

Moreel beraad van en voor verpleegkundigen

Een onderzoek naar de functie van moreel beraad
volgens het Utrechts stappenplan binnen de
verpleegkundige beroepspraktijk van Isala

Rijksuniversiteit Groningen Faculteit GGW

Harriët Bergmans

Ruskenstukken 62

9761KK Eelde

harriet.bergmans@home.nl

Studentnummer: S2391384

Scriptiebegeleider en

eerste beoordelaar: Prof. Dr. Th. A. Boer

Tweede beoordelaar: Dr. C. Jedan

Begeleider Isala: Drs. A. J. Hasker

Datum inleveren: 3 juni 2015



**rijksuniversiteit
groningen**

isala

Voorwoord

Deze masterthesis vormt de afronding van het Masterprogramma Geestelijke Verzorging aan de Rijksuniversiteit Groningen. Door deze studie heb ik niet alleen geleerd hoe ik geestelijk verzorger moet zijn, maar ben ik er ook echt een geworden. Het is een intensief traject geweest wat mij veel heeft gebracht.

Voor deze masterscriptie ben ik door de geestelijk verzorgers van Isala in de gelegenheid gesteld een onderzoek te doen naar de manier waarop verpleegkundigen moreel beraad hanteren in hun verpleegkundige beroepspraktijk. Allereerst wil ik de geestelijk verzorgers van Isala, en in het bijzonder Annie Hasker, bedanken voor hun praktische steun en inzet om dit onderzoek mogelijk te maken. Ik wens hen de inspiratie toe om steeds weer de juiste wegen te vinden binnen de complexe situatie van dit ziekenhuis.

Ook de verpleegkundigen van de afdelingen Nefrologie, Hartbewaking, Neonatale Intensive Care Unit en Vaatchirurgie dank ik hartelijk voor alle informatie en gastvrijheid. De Isala Academie ben ik eveneens dank verschuldigd voor het inhoudelijk en procesmatig meedenken. Mijn dank gaat ook uit naar Theo Boer die het wetenschappelijk gehalte van deze thesis heeft bewaakt en altijd bereid was tot het geven van adviezen en Christoph Jedan voor zijn ondersteuning als tweede begeleider. Ook ben ik mijn gezin dankbaar voor alle ruimte die ik van hen heb gekregen om dit te mogen doen.

Ik hoop dat deze thesis een kleine bijdrage levert aan het inzicht in de achtergronden van moreel beraad binnen Isala.

Harriët Bergmans

Eelde, mei 2015

Samenvatting

In Isala, een regionaal ziekenhuis in Zwolle, wordt moreel beraad geïmplementeerd volgens de methode van het Utrechts stappenplan. Dit gebeurt door scholing in moreel beraad, waar (tot nu toe) verpleegkundigen, coassistenten en arts-assistenten aan deelnemen. De bedoeling is dat de deelnemers hierna zelf moreel beraad gaan aanvragen in het geval van een morele dilemma. Het is gebleken dat verpleegkundigen een drempel ervaren hierin en dat de methode beter lijkt aan te sluiten bij medici. Het doel van deze thesis is inzicht te krijgen in de verschillen in de benadering van morele vragen tussen medici en verpleegkundigen, en de mate waarin moreel beraad volgens het Utrechts stappenplan aansluit bij de behoeften van verpleegkundigen.

Aan de hand van een *casestudy* is onderzocht hoe verpleegkundigen in de praktijk met morele vragen in aanraking komen, hoe zij deze hanteren en op welke manier moreel beraad aansluit bij hun beroepspraktijk. Door middel van een literatuuronderzoek zijn de methodische en historische achtergronden van moreel beraad en specifiek het Utrechts stappenplan in kaart gebracht. Ook zijn de specifieke kenmerken van de verpleegkundige beroepspraktijk onderzocht.

Uit het onderzoek is naar voren gekomen dat de historische en methodische achtergrond van het Utrechts stappenplan beter aansluit bij de beroepsidentiteit van medisch specialisten dan van verpleegkundigen. De hermeneutische invalshoek biedt meer raakvlakken met die van verpleegkundigen, zonder uitsluiting van andere beroepsgroepen. De behoefte aan morele reflectie is een onlosmakelijk onderdeel van de verpleegkundige beroepsidentiteit. Specifieke betrokkenheid van de verpleegkundige bij het werk is een belangrijk kenmerk van deze beroepsidentiteit, dat in de methode van het Utrechts stappenplan wordt gemist. Hierom voorziet het aangeboden moreel beraad binnen Isala gedeeltelijk in deze behoefte. Een overige conclusie is dat het zinvol kan zijn het implementatietraject te spiegelen aan twee kenmerken van moreel beraad, namelijk de dialogische ordening en het breed eigenaarschap.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting	3
Inhoudsopgave	4
1 Inleiding	8
2 Onderzoekskader	9
2.1 Doelstelling	9
2.2 Vraagstelling	9
2.2.1 Centrale vraag	9
2.2.2 Deelvragen	9
2.3 Aanpak	10
3 Oriëntatie	11
3.1 Oriëntatie vanuit de literatuur	12
3.2 Praktische oriëntatie	14
3.3 Situatieschets Isala	15
3.3.1 Missie Isala en de organisatie van moreel beraad	15
3.3.2 Scholing	16
3.3.3 Overlegvormen van verpleegkundigen	17
3.3.4 Moreel beraad in de praktijk	17
3.4 Aandachtspunten voor de <i>casestudy</i>	19
4 Opzet en uitvoering van de <i>casestudy</i>	19
4.1 Werkwijze	20
4.1.1 Onderzoekseenheden	20
4.1.2 Methode en gegevensverzameling	22
4.2 Evaluatie methode	23
	4

4.2.1	Generaliseerbaarheid	23
4.2.2	Rol onderzoeker	24
5	Resultaten <i>casestudy</i>	25
5.1	Belangrijkste uitkomsten	26
5.1.1	Waarden in de zorg	26
5.1.2	Overbehandeling	27
5.1.3	Dialogoog	27
5.1.4	Geestelijk verzorgers	28
5.2	Normatieve professionaliteit van verpleegkundigen en ethische reflectie (deelvraag twee)	32
5.2.1	Normatieve professionaliteit	32
5.2.2	Ethische reflectie	34
5.3	De behoefte aan ethiekondersteuning van verpleegkundigen in relatie tot de methode van het Utrechts stappenplan (deelvraag drie)	36
5.3.1	Behoeftte aan ethiekondersteuning	36
5.3.2	Weerbarstige praktijk	37
5.4	Analyse resultaten	39
5.4.1	Waarden in de zorg	39
5.4.2	Overbehandeling	39
5.4.3	Geestelijke verzorging	40
5.4.4	Op welke manier verbinden verpleegkundigen hun professionaliteit met ethische reflectie (deelvraag twee).	41
5.4.5	Ethiekondersteuning van verpleegkundigen en het Utrechts stappenplan (deelvraag drie)	43
5.5	Aandachtspunten voor de literatuurstudie	44
6	Professionele ethiek, basis en methoden	45

6.1	Historisch overzicht	46
6.1.1	Hippocratische traditie	46
6.1.2	Principe-ethiek	47
6.1.3	Achtergrond van het Utrechts stappenplan	48
6.1.4	Hermeneutiek	49
6.2	Moreel beraad	51
6.2.1	Omschrijvingen van moreel beraad	51
6.2.2	Doel en methode van moreel beraad	54
6.2.3	Het stappenplan	55
6.2.4	Implementatie van ethiekondersteuning.	55
6.2.5	Emoties en intuïties in moreel beraad	57
6.2.6	Medische beslissingen	58
6.3	Professionaliteit van de verpleegkundige	59
6.3.1	Normatieve en reflectieve professionaliteit van de verpleegkundige	60
6.3.2	Het Utrechts stappenplan en normatieve professionaliteit	61
6.3.3	Intervisie en moreel beraad	62
7	Synthese, discussie en conclusie	63
7.1	Beantwoording deelvragen	64
7.1.1	Van principe-ethiek naar hermeneutiek	64
7.1.2	Verpleegkundige professionaliteit en ethische reflectie	66
7.1.3	Behoeftte aan ethiekondersteuning en het Utrechts stappenplan	68
7.2	Enkele overige verbanden	68
7.2.1	De implementatie van ethiekondersteuning	69
7.2.2	De taal van het moreel beraad	70
7.2.3	De functie van de geestelijke verzorging	71
		6

7.3	Conclusies, beantwoording centrale vraag en aanbevelingen	72
7.3.1	Centrale vraag	72
7.3.2	Overige conclusies	73
7.3.3	Aanbevelingen voor Isala	74
	Literatuur	77
A	Bijlage 1: Checklist Vragen verpleegkundigen	81
B	Bijlage 2: Checklist vragen groepsgesprek	85
C	Bijlage 3: Checklist vragen geestelijk verzorgers	87
D	Bijlage 4: Weergave resultaten interviews verpleegkundigen	91
E	Bijlage 5 Weergave resultaten interviews geestelijk verzorgers	108

1 Inleiding

Isala, een groot algemeen ziekenhuis in Zwolle, is enkele jaren geleden gestart met het implementeren van moreel beraad. In dit proces hebben de geestelijk verzorgers binnen Isala een belangrijke rol. Zij vormen de drijvende kracht achter dit proces omdat zij ethische betrokkenheid opvatten als een wezenlijke karakterisering van hun werk (Boer, 2006, 743). Vanuit zorgethisch perspectief zien zij de organisatie als praktijk van verantwoordelijkheid (Verkerk, 2000, 112). Vanuit dit perspectief stimuleren zij, en dragen zij bij aan het nemen van verantwoordelijkheid voor het verlenen van zo goed mogelijke zorg aan patiënten met inbegrip van hun sociale context.

De geestelijk verzorgers geven dit praktisch vorm door in brede zin op te treden als ambassadeur van moreel beraad binnen Isala, het verzorgen van trainingen en het leiden van moreel beraden. Zij richten zich hierbij in eerste instantie op de medewerkers die in direct contact staan met de patiënten, zoals medisch specialisten, medisch specialisten in opleiding en verpleegkundigen. Het implementatieproces van moreel beraad is in volle gang. De geestelijk verzorgers voorzien op verschillende manieren in ethiekondersteuning aan medisch specialisten, coassistenten en verpleegkundigen en in 2014 is vier keer een ad-hoc moreel beraad aangevraagd.

De geestelijk verzorgers voorzien onder andere in scholing in moreel beraad aan medisch specialisten in opleiding en verpleegkundigen. Zij constateren dat moreel beraad volgens de gebruikte methode binnen Isala goed aansluit bij medisch specialisten in opleiding. Deze groep kan het gebruikte stappenplan op de daartoe bedoelde manier gebruiken en ervaart de meerwaarde hiervan. Verpleegkundigen ontvangen dezelfde scholing en zijn aanvankelijk enthousiast over moreel beraad. Ondanks hun enthousiasme vragen zij tot nu toe hierna geen moreel beraad aan ten behoeve van hun eigen ethische besluitvorming. De geestelijk verzorgers vragen zich af wat de aard en redenen hiervan zijn. De manier waarop verpleegkundigen morele vragen benaderen lijkt te verschillen van die van medisch specialisten en de methode

van het Utrechts stappenplan lijkt minder goed bij hen aan te sluiten. De geestelijk verzorgers zoeken naar een aanpassing in hun ethiekondersteuning voor verpleegkundigen.

2 Onderzoekskader

2.1 Doelstelling

Het verkrijgen van inzicht in de mogelijke verschillen in benadering van morele vragen in de zorg tussen medisch specialisten en verpleegkundigen en, meer in het bijzonder, het verkrijgen van inzicht in de mate waarin moreel beraad volgens het Utrechts stappenplan aansluit bij de behoeften van verpleegkundigen.

2.2 Vraagstelling

2.2.1 Centrale vraag

Wat zijn de mogelijke verschillen tussen de normatieve benadering van morele vragen van verpleegkundigen en de impliciete benaderingswijze van het Utrechts stappenplan en wat betekent dit voor de wijze waarop moreel beraad volgens deze methode voorziet in de behoeften van verpleegkundigen?

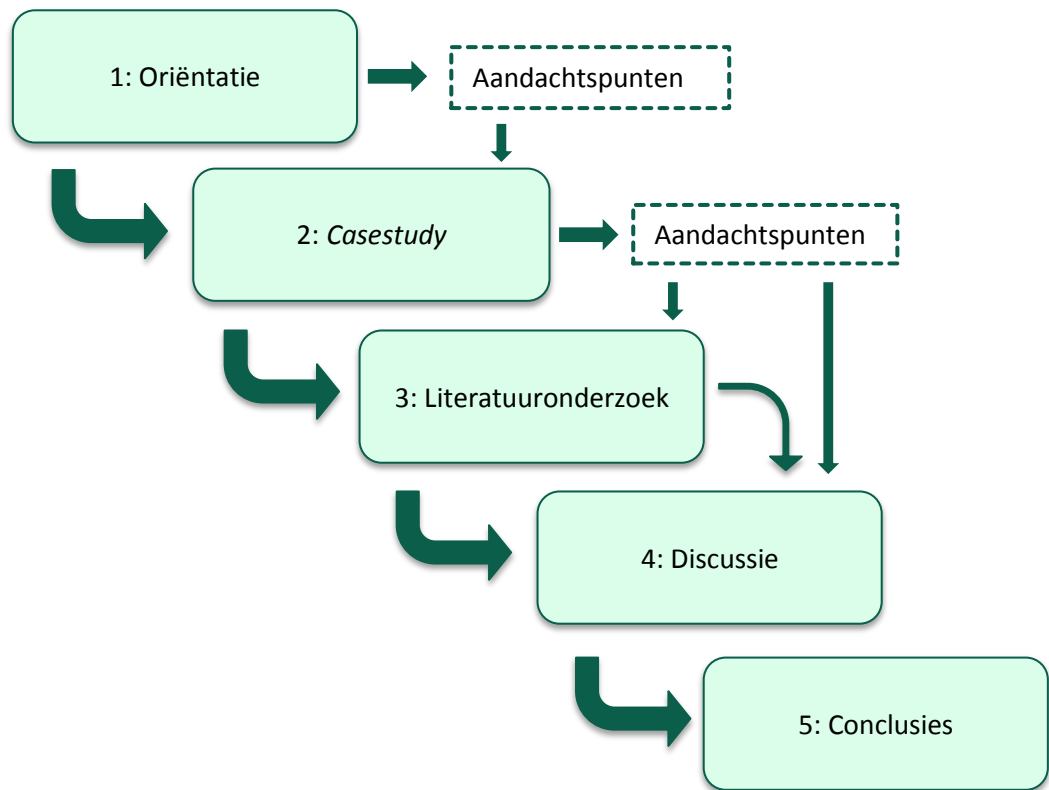
2.2.2 Deelvragen

1. Wat is de historische en methodische achtergrond van medische ethiek, in het bijzonder moreel beraad volgens het Utrechts stappenplan?
2. Op welke manier verbinden verpleegkundigen hun professionaliteit met ethische reflectie?
3. Op welke manier verschilt de behoefte aan ethiekondersteuning van verpleegkundigen met wat de methode van het Utrechts stappenplan te bieden heeft?

2.3 Aanpak

Deze studie vindt plaats op het grensvlak van de professionele ethiek en zijn praktische toepassing, die vorm krijgt in moreel beraad volgens het Utrechts stappenplan (Van den Hoven & Bolt, 2014, 113-126). Op dit grensvlak wordt de focus gericht op de normatieve professionaliteit van verpleegkundigen en de impliciete morele uitgangspunten van het moreel beraad volgens het Utrechts stappenplan, zoals dit binnen Isala vorm krijgt. De studie is opgebouwd uit twee delen. Het eerste deel wordt gevormd door een *casestudy*. Het tweede hierop volgende deel is een literatuurstudie.

Alvorens dit onderzoek te starten heeft een inhoudelijke oriëntatie plaats gevonden (hoofdstuk 3). Deze bestond uit een eerste literatuurverkenning, een praktische kennismaking met het werk van verpleegkundigen en contextinformatie over moreel beraad binnen Isala. Dit leverde een scherper beeld op van de aandachtspunten waar de *casestudy* (de tweede stap in het onderzoek) zich op moest richten. Deze *casestudy* draagt bij aan het beantwoorden van de deelvragen twee en drie. De opzet hiervan wordt beschreven in hoofdstuk 4. De hieruit resulterende bevindingen en leidende vermoedens worden in een literatuurstudie in verband gebracht met de wetenschappelijke kennis op dit vlak. De resultaten uit de literatuurstudie en *casestudy* worden in de discussie met elkaar verbonden en dit leidt tot beantwoording van de centrale vraag en deelvragen (hoofdstuk 7). Figuur 1 toont de achtereenvolgende stappen in de aanpak van deze studie.



Figuur 1 Stappen aanpak studie

3 Oriëntatie

Dit hoofdstuk omvat een uit drie delen bestaande oriëntatie op het werkveld van verpleegkundigen in relatie tot moreel beraad zoals dit binnen Isala wordt vormgegeven. Het eerste deel is een oriënterende literatuurverkenning. Het doel hiervan is een beeld te krijgen over hoe vanuit de wetenschappelijke literatuur het teruglopen van het enthousiasme van verpleegkundigen ten aanzien van moreel beraad mogelijk te verklaren is. Het tweede deel bestaat uit een zesdaagse praktische kennismaking met het werk van verpleegkundigen. Het doel hiervan was een goed beeld te krijgen van de aard van het werk en de morele vragen waar zij mee in aanraking komen en de manier waarop zij deze hanteren. Tot slot is de context waarbinnen moreel beraad vorm krijgt binnen Isala in kaart gebracht.

3.1 Oriëntatie vanuit de literatuur

Uit het onderzoek uitgevoerd door het Centrum voor Ethiek en Gezondheid (Struijs & Van de Vathorst, 2009, 37) komt naar voren dat het belangrijkste kenmerk van dilemma's die door verpleegkundigen worden ervaren te maken heeft met het gevoel geen goede zorg te kunnen leveren. Deze dilemma's raken rechtstreeks aan de professionaliteit van verpleegkundigen en hun intrinsieke motivatie. Vanuit deze professionaliteit hebben zij het gevoel te weinig te kunnen doen. Een eerste reden waarom verpleegkundigen moeite hebben met het inzetten van moreel beraad, kan erin liggen dat de achtergrond van dit gevoelsmatig tekortschieten niet in oplossende zin bespreekbaar gemaakt kan worden binnen de context van een moreel beraad. Uit het rapport van het CEG (Struijs & Van de Vathorst, 2009, 26) komt namelijk ook naar voren dat de morele dilemma's van verpleegkundigen vaak te maken hebben met problemen bij de indicatiestelling en werkdruk als gevolg van minimale bezetting. Een moreel beraad zoals dit bij Isala wordt ingezet betreft echter voornamelijk medische beslissingen. Het kan zijn dat moreel beraad voornamelijk ruimte biedt aan de dilemma's van medisch specialisten en minder aan die van verpleegkundigen.

Een tweede mogelijke verklaring ligt in de aard van het werk. Het is mogelijk dat moreel beraad niet aansluit bij verpleegkundigen omdat zij geen beslissingsbevoegdheid hebben ten aanzien van de medische beslissingen waar het in een moreel beraad bij Isala vaak over gaat. Hun werkzaamheden zijn vooral uitvoerend. Hierbij komt dat het werk van verpleegkundigen in teamverband vorm krijgt, terwijl medisch specialisten in veel grotere mate individueel verantwoordelijk zijn (KNMG, 2007, 6). Wanneer medisch specialisten met elkaar overleggen over een patiënt gaat het om het uitwisselen van ideeën en informatie met betrekking tot een bepaalde behandeling. Bij verpleegkundigen is communicatie en overleg een voorwaarde om in teamverband te kunnen werken. De aard van het werk dat ten aanzien van medische beslissingen vooral uitvoerend is, in combinatie met de importantie van communicatie brengen mogelijk andere morele vragen en dilemma's met

zich mee, die moeilijk bespreekbaar gemaakt kunnen worden in een moreel beraad.

Een derde mogelijke verklaring is dat de *methode* van moreel beraad, zoals dat bij Isala wordt ingezet, niet aansluit bij wat verpleegkundigen nodig hebben. Het moreel beraad volgens het Utrechts stappenplan loopt namelijk strak en gestructureerd naar een doel. Er is relatief weinig ruimte en tijd voor emoties en het uitwisselen van de persoonlijke beleving. De verpleegkundige professionaliteit wordt echter zichtbaar in de persoonlijke betrokkenheid bij de zorg en de gevoeligheid voor waarden waardoor zij zich laat inspireren (De Vries, 2015). Een ethisch dilemma impliceert voor hen dikwijls persoonlijke betrokkenheid.

Deze betrokkenheid kan ook een basis zijn voor de vierde mogelijke verklaring en betreft de relatie tussen de zorgverlener en de patiënt. Volgens van Hemel (2001, 100) wordt in deze relatie de zorg zichtbaar en moet de verpleegkundige een diep inzicht hebben in de betekenis van de ziekte voor de patiënt. Voor de patiënt staan 'gezondheidsvraagstukken' niet los van 'bestaansvraagstukken' en heeft de verpleegkundige met beide te maken, met behoud van de professionele grenzen. De roman *Langzame man* van Coetzee (2013) beschrijft de soms ingewikkelde relatie tussen patiënt en verpleegkundige en laat zien hoe de persoon van de verpleegkundige en het werk met elkaar verweven kunnen zijn. Dit verschilt van de meer instrumentele relatie die een arts met een patiënt heeft. De symbolische betekenis van de arts voor de patiënt is groot: de arts geneest en van een witte jas, naalden en pillen gaat een belangrijke contextwerking uit (Van Dulmen, 2001, 492). Het is mogelijk dat verpleegkundigen zich niet herkennen in de manier van denken en spreken over patiënten in het moreel beraad en dat dit beter aansluit bij de werkwijze van medisch specialisten.

Er zijn ook nog praktische oorzaken denkbaar, zoals te weinig tijd, een hoge werkdruk en een te krap budget om moreel beraad te kunnen realiseren.

3.2 Praktische oriëntatie

Het tweede deel van de oriëntatie bestond uit een praktisch, op kennismaking gericht, participerend onderzoek onder verpleegkundigen gedurende zes oriëntatiedagen op de verpleegafdelingen Hartbewaking, Nefrologie en de Neonatale Intensive Care Unit. Er is gekozen voor deze afdelingen omdat men hier relatief vaak te maken krijgt met de grenzen van de medische behandelmogelijkheden, de verpleegkundigen actief bezig zijn met vragen rondom ethiek en de meeste van hen een scholing hebben gevolgd in moreel beraad. Daarnaast vond een zelfde oriëntatiedag plaats op de afdeling Vaatchirurgie. Op deze afdeling is moreel beraad (nog) niet geïntroduceerd. Observeren op deze afdeling had tot doel de blik van de onderzoeker te verbreden en eventuele aspecten te inventariseren die nog niet naar voren zijn gekomen.

Deze oriëntatiedagen hadden een semigestructureerd karakter, waarbij specifiek is gelet op ethische dilemma's van, en het maken van (ethische) keuzes door verpleegkundigen. Op de oriëntatiedag zelf is één verpleegkundige van die afdeling aangewezen om de onderzoeker mee te nemen bij alle werkzaamheden. Alle activiteiten van die dag zijn geobserveerd. Dit bestond onder andere uit het verplegen en verzorgen van patiënten, het voeren van overleg, het klaarmaken van medicijnen en administratieve handelingen. Er zijn vragen gesteld over het hoe en waarom van handelingen om een zo goed mogelijk beeld te krijgen van het werk. De oriëntatiedagen hadden voor een deel het karakter van een participerende observatie. De onderzoeker paste zich wat betreft werktijden, kleding, en werkzaamheden volledig aan, aan de begeleidende verpleegkundige. Er zijn echter geen verpleegkundige handelingen verricht. Het participerende deel bestond uit gesprekken met patiënten, bedden opmaken, artikelen ophalen, bedden rijden, opruimen en andere voorkomende werkzaamheden. Tijdens de observaties zijn notities gemaakt en daarna verwerkt in een verslag.

3.3 Situatieschets Isala

Isala is een topklinisch ziekenhuis in Zwolle, met een bovenregionale functie op het gebied van oncologische zorg, thoraxchirurgie en neonatologie. Het ziekenhuis heeft een team van vijf geestelijk verzorgers, die allen volwaardig lid zijn van de medische staf van het ziekenhuis (Isala, 2015). Een van hen is daarnaast als ethicus verbonden aan de Isala Academie, de afdeling die de interne scholing binnen het ziekenhuis verzorgt en coördineert (Hasker, 2013, 39-42). Zij heeft het voortouw bij het opzetten van moreel beraad, heeft trainingen voor gespreksleiders moreel beraad opgezet en heeft ook gespreksleiders moreel beraad opgeleid voor andere zorginstellingen. Deze paragraaf heeft tot doel te schetsen hoe moreel beraad binnen Isala vorm krijgt en welke plek de verpleegkundigen hierin hebben.

3.3.1 Missie Isala en de organisatie van moreel beraad

Isala zet zich in voor het optimaal herstellen, handhaven en versterken van de kwaliteit van leven van de mensen die aan haar zorg zijn toevertrouwd (Isala, 2015). Isala geeft vorm aan deze missie door kernwaarden: “open, professioneel en met hart en ziel.” Hieruit blijkt dat betrokkenheid bij de patiënt een moreel richtpunt is binnen het ziekenhuis. Moreel beraad draagt bij aan het concreet maken en levend houden van deze kernwaarden. In 2009 is binnen Isala het initiatief genomen om moreel beraad breed in het ziekenhuis te introduceren. De ethische vragen die in morele beraden zijn besproken, worden doorgespeeld naar de Stuurgroep Ethiek. Een lid van de Raad van Bestuur is voorzitter van deze stuurgroep. Zo wordt in breed verband zichtbaar welke morele vragen binnen Isala actueel zijn.

Het ‘optimaal herstellen, handhaven en versterken van de kwaliteit van leven’ (Isala, 2015) wordt mede bereikt door het houden van moreel beraad, waarmee de kernwaarden een praktische invulling krijgen. Hierin wordt zichtbaar dat het om organisatieontwikkeling gaat, namelijk het integreren van de morele belangen en behoeften van de medewerkers op het gebied van het verlenen van goede zorg met die van de organisatie. De technische

implementatie gebeurt via een bestaande structuur. Dit is de Isala Academie, die de interne opleidingen coördineert en regelt.

3.3.2 Scholing

De training in moreel beraad is één van de bijscholingen die door de Isala Academie wordt verzorgd en in principe open staat voor alle medewerkers. De geestelijk verzorgers treden hierin op als docent. De groepen medewerkers die scholing ontvangen zijn coassistenten en verpleegkundigen. De medisch specialisten ontvangen deze scholing niet omdat dit al eerder onderdeel is geweest van hun opleiding.

De coassistenten oefenen met moreel beraad in coachgroepen. Een coachgroep is een begeleidingsgroep ter ondersteuning van het leerproces, waar iedere coassistent bij aanvang van het leertraject binnen Isala instroomt. Verpleegkundigen ontvangen deze scholing wanneer dit is ingepland in het opleidingsjaarplan van de afdeling. Op iedere verpleegafdeling wordt per jaar een scholingsjaarplan vastgesteld, dat moet passen binnen een bepaald budget.

In het najaar van 2010 zijn zes medewerkers intern opgeleid tot gespreksleider moreel beraad, waaronder vier verpleegkundigen en een kwaliteitsmedewerker. Hierdoor is moreel beraad ook op verschillende verpleegafdelingen geïntroduceerd. In 2012 en 2013 hebben de verpleegkundigen van de afdelingen Nefrologie, Interne Geneeskunde, Hartbewaking en Intensive Care een scholing in moreel beraad gevolgd. In 2014 is hier de Neonatale Intensive Care Unit bijgekomen en in 2015 de afdeling Longgeneeskunde. Dit zijn de hoog-technische afdelingen, waar zich naar verhouding vaak morele dilemma's voordoen. Als vervolg op deze scholing worden af en toe ethiekbijeenkomsten georganiseerd. Dit zijn afdelingsbijeenkomsten, waarop theorie over moreel beraad wordt gecombineerd met het bespreken van enkele concrete casussen. Deze bijeenkomsten worden gefaciliteerd door de geestelijk verzorgers, die hier optreden als docent en gespreksleider.

De geestelijk verzorger en tevens ethicus binnen Isala verzorgt de opleidingen tot gespreksleider moreel beraad. De afgelopen jaren zijn

verschillende medewerkers tot gespreksleider opgeleid, waaronder drie geestelijk verzorgers en de eerder genoemde vier verpleegkundigen. Medisch specialisten behoren niet tot deze groep. De gespreksleiders leiden de moreel beraden en ethiekbijeenkomsten binnen Isala. De vijf verpleegkundigen hebben tot dusver alleen een rol als gespreksleider bij ethiekbijeenkomsten van de verpleegafdelingen zelf en niet in de moreel beraden van de coachgroepen (coassistenten) of de ad hoc moreel beraden. De oorzaak hiervan moet vermoedelijk gezocht worden in de hiërarchische cultuur binnen Isala.

3.3.3 Overlegvormen van verpleegkundigen

Verpleegkundigen kunnen morele zaken die te maken hebben met de directe uitvoering van het werk in de volgende overlegvormen bespreken.

- De teambijeenkomsten die eens in de 14 dagen worden gehouden.
- De dagevaluatie die regelmatig aan het eind van de dag met de aanwezige verpleegkundigen van de afdeling wordt gehouden.
- De ethiekbijeenkomsten. Dit zijn scholingsbijeenkomsten, waarbij een deel van de tijd besteed wordt aan scholing in ethiek en een deel aan overleg over casussen. Deze ethiekbijeenkomsten vinden één of twee per jaar plaats, afhankelijk van het scholingsbudget. Wanneer de methode van het Utrechts stappenplan wordt gebruikt, worden deze ethiekbijeenkomsten moreel beraad genoemd.
- Deze zaken kunnen ook besproken worden tijdens de koffie, tussendoor tijdens het werk of ad hoc met een collega of leidinggevende.

3.3.4 Moreel beraad in de praktijk

Morele zaken die voortkomen uit, en betrekking hebben op het werk van verpleegkundigen worden besproken in de overlegvormen die hierboven genoemd zijn (paragraaf 3.3.4). Morele zaken die medische beslissingen betreffen worden besproken in een ad hoc georganiseerd moreel beraad. Het is niet helemaal duidelijk geworden van welke groep medewerkers over het algemeen het initiatief hiertoe uitgaat. Het staat echter wel vast dat dit ook regelmatig verpleegkundigen zijn. Een ad hoc moreel beraad vindt doorgaans

plaats wanneer blijkt dat een behandelbeslissing gevolgen heeft die niet goed (meer) zijn voor de patiënt en die situatie al een wat langere periode speelt. De praktische organisatie en leiding van dit ad hoc moreel beraad ligt bij de geestelijk verzorgers. De gevolgde methode is altijd die van het Utrechts stappenplan. De leidinggevenden van de verpleegafdelingen hebben de bevoegdheden om dit moreel beraad te organiseren. Wanneer het niet lukt om het ad hoc moreel beraad van de grond te krijgen, treden de geestelijk verzorgers op als organisatorische hefboom. Met hun bemoeienis lukt het vaak toch.

Wanneer een verpleegkundige het initiatief neemt tot ad hoc moreel beraad, is een gevoel van onbehagen over een behandeling vaak het startpunt van de morele reflectie. In de regel wordt dit gevoel veroorzaakt door een ingezette behandeling die naar hun idee in verhouding teveel lijden toevoegt en waarin de verpleegkundige slechts een uitvoerende rol heeft. Dit lijden toevoegen strookt niet met de professionele en normatieve taakopvatting van de verpleegkundige. Meestal echter staat echter de moeite die voor ad hoc moreel beraad gedaan moet worden niet in verhouding tot wat het oplevert en blijft de situatie zoals het is, zoals zal blijken uit hoofdstuk 5. De drempel tot het nemen van initiatief hiertoe is voor een verpleegkundige namelijk hoog. Behalve soms niet meewerkende medisch specialisten is er ook sprake van een hoge werkdruk en veel werkzaamheden die óók gedaan moeten worden.

De scholing in moreel beraad volgt een vast patroon. Er wordt gestart met de theoretische onderbouwing van de methode van het Utrechts stappenplan, gevolgd door een praktisch deel waarin geoefend wordt met een concrete casus. Zowel de coassistenten in de coachgroepen als de verpleegkundigen oefenen met moreel beraad door dit toe te passen op concrete praktijkcasussen. De coassistenten kunnen de Utrechtse methode goed hanteren. De motivatie om met moreel beraad aan de slag te gaan in een coachgroep is echter matig. De geestelijk verzorgers gaven aan dat het lijkt of de coassistenten de intellectuele uitdaging en snelheid niet hoog genoeg vinden. Ook het aanleveren van casussen voor het oefen-moreel beraad loopt

moeizaam. De verpleegkundigen zijn over het algemeen gemotiveerd om met moreel beraad aan de slag te gaan, maar kunnen het Utrechts stappenplan niet goed toepassen op hun eigen werk. Ze voelen zich te weinig gehoord waar het gaat om hun praktijkervaringen.

3.4 Aandachtspunten voor de *casestudy*

In de *casestudy* dient aandacht besteed te worden aan de specifieke kenmerken van morele vragen van verpleegkundigen in relatie tot hun normatieve professionaliteit. Deze kenmerken hebben namelijk te maken met het gevoel te kort te schieten en niet genoeg te kunnen doen en lijken hierom te raken aan de beroepsidentiteit van de verpleegkundige. Ook de manieren waarop de verpleegkundigen met deze vragen omgaan en hun specifieke behoeften hierin moet een aandachtspunt zijn in de *casestudy*. Het kan zijn dat hun behoeften niet aansluiten bij de bespreekmogelijkheden binnen de organisatie. Aansluitend hieraan is de manier waarop moreel beraad hierin voorziet belangrijk, inclusief de methode van het Utrechts stappenplan. Tot slot moet ingegaan worden op het aanvankelijke enthousiasme van verpleegkundigen om met moreel beraad aan de slag te gaan en de redenen waarom dit enthousiasme later in de praktijk afneemt. Het is van belang te achterhalen welke raakvlakken dit heeft met werkdruk, de normatieve professionaliteit van verpleegkundigen, moreel beraad als zodanig en specifiek de methode van het Utrechts stappenplan.

4 Opzet en uitvoering van de *casestudy*

Dit onderzoek is kwalitatief van aard. Kwalitatief onderzoek is geschikt om de samenhang van verschijnselen in hun context te bestuderen (Lucassen & Olde Hartman, 2007, 5, 8). De hermeneutiek is een fenomenologische benadering binnen kwalitatief onderzoek, waarbij het accent ligt op de interpretatie (Baarda et al., 2013, 56). Om zicht te krijgen op de verwevenheid van factoren die een verschijnsel aan de omgeving binden is de *casestudy* is een geschikte kwalitatieve onderzoeksmethode (Jochems & Joosten, 2009, 2-3).

In deze studie wordt de samenhang tussen moreel beraad volgens de methode van het Utrechts stappenplan bestudeerd in de context van de verpleegkundigen normatieve professionaliteit. De *casestudy* wordt ingezet om de verwevenheid van factoren in kaart te brengen, die de in deze thesis besproken spanningen tussen het moreel beraad volgens het Utrechts stappenplan en de professionele rolopvatting van de verpleegkundigen verklaart. Het is hierbij de bedoeling de werkelijkheid te zien door de bril van de verpleegkundigen en de verschijnselen in dat licht te interpreteren. Dit proces van *'verstehen'* vindt plaats in de vorm van een dialoog tussen verpleegkundigen en onderzoeker (Leezenberg & De Vries, 2001, 149).

4.1 Werkwijze

De *casestudy* bestaat uit:

- Acht individuele interviews met verpleegkundigen.
- Een groepsgesprek met drie andere, niet eerder geïnterviewde, verpleegkundigen.
- Bijwonen van drie ethiekbijeenkomsten met verpleegkundigen.
- Deelname aan een coachgroep van coassistenten over moreel beraad.
- Drie individuele interviews met geestelijk verzorgers.

Daarnaast is gebruik gemaakt van diverse bronnen, zoals de schriftelijke evaluaties van de deelnemers aan de scholing in moreel beraad van de afgelopen vier jaar (gearchiveerd door, en te raadplegen via de Isala Academie), het intranet van Isala (informatie over ethische kwesties en protocollen). Tevens zijn gesprekken gevoerd met verpleegkundigen met een specifieke deskundigheid op het gebied van scholing en ethiek.

4.1.1 Onderzoekseenheden

Het onderzoek is beperkt tot de verpleegafdelingen Hartbewaking, Nefrologie en de Neonatale Intensive Care Unit, dezelfde afdelingen waar ook de oriëntatiedagen hebben plaats gevonden. De reden hiervan is dezelfde als die van de keuze voor de oriëntatiedagen: op deze afdelingen krijgt men relatief

vaak te maken met de grenzen van de medische behandelmogelijkheden, de verpleegkundigen zijn actief bezig met vragen rondom ethiek en de meeste van hen hebben een scholing gevolgd in moreel beraad. Op de Vaatchirurgie, waar een extra oriëntatiedag heeft plaats gevonden, krijgen de verpleegkundigen ook te maken met morele vragen die de grenzen van de medische behandelmogelijkheden betreffen. Hier zijn deze vragen echter vaker gerelateerd aan de therapietrouw van de patiënt. Dit valt buiten het bestek van dit onderzoek.

Voor de individuele interviews is een steekproef genomen van acht verpleegkundigen op basis van typerende gevallen (Jochems & Joosten, 2009, 14). Deze steekproef bestond uit twee operationeel leidinggevenden die scholing hebben gevolgd in moreel beraad en hierbij actief betrokken zijn, twee verpleegkundigen met een plus-aantekening educatie en een 'gewone' verpleegkundige die scholing in moreel beraad hebben gevolgd en eveneens actief betrokken zijn geweest bij moreel beraad, twee verpleegkundigen die, na de scholing, nooit iets met moreel beraad hebben gedaan en een verpleegkundige die geen scholing heeft gevolgd en ook nooit bij moreel beraad betrokken is geweest. Zie tabel 1 voor een overzicht.

	Aantal	Scholing in moreel beraad	Betrokken bij moreel beraad
Operationeel leidinggevende	2	ja	ja
Verpleegkundige plusser educatie	2	ja	ja
Verpleegkundige	1	ja	ja
Verpleegkundige	2	ja	nee
Verpleegkundige	1	nee	nee

Tabel 1: *overzicht groep geïnterviewde verpleegkundigen*

Het groepsgesprek vond plaats met drie hierover niet eerder geïnterviewde verpleegkundigen van de afdeling Nefrologie. Deze keuze had enerzijds een praktische reden. Deze verpleegkundigen zijn namelijk goed benaderbaar voor

een onderwerp als moreel beraad omdat twee van hen een plusaantekening Ethiek hebben. Daarnaast speelt een reden die ook voor de individuele interviews geldt, namelijk dat zij relatief vaak te maken krijgen met de grenzen van de medische behandelmogelijkheden.

De groep van vijf geestelijk verzorgers heeft het werk sectoraal verdeeld. Met drie van hen heeft een interview plaats gevonden. Zij zijn gedeeltelijk verbonden aan de afdelingen Nefrologie, Neonatale intensive care unit en Hartbewaking.

4.1.2 Methode en gegevensverzameling

De acht interviews met verpleegkundigen zijn afgenomen aan de hand van een semigestructureerd schema. Een semigestructureerd interview is geschikt om dieper inzicht te krijgen in een van te voren vastgestelde lijst met onderwerpen (Baarda et al., 2013, 150). Deze onderwerpen zijn geïnventariseerd aan de hand van items die naar voren zijn gekomen tijdens de oriëntatie en zijn toegespitst op de centrale vraag en deelvragen (zie bijlage 1). Aan het groepsgesprek hebben drie verpleegkundigen deelgenomen. Ook dit interview is volgens een semigestructureerd schema uitgevoerd (bijlage 2). Tijdens het groepsgesprek zijn ideeën en meningen over het moreel beraad geïnventariseerd. Dit werd gestimuleerd door onderlinge discussie.

Ook met drie geestelijk verzorgers is een interview gevoerd op basis van een semigestructureerd schema. Het doel van deze interviews was inzicht te verkrijgen in hoe de geestelijk verzorgers hun eigen rol zien en vormgeven waar het gaat om het introduceren van moreel beraad in de organisatie. Deze lijst is eveneens samengesteld aan de hand van bevindingen uit de oriëntatie en toegespitst op het werk van de geestelijk verzorgers (bijlage 3). Alle interviews zijn opgenomen en uitgewerkt in tabelvorm (zie hiervoor de bijlagen 4 en 5). De items in de tabellen geven de belangrijkste gesprekspunten weer en zijn toegespitst op de vraagstelling van dit onderzoek.

4.2 Evaluatie methode

“In kwalitatief onderzoek richt de vraag zich op onderwerpen die te maken hebben met de wijze waarop mensen betekenis geven aan hun omgeving. Het is de bedoeling het onderwerp vanuit het perspectief van de onderzochte mensen te leren kennen met het doel het te beschrijven en waar mogelijk te verklaren”(Boeije, 2005, 27). Hier grijpen onderzoeksmethode en het object van onderzoek in elkaar. Deze studie wil een gebeurtenis begrijpen die zelf ook weer een hermeneutische invalshoek heeft. Omdat moreel beraad steeds opnieuw vorm krijgt vanuit de praktijk is het moeilijk te vatten in een definitie, zoals ook blijkt uit paragraaf 6.2. De contouren rondom moreel beraad tekenen zich steeds scherper af naarmate het onderzoek vordert, maar tot een vast omlijnd beeld komt het niet. Hierom is kwalitatief onderzoek de aangewezen manier voor dit onderzoek. Kwantitatief onderzoek, dat definities en vast omschreven begrippen nodig heeft, is hiervoor minder goed bruikbaar.

Een *casestudy* is gericht op de evaluatie van een concrete situatie met een praktische achtergrond (Wester & Peters, 2004, 35), in dit geval de manier waarop moreel beraad volgens het Utrechts stappenplan past binnen de normatieve professionele vormgeving van het werk van verpleegkundigen. Het specifieke geval binnen enkele verpleegafdelingen van Isala is hierbij het vertrekpunt. Dit subjectieve perspectief wordt verbonden met het theoretisch perspectief van de literatuurstudie, waarna het geheel in theoretische termen wordt geïnterpreteerd (Wester & Peters, 2004, 36).

4.2.1 Generaliseerbaarheid

De uitkomsten van kwalitatief onderzoek kunnen niet zonder meer worden gegeneraliseerd naar vergelijkbare situaties omdat het gaat om contextafhankelijke kennis (Abercrombie, Hill, & Turner, 1984, 34). Flyvbjerg (2006, 4-5) wijst echter op de waarde van concrete, praktische en contextafhankelijke informatie uit cases voor de ontwikkeling van sociaal wetenschappelijke kennis. *Casestudy's* zijn geschikt om gegevens naar een breder theoretisch kader te generaliseren (Yin, 2010, 38-39).

Voor dit onderzoek zijn twee vormen van generaliseerbaarheid aannemelijk te maken. De eerste is analytische generalisatie: de resultaten uit de *casestudy* worden in verband gebracht met bestaande literatuur. Zo wordt ook het theoretisch kader van het onderzoek verder ontwikkeld. Analytische generalisatie is in deze studie toegepast door de bevindingen uit de *casestudy* te verbinden met voor handen zijnde wetenschappelijke kennis. Er is eveneens een bepaalde mate van een tweede vorm van generaliseerbaarheid aannemelijk te maken, namelijk exemplarische generaliseerbaarheid. Het werk en de normatieve professionaliteit van de onderzochte groep verpleegkundigen wordt namelijk omkaderd door wettelijke regels en beroepsstandaarden die ook voor andere verpleegkundigen gelden. Ook het Utrechts stappenplan vertoont een vaste structuur die in verschillende situaties op globaal dezelfde manier wordt toegepast. Deze casus is hierom niet zo specifiek dat exemplarische generalisatie volledig verworpen kan worden (Flyvbjerg, 2006, 9).

4.2.2 Rol onderzoeker

In kwalitatief onderzoek worden persoonlijke kwaliteiten als waarneming, communicatie en interpretatie van de onderzoeker gericht ingezet (Willems & Van Zwieten, 2004, 631). Deze centrale rol van de onderzoeker in het onderzoek heeft zowel voor- als nadelen. Een nadeel is dat de onderzoeksresultaten mogelijk vertekend zijn door de onderzoeker, omdat deze zowel het waarnemings- als analyse-instrument is (Van Zwieten & Plochg, 2007, 77). Dit heeft gevolgen voor de betrouwbaarheid en objectiviteit. De betrouwbaarheid van kwalitatief onderzoek kan verhoogd worden door standaardisering in het verzamelen en vastleggen van onderzoeksgegevens, meerdere personen de onderzoekgegevens te laten interpreteren en het samenstellen van representatieve onderzoekseenheden (Hak, 2004, 209). In deze *casestudy* was de onderzoeker zowel degene die de gegevens verzamelde middels observatie en interviews als de interpretator van deze gegevens. Om de betrouwbaarheid van de resultaten te verhogen zijn alle interviews opgenomen en op dezelfde manier uitgewerkt en is gebruik gemaakt van schriftelijke scholingsevaluaties en het Internet. De interviewresultaten van de verpleegkundigen zijn doorgesproken

met de geestelijk verzorgers en er heeft een extra oriëntatiedag plaats gevonden op een afdeling die tot dan toe niets met moreel beraad had gedaan. Hieruit heeft de onderzoeker een beeld gekregen van de manier waarop in dat geval met morele zaken wordt omgegaan en heeft het bijgedragen aan haar voeling met de praktijksituatie. Hieruit zijn verder echter geen zaken naar voren gekomen die voor dit onderzoek relevant zijn.

Het streven naar objectiviteit van kwalitatief onderzoek wordt door Maso en Smaling (1998, 65) gedefinieerd als: “Het recht doen aan het object van studie: het object van studie te laten spreken en niet te laten vertekenen.” De betekenis die verpleegkundigen geven aan hun normatieve professionaliteit en daarin aan moreel beraad, moet in het onderzoek uit de verf komen. Hierbij komen de vrijheid en creativiteit van de onderzoeker goed van pas (Hak, 2004, 208). In deze *casestudy* is het mogelijk geweest om de verpleegkundigen het gevoel te geven dat ze werkelijk werden gezien en gehoord. Dit heeft de onderzoeker veel informatie opgeleverd, maar ook het idee dat zij werkelijk begreep waar het dagelijks werk van verpleegkundigen om draait. Uiteindelijk is dit onderzoek ook voor de onderzoeker een leerproces geweest (Flyvbjerg, 2006, 6).

5 Resultaten *casestudy*

In dit hoofdstuk worden de resultaten uit de *casestudy* weergegeven. Het eerste deel omvat een weergave van de belangrijkste uitkomsten uit het onderzoek. Deze geven een beeld van de aard van de morele vragen van verpleegkundigen en hoe zij en de geestelijk verzorgers zich hiertoe verhouden. De resultaten uit de *casestudy* dragen bij aan de beantwoording van de tweede en derde deelvraag. De tweede deelvraag luidde: Op welke manier verbinden verpleegkundigen hun professionaliteit met ethische reflectie? De derde deelvraag was: Op welke manier verschilt de behoefte aan ethiekondersteuning van verpleegkundigen met wat de methode van het Utrechts stappenplan te bieden heeft? Aan een weergave hiervan zijn het tweede en derde deel van dit hoofdstuk aan gewijd. Mogelijke antwoorden op de drie deelvragen (inclusief

deelvraag één) zullen aan de orde komen in hoofdstuk 7. Tot slot zullen de uitkomsten in paragraaf 5.4 in een analyse tegen het licht gehouden worden, waarbij mogelijke verbanden kunnen worden geconstateerd. De resultaten die uit de interviews naar voren zijn gekomen zijn thematisch gestructureerd en in tabelvorm weergegeven (zie bijlagen 4 en 5). Per thema is de essentie uit de interviews beschreven, toegespitst op de vraagstelling.

5.1 Belangrijkste uitkomsten

5.1.1 Waarden in de zorg

De geïnterviewde verpleegkundigen zijn gevraagd naar een persoonlijke ranking van enkele waarden in de zorg. ‘Kwaliteit van leven’ wordt het meest belangrijk wordt gevonden: bij vijf van de acht verpleegkundigen staat deze op de eerste plaats en bij de overige drie op de tweede plaats. De waarde ‘autonomie’ van de patiënt staat bij zes van de acht verpleegkundigen in de top vier en dit geldt ook voor het kunnen geven van ‘persoonlijke tijd en aandacht aan de patiënt’. Een laatste vaak genoemde waarde heeft met het team te maken. Samenwerken is belangrijk, maar ook dat de teamleden individueel tot hun recht komen. Zes van de acht verpleegkundigen noemen in hun top vier één van deze waarden. Hieruit blijkt dat de patiënt voor de verpleegkundige de belangrijkste focus is, gevolgd door het team (zie hiervoor bijlage 4, tabel 2). Gevraagd naar de mate waarin de persoonlijke ranking van waarden overeenkomt met die van het team, zeggen alle geïnterviewde verpleegkundigen de indruk te hebben dat deze globaal overeen komen. Over wie bepaalt welke waarden als belangrijkste worden beschouwd, verschillen de meningen. Volgens drie verpleegkundigen doen zij dit als team met elkaar, volgens twee zijn de leidinggevenden of enkele verpleegkundigen met informele invloed hierin bepalend, een verpleegkundige geeft aan dat dit een kwestie is van ieder voor zich en een laatste zegt dat de organisatie deze prioritering van waarden voorschrijft.

Waarden in de zorg krijgen ook vorm door protocollering van de verpleegkundige handelingen. Het werk goed uitvoeren betekent ook werken volgens protocollen. Deze protocollen worden over het algemeen positief

gewaardeerd omdat ze het werk transparant en overdraagbaar maken. De verpleegkundigen gebruiken ze over het algemeen als praktisch naslagwerk. Er was enige kritiek op de toegankelijkheid van de database en het niet met elkaar matchen van verschillende protocollen over dezelfde handelingen. Over het algemeen is men echter van mening dat het goed is dat ze er zijn en dat ze geen onnodige bureaucratische dwang opleveren.

5.1.2 Overbehandeling

De morele problemen van verpleegkundigen, die uit de interviews naar voren zijn gekomen, betreffen de omgang met de patiënt, de omgang met collega's en overbehandeling. Dit laatste punt is van belang eruit te lichten. Vier van de acht verpleegkundigen ervaren moeite met behandelingen die naar hun idee te lang doorgaan (zie bijlage 4, tabel 3). Dit probleem komt ook naar voren in de vorm van casussen voor oefen-moreel beraad (bijlage 4, tabel 4). Dit is een indicatie dat dit probleem zich relatief vaak voordoet en in ieder geval bij verpleegkundigen voor problemen zorgt. Een praktisch gevolg hiervan is, dat moreel beraad vaak over het zelfde onderwerp gaat, in een steeds andere context. De geestelijk verzorgers zien bewustwording van medische beslissingen in verband met overbehandeling als een belangrijke meerwaarde van moreel beraad. Een van hen formuleert het als volgt (bijlage 5, tabel 2): "Moreel beraad is ervoor om te bewaken dat je de dingen niet alleen doet omdat het kan, maar ook omdat het goed is." Een ander zegt het zo: "Het doel van moreel beraad is bewerkstelligen dat mensen hun handelen altijd op waarden baseren en bewustwording van de waarden die het handelen bepalen" (bijlage 5, tabel 2). Het valt echter te betwijfelen of moreel beraad binnen Isala een structurele invloed heeft op dit probleem van overbehandeling.

5.1.3 Dialoog

Het is mogelijk dat de drempel om tot moreel beraad te komen mede hoog is omdat het 'in gesprek zijn met elkaar' niet vanzelf spreekt. Wanneer het lukt een moreel beraad ter realiseren, wordt dit 'in gesprek zijn met elkaar' als waardevol beschouwd, iets wat eigenlijk vaker zou moeten gebeuren. Een van de geïnterviewde geestelijk verzorgers zegt hierover (bijlage 5, tabel 2): "De

conclusie van het moreel beraad was dat we vaker en eerder met elkaar in gesprek moeten.” En: “Altijd is de conclusie: we moeten meer met elkaar praten.” De indruk is ontstaan dat het lastig is om tot een blijvende wederzijdse dialoog te komen, wat soms tot onbegrip over en weer leidt. Een van de geestelijk verzorgers zegt hierover het volgende: “Vaak leven dokters in de veronderstelling dat ze alles met de verpleegkundigen delen. Volgens de verpleegkundigen is dat niet zo: Medisch specialisten weten niet dat wij het kind echt vasthouden en pijn moeten doen” (bijlage 5 tabel 2). Een aspect dat hiermee verband houdt is, dat in moreel beraad nauwelijks vanzelfsprekend rekening gehouden wordt met de gevolgen van een medische beslissing voor verpleegkundigen. Wanneer de verpleegkundigen deelnemen aan een moreel beraad zijn ze in de gelegenheid zelf de ruimte te nemen om hier aandacht voor te vragen. Doen ze dat niet, of zijn ze niet uitgenodigd, dan is hier voor geen vanzelfsprekende aandacht. De geestelijk verzorgers vormen hierop een uitzondering, zoals blijkt uit de volgende citaten. Dit wordt door twee verpleegkundigen als volgt omschreven (beide citaten bijlage 4, tabel 5): “Dit gebeurt niet, je wordt alleen gehoord.” En: “Nee, hiermee wordt geen rekening gehouden. De verpleegkundigen moeten echt dealen met het besluit. Als de verpleegkundigen er niet bij zijn, is er niemand die zich in hun situatie inleeft.” Een geestelijk verzorger zegt hierover: “We proberen de gevolgen die een beslissing heeft voor andere zorgverleners mee te nemen. Als er geen verpleegkundigen bij zitten en de geestelijk verzorgers zeggen hierover niets, dan wordt geen rekening gehouden met de gevolgen van een beslissing voor de verpleegkundigen” (bijlage 5, tabel 2).

5.1.4 Geestelijk verzorgers

Ook de geestelijk verzorgers is gevraagd naar een persoonlijke ranking van waarden in de zorg. Bij hen staat, net als bij de verpleegkundigen, de kwaliteit van leven bovenaan, gevolgd door persoonlijke tijd en aandacht voor de patiënt. De geestelijk verzorgers zijn erop gericht om het werkelijke belang van de patiënt zo goed mogelijk te achterhalen. Dit hoeft niet direct samen te vallen met wat een patiënt op een bepaald moment zegt of wil. Het gaat hen erom dat

de patiënt als mens tot zijn recht komt binnen de context van het ziekenhuis. Een van de geestelijk verzorgers formuleert dit als volgt: “Het is heel moeilijk om het patiëntenbelang goed te achterhalen en te formuleren. Dit belang kan ook een doel zijn op langere termijn, iets wat de patiënt nu mogelijk nog niet ziet” (bijlage 5, tabel 1). Een andere geestelijk verzorger zegt hierover: “Wat in het belang van de patiënt is, is moeilijk te bepalen. Je hebt meer tijd nodig om echt met een patiënt in gesprek te gaan en het wezenlijke belang te achterhalen.” (bijlage 5, tabel 1). De geestelijk verzorgers zien het als hun taak om de ‘patiënt zichzelf te laten vinden’, om mede te zorgen dat de patiënt in contact komt met zijn eigen identiteit en levensverhaal. Dit omschrijft een van hen als volgt: “Het gaat erom de patiënt te ondersteunen om zichzelf en zijn waarden te vinden en te onderzoeken” (bijlage 5, tabel 1). De geestelijk verzorgers geven aan dat naar hun idee het belang van de patiënt wel eens in de knel komt, doordat dit conflicteert met de belangen van de zorgverleners, waarbij het ook om financiën kan gaan. Twee van de geestelijk verzorgers zeggen hierover het volgende: “Het belang van de patiënt staat in de praktijk niet altijd voorop. Dit belang komt niet altijd uit de verf. Vaak zijn er ook andere belangen, bijvoorbeeld het belang van de zorg zelf: wat komt de zorg het makkelijkste uit?” En: “Verpleegkundigen en medisch specialisten willen doen wat goed is voor patiënt maar hebben ook oog voor kosteneffectiviteit. Dit is een spanningsveld. Hierin moeten keuzes gemaakt worden” (beide citaten bijlage 5, tabel 1). Een van de geestelijke verzorgers noemt een verband tussen de belangen van de patiënt, de belangen van de familie en overbehandeling. Hij zegt hierover het volgende: “We weten niet altijd zeker of het belang van de patiënt wel vóór gaat. De belangen van familie wegen wel eens zwaarder. Dit is vaak in gevallen waarin te lang is doorgegaan met behandelen. Dat was waarschijnlijk niet de wens van de patiënt” (bijlage 5, tabel 1). De geestelijk verzorgers vinden het hun taak om hierin op te treden als belangenbehartiger van de patiënt. Hierover zegt een van hen: “De geestelijke verzorging stelt kritische vragen wanneer het belang van de patiënt in de knel komt. Dat is mijn taak. Bij mij staat het patiëntenbelang wel altijd voorop” (bijlage 5, tabel 1).

De geestelijk verzorger wil van meerwaarde zijn voor de patiënt door er voor hem te zijn. Dit krijgt vooral vorm in het persoonlijk gesprek. Het belangrijkste doel is dat de patiënt contact maakt met zijn eigen waarden, wat de geestelijk verzorger voldoening geeft en het gevoel het werk goed te doen. Dit wordt door drie van hen als volgt omschreven (voor de drie citaten zie bijlage 5, tabel 1): “Ik heb een topdag wanneer ik er toe doe. Als ik een gesprek heb gehad met mensen waarvan ik denk dat ik echt van waarde ben geweest. Wanneer ik iets heb kunnen bijdragen.” En: “Het idee dat ik het verschil heb kunnen maken voor patiënt. Dit gevoel is me recent overkomen doordat een patiënt zei: ‘U bent echt gezonden’.” En: “Ik heb een topdag wanneer ik een paar goede gesprekken heb gevoerd met patiënten. Dat deze mensen tot zichzelf zijn gekomen, opluchting en steun hebben ervaren. Ik heb dan iets bijgedragen, namelijk dat ze contact hebben gekregen met zichzelf.”

Voor de geestelijk verzorgers is het doel van moreel beraad in eerste instantie een kwalitatief goede oplossing voor een concreet moreel probleem. Moreel beraad heeft echter ook meerwaarde op andere vlakken. Het heeft ten eerste een leereffect voor andere vergelijkbare casussen en tevens een bewustwordingseffect ten aanzien van de persoonlijke waarden van zorgverleners. Dit laatste betreft vooral het zich realiseren dat behandelen niet alleen plaats moet vinden omdat het technisch mogelijk is, maar ook omdat het goed is voor de patiënt als totale persoon. Dit wordt als volgt geformuleerd: “Het doel van moreel beraad is een zo goed mogelijke oplossing voor een concreet probleem. En het moet bijdragen aan een goede oplossing in vergelijkbare gevallen, een leereffect voor de toekomst” En: “Moreel beraad is ervoor om te bewaken dat je de dingen niet alleen doet omdat het kan, maar ook omdat het goed is. Het gaat om het verhogen van de kwaliteit van besluitvorming” (beide citaten: bijlage 5, tabel 2).

De rol die de geestelijk verzorgers hebben bij moreel beraad is die van procesbegeleider. Zij zijn allen opgeleid tot gespreksleider moreel beraad. Hun taak is om datgene wat vanuit de medewerkers zelf naar boven komt te begeleiden en te kanaliseren, zonder een eigen inhoudelijke inbreng. Hun

ervaringen met het Utrechts stappenplan zijn overwegend positief. De strakke structuur heeft een belangrijke praktische meerwaarde. Twee van de geestelijk verzorgers zeggen hierover (beide citaten bijlage 5, tabel 2): “Een sterk punt van het Utrechts stappenplan is dat het in een uur kan. Het is gestructureerd. Je kan op een heldere manier een dilemma aanpakken en het leidt tot duidelijke oplossingen.” En: “Een sterk punt van het Utrechts stappenplan is dat het een adequaat middel is: het dient het doel. Het kan zowel retrospectief en prospectief worden ingezet. Er wordt gestructureerd naar een oplossing toegewerkt.” Een nadeel van het Utrechts stappenplan is dat het resultaat van het moreel beraad alleen aangeeft of het wel of niet goed is om een behandelingsbesluit te nemen, het antwoord bestaat alleen uit een ‘ja’ of ‘nee’. Een van de geestelijk verzorgers geeft hierover het volgende aan: “De werkelijkheid is niet zo dichotoom, niet zwart of wit, maar vaak grijs. De methode is niet genuanceerd” (bijlage 5, tabel 2).

De geestelijk verzorgers hebben eveneens oog en oor voor de verpleegkundigen. Dit komt naar voren in de volgende twee citaten (beiden bijlage 5, tabel 3): “Verpleegkundigen hebben behoefte aan ondersteuning en reflectie: hoe ga ik met gebeurtenissen om en hoe verwerk ik de dingen. Verpleegkundigen worden meer geraakt. Zij moeten hier een weg in vinden. Het lijkt weliswaar dat verpleegkundigen emotioneler zijn dan medisch specialisten, maar dat is niet zo. Medisch specialisten argumenteren, beslissen op grond van argumenten. Verpleegkundige werken meer in betrokkenheid.” En: “De vraag is of verpleegkundigen wel voldoende tot hun recht komen. Het doel moet zijn dat mensen op een goede manier kunnen werken.” Ook komen zij voor de belangen van verpleegkundigen op, zo blijkt uit de volgende twee citaten (beiden bijlage 5, tabel 3): “De geestelijk verzorgers zijn een soort hefboom om het moreel beraad toch van de grond te krijgen. Zij zijn als het ware de advocaat van de verpleegkundige.” En: “Het zijn vooral verpleegkundigen die het initiatief nemen voor ad hoc moreel beraad, vaker dan medisch specialisten. De verpleegkundige gaat dan naar geestelijk verzorger want: ‘die medisch specialisten luisteren toch niet.’ Dit gebeurt vanuit het idee dat we geen goede zorg leveren, dat er wel

over wordt gebromd, maar dat er niets gebeurt. Ze krijgen bij de medisch specialisten wel eens het deksel op neus, maar niet als het bij geestelijke verzorging komt. Zij laten het doorgaan.”

5.2 Normatieve professionaliteit van verpleegkundigen en ethische reflectie (deelvraag twee)

In dit deel wordt de praktische informatie uit de *casestudy*, die bijdraagt aan het beantwoorden van deelvraag twee gepresenteerd. Vanuit de praktijk wordt ingegaan op de vormgeving van normatieve professionaliteit en de plaats die ethische reflectie hierin heeft.

5.2.1 Normatieve professionaliteit

De morele vragen van verpleegkundigen bestaan uit medische beslissingsvragen en vragen met betrekking tot de uitvoering van het eigen werk. De medische vragen betreffen behandelbeslissingen van (meestal) medisch specialisten, waar de verpleegkundige een uitvoerende taak in heeft. Dit zijn vaak situaties waarbij de verpleegkundige het gevoel heeft dat een medische beslissing niet (meer) goed is voor een patiënt. Een voorbeeld dat werd genoemd is een situatie waarbij een te vroeg geboren kindje van 24 weken met beschadigde longen en bloedingen in het hoofd, naar het idee van de verpleegkundigen (te) lang wordt doorbehandeld. In deze gevallen kan de verpleegkundige niet zelf besluiten dat het anders moet, maar moet de arts bewegen dit deze beslissing te heroverwegen. De morele vragen met betrekking tot het eigen werk betreffen vragen hoe het best de patiënt voor gezorgd kan worden. Het gaat hier niet om medische beslissingsvragen, maar om het vinden van de juiste zorgwijze. Dit krijgt vorm door het maken van praktische keuzes en het stellen van prioriteiten. Dit wordt als volgt omschreven (bijlage 4, tabel 3): “Een verpleegkundige moet de hele tijd schakelen. Je hebt meerdere patiënten. De ene huilt, de andere heeft een schone broek nodig. Je moet steeds de keuze maken wat je het eerst doet.” Deze morele vragen hebben met de directe uitvoering van het werk en de zorg te maken en omvatten naast het uitvoeren van handelingen ook het organiseren van die handelingen en de communicatie hierover met collega’s. Een

verpleegkundige zegt hierover: “Je bent de hele dag aan het organiseren, je handelingen aan het organiseren. Voor dit gesprek heb ik bijvoorbeeld vervanging tijdens de visite geregeld. Je hebt dat zelf niet altijd goed in de gaten” (bijlage 4, tabel 3). Bij deze vragen gaat het eveneens om de onderlinge verhoudingen. Omdat het om teamwerk gaat, heeft zo’n keuze direct gevolgen voor het werk van anderen.

Alle morele keuzes bij elkaar, inclusief de communicatie hierover, maken de kwaliteit van het werk uit en bepalen mede of je een goede en prettige collega bent. Een van de verpleegkundigen omschrijft een topdag voor haar als volgt (bijlage 4 tabel 2): “Wanneer ik net even verschil heb kunnen maken. Bijvoorbeeld als ik iemand aan het lachen heb gemaakt of wanneer iemand even z’n ei kwijt kan en weer wat moed heeft. Het ligt met name op het intermenselijke vlak. Dit geldt ook voor collega’s onderling.” De kwaliteit van de keuzes staat dus niet los van de identiteit van de verpleegkundige. ‘Er zijn voor de patiënt’ en ‘een goede verpleegkundige zijn,’ zijn niet van elkaar gescheiden begrippen. Hoe je je werk doet staat niet los van wie je bent. Soms levert deze persoonlijke investering in het werk ook weer morele problemen op. Dat verpleegkundigen soms over de eigen grenzen heen gaan omschrijft een van hen als volgt: “Een specifiek probleem van verpleegkundigen is over de eigen grenzen heen gaan. Met hart en ziel te lang doorgaan” (bijlage 4, tabel 3).

Bij morele keuzes staat het welzijn van de patiënt voorop. Dit beschrijft een verpleegkundige als volgt: “De patiënt komt op de eerste plaats. De waarden die gaan over het welzijn van de patiënten komen vóór die van de verpleegkundigen”, (bijlage 4, tabel 2). Hierbij gaat het om de behoeften en het welzijn van patiënt als totale persoon. De zorgwaarden van verpleegkundigen betreffen meer dan alleen de medische behandeling. Hierover zegt een verpleegkundige: “Mensen moeten goede zorg krijgen. De waarden autonomie van de patiënt, kwaliteit van leven en vrijheid van pijn en ongemakken staan met stip boven aan” (bijlage 4, tabel 2).

Inherent aan de professionele houding van de verpleegkundige is de drive het werk steeds zo goed mogelijk te doen. Het werk goed doen betekent hier

zowel het technische aspect (de zorghandelingen zelf) als de kwaliteit van de relatie met de patiënten en collega's. Het werk goed doen geeft voldoening. Een verpleegkundige omschrijft dit als volgt (bijlage 4 tabel 2): "Ik heb een topdag wanneer ik het werk goed heb kunnen doen en hiervoor gefaciliteerd werd." Wanneer een verpleegkundige werkelijk iets kan betekenen voor een patiënt ontstaat bevlogenheid, een spiraal waar in de eigen effectiviteit en energiebronnen elkaar versterken (Schaufeli & Bakker, 2007, 356). Een verpleegkundige omschrijft dit als volgt (bijlage 4, tabel 2): "Ik heb een topdag wanneer ik het gevoel heb echt wat gedaan te hebben. Als ik in een soort flow zit, dat het vanzelf gaat. Hiermee bedoel ik dat ik iemand blij heb kunnen maken. Dan ben je zelf ook blij. Bijvoorbeeld een goed gesprek met een patiënt of collega." Wanneer dit onvoldoende uit de verf kan komen, levert het soms cynisme op. Een verpleegkundige verwoordt het zo (bijlage 4, tabel 4): "Er is soms sprake van een disbalans als het gaat om ethisch dilemma: het is niet op te lossen. Hierdoor ontstaat cynisme. Dat houdt je staande, dan raakt het je niet, je plaatst het even buiten jezelf." Normatieve professionaliteit en werktevredenheid hangen nauw samen.

5.2.2 Ethische reflectie

Praktische en morele zaken die te maken hebben met de dagelijkse uitvoering van het werk kunnen in de dagevaluatie, tijdens de koffie of in een teamoverleg aan de orde komen. Een verpleegkundige zegt hierover: "Overleg over dagelijkse morele zaken gebeurt tussendoor op het werk, tijdens de koffie of de dagevaluatie. Tijdens koffiepauze spreek je persoonlijk met collega's. Het is meestal een uitwisseling van meningen. Er wordt geen conclusie getrokken" (bijlage 4, tabel 3). (Zie voor een overzicht van overlegvormen paragraaf 3.3.3). Als gevolg van werkdruk wordt de dagevaluatie niet meer overal standaard gehouden, zo blijkt uit het volgende citaat: "Een dagevaluatie is hier niet meer. Overleg over dit soort zaken gebeurt sneller tussendoor" (bijlage 4, tabel 3).

Iets meer afstand van het directe werk wordt genomen in het moreel beraad. Dit blijkt uit het volgende citaat: "Moreel beraad betekent even stilstaan en doen we alleen als er een echte morele vraag ligt. Dat komt op deze afdeling

weinig voor. We worden ingehaald door de waan van alle dag” (bijlage 4, tabel 5). Moreel beraad omvat voor verpleegkundigen zowel de ad hoc georganiseerde moreel beraden als de ethiekbijeenkomsten die meestal de methode van het Utrechts stappenplan volgen en soms de vorm van intervisie hebben. Dit blijkt uit de volgende citaten: “Er is wel moreel beraad, ongeveer drie keer per jaar. Dit is het moreel beraad dat door de geestelijk verzorgers wordt georganiseerd op de ethiekbijeenkomsten en waarvoor je casussen kon insturen” (bijlage 4, tabel 4). En: “Een moreel beraad van de afdeling oncologie ging over patiënt die heel erg ziek was en de medisch specialisten maar door gingen met behandelen. De verpleegkundigen hadden de vraag dat het naar hun idee te lang doorging. In het moreel beraad is een beslissing genomen” (bijlage 4, tabel 4). De term moreel beraad wordt door de geestelijk verzorgers binnen Isala vaak gebruikt wanneer de methode van het Utrechts stappenplan wordt toegepast. Hier lijkt er een verschil in opvatting te bestaan tussen verpleegkundigen en geestelijk verzorgers over de definitie van moreel beraad.

Verpleegkundigen hebben reflectie nodig om het werk goed te kunnen doen. Zij ervaren het als waardevol om de situatie van meerdere kanten te bekijken en zich te spiegelen aan de visie van anderen. Dit blijkt uit de volgende citaten: “Het is prettig om de visies van verschillende kanten te horen, bijvoorbeeld van de arts. Dit is een meerwaarde” (bijlage 4, tabel 4). “De ondersteuning door de geestelijk verzorgers is een combinatie van structuur aanbieden en verschillende perspectieven laten zien die je aan het denken zetten. Ze zijn gespreksleider en stellen kritische vragen” (bijlage 4, tabel 6). Deze input van andere disciplines is de grootste toegevoegde waarde van moreel beraad voor verpleegkundigen. Het draagt bij aan hun normatieve professionaliteit. “De functie van moreel beraad voor de verpleegkundige is tegemoet komen aan hun plichtsbesef om de zorg zo goed mogelijk te regelen” (bijlage 4, tabel 4).

5.3 De behoefte aan ethiekondersteuning van verpleegkundigen in relatie tot de methode van het Utrechts stappenplan (deelvraag drie)

5.3.1 Behoeftte aan ethiekondersteuning

In paragraaf 5.2 is beschreven hoe uit de *casestudy* de samenhang van normatieve professionaliteit van verpleegkundigen en hun morele reflectie naar voren is gekomen. Verpleegkundigen zijn enthousiast over moreel beraad (inclusief ethiekbijeenkomsten). Zij onderschrijven volmondig dat het hierbij echt over hun werk gaat (zie bijlage 4, tabel 5). Zij ervaren het als een verrijking van hun werk en het komt tevens tegemoet aan enkele behoeften.

In de situaties waarin het tot moreel beraad komt, als gevolg van een medische beslissing die vermoedelijk niet (meer) goed is voor een patiënt, wordt dit uitgevoerd volgens het Utrechts stappenplan. Aangezien verpleegkundigen bij deze beslissingen geen beslissingsbevoegdheid hebben, spelen zij hierin een ondergeschikte rol. Dit wordt als volgt omschreven (bijlage 4, tabel 4): “De verpleegkundigen hebben geen invloed, maar worden gehoord als ze zijn uitgenodigd.” In het moreel beraad volgens het Utrechts stappenplan, wat gaat over een medische beslissing, lijkt de specifieke eigenheid van de relatie van de verpleegkundige met de patiënt geen rol te spelen, terwijl deze toch van meerwaarde kan zijn. Een verpleegkundige meldt het volgende: “De verpleegkundige heeft de eerste link met de patiënt, voelt de patiënt het beste aan. Dit kan een aanzet zijn om tot verandering te komen” (bijlage 4, tabel 3). Deze specifieke relatie blijkt mede uit het feit dat verpleegkundigen ten aanzien van medische beslissingen weliswaar niet verantwoordelijk zijn voor de oplossing van het probleem, maar dat ze het probleem wel mede ‘hebben’. Dit wordt als volgt omschreven: “Wel of niet doorgaan met behandelen is een beslissing van arts en patiënt. De verpleegkundige is er wel nauw bij betrokken” (bijlage 4, tabel 3). Het probleem van de patiënt is ook het probleem van de verpleegkundige, zoals blijkt uit het volgende citaat (bijlage 4, tabel 3): “De patiënt is probleemeigenaar, maar hiermee ook de verpleegkundige.”

Verpleegkundigen hebben behoefte aan ethiekondersteuning die rekening houdt met deze specifieke betrokkenheid.

Een behoefte van verpleegkundigen ten aanzien van ethische ondersteuning bestaat ook uit het aangereikt krijgen van structuur en praktische ideeën. Dit blijkt onder andere uit het volgende citaat: “De verpleegkundige heeft op dit punt behoefte aan praktische handvatten, meer dan alleen overpeinzing” (bijlage 4, tabel 3). Uit het groepsgebesprek (bijlage 4, tabel 7) kwam het volgende citaat: “De verpleegkundige heeft het nodig dat structuur in het gesprek wordt aangebracht door een goede gespreksleider, die kan doorvragen, een spiegel voorhouden en voorkomt dat het gesprek verzandt. Een kundige gespreksleider om structuur aan te brengen, is onontbeerlijk.”

Een belangrijke behoefte van verpleegkundigen is het met elkaar in gesprek zijn en het spiegelen van ideeën, opvattingen en gevoelens aan die van collega's, waar moreel beraad in voorziet, blijkt onder andere uit het volgende citaat: “Een sterk punt aan moreel beraad is het uitwisselen van ervaringen, richting alle disciplines” (bijlage 4, tabel 5). Door deze uitwisseling van ervaringen ontstaat begrip over en weer. Dit wordt als volgt omschreven: “Je kijkt in elkaars keuken en dat levert begrip op over en weer” (bijlage 4, tabel 5). En: “Verpleegkundigen zien het belang van een ethiekavond wel in” (bijlage 4, tabel 3).

5.3.2 Weerbarstige praktijk

Moreel beraad voorziet in de behoefte van verpleegkundigen om met elkaar in gesprek te zijn in een wederzijdse dialoog (zie paragraaf 5.1.3). Dit punt is tegelijk ook een bron van teleurstelling onder verpleegkundigen. In de dagelijkse praktijk gaat men namelijk na het moreel beraad over tot de orde van de dag en bij een volgende casus zal opnieuw de hobbel genomen moeten worden om met elkaar in gesprek te komen. Het moreel beraad is een manier om incidenteel met elkaar te spreken, maar kennelijk binnen Isala nog geen effectieve methode om het ‘in gesprek zijn met elkaar’ in de organisatie te verankeren.

Een eerste reden voor het feit waarom verpleegkundigen moeite hebben met het aanvragen van ad hoc moreel beraad ten behoeve van medische

beslissingen is gebrek aan tijd en energie. Het werk van verpleegkundigen bestaat uit een aaneengesloten stroom van handelingen en de communicatie over deze handelingen. Het kost energie om hier uit te stappen en afstand te nemen van het werk. Uit het groepsgesprek kwam dit als volgt naar voren (bijlage 4, tabel 7): “Iemand moet voor de verpleegkundigen organiseren, ze moeten het niet zelf op gang moeten brengen.” En: “Wat ons tegenhoudt is tijd en energie om het te organiseren. Je moet steeds door en er is zoveel” (bijlage 4, tabel 7).

Dat het voor verpleegkundigen lastig is om dit ad hoc moreel beraad te organiseren, komt, ten tweede, ook door de hiërarchische verschillen tussen medisch specialisten en verpleegkundigen. De drempel is voor een verpleegkundige hoog. Zo stelt een geestelijk verzorger (bijlage 5, tabel 3): “Angst houdt de verpleegkundige tegen. De drempel is te hoog. Als ze het toch doen hebben ze hun angst overwonnen en zijn ze bij ons geweest. Dat het zo lastig is, is soms wel jammer. De kwaliteit van de zorg wordt uitgehold.” De hiërarchische verschillen spelen ook door in hoe verpleegkundigen over zichzelf denken. Twee van de geïnterviewde geestelijk verzorgers geven aan te vinden dat de verpleegkundigen zichzelf onderschatten en de neiging hebben hun mond te houden zodra er medisch specialisten en coassistenten bij zijn. Dit blijkt uit de volgende twee citaten (beide bijlage 5 tabel 3): “Verpleegkundigen vallen stil als er coassistenten of medisch specialisten bij zitten. ‘O, ik schrijf wel..’, zeggen ze dan. Ze voegen zich, zonder uitgetest te hebben of dat wel nodig is. Dat is jammer. Onder elkaar hebben ze het hoogste woord. Dit heeft te maken met de hiërarchie in zorg. Dit is onoverkomelijk.” En: “Verpleegkundigen onderschatten zichzelf chronisch. Ze denken: ‘o, zal wel zo moeten’. De oorzaak is de cultuur binnen Isala. De dokters weten het ook. Dit heeft te maken met de hiërarchie.” Dit zijn opmerkingen met een kritische ondertoon die nader onderzoek vragen. Mogelijk is deze hiërarchie ook symptomatisch voor andere ziekenhuisculturen.

Een laatste reden waarom verpleegkundigen geen moreel beraad aanvragen ten behoeve van hun eigen werk heeft te maken met de methode van het Utrechts stappenplan. In enkele gesprekken met verpleegkundigen (geen

opgenomen interviews) werd de methode van het Utrechts stappenplan ‘rigide’ genoemd. Hiermee werd bedoeld dat het stappenplan naar hun idee wat dwangmatig naar een besluit of oplossing toewerkt en hierbij ook zaken over het hoofd ziet. Het belang van een persoonlijke en betrokken uitwisseling van visies op goede zorg wordt onvoldoende benadrukt. Een verpleegkundige omschrijft dit als volgt (bijlage 4, tabel 4): “Voor het werk van verpleegkundige is het Utrechts stappenplan niet handig. Het Utrechts stappenplan is vrij strak. Er worden wel antwoorden gegeven, maar het wordt geen gesprek, geen ontmoeting. Een echt gesprek sluit beter aan bij de verpleegkundige.”

5.4 Analyse resultaten

5.4.1 Waarden in de zorg

Uit de overeenkomst van de persoonlijke ranking van waarden met die van het team en de houding ten opzichte van de protocollen, blijkt dat de waarden van verpleegkundigen harmoniëren met de waarden van het team en de organisatie. Het is niet helemaal duidelijk op welke manier de organisatiewaarden op teamniveau vorm krijgen en wiens verantwoordelijkheid dit is. Er zijn echter geen aanwijsbare discrepanties naar voren gekomen tussen persoonlijke waarden en die van de organisatie.

5.4.2 Overbehandeling

Bij overbehandeling staan de bij- en nevenwerkingen van een behandeling niet meer in verhouding tot wat deze opleveren. Het betreft hier echter een grens die niet eenduidig te trekken is, die voor iedere situatie weer anders zal zijn en die er ook vanuit verschillende gezichtspunten steeds weer anders uit ziet. Toch komen uit dit onderzoek aanwijzingen naar boven dat overbehandeling een veel voorkomend probleem is binnen Isala. De indruk bestaat dat het voor de medisch specialisten lastig is om een behandeling te stoppen omdat de verantwoordelijkheid zwaar op hun schouders drukt. Deze beslissingen hebben grote gevolgen en er is vaak na starten of stoppen met behandelen geen weg meer terug. Doorgaan is dan de makkelijkste weg: wanneer de patiënt dan toch overlijdt ‘hebben we er tenminste alles aan gedaan’. De geestelijk verzorgers

zien bewustwording ten aanzien van overbehandeling als een belangrijke meerwaarde van moreel beraad. Ook geven zij aan dat een disbalans tussen de belangen van de familie en die van de patiënt tot overbehandeling kan leiden. De arts zit er dan tussen en zal niet snel, tegen de wil van de familie in, een besluit nemen. Dit blijven echter losse indicaties en aanwijzingen. Er is aanvullend onderzoek nodig om beter grip te krijgen op dit probleem. Binnen het bestek van dit onderzoek kan hier geen verklaring of oplossing voor gegeven worden.

5.4.3 Geestelijke verzorging

Voor de geestelijk verzorgers binnen Isala vormt de zoektocht naar het belang van de patiënt een belangrijke focus en drijfveer van hun handelen. Voor hen omvat dit meer dan alleen de (juiste) medische keuze. Zij hebben hierbij de totale patiënt voor ogen binnen de context van zijn levensverhaal, waar de opname in het ziekenhuis een onderdeel van is. Dit belang van de patiënt zoeken en ondersteunen zij op de eerste plaats in het directe contact. In persoonlijke gesprekken wordt gezamenlijk gezocht naar richting en betekenis in het leven als zodanig en de ziekte in het bijzonder. De geestelijk verzorger begeleidt hierin de patiënt in de zoektocht naar zijn eigen waarden. Het persoonlijk contact met de patiënt en het daarin kunnen zijn van meerwaarde, lijkt de geestelijk verzorgers het meeste voldoening op te leveren en het gevoel te geven iets te hebben bijgedragen. Deze meerwaarde moet opgevat worden in de zin van presentie, het contact maken met het verlangen van de patiënt en zich daarop afstemmen (Baart, 2007, 15). Op de tweede plaats wordt dit belang van de patiënt gezocht in overleg over goede zorg en behandeling. Dit krijgt, naast de overlegvormen die genoemd zijn in paragraaf 3.3.3, vorm in moreel beraad en ethiekbijeenkomsten. Ook hier heeft de geestelijk verzorger een begeleidende rol. Het proces naar een goede beslissing in een moreel beraad of een goede afweging in een ethiekbijeenkomst blijft het eigendom van de verpleegkundigen en medisch specialisten. Impliciet hebben de geestelijk verzorgers echter meestal wel een idee wat in bepaalde gevallen een goede handelingswijze zou zijn, op grond van hun eigen professionaliteit waar ethische betrokkenheid een belangrijk aspect van is (Boer, 2006, 743). Dit wordt gefundeerd door hun gesprekken met

patiënten en hun contacten binnen de organisatie. Op dit vlak is sprake van een bepaald spanningsveld, het bewaren van een evenwicht tussen wat wel en niet gezegd kan worden, met als doel een zo hoog mogelijke kwaliteit van het uiteindelijke besluit.

De geestelijk verzorgers vinden dat moreel beraad een belangrijke meerwaarde heeft. Het draagt bij aan goede besluitvorming en bevordert de onderlinge dialoog. Ook spreken zij over het algemeen positief over het Utrechts stappenplan. Deze methode heeft praktische voordelen die goed in de situatie van het ziekenhuis passen. Zij hebben echter oog voor het feit dat dit mogelijk minder goed bij de verpleegkundigen past. De begeleidende rol van de geestelijk verzorgers op persoonlijk vlak en in de aanloop naar, en tijdens het moreel beraad, brengt met zich mee dat zij eveneens opkomen voor degenen die moeilijk gehoord worden in de organisatie. Dit kunnen patiënten zijn, maar ook verpleegkundigen. Zij steken op verschillende manieren hun nek uit om hun stem gehoord te krijgen.

5.4.4 Op welke manier verbinden verpleegkundigen hun professionaliteit met ethische reflectie (deelvraag twee).

Wat opvalt is dat verpleegkundigen met twee soorten dilemma's te maken krijgen: dilemma's die ze niet zelf kunnen en mogen oplossen en dilemma's waarbij dat wel het geval is. De eerste categorie dilemma's betreffen medische beslissingen van medisch specialisten, waarbij een arts bewogen moet worden om zijn beslissing bij te stellen. De tweede categorie betreft dilemma's die het eigen werk betreffen en de verpleegkundigen als beroepsgroep wel kunnen oplossen.

Bij dilemma's van de eerste categorie krijgen verpleegkundigen in hun uitvoerende rol direct met de gevolgen van medische beslissingen te maken. Vanuit de betrokkenheid van verpleegkundigen is het niet mogelijk om vervolgens te concluderen dat dit niet hun probleem is, omdat zij feitelijk geen probleemeigenaar zijn en dat zij dit appèl dus maar naast zich neer moeten leggen. Verpleegkundigen zien dit verrichten van handelingen die bijdragen aan een in hun ogen niet (meer) juiste behandelbeslissing, als iets wat hen

persoonlijk aangaat en raakt. Professionele betrokkenheid en normatieve professionaliteit grijpen hier in elkaar. De betrokkenheid levert het gevoel op dat de gang van zaken eigenlijk niet goed is voor de patiënt en vanuit hun normatieve verantwoordelijkheid ontstaat de drive deze situatie te willen veranderen. Uit de interviews kwam naar voren dat wanneer deze drive de ruimte krijgt, het vaak werktevredenheid oplevert. Wanneer deze drive echter geen kans krijgt, kan het cynisme opleveren. Aangezien deze drive om het werk goed te doen niet losstaat van de identiteit van de verpleegkundige, bestaat de kans dat de verpleegkundige in dat geval aan zichzelf gaat twijfelen.

De tweede categorie dilemma's kunnen alle dagelijkse zaken betreffen, inclusief de omgang met patiënten en collega's. Het gaat hierbij om hoe de zorg in specifieke gevallen zo goed mogelijk vorm kan krijgen. Deze zaken worden onderling besproken en opgelost. Dit proces lijkt minder problemen op te leveren dan de dilemma's van de eerste categorie. Het doel van ethische reflectie is voor de eerste categorie dilemma's dus anders dan voor de tweede categorie. Het doel voor de eerste categorie is heroverweging van een eerder genomen medische beslissing van een arts, op basis van een vollediger beeld van het dilemma, door het geven van de eigen visie en ervaringen ten aanzien van de case. Het doel van ethisch overleg in de tweede categorie is het komen tot een gezamenlijke visie over hoe de zorg voor een specifieke patiënt zo goed mogelijk vorm kan krijgen. Het zou kunnen zijn dat het geschiktste middel om tot het doel te komen, dus de methode, voor beide categorieën hierom ook niet gelijk is. Voor beiden wordt in de meeste gevallen echter het Utrechts stappenplan ingezet. Wanneer het initiatief genomen wordt tot moreel beraad over een dilemma van de eerste categorie, heeft dit nogal eens een polemisch karakter. Het is op basis hiervan lastig om tot werkelijke gelijkwaardigheid te komen en dit wordt in het moreel beraad vaak ook zo gevoeld. De arts heeft soms het gevoel ter verantwoording te worden geroepen en de verpleegkundige heeft in de aanloop naar het moreel beraad het gevoel onvoldoende gehoord te zijn. Toch leidt het moreel beraad tot meer begrip over en weer ten aanzien van de casus zelf, mede dankzij de kundige leiding van de geestelijk verzorgers. De

hiërarchische cultuur die eigen is aan (niet alleen) dit ziekenhuis blijft hierin een rol spelen.

Een belangrijke behoefte van verpleegkundigen is in gesprek blijven met andere zorgdisciplines en het zich kunnen spiegelen aan de morele visie van anderen. Input van medisch specialisten, geestelijk verzorgers en collega's wordt ervaren als een verrijking en levert het gevoel op beter toegerust te zijn om het werk zo goed mogelijk te doen. Zo draagt moreel beraad direct bij aan hun normatieve professionaliteit. Dit lijkt echter niet voldoende te zijn om te zorgen dat verschillende zorgdisciplines ook met elkaar in gesprek *blijven*. Dit wordt verder uitgezocht aan de hand van literatuur over dit onderwerp (hoofdstuk 6).

5.4.5 Ethiekondersteuning van verpleegkundigen en het Utrechts stappenplan (deelvraag drie)

De beroepsidentiteit van verpleegkundigen, waar betrokkenheid een belangrijk aspect van is, is niet los te zien van hun normatieve professionaliteit. Het 'zijn' van een (goede) verpleegkundige hangt direct samen met de drive het werk zo goed mogelijk willen doen. En dit 'zijn' van een goede verpleegkundige krijgt vorm in het werkelijk iets betekenen, er werkelijk zijn voor de patiënt. Omdat deze betrokkenheid zo'n essentieel aspect is in de normatieve professionaliteit van verpleegkundigen, kan dit in morele reflectie niet genegeerd worden. De irritatie over het Utrechts stappenplan die spreekt uit de term 'rigide', is hierdoor wellicht verklaarbaar. Volgens de verpleegkundigen komt de persoonlijke en betrokken uitwisseling van visies bij de toepassing van het Utrechts stappenplan onvoldoende uit de verf.

Het Utrechts stappenplan lijkt een methode te zijn die vooral past bij het werk van medisch specialisten. Het nemen van medische beslissingen is hun dagelijks werk en deze methode helpt de kwaliteit van deze beslissingen te verhogen. Soms wordt voor een ethiekbijeenkomst van verpleegkundigen gekozen voor de methode van intervisie in plaats van het Utrechts stappenplan, maar lang niet altijd. Tijdens de ethiekbijeenkomsten die de onderzoeker heeft bijgewoond bleek dat intervisie een middel is dat beter bij dilemma's van de tweede categorie (die van de verpleegkundigen zelf) lijkt te passen en aansluit bij

de invulling van de normatieve professionaliteit van verpleegkundigen. Het doel van intervisie is namelijk niet primair het komen tot een consensus, maar inzicht in, en het spiegelen van elkaars afwegingen en keuzes. In paragraaf 6.3.3 zal dit vanuit de literatuur verder worden uitgewerkt.

Dat verpleegkundigen geen moreel beraad zouden aanvragen na een scholing moet iets genuanceerd worden. Ten eerste vragen verpleegkundigen wel moreel beraad aan, maar doorgaans niet ten behoeve van hun eigen morele dilemma's. Deze problemen worden op andere manieren bespreekbaar gemaakt. Ten tweede heten de ethiekbijeenkomsten (waar het gaat over specifiek verpleegkundige dilemma's), officieel geen moreel beraad wanneer het Utrechts stappenplan niet wordt toegepast. Het is echter de vraag of dit terecht is.

Samenvattend bestaat er echter voor verpleegkundigen wel degelijk een drempel om ad hoc moreel beraad aan te vragen ten aanzien van medische beslissingen (beslissingen van de eerste categorie). Deze drempel bestaat ten eerste uit de teleurstelling dat het in gesprek zijn met elkaar niet beklijft. Een tweede punt is de hoge werkdruk en grote taaklast van verpleegkundigen. Door het uitvoerend karakter van het werk is het lastig om afstand te nemen. Een derde aspect wordt veroorzaakt door de hiërarchie. Er is moed voor nodig om een casus ter discussie te stellen. Een vierde aspect ligt in het Utrechts stappenplan zelf. Deze methode laat vermoedelijk weinig ruimte voor een betrokken uitwisseling van visies en de vraag hoe de zorg vorm gegeven moet worden.

5.5 Aandachtspunten voor de literatuurstudie

Met het oog op de vraagstelling levert de *casestudy* de volgende aandachtspunten op voor de literatuurstudie. De literatuurstudie moet zich in eerste instantie richten op de manier waarop de normatieve professionaliteit van verpleegkundigen vorm krijgt. Hierbij is het van belang de focus te leggen op de professionele betrokkenheid van verpleegkundigen bij morele vragen en de manier waarop dit raakt aan de eigen beroepsidentiteit. De specifieke betrokkenheid van verpleegkundigen bij het werk is hierbij een centraal thema.

Dit geeft informatie over hoe zij morele dilemma's interpreteren. De rol van emoties en intuïties is hierbij een aandachtspunt evenals het vorm geven aan waarden in de zorg. Daarnaast dient achterhaald te worden wat de historische en methodische basis is van moreel beraad in het algemeen en het Utrechts stappenplan in het bijzonder en welke impliciete vooronderstellingen en uitgangspunten de verpleegkundigen zouden kunnen verhinderen dit voor hun eigen werkzaamheden toe te passen. Hierbij is een extra aandachtspunt hoe verpleegkundigen omgaan met medische beslissingen. Ook het implementatieproces van moreel beraad zoals dit binnen Isala vorm krijgt moet tegen het licht van de literatuur gehouden worden. Dit kan aanwijzingen opleveren ten aanzien van enkele punten, zoals het niet beklijven van het 'met elkaar in gesprek zijn' en het naast elkaar bestaan van moreel beraad volgens het Utrechts stappenplan en intervisie.

6 Professionele ethiek, basis en methoden

Dit hoofdstuk heeft tot doel inzicht te verschaffen in de achtergrond van de normatieve ethiekbeoefening binnen Isala. Moreel beraad vereist een manier van omgaan met morele vragen die stevig geworteld is in de praktijk. In dit hoofdstuk volgt eerst een historisch overzicht. De bedoeling hiervan is om het fundament te schetsen wat ligt onder het moreel beraad zoals dit bij Isala wordt toegepast. Vervolgens worden het moreel beraad zelf en enkele hiermee verbonden items tegen het licht gehouden. Tot slot wordt ingegaan op het begrip normatieve professionaliteit, toegespitst op verpleegkundigen. Het doel van dit deel is laten zien hoe professioneel handelen samenhangt met het in de praktijk brengen van ethiek. De manier waarop dit vorm krijgt, wijst vooruit naar de manier waarop zij met ethiek bezig zijn en welke ondersteuning ze daar bij nodig hebben.

6.1 Historisch overzicht

In deze paragraaf wordt geschetst hoe het denken over medische ethiek zich heeft ontwikkeld en welke twee scharnierpunten (het opkomen van de principe-ethiek en de hermeneutiek) hierin van belang zijn. Dit geeft een beeld van enkele belangrijke aspecten van moreel beraad zoals dit vandaag de dag vorm krijgt.

6.1.1 Hippocratische traditie

De oorsprong van de medische ethiek ligt in de Hippocratische traditie. In de vierde eeuw voor Christus werd de basis gelegd voor de geneeskunde als op zichzelf staande wetenschap (Ten Have, Meulen, & Leeuwen, 2013, 49). Vanaf dit begin is vakbekwaamheid verbonden met ethiek. De arts dient, om zijn vak goed te kunnen uitoefenen, deskundig en vaardig te zijn en eveneens bepaalde morele kwaliteiten te bezitten. (Ten Have et al., 2013, 49). Deze kwaliteiten zijn belangeloosheid, beschikbaarheid en hulpvaardigheid. Hij heeft interesse in patiënten en is voortdurend bezig het goede te doen. Het ideaalbeeld van goede beroepsuitoefening is: *medicus graciosus*, de dienstvaardige dokter. In deze traditie worden doelgerichtheid op gezondheid, specifieke kennis en vaardigheden en binding aan normen en waarden met elkaar verbonden (Ten Have et al., 2013, 51). Om gezondheid te realiseren dient de arts zich laten leiden door twee morele beginselen: 'goed doen' en 'niet schaden', *primum non nocere*. Binnen deze morele boven en ondergrens bevindt zich het ethisch juist handelen.

Binnen de medische ethiek vanuit de Hippocratische traditie domineert het medisch perspectief (Ten Have et al., 2013, 57). Wat goed of slecht is, en dus ook wat in het belang van de patiënt is, wordt objectief vastgesteld door geneeskunde zelf. Het goede betekent gezondheid, pijnloosheid, of leven. Het slechte betekent de tegenhanger hiervan: ziekte, lijden of dood. De medische professie bepaalt zelf wat verantwoord medisch handelen binnen deze twee morele beginselen is. Deze manier van bezig zijn met medische ethiek, heeft ertoe bijgedragen dat normativiteit verweven is met de medische praktijk. Doordat echter deze normativiteit uitsluitend door de arts werd ingevuld (met de beste bedoelingen) staat de persoon van de beroepsbeoefenaar centraal in deze

ethische toepassing. Tijdens de Verlichting bleek deze asymmetrische verhouding tussen arts en patiënt echter niet meer te passen bij de veranderende maatschappelijke verhoudingen.

6.1.2 Principe-ethiek

De principe-ethiek van Beauchamp en Childress (2009, eerste druk 1979), biedt een tegenwicht tegen deze asymmetrie. Mede dankzij hun baanbrekende studies is het begrip patiënten autonomie niet meer weg te denken in discussies over goede zorg. De principe-ethiek analyseert ethische problemen aan de hand van vier principes. Het goed doen en niet schaden uit de hippocratische traditie worden hier aangevuld met de principes autonomie en rechtvaardigheid. Autonomie betreft zowel positieve als negatieve vrijheid. De patiënt is vrij van invloed van anderen, maar is ook vrij om te kiezen en het leven naar eigen inzicht in te richten. Rechtvaardigheid betekent distributieve rechtvaardigheid: een gelijke verdeling van schaarse middelen. Deze principes of waarden worden geldig geacht voor iedere situatie en voor iedere zorgverlener. De kunst is om tot de juiste afweging van waarden te komen op basis van contextuele factoren. Dit resulteert in de best mogelijke handelwijze. De principe-ethiek heeft zowel de maatschappelijke verhoudingen als de patiënt zelf binnen het blikveld van ethisch handelen gebracht. Doordat er oog is voor rechtvaardigheid en autonomie, is medisch juist handelen niet beperkt tot technisch juist handelen en beslist de patiënt mede of de gegeven zorg ook goede zorg is.

De principe-ethiek van Beauchamp en Childress (2009, 381-383) wordt door hen praktisch hanteerbaar gemaakt door een vorm van denken die uitgaat van het reflectief evenwicht (Rawls, 2013; Van den Hoven & Bolt, 2014, 123). Dit is een manier om tot een moreel oordeel te komen door het reflectief testen van morele overtuigingen, principes en theoretische veronderstellingen (Bolt, 2010, 194). Het doel van deze ethische reflectie is het vinden van een evenwichtspunt waarop ethische theorieën en onze eigen ethische overtuigingen elkaar ontmoeten in een proces wat zowel *top-down* als *bottom-up* plaats vindt (Ceulemans, 2012, 19). Deze kennisbronnen zijn zowel zaken als richtlijnen,

wetgeving, beroepscodes en richtlijnen van de organisatie als persoonlijke morele overtuigingen (Van Dartel & Molewijk, 2014, 58).

De meningen lopen uiteen over de plek die emoties en intuïties spelen in de principe-ethiek. Volgens Van den Hoven en Bolt (2014, 123) is de ruimte die voor emoties en intuïties geboden wordt de kracht van de methode. Volgens Abma, Visse, Molewijk & Widdershoven (2010, 17) spelen emoties en persoonlijke beleving hierin echter juist een ondergeschikte rol. Volgens hen dient degene die tot een afweging moet komen zich zoveel mogelijk onafhankelijk en neutraal op te stellen. In deze buitenstaandersrol zou de principe-ethiek zich buiten en boven de praktijk plaatsen (Abma et al., 2010, 17). Het is echter niet de bedoeling van Beauchamp en Childress zelf om de principe-ethiek te reduceren tot een denkoefening. Zij geven emoties, intuïties en gevoelens in de opeenvolgende edities van *Principles of Biomedical Ethics* een steeds prominentere plaats (Van den Hoven & Bolt, 2014, 123). Naar mijn mening geeft de principe-ethiek ruimte voor emoties en intuïties, doordat deze in de morele afweging kunnen worden meegenomen, naast andere informatie over de casus. De manier van afwegen aan de hand van principes is echter gebaseerd op rationaliteit.

6.1.3 Achtergrond van het Utrechts stappenplan

Het Utrechts stappenplan is een methode van morele reflectie die werkt vanuit uit de principebenadering. Het stelt dat de keuze tussen de principes weldoen, niet schaden, autonomie en rechtvaardigheid in drie fasen verloopt, namelijk explicitering, analyse en afweging (Codex Medicus, 2015). De bedoeling van een stappenplan is het structureren en faseren van deze ethische besluitvorming (Bolt, Verweij, & Van Delden, 2010, 32) om zo de zekerheid van zorgvuldigheid in het besluitvormingsproces in te bouwen. Door analyse van de medische casus en spiegeling aan ethische principes wordt gewerkt naar een optimaal ethisch oordeel. Een stappenplan impliceert afstand en het innemen van een rationeel standpunt, wat een onderdeel is van de protocollering van de zorgverlening (Houtlosser, 2010, 46).

De methode van het Utrechts stappenplan vertoont ook raakvlakken met de theorie van het reflectief evenwicht. Het poogt namelijk het antwoord te vinden door open en kritisch verschillende elementen met elkaar te confronteren met als doel het vinden van een balans en daarmee een gerechtvaardigd moreel oordeel (Van den Hoven & Bolt, 2014, 122). Ook de relevantie van de feiten is zo'n raakvlak. Alle relevante feiten worden in het stappenplan geïnventariseerd, waarbij ook ruimte is voor morele intuïties. Het stappenplan spoort aan om tot praktische coherentie te komen.

Het Utrechts stappenplan is vooral een methode met een grote praktische waarde. Het is een handelings- en beslissingsmodel dat helpt om in concrete gevallen gestructureerd tot onderbouwde handelwijzen te komen (Van den Hoven & Bolt, 2014, 124). Samenvattend kan het Utrechts stappenplan beschouwd worden als een praktische methode die past binnen de medische beroepsethiek, die gebruikt wordt om binnen de plichtethiek tot morele oordelen te komen, met methodische raakvlakken aan de theorie van het reflectief evenwicht.

6.1.4 Hermeneutiek

Het boek *Medische macht en medische ethiek* (Van den Berg, 1969) markeert een omslag in het denken over, en bezig zijn met ethiek. Dit boek maakt duidelijk dat zich gaandeweg veranderingen in de zorg hebben voorgedaan, waarbij de medische praktijk verbonden is geraakt met machtsuitoefening. Volgens Van Dartel (2012, 24) ligt de oorzaak hiervan in de gezondheidsethiek zelf. De medische ethiek is opgehouden om vanuit de praktijk te denken en is op een te grote afstand van de ervaring komen te staan. Hij noemt deze vorm van gezondheidsethiek een technisch hulpprogramma ter legitimering van medisch technische ontwikkelingen. Van den Berg stelt dit aan de kaak door enkele voorbeelden te laten zien uit de medische praktijk waaruit duidelijk wordt en zichtbaar is wat de gevolgen zijn wanneer alleen de technische mogelijkheden de norm bepalen voor juist medisch handelen. De patiënt is terug gebracht tot een defect lichaam. Aan de inhoud van dit boek ligt een gevoel van onbehagen ten

grondslag (Van Dartel, 2012, 33). De lezer voelt aan dat hier een grens overschreden is. Deze morele intuïtie kenmerkt de omslag.

De hermeneutiek richt zich op de interpretatie en uitleg van gebeurtenissen en ervaringen (Van der Scheer, Van Dartel, & Molewijk, 2014, 157) en de hermeneutische ethiek baseert zich op deze interpretatie. Deze benadering is eigen aan de zogenoemde zorgethische benadering, die morele ervaringen beschouwt als de basis van ethische reflectie. De focus ligt op de betekenisdimensie van de morele keuzes (Leget, 2013, 14). Deze manier van ethisch denken is het gevolg van reflectie op het vak van de gezondheidsethiek zelf, naar aanleiding van de ontstane verwijdering tussen ethiek en de concrete ervaring.

Met de hermeneutische ethiek is een nieuwe vorm van omgang met moraal geïntroduceerd (Verkerk, 2000, 113). Hierbij is de aandacht in de eerste plaats gericht op de manier waarop morele problemen vanuit de concrete ervaring worden gedefinieerd en geïnterpreteerd. Contextuele factoren worden niet alleen meegenomen in de morele overweging (principe-ethiek) maar vormen er mede de basis van. Dit leidt tot een accentverschuiving in de opvatting over professionele kennis. Professionele medische kennis is niet langer uitsluitend gebaseerd op *evidence-based medicine*, maar op de verbinding van de persoonlijke beoordeling van een situatie met wetenschappelijke gegevens en moraal (Van Dartel, 2012, 79). Theoretische kennis is niet irrelevant, maar neemt geen voortouw in ethische reflectie. Op voorhand worden geen theoretische kaders geformuleerd, die vervolgens van toepassing worden geacht voor de praktijk. Praktijk en theorie veranderen gezamenlijk voortdurend door interactie en dialoog (Widdershoven, Molewijk, & Abma, 2009, 99).

De concrete casuïstiek vormt het uitgangspunt van de hermeneutische ethiek. Hierbij gaat het om een benadering waarbij een nieuwe situatie wordt doorgelicht vanuit eerdere ervaringen (Van Dartel, 2012, 98). Door dit verbinden van oude en nieuwe handelingssituaties ontwikkelt eveneens het reflectief oordelen zelf (Van Dartel, 2014, 132). Een goede interpretatie van een casus helpt datgene te bereiken wat als wenselijk wordt beschouwd. Hierbij is ieder

antwoord of oplossing een voorlopige, het is hooguit het beste antwoord gegeven de huidige omstandigheden in deze concrete situatie (Van der Scheer et al., 2014, 159).

De manier waarop een moreel oordeel tot stand komt is in deze benadering de dialoog. Het gaat het erom elkaars gezichtspunten kritisch te bevragen en te beoordelen en deze te spiegelen aan de eigen gezichtspunten. Het is de bedoeling elkaar te vinden op het vlak van de betekenis van gebeurtenissen. Gadamer heeft dit horizonversmelting genoemd (Widdershoven, 1992, 28). Dit is een gezamenlijk leerproces, waarin alle partijen op elkaar betrokken zijn en gaande het proces gezamenlijk veranderen. Een goede interpretatie van een gebeurtenis, die in dialoog wordt gevonden, helpt te bereiken wat wenselijk is (Van der Scheer et al., 2014, 159). Dialogische ethiek veronderstelt dat er ruimte is voor de stem van ieder.

6.2 Moreel beraad

Moreel beraad zoals we dat in Nederland kennen, richt zich op het in het spel brengen van de perspectieven van alle betrokkenen bij de casus (Abma et al., 2010, 18). Het gaat erom dat de deelnemers zich laten beïnvloeden door de perspectieven van anderen door wezenlijk te begrijpen waar het anderen om gaat. In deze paragraaf wordt ingezoomd op de achtergrond van het moreel beraad zelf. Dit wordt toegespitst op de context waarin het moreel beraad binnen Isala functioneert.

6.2.1 Omschrijvingen van moreel beraad

Moreel beraad wordt op verschillende manieren omschreven, waarbij de nadruk steeds op een ander aspect ligt dat op dat moment in het betoog belangrijk is. Vanuit hermeneutisch oogpunt is het geen bezwaar dat er geen eenduidige definitie van moreel beraad lijkt te bestaan. Het past zelfs goed bij de specifieke aard van moreel beraad, waarbij ethiek steeds opnieuw vorm krijgt vanuit de praktijk. Wel zijn er accentverschillen in de omschrijvingen aan te wijzen. Ik beperk me tot de onderstaande zes omschrijvingen, gevolgd door de typering van enkele overeenkomsten en verschillen.

1. Molewijk (2014, 23) omschrijft moreel beraad als volgt: “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.”
2. Later, in het zelfde artikel, geeft hij een bredere omschrijving: “Moreel beraad is een methodisch instrument om gezamenlijk kritisch en constructief te reflecteren op goede zorg – in de brede zin van het woord.” (Molewijk, 2014, 34).
3. Van Wijk en Molewijk (2009, 14) omschrijven moreel beraad heel kort als: “Een zelfonderzoek naar waarden en normen, aan de hand van een concreet voorbeeld.”
4. Verderop in dit zelfde artikel wordt moreel beraad omschreven als: “Een vrije ruimte, waarin je de tijd en de rust neemt om met behulp van een geoefend gespreksleider volgens een vaste methode die vooral vragend en onderzoekend is (en soms oplossingsgericht) samen na te denken en te spreken over situaties die je meemaakt op de werkvloer, die twijfels en oprechte vragen bij je oproepen: is dit goed? Het accent ligt daarbij op: wat is goede zorg?” (Van Wijk & Molewijk, 2009, 15).
5. Molewijk, Verkerk, Milius & Widdershoven (2008, 58) omschrijven moreel beraad als: “Een bijeenkomst van zorgprofessionals die systematisch reflecteren op een morele vraag uit een concrete klinische casus.”
6. Door Molewijk, van der Dam, Bruijn, Kardol & Widdershoven (2009, 104) wordt moreel beraad als volgt omschreven: “Een gestructureerd gesprek dat als dialoog of onderzoek gekenschetst kan worden en waarbinnen een casus uit de praktijk in een groep medewerkers wordt besproken.”

De belangrijkste overeenkomsten en verschillen in deze omschrijvingen zijn de volgende.

- Het gaat in de meeste omschrijvingen om een gesprek met een bepaalde structuur. Hierop duiden de termen ‘gestructureerd’, ‘methode’, ‘methodisch’ en ‘systematisch’.

- Een moreel beraad gaat over een concrete casus. Hierop wijzen de teksten: ‘concrete ervaring’, ‘concreet voorbeeld’, ‘situaties op de werkvloer’, en ‘concrete casus’.
- Moreel beraad krijgt vorm door gesprek of dialoog. Ook de tweede omschrijving geeft dit aan met de tekst: ‘gezamenlijk, kritisch en constructief (te) reflecteren’. De vijfde omschrijving noemt het ‘een bijeenkomst van zorgprofessionals waarin systematisch gereflecteerd wordt’.
- De deskundige leiding van een moreel beraad is zowel een overeenkomst als een verschil: het wordt door twee van de omschrijvingen aangegeven.
- Morele intuïties krijgen niet expliciet een plek binnen de omschrijvingen van moreel beraad. Alleen omschrijving vier spreekt over ‘twijfels en oprechte vragen’.
- Of met moreel beraad een doel bereikt moet worden, bijvoorbeeld een oplossing voor een casus, wordt door geen enkele omschrijving expliciet genoemd. Doelgerichtheid is echter impliciet wel een thema. Een methodisch overleg zoals een moreel beraad wordt namelijk altijd gevoerd met een bepaalde bedoeling. Naar mijn mening is het niet mogelijk om zonder doel een moreel beraad te houden. Dit doel hoeft echter niet altijd te liggen op het terrein van de oplossing van een casus.

In het moreel beraad zoals dit binnen Isala in de praktijk wordt gebracht zijn de punten doelgerichtheid, concrete casus, methodisch gesprek, deskundige leiding, nadruk op het denken en oplossingsgerichtheid typerend. Op grond hiervan kom ik tot de volgende omschrijving: “Moreel beraad binnen Isala is een methodisch gesprek, met als doel het bereiken van een concrete oplossing, dan wel het ontwikkelen van een gezamenlijk handelingsbeleid met betrekking tot een morele vraag over een concrete casus onder leiding van een daartoe opgeleide gespreksleider.”

6.2.2 Doel en methode van moreel beraad

Moreel beraad kan voor verschillende doelen worden ingezet (Ten Have et al., 2013, 183). Molewijk (2014, 28) inventariseert vier niveaus waarop doelen van moreel nagestreefd kunnen worden. Dit is ten eerste het niveau van de concrete casus. Hier gaat het om het beter begrijpen en eventueel een oplossing vinden met betrekking tot de morele vraag die de casus oproept. Het tweede niveau is dat van de professie. De doelen op dit niveau hebben betrekking op het versterken van de morele competentie of attitude en het ontwikkelen van een reflectieve houding. Het derde doelniveau is het niveau van het team, waar het gaat om het verbeteren van de samenwerking (Molewijk, 2014, 31). Het vierde niveau is dat van de organisatie. Hier spelen doelen als een goed moreel klimaat en het vorm geven van gedragscode en visie van de organisatie een rol.

Deze indeling van doelen in niveaus laat zien dat het belang van moreel beraad verschillend kan worden geïnterpreteerd, afhankelijk van de beroepsgroep of functie. Een lid van het managementteam zal het praktisch vormgeven van gedragscodes wellicht als belangrijkste doel zien. Een arts heeft waarschijnlijk primair een concrete oplossing voor een medisch probleem voor ogen, terwijl een leidinggevend verpleegkundige vooral het niveau van het team en het verbeteren van de samenwerking het belangrijkste zal vinden. Omdat het moreel beraad verschillende doelen op verschillende niveaus kan nastreven, is het onwaarschijnlijk dat een enkele methode zal blijken te voldoen (Beekman & Van der Weele, 2004, 13). Het gaat erom de methode dienstbaar te maken aan het doel dat de betrokkenen voor ogen staat. Molewijk (2014, 31) stelt echter dat het gericht zijn op het behalen van doelen niet het belangrijkste moet zijn in moreel beraad en dat er ook sprake moet zijn van een bepaalde vrije ruimte voor samenzijn en het delen van ervaringen. Doelgerichtheid impliceert bij hem een logisch rationeel proces wat de vrije ruimte van het delen van ervaringen inperkt. Het creëren van een vrije ruimte voor reflectie kan echter ook als doel van moreel beraad geformuleerd worden. Het vinden van de juiste methode om het gestelde doel te halen levert juist vrijheid op.

6.2.3 Het stappenplan

Een stappenplan is een methode of hulpmiddel om op een gestructureerde manier over een moreel probleem te reflecteren en overleg te voeren (Bolt et al., 2010, 17). Uit de omschrijvingen van moreel beraad (paragraaf 6.2.1.) is niet naar voren gekomen dat het bereiken van een doel een essentieel kenmerk van moreel beraad is. Een stappenplan echter is een besluitvormingsproces met een bepaalde fasering (De Bree & Veening, 2012, 23-29). Volgens het BOB-model (beeldvorming - oordeelsvorming - besluitvorming) wordt systematisch van 'breed' naar 'smal' toegewerkt naar een besluit (Haagse Beek, 2015, 1-2). Deze vorm van moreel beraad impliceert dus dat het gaat om besluitvorming ten aanzien van een casus. De keuze voor een reflectiemethode is echter bepalend voor de definiëring van het probleem, door wie dit gebeurt, welke manier van reflecteren wordt gevolgd en welke rol de deelnemers en gespreksleider krijgen (Van Dartel & Molewijk, 2014, 55). Het nemen van besluiten over medische casussen is een zaak van medisch specialisten. Door te kiezen voor het Utrechts stappenplan wordt het probleem gedefinieerd in termen van een medisch keuzeprobleem. Degene die het probleem heeft en oplost is de arts en de rol van verpleegkundigen lijkt hierin voornamelijk voorwaarden scheppend te zijn, namelijk het aanleveren van (medische) informatie, zodat een compleet beeld wordt verkregen van de casus.

6.2.4 Implementatie van ethiekondersteuning.

De implementatie van moreel beraad moet worden opgevat in termen van organisatieontwikkeling (Weidema, Van Dartel, & Molewijk, 2014, 232). Dit betekent dat door het invoeren van moreel beraad in de organisatie de belangen en behoeften van individuen worden geïntegreerd met de belangen van de organisatie (Boonstra, 2004, 1). Het doel van de invoering van moreel beraad is dus het veranderen van gedrag, normen en waarden zodat deze passen in het beleidsmatig kader van de organisatie. Binnen dit beleidsmatig kader is ruimte voor reflectie op goede zorg.

De implementatie van een instrument of methode wordt in eerste instantie technisch opgevat, dit is de feitelijke implementatie. Toegepast op

moreel beraad is dit echter niet voldoende omdat dit anders van aard is dan een werkmethode of beoordelingsinstrument. Het is een normatief gekleurde bezigheid (Weidema et al., 2014, 232), die zich voltrekt in de vorm van een zoektocht en die steeds opnieuw vorm krijgt vanuit de praktijk. Implementatie van moreel beraad is bedoeld om dit niet precies te definiëren proces in de organisatie te verankeren. Naast de technische implementatie moet hierom ook deze zoektocht zelf in de organisatie verankerd worden. In het implementatieproces moet dus rekenschap gegeven worden van de expliciete en impliciete reikwijdte van moreel beraad. Het gevaar bestaat dat het Utrechts stappenplan wordt gereduceerd tot een besluitvormingsproces met betrekking tot een casus. Dan is het mogelijk om dit proces technisch in de organisatie te implementeren, zonder de bijbehorende zoektocht. Dan wordt voorbij gegaan aan het feit dat moreel beraad ook raakt aan de persoonlijke invulling van professionaliteit, de kwaliteit van de onderlinge communicatie en de onderlinge verhoudingen.

De normatieve uitgangspunten van moreel beraad dienen te worden weerspiegeld in het implementatieproces. Weidema et al (2014, 234-235) noemen in dit verband drie aspecten waarmee bij de implementatie van moreel beraad rekening moet worden gehouden, om het unieke karakter hiervan recht te doen. Het eerste is de dialogische ordening. Dialoog is zowel doel als middel in het vorm geven hiervan. Het implementatietraject loopt als het ware synchroon met het moreel beraad zelf. Bij beiden gaat het om een continu leerproces. Dit betekent dat de gebruikers van moreel beraad ook moeten kunnen meebeslissen over de vormgeving hiervan (Weidema et al., 2014, 235). Een tweede punt waarmee bij de implementatie rekening moet worden gehouden is het contextafhankelijke karakter van moreel beraad. Moreel beraad gaat uit van casuïstiek, ervaren door mensen in concrete situaties. Dit kan niet los worden gezien van de context van de organisatie. De organisatie zelf is dus partij in de dialogische ordening, waarmee een voortdurende afstemming dient plaats te vinden. Deze voortdurende afstemming vereist het monitoren van de implementatiestrategie. Dit vergt een dynamische context-sensitieve wijze van

implementeren van moreel beraad (Weidema et al., 2014, 235). Een derde punt is het breed eigenaarschap. Alle zorgmedewerkers krijgen te maken met morele vragen. Parallel hieraan is ook de ontwikkeling van ethiekpraktijk en de implementatie van moreel beraad een zaak van alle medewerkers. Dit veronderstelt breed eigenaarschap, dat afhankelijk van de context verschillend kan worden ingevuld. Alle medewerkers hebben in principe zeggenschap over hoe moreel beraad in hun specifieke situatie ingevuld moet worden. Hierin moeten ook de verschillende doelen van moreel beraad in betrokken worden. Medewerkers moeten zelf kunnen beslissen welke vorm of methode het best past bij hun doelstelling. Er dient voor gezorgd te worden dat het spreken over ethische kwesties geen geïsoleerde praktijk wordt die gekoppeld is aan één dienst, persoon of functie, bijvoorbeeld de geestelijk verzorger.

6.2.5 Emoties en intuïties in moreel beraad

Roeser (2009, 129) maakt onderscheid tussen spontane, ongereflexeerde basisemoties en cognitieve, weloverwogen emoties die het product kunnen zijn van processen van reflectie. Basisemoties zijn bijvoorbeeld angst en boosheid die spontaan opkomen in bepaalde situaties. Cognitieve emoties zijn onder andere de morele intuïties, die te maken hebben met de toepassing van persoonlijke waarden, bijvoorbeeld verontwaardiging of verbazing. Deze intuïties zijn het onvermijdelijke beginpunt van onze morele reflectie (Roeser, 2010, 45). In paragraaf 6.1.4. is besproken hoe een gevoel van onbehagen het uitgangspunt vormt van ethische reflectie. Deze gevoelens tonen onderliggende morele waarden, die kunnen helpen in het proces van morele bewustwording en dragen, samen met een rationele afweging op basis van feiten, bij aan een kwalitatief goed besluit.

Binnen Isala bestaat de indruk dat medisch specialisten en verpleegkundigen verschillend met morele problemen omgaan. Generaliserend lijkt het erop dat verpleegkundigen een moreel probleem benaderen vanuit de emotie en intuïties, terwijl medisch specialisten rationeler te werk gaan. Dit verschil lijkt eerder samen te hangen met de professionele identiteit en de eigenheid van het beroep, dan met het persoonlijke karaktereigenschappen.

Medisch specialisten hebben meer het oplossen van een technisch probleem voor ogen en de verpleegkundigen meer de vormgeving van de zorg als geheel. Deze verschillende focus moet niet verward worden met meer of minder emotionaliteit. Een benadering van een moreel probleem vanuit zowel de intuïtie als de rationaliteit leidt tot kwalitatief betere oordeelsvorming wanneer deze gezamenlijk optrekken.

Een morele intuïtie moet eveneens niet verward worden met een emotie, ook al liggen beide in elkaars verlengde. Dit zou het gevaar met zich meebrengen de verpleegkundige beroepsgroep als emotioneel 'weg te zetten', wanneer zij een moreel dilemma aan de orde stellen en worden zij mogelijk minder serieus genomen. Er van uit gaande dat medisch specialisten en verpleegkundigen beiden beschikken over emotionaliteit en morele intuïtie, kan echter wel de vraag gesteld worden waarom beide groepen hier zo verschillend mee om gaan.

6.2.6 Medische beslissingen

Een medische beslissing is een oordeel over een behandeling dat aan de arts toekomt op basis van zijn professionele deskundigheid. Voorbeelden hiervan zijn het voorschrijven van medicatie of het beginnen of staken van een behandeling (Van Thiel, 2006, 12). Verpleegkundigen beschikken hierin niet over beslissingsbevoegdheid. Een moreel beraad wordt met name ingezet wanneer op een bepaald moment de indruk ontstaat een medische beslissing of de gevolgen hiervan niet (meer) goed zijn voor de patiënt, dus wanneer logische gevolgtrekkingen op basis van *evidence-based medicine* niet meer toereikend zijn (Van der Scheer et al., 2014, 156). Wat goed is voor de patiënt bepaalt zijn totale persoon, inclusief zijn sociale kader. Wanneer bijvoorbeeld een patiënt verder behandelen niet meer zinvol vindt, terwijl dit medisch-technisch nog een periode succesvol kan lijken, spelen de andere motieven en omstandigheden van de patiënt mee in het besluit naast de strikt medische situatie. De vraag verbreedt zich naar de patiënt als totale persoon. De vraag naar de juiste behandelbeslissing is hier een onderdeel van. Anderen dan medisch specialisten kunnen dan ook medebepalen wat goed is voor een patiënt. Wanneer het besluit opgevat wordt als een strikt medische beslissing, verengt ten eerste de blik zich

weer alleen naar het medische aspect en wordt de patiënt als totale persoon uit het oog verloren. Ten tweede heeft deze verenging tot gevolg dat alleen medisch specialisten bepalen wat goed is voor de patiënt.

Volgens de methode van het Utrechts stappenplan wordt de morele vraag terug gebracht tot de essentie, bijvoorbeeld: "Is het goed om de behandeling te staken?" Het antwoord hierop luidt dan: "Ja, dat is goed" of: "Nee, dat is niet goed." Door de formulering van het antwoord lijkt erop dat dit een strikt medische beslissing is. Het is echter het antwoord op een meer omvattende zorgvraag die door de patiënt binnen zijn sociale kader wordt gesteld. Door de gevolgde methode en vraagstelling bestaat het gevaar morele issues onterecht worden gereduceerd tot strikt medische beslissingen, waardoor verpleegkundigen buiten spel gezet worden.

6.3 Professionaliteit van de verpleegkundige

Het verpleegkundig beroep is een eigenstandige professie. De beroepsuitoefening is gebaseerd op theoretische kennis en een uniforme opleiding en richt zich op dienstverlening aan het publiek. De beroepsgenoten hebben zich verenigd in een beroepsvereniging en er is sprake van een duidelijke afbakening van het terrein waarop de beroepsbeoefenaar zich beweegt. Ook is sprake van beroepsbescherming, titelbescherming en tuchtrecht. Deze professie is wettelijk erkend (De Jong, Kerstens, & Vermeulen, 2003, 44).

De wet BIG ("Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg," 2014) regelt de rechten en plichten van onder andere verpleegkundigen. Registratie in het beroepsregister geeft het recht het beroep zelfstandig uit te voeren en de beschermde beroepstitel te dragen. Ook geeft dit het recht om bepaalde voorbehouden handelingen (handelingen met extra risico) uit te voeren (Jansen & Kuiper, 2007, 113).

Volgens de wet BIG wordt tot het gebied van deskundigheid van de verpleegkundige gerekend: het verrichten van handelingen op het gebied van observatie, begeleiding, verpleging en verzorging. Het gaat primair om zorghandelingen en de communicatie hierover met collega's en patiënten. In de

kwaliteit hiervan wordt professionaliteit zichtbaar, maar ook de eigen identiteit. Je *bent* (een goede) verpleegkundige. Professionaliteit en de identiteit van de beroepsbeoefenaar worden in de praktijk niet los van elkaar gevoeld.

Het doel van deze paragraaf is de normatieve professionaliteit van de verpleegkundige te relateren aan de methode van het Utrechts stappenplan. Het eerste deel is een inhoudelijke oriëntatie ten aanzien van de professionaliteit en de normativiteit van verpleegkundigen. Vervolgens worden de inhoudelijke en methodische consequenties hiervan voor moreel beraad besproken.

6.3.1 Normatieve en reflectieve professionaliteit van de verpleegkundige

Normatieve professionaliteit betekent dat de beroepsbeoefenaar vanuit zijn professionaliteit voortdurend bezig is met het zo goed mogelijk uitvoeren van het werk. Dit toont zich in de kwaliteit van het handelen en de communicatie. De beroepsvereniging van zorgprofessionals V&VN (2012, 2) omschrijft de professionaliteit van de verpleegkundige als: “Het vermogen en de bereidheid:

- zich steeds af te vragen wat voor deze zorgvrager in deze situatie goede zorg is
- om daarover een weloverwogen afweging te maken
- samen met de zorgvrager of met anderen (afhankelijk van de situatie)
- om naar die afweging te handelen
- op een zodanige manier dat de zorgvrager zich als persoon erkend voelt
- om je over dat handelen te verantwoorden
- en om van je ervaringen te leren.”

Hieruit blijkt dat normativiteit inherent is aan de professionaliteit van verpleegkundigen. Om de normativiteit vorm te geven is reflectie op het handelen onontbeerlijk. De gerichtheid op het goede verbindt professionaliteit met het vermogen om bewust morele afwegingen te maken. Zo krijgt professionaliteit naast een normatief karakter ook een reflectief karakter (Van Dartel & De Witte, 2014, 42).

Schön (1983, 49-52) onderscheidt in dit verband reflectie in het handelen zelf en reflectie over het handelen (achteraf). Het vermogen om in de situatie te reflecteren en te beslissen noemt hij *reflection-in-action*. Hierbij wordt gebruik

gemaakt van impliciete kennis die besloten ligt in het handelen zelf (Jacobs, 2010, 20). Dit kenmerkt de kennis van een professional. Daarnaast staat het achteraf reflecteren, wat nodig is om van de situatie te leren en zich kunnen verantwoorden. Dit noemt hij *reflection-on-action* (Van Dartel & De Witte, 2014, 46). Beide vormen van reflectie horen onlosmakelijk bij professioneel handelen (Smaling, 2007, 61). Moreel beraad is een vorm van *reflection-on-action*. Hierin wordt afstand genomen van de directe praktijk, zodat een beeld verkregen wordt van de totale zorgsituatie en meerdere gezichtspunten op goede zorg input zijn van de reflectie.

De input voor morele reflectie vormt op de eerste plaats professionele kennis over, en ervaring met de praktijksituatie (kennis die besloten ligt in het handelen zelf). Dit wordt verbonden met ten eerste systeemgerichte normen. Dit zijn normen die volgen uit de rol van de verpleegkundige binnen de organisatie, zoals gedragsnormen die te maken hebben met de cultuur van de organisatie en de normen die een vertaling zijn van het missiestatement. Op de tweede plaats wordt professionele kennis verbonden met vakgebonden normen, waaronder protocollen en het handelen volgens wetenschappelijke kennis van zaken. Ten derde worden hieraan morele normen verbonden, zoals aandacht en betrokkenheid. Deze komen voort uit het appèl dat de zorgverlener ervaart in relatie met de zorgvrager (Kunneman & Slob, 2007, 8). Ook normen gebaseerd op een levensovertuiging, persoonlijke of culturele achtergrond kunnen in moreel beraad meegenomen worden. De vier principes van Beauchamp en Childress (2009), goed doen, niet schaden, autonomie en rechtvaardigheid kunnen hierbij een belangrijke richtinggevende rol spelen.

6.3.2 Het Utrechts stappenplan en normatieve professionaliteit

Verpleegkundigen geven gestalte aan hun normatieve en reflectieve professionaliteit, onder andere door in moreel beraad te reflecteren op het verlenen van goede zorg. Met behulp van moreel beraad maken zij moeilijke situaties in de zorg bespreekbaar. Dit kunnen situaties zijn die te maken hebben met de verpleegkundige zorg, waarover verpleegkundigen wel beslissingsbevoegd zijn en situaties waarbij verpleegkundigen te maken krijgen

met de gevolgen van een behandelbeslissing, meestal van een arts, waar zij niet of niet helemaal achter kunnen staan en niet over beslissingsbevoegdheid beschikken. In beide situaties worden de systeemgerichte normen, vakgebonden normen, morele normen en persoonlijke normen in een moreel beraad tegen elkaar afgewogen. In de tweede situatie echter, waarin de verpleegkundige niet beslissingsbevoegd is, gaat het niet om de eigen vakgebonden normen, maar om die van (meestal) een beslissend arts. De verpleegkundigen geven hiermee aan dat degene die wel beslissingsbevoegd is, wellicht bepaalde aspecten van de situatie over het hoofd heeft gezien. Dit komt overeen met hetgeen uit de *casestudy* naar voren is gekomen, zie paragraaf 5.4.4. De normen die de verpleegkundige dan meestal mist zijn de morele normen die voortkomen uit het appèl dat de zorgverlener ervaart in relatie met de zorgvrager. Het zorgethisch aspect krijgt in deze situaties naar hun idee onvoldoende aandacht.

Wanneer verpleegkundigen een moreel beraad voeren over de kwaliteit van de verpleegkundige zorg, waarover zij wel zelf kunnen beslissen, gaat het echter niet zozeer om een beslissing over *wat* er gedaan moet worden, maar om de vraag *hoe* de zorg zo goed mogelijk kan worden verleend op basis van persoonlijke betrokkenheid van de verpleegkundigen bij de zorgsituatie (Struijs & Van de Vathorst, 2009, 7-8). Hun morele reflectie betreft dus meer het *hoe* van het vormgeven van de zorg, dan het *wat* van de te nemen beslissing. Hierbij gaat het eerder om het vinden van de nuance dan de beslissing of iets wel of niet moet plaatsvinden. Het vinden van de nuance kan alleen door het spiegelen van de ervaringen aan die van collega's om zo tot een optimale afstemming te komen met de zorgsituatie.

6.3.3 Intervisie en moreel beraad

Moreel beraad en intervisie zijn beide instrumenten waarmee ruimte wordt geschapen voor morele reflectie op het werk. Er bestaan vele vormen voor zowel moreel beraad als intervisie (Boers & Kessels, 2003, 1) waardoor er in sommige gevallen grote raakvlakken en overeenkomsten tussen beide bestaan. Binnen Isala verloopt het moreel beraad volgens de methode van het Utrechts stappenplan en voor intervisie wordt een vereenvoudigde vorm van de

tiestappenmethode (Boers & Kessels, 2003, 2) gebruikt. Dit is Intervisie in vijf stappen (Kessels & Smit, 2015, 3-4).

Het doel van intervisie is het vergroten van iemands professionaliteit door zijn persoon in relatie tot bepaalde ervaringen te bespreken. De grondhouding bij intervisie is themagecentreerde interactie (Hendriksen, 2012, 47-48). Dit is een vorm van leren die aansluit bij de ervaringen, gevoelens en behoeften van de lerende zelf. Rondom een actueel thema komt de lerende zelf aan bod, te midden van het team, de functie en de organisatie. Dit betekent dat bij intervisie de professional centraal staat, die met behulp van zijn collega's reflecteert over zijn eigen handelen en denken (Boers & Kessels, 2003, 1; Keinemans, Kanne, & van Doorn, 2010, 64). Hierin verschilt intervisie van moreel beraad volgens het Utrechts stappenplan. Volgens het Utrechts stappenplan gaat het om het vinden van een oplossing van een concreet medisch probleem. Het kan hierbij ook over de zorgverlener zelf gaan, maar hier is de focus niet primair op gericht. Bij intervisie is de primaire focus gericht op de zorgverlener zelf. Intervisie kan ook een oplossing voor een concreet probleem opleveren, maar dit is niet het belangrijkste doel. Uit de *casestudy* is naar voren gekomen dat intervisie beter bij de behoefte aan morele reflectie van verpleegkundigen lijkt aan te sluiten dan moreel beraad volgens het Utrechts stappenplan. De reden hiervan kan zijn dat de professionaliteit en de identiteit van verpleegkundigen met elkaar verweven zijn, waardoor de omgang met een moreel probleem niet los gezien kan worden van de persoon van de verpleegkundige zelf. De verpleegkundige heeft er behoefte aan dat het ook over haarzelf als professional gaat. Hier komt een methode als intervisie beter aan tegemoet dan moreel beraad volgens het Utrechts stappenplan.

7 Synthese, discussie en conclusie

Dit hoofdstuk wil een aanzet zijn tot het beantwoorden van de centrale vraag en de deelvragen. Deelvraag een kan worden beantwoord vanuit de literatuurstudie en hiervoor wordt terug gekeken naar hoofdstuk 5. Vervolgens worden de

deelvragen twee en drie beantwoord vanuit de *casestudy* en de literatuur (paragraaf 7.1). In paragraaf 7.2 komen enkele opvallende zaken aan de orde die uit dit onderzoek naar voren zijn gekomen en de gang van zaken ten aanzien van moreel beraad binnen Isala kunnen verhelderen. Het beantwoorden van de centrale vraag ligt in het verlengde van die van de deelvragen. In paragraaf 7.3 volgt een samenvatting van de aspecten die leiden tot de beantwoording van de centrale vraag en zullen enkele overige conclusies getrokken worden.

7.1 Beantwoording deelvragen

In deze paragraaf wordt een aanzet gegeven tot beantwoording van de drie deelvragen vanuit de literatuur en *casestudy*.

7.1.1 Van principe-ethiek naar hermeneutiek

De eerste deelvraag luidde: Wat is de historische en methodische achtergrond van medische ethiek, in het bijzonder moreel beraad volgens het Utrechts stappenplan? Deze vraag was aan de orde in hoofdstuk 6, waarin de historische lijn is uitgezet van het begin van de medische ethiek tot het huidig moreel beraad. Hieruit is impliciet gebleken dat medische ethiek, principe-ethiek en hermeneutiek, wel met elkaar vergeleken kunnen worden, maar dat de gevolgde benadering niet direct bepalend is voor de inhoud van het uiteindelijke ethische besluit. Het is lastig om aan te geven of de verschillen tussen de benaderingen ook een verschillende ethische normering inhouden. De ethische richtinggevende principes van Beauchamp en Childress bijvoorbeeld spelen ook bij de hermeneutische benadering van een moreel probleem een rol. De ethische benadering zegt echter wel iets over de manier waarop een moreel probleem wordt gedefinieerd en dit heeft gevolgen voor de hierbij betrokken personen.

Uit dit onderzoek is naar voren gekomen dat de definiëring van een medisch dilemma vanuit de principe-ethiek grote raakvlakken vertoont met die van het Utrechts stappenplan. Bij beiden gaat het om een medisch keuzeprobleem dat wordt gedefinieerd vanuit de optiek van medisch specialisten. De manier waarop de afweging plaats vindt is een rationele afweging van waarden, gecombineerd met contextinformatie vanuit de casus. Dit

wordt ondersteund door informatie uit de *casestudy*, waaruit is gebleken hoe lastig het is een medische dilemma ook vanuit de optiek van de verpleegkundigen te beschouwen en een ander perspectief dan dat van de medisch specialisten in een moreel beraad mee te laten spreken.

Medische beslissingen zijn waarschijnlijk de belangrijkste beslissingen binnen het primair proces van het ziekenhuis. Een kwalitatief goed medisch besluit is van groot belang voor de patiënt en alle betrokkenen. Hier draagt moreel beraad direct aan bij en dit dient naar mijn mening dan ook volop gefaciliteerd te worden. Medische beslissingen worden door medisch specialisten genomen en de Utrechtse methode sluit zowel aan bij deze beroepsgroep als bij de manier waarop deze morele problemen definieert. Een van de geestelijk verzorgers geeft in een interview aan hoe nauw het Utrechts stappenplan aansluit bij de omgeving van het ziekenhuis en van hieruit ook bij de verpleegkundigen en deze opmerking kan vanwege het belang van medische beslissingen goed begrepen worden. Het Utrechts stappenplan sluit echter minder goed aan bij de aard van het werk van de verpleegkundigen zelf en hun beroepsidentiteit.

De hermeneutische benadering is het gevolg van reflectie op het vak van de gezondheidsethiek zelf. De definiëring van een medisch-ethische problemen vanuit de principe-ethiek zou namelijk zorgen voor een verwijdering tussen ethiek en de concrete ervaring. De hermeneutische ethiek zoekt naar de betekenissen van en in de morele ervaring en definieert een medisch probleem in termen van een uit de praktijk opkomend gevoel van onbehagen. Vanuit deze morele intuïtie ontstaat het morele probleem op het moment dat *evidence-based medicine* niet meer alleen voldoende is om het probleem op te lossen. Deze morele intuïtie is niet gebonden aan een bepaalde beroepsgroep, maar kan iedere zorgverlener betreffen. Ethische reflectie op grond van deze morele intuïtie is dus iets van alle zorgverleners, inclusief de medisch specialisten. De hermeneutische visie op de rol van medisch specialisten vertoont hiermee een accentverschil met die van de principe-ethiek en in het verlengde hiervan ook met de visie op de patiënt. Wanneer het gaat om het nemen van een medische

beslissing, ligt de focus vanuit de principe-ethiek en impliciet vanuit het Utrechts stappenplan, voornamelijk op de ziekte van de patiënt (of het zieke lichaamsdeel), waarover een beslissing genomen moet worden. In de hermeneutische benadering ligt de focus op de patiënt als geheel die met de zorg te maken heeft. Het gevoel van onbehagen dat opkomt vanuit de praktijk betreft de patiënt als zodanig binnen zijn bredere (behalve medische ook sociale en biografische) context en dit is bepalend voor hoe er medisch gehandeld moet worden. De definiëring van een moreel probleem vanuit de hermeneutische benadering vertoont meer raakvlakken met hoe de verpleegkundigen met morele issues omgaan, met name vanwege de manier waarop zij hun ervaringskennis inzetten bij morele vragen en zoeken naar de betekenis van een ziekte voor de patiënt. Op die manier hebben zij te maken met meer facetten die de persoon van de patiënt bepalen.

7.1.2 Verpleegkundige professionaliteit en ethische reflectie

De tweede deelvraag luidde: Op welke manier verbinden verpleegkundigen hun professionaliteit met ethische reflectie? Deze vraag is lastig te beantwoorden, omdat zowel uit de literatuur als uit de *casestudy* naar voren is gekomen dat professionaliteit en reflectie twee onlosmakelijk met elkaar verbonden begrippen zijn. Wanneer verpleegkundigen niet kunnen reflecteren hebben zij het gevoel niet professioneel te kunnen handelen. Er is dus niet zozeer een probleem dat ethische reflectie en normatieve professionaliteit niet met elkaar verbonden zouden zijn, maar eerder dat deze band voor verpleegkundigen af en toe teveel los raakt. De eerste reden hiervoor is dat de tijd die beschikbaar is voor ethische reflectie onder druk staat en af en toe moet wijken voor die voor zorgtaken. Ten tweede speelt de aard van het werk van verpleegkundigen een rol. In paragraaf 6.3.1 is het onderscheid tussen *reflection-in-action* en *reflection-on-action* (Van Dartel & De Witte, 2014, 46) besproken, waarbij *reflection-on-action* mede vorm krijgt in moreel beraad. In *reflection-on-action* wordt afstand genomen van de directe zorgpraktijk, zodat een beeld verkregen wordt van de totale zorgsituatie en meerdere gezichtspunten op goede zorg input zijn van de reflectie. Uit de *casestudy* is naar voren gekomen dat dit afstand nemen

tegenoet komt aan een wezenlijke behoefte van verpleegkundigen om hun professionaliteit vorm te geven. De *reflection-in-action*, die bij de dagelijkse uitvoeringshandelingen hoort, vindt voornamelijk plaats tijdens de koffie en op het werk tussendoor. De uitvoerende aard van het werk brengt echter met zich mee dat het moeilijk is zich los te maken van de dagelijkse praktijk en deze van een afstand te bezien, zeker wanneer de faciliteiten hiervoor ook nog onder druk staan. Deze *reflection-on-action* is echter iets wat verpleegkundigen wezenlijk nodig hebben om hun professionaliteit blijvend gestalte te geven en heeft de vorm van een dialoog met collega verpleegkundigen en medisch specialisten. Vanuit de praktische ervaringen met moreel beraad binnen Isala is echter de indruk ontstaan dat het lastig is om tot een werkelijke gelijkwaardige dialoog met de medisch specialisten te komen, mede door de vaak als hiërarchisch ervaren cultuur. Moreel beraad heeft de functie voor verpleegkundigen dat zij de beslissing van de medisch specialisten beter gaan begrijpen, doordat de medisch specialisten hun beweegredenen op grond waarvan zij tot de beslissing zijn gekomen aan hen uitleggen. Uit dit onderzoek is niet naar voren gekomen dat dit omgekeerd ook het geval is.

Normatieve professionaliteit krijgt vorm vanuit de betrokkenheid van verpleegkundigen bij de zorgsituatie. Met professionele betrokkenheid worden niet zozeer de emoties bedoeld die een zorgsituatie oproept (zie ook paragraaf 6.2.5.). Betrokkenheid betekent dat een probleem van de patiënt ook als het eigen probleem wordt gevoeld en opgevat, dat het appèl tot het verlenen van zorg de verpleegkundige persoonlijk aangaat. Dit heeft dus met beroepsidentiteit van de verpleegkundige te maken. Vanuit deze betrokkenheid kan voldoening en zinvinding in het werk ontstaan. Voldoening in het werk ontstaat wanneer de verpleegkundige wezenlijk van meerwaarde heeft kunnen zijn voor de patiënt. Dan ontstaat bevlogenheid, een positieve spiraal, waar in de eigen effectiviteit en energiebronnen elkaar versterken. Van hieruit ontstaat het gevoel dat het werk zin heeft. Wanneer normatieve professionaliteit en ethische reflectie te veel van elkaar worden losgemaakt, bestaat de kans dat de kwaliteit van de zorg

daalt, maar ook dat de verpleegkundige het gevoel verliest dat het werk zin heeft.

7.1.3 Behoeftte aan ethiekondersteuning en het Utrechts stappenplan

De derde deelvraag luidde: Op welke manier verschilt de behoefte aan ethiekondersteuning van verpleegkundigen met wat de methode van het Utrechts stappenplan te bieden heeft? Uit de literatuurstudie is naar voren gekomen dat de moeite die verpleegkundigen hebben met het Utrechts stappenplan veroorzaakt kan worden doordat de methode minder goed lijkt te passen bij situaties waarbij het antwoord niet 'ja' of 'nee' is, maar het juist gaat om het vinden van de nuance of alternatieve oplossingen. Een ander wezenlijk punt voor de ethiekondersteuning aan verpleegkundigen is dat rekening gehouden moet worden met de verwevenheid van de normatieve professionaliteit, de betrokkenheid bij het werk en de beroepsidentiteit van de verpleegkundige. Een morele casus betreft niet iets wat los staat van de verpleegkundige als persoon en de bespreking hiervan gaat dus ook over deze zorgverlener zelf. Voor de verpleegkundigen is het hierom niet voldoende wanneer een moreel beraad alleen een medische beslissing oplevert. De persoon achter de beslissing is voor hen net zo bepalend voor de kwaliteit van het besluit als het besluit zelf. Het aansluiten bij de aard van de morele vragen van verpleegkundigen en het meenemen van hun betrokkenheid in morele reflectie komt voor deze beroepsgroep in de methode van het Utrechts stappenplan onvoldoende uit de verf. Een methode als intervisie sluit hier waarschijnlijk beter bij aan.

7.2 Enkele overige verbanden

Naast de consequenties van de historische achtergrond van moreel beraad volgens het Utrechts stappenplan, het specifieke karakter van de verpleegkundige normatieve professionaliteit en die hierbij horende behoefte aan ethiekondersteuning heeft ook het implementatieproces van moreel beraad binnen Isala gevolgen voor de praktische hanteerbaarheid hiervan. De geestelijk verzorgers spelen hierbij een belangrijke rol.

7.2.1 De implementatie van ethiekondersteuning

De implementatie van moreel beraad binnen Isala vindt plaats door middel van scholing, waarvoor de Isala Academie wordt ingezet. De groepen die scholing in moreel beraad ontvangen zijn verpleegkundigen en coassistenten. Ook de arts-assistenten krijgen moreel beraad aangeboden binnen hun opleidingskader. De medisch specialisten volgen deze scholing niet. De reden die hiervoor wordt aangegeven is dat dit bij medisch specialisten al eerder in hun opleiding aan de orde is geweest. Kennisoverdracht over moreel beraad is echter slechts een bijkomend doel van deze scholing, de implementatie van moreel beraad binnen Isala is het hoofddoel. Daarbij is ethiek ook een onderdeel van de opleiding van verpleegkundigen. Doordat medisch specialisten niet betrokken zijn bij deze scholing in moreel beraad, staan zij als beroepsgroep formeel naast het implementatieproces. Dit kan gevolgen hebben voor het welslagen hiervan. Moreel beraad, vooral wanneer de methode van het Utrechts stappenplan wordt gevolgd, legt zoals gezegd de focus specifiek op de medische beslissing, gezien vanuit het perspectief van de arts. De groepen echter die meedoen in het implementatieproces beslissen niet (zelfstandig) over medische zaken. De indruk ontstaat dat dit een proces is dat specifiek is opgezet voor de beroepsgroep van medisch specialisten, maar waaraan uitgerekend zij niet meedoen. Dit kan, naast de hiërarchische verschillen, ook ten grondslag liggen aan de klacht van verpleegkundigen dat het 'in gesprek zijn met elkaar' niet beklijft. Uit de literatuur is naar voren gekomen dat de dialogische ordening weerspiegeld zou moeten worden in het implementatieproces van moreel beraad, waarbij dialoog zowel het doel als het middel is. Wanneer de medisch specialisten als beroepsgroep naast dit proces staan, heeft dat gevolgen voor de dialoog met hen als beroepsgroep, wat het realiseren van dit doel niet vereenvoudigt.

Bij de implementatie van moreel beraad is er idealiter sprake van breed eigenaarschap dat afhankelijk van de context verschillend kan worden ingevuld (Weidema et al., 2014, 235). Morele problemen zijn immers niet voorbehouden aan bepaalde probleemeigenaren. In aansluiting op de vragen vanuit de verschillende beroepsgroepen kunnen er verschillende vormen van moreel

beraad tot stand komen die verschillende doelen dienen. Breed eigenaarschap betekent dat de beroepsgroep in principe zelf de vorm moet kunnen kiezen voor moreel beraad, zodat deze aansluit bij de doelen die voor deze groep belangrijk zijn. Dit betekent dat de verpleegkundigen zouden moeten kunnen kiezen voor een vorm als intervisie, wanneer dit bij hen past en hiermee de doelen die voor hen belangrijk zijn kunnen worden nagestreefd. Dit is dan eveneens een vorm van moreel beraad en zou ook als zodanig te boek kunnen staan. De indruk bestaat dat de definitie van moreel beraad binnen Isala smaller is dan die uit de literatuur is naar voren is gekomen en dat dit één van de redenen kan zijn waarom verpleegkundigen een drempel ervaren bij het gebruik ervan. Wellicht zouden de verpleegkundigen makkelijker met moreel beraad kunnen omgaan wanneer de definitie hiervan binnen Isala een bredere basis had. Het Utrechts stappenplan past waarschijnlijk beter bij de beroepsgroep en het werk van medisch specialisten. Wanneer zij zich zouden plaatsen in het implementatieproces door deel te nemen aan de scholing, zouden zij waarschijnlijk voor deze methode kiezen.

7.2.2 De taal van het moreel beraad

Om moreel beraad te laten aansluiten bij de specifieke behoefte van zorgmedewerkers en de door hen gestelde doelen, is het belangrijk dat communicatie mogelijk is over de essentie en bedoeling hiervan. Dit wordt mogelijk wanneer over moreel beraad gesproken wordt in een taal die de verschillende zorgmedewerkers vanuit hun referentiekader kunnen plaatsen. Vrijwel alle zorgmedewerkers zijn vanuit hun normatieve professionaliteit erop gericht hoe voortdurend zo goed mogelijke zorg en behandeling verleend kan worden. Een verschillend referentiekader ten aanzien van begrippen en het omgaan met waarden, kan er echter de oorzaak van zijn dat niet iedereen de bedoeling van moreel beraad op dezelfde manier opvat en interpreteert. Het kan handig zijn om hier in de scholing en de communicatie over moreel beraad rekening mee te houden.

7.2.3 De functie van de geestelijke verzorging

De geestelijk verzorgers binnen Isala hebben een breed vakgebied, waar ethiek een belangrijk onderdeel van is. Deze aandacht voor ethiek geven zij vorm in moreel beraad, morele counseling en advies. De behoefte aan ethiekondersteuning binnen Isala bestaat op verschillende terreinen. Dit is in eerste instantie in het contact van de geestelijk verzorger met de individuele patiënt. In persoonlijke gesprekken kunnen een breed scala ethische kwesties aan de orde komen, die ook te maken kunnen hebben met de behandeling van de patiënt. Ethische kwesties doemen eveneens in brede zin op in zorg en behandeling en de geestelijk verzorger heeft hierin een signalerende rol. Vanuit de zorgverleners komen soms directe vragen met betrekking tot ethische keuzes. Daarnaast heeft de organisatie als zodanig behoefte aan ethiekondersteuning, wat vooral vorm krijgt in de implementatie van moreel beraad. De geestelijk verzorger heeft te maken met verschillende optieken en visies op morele zaken en wil vanuit zijn professionaliteit aan allen recht doen. Dat is een lastige opgave, met name wanneer de belangen van de patiënt zouden conflicteren met die van de zorgverleners. In dat geval geldt de inzet van de geestelijk verzorger in eerste instantie het welzijn en de belangen van de patiënt.

De geestelijk verzorgers proberen een situatie te benaderen vanuit de betekenis die deze heeft voor de patiënt. Hun definiëring van, en manier van omgang met een moreel probleem vertoont in dit opzicht raakvlakken met de hermeneutische benadering. Hun focus is de patiënt als totale persoon. In hun professionele taakopvatting zijn het streven naar het optimaliseren van de zorg en het streven om zelf het werk steeds zo goed mogelijk te doen onlosmakelijk met elkaar verbonden. Normatieve professionaliteit en de eigen beroepsidentiteit zijn nauw met elkaar verweven. De persoon van de geestelijk verzorger is in belangrijke mate bepalend voor hoe het beroep in de organisatie vorm krijgt en zichtbaar wordt.

De rol van de geestelijk verzorgers bij ethiekondersteuning is vooral procesbegeleiding. In het persoonlijke contact met de patiënt wordt deze begeleid naar een beter contact met zijn eigenheid, levensverhaal en betekenis

van de ziekte in zijn leven. Wanneer de geestelijk verzorger morele dilemma's in zorg en behandeling signaleert, zal hij de betrokkenen zoveel mogelijk stimuleren om dit bespreekbaar te maken. Ten aanzien van moreel beraad heeft de geestelijk verzorger zowel een begeleidende rol in het faciliterende proces als in het moreel beraad zelf. Ook in het implementatietraject van moreel beraad komt deze begeleidende rol naar voren en bestaat uit het verzorgen van scholing in moreel beraad en uit het optreden van ambassadeur hiervan in brede zin. Samenvattend is het woord 'smeerolie' eigenlijk het best van toepassing op de functie die de geestelijk verzorgers hebben in ethiekondersteuning. Ook ruimen zij wel eens daadwerkelijk een obstakel om tot moreel beraad te komen uit de weg.

7.3 Conclusies, beantwoording centrale vraag en aanbevelingen

Het doel van deze paragraaf is het samenvatten van de belangrijkste punten uit deze studie en het geven van een aanzet tot het beantwoorden van de centrale vraag. Omdat vanuit de deelvragen de centrale vraag al voor een belangrijk deel is beantwoord, zal worden volstaan met het samenvatten van de van de belangrijkste aspecten die een bijdrage leveren aan de beantwoording hiervan. Vervolgens zullen enkele overige bevindingen uit dit onderzoek in samenvattende vorm worden weergegeven en volgen enkele aanbevelingen voor de praktijk van het moreel beraad binnen Isala.

7.3.1 Centrale vraag

De centrale vraag luidde: Wat zijn de mogelijke verschillen tussen de normatieve benadering van morele vragen van verpleegkundigen en de impliciete benaderingswijze van het Utrechts stappenplan en wat betekent dit voor de wijze waarop moreel beraad volgens deze methode voorziet in de behoeften van verpleegkundigen? Samenvattend is uit deze studie naar voren gekomen dat de vraag of, en hoe iets als een morele dilemma wordt benoemd, mede bepaald wordt door de ethische benadering hiervan. Het maakt uit of een moreel probleem vanuit de principe-ethiek en impliciet het Utrechts stappenplan wordt gedefinieerd, of vanuit de hermeneutiek. Dit heeft zowel gevolgen voor de visie

op de patiënt als op de betrokken zorgverleners. Een definiëring vanuit de principe-ethiek en impliciet het Utrechts stappenplan sluit goed aan bij het werk van medisch specialisten en een definiëring vanuit de hermeneutiek vertoont meer raakvlakken met het werk van verpleegkundigen. De visie op de rol van de betrokken zorgverleners is in deze benaderingen echter verschillend.

Moreel beraad volgens het Utrechts stappenplan voorziet, naast andere vormen van ethisch overleg, in de behoefte aan ethische reflectie dat een onlosmakelijk onderdeel is van de normatieve professionaliteit van verpleegkundigen. Voor hen is het van belang dat dit vorm krijgt in een wederzijdse dialoog, waarbij zowel de persoon van de zorgverlener als de verwevenheid van de professionele beroepsopvatting met de eigen beroepsidentiteit in beeld is. De methode van het Utrechts stappenplan voorziet gedeeltelijk in deze behoeften, met name waar het gaat om het met elkaar in gesprek zijn en het afstand nemen van de dagelijkse zorgpraktijk. Als methode is het echter minder toereikend voor de verpleegkundige beroepspraktijk zelf, omdat de aard van de vragen van verpleegkundigen en hun specifieke behoeften op het vlak van persoonlijke betrokkenheid verschillen met de methodische mogelijkheden hiervan.

7.3.2 Overige conclusies

Een belangrijke conclusie ligt op het vlak van de implementatie van moreel beraad binnen Isala. De reden dat een blijvende dialoog tussen zorgmedewerkers moeizaam van de grond komt, kan liggen in de ziekenhuis-eigen hiërarchische verhoudingen en in het feit dat de medisch specialisten ten dele buiten het implementatieproces lijken te staan. Moreel beraad heeft een ondersteunende functie in de totstandkoming van de dialoog, maar heeft de dialoog ook nodig om geworteld te raken in de organisatie en onderdeel te worden van de cultuur.

Het breed eigenaarschap betekent dat beroepsgroepen in principe zouden moeten kunnen kiezen voor een methode van moreel beraad dat hen het best in staat stelt hun doelen na te streven. Omdat de doelen van moreel beraad kunnen verschillen, ligt het voor de hand dat ook de hierbij passende

methode voor de realisering van deze doelen niet altijd dezelfde zullen zijn. Een kenmerk van moreel beraad is dat dit steeds opnieuw vanuit de praktijk wordt vorm gegeven en de vorm heeft van een zoektocht. Het implementeren van deze zoektocht gaat vooraf aan de implementatie van de methode van moreel beraad. De indruk is ontstaan dat de definiëring van moreel beraad binnen Isala een smallere basis heeft dan zoals deze uit de literatuur naar voren komt.

Uit de *casestudy* kwam naar voren dat door verpleegkundigen met name overbehandeling als een probleem wordt ervaren. Dit complexe probleem is waarschijnlijk niet beperkt tot dit ziekenhuis en er zullen meerdere factoren aan ten grondslag liggen. Moreel beraad kan een middel zijn om hier meer vat op te krijgen. Verder onderzoek is nodig naar de achtergronden en redenen hiervan.

De geestelijk verzorgers binnen Isala vormen figuurlijk gesproken de 'smeerolie' in het implementatietraject van moreel beraad en het moreel beraad zelf. Zij begeleiden de organisatie om dit een vanzelfsprekend onderdeel hiervan te laten worden, zodat de missie op dit vlak een praktische vorm krijgt. Moreel beraad is zo een middel waarmee voortdurende reflectie op zo goed mogelijke zorg en behandeling ondersteund wordt. Facilitering en ondersteuning van deze geestelijk verzorgers is hierbij onontbeerlijk.

7.3.3 Aanbevelingen voor Isala

Voor een zichtbare implementatie van moreel beraad binnen Isala lijkt het in eerste instantie goed om eenduidigheid creëren in het taalgebruik ten aanzien van moreel beraad. Met het oog op het breed eigenaarschap, de verschillende behoeften per doelgroep en de verschillende soorten dilemma's, verdient het aanbeveling moreel beraad breder te definiëren dan (alleen) de methode van het Utrechts stappenplan. Aangezien verpleegkundigen behoefte hebben aan ethiekondersteuning die rekening houdt met hun specifieke betrokkenheid, kan er onder hen behoefte bestaan aan andere overlegvormen, zoals intervisie. In dit verband is het belangrijk om moreel beraad meer te presenteren als een gezamenlijke en voortdurende zoektocht en minder als een methode.

Moreel beraad draagt bij aan het concreet maken en levend houden van de kernwaarden van Isala, zoals deze geformuleerd zijn in de missie. Wanneer de

beroepsgroep van medisch specialisten naast het implementatieproces van moreel beraad blijft staan, wordt het lastig om deze missie praktisch vorm te geven binnen het ziekenhuis. Het verdient aanbeveling deze beroepsgroep in dit implementatietraject te betrekken. Ook om te bevorderen dat het in gesprek zijn van verschillende zorgdisciplines meer gaat beklijven, is betrokkenheid hierin van de medisch specialisten belangrijk. Daarnaast is het goed om de resultaten van moreel beraad breed in de organisatie te verspreiden om te bevorderen dat deze onderdeel worden van de cultuur.

Om de beroepsgroep van medisch specialisten te betrekken in het implementatieproces is het wellicht goed om de manier waarop het implementatieproces wordt vorm gegeven en de structuur die hiervoor gebruikt wordt kritisch te bekijken. Het is namelijk mogelijk dat scholing niet het aangewezen middel is om deze beroepsgroep te bereiken. Andere mogelijkheden waar de implementatie van moreel beraad bij aan kan knopen, zijn bijvoorbeeld het kwaliteitsbeleid van de organisatie of HRM.

De verpleegkundigen lijken moeizaam toe te komen aan het werkelijk oppakken van hun professionele verantwoordelijkheden op moreel vlak. De organisatie kan hier in voorwaarden scheppende sfeer aan bijdragen, door de middelen te verstrekken voor het even afstand kunnen nemen van de dagelijkse praktische ratrace in reflectie of moreel beraad. Tijdens de scholingen in moreel beraad is het goed om in te gaan op de specifieke verpleegkundige beroepsethiek en de mogelijkheden die verpleegkundigen hebben om morele zaken aan de orde te stellen. Hierbij zou geëxperimenteerd kunnen worden met andere stappenplannen of gespreksmodellen.

De geestelijk verzorgers zijn in ieder geval voor de verpleegkundigen, maar ook voor de andere beroepsgroepen die scholing in moreel beraad volgen, onmisbaar om moreel beraad gerealiseerd te krijgen. Zij hebben de geestelijk verzorgers zowel organisatorisch en procesmatig als op inhoudelijk vlak nodig. Het verdient aanbeveling de geestelijk verzorgers nauw te betrekken bij het bepalen van de implementatiestrategie van moreel beraad en hen ruimte te geven flexibel in te kunnen spelen op de verschillende behoeften aan

ethiekondersteuning in de organisatie. Aangezien zij de belangrijkste ambassadeur zijn van moreel beraad binnen Isala en hierdoor in grote mate bijdragen aan de praktische vormgeving van de missie, dienen zij hiervoor erkenning te krijgen en gefaciliteerd te worden.

Literatuur

- Abercrombie, N., Hill, S., & Turner, B. S. (1984). *Dictionary of sociology*. London: Penguin Books.
- Abma, T. A., Visse, M. A., Molewijk, A. C., & Widdershoven, G. (2010). *Reflectie en participatie in zorg*. Den Haag: Boom Lemma.
- Baarda, D. B., Bakker, E., Julsing, M., Fischer, T., Peters, V., & Van der Velden, T. (2013). *Basisboek kwalitatief onderzoek. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen: Noordhoff Uitgevers.
- Baart, A. J. (2007). Introductie in de presentietheorie. *Sociale interventie*, 16(3), 13-25.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2009). *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press.
- Beekman, V., & Van der Weele, C. (2004). *Naar een gereedheidskist voor constructieve ethiek*. Den Haag: LEI.
- Boeije, H. R. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: denken en doen*. Amsterdam: Boom.
- Boer, T. A. (2006). De moderne geestelijk verzorger als ethicus: een toevalstreffer? In J. Doolaard (Ed.), *Nieuw Handboek Geestelijke Verzorging* (pp. 735-746). Kampen: Kok.
- Boers, E., & Kessels, J. (2003). Professionaliseren door gezamenlijke reflectie. In J. Delnoij & W. Van Dalen (Eds.), *Het Socratisch gesprek* (pp. 231-244). Budel: Damon.
- Bolt, L. L. E. (2010). Ethicus gevraagd! In M. van den Hoven, A. M. Van der Scheer & D. Willems (Eds.), *Ethiek in discussie* (pp. 192-199). Assen: Van Gorcum.
- Bolt, L. L. E., Verweij, M. F., & Van Delden, J. J. M. (2010). *Ethiek in praktijk*. Assen: Uitgeverij Van Gorcum.
- Boonstra, J. J. (2004). De dynamiek van verander-en leerprocessen binnen organisaties. *Filosofie in bedrijf*, 16(2/3).
- Ceulemans, C. (2012). Bestaat er een "rechtvaardige inlichtingentheorie"? *Ethiek en inlichtingen*(1), 17.
- Codex Medicus (2015). *Stappenplan*. Retrieved from <http://www.codexmedicus.nl/sectie/48/Chap48disp10900/Stappenplan.html> 16-03-2015
- Coetzee, J. M. (2013). *Langzame man*. Amsterdam: Cossee.
- De Bree, M., & Veening, E. (2012). *Handleiding Moreel Beraad; Praktische gids voor zorgprofessionals*. Assen.
- De Jong, J. H. J., Kerstens, J. A. M., & Vermeulen, M. (2003). *Handboek verpleegkunde*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- De Vries, D. (2015). Beroepshouding in de zorg. Retrieved from <http://www.beroepshoudingindezorg.nl/page1/beroepshouding.html> 10-03-2015
- Flyvbjerg, B. (2006). Five misunderstandings about case-study research. *Qualitative inquiry*, 12(2), 219-245.
- Hak, T. (2004). Waarnemingsmethoden in kwalitatief onderzoek. *Huisarts en Wetenschap*, 47(11), 205-212.

- Hasker, A. J. (2013). Waarden in perspectief, moreel beraad binnen de Isala klinieken. *Tijdschrift geestelijke verzorging* (71), 39-42.
- Hendriksen, J. (2012). *Intervisie bij werkproblemen*. Soest: Boom Nelissen.
- Houtlosser, M. (2010). *In goede handen: verpleegkundige beroepsuitoefening in moreel perspectief*: Leiden University Press.
- Isala. (2015). Missie, visie en kernwaarden. Retrieved from Isala website: <http://www.isala.nl/over-isala/over-de-organisatie/missie-visie-en-kernwaarden> 12-02-2015
- Jacobs, G. (2010). Professionele waarden in kritische dialoog: omgaan met onzekerheid in educatieve praktijken. Retrieved from <http://www.lectorenzorgenwelzijn.nl/oraties/2010,%20Gaby%20Jacobs,%20oratie.pdf> 27-02-2015
- Jansen, M. G. M. J., & Kuiper, M. S. L. (2007). De Expertverpleegkundige. In B. Geurden & L. Van Hemel (Eds.), *De verpleegkundige als organisator van zorg*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
- Jochems, M., & Joosten, R. (2009). De gevalsstudie. Retrieved from [http://www.cs.ru.nl/~tomh/onderwijs/om2%20\(2005\)/om2_files/syllabus/gevalsstudie.pdf](http://www.cs.ru.nl/~tomh/onderwijs/om2%20(2005)/om2_files/syllabus/gevalsstudie.pdf) 05-04-2015
- Keinemans, S., Kanne, M., & van Doorn, L. (2010). Morele wegwijzers. De morele dimensie van de hulpverlening aan adolescente moeders. Utrecht: Hogeschool Utrecht.
- Kessels, J., & Smit, C. (2015). Intervisiemethodes. Retrieved from <http://www.kessels-smit.com/files/Intervisiemethodes.pdf> 03-06-2015
- KNMG. (2007). KNMG Manifest Medische professionaliteit. Utrecht: Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.
- Kunneman, H., & Slob, M. (2007). *Thuiszorg in transitie*. Bunnik: Landelijke Stichting Beheer Kruiswerk.
- Leezenberg, M., & De Vries, G. (2001). *Wetenschapsfilosofie voor geesteswetenschappen*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Leget, C. (2013). De ziel in de zorg staat onder druk. Retrieved from <http://zorgethiek.nu/wp-content/uploads/Tertio-684-14-15.pdf> 17-03-2015
- Lucassen, P. L. B. J., & Olde Hartman, T. (2007). *Kwalitatief onderzoek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Maso, I., & Smaling, A. (1998). *Kwalitatief onderzoek: praktijk en theorie*. Amsterdam: Boom.
- Molewijk, A. C. (2014). Moreel beraad. In H. Van Dartel & A. C. Molewijk (Eds.), *In gesprek blijven over goede zorg: Overlegmethoden voor ethiek in de praktijk* (pp. 21-36). Amsterdam: Boom.
- Molewijk, A. C., van der Dam, S., Bruijn, A., Kardol, T., & Widdershoven, G. (2009). Moreel beraad in de verpleeghuiszorg: methodisch spreken over goede zorg. *Tijdschrift voor ouderengeneeskunde*, 34(3), 103-106. doi: 10.1007/bf03081392
- Molewijk, A. C., Verkerk, M., Milius, H., & Widdershoven, G. (2008). Implementing moral case deliberation in a psychiatric hospital: process and outcome. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 11(1), 43-56. doi: 10.1007/s11019-007-9103-1

- Rawls, J. B. (2013). *Rawls, Een theorie van rechtvaardigheid*. Rotterdam: Lemniscaat.
- Roeser, S. (2009). Emotionele reflectie op risico's in de kennissamenleving 1. In G. Alberts, K. Boersma, B. Broekhans, A. Dijkstra, W. Pieters, M. Popkema & Y. Van Tilborgh (Eds.), *Gevoel Voor Kennis* (Vol. 5). Delft: Uitgeverij Aksant.
- Roeser, S. (2010). Intuïties, emoties en onderbuikgevoelens in besluitvorming over risico's. *Tijdschrift voor toegepaste Arbowetenschap*, 2, 44-49.
- Schaufeli, W., & Bakker, A. B. (2007). Burnout en bevlogenheid. In W. Schaufeli & A. B. Bakker (Eds.), *De psychologie van arbeid en gezondheid* (pp. 341-358). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. New York: Basic books.
- Smaling, A. (2007). Reflectie en normatieve professionaliteit. In G. Jacobs, R. Meij, H. Tenwolde & Y. Zomer (Eds.), *Goed werk* (pp. 52-67). Amsterdam: SWP.
- Struijs, A. J., & Van de Vathorst, S. (2009). *Dilemma's van verpleegkundigen en verzorgenden*: Centrum voor ethiek en gezondheid.
- Ten Have, H. A. M. J., Meulen, R. H. J., & Leeuwen, E. (2013). *Leerboek medische ethiek*: Bohn Stafleu van Loghum.
- V&VN. (2012). Individuele professionaliteit. Retrieved from <http://www.venvn.nl/LinkClick.aspx?fileticket=7DDzkS-dAms%3D&tabid=1454> 12-02-2015
- Van Dartel, J. N. G. M. (2012). *Naar een handelingsgericht ethiekbeleid voor zorgorganisaties: een normatieve verkenning*. Van Gorcum, Assen.
- Van Dartel, J. N. G. M. (2014). Casusvergelijking. In J. N. G. M. Van Dartel & A. C. Molewijk (Eds.), *In gesprek blijven over goede zorg* (pp. 127-141). Amsterdam: Boom.
- Van Dartel, J. N. G. M., & De Witte, J. (2014). Professionele verantwoordelijkheid en ethische reflectie. In H. van Dartel & A. C. Molewijk (Eds.), *In gesprek blijven over goede zorg. Overlegmethoden voor ethiek in de praktijk*. Amsterdam: Boom.
- Van Dartel, J. N. G. M., & Molewijk, A. C. (2014). Systematisch in gesprek? In H. Van Dartel & A. C. Molewijk (Eds.), *In gesprek blijven over goede zorg. Overlegmethoden voor ethiek in de praktijk* (pp. 50-64). Amsterdam: Boom.
- Van den Berg, J. H. (1969). *Medische macht en medische ethiek*: GF Callenbach.
- Van den Hoven, M., & Bolt, L. L. E. (2014). Het Utrechts stappenplan. In H. Van Dartel & A. C. Molewijk (Eds.), *In gesprek blijven over goede zorg* (pp. 113-126). Amsterdam: Boom.
- Van der Scheer, A. M., Van Dartel, J. N. G. M., & Molewijk, A. C. (2014). Hermeneutische benadering: op zoek naar betekenissen. In J. N. G. M. Van Dartel & A. C. Molewijk (Eds.), *In gesprek blijven over goede zorg: overlegmethoden voor ethiek in de praktijk* (pp. 155-170). Amsterdam: Boom.
- Van Dulmen, S. (2001). De helende werking van het arts-patiëntcontact. *Huisarts en Wetenschap*, 44(11), 194-198.

- Van Hemel, L. (2001). *Verpleegkundige concepten en methoden*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
- Van Thiel, E. (2006). Begrippen en zorgvuldigheidseisen met betrekking tot de besluitvorming rond het levenseinde in de verpleeghuiszorg. Retrieved from http://www.palliatief.nl/Portals/31/publicaties/levenseinde_in_de_verpleeghuiszorg_maart_2006_public.pdf 02-03-2015
- Van Wijk, L., & Molewijk, A. C. (2009). Moreel beraad: leren van je eigen mores. *Sociale Psychiatrie*, 28(91).
- Van Zwieten, M., & Ploch, T. (2007). Kwalitatief onderzoek. In R. E. Juttman, N. S. Klazinga & J. P. Mackenbach (Eds.), *Nederlands handboek Gezondheidszorg-onderzoek* (pp. 77-93). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Verkerk, M. (2000). De organisatie als praktijk van verantwoordelijkheid. In J. Graste & D. Bauduin (Eds.), *Waardenvol werk. Ethiek in de geestelijke gezondheidszorg*. (pp. 112-124). Assen: Van Gorcum.
- Weidema, F., Van Dartel, J. N. G. M., & Molewijk, A. C. (2014). Implementatie van moreel beraad in de zorginstelling. In H. Van Dartel & B. Molewijk (Eds.), *In gesprek blijven over goede zorg*. Amsterdam: Boom.
- Wester, F. P. J. F., & Peters, V. A. M. (2004). *Kwalitatieve analyse: uitgangspunten en procedures*. Bussum: Coutinho.
- Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. (2014). Artikel 33. Retrieved from http://wetten.overheid.nl/BWBR0006251/HoofdstukIII/Afdeling1/8/Artikel33/tekst_bevat_verpleegkundige/geldigheidsdatum_16-09-2014
- Widdershoven, G. (1992). Tekst en context in de hermeneutiek. *Historisch Tijdschrift Groniek*. Retrieved from http://groniek.eldoc.ub.rug.nl/FILES/root/1992/I_92/Tekenconin_2/articel33.pdf 27-12-2014
- Widdershoven, G., Molewijk, A. C., & Abma, T. A. (2009). Improving care and ethics: A plea for interactive empirical ethics. *The American Journal of Bioethics*, 9(6-7), 99-101.
- Willems, D., & Van Zwieten, M. (2004). Waardering van kwalitatief onderzoek. *Huisarts & Wetenschap*, 47(13), 631-635.
- Yin, R. K. (2010). *Qualitative Research from Start to Finish*. New York: Guilford Publications.

A Bijlage 1: Checklist Vragen verpleegkundigen

1 Algemeen

Wat is je functie, werkterrein en afdeling?

2 Goede zorg

- In de zorg spelen vaak verschillende waarden een rol. Voorbeelden:
 - Autonomie van patiënten
 - kwaliteit van leven
 - vrijheid van pijn en ongemakken
 - Aandacht voor spiritualiteit
 - Persoonlijke tijd en aandacht voor de patiënt
 - goed in het team samenwerken
 - veel productie draaien
 - zelfontplooiing van teamleden
 - gelijke verdeling van schaarse tijd, geld en aandacht
 - beschermwaardigheid van het leven
 - teamspirit.

Kun je met de cijfers 1-6 aangeven welke waarden voor jou bovenaan staan?

- Komt deze ranking ongeveer overeen met de waarden van het team waarin je werkt?
- Wie bepaalt/ bepalen op teamniveau welke waarden als het belangrijkste worden gezien? Jij? Het team? De leidinggevende? Patiënten en hun familie? De arts? Allen gezamenlijk? Anderen?
- Wat bepaalt of jij aan het eind van de dag het gevoel hebt lekker te hebben gewerkt?
- Beïnvloeden protocollen de wijze waarop je werkt? Zo ja: op welke manier? Ervaar je deze beïnvloeding als positief? Raadpleeg je ze af en toe/regelmatig? Op welke manier gebruik je ze? (Controle, naslagwerk,

anders) Wat vind je van de toegankelijkheid van het systeem waarmee je protocollen kan opzoeken? Kan je een voorbeeld geven van een protocol dat je het liefst zou willen afschaffen?

- Is het patiëntenbelang bij het maken van keuzen over behandeling en verzorging altijd leidend? Welke andere belangen zijn er om mee rekening te houden?
- Zijn er voorbeelden waarbij de visie en de belangen van familieleden in de praktijk zwaarwegend zijn, of zelfs zwaarwegender dan die van de patiënt? Wat vind je hiervan?
- Wat doe je als de patiënt gedrag vertoont dat niet aan zijn genezing bijdraagt/ niet goed is voor hem? Bijvoorbeeld roken na een vaatoperatie.

3 Wat is de essentie van morele vragen van verpleegkundigen

- Geef een voorbeeld van een morele vraag waar je onlangs mee in aanraking bent gekomen.
- Had dit te maken met een medische beslissing?
- Zo ja: Door wie moest deze beslissing genomen worden? Vertel hoe dat in zijn werk ging.
- Zo nee: hoe zag het probleem er dan uit? Wie was de probleemeigenaar?
- Kun je een voorbeeld geven van een moreel probleem waar jij je zelf voor gesteld zag.
- Bij moreel beraad gaat het over morele behandelvragen / keuzes. Hebben jullie in het werk inderdaad ook met dit soort keuzes te maken?
(Doorvragen)

4 Overleg over morele problemen

- Wordt er op het werk wel eens over morele problemen overlegd? Zo ja, hoe vaak komt dit voor?

- Hoe ziet zo'n overleg eruit? Wie neemt het initiatief? Is er iemand die de leiding neemt? Wordt er tijd voor uitgetrokken? Zijn er bepaalde onderwerpen die dan worden besproken? Wordt er in zo'n overleg wel eens een gemeenschappelijke conclusie getrokken?

5 Moreel beraad

- Heb je buiten de training wel eens een moreel beraad bijgewoond? Zo ja, kan je in korte lijnen een casus vertellen?
- Welke disciplines waren er bij dit moreel beraad betrokken?
- Over welke morele waarden ging het moreel beraad dat je hebt bijgewoond? Eventueel in scholingssetting.
- Kan je vertellen hoe de morele waarden tegen elkaar zijn afgewogen en door wie?
- Was jouw visie van invloed op het uiteindelijke besluit? Zo ja/nee, waarom wel/niet?
- Werden de gevolgen van de morele beslissing voor andere verzorgerleners in het overleg betrokken? Waarom wel of niet? Zou het anders moeten/kunnen volgens jou?
- Heb je het idee dat het bij moreel beraad over jou en jouw werk gaat? Waarom wel / niet?
- Noem een sterk punt en een zwak punt van moreel beraad zoals je dat hebt leren kennen.

6 Ondersteuning

- Wat vind je van de manier waarop de geestelijke verzorging ondersteunt bij (scholing in) moreel beraad?
- Noem een sterk en een zwak punt van deze ondersteuning.
- Sluit de ondersteuning die de geestelijke verzorging biedt aan bij de specifieke morele vragen van verpleegkundigen?

- Hoe zie je de rol van de geestelijke verzorging? Docent, begeleider, trainer, initiatiefnemer...

B Bijlage 2: Checklist vragen groepsgesprek

- Kan je in grote lijnen aangeven welke onderwerpen er in de training moreel beraad aan de orde zijn geweest?
- Hoeveel uren duurde de training? Hoeveel tijd was je er in totaal aan kwijt, inclusief voorbereiding?
- Hoe zag de groep eruit die erbij aanwezig was?
- Was de beslissing om deze training te gaan volgen een geheel eigen keuze? (Graag toelichten)
- Gebeurde het in werktijd of deels of geheel in eigen tijd?
- Wat was je overall indruk van de training? Doorvragen.
- Werd in de training ingegaan op praktische voorbeelden?
- Zo ja, waren die voorbeelden herkenbaar in jullie werk?
- De indruk is dat jullie de training wel op prijs hebben gesteld. Is die indruk juist?
- Hoe beoordeelde je de betrokkenheid van de geestelijke verzorging bij de training?
- De indruk is dat er na de training vrij weinig aan moreel beraad is gedaan. Is die indruk juist?
- Zo ja, wat kan zouden daar de oorzaken van kunnen zijn? (Doorvragen: is er meer begeleiding nodig? Ontbreekt de tijd? Lossen problemen zich vanzelf op? Was een training voldoende, ook zonder moreel beraad? Zijn de morele problemen die in de training aan de orde waren, niet die van jullie? Etc.)
- Hebben jullie werkoverleg?
- Komen in het werkoverleg ook morele beslissingen en problemen aan de orde?
- Onder welke voorwaarden zou je moreel beraad op de afdeling eventueel wel zien functioneren/ Hoe ziet jullie ideale overleg over morele vragen eruit, ten aanzien van frequentie, aanleiding, voorzitter, eigen rol, casussen, deelnemers?

- Zou de geestelijke verzorging hier ook behulpzaam bij kunnen zijn/
blijven?

C Bijlage 3: Checklist vragen geestelijk verzorgers

1 Goede zorg

- Wat zijn voor jou de belangrijkste waarden in de zorg?
 - Autonomie van patiënten
 - kwaliteit van leven
 - vrijheid van pijn en ongemakken
 - Aandacht voor spiritualiteit
 - Persoonlijke tijd en aandacht voor de patiënt
 - Aandacht voor de wensen en belangen van familieleden
 - goed in het team samenwerken
 - veel productie draaien
 - zelfontplooiing van teamleden
 - gelijke verdeling van schaarse tijd, geld en aandacht
 - beschermwaardigheid van het leven
 - teamspirit.
 - openheid en transparantie

Kun je met de cijfers 1-6 aangeven welke waarden voor jou bovenaan staan?

- Wordt er over deze waarden in het team van geestelijk verzorgers ook zo gedacht?
- Komt deze ranking overeen met de waarden die verpleegkundigen over het algemeen belangrijk vinden?
- Komt deze ranking overeen met de waarden die patiënten over het algemeen belangrijk vinden?
- Wat bepaalt of jij aan het eind van de dag het gevoel hebt lekker te hebben gewerkt?
- Is het patiëntenbelang bij het maken van keuzen over behandeling en verzorging altijd leidend? Welke andere belangen zijn er om mee rekening te houden?

- Zijn er voorbeelden waarbij de visie en de belangen van familieleden in de praktijk zwaarwegend zijn, of zelfs zwaarwegender dan die van de patiënt? Wat vind je hiervan?
- Wat doe je als de patiënt gedrag vertoont dat niet aan zijn genezing bijdraagt/ niet goed is voor hem? Bijvoorbeeld roken na een vaatoperatie of tekortschietende therapietrouw.

2 Morele vragen

- Geef een voorbeeld van een moreel dilemma waar je onlangs mee in aanraking bent gekomen.
- Had dit te maken met een medische beslissing?
- Zo ja: Door wie moest deze beslissing genomen worden? Vertel hoe dat in zijn werk ging.
- Zo nee: hoe zag het probleem er dan uit? Wie was de probleemeigenaar?
- Kun je een voorbeeld geven van een moreel probleem waar jij je persoonlijk voor gesteld zag?

3 Overleg over morele problemen

- Wordt er in het team van geestelijk verzorgers wel eens over morele problemen overlegd? Zo ja, hoe vaak komt dit voor?
- Hoe ziet zo'n overleg eruit? Wie neemt het initiatief? Is er iemand die de leiding neemt? Wordt er tijd voor uitgetrokken? Zijn er bepaalde onderwerpen die regelmatig terugkomen? Wordt er in zo'n overleg wel eens een gemeenschappelijke conclusie getrokken?

4 Moreel beraad

- Wat versta je onder moreel beraad en scholing in moreel beraad?
- Welke groepen werknemers volgen scholing in moreel beraad?

- Is moreel beraad in een scholingssetting voor jou ook moreel beraad?
- Wat versta je onder een morele vraag?
- Wat wil je met moreel beraad veranderen?
- Welke groepen van werknemers houden adhoc moreel beraad?
- Welke groepen van werknemers organiseren ethiekbijeenkomsten / bezinningsbijeenkomsten over morele zaken / reflectiebijeenkomsten?
- Als je het laatste moreel beraad in gedachten neemt: kan je in het kort de casus vertellen?
- Welke disciplines waren er bij dit moreel beraad betrokken?
- Welke waren de belangrijkste morele waarden die in dit beraad moesten worden afgewogen?
- Kan je vertellen hoe de morele waarden tegen elkaar zijn afgewogen en door wie?
- Waren bij het morele beraad alle betrokken zorgverleners aanwezig? Zo nee, is er met hun perspectieven wel rekening gehouden?
- Noem tenminste een sterk punt en een zwak punt van moreel beraad?
- Wat vind je van de Utrechtse methode? Sterke en zwakke punten?
- Wat loopt er bij de coassistenten wel en niet goed?
- Wat loopt er bij de verpleegkundigen wel en niet goed?
- Waarom wel of niet? Zou het anders moeten/kunnen volgens jou?
- Heb je een idee waarom verpleegkundigen geen moreel beraad aanvragen?
- In hoeverre is het een probleem dat verpleegkundigen geen moreel beraad aanvragen?

5 Rolopvatting

- Hoe zie je je rol als geestelijk verzorger binnen Isala? Wat is je belangrijkste missie/doel?
- Op welke manier wil je dat bereiken? Wat zijn hierin de belangrijkste dingen die je doet / onderneemt?

- Wat vind je aan je beroep het meest inspirerend en wat vind je er het moeilijkst aan?
- Welke plek heeft moreel beraad binnen het geheel van taken en binnen jouw taakopvatting?
- Hoe zie je je rol bij het leiden van moreel beraad?
- Mag je je bij de bespreking van ethische vragen behalve met de vorm ook bemoeien met de inhoud?
- Vind je dat het tot je taak behoort om ervoor te zorgen dat ook daadwerkelijk de, in jouw ogen, juiste keuzes worden gemaakt?

D Bijlage 4: Weergave resultaten interviews verpleegkundigen

1 Overzicht interviews

Interview	Functie	Scholing gevolgd in moreel beraad	Ervaring met moreel beraad los van scholing
1.	Operationeel leidinggevende	Ja	Ja
2.	Operationeel leidinggevende	Ja	Ja
3.	Verpleegkundige en plusser educatie	Ja	Ja
4.	Verpleegkundige en plusser educatie	Ja	Ja
5.	Verpleegkundige	Ja	Ja
6.	Verpleegkundige	Ja	Nee
7.	Verpleegkundige	Ja	Nee
8.	Verpleegkundige	Nee	Nee

2 Waarden in de zorg

Interview	Belangrijkste vier waarden	Minst belangrijke waarden	Topdag	Opmerkingen
1.	1. Kwaliteit van leven 2. Persoonlijke tijd en aandacht 3. Autonomie van de patiënt 4. Goed in team samenwerken	Veel productie draaien	Wanneer ik tijd en aandacht heb kunnen geven aan patiënt, ouders en collega's. Wanneer iedereen zijn aandacht heeft gehad.	

2.	<ul style="list-style-type: none"> 1. Kwaliteit van leven 2. Vrijheid van pijn en ongemakken 3. Persoonlijke tijd en aandacht voor de patiënt 4. Zelfontplooiing teamleden 	Veel productie draaien	Dat ik veel met de medewerkers heb kunnen evalueren. Dat ik eraan heb kunnen bijdragen dat zij goede patiëntenzorg hebben kunnen verlenen. Dat ik eraan heb bijgedragen dat de dag goed verloopt, dat iedereen lekker in z'n vel zit. Ik ben relatiegericht.	De patiënt komt op de eerste plaats. De waarden die gaan over het welzijn van de patiënten komen voor die van de verpleegkundigen.
3.	<ul style="list-style-type: none"> 1. Kwaliteit van leven 2. Autonomie van de patiënt 3. Zelfontplooiing teamleden 4. Persoonlijke tijd en aandacht 		Wanneer ik het gevoel heb echt wat gedaan te hebben. Als ik in een soort flow zit, dat het vanzelf gaat. Hiermee bedoel ik dat ik iemand blij heb kunnen maken. Dan ben je zelf ook blij. Bijvoorbeeld een goed gesprek met een patiënt of collega.	De kwaliteit van het leven van de verpleegkundige hangt samen met de kwaliteit van leven van de patiënt.
4.	<ul style="list-style-type: none"> 1. Kwaliteit van leven 2. Vrijheid van pijn en ongemakken 3. Autonomie van de patiënt 4. Gelijke verdeling van schaarse tijd, geld en aandacht 	Veel productie draaien	Wanneer ik de tijd kan nemen voor een patiënt en er bij heb kunnen zitten. Het gaat om persoonlijke tijd en aandacht. Dan heeft mijn werk echt meerwaarde.	
5.	<ul style="list-style-type: none"> 1. Kwaliteit van leven 2. Autonomie van de patiënt 3. Persoonlijke tijd en aandacht 4. teamspirit 	<ul style="list-style-type: none"> Veel productie draaien Aandacht voor spiritualiteit Gelijke verdeling van tijd, geld en aandacht 	Wanneer we soepel samenwerken, wanneer iedereen in het werk op elkaar aansluit.	

6.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Autonomie van de patiënt 2. Kwaliteit van leven 3. Persoonlijke tijd en aandacht voor patiënt 4. Goed in team samenwerken 		Wanneer de patiënt tevreden is.	Het belang van de patiënten is leidend.
7.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Persoonlijke tijd en aandacht voor patiënt. 2. Kwaliteit van leven 3. Goed samenwerken het team. 4. Beschermwaardigheid van het leven 	Veel productie draaien en gelijke verdeling van middelen	Werk goed kunnen doen en hiervoor gefaciliteerd worden. Tijd nemen om het zo goed mogelijk te kunnen doen voor de patiënt. Goede teamsamenwerking.	De ene waarde is een voorwaarde voor de andere. Samenwerken en zelfontplooiing van de teamleden is voorwaarde om goed zorg te kunnen verlenen. Je moet van elkaar op aan kunnen, bijvoorbeeld tijdens een reanimatie.
8.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Autonomie van de patiënt 2. Kwaliteit van leven 3. Vrijheid van pijn en ongemakken 4. Persoonlijke tijd en aandacht voor de patiënt 	Veel productie draaien en gelijke verdeling van schaarse tijd en aandacht.	Wanneer ik net even verschil heb kunnen maken. Bijvoorbeeld wanneer ik iemand aan het lachen gemaakt of wanneer iemand even z'n ei kwijt kan en weer wat moed heeft. Natuurlijk ook wanneer iemand vooruitgang boekt. Het ligt met name op het intermenselijke vlak. Dit geldt ook voor collega's onderling. Goed samenwerken en elkaar aanvullen is belangrijk.	De waarden hebben veel raakvlakken. Persoonlijke tijd en aandacht houdt ook aandacht voor spiritualiteit in. Kwaliteit van leven is ook de eigen autonomie. Mensen moeten goede zorg krijgen. De eerste drie waarden staan met stip boven aan. Hierna komt hoe je er zelf in staat, maar ook wat belangrijk is voor een patiënt. De patiënt staat centraal.

3 Morele problemen van verpleegkundigen

Interview	Omschrijving dilemma	Probleemeigenaar	Resultaat	Vorm van moreel overleg	Opmerkingen en betrokkenheid
1.	<p>Een te vroeg geboren kindje van 24 weken met beschadigde longen en bloedingen in hoofd: dan vraag je je af wanneer de grens is bereikt.</p> <p>Een specifiek probleem van verpleegkundige is over de eigen grenzen heen gaan. Met hart en ziel te lang doorgaan. Dit is een persoonlijke grens.</p> <p>Een verpleegkundige moet de hele tijd schakelen. Je hebt meerdere patiënten. De ene huilt, de andere heeft een schone broek nodig. Je moet steeds de keuze maken wat je het eerst doet.</p>	<p>Verpleegkundigen beslissen niet over wel of niet doorbehandelen. Dit is een medische beslissing die door medisch specialisten genomen wordt. Voor verpleegkundigen is de enige mogelijkheid beslissen of je dit kind wel of niet gaat verplegen.</p> <p>Verpleegkundige en team</p> <p>Verpleegkundige en team</p>	<p>Eén verpleegkundige heeft gezegd er niet meer voor te kunnen zorgen.</p> <p>Beter op eigen grenzen letten. Toch blijft dit een probleem.</p> <p>Dit hoort bij het werk. We zijn niet anders gewend. We hebben het er nooit over. We bespreken hooguit een foute keuze achteraf.</p>	Elke 14 dagen is er teamoverleg. Het duurt ongeveer drie kwartier.	Er is soms sprake van een disbalans als het gaat om ethisch dilemma: het is niet op te lossen. Hierdoor ontstaat cynisme. Dat houdt je staande, dan raakt het je niet, je plaatst het even buiten jezelf. Dan is er wel wat gebeurd. We moeten elkaar hierop meer aanspreken.
2.	Verpleegkundige heeft het initiatief genomen om zonder overleg met de	Verpleegkundige. Het was geen medische beslissing.	Verpleegkundige is gestimuleerd door de leidinggevende om casus	Dit gebeurt tijdens de dagevaluatie. Het is wel belangrijk. Er worden	Verpleegkundige heeft over het algemeen een groot zorghart. De

Interview	Omschrijving dilemma	Probleemeigenaar	Resultaat	Vorm van moreel overleg	Opmerkingen en betrokkenheid
	patiënt, leidinggevende of collega's de huisarts van die patiënt te bellen. Zij is eigenlijk te ver gegaan.		in te brengen op een ethiekavond. Leidinggevende wilde hiermee bewustwordingsproces op gang brengen en in intervisie gezamenlijk naar grenzen zoeken.	soms conclusies getrokken, maar het is vaker een uitwisseling van inzichten.	verpleegkundige heeft op ethisch vlak behoefte aan praktische handvatten, meer dan alleen overpeinzing. De verpleegkundigen zien het belang van een ethiekavond wel in. We moeten steeds door-door-door. Levenservaring maakt ook uit of je in ethische zaken geïnteresseerd bent.
3.	Een patiënt die voor een ander (bijvoorbeeld de partner) dialyseert. Voor de patiënt hoeft het allemaal niet meer, maar hij gaat door voor iemand anders.	Patiënt is probleemeigenaar. Maar het wordt ook het probleem van de verpleegkundige.	De verpleegkundige vindt het lastig om de patiënt te verzorgen. "Het zou niet zo moeten zijn."	Dit gebeurt tussendoor tijdens de koffie, wanneer iemand daar behoefte aan heeft. Het kan in een groepje of persoonlijk. Het gebeurt ad hoc.	
4.	De verpleegkundige weet iets vertrouwelijks over een collega. Dit komt niet bij de leidinggevende terecht, terwijl dit eigenlijk wel zou moeten. Wanneer de leidinggevende dit zou weten, dan zou dit voor de betrokkene betekenen dat er meer toezicht/controler zou komen. De	De verpleegkundige is probleemeigenaar, maar met haar heeft het hele team een probleem. Het voelt als een last.	Het punt is wel bereikt dat verpleegkundige aan leidinggevende heeft verteld dat er wat is, maar niet wat het precies inhoudt.	Jawel, dit is wel wat vaag. Het gebeurt wel tussendoor op werk, tijdens de koffie of de dagevaluatie. Tijdens koffiepauze spreek je persoonlijk met collega's. Het is meestal een uitwisseling van meningen. Er wordt geen conclusie	Normaal gesproken ben ik wel aanwezig bij de dagevaluatie, behalve als het te druk is.

Interview	Omschrijving dilemma	Probleemeigenaar	Resultaat	Vorm van moreel overleg	Opmerkingen en betrokkenheid
	<p>verpleegkundige staat in tweestrijd wat ze ermee moet. Het aan de leidinggevende vertellen is niet juist: het is immers vertrouwelijk. Daarbij heeft het gevolgen voor de betrokkene en zou het de collegiale verhoudingen verstoren. Het niet vertellen is echter ook niet juist. Het gaat om iets wat moreel niet kan en het heeft gevolgen voor collega's en patiënten. Wanneer is punt bereikt dat je het bespreekbaar gaat maken?</p>			<p>getrokken.</p>	
<p>5.</p>	<p>De verpleegkundige was bij de visite van een arts bij een stervende patiënt. Blijkbaar stierf de patiënt niet vlot genoeg naar het idee van de arts. De arts heeft tijdens de visite waar patiënt en familie bij was een (zeer) botte opmerking hierover gemaakt.</p> <p>Een beslissing omtrent het</p>	<p>De verpleegkundige.</p> <p>Patiënt en arts.</p>	<p>De verpleegkundige heeft de arts er nooit op aangesproken, maar had dat naar eigen idee misschien wel moeten doen. Ze verdedigt de arts ook weer: "Hij is een hele kundige arts en hij gaat door het vuur voor zijn patiënten."</p> <p>Dit gaf opluchting. Het</p>	<p>Soms in de dagevaluatie. Het komt niet zo vaak voor, in ieder geval, niet regelmatig.</p>	<p>De verpleegkundigen zijn meer van het doen en niet zo van overleg. De verpleegkundige houdt ook veel voor zichzelf en vertelt weinig. De reden hiervan is dat degene die iets noemt het vervolgens ook zelf moet oppakken en daar ontbreekt de tijd voor. Dan zeggen de verpleegkundige ook niets meer. De</p>

Interview	Omschrijving dilemma	Probleemeigenaar	Resultaat	Vorm van moreel overleg	Opmerkingen en betrokkenheid
	levenseinde van een mevrouw die heel benauwd was.		gebeuren was oké en waardevol.		verantwoordelijkheid moet opgepakt worden door iemand anders, voor de verpleegkundige. Duidelijke opdrachten werken ook beter dan wachten tot verpleegkundige zelf ergens mee komen. Het is een kwestie van geven en nemen, zorg ontvangen en zorg geven.
6.	<p>Een vrouw van begin 40 verwaarloost zichzelf. Ze kan eigenlijk niet naar huis. Het is niet duidelijk waar ze heen moet na opname. Dan moet je slepen en leuren met iemand. Eigenlijk is er geen goede instelling voor zo iemand.</p> <p>De vraag of wel of niet doorgedaan moet worden met een behandeling.</p>	<p>De patiënt is probleemeigenaar, maar hiermee ook de verpleegkundige.</p> <p>Wel/niet doorgaan is beslissing van arts en patiënt. De verpleegkundige is er wel nauw bij betrokken.</p>	<p>Machteloosheid.</p> <p>De verpleegkundige heeft de eerste link met de patiënt, voelt de patiënt het beste aan. Dit kan een aanzet zijn om tot verandering te komen.</p>	<p>Nee. Dit gebeurt ad hoc, wanneer het nodig is.</p> <p>De arts loopt af en toe binnen en spreekt een situatie door. Dit is kort, maar wel oké.</p>	
7.	De vraag of behandelingen nog zinvol zijn.	Arts en patiënt.	Staat buiten mijn invloed. De	Tijdens werk of koffie. Wanneer de medisch	Je bent de hele dag aan het organiseren, je handelingen

Interview	Omschrijving dilemma	Probleemeigenaar	Resultaat	Vorm van moreel overleg	Opmerkingen en betrokkenheid
	<p>TAVI is een speciale techniek om hartklep te krijgen. Dit gebeurt met name bij (oudere) mensen, bij wie een gewone hartklepoperatie niet meer mogelijk is. De vraag is of dat altijd moet. Het is niet direct zinloos, maar is het wel een zinnige behandeling? Het middel is soms erger dan de kwaal.</p>	<p>Beslissing wordt door arts genomen, in samenspraak met patiënt.</p>	<p>leidinggevende en medisch specialisten hebben wel invloed.</p> <p>Uiteindelijk is het het geld wat bepaalt of deze operatie wordt uitgevoerd. Wat levert een operatie het ziekenhuis op en wat kost het?</p>	<p>specialisten visite lopen worden er ook wel dingen aan de orde gesteld. Een dagevaluatie is hier niet meer. Overleg over dit soort zaken gebeurt sneller tussendoor.</p>	<p>aan het organiseren. Voor dit gesprek heb ik bijvoorbeeld vervanging tijdens de visite geregeld. Hier zit het morele aspect wel in. Je hebt dat zelf niet altijd goed in de gaten.</p>
8.	<p>Iemand knapt maar steeds niet op en we gaan dan maar door.</p>	<p>Arts en patiënt, uiteindelijk beslist patiënt.</p>	<p>De verpleegkundige is niet beslissingsbevoegd, maar kan wel een consult aanvragen met de arts. De verpleegkundige staat er naast, dat voelt zwaar. Wij moeten het uitvoeren, ondanks het idee dat het waarschijnlijk niet zinvol is. De verpleegkundigen zijn er erg bij betrokken, ook bij de familie. Binnen</p>	<p>Ja, wel eens in koffiepauze, tussen door. Het gebeurt ad hoc.</p> <p>De frequentie wisselt heel erg. Het kan drie keer per dienst voorkomen en dan weer drie maanden niet. De ene collega is er ook gevoeliger voor dan de andere. Kan 1 op 1 in kamertje, maar ook tijdens evaluatie.</p>	

Interview	Omschrijving dilemma	Probleemeigenaar	Resultaat	Vorm van moreel overleg	Opmerkingen en betrokkenheid
			bepaalde marges kunnen we wel wat sturen, bijvoorbeeld door het geven van de eigen mening of het 'niet-pluis-gevoel'. De medisch specialisten worden zo gewezen op de gevolgen van hun beslissing.		

4 Moreel beraad

Interview	Onderwerp / casus	Betrokken disciplines	Rol/invloed verpleegkundige	Functie nut voor de verpleegkundige
1.	Een kindje van 25 weken wat eindeloos doorbehandeld werd. Uiteindelijk is het toch overleden. Overlijden was gevolg van bijkomende longziekte.	Maatschappelijk werk, geestelijk verzorgers, medisch specialisten en verpleegkundige.	De verpleegkundige heeft geen invloed, maar wordt gehoord als ze zijn uitgenodigd.	De medisch specialisten hebben veel uitgelegd. Dit werkt goed.
2.	De casus kan ik niet meer achterhalen. De conclusie was in ieder geval dat we meer met elkaar zouden gaan overleggen.	De verpleeghuisarts was erbij, de verpleegkundige van de afdeling en maatschappelijk werk. Het was wel multidisciplinair.	De verpleegkundige beslist niet en heeft hierom geen invloed op het besluit.	Toegevoegde waarde is ondersteuning. Vragen kunnen verduidelijkt worden. De verpleegkundige krijgt meer inzicht in het hele proces.
3.	Diverse keren op de afdeling zelf. De afweging van waarden is afhankelijk van de inhoud van de casus.	Arts, verpleegkundigen en mensen die te maken hadden met de woonsituatie van de patiënt.	Deels wel. Er is wel aandacht voor de visie van verpleegkundige. Het jezelf uitspreken is van belang.	Je kan je ei kwijt.

Interview	Onderwerp / casus	Betrokken disciplines	Rol/invloed verpleegkundige	Functie nut voor de verpleegkundige
4.	Een moreel beraad van de afdeling oncologie: dit ging over een patiënt die heel erg ziek was en de medisch specialisten maar door gingen. De verpleegkundige hadden de vraag en het gevoel dat het te lang doorging. In het moreel beraad is een beslissing genomen.	Verpleegkundige en arts en nog twee andere disciplines.	Nee, de groep verpleegkundige hebben wel laten horen wat ze ervan vonden. Het betrof een evaluatie achteraf. We hebben ingebracht wat wij ervan vonden en wat wij erbij opgelopen hebben.	Het is prettig om de visies van verschillende kanten te horen, bijvoorbeeld van de arts. Dit is een meerwaarde. Dit levert meer inzicht op. De arts heeft aangegeven waarom ze zo ver zijn gegaan, dit wilde de patiënt namelijk. En dit kon ook, omdat er goede resultaten uit studies waren. Ze hebben een beetje in 'de keuken laten kijken'.
5.	Een casus op de afdeling verloskunde. Het CTG apparaat gaf geen hartslag. Het ging hier dus om een dood kindje. De vraag was hoe de zorg voor de patiënt verder geregeld moest worden. Het ging ook om een zwak begaafde vrouw. Het ging hier met name om de autonomie van de patiënt.	Maatschappelijk werk, ambulant begeleider, gynaecoloog arts assistent, organisatorisch verpleegkundige en paar verpleegkundigen.	De verpleegkundigen hadden geen invloed. Wel de mensen die de patiënt thuis verzorgden. Die kenden haar ook het beste. Het was toch wel een verpleegkundigen-probleem.	Tegemoet komen aan het plichtsbesef van de verpleegkundige om de zorg zo goed mogelijk te regelen.
6.	Er is wel moreel beraad, ongeveer drie keer per jaar. Dit is het moreel beraad wat door de geestelijk verzorgers wordt georganiseerd op de ethiekbijeenkomsten en waarvoor je casussen kon insturen. Ik weet niet meer welke casus ik heb ingestuurd.	Alleen geestelijk verzorgers en verpleegkundige.	Niet te beantwoorden	
7.	Moreel beraad ken ik alleen vanuit de lesdag. We hebben wel casusbesprekingen op de afdelingen.		Verpleegkundige hebben geen invloed, alleen de medisch specialisten. Er wordt wel naar	

Interview	Onderwerp / casus	Betrokken disciplines	Rol/invloed verpleegkundige	Functie nut voor de verpleegkundige
	Daar zijn de medisch specialisten ook bij. Een voorbeeld van een casus die daar besproken is, is het uitvoeren van een TAVI. Alle verpleegkundige vonden dat het niet kon. Het is toch gebeurd en de patiënt is overleden.		de verpleegkundige geluisterd. Verder moet je je confirmeren aan het beleid. Dat is niet altijd leuk.	
8.	Ik ken moreel beraad niet omdat ik er nooit mee te maken heb gehad. Maar zoals je het nu omschrijft lijkt het me wel goed.			

5 Moreel beraad: vervolg

Interview	Bespreken gevolgen medische beslissing voor verpleegkundige	Voordelen sterke punten	Nadelen en zwakke punten	Gevoel dat moreel beraad over het werk van de verpleegkundige gaat	Opmerkingen
1.	Er wordt geen rekening gehouden met de gevolgen die een medische beslissing voor de verpleegkundige heeft.	Sterk is uitwisselen van ervaringen, richting alle disciplines.	Te weinig tijd is een zwak punt. Te weinig tijd om alle kanten aan een casus echt goed te kunnen inventariseren.	Ja helemaal. Je zit er de hele dag bovenop.	
2.	Nee. De verpleegkundige moeten echt dealen met het besluit. Als de verpleegkundige er niet			Ja, helemaal.	

Interview	Bespreken gevolgen medische beslissing voor verpleegkundige	Voordelen sterke punten	Nadelen en zwakke punten	Gevoel dat moreel beraad over het werk van de verpleegkundige gaat	Opmerkingen
	bij zijn is er niemand die zich in hun situatie inleeft.				
3.	Ligt aan betrokken bij het moreel beraad. De belangen van de aanwezigen worden in de beslissing betrokken.	Het sterke is het goed en zorgvuldig doorspreken van een casus.	Zwak is dat het niet op acute situaties slaat.	Ja	
4.	Dit gebeurt niet, je wordt alleen gehoord.	Je kijkt in elkaars keuken en dat levert begrip op over en weer.	De groep is nogal groot. 10 tot 12 personen is erg veel om goed en snel te kunnen overleggen.	Ja	Veel verpleegkundigen gunnen zich geen tijd. Het is gewoon te druk. Dan moet iemand initiatief nemen buiten werktijd. Moreel beraad betekent even stilstaan en dat doen we alleen als er een echte morele vraag ligt. We worden ingehaald door waan van alle dag Ingehaald door waan van alle dag. Intervisie past beter bij verpleegkundigen. Verpleegkundigen hebben meer contact met patiënt, kunnen zich beter inleven. Ze zijn emotioneel betrokken bij patiënt. Medisch specialisten zijn dat minder. Emotionele betrokkenheid heeft invloed.

Interview	Bespreken gevolgen medische beslissing voor verpleegkundige	Voordelen sterke punten	Nadelen en zwakke punten	Gevoel dat moreel beraad over het werk van de verpleegkundige gaat	Opmerkingen
5.	Dit gebeurt wanneer het overleg multidisciplinair is. Dan worden de verpleegkundige gehoord. Wanneer het niet multidisciplinair is, dan worden ze niet gehoord. De vraag of een medische beslissing wel kan worden uitgevoerd wordt nooit gesteld. Waarom weet ik niet, dat zijn we zo gewend.	Het is wel heel helder. Het maakt het mogelijk om goede keuzes maken, vanuit een goede analyse. De situatie wordt vanuit veel invalshoeken bekeken.	Voor werk verpleegkundige is het niet handig. Utrechts stappenplan is vrij strak. Er worden wel antwoorden gegeven maar het wordt geen gesprek, ontmoeting. Dit laatste sluit beter aan bij de verpleegkundige.	Wel over het werk, maar niet over de dagelijkse handelingen. Dat is een andere dimensie.	
6.	Voor deze ethiekavond waren geen andere disciplines uitgenodigd. Nee dus.	De sfeer is open, dat is fijn, je kan alles zeggen.	Multidisciplinair was het niet en dat is minpunt.	Ja, en over de patiënt.	Gaandeweg ben je steeds bezig werk goed te doen. Hiervoor maak je de hele dag afwegingen.
7.		Het in gesprek zijn met elkaar is goed. Ook dat er meerdere disciplines bij betrokken zijn.	De arts beslist alleen wat er gaat gebeuren. Dit is niet direct negatief. Het in gesprek zijn met elkaar is op zich positief.	Ja	
8.					Ik heb wel het idee dat de patiënt bij het moreel beraad aanwezig zou moeten zijn. Wie behartigt nu belangen van patiënt? Zoals ik het

Interview	Bespreken gevolgen medische beslissing voor verpleegkundige	Voordelen sterke punten	Nadelen en zwakke punten	Gevoel dat moreel beraad over het werk van de verpleegkundige gaat	Opmerkingen
					nu zie lijkt me moreel beraad niet altijd in het belang van de patiënt. Die moet er echt bij zijn. Is nogal wat wanneer die er niet bij is. De belangen van de patiënt zijn ook de belangen van de verpleegkundige.

6 Ondersteuning door geestelijke verzorging

Interview	Rol van geestelijk verzorger in algemeen	Ondersteuning bij morele vragen verpleegkundigen	Sterke en zwakke punten
1.	Ze doet rituele handelingen, zoals dopen. Ook is ze met ouders in gesprek	Ze sluit ook aan bij de morele vragen van verpleegkundige, ook al is dat anders dan de vragen van patiënten. Ik heb het gevoel dat ze het herkennen. Ze bieden een luisterend oor en begrip.	Sterk is de aanwezigheid als we haar nodig hebben. Ze kan naar boven halen wat het probleem is. Laagdrempelig.
2.	Oké, over te spreken. Ik vind niet dat ze zich ongevraagd met zaken moeten bemoeien. Ze zijn geen aanduwer van processen. Ze hebben wel de rol van procesbegeleider en gespreksleider.	De geestelijk verzorgers kunnen zich goed in doelgroep verplaatsen. Ze zijn niet wollig, het gaat ook over de verpleegkundige. Ze bereiden hun zaken goed voor. Wat de geestelijk verzorger inbrengt wordt nooit zo specifiek benoemd. Het is een combinatie van structuur aanbieden, verschillende perspectieven laten zien die je aan het denken zetten. Ze zijn gespreksleider en stellen kritische vragen.	Sterk: ze komen goed over, ze luisteren geboeid. Een zwak punt kan ik niet aangeven. Ik vind het wel apart dat ze zo weinig met andere disciplines (bijvoorbeeld maatschappelijk werk) samenwerken.
3.	Het is goed dat ze de methode van moreel beraad aanleren en hierin	Het is mooi als je morele vragen vanuit meerdere oogpunten kunt zien en bespreken	Sterk: de borging van het juist hanteren van de methode en de begeleiding bij

Interview	Rol van geestelijk verzorger in algemeen	Ondersteuning bij morele vragen verpleegkundigen	Sterke en zwakke punten
	<p>begeleiden en coachen. Tijdens de besprekingen fungeren ze als één van de gespreksleiders, dit gaat mijns inziens prima.</p> <p>Hun rol zie ik soms als docent (als het gaat om het aanleren van een methode), medeorganisator, en verder vooral als coach/begeleider tijdens het moreel beraad.</p>	<p>en daar helpt ondersteuning door de geestelijk verzorgers zeker bij.</p>	<p>implementatie.</p>
4.	<p>Daar kan ik niet zoveel over zeggen. De geestelijke verzorging is voor mij niet zo zichtbaar. Ze zijn zeker wel bij de patiënten betrokken, dat is het wel voornamelijk.</p>	<p>Hun ondersteuning sluit niet zo aan bij de specifieke vragen van verpleegkundige. De geestelijk verzorger kan wel uitleg geven over hoe je vanuit verschillende kanten tegen iets aan kan kijken. Je krijgt een breder beeld, door verschillende invalshoeken. De geestelijk verzorger kan wat aanwakkeren met vragen als: 'zijn jullie nog ergens tegen aangelopen?'</p>	<p>Kan ik me niet herinneren.</p>
5.	<p>Hier is wel goede ondersteuning door de geestelijk verzorger. Wij consulteren geestelijk verzorger voor patiënt. Geestelijk verzorgers zijn nu meer aanwezig dan vroeger. De focus ligt op de patiënt.</p>	<p>Het andere perspectief is leuk. Geeft zeker meerwaarde. De geestelijk verzorger sluit wel aan bij morele vragen verpleegkundige. Intervisie is prima, maar niet wekelijks. Je gaat voorbij aan dingen door de waan van de dag. Eigenlijk zou het meer moeten gebeuren, zouden we meer evaluatie momenten moeten inlassen, maar we moeten zoveel. We gaan maar door en door. We moeten zoveel.</p>	<p>Sterk is andere manier van kijken, de andere taal. Ze gebruiken mooie woorden. Zwak: af en toe zijn ze niet helemaal <i>to the point</i>, wat breedspakig, een beetje 'geiten wollen sokken'.</p>
6.	<p>Naar patiënten zijn ze prima. Ik heb zelf niet veel met de geestelijke verzorging</p>	<p>Ze geven goed leiding, houden een spiegel voor, heel goed. We hebben scholing gehad</p>	<p>Ze zijn niet zo prominent aanwezig. Als ze erbij zijn is het oké. Ze zouden zich</p>

Interview	Rol van geestelijk verzorger in algemeen	Ondersteuning bij morele vragen verpleegkundigen	Sterke en zwakke punten
	<p>van doen gehad. Het is altijd een 1 op 1 gesprek met de patiënt. Ik kan zelf het gesprek met de patiënt ook wel aangaan. Daar voel ik me wel sterk genoeg in, maar dat geldt misschien niet voor iedereen. De patiënt moet het natuurlijk ook willen.</p>	<p>over professionele distantie: dat is hier wel punt. Je ziet patiënten vaak, je bent erg betrokken en hebt soms de neiging daar te ver in te gaan. Die scholing gebeurt nu door de Isala-academie, maar dat zou de geestelijke verzorging ook kunnen doen. Heeft met eigen grenzen te maken. Als er dilemma's zijn op de afdeling zouden ze erbij kunnen zijn, maar dat is nu niet zo. Hoe vul je je eigen waarden in?</p>	<p>meer kunnen profileren, bijvoorbeeld bij high tea bijeenkomsten aanwezig zijn. Wat je niet weet gebruik je niet.</p>
7.	<p>Het is een wisselend groepje, de ene is heel prettig en andere minder, dit is persoonsafhankelijk. De ene is er beter in dan andere. We hebben geen externe gespreksleiders. Voor mij hebben ze de rol van begeleider en gespreksleider, ook wel wat die van docent. Ze zijn geen initiatiefnemer.</p>	<p>We lossen veel zelf op. Ik heb de geestelijke verzorging nooit gebeld voor morele ondersteuning. Ik ga dan nog eerder naar het maatschappelijk werk. Tijdens de ethiekbijeenkomsten wordt alles goed door hen voorbereid.</p>	<p>Sterke kant: wanneer we hen bellen omdat het slecht gaat met een patiënt, dan komen ze direct. Dat werkt goed: acute zorg. De geestelijk verzorger is zeer precies in voorbereiding. Bij het laatste moreel beraad wilden de cardiologen er niet bij zijn. De geestelijk verzorger doet er dan alles aan om er toch één bij te hebben.</p>
8.	<p>We kunnen altijd bij ze terecht. Die wetenschap is heel erg prettig. We zien ze te weinig op afdeling. Ze stellen vragen, nodigen uit tot reflectie en bieden een luisterend oor. Dit doen ze ook voor de verpleegkundige. Het is mij niet bekend of ze ook in het team komen voor dit soort zaken.</p>		<p>Zwak: nee, niets. Sterk: ze zijn een hele fijne aanvulling. We komen zelf te weinig aan die dingen toe. We moeten ons meer verdiepen in spiritualiteit en religie. Ze zijn waardevol voor de patiënt. Ze zouden iets zichtbaarder kunnen zijn. We vergeten soms dat ze er zijn.</p>

7 Weergave resultaten groepsgepraek

Terminologie	Moreel beraad wordt door verpleegkundigen opgevat als een ethiekbijeenkomst/overleg. Dit omvat ook het bespreken van concrete casussen als vervolg op de voorafgaande introductie (scholing) in moreel beraad. Het omvat eveneens de ethiekbijeenkomsten zoals die op de dialyse worden georganiseerd.
Vorm	Moreel beraad volgens het Utrechts stappenplan is ook een hele mooie methode. Intervisie past beter bij de verpleegkundigen.
Totstandkoming	De ethiekbijeenkomsten komen tot stand doordat de ethiekgroep van de afdeling (twee personen) dit organiseert. Verpleegkundigen beslissen niet, dus moreel beraad volgens het Utrechts stappenplan wordt door hen niet aangevraagd.
Andere vormen van overleg over morele zaken	Dagevaluatie: dit eigenlijk een mini-moreel beraad. Ook wordt er tijdens de koffie over morele zaken overlegd.
Wat levert het verpleegkundige op	Diepgang door reflectie op het eigen handelen is meerwaarde. Delen van visies, reflectie van hoe anderen dingen zien of doen. Met elkaar tot respect en begrip komen.
Wat heeft verpleegkundige nodig	<ul style="list-style-type: none"> • Iemand moet het voor de verpleegkundigen organiseren, ze moeten het niet zelf op gang moeten brengen. • Structuur in gesprek door een goede gespreksleider, die kan doorvragen, een spiegel voorhouden en voorkomt dat het gesprek verzandt. Een kundige gespreksleider om structuur aan te brengen, is onontbeerlijk.
Wat houdt je tegen	Tijd en energie om het te organiseren. Je moet steeds door en er is zoveel.
Ideale moreel beraad	Dit heeft de vorm van een ethiekavond waarbij door middel van intervisie concrete casussen besproken worden. Dit ongeveer twee keer per jaar.
De rol van het gevoel	De gevoelsmatige betrokkenheid is erg hoog. Je kent de personen, je gaat er in mee. Over de medisch specialisten: de nefrologen hebben wel meer binding met de patiënten dan andere medisch specialisten. Ze zijn wel iets afstandelijker dan verpleegkundigen. Wij zien ze vaker en we zijn laagdrempeliger. We gaan veel meer in op psychosociale, huneuren enz. Je kunt als verpleegkundige wat vinden, maar niet beslissen. Wij blijven in het gevoel zitten om aan te geven wat we bedoelen.
Rol geestelijke verzorging	Initiatief nemen om een ethiekavond te organiseren. Hoeft niet perse de geestelijke verzorging te zijn, kan bijvoorbeeld ook maatschappelijk werk zijn. Gespreksleider voor de moreel beraden. Instantie waar je op kan terug vallen wanneer er problemen zijn op ethisch vlak.

E Bijlage 5 Weergave resultaten interviews geestelijk verzorgers

1 Waarden en missie

	Persoonlijke waarden in de zorg	Topdag	Missie	Over het belang van de patiënt
1	<ol style="list-style-type: none"> 1. kwaliteit van leven 2. persoonlijke tijd en aandacht, 3. vrijheid van pijn en ongemakken. 4. aandacht voor wensen en belangen familie. 5. openheid en transparantie. 6. goed in het team samenwerken. <p>Niet: productie draaien</p>	<p>Als ik er toe doe. Als ik een gesprek heb gehad met mensen waarvan ik denk dat ik echt van waarde ben geweest. Wanneer ik iets heb kunnen bijdragen.</p>	<p>Goede zorg die tegemoet komt aan de behoeftes van de patiënt. Hier wil ik een bijdrage aan leveren. Dit kan beleidsmatig, aan bed, inhoudelijk enzovoorts.</p>	<p>Belang van de patiënt is niet altijd leidend. Het is heel moeilijk om het patiëntenbelang goed te achterhalen en te formuleren. Dit belang kan ook een doel zijn op langere termijn, iets wat de patiënt nu mogelijk nog niet ziet. De belangen van de patiënt lopen door elkaar heen. Verpleegkundigen en medisch specialisten willen doen wat goed is voor patiënt maar hebben ook oog voor kosteneffectiviteit. Dit is een spanningsveld. Hierin moeten keuzes gemaakt worden.</p> <p>Ik probeer in het ziekenhuis het belang van patiënt voorop te stellen. Het belang van de familie is verweven met belang patiënt. De mens maakt deel uit van een geheel. Als er gekozen moet worden gaat voor mij het belang van de patiënt voor.</p>
2	<ol style="list-style-type: none"> 1. Persoonlijke tijd en aandacht. 2. Kwaliteit van leven. 3. aandacht voor spiritualiteit. 4. aandacht voor wensen en belangen van familie. 	<p>Het idee dat ik het verschil heb kunnen maken voor patiënt. Dit gevoel is me recent overkomen doordat een patiënt zei: "U bent echt gezonden." Het moest zo zijn. Op juiste tijdstip bij juiste</p>	<p>Ik hoop dat patiënt stem krijgt in waar het eigenlijk om gaat: "wat wil ik nou echt", en gelegenheid krijgt om hierover na te denken. Het is de bedoeling dat de patiënt zicht krijgt op zijn eigen</p>	<p>Wat in het belang van de patiënt is, is moeilijk te bepalen. Je hebt meer tijd nodig om echt met een patiënt in gesprek te gaan en het wezenlijke belang te achterhalen. We weten niet altijd zeker of het belang van de patiënt wel vóór gaat.</p>

	Persoonlijke waarden in de zorg	Topdag	Missie	Over het belang van de patiënt
	5. gelijke verdeling. 6. autonomie.	persoon, met juiste 'boodschap'.	waarden en dat dit geëffectueerd wordt. Niet over patiënt heen handelen.	De belangen van familie wegen wel eens zwaarder. Dit is vaak in gevallen waarin te lang is doorgestaan met behandelen. Dat was waarschijnlijk niet de wens van de patiënt.
3	1. kwaliteit van leven, 2. aandacht voor spiritualiteit. 3. autonomie van patiënt. 4. aandacht voor wensen en belangen van familie. 5. persoonlijke tijd en aandacht voor patiënt. 6. openheid en transparantie.	Een paar goede gesprekken met patiënten. Dat deze mensen tot zichzelf zijn gekomen, opluchting en steun hebben ervaren. Ik heb dan iets bijgedragen, namelijk dat ze contact hebben gekregen met zichzelf.	Mensen. ondersteunen in wie ze zijn en wat ze willen in deze wereld. Dit voor patiënt, familie en zorgmedewerkers.	Het belang van de patiënt staat in de praktijk niet altijd voorop. Dit belang komt niet altijd uit de verf. Vaak zijn er ook andere belangen, bijvoorbeeld het belang van de zorg zelf: wat komt de zorg het makkelijkste uit? De geestelijke verzorging stelt kritische vragen wanneer het belang van de patiënt in de knel komt. Dat is mijn taak. Bij mij staat het patiënten belang wel altijd voorop. Het belang van de patiënt moet altijd voorop staan. De blik moet hierbij meer gericht worden op de eigenheid van de persoon binnen zijn sociale kader. Meer op de waarden die de patiënt zelf belangrijk vindt. Het gaat erom de patiënt te ondersteunen om zichzelf en zijn waarden te vinden en te onderzoeken.

2 Moreel beraad

	Wat is moreel beraad	Wat met moreel beraad veranderen	Multidisciplinair gehalte laatste moreel beraad	Voor en nadelen Utrechtse methode
1	Gestructureerd gesprek	Het doel van moreel beraad is	Bij het laatste moreel beraad waren niet	Sterk: het kan in een uur. Het is

	Wat is moreel beraad	Wat met moreel beraad veranderen	Multidisciplinair gehalte laatste moreel beraad	Voor en nadelen Utrechtse methode
	met meerdere belanghebbenden over de vraag wat goede zorg in deze casus is.	een zo goed mogelijke oplossing voor concreet probleem. En het moet bijdragen aan een goede oplossing in vergelijkbare gevallen, een leereffect voor de toekomst.	alle betrokken verzorgerleners aanwezig. Met het perspectief van alle aanwezigen is wel rekening gehouden. We proberen de gevolgen die een beslissing heeft voor andere zorgverleners mee te nemen. Als er geen verpleegkundigen bij zitten en de geestelijk verzorgers zeggen hierover niets, dan wordt geen rekening gehouden met de gevolgen van een beslissing voor de verpleegkundigen.	gestructureerd. Je kan op een heldere manier een dilemma aanpakken en het leidt tot duidelijke oplossingen. Dit is gelijk het nadeel. De werkelijkheid is niet zo dichotoom, niet zwart of wit, maar vaak grijs. De methode is niet genuanceerd. Het sluit erg goed aan bij de omgeving van het ziekenhuis, het past er goed bij. Hierom past het ook bij verpleegkundigen, zij horen ook bij het ziekenhuis. Hiermee wordt iets anders bedoeld dan dat verpleegkundigen dit instrument moeten kunnen hanteren om zich te ontwikkelen in hun vak.
2	Systematische bespreking van situatie met morele kanten, gericht op het als team om kunnen gaan met een gekozen oplossingsrichting. Intervisie is ruimer dan moreel beraad. Door intervisie kan je gevoeligheid voor morele zaken ontwikkelen. Intervisie is geen voorwaarde voor	Moreel beraad is een instrument voor zorgverlening. Is mogelijk niet exclusief voor verzorgerlening, maar ook van patiënt. Familie en patiënt moeten erbij betrokken worden. Moreel beraad is ervoor om te bewaken dat je de dingen niet alleen doet omdat het kan, maar ook omdat het goed is. Het gaat om het verhogen van de kwaliteit van besluitvorming.	Bij het laatste moreel beraad waren vrijwel alle betrokken zorgverleners aanwezig, ook de verpleegkundigen. Het moreel beraad verliep prima en gestructureerd. In dit geval waren medisch specialisten tot de conclusie gekomen dat doorbehandelen niet meer zinvol was. Alle voorzorgsmaatregelen waren genomen om het besluit veilig voor iedereen te kunnen uitvoeren. Met het perspectief van verpleegkundigen wordt soms rekening gehouden. Zij moeten met het besluit dealen. De conclusie van het moreel beraad was dat we vaker en eerder met elkaar in	Sterk: in gezamenlijkheid proberen om recht te doen aan uiteenlopende opvattingen en visies. Zwak: het biedt geen dwingende logische weg, in de zin dat volautomatisch een conclusie volgt aan de hand van bepaalde gegevens. Dat blijft lastig. Het blijft een kwestie van afwegen.

	Wat is moreel beraad	Wat met moreel beraad veranderen	Multidisciplinair gehalte laatste moreel beraad	Voor en nadelen Utrechtse methode
	moreel beraad, het kan moreel beraad wel makkelijker maken.		gesprek moeten.	
3	Gezamenlijk denkproces.	Het doel van moreel beraad is bewerkstelligen dat mensen hun handelen altijd op waarden baseren en bewustwording van de waarden die het handelen bepalen.	Niet alle betrokken zorgverleners waren erbij aanwezig. Eigenlijk alleen de coassistenten en verpleegkundigen, de mensen in opleiding dus. Normaal gesproken wordt weinig rekening gehouden met de perspectieven van andere zorgverleners dan medisch specialisten. Nu is dat wel gebeurd. Het was wenselijk geweest als er medisch specialisten bij waren geweest. Dan zijn meer waarden en perspectieven de basis van een besluit. Vaak leven dokters in de veronderstelling dat ze alles met de verpleegkundigen delen. Volgens de verpleegkundigen was dat niet zo. "Medisch specialisten weten niet dat wij het kind echt vasthouden en pijn moeten doen." Altijd is de conclusie: we moeten meer met elkaar praten.	Sterk: het middel is adequaat: het dient het doel. Het kan zowel retrospectief en prospectief worden ingezet. Er wordt gestructureerd naar een oplossing toegewerkt. Zwak: het stappenplan is niet zo helder in de overgangen van de ene naar de volgende fase. Ook is de terminologie soms niet handig. Bijvoorbeeld waar het gaat om afwegingen is het niet helder waar de waarden nu van pas komen.

3 Verpleegkundigen en moreel beraad

	Over verpleegkundigen	Betrokkenen bij ad hoc moreel beraad	Waarom vragen verpleegkundigen geen moreel beraad aan	Ondersteuning van verpleegkundigen door geestelijk verzorgers
1	Echte morele dilemma's spelen	Specialisten en arts-	Onbekendheid met moreel beraad, niet	De vraag is of verpleegkundigen

	<p>zich af op niveau van de medisch specialisten. Verpleegkundigen hebben behoefte aan ondersteuning en reflectie: hoe ga ik met gebeurtenissen om en hoe verwerk ik de dingen. Verpleegkundigen worden meer geraakt. Zij moeten hier een weg in vinden. Het lijkt weliswaar dat verpleegkundigen emotioneler zijn dan medisch specialisten, maar dat is niet zo. Medisch specialisten argumenteren, beslissen op grond van argumenten. Verpleegkundige werken meer in betrokkenheid. Zij nemen ook beslissingen op basis van rationaliteit, ook relatie tot patiënt, alleen het onderwerp is anders.</p>	<p>assistenten. Altijd wel specialisten.</p>	<p>weten wat ze ermee kunnen. Ook onmacht ten opzichte van de dokters. De arts staat er soms niet voor open. De verpleegkundige moet een arts vinden die het gesprek aan wil gaan.</p>	<p>wel voldoende tot hun recht komen. Het doel moet zijn dat mensen op een goede manier kunnen werken. Dit kan met behulp van moreel beraad of intervisie. Het is beide een middel.</p>
2	<p>Verpleegkundigen vallen stil als er coassistenten of medisch specialisten bij zitten. 'O ik schrijf wel', zeggen ze dan. Ze voegen zich zonder uitgetest te hebben of dat wel nodig is. Dat is jammer. Onder elkaar hebben ze het hoogste woord. Dit heeft te maken met de hiërarchie in zorg. Dit is onoverkomelijk.</p>	<p>Het zijn vooral verpleegkundigen die het initiatief nemen voor ad hoc moreel beraad, vaker dan medisch specialisten. Verpleegkundige gaat dan naar geestelijk verzorger want: "die medisch specialisten luisteren toch niet." Dit gebeurt vanuit het idee dat we geen goede zorg leveren, dat er wel over wordt</p>	<p>Individuele verpleegkundigen vragen geen moreel beraad aan. De leidinggevende van de afdelingen wel. Interessanter is dat moreel beraad niet door medisch specialisten wordt aangevraagd en ook geen intervisie.</p>	<p>De geestelijk verzorgers zijn een soort hefboom om het moreel beraad toch van de grond te krijgen. Zij zijn als het ware de advocaat van de verpleegkundige.</p>

		<p>gebromd, maar dat er niets gebeurt. Ze krijgen bij de medisch specialisten wel eens het deksel op neus, maar niet als het bij geestelijke verzorging komt. Zij laten het doorgaan. Er moet veel gebeuren voor een verpleegkundige ertoe komt om iets aan de orde te stellen. Ze moeten de boosheid van de medisch specialisten incasseren.</p> <p>Ik heb het nooit meegemaakt dat moreel beraad werd aangevraagd door een arts. De medisch specialisten vinden het merkwaardig genoeg wel gek dat er geen moreel beraad is onder medisch specialisten.</p>		
3	<p>Verpleegkundigen onderschatten zichzelf chronisch. Ze denken: "o, zal wel zo moeten." De oorzaak is de cultuur binnen Isala. De dokters weten het ook. Heeft te maken met hiërarchie.</p>	<p>Moreel beraad wordt voornamelijk aangevraagd door arts-assistenten. Ik heb het niet meegemaakt dat moreel beraad werd aangevraagd door een arts of specialist.</p>	<p>Angst. De drempel is te hoog. Als ze het toch doen hebben ze hun angst overwonnen en zijn ze bij ons geweest. Dat het zo lastig is, is soms wel jammer. De kwaliteit van de zorg wordt uitgehold. Waarom medisch specialisten geen moreel beraad aanvragen: zij zien alleen een probleem en willen dat oplossen. Ze zijn niet gewend om te reflecteren: waarom doe ik dit eigenlijk? Het zijn loodgieters.</p>	