'mag je wel zo zakelijk denken en handelen?' Zorginhoudelijke en zakelijke motieven staan hier op gespannen voet met elkaar en leiden tot morele dilemma's. Cliënten met een lage indicatie zijn minder welkom en komen er bekaaid vanaf.
- *Tijd (werkdruk)* speelt in *alle sectoren* en op allerlei manieren een belangrijke rol. Een strenge tijdsindeling in de *thuiszorg* leidt bij huishulpen die alleen huishoudelijk werk verrichten nogal eens tot het morele dilemma wat te doen: aandacht geven aan de cliënt als die er op dat moment dringend om vraagt of zorgen dat het huis schoon is? Aandacht geven is op het ene moment belangrijker, maar komt in mindering op

de huishoudelijke taken en kan ertoe leiden dat de cliënt de volgende dag zijn beklag daarover doet bij de thuiszorg.

2. PERSONEELSTEKORT, KWALITEIT, LOYALITEIT EN PROFESSIONALITEIT

- *Kwaliteit*: door gebrek aan personeel of om financiële redenen wordt vaker ongediplomeerd of laagopgeleid personeel ingezet. Zorgverleners voelen zich daardoor extra verantwoordelijk (wel/niet overwerken, taken laten doen door onbevoegden, onderbezetting in de namiddag) en moeten vaak alleen beslissingen nemen (bijvoorbeeld wel/niet fixeren of wel/niet tillift gebruiken). Mag je van het protocol afwijken om tijdwinst te creëren? Of loyaliteit komt onder druk te staan: moet je naar je werk gaan op je vrije dag om in de nood te voorzien of juist niet gaan vanwege eigen welzijn (zorg voor jezelf)? Klassieke morele dilemma's, maar ze komen vaker voor naarmate het personeelstekort toeneemt.

3. MEER TRANSPARANTIE: STANDAARDEN, PROTOCOLLEN, RAPPORTAGES

- *Meer administratieve verantwoording* zoals verslagen, rapportages, gaat ten koste van de zorgtaak voor een cliënt: een wandeling met de bewoner lukt niet meer, zeggen verzorgenden. Administratieve druk gaat ten koste van aandacht en zorg voor de bewoner én van de motivatie, want het levert frustratie op, vinden verpleegkundigen en verzorgenden. 'Op papier is men bezig de HKZ-kwaliteitsnorm te halen, maar in de praktijk is zorg beperkt tot basiszorg.' De discrepantie tussen wat de norm van goede zorg is en hoe het in de praktijk gaat, ervaart men hoe dan ook groot.

4. VERANDERENDE HOUDING IN DE RELATIE ARTS-VERPLEEGKUNDIGE EN VERPLEEGKUNDIGE-PATIËNT EN/OF FAMILIE

- *Veranderende houding patiënt* (mondiger en meer kennis via media) brengt voor verpleegkundige/verzorgende morele dilemma's met zich mee. Zij/hij moet balanceren of onderhandelen tussen de belangen/eisen van de patiënt en diens familie en die van de arts. Het gaat dan om een morele afweging wiens belang de richtlijn voor het handelen bepaalt: dat van de patiënt, de familie of die van de arts?
- *Positie verpleegkundige en verzorgende ten opzichte van artsen* is veranderd: de verpleegkundige is vaker 'advocaat' van de patiënt, komt voor de belangen van de patiënt op en heeft nogal eens samenwerkingsproblemen en meningsverschillen met de arts over opname, overplaats- en ontslagbeleid. Bijvoorbeeld het dilemma dat de arts de patiënt wil ontslaan en de verpleegkundige dit onverantwoord vindt. Ook zijn er zowel in verpleeghuizen als ziekenhuizen meningsverschillen over de diagnose en de behandeling tussen artsen en verpleegkundigen/verzorgenden en levert dat morele dilemma's op. Deze problemen worden deze door verpleegkundigen en verzorgenden niet altijd ter discussie gesteld.

Bijlage 3

Samenvatting onderzoek verricht door het NIVEL

Oorspronkelijke bron:

A.J.E. de Veer & A.L. Francke. Morele dilemma's in het dagelijks werk van verpleegkundigen en verzorgenden. Utrecht: NIVEL, 2009.

*NB bij verwijzing graag oorspronkelijke bron vermelden.
De publicatie is te downloaden via www.nivel.nl*



Inleiding

Verpleegkundigen en verzorgenden willen graag goede zorg leveren. Zij hebben daarbij hun eigen ideeën over wat daarin goed is. In het verwezenlijken van goede zorg komen zij voor situaties te staan waarin zij moeten kiezen tussen verschillende belangen of principes, ofwel morele dilemma's. In dit rapport gaat het over de morele dilemma's die verpleegkundigen en verzorgenden in hun dagelijks werk tegenkomen. Wat voor morele dilemma's zijn dat? Hoe lastig vinden verpleegkundigen en verzorgenden deze dilemma's? Vinden zij dat het aantal dilemma's verminderd moet worden en, zo ja, hoe?

Het Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG) heeft in groeps gesprekken met verpleegkundigen en verzorgenden morele dilemma's geïnterviewd. In het NIVEL-onderzoek zijn de dilemma's voorgelegd aan een grote groep verpleegkundigen en verzorgenden. De onderzoeksvragen die gesteld werden luiden:

1. Hoe vaak hebben verpleegkundigen en verzorgenden in hun dagelijks werk te maken met dilemma's die mogelijk samenhangen met actuele ontwikkelingen?
2. In welke mate worden dilemma's door verpleegkundigen en verzorgenden als bezwaarlijk ervaren?
3. Zijn er dilemma's die volgens verpleegkundigen en verzorgenden de laatste jaren steeds vaker voorkomen en wat is de reden van deze toename?
4. Welke dilemma's zouden volgens verpleegkundigen en verzorgenden als eerste moeten worden aangepakt en welke oplossingsrichtingen zien zij daarvoor?
5. Zijn er verschillen tussen de sectoren (ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorg) in de ervaren toename in dilemma's en oplossingsrichtingen?

Onderzoeksmethode

Om deze vragen te beantwoorden hebben deelnemers van het Panel Verpleging & Verzorging schriftelijke, deels voorgestructureerde en deels open, vragen beantwoord. In de vragenlijst werden 24 dilemma's beschreven die mogelijk te maken hebben met recente veranderingen in de gezondheidszorg. Ze zijn onderverdeeld in vier groepen: zeven dilemma's die optreden in de directe zorgverlening aan de cliënt, acht dilemma's in de omgang met collega's, vier dilemma's die te maken hebben met rapporteren en richtlijnen, en vijf dilemma's die te maken hebben met artsen en familie. De vragenlijst is ingevuld door 412 personen, werkzaam in de directe zorg aan cliënten (respons 62%). De verpleegkundigen en verzorgenden zijn werkzaam in algemene ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorginstellingen.

VRAAG 1: HOE VAAK HEBBEN VERPLEEGKUNDIGEN EN VERZORGENDEN IN HUN DAGELIJKS WERK TE MAKEN MET DILEMMA'S DIE MOGELIJK SAMENHANGEN MET ACTUELE ONTWIKKELINGEN?

De dilemma's worden over het algemeen herkend door de verpleegkundigen en verzorgenden: 23 van de 24 dilemma's worden door minstens de helft van de verpleegkundi-

gen en verzorgenden herkend in de zin dat ze er wel eens mee te maken hebben gehad.

Zeven dilemma's worden door minimaal een kwart van de verpleegkundigen en verzorgenden wekelijks tot dagelijks ervaren. Vijf daarvan hebben betrekking op de gegeven zorg aan de cliënten. Bijvoorbeeld: "Geef ik mijn cliënt de zorg die volgens mijn professionele maatstaven nodig is?" (68% ervaart dit tenminste wekelijks), "Moet ik mijn cliënt de zorg geven die volgens mijn maatstaven nodig is of moet ik me houden aan de geïndiceerde zorg?"(50%), en "Ben ik voldoende bekwaam om deze verpleegtechnische handeling uit te voeren?" (37%).

De andere twee dilemma's hebben betrekking op onderbezetting en de administratie. Het dilemma "Zal ik langer doorwerken zodat er geen sprake is van onderbezetting?", ervaart 33 procent van de verpleegkundigen en verzorgenden tenminste één keer per week. Een ander veel genoemd dilemma, waar 28 procent tenminste wekelijks voor komt te staan, is: "Rapporteer en registreer ik alles goed of doe ik dat wat minder zodat ik meer tijd overhoud voor de cliënt?".

VRAAG 2: IN WELKE MATE WORDEN DILEMMA'S DOOR VERPLEEGKUNDIGEN EN VERZORGENDEN ALS BEZWAARLIJK ERVAREN?

De meeste (20 van de 24) dilemma's worden door minstens een kwart van de verpleegkundigen en verzorgenden als lastig ervaren. Dilemma's waar collega's (bijv. "Ik zie een collega die niet goed functioneert. Wat moet ik doen?"), artsen ("bijv. "De opdrachten van de arts verschillen van de wensen van de cliënt. Wat moet ik doen?") of familie van een cliënt (Bijv. "Moet ik aan de wensen van de familie voldoen, ook al merk ik aan de cliënt dat deze het er niet helemaal mee eens is?") een rol spelen worden als relatief lastig ervaren, maar komen minder dan gemiddeld voor. Dit geldt ook voor dilemma's rond het toepassen van vrijheidsbeperkingen.

Drie dilemma's komen bovengemiddeld vaak voor én zijn bovengemiddeld lastig.

Dit zijn:

- "moet ik mijn cliënt de zorg geven die volgens mijn maatstaven nodig is of moet ik me houden aan de geïndiceerde zorg? "
- "zal ik langer doorwerken zodat er geen sprake is van onderbezetting?"
- "ik heb een vrije middag. Maar dan belt mijn leidinggevende dat een collega ziek is. Ga ik nu toch maar werken?"

VRAAG 3: ZIJN ER DILEMMA'S DIE VOLGENS VERPLEEGKUNDIGEN EN VERZORGENDEN DE LAATSTE JAREN STEEDS VAKER VOORKOMEN EN WAT IS DE REDEN VAN DEZE TOENAME?

Zeventig procent van de verpleegkundigen en verzorgenden vindt dat ze de laatste jaren steeds vaker voor dilemma's komt te staan. De rest is van mening dat het altijd zo is geweest. De toename zit vooral in drie dilemma's in de directe zorgverlening en twee dilemma's in de relatie met collega's. Ruim een kwart van de verpleegkundigen en ver-

zorgenden (28%) vraagt zich in toenemende mate af of ze volgens hun eigen professionele normen nog goede zorg geven. Meer in het bijzonder is 45 procent van hen zich steeds vaker gaan afvragen of zij de zorg moeten geven die aan hun eigen maatstaven voldoet of dat ze zich moeten houden aan de geïndiceerde zorg. Ook zegt 29 procent dat ze zich steeds vaker afvragen of ze de ene cliënt wat minder zorg dan geïndiceerd kunnen geven ten gunste van de zorg voor een andere cliënt. De meest toegenomen dilemma's in relatie met collega's hebben allebei betrekking op onderbezetting. Vier van elke tien (41%) verpleegkundigen en verzorgenden is zich in toenemende mate af gaan vragen of hij of zij langer door moet werken omdat er anders te weinig personeel is. Ruim eenderde (35%) geeft aan dat ze vaker in hun vrije tijd door hun leidinggevende gebeld worden met de vraag om toch te komen werken.

Verpleegkundigen en verzorgenden noemen een diversiteit aan oorzaken voor het toegenomen aantal dilemma's. Meest genoemd worden de veranderde manier waarop de indicaties worden gesteld (door 36% genoemd), de veranderde personele bezetting in het team zowel qua aantal fte (31%) als kwalificatieniveau (23%), de toegenomen werkdruk (31%), en de toegenomen hoeveelheid administratieve handelingen (25%).

VRAAG 4: WELKE DILEMMA'S Zouden VOLGENS VERPLEEGKUNDIGEN EN VERZORGENDEN ALS EERSTE MOETEN WORDEN AANGEPAKT EN WELKE OPLOSSINGSRICHTINGEN ZIEN ZIJ DAARVOOR?

De meerderheid van de verpleegkundigen en verzorgenden (83%) noemt dilemma's die volgens hen in de toekomst minder zouden moeten voorkomen. Verpleegkundigen en verzorgenden verschillen van mening over de dilemma's die als eerste aangepakt moeten worden: vrijwel alle dilemma's worden door minimaal eentiende van de groep genoemd.

Meest genoemd worden de dilemma's "moet ik mijn cliënt de zorg geven die volgens mijn maatstaven nodig is of moet ik me houden aan de geïndiceerde zorg?" en "zal ik langer doorwerken zodat er geen sprake is van onderbezetting?" (door respectievelijk 32% en 38% genoemd).

De oplossingsrichtingen die de verpleegkundigen en verzorgenden aandragen zijn ook divers. Meest genoemd worden een andere en ruimere indicatiestelling (32%), een betere ondersteuning en aansturing van het verpleegkundig en verzorgend personeel in de instelling (28%), en meer en beter opgeleid personeel (respectievelijk 25% en 20%).

VRAAG 5: ZIJN ER VERSCHILLEN TUSSEN DE SECTOREN IN DE ERVAREN TOENAME IN DILEMMA'S EN OPLOSSINGSRICHTINGEN?

In alle sectoren liggen de meest urgente dilemma's op het vlak van de personeelsbezetting en vragen de verpleegkundigen en verzorgenden zich regelmatig af of ze beter kunnen doorwerken om onderbezetting te voorkomen. In alle sectoren willen verpleeg-

kundigen en verzorgenden dat er iets gedaan wordt aan de hoeveelheid en kwaliteit van het personeel en aan de manier waarop zij aangestuurd en ondersteund worden. In de verpleeg- en verzorgingshuizen en de thuiszorg geven verpleegkundigen en verzorgenden daarnaast relatief vaak aan dat er niet goed of te weinig zorg geïndiceerd wordt. Zij willen graag dat er bij het stellen van de indicatie beter naar de zorgbehoefte van de individuele cliënt gekeken wordt, zo mogelijk weer door de verpleegkundigen en verzorgenden zelf, en dat er ruimere indicaties worden afgegeven.

De verpleegkundigen in algemene ziekenhuizen ervaren, meer dan degenen in de andere sectoren, problemen op het medische vlak. In het bijzonder wat betreft de omgang met medische informatie en bij verschil in inzichten met de arts.

Vragenlijst

De volgende vragenlijst met dilemma's is met verschillende vragen voorgelegd:

M.b.t. de zorg die u geeft

- a "geef ik mijn cliënt de zorg die volgens mijn professionele maatstaven nodig is?"
- b "ben ik voldoende bekwaam om deze verpleegtechnische handeling uit te voeren?"
- c "zal ik deze nieuwe techniek gebruiken (bijv. omdat ik dan meer mensen kan helpen), of zal ik op een andere manier werken omdat mijn cliënt dat liever heeft?"
- d "zal ik een vrijheidsbeperkende maatregel toepassen ook al beperkt het de cliënt in diens bewegingsvrijheid?"(zoals stoel tegen de tafel aanzetten, fixeren, bedhek optrekken)?"
- e "moet ik mijn cliënt de zorg geven die volgens mijn maatstaven nodig is of moet ik me houden aan de geïndiceerde zorg? "
- f "mag ik mijn cliënt vragen om meer zorg aan te vragen dan strikt nodig, om zo een ruimere zorgindicatie te krijgen?" (de cliënt en u moeten dan de zorgbehoefte aandikken)
- g "mag ik deze cliënt een beetje minder tijd geven dan is geïndiceerd, zodat ik die tijd aan een andere cliënt kan besteden?"

M.b.t. collega's

- h "zal ik langer doorwerken zodat taken niet door een onbevoegd persoon gedaan worden?"
- i "zal ik langer doorwerken zodat er geen sprake is van onderbezetting?"
- j "zal ik het overleg met collega's overslaan zodat ik meer tijd voor cliënten heb?"
- k "zal ik het overleg met collega's in mijn eigen (vrije) tijd doen omdat er anders onvoldoende tijd voor is?"
- l "ik heb een vrije middag. Maar dan belt mijn leidinggevende dat een collega ziek is. Ga ik nu toch maar werken?"
- m "is mijn collega voldoende bekwaam om deze verpleeg-technische handeling uit te voeren?"

- n “ik zie een collega die niet goed functioneert. Wat doe ik?”
- o “ik merk dat een collega een fout heeft gemaakt. Wat moet ik doen?”

M.b.t. protocollen, standaarden en rapporteren

- p “ik kom bij een cliënt en ik merk dat ik niet goed weet wat er is afgesproken (bijv over de zorg, reanimatiebeleid). Wat doe ik nu?”
- q “moet ik me houden aan de afgesproken procedure (of protocol of richtlijn) of zal ik daarvan afwijken omdat dat tijd oplevert?”
- r “moet ik volgens de afgesproken procedure (of protocol of richtlijn) werken of zal ik daarvan afwijken in het belang van de cliënt?”
- s “rapporteer en registreer ik alles goed of doe ik dat wat minder zodat ik meer tijd overhoud voor de cliënt?”

M.b.t. artsen en familie

- t “de opdrachten van de arts verschillen van de wensen van de cliënt. Wat moet ik dan doen?”
- u “ik heb medische informatie die de cliënt nog niet weet maar wel aan mij vraagt. Ga ik het wel of niet vertellen?”
- v “ik heb gewetensbezwaren tegen een bepaalde (be)handeling rond het levenseinde. Wat doe ik?”
- w “de arts wil iets doen met de cliënt (bijvoorbeeld een behandeling, diagnostiek, of ontslag) wat naar mijn professionele inzicht op dat moment niet goed voor de cliënt is. Wat doe ik?”
- x “moet ik aan de wensen van de familie voldoen, ook al merk ik aan de cliënt dat deze het er niet helemaal mee eens is?”

Bijlage 4

Onder de korenmaat vandaan? Over de morele idealen van verplegen en verzorgen

Hans van Dartel

Inhoudsopgave

1. Inleiding	75
2. De schaduwzijden van verpleging en verzorging	75
3. Verzorging en verpleging: in het doen schuilt de sleutel	88
4. Conclusie	98
5. Literatuur	100

1 Inleiding

Verplegen en verzorgen betreffen vormen van zorgverlening die in onze samenleving gemakkelijk het karakter krijgen toegedicht van *schaduwwerk*. Ivan Illich gebruikte dat begrip ooit om vormen van arbeid aan te duiden die zich op de rand van de officiële en niet officiële economie bewegen. In de literatuur kom je het begrip ook tegen als begrip om vormen van verzorgen en verplegen te bestempelen. Toegepast op de verpleging en verzorging heeft het meerdere betekenissen. Het slaat niet alleen op routineactiviteiten die gemakkelijk kunnen worden afgestoten. Het gaat ook om werk dat voor een deel in het verborgene geschiedt en voor wat betreft sommige dimensies het daglicht niet goed schijnt te verdragen. Als schaduwwerk oogt het ook als werk zonder duidelijke eigen moraal, tenminste voor wat betreft een aantal beroepsmatige dimensies van het werk en de erkenning daarvan. Dat wil niet zeggen dat het werk van moraal gespeend is, integendeel. Alleen blijkt het ingewikkeld om die goed voor het daglicht te brengen.

In de loop van de beroepsgeschiedenis zijn er vanuit de beroepsgroepen van verpleging en verzorging allerlei initiatieven ontwikkeld om het eigen, professionele karakter van de beroepsuitoefening te beklemtonen. Daarbij is veel nadruk komen te liggen op een beroepsociologisch perspectief. Dat heeft het werk op het niveau van de beroepsgroep wel wat uit de schaduw gehaald, maar niet voldoende. In de zorgpraktijk zelf is er nog veel verwarring over de invulling van de verantwoordelijkheden. In dit essay pleit ik daarom voor een ander perspectief dat meer uitgaat van individuele morele professionalisering.

Dit essay handelt zowel over verpleging als verzorging. Sommigen zullen beweren dat het twee disciplines zijn die niet over dezelfde kam geschoren mogen worden. Anderen zullen de continuïteit tussen beide benadrukken. In dit debat neem ik de volgende positie in: verpleging en verzorging zijn van dezelfde stam. Dat betekent niet dat er geen onderscheid gemaakt zou moeten en kunnen worden. Maar het onderscheid beschouw ik niet als principieel. Eerder als een historische toevalligheid. Ik ga daarom uit van een continuüm tussen verpleging en verzorging.

2 De schaduwzijden van verpleging en verzorging

Naar mijn indruk zijn het in dit verhaal de verzorgenden die de meeste aandacht verdienen. Hoewel ook verpleegkundigen verhalen vertellen over minder inspirerend en motiverend werk, komen de meest schrijnende verhalen naar mijn indruk uit de verzorging. Daarom start mijn verhaal in de voor verzorgenden exemplarische belevingswereld van het verpleeghuis. Over de dagelijkse routines in de werkelijkheid van het moderne verpleeghuis heeft cultureel antropologe Anne Mei The een geruchtmakend boek geschreven. In de inleiding geeft The aan dat ze een *verborgen* verhaal wil vertellen. Die verborgenheid blijkt niet zomaar een neutraal gegeven te zijn. The maakt duidelijk dat die

verborgenheid er is omdat we die als samenleving ook gewoonweg willen. Deze vorm van zorg herinnert ons immers allemaal aan een keerzijde van het leven, waar we niet te veel mee te maken willen hebben. De confrontatie wordt daarom het liefste door ieder van ons zo lang mogelijk uitgesteld. “Tot het moment dat het echt niet anders kan, en een dierbare in het verpleeghuis wordt opgenomen”, schrijft The. Dan willen we wat meer van de zorg weten.

Dat mensen in onze samenleving niet te veel van oud worden en mogelijk verval en aftakeling willen weten, is gelet op alle idealen van zo lang mogelijk jong en onafhankelijk willen blijven, begrijpelijk. Wat ik niet zo goed begrijp is dat ook de mensen die in de zorg zelf werken, hun werk maar het liefste in het verborgene, in de schaduw willen houden. Toch is dat het geval schrijft The over de verzorgenden in het verpleeghuis. Waarom zou dat zijn? Waarom zou het zorgen voor mensen die oud zijn en aftakelen, niet verbonden kunnen zijn met trots?

The geeft als redenen “(.) dat het werk weinig aanzien heeft” en “het personeel bang is om het imago van verpleeghuizen te beschadigen”. Iedereen kent wel de verhalen over ‘pyamadagen’ en ‘het Blauwborgje’: als verpleeghuiszorg in het nieuws komt, gebeurt dat, schrijft The, door negatieve incidenten. Hoewel het daardoor wat inzichtelijker wordt waarom mensen in de zorg niet te veel over hun werk kwijt willen, is daarmee het aspect waar The op duidt, dat het personeel het werk het liefst in de schaduw wil houden, niet afdoende thuisgebracht. Er is meer aan de hand. Op verschillende niveaus. Schetsmatig ga ik op een aantal elementen in.

2.1 Beroepszeer

De laatste jaren duiken in politieke en maatschappelijke discussies regelmatig begrippen op als ‘beroepszeer’ en ‘beroepstrots’. Die duiden op ingrijpende veranderingen in de sociale waardering van verschillende vormen van publieke dienstverlening: onderwijzers, verpleegkundigen, maatschappelijk werkenden, verzorgenden: allemaal dienstverlenende beroepen die onder invloed van veranderende werkomstandigheden aan betekenis zouden hebben ingeboet. Voor de oorzaken wordt vooral gewezen op een economisering van het werk: door een toenemende invloed van managementsystemen, van meer markt, maar ook van grote regeldruk vanuit de overheid en protocollering vanuit de eigen beroepsgroep, wordt de ruimte om zelf nog betekenis te geven aan het werk ernstig verminderd.

Critici die op het verschijnsel wijzen, stellen dat niet meer de waarden van de zorg zelf zoals die in de directe relatie tussen de zorgverlener en de patiënt ervaren worden, bepalend zijn, maar het voldoen aan een aantal ‘kwantitatieve parameters’ (cijfers dus). Daardoor wordt de illusie gewekt dat je allerlei vormen van zorg die eigenlijk onvergelijkbaar zijn op een abstract niveau wel degelijk met elkaar kunt vergelijken. Een derge-

lijke vergelijking maakt dat je verschillende vormen van zorg tegen elkaar kunt afwegen en meer beheersbaar kunt maken.

Het probleem is eigenlijk niet zozeer het bestaan van dit soort cijfers maar wel dat er steeds meer op geleide van die cijfers wordt gestuurd. Dat gebeurt top-down: aanwijzingen van de overheid vertalen zich via verschillende kanalen tot regels van management en organisatie. Met als effect dat de professionals volgens deze critici steeds meer gevangen raken in een bureaucratisch keurslijf dat niet het hunne is. Het echte werk lijkt daardoor te verdwijnen in de schaduw van de kwantitatieve normen.

De invloed van de externe regels is volgens sommige auteurs zo sterk dat men er ook niet meer op kan vertrouwen dat de professionals zelf nog een verandering ten goede in gang zouden kunnen zetten. Ze zijn maximaal *personeel* geworden: de gezichtsloze categorie medewerkers of employees die hun activiteiten in hebben te richten volgens de aanwijzingen van de organisatie. Ze hebben dan ook geen professionele verantwoordelijkheid meer maar louter nog een functionele: zijn de productienormen gehaald? Voldoen we aan de eisen voor het keurmerk? Hoe verhouden de outputcijfers zich dit jaar tot de basisnormen voor verantwoorde zorg? Zitten we er boven? Ok, missie geslaagd!

Rare invulling van verantwoordelijkheid

Volgens de Nederlandse bestuurskundigen Frissen en Putters zit er onder al het gedoe van steeds meer criteria en normstellingen waar zorgverleners én instellingen zich aan moeten houden, een omdraaiing van verantwoordingsprocessen. Met vreemde effecten. Grof gezegd komt het op het volgende neer: als instellingen en professionals vroeger aan konden tonen dat ze aan de erkenningseisen voldeden, respectievelijk over de benodigde diploma's beschikten, dan konden ze in principe hun gang gaan. Naar eigen goeddunken. Basaal konden ze daarbij rekenen op vertrouwen in de samenleving. Tegenwoordig gaat die vlieger niet meer op. Alle nadruk is komen te liggen op verantwoording achteraf: steeds opnieuw dienen zorgverleners aan de hand van de processen zoals die zijn doorgevoerd aan te tonen, dat ze verantwoord gehandeld hebben. Alleen door achteraf rekenschap te geven kunnen ze maatschappelijk vertrouwen organiseren.

Dat heeft vervelende gevolgen voor de inrichting van de zorg. Omdat de zorg pas echt goed is, als achteraf vastgesteld kan worden dat ze aan allerlei externe parameters voldoet, wordt de zorg steeds meer op die wijze ingericht. Niet de vragen van de patiënten of bewoners zoals die zich nu voordoen zijn bepalend voor de kwaliteit, maar het tegemoetkomen aan de parameters zoals die door tal van organisaties waaraan we verantwoording af moeten leggen, worden opgesteld. We moeten de zorg *nu* inrichten op een wijze dat *straks* niet meer gezegd kan worden dat we het niet goed gedaan hebben. Dat maakt de zorg steeds defensiever en doet principiële afbreuk aan professionele normen van de zorgverlening.

Botsing van perspectieven

Toch gaat niet iedereen er van uit, dat de zorgverleners onder druk van vooral externe aanwijzingen hun eigen professionele perspectief zouden hebben opgegeven. Wel dat het beroepszeer is toegenomen en er zich onder de discussie over beroepszeer een fundamentele botsing van perspectieven voordoet die helaas ook niet goed te vermijden valt. Iemand die zo denkt is de Nederlandse rechtsfilosoof Van der Burg.

Hij schrijft dat professionals tegenover een kwantitatieve benadering van de zorg die denkt in afgemeten en verhandelbare producten en die uiteindelijk gefundeerd is in de politieke wens tot controle op de professionele zorgverlening, hun eigen kwalitatieve maatstaven blijven stellen: zij gaan niet uit van *producten* maar van bepaalde *kwalitatieve idealen*. Dat zijn vaak rijke voorstellingen van hun praktijk, vol verhalen en aspiraties, opgebouwd uit eigen opleidingsverhalen maar ook uit voorstellingen zoals die in de samenleving rondgaan. Die voorstellingen van een geïdealiseerde professionele praktijk botsen van alle kanten op de kwantitatieve normen waaraan de samenleving, in het bijzonder de staat, de zorg van de professionals tracht te beoordelen. Dat levert uiteraard ook discussie op over de vraag of de professionals wel goed functioneren.

Aan beide kanten is er wantrouwen. Hoe kan iemand beweren - zeggen zorgverleners - dat basisnormen voor de zorg zoals die door de overheid worden gehanteerd, zelfs als ze overgenomen zijn door de beroepsgroepen, iets definitiefs kunnen zeggen over de kwaliteit van onze zorg? Dat is immers een uniek relationeel proces dat alleen maar binnen de individuele context beoordeeld kan worden. Hoe kan een partij op grote afstand, zoals de overheid, een verzekeraar, of de inspectie op basis van cijfers oordelen over de kwaliteit van de individuele zorgverlening? Wat zegt zo'n papieren oordeel? En waarom moeten we zelf voortdurend inspanningen doen om die dwaze controlemechanismen te onderhouden? Wat we al niet registreren! En wat levert het op!? Volgens Van der Burg koesteren professionals een diep wantrouwen tegenover de staat en haar trawanten met hun gehamer op outputcijfers en basisnormen. De praktijk wordt er volgens hen niet mee weergegeven. Daarom onttrekken ze zich gemakkelijk aan de normstellingen die hen worden voorgehouden.

Aan de andere kant, zeg maar de kant van de samenleving en de politiek is er, zo begrijp ik Van der Burg, óók wantrouwen maar van geheel andere aard. Dat manifesteert zich in toverwoorden als 'transparantie' en 'veiligheid' en vertaalt zich tot een simpelweg algemeen ervaren noodzaak om de kwaliteit van de zorg inzichtelijk te maken in betrouwbare, objectiveerbare termen: want wie zou politieke beleidsbeslissingen willen funderen op de persoonlijke, subjectieve verhalen van individuele hulpverleners? Wie vindt dat we gelet op de verantwoordelijkheid van zorgverleners voor onze patiënten, onze gehandicapten en onze zorgafhankelijke ouderen, zo maar af moeten gaan op hun blauwe ogen? Welke burger is zomaar bereid tot extra premiebetaling als hij niet enige garantie heeft dat het ook wat oplevert? En we lezen toch kranten? We horen toch van

de incidenten? Linksom, rechtsom. Je komt er niet onderuit: er zijn nu eenmaal harde criteria nodig om politieke keuzes in de zorg te rechtvaardigen en bij misstanden tijdig in te kunnen grijpen.

Lantaarnpalen en kampvuurtjes

De Utrechtse filosoof Harry Kunneman hanteert een mooie metafoor voor de situatie van uiteenlopende beoordelingswijzen van de professionele zorg. Ook Kunneman constateert voor de zorg dat er in organisaties steeds minder ruimte is voor de morele waarden en morele kwaliteiten die er op het niveau van de hulpverlening echt toe doen. In toenemende mate zijn deze ondergesneeuwd onder deskundigheidsnormen voor beroepen en systemen, die onder meer samenhangen met de organisatiedoelen en de verplichtingen die van buiten af aan organisaties worden aangereikt. Maar tegelijkertijd stelt Kunneman vast dat individuele zorgverleners en teams zich op een betrekkelijk eigen wijze verhouden tot de controlerende bewegingen van het management en de overheid.

In het taalspel dat hij graag hanteert introduceert hij het beeld van *lantaarnpalen* tegenover *kampvuren* om de eigen mogelijkheden van professionals te beklemtonen tegenover de systeemdruk die zij steeds meer vanuit de organisatie zijn gaan ervaren. Het beeld van de lantaarnpalen staat bij Kunneman voor de dominantie van een managementlogica die helemaal gefocust is op elementen als centrale sturing, maximale zichtbaarheid en controle van de processen. Door in de organisatie steeds meer en hogere lantaarnpalen te installeren met een feller licht worden de zorgprocessen beter gecontroleerd op efficiëntie, technische kwaliteit en resultaten.

Maar daarmee wordt aan de 'uitvoerenden' niet alle ruimte ontnomen om zelf nog betekenis te geven aan hun werk. Zorgverleners reageren, zegt Kunneman, op het felle licht van de lantaarnpalen door elkaar op te zoeken in de schaduwplekken die er altijd wel ergens in de zorgorganisatie overblijven. Daar richten ze kampvuurtjes in: zittend rond die kampvuurtjes wordt helemaal niet meer uitgegaan van managementagenda's en rationele organisatiedoelen. In plaats daarvan zijn er de verhalen die zorgverleners elkaar vertellen. Daarin komen de betekenissen die er in het werk echt toe doen aan het licht, met al hun emoties en vragen, in existentieel doorleefde getuigenissen over de zorg. Maar ook wordt daar geroddeld en verhaald over de conflicten die zich voor kunnen doen. Met patiënten. Met leidinggevenden. En zoeken mensen steun bij elkaar tegenover het ervaren onrecht, het onbegrip en de frustraties.

In reactie op de kampvuurtjes die er in een organisatie zijn, hebben managers de neiging om nog hogere lantaarnpalen op te stellen. Ze hebben wel weet van de kampvuurtjes, maar ze houden er, zegt Kunneman, niet van: wat bij de kampvuurtjes gebeurt, leidt teveel af van de rationele en objectieve organisatiedoelen. Ook klinkt er, in de verhalen die rond de kampvuurtjes worden verteld, te veel kritiek en tegenspraak door rich-

ting organisatie. Ook dat geeft, zeker beoordeeld vanuit een beheersingsoptiek, aanleiding tot ongewenste organisatorische onrust. Dus zet het weer aan tot extra controle.

2.2 Specifiek voor verpleging en verzorging?

De verschijnselen die we tot nu toe bespraken zijn eigenlijk helemaal niet zo specifiek voor de verpleging en verzorging, maar doen zich ook voor bij andere disciplines en in andere takken van zorg en welzijn. We veranderen, wordt gezegd, steeds meer van een *high trust* in een *low trust* samenleving. Terwijl in een *high trust* samenleving uitgegaan wordt van vertrouwen, gebaseerd op breed gedeelde waarden en normen, wordt in een *low trust* samenleving teruggevallen op allerlei formele regelingen en procedures. Ook in de zorg, waar het altijd om vertrouwen gaat, blijkt dit het geval.

Het gaat dus om bredere maatschappelijke ontwikkelingen, maar wel krijgen ze door de verschillen in context een eigen inkleuring en betekenis. Dat geldt ook voor de verpleging en de verzorging. Zoals voor andere beroepen is het ook voor deze beroepen van groot belang hoe ze met de toegenomen externe regeldruk omgaan en weer vertrouwen weten te creëren. Minimaal in zichzelf. Allesbepalend is of ze in staat zijn om een eigen ruimte te behouden of te creëren waarin ze tot op zekere hoogte legitiem en verantwoord hun eigen gang kunnen gaan; waar ze, om met Kunneman te spreken, hun kampvuurtjes kunnen aansteken en onderhouden.

Wat dat betreft doen zich duidelijk verschillen voor tussen de verpleging en verzorging. Die hebben niet alleen te maken met de actuele context waarin verzorgd en verpleegd wordt, maar ook met de geschiedenis. Om het specifieke karakter van het beroepszeer van de verzorging te typeren, concentreer ik me op de verpleeghuiszorg. Voor de verpleegkunde oriënteer ik me meer op (de geschiedenis van) de ziekenhuiszorg.

Tegengestelde tendensen in de ouderenzorg

In de Nederlandse verpleeghuiszorg hebben zich in de laatste decennia opmerkelijke veranderingen voorgedaan. Zowel beleidsmatig als in de alledaagse praktijk. Beleidsmatig is er veel meer aandacht gekomen voor allerlei aspecten van bestaan, die door het ouder worden in de knel dreigen te raken. In de zorg gaat het behalve over gezondheid uitdrukkelijk voortaan ook om wonen, welzijn en zorg. Voor al die aspecten van het bestaan wordt in de ouderenzorg de aandacht gevraagd. En wel zodanig dat zoveel mogelijk tegemoet gekomen wordt aan de vragen van de bewoner. In plaats van aanbod is de zorg vraaggericht geworden.

Hoewel de eisen die vanuit dit brede beleidsperspectief aan de zorgverlening worden gesteld daarmee fors zijn toegenomen, zijn ze tegelijkertijd veel minder vakspecifiek geworden. Voor de verzorgenden, betrokken bij de dagdagelijkse activiteiten van de bewoners, heeft dat uitgepakt in een situatie dat gedurende langere tijd genoeg is

genomen met steeds lagere beroepsmatige kwalificaties. De brede zorg die aan de orde is vergt immers geen bijzondere kwaliteiten of capaciteiten, maar kan in principe door iedereen gedaan worden. Het werk van verzorgenden is in deze visie niet méér dan het verrichten van de eenvoudigste vormen van arbeid. Een specifieke vakbekwaamheid is voor deze 'gewoonzorg' niet vereist: als je maar over de juiste houding beschikt. Het benadrukken van de breedte van de zorg gaat met andere woorden ten koste van de erkenning van specifieke competenties of vakbekwaamheden. Verzorgen verdwijnt als eigenstandig vak uit het beleidszicht. In plaats daarvan wordt vooral vertrouwd op de morele attitude van de werknemers. En op een adequate aansturing van de uitvoerenden door het management dat scherp doorgeredeneerd ook helemaal geen bijzonder verstand van verzorging hoeft te hebben, omdat iedereen weet wat deze gewone zorg in zou kunnen houden. Terwijl deze benadering voor wat betreft de breedte van de zorg nieuw is, is ze wat betreft de invulling van het zorgen zelf, naar mijn mening ronduit ouderwets. Het is een visie die niet alleen in de ouderenzorg maar ook in de gehandicaptenzorg rondzingt.

Terwijl deze beleidsbenadering het mogelijk maakt om iedereen met handen (en het hart op de juiste plaats) een werkplek te geven in de alledaagse zorg, verdraagt zij zich slecht met een andere ontwikkeling die zich tegelijkertijd ook in de ouderenzorg voordoet. Mensen die in een verpleeghuis wonen (maar datzelfde gaat op voor de verzorgingshuizen) zijn in vergelijking met enige decennia geleden veel ouder, zieker en meer zorgafhankelijk. De meeste verpleeghuisbewoners bevinden zich uitdrukkelijk in de laatste levensfase. Hoezeer men ook vanuit de juist weergegeven beleidsoptiek mag hameren op andere dimensies dan de medische, verandert deze omstandigheid bewoners gewoonweg tot patiënten met complexe problematiek: niet alleen op lichamelijk maar ook op sociaal en mentaal vlak.

Rekening houden met de beleving van de bewoner en een adequaat antwoord geven op de diversiteit van gezondheidsvragen die zich in de laatste levensfase voordoet, vergt veel expertise. Daarvoor is om te beginnen een multidisciplinaire benadering aangewezen. Vervolgens dient die zich te vertalen in heldere aanwijzingen voor de verzorgenden, die immers de schil vormen welke zich het dichtst om de bewoners heen bevindt. Willen zij creatief met die aanwijzingen om kunnen gaan, dienen ze minimaal over voldoende praktijkkennis te beschikken om die aanwijzingen adequaat te integreren in hun eigen handelen. In die omstandigheden volstaat een verwijzing naar een groot hart en naar simpele kennis en vaardigheden die iedereen heeft omdat zorg zo gewoon is, absoluut niet meer.

Voor geen goud wil ik hier zelf later wonen

Twee onderzoekers van het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn, Pool en Schumacher, constateren in een onderzoek naar de vernieuwing van de verpleeghuiszorg dat deze tegengestelde ontwikkelingen voor heel veel verwarring zorgen in de ver-

pleeghuiszorg. In het bijzonder onder de verzorgenden op de werkvloer. Maar ook op het beleidsniveau van de zorgorganisaties. Terwijl in het beleid wordt aangegeven dat er voortaan vraaggericht wordt gewerkt, blijft de concrete uitwerking daarvan veel te vaag en te algemeen. Verzorgenden weten niet hoe ze dat vraaggerichte in hun werk thuis moeten brengen en voelen zich ook nog eens miskend door de suggestie van het nieuwe beleid dat ze vroeger niet cliëntgericht of vraaggericht gewerkt zouden hebben.

In het boek van The komen bij oppervlakkige lezing ook verschillende voorbeelden aan het licht die deze verwarring illustreren. Bij de kampvuurtjes die ze tijdens haar onderzoek impliciet her en der meemaakt, hoort ze geweeeklaag over de eisen van de organisatie, maar wordt er ook intens verteld over de zorg die verzorgenden hebben voor elkaar en voor hun bewoners. Omdat The zo dicht op de huid van de zorg zelf schrijft worden de processen vooral zichtbaar als diepgaande vormen van miscommunicatie tussen verzorgenden en hun leidinggevendenden. Medewerkers vertellen dat ze voor de zoveelste keer meemaken dat de organisatie gekanteld wordt om de processen op een betere manier vorm te geven en om hen beter in het gareel te houden. Er wordt voortdurend geschipperd tussen het vergroten van de eigen verantwoordelijkheden van de verzorgenden enerzijds en het streng inperken anderzijds; zonder dat de leidinggevendenden kijken naar de oorzaken bij de verzorgenden, gunnen ze de verzorgenden die om verschillende redenen behoefte hebben aan een break, geen minuut extra pauze. Teamleden zeggen het vertrouwen op in een leidinggevende en worden door het hoger management op hun wenken bediend met ontslag voor de betrokkene, hoewel dat ook weer niet de inzet was van de verzorgenden; ze zien immers heel goed dat een deel van het probleem ook bij hen ligt.

En heel basaal manifesteren de beleidsbewegingen zich in ordinaire bezuinigingen. The geeft aan hoe in betrekkelijk korte tijd bij een stijging van zorgcomplexiteit een 'verdunning' en 'versimpeling' van het personeel heeft plaatsgevonden: verpleegkundigen zijn op grotere afstand van het werk komen te staan, verzorgenden zijn er steeds minder en vervolgens zijn diegenen die overgebleven zijn ook van een veel lager opleidingsniveau. In toenemende mate zijn ze vervangen door helpenden en ongeschoolden met name op de afdelingen met dementerende bewoners. Het is een proces dat bijzonder goed aansluit bij de afbakening van verpleging en verzorging als schaduwwerk in de oorspronkelijk door Illich bedoelde zin: verzorging is simpele arbeid bestaande uit eenvoudige taken die gemakkelijk gesubstitueerd kan worden zodat het door mensen met minder vooropleiding tegen minder kosten gedaan kan worden.

Typisch voor zo'n taakgerichte, functionele benadering van het werk van de verzorgende is dat de kwaliteit ervan nooit meer goed op het eigen werkniveau beoordeeld kan worden, maar pas een of twee niveaus hoger. Op het niveau van het management. Noodzakelijk voor deze benadering is het ook om de relationele context die op het niveau van de zorg zelf doorslaggevend is voor de betekenis van al die afzonderlijke ta-

ken, weg te denken. Dat is nu precies iets dat de zorgverleners zelf niet goed kunnen: maar toch moeten ze het. Pool en Schumacher constateren dat dit voor de verzorgenden een onmogelijke situatie oplevert: “Ze doen hun uiterste best om kwaliteit te leveren en prettig te werken, maar tegelijkertijd moeten zij zich emotioneel en normatief distantiëren van de dienstverlening op hun eigen werkplek”. Typerend is dat verzorgenden zeggen: ‘*Voor geen goud ga ik in een huis als dit wonen*’. Klaarblijkelijk is dat de prijs om een paradoxale wijze vast te houden aan idealen in de zorg: je distantiëren van je eigen praktijk.

Zo wordt begrijpelijk waarom mensen in de verpleeghuiszorg, liever niet over hun werk willen spreken. Ook al is de zorg voor oude en afhankelijke mensen op zichzelf helemaal geen reden om te zeggen dat het werk minderwaardig is, is de discrepantie die zich tussen de eigen idealen en de gang van het arbeidsproces voordoet, te groot geworden. Daar praat je buiten het werk niet met trots over. Want leg maar eens uit hoe het komt dat jij vasthoudt aan werk dat naar je eigen oordeel voortdurend beneden de maat is.

Verwarring in andere settings van de zorg

De verwarring die zich in de praktijk van het verpleeghuis voordoet, door tegengestelde verwachtingen en beleidstendensen, door onduidelijkheid over de professionele taakinvulling, doet zich op een vergelijkbare wijze ook in andere zorgsettings voor. Onderzoek in de thuiszorg, onder andere verricht door Kunneman, maakt duidelijk dat waarden die door de professionals het belangrijkste worden gevonden, respect, betrokkenheid, betrouwbaarheid, zorgvuldigheid, menselijke warmte, collegialiteit en eerlijkheid, steeds meer in de knel gekomen zijn door de systeemeisen van efficiëntie en transparantie die daar door de beleidsmakers en het management tegenover worden gesteld. Zaken als functiegerichte bekostiging en centrale indicatiestelling resulteren, zeggen verpleegkundigen en verzorgenden, in gebrek aan tijd voor aandachtige zorg, in onnodige bureaucratiesering en productiedruk, in onnutte vormen van taakopsplitsing en taaktoedeling. Daardoor wordt het steeds moeilijker om betrokken en geïnspireerd te blijven.

Dat betekent volgens de onderzoekers overigens niet dat de verpleegkundigen en verzorgenden geen oog zouden hebben voor de doeltreffendheid en de doelmatigheid van de zorg. In hun werk proberen ze juist een verbinding te leggen tussen wat Kunneman aanduidt als de systeemnormen en de leefwereldwaarden waar zij en hun patiënten mee te maken hebben. Precies daarin ligt, zo zegt Kunneman, de kern van hun professionaliteit: de *waarden* die er in de zorg zelf op de eerste plaats toedoen, - waarden van de patiënt en van de zorgverlener -, *verbinden* aan *normen* die het werk qua techniek en organisatie mede bepalen. Alleen krijgen ze dat steeds minder voor elkaar. Het evenwicht is grondig zoek.

Opmerkelijk in het verhaal van Kunneman is de nadruk die hij legt op de verbinding tussen waarden van het beroep en systeemnormen en dat daar het professionele karakter door wordt bepaald. In het stuk tot nog toe leken de systeemnormen juist de oorzaak van de ellende. Hoe zit dat nu weer? Precies lezen maakt duidelijk dat het bij de systeemnormen die Kunneman noemt niet gaat om functionele normen van de *werkorganisatie* waar de zorgverleners actief zijn, maar om eigen *kwaliteitsnormen van de beroepsuitoefening*: om regels die mensen op basis van hun praktijkervaring, maar ook op geleide van literatuur en bijscholingen als leidende normen van hun vak begrijpen. Die beroepsnormen willen ze graag verbinden met de relationele waarden van de zorg. En dat begrijpt Kunneman als professioneel.

Morele schaarste

De spanningen waarover Kunneman beschrijft en de verwarring waar Pool en Schumacher op wijzen als het gaat over de conflicterende aanspraken en verwachtingen waarmee verzorgenden in hun werk worden geconfronteerd, kunnen goed worden toegelicht aan de hand van een bepaald denkmodel. Dat gaat over verschillende verantwoordelijkheden in de beroepsuitoefening. Het model staat in een notitie over schaarste in de zorg van de commissie ethiek van V&VN, een grote koepelorganisatie van verpleegkundigen en verzorgenden. De commissie gebruikt het model om duidelijk te maken dat schaarste in de zorg niet alleen begrepen moet worden in termen van personeel en middelen, maar ook in termen van moraal en verantwoordelijkheid. Geconfronteerd met alle eisen die aan de mensen in de directe zorg worden gesteld, zou er zich ook volgens de commissie zoiets voordoen als morele schaarste. Omdat het model, hoewel lang niet volmaakt, in gesprek met verzorgenden en verpleegkundigen goed blijkt te werken om hun verwarring en hun handelingsverlegenheid thuis te brengen, sta ik er wat langer bij stil. Daarbij geef ik ook weer wat voor betekenis in die gesprekken aan de verschillende verantwoordelijkheden wordt toegekend.



Figuur verantwoordelijkheden in de zorg (V&VN (2008) *Hoe ga je om met schaarste in de zorg*)

De drie verantwoordelijkheden die onderscheiden worden zijn achtereenvolgens een functionele, een professionele en een persoonlijke verantwoordelijkheid. Is de richting waar die verschillende begrippen voor staan, voor verpleegkundigen en verzorgenden heel duidelijk, in het gesprek erover blijken ze meerdere dimensies te onderkennen.

De *functionele verantwoordelijkheid* betreft de verantwoordelijkheid die volgt uit de functionele rol die iemand als *medewerker van een organisatie* te vervullen heeft: dat begint met een verantwoordelijkheid voor de taken en opdrachten waarmee hij als functionaris door de organisatie wordt belast. De functionele verantwoordelijkheid betreft ook specifieke opvattingen die een organisatie heeft over de invulling van een professionele rol. Zo verwachten de meeste ouderenzorginstellingen van het personeel dat het vraaggericht werkt en niet meer uitgaat van de routines die bij een meer aanbod gerichte zorg passen. Of stelt de organisatie dat in de vormgeving van de zorg zoveel mogelijk aangesloten wordt bij de beleving van de bewoners. Ook vormen de productie-eisen die aan een team of afdeling gesteld worden een typisch element van de functionele verantwoordelijkheid. Daarnaast kunnen ook bepaalde opvattingen over de wijze waarop je je als teamlid te gedragen hebt, gerekend worden tot de functionele verantwoordelijkheid.

De *professionele verantwoordelijkheid* betreft op een basaal niveau de verplichtingen die samenhangen met *de uitoefening van een bepaald beroep*: het impliceert dat iemand zich in zijn activiteiten laat leiden door de waarden en normen die zijn beroepsgroep er voor die activiteiten op na houdt. Onder de professionele verantwoordelijkheid vallen ook aanwijzingen op grond van wetenschappelijke kennis over de beroepsuitoefening. Daarnaast gaat het om morele codes die door de beroepsgroep worden geformuleerd. Zo word je als verpleegkundige en verzorgende verondersteld je te houden aan de beroepscode die door de beroepsgroep is opgesteld. Misschien wordt door de verzorgende of verpleegkundige adviesraad van je organisatie aangegeven hoe het NR-beleid moet worden begrepen. Dat valt ook onder je professionele verantwoordelijkheid. Ook praktische kennis die in een bepaalde context geldt en door de beroepsbeoefenaars ter plaatse wordt erkend als standaard, helpt mee om de professionele verantwoordelijkheid te bepalen. Door Kunneman worden deze professionele normen, zoals ik al aangaf, ook wel aangeduid als systeemnormen. Ze zijn, evenwel, van een compleet andere orde dan de functionele normen van de werkorganisatie. Het is van belang om dat scherp te blijven onderscheiden.

Net zoals de functionele verantwoordelijkheid kent ook de professionele verantwoordelijkheid meerdere lagen: het is niet alleen een 'mechanisch' tegemoetkomen aan normen van de beroepsgroep. Professionele verantwoordelijkheid wordt ook gezien als kernbegrip van de beroepsuitoefening. In deze zin vraagt professionaliteit van de beroepsbeoefenaar dat hij of zij tot een afgewogen oordeel komt in een individuele situatie. Van de professional mag verwacht worden dat hij op een verantwoorde wijze ver-

schil maakt tussen de situaties van de zorgvragers. Dat hij in individuele situaties berekeneerd afwijkt van de algemene normen en regels die de beroepsbeoefenaar van verschillende kanten krijgt aangereikt. De professionele verantwoordelijkheid maakt dat de beroepsbeoefenaar kan zeggen dat hij/zij het verschil maakt voor zijn patiënten of cliënten.

Het derde aspect van de verantwoordelijkheid dat tenslotte in de beroepsuitoefening aan de orde is, is de *persoonlijke verantwoordelijkheid*. Ook deze heeft meerdere betekenissen. In de eerste plaats heeft ze betrekking op het persoonlijk appèl dat de beroepsuitoefenaar ervaart in de relatie met de zorgvragers die aan zijn zorg zijn toevertrouwd. In de tweede plaats handelt het ook om de waarden en normen die iemand als individu in de zorgrelatie hooghoudt en die een persoonlijke kleur geven aan de interpretatie en invulling van zijn verantwoordelijkheden. Uiteraard is er een link tussen beide dimensies: het uitgangspunt voor de persoonlijke verantwoordelijkheid tegenover de zorgvrager is namelijk de persoonlijke gevoeligheid of ontvankelijkheid die iemand heeft voor het morele appèl van de zorgvrager. Met betrekking tot de motivatie voor de beroepsuitoefening drukt de persoonlijke verantwoordelijkheid de dimensie uit die maakt dat iemand zichzelf blijft herkennen in zijn werk. Het is een dimensie die net als de professionele verantwoordelijkheid maakt dat iemand kan zeggen dat hij verschil maakt. Maar nu vooral voor zichzelf.

Onevenwichtige beroepsuitoefening

Voor een evenwichtige beroepsuitoefening is het belangrijk dat al deze verschillende dimensies van verantwoordelijkheid in de praktijk op een goede manier tot hun recht kunnen komen. Dat nu lijkt steeds minder het geval. De steeds terugkerende geluiden dat verpleegkundigen en verzorgenden niet toe komen aan de kern van hun werk; dat ze voortdurend het gevoel hebben onvoldoende aandacht te kunnen geven aan degenen die aan hun zorg zijn toevertrouwd; dat ze in plaats daarvan tegemoet dienen te komen aan bureaucratische normen, die geven in dit opzicht te denken.

Volgens de commissie ethiek van V&VN is het volgende aan de hand: in de eerste plaats ervaren verpleegkundigen en verzorgenden *te weinig ruimte om hun persoonlijke verantwoordelijkheid nog adequaat in te vullen*. Ik begrijp dat tekort met betrekking tot aandacht op twee wijzen: zorgverleners ervaren tekorten om aan hun eigen beelden van goede zorg te voldoen. En ze worden ook minder ontvankelijk voor het persoonlijke appèl dat door hun cliënten/patiënten op hen wordt gedaan. De commissie ethiek van V&VN veronderstelt dat verpleegkundigen en verzorgenden daardoor steeds meer het gevoel kunnen hebben tekort te schieten in de beroepsuitoefening. Met als effect burnout en uitval.

In samenhang met het verlies op het niveau van de persoonlijke dimensies is er in de tweede plaats een toenemend risico dat zorgverleners voortdurend *concessies moeten*

doen ten opzichte van hun professionele moraal: de waarden en normen die ze als beroepsbeoefenaar in de praktijk hoog menen te moeten houden. Dat heeft als mogelijk effect, veronderstelt de commissie ethiek, dat mensen steeds taakgerichter en functioneler over zorg gaan denken. En daarom minder aandacht hebben voor de vragen van hun cliënten. Met als dreigend risico: een vorm van morele onverschilligheid. Mensen houden dan op met zelf denken en kijken alleen nog maar naar wat ze op de been houdt. Of naar datgene waar ze ten opzichte van de verantwoordelijke functionarissen in de organisatie mee weg kunnen komen. Dat kan dan aangeduid worden als morele schaarste.

In de verhalen en observaties van Anne Mei The klinkt die morele onverschilligheid en die schaarste op bijzondere wijze door wanneer ze schrijft over verzorgenden die steeds langere pauzes nemen om aan de zorg te ontsnappen; die steeds meer het eigen belang voor dat van de bewoners gaan stellen; die steeds minder respect op kunnen brengen voor de bewoners die ze verzorgen. Naar mijn indruk gaat het hier om uitzonderingen. Naar mijn indruk.

De verpleging: een eigen verhaal?

Het vorige paragraafje eindigde ik met de opmerking dat het om mijn indruk ging. Dat staat er niet voor niets. Naarmate het verhaal zich meer naar de praktijk wendt, wordt het ook meer een verhaal. Zowel voor wat betreft de verzorging. Maar zeker ook voor wat betreft de verpleging. Dat heeft onder meer te maken met het gegeven dat er niet veel empirisch onderzoek is op dit gebied. Tenminste niet in Nederland. Met Amerikaans onderzoek over morele stress onder verpleegkundigen schieten we niet heel veel op. Maar er is, al wat dichterbij, ook Frans sociologisch onderzoek dat uitwijst dat zich ook in Frankrijk beroepszeer voordoet. Onder verschillende beroepsgroepen, zoals onderwijzers en ook onder verpleegkundigen. En er is in het begin van het millennium uitgebreid onderzoek onder Belgische verpleegkundigen geweest. Dat komt al dichterbij. Het professioneel zelfbeeld van verpleegkundigen in België is ambivalent: Belgische verpleegkundigen zijn trots op zichzelf en ervaren hun beroep als een beroep met een grote verantwoordelijkheid, waarbij ze aangewezen zijn op goede samenwerking met anderen en op goede leiding. Maar hoe trots ze ook zijn op hun vak, de andere kant van de medaille is dat meer dan de helft van hen anderen het beroep niet aan zal raden en ook niet van plan is om als verpleegkundige te blijven werken. En bijna veertig procent geeft aan dat als er de keuze was, ze niet meer voor de verpleging zouden kiezen.

De oorzaken van de spanning die de verpleegkundigen ervaren is niet gelegen in de inhoud van hun werk, maar in de context. Verpleegkundigen voelen zich onvoldoende ondersteund door het management, ervaren tijdsgebrek door oneigenlijke taakstellingen, krijgen onvoldoende vrijheid om zelf beslissingen te nemen en ervaren bij andere disciplines weinig respect voor de betekenis van hun werk. Wat door de onderzoekers vooral verontrustend wordt gevonden is dat bijna 60% zelden of nooit aandacht kan

besteden aan het ontwikkelen van een persoonlijke relatie met de patiënt. Ook kan meer dan 40% de zorg zelden of nooit aanpassen aan de wensen van de patiënt. Het integreren van medisch/technische aspecten in een zorg waarin de patiënt tot zijn recht komt, blijkt, concluderen de onderzoekers, vaak moeilijk haalbaar. En dat frustriert. Het zijn elementen die precies aansluiten bij de morele schaarste zoals die in vorige paragraaf naar voren kwam: door invloed uit de organisatorische omgeving wordt het moeilijker om in de dagelijkse praktijk een goede invulling te geven aan de persoonlijke en aan de professionele verantwoordelijkheid.

Ik heb weinig reden om aan te nemen dat de situatie in Belgische ziekenhuizen mijlenver verschilt van die in Nederlandse. Mogelijk zijn er enige culturele verschillen in de verhouding tussen artsen en verpleegkundigen. Dat kan. Maar dat is niet een zeer bepalend element in het Belgische onderzoek. Het is eerder heel de organisatorische context die invloed heeft op het betekenisverlies van het werk; die het moeilijk maakt om zoals dat heet de opdracht van de verpleegkundige - de medisch technische aspecten van de behandeling integreren in een vorm van zorg die aansluit bij de patiënt - waar te maken. In dat opzicht sluiten verhalen van Nederlandse verpleegkundigen daar goed op aan. Tegelijkertijd vertonen ze naar mijn indruk veel meer variatie dan de verhalen van de verzorgenden. Het betekenisverlies in de verpleegkunde is met andere woorden minder eenduidig dan in de verzorging. Dat heeft niet alleen te maken met de verschillende settings waarin verpleegkundigen werken, maar ook met bepaalde uitkomsten van professionaliseringsbewegingen in de verpleegkunde.

Op dit punt aangekomen, verander ik de koers in dit essay: ik oriënteer me niet langer op een verkenning van morele problemen van verzorging en verpleging en op hun achtergronden, maar ik ga over naar de verkenning van een oplossingsrichting. Het kernwoord daarvoor is professionalisering.

3 Verzorging en verpleging: in het doen schuilt de sleutel

Professionalisering wordt door verschillende van de eerder besproken auteurs, maar ook door anderen, naar voren geschoven als een belangrijk aanknopingspunt om aan het beroepszeer in de verpleging en verzorging voorbij te komen. Kiezen voor professionalisering als aanknopingspunt voor beleid sluit goed aan bij de wijze waarop ik op de voorgaande pagina's de handelingsverlegenheid van verpleegkundigen en verzorgenden heb benaderd: als het in de praktijk steeds moeilijker blijkt te worden om invulling te geven aan de persoonlijke en professionele verantwoordelijkheid onder druk van allerlei functionele normen, is het zaak om te kijken hoe de eigen ruimte in de beroepsuitoefening op een verantwoorde wijze vergroot kan worden. Professionalisering is het begrip dat vanzelfsprekend bij deze beweging hoort. Maar het gaat daarbij om een specifieke invulling die fors verschilt van de normale wijze waarop met name in de verpleegkundige beroepsgroep over professionalisering gesproken wordt.

3.1 Professionalisering als sociologisch fenomeen

Het is hier niet de plaats om aan de hand van de geschiedenis van de verpleegkunde uitgebreid in te gaan op de betekenis van professionaliteit en professionalisering in de verpleegkundige beroepsgroepen. Het kan bij een summiere aanduiding blijven. Sinds het midden van de negentiende eeuw is de ontwikkeling van de verpleegkunde beïnvloed door de relatie met de geneeskunde in de context van het ziekenhuis. Dat resulteerde in het begin van de twintigste eeuw in een welhaast militaire ordening met als kenmerkende kwaliteit gehoorzaamheid aan de arts. In reactie daarop ontwikkelde zich vanaf het midden van de vorige eeuw een sterke sociologisch getinte professionaliseringsbeweging gericht op emancipatie van de verpleging. Het meest bepalende voor dit sociologisch perspectief op professionalisering is dat de nadruk vooral komt te liggen op de ontwikkeling van de *beroepsgroep*. Ik vermoed dat er in de afgelopen decennia op heel wat nachtkastjes van 'actieve' verpleegkundigen readers of boeken met verwijzingen naar beroepssociologen als Mok, Freidson, Van der Krogt of Abbot hebben gelegen. Ook op het mijne. Via een nadenken over de kenmerken van het vak, of over strategieën die behulpzaam kunnen zijn bij het vergroten van de zeggenschap over een bepaald domein, werden mogelijkheden gezocht om de beperkingen die men in de beroepsuitoefening ervoer, te verminderen. Geheel in overeenstemming met wat daar in sociologische theorieën over gezegd werd, kwam veel nadruk te liggen op de theoretische afbakening van het beroepsveld, de zeggenschap over de opleidingen, de ontwikkeling van professionele standaarden en morele codes etc.

In de oriëntatie bleef de spanning met de geneeskunde evenwel gehandhaafd. Tot op de dag van vandaag. Typerend daarvoor is bijvoorbeeld de 'advocatenrol' die verpleegkundigen voor zichzelf opeisen in hun overleg met de arts, vooral wanneer die opgehangen wordt aan een sterk oppositionele houding. In plaats van uit te gaan van samenwerking en van gemeenschappelijke doelen in de zorg voor de patiënt wordt bij zo'n opvatting op voorhand uitgegaan van tegengestelde belangen en ongelijke machtsaanspraken. Dat impliceert bijna automatisch spanningen in de verpleegkundige beroepsuitoefening. Ook in morele zin.

Negatieve bijwerkingen

Het beroepsgroepenperspectief als voertuig van emancipatie van de verpleging begint in dit opzicht dan ook wat sleets te raken en negatieve bijwerkingen te vertonen. Een van de effecten is de afbakening van de verpleegkunde ten opzichte van de geneeskunde. Die is bijna te goed gelukt. Zo opereren de verpleegkundige en de medische discipline in sommige delen van de ziekenhuiszorg nagenoeg als volledig geïsoleerde disciplines die in schijnbare onafhankelijkheid hun werk doen. Met aan beide zijden soms volstrekt verkokerde opvattingen over elkaars werkwijzen en vakinhouden.

Ook voor andere ontwikkelingen in de zorg heeft het beroepsgroeperspectief merkwaardige effecten: individuele verschillen in de beroepsuitoefening tussen verpleegkundigen worden amper getolereerd. De enige manier om verschil te maken in de beroepsuitoefening lijkt nog de ontwikkeling van een nieuwe beroepsgroep te zijn. In de hele discussie over taakherschikkingen in de zorg zijn daar voortdurend nieuwe voorbeelden van te vinden. Allerlei zich tegenover elkaar afzettende groepen en subdisciplines buiten over elkaar, gespecialiseerde verpleegkundigen, *nurse practitioners*, verpleegkundig specialisten, verpleegkundige praktijkondersteuners en *physician assistants*. Nu is dat beroepsociologisch mogelijk zeer amusant en interessant, maar hou het maar eens uit elkaar. Bijvoorbeeld als betrokken patiënt.

Wat dat laatste betreft blijkt het beroepsgroepenperspectief politiserend te werken met ronduit vervelende effecten in de dagelijkse praktijk: verpleegkundigen op een oncologieafdeling maken bijvoorbeeld ruzie met een verpleegkundig specialist over de voorstellen die zij na overleg met de oncoloog in het verpleegkundige dossier heeft opgeschreven. Want wie denkt zij wel niet dat ze is? Waar haalt ze het lef vandaan om ons te commanderen? In termen van het denkmodel van V&VN over de verantwoordelijkheden van de zorgverlener, wordt de vraag naar de professionele verantwoordelijkheid in dit voorbeeld verward met een discussie over rolverdelingen. Dus functionele verantwoordelijkheden. Is de samenwerking hier niet mee gediend, de patiënt al helemaal niet.

Ondanks deze negatieve effecten die voor veel onmin en verwarring in de praktijk kunnen zorgen, heeft de sociologische variant van professionalisering ook positieve effecten. Met name door de ontwikkeling van standaarden en protocollen is de verpleegkundige beroepspraktijk zeer geholpen. Een beroepscode, zeker wanneer die met betrekking tot concrete vragen nader wordt toegelicht, blijkt praktisch ondersteunende betekenis te hebben. Niet alleen voor vragen in de directe patiëntenzorg maar ook voor discussies met het management van organisaties. De zorg is door de beschikbaarheid van protocollen meer voorspelbaar en de kans dat zorgvragers de aangewezen zorg krijgen is groter. Ook is de garantie dat zorgvragers meer volgens de laatste professionele standaarden geholpen worden, groter. Niet voor niets bepleit Pool voor de verpleeghuiszorg voor de ontwikkeling van betere zorgprogramma's om zo verzorgenden beter te ondersteunen bij de inrichting van hun werk.

Een minder sociologische benadering

Hoewel ook verzorgenden hun eigen gevoeligheden hebben qua beroepsgroeperspectief is de ontwikkeling van goede protocollen en standaarden voor de verzorging kansrijk omdat in de verzorging naar mijn idee minder sociologisch over professionaliteit gesproken wordt: dus minder in termen van een emancipatiebeweging die de beroepsgroep een bepaalde maatschappelijke positie zal geven ten opzichte van andere. Professionaliteit verwijst in de wereld van de verzorging eerder naar bepaalde kwaliteiten

van het individuele handelen. Het gaat om zoiets als competent of vakbekwaam handelen. Professioneel wil in dat geval niet veel meer maar ook niet minder zeggen dan dat je niet zomaar iets op je eigen houtje doet, of op je eigen gevoel of amateuristisch, maar in ieder geval op aanwijzing van bepaalde beproefde voorschriften.

Het is een benadering die me wel bevalt. In ieder geval omdat ze de aandacht verplaatst van de positie van de beroepsgroep ten opzichte van andere beroepsgroepen naar het praktisch doen en laten van de individuele beroepsbeoefenaar. En vanuit dat doen en laten zoekt naar professionaliteit. Daar zou het toch om moeten gaan. Sterker daar gaat het om. Daar wordt uiteindelijk het verschil gemaakt en vinden we de beste aanknopingspunten voor het bekrachtigen van de idealen van verplegen en verzorgen.

Het verschil maken of beroepsmatig handelen

Professionaliteit heeft dus meerdere betekenissen. Uitgaande van het denkmodel over verantwoordelijkheden van de zorgverlener gaat het om twee dingen. In de eerste plaats om *het tegemoetkomen aan eisen van beroepsgroep in de uitvoering van de zorg*. Van professionals mag worden verwacht dat zij zich in hun handelen oriënteren op de standaarden van de beroepsgroep. Tegemoetkomen aan die normen bevordert, zagen we bij Kunneman, de effectiviteit en efficiëntie van het handelen. Deze dimensie van professionele verantwoordelijkheid heb ik getypeerd als *beroepsmatig handelen*.

Beroepsmatig handelen is belangrijk voor professionaliteit maar niet voldoende. Wil het handelen van zorgverleners echt *professioneel handelen* genoemd kunnen worden, dient de zorgverlener zich niet slaafs te onderwerpen aan alle regels die op hem afkomen. De professional dient in de individuele situatie, uitgaande van de behoeften van de zorgvrager, bewust normatieve keuzen te maken en die ook te kunnen verantwoorden: professioneel is degene die stilstaat bij de vraag of de standaarden, protocollen en regels die hem worden aangereikt door de beroepsgroep of door de organisatie, voor de situatie van deze zorgvrager wel de goede zorg betekenen. Professioneel is degene die zo nodig afwijkt van de standaard en creatief op zoek gaat naar andere oplossingen. Alleen zo kan zij het verschil maken. Alleen zo kan de zorgvrager er op vertrouwen dat de zorgverlener aandacht heeft voor het bijzondere dat de zorgvrager hier en nu aan gaat.

3.2 Morele professionalisering

Met meer aandacht voor *beroepsmatig handelen*, als het voldoen aan normen voor de beroepsuitoefening zoals die van buiten worden aangereikt, worden duidelijke stappen gezet in het verminderen van de morele handelingsverlegenheid van verpleegkundigen en verzorgenden. Uitgaan van protocollen en standaarden is een goede zaak. Zorgen dat dergelijke protocollen en programma's voorhanden zijn: een goede zaak. Maar het is niet voldoende. De concrete verwarring die zich nu vaak voordoet rond de verschil-

lende verwachtingen en aanspraken in de zorg wordt er niet meer opgeheven. Er zijn steeds meer auteurs die vanuit verschillende hoeken en perspectieven pleiten voor een andere vorm van denken over professionalisering. Dat betekent een afscheid of in ieder geval een correctie van het massieve beroepsgroeperspectief.

Het springende punt van professionaliteit schuilt volgens de betreffende auteurs niet meer in de erkenning van een beroepsgroep, maar in de morele geladenheid van het handelen van de professional als lid van een beroepsgroep. Professionalisering individualiseert. Twee onderzoekers binnen de verpleging van het NIVEL, Francke en Speet, gebruiken dan ook de term *individuele professionalisering*. Dat wordt omschreven als “het proces waarin individuele (leerling)verpleegkundigen op basis van kennis en inzichten die binnen de verpleegkundige beroepsgroep zijn ontwikkeld, een eigen visie op de aard en het belang van het verpleegkundig beroep ontwikkelen, evenals op hun beroepsmatige taken en verantwoordelijkheden. Uiteindelijk moet dat proces er in resulteren dat (leerling)verpleegkundigen hun beroep op een reflexieve, overtuigde, adequate en collegiale manier uitoefenen.” Professionaliteit heeft wel met een beroepsgroep te maken maar over het professionele karakter wordt pas beslist op het niveau van de individuele professional. Overigens constateren Francke en Speet in 2005 dat het idee van een individuele professionalisering pas in de kinderschoenen staat, hoewel het wel duidelijk erkenning vindt bij verpleegkundigen.

Filosoof Kunneman, en ook onderzoekers Pool en Schumacher, aan wie ik eerder refereerde, spreken over *normatieve professionalisering*: de zorgverlener staat voor de opgave om vanuit het perspectief van goede zorg te overwegen wat in deze context de beste handeling is en wat goede zorg eventueel belemmert. Het gaat met andere woorden om het morele oordelen van de zorgverlener. De professionele zorgverlener dient in bijzondere situaties te beslissen over de toepasbaarheid van standaarden en protocollen. Hij moet als het ware uit de schaduw van het protocol vandaan. Naast een handlingscomponent omvat professionaliteit daarom ook altijd een reflectieve component. Vandaar ook dat anderen niet spreken over een normatieve maar over een *reflectieve professionaliteit*.

Hoe dan ook, de blikrichting in het denken over professionaliteit lijkt te veranderen: het gaat steeds minder over macht en onderscheidende kenmerken op beroepsgroepniveau en steeds meer over een specifiek inhoudelijke oriëntatie van de individuele beroepsbeoefenaar. De individuele professional wordt daarbij boven alles neergezet als een morele actor. Het gaat bij het nieuwere spreken over professionaliteit dan ook om een *morele professionalisering*¹: een continue, contextgeladen leerproces dat de moraliteit van het handelen tot centraal thema maakt en dat vooral gericht is op de individuele beroeps-

¹ Ik gebruik in navolging van ethica en verpleegkundige Houtlosser morele professionalisering als verzamelbegrip.

beoefenaar. Maar dat noodzakelijk ook weerspiegeld dient te worden in de organisatorische context waarin gewerkt wordt omdat alleen daar in die organisatorische context beslist wordt over de precieze inhoud van het handelen.

Normatieve professionaliteit, zo begrepen, is dan ook niet langer een gegeven kwaliteit van handelen, zomaar herleidbaar tot de maatschappelijk erkende professionele status van de beroepsbeoefenaar. In plaats daarvan is het veel meer een opgave die steeds opnieuw door de beroepsbeoefenaar in de actuele praktijk en in de relatie met individuele cliënten en collega's moet worden waargemaakt.

Professionaliseren is met andere woorden een werkwoord. Met diverse dimensies. Dat begint met verantwoordelijkheid nemen in de relatie met een patiënt en zich vervolgens verantwoorden over het eigen handelen. Vervolgens heeft het werkwoord professionaliseren betrekking op leren, op reflecteren en kritisch onderzoeken van de praktijk. Het is hier niet de plaats om in te gaan op de ontwikkelingen die zich rond dit nieuwe denken over professionaliteit voordoen. En op de concrete werkvormen die daarbij gehanteerd worden. Dat vergt een apart essay. Wel is het van belang om in het licht van de geschiedenis en de praktische organisatorische context waarin verpleegkundigen en verzorgenden verkeren, aan te geven wat voor bijzonderheden zich voordoen met betrekking tot hun mogelijkheden van morele professionalisering. De ontwikkeling van individuele professionaliteit stelt nu eenmaal ook eisen aan de organisatorische omgeving waarin gewerkt wordt.

De kunst om verschil te maken

Normatieve professionalisering vraagt er om dat er in de werkomgeving duidelijk erkenning voor is dat het in verplegen en verzorgen draait om de kunst om verschil te maken. Verschil in situaties. Verschil tussen mensen. Ondanks alle routinematige aspecten die deel uitmaken van het handelen. Zodat verzorgenden en verpleegkundigen ook zelf in hun eigen werk die kunst kunnen blijven zien en kunnen onderhouden. Dit betekent dat er in de organisatorische context ruimte dient te zijn voor een eigen beklemtoning van het handelen. Wanneer medische handelingen in een verpleegkundig perspectief worden geplaatst, dan maakt dat in principe verschil. Omdat de verpleegkundige in de uitvoering van het handelen rekening zal houden met specifieke waarden en behoeften van de patiënt. Een reductie van de handeling tot louter medische routine miskent de mogelijkheden van verpleegkundige zorg: die schuilen namelijk niet primair in het behandelen van de ziekte, maar vooral in het ondersteunen van de patiënt in het leven van een eigen leven. Soms met een voorbijzien aan de ziekte. En met bij vlagen drastische amendementen ten opzichte van het protocollaire programma.

Op eenzelfde wijze dient in de verpleeghuiszorg aandacht te blijven bestaan voor het ongewone van verzorging. Hoe gewoon die zorg ook lijkt. Dat betekent dat de zorg niet gereduceerd dient te worden tot een gedachteloze repetitie van wat mensen, vooral

vrouwen, dagelijks zonder enige vooropleiding gewoon zijn te doen. Dat betekent niet alleen een miskennis van gewone huishoudelijke zorg, maar daarenboven miskent het de complexiteit van ouderenzorg. Zo vergt het bereiden van een maaltijd met dementerende mensen in een kunstmatige setting van 'gewoon' doen, met huiskamers en zo, van een maaltijd die op een of andere manier ook door de bewoners zelf begrepen kan worden als een maaltijd, en niet 'simpelweg' als eten krijgen, een buitengewoon creatieve inzet. Denken dat dergelijke zorg geen deskundigheid vraagt, omdat ze lijkt op wat voortdurend door mensen met de geringste inspanning schijnt te worden gedaan, duidt mijns inziens op een complete miskennis van de bijzondere aard van deze zorg. Ook het handelen van verzorgenden heeft een professioneel karakter: ook zij worden verondersteld verschil te maken tussen mensen en tussen zorgbehoeften die mensen hebben.

Dat verschil maken, vergt niet alleen ruimte om te handelen, maar ook ruimte voor reflectie: in lijn van de metaforen van Kunneman kunnen we dat begrijpen als een systematisch aandacht besteden aan de verhalen die bij de kampvuren in een organisatie worden verteld. Dat betreft in de eerste plaats de goede verhalen over de zorg maar in de tweede plaats de verhalen over negatieve ervaringen. In het bijzonder gaat het dan om de spanningen die zich voordoen tussen de dingen die men doet en de verwachtingen die daarover gekoesterd worden. Deze discrepanties vormen een uitgelezen basis voor een lokale variant van professionaliseren: wat vinden we met elkaar in deze omstandigheden van de wijze waarop we deze zorg geven? Wat kunnen we van onze ervaringen leren? Wat is hier goede zorg? Welke verhalen ondersteunen onze beelden van goede zorg? Welke niet? Welke afspraken kunnen op geleide daarvan maken voor ons toekomstig handelen?

3.3 Kanttekeningen

Op dit punt aangeland wil ik nog een tweetal kanttekeningen maken voordat ik afrond: een over de aard van leerprocessen in de praktijk van verplegen en verzorgen. En een over de ankerpunten voor reflectie. Ik begin met dat laatste punt.

Deugden of idealen als ankerpunten voor reflectie?

In de literatuur wordt in lijn van oude onderscheidingen in de ethiek op twee verschillende manieren gesproken over de discrepanties die zich in zorgpraktijken voor kunnen doen: aan de ene kant gaat het om de verhouding van het handelen ten opzichte van morele waarden of idealen die we voor de zorg hooghouden. Als je dat vertaalt naar de aard van het gesprek dat over de zorg gehouden wordt, impliceert dat voor de praktijk een vorm van analytische reflectie die zich vooral concentreert op de vraag hoe we problemen in de zorg kunnen oplossen en hoe we ons handelen conform de uitgedragen waarden en idealen kunnen verbeteren.

Aan de andere kant gaat het om de vraag in hoeverre datgene wat we doen correspondeert met wie we als beroepsbeoefenaar willen zijn. Die vorm van benadering komt eerder uit bij een deugdenethiek: hoe kunnen we in ons handelen meer deugdzaam handelen? En welke deugden of morele competenties dienen we in ons werk te ontwikkelen? Er zijn auteurs die veronderstellen dat een deugdethische benadering beter bij de praktijk van verplegen en verzorgen past omdat de manier waarop verpleegkundigen en verzorgenden over hun werk spreken bij voorkeur gaat over wie en hoe zij zouden willen zijn.

Dat kan zo zijn: maar er zijn risico's aan verbonden. Het dient er vooral niet toe te leiden dat het gesprek over deugden in een beheersmatig jasje wordt gestoken. Dat is in de geschiedenis van verplegen en verzorgen al genoeg gebeurd. De leerboeken van verpleegkundigen en verzorgenden, maar ook hun praktijken, zijn steeds doortrokken geweest van een grote voorschrijvende aandacht voor deugdzaamheid, al of niet geformuleerd in nogal dwingende regels. Ze hadden lang niet altijd betrekking op de relatie met de patiënt. En zeker niet op de ontwikkeling van een eigen oordeelsvermogen. Meestal ging het om een regulering van de gezagsverhoudingen in een zorgorganisatie.

Hoewel die tijd van een externe disciplinerende achter ons ligt, is zij niet geheel en al voorbij. Verpleegkundigen en verzorgenden rapporteren frequent over normatieve aanwijzingen voor de zorgverleners, zonder veel ruimte voor een kritische weging. Tegelijk is het ook zo dat verzorgenden en verpleegkundigen zelf, vanuit een behoefte aan veiligheid en zekerstelling, vragen om heldere instructies voor hun handelen om zo aan hun verwarring voorbij te komen. Hoewel we genuanceerd dienen te oordelen over de verhoudingen in zorgorganisaties en de verschillende verantwoordelijkheden die daarbij in het geding zijn, brengt die ordening nog steeds risico's met zich mee.

Zo wijst de Nederlandse bedrijfsethicus Van Luijk voor de praktijk van de zorg op het gemak waarmee de moraal van de zorg ingezet kan worden om de arbeidsverhoudingen te reguleren. Door voortdurend te appelleren op de persoonlijke betrokkenheid en verantwoordelijkheid van zorgverleners voor patiënten, worden afspraken in de sfeer van de werkgever-werknemer relatie opengebroken en bijgesteld zonder dat er rekening mee wordt gehouden dat in die sfeer andere waarden en normen aan de orde zijn. Uiteraard is er een verband tussen beide sferen, en is een incidenteel beroep door de werkgever op de patiëntenbetrokkenheid geen probleem, maar voortdurend appelleren op de persoonlijke zorgmotivatie van de medewerkers acht Van Luijk een onaanvaardbare vermenging van sferen.

In de loop der tijd hebben groepen zorgverleners een zekere mate van allergie ontwikkeld voor een dergelijk appel op hun morele motieven. Zo blijken in actuele discussies over grieppreventie bij het verzorgend en medisch personeel, nogal wat verpleegkundigen en verzorgenden een sceptische houding aan te nemen tegenover de griep prik.

Daarbij gaat het niet alleen om specifieke gezondheidszorgopvattingen die ertoe leiden dat nut en noodzaak van de campagnes door hen betwijfeld worden. En ook niet alleen om de veiligheid van het vaccin. Als je in gesprek gaat blijken sceptische beoordelaars van de vaccinatie de voorstellen meteen in het kader van de arbeidsverhoudingen in de organisatie te plaatsen: het appel om zich met het oog op het welzijn van de patiënten te laten vaccineren, interpreteren ze dan bovenal als een beheersingsinstrument om het ziekteverzuim onder het personeel terug te dringen. Daar zou het de directies vooral om gaan. Blijkbaar is bij verpleegkundigen en verzorgenden de achterdocht ten aanzien van de motieven achter zo'n moreel appel diep geworteld.²

Individuele professionalisering?

Een tweede kanttekening betreft de ruimte die professionals zouden moeten krijgen om hun eigen afwegingen te maken, om zelf kritisch reflecterend het eigen handelen te onderzoeken. Zo'n voorstel roept onmiddellijk de vraag op of hen wel zoveel vrijheid gegund moet of kan worden. Of een dergelijke overmaat aan vertrouwen geen negatieve effecten zal hebben voor de zorg, omdat de beroepsbeoefenaren te weinig rekening zullen gaan houden met maatschappelijke normen. Heel simpel al ten aanzien van het efficiënt besteden van tijd en middelen.

Over dit punt valt veel te zeggen. Niet alleen met betrekking tot de verpleging en verzorging maar met betrekking tot vormen van publieke dienst- en zorgverlening tout court. Dit punt pak ik daarom slechts in zoverre op dat ik wil wijzen op een typische omstandigheid van verplegen en verzorgen, namelijk dat verplegen en verzorgen in de regel geen solistische activiteit is. Gelet op de procesmatige aard, de zorg voor een continuïteit van ondersteunend handelen, de nabijheid gedurende de dag, én de manier waarop verplegen en verzorgen in organisaties in relatie tot deze karakteristieken is geregeld, wordt deze zorg gemakkelijk herleid tot teamwork. Morele professionalisering krijgt daardoor op voorhand een specifieke vorm.

Ten principale heeft professionalisering altijd al een sociaal karakter. Individuele professionalisering heeft daarom als begrip iets contradictoires. De eigen beroepspraktijk dient op enigerlei wijze gespiegeld te worden aan normen en waarden die door de beroepsgroep en in het verlengde daarvan de samenleving worden hoog gehouden voor het vak. Dat spiegelen begint in de microcontext van de zorgverlening in de regel met een blik op het handelen van collega's die zorg dragen voor dezelfde patiënten. Vervolgens is de meest 'natuurlijke' plek voor het reflectieve gesprek over het handelen in de meeste zorgorganisaties het team binnen de context van de ervaren praktijk. Dat is in zich een alleszins begrijpelijke plaats: uit onderzoek blijkt dat wanneer zorgverleners morele

² Op de vraag of die achterdocht terecht is of niet, ga ik verder niet in. Ik kan me niet geheel aan de indruk onttrekken dat de argwaan jegens het ziektepreventiebeleid nogal sterk wordt aangezet om een meer inhoudelijke discussie uit de weg te gaan.

problemen ervaren in hun werk zij in eerste instantie aankloppen bij hun leidinggevende en collega's en het team waarin ze werken.

In de literatuur zijn dan ook verschillende voorbeelden te vinden van 'ethiek bedrijven', waarbij het kritisch reflecteren en onderzoeken van de normatieve dimensies van de eigen praktijk, uitdrukkelijk teamwerk wordt. Het bespreken van de discrepanties die zich in het werk voordoen tussen de idealen en beelden die men hoog houdt en de ervaren praktijk, krijgt zo een eigen dynamiek. Veel is afhankelijk van de bereidheid om van elkaar te leren. Veel is ook afhankelijk waarop men zich tot elkaar en tot het team verhoudt. En veel blijkt afhankelijk van de manier waarop leiding gegeven wordt: in welke mate is er in de zorgorganisatie erkenning voor de noodzaak van een eigen handlingsruimte van de individuele zorgverleners? Is de aansturing van de medewerkers door de direct leidinggevendenden vooral functioneel en beheersmatig? Of meer ondersteunend? Hoeveel ruimte hebben leidinggevendenden om de aanspraken van de organisatie en de ontwikkelingsbehoeften van de medewerkers met elkaar in balans te brengen? Om aandacht te besteden aan hun vragen? Hoe is het leerklimaat? Voelen medewerkers zich voldoende ondersteund? Hoe worden problemen opgelost: directief of met aanspreking van een eigen individuele verantwoordelijkheid?

Morele professionalisering koppelen aan de ontwikkeling van teams kent mogelijkheden. Maar er zijn ook risico's. Leidinggevendenden voelen zich al vaak overbelast en zijn vaak niet geprepareerd op de vorm van ondersteuning die past bij normatieve reflectie. Ook kan een cultuur overheersen waarbij de positie die aan het team wordt toegekend de kritische mogelijkheden van individuele professionalisering in sterke mate frustreert: het team en de teambeslissing krijgt in de besluitvorming een procedurele autoriteit toegekend die amper geschraagd wordt met inhoudelijke argumenten.

Binnen de ethiek maar ook in het veld zelf is steeds meer aandacht voor de dynamiek van leerprocessen in de directe werkomgeving van de beroepsbeoefenaars. Voor de wisselwerking tussen de inhoudelijke benadering van morele vragen en de manier waarop de organisatie in elkaar steekt. Voor de verpleging en verzorging is het gegeven van de verwevenheid tussen inhoud en organisatie eigenlijk niet zo heel nieuw: nadenken over betere patiëntenzorg is daar bijna vanzelfsprekend gekoppeld aan nadenken over anders organiseren. Voor de ethiek is de aandacht voor de directe verwevenheid van inhoudelijke vragen met de organisatorische omgeving aanzienlijk jonger. Evenwel worden daar belangrijke stappen gezet, onder meer via de ingang van moreel beraad of ethisch handelingsonderzoek, die de kritische bevestiging en ontwikkeling van een eigen moraal van verpleegkundigen en verzorgenden binnen de eigen praktijk en context steeds krachtiger blijken te ondersteunen. Die initiatieven ter bevestiging van een eigen moraal en een eigen verhaal voor de verpleging en verzorging verdienen alle aandacht.

Verplegen en verzorgen dreigt in de maatschappelijke beeldvorming, maar ook in de beleving van de zorgverleners zelf, steeds meer schaduwwerk te worden. Hoewel schaduwwerk een begrip is dat door Illich vooral is gemunt om vormen van arbeid aan te duiden die in een soort overgangsgebied tussen de formele en informele economie verkeren, heb ik het begrip in deze tekst op een wat andere manier ingezet: schaduwwerk is werk, zo heb ik beweerd, waarbij de eigen morele idealen op de achtergrond raken, en zorgverleners in de war raken over wat van hen verwacht wordt. Schaarste in de zorg krijgt in dit kader een specifieke betekenis. Dat heeft niet alleen negatieve effecten voor de zorgvragers maar ook voor de zorgverleners zelf.

Voor een deel zijn deze ontwikkelingen niet specifiek maar doen ze zich in bredere delen van de samenleving voor. Ook zijn ze niet exclusief voor de Nederlandse gezondheidszorg. Wel krijgen ze in de zorg in ons land een specifieke lading. Daarbij lijken ze zich meer en op een pijnlijker wijze te manifesteren in de verzorging dan in de verpleging. Dat heeft onder meer te maken met het professionele aanzien van verzorging en verpleging. Contexten en settings doen er dan ook toe.

Professionalisering van de verpleging en verzorging kan helpen om de verwarring die zich in de praktijk voordoet te verminderen. Die professionalisering dient dan wel op specifieke wijze te worden begrepen. De verpleging heeft zich in de loop van haar geschiedenis een sociologisch perspectief op professionalisering eigen gemaakt dat het eigen werk vooral waarneemt in oppositie met andere beroepsgroepen in de zorgverlening, met name met de geneeskunde. Dat beroepsgroeperspectief heeft ronduit positieve effecten gehad voor de beroepsontwikkeling en daarmee voor de patiëntenzorg. Maar het begint wat sleets te raken en heeft ook negatieve effecten in de zorg. Om de verwarring waarmee individuele verpleegkundigen en verzorgenden in hun praktijk mee te maken hebben, geringer te maken en hen te ondersteunen hun idealen meer in praktijk te brengen, is een andere benadering van professionalisering aangewezen. Meer individueel, meer gericht op de morele aspecten van de beroepsuitoefening in de praktijk zelf.

Voorstellen voor een dergelijke benadering worden vanuit verschillende hoeken bekrachtigd. Onderzoekers vanuit de verpleegkunde maar ook filosofen en ethici pleiten voor zo'n benadering, waarbij in samenspraak met de beroepsbeoefenaars nieuwe wegen worden gezocht om in de praktijk zelf, contextueel, stappen te zetten in de ontwikkeling van die praktijk. Op die manier kan het werk van verpleegkundigen en verzorgenden door henzelf weer meer betekenis worden gegeven. Om te beginnen zou het eigen verhaal uit de sfeer van de zorg voor hun patiënten leidend dienen te zijn in de kritische doordenking en vormgeving van hun praktijk. Dat kan niet zonder veel tijd en gerichte ondersteuning. Dat betekent evenwel dat de aandacht niet moet verschuiven

naar degenen die de steun zouden moeten geven. Een verantwoorde zorg begint met ruimte te scheppen voor degenen die de zorg geven, om aan te geven waarom ze in die situatie zus of zo gehandeld hebben. En niet anders.

Literatuur

- Aa M. van der, Buursen M. Gremmen I. e.a. Verpleegkunde door een genderbril. Het belang van gender in verpleegkundige zorgverlening. Landelijk Steunpunt Emancipatie HBO: Arnhem, 1999.
- Becker H. Levenskunst op leeftijd. Gelukbevorderende zorg in een vergrijzende wereld. Eburon: Delft, 2003.
- Bergh-Braam A.H. van der, Pasch T. van der, Kooij C. van der. 100 Jaar verplegen. Een bijsluiter over gisteren met een opening naar morgen. De Tijdstroom: Lochem, 1990.
- Burg W. van der. De regulering van professionals: twee botsende perspectieven. In: Jansen T., Brink G. van den, Kole J. Beroepstrots. Een ongekeerde kracht. Amsterdam: Boom, 2009: 168-181.
- Commissie ethiek V&VN. Verantwoordelijkheid en schaarste in de zorg. V&VN: Utrecht, 2007.
- Dartel J.N. van. Employability & Empowerment. De betekenis van moderne managementstrategieën voor personeelsproblemen in de zorg. CELAZ: Utrecht, 1999.
- Dierckx de Casterlé B., Milissen K., e.a. Het verpleegkundig beroep in crisis? Een onderzoek naar het professioneel zelfbeeld van verpleegkundigen. Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap (K.U.L.), 2003.
- Driessens K., Geldof D. Normatieve professionaliteit in het sociaal werk. In: Alert 2008; 34, nr. 2: 66-75.
- Dubet F. Le déclin de l'institution Édition du Seuil. Paris, 2002.
- Gelder Th. Van. 'Taakherschikking': raakt het ons? Wat moeten we er dan mee? In: de anesthesioloog 2008; nr. 3: 5-8.
- Gezondheidsraad. Taakherschikking in de gezondheidszorg. Inzet van praktijkassistenten en -ondersteuners, nurse practitioners en physician assistants. Gezondheidsraad: Den Haag, 2008.
- Grady C., Soeken K., Danis K., e.a. Does ethics education influence the moral action of practicing nurses and social workers? In: American Journal of Bioethics 2008; 8, nr. 4: 4-11.
- Illich I. Shadow work. Maryon Boyars. Boston, 1981.
- Jansen T., Brink G. van den, Kole J. Beroepstrots. Een ongekeerde kracht. Amsterdam: Boom, 2009.
- Jacobs G., Meij R., Tenwolde H. en Zomer Y. (red). Goed werk. Verkenningen van normatieve professionaliteit. Uitgeverij SWP: Amsterdam, 2008.

- Kooij C. van der. Gewoon lief zijn? Het maieutisch zorgconcept en het invoeren van geïntegreerde belevingsgerichte zorg op psychogeriatrische verpleeghuisafdelingen. Academisch proefschrift VU: Amsterdam, 2003.
- Kunneman H., Elteren A. van, Rozing M. Thuiszorg in transitie. Een onderzoek naar de gevolgen van het recente overheidsbeleid voor centrale waarden in de thuiszorg. Universiteit voor Humanistiek: Utrecht, 2006.
- Kronjee G. Als de dood ons niet scheidt. Over zingeving, zorg en sociale cohesie. Lezing voor de Vilansconferentie 15 maart 2007, WRR Den Haag.
- Legemaate J. Meer wetgeving maakte ziekenhuis niet veiliger. In: *Skipr* 2009; nr. 11: 44-46.
- Leget C. en Olthuis G. Professioneel zorgverlenen, ideaal of deugd? Over de idealen van verpleegkundigen en verzorgenden. In: Ruyter D. de, Kole J. De werkzame idealen. Ethische reflecties op professionaliteit. Van Gorcum: Assen 2007, 24-36.
- Luijk H. van. Management- en bedrijfsethiek voor de non-profitorganisaties. In: Boon L. Managementethiek in de gezondheidszorg. Amstelveen; 1991: 6-14.
- Mol A. De logica van het zorgen. Actieve patiënten en de grenzen van het kiezen. Van Gennep: Amsterdam, 2006.
- Most M. van der. De presentiebenadering. Pleidooi voor aandacht en vertrouwen in de zorg. In: *TVZ* 2006; nr. 11-12: 24-27.
- Noordergraaf M. en Sterrenburg J. Administratieve lasten voor publieke professionals: ficties en feiten. In: Jansen T., Brink G. van den, Kole J. Beroepstrots. Een ongekennde kracht. Amsterdam: Boom, 2009: 115-128.
- Pasch T. van der, Vroom M. Nurse practitioner en taakherschikking. Professional op zoek naar een plek. In: *TVZ* 2004; nr. 11: 15-18.
- Pool A., Schumacher J. Rollen en competenties van de hbo-verpleegkundige in het verpleeghuis. Vernieuwing van professionele verpleeghuiszorg. Utrecht: Lemma, 2005.
- Putters K., Frissen P. en Foekema H. Zorg om vernieuwing: een studie naar innovaties in de gezondheidszorg. Clingendael: Den Haag, 2006.
- Roodbol P. Dwaallichten, struikeltochten, tolwegen en zangsporen. Onderzoek naar taakherschikking tussen verpleging en artsen. Academisch proefschrift RUG: Groningen, 2005.
- Speet M., Francke A.L. Individuele professionalisering van verpleegkundigen in de beroepsopleiding en in de praktijk. Nivel: Utrecht, 2004.
- Spijker T. Mooi en beschaafd verplegen. Een historische analyse van een vrouwenberoep. De Tijdstroom: Lochem, 1979.
- The A.M. In de wachtkamer van de dood. Over leven en sterven in het verpleeghuis. Muntinga: Amsterdam, 2005.
- Unen C. van. De professionals. Hulpverleners tussen kwetsbaarheid en beheersing. Eburon: Delft, 2003.
- V&VN. Hoe ga je om met schaarste? V&VN: Utrecht, 2008.

Verkerk M., Witte J. de, Dartel H. van. Sturen op waarden. Handlingsonderzoek als instrument van ethiekbeleid. Expertisecentrum Ethiek in de Zorg UMCG: Groningen, 2009.

VBOC, AVVV. Verpleegkundige toekomst in goede banen. Samenhang en samenspel in de beroepsuitoefening. VBOC-AVVV: Utrecht, 2006.

Wanrooy M. Leidinggeven tussen professionals. Scriptum: Schiedam, 2001.

Bijlage 5

Aan ethiek doen, ethiek laten werken en ethiek organiseren

Bert Molewijk

Inhoudsopgave

1. Introductie	105
2. Algemeen begrippenkader	108
3. Aan ethiek doen	111
4. Ethiek organiseren	119
5. Een ethiek die werkt	130
6. Conclusies en aanbevelingen	132
7. Literatuur	135

“Het is beter iemand die honger heeft te leren vissen, dan een vis te geven.”

1 **Introductie**

- Wanneer ondermijnen criteria en procedures voor vergoede zorg de goede zorg?
- Wanneer mag ik van een beleidsregel afwijken?
- Wanneer heeft een niet-functionerende leerling of collega voldoende kansen gehad?
- Moet ik de kamer schoonmaken of zal ik een kop koffie met de bewoner drinken?
- Wanneer gaat ‘respect voor’ over in verwaarlozing?
- Heb ik recht op (bij)scholing als de basiszorg onder druk staat?

Dit zijn een paar vragen uit de dagelijkse praktijk, gekozen bij het thema van dit signalement die zich concentreren op de morele basisvraag: “Wat vind ik hier juist om te doen en waarom? En in welke mate? Op welk moment? Op welke manier?” Het zijn vragen die dagelijks in de gezondheidszorg gesteld worden. Door verpleegkundigen en verzorgenden, door schoonmakers, door boekhouders, door personeelsadviseurs, door telefonisten, door therapeuten, door managers, door bestuurders, door cliënten en door familieleden. Soms *expliciet*, tijdens een visiedag op de hei, tijdens een werkoverleg, een behandelteambespreking of een familiegesprek. Vaker *impliciet* tijdens de genoemde overlegvormen, tijdens de koffieleut of op de wandelgang. Nog vaker worden deze vragen niet gesteld en blijven ze *onuitgesproken* in ons hoofd en hart ronddwalen. Daarnaast is er nog een grotere categorie, die van de *verborgen* morele vragen. In al onze dagelijkse handelingen, uitspraken en gevoelens zit het vol met morele oordelen: “Dit is juist om te doen. Ik doe hier goed aan. Dit is goed.” Dergelijke expliciete of impliciete morele oordelen zijn (vaak onbewuste) antwoorden op de vraag: “Wat is hier juist om te doen?” Die vraag kan te allen tijde geactualiseerd worden.

1.1 **Aandacht voor morele vragen is aandacht voor kwaliteit van zorg**

Een morele vraag - je afvragen wat moreel juist is - kan verlamdend, frustrerend en vermoeiend zijn. Morele vragen die onuitgesproken blijven, of die niet naar tevredenheid worden besproken, ‘lekken energie’. Het verkeerd of niet met morele vragen omgaan kan ervoor zorgen dat mensen (onderling) in een negatieve energie of negatieve spiraal komen, waardoor negatieve conflicten ontstaan of mensen cynisch worden. Nog erger is het als mensen afhaken en hun betrokkenheid met het werk opgeven: werken wordt dan primair gezien als een manier om geld te verdienen, waarbij zorginhoudelijke waarden verdwijnen. Door verkeerd of niet met morele vragen om te gaan, kunnen medewerkers ziek worden en teams ontwrichten. Wanneer in de gezondheidszorg medewerkers ontwricht raken, ontwricht dat ook de gezondheidszorg zelf.

Morele vragen hebben, geeft echter ook energie: ze tonen de persoonlijke betrokkenheid met een kwestie en ze zijn vaak een gevolg van iets dat in ons aangeraakt wordt en dat we belangrijk vinden. Ze geven indirect zicht op onze (al dan niet gefrustreerde) motivatie, vragen om actie, zoals een concrete handeling of een onderbouwing. Een morele vraag brengt creativiteit en lucht in vanzelfsprekendheden; zet mensen en teams in beweging, houdt ons scherp en bij de les. Ruimte voor morele vragen is gericht op het juiste te doen onder de gegeven omstandigheden. Aandacht voor morele vragen is van groot belang.¹ Omdat morele vragen in zichzelf waarden-vol zijn en de gezondheidszorg goed wil doen voor de mens. Niet of verkeerd omgaan met morele vragen kan bovendien grote gevolgen hebben voor onszelf, onze samenwerking en onze (gezondheids)zorg. Aandacht besteden aan (de omgang met) morele vragen, zowel inhoudelijk met de specifieke kwestie als methodisch en procesmatig over hoe over die kwestie gesproken kan worden, betekent direct en indirect aandacht besteden aan de kwaliteit van zorg.

1.2 Aan ethiek doen vraagt deskundige begeleiding

Hoewel ethiekactiviteiten de kwaliteit van zorg dienen en kunnen verbeteren, zijn ze niet in zichzelf en altijd overal goed. Je kunt ethiek op een verkeerde manier aanpakken of een goede ethiekactiviteit verkeerd inzetten. Er zijn ethiekinitiatieven die medewerkers eerder afhankelijker, onzekerder en passiever maken in de omgang met hun morele vragen, dan dat zij zich gesteund voelen. Sommige ethiekactiviteiten maken dat medewerkers zich van hun eigen moraal vervreemd voelen; hun moraal wordt hen onteigend. Bijvoorbeeld een afdelingsteam wil een moreel beraad doen maar door een slechte begeleiding van dat moreel beraad wordt een medewerker zelf moreel be- en veroordeeld (in plaats van dat de morele vraag gezamenlijk wordt onderzocht) met als gevolg dat het team vervolgens nooit meer open staat voor een kritische reflectie.

Kortom, ethiek richt zich weliswaar op het moreel juiste, maar niet elke vorm van aan ethiek doen is moreel juist. Juist in een tijd waarin er een toenemende aandacht ontstaat voor (het leren omgaan met) morele vragen in de gezondheidszorg, is het van belang om een heldere visie te hebben over welke ethiek(activiteit) passend is en om vervolgens die ethiekactiviteit door een deskundig iemand te laten uitvoeren of te begeleiden.

1.3 Faciliteren van voorwaarden, samenwerking en onderzoek

Met dit essay presenteer ik een visie op het doen en organiseren van ethiek om daarmee een bijdrage te leveren aan de reflectie over de manier van omgaan met morele

¹ Zie voor een overdenking van de vraag waarom we überhaupt aan ethiek zouden moeten doen: Molewijk & Widdershoven (2006) en Molewijk ea. (TGE 2008).

vragen in de dagelijkse praktijk. Dit essay is een appel op individuen, instellingen en organisaties, die aan ethiek (gaan) *doen*, om ervaringen en visies met betrekking tot het doen en organiseren van ethiek verder te ontwikkelen. Het bijeenbrengen van deze ervaringen en visies in kritische lerende netwerken binnen instellingen, tussen instellingen en met andere partijen in de gezondheidszorg, is van groot belang om zuinig met tijd en energie om te gaan en om de kwaliteit en effectiviteit van ethiekactiviteiten te waarborgen en waar nodig te verbeteren. Daarom zal ik in de laatste paragraaf van dit essay ook een appel doen op relevante partijen die wat kunnen betekenen op dit gebied.² Het gaat om de agendering en ontwikkeling van een visie op de organisatie van ethiekactiviteiten binnen de gezondheidszorg, het gezamenlijk faciliteren van voorwaarden, samenwerking en onderzoek om ethiekactiviteiten degelijk en doeltreffend te organiseren en te verbinden met de dagelijkse kwaliteit van zorg.

1.4 **Achtergrond en opbouw van dit essay**

Dit essay is op persoonlijke titel geschreven op basis van een vruchtbare combinatie van ervaringen in de academische en gezondheidsethiek.³ Hierdoor is een praktisch en theoretisch inzicht ontstaan in de verschillende manieren waarop we aan ethiek kunnen doen in de gezondheidszorg.⁴ Veel van die ervaringen komen voort uit langdurige samenwerkingsrelaties met diverse zorginstellingen uit de gehele gezondheidszorg, zoals uit de psychiatrie, de ouderenzorg, de verstandelijk gehandicaptenzorg en de algemene ziekenhuizen. De inzichten zoals ze in dit essay worden beschreven, richten zich deels op praktische ethiek doen en organiseren in het algemeen en deels op het doen en organiseren van praktische ethiek volgens een specifieke pragmatisch-hermeneutische en dialogische visie op praktische ethiek. Uitgangspunt is steeds geweest dat reflectie op en in de praktijk structureel nodig is om die praktijken te blijven ontwikkelen. Uitgangspunt is bovendien om die reflectie op en in praktijken *met* de praktijken en (inter)nationale ethiekcollega's vorm te geven. Alleen door (meer aandacht en voorwaarden voor) lerende netwerken en lerende samenwerkingsverbanden kan een volgende professionaliseringsslag gerealiseerd worden. Met dit essay hoop ik, samen met mijn collega's, daaraan bij te dragen.

Na een korte introductie van gehanteerde begrippen, richt ik de aandacht op 'aan ethiek doen'. Ook ethiek start vaak in het doen (handelen, voelen, zijn). Na zicht op wat 'aan

² Deze partijen zijn o.a. Ministerie van VWS, Ministerie van OC&W, het CEG, de diverse beroepsgroepen verenigingen, de diverse beroepsopleidingen in de zorg, de koepelorganisaties van gezondheidszorginstellingen, bestuurders en managers van afzonderlijke gezondheidszorginstellingen, patiënten- en cliënten organisaties, en de Inspecteurs van de Volksgezondheid.

³ In dit essay prefereer ik de term 'gezondheidsethiek' in plaats van klinische ethiek. Gezondheidsethiek betreft de hele gezondheidszorg, terwijl 'klinische ethiek' de indruk kan wekken dat het alleen de klinieken of intramurale gezondheidszorg betreft.

⁴ Dit essay handelt daarom voornamelijk over ethiek doen en ethiek organiseren in gezondheidszorginstellingen. Toch zijn de praktijkervaringen met een visie op 'aan ethiek doen' direct relevant voor de manier waarop docenten van onderwijsinstellingen ethiek, ethiek onderwijs en didactiek en morele competentie zien en vormgeven.

ethiek doen' betekent, volgt de paragraaf over ethiek organiseren en de achterliggende visie op een dialogische praktijk ethiek (en niet andersom): de ervaring in de praktijk is steeds onze leermeester. Het essay eindigt met de constatering dat juist nu de tijd rijp is om de kwaliteit van 'aan ethiek doen' en 'ethiek organiseren' in de gezondheidszorg een stap verder te brengen door investering in en bundeling van expertise en ervaring. Niet een geïsoleerd pleidooi voor één landelijke dogmatische ethiekdoctrine, maar een pleidooi om dat wat ons in de gezondheidszorg bindt, de kwaliteit van zorg, door middel van ethiek transparant, methodisch, concreet en kritisch vorm te geven. Dag in, dag uit.

2 **Relevante begrippen: ethiek, moreel beraad, morele vragen en dilemma's**

Ethiek is het vakgebied dat zich bezig houdt met het systematisch nadenken over wat moreel juist is en hoe we kunnen bepalen wat moreel juist is.⁵ Binnen de ethiek zijn verschillende theorieën te onderscheiden. Een bekend basaal onderscheid is dat je een handeling moreel goed kunt vinden omdat je bepaalde principes of uitgangspunten volgt (deontologie of beginselenethiek) los van de consequenties die het heeft ("Ik zal nooit iemand doden") of omdat je kijkt welke handeling de beste (of minst slechte) resultaten oplevert ("Door de terrorist te doden voorkom ik dat er duizenden doden vallen").

2.1 **Moreel beraad: onderzoek naar het goede in concrete ervaringen**

In het algemeen wordt met *moraal* bedoeld dat wat mensen in de praktijk moreel juist of onjuist vinden. Iedereen is dus (expliciet of impliciet) met morele vragen bezig; niet iedereen is met ethische vragen bezig. Een *moreel beraad* is een methodisch gesprek over of onderzoek naar aanleiding van een morele vraag aan de hand van een concrete ervaring en onder leiding van een daartoe opgeleide gespreksleider. Binnen een moreel beraad worden afhankelijk van doel en ervaring verschillende methodes ingezet. Een moreel beraad onderscheidt zich in principe van een interview door het volgende:

- a. een *morele* vraag staat centraal.
- b. er sprake is van een *onderzoek* naar de betekenis, vooronderstellingen en antwoorden op die morele vraag.⁶

⁵ Globaal worden er 5 soorten van ethiek doen onderscheiden:

- normatieve ethiek (beargumenteren wat waarom moreel juist is)
- prescriptieve ethiek (de ethiek die voorschrijft wat moreel juist is)
- descriptieve ethiek (beschrijven en bestuderen hoe mensen in de praktijk denken, handelen en voelen over wat moreel juist is)
- meta-ethiek (nadenken over hoe we ethische kennis, expertise en criteria kunnen ontwikkelen) en
- empirische ethiek (een bundeling van normatieve en descriptieve ethiek activiteiten, samen met sociaal wetenschappelijk onderzoek)

⁶ "Bij het bespreken van de casus staat de oplossing niet centraal. Het gaat vooral om de argumenten die voor en tegen de verschillende argumenten aangedragen kunnen worden. Iedere casus is uniek, net als een goede oplossing, maar goede argumenten kunnen veel vaker worden gebruikt. Ook in situaties waarin minder tijd is om uitgebreid bij een probleem stil te staan" (Karssing 2004: p. 96).

- c. er sprake is van een *gezamenlijk groepsonderzoek* (een moreel beraad is dus niet bedoeld om een individu te helpen).
- d. elkaar te helpen of elkaar praktische adviezen te geven.⁷ Emoties binnen een moreel beraad zijn van groot belang (en zijn verweven met morele oordelen en moreel inzicht⁸) zolang de emotie het onderzoek naar de morele vraag niet in de weg zit. Emoties dienen altijd het onderzoek in een moreel beraad, maar zijn niet het doel van een moreel beraad.⁹

2.2 Meerdere soorten morele vragen

Binnen een moreel beraad kan op verschillende manieren aandacht worden besteed aan verschillende morele vragen. Bijvoorbeeld:

- *filosofische/conceptuele* vragen, bijvoorbeeld: wat verstaan we onder respect? of: wanneer werken we vraaggericht?
- *expliciet normatieve* vragen, bijvoorbeeld: wat moeten, mogen, behoren we hier te doen als het om goede zorg gaat?
- *persoonlijke/existentiële* vragen, bijvoorbeeld: wanneer ben ik een goede professional? of: welke deugd heb ik hier nodig om die goede zorg te kunnen bieden?

Een *moreel dilemma* is een bepaald soort morele vraag (niet alle morele vragen zijn morele dilemma's). Een moreel dilemma kenmerkt zich tussen het niet kunnen kiezen tussen twee, volgens de dilemma-eigenaar, moreel juiste handelingen.¹⁰ Karssing (2004) beschrijft het als een goed versus goed vraagstuk, waarbij voor beide handelingen goede argumenten te geven zijn terwijl ze niet tegelijk uitgevoerd kunnen worden. Het kenmerkende van een dilemma is dat er hoe dan ook een soort van morele schade wordt opgelopen.¹¹ Een apart soort dilemma zijn dilemma's die veroorzaakt worden door wat in de literatuur wel '*moral distress*' genoemd wordt. Iemand ervaart *moral distress* als hij of zij weet wat moreel goed is om te doen maar niet in staat is (of wordt gesteld) om dat vervolgens te doen (of als hij of zij gedwongen wordt iets te doen dat hij of zij als moreel onjuist ervaart).¹² Dit soort dilemma's hoeven geen morele dilemma's te zijn

⁷ Zie: Landelijke Training Gespreksleider Moreel Beraad (2009), Boers & Kessels (2003).

⁸ Zie Nussbaum, 1998.

⁹ Zelfs binnen de zogenaamde Aristoteliaanse emotie oefening ('de midden positie'), waar de emotie centraal staat, richt het onderzoek zich vooral op de juiste omgang met die emotie en de onderliggende (al dan niet juiste) morele oordelen die verbonden zijn aan die emotie (Kleinlugtenbelt 2005, Kessels ea. 2003: p. 214, Molewijk, Kleinlugtenbelt & Widdershoven: 2009).

¹⁰ Allereerst moet worden opgemerkt dat elk goed versus goed vraagstuk ook als een slecht versus slecht vraagstuk geformuleerd of geframed kan worden (door de nadelen of gevolgen van niet-het-goede-kunnen-doen te benadrukken). Voorts kan in theorie een dilemma ook bestaan uit een gedwongen keuze tussen twee moreel onwenselijke handelingen (Stocker 1990: in Karssing 2004).

¹¹ Binnen een goede dilemma methode wordt aan het einde van het moreel beraad concrete aandacht besteed aan de goede handeling die uiteindelijk niet gekozen wordt: kunnen we de nadelen van het niet kiezen voor die ene goede handeling minimaliseren en compenseren (zie Bauduin & Kanne 2009, Karssing 2004).

¹² Het concept van *moral distress* is niet altijd helder en het gebruik van de term brengt soms risico's met zich mee. Het is bijvoorbeeld niet duidelijk op welke grond mensen met *moral distress* (beter) weten wat moreel goed of juist is. Een risico is dat een verschil van inzicht in wat moreel juist is geherdefinieerd wordt als bijvoorbeeld een machtsprobleem (zie gevaar van wat ik 'calimero-ethiek' noem in paragraaf 4.5). Het gebruik van de

(want men weet wat moreel goed is om te doen) en kunnen bijvoorbeeld duiden op communicatie-, assertiviteits- of machtsproblemen. Soms worden dit soort dilemma's weer wel moreel als men zich oprecht afvraagt hoe men moreel juist met deze *moral distress* moet omgaan.

Voor een goed moreel beraad over een moreel dilemma is het essentieel dat mensen zich op de een of andere manier verlamd of vastgezet voelen tussen twee handelingen. Wanneer iemand laconiek een moreel dilemma beschrijft en er weinig last van heeft, dan is de noodzaak tot en betrokkenheid bij een onderzoek naar dat dilemma minimaal en wordt het moreel beraad een droge en vrijblijvende oefening. Een schijn moreel dilemma is een dilemma dat wel als een dilemma geformuleerd wordt, maar dat qua argumentatie of qua emotionele betrokkenheid voor de casusinbrenger niet echt een moreel dilemma is. Bijvoorbeeld: "Ik weet eigenlijk wel welke handeling ik moreel beter vindt, maar ik vind het lastig om dat te doen".

2.3 Hoe ontstaat een moreel dilemma?

Dat wat een moreel dilemma is, staat niet bij voorbaat vast. Weliswaar zijn er zojuist criteria gegeven voor wat een dilemma een dilemma maakt, maar of iemand iets als een moreel dilemma ziet of ervaart hangt vooral van de individuele persoon en de specifieke context af.¹³ Zo kan het zijn dat tijdens een moreel beraad de casusinbrenger een moreel dilemma inbrengt dat volgens sommige deelnemers aan het moreel beraad geen dilemma is. Ook kan het zijn dat binnen een eenvoudige casus deelnemers aan een moreel beraad verschillende morele dilemma's ervaren. Binnen onze visie op ethiek (zie paragraaf 5) is dat geen probleem maar juist een aanleiding voor een potentieel vruchtbaar moreel beraad: door welke vooronderstellingen ervaart iemand iets wel of niet als een moreel dilemma? Door een kritische reflectie op de vooronderstellingen waarop iemands moreel dilemma gebaseerd is, verdwijnt soms het morele dilemma voor de casusinbrenger tijdens het begin van een moreel beraad. Ook kan het zijn dat na een uitgebreide reflectie op een moreel dilemma tijdens een moreel beraad, de casusinbrenger ervaart dat het morele dilemma sterk is verzwakt of zelfs is verdwenen: mensen beseffen dan wel dat zij niet beide handelingen kunnen doen (zoals dat in de dagelijkse praktijk continu het geval is), maar voelen zich minder belast of gevangen tussen die twee handelingen omdat ze zowel emotioneel en rationeel achter een van de beide handelingen kunnen staan. Met andere woorden, een moreel dilemma (inclusief zijn

term *moral distress* kan paradoxaal genoeg een respectvolle en open dialoog (of onderzoek) naar morele vraagstukken in de weg staan en versterkt soms bepaalde opposities. Verder wordt door het gebruik van de term '*moral distress*' de ethiek om eigen belangen onduidelijk door te drukken (zie gevaar van 'barricade ethiek' in paragraaf 4.5).

¹³ Hetgeen niet wil zeggen dat de betreffende individuele persoon simpelweg bepaalt wat het morele dilemma is en daar alleen zelf wat over kan zeggen. Veel vaker is het zo dat personen niet weten wat *precies* hun moreel dilemma is en hoe ze het onder woorden moeten brengen. Anderen kunnen door goede constructieve vragen te stellen vaak de betreffende persoon 'helpen' zijn of haar moreel dilemma proberen te benoemen en vervolgens goed te leren formuleren. Het kan zelfs zo zijn dat dat 'helpen' van een ander erop neer komt dat anderen er niet van overtuigd zijn dat dat echt het morele dilemma is en dat kritisch willen onderzoeken.

betekenis en de manier waarop het geformuleerd wordt) is niet een bestaand iets dat bij voorbaat helder en als een vaststaand gegeven boven een praktijk zweeft. Een moreel dilemma is continu aan verandering onderhevig; zij is dynamisch en intersubjectief.

2.4 In de dialoog wordt duidelijk of en welke morele vraag er *is*

Een moreel beraad richt zich zoals gezegd, altijd op een morele vraag in een concrete ervaring. De beantwoording van de vraag wanneer een vraag (of een dilemma) een *morele* vraag (of dilemma) is, hangt sterk samen met de achterliggende visie op ethiek die mensen hanteren. Volgens een *pragmatisch-hermeneutische en dialogische visie* op ethiek (zie paragraaf 5) is bij het lezen van een casus of een vraag niet bij voorbaat duidelijk of het een morele casus of een morele vraag is. In het gesprek met de betrokkenen over hun ervaringen en zienswijzen wordt pas duidelijk of het een morele vraag is. Zo kan een praktische 'hoe' vraag (in bijvoorbeeld: 'hoe moet ik iemand wassen?') zowel louter praktisch als ook moreel bedoeld zijn, volgens de casusinbrenger. Het wordt louter praktisch als de casusinbrenger om informatie over wastechieken vraagt. Het wordt moreel als de casusinbrenger zich afvraagt wat de meest respectvolle manier van wassen is. Een ander voorbeeld: de vraag 'wat behoort ik hier te doen?' kan slechts een informatieve vraag zijn ('wat moet ik hier volgens het beleid, de wet of de professionele code doen? en dan zal ik dat gaan doen') maar het kan eveneens een morele vraag zijn ('gegeven dat dat het beleid is, wat moet ik dan zelf naar eer en geweten doen?'). Met andere woorden, pas de concrete ervaring van de betrokkene en diens bedoeling met de vraag (de vraag achter de vraag) maakt of er sprake is van een morele vraag. Hetzelfde geldt voor het zo vaak te gemakkelijk gemaakte onderscheid tussen communicatie problemen en morele problemen: communiceren is per definitie moreel geladen en of de besproken kwestie slechts een communicatieprobleem is, is afhankelijk van het bespreken van die kwestie en de intentie van de mensen die de kwestie bespreken. Tot slot, bij elke praktische vraag of handeling zijn weliswaar morele vragen te bedenken en in elke algemene casus kunnen tal van morele dimensies zitten. Volgens de pragmatische hermeneutiek is iets echter pas moreel als de betrokkenen het als zodanig ervaren of gaan inzien.¹⁴

3 Aan ethiek doen

Als het gaat om de verdeling van aandacht, tijd en geld voor ethiek binnen de gezondheidszorg lijkt er een ongelijke verdeling te bestaan. Aandacht voor een specifiek onderwerp door middel van een landelijke ethiekcommissie met ethiekexperts (zie hieron-

¹⁴ Zelfs als na overleg met de betrokkenen geconcludeerd wordt dat dat inderdaad een morele vraag is, dan nog rechtvaardigt dat niet automatisch aandacht (bijvoorbeeld in de vorm van een moreel beraad) voor die specifieke morele vraag. Men moet het ook een belangrijke en urgente morele vraag vinden om daar kostbare tijd aan te besteden.

der) krijgt relatief meer¹⁵ aandacht (lees: geld, tijd en ondersteuning) en heeft een duidelijke(re) status dan andere vormen van ethiekondersteuning (zoals het leren omgaan met de dagelijkse morele dilemma's) waar het binnen dit signalement en dit essay om te doen is. Een van de mogelijke verklaringen van deze ongelijke verdeling van aandacht voor ethiek binnen de gezondheidszorg is dat er (nog) onvoldoende zicht is op het belang van goed leren omgaan met morele vraagstukken en de negatieve consequenties die het heeft voor gezondheidszorgmedewerkers en cliënten/patiënten, hun onderlinge samenwerking, de kwaliteit van zorg en de professionaliteit. Het is belangrijk de komende jaren meer zicht te krijgen op die andere vorm van aan ethiek doen en de positieve impact die het heeft voor de gezondheidszorg (hetzij tijdens de uitvoering van het werk, hetzij tijdens de beroepsopleiding tot gezondheidszorgprofessional).

Aan ethiek doen betekent dat we expliciet en systematisch bezig zijn met onze opvattingen over wat moreel juist is. Bijvoorbeeld als we onszelf afvragen: "Ik vind dat echt niet kunnen wat mijn collega doet, maar waarom vind ik dat eigenlijk zo?" Weliswaar gebruiken de meeste mensen niet de terminologie, methodologie en theorieën die ethici gebruiken, maar het blijven reflecties op onze moraal. 'Aan ethiek doen' is dus niet louter en alleen voor experts en voor mensen die ethiek gestudeerd hebben. In deze paragraaf richten we ons op die vormen van 'aan ethiek doen' waar het expliciete en methodische aandacht voor moraal betreft.

3.1 Ethiek laten doen door experts

Verschillende soorten ethiek kunnen verschillende soorten doelen dienen en voor elk doel kan een specifiek soort (ethiek) expertise nodig zijn.¹⁶ Er bestaan verschillende soorten ethiekcommissies waarin experts prescriptieve of normatieve richtlijnen ontwikkelen.¹⁷ Binnen deze vormen van ethiekondersteuning door ethiekexperts zien we een geformaliseerde structuur, een relatief specialistisch en abstract kennis niveau en relatief grote afstand tot de dagelijkse praktijk en de medewerkers en patiënten en/of cliënten die er werken. Voorts zien we dat de focus steeds gericht is op cognitieve kennis over een speciaal ethisch onderwerp (en niet, zoals in de introductie beschreven, kennis over hoe ethiek te doen en te organiseren). Het lijkt alsof het bestaansrecht van die commissies met hun specialistische ethiekexpertise relatief vanzelfsprekend is. Veel van de producten van deze ethiekcommissies (zoals wetten, beleidsplannen, richtlijnen, beroepscodes) gaan idealiter naar (eind)verantwoordelijken in de zorg (zoals bestuurders, geneesheer-directeuren, managers en behandelaren) omdat zij handvatten willen

¹⁵ Met 'meer' bedoel ik niet per definitie ook 'veel' aandacht. Ik denk dat deze vorm van ethiek nog veel meer en vooral meer efficiëntere aandacht, nodig heeft. Juist om de brug te slaan van deze producten van ethiek experts naar de dagelijkse praktijk: om de praktijk beter te bereiken, maar ook vice versa, om de producten van de ethiek experts beter te maken door input van de medewerkers van de dagelijkse praktijk.

¹⁶ Zie noot 25.

¹⁷ Zie voor een aantal van die ethische commissies met ethiekexperts: www.ceg.nl (Ethische thema's).

(of opgelegd krijgen) om hun verantwoordelijkheid inhoudelijk en procedureel vorm te geven.

3.2 Ethiek laten doen door gezondheidszorgmedewerkers zelf

Wanneer het gaat om de ondersteuning van medewerkers in gezondheidszorginstellingen in het omgaan met morele vraagstukken (waaronder morele dilemma's) uit de dagelijkse praktijk, dan is een andere vorm van ethiek en ethiekexpertise nodig.¹⁸ Het is een ethiek van de gezondheidszorgmedewerkers zelf, zij zijn in hun kern zelf morele experts. Niet alleen als mens die opgegroeid is met, nadenken over goed en kwaad, maar vanwege de concrete ervaring en de beroepsmatige opdracht om de patiënt en/of cliënt goede zorg te verlenen. De ethiekexpertise die daarvoor nodig is, betreft de methodologische reflectie op hun beroepsmatige moraal.¹⁹ Deze vorm van ethiek doen gaat uit van:

- a wat gezondheidszorgprofessionals zelf ervaren;
- b wat zij binnen die ervaringen, als een belangrijke morele kwestie zien²⁰; en
- c hun professionele verantwoordelijkheid om goed en methodisch verantwoord te reflecteren op die morele kwesties.

Voor a) en b) geldt dat gezondheidszorgmedewerkers en de context waarbinnen zij werken zelf de bron zijn van wat moreel gezien betekenis heeft. Het leren zien van morele kwesties en het leren daar methodisch en constructief mee om te gaan kunnen zij (verder) ontwikkelen op basis van de juiste training door de juiste ethiekexperts met de juiste didactische ethiekexpertise (zowel in beroepsopleidingen als tijdens de uitoefening van het beroep). In de komende jaren verdient die expertise-overdracht naar professionals meer aandacht. Aandacht voor welke expertise overgedragen dient te worden, welke kennis daarvoor nodig is, welke methoden van ethische reflectie passend zijn en welke didactische werkvormen effectief en efficiënt zijn. Training 'on the job', tijdens het uitvoeren van het werk en vervolgens volgen wat het concrete resultaat van die training is voor het werk, is doorgaans effectiever dan een dag een ethiekcursus volgen op een mooie locatie. Hieronder volgt een eerste oriëntatie ten aanzien van het 'aan ethiek doen' door of met gezondheidszorgprofessionals.

Doelen van 'aan ethiek doen'

Het is van belang om steeds expliciet te zijn over welke doelen worden nagestreefd met de ethiekactiviteiten en om die vooraf te toetsen aan de verwachtingen van de deelnemers en achteraf aan de behaalde resultaten van de ethiekactiviteiten. Dat is niet alleen

¹⁸ Voor alle duidelijkheid, deze andere vorm van ethiek (expertise) sluit de zojuist beschreven ethiek (expertise) niet uit.

¹⁹ Zie Molewijk ea. 2006.

²⁰ Dit eigenaarschap is niet louter omwille van bepaalde normatieve waarden zoals: democratie, empowerment of dienstbaarheid jegens deze professionals, maar juist vanwege de epistemologische veronderstelling dat morele vragen persoonsgebonden zijn en in de ervaring besloten zijn (zie paragraaf 5).

belangrijk tijdens de start van een ethiekactiviteit, maar ook vooral ook tijdens de voorbereiding om de soort ethiekactiviteit: op die manier kan de bijpassende ethiekexpertise en methodiek adequaat gekozen worden. Ook tijdens een serie ethiekactiviteiten is explicitering en in de gaten houden van de doelen nodig. Bijvoorbeeld: Wanneer een moreel beraad gericht is op het nemen van een onderbouwde beslissing, dan weet de gespreksleider en de deelnemers dat men voor de laatste fase van het moreel beraad extra aandacht en tijd moet reserveren. Is het moreel beraad echter primair bedoeld om elkaars gezichtspunten te horen, te begrijpen en te kunnen onderzoeken, dan hoeft de fase van een beslissing nemen en onderbouwen geen of niet veel tijd te kosten (Molewijk ea. 2008: p. 38). Een hele andere reden om de doelen expliciet te monitoren is dat het de deelnemers aan de ethiekactiviteit dwingt om positie en verantwoordelijkheid te nemen ten aanzien van wat zij beogen met de activiteit.

Globaal kunnen we vier niveaus van doelen onderscheiden. Elk niveau is vervolgens weer onder te verdelen in concrete subdoelen. De vier niveaus zijn: casus, individuele professional, team en organisatiebeleid. Op *casus niveau* gaat het erom om de casus beter te begrijpen, meerdere gezichtspunten te zien en eventueel een beslissing of antwoord of zelfs oplossing te formuleren. Op het tweede niveau, dat van de *individueel professioneel*, hebben de doelen vooral betrekking op het verbeteren van de morele competentie van de professional. Door goed te reflecteren, vragen te stellen en (voor)oordelen uit te stellen en te onderzoeken, leert de professional kritisch te zijn en te blijven naar hoe hij of zij goede zorg vormgeeft, onderbouwd en daarover in gesprek gaat met anderen (zoals collega's, cliënten en patiënten, familieleden, etc.). In de morele competentie training die zich ook op de deugdenethiek en levenskunst richt, komen we dicht bij het doel van de zelfzorg voor de individuele professional. Zelfzorg geeft ruimte aan de eigen identiteit en betrokkenheid met het werk en de daarbij behorende (morele) waarden, passies en frustraties. Het derde niveau is het niveau van het team. Een ethiekactiviteit kan expliciet gericht zijn op verbetering van teambuilding, besluitvorming(sprocessen) en interdisciplinaire afstemming. Op organisatorisch of beleidsniveau spelen doelen een rol zoals: een klimaat en imago dat transparantie en verantwoording stimuleert, het vormgeven en onderhouden van de visie en gedragscode van de instelling, werken aan de identiteit van de instelling, het zowel *top-down* als *bottom-up* verbinden van moreel beraad bijeenkomsten met (kwaliteits)thema's, etc.

Houding tijdens het 'aan ethiek doen'

Tijdens het doen van een ethiekactiviteit is het van belang om de juiste houding aan te nemen. De juiste houding is die houding die ervoor zorgt dat a) het niet verzandt in het losjes uitwisselen van vrijblijvende persoonlijke opvattingen of b) uit de hand loopt in het ongegeneerd persoonlijke en emotionele verwijten maken aan het adres van de ander of c) een vrijblijvende intellectuele exercitie wordt. Kenmerken van een goede houding die past bij het aan ethiek doen zijn:

- Een dialogische en respectvolle houding ten aanzien van andersdenkenden zonder eigen standpunt op te geven (dialogisch betekent het gezamenlijk in gesprek of onderzoek gaan over elkaars vooronderstellingen en visies);
- Zorg dat je de morele kwestie onderzoekt en niet de persoon die een morele kwestie heeft;
- Spreek zo min mogelijk hypothetisch ('wat als');
- Wees oprecht en zeg wat je denkt (oprechte gesprekken bevorderen het begrip en de dialoog; speel dus geen rol en vertegenwoordig niet primair een belang);
- Wees concreet als het gaat om wat je mening is en verbindt dat met concrete voorbeelden;
- Probeer de ander te begrijpen in plaats van de ander te overtuigen;
- Voorkom dat je goed beredeneerd en moreel verantwoord een bepaalde keuze of handeling onderbouwt terwijl je weet of aanvoelt dat je die handeling toch niet zal doen ('intellectuele camouflage-ethiek').

Voorwaarden met betrekking tot het 'aan ethiek doen'

Aan ethiek doen is een belangrijke maar ook een kwetsbare bezigheid. Belangrijk omdat het steeds gaat om wat ons aan het hart gaat; ethiek gaat over zaken die voor ons er toe doen en waar we nauw bij betrokken zijn. Kwetsbaar omdat het imago en het belang van de ethiek niet altijd even duidelijk en sterk is. Kwetsbaar omdat de methodiek en expertise om aan ethiek te doen niet altijd beschikbaar is. En kwetsbaar omdat aan ethiek doen een bepaalde houding vereist (zie hierboven) die soms in strijd is met strategische of politieke belangen en verhoudingen. Om die reden is het belangrijk om aandacht te hebben voor de voorwaarden die nodig zijn om aan ethiek te doen.

Een basale voorwaarde is dat *doel en methode* van de ethiekactiviteit bij elkaar aansluiten en dat verwachtingen *bekend zijn*. Het is bijvoorbeeld zeer frustrerend als een team een moreel beraad bijwoont met het idee dat er een democratisch besluitvormingsproces zal volgen, terwijl de eindverantwoordelijke manager na het moreel beraad zegt: "Dank voor jullie input, maar we gaan toch rechtsaf".²¹ Daarbij hoort ook dat te hoge verwachtingen genuanceerd moeten worden (ethiek is geen wondermiddel dat alles oplost). De daarvoor geschikte expertise moet in huis zijn, of extern ingehuurd worden. Je kunt soms beter de eerste ethiekactiviteiten door een externe expert laten doen dan dat de scherpste en diepte en methodische kwaliteit de eerste keer tegenvalt (je hebt maar één keer voor een eerste indruk).

Een belangrijke voorwaarde is voorts om te benadrukken dat de geschikte expertise in huis moet zijn, of extern ingehuurd moet worden. Je kunt soms beter de eerste ethiekactiviteiten door een (externe) expert laten doen dan dat de scherpste en diepte en me-

²¹ Voor alle duidelijkheid, dit is niet frustrerend omdat een moreel beraad een democratisch besluitvormingsproces zou moeten inhouden. Het is frustrerend vanwege verschillende verwachtingen.

thodische kwaliteit de eerste keer tegenvalt (je hebt maar één keer om een eerste indruk te krijgen).

Een andere belangrijke voorwaarde is als het om het domein van de ethiek gaat, *ieder een een gelijke inbreng* dient te hebben en mensen daartoe uit te nodigen. Te vaak worden ethiekactiviteiten inhoudelijk (dus niet alleen qua spreektijd) gedomineerd door professionele experts (zij met veel of een apart soort professionele kennis) of door leidinggevenden. Deelnemers hebben niet alleen recht op een gelijke inbreng maar iedere deelnemer heeft ook evenveel ervaring, kennis en inzicht als het gaat om haar of zijn visie op en ervaring met een moreel vraagstuk. Dit is tevens een argument voor participatie van cliënten of patiënten en diens familieleden tijdens ethiekactiviteiten. Specifieke of extra professionele kennis en medewerkers met een hogere hiërarchische positie hebben niet meer morele wijsheid.²² Mensen die de ethiekactiviteit organiseren of begeleiden moeten het lef hebben die gelijke inbreng (pro-actief) te beschermen.

Tot slot is het van groot belang dat *veiligheid en vertrouwelijkheid* in en na het moreel beraad gewaarborgd zijn. Het moet duidelijk zijn wat er met die twee begrippen concreet bedoeld wordt en in hoeverre het haalbaar en wenselijk is om volledige vertrouwelijkheid te garanderen. Veel mensen voelen zich in hun werk niet vrij om te zeggen wat ze denken. Het is belangrijk om van te voren met elkaar af te spreken hoe met niet-deelnemers aan de ethiekactiviteit wordt gesproken over de betreffende kwestie en over dat wat deelnemers inbrachten tijdens de ethiekactiviteit. Ook is het belangrijk met elkaar af te spreken wat er met de verslaglegging of andere communicatie over de ethiekactiviteit gebeurt, zeker als informatie vanuit de ethiekactiviteit breder in de organisatie gebruikt wordt (zie paragraaf 4).

3.3 Vormen van ‘aan ethiek doen’

Er bestaan tal van vormen om aan ethiek te doen en afhankelijk van het doel van de ethiekactiviteit en de beschikbare expertise en mogelijkheden binnen de gezondheidszorginstelling kunnen die verschillende vormen, al dan niet gecombineerd, ingezet worden.

Een traditionele manier om aan ethiek te doen is *kennisoverdracht*, bijvoorbeeld door het lezen van teksten over toegepaste ethiek of door het bijwonen van een les of lezing over ethiek.

Een andere, actievere en meer betrokken vorm van aan ethiek doen is het *bespreken van eigen morele vragen uit de dagelijkse praktijk* door middel van het gezamenlijk me-

²² Wat niet wil zeggen dat sommige medewerkers niet meer vaardigheden hebben om zich te uiten of om te reflecteren op een morele kwestie.

thodisch bespreken van een vraag onder begeleiding van een gespreksleider die het onderzoek of de dialoog faciliteert zonder zich inhoudelijk met de kwestie te bemoeien: een moreel beraad (zie paragraaf 2). Er zijn veel verschillende werkvormen van moreel beraad²³. De Socratische methode is qua houding en methode een veel toegepaste en theoretisch goed onderbouwde methode.²⁴ Een bijzondere vorm van moreel beraad is het combineren van outdooroefeningen en een Socratisch onderzoek over thema's die op dat moment spelen (en dus niet retro- of prospectief). Bijvoorbeeld: "Wat is hier goed samenwerken?" Het bijzondere hiervan is dat de onderzoeksvraag geactualiseerd wordt in gezamenlijk onderzoek ter plekke. Naast moreel beraad over morele vragen of morele problemen is er ook moreel beraad waarin gereflecteerd wordt over situaties waar volgens de deelnemers wel goede zorg werd verleend.²⁵ Een andere manier om aan ethiek te doen is het organiseren van debatten over ethische kwesties of een filosofisch dan wel ethisch café.

Naast deze talige manier van aan ethiek doen, waarbij vooral het denken en het spreken centraal staat, zijn er ook vormen die meer gericht zijn om het niet-talige. Rollenspelen zijn een goed voorbeeld. Een bijzondere vorm van een rollenspel is een optreden van professionele acteurs waarbij het publiek (doorgaans medewerkers van een gezondheidszorginstelling) de rol van regisseur krijgt toebedeeld.²⁶ Een andere niet-talige vorm van aan ethiek doen is het maken en verspreiden van striptekeningen of kunst met betrekking tot ethische kwesties. Weer een andere niet-talige manier is het gebruik maken van foto's.²⁷ Medewerkers, cliënten of familieleden kunnen een foto maken en insturen over iets wat zij ethisch belangrijk of goed vinden. Aan de hand van de foto's worden enkele reflecties gegeven, al dan niet in de vorm van een tentoonstelling.

Een ludiek manier om aan ethiek te doen is om een wedstrijd te organiseren voor het beste morele dilemma van de maand: medewerkers worden uitgenodigd morele dilemma's in te sturen en een jury bepaalt maandelijks aan de hand van vastgestelde criteria welk moreel dilemma het beste morele dilemma is.²⁸ De inzender van dat dilemma ontvangt een boekje over ethische dilemma's, een gratis moreel beraad en een bos bloemen. Over het beste dilemma van de maand wordt maandelijks een geanonimiseerde column geschreven. Een overzicht van ingestuurde dilemma's wordt elk kwartaal naar het managementteam gestuurd en levert zo een belangrijk signaal voor wat er binnen de organisatie speelt ('de morele thermometer van de organisatie'). Een andere ludieke manier is het spelen van een dilemmaspel of een kaartenspel.

²³ Zie o.a. Manschot & Van Dartel 1998, Kessels ea. 2008, Bauduin & Kanne 2009.

²⁴ Zie o.a. Kessels 1994, Kessels ea. 2003, Delnoij & Van Dalen 2003.

²⁵ Myra van Zwieten, presentatie op Platform Moreel Beraad, 2008.

²⁶ Zie bijvoorbeeld het artikel over de werkwijze en didactiek van het Toetstheater van Hans Tenwolde in Gaby ea. 2008.

²⁷ Zie Sitvast 2007.

²⁸ Voorbeeld van Molewijk en Commissie Ethiek van de Stroom Opmaat Groep (2007).

Tot slot zijn er ook terugkerende activiteiten binnen een gezondheidszorginstelling waar aan ethiek gedaan kan worden. In jaar- en exitgesprekken kan gevraagd worden naar ethische thema's die voor de medewerker van belang zijn geweest. Een andere instelling gebruikt de maandelijkse introductiedag voor nieuwe medewerkers om niet alleen wat over ethiekactiviteiten binnen de instelling te vertellen, maar ook om direct een korte moreel beraad oefening te doen.

3.4 Aan ethiek (leren) doen: specifieke expertise nodig

Aan ethiek doen is lastig.²⁹ Gesprekken over moraal gaan vaak alle kanten op en het is vaak onduidelijk welke methode waarom (niet) gevolgd wordt en welke kennisclaims we binnen de ethiek kunnen hanteren. Het zal niet de eerste keer zijn dat een enthousiaste start aan een ethiekactiviteit (of project) eindigt met een ruziënde of gekwetste groep mensen die nog meer gefrustreerd uit elkaar gaat, dan dat zij bij elkaar kwam, of eindigt met de constatering dat het een gezellige maar vrijblijvende borrelpraat was zonder kop of staart en met geen of onduidelijke gevolgen. Hier geldt zeker: bezint eer ge begint.

Om goed aan ethiek te kunnen doen is het zinvol om de morele competentie van professionals (verder) te ontwikkelen. Morele competentie is kort gezegd die kennis, vaardigheden en houding die je kunt gebruiken om, samen met anderen, met morele vraagstukken om te gaan.³⁰ Tekortkomingen op het gebied van morele competenties, zowel bij gezondheidszorgmedewerkers als bij de organisatie waarbinnen zij werken, kunnen leiden tot een scala aan problemen.³¹ Volgens een studie van het CEG naar de kwantiteit en kwaliteit van ethiek in zorgopleidingen en zorginstellingen, hebben zorgprofessionals over het algemeen te weinig ethische basiskennis en morele vaardigheden en ontbreekt vaak het besef dat morele aspecten verbonden zijn aan heel alledaagse vormen van zorg. Een training die zich richt op kennis, vaardigheden en/of houding met betrekking tot het omgaan van morele vraagstukken dient direct aan te sluiten bij wat gezondheidszorgmedewerkers dagelijks doen.³² Training in morele competentie dient zich primair (te legitimeren door zich) te richten op dagelijkse handelingen en concrete ervaringen. Training in ethische kennis is relevant in de zin dat gezondheidszorgmedewerkers summier leren wat het vakgebied ethiek inhoudt, waar in de dagelijkse praktijk ethische kwesties zich kunnen voor doen en welke denkwijzen er bestaan om een handeling moreel juist te vinden. Louter kennisoverdracht van bijvoorbeeld ethische theorieën en principes lijkt onvoldoende of soms misleidend.³³ Het trainen van morele competentie kan goed samen-

²⁹ Gelukkig is er een groeiend besef dat het geen teken van zwakte is als je als professional niet weet wat het moreel juiste is om te doen. Deze trend sluit ook aan bij nieuwe definities van of visies op lerende organisaties en op (normatieve) professionaliteit waarbinnen morele competentie steeds vaker een belangrijk onderdeel is.

³⁰ Afhankelijk van de visie op ethiek en morele competentie worden verschillende vormen van kennis en methodiek vervolgens belangrijk gevonden voor het trainen van morele competentie.

³¹ Zie: Georges (2002) in Munk/CEG 2005.

³² Zie: Stolper ea. 2008.

³³ Zie Arend in CEG 2005 over het leren van ethische principes: *'These approaches transform ethical principles in a formal way, paying too little attention to the nature of both nursing and care, to the characteristics and context in which they occur and to the personal aspects involved, such as the emotions'* (Arend 2003: p. 97).

gaan met het bespreken en behandelen van een ethische kwestie op de afdeling (zie doelen van moreel beraad in paragraaf 2). Samenwerking tussen onderzoekers, ethiekdocenten en onderwijskundigen op dit gebied, gericht op inhoud, didactiek en resultaat van trainingen in de dagelijkse praktijk, is van groot belang.³⁴

Deze paragraaf heeft veel aspecten van aan ethiek doen kort beschreven. In de komende jaren is het van belang om zowel binnen gezondheidszorginstellingen als ook binnen gezondheidszorgopleidingen, naar verhouding meer aandacht te besteden aan het kwalitatief goed en effectief (leren) omgaan met morele vraagstukken en de positieve consequenties die dat kan hebben (zie paragraaf 6). In de volgende paragraaf wordt beschreven hoe en vanuit welke visie 'aan ethiek doen' georganiseerd kan worden. Positieve en negatieve ervaringen worden beschreven. Het een en ander wordt toegelicht aan de hand van het implementeren van moreel beraad en een format voor een integraal ethiekbeleid.

4 Ethiek organiseren: Naar een ethiek die voor de praktijk werkt (en niet andersom)

Veel van ethiekactiviteiten op instellingsniveau zijn niet of matig ingebed. Er worden losse of incidentele ethiekactiviteiten gedaan zonder dat er gezocht wordt naar aansluiting met andere activiteiten binnen de instelling. Bijvoorbeeld: de commissie ethiek en de kwaliteitsmedewerkers werken niet samen (of erger: beconcurreren elkaar). Naast de vaak problematische inbedding van ethiekactiviteiten binnen een instelling, vindt er nauwelijks uitwisseling plaats tussen instellingen.³⁵ Veel van die initiatieven worden niet of nauwelijks serieus ondersteund op het gebied van voldoende kwaliteit van een ethiekdeskundige en voldoende voorwaarden voor medewerkers om aan die ethiekactiviteit deel te kunnen nemen (medewerkers van gezondheidszorginstellingen die in hun vrije tijd aan een moreel beraad over hun werk deelnemen ...).

Leidinggevenden en bestuurders bagatelliseren soms het belang van de ethiek door de ethiekactiviteit weg te zetten als hobby, therapie of overbodige bureaucrativering. Soms wordt, principieel of opportuun, gezegd dat ethiek niet expliciet georganiseerd dient te worden omdat ethiek overal zit. Op die manier verdwijnt niet alleen de expliciete en methodisch specifieke aandacht voor ethiek, maar ook de specifieke expertise die nodig is om ethiekactiviteiten te begeleiden. Tegelijkertijd ontstaan er initiatieven waarvan het oorspronkelijk enthousiasme en hoop omslaat in frustratie of wantrouwen doordat de

³⁴ Een goed voorbeeld is het promotieonderzoek van Margreet Stolper (VUmc Amsterdam) naar de relatie tussen moreel beraad en morele competentie.

³⁵ In 2006 is het Landelijk Platform Moreel Beraad opgericht om experts uit instellingen en instituten met elkaar te verbinden. Voorheen bestond het Landelijk Bureau Ethiek in de Zorg. Dit bureau werd gefinancierd door vier koepelorganisaties (algemene ziekenhuizen, ouderenzorg, geestelijk gehandicapten zorg, en de geestelijke gezondheidszorg). Het bureau vormde een databank van zowel beleidsstukken als ethische casuïstiek, verzorgde trainingen, adviezen en lezingen en schreef regelmatig rapporten (onder auspiciën van het College voor Ethische en Levensbeschouwelijke Aspecten van de Zorgverlening (CELAZ) (zie bijvoorbeeld: 1998, 2000).

ethiek niet goed, te weinig, te laat, of zelfs verkeerd wordt geborgd. Kortom, ondanks goede bedoelingen met ethiek, en ondanks kwalitatief goede ethiekactiviteiten: het ontbreekt regelmatig aan een juiste organisatie en inbedding van die ethiekactiviteiten.

In deze paragraaf wordt allereerst een specifieke visie op de organisatie van ethiek in gezondheidszorginstellingen omschreven (deze visie wordt in paragraaf 5 kort samengevat en theoretisch onderbouwd). Deze visie wordt hier verder geconcretiseerd en toegelicht aan de hand van het doen, organiseren en implementeren van moreel beraad. Tot slot wordt benadrukt dat ethiek organiseren staat of valt met een goede organisatorische en beleidsmatige aansluiting en inbedding. Daartoe wordt als afsluiter van deze paragraaf een format voor een integraal ethiekbeleid gekenschetst als een opmaak voor een inbedding van concrete ethiekactiviteiten.

4.1 Zorg voor ethiek organiseren is een *must*

‘Aan ethiek doen’ vereist een aparte deskundigheid, waarbij soms gebruik gemaakt wordt van een ander kennisdomein dan bijvoorbeeld door professionele, juridische of beleidskennis toe te passen en het verbetert de kwaliteit van zorg, zo betoogde ik eerder. Ethiek gaat immers over kwaliteit: wat is goede zorg? Het bevordert de kwaliteit van zorg door inhoudelijk (vaststellen wat goed is), procesmatig (juiste methode aanleren voor bepalen van goede zorg), communicatief (onderling respectvol samenwerken aan en samen spreken over goede zorg) en persoonlijk (als professional overtuigd en betrokken vanuit waarden werken). Deze visie op ‘aan ethiek doen’ impliceert zorg voor ethiek organiseren een ‘must’ is. Zorgorganisaties en zorgprofessionals zijn verantwoordelijk om de zorg voor de ethiek te organiseren in het kader van hun professionalisering en in het kader van de kwaliteit van zorg. Diverse organisaties (zie paragraaf 1) kunnen helpen om die zorg voor ethiek te faciliteren.

4.2 Aan ethiek doen en ethiek organiseren moet ter plekke werken

De manier waarop en de mate waarin professionals en organisaties aandacht besteden aan de organisatie van ethiekactiviteiten, is steeds opnieuw een zoektocht, omdat zowel inhoud en werkwijzen pas in de concrete ervaring duidelijk kunnen worden. Ethiek dient weliswaar kwalitatief en methodisch goed georganiseerd te worden, maar dient niet het wezenlijke van de ethiek (of dat wat de ethiek nastreeft) te ondermijnen. En dat is: in relatieve vrijheid, vanuit een persoonlijke betrokkenheid en binnen een vrije ruimte reflecteren op en onderzoeken van kwalitatief goede zorg. Los van deze principiële visie op de organisatie van ethiek speelt ook een pragmatische visie een rol: aan ethiek doen en ethiek organiseren moet werken. Dat wil zeggen, het moet bijdragen aan het continue proces van verbeteren van de kwaliteit van zorg, daar waar die onduidelijk of in het

geding is. Deze visie veronderstelt een extra appel op professionals en organisaties: zij dienen zelf een passende vorm van ethiekorganiseren te ontwikkelen.

4.3 Zorg er voor dat ethiek organiseren geen doel in zichzelf is

Het is wel van belang om steeds de kwaliteit van zorg als onderwerp te bewaken. Voorkom dat de ethiek zelf te veel centraal komt te staan. Ga niet naar een afdeling toe en vraag of ze aan moreel beraad willen doen, maar ga naar een afdeling toe en vraag welke morele vragen of discussiepunten er zijn met betrekking tot de kwaliteit van zorg. Vraag pas in tweede instantie of moreel beraad (of een andere vorm van aan ethiek doen) daarbij kan helpen. Doe niet aan ethiek omdat aan ethiek doen in zichzelf goed is, maar doe aan ethiek om vragen van de medewerkers over de kwaliteit van zorg goed te kunnen bespreken. Dat kan betekenen dat je ethiekactiviteiten pas organiseert als dat in een bepaald project of tijdens het bespreken van een bepaald thema zinvol en nuttig kan zijn. Vanzelfsprekend is er een kleine groep nodig in het ziekenhuis die de ethiek als zodanig expliciet organiseert.

4.4 Verwar niet de verantwoordelijkheden bij ethiekactiviteiten

Een ander punt van aandacht is het onderscheid tussen verantwoordelijkheid voor het organiseren van ethiekactiviteiten en inhoudelijke verantwoordelijkheid ten tijde van het doen van de ethiekactiviteit. Ethiekexperts kunnen weliswaar ethiekactiviteiten kwalitatief goed uitvoeren of faciliteren, maar het blijft de verantwoordelijkheid van de instelling om aan ethiek te doen. Een ethicus of ethiekexpert dient niet verantwoordelijk te worden voor de organisatie van ethiek, maar is wel verantwoordelijk voor de kwaliteit ervan. Het zijn de medewerkers zelf (zowel hulpverleners als leidinggevend) die verantwoordelijk zijn voor hun eigen ethiek en voor de organisatie van de ethiek. Het is een kunst deze scheiding van verantwoordelijkheden steeds expliciet en in balans te houden. De gezondheidszorginstelling is dus verantwoordelijk. Concreet betekent dit dat de Raad van Bestuur de organisatie van ethiek dient te agenderen en laat terugkomen in haar gesprekken met het managementteam of de directie. De Raad van Bestuur kan daarbij een thema agenderen: "Laten we binnen de ethiekactiviteiten in 2010 de aandacht (o.a.) richten op het beleidsthema X van volgend jaar. Per kwartaal bespreken we de resultaten van die ethiekactiviteiten en de verbinding van die resultaten met beleid X." Vanzelfsprekend is het ook mogelijk dat de managers, de directie, of de hulpverleners een voorstel doen voor een thema van de te organiseren ethiekactiviteiten. De managers of de directie kunnen vervolgens in hun eigen afdeling ethiekactiviteiten organiseren en garant staan voor de voorwaarden voor die ethiekactiviteiten.

Tijdens het aan ethiek doen zelf, is het belangrijk om in het bespreken van een inhoudelijke kwestie betrokkenen de vrije ruimte te geven. Indien tijdens een ethiekactiviteit medewerkers gemanipuleerd of inhoudelijk gestuurd worden, wordt niet alleen de inte-

griteit van de medewerkers aangetast maar ook het domein van de ethiek zelf. Binnen een ethiekactiviteit zijn mensen dus vrij maar tevens verantwoordelijk voor hun eigen standpunt. Een goed voorbeeld van de balans tussen de verantwoordelijkheid van de instelling voor de organisatie van de ethiekactiviteiten en de eigen verantwoordelijkheid van de deelnemers aan die ethiekactiviteit, is het project 'Dwang en Drang' binnen GG-Net te Zutphen.³⁶ In dat project werden ethiekactiviteiten (soms verplicht) georganiseerd met als expliciet beleidsdoel de kwantiteit en kwaliteit van dwang en drang in de psychiatrie respectievelijk te verlagen en te verbeteren (in concreto: minder separeren en indien separeren toch 'noodzakelijk' is, dan de kwaliteit van die separatie verbeteren). De ethiekactiviteiten (o.a. serie van moreel beraadbijeenkomsten) werden ingezet door gespreksleiders Moreel Beraad onder de voorwaarde dat tijdens de ethiekactiviteiten niet bepaalde normen en waarden ten aanzien van separeren werden opgelegd.³⁷

Vanuit het standpunt dat de organisatie van de ethiekactiviteiten de kwaliteit van zorg dient te ondersteunen of te verbeteren, is een directe relatie met de kwaliteit van zorg van groot belang. Het is daarom van belang dat zowel de organisatie van de ethiekactiviteiten als de terugkoppeling van de resultaten van die ethiekactiviteiten goed ingebed zijn in de organisatie en tegelijkertijd ook van praktisch belang zijn (zie 'integraal ethiekbeleid'). Een goede inbedding alleen wil nog niet zeggen dat de organisatie van ethiekactiviteiten ook vruchtbaar is. Ethiekactiviteiten moeten pragmatisch worden ingezet: dat wil zeggen dat steeds gekeken moet worden of en hoe het werkt. Wat de concrete betekenis is voor alle betrokkenen. Te vaak worden leidinggevendenden bestookt door enthousiastelingen die aan ethiek willen doen 'omdat dat zo goed en belangrijk is'. Te weinig wordt het pragmatisch en praktisch belang van aan ethiek doen besproken, concreetiseerd en gemonitord. Ook leidinggevendenden zien niet altijd in (of hebben nog weinig de ervaring) dat (resultaten van) ethiekactiviteiten constructief gebruikt kunnen worden. Overigens moet opgemerkt worden dat er een risico kleeft aan het pragmatisch en praktisch inzetten van ethiekactiviteiten voor de kwaliteit van de zorg. Het monitoren en gebruiken van resultaten van ethiekactiviteiten betekent niet dat eenmaal behaalde resultaten van ethiekactiviteiten ook altijd het doel moet of kan zijn van die ethiekactiviteiten.

4.5 Misbruik van de ethiek

Zoals eerder gezegd kleven er aan ethiek doen ook risico's. Bij het organiseren van ethiekactiviteiten is het daarom van belang om een expliciete visie te ontwikkelen (en te communiceren) op wat verstaan wordt onder misbruik van ethiek. Het staat niet bij voorbaat vast wat men onder misbruik van ethiek verstaat. En er zijn verschillende soor-

³⁶ Zie: Abma, Molewijk & Widdershoven 2009.

³⁷ Vanzelfsprekend kunnen deelnemers aan die ethiekactiviteiten (zoals leidinggevendenden) zelf een standpunt inbrengen (bijvoorbeeld: "Ik vind separeren te allen tijde moreel verwerpelijk") en dat standpunt dialogisch inzetten voor gezamenlijk onderzoek.

ten van misbruik maken van ethiek. Een ervan is dat een Raad van Bestuur of een leidinggevende een bepaalde *visie of norm wil implementeren* door ethiekactiviteiten te organiseren. Een Raad van Bestuur kan dat vinden en dat zelfs als beleid uitstippelen, of dat zelfs opleggen aan de medewerkers, maar dient het niet tijdens een ethiekactiviteit op te leggen in de zin dat de medewerkers dat ook moeten gaan vinden.

Een andere vorm van misbruik van ethiekactiviteiten is dat iemand een bepaalde morele stellingname heeft en die tijdens een ethiekactiviteit nog eens uitvoerig aan de orde brengt. Hier is niet alleen sprake van een al dan niet *geheime of manipulatieve agenda*, maar ook van het niet oprecht, open en met respect voor de ander een moreel thema bespreken of onderzoeken. Het voldoet niet aan de dialogische criteria zoals die past bij onze visie op ethiek en kennis claims binnen de ethiek (“ik weet beter wat goed is” en “zonder gezamenlijk overleg en onderzoek kan ik vaststellen wat moreel goed is”).

Een derde manier van misbruik is wat ik eerder ‘*de barricade ethiek*’ noemde. Sommige mensen zetten ethiek in om hun gelijk te halen over iets wat in hun ogen niet moreel goed is of om iemand aan te spreken op zijn of haar vermeende (al dan niet causale) verantwoordelijkheid van een misstand. Vanzelfsprekend kan men iets dergelijks aan de orde stellen en vanzelfsprekend kan dat gebeuren tijdens een ethiekactiviteit. Maar het kan niet zo zijn dat de ethiek als wapen wordt gebruikt om hun gelijk te halen of een partij aan te klagen, in de zin van: “De ethiekcommissie heeft vastgesteld dat dat ethisch niet verantwoord is” of “Het salaris van onze leidinggevende is ethisch onjuist”. Ethiek wordt hier misbruikt omdat zij niet beschikt over vaststaande normen en waarden.

Een vierde en laatste vorm van misbruik van ethiek is wat ik eerder in dit essay ‘*Calimero-ethiek*’ noemde. Dit risico doet zich naar mijn mening voor bij de terminologie ‘*moral distress*’. In de literatuur wordt *moral distress* omschreven als stress ervaren omdat een medewerker weet wat moreel goed is om te doen maar niet in staat wordt gesteld om dat vervolgens ook te doen (bijvoorbeeld door een tekort aan geld of door dat een leidinggevende dit niet toestaat of dit anders ziet). Dit leidt volgens sommige auteurs van empirisch onderzoek tot minder tevredenheid, minder loyaliteit ten aanzien van het werk en de organisatie, meer ziekteverzuim en meer ontslag. Logischerwijze wordt *moral distress* vaak geassocieerd met beroepen die afhankelijk zijn van anderen (zoals verpleegkundigen en verzorgende ten opzichte van artsen en specialisten). Alhoewel ik de empirische bevindingen niet direct in twijfel wil trekken, wil ik waarschuwen voor het gebruiken van ethiek (activiteiten) om dit soort groepen een moreel gelijk te geven. Hier geldt hetzelfde als bij de barricade ethiek: met ethiek kun je iets onderzoeken en iets ter discussie inbrengen, maar met ethiek dien je niet je gelijk te halen.

4.6 Moreel beraad als een vorm van ethiek organiseren

Moreel beraad is een veel gebruikte en doorgaans toegankelijke manier van ethiek organiseren (zie hiervoor vooral paragraaf 2 en 3). In deze subparagraaf sta ik kort stil bij de organisatie van moreel beraad.

Ten onrechte wordt moreel beraad vaak alleen maar gezien als een op zichzelf staande activiteit waarin een vast team van een afdeling een casus bespreekt 'en dan weer gewoon aan het werk gaat'. Een moreel beraad kan echter ook starten met een vraag (zonder een casus of concrete ervaring) of een thema. Dat is vooral handig als moreel beraad gericht wordt ingezet en dus de vraag of het thema geagendeerd wordt. Pas in tweede instantie wordt dan een ervaring (casus) geselecteerd waarin dat thema of die vraag een rol speelt en waarin de uitgangsvraag goed te onderzoeken valt. Een moreel beraad kan ook dwars door de organisatie georganiseerd worden: verschillende disciplines van verschillende afdelingen komen dan bij elkaar. Bijvoorbeeld om een overstijgend beleidsthema van verschillende kanten te bereiken, of om de deelnemers van dat moreel beraad ervaring op te laten doen om later in te stromen bij een in-company training voor gespreksleider moreel beraad, of om na een fusie verschillende afdelingen mogelijkheden te geven elkaar en een thema beter te verkennen.³⁸

4.7 Structurele of projectmatige organisatie is beter dan ad-hoc

Moreel beraadbijeenkomsten kunnen ad hoc, structureel of projectmatig georganiseerd worden. Een ad hoc moreel beraad wordt alleen gepland wanneer er een actueel thema is. Het voordeel is de actualiteit van het thema. Het nadeel is dat men het vaak dan weinig doet, dat het organiseren ervan op korte termijn lastig kan zijn en dat de deelnemers te weinig getraind raken om structureel effect te zien in de kwaliteit en diepgang van het moreel beraad zelf en in het samenwerken en reflecteren en besluiten nemen. Motivaties voor de ad hoc-vorm van het organiseren van moreel beraad kunnen ook duiden op een beleefde manier van weigeren of tegenwerken (zowel voor medewerkers die niet willen reflecteren of voor leidinggevenden die er geen tijd voor vrij willen maken).³⁹

Leren deelnemen aan moreel beraad en het gezamenlijk trainen in reflectie, argumentatie en besluitvorming gericht op goede zorg, kost tijd. En er spelen altijd wel morele thema's een rol. Om die reden is een structurele organisatie van moreel beraad met een vaste frequentie beter en een betere investering in de medewerkers en de kwaliteit van zorg. Bij een structurele organisatie is er doorgaans een duidelijke taakverdeling en

³⁸ Sandra van der Dam (Universiteit Maastricht) doet in samenwerking met VUmc Amsterdam een promotie onderzoek naar moreel beraad in de ouderenzorg (in Vughterstede te Vught en in Vivre te Maastricht) en schreef een artikel over '*cross-organisational moral deliberation groups*'.

³⁹ Een andere manier om expliciete en methodologische reflectie te ontlopen is door te zeggen: 'Ethiek is overal dus waarom zouden we het apart organiseren'. En vervolgens is er nergens expliciet en methodologisch aandacht voor een morele kwestie.

voorbereiding. In veel instellingen zijn er 'aandachtsfunctionarissen moreel beraad' die de terugkerende moreel beraadbijeenkomsten coördineren in samenspraak met de leidinggevende en het team.⁴⁰ Een risico van structurele moreel beraadbijeenkomsten is dat het een verplichting wordt die men achteloos doet zonder scherp te zijn op wat men er mee wil bereiken. De ingebrachte casus wordt dan soms alleen nog maar ingebracht omdat het moreel beraad moet doorgaan, niet zozeer omdat de bespreking van de casus (met de daarbij behorende doelen) van belang is.

Een andere vorm van moreel beraad organiseren is projectmatig moreel beraad inzetten. Moreel beraad kan dan ook structureel worden ingezet, maar dan binnen een projectstructuur (waarbinnen ook hele andere activiteiten plaatsvinden en met het moreel beraad in verband wordt gebracht). Een mooi voorbeeld van een dergelijk project is het project Ethos binnen GGNet (Zutphen). Nadat er via een brede actieve participatie een visie was ontwikkeld besloot de Raad van Bestuur (samen met HRM en het Kenniscentrum) om de visie levend te houden en betekenis te geven, door 40 moreel beraadbijeenkomsten over waarden uit de visie dwars door de hele organisatie te organiseren (inclusief Cliëntenraad en Familieraad en Facilitaire dienst). Van die moreel beraadbijeenkomsten is vervolgens een rapport opgemaakt en aan de hand daarvan is men nu een soort waardenkompas aan het ontwikkelen (als alternatief voor een normatieve of prescriptieve gedragscode).

Moreel beraad kan ook andersom georganiseerd worden: eerst een serie van moreel beraadbijeenkomsten, daarna de ontwikkeling van beleid, om vervolgens dat in de praktijk te toetsen of betekenis te geven door nieuw moreel beraad te organiseren. Dit was het geval binnen GGNet toen de Raad van Bestuur tien moreel beraadbijeenkomsten liet organiseren met cliënten en hulpverleners over seksualiteit en (on)gewenste intimiteit, om vervolgens een beleidsstuk te ontwikkelen.⁴¹ Een nog andere manier van moreel beraad is het trainen van geschikte medewerkers tot gespreksleider moreel beraad (Stolper ea. 2008). Door verschillende medewerkers verspreid over de organisatie te trainen wordt de expertise van moreel beraad leiden (en organiseren) in huis gehaald. Op diverse manieren kan vervolgens een dergelijke gespreksleiderspool ingezet worden.⁴²

⁴⁰ Frouk Weidema, onderzoeker naar implementatie van moreel beraad, schrijft momenteel een artikel over de rol van aandachtsfunctionarissen bij de implementatie van moreel beraad. De aandachtsfunctionaris vult samen met de gespreksleider en de leidinggevende een intake-formulier in om concreet te maken onder welke voorwaarden en met welke doelen een cyclus moreel beraadbijeenkomsten gestart wordt, inclusief data en criteria voor evaluatiemomenten.

⁴¹ Wat vooral opviel, los van de concrete bouwstenen voor een sexualiteitsbeleid, is dat de moreel beraadbijeenkomsten tussen cliënten en hulpverleners een enorme (meestal positieve) dynamiek en samenwerking opleverde, inclusief een andere zienswijze naar elkaar, die nu ook in andere projecten een rol spelen.

⁴² De ervaring met dergelijke trainingen en het onderzoek ernaar door Margreet Stolper (VUmc) en Frouk Weidema (GGNet), laten wel zien dat het niet voldoende is om medewerkers even een training gespreksleider moreel beraad te laten doen: het succes van de training staat of valt met de manier waarop vervolgens de gespreksleiders ingezet worden.

Af en toe dient de vraag expliciet gesteld te worden: “Worden de ethiekactiviteiten (nog) goed georganiseerd?’ ‘Wat is een goede implementatie van moreel beraad?’ en “Wanneer is de implementatie van moreel beraad geslaagd?”⁴³ Antwoorden op deze evaluatievraag hangen af van de doelen waarmee de ethiekactiviteiten worden ingezet en van basale vooronderstellingen en gevoelens over wat een goede organisatie of implementatie is.⁴⁴ Implementatie begint vaak al met het aanstellen van en investeren in medewerkers met ethiekexpertise die pragmatisch, betrokken en pro-actief ethiekactiviteiten organiseren als ondersteuning van de praktijk (en niet andersom).

Soms doet zich ook een implementatie-paradox voor: een moreel beraadgroep binnen een instelling die al jaren pleit voor een vaste en verplichte inbedding van moreel beraad dwars door de organisatie heeft dat na vijf jaar niet bereikt maar lijkt tegelijkertijd op het moment succesvoller dan ooit: er vinden op afdelingsniveau en op het niveau van de organisatie continue en frequent ad-hoc moreel beraad, structurele moreel beraadbijeenkomsten en projecten met moreel beraad plaats (inclusief twee groepen getrainde gespreksleiders). Dit roept de normatieve en empirische onderzoeksvraag op wat een goede implementatie van moreel beraad is en wanneer die implementatie geslaagd is. Bij het beantwoorden van de implementatievraag geldt in ieder geval dat implementatie niet het bureaucratische of dogmatische doel dient te worden: (structuren voor) implementatie van ethiekactiviteiten blijft een middel om de kwaliteit van de zorg merkbaar te verbeteren. Een goede implementatie van ethiekactiviteiten blijkt uit de betrokkenheid van de deelnemers en de concrete betekenis en resultaten die het heeft voor de kwaliteit van zorg.

Enkele aanbevelingen bij het organiseren van moreel beraad activiteiten⁴⁵

- Probeer niet moreel beraad in een keer in de hele instelling in te voeren. Het is beter om op een plek of een paar plekken te beginnen waar interesse voor moreel beraad bestaat en dan te zorgen dat het op die plekken goed gaat. Start bijvoorbeeld met een pilot op minstens twee verschillende afdelingen of bij twee verschillende teams. Gebruik de ervaringen voor een volgende afdeling.
- Zorg voor een goede PR. Laat zien waar de ethiekactiviteiten over gingen en wat het voor de deelnemers opleverden. Laat de deelnemers zelf aan het woord. Vul het niet voor hen in.
- Durf kwaliteitseisen te stellen aan de gespreksleiders. De gespreksleiders van het moreel beraad moeten in de implementatiefase goede scholing krijgen en via intervisie hun vaardigheden vergroten. Velen vinden het gespreksleiderschap leuk,

⁴³ Frouk Weidema (GGnet Zutphen) doet in samenwerking met VUmc Amsterdam promotieonderzoek naar de implementatie van moreel beraad binnen GGNet.

⁴⁴ Gevoelens zoals: angst dat ‘we’ of de ethiek niet serieus genomen worden/wordt.

⁴⁵ Zie de notitie van de Werkgroep ‘Implementatie van moreel beraad’ van het Platform Moreel Beraad (2009).

fijn en interessant (een fijn gesprek hebben), maar het is lang niet voor iedereen weggelegd (kennis, attitude, methode).

- Start niet lukraak een cursus gespreksleiderschap moreel beraad: zorg voor goede voorwaarden voor het daadwerkelijk doen van moreel beraad.
- Het 'betere' moet niet de vijand worden van het 'goede'. Houd je doelen binnen het haalbare of net daarboven, maar stel ze niet zó hoog dat ze onbereikbaar zijn (werkt demotiverend) en je niet ziet wat er intussen al aan goeds gebeurt door en tijdens het moreel beraad.

4.8 Een integraal ethiekbeleid voor iedere gezondheidszorginstelling

In deze paragraaf wordt een algemene opmaak en een pleidooi voor een integraal ethiekbeleid voor iedere gezondheidszorgorganisatie beschreven.⁴⁶ Een integraal ethiekbeleid is bedoeld om het doen en organiseren van ethiek te vergemakkelijken door ethiekactiviteiten onderling met elkaar te verbinden en door doelbewust te sturen op bestaande of te starten ethiekactiviteiten. Integraal heeft in die zin drie betekenissen:

- a ethiek is een integraal onderdeel van de zorg en de organisatie van de zorg
- b diverse soorten ethiekactiviteiten (gedragscode, scholing & training, moreel beraad, commissie ethiek, visie ontwikkeling, identiteit van de instelling) zijn onderling met elkaar verbonden
- c ethiekactiviteiten zijn verbonden met bestaande organisatiestructuren, functionarissen en beleidsthema's (zoals HRM, Kwaliteitsbeleid, klachtencommissie, afdeling opleiding, juridisch medewerker).⁴⁷

Een integraal ethiekbeleid is niet primair bedoeld om een beleidsmedewerker een extra taak te geven en een extra papier of digitaal document op te stellen. Het is van belang dat een integraal ethiekbeleid een kader of houvast biedt om de kwaliteit van zorg concreet vorm te geven of te verbeteren door middel van ethiekactiviteiten; een integraal ethiekbeleid ondersteunt dus de praktijk in plaats van andersom (net zoals dat geldt voor ethiekactiviteiten in het algemeen).

Door het ontwikkelen en gebruiken van een integraal ethiekbeleid laten gezondheidszorginstellingen zien:

⁴⁶ De overheid bepleit al jaren meer aandacht voor klinische ethiek, ethiekbeleid en aandacht voor ethiek in instellingen en (zorg)opleidingen. Tegelijkertijd is zij terughoudend in het vormgeven dan wel verplichten van een vorm van ethiekbeleid. Zij beklemtoont dat het vooral een zaak van de individuele organisaties en de verantwoordelijke bestuurders is om, vanuit de eigen verantwoordelijkheid, een specifiek ethiekbeleid vorm te geven. Wel bepleit zij koppelingen aan andere dimensies van het organisatiebeleid, zoals het kwaliteitsbeleid of HRM.

⁴⁷ Zie o.a. Nijhof ea. (red) 2003.

- dat zij morele vraagstukken binnen hun organisatie, zoals die worden ervaren door medewerkers, cliënten/klanten en andere betrokkenen of belanghebbenden, serieus nemen;
- dat zij hun klanten en andere maatschappelijke stakeholders helderheid willen verschaffen over de normatieve kaders van waaruit ze werken;
- dat zij een visie hebben ontwikkeld m.b.t. de (eigen) verantwoordelijkheid (en die van anderen) voor het expliciteren en bevragen van de geldende waarden en normen wat betreft zowel de zorg- als de organisatieprocessen;
- dat zij een visie ontwikkeld hebben m.b.t. de vorm en de inbedding van een ethiekbeleid (bijvoorbeeld werkwijzen zoals moreel beraad of het gebruik en opstellen van specifieke ethiek gerelateerde protocollen);
- dat zij waar nodig medewerkers ondersteunen in het (leren) omgaan met morele vraagstukken en dat zij de beroepsbeoefenaren in de primaire zorg ondersteunen in de opbouw van normatieve professionaliteit (reflectie, transparantie, zich verantwoorden).⁴⁸

Aard van een integraal ethiekbeleid

Een integraal ethiekdocument biedt een kader of een format en voorkomt versnippering of geïsoleerde ethiekactiviteiten. Zij is dynamisch van aard, dat wil zeggen in dialoog en cyclisch wordt zij door verschillende betrokken partijen vormgegeven (zij is dus zo min mogelijk dogmatisch en bureaucratisch). Binnen een integraal ethiekbeleid wordt continu duidelijk gemaakt wat de concrete betekenis van de diverse ethiekactiviteiten is voor de zorgpraktijk. Daarin onderscheidt het diverse domeinen waarop de ethiekactiviteiten zich richten (zoals o.a. handelingen, morele competentie van medewerkers, bewustzijn van medewerkers, beleidsthema's, identiteit van de zorginstelling, morele zelfzorg voor de medewerkers). Van belang is dat steeds een integratie plaats vindt tussen *bottom-up* en *top-down* geïnitieerde activiteiten. Een integraal ethiekbeleid bevat expliciete (en in tijd afgebakende) sturingen met betrekking tot de ethiekactiviteiten. Zoals sturing op: thematische inhoud ("volgend jaar staan de ethiekactiviteiten in het teken van vraaggestuurde zorg"), algemene cultuur processen ("met de ethiekactiviteiten willen we onderlinge transparantie, verantwoording, constructieve kritiek bevorderen"), educatie ("hierdoor leren we gezamenlijk beter om te gaan met morele vraagstukken"), of sturing op samenwerking ("deze serie moreel beraadbijeenkomsten is voor het nieuw gefuseerde team een mogelijkheid om elkaars verschillende impliciete visies op goede zorg te expliciteren, te onderzoeken en concreet gestalte te geven aan een nieuwe manier van samenwerken en besluitvormen").

Inhoud van een integraal ethiekbeleid

Een integraal ethiekbeleid kan bestaan uit de volgende aspecten:

- Introductie

⁴⁸ Discussiestuk Invitational Conference Integraal Ethiek Beleid: 17 maart 2009, Utrecht.

- Status en eigenaarschap van integraal ethiekbeleid
- Doelgroepen
- Visie op ethiek en theoretische ethiekinspiraties
 - Korte weergave van belang van ethiek voor de organisatie, inhoudelijke visie op soort ethiek en visie op inzet van de diverse ethiekactiviteiten
- Relevante nationale ethiek & wetgeving
 - Verzameling van (verwijzing naar) informatie die binnen de gezondheidszorginstelling nodig is (zoals WGBO, BOPZ, euthanasie, klachtrecht, hulp bij zelfdoding, zwangerschapsafbreking, etc.)
- Instellingsbeleidsdocumenten gerelateerd aan ethische thema's
 - Specifieke richtlijnen voor ethische thema's (hulp bij zelfdoding, aangifte strafbare handelingen, internetgebruik, interculturele verschillen, reanimatie, seksualiteit, onderzoek farmaceutische industrie, gedwongen ontslag, privacy, etc.) en algemene thema's (gedragscode, afdelingsregels, visie)⁴⁹
 - Aard van de documenten (voorschrijvend, adviserend, controle, sanctionering, etc.)
- Beschrijving (de)centrale ethiek *activiteiten* binnen de instelling
 - Prescriptief (bijvoorbeeld hantering en implementatie van richtlijnen)
 - Normatief (bijvoorbeeld ethische commissie geeft expert advies)
 - Educatief (bijvoorbeeld kennisoverdracht t.a.v. morele kwesties, bijvoorbeeld scholing en training in omgang met morele vraagstukken)
 - Descriptief (bijvoorbeeld mogelijkheden om morele vragen en dilemma's te bespreken)
- Organisatie (de)centrale ethiekactiviteiten (taken, verantwoordelijkheden, doelen, kosten, tijd)
- Relatie met andere structuren, afdelingen en functionarissen
 - Koppeling van de verschillende ethiekactiviteiten met beleids-, jaarplannings-, begrotings-, of kwaliteitscyclus
 - Koppeling met Ethiekcommissie, Afdeling scholing, HRM, Cliëntenraad, afd. Communicatie, Geestelijke verzorging, etc.
- Terugkerende evaluatie/monitoring van de verschillende ethiekbeleid/activiteiten

Een integraal ethiekbeleid is meer dan een optelsom van visies en ethiekactiviteiten (daartoe is het immers in het leven geroepen). Deze aspecten geven een overzicht en de inhoudelijke beschrijving van de visie en de activiteiten, geeft inzicht met wat bedoeld wordt. Uiteindelijk gaat het echter om handelingen en concrete verbeteringen van de kwaliteit van de zorg. Een integraal ethiekbeleid is dus slechts een format en een voorwaarde om aan de kwaliteit van zorg te werken door middel van (een visie op) ethiekactiviteiten. Het werk zelf (de ethiekactiviteiten) moet dan nog beginnen. Bijvoor-

⁴⁹ Zie voor een handleiding voor de ontwikkeling van ethiek richtlijnen het CELAZ rapport van het landelijk Bureau Ethiek in de Zorg, 2000.

beeld: besproken morele casuïstiek binnen morele beraadbijeenkomsten leidt tot beleidsveranderingen (*bottom-up*) en beleidsveranderingen kunnen de agenda van moreel beraadbijeenkomsten bepalen (*top-down*).

5 Een ethiek die werkt. Een pragmatisch-hermeneutische en dialogische visie op ethiek

Een Raad van Bestuur die morele vragen parkeert bij de Commissie Ethiek zegt daarmee iets over haar eigen morele verantwoordelijkheid. Een ethiekcommissie die boos wordt omdat morele vragen elders, maar niet met hen, besproken wordt, zegt daarmee mogelijk iets over wie welke expertise heeft en wie gerechtvaardigd is met gezag over morele vragen te spreken. Een ethicus die een aangeleverde casus direct duidt als een conflict tussen 'autonomie' en 'weldoen', en vervolgens zijn/haar favoriete theorie over autonomie gaat doceren, zegt daarmee mogelijk niet alleen iets over ethische expertise en bronnen van morele kennis (bijvoorbeeld: morele theorie) maar zegt ook iets over via welke (didactische) weg medewerkers geholpen kunnen worden (bijvoorbeeld: kennisoverdracht van morele concepten).

Uit deze dagelijkse voorbeelden over hoe in de praktijk met ethiek wordt omgegaan, blijkt niet alleen het belang van een visie op ethiek, maar ook het praktische van een visie op ethiek. Een theoretische visie op ethiek is van praktisch belang. En dagelijkse ethiekactiviteiten kunnen verbonden zijn met een visie op ethiek. Het is van belang om visie op ethiek met ethiekactiviteiten te verbinden (en andersom). Een visie op ethiek in de praktijk is *niet* belangrijk omdat dan deductief bepaald kan worden wat je moet doen en hoe je het moet organiseren. Het is niet zo dat handelingen (of ethiekactiviteiten) altijd bewust en deductief uit een theorie of visie moeten ontstaan; uit handelingen (of ethiekactiviteiten) ontstaan ook visies of theorieën (zie volgende alinea). Ethici zouden explicieter gezondheidszorginstellingen kunnen helpen om hun eigen visie te ontwikkelen door verschillende visies met hun consequenties te laten zien (zonder direct een voorkeur uit te spreken voor hun eigen visie op ethiek). Gezondheidszorginstellingen kunnen tevens actiever zijn door na te denken over welke visie op ethiek past bij welke ethiekactiviteiten en welke ethicus of medewerker daar het beste bij past.

5.1 Dialoog als middel en doel

Dit essay en de beschreven visie op ethiek doen en ethiek organiseren is gebaseerd op een pragmatisch-hermeneutische⁵⁰ en dialogische visie op ethiek.⁵¹ Deze visie stelt de praktijk en de ervaring centraal, met daarin een focus op dialoog als zowel doel als middel

⁵⁰ Lieke van der Scheer (VUmc Amsterdam) beschreef in haar proefschrift 'Ongeregelde moraal: Dewey's ervaringsbegrip als basis voor een nieuwe gezondheidsethiek' (1999) de combinatie van het pragmatisme en de hermeneutiek.

⁵¹ Zie o.a. Gadamer 1960, Dewey 1960, Walker 1998/2002, Nussbaum 1986/1990, Ricoeur 1983.

en een focus op dat wat al doende werkt. In en door de dialoog wordt duidelijk (ontstaat) wat de betekenis is van wat we doen en al doende wordt duidelijk wat werkt. Vanuit een dialogisch perspectief redenerend is dat wat goede zorg is niet buiten de context om te bepalen zonder de kennis van betrokkenen en kennis over de context. Verschillende soorten kennis worden voorts volgens de methode van een constructieve en kritische dialoog met elkaar geconfronteerd en onderzocht. Door de confrontatie en de constructieve kritiek, zonder universele kennisclaims, ontstaat inzicht in de morele kwestie en een tijdelijk en contextueel afhankelijk antwoord. Centraal element in beide tradities is dus dat *in* en *met* praktijken kennis(claims) en morele oordelen tot stand komen en op validiteit en betrouwbaarheid getoetst worden (*'The proof of the pudding is in the eating'*). Betekenissen (ook van morele vragen zelf) staan niet buiten contexten en ervaringen. We bepalen dus niet eerst theoretisch wat 'de' morele vragen zijn en hoe we het beste met die morele vragen kunnen omgaan in alle gezondheidszorginstellingen, om het vervolgens simpelweg deductief vorm te geven of te implementeren [...]. Uiteindelijk wordt in praktijken bepaald wat ethiek en moreel beraad theoretisch en praktisch betekent.

Consequenties van deze theoriepraktijk visie en dit mensbeeld zijn: contextualiteit en waardengeladenheid van kennis, prominente plaats van (professionele) praktijken, waarden en waarheid pluralisme, openheid met betrekking tot vreemde en andermans perspectieven en het belang van historische achtergronden van praktijken (*Wirkungsgeschichte*). Ethiek wordt hier gezien als *een vorm van praktische rationaliteit* en is daarmee altijd gesitueerd. Ze veronderstelt praktische ervaring, die zich concretiseert in deugdzaamheid. Zonder morele betrokkenheid is een praktisch oordeel niet mogelijk. Een moreel oordeel is niet universeel, het is gebaseerd op het perspectief dat door degene die het oordeel velt ingenomen wordt. Deze heeft een specifieke kennis en ervaring en komt vandaar tot een contextueel en gesitueerd oordeel. Vooroordelen worden niet negatief gewaardeerd. Vanuit het beschreven hermeneutische perspectief bestaan er in zekere zin niets anders dan vooroordelen. Ze vormen het positieve materiaal van de dialoog. Een aristotelische ethiek wordt gekenmerkt door *het besef van de betrekkelijkheid van het eigen oordeel*. Dit impliceert de noodzaak van *openheid voor perspectieven van anderen*. Dat impliceert ook de noodzaak van een open dialoog. Deze openheid is geen romantisch en empathisch samenzijn; deze openheid veronderstelt ook geen onvoorwaardelijke acceptatie. Men kan slechts openstaan voor de visie van anderen wanneer men het eigen gezichtspunt niet zonder meer opgeeft (Gadamer 1960). Het gaat om het kritisch onderzoeken van de geldigheid van het gezichtspunt van de ander. Centraal staat de interactie tussen het eigen perspectief en dat van de ander. Het gaat om een gezamenlijk leerproces, waarin de deelnemers al doende veranderen.

5.2 Ethicus als expert in methodische reflectie

Maar wat betekent deze theoretische visie nu voor de dagelijkse praktijk? Concreet toegepast op de omgang met morele vragen betekent dit allereerst dat de morele vraag in

eerste instantie door de concrete ervaring van medewerkers uit de gezondheidszorg bepaald wordt. Binnen deze visie op ethiek kan de ethicus op basis van louter een casus (dus zonder de casusinbrenger) niet bepalen wat de morele vraag in de casus *is* (zie paragraaf 2, begripsverheldering). Ook kan een ethicus, nadat in een gesprek de casusinbrenger verteld heeft wat zijn of haar dilemma is, niet zeggen: "Sorry, maar je begrijpt het niet, dat *is* geen dilemma"⁵². Voorst veronderstelt deze visie op ethiek dat wanneer medewerkers over een dilemma spreken zij dat doen (met behulp van een gespreksleider) aan de hand van een *concrete ervaring*: de betekenis en de beantwoording van een morele vraag (zoals een moreel dilemma) wordt onderzocht *in de casus*.⁵³

Binnen de beschreven praktijkethiek worden dus niet abstracte en soms hypothetische concepten en argumenten en overtuigingen uitgewisseld zonder te vragen of die concepten, argumenten en overtuigingen hier in de casus van toepassing zijn en zo ja, waar en hoe dan precies. Voorts ligt er binnen de ethiekactiviteiten (en binnen de organisatie van ethiekactiviteiten zelf) een moreel beraad een sterke nadruk op de variatie in wat gezondheidszorg professionals zélf vinden en denken en op de verkenning van verschillende perspectieven van andersdenkenden. Het vaststellen van 'de' juiste morele vraag wordt in eerste instantie bepaald door wat de casusinbrenger (of eigenaar) ervaart omdat binnen een casus talloze (varianties op) morele vragen kunnen spelen. Hetzelfde geldt voor de bepaling van wat 'de' juiste en meest relevante feiten zijn. In een moreel beraad, dat geïnspireerd is op bovenstaande theoretische visies op ethiek, wordt vanuit de casus toegewerkt naar een antwoord of definitie. Dus bij het aanhoren van een casus wordt gezamenlijk gezocht naar de juiste formulering van het morele dilemma dat de inbrenger ervaart, welke waarden en perspectieven spelen en hoe deelnemers met die verschillende perspectieven kunnen omgaan.⁵⁴

6 Conclusies en aanbevelingen

In dit essay is duidelijk geworden op welke verschillende manieren aan ethiek gedaan kan worden, op welke manieren de ethiekactiviteiten dusdanig ingezet kunnen worden, dat ze ook 'werken' en betekenis krijgen in de praktijk voor de professionaliteit en de kwaliteit van zorg en er is stilgestaan bij de manier waarop ethiekactiviteiten georganiseerd kunnen worden. Al deze aspecten van aan ethiek doen zijn gericht op kwaliteit van zorg en professionalisering van professionals en organisaties.

⁵² Een ethicus kan weliswaar niet de ervaring van een dilemma, en dit specifieke dilemma, ontkennen, maar hij of zij kan *wel* uitleggen waaruit, volgens de literatuur, een dilemma bestaat en welke elementen de casusinbrenger van dat dilemma herkent.

⁵³ Zie de methode van regressieve abstractie (Kessels 1997).

⁵⁴ Ethici met een andere theoretische visie op ethiek kunnen een theoretische definitie juist als vertrekpunt nemen omdat zij uitgaan van universele kennisclaims en definities van morele begrippen en principes. Een dergelijke ethicus zou als gespreksleider het volgende kunnen doen "Dit *is* duidelijk een casus over autonomie, en autonomie betekent volgens de theorie *zus* en zo, dus we moeten hier dat en dat doen."

Het belang van aandacht voor ethiekactiviteiten is zowel in het signalement als in dit essay duidelijk gemaakt. Dit essay is ook een appel aan diverse organen en organisaties die direct en indirect met de ethiek binnen de gezondheidszorg in aanraking komen: Ministerie van VWS, Ministerie van OC&W, het CEG, de diverse beroepsgroepen verenigingen, de diverse beroepsopleidingen in de zorg, de koepelorganisaties van gezondheidszorginstellingen, bestuurders en managers van afzonderlijke gezondheidszorginstellingen, patiënten- en cliëntenorganisaties en de Inspecteurs van de Volksgezondheid. Ondanks dat er tot nu toe weinig tot geen structurele eisen aan professionals en professionele organisaties werden gesteld, is de opkomst van lokaal georganiseerde ethiekactiviteiten door een aantal instellingen en professionals indrukwekkend te noemen. Vergeleken met het CEG signalement uit 2005 is er een groeiende behoefte om dagelijkse morele vraagstukken, zowel in de hulpverlening als in de organisatie en besturing van de gezondheidszorg, degelijk en methodisch te behandelen. Parallel aan die directe behoefte zal de behoefte toenemen aan kennis en kunde met betrekking tot het methodisch leren omgaan met morele vragen en het organiseren van ethiekactiviteiten. Met dit essay doe ik een oproep aan genoemde organen en organisaties om gezamenlijk aandacht te besteden aan ethiek doen en ethiek organiseren in de dagelijkse gezondheidszorg.

6.1 Onderzoek in en met gezondheidszorgpraktijken nodig

Binnen dit essay is een aantal keren benadrukt dat aan ethiek doen niet in zichzelf goed is (en soms zelfs risico's met zich meebrengt) en dat de ethiek altijd een middel is om de kwaliteit van zorg en samenwerken te bevorderen of verbeteren. Een dergelijke visie op aan ethiek doen veronderstelt dat keer op keer de praktische betekenis en resultaten van aan ethiek doen worden onderzocht.⁵⁵ Het is belangrijk om in kaart te brengen welke vormen van aan ethiek doen welke resultaten met zich meebrengen en hoe die vormen en resultaten (nog) beter ingezet kunnen worden. Als is het alleen maar om te voorkomen dat ethiekactiviteiten georganiseerd worden met vage en niet nader omschreven en verantwoorde doelen als 'het bewustzijn' verhogen. Tegelijkertijd moet gewaarschuwd worden voor een te simplistische opvatting van wetenschappelijk onderzoek: het is bijvoorbeeld methodologisch problematisch om exact aan te tonen dat het deelnemen aan zes moreel beraadbijeenkomsten de enige oorzaak was van gevolg X. Verder speelt met onderzoek altijd de vraag of iets goed meetbaar is en of de tijd, energie en kosten die het onderzoek met zich meebrengt het onderzoek rechtvaardigt. Ethiekactiviteiten en de organisatie van ethiekactiviteiten zou door middel van praktijkgericht onderzoek, dat wil zeggen onderzoek in en met praktijken, verder ontwikkeld moeten worden.

⁵⁵ Een goede manier om dit te onderzoeken is de methode van Responsieve Evaluatie. Zie: Molewijk ea. 2008a/b, Abma, Molewijk en Widdershoven 2009.

6.2 Lerende netwerken organiseren

Om te voorkomen dat diverse ethiekinitiatieven in Nederland los van elkaar blijven bestaan, of binnen instellingen niet voldoende worden ondersteund, is het nodig lerende netwerken te organiseren en te faciliteren zodat *best practices* gebundeld kunnen worden. Voor het bundelen van die inzichten en expertise is de rol van de overheid, de koepels, de beroepsorganen en de Inspectie van groot belang. Zoals gesteld in de introductie van dit essay: “Het appel aan deze groepen bestaat uit het agenderen en het ontwikkelen van een visie op de organisatie van ethiekactiviteiten binnen de gezondheidszorg en de gezondheidszorgopleidingen en het gezamenlijk faciliteren van voorwaarden, stimuli, samenwerkingsverbanden en onderzoeksprojecten om ethiekactiviteiten degelijk en doeltreffend te organiseren en te verbinden met de dagelijkse kwaliteit van zorg”.

6.3 Een nationaal stimuleringsprogramma voor ethiek in instellingen en onderwijs

Professionals alleen en instellingen alleen, kunnen niet verantwoordelijk zijn voor de professionalisering van de ethische dimensie van professionaliteit en kwaliteit van zorg. Behalve een bundeling van gezondheidsethische activiteiten op landelijk niveau (vanuit zowel onderwijs, gezondheidszorg en het wetenschappelijk onderzoek) is ook een stimulering nodig van een juiste en verantwoorde inzet van die activiteiten. Stimulering in de zin van gezondheidszorginstellingen actief en concreet vragen naar de manier waarop zij de omgang met morele vragen georganiseerd hebben (hetgeen meer is dan een afvink actie: ‘We hebben een ethiek commissie’) en hoe de instellingen dat ingebed hebben in de organisatie. Stimulering in de zin van *best practices* op diverse manieren belonen. En stimuleren door een nationaal stimuleringsprogramma specifiek gericht op onderzoek naar training en organisatie van omgang met morele vraagstukken in de directe zorgpraktijk. Een dergelijk nationaal stimuleringsprogramma voor gezondheids-ethiek sluit niet alleen aan bij de behoeften maar biedt bovenal mogelijkheden om de ethiek kwalitatief en effectief in te zetten voor het verbeteren van de professionaliteit en de kwaliteit van zorg. En dat is waar de gezondheidszorgethiek in haar kern op gericht is: het goede doen.

Literatuur

Abma T., Molewijk B., Widdershoven G. Good Care in Ongoing Dialogue. Improving the Quality of Care Through Moral Deliberation and Responsive Evaluation. In: Health Care Analysis 2009; 17: 217-235.

ASBH. Task force on standards for bioethics consultation. Core competencies for health ethics consultation. A report of the American Society for Bioethics and Humanities. ASBH, 1998.

ASBH. Improving Competence in Clinical Ethics Consultation: A Learner's Guide. A report of the American Society for Bioethics and Humanities. ASBH, 2008.

Aulisio M.P., Arnold R.M. & Youngner S.J. (Eds.). Ethics consultation. From theory to practice. Baltimore: The John Hopkins University Press, 2003.

Bauduin D. & Kanne M. Tijd voor reflectie. Praktische ethiek in psychiatrie en revalidatie. SWP: Amsterdam, 2009.

Beaufort I. de, e.a. (red.) De Kwestie. Praktijkboek ethiek voor de gezondheidszorg. Den Haag: Lemma, 2008.

Bolten H., Rossem K van. Zo gezegd, zo gedaan. Trainen in integriteit. Ethische Perspectieven 2005; 15: 1, 34-46.

College voor Ethische en Levensbeschouwelijke Aspecten van de Zorgverlening (CELAZ). Tussen integriteit en opportunisme. Over ethiek van het management in de zorg. CELAZ, 2003.

Dalen W. van. Integriteit in uitvoering. Morele competenties voor professionals. Noordhoff Uitgevers: Groningen/Houten, 2009.

Dartel H. van. Van ethische commissie naar stuurgroep ethiek. Over de implementatie van moreel beraad in het kwaliteitsbeleid van instellingen voor gezondheidszorg. Utrecht: CELAZ-/Nederlandse Zorgfederatie, 1998.

Dartel H. van J.N., Jacobs M. Van zorgvisie naar protocol. Handreiking voor ethische richtlijnontwikkeling in instellingen voor gezondheidszorg. College voor ethische en Levensbeschouwelijke Aspecten van de Zorgverlening (CELAZ), 2000.

Dartel H. van. Ethiek als integraal onderdeel van het instellingsbeleid. In: Pijnenburg ea. Het ziekenhuis als morele gemeenschap. Damon, 2003.

Dartel H. van, Jacobse M., Jeurissen R.J.M. Ethiek bedrijven in de zorg. Een zaak van het management. Van Gorcum, 2002.

Dartel H. van. Een leuke methode en dan? Implementatie van moreel beraad. In: Manschot H. & Dartel H. van (red.). In gesprek over goede zorg.

- Overlegmethoden voor ethiek in de praktijk. Boom, 1998.
- Delnoij J., Dalen W. van (red.). Het Socratisch Gesprek. Budel: Damon, 2003.
- Dewey J.. Theory of the moral life. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1960.
- Discussiestuk Integraal Ethiek Beleid, 17 maart 2009 (NEN, VUMC, UMCG, LUMC).
- Feenstra E. Moreel beraad en ethiek onderwijs. In: Tijdschrift voor Gezondheidsethiek 2008; 18, nr. 2: 53-56.
- Georges J.J., Grypdonck M. Moral problems experienced by nurses when caring for terminally ill people: a literature review. Nursing Ethics 2002; 9(2).
- Hildemann H., Verkerk M., Walker M. Naturalized bioethics. Toward responsible knowing and practice. Cambridge, 2008.
- Integrated ethics. National Center for Ethics in Health Care (Veterans Health Administration USA). Website: <http://www.ethics.va.gov/integratedethics/index.asp>
- Jacobs G., Meij R., Tenwolde H. en Yanaika (red.). Goed werk. Verkenningen van normatieve professionalisering. SWP: Amsterdam, 2008.
- Karssing E. Integriteit in de beroepspraktijk. Assen: Van Gorcum, 2006.
- Karssing E. Morele competentie in organisaties. Assen: Van Gorcum, 2000.
- Kessels J., Boers E., Mostert P. Praktijkboek Vrije ruimte. Filosofen in organisaties. Boom, 2008.
- Kessels J., Boers E., Mostert P. Vrije ruimte. Filosofen in organisaties. Boom, 2002.
- Kessels J. Het poëtisch argument. Socratische gesprekken over het goede leven. Boom, 2006.
- Kessels J. Leonard Nelson: De socratische methode, 1994.
- Kessels J. Socrates op de Markt, 1997.
- Kleinlugtenbelt D. Mensbeelden en levenskunst. Damon, 2005.
- Lützné K., Cronqvist A., Magnusson A., ea. Moral stress: synthesis of a concept. Nursing Ethics 2003; 10(3): 312-322.
- Macer D. Moral Games for teaching bioethics. Unesco chair in bioethics, 2008.
- Manschot H. & Dartel H. van (red.). In gesprek over goede zorg. Overlegmethoden voor ethiek in de praktijk. Boom, 1998.
- Molewijk B., Abma T.A., Stolper M. & Widdershoven G.A.M. Teaching ethics in the clinic. Theory and practice of moral case deliberation. Journal for Medical Ethics 2008; 34: 120-124.
- Molewijk B., Zadelhoff E. van, Lendemeijer B., & Widdershoven G. Implementing moral case deliberation in Dutch health care; Improving moral competency of professionals and the quality of care. Bioethica Forum 2008; 1(1): 57-65.
- Molewijk B., Verkerk M. Milius H., ea. Implementing moral case deliberation in a psychiatric hospital. Process and outcome. Medicine, Health Care and Philosophy 2008; 11: 43-56.

- Molewijk B. & Widdershoven G. Moreel beraad en goede zorg voor ouderen veronderstellen en versterken elkaar *Tijdschrift voor Geneeskunde* 2006; 62(23): 1693-1701.
- Molewijk B. & Kleinlugtenbelt D. & Widdershoven G. The role of emotions in moral case deliberation (and clinical ethics consultation). Practice, theory and methodology. Submitted 2009.
- Molewijk B., Kleinlugtenbelt D., Stolper M. Presentatie uit Landelijke training gespreksleider moreel beraad: Utrecht, 2009.
- Molewijk B., Abma T., Dartel H. van. Praktijkdeskundigen in discussie over moreel beraad. In *Tijdschrift voor Gezondsethiek* 2008; 18, 2: 68-71.
- Nijhof A., Harten W. van, Tieman R., ea. Als instelling mores leren. Een exploratief onderzoek naar de mogelijkheden om ethiek integraal onderdeel te maken van het kwaliteitsbeleid van ziekenhuizen. Enschede, 2003.
- Nussbaum M.C. The fragility of goodness. Cambridge: Cambridge University Press, 1986.
- Nussbaum M.C. Love's knowledge. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.
- Paget T. Reflective practice and clinical outcomes: practitioners' views on how reflective practice has influenced their clinical practice. *Journal of Clinical Nursing* 2001; 10: 204-214.
- Platform Moreel Beraad (werkgroep implementatie). Discussienota implementatie van moreel beraad, 2009.
- Platform Moreel Beraad (werkgroep implementatie). Handreiking implementatie en borging moreel beraad, 2009.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ). Ethiek in de zorgopleidingen en zorginstellingen. Hoofdstuk 6 uit: Signalering ethiek en gezondheid. Zoetermeer: Centrum voor Ethiek en Gezondheid, 2005: 113-136.
- Raad voor de Volksgezondheid (RVZ). Ethiek met beleid. Advies over beleid bij ethische vraagstukken in de gezondheidszorg. RVZ, 1999.
- Ricoeur P. Temps et récit, I. Paris: Editions du Seuil, 1983.
- Schon D. A. The reflective practitioner. How professionals think in action, 1983.
- Sitvast J., Fotografie als verpleegkundige interventie. Kavanah, 2007.
- Steinkamp N. & Gordijn B. Ethiek in der Klinik. Ein Arbeitsbuch. Zwischen Leitbild und Stationsalltag. Hermann Luchterhand Verlag, 2003.
- Steinkamp N., Gordijn B. Ethical case deliberation on the ward. A comparison of four models. *Medicine, Health care and Philosophy* 2003; 6: 235-246.
- Steinkamp N. Ethical deliberation in healthcare organizations. Studies structures and methods. Proefschrift Nijmegen, 2009.
- Stolper M., Molewijk B., Widdershoven G. Het trainen van (gezondheids)zorgprofessionals tot gespreksleiders Moreel Beraad. *Tijdschrift voor Gezondsethiek* 2008; 18, nr. 2: 57-61.
- Tenwolde H. & Houtlosser M. Met alle respect. Leerboek verpleegethiek. Baarn: HB, 2002.
- Tongeren P. van. Deugdelijk leven. Een inleiding in de deugdeethiek. Amsterdam, 2003.

Verkerk M., Witte J. de, Dartel H. van. Sturen op waarden. Handlingsonderzoek als instrument van ethiekbeleid. Expertisecentrum Ethiek in de Zorg UMCG: Groningen, 2009.

Verkerk M.A., Lindemann H., Maekelberghe E., ea. Enhancing Reflection: An Interpersonal Exercise in Ethics Education. Hastings Center Report 2004; 34(6): 31-38.

Verkerk M.A., Bree M.J. de, Mourits M.J.E., Teaching and learning ethics. Reflective professionalism: interpreting CanMEDS' 'professionalism'. Journal of Medical Ethics 2007; 33(11): 663-666.

Walker M.U. Moral Understandings: A feminist study in ethics. New York/London: Routledge, 1998.

Walker M.U., Morality in Practice: A Response to Claudia Card and Lorraine Code. Hypathia 2002; 17(1): 174-182.

Widdershoven G.A.M., Abma T.A., Moreel beraad als dialoog. In: Manschot H. & Dartel H. van (red.). In gesprek over goede zorg. Praktijk. Gesprekmethoden voor ethiek in de praktijk. Amsterdam: Boom, 2003: 191-202.

Widdershoven, G.A.M. Ethiek in de kliniek. Hedendaagse benaderingen in de gezondheids-ethiek. Boom: Amsterdam, 2000.

Bijlage 6

Overzicht functieniveaus verzorgenden en verpleegkundigen

Bronvermelding: MBO: ROC Leiden, HBO: Academie Amsterdam
Zie ook www.calbris.nl

Functie (niveau)	Duur van de opleiding en aard	Vereiste vooropleiding
Zorghulp (1)	Half jaar - BBL*	Minimaal 21 jaar oud zijn en minstens een half jaar werkervaring hebben als Zorghulp of Thuishulp A. De Nederlandse taal beheersen op NT2 - niveau 3. Een leer-werkovereenkomst van minimaal 12 uur per week hebben met een erkende zorginstelling.
Zorghulp (1)	1 jaar - BOL**	Minimaal 16 jaar oud zijn en 10 jaar dagonderwijs hebben gevolgd. Minimaal beschikken over de nodige basiskennis, met name in Nederlands en rekenen.
Helpende Zorg & Welzijn (2)	2 jaar - BBL	Vmbo diploma Basisberoepsgerichte Leerweg en een leerwerkovereenkomst hebben van minimaal 20 uur per week met een erkend leerbedrijf. 21 Jaar of ouder: dan vervalt de wettelijke toelatingseis met betrekking tot behaalde diploma's. Het resultaat van een capaciteitentest bepaalt of je wordt geplaatst in de opleiding Helpende Zorg & Welzijn.
Helpende Zorg & Welzijn (2)	2 jaar - BOL	Vmbo diploma Basisberoepsgerichte Leerweg.
Verzorgende IG (3)	3 jaar - BBL	Een leerwerkovereenkomst hebben van minimaal 20 uur per week met een erkend leerbedrijf en Vmbo-diploma Kaderberoepsgerichte, Gemengde of Theoretische Leerweg of Een vbo-diploma met minimaal twee vakken op C-niveau (waaronder Nederlands) en de andere vakken minstens op B-niveau of Mavo-diploma óf het diploma Helpende. 21 Jaar of ouder: dan vervalt de wettelijke toelatingseis met betrekking tot behaalde diploma's. Het resultaat van een capaciteitentest bepaalt of je wordt geplaatst in de opleiding Verzorgende.
Verzorgende IG (3)	3 jaar - BOL	Vmbo-diploma Kaderberoepsgerichte, Gemengde of Theoretische Leerweg. Of Vbo-diploma met minimaal twee vakken op C-niveau (waaronder Nederlands) en de andere vakken minstens op B-niveau. Of Mavo-diploma óf het diploma Helpende. 21 Jaar of ouder: dan vervalt de wettelijke toelatingseis met betrekking tot behaalde diploma's. Het resultaat van een capaciteitentest bepaalt of je wordt geplaatst in de opleiding Verzorgende.
MBO-Verpleegkundige (4)	4 jaar - BBL	Vmbo-diploma Gemengde of Theoretische Leerweg.
MBO-Verpleegkundige (4)	4 jaar - BOL	Vmbo-diploma Kaderberoepsgerichte, Gemengde of Theoretische Leerweg.
HBO- Verpleegkundige (Bachelor of Nursing)	4 jaar HBO	Havo-, vwo- of mbo-4-diploma.

*BBL: beroepsbegeleidende leerweg

**BOL: beroepsopleidende leerweg

Bijlage 7

Samenstelling Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)

De werkzaamheden van het CEG/RVZ vallen onder de verantwoordelijkheid van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Het signalement Dilemma's van verpleegkundigen en verzorgenden is door de RVZ vastgesteld in zijn vergadering van 19 november 2009.

VOORZITTER

Prof. drs. M.H. Meijerink

LEDEN

Mr. A.M. van Blerck-Woerdman

Mr. H. Bosma

Prof. dr. D.D.M. Braat

E.R. Carter, MBA

Prof. dr. W.N.J. Groot

Prof. dr. J.P. Mackenbach

Drs. M. Sint

Prof. dr. D.L. Willems

ALGEMEEN SECRETARIS

Drs. P. Vos

Samenstelling Forum van het Centrum voor ethiek en gezondheid (CEG/RVZ)

Het Forum is ingesteld ter ondersteuning van de signaleringstaak van het CEG/RVZ.

LEDEN

- Dr. H.J.J.M. Berden, 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. H. van Dartel, universitair docent ethiek en recht van de gezondheidszorg, LUMC, Leiden (tot 1 juli 2009)
- Prof. dr. D.P. Engberts, hoogleraar ethiek en recht van de gezondheidszorg, LUMC, Leiden
- Prof. dr. G. Glas, bijzonder hoogleraar reformatische wijsbegeerte en psychiater, Universiteit Leiden en Zwolse Poort, Zwolle
- Prof. dr. M.H.F. Grypdonck, hoogleraar verplegingswetenschap, Gent, België (tot 1 juli 2009)
- Dr. M. van den Hoven, universitair docent ethiek, Ethiek Instituut, Utrecht
- Dr. J.C.M. Lavrijsen, verpleeghuisarts, onderzoeker en hoofd vervolgopleiding Verpleeghuisarts, UMCN, Nijmegen
- Dr. A.C. Molewijk, programmaleider Moreel Beraad, VUMC, Amsterdam
- M. Morskiet, Kantel Konsult, Nijmegen (tot 15 september 2009)
- Dr. D.P. den Os, vertegenwoordigt mantelzorg- en ouderenzorgperspectief, Leiden
- Dr. J. Pols, onderzoeker ouderenzorg/psychiatrie/medische technologie, AMC/UvA, Amsterdam
- Dr. A. Pool, verpleegkundige en psycholoog, Krimpen aan den IJssel
- Drs. F.H. Stegehuis, manager zorgdienstverlening, Menzis Zorg en Inkomen, Zwolle
- Dr. M.J. Trappenburg, universitair hoofddocent Utrechtse School voor Bestuurs- en Organisationswetenschappen, Utrecht (tot 1 januari 2009)
- Drs. M.I. Verstappen, algemeen directeur, GGD Amsterdam (tot 15 september 2009)

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 UMCN, Nijmegen, tevens vice-voorzitter RVZ en vice-voorzitter Forum
- Dr. A.J. Struijs, senior adviseur en projectcoördinator CEG/RVZ
- Dr. I. Doorten, adviseur CEG/RVZ
- Dr. G.J. Olthuis, adviseur CEG/RVZ (tot 1 juli 2009)
- L. Romein, projectsecretaresse CEG/RVZ

Bijlage 8

Verantwoording voorbereiding signalement

Auteurs signalement

- Mw. dr. A.J. Struijs, projectcoördinator CEG en senior adviseur RVZ
- Mw. dr. S. van de Vathorst, arts en ethicus, afd. Ethiek en Filosofie van de Geneeskunde, Erasmus MC

Auteurs essays

- Dhr. drs. H. van Dartel, UD ethiek en recht van de gezondheidszorg, LUMC
- Dhr. dr. A.C. Molewijk, programmaleider Moreel Beraad Groep, VUMC & GGnet

Raadsleden

- Dhr. prof. dr. D.L. Willems, hoogleraar medische ethiek, AMC
- Mw. E.R. Carter, MBA, lid van de Raad van Bestuur van GGzE en de Kempen

Projectgroep

- Mw. dr. A.J. Struijs, projectcoördinator CEG en senior adviseur RVZ
- Mw. J. van Mil-Verleun, RVZ/CEG stagiaire, tot 1 juli 2009
- Dhr. dr. G. Olthuis, RVZ/CEG, adviseur, tot 1 juli 2009
- Mw. M.F.D. Waling-Huijsen, Met Waarden Helen, extern deskundige

Klankbordgroep

- Mw. Y. de Boer, Medisch Centrum Alkmaar
- Mw S. Braam, journalist en auteur van Ik heb Alzheimer (2005)
- Mw. A. van Diepen, gespecialiseerd verzorgenden, Thuiszorg Groningen
- Mw. A. Diepstraten, lector en gespecialiseerd verpleegkundige, Den Haag
- Mw F. Eerland, verzorgende De Vliedberg, Ouddorp
- Mw. prof. dr. M.H.F. Grypdonck, hoogleraar verplegingswetenschap, Gent
- Mw. Dr M. A van den Hoven, UD ethiek, universiteit Utrecht
- Dhr. dr. M. Jansen, docent ethiek HBO, Utrecht
- Dhr dr J.C.M. Lavrijsen, CEG Forumlid, verpleeghuisarts, onderzoeker en hoofd vervolg-opleiding Verpleeghuisarts Ouderengeneeskunde UMC St. Radboud

- Mw. drs. M. Kanne, Centrum voor Verpleegkundige Studies Hogeschool Utrecht
- Dhr. R. Lommen, Avoord Zorg & Wonen, locatie Het Anbarg
- Dhr. H. Mostert, project Het goede gesprek, Vilans
- Dhr. dr. D.P. den Os, CEG Forumlid, patiënten- en mantelzorgperspectief
- Dhr. dr. A. Pool, verpleegkundige en psycholoog, CEG Forumlid
- Mw. A. Schrama, Mariënhave, afd. Kraaiennest, Warmond
- Dhr. J. Schumacher, Vilans, Utrecht
- Mw. P. Snoep, Transferbureau Zorgbrug, Gouda
- Prof. dr. M.J. Verkerk, Technische Universiteit Eindhoven
- Mw. J. Vis, Wijkverpleegkundige Thuiszorg De Zellingen, Capelle a.d. IJssel

Regiobijeenkomsten met verzorgenden en landelijke bijeenkomst verpleegkundigen

Ter voorbereiding van het signalement vonden er vier regiobijeenkomsten met verzorgenden plaats, een bijeenkomst met een thuiszorgorganisatie in Amstelveen en een landelijke bijeenkomst met verpleegkundigen in Utrecht. De organisatie en gespreksleiding van de regiobijeenkomsten was in handen van Marianne Waling-Huijsen, Met Waarden Helen. De bijeenkomst in Utrecht stond onder leiding van: Dorine Bauduin, Het Nieuwe Trivium. Verslaglegging hiervan: Hellen Kooijman, Utrecht.

DEELNEMERS REGIOBIJEENKOMSTEN VERZORGENDEN

Sneek, 20 april 2009

- Tine Bosch, Zorggroep Tellens
- Rita Bouwma, Woonzorgcentrum Dr. Wumkeshûs
- Wieke Brandenburgh-Boersma, Zorgcentrum Ny Dekama
- Saskia van Broekhoven, Zorggroep Tellens/Locatie Frittemahof
- Goanu Couperus, Woonzorgcentrum Nij Mariënacker
- Ans van Diepen, Thuiszorg Groningen
- Margré Lukkes, Tjongerschans
- Maaïke van Marrum, Tjongerschans
- Marcelle Mulder, Zorggroep Tellens
- Johanna Prins, Woonzorgcentrum Nij Mariënacker
- Tine v.d. Velde, Zorggroep Tellens

Sommelsdijk, 11 mei 2009

- Joke Bartelds, Careyn
- Marita Dogterom-Huijsen, Samaritaan
- Annelien Drooger, Samaritaan
- Mw. S. van Duin, Verzorgingshuis Ebbe en Vloed
- Francisca Eerland, De Vliedberg
- Mw. C. Legierse, Verzorgingshuis Ebbe en Vloed
- Henny Mastenbroek, De Goede Ree

- Brenda Missu, SVRZ/locatie Ter Schorre
- Dhr. K. Moerland, Raad van Bestuur Zorgsaam Goeree-Overflakkee
- Corrie Moorlag, SVRV/locatie 't Gasthuis
- Ineke van Moort, Samaritaan
- Wilma Mulder, SVRZ/locatie Ter Valcke
- Marion de Regt-de Nood, SVRZ/locatie Ter Schorre
- Mw. P. van der Velde, Verzorgingshuis Ebbe en Vloed
- Sjaan Vermaas, Thuiszorg Allevo
- Mw. S. de Waal, Verzorgingshuis Ebbe en Vloed

Arnhem, 15 mei 2009

- Karin van Boven, Alysis Zorggroep
- Edith Bertrand, Verpleeghuis Zevenaar
- Helma Brouwer, Verpleeghuis Kalorama/Afd. De Vossenbergh
- Femmy Dapper, Rijnstate
- Jean-Paul Dekkers, Verpleeghuis Kalorama
- Gabriëlle Gies, Ziekenhuis Zevenaar
- Ingrid Kleef, Alysis Zorggroep
- Rene Lommen, Avoord Zorg & Wonen, locatie Het Anbarg
- Karin Peters, Buurtzorg Elst
- Jeffrey Pot, Verpleeghuis Kalorama
- Annemieke Ripken, Alysis Zorggroep
- Josien Sewuster, Alysis Zorggroep
- Toos Veens-Niels, Buurtzorg Elst
- Antoinet Verborg, Rijnstate
- Theo de Zwart, Rijnstate

Warmond, 18 mei 2009

- Inge Ammeraal Durieux, De Wilbert
- Edith Harmes, WWZ/Mariënstaete/Valent
- Ara Hoek van Duijn, De Wilbert
- Wijnny de Jong, Valent Mariënstaete
- Carola van Luik Roelevink, Mariengaerde
- Lenie Meershoek, Verpleeghuis Zuydtwijck
- Jolanda Schalk, Woonzorgcentrum Bernardus
- Anouck Schrama, Marienhaven/Afd. Kraaiennest
- Nel Verdoes, Verpleeghuis Bernardus
- Bengt Wehlin, WWZ/Mariënstaete/Valent

LANDELIJKE BIJEENKOMST MET VERPLEEGKUNDIGEN

Utrecht, 25 mei 2009

- Hannie Aartsen, ErasmusMC

- Jacqueline Bekker, Medisch Centrum Alkmaar
- Simone Berkhout, Medisch Centrum Alkmaar
- Yvonne de Boer, Medisch Centrum Alkmaar
- Gerrie Brokking, Zorgstroom
- De heer R.R. Daale, Onze Lieve Vrouwe Gasthuis
- Patricia Dévilé, ErasmusMC
- Carolien van Doorn, Diakonessenhuis Zeist
- Richard Elzes, Verpleeghuis De Samaritaan
- Paulien Fontijne, Isalaklinieken Zwolle
- Mirjam de Graaf, Meander Medisch Centrum
- Gera den Hartogh, MeanderMC Amersfoort
- Fietje Hennephof, Onze Lieve Vrouwe Gasthuis
- Jeroen Hensen, Catharina Ziekenhuis
- Lon van der Hoeff, Verpleeghuis Kalorama/Afd. De Vossenberg
- Dinka den Hollander, Gelre ziekenhuizen
- Martine Huurnink, Isalaklinieken Zwolle
- Jannemieke Huys, Kenniscentrum somatiek Dommelhof
- Antoinette Jansen, COL Nijmegen
- Mark de Jong, Onze Lieve Vrouwe Gasthuis
- Mevrouw M.F. Kok-van Holst, 't Lange Land Ziekenhuis
- Brigitta Kornet-Stehouwer, ErasmusMC Locatie Sophia Kinderziekenhuis
- Judith Koster, Diakonessenhuis Zeist
- Mariska Kroeze, Onze Lieve Vrouwe Gasthuis
- Jaco Lesierse, ErasmusMC
- Theo Niessen, Fontys Hogeschool
- Hetty Nieuwaard, COL Nijmegen
- Tanja Nikolien, Laurentius Ziekenhuis
- Mevrouw H. Pecht, Stichting Amstelring/locatie Rozenholm
- Ingrid Reidsma, Zorggroep Zuid Gelderland/locatie verpleeghuis Margriet
- Mevrouw S. Rijkenberg, Onze Lieve Vrouwe Gasthuis
- Carola Roosenburg, Lange Land Ziekenhuis Zoetermeer
- Riëtte Ruijten, Laurentius Ziekenhuis
- Jan van der Scheer, Groenhuyzen Vitalis College
- Wendy Sebel, Lange Land Ziekenhuis Zoetermeer
- Ria Siebrasse, T.S.N. Thuiszorg Utrecht
- Petra Snoep, Transferbureau Zorgbrug, Gouda
- Dick van Soelen, Verpleeghuis De Samaritaan
- Anita Spanjer-van Norel, UMCN St. Radboud Nijmegen
- Carolien Verstraten, Diakonessenhuis Zeist
- Christien Vrielink, Meander Medisch Centrum
- Joke de Witte, V&VN
- Lydia Zwemer, Zorgstroom

BIJEENKOMST MET THUISZORGORGANISATIE

Amstelveen, 2 juli 2009

- Ida de Boer, Amstelring
- Hilda Warners, Amstelring
- Sam Weilenmann, Amstelring
- Marie Partowidjojo, Amstelring
- Anani Lagos, Amstelring
- Franny Bassaly, Amstelring
- Hetty Stolk, Amstelring
- Liesbeth van der Horst, Amstelring.

Expertmeetings met beroepsorganisaties en leidinggevenden

Ter voorbereiding van het signalement vonden er twee expertmeetings plaats, op 4 november, met deelnemers uit belangen- en beroepsorganisaties en 10 november met leidinggevenden uit de ziekenhuiszorg, thuiszorg en verzorgingshuis- en verpleeghuiszorg.

DEELNEMERS EXPERTMEETING

4 november 2009

- Mw. drs. J. de Witte, V&VN
- Mw. M. Meere, CNV Publieke Zaak
- Mw. dr. A.J. Mintjes-de Groot, Landelijk Expertisecentrum Verpleging en Verzorging
- Mw. drs. G.M. Ubels, ActiZ

10 november 2009

- Dhr. J.W. van den Dool, GrowWork,
- Mw. drs. S.E. van der Ent, Erasmus Universiteit Rotterdam
- Mw. M.A. van der Hammen-Haverland, Thuiszorg De Zellingen
- Dhr. P. Hoveling, interim manager verzorgingshuis- en verpleeghuiszorg
- Mw. J. Koningswoud-ten Hove, St. PZD Calando
- Mw. J. de Schepper, Thuiszorg de Zellingen
- Mw. I.A. Snier, GrowWork
- Mw. M. Versluis, (locatie)manager in de ouderenzorg, Aerdenhout
- Mw. E.C.M. Harmes, sector manager Mariënstaete, Warmond
- Mw. D. Hof, Vivium Zorggroep/De Bolder
- Mw. P. Drost, Vivium Zorggroep
- Mw. L. Oldenhof, RVZ
- Mw. C. Bekkering, Onze Lieve Vrouwe Gasthuis
- Mw. I. Rust, Onze Lieve Vrouwe Gasthuis

Overige raadpleging en vaststelling signalement

Conceptteksten besproken in:

FORUM VAN HET CEG

Plan van aanpak, fase 1: 17 maart 2009 en
Notitie, Plan van aanpak, fase 2, essays, 22 september 2009
Concept signalement, schriftelijke ronde 10 - 19 november 2009

KLANKBORDGROEP:

1^e vergadering: 5 en 7 oktober 2009
2^e vergadering: 10 november 2009

ADVIESGROEP RVZ

Plan van aanpak fase 1: 9 februari 2009
Notitie resultaten fase 1: 8 juni 2009
Plan van aanpak, fase 2: 13 juli 2009
Concept signalement: 9 november 2009

RAADSVERGADERINGEN VAN DE RVZ

Plan van aanpak, fase 1: 12 februari 2009
Notitie resultaten fase 1: 18 juni 2009
Plan van aanpak, fase 2: 20 augustus 2009
Inhoud en opzet signalement: 15 oktober 2009
Vaststelling concept signalement: 19 november 2009

MEELEESGROEP

Aan een meeleesgroep, bestaande uit 45 deelnemers van de landelijke- en regiobijeenkomsten, is het concept signalement aan de hand van een vragenlijst voorgelegd. Dit vond plaats via een schriftelijke ronde in de week van 5-11 november 2009.

Bijlage 9

Publicaties CEG

Signalementen

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

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

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

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

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

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

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

- Economisering van zorg en beroepsethiek, 2004
- Ethiek in zorgopleidingen en zorginstellingen, 2005

Verkenningen

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

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

Publieksversies

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

- Argumentenwijzer voor het debat over orgaandonatie, 2008

Deze publicaties zijn te verkrijgen via info@ceg.nl en te downloaden via www.ceg.nl.