

Een menslievend Moreel beraad?

Een theoretische synthese van de menslievende zorg en het Moreel beraad als praktische mogelijkheid om moreel goede zorg in het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis te garanderen

Student: Jelle Backhuis (s4137329)

Begeleidend docent: prof. dr. C. Hübenthal

Masterscriptie van de Masteropleiding Geestelijke Verzorging aan de Faculteit Filosofie, Theologie en Religiewetenschappen van de Radboud Universiteit Nijmegen

Aantal woorden (exclusief bijlage): 11796

Eerste kans op 15 januari 2018

Verklaring van eigen werk

Hierbij verklaar en verzeker ik, Jelle Valentijn Backhuis, dat voorliggende eindwerkstuk getiteld *Een menslievend Moreel beraad?*, zelfstandig door mij is opgesteld, dat geen andere bronnen en hulpmiddelen dan die door mij zijn vermeld zijn gebruikt en dat de passages in het werk waarvan de woordelijke inhoud of betekenis uit andere werken –ook elektronische media –is genomen door bronvermelding als ontlening kenbaar gemaakt worden.

Nijmegen, 15 januari 2018

Abstract

In dit onderzoek is er geprobeerd een antwoord te geven op de vraag “Welke gevolgen heeft de inhoudelijke invulling volgens het concept van de menslievende zorg op het voeren van Moreel Beraad en komt deze synthese overeen met de heersende behoeftes op ethisch gebied onder het personeel van het CWZ?”. Allereerst is het concept van de menslievende zorg uitgewerkt, waarbij de kernwaarden van dit concept centraal staan. Deze waarden zijn ‘betrokkenheid, afhankelijkheid, verantwoordelijkheid, zorgzaamheid en kwetsbaarheid’ en zijn geïncorporeerd in de vierde stap van het Moreel beraad volgens de dilemmamethode van *Reliëf* met als doel de menslievende zorg binnen het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis te garanderen.

Deze theoretische synthese is daarna vergeleken met een gehouden enquête die de ethische behoefte onder het personeel binnen het CWZ heeft gepeild. De kernwaarden van de menslievende zorg komen duidelijk naar voren uit de enquête, waardoor geconcludeerd kan worden dat de menslievende zorg aansluit bij de in het CWZ aanwezige attitudes op het gebied van ethiek. Uit de enquête blijkt dat de theoretische synthese echter niet meteen het geschikte instrument blijkt om ethiek ook in de praktijk vorm te geven. In de aanbevelingen geef ik aan waarom het volgens mij toch belangrijk is om structureel Moreel beraad te houden op de afdelingen.

Inhoudsopgave

- Abstract	blz. 2
- Inleiding	blz. 4
- Hoofdstuk 1	blz. 7
o Zorgethiek	blz. 7
o Menslievende zorg	blz. 9
- Hoofdstuk 2	blz. 11
o De kenmerken van het Moreel beraad	blz. 12
o De stappen van het Moreel beraad	blz. 12
o De Dilemma methode van <i>Reliëf</i>	blz. 13
- Hoofdstuk 3	blz. 15
o Waarden	blz. 15
o Het Moreel beraad ingekleed volgens de menslievende zorg	blz. 16
o Conflicterende waarden	blz. 17
- Hoofdstuk 4	blz. 19
o De deelnemers	blz. 19
o Ethiek in de praktijk	blz. 20
o Het Moreel beraad	blz. 21
- Hoofdstuk 5	blz. 22
o Overeenkomsten	blz. 23
o Verschillen	blz. 23
o Menslievende zorg in het CWZ: is dit Moreel beraad passend?	blz. 25
- Conclusie	blz. 26
o Aanbeveling naar aanleiding van dit onderzoek	blz. 26
o Voor verder onderzoek	blz. 27
o Reflectie	blz. 28
- Literatuur	blz. 29
- Bijlage 1: Onderzoekresultaten enquête 27-10-2016	blz. 30

Inleiding

Van januari 2017 tot en met juni 2017 heb ik stage gelopen in het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis als geestelijk verzorger en alhier heb ik voor het eerst de lessen uit de theorie van de opleiding Geestelijke verzorging aan de Radboud Universiteit te Nijmegen in de praktijk mogen brengen. In het ziekenhuis kwam ik binnen in een rumoerige tijd vol veranderingen. Naast bijvoorbeeld aanpassingen omtrent een nieuwe locatie voor de zondagsvieringen, kreeg de afdeling Geestelijke Verzorging ook het toevoegsel 'en Ethiek', omdat het ziekenhuis met hernieuwde energie in ging zetten op het beleid omtrent ethiek. Zo is er een nieuw ethisch kader gekomen en wordt er geprobeerd ethiek ook praktisch vorm te geven. Voor mij als student is het een erg interessante tijd geweest, omdat ik vanuit eerste hand mee heb mogen kijken en ook denken naar hoe dit vorm te geven. Vanuit deze interesse heb ik onderzoek gedaan en dit heeft geresulteerd in deze scriptie.

Sinds 2016 wordt er zoals hierboven al kort gezegd met hernieuwde energie ingezet op de ontwikkeling van een ethisch kader in het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis (CWZ) te Nijmegen. Dit ethisch kader moet mede waarborgen dat de zorg die verleend wordt in het CWZ naast goed ook verstandig en verantwoord is voor zowel de patiënten als het personeel, waarbij er door middel van ethiekondersteuning gezocht kan worden naar het vinden van de (moreel) beste oplossing.

Een belangrijk, praktisch onderdeel van dit ethisch kader wordt gevormd door activiteiten die het ethisch denken en handelen stimuleren. Een voorbeeld van activiteiten is het structureel per afdeling houden van een ethisch overleg, in de vorm van een Moreel Beraad. De afdeling Geestelijke Verzorging en Ethiek is verantwoordelijk voor de ontwikkeling van het ethisch kader als ook voor het in de toekomst te houden moreel beraad.

In het CWZ wordt er vanuit de dienst Geestelijke Verzorging en Ethiek naar gestreefd om in de toekomst structureel op iedere afdeling Moreel Beraad te gaan houden. Daarnaast wil het CWZ naast de beste medische zorg, zoals blijkt uit het ethische kader, ook 'menslievende zorg' aanbieden. In dit onderzoek zal deze combinatie, van het Moreel Beraad als functioneel instrument ingekleed volgens het zorgconcept van de 'menslievende zorg', centraal staan. De mogelijkheid of een synthese tussen beiden gemaakt kan worden wordt in dit onderzoek verkend, waarbij er een vergelijk wordt gemaakt met de behoefte van het personeel van het CWZ.

Moreel Beraad wordt hier in navolging van de ethicus Bert Molewijk gedefinieerd als een methodisch gesprek om te komen tot een antwoord op een morele vraag, onder leiding van een hiervoor opgeleide gespreksleider.¹ Verderop in dit onderzoek, namelijk in het tweede hoofdstuk, zal het begrip Moreel

¹ Hans van Dartel en Bert Molewijk, *In gesprek blijven over goede zorg. Overlegmethoden voor Moreel Beraad* (Amsterdam, 2014).blz. 23.

Beraad verder uitgewerkt worden, waarbij ook de in dit onderzoek gekozen methodologie van het Moreel beraad aan bod komt.

In dit onderzoek zal onderzocht worden hoe het moreel beraad ingekleed kan worden en wat daar de gevolgen van zijn. Hier is in navolging van het ethisch kader specifiek gekozen voor het perspectief van 'menslievende zorg', ontwikkeld door Annelies van Heijst, hoogleraar Zorg, Cultuur en Caritas. Dit zorgconcept houdt, kort gezegd, twee dingen in. Werkend vanuit de menslievende zorg wordt er enerzijds geprobeerd om goede zorg te leveren aan de patiënt door deze onder andere aandacht te geven en het gevoel te geven dat de patiënt ertoe doet en gezien wordt.

Anderzijds biedt het werken vanuit het idee van de menslievende zorg voor de werknemer een plaats om persoonlijke zorg te geven aan de patiënt. Hierbij pleit Van Heijst tegen het alleen maar kijken naar efficiëntiecijfers en de zorgverleners als onderling vervangbaar, en voor een persoonlijke invulling van de zorg door de zorgverlener. In het eerste hoofdstuk wordt dit concept vanuit de zorgethiek verder uitgewerkt.

In oktober 2016 is er vanuit de afdeling Geestelijke Verzorging en Ethiek een enquête gehouden onder het personeel van het CWZ om te peilen welke attitudes, overtuigingen en behoeftes op ethisch gebied aanwezig zijn. De uitkomst van deze enquête is opgenomen als bijlage van deze scriptie en deze uitkomst zal in dit onderzoek als data gebruikt worden om te onderzoeken of de al heersende attitudes overeenkomen met de vanuit de literatuur geconstrueerde synthese van het moreel beraad, ingekleed volgens het 'menslievende zorg'-concept.

Aan de hand van het voorgaande staat er in dit onderzoek de volgende hoofdvraag centraal: "Welke gevolgen heeft de inhoudelijke invulling volgens het concept van de menslievende zorg op het voeren van Moreel Beraad en komt deze synthese overeen met de heersende behoeftes op ethisch gebied onder het personeel van het CWZ?" Om deze hoofdvraag te kunnen beantwoorden, is deze opgesplitst in twee onderzoeksvragen. Allereerst zal er geprobeerd worden om aan de hand van literatuur een antwoord te geven op de vraag: "welke gevolgen heeft de inhoudelijke invulling volgens het concept van de menslievende zorg op het voeren van Moreel Beraad?" De stap die hierna in dit onderzoek gezet wordt, is het vergelijken van deze specifieke invulling op de praktijk en behoefte in het CWZ, waarbij de vraag luidt: "Wat leeft er onder het personeel van het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis? Komt deze behoefte overeen met de kapstok die geboden wordt door het antwoord op de eerste vraag?" Deze behoefte wordt, zoals gezien, geformuleerd vanuit een enquête die is gehouden door de afdeling Geestelijke Verzorging en Ethiek onder het personeel in het CWZ.

Methodologisch wordt er in dit onderzoek dus als volgt gewerkt. Dit onderzoek bevat een literatuurstudie naar wat menslievende zorg inhoud en welke ethische consequenties het werken met dit zorgconcept meebrengt. Daarnaast zal dit toegepast worden op een inhoudelijke invulling van het

formele, gestructureerde gesprek of Moreel Beraad. Waarna tot slot de uit de literatuur verworven data worden vergeleken met de data die voortkomen uit de afgenomen enquête, om zo te kijken of het Moreel Beraad, ingekleed volgens het zorgconcept van de 'menslievende zorg', een antwoord kan vormen op vragen omtrent ethiekbeleid en praktijkwensen van personeel in het CWZ.

In dit onderzoek kijk ik eerst naar wat het zorgconcept van de 'menslievende zorg' van Annelies van Heijst inhoudt. Hierbij zal ik kort kijken naar de geschiedenis van het zorgconcept: waar komt het vandaan? Deze vraag is relevant om te zien waar dit zorgconcept op reageert. Een belangrijk begrip hierbij is de zorgethiek, een ethiek die vanuit Amerika naar Nederland is overgekomen. Daarna zal ik aan de hand van literatuur onderzoeken wat het zorgconcept inhoudt en hoe het, volgens onder andere Annelies van Heijst, toegepast kan worden in de zorgpraktijk.

Daarna volgt een korte beschouwing van wat het Moreel Beraad inhoudt. Hier zal vanuit de literatuur een overzicht gegeven worden van de geschiedenis van het Moreel Beraad en de vele mogelijke manieren om een Moreel Beraad in te kleden. Ook worden in dit hoofdstuk de voorwaarden genoemd waaraan een Moreel beraad moet voldoen, alvorens het zo genoemd mag worden. In het CWZ wordt er Moreel Beraad gehouden volgens de Dilemma Methode van *Reliëf*. Wat dit precies inhoudt, zal in hoofdstuk 2 verkend worden. In het hoofdstuk dat hierop volgt, wordt er gekeken naar wat voor gevolgen het heeft om het Moreel Beraad in te kleden volgens het zorgconcept van Annelies van Heijst.

In hoofdstuk 4 zal er gekeken worden naar de uitslagen van enquêtes gehouden in het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis, onder andere met betrekking tot behoefte naar het bespreekbaar maken van ethische dilemma's en bekendheid met Moreel beraad onder personeel. Hoofdstuk 5 behandelt hoe deze uitslagen zich verhouden tot het aanbod dat het Moreel Beraad volgens de idealen van de menslievende zorg biedt. Wat zijn de overeenkomsten en verschillen? En kan de synthese uit hoofdstuk 3 voldoen aan de wensen die voortkomen uit de uitslagen van die enquête die besproken worden in hoofdstuk 4? Tot slot eindigt dit werkstuk met een conclusie, waarin de stappen die gezet zijn in dit onderzoek besproken worden en, naast een reflectie op het onderzoek, volgen enkele suggesties voor verder onderzoek naar de in deze scriptie besproken thematiek.

Hoofdstuk 1: ‘Menslievende zorg’ van Annelies van Heijst

In dit hoofdstuk wordt er onderzocht wat het concept van de menslievende zorg inhoudt. Omdat de mens- en zorgvisie van Annelies van Heijst is ontwikkeld vanuit de zorgethiek, zal eerst de theorie omtrent de zorgethiek bestudeerd worden. De zorgethiek, naar Nederland overgekomen vanuit Amerika, zal eerst in de internationale, Amerikaanse context bestudeerd worden, waarna de Nederlandse situatie aan bod komt. Wanneer dan duidelijk is wat de zorgethiek inhoudt, wordt het menslievende zorgconcept, een concept dat Annelies van Heijst zelf ‘een radicalisering van de zorgethiek’ noemt, verder uitgewerkt.

Haar concept van menslievende zorg is, zoals hierboven al kort gezegd, een verdere uitwerking van de zorgethiek. Deze zorgethiek kent een lange geschiedenis en vertrekt voor de beantwoording van morele vragen vanuit de (zorg)relatie. De zorgethiek is gekomen als reactie op universele theorieën door aandacht te besteden aan wederzijdse afhankelijkheid van mensen, kwetsbaarheid en de situatie.² Dit als antwoord op de ‘harde’ waarden van autonomie en zelfredzaamheid. Theoretici die de beginselen van de zorgethiek ontwikkeld hebben zijn Amerikaanse feministen en *ze* zijn op zoek naar een omschrijving van de zorg als activiteit die het mens-zijn benadrukt, om zo een tegenwicht te bieden aan de focus op het autonome individu.³

Zorgethiek

De zorgethiek is in eerste instantie ontwikkeld en beschreven door Joan Tronto, een Amerikaanse politicologe en feministe.⁴ Bij het definiëren van de zorgethiek definieert Tronto zorg als een proces. Dit proces valt uiteen in vier verschillende fasen: ‘caring about’, ‘taking care of’, ‘care-giving’ en ‘care receiving’. Met dit onderscheid wil Tronto vooral duidelijk maken wat er nu precies gebeurt wanneer mensen zorgen. De fasen zijn door Inge van Nistelrooij, universitair docent Zorgethiek aan de universiteit voor Humanistiek, als volgt vertaald: ‘oog hebben voor’, ‘ervoor zorgen dat’, ‘zorgen’ en ‘reageren op de zorg’. Door het maken van een chronologie wordt ~~er~~ duidelijk wat er nu gebeurt bij het verlenen van zorg.

‘Oog hebben voor’ duidt op het zien waar voor wie welke zorg nodig is. De tweede fase, ‘ervoor zorgen dat’, duidt op de organisatie van de zorg die nodig is en opgemerkt is tijdens de eerste fase. Het ‘zorgen’ wijst op de daadwerkelijke zorgverlening en het ‘reageren op de zorg’ is de laatste fase die het mogelijk maakt om te reageren op de zorg die gegeven of gekregen is. Dit proces is doorlopend, aangezien na fase vier geconstateerd kan worden dat meer of andere zorg nodig is, waardoor de cirkel opnieuw begint bij fase een.⁵

² Joan C. Tronto, *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care* (New York, 1993), blz. 105-108.

³ Inge van Nistelrooij, *Basisboek zorgethiek* (Heeswijk, 2016), blz. 56.

⁴ Joan C. Tronto, *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care* (New York, 1993).

⁵ Inge van Nistelrooij, *Basisboek zorgethiek* (Heeswijk, 2016), blz. 56 – 58.

In de zorgethiek ziet Tronto zorg als een morele handeling, hetgeen betekent dat er in het zorgen morele waarden moeten worden gerealiseerd. Zorg zien als een morele handeling leidt daarom tot een vertaling van de vier fasen van zorg naar morele waarden. ‘Oog hebben voor’ wordt vertaald in de waarde van ‘aandacht’ of ‘aandachtigheid’ en duidt op aandachtige betrokkenheid. Daarbij is belangrijk dat je als zorgverlener echt probeert te weten hoe het met de ander gaat en wat deze eventueel nodig heeft. ‘Ervan zorgen dat’ wordt moreel vertaald met de waarde ‘verantwoordelijkheid’. In de contextuele zorgethiek acht Tronto het van belang dat zorg verleend wordt in concrete situaties. Wanneer de zorgverlener verantwoordelijk is, wordt deze ook geacht deze verantwoordelijkheid voor het verlenen van zorg te nemen.

Bij het ‘zorgen’ hoort volgens Tronto de waarde ‘competentie’. Belangrijk bij deze waarde is dat zorg die verleend wordt ook adequaat is. Na het nemen van de verantwoordelijkheid in de tweede fase, is het belangrijk dat de zorg ook competent of vaardig verleend wordt. Bij de laatste fase, het ‘reageren op zorg’ hoort de waarde ‘ontvankelijkheid’ of ‘responsiviteit’. Zorgrelaties zijn niet gelijk, daar iemand zorg verleent waar de ander zorg ontvangt. Belangrijk aan deze waarde is het besef dat ieder mens kwetsbaar en afhankelijk van anderen is.⁶ Deze waarden worden hier in theorie van elkaar gescheiden, maar ze vormen wel een integraal geheel bij het zorgen. Zorg is volgens Tronto alleen moreel goed als aan alle waarden wordt voldaan.⁷

Centraal in de zorg en het zorgen staan niet langer kernwaarden zoals autonomie, recht, individualiteit en vrijheid. Veel meer gaat het over specifieke contexten en situaties in de zorg. Hierbij ligt de nadruk op relaties tussen mensen en gevoelens die hier eventueel bij aanwezig kunnen zijn. Het is een ethiek van waaruit er stil gestaan wordt bij het persoonlijke leven, beleving en de daarbij horende bestaansvragen. In de vierde fase komt dit nadrukkelijk naar voren, omdat alhier centraal staat dat mensen kwetsbaar en van elkaar afhankelijk zijn.⁸

In Nederland is de zorgethiek in 1994 geïntroduceerd door Henk Manschot en Marian Verkerk met de publicatie van het boek *Ethiek van de zorg: een discussie* (Amsterdam, 1994).⁹ Beide auteurs zijn als hoogleraar ethiek verbonden aan een universiteit, Manschot aan de universiteit van Utrecht en Verkerk in Groningen. Een belangrijk thema in dit boek is de ethische laag die aanwezig is in een (zorg-)relatie, waarbij Manschot en Verkerk voortborduren op de zorgethiek van Tronto. Deze

⁶ Om de zorgfasen om te zetten in waarden heb ik gebruik gemaakt van: Inge van Nistelrooij, *Basisboek zorgethiek* (Heeswijk, 2016), blz. 61-64 en Anneslies van Heijst, *Menslievende zorg* (Kampen, 2006), blz. 72.

⁷ Inge van Nistelrooij, *Basisboek zorgethiek* (Heeswijk, 2016), blz. 61 - 64.

⁸ Annelies van Heijst, *Menslievende zorg* (Kampen, 2006), blz. 37.

⁹ Henk Manschot en Marian Verkerk, *Ethiek van de zorg: een discussie* (Amsterdam, 1994), Inge van Nistelrooij, *Basisboek zorgethiek* (Heeswijk, 2016), blz. 160.

publicatie leidt tot een hoop andere publicaties waarbij er vanuit de zorgethische theorie kritisch gekeken wordt naar hoe zorg verleend wordt in Nederland.¹⁰

Menslievende zorg

Een van de ethici die, vanuit de zorgethiek, kritisch reageert op de huidige manier waarop zorg verleend wordt in Nederland is Annelies van Heijst. Dit doet zij aan de hand van het door haar ontworpen zorgconcept van de ‘menslievende zorg’. De menslievende zorg is gegroeid als een reactie op wat Annelies van Heijst de ‘zorgfabriek’ noemt. Met deze zorgfabriek bedoelt van Heijst dat de zorg ‘volmaakt wordt geproduceerd’, hetgeen inhoudt dat zorg zo goed mogelijk georganiseerd en gestandaardiseerd wordt.¹¹

In dit systeem van een zorgfabriek gaan zaken als ‘barmhartigheid’ en ‘onbaatzuchtigheid’ verloren. Specifiek menselijke eigenschappen of behoeftes dreigen verloren te gaan in het gestandaardiseerde proces, omdat alles gewogen wordt naar aantoonbaar resultaat en rendement.¹² Het concept van de menslievende zorg is een verdere invulling van de zorgethiek zoals door Manschot en Verkerk in Nederland geïntroduceerd en is wetenschappelijk gestoeld op de presentietheorie van Andries Baart. Daarin ziet van Heijst de presentie als een ‘professionele wijze van zich verhouden tot medemensen die in de knel zitten, opdat het hen goed doet’.¹³ Bij de menslievende zorg ligt de nadruk dus op relaties tussen mensen, ook in de zorg gaat het logischerwijs om de omgang van mensen met elkaar. Hier kan het gaan om het present zijn en de relatie tussen patiënten onderling, tussen patiënt en professional of tussen professionals onderling.

Volgens van Heijst zijn er vier manieren waarop menslievende zorg gestalte kan krijgen. Deze manieren kunnen zowel afzonderlijk als ook in combinatie met elkaar voorkomen. In haar boek *Menslievende zorg* definieert ze deze manieren als ‘vakkundige beschikbaarheid, de ander als onvergelijkbaar ofwel uniek mens opmerken, de ander laten weten én voelen dat die voluit telt, en ontvankelijk zijn’.¹⁴ Deze vier manieren zijn een verdere uitwerking van het zorgethische concept van Tronto en de waarden die door Tronto geformuleerd zijn, waarbij Van Heijst, zoals hierboven al gezegd, zelf spreekt van een ‘radicalisering van zorgethiek’.¹⁵ Duidelijk is dat de menslievende zorg geladen is met waarden over hoe de zorg eruit hoort te zien. Dit gegeven is belangrijk bij het beantwoorden van de vraag uit hoofdstuk 3 en zal daar uitvoeriger aan bod komen.

Met vakkundige beschikbaarheid bedoelt van Heijst dat het in de zorg draait om een vakkundigheid en professionaliteit die zich tot een ethisch kader, namelijk dat van de menslievende zorg, moeten

¹⁰ Zie bijvoorbeeld: Annemarie Mol, *De logica van het zorgen. Actieve patiënten en de grenzen van het kiezen* (Amsterdam, 2006) of J.S. Reinders, *Ethiek op de werkvloer* (Amersfoort, 2005).

¹¹ Annelies van Heijst, *Menslievende zorg* (Kampen, 2006), blz. 27.

¹² Ibidem, blz. 29.

¹³ Andries Baart, *Een theorie van presentie* (Utrecht, 2004).

¹⁴ Annelies van Heijst, *Menslievende zorg* (Kampen, 2006), blz. 11.

¹⁵ Ibidem, blz. 36.

verhouden. Competentie is belangrijk, maar volgens van Heijst gelijkwaardig aan zorgzaamheid.¹⁶ De andere drie waarden zijn vrij letterlijk en behoeven geen verdere uitleg omdat ze voor zichzelf spreken. Wel wil ik bij de vierde waarde terug verwijzen naar het bovenstaande stuk over Tronto. De zorgverlener en zorgontvanger dienen beiden ontvankelijk te zijn voor de wederzijdse kwetsbaarheid en afhankelijkheid van anderen om elkaar heen.

Naast een herwaardering van de vier waarden van Tronto, uit van Heijst ook kritiek op andere punten van haar zorgethiek. Zo betwijfelt ze de chronologie van Tronto's vierfasenmodel. Hier wordt er volgens van Heijst te veel geredeneerd vanuit het perspectief van de zorgverlener en dreigen we de zorgontvanger uit het oog te verliezen. Dit laatste blijkt ook uit de vierde fase, die van ontvankelijkheid. Hierin is onduidelijk wie nu precies ontvankelijk dient te zijn of er meer zorg is: de zorgverlener, de zorgontvanger of beiden? Van Heijst oordeelt dat het laatste het geval dient te zijn. Naast kritiek over de intrinsieke motivatie van zorgverleners, waarom zijn zij juist wel gemotiveerd om te zorgen voor anderen en hoe blijven mensen gemotiveerd, blijft het zorgconcept van Tronto, volgens van Heijst, bruikbaar om de zorg vanuit een zorgethisch perspectief te kunnen analyseren.¹⁷

Cruciaal in het zorgconcept van Annelies van der Heijst is dat de zorg menslievend moet zijn voor de patiënt, maar vooral ook menslievend voor de zorgverstrekker. Zowel de zorgontvanger als de zorgverlener is een uniek mens en niet zomaar een nummer. In dit punt is ook weer een kritiekpunt op de 'zorgfabriek' te vinden, aangezien daar volgens van Heijst wordt geredeneerd volgens ziekte en beter krijgen zonder dat er aandacht is voor de individuele mens. Vanuit de zorgethiek wordt de mens als een holistisch geheel beschouwd en niet als een ziekte die verholpen moet worden. Door deze holistische mensbeschouwing is het mogelijk om ieder mens als uniek geheel te zien. Het gegeven dat ook de zorgverlener een uniek mens is, en niet slechts een nummer, is erg belangrijk in dit onderzoek, aangezien de empirische data die voortkomen uit de gehouden enquête betrekking hebben op de ethische behoefte van het personeel van het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis.

In dit hoofdstuk is er kort een overzicht gegeven van de zorgethiek, een ethiek die in Amerika in gang is gezet door Joan Tronto. Nadat deze in 1994 in Nederland is geïntroduceerd door Manschot en Verkerk, heeft het een enorme vlucht genomen. Veel ethici bestuderen en bekritisieren de zorg vanuit dit zorgethisch perspectief. In dit onderzoek is één ethica verder uitgediept, namelijk Annelies van Heijst. Haar concept van de menslievende zorg vertrekt vanuit een duidelijk waardeoordeel van de zorg. Dit waardeoordeel vestigt nadrukkelijk de aandacht op wederkerige afhankelijkheid en relationaliteit in het zorgen. Dit zorgen definieert zij als een handeling die moreel goed is wanneer aan de vier kernwaarden zoveel mogelijk recht gedaan is. In het volgende hoofdstuk zal het Moreel beraad

¹⁶ Annelies van Heijst, *Liefdewerk : een herwaardering van de caritas bij de Arme Zusters van het Goddelijk Kind, sinds 1852* (Hilversum, 2002), blz. 283-285.

¹⁷ Annelies van Heijst, *Menslievende zorg* (Kampen, 2006), blz. 70

uitgewerkt worden, waarna er in hoofdstuk drie een synthese gevormd wordt tussen de menslievende zorg en het Moreel beraad.

Hoofdstuk 2: Het Moreel beraad

In de inleiding is al kort gesproken over het Moreel beraad, waarbij er gezegd is dat in dit onderzoek de definitie van de ethicus Bert Molewijk aangehouden wordt. Dit houdt kort gezegd in dat het Moreel beraad een gestructureerd gesprek is dat begint vanuit een moreel dilemma uit de praktijk of theorie. Daarbij wordt dit gesprek geleid door een daarvoor opgeleide gespreksleider. Dit gestructureerde gesprek wordt ingekleed volgens een specifieke methode, aangezien er meerdere vormen van Moreel beraad mogelijk zijn.¹⁸ In dit hoofdstuk wordt verder uiteengezet wat het Moreel beraad precies inhoudt en om het gebruik van welke methode van Moreel beraad het zal gaan in dit onderzoek.

Moreel beraad is een manier om ethiek praktisch vorm te geven binnen een organisatie. Zo kunnen concrete problemen die zich voordoen in de praktijk via het Moreel beraad bespreekbaar gemaakt worden. Deze problemen worden als casus ingebracht, waardoor het mogelijk gemaakt wordt om te spreken over de ethische dimensies van dilemma's. Zo kan er vanuit ethisch perspectief afgewogen worden wat de best mogelijke handelswijze is in de omgang met dergelijke problematiek.¹⁹ Dit spreken van een 'best mogelijke handelswijze' wordt aangeduid als de zogenaamde *Second best* – oplossingen. Dit omdat het hier gaat om een dilemma en er altijd waarden in het geding zullen blijven. Belangrijk binnen een Moreel beraad is dat er gesproken wordt in normen en waarden die in gedrang komen of bij een casus in gedrang zijn gekomen.

Daarnaast dient er binnen het formele instrument van het Moreel beraad een veilige omgeving geschapen te worden, waarbij de deelnemers vrij over de casus kunnen spreken zonder dat hij of zij hier later op veroordeeld worden. Door dit te garanderen wordt het mogelijk voor iedere deelnemer om zijn visie op de casus vanuit de terminologie van waarden te geven en kan er binnen het Moreel beraad op een goede manier overlegt en van gedachten gewisseld worden.²⁰ Voor een zo effectief mogelijk Moreel beraad moet deze veiligheid een basisvoorwaarde zijn.

¹⁸ Laura Hartman e.a., *Handboek Ethiekondersteuning* (Amsterdam, 2016), blz. 76.

¹⁹ Henk Manschot en Hans van Dartel, 'Wegwijzers voor het spreken van goede zorg', in: Henk Manschot en Hans van Dartel, *In gesprek over goede zorg* (Amsterdam, 2003), blz. 14.

²⁰ Inge van Nistelrooij, *Basisboek zorgethiek* (Heeswijk, 2008), blz. 141.

De kenmerken van het Moreel beraad

Niet ieder gesprek naar aanleiding van een morele casus is een Moreel beraad. Om gesprekken een moreel beraad te kunnen noemen, moet het gesprek een vijftal kenmerken hebben volgens Molewijk en Van Dartel.²¹

- 1. *Morele vraag*: Allereerst kan het volgens deze ethici slechts om een Moreel beraad gaan, wanneer een morele vraag centraal staat.
- 2. *Onderzoek naar betekenis*: In het moreel beraad staat het onderzoek in het teken van de betekenislaag van deze vraag. Inzichtelijk krijgen welke waarden voor wie in het geding zijn, is een essentieel onderdeel van het Moreel beraad.
- 3. *Gezamenlijke dialoog*: Het Moreel beraad wordt geacht een ruimte te scheppen waarin de deelnemers vanuit zichzelf mogen denken over de morele kwestie. Hoe kunnen de deelnemers samen tot een zo goed mogelijke oplossing voor het morele dilemma komen?
- 4. *Vanuit zichzelf*: Dit is een verdere uitwerking van punt 3, daar het in het moreel niet slechts gaat over een advies of aan te dragen oplossing, maar vooral ook over het leren spreken in waarden. Deelnemers worden uitgenodigd om over zichzelf te denken en in ethische taal te beargumenteren wat zij belangrijk vinden.
- 5. *Emoties*: Emoties zijn belangrijk in het Moreel beraad, omdat deze aantonen wanneer het morele hittepunt bereikt wordt. Wel dienen emoties het onderzoek te steunen en laatstgenoemde niet in de weg te zitten.

De stappen van het Moreel beraad

Deze kenmerken zijn verder praktisch uitgewerkt door Laura Hartman e.a. in het *Handboek Ethiekondersteuning* tot een zevental stappen, namelijk:²²

- 1. *De voorbereiding*: In de eerste fase van het Moreel beraad wordt er in overleg tussen de gespreksleider en de casusinbrenger gezocht naar een zo neutraal mogelijke representatie van de casus. Met neutraal mogelijk wordt hier bedoeld dat er zo min mogelijk sprake dient te zijn van eventuele interpretaties door de inbrenger of de gespreksleider.
- 2. *Afspraken over het gesprek*: Naast praktische afspraken over hoe het Moreel beraad zal verlopen, worden hier ook afspraken gemaakt over vertrouwelijkheid en omgang met elkaar en de casus.
- 3. *De verkenning*: Tijdens deze fase leidt de casusinbrenger de casus in tot op het punt waar het morele dilemma het meest prangend is, het zogenaamde morele hittepunt. Andere deelnemers kunnen tijdens deze fase vragen naar feitelijke verheldering van onduidelijke zaken. Deze fase

²¹ De onderstaande punten zijn te vinden in: Hans van Dartel en Bert Molewijk, *In gesprek blijven over goede zorg. Overlegmethoden voor Moreel Beraad* (Amsterdam, 2014), blz. 23-24.

²² Laura Hartman e.a., *Handboek Ethiekondersteuning* (Amsterdam, 2016), blz. 76-79.

dient ertoe te leiden dat iedereen zich betrokken voelt bij het morele dilemma en zo geïnformeerd mogelijk aan de slag kan gaan.

- 4. *De verdieping*: In deze fase van het Moreel beraad beantwoorden deelnemers tot welke moreel juiste afweging zij komen. Nadat er individueel afgewogen wordt, wordt er geprobeerd om tot een groepsafweging te komen die antwoord tracht te geven op de centrale morele vraag. Belangrijk in deze fase is, dat na de feitelijkheden van de voorgaande fase, er hier duidelijk gesproken moet worden over normen en waarden die in het geding komen bij de morele kwestie.
- 5. *De afronding*: Met de groepsafweging rondt de gespreksleider het gesprek af, door terug te kijken op het gesprek en gevoelens die het Moreel beraad oproept, als ook te kijken wat er nu gedaan kan worden met het antwoord op de morele kwestie.
- 6. *Verslaglegging*: De verslaglegging van het Moreel beraad wordt gevormd door notulen tijdens het Moreel beraad, als ook een zo compleet mogelijk beeld van de morele kwestie en alles dat besproken is tijdens het Moreel beraad.
- 7. *De evaluatie*: De evaluatie vindt enkele weken na het Moreel beraad plaats, hetgeen de casusinbrenger en de deelnemers de mogelijkheid geeft om alles rustig te laten bezinken. Evaluatie geeft de mogelijkheid tot het reflecteren op het Moreel beraad, van waaruit goede en verbeterpunten geformuleerd kunnen worden.

Er zijn veel verschillende methodes waarop Moreel beraad in Nederlandse zorginstellingen gehouden wordt, waarbij belangrijk is op te merken dat de hierboven beschreven kenmerken van Molewijk, uitgewerkt tot de zeven stappen van Hartman e.a., wel steeds, al dan niet in een iets andere vorm, aanwezig zijn. De verschillen tussen de methodes zijn te vinden in het accent. De ene methode zet aan tot een meer analytisch denken over de casus, waar de andere vooral inzet op het creëren van een dialoog tussen de deelnemers. De bedoeling is dat gespreksleiders op de hoogte zijn van de verschillende methodes en de juiste methode bij de juiste situatie in kunnen passen. Dit omdat de ene methode beter werkt bij een moreel dilemma dan de andere.²³

De dilemma methode van *Reliëf*

In het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis wordt er in eerste instantie gebruik gemaakt van de Dilemma methode van *Reliëf*. Deze methode van moreel beraad zit als volgt in elkaar: Het Moreel beraad begint met een korte beschrijving van de situatie. Wat is er op het eerste gezicht het probleem of dilemma. Bij de tweede stap proberen de deelnemers een initieel antwoord te geven op de vraag: ‘Wat speelt er?’. Tijdens de derde stap wordt er inzichtelijk gemaakt wie de moreel betrokkenen zijn bij de casus. Stap vier vraagt hierop door: Wat staat er op het spel voor elk van de moreel betrokkenen? Belangrijk is dat er bij het antwoorden op deze vraag gesproken wordt in waarden en dat deze waarden ook duidelijk gearticuleerd worden. Bij stap vijf wordt de definitieve morele vraag geformuleerd, deze

²³ Laura Hartman e.a., *Handboek Ethiekondersteuning* (Amsterdam, 2016), blz. 75.

stap is een toespitsing en omvat alle kennis opgedaan uit de eerdere stappen. Stap zes, ‘de afweging’, laat de deelnemers aan de hand van de definitieve vraag nadenken over een eventuele oplossing. Dit gebeurt door middel van de vraag: ‘welke waarden wegen het zwaarst?’. Hierbij worden de waarden gewogen zowel vanuit het eigen perspectief als deelnemers van het Moreel beraad alsook, voor zover mogelijk, vanuit het perspectief van de moreel betrokkenen. Hier kan sprake zijn van de deelnemers zelf, namelijk in de betrokkenheid als zorgverlener, maar ook vanuit het perspectief van bijvoorbeeld de zorgontvanger, diens familie of de organisatie. Belangrijk is dat er tijdens deze stap ook oplossingsgericht gedacht wordt. Tot slot is er een moment van reflectie over het Moreel Beraad, dat centraal staat rond de vraag of het Moreel beraad als zinvol is ervaren.²⁴

Een belangrijk verschil dat hier nog genoemd moet worden is dat het in de Dilemma methode alleen om waarden draait en niet, zoals gesteld door Hartman, ook om normen. Hoewel het Moreel beraad als normatief instrument gebruikt kan worden, lijkt dit bij de Dilemma methode niet de eerste reden. Vooral de waarden die in die specifieke casus prangend zijn, moeten op tafel komen en naar belangrijkheid of problematiek besproken worden.

Omdat er al gebruikt wordt gemaakt van deze methode en de geestelijk verzorgers zijn opgeleid volgens deze methode, zal ook in dit onderzoek de Dilemma methode van *Reliëf* als uitgangspunt worden genomen. Ook omdat het te ver voert om iedere methode te in te kunnen kleden met het menslievende zorgconcept, is er gekozen voor deze specifieke methode.

De vraag wat voor consequenties de grondhoudingen en principes zoals besproken in hoofdstuk 1 hebben voor de indeling van het formele, gestructureerde gesprek c.q. het Moreel Beraad volgens dit zorgconcept, wordt in het komende hoofdstuk beantwoord. Een belangrijke focus zal dan liggen op de inhoudelijke invulling van het menslievende zorgconcept en het formele instrument van het moreel beraad, dat procedureel en beschrijvend is. In hoofdstuk 3 zal onderzocht worden of dit formele instrument in te kleden valt volgens de inhoudelijk sterk bepaalde waarden van het idee van de menslievende zorg.

²⁴ De uitgebreide uitleg die gebruikt is voor deze beschrijving van het stappenplan van deze methode van Moreel Beraad is te vinden in: Marije Stegenga, *Dilemma's in kaart* (Utrecht, 2014).

Hoofdstuk 3: Het analyse instrument

In dit hoofdstuk zal geprobeerd worden om een theoretische synthese neer te zetten van het Moreel beraad, volgens de *Reliëf methode*, ingekleed volgens het zorgconcept van de menslievende zorg. De vraag die in dit hoofdstuk beantwoord zal worden is met andere woorden: als er sprake is van een moreel beraad vanuit dit zorgconcept, waarvan dient er dan altijd sprake te zijn? Daarbij ga ik hier uitvoerig in op de vraag of het Moreel beraad en de menslievende zorg verenigbaar zijn of dat de waarden uit het zorgconcept en de waarden die tevoorschijn komen uit de praktijk van het Moreel beraad juist botsen. En indien laatstgenoemde gebeurt, wat betekent dit dan?

Waarden

De kern van de synthese die in dit hoofdstuk wordt gevormd door ‘waarden’, meer specifiek waarden die naar voren komen uit de stappen van het Moreel beraad, waarbij voornamelijk wordt gedacht aan de vierde, vijfde en zesde stap van het Moreel beraad. Hoe verhouden deze zich tot de duidelijk ingevulde waarden van de menslievende zorg, namelijk de waarden: ‘vakkundige beschikbaarheid, de ander als onvergelykbaar mens opmerken, de ander laten weten én voelen dat die voluit telt, en ontvankelijk zijn’, zoals ook al beschreven in hoofdstuk 1. Door van Heijst worden deze waarden in een interview ietwat krachtiger beschreven als: ‘betrokkenheid, afhankelijkheid, verantwoordelijkheid, zorgzaamheid en kwetsbaarheid’.²⁵

Tijdens een Moreel beraad volgens de *Reliëf methode* zijn de eerste drie stappen niet per sé relevant voor dit onderzoek, omdat het hier voornamelijk gaat over een overzicht van het probleem of dilemma, feitelijkheden omtrent dit dilemma en over wie er moreel betrokken zijn bij deze casus. Voor dit onderzoek is de vierde stap of vraag van het Moreel beraad belangrijk, aangezien daar de waarden die in het geding zijn gearticuleerd worden voor de verschillende moreel betrokkenen.

In principe kunnen er tijdens deze stap allerlei verschillende antwoorden gegeven worden, zolang deze antwoorden geformuleerd zijn in duidelijke waarden. Nadat bij vraag drie gekeken wordt wie de moreel betrokkenen zijn, vraagt de vierde vraag hierop door: ‘Wat staat er op het spel voor elk van de moreel betrokkenen?’, zoals ook besproken is in het vorige hoofdstuk. Belangrijk om hier te concluderen is dat het hier gaat om een zo open mogelijke vraag. Voor alle moreel betrokkenen wordt geprobeerd inzichtelijk te maken waar het nu om gaat bij deze morele kwestie en wat problematisch is, aangezien het gaat om een dilemma.

Het menslievende zorgconcept kan hier helpen door een kader aan te bieden bij deze open vraag. Zo kan er tijdens deze stap van het Moreel beraad getoetst worden of er bijvoorbeeld aan alle vier de waarden van Annelies van Heijst is voldaan en of er sprake is van (moreel) goede zorg. Omdat er in het ethisch kader binnen het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis gesproken wordt over een zorg die

²⁵ Interview met Annelies van Heijst: <http://wapenveldonline.nl/artikel/1000/zorgethiek-als-cultuurkritiek/>, voor het laatst bekeken op 8 januari 2018.

menslievend moet zijn, kan er gedacht worden om het menslievende van de zorg, dat zoals hier te lezen valt uiteen valt in vier kernwaarden, in te bouwen in het Moreel beraad.

Er wordt al gevraagd naar wie moreel betrokken is bij de morele kwestie en wat voor diegenen (zowel personen als bijvoorbeeld de organisatie, hier dus het ziekenhuis) qua waarden in het geding is. Met andere woorden, er wordt al gevraagd naar het morele perspectief van de betrokkenen. Hier kan een extra stap ingebouwd worden in de methode, om zo na te gaan of er aan de vier kernwaarden, geformuleerd door van Heijst, is voldaan en of er dus sprake is van menslievende zorg.

Het Moreel beraad ingekleed volgens de menslievende zorg

Zo kan er dan het volgende model voor de methode van Moreel beraad opgesteld worden, om enerzijds het formele instrument in ere te laten en ervoor te zorgen dat alle deelnemers vrij zijn om de waarden te benoemen die zij belangrijk achten voor de morele kwestie, maar om anderzijds ook een model te implementeren dat de menslievende zorg voor zover mogelijk probeert te waarborgen.

- *Stap 1:* De korte beschrijving van de casus blijft in principe hetzelfde. Nog steeds is het belangrijk om een feitelijk overzicht te geven van de situatie. Hier wordt de initiële morele vraag geformuleerd in de trant van ‘is het goed om...?’.
- *Stap 2:* Tijdens deze stap verandert er ook niets. Hier wordt geprobeerd zoveel mogelijk feitelijke kennis over de casus te verkrijgen doordat de deelnemers vragen kunnen stellen aan de inbrenger, de behandelaar en elkaar.
- *Stap 3:* Bij stap 3 wordt gevraagd naar wie de moreel betrokkenen zijn in de casus en dienen deze moreel betrokkenen ook gezien te worden in het licht van de menslievende zorg. Door het zorgconcept hier als pijler neer te zetten, kan bewaakt worden dat de kernwaarden van het zorgconcept bij de komende stappen ook aan bod komen. Zo worden moreel betrokkenen tegelijkertijd gezien naar hoe zij zich tot elkaar verhouden daar er in de zorgethiek een grote rol is weggelegd voor onderlinge relationaliteit tussen zorgverleners, ontvangers en de organisatie.
- *Stap 4:* Zoals gezien, staat de volgende vraag bij deze stap centraal: ‘Wat staat er op het spel voor elk van de moreel betrokkenen?’. Belangrijk is om hier alle deelnemers te laten spreken in waarden die zij hier in het geding zien. Daarbij kan het gaan om allerlei waarden, van het recht op autonomie, kwaliteit van leven of rechtvaardigheid. Belangrijk is dat het Moreel beraad ook daadwerkelijk een formeel instrument blijft, dat beschrijvend is en hier inhoudelijk niet te veel invult voor de deelnemers. Wanneer echter ook duidelijk is welke waarden bij welke moreel betrokkenen van belang zijn, kan er vanuit de menslievende zorg toch in ieder geval een deel van deze stap inhoudelijk ingevuld worden. Er is een kans dat de waarden van de menslievende zorg deels of in andere benamingen voorbij komen tijdens het Moreel beraad. Gebeurt dit niet, kan er dankzij deze tussenstap gecontroleerd worden of er waarden gemist worden.

- *Stap 5:* Tijdens deze stap wordt de definitieve morele vraag geformuleerd. Alle informatie, moreel betrokkenen en ook alle waarden, waaronder de kernwaarden van de menslievende zorg zijn nu inzichtelijk. Ook hier wordt de vraag geformuleerd in de trant van ‘is het goed om’ of ‘is het zinvol om?’.
- *Stap 6:* na de formulering van de definitieve vraag, volgt ‘de afweging’. Dit laat de deelnemers aan de hand van de definitieve vraag nadenken over een eventuele oplossing. Dit gebeurt door middel van de vraag: ‘welke waarden wegen het zwaarst?’, waarbij de waarden van de menslievende zorg dus ook een nadrukkelijke rol spelen.
- *Stap 7:* De laatste stap, die van de reflectie, biedt ruimte voor de deelnemers om na te denken of het Moreel beraad zinvol is. Deelnemers kunnen hier al reflecteren over wat het Moreel beraad met ze heeft gedaan en hoe er in de toekomst samengewerkt kan worden. Daarnaast biedt het Moreel beraad, zoals hier ingericht, tijdens deze stap ook de mogelijkheid om expliciet te reflecteren of de zorg menslievend is?

Conflicterende waarden

Een belangrijke spanning kan optreden tussen de kernwaarden van het menslievende zorgconcept en andere conflicterende waarden, zoals de voorbeelden die ik al geef tijdens stap vier. Waarden als autonomie kunnen haaks staan op de waarde van ontvankelijk zijn, een waarde die juist expliciet uit gaat van wederzijds afhankelijkheid. Nu rijst de vraag, wat is in deze gevallen dominant? In dit voorbeeld blijft autonomie een rol spelen, maar moet naar mijn idee deze waarde in het ziekenhuis niet als meest dominant gezien worden. Dit betekent niet dat andere waarden niet serieus genomen moeten worden. Alles moet op tafel mogen komen. Echter, wanneer zorg daadwerkelijk menslievend is, moet de patiënt allereerst gezien worden als afhankelijk en zich bevindend in een asymmetrische relatie voordat deze als een autonoom, op zichzelf staand individu wordt beschouwd.

Andere harde waarden die volgens van Heijst dominant zijn in de zorg zijn bijvoorbeeld een focus op recht, individualiteit en vrijheid.²⁶ Door zorg menslievend te maken, verandert deze plichtsmatige focus. Dit leidt tot ruimte om oog te hebben voor het bijzondere van de context of specifieke situatie. Een waarde zoals individualiteit kan botsen met ontvankelijk zijn en wanneer dit het geval is, dient er in dit model altijd een dominante rol weggelegd te zijn voor de menslievende waarde van het ontvankelijk zijn naar elkaar in plaats van de focus op het individu.

In dit hoofdstuk is geprobeerd om het zorgconcept van de menslievende zorg te combineren met het Moreel beraad. Het zorgconcept is inhoudelijk sterk bepaald door onder anderen de vier, door van Heijst opgestelde, kernwaarden van ‘vakkundige beschikbaarheid, de ander als onvergelykbaar mens opmerken, de ander laten weten én voelen dat die voluit telt, en ontvankelijk zijn’. Omdat het Moreel beraad op zichzelf een formeel, beschrijvend instrument is, dat geen inhoudelijke invulling biedt, heb

²⁶ Annelies van Heijst, *Menslievende zorg* (Kampen, 2006), blz. 37.

ik geprobeerd om binnen dit Moreel beraad ruimte te creëren waar deze kernwaarden expliciet aan bod komen. Door bij de stappen waarin waarden aan bod komen, ruimte te bieden aan de kernwaarden van Van Heijst, kan er tijdens het Moreel beraad gecontroleerd worden of de verleende zorg menslievend is. Wel dient er hier gezegd te worden dat er sprake kan zijn van conflicterende waarden. Soms kunnen waarden zelfs lijnrecht tegenover elkaar staan. Wanneer er van deze situatie sprake is, moeten de waarden van de menslievende zorg in lijn met het ethische kader als de dominante waarden worden geposteerd. Dit betekent niet dat conflicterende waarden zomaar weggestreept dienen te worden, aangezien dit het Moreel beraad als zodanig kan ondermijnen. Wel is het belangrijk om bij een eventuele afweging tussen conflicterende waarden, het ethisch kader te volgen en moreel goede zorg, hetgeen wil zeggen menslievende zorg, te garanderen en te bewaken.

Deze theoretische synthese wordt in hoofdstuk 5 vergeleken met de concrete empirische data uit een gehouden enquête die tot doel had de behoefte van personeel in het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis te peilen op het gebied van ethiek. Daar zal er ook nadrukkelijk aandacht zijn voor eventuele spanningen die op kunnen treden bij de verschillende waarden die aan bod komen in het Moreel beraad, de kernwaarden van de menslievende zorg en de behoefte omtrent ethiek die naar voren komt uit de enquête. In het volgende hoofdstuk zullen deze data, met een focus op de aldaar aanwezige ethische attitudes, besproken worden.

Hoofdstuk 4: Empirische data: de enquête

In dit hoofdstuk komen de empirische data die voor dit onderzoek gebruikt zijn aan bod. Deze data bestaan uit de resultaten van een enquête gehouden onder personeel van het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis. Alvorens de synthese uit hoofdstuk 3 vergeleken wordt met deze resultaten, is er in dit hoofdstuk aandacht voor de data zelf. Kort ga ik hier in op wie de enquête heeft ingevuld en welke ethische behoefte er onder personeel naar voren komt uit de antwoorden gegeven op de enquête. Nadat dit duidelijk is geworden, vindt in hoofdstuk 5 de daadwerkelijke comparatieve analyse plaats van de synthese uit hoofdstuk 3 en de in dit hoofdstuk gepresenteerde data.

Het jaar 2016 stond in het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis voor een gedeelte in het teken van het nieuw te ontwikkelen ethisch kader in het CWZ. Steeds belangrijker wordt het geacht om naast goede zorg ook moreel goede zorg te bieden. Aan moreel goede zorg zit een wederkerigheid, omdat naast de patiënt ook de werknemer de zorg als moreel goed moet ervaren. Bij de ontwikkeling van het nieuwe ethisch kader is er een belangrijke plaats van zeggenschap weggelegd voor de daadwerkelijke hulpverleners en wat zij moreel goede zorg vinden. Om deze behoeftes van het personeel in het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis te Nijmegen te peilen is er in 2016 tussen 23 augustus en 29 september een enquête gehouden. De resultaten van deze enquête, ontworpen en uitgewerkt door de afdeling Geestelijke Verzorging en Ethiek van het ziekenhuis, zijn te vinden als bijlage van deze scriptie. Alle gegevens die ik hier presenteer zijn terug te vinden in deze bijlage.

De deelnemers

Aan de enquête hebben in totaal 329 respondenten deelgenomen. Deze groep valt qua beroepsgroep als volgt uit elkaar. Van de deelnemers is 67 procent verpleegkundige, 16 procent is arts, drie procent paramedicus en de laatste dertien procent valt onder de noemer 'anders'. Onder deze noemer vallen allerlei functies, van bijvoorbeeld ondersteunend personeel tot afdelingshoofden en alles hiertussen. Hierop volgt een vraag naar hoe lang de betreffende deelnemer al in dienst is bij het CWZ, te beantwoorden in periode van vijf jaar. De lengte van diensttijd van de deelnemers is behoorlijk gelijkmatig, steeds rond de 20% met een dal van werknemers die tussen de 16 en 20 jaar in dienst zijn (12,16%) en een piek van werknemers die meer dan 20 jaar in dienst zijn (25,84).

Na deze persoonlijke informatie wordt er in de enquête gevraagd antwoord te geven op enkele stellingen omtrent ethiek in het ziekenhuis. Uit de enquête komen al bepaalde in het CWZ aanwezig zijnde attitudes en overwegingen die aanwezig zijn naar voren. Zo zoeken vraag 3.1 ('Ethiek in het ziekenhuis heeft te maken met:') en vraag 4.2 ('Ethiek in het ziekenhuis is een zaak van:') naar ethisch geladen antwoorden, omdat de morele betrokkenheid van de deelnemer onderzocht wordt. Op vraag 3.1 antwoordt maar liefst 69.9% met 'Alles wat een mens doet, wat voor hem of met hem gedaan wordt'. Op vraag 4.2 antwoordt ook 69.9% met 'Alle mensen die betrokken zijn bij het ziekenhuis zoals: directie, management, artsen, verpleegkundigen, geestelijk verzorgers, paramedici,

technici, schoonmakers, onderhoudsmedewerkers, roomservice, P&O, administratief personeel, patiënten, bezoekers en vrijwilligers.’

Deze antwoorden wijzen op een grote betrokkenheid en ook verantwoordelijkheid van iedereen werkzaam binnen het ziekenhuis om op ethisch gebied goede zorg te leveren aan de patiënt. Dit komt nog duidelijker naar voren bij vraag 16: ‘Ethische dilemma’s zie ik als een collectieve verantwoordelijkheid’. Maar liefst 93,31% antwoord hier op met een ja.

Ethiek in de praktijk

Na de vragen over ethische betrokkenheid volgen enkele stellingen over ethiek in de praktijk. Hier gaat het voornamelijk om de ervaring van de deelnemer zelf. Zo antwoordt 95,44 % positief op stelling 8.6: ‘Tijdens mijn werk word ik geconfronteerd met ethische dilemma’s. Hoewel dus bijna iedereen geconfronteerd wordt met ethische dilemma’s, antwoordt slechts een kleine meerderheid, namelijk 51,37% positief op de vervolgvraag ‘als zorgverlener los ik mijn eigen ethische dilemma’s op’. Hieruit kunnen we concluderen dat iets meer dan de helft van de deelnemers zelf zoveel mogelijk zijn of haar eigen ethische dilemma’s oplost of op probeert te lossen. Wel is het zo dat 99,7% van de deelnemers ethische dilemma’s kan aankaarten met anderen zo blijkt uit vraag 11.9. Ethiek kan dus bespreekbaar worden gemaakt.

Deelnemers die ooit al een ethisch dilemma bespreekbaar hebben gemaakt, hebben dit gedaan met collega’s (90,57%), in een team (79,43%), met een arts (73,03%) of een ander persoon (68,9%). Belangrijk is dat de deelnemer een gevoel van veiligheid moet voelen om het ethisch dilemma bespreekbaar te maken. Liefst 90,27% zegt zich veilig te hebben gevoeld bij het aankaarten van het dilemma. Op de stelling van 14.12, of er in het CWZ een Commissie Ethiek is, bestaat onzekerheid: 42,86% antwoordt positief, waar de overige meerderheid van 53,8% twijfelt en antwoordt met ‘Weet ik niet’. Wel merkt 92,5% dat er ‘wel eens tussen zorgverleners meningsverschillen zijn over hoe met een bepaalde casus omgegaan zou moeten worden’, valt te lezen onder stelling 17.15.3 van de enquête.

Uit deze data valt te concluderen dat een overgroot deel van de werknemers van het CWZ in meer of mindere mate geconfronteerd wordt met ethische dilemma’s in het werk. Weer een groot deel van deze groep weet dat ook op de een of andere manier bespreekbaar te maken, hetzij met collega’s, het team of andere personen. Belangrijk hierbij is dat het wel veilig moet voelen om een ethisch dilemma ter sprake te brengen. De betrokkenheid is daarnaast groot: ethische dilemma’s worden, volgens vraag 16.14 door liefst 93,31% van de deelnemers gezien als een collectieve betrokkenheid.

Het Moreel beraad

Een manier om ethische dilemma’s bespreekbaar te maken is via het Moreel Beraad. Ongeveer 62% van de respondenten weet wat een Moreel Beraad inhoudt. Van het totaal van 329 respondenten heeft ongeveer 27% al eens meegedaan aan een of meerdere Moreel Beraden. Op de vraag of een Moreel

Beraad zinvol is of niet heeft van de 62% van de respondenten die weten wat het Moreel Beraad inhoudt 96% geantwoord met ja. Dus ook werknemers die nog niet deel hebben genomen aan een Moreel Beraad zien een zeker nut in het gestructureerde gesprek, aangezien vraag 20.18 ingevuld is door 203 deelnemers, waarbij er 195 deelnemers met ja antwoorden. Dit aantal overstijgt het aantal deelnemers dat al eens of vaker heeft meegedaan met een Moreel Beraad, aangezien dit 90 mensen betreft.

Voordat de ethische behoefte onder personeel vergeleken kan worden met de synthese geformuleerd in hoofdstuk 3 vallen tot slot enkele zaken te concluderen. Dit heeft onder andere betrekking op de in het CWZ al aanwezige attitudes en het formele instrument het moreel Beraad als goede manier om ethische dilemma's bespreekbaar te maken. Duidelijk is dat er onder de deelnemers geen twijfel lijkt te zijn over de ethische laag van zorg. Dit uit zich in antwoorden op verschillende stellingen naar wat ethiek is, waarbij steeds door de overgrote meerderheid gekozen wordt voor het gegeven dat ethiek een verantwoordelijkheid is voor iedereen, dat de meesten geconfronteerd worden met ethische dilemma's en dat deze dilemma's ook bespreekbaar gemaakt moeten kunnen worden.

Daarnaast voelt een grote meerderheid van de deelnemers een zekere morele betrokkenheid, ethiek is iets dat samen aangepakt moet worden. Gebleken is dat het Moreel beraad als een goede manier gezien kan worden om ethische dilemma's bespreekbaar te maken, het meest specifiek bij vraag 20.18. In het volgende hoofdstuk wordt onderzocht of het specifieke Moreel beraad van hoofdstuk 3, namelijk met het zorgconcept van de menslievende zorg geïncorporeerd in de *Reliëf methode*, aansluit bij de attitudes en wensen die na voren zijn gekomen uit de enquête.

Hoofdstuk 5

In dit hoofdstuk vergelijk ik de synthese van het concept van de menslievende zorg met het instrument van het Moreel Beraad, zoals beschreven in hoofdstuk 3, met de data uit de enquête van hoofdstuk 4. Wat zijn nu de overeenkomsten en verschillen tussen de wens op ethisch gebied die leeft binnen het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis en het in dit onderzoek ontworpen model van het Moreel beraad volgens de attitude van de menslievende zorg? Met andere woorden, in dit hoofdstuk vertaal ik waar mogelijk de enquête naar de synthese uit hoofdstuk 3. Hierbij ligt de nadruk op waar we nu de kernwaarden uit de menslievende zorg terug kunnen vinden. Uit het ethisch kader van het CWZ komt naar voren dat het erg belangrijk geacht wordt dat de in het CWZ verleende zorg moreel goed moet zijn, waarbij het moreel goede hier ingevuld wordt vanuit het concept van de menslievende zorg. Zoals gezien is een manier om deze moreel goede zorg te garanderen en te bewaken het structureel houden van Moreel beraden.

In hoofdstuk 3 heb ik een synthese geformuleerd, waarbij het Moreel beraad nadrukkelijk rekening houdt met de menslievende zorg door de kernwaarden te incorporeren in het Moreel beraad. In hoofdstuk 3 zijn de door Annelies van Heijst geformuleerde waarden, namelijk ‘vakkundige beschikbaarheid, de ander als onvergelijkbaar mens opmerken, de ander laten weten én voelen dat die voluit telt en ontvankelijk zijn’ opgenomen tijdens de vierde stap van de *Reliëf methode*. Deze waarden zijn in navolging van Van Heijst te formuleren als ‘betrokkenheid, afhankelijkheid, verantwoordelijkheid, zorgzaamheid en kwetsbaarheid’. Zo kan er gecontroleerd worden bij de formulering van waarden voor de moreel betrokkenen of de verleende zorg in de casus menslievend is geweest. Bij eventuele spanning lijkt het mij belangrijk om de waarden uit het menslievende zorgconcept ook als dominant op te stellen, zonder te snel voorbij te gaan aan eventuele botsende waarden.

Een belangrijk onderdeel van het Moreel beraad is de garantie dat er sprake is van vertrouwelijkheid en veiligheid.²⁷ In het Moreel beraad moet er ruimte zijn voor mensen om vrij te kunnen spreken over de casus, zonder dat zij hier later op beoordeeld of veroordeeld worden. Dat dit een belangrijk behoefte is, komt ook al naar voren uit de enquête, waar bij vraag 13.11 90,27% van de respondenten zich veilig voelt bij degene waarbij de deelnemer het dilemma bespreekbaar maakt.

In het voorgaande hoofdstuk is er aandachtig ingegaan op de al aanwezige attitudes en overwegingen in het CWZ welke naar voren zijn gekomen uit een gehouden enquête. Onder de deelnemers is er sprake van een grote morele betrokkenheid bij het verlenen van moreel goede zorg in het CWZ. Duidelijk is ook dat haast iedere deelnemer in meer of mindere mate te maken heeft met ethische dilemma's. Een overgroot deel van deze groep weet dit dilemma te bespreken met een directe collega

²⁷ Inge van Instelrooij, *Basisboek zorgethiek* (Heeswijk, 2008), blz. 141.

of ander persoon, waarbij dit vooral gebeurde wanneer de context om het dilemma te bespreken veilig voelde.

Overeenkomsten

Welke overeenkomsten tussen de waarden van de synthese van het Moreel beraad en de al aanwezige ethische attitudes in het CWZ zijn er te zien? Een duidelijke overeenkomst komt naar voren bij vraag 9.7: 'Als zorgverlener los ik mijn eigen ethische dilemma's op'. Een kleine meerderheid antwoordt hierop met ja, zo zagen wij in hoofdstuk vier. Hier kunnen we het 'ontvankelijk zijn' terug zien. Van Heijst spreekt hier over het belang van verbondenheid tussen collega's onderling als ook met de patiënt of cliënt. Er is hier sprake van een wederzijdse afhankelijkheid en kwetsbaarheid.²⁸ Wanneer ethische dilemma's zich voordoen in de zorg, is dit een zaak van het collectief samen en niet zozeer van het individu die dit zelf op moet lossen. Zoals in hoofdstuk 1 al naar voren is gekomen, is zorgen volgens Tronto een relationele handeling.

Uit vraag 7.5 antwoordt 55,7% op de vraag 'Ethiek is': 'iets dat te maken heeft met rechten op menswaardig leven: algemene regels zijn nodig. Deze algemene regels worden nu geboden door het ethische kader. Menswaardig leven wordt ingevuld vanuit de menslievende zorg. Weliswaar is de zorgethiek tegen algemene of universalistische regels, hier staat het menswaardige leven centraal. Door een zorg te bieden die menslievend geacht wordt, probeert de zorgverlener bij te dragen aan een menswaardig leven voor de patiënt. Uit vraag 6.5 blijkt dat 95.14% mensen die met ethiek bezig zijn ziet als mensen die 'een belangrijke bijdrage leveren aan het zorgproces'. Dit duidt op een duidelijk belang dat deelnemers aan de enquête hechten aan een goed ethisch beleid, hetgeen aansluit bij de antwoorden op vraag 7.5.

Dit zien we ook terug in de antwoorden op vraag 3.1 en 4.2, vragen waarbij nadrukkelijk gezocht wordt naar antwoorden met een ethische lading. Bij beide vragen is er een meerderheid van 69,9% die kiest voor het meest omvattende antwoord, namelijk dat ethiek 'alles wat een mens doet, wat voor hem of met hem gedaan wordt', respectievelijk ethiek in het ziekenhuis is een zaak van 'alle mensen die betrokken zijn bij het ziekenhuis'. Zorgen is een constant handelen om bij te dragen aan een menswaardig bestaan voor zowel de cliënt of patiënt als ook voor de zorgverlener. Deze pijler van de zorgethiek van zowel Tronto als later ook van Van Heijst komt terug in de antwoorden op vraag 3.1 en 4.2. Waarden die hieraan verbonden moeten worden zijn verantwoordelijkheid, betrokkenheid en ook zorgzaamheid, zowel voor de patiënt als ook voor het moreel goed handelen.

In de zorg achten de deelnemers zoals gezegd ethiek dus als een collectieve verantwoordelijkheid, iets dat naadloos aansluit bij de menslievende zorg. En tevens iets dat in het Moreel beraad gewaarborgd wordt, doordat er als team samen binnen een veilige setting ethische dilemma's verkend kunnen worden. Binnen het Moreel beraad mogen en kunnen mensen zich hierdoor kwetsbaar en open

²⁸ Annelies van Heijst, *Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit* (Kampen, 2005), blz. 41.

opstellen. Deelnemers leren te spreken in waarden, waarbij er in een non hiërarchisch verband met elkaar gediscussieerd kan worden. Bij vraag 17.15.3 constateert 92,5% dat ‘er tussen zorgverleners meningsverschillen zijn over hoe met een bepaalde casus omgegaan zou moeten worden’. Vanuit de menslievende zorg wordt naar mijn idee op deze behoefte ingespeeld, omdat we hier twee kernwaarden van dit concept terug zien. Door de synthese is er immers een plek waar ‘de ander als onvergelijkbaar mens wordt opgemerkt’. Ook is er de ruimte om in hier gecreëerde synthese op non-hiërarchische wijze te spreken vanuit de eigen ‘vakkundige beschikbaarheid’.

Het Moreel beraad ingevuld volgens het menslievende zorgconcept wordt er bij de vierde stap stil gestaan bij de vier waarden van Annelies van Heijst en dat lijkt te voldoen aan de behoefte die op ethisch gebied naar voren komt. Want door ‘de ander te laten weten én voelen dat die voluit telt’ wordt gewaarborgd dat de zorgverleners samen zo hard mogelijk werken aan een menswaardigheid voor de patiënt, collega’s en zichzelf. Daarnaast wijzen volgens mij de antwoorden van de hier besproken vragen uit de enquête op een zo inclusief mogelijk ethisch beleid. Iedereen wordt door de meerderheid geacht verantwoordelijk te zijn voor moreel goede zorg. Met andere woorden, het verlenen van moreel goede zorg is iets dat samen gedaan moet worden. Dit valt te vertalen naar de kernwaarden van betrokkenheid, afhankelijkheid, verantwoordelijkheid, zorgzaamheid en kwetsbaarheid. Deze waarden vormen het hart van de menslievende zorg en deze vertaling laat zien dat voor de deelnemers de zorg zeker menslievend moet zijn.

Verschillen

Naast de overeenkomsten die in de vorige paragraaf naar voren zijn gekomen, zal er hier gelet worden op de verschillen tussen beiden, waarbij de nadruk ligt op de ethische behoefte van het personeel en waarden uit de enquête die hier naar voren komen. De centrale vraag in deze paragraaf die beantwoordt wordt is of er sprake is van een spanning tussen botsende waarden? Uit de enquête komt duidelijk naar voren dat ethiek in het zorgen alomvattend is: zo goed als iedere deelnemer stuit in meer of mindere mate op ethische dilemma’s en er is een behoefte dit bespreekbaar te maken. Daarbij wordt er gedacht dat verschillende collega’s anders over het dilemma denken. De waarden geformuleerd in de menslievende zorg door Annelies van Heijst en opgenomen in het Moreel beraad komen overeen met de aanwezige attitudes onder de deelnemers van deze enquête, hier zijn geen prangende verschillen die naar voren komen.

Uit de enquête blijkt echter ook een verschil te zitten tussen het bespreekbaar maken van ethische dilemma’s en dit bespreken via het Moreel beraad. Er zit een zekere discrepantie tussen het aantal deelnemers dat een ethisch dilemma bespreekbaar kan maken, namelijk zo goed als iedereen leert ons het antwoord op vraag 10.8 (90.09%) en het aantal dat heeft meegedaan aan een Moreel beraad (27,36%, zie vraag 19.17). Een kritiekpunt kan hier geformuleerd worden op de synthese zoals

geformuleerd in dit onderzoek. Is dit namelijk nodig? Lukt het de deelnemers om buiten het Moreel beraad ethische dilemma's te bespreken en waar mogelijk op te lossen?

Zo is in hoofdstuk 4 al besproken dat, ondanks dat zo goed als iedereen ethische dilemma's als een collectieve verantwoordelijkheid ziet, een kleine meerderheid ervoor kiest om de eigen ethische dilemma's op te lossen. Dit betekent dat de ethische dilemma's informeel of onderling worden opgelost, zo wijzen de resultaten uit. De dilemma's bespreekbaar maken met een directe collega is voor de meeste deelnemers de eerste stap. Wat nu houdt dit in voor de menslievende zorg?

Qua kernwaarden van de menslievende zorg zijn in de vorige paragraaf veel overeenkomsten te vinden. Echter, het Moreel beraad komt niet meteen naar voren als dé manier waarop deelnemers van de enquête hun morele problematiek bespreekbaar willen maken. Hoewel een groot deel van de deelnemers een Moreel beraad zinvol acht, is de door mij geformuleerde synthese geen direct antwoord op het bespreekbaar maken van ethische dilemma's.

[Menslievende zorg in het CWZ: is dit Moreel beraad passend?](#)

De synthese van het Moreel beraad ingevuld volgens het menslievende zorgconcept van Annelies van Heijst komt niet geheel overeen met de behoefte op het gebied van ethiek van de deelnemers aan de enquête. In het ziekenhuis is er een duidelijk idee over ethiek en zorg: het is een verantwoordelijkheid voor iedere werknemer, het omvat alle aspecten van de zorg en zo goed als iedereen komt ook ethische dilemma's tegen in het werk. De kernwaarden van de menslievende zorg, namelijk betrokkenheid, afhankelijkheid, verantwoordelijkheid, zorgzaamheid en kwetsbaarheid zijn in meer of mindere mate terug te lezen in de enquête en worden als erg belangrijk geacht bij het verlenen van zorg die ook moreel goed is. Het Moreel beraad dient als formeel instrument als een van de gelegenheden waarop ethiek en meer specifiek ethische problemen bespreekbaar gemaakt kunnen worden, maar uit de enquête blijkt dat een groot deel van de deelnemers dilemma's uit kan spreken met een collega of ander persoon. Expliciete behoefte aan groepsgesprekken wordt niet bevraagd in de enquête en dat blijkt een probleem bij het vergelijken van de synthese met de behoefte omtrent ethiek.

Hier kan gesteld worden dat de synthese geen directe vervulling is van de behoefte op ethisch gebied van de deelnemers. Uit de enquête is gebleken dat ethische problematiek zeker aanwezig is, maar tegelijkertijd ook door zo goed als iedereen bespreekbaar gemaakt kan worden bij directe collega's, mits er sprake is van een gevoel van veiligheid. Ook is er een kleine meerderheid die zelf zijn of haar ethische dilemma's oplost. Hoewel de kernwaarden van de menslievende zorg wel te vertalen zijn vanuit de enquête, blijkt dat het praktische, formele instrument van het Moreel beraad op het eerste oog niet per se nodig als manier om ethische dilemma's op te lossen.

Conclusie

In deze masterscriptie is geprobeerd een antwoord te geven op de volgende onderzoeksvraag: "Welke gevolgen heeft de inhoudelijke invulling volgens het concept van de menslievende zorg op het voeren van Moreel Beraad en komt deze synthese overeen met de heersende behoeftes op ethisch gebied onder het personeel van het CWZ?" Om dit te doen is deze vraag opgedeeld in twee deelvragen, namelijk allereerst: "welke gevolgen heeft de inhoudelijke invulling volgens het concept van de menslievende zorg op het voeren van Moreel Beraad?" Aan de hand van wetenschappelijk literatuur is hierop het volgende antwoord gekomen. Na een verkenning van de menslievende zorg in hoofdstuk 1 en een uitwerking van het Moreel beraad in hoofdstuk 2, heb ik geprobeerd in hoofdstuk 3 beide samen te voegen.

De kernwaarden van de menslievende zorg, namelijk betrokkenheid, afhankelijkheid, verantwoordelijkheid, zorgzaamheid en kwetsbaarheid heb ik geïmplementeerd in de vierde stap van het Moreel beraad volgens de Dilemma methode van Reliëf. Dit om te garanderen dat de verleende zorg moreel goed is, waarbij moreel goed hier betekent dat de zorg menslievend is. Daarbij heb ik ook betoogd dat, hoewel alle waarden tijdens het Moreel beraad aan bod moeten kunnen komen, de waarden van de menslievende zorg als de dominante gezien moeten worden in geval van conflicterende waarden.

Om het tweede deel van de hoofdvraag te beantwoorden en om het theoretische deel van vraag een toe te passen op de praktijk van het CWZ, is de volgende vraag gesteld: "Wat leeft er onder het personeel van het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis? Komt deze behoefte overeen met de kapstok die geboden wordt door het antwoord op de eerste vraag?" In eerste instantie is het antwoord op de tweede deelvraag nee, daar de synthese niet aansluit op de behoefte die naar voren komt uit de enquête. Een kleine meerderheid stelt de eigen problematiek op het gebied van ethiek zelf op te kunnen lossen met naaste collega's. Onder de aanbevelingen zal ik echter verder uitwerken waarom het structureel houden van het hier geformuleerde Moreel beraad toch een belangrijke toevoeging kan zijn om ethiek op een hoger niveau, namelijk van een afdeling, bespreekbaar te maken.

Aanbeveling naar aanleiding van dit onderzoek

Hoewel uit hoofdstuk 5 is gebleken dat de behoefte van het personeel op het gebied van ethiek niet overeenkomen met de door mij geformuleerde synthese, lijkt het mij toch meer dan nuttig om het Moreel beraad in te zetten als formeel, afdelingsbreed instrument om met morele problematiek om te gaan. De voordelen van het structureel houden van Moreel beraad zijn in hoofdstuk 2 uitvoerig besproken. Er is een veilige ruimte waar mensen hun eigen opvattingen over goede zorg kunnen

delen, zonder dat er op persoonlijk vlak kritiek geuit mag worden.²⁹ Ook vindt van de 203 deelnemers die weten wat een Moreel beraad, is 96,06% het Moreel beraad zinvol.

Er worden dus al op andere manieren ethische dilemma's bespreekbaar gemaakt. Het Moreel beraad leert echter ook deelnemers nog beter in termen van normen en waarden te spreken, het zorgt voor een gelijkwaardige ruimte waar er op basis van gelijkwaardigheid wordt gesproken over een casus. Het Moreel beraad kan naar mijn idee een grote behoefte invullen met het bespreekbaar maken van verschillen omtrent omgang met een betreffende casus, alleen al doordat eventuele spanning niet slechts gedeeld wordt met een collega, maar deze spanning teambreed besproken wordt. Het Moreel beraad vervult zo de rol om ethische problematiek bespreekbaar te maken op een groter niveau dan slechts informeel tussen collega's.

Wel is dit juist de kracht van het Moreel beraad en valt de behoefte impliciet wel te lezen uit de enquête. Zoals gezegd merkt 92,5% van de deelnemers een verschil in mening over de omgang met een casus en kan er via het Moreel beraad gesproken worden over eventuele verschillen in morele mening. De zinvolheid van het Moreel beraad wordt onderschreven door een groot deel van de deelnemers en door middel van de kernwaardes van de menslievende zorg kan mede gegarandeerd worden dat collega's elkaar binnen het Moreel beraad opmerken. Juist dat collega's elkaar kunnen laten weten én voelen dat die voluit telt, een van de vier kernwaardes, is een belangrijk onderdeel van het Moreel beraad volgens dit zorgconcept. Dit zodat niet alleen duidelijk is en moet zijn dat de patiënt een uniek mens is, maar dat er niet voorbij wordt gegaan aan de zorgverlener als persoon. Hoewel de behoefte uit de enquête dus niet aansluit op de synthese van dit onderzoek is naar mijn idee de grotere groep, namelijk die van de gehele afdeling onder leiding van een gespreksleider, een erg belangrijk instrument om ethiek te kunnen bespreken.

Voor verder onderzoek

In dit werkstuk is geprobeerd om een ethische theorie, namelijk die van de menslievende zorg concreet in de praktijk te brengen. Dit door middel van het toevoegen van enkele voorwaarden bij het houden van een Moreel Beraad, om te verkennen of deze synthese gebruikt kan worden bij ethische dilemma's in de praktijk en of deze synthese ook overeenkomt met de behoefte van het personeel dat deelnam aan de enquête. Om dat deze overeenkomst in principe niet overeenkomt met de behoefte, lijkt het mij belangrijk om verder te onderzoeken hoe wel ingespeeld kan worden op ethische behoefte van de deelnemers. Ook zou een extra enquête waarbij verder gevraagd wordt naar de mogelijkheden van een Moreel beraad een verdere verheldering kunnen bieden op de vraag in hoeverre een Moreel beraad bij kan dragen aan moreel goede zorg in het CWZ.

²⁹ Inge van Instelrooij, *Basisboek zorgethiek* (Heeswijk, 2008), blz. 145.

Reflectie

Het door mij uitgevoerde onderzoek richt zich specifiek op de situatie in het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis te Nijmegen. Conclusies kunnen daarom ook niet gegeneraliseerd worden. Het gaat hier namelijk om een specifieke context van een nieuw ethisch kader met de daarbij horende wensen van personeel op ethisch gebied. Daarnaast is de door mij geformuleerde synthese specifiek gericht op het inbouwen van een controlemoment om te garanderen dat zorg menslievend is binnen de Dilemma methode van *Reliëf*. Het gebruik van een andere methode zal waarschijnlijk ook een ander resultaat tot gevolg hebben.

Het was voor mij nieuw om zelf aan de slag te gaan met de empirische data van een enquête en deze te verwerken in deze scriptie door ze te vergelijken met een zelf geformuleerd en op de theorie gebaseerde synthese. In het onderzoek is het voor mij lastiger dan voorzien gebleken om de door mij geformuleerde synthese te vergelijken met de enquête. De waarden van de menslievende zorg zijn naar mijn idee zeker te destilleren uit de data, waardoor gezegd kan worden dat ook de deelnemers menslievende zorg willen bieden in het CWZ.

Anders is dit voor de behoefte van de deelnemers omtrent het gebied van ethiek. Deze behoefte is niet helemaal overeengekomen met de synthese. Uit de data blijkt dat een kleine meerderheid zijn eigen problematiek oplost, waardoor bij mijn onderzoek kritiek kan worden gegeven in de vraag of zo'n Moreel beraad wel nodig is. Onder het kopje voor verder onderzoek heb ik al aangegeven dat dit zeker een mogelijkheid is die verder verkend moet worden, vooral ook om de voordelen die het Moreel beraad biedt of kan bieden in vergelijking met het proberen op te lossen van een ethisch dilemma met slechts een directe collega.

Literatuur

- Abma, Tineke, Merel Visser, Bert Molewijk en Guy Widdershoven, *Reflectie en participatie in de zorg* (Den Haag, 2010).
- Dauwse, Linda, *Moving Ethics* (Den Bosch, 2013).
- Hartman, Laura, Froukje Wiedema, Guy Widdershoven en Bert Molewijk, *Handboek Ethiekondersteuning* (Amsterdam, 2016).
- Klaver, Klaartje, Eric van Elst en Andries Baart, 'Demarcation of the ethics of care as a discipline: Discussion article', in *Nursing Ethics* 21:7 (2014), blz. 755 – 765.
- Manschot, Henk en Hans van Dartel, *In gesprek over goede zorg: overlegmethoden voor ethiek in de praktijk* (Amsterdam, 2003).
- Manschot, Henk en Marian Verkerk, *Ethiek van de zorg: een discussie* (Amsterdam, 1994).
- Pijnenburg, Martien, Carlo Leget en Annelies van Heijst, *Menslievende zorg, management en kwaliteit* (Budel, 2010).
- Pijnenburg, Martien, en Hans van Dartel, *Het ziekenhuis als morele gemeenschap* (Budel, 2003).
- Stegenga, Marije, *Dilemma's in Kaart* (Utrecht, 2014).
- Tronto, Joan, *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care* (New York, 1993).
- Van Dartel, Hans, *Naar een handelingsgericht ethiekbeleid voor zorgorganisaties: een normatieve verkenning* (Assen, 2012).
- Van Dartel, Hans, 'Moreel beraad in de context van de zorgorganisatie: een kwestie van passende logica's', *TGE* 18: 2 (2008), blz. 62 – 66.
- Van Dartel, Hans en Bert Molewijk, *In gesprek blijven over goede zorg. Overlegmethoden voor Moreel Beraad* (Amsterdam, 2014).
- Van der Zande, Marlies, Andries Baart en Frans Vosman, 'Ethical sensitivity in practice: finding tacit moral knowing', in *Journal of Advanced Nursing* 71:1 (2014), blz. 68 – 76.
- Van Heijst, Annelies en Carlo Leget, 'Ethics of care, compassion and recognition', in: Carlo Leget, Chris Gastmans en Marian Verkerk (red.), *Care, compassion and recognition: an ethical discussion* (Leuven, 2011), blz. 1 – 14.
- Van Heijst, Annelies, *Iemand zien staan. Zorgethiek over erkenning* (Kampen, 2008).
- Van Heijst, Annelies, *Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit* (Kampen, 2006).
- Van Nistelrooij, Inge, *Basisboek Zorgethiek. Over menslievende zorg, moreel beraad en de motivatie van verpleegkundigen* (Heeswijk, 2008).





Bijlage 1: Onderzoeksresultaten enquête

Onderzoeksresultaten - 27-10-2016

Onderzoeksnaam	Ethiek in het CWZ
Selectiedatum	23-08-2016 - 29-10-2016






1. Ik ben:

Aantal respondenten bij deze vraag: 329

Arts		15.81	52
Verpleegkundige		67.48	222
Paramedicus		3.34	11
Anders, namelijk... [Open antwoorden] (zie bijlage)		13.37	44


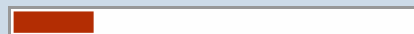


2. Aantal dienstjaren CWZ:

Aantal respondenten bij deze vraag: 329

0-5 jaar		22.80	75
6-10 jaar		20.36	67
11-15 jaar		18.84	62
16-20 jaar		12.16	40
meer dan 20 jaar		25.84	85

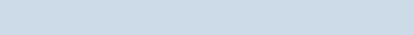
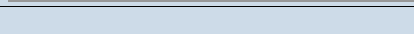
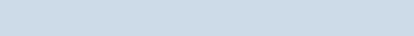

3. 1. Hieronder volgt een aantal stellingen. Kies het antwoord dat het BESTE overeenkomt met je opvattingen. Waar hij/hem staat kan ook zij/haar gelezen worden. Ethiek in het ziekenhuis heeft te maken met:









Aantal respondenten bij deze vraag: 329





Alles wat een mens doet, wat voor hem of met hem gedaan wordt		69.91	230
Voornameijk grenssituaties in het menselijk leven: vruchtbaarheidstechnieken, abortus, euthanasie		20.06	66
Situaties waarin anderen moeten beslissen omdat de persoon zelf dit niet kan: (nog niet of niet meer bv. Ongeboren leven, minderjarig, mentale handicap, dementie, coma,...)		8.51	28
Geen idee		1.52	5



4. 2. Ethiek in het ziekenhuis is een zaak van:



Aantal respondenten bij deze vraag: 329



Mensen met een bijzondere bekwaamheid of zij die hiervoor een opleiding hebben gehad: zoals bv. een lid van de Commissie Ethiek, geestelijk verzorgers en bepaalde beleidsmedewerkers.		0.91	3
Alle mensen die betrokken zijn bij de zorg van het ziekenhuis, zoals: artsen, verpleegkundigen, geestelijk verzorgers, paramedici.		28.88	95
Alle mensen die betrokken zijn bij het ziekenhuis zoals: directie, management, artsen, verpleegkundigen, geestelijk verzorgers, paramedici, technici, schoonmakers, onderhoudsmedewerkers, roomservice, P&O, administratief personeel, patiënten, bezoekers en vrijwilligers.		69.91	230
Geen idee		0.30	1

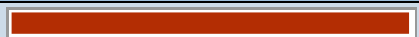

5. 3. Ethisch denken en handelen:			
<i>Aantal respondenten bij deze vraag: 329</i>			
Kun je leren door studie, vorming en door het opdoen van ervaring		75.38	248
Krijg je vooral mee in je opvoeding thuis en op school		23.71	78
Is een aanleg of talent: je hebt het of je hebt het niet			0
Geen idee		0.91	3
6. 4. Mensen die met ethiek bezig zijn:			
<i>Aantal respondenten bij deze vraag: 329</i>			
Zoeken problemen waar er geen zijn en maken dingen nodeloos ingewikkeld		0.30	1
Leveren een belangrijke bijdrage aan het zorgproces		95.14	313
Zijn over het algemeen overbodig in ons ziekenhuis		0.30	1
Geen idee		4.26	14












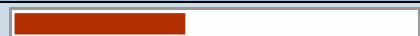


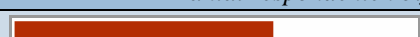


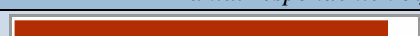



7. 5. Ethiek is:			
<i>Aantal respondenten bij deze vraag: 329</i>			
Iets heel persoonlijks: een kwestie van aanvoelen, moeilijk te verwoorden		19.15	63
Iets wat zuiver een zaak is van ieders persoonlijk geweten: er zijn geen algemene regels mogelijk		24.32	80
Iets dat te maken heeft met rechten op menswaardig leven: algemene regels zijn nodig		55.32	182
Geen idee		1.22	4

8. 6. Tijdens mijn werk word ik geconfronteerd met ethische dilemma's			
<i>Aantal respondenten bij deze vraag: 329</i>			
Ja		95.44	314
Nee		4.56	15

9. 7. Als zorgverlener los ik mijn eigen ethische dilemma's op			
<i>Aantal respondenten bij deze vraag: 329</i>			
Ja		51.37	169
Nee		48.63	160

10. 8. Een ethisch dilemma kan ik met anderen bespreken			
<i>Aantal respondenten bij deze vraag: 329</i>			
Ja		99.70	328
Nee		0.30	1

11. 9. Ik vind dat ik een ethisch dilemma kan aankaarten			
<i>Aantal respondenten bij deze vraag: 329</i>			
Ja		99.09	326
Nee		0.91	3

12. 10. Ik heb al ooit een ethisch dilemma bespreekbaar gemaakt			
<i>Aantal respondenten bij deze vraag: 318</i>			
1. Met een collega			
<i>Aantal respondenten bij deze vraag: 318</i>			
Ja		90.57	288
Nee		9.43	30
2. In een team			
<i>Aantal respondenten bij deze vraag: 316</i>			
Ja		79.43	251
Nee		20.57	65
3. Met een arts			
<i>Aantal respondenten bij deze vraag: 304</i>			
Ja		73.03	222
Nee		26.97	82
4. Met een ander persoon			
<i>Aantal respondenten bij deze vraag: 299</i>			
Ja		68.90	206
Nee		31.10	93
13. 11. Ik voelde mij veilig bij de persoon, waarbij ik een ethisch dilemma ter sprake bracht			
<i>Aantal respondenten bij deze vraag: 329</i>			
Ja		90.27	297
Nee		1.52	5
N.v.t.		8.21	27
14. 12. In het CWZ is er een Commissie Ethiek			
<i>Aantal respondenten bij deze vraag: 329</i>			
Ja		42.86	141
Nee		3.34	11
Weet ik niet		53.80	177
15. 13. Ik zou meer willen weten over ethiek in mijn werk			
<i>Aantal respondenten bij deze vraag: 329</i>			
Ja		64.74	213
Nee		19.15	63
Weet ik niet		16.11	53
16. 14. Ethische dilemma's zie ik als een collectieve verantwoordelijkheid			
<i>Aantal respondenten bij deze vraag: 329</i>			
Ja		93.31	307
Nee		6.69	22
17. 15. Het aanpakken van morele of ethische praktijkvragen als zorgverlener:			
<i>Aantal respondenten bij deze vraag: 321</i>			
1. Ik zou meer willen doen met ethiek			
<i>Aantal respondenten bij deze vraag: 321</i>			
Ja		55.76	179
Nee		34.27	110

Nvt		9.97	32
2. Ik weet hoe ik dat zou moeten aanpakken <i>Aantal respondenten bij deze vraag: 318</i>			
Ja		37.11	118
Nee		35.85	114
Nvt		27.04	86
3. Ik merk wel eens dat er tussen zorgverleners meningsverschillen zijn over hoe met een bepaalde casus omgegaan zou moeten worden <i>Aantal respondenten bij deze vraag: 320</i>			
Ja		92.50	296
Nee		3.13	10
Nvt		4.38	14
18. 16. Ik weet wat moreel beraad is <i>Aantal respondenten bij deze vraag: 329</i>			
Ja		61.70	203
Nee		38.30	126

19. 17. Ik heb wel eens meegedaan aan een moreel beraad <i>Aantal respondenten bij deze vraag: 329</i>			
Ja		27.36	90
Nee		72.64	239

20. 18. Ik vind moreel beraad zinvol <i>Aantal respondenten bij deze vraag: 203</i>			
Ja		96.06	195
Nee		3.94	8

21. Als je meer betrokken wilt worden bij activiteiten i.v.m. ethiek in het CWZ kun je hieronder je naam en afdeling opgeven. <i>Aantal respondenten bij deze vraag: 286</i>			
Naam [Open antwoorden] (zie bijlage)		59.79	171
Afdeling [Open antwoorden] (zie bijlage)		100.0	286

1. Ik ben: <i>Aantal respondenten</i>				
4. Anders, namelijk...				
-	leidinggevende	aktiviteitentherapeu te	helpende	physician assistent
secretaresse	hoofd	mwd	verloskundige	vorloskundige
afdelingshoofd	helpende	-	Stagiaire	secretaresse
leidinggevende	vrijwilliger	verpleegkundige in onl	Stagiaire	Leidinggevend
verloskundige	geestelijke verzorger	afd. hoofd	stagiaire	Stagiaire
Hoofd afdeling	planner	Stagiaire	verloskundige	verloskundige

