

# Moreel beraad en de versterking van ethische competenties van zorgprofessionals

---

*Analyse van de verslaglegging van moreel beraad in Isala Zwolle*

Willem Jan van der Veen

Scriptie Masteropleiding Geestelijke Verzorging  
Rijksuniversiteit Groningen, Faculteit Godgeleerdheid en Godsdienstwetenschap  
Groningen, juni 2015

auteur:  
Willem Jan van der Veen (S0330957)

facultair begeleider:  
prof.dr.F.de Lange (Protestantse Theologische Universiteit)

dagelijks begeleider:  
drs. A.Hasker (Isala Zwolle)

# Inhoud

Inhoud .....	1
1 Over moreel beraad .....	3
1.1 Casus.....	3
1.2 Inleiding.....	4
1.3 Moreel beraad in het kort.....	5
1.4 Vraagstelling en werkwijze.....	7
2 De bijdrage van moreel beraad aan goede zorg.....	9
2.1 Inleiding.....	9
2.2 Goede zorg .....	9
2.2.1 Inleiding.....	9
2.2.2 Goede zorg als relationeel begrip .....	9
2.3 Ethische competenties in de organisatie .....	10
2.3.1 Inleiding.....	10
2.3.2 Ethiek in de zorg.....	11
2.3.3 Ethische competenties .....	13
2.3.4 Professionals in reflectieve organisaties.....	14
2.4 Inhoud en proces van moreel beraad .....	16
2.4.1 Inleiding.....	16
2.4.2 Een goede start .....	16
2.4.3 Welgevormde casuïstiek .....	16
2.4.4 Passende methodiek .....	17
2.4.5 Een goed gestelde morele vraag.....	17
2.4.6 Welgevormde oordelen .....	17
2.4.7 Een goed besluit .....	18
2.4.8 Heldere afspraken .....	18
2.4.9 Een competente gespreksleider.....	18
2.5 Uitkomsten van moreel beraad .....	20
2.5.1 Inleiding.....	20
2.5.2 Intermediërende uitkomsten.....	20
2.5.3 Evaluatie van resultaten.....	22
2.6 Van moreel beraad naar goede zorg.....	23
3 Verslaglegging van moreel beraad in de praktijk.....	27
3.1 Inleiding.....	27
3.2 Verslaglegging .....	28
3.2.1 Inleiding.....	28
3.2.2 Onderdelen van de verslaglegging.....	28
3.2.3 Moersprudentie .....	29
3.2.4 Conceptueel schema .....	30
3.3 Moreel beraad in Isala Zwolle .....	32
3.3.1 Inbedding in de organisatie.....	32
3.3.2 Werkwijze.....	32
3.3.3 Overzicht van bijeenkomsten 2010-2012 .....	33
3.3.4 Implicaties voor verslaglegging: een eerste toegang.....	36
3.4 Moreel beraad in de opleiding.....	37

3.4.1	Inleiding .....	37
3.4.2	Casus.....	37
3.4.3	Methodiek .....	39
3.4.4	Beeldvorming .....	39
3.4.5	Oordeelsvorming.....	39
3.4.6	Besluitvorming .....	42
3.4.7	Afsluiting en evaluatie.....	44
3.4.8	Implicaties voor verslaglegging: omgaan met groepsverschillen .....	45
3.5	Moreel beraad in de zorgpraktijk.....	47
3.5.1	Inleiding .....	47
3.5.2	Casus.....	47
3.5.3	Methodiek .....	50
3.5.4	Beeldvorming .....	50
3.5.5	Oordeelsvorming.....	50
3.5.6	Besluitvorming .....	52
3.5.7	Afsluiting en evaluatie.....	52
3.5.8	Implicaties voor verslaglegging: perspectieven en besluitvorming in beeld .....	53
3.6	Evaluatie aan de hand van twee interviews .....	54
3.6.1	Inleiding .....	54
3.6.2	Evaluatie van twee deelnemers aan moreel beraad .....	54
3.6.3	Implicaties voor verslaglegging: dichter bij de echte dilemma's.....	57
4	Conclusies en aanbevelingen .....	61
4.1	Inleiding .....	61
4.2	Conclusies.....	61
4.3	Aanbevelingen.....	64
4.3.1	Verankering in de organisatie .....	64
4.3.2	Doelstelling(en) van de verslaglegging.....	65
4.3.3	Het belang van evaluatie.....	65
4.3.4	Bewaken van de kwaliteit .....	65
4.3.5	Verzameling en integratie van informatie .....	66
4.3.6	Toekennen van rollen.....	67
4.4	Tot besluit: naar een nieuw archief van moreel beraad.....	67
	Literatuur.....	69
Bijlage	Richtlijnen voor het schrijven van een casus (1).....	71
Bijlage	Richtlijnen voor het schrijven van een casus (2).....	74
Bijlage	Format voor verslaglegging moreel beraad (1).....	75
Bijlage	Format voor verslaglegging moreel beraad (2).....	76
Bijlage	Lijst van waarden.....	77
Bijlage	Evaluatieformulier .....	78
Bijlage	Opzet van de interviews.....	79

# 1

## Over moreel beraad

### 1.1 Casus

De heer M. is een 75-jarige man die is opgenomen op onze afdeling in verband met ernstige pijnklachten in zijn rug. Hij maakt een zieke indruk. Na uitgebreid onderzoek blijkt dat hij darmkanker heeft met metastasen in zijn wervelkolom. Hij kan hiervoor niet meer curatief behandeld worden en daarover is hij geïnformeerd. Wel wordt mijnheer in een gespecialiseerd ziekenhuis palliatief bestraald. Als hij weer terug is in ons ziekenhuis stelt één van de verpleegkundigen de vraag of er al is gesproken over het reanimatiebeleid. Dat blijkt niet het geval te zijn en ik dring er op aan dat dit gebeurt voordat mijn dienst begint. Op grond van mijn ervaring lijkt mij een eventuele reanimatiepoging zinloos en ook schadelijk voor deze patiënt. De arts-assistent begrijpt dit en neemt na overleg met de hoofdbehandelaar een niet-reanimeer besluit met als argument dat het medisch zinloos is om nog een eventuele reanimatiepoging te doen.

De arts-assistent en ik gaan samen naar de patiënt om het beleid te bespreken. Daarbij is ook zijn echtgenote aanwezig. Tijdens het gesprek vraagt de arts hoe mijnheer hier zelf over denkt en die zegt dat hij het er niet mee eens is. “Ik wil blijven leven en ik wil niet dat jullie mij opgeven”, zegt hij en ook zijn echtgenote reageert heel heftig. Ze vindt dat “al het mogelijke moet worden gedaan”, ondanks de slechte prognose. Wij proberen nogmaals uit te leggen wat de argumenten zijn voor een niet-reanimeerbesluit, maar veel heen en weer gepraat levert niets op. Op een gegeven moment zegt de arts-assistent het probleem nog eens te zullen bespreken met de specialist en gaat weg.

Ik blijf nog even bij de patiënt en zijn vrouw, die beiden denken dat het NR beleid nu van de baan is. Als ik later de arts-assistent spreek blijkt dat inderdaad het geval te zijn. De arts-assistent heeft na overleg met de hoofdbehandelaar besloten om pas na het weekend op de kwestie terug te komen en tot dat moment geen behandelingsbeperkingen in te stellen. Ik had grote moeite met deze gang van zaken, want zo wordt van mij en mijn collega's verwacht dat we een eventuele reanimatiepoging ondernemen terwijl alle hulpverleners het er over eens zijn dat dit de patiënt alleen maar zal schaden.

*bron: Kooijman en Vleugels (2008), Voorbeeld 4-7, pp.94-95.*

## 1.2 Inleiding

In deze casus is een verpleegkundige aan het woord die een situatie beschrijft die in veel denkbare variaties voorkomt in ziekenhuizen. Het gaat hier om een complexe situatie met een morele lading op verschillende niveau's. Die morele lading is besliskundig en relationeel van aard.

De medisch-besliskundige dimensie is zichtbaar in het oordeel van de artsen dat er geen mogelijkheden meer zijn om de heer M. curatief te behandelen. Verdere behandeling zou gezien worden als medisch-zinloos, als *overbehandeling*. Dit besliskundige oordeel strekt zich ook uit over de onwenselijkheid van reanimatie en wordt gedeeld door de andere zorgverleners. Een reanimatie-poging wordt als zinloos beoordeeld en zou de patiënt vooral schade toebrengen.

Tegenover het perspectief van de hoofdbehandelaar wordt de wens van de patiënt en diens echtgenote geplaatst om geen behandelbeperkingen in te stellen. Zij spreken uit dat al het mogelijke moet worden gedaan en dat ook tot reanimatie overgegaan moet worden als de situatie zich zou aandienen. Voor de echtgenote lijkt een reanimatiepoging ook de betekenis te hebben dat daarmee tot uiting komt dat het leven van haar man de moeite waard is om voor te vechten.

Uit de casusbeschrijving valt op te maken dat de betrokkenen elkaar niet begrijpen en dat medische argumenten botsen op gevoelens, verlangens en overwegingen van de patiënt en diens echtgenote. Heen en weer gepraat brengt de betrokkenen niet tot elkaar en onduidelijkheid ontstaat vervolgens omdat de arts-assistent aangeeft de situatie opnieuw te willen voorleggen aan de hoofdbehandelaar. De ontstane impasse heeft tot gevolg dat de hoofdbehandelaar niet meteen de mogelijkheid van reanimatie wil uitsluiten. Wellicht twijfelt de hoofdbehandelaar aan de juistheid van het ingenomen standpunt vanwege hier niet genoemde redenen. Ook kan het zijn dat hier sprake is van onnadenkende slordigheid of zelfs van een berekenend afschuiven van de verantwoordelijkheid op het verplegend personeel. Niet alleen de relatie tussen patiënt en zorgverleners loopt averij op, maar ook die tussen arts en verpleegkundige. De beschrijving van de situatie legt bloot dat er een verschil in (beslissings)macht bestaat tussen artsen en verpleegkundigen en dat (mede daardoor) morele dilemma's ontstaan bij de verpleegkundigen: hoe te handelen in een situatie dat een reanimatiepoging aan de orde zou zijn? Hoe zich te verhouden tot de patiënt en diens echtgenote die even gerustgesteld zijn, althans voor het komende weekend?

Omdat een besliskundig dilemma niet tot een oplossing is gekomen maar heeft geleid tot verstoorde verhoudingen en onduidelijkheid bij de patiënt kan hier gesproken worden van sub-optimale zorg. Daarmee is ook duidelijk geworden dat goede zorg niet alleen gaat over vakbekwaamheid en gemotiveerde beslissingen om wel of niet te behandelen, maar ook over het aangaan van een goede zorgrelatie met de patiënt (en direct betrokkenen) en een goede samenwerking met andere professionals. De verstoorde zorgrelatie lijkt gevoelens van onmacht bij de verpleegkundige met zich mee te brengen, want zij zal misschien tot handelen moeten overgaan (door te reanimeren) op een wijze die zij moeilijk te verantwoorden vindt en die indruist tegen haar waarden.

Zouden professionals met elkaar in gesprek kunnen gaan en daarin kunnen leren van casuïstiek zoals hier besproken? In dit onderzoek gaat de aandacht uit naar het moreel beraad als gespreksvorm waarin morele vragen aan de orde komen. In moreel beraad worden situaties in de zorg, zoals hier in de casus besproken, aan de orde gesteld en worden de morele dimensies ervan verkend en gewogen. Daarmee is het een instrument dat in een zorginstelling ingezet kan worden om de morele competenties van zorgverleners te versterken en het verlenen van goede zorg te ondersteunen.

In de eerste twee hoofdstukken van dit onderzoeksverslag wordt verkend wat *goede zorg* zou kunnen zijn, wat *ethiek* hiermee te maken heeft en wat *moreel beraad* is en kan betekenen. In dit inleidende hoofdstuk wordt de centrale vraagstelling van dit onderzoek geformuleerd. In deze vraagstelling en de uitwerking ervan wordt duidelijk dat het in dit onderzoek gaat om het verkennen van de mogelijke toegevoegde waarde van de *verslaglegging* van moreel beraad. Deze bepaling van de waarde van verslaglegging wordt in dit onderzoek ondernomen door eerst op systematische wijze te verkennen wat de bijdrage van *deelname* aan moreel beraad aan het leveren van goede zorg zou kunnen zijn. De waarde van verslaglegging ligt in het verlengde hiervan en in dit onderzoek wordt met verslagen van moreel beraad van Isala Zwolle onderzocht in hoeverre de raadpleging ervan zou kunnen bijdragen aan het leveren van goede zorg. Met een verkenning van de literatuur en een analyse van enkele verslagen van moreel beraad vanuit de opleiding en de zorgpraktijk worden inzichten verkregen om een nieuw archief van moreel beraad in Isala Zwolle en mogelijk in andere zorginstellingen te ontwerpen, op te bouwen en te ontsluiten voor zorgprofessionals.

### 1.3 Moreel beraad in het kort

Het bieden van goede zorg aan zorgvragers is wellicht de belangrijkste en meest vanzelfsprekende drijfveer voor zorgverleners. Van Dartel en de Witte (2014, p.38) schetsen het perspectief van de professional als volgt:

De *professionals* zijn vooral gericht op de kwaliteit van hun beroepspraktijk. In heel concrete zin: hoe kan ik de patiënt zo goed mogelijk bijstaan en hem de zorg geven die hij nodig heeft? Hun handelen wordt mede bepaald door de context van de praktijk. Zij worden daarbij gevoed door idealen, door waarden en beelden, die volgens hen een praktijk tot een goede praktijk en henzelf tot goede professionals maken. Bepalend voor de kwaliteit van hun handelen is niet (slechts) het resultaat, maar het hele proces.

De casus aan het begin van dit hoofdstuk laat echter zien dat sprake kan zijn van sub-optimale zorg. Goede zorg, zo blijkt uit deze casus, heeft te maken met verantwoorde keuzes, goede relaties met de patiënt en direct betrokkenen, en een goede samenwerking en communicatie met de betrokken zorgverleners. In het professionele handelen hebben zorgverleners rekening te houden met verschillende normen en waarden: ten grondslag liggend aan de persoonlijke invulling van het werk in de zorg, en ingebracht door de eigen beroepsgroep, de zorginstelling waarin ze werkzaam zijn en de patiënt op wie zij betrokken zijn. Het verlenen van goede zorg is in veel opzichten moreel geladen en vaak de uitkomst van een proces waarin tegenstrijdige belangen en waarden in het geding zijn. Ethische reflectie is een essentieel onderdeel gaan vormen van de beroepsuitoefening in de

gezondheidszorg (van Dartel en de Witte, 2014). Moreel beraad vormt één van de instrumenten voor zorginstellingen om het collectief bespreken van ethische vraagstukken te verankeren in de organisatie.

In de literatuur wordt moreel beraad op uiteenlopende wijze beschreven en gedefinieerd. *Het* moreel beraad bestaat weliswaar niet (de Bree en Veening, 2012) maar enkele kenmerkende eigenschappen worden wel genoemd:

- het moreel beraad is een gesprek of gezamenlijke dialoog (de Bree en Veening, 2012; Molewijk, 2014).
- een moreel beraad is een gesprek voor en door zorgprofessionals, geen gesprek tussen theoretici, of tussen zorg-experts en ethiek-experts, of tussen professionals en cliënten/patiënten (de Bree en Veening, 2012).
- het moreel beraad is gericht op de bespreking van morele of ethische kwesties (Molewijk, 2014; de Bree en Veening, 2012).
- moreel beraad gaat over een concrete ervaring of situatie (Molewijk, 2014; de Bree en Veening, 2012); steeds wordt het antwoord onderzocht op een morele vraag in een concrete ervaring. Moreel beraad is geen filosoferen en/of discussiëren over algemene concepten, visies en theorieën (Molewijk, 2014).
- binnen een moreel beraad staat een morele vraag centraal (Molewijk, 2014).
- binnen een moreel beraad is er sprake van een onderzoek naar de betekenis, vooronderstellingen en antwoorden op de morele vraag (Molewijk, 2014).
- een moreel beraad is een instrument om de deelnemers te helpen om zo gestructureerd mogelijk na te denken over de ethische kwestie (de Bree en Veening, 2012).
- gebruik wordt gemaakt van een structurerende methode (de Bree en Veening, 2012); een moreel beraad is een methodisch gesprek (Molewijk, 2014).
- het gesprek wordt geleid door een gespreksleider die het denkproces bewaakt en bevordert, maar die zich verder niet met de inhoud of uitkomst van het gesprek bemoeit (de Bree en Veening, 2012).
- moreel beraad heeft de volgende doelen (Molewijk, 2014): 1. beter begrijpen van de casus, meerdere gezichtspunten te zien en een beslissing, antwoord of oplossing te formuleren, 2. op het professionele niveau versterken van de morele competentie of attitude, 3. verbetering van de communicatie en samenwerking binnen teams, 4. verbindingen maken op organisatorisch en beleidsniveau tussen de zorgpraktijk en de visie en het beleid van de organisatie.

Vanuit deze kenmerkende eigenschappen wordt hier de volgende definitie van moreel beraad aangehouden:

*Moreel beraad is een (interdisciplinair) gesprek binnen een afgebakend tijdsbestek volgens een bepaald gespreksmodel onder leiding van een gekwalificeerde gespreksleider. Het gesprek gaat over een concrete situatie in de zorg die is ingebracht door één of meerdere professionals. Moreel beraad is op verschillende niveaus gericht op het bieden van goede zorg: door het begrijpen en eventueel tot een oplossing brengen van een casus, het versterken van de morele competentie van professionals, het verbeteren van de*



*communicatie en samenwerking binnen teams en het verbinden van de zorgpraktijk aan de visie en het beleid van de organisatie.*

## **1.4 Vraagstelling en werkwijze**

In Isala Zwolle wordt moreel beraad georganiseerd, in het kader van de opleiding en (na)scholing en als een mogelijkheid voor zorgverleners in het ziekenhuis om een actuele en spoedeisende casus gezamenlijk te bespreken en tot een besluit te komen. Van deze bijeenkomsten wordt verslag gedaan en een archief wordt hiermee opgebouwd. De coördinator van het moreel beraad in Isala heeft een overzicht gemaakt van alle bijeenkomsten die hebben plaatsgevonden in de periode 2010-2012 (Hasker, 2013).

Dit onderzoek maakt deel uit van een project dat als doelstelling heeft om een systematische opbouw van een digitaal archief van moreel beraad in Isala Zwolle voor te bereiden aan de hand van een analyse van bestaande verslagen. Deze doelstelling komt voort uit het besef dat eerst nagedacht zou moeten worden over een aantal fundamentele vragen voordat tot praktische en technische uitvoering overgegaan zou kunnen worden. Deze fundamentele vragen hebben betrekking op de relevantie van moreel beraad in de opleiding en de zorgpraktijk in het ziekenhuis (waar draagt moreel beraad aan bij?; wat zijn de effecten van moreel beraad?) en op de mogelijke meerwaarde van een goed doordachte verslaglegging (voor wie is de verslaglegging bedoeld?; waar kan de verslaglegging aan bijdragen?; wat zijn de doelstellingen van verslaglegging?).

Uitgegaan wordt van de gedachte dat de waarde van verslaglegging een afgeleide is van de mogelijke waarde van *deelname* aan het moreel beraad. Om verslagen van moreel beraad te analyseren en op waarde te schatten is dan ook eerst aan de orde om te onderzoeken welke waarde deelname aan moreel beraad kan hebben ten aanzien van het bieden van goede zorg in het ziekenhuis. Moreel beraad kan mogelijk deze bijdrage aan goede zorg leveren wanneer deelnemers aangesproken worden op en versterkt worden in hun morele competenties. In het verlengde daarvan zou ook de verslaglegging een toegevoegde waarde kunnen hebben voor zorgprofessionals die de verslagen of het archief van moreel beraad raadplegen. De centrale vraagstelling luidt:

*Op welke manier kan de verslaglegging van moreel beraad bijdragen aan de ethische competenties van zorgprofessionals en daarmee aan goede zorg?*

De werkwijze om deze vraagstelling uit te werken is tweeledig, met de opbouw van een conceptueel schema in hoofdstuk 2 en een analyse van empirisch materiaal in hoofdstuk 3. In het volgende hoofdstuk wordt vanuit een selectie van literatuur verkend op welke wijze moreel beraad kan bijdragen aan het leveren van goede zorg in de zorginstelling. Deze verkenning wordt stapsgewijs opgebouwd en is gericht op begripsbepaling, het maken van verbindingen tussen begrippen of concepten (bijvoorbeeld tussen 'moreel beraad' en 'ethische competenties') en op een evaluatie van de verdiensten van moreel beraad. De keuze van literatuur is erop gericht om verbindingen te leggen tussen een optimale context waarin moreel beraad ingebed kan zijn, de kenmerken van een optimaal moreel beraad, de uitkomsten van moreel beraad die als belangrijk worden gezien, ethische competenties en goede zorg. Daarmee worden de mechanismen of factoren inzichtelijk die maken dat het houden van een moreel beraad daadwerkelijk bijdraagt aan goede zorg. Bovendien wordt

daarmee ook inzichtelijk gemaakt waar het morele beraad en de context daaromheen aan moeten voldoen om daadwerkelijk die bijdrage aan goede zorg te kunnen leveren.

Het conceptuele schema dat in hoofdstuk 2 is samengesteld dient vervolgens in hoofdstuk 3 als analysekader voor een beschouwing van de verslaglegging van moreel beraad in Isala Zwolle. In hoofdstuk 3 wordt dit conceptuele schema verder uitgebreid door de bijdrage van de verslaglegging er in op te nemen. Het begrip *moresprudentie* wordt geïntroduceerd en toegelicht om daarmee de verslaglegging van moreel beraad te zien in het kader van het opbouwen van ethische kennis en ervaring in een reflectieve organisatie. Een overzicht van moreel beraad in de periode 2010-2012 wordt gegeven en een set van bijeenkomsten, één gehouden in het kader van de opleiding en de ander naar aanleiding van een actuele casus in de zorgpraktijk, wordt in detail onderzocht en geëvalueerd volgens het 7-fasenmodel van moreel beraad (de Bree en Veening, 2012) en 6 resultaat-domeinen (Svantesson et al., 2014). Naar aanleiding van de analyse van de bijeenkomst in de zorgpraktijk is een tweetal semi-gestructureerde interviews gehouden met twee deelnemers aan die bijeenkomst. Vanuit de analyse, evaluatie en de interviews wordt geïventariseerd welke informatie vanuit de praktijk van moreel beraad in Isala Zwolle beschikbaar is, welke informatie van waarde ontbreekt in de verslaglegging en wat de mogelijke waarde kan zijn van het raadplegen van de verslaglegging.

In hoofdstuk 4 worden conclusies getrokken vanuit de samenstelling van het conceptuele schema en de analyse van de verslagen van moreel beraad in Isala Zwolle. Bovendien wordt in dit hoofdstuk de centrale vraagstelling beantwoord. Tot slot wordt een aantal aanbevelingen geformuleerd rond de opzet van een archief van moreel beraad in Isala Zwolle en mogelijk in andere zorginstellingen.

# 2

## De bijdrage van moreel beraad aan goede zorg

### 2.1 Inleiding

Dat een zorginstelling het leveren van goede zorg aan patiënten kan bevorderen door moreel beraad te organiseren en te verankeren in opleiding, scholing en zorgpraktijk is intuïtief voorstelbaar. Met het periodiek of op verzoek organiseren van moreel beraad worden zorgprofessionals immers in de gelegenheid gesteld om op een systematische manier na te denken, te reflecteren en met elkaar van gedachten te wisselen over morele aspecten van een concrete situatie in hun zorgpraktijk. Hoe moreel beraad kan bijdragen aan goede zorg in een zorginstelling is het onderwerp van dit hoofdstuk.

### 2.2 Goede zorg

#### 2.2.1 Inleiding

Een eerste aanzet tot een waardebeoordeling van moreel beraad bestaat uit het bespreken van datgene waarop dit instrument is gericht: het bieden van goede zorg (zie §1.3). De begripsbepaling van wat onder goede zorg verstaan kan worden wordt hier ter hand genomen met een achtergrondpublicatie van de toenmalige Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ, sinds begin 2015 met de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling verder gegaan als Raad voor Volksgezondheid en Samenleving) over gezamenlijke besluitvorming in de zorg (Struijs en Jongsma, 2013).

#### 2.2.2 Goede zorg als relationeel begrip

Aan het advies van de RVZ in 2013, *De participerende patiënt*, ligt een vraag van de minister van VWS ten grondslag die hier van waarde is om *goede zorg* nader te definiëren:

Hoe kunnen patiënt en dokter het eens worden over de behandeling? Kunnen de wensen van de patiënt een grotere rol spelen in de besluitvorming over de zorg? Kortom: wat is de definitie van 'goede zorg', wiens definitie is het en hoe realiseren wij die? Met andere woorden: onder welke voorwaarden ontstaat 'goede zorg'? (geciteerd in Struijs en Jongsma, 2013)

Uit deze adviesvraag klinkt het besef door dat goede zorg niet een vaststaand gegeven is waarvan de zorgverlener of de patiënt de eigenaar is maar kan ontstaan in een traject van interactie tussen zorgverlener en patiënt waarin zij beiden een inbreng hebben. De RVZ werkt deze gedachte uit aan de hand van het begrip *gezamenlijke besluitvorming*:

Zorgverleners en patiënten zijn ieder expert op hun eigen gebieden: zorgverleners weten veel van de ziekte en de behandeling daarvan, patiënten hebben ervaringskennis over hun ziekte en over het eigen leven waarin een behandeling geïntegreerd zal moeten worden. Beide partijen brengen hun

specifieke expertise in en beslissen vervolgens samen over het zorgtraject (Struijs en Jongsma, 2013)

Gezamenlijke besluitvorming wordt hiermee gepresenteerd als een zinvol en uitvoerbaar ideaal, dat een goed uitgangspunt biedt voor de zorg. Voor dit onderzoek volstaat het om een werkdefinitie te geven van *goede zorg* die nauw aansluit bij de volgende noties van gezamenlijke besluitvorming:

- dat het gaat om een gezamenlijk proces van beslissingen nemen over gezondheids- en behandeldoelen.
- dat goede zorg vorm krijgt doordat zorgverlener en patiënt hun eigen kennis inbrengen.

Op geleide van Struijs en Jongsma (2013) en Elwyn et al. (2012) wordt goede zorg als volgt omschreven:

Van goede zorg is sprake wanneer deze voortkomt uit gezamenlijke besluitvorming van zorgverlener en patiënt over gezondheids- en behandeldoelen. De zorgverlener brengt zijn kennis en kunde in, de patiënt draagt bij met zijn ervaringskennis, waarden en wensen. Op deze manier wordt recht gedaan aan de expertise van de zorgverlener en aan het recht van de patiënt op volledige informatie over alle behandel- en zorgopties en over de mogelijke voordelen, risico's en effecten daarvan.

Struijs en Jongsma (2013) merken hierbij wel op dat gezamenlijke besluitvorming niet in alle zorgsituaties van toepassing of uitvoerbaar is en dat niet alle patiënten in staat zijn om hun ervaringen, waarden, wensen en keuzes in het zorgtraject in te brengen. Een tweede opmerking die hier van belang is met het oog op de bespreking van het moreel beraad is dat bij de kennis en kunde van de zorgverlener ook (professionele en persoonlijke) *waarden* in het spel zijn. Deze waarden spelen vaak impliciet een belangrijke rol bij de positiebepaling van de zorgverlener in een proces van besluitvorming. Het moreel beraad is er juist op gericht om deze onderliggende waarden te expliciteren en deelnemers zich bewust te laten worden van hun eigen waarden en die van andere betrokkenen.

## 2.3 Ethische competenties in de organisatie

### 2.3.1 Inleiding

Het leveren van goede zorg is hierboven kort geïntroduceerd als een dynamisch proces waar kennis en kunde van professionals in de zorg en de ervaringskennis, waarden en wensen van patiënten tezamen bepalen hoe het zorgtraject verloopt. Voor de zorgverlener betekent dat dat hij over *competenties* moet beschikken om zijn kennis en kunde in te zetten én om de gevoelens, wensen, verwachtingen, waarden en ervaringen van de patiënt te leren kennen. Deze competenties hebben betrekking op medisch expertise, communicatieve vaardigheden en vooral ook mensenkennis (Struijs en Jongsma, 2013). Om een vertaalslag te kunnen maken naar *ethische competenties* die van zorgverleners worden gevraagd om goede zorg te kunnen leveren wordt eerst de ethische achtergrond van het hier gehanteerde begrip *goede zorg* in grote lijnen geschetst. Bepaalde ethische kernwaarden, zoals *goed doen* en *niet schaden*, vormen de basis van de medisch-ethische besluitvorming, terwijl *respect voor autonomie* en inzichten uit de zorgethiek de basis vormen voor de communicatie met de

patiënt. De ethische competenties die hieruit volgen hebben betrekking op het kunnen en willen aangaan van een zorgrelatie met de patiënt. Deze ethische competenties worden vervolgens in een wijder perspectief geplaatst door te kijken naar de organisatie van de zorginstelling waarbinnen zorgprofessionals hun ethische competenties kunnen versterken. Het begrip *reflectieve organisatie* wordt hierbij gebruikt om te benadrukken dat het versterken van ethische competenties niet alleen een zaak is van individuele professionals in de zorg maar ook tot de kern van visie en beleid zou moeten behoren van een zorginstelling die gericht is op het bieden van goede zorg.

### 2.3.2 Ethiek in de zorg

Wat onder goede zorg verstaan wordt verandert in de tijd, door toedoen van veranderingen in ziek zijn en sterven, maatschappelijke en medisch-technische veranderingen en nieuwe manieren van denken over zorg, gezondheid en ethiek. De definitie van goede zorg zoals hier is gebruikt komt voort uit recente ontwikkelingen in het denken over ethiek met een sterke nadruk op autonomie en participatie van de patiënt. Om toe te lichten wat er 'ethisch' is aan het verlenen van goede zorg volstaat het hier om de twee belangrijkste ingrediënten van de zorgbetrekking vanuit ethisch perspectief te bespreken: het inbrengen van medisch-professionele opvattingen, kennis en kunde aan de hand van de kernbegrippen *niet-schaden* en *goeddoen* uit de hippocratische traditie en de inbreng van waarden en wensen van de patiënt aan de hand van het kernbegrip *autonomie*. Deze kernbegrippen worden vaak, zo niet (bijna) altijd, als waarden ingebracht en besproken in het moreel beraad.

De oorsprong van de medische ethiek is te vinden bij Hippocrates (Ten Have, Ter Meulen en Van Leeuwen, 2009). In de hippocratische eed wordt als moreel uitgangspunt geformuleerd dat een medische behandeling wordt ingesteld wanneer die van voordeel is voor de patiënt; wat schade teweegbrengt wordt niet toegepast (Ten Have, Ter Meulen en Van Leeuwen, 2009). Twee morele beginselen zijn in deze traditie leidend: het principe van goeddoen en het principe van niet-schaden. Tussen deze twee morele principes bestaat een geleidelijke overgang (Ten Have, Ter Meulen en Van Leeuwen, 2009): de ondergrens wordt gevormd door handelen dat geen schade toebrengt, de bovengrens door handelen dat het goede bevordert of tot stand brengt. Het primaat in dit continuüm wordt in deze traditie gelegd bij de plicht om anderen niet te schaden, zoals uitgedrukt in de Latijnse spreuk *primum non nocere*.

Een belangrijk aspect van de hippocratische traditie is dat bij de afweging van kosten en baten van medisch handelen sprake is van duidelijke grenzen. Als een ziekte niet te genezen is en handelen schade zou berokkenen dient de arts af te zien van medisch ingrijpen en zijn onmacht te erkennen. De geneeskunde dient een beperkt doel, bestaande uit het wegnemen of doen verminderen van het lijden en begrensd door de beperkte mogelijkheden van de geneeskunde en het niet-schaden beginsel.

Een belangrijk punt van kritiek op de hippocratische traditie is dat het medisch perspectief domineert (Ten Have, Ter Meulen en Van Leeuwen, 2009): in de geneeskunde wordt vanuit dit perspectief een kosten-baten analyse opgesteld van bepaalde vormen van medisch handelen op een betrekkelijk objectieve wijze, maar de opbrengsten en de schade kunnen ook subjectief door de patiënt bepaald worden. Deze subjectieve bepaling door de patiënt van wat wel of niet gewenst is speelde in de hippocratische traditie aanvankelijk geen rol: de

beroepsbeoefenaar bepaalt wat er gebeurt, want dat is ook zijn morele opdracht (Ten Have, Ter Meulen en Van Leeuwen, 2009).

In de medisch-ethische traditie die opkwam aan het einde van de jaren zestig van de vorige eeuw staat *respect voor de autonomie* van de patiënt centraal. De opkomst van deze nieuwe traditie wordt door Ten Have, Ter Meulen en Van Leeuwen (2009) gezien als voortvloeiende van:

- twijfel die geleidelijk is ontstaan over de weldadigheid van specifieke medische behandelingen en technologieën; patiënten kunnen bijvoorbeeld meer schade ondervinden van een medische behandeling dan er voordelen (van levensverlenging bijvoorbeeld) tegenover staan. Ten Have, Ter Meulen en Van Leeuwen refereren in dit verband aan de levensbeschouwelijke traditie in de geneeskunde (naast de hippocratische traditie) waarin eerbied voor het leven en een plicht tot levensbehoud centraal staan. In dit onderzoeksverslag wordt deze traditie niet verder uitgewerkt.
- bezinning op de welhaast grenzeloze mogelijkheden van de geneeskunde en de toenemende macht van de medische stand.
- ontstaan van een spanningsverhouding tussen de professionele verplichting van de arts om het leven te verlengen en de verplichting tot het respecteren van de wensen en de voorkeuren van de patiënt.

Autonomie als begrip en moreel uitgangspunt heeft een ontwikkeling doorgemaakt. Hier volstaat het om op te merken dat in de medische ethiek de negatieve interpretatie van het autonomiebegrip dominant is (geweest) maar dat meer recente interpretaties als reactie hierop zijn ontwikkeld. Autonomie als negatief vrijheidsideaal legt het accent op 'vrijheid – van' (niet-inmenging in de persoonlijke levenssfeer, recht om een behandeling te weigeren en dergelijke), op vrijheid tot het maken van keuzen, het volgen van eigen preferenties en het 'niet gehinderd worden door anderen' (Ten Have, Ter Meulen en Van Leeuwen, 2009). Achter de werkdefinitie van goede zorg die in §2.2.2 is geïntroduceerd gaat in zekere zin ook een mensbeeld schuil van de patiënt als een individueel en rationeel wezen wiens autonome beslissingen in de regel dienen te worden gerespecteerd.

Met name in de zorgethiek die in de jaren zeventig van de vorige eeuw opkwam werd de nadruk gelegd op de waarde van relaties tussen mensen, het zorgen voor elkaar en voor zichzelf, op vertrouwen, kwetsbaarheid en verantwoordelijkheid (Kanne en van den Hoven, 2007). In de zorgethiek wordt de patiënt niet als voltooid wezen gezien maar als individu dat zich voortdurend ontwikkelt en daarbij gevoed wordt door allerlei ervaringen en sociale interacties (Ten Have, Ter Meulen en Van Leeuwen, 2009). Autonomie verschuift hierbij van een eindtoestand en van een gegevenheid in de samenwerking tussen arts en patiënt naar een *proces*. Autonomoos zijn houdt dan ontwikkeling van het zelf in door identificatie met zich voortdurend wijzigende omstandigheden (Agich, 1993).

De Lange (2011) sluit zich hierbij aan door in te gaan op de spanning die bestaat tussen het ideaal van zelfbeschikking en vrijheid enerzijds en de kwetsbaarheid en onvrijheid anderzijds. Hij stelt de vraag of het ideaal van persoonlijke autonomie zich eigenlijk wel verdraagt met de kwetsbare en afhankelijke mens die zorgverleners in de praktijk tegenkomen. Op geleide van denkers zoals Paul Ricoeur en Amartya Sen beantwoordt hij

deze vraag bevestigend, al dient de idee dat autonomie zou staan voor onafhankelijke zelfredzaamheid en zelfbeschikking wel verlaten te worden. Autonomie kan verstaan worden als een opdracht, taak, hypothese of horizon, ofwel als iets dat versterkt kan worden en onderdeel of doel kan zijn van het handelingsrepertoire van de zorgverlener:

Autonomie is de nastrevenswaardige horizon voor mensen die, binnen de begrenzings van hun context en situatie, in staat worden gesteld om in vrijheid hun vermogens te ontwikkelen en de unieke persoon te worden die ze, gegeven hun feitelijke begrenzings, zelf verkiezen te zijn (de Lange, 2011, p. 20).

### 2.3.3 Ethische competenties

Uit de bespreking van de belangrijkste ethische achtergronden van *goede zorg* is naar voren gekomen dat zorgprofessionals zorgbetrekkingen aangaan met patiënten waarin zij hun professionele afwegingen inbrengen en daarbij de autonomie van de patiënt respecteren. Deze autonomie kan daarbij niet zozeer begrepen worden als een vaststaand gegeven waar de zorgverlener rekening mee dient te houden maar eerder als proces waar het zorgtraject op gericht is. In elk zorgtraject dat zich aandient gaat het om de concreetheid van de specifieke situatie en de verantwoordelijkheid om daarin de patiënt te ondersteunen om zijn autonomie te behouden of te herwinnen. Vanuit zorgethisch perspectief wordt van zorgverleners gevraagd om aandacht te hebben voor de concrete mens in diens specifieke context en de veelzijdigheid van het leven mee te nemen in het moreel redeneren (Kanne en van den Hoven, 2007).

Om als zorgverlener goede zorg te kunnen leveren zijn competenties nodig. Een competentie kan in algemene zin begrepen worden als 'het geheel van kennis, vaardigheden en gedrags- en houdingselementen die een beroepsbeoefenaar nodig heeft om succesvol te zijn' (Ethicas Website). Voor de zorgverlenende beroepen gaat het hierbij zowel om het op een vaktechnisch goede manier in de praktijk brengen van kennis en vaardigheden als om het aangaan van een relatie met de zorgvrager. In die zorgrelatie krijgt de vakkennis van de zorgverlener pas echt betekenis. Samen met de zorgvrager en andere betrokkenen zoekt de zorgverlener naar afstemming van de zorg op de zorgbehoeften van de zorgvrager (van Dartel en de Witte, 2014). Het gaat daarbij telkens om de vraag: wat is goede zorg voor deze zorgvrager in deze situatie (van Dartel en de Witte, 2014)? Deze gerichtheid op het goede maakt het beroep moreel geladen en maakt ook dat we in dit verband kunnen spreken van *ethische competenties* als:

het geheel van kennis, vaardigheden en gedrags- en houdingselementen die een zorgverlener nodig heeft om goede zorg aan de zorgvrager te bieden.

In een brochure over individuele professionaliteit van Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN, 2012) wordt hieraan invulling gegeven door de kern van het professionele handelen te omschrijven als de bereidheid en het vermogen om:

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

In deze omschrijving zijn de volgende ethische competenties te onderscheiden die hier als begripsbepaling worden aangehouden:

- *bereid en in staat te zijn om beroepsmatige verantwoordelijkheid te dragen.* Bij het maken van een weloverwogen afweging en het daarnaar handelen spelen vakkennis en de normen en waarden van de beroepsgroep een belangrijke rol. De zorgverlener laat zich leiden door de waarden en normen die bijvoorbeeld zijn vastgelegd in een beroepscode, door de actuele stand van wetenschappelijke kennis (*evidence-based*) en door standaarden die in de lokale setting worden nageleefd (van Dartel en de Witte, 2014).
- *bereid en in staat te zijn om een zorgrelatie aan te gaan met de patiënt.* De zorgrelatie begint met het persoonlijk appèl dat wordt gedaan op de zorgverlener; in de concrete situatie wordt duidelijk wat goede zorg voor de patiënt zou kunnen zijn. Het aangaan van een zorgrelatie houdt in dat de zorgverlener samen met anderen, de patiënt voorop, zoekt naar wat in die relatie goede zorg is; dat hij ervoor zorgt dat die zorg ook gegeven wordt en dat hij openstaat voor de reactie van de patiënt op de geboden zorg (van Dartel en de Witte, 2014). Dialoogvaardigheden vormen een essentieel ingrediënt van deze competentie.
- *bereid en in staat om verantwoording af te leggen over het handelen.* De zorgverlener kan aan de patiënt, zijn collega's en de zorginstelling uitleggen en verantwoorden waarom hij deze keuze in deze zorg voor deze patiënt heeft gemaakt (van Dartel en de Witte, 2014). Het kan hierbij ook gaan om situaties waarin de zorgverlener beredeneerd af moet wijken van de normen en regels die hem vanuit de beroepscode worden aangereikt.
- *bereid en in staat om te reflecteren op het handelen.* Onderscheid kan worden gemaakt tussen *reflection-in-action* en *reflection-on-action* (van Dartel en de Witte, 2014). Reflecteren in het handelen zelf gaat over het vermogen om adequaat en creatief te reageren op het unieke in een bepaalde situatie; reflecteren op het handelen gaat over de bereidheid en het vermogen om achteraf stil te staan bij praktijkervaringen en daarvan (samen met collega's) te leren voor de toekomst. Het gaat daarbij ook om het onderhouden van de competenties met het oog op toekomstige zorgvragen (van Dartel en de Witte, 2014).

Belangrijk in deze begripsbepaling is dat ethische competenties het gehele handelen van de professional in de zorg omvatten. Het handelen van de professional krijgt daarmee het karakter van een morele opgave (van Dartel en de Witte, 2014). Er wordt mee benadrukt dat ethiek niet slechts een van de aspecten van het medische handelen is, maar dat ze tot de kern van dat handelen behoort (Boer, Verkerk en Bakker, 2013).

#### **2.3.4 Professionals in reflectieve organisaties**

In de begripsbepaling van ethische competenties is al aan de orde geweest dat de individuele professional te maken heeft met verschillende dimensies van verantwoordelijkheid: een institutionele of functionele, een ambachtelijke of beroepsmatige, en een persoonlijke. De institutionele of functionele verantwoordelijkheidsdimensie is nog niet voldoende besproken. Deze paragraaf gaat hier kort op in om te laten zien dat de institutionele context van de zorginstelling mede bepaalt in hoeverre moreel beraad een bijdrage kan leveren aan de versterking van de ethische competenties van zorgprofessionals.



De Lange (2011) omschrijft dat ook de institutionele context deel uitmaakt van de morele keuzes die in de zorgrelatie genomen worden:

Goede zorg heeft het goede voor de ander op het oog. Maar het goede voor de ander impliceert de gezamenlijke drieslag van het persoonlijke, ambachtelijke en institutionele. De ethiek van de zorgbetrekking zetelt niet alleen in de momentane gebeurtenis van de persoonlijke ontmoeting, maar omvat ook het professionele protocol en organisatorische kader waarin deze gebeurtenis zich voltrekt. De 'zakelijke' politieke context en het technisch vakkundig handelen maken integraal deel uit van de ethische evaluatie van de zorgbetrekking, die erop gericht is de ander goed te doen (de Lange, 2011, p.30).

De institutionele of functionele verantwoordelijkheid betreft de aanspraken die volgen uit de rol van medewerker van de instelling. Het gaat hierbij om de taken en opdrachten waarmee de zorgverlener door de instelling wordt belast, de visie op zorg, de protocollen waarin waarden en normen van de instelling zijn vastgelegd en de gestelde productienormen. In de literatuur is vooral het spanningsveld (botsing, conflict) tussen de institutionele verantwoordelijkheid enerzijds en de beroepsmatige en persoonlijke verantwoordelijkheden anderzijds belicht, aan de hand van de term *beroepszeer*. Beroepszeer ontstaat in een situatie dat professionals gevangen raken in een bureaucratisch keurslijf van regels die hen top-down vanuit overheid en management worden opgedragen. Het beroepszeer bestaat er dan uit dat niet langer de waarden tellen die de patiënt en de zorgverlener in het kader van goede zorg belangrijk vinden, maar allerlei externe, kwantitatieve parameters (van Dartel en de Witte, 2014).

De institutionele context kan echter ook helpend zijn, in die zin dat professionals in een reflectieve cultuur de ruimte krijgen om zich te bezinnen op hun zorgpraktijk. Karssing en van Dartel (2014) schetsen een 'wenkend perspectief' van een *reflectieve organisatie* waarin sprake is van een reflectieve cultuur die zowel *gewetensvol* als *waardenvol* is:

Het geweten van een organisatie functioneert doordat collega's het vanzelfsprekend vinden om, gevraagd en ongevraagd, met elkaar het gesprek aan te gaan over lastige kwesties en de inhoud en grenzen van hun verantwoordelijkheden, om gezamenlijk uitgangspunten te verhelderen en te toetsen en te zoeken naar toepasbare kaders. Kenmerken van een dergelijke cultuur zijn veiligheid, openheid, alertheid, constructief meedenken, aanspreekbaarheid, vertrouwen, wederzijds begrip en respect. Er is ruimte voor echte vragen, vragen waarbij het antwoord niet vanzelfsprekend is (Karssing en van Dartel, 2014, p. 264)

In een sterke, *waardenvolle* cultuur kunnen alle medewerkers antwoord geven op de onderstaande vragen en gedragen ze zich daar ook naar: 'Wat doen we hier? Voor wie doen we het? Waar gaan we naartoe? En hoe komen we er? Waar zijn we goed in? Vanuit welke waarden en normen opereren we? Wat is onze grote wens of ambitie? Wat is onze bijdrage aan de wereld?' (Karssing en van Dartel, 2014, p. 264)

Het moreel beraad heeft een duidelijke plaats in een zorginstelling die gericht is op de bevordering van een reflectieve cultuur:

Een reflectieve cultuur is waardenvol en gewetensvol en er is ruimte voor semi-autonome besluitvorming. Dit betekent dat er duidelijke kaders zijn voor het verlenen van goede zorg (waardenvol), dat deze kaders met elkaar worden besproken in een moreel beraad (gewetensvol) en dat de organisatie leert door de uitkomsten vast te leggen (moresprudentie) (Karssing en van Dartel, 2014, p. 273)

De bijdrage van moreel beraad aan het bieden van goede zorg wordt, vanuit deze visie geredeneerd, verhoogd door in de organisatie structureel ruimte te geven aan reflectie op goede zorg. Verslaglegging van moreel beraad wordt daarbij ingezet om *moresprudentie* op te bouwen: dit begrip wordt in hoofdstuk 3 verder toegelicht.

## 2.4 Inhoud en proces van moreel beraad

### 2.4.1 Inleiding

Moreel beraad is tot nu toe geïntroduceerd als een instrument dat ingezet kan worden om bij te dragen aan goede zorg. Deze bijdrage is niet alleen afhankelijk van de inbedding in de organisatiecultuur maar ook van de wijze waarop bijeenkomsten van moreel beraad in de praktijk georganiseerd worden. De effectiviteit van moreel beraad wordt bepaald door de wijze waarop de morele inhoud aan de orde wordt gesteld en besproken en het proces van gezamenlijk denken, praten en beslissen over die morele inhoud wordt doorlopen. Aan de hand van het *7-fasen model* van de Bree en Veening (2012) wordt hier besproken dat de invulling die door de gespreksleider en de deelnemers in de praktijk wordt gegeven aan de fasen van moreel beraad de effectiviteit van de bijeenkomst bepalen. Deze bespreking wordt aangevuld met een inventarisatie van competenties van de gespreksleider die bijdragen aan de effectiviteit van moreel beraad.

### 2.4.2 Een goede start

In de eerste fase van het moreel beraad (*Introductie*) leren de deelnemers elkaar kennen en wordt besproken wat de aanleiding tot en doelstelling van de bijeenkomst is. Belangrijk in deze fase is de toon die gezet wordt: deelnemers moeten vertrouwen krijgen in de gespreksleider en zich betrokken gaan voelen bij de inhoud en het proces van de bespreking.

### 2.4.3 Welgevormde casuïstiek

In de tweede fase van het moreel beraad (*Casusselectie*) wordt een morele casus gekozen waarover nader gesproken en gedacht gaat worden. De Bree en Veening (2012) bespreken dit keuzeprocess als onderdeel van de bijeenkomst. Daarnaast is een andere werkwijze mogelijk, waarbij de casusbeschrijving voorafgaande aan de eigenlijke bijeenkomst al is opgesteld. Welke werkwijze ook wordt gehanteerd, casuïstiek moet voldoen aan enkele criteria zoals de volgende (de Bree en Veening, 2012):

- de casus moet een ethisch vraagstuk of dilemma bevatten.
- de casus moet aanleiding geven tot een 'echte' vraag. Voor deelnemers moet het echt onduidelijk zijn hoe zij de casus zien of wat ze ermee moeten doen.
- de casus moet afkomstig zijn uit de eigen praktijk en is niet hypothetisch.

- het bespreken van de casus moet relevant zijn voor de deelnemers.
- diegene die de casus inbrengt is ook de casus-‘eigenaar’. De casus-‘eigenaar’ kan de casus van binnenuit beschrijven.
- er is voldoende feitelijke informatie beschikbaar, zodat het beraad niet stopt omdat te weinig kennis voorhanden is.
- het moet mogelijk zijn om binnen de groep in vertrouwen over de casus te spreken.

#### **2.4.4 Passende methodiek**

Moreel beraad kenmerkt zich door een systematische of gestructureerde gesprekswijze of dialoog. Gebruik wordt gemaakt van een methodiek, en de Bree en Veening zien de keuze van een passende methodiek als een (derde) fase van de bijeenkomst zelf (*Methodeselectie*). Daarnaast is een andere werkwijze mogelijk, waarbij in de organisatie is gekozen voor een bepaalde methodiek die in alle bijeenkomsten wordt aangehouden. De Bree en Veening maken onderscheid tussen retrospectieve en prospectieve methodieken en houdingsgeoriënteerde en probleemgeoriënteerde methodieken. Retrospectieve methodieken zijn erop gericht om de morele afwegingen en de handelwijze te evalueren rond een situatie die al is ‘afgerond’. Prospectieve methodieken zijn daarentegen gericht op het doordenken van casuïstiek waarover nog besluiten moeten worden genomen. Houdingsgeoriënteerde methodieken zijn gericht op het expliciteren en evalueren van de morele overtuigingen die sturend zijn voor het handelen (op zelfreflectie). Probleemgeoriënteerde methodieken richten zich meer op mogelijke handelingsopties en de keuze van het in moreel opzicht beste alternatief.

#### **2.4.5 Een goed gestelde morele vraag**

Met de vierde fase (*Beeldvorming*) vangt de zogenaamde BOB-structuur (Beeldvorming – Oordeelsvorming – Besluitvorming) aan die ook vaak bij andere besluitvormingsprocedures wordt gebruikt. In de fase van beeldvorming wordt de casus besproken en wordt geïnterpreteerd welke onduidelijkheden er zijn. Wanneer ontbrekende informatie is aangevuld richt de groep zich op het precies formuleren van de kwestie die verder besproken gaat worden. De Bree en Veening noemen, onder andere, de volgende criteria voor een welgevormde kernvraag:

- de kernvraag moet daadwerkelijk een vraag zijn.
- de kernvraag moet een morele vraag zijn en dus geen praktische of technische.
- de kernvraag moet expliciet herkenbaar zijn als een morele vraag, in het gebruik van morele termen als ‘mogen’, ‘moeten’ of ‘geoorloofd zijn’.
- de kernvraag moet concreet zijn en passend bij de casus.

#### **2.4.6 Welgevormde oordelen**

Als onderdeel van de BOB-structuur is de vijfde fase (*Oordeelsvorming*) gericht op de inventarisatie van de mogelijke oordelen van de deelnemers en de onderbouwing ervan met argumenten. Deze fase zou idealiter moeten uitmonden in een verzameling van goed onderbouwde opvattingen rond de morele vraag en de mogelijke handelingsopties. Om deze opvattingen te laten verkennen en verdiepen kunnen vragen aan de groep worden gesteld zoals de volgende:

- wie is betrokken en welke verantwoordelijkheden hebben deze betrokkenen?
- met welke belangen moeten we rekening houden?

- met welke organisatienormen, professionele en maatschappelijke normen moeten we rekening houden?
- welke waarden zijn aan de orde?
- welke deugden zijn belangrijk?

#### 2.4.7 Een goed besluit

Deze zesde fase (*Besluitvorming*) is het sluitstuk van de BOB-structuur. Welke vorm de besluiten krijgen hangt mede af van de methodiek die in de bijeenkomst is gebruikt. De Bree en Veening noemen de volgende wijzen waarop moreel beraad tot een besluit kan komen:

- een handeling. Besloten wordt tot het doen of nalaten van een bepaalde handeling.
- het formuleren van een visie. Het kan gaan om een individuele visie of een zorgvisie op afdelings- of organisatieniveau.
- het identificeren van verschillen en overeenkomsten. De bijeenkomst kan uitmonden in een inventarisatie van verschillende perspectieven en opvattingen, en dit kan een stap vooruit zijn om vast te stellen waarom een bepaalde groep in een impasse verkeert.
- besluiten tot wijzigen van praktijk. Het kan hierbij bijvoorbeeld gaan om het formuleren of aanpassen van een protocol, proces, organisatie- of beroepsnormen of het voorbereiden van een beleidswijziging.

#### 2.4.8 Heldere afspraken

In de afsluitende zevende fase (*Afronding*) moeten afspraken gemaakt worden over het vervolg: over concrete stappen die gezet moeten worden in het licht van het besluit dat genomen is en over de verantwoordelijkheden die daarbij neergelegd dienen te worden bij de betrokkenen. Bovendien wordt in deze afronding geëvalueerd hoe de bijeenkomst en de gespreksleiding door de deelnemers zijn ervaren en besproken in hoeverre de kwaliteit van moreel beraad verbeterd kan worden.

#### 2.4.9 Een competente gespreksleider

Een constructieve sfeer van wederzijds respect kan door de gespreksleider in het begin van de bijeenkomst bevorderd worden. Aan de hand van een inventarisatie van groepsprocessen die de kwaliteit van de uitkomst van medisch-ethische besluitvorming negatief beïnvloeden (Albisser Schleger et al., 2011) wordt duidelijk dat een inspanning en alertheid nodig zijn om een goede start te maken en de daarop volgende fasen goed te laten verlopen:

- *'process loss'*, de tendens binnen groepen om zich te richten op wat bekend is en wat de meeste groepsleden weten. De groep richt zich op gedeelde informatie, en laat de niet-gedeelde informatie buiten beschouwing.
- *'group think'*, gekenmerkt door het streven binnen groepen om consensus te bereiken en afwijkende perspectieven of alternatieve handelingsmogelijkheden niet te overwegen. Onder tijdsdruk is het streven naar consensus manifester.
- *'pressure to conform'*, deze groepsdruk om zich te conformeren aan de heersende opinie wordt groter naarmate de groep zelf meer leden telt. Te snel wordt dan overeenstemming bereikt en niet-gedeelde informatie wordt buiten beschouwing gelaten.
- *'social impact theory'*, groepsleden zijn geneigd om zich te conformeren aan het perspectief van de meest invloedrijke groepsleden met de meeste kennis en ervaring.

Individuele groepsleden passen zich ook aan om zich geaccepteerd en gewaardeerd te weten in de groep.

- *'belief in a just world'*, leidend tot de gedachte dat iedereen krijgt wat hij verdient en iedereen verdient wat hij krijgt. Zorgprofessionals die vanuit deze gedachte naar hun patiënten kijken hebben eerder het idee dat patiënten hun medische problemen te wijten hebben aan hun eigen gedrag.
- *'stereotypes, prejudice'*, leidend tot het niet kritisch analyseren van informatie die deze stereotypen en vooroordelen zou weerspreken.
- *'omission bias'*, de perceptie dat het risicovoller is om te handelen dan om na te laten (niet-handelen, de huidige situatie in stand houden, vermijden of uitstellen van een beslissing).

Omdat sociaal-psychologische en individueel-psychologische factoren, zoals hierboven besproken, de kwaliteit van medisch-ethische beslissingen kunnen ondermijnen pleiten Albisser Schleger et al. (2011) voor een analytische benadering van medisch-ethische vraagstukken, niet zozeer voor een intuïtieve benadering. Deze analytische benadering kenmerkt zich door een systematische werkwijze, een bewuste sturing en controle van het besluitvormingsproces en een hoge mate van betrouwbaarheid van het besluit dat genomen wordt.

In het moreel beraad is de gespreksleider diegene die eraan kan bijdragen dat de inhoud van de bijeenkomst op systematische wijze ter sprake komt, dat de deelnemers op een constructieve wijze deelnemen aan de verschillende fasen van de bijeenkomst en dat de bijeenkomst met een goed besluit en heldere afspraken wordt afgerond. De Bree en Veening (2012) maken bij hun bespreking van wat een gespreksleider hiervoor per fase moet doen onderscheid tussen een *communicatief spoor* en een *ethisch spoor*. Het communicatieve spoor betreft dat wat nodig is om het gesprek goed en gestructureerd te laten lopen, het ethisch spoor betreft dat wat nodig is om de ethische inhoud van de besproken thematiek op een gestructureerde manier aan te orde te laten komen. Deze sporen zijn aan elkaar verbonden, in die zin dat de ethische inhoud beter aan bod kan komen in een goed verlopend gesprek én dat duidelijkheid over de ethische inhoud en over de methodiek van moreel beraad de communicatie tussen de deelnemers ten goede komt. Uit de bespreking van de Bree en Veening (2012) van deze twee sporen binnen hun 7 fasen-model kan opgemaakt worden welke bijdragen de gespreksleider in de verschillende fasen kan leveren aan een geslaagd moreel beraad (wat betreft proces en inhoud). Voorbeelden van deze bijdragen zijn:

- Voorbereiding.  
Zorgen dat aan de materiële randvoorwaarden voor een geslaagd moreel beraad wordt voldaan.
- Introductie.  
-Communicatief spoor: tonen van leiderschap en regie nemen.
- Casusselectie.  
-Communicatief spoor: begeleiden van deelnemers bij het nadenken over een casus.  
-Ethisch spoor: hanteren van criteria voor een geschikte casus.
- Methodeselectie.

- Communicatief spoor: bespreken van het verloop van het gesprek door een korte beschrijving te geven van de stappen, de systematiek en de uitkomst; aangeven wat de rol is van een ieder en wat er wordt verwacht.
- Ethisch spoor: begrijpen wat de structuur en de rationale is van de beschikbare methodieken en van de geselecteerde methodiek.
- **Beeldvorming.**
  - Communicatief spoor: de casusinbrenger als eerste zelf laten vertellen en de groep verduidelijkingsvragen laten stellen; controleren of iedereen de casus goed begrijpt; expliciet benoemen van alle partijen die een rol spelen in de casus; betrekken van alle deelnemers bij het formuleren van de morele kernvraag.
  - Ethisch spoor: vaststellen dat er geen onduidelijkheid meer is over de feiten van de situatie; hanteren van criteria voor de morele kernvraag.
- **Oordeelsvorming.**
  - Communicatief spoor: ervoor zorgen dat de sfeer van gezamenlijk onderzoek bewaard blijft; afremmen van oplossingsgerichtheid; gespitst zijn op meningsverschillen.
  - Ethisch spoor: alle betrokken partijen door de deelnemers laten inventariseren, alsmede hun verantwoordelijkheden, rechten, plichten, belangen, verwachtingen en standpunten; een inventarisatie laten maken van handelingsmogelijkheden; de deelnemers vragen om oordelen te formuleren; helpen met het ordenen van argumenten, het hanteren van een ethisch kader en het gebruiken van morele taal.
- **Besluitvorming.**
  - Communicatief spoor: de deelnemers een conclusie laten formuleren (op papier) en een plenaire uitwisseling begeleiden; doorvragen naar praktische consequenties.
  - Ethisch spoor: er op toe zien dat daadwerkelijk een antwoord wordt gegeven op de eerder geformuleerde vraag; duidelijkheid verkrijgen over de praktische gevolgen van het besluit; bij het niet-bereiken van consensus expliciteren van de verdeeldheid.
- **Afronding.**
  - Communicatief spoor: controleren of moreel beraad inhoudelijk aansluit bij de behoefte en of de doelstellingen zijn gehaald; maken van praktische afspraken; evalueren (zo mogelijk) van de bijeenkomst en benoemen van de belangrijkste leerpunten.

## 2.5 Uitkomsten van moreel beraad

### 2.5.1 Inleiding

De verbinding tussen het bieden van goede zorg en het houden van moreel beraad in de zorginstelling kan inzichtelijk gemaakt worden door de belangrijkste waardevolle uitkomsten van moreel beraad te identificeren. Deze waardevolle uitkomsten worden hier *intermediërend* genoemd want ze helpen te begrijpen en te evalueren hoe het moreel beraad als methode kan bijdragen aan het realiseren van doelstellingen om goede zorg te leveren.

### 2.5.2 Intermediërende uitkomsten

Svantesson et al. (2014) hebben een multi-item instrument samengesteld om de uitkomsten van moreel beraad (*moral case deliberation*) te evalueren. Dit instrument is ontwikkeld door een Delphi-panel van experts en zorgprofessionals en zal getest en gevalideerd gaan worden onder deelnemers van moreel beraad in verschillende Europese landen. De specificatie van uitkomsten van Svantesson et al. wordt hier getoond om te inventariseren waar de

mogelijke bijdragen van moreel beraad aan de versterking van ethische competenties in het ziekenhuis kunnen liggen.

Svantesson et al. komen tot een indeling van 26 uitkomsten in 6 domeinen:

- I) Meer emotionele ondersteuning.
  - 1) Vergroot de mogelijkheid om moeilijke emoties en gedachten te delen met collega's
  - 2) Versterkt mijn zelfvertrouwen bij het managen van situaties die in ethisch opzicht moeilijk zijn
  - 3) Helpt me om stress beter het hoofd te bieden bij situaties die in ethisch opzicht moeilijk zijn
  - 4) Helpt me meer bewust te zijn van mijn eigen emoties bij situaties die in ethisch opzicht moeilijk zijn
  - 5) Ik voel me zekerder van mezelf om twijfel of onzekerheid bespreekbaar te maken bij situaties die in ethisch opzicht moeilijk zijn
  
- II) Meer samenwerking
  - 6) Betere mogelijkheden voor ieder om zijn zegje te doen
  - 7) Een beter wederzijds begrip van ieders denktrant en manier van doen
  - 8) Vergroot het wederzijds respect tussen collega's
  - 9) Ik en mijn collega's gaan constructiever om met meningsverschillen
  - 10) Meer open communicatie tussen collega's
  
- III) Verbeterde ethische reflectie
  - 11) Ontwikkelt mijn vaardigheden om situaties die in ethisch opzicht moeilijk zijn te analyseren
  - 12) Vergroot mijn bewustzijn van de complexiteit van situaties die in ethisch opzicht moeilijk zijn
  - 13) Ontwikkelt mijn kunde om het centrale ethische thema te benoemen in de moeilijke situaties
  - 14) Ik bekijk situaties die in ethisch opzicht moeilijk zijn vanuit verschillende perspectieven
  - 15) Vergroot mijn kennis en begrip van ethische theorieën (ethische principes, waarden en normen)
  
- IV) Betere morele attitude
  - 16) Ik word me bewuster van mijn vooronderstellingen
  - 17) Ik krijg meer helderheid over mijn eigen verantwoordelijkheid in situaties die in ethisch opzicht moeilijk zijn
  - 18) Ik luister serieuzer naar de meningen van anderen
  - 19) Geeft me meer moed om mijn eigen morele standpunt naar voren te brengen
  - 20) Ik begrijp beter wat het betekent om een goede professional te zijn

V) Invloed op de organisatie

- 21) Ik en mijn collega's worden meer bewust van terugkerende situaties die in ethisch opzicht moeilijk zijn
- 22) Draagt bij aan praktijk en beleid op de werkvloer
- 23) Ik en mijn collega's kijken kritischer naar praktijk en beleid op de werkvloer en in de organisatie

VI) Concrete resultaten

- 24) Meer manieren van handelen onderscheiden om de situatie die in ethisch opzicht moeilijk is te managen
- 25) Consensus wordt tussen collega's bereikt om een situatie die in ethisch opzicht moeilijk is te managen
- 26) Stelt mij en mijn collega's in staat om te beslissen om concrete actie te ondernemen in situaties die in ethisch opzicht moeilijk zijn

Uit deze specificatie van relevante (waardevolle) uitkomsten van moreel beraad in 6 domeinen is op te maken dat de waarde kan liggen in het individuele proceskarakter van de bijeenkomst (domeinen I, III en IV), het interpersoonlijke aspect van samenwerking en organisatie (domeinen II en V) en het boeken van concrete resultaten (domein VI).

### 2.5.3 Evaluatie van resultaten

Tot nu toe is aan de orde geweest hoe moreel beraad in theoretische zin zou kunnen bijdragen aan goede zorg, op welke wijze de kwaliteit ervan geoptimaliseerd kan worden en aan welke uitkomsten van moreel beraad veel waarde wordt toegekend. Maar hoe wordt moreel beraad in de praktijk ervaren en geëvalueerd?

De resultaten die aan moreel beraad worden toegeschreven vanuit theoretische overwegingen zijn nog beperkt onderzocht en geëvalueerd in de praktijk. Een pleidooi om evaluatie deel te laten uitmaken van integraal ethiekbeleid is wel gehouden (van Dartel en Molewijk, 2014), maar evaluatie-onderzoek lijkt met het beschikbaar komen van gestandaardiseerde vragenlijsten zoals de hierboven besproken Euro-MCD voorzichtig op gang te komen. Eén voorbeeld van dit nieuwe evaluatie-onderzoek wordt hier besproken om te exploreren wat moreel beraad de deelnemers oplevert en welke bijdrage ermee aan de zorgpraktijk geleverd wordt.

Janssens et al. (2014) onderzochten 61 bijeenkomsten van moreel beraad in instellingen van ouderenzorg aan de hand van vragenlijsten die voorgelegd werden aan zorgverleners en teamleiders. Deelnemers aan het onderzoek vulden een vragenlijst in die zich richtte op de organisatie en logistiek van moreel beraad, de inhoud van de bijeenkomsten, de kwaliteit van de gespreksleider en de atmosfeer tijdens het beraad. Bovendien werd een aantal open vragen gesteld aan de hand waarvan deelnemers konden aangeven wat moreel beraad hen persoonlijk en het team had gebracht. Daarnaast werden vijf diepte-interviews en drie focusgroep-bijeenkomsten georganiseerd om meer inzicht te verkrijgen in de ervaringen van de deelnemers en in de mogelijke resultaten van moreel beraad waaraan waarde wordt gehecht. Janssens et al. (2014) illustreren aan de hand van een aantal uitspraken van deelnemers wat ze van moreel beraad vonden, wat het hen heeft opgeleverd en op welke manier het heeft bijgedragen aan hun zorgpraktijk. De volgende (vertaalde) uitspraken



illustreerend dat de waarde van moreel beraad voor de deelnemers ligt in de gezamenlijke bespreking en oplossing van lastige dilemma's, en het positieve effect dat die gezamenlijkheid heeft op het eigen functioneren en welbevinden en op het functioneren als team:

Moreel beraad stimuleert de ontwikkeling, het begrip en inzicht van de professional en het team.

Je leert de gevoelens van machteloosheid van andere mensen kennen en je weet meer wat hen bezig houdt.

Omdat we de situatie met elkaar hebben besproken veranderen de relaties met collega's. Er is meer begrip. Bij moeilijke situaties zeg ik: 'Jongens, kan ik er eventjes tussenuit?' Zij kennen nu mijn verhaal, emoties en ideeën erachter.

Dit moreel beraad heeft me doen beseffen dat mijn gedrag en handelen gevolgen hebben voor anderen.

Ik beseff nu dat je niet in je eentje moet zien om te gaan met vragen en onmogelijkheden...maar samen zou moeten zoeken naar oplossingen.

Je gaat uit van de veronderstelling dat anderen ongeveer hetzelfde denken maar als je verschillende gezichtspunten hebt gehoord beseff je dat dat niet het geval is....nu ga je vaker met elkaar in gesprek en kijk je samen naar een situatie.

Je voelt je beter wanneer je advies krijgt over het omgaan met een moeilijke situatie. Als je jezelf beter voelt dan ga je onbewust ook op een andere manier met cliënten om. Wanneer je je relaxter voelt kan je ook iemand anders beter laten voelen. De kwaliteit van de zorg verbetert dus.

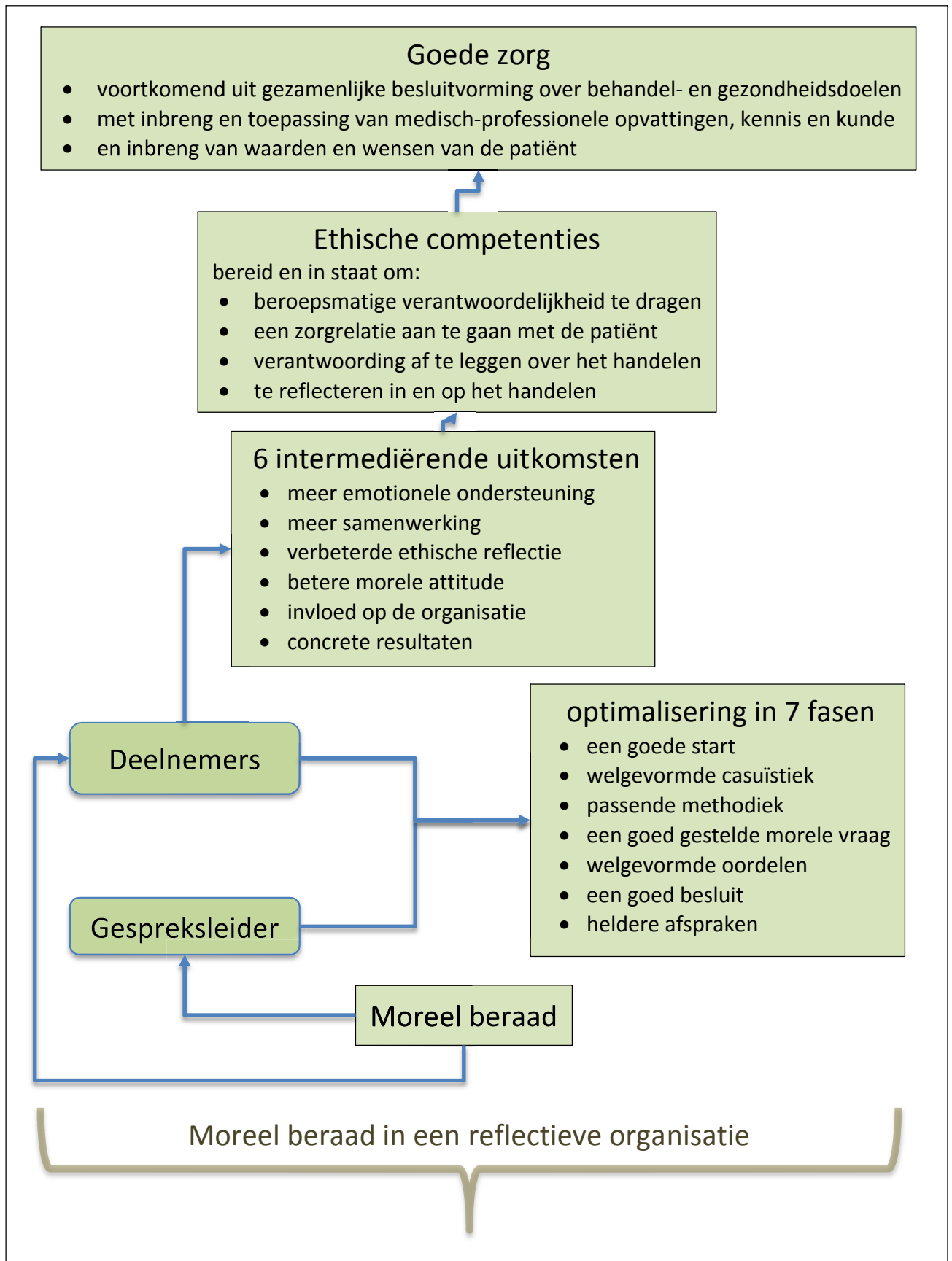
## **2.6 Van moreel beraad naar goede zorg**

De bovenstaande uitspraken van deelnemers aan het onderzoek van Janssens et al. (2014) dragen bij aan datgene waar de voorgaande paragrafen van dit hoofdstuk op waren gericht: proberen te begrijpen hoe moreel beraad een bijdrage kan leveren aan het bieden van goede zorg. In deze uitspraken komt naar voren dat moreel beraad de zorg en de relatie met de patiënt ten goede komt door de persoonlijke en interpersoonlijke ondersteuning die het biedt aan professionals en teams. Figuur 1 vat het volgende samen:

- moreel beraad kan geoptimaliseerd worden in de 7 onderscheiden fasen. De gespreksleider speelt bij deze optimalisering een rol door het groepsproces te bevorderen (het communicatieve spoor) en door een adequate bespreking van de morele inhoud te ondersteunen (het ethisch spoor). Ook de deelnemers hebben hierin een rol en verantwoordelijkheid. Bepaalde groepsprocessen kunnen de kwaliteit van de bespreking doen verminderen.
- optimalisering van moreel beraad draagt bij aan een zestal intermediërende uitkomsten. Deze uitkomsten kwamen in het theoretiserende onderzoek van Svantesson et al. (2014) als waardevol naar voren. Bovendien sluiten de uitlatingen van deelnemers aan het

evaluatie-onderzoek van Janssens et al. (2014) hierbij aan: de waarde van moreel beraad kan liggen in het individuele proceskarakter van de bijeenkomst (meer emotionele ondersteuning, verbeterde ethische reflectie, betere morele attitude), het interpersoonlijke aspect van samenwerking en organisatie (meer samenwerking en invloed op de organisatie) en het boeken van concrete resultaten.

- de 6 uitkomsten worden als *intermediërend* gezien: ze zijn niet een doel op zichzelf maar ze zijn van waarde voor het versterken van ethische competenties. Het individuele proceskarakter van moreel beraad draagt bijvoorbeeld bij aan de competenties van zorgprofessionals om beroepsmatige verantwoordelijkheid te dragen, een goede zorgrelatie aan te gaan met patiënten en te reflecteren in en op het handelen in de zorgpraktijk. Het interpersoonlijke aspect van samenwerking en invloed op de organisatie draagt bij aan de competenties van het afleggen van verantwoording over het handelen en aan het dragen van beroepsmatige verantwoordelijkheid.
- in de specificatie van ethische competenties komt naar voren dat ethiek het gehele handelen van de professional in de zorg omvat. Ook het dragen van beroepsmatige verantwoordelijkheid (bijvoorbeeld door te handelen conform de normen die in de beroepscode zijn vastgesteld) wordt gezien als een ethische competentie. Er wordt mee benadrukt dat ethiek tot de kern van het medisch-handelen behoort.
- ethische competenties zijn nodig om goede zorg te bieden. Goede zorg wordt hier opgevat als een relationeel begrip met inbreng van de zorgverlener en de patiënt. Deze goede zorg kan ontstaan wanneer de professional bereid en in staat is om een zorgrelatie aan te gaan met de patiënt, daarin beroepsmatige verantwoordelijkheid te dragen en zich rekenschap te geven van de waarden en de wensen van de patiënt. In het kader van beroepsmatige verantwoordelijkheid worden de principes van niet-schaden en goeddoen als belangrijkste professionele waarden gezien; in het zich rekenschap geven van de waarden en wensen van de patiënt gaat het om het respecteren van de autonomie van de patiënt. De autonomie van de patiënt kan niet slechts als een vaststaand gegeven gezien worden maar vooral als een te verwezenlijken ideaal waaraan de zorgverlener in zijn zorgrelatie met de patiënt kan bijdragen.
- moreel beraad kan niet of slechts in beperkte mate een bijdrage leveren aan goede zorg wanneer het incidenteel plaatsvindt. Wanneer echter in een organisatie een reflectieve cultuur wordt bevorderd kan moreel beraad structureel ingezet worden om de kaders van goede zorg ter discussie te stellen en te herijken.



**Figuur 1** Conceptualisering van de bijdrage van moreel beraad aan goede zorg



# 3

## Verslaglegging van moreel beraad in de praktijk

### 3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk staat de praktijk van moreel beraad centraal en gaat de aandacht uit naar de verslaglegging. In het vorige hoofdstuk zijn verbanden gelegd tussen een optimale context waarin moreel beraad ingebed kan zijn, de kenmerken van een optimaal moreel beraad, de uitkomsten van moreel beraad die als belangrijk worden gezien, ethische competenties en goede zorg. Daarmee zijn de belangrijkste mechanismen of factoren geïdentificeerd die maken dat moreel beraad kan bijdragen aan goede zorg. Vanuit deze inzichten wordt dit conceptuele schema verder uitgebreid door de bijdrage van de verslaglegging erin op te nemen. Het begrip *moresprudentie* wordt geïntroduceerd en toegelicht om daarmee de verslaglegging van moreel beraad te zien in het kader van het opbouwen van ethische kennis en ervaring in een reflectieve organisatie.

Vanuit dit conceptuele schema wordt de praktijk van moreel beraad in Isala Zwolle stapsgewijs en in toenemend detail verkend en geanalyseerd. Eerst wordt de werkwijze geschetst rond de organisatie van moreel beraad in dit ziekenhuis en wordt aan de hand van een visie-document getoond welke waarden als richtinggevend voor de organisatie worden gezien. Vervolgens worden aan de hand van een gegevensbestand de bijeenkomsten van moreel beraad in Isala Zwolle in de periode 2010-2012 beschreven wat betreft de besproken onderwerpen en de waarden die (volgens de organisatoren) centraal stonden. Verdieping wordt vervolgens gezocht in de analyse van twee geselecteerde bijeenkomsten van moreel beraad. De selectie van bijeenkomsten is ingegeven door de volgende overwegingen:

- de selectie zou gericht moeten zijn zowel op de context van de opleiding als op die van de zorgpraktijk.
- bijeenkomsten die voor de selectie in aanmerking komen dienen goed gedocumenteerd te zijn.

Bij de analyses worden alle documenten betrokken die in het archief beschikbaar waren, zoals de casus-omschrijving, registratieverslagen en evaluaties. Deze documenten worden hier als gegevenheid gezien: ze verschaffen het materiaal om de bijeenkomsten te beschrijven en tegelijkertijd worden ze gekenmerkt door de gezichtspunten en werkwijze van de auteurs. Deze documenten verschaffen kortom inzicht in de wijze waarop de verslaglegging van moreel beraad in de praktijk wordt verzorgd maar ze roepen ook vragen op. Enkele van deze vragen zijn voorgelegd aan twee deelnemers aan een geselecteerde bijeenkomst van moreel beraad (vanuit de zorgpraktijk). Aan de hand van de reflectie van deze twee deelnemers wordt dit hoofdstuk besloten met te inventariseren waar de

verslaglegging aanvulling en detaillering behoeft om de raadpleger dichterbij het echte dilemma dat speelde te brengen.

## 3.2 Verslaglegging

### 3.2.1 Inleiding

Bijeenkomsten van moreel beraad kunnen meer, minder of helemaal niet geslaagd zijn. De kwaliteit van een bijeenkomst hangt van veel factoren af, zoals de kwaliteiten van de gespreksleider, de helderheid, bruikbaarheid en kwaliteit van de ingebrachte casus, de samenstelling en inbreng van de deelnemers en de wijze waarop het proces van beraad en besluitvorming is doorlopen. Deze factoren zijn in het vorige hoofdstuk besproken. Daarnaast kan het ook zijn dat van een goed moreel beraad adequaat of juist minder adequaat verslag gedaan wordt. Het schriftelijk materiaal dat rondom een bijeenkomst beschikbaar is in de vorm van een casusbeschrijving, een registratieformulier en een eventuele evaluatie leent zich slechts in bewerkte vorm voor verdere archivering en ontsluiting voor professionals in de zorg. Niet alle materiaal is immers waardevol, van voldoende kwaliteit, helder en inzichtelijk, relevant en toepasbaar. De bewerking van het ruwe materiaal houdt in dat de beschikbare tekst wordt geanalyseerd, geordend, gestandaardiseerd, herwerkt en aangevuld met commentaar.

Deze bewerking dient vanuit een weloverwogen conceptueel schema en met een duidelijke doelstelling systematisch ter hand genomen te worden, want daarmee wordt de kans vergroot dat het empirisch materiaal ook betekenis krijgt voor hen die niet bij de bijeenkomst zelf aanwezig zijn geweest. Alvorens dit conceptueel schema (als uitwerking en aanvulling van het schema van Figuur 1) wordt getoond en toegelicht worden eerst de onderdelen van de verslaglegging benoemd en het geheel van activiteiten rond de verslaglegging geplaatst in het kader van het ontwikkelen van *moresprudentie*.

### 3.2.2 Onderdelen van de verslaglegging

#### *Hulpdocumenten*

In de organisatie van moreel beraad wordt vaak gebruik gemaakt van hulpdocumenten om de deelnemers in te voeren in de inhoud van de bijeenkomst en de gehanteerde methodiek. In de casusbeschrijving wordt het thema van de bijeenkomst aangegeven en het kan zijn dat ook gebruik gemaakt wordt van een document waarin omschreven staat waar een welgevormde casus aan moet voldoen. Een ander document waarvan gebruik wordt gemaakt is een overzicht van belangrijke ethische begrippen of een lijst van belangrijke waarden. Ook kan gebruik worden gemaakt van een document waarin de methodiek van de bijeenkomst wordt toegelicht.

#### *Registratie*

Tijdens een moreel beraad wordt het besprokene op een gestructureerde en voor iedereen zichtbare wijze, vaak door de gespreksleider, geregistreerd. Met behulp van een registratieformulier (*Format*) worden de onderdelen van de gekozen methodiek stapsgewijs geregistreerd. De registratie dient een aantal doelen. Allereerst draagt de registratie eraan bij dat de deelnemers vertrouwd raken met de gekozen methodiek van moreel beraad. Zij worden ertoe aangezet om zich in hun bijdrage aan het gesprek te beperken tot de thema's die conform het registratieformulier in een bepaalde fase aan de orde zijn. Daarnaast biedt

de registratie ook de gespreksleider ondersteuning bij het leiden van de bijeenkomst en het doorlopen van de stappen van de gekozen methodiek. Een belangrijk doel van de registratie is ook het expliciet en zichtbaar maken van ieders bijdrage. Tot slot vormt de registratie een belangrijk onderdeel van het geheel van verslaglegging dat door de organisatoren, deelnemers en anderen geraadpleegd kan worden.

#### *Evaluatie*

De registratie van het besprokene kan aangevuld worden met evaluaties door deelnemers en organisatoren van inhoud, proces en resultaat. Evaluatie door deelnemers kan een vast onderdeel vormen van de bijeenkomsten. Daarnaast kunnen de gespreksleider en organisatoren de bijeenkomst naderhand evalueren en is het ook een mogelijkheid om deelnemers naderhand uit te nodigen voor een interview over de bijeenkomst. Met systematische evaluaties kan beoordeeld worden hoe de deelnemers en de gespreksleider de bijeenkomst hebben ervaren en wat de bijeenkomst hen heeft opgeleverd. Deze evaluatie helpt raadplegers van de verslaglegging bij het zich een beeld vormen van de besproken thematiek, het kunnen invoelen van de wijze waarop hierover in de groep is gesproken en het op waarde kunnen schatten van de besluiten die in de bijeenkomst zijn genomen. Samenvattend helpt de evaluatie de raadplegers van de verslaglegging om te beoordelen wat zij kunnen leren van de bijeenkomst.

#### *Rapportage*

De rapportage van een bijeenkomst heeft betrekking op de ordening van de casusbeschrijving, de registratie en de evaluaties (van de deelnemers en van de gespreksleider) tot een samenhangend geheel. De rapporteur (de gespreksleider of één van de organisatoren van de bijeenkomst) voert de eindredactie over alle onderdelen door middel van analyses, ordening, standaardisering en het plaatsen van commentaar en kanttekeningen. De rapporteur stelt de uiteindelijke verslaglegging van een bijeenkomst samen met het oog op toevoeging aan het archief.

#### *Archivering*

De archivering heeft betrekking op de ordening van de rapportages van de bijeenkomsten in een archief op zodanige wijze dat raadplegers zich een goed beeld kunnen vormen van de inhoud, het proces en de resultaten van de bijeenkomsten. Belangrijke kenmerken van een archief zijn: een heldere (gelaagde) structuur op basis van bepaalde ordeningsprincipes, toegankelijkheid die bevordert wordt door mogelijkheden om het archief met zoekcriteria en vanuit diverse invalshoeken te doorzoeken, weloverwogen uitgangspunten van autorisatie (wie heeft toegang tot het archief en wie niet), inachtneming van privacy-overwegingen en een duidelijke doelstelling. Als hoofddoel van het opbouwen en actualiseren van een archief van moreel beraad kan gelden: het ontwikkelen van *moresprudentie* in de organisatie.

### **3.2.3 Moresprudentie**

Het begrip *moresprudentie* is afgeleid uit de begrippen *mores* en *prudens*. *Mores* betekent niet alleen gewoonte, gebruik of de manier waarop 'we' het doen, maar verwijst ook naar iemands wil en de motivatie van zijn handelen. *Prudens* betekent naast bewust, kundig en zorgvuldig ook vooruitziend. *Moresprudentie* betekent kortom dat we met voorbedachte rade, kundig en zorgvuldig onze wil en manier van doen bepalen (Karssing en van Dartel, 2014). De term kan ook refereren naar het geheel van uitspraken van professionals over die

'goede wil en manier van doen'. Zoals jurisprudentie als term wordt gebruikt voor de verslaglegging van de toepassingspraktijk van het recht, zo kan de term moresprudentie gebruikt worden voor de verslaglegging van de toepassingspraktijk van de professionele moraal (Website Nederlandse Beroepsorganisatie van Accountants).

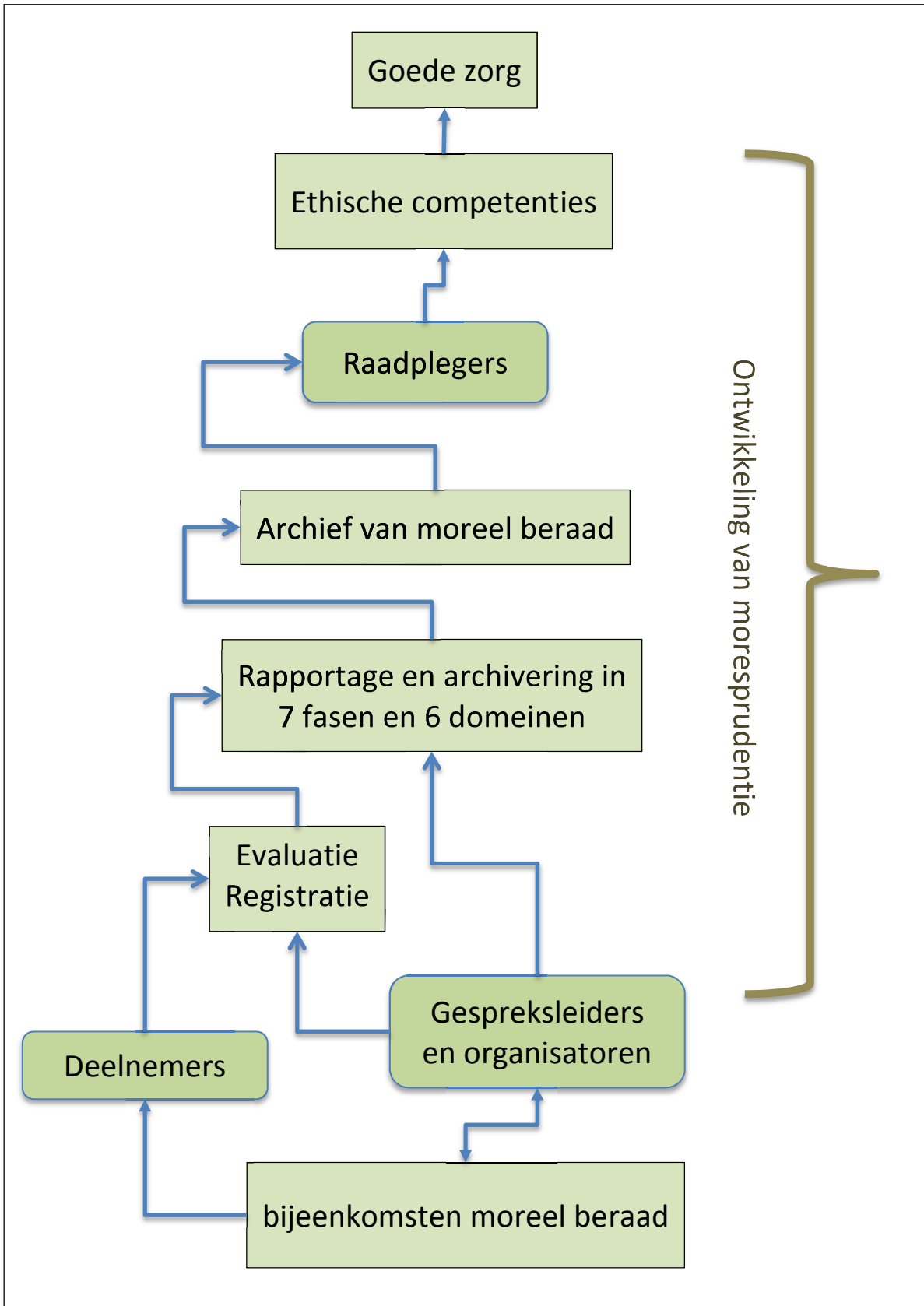
Het ontwikkelen van moresprudentie vanuit moreel beraad hangt samen met activiteiten die gericht zijn op het vastleggen van inhoud, proces en resultaten van de bijeenkomsten. Deze activiteiten zijn erop gericht dat anderen er hun voordeel mee kunnen doen en de organisatie er profijt van heeft (Karssing en van Dartel, 2014). De ontwikkeling van moresprudentie is daarmee een proces waarbij op een systematische wijze kennis en inzichten worden verzameld over de manier waarop met lastige kwesties kan worden omgegaan (Karssing en van Dartel, 2014). Daarmee kan het professionals in de organisatie houvast bieden bij het omgaan met morele vraagstukken in de zorgpraktijk.

#### **3.2.4 Conceptueel schema**

De verslaglegging van moreel beraad vormt niet een doel in zichzelf maar is gericht op de ontwikkeling van moresprudentie in een reflectieve organisatie. Figuur 2 vat het volgende samen:

- verslaglegging wordt voorgesteld als een geheel van activiteiten tijdens en na afloop van bijeenkomsten van moreel beraad. Deelnemers, gespreksleiders en organisatoren zijn betrokken bij de registratie en de evaluatie van het beraad tijdens en mogelijk ook na afloop van de bijeenkomst. De rapportage en de ordening van het materiaal met het oog op archivering worden door de gespreksleider verzorgd. Ordeningsprincipes ten behoeve van de rapportage en de samenstelling van het archief kunnen worden ontleend aan het 7-fasenmodel en de 6 uitkomstdomeinen (zie ook Figuur 1). Deze ordeningsprincipes veronderstellen dat de bijeenkomsten worden geregistreerd aan de hand van het 7-fasenmodel en geëvalueerd aan de hand van de 6 uitkomstdomeinen.
- het geheel van activiteiten gericht op registratie, evaluatie, rapportage en archivering wordt in samenhang met de raadpleging van het archief van moreel beraad gezien als de *ontwikkeling van moresprudentie*. De versterking van ethische competenties door vastlegging van inhoud, proces en resultaat van moreel beraad is onderdeel van dit leerproces in een reflectieve organisatie.





**Figuur 2** Conceptualisering van de verslaglegging van moreel beraad

## 3.3 Moreel beraad in Isala Zwolle

### 3.3.1 Inbedding in de organisatie

Moreel beraad wordt door een team van geestelijk verzorgers vanuit de Isala Academie georganiseerd ten behoeve van de zorgpraktijk, scholing en opleiding. Eén van de geestelijk verzorgers is voor een dag in de week aangesteld aan de Isala Academie om het moreel beraad te coördineren (Hasker, 2013). In Isala is met medewerkers en patiënten een zoektocht in gang gezet naar de visie, missie en kernwaarden van het ziekenhuis. De volgende fragmenten waarin de kernwaarden van Isala worden omschreven uit het visie-document *Beter leven met Isala* (Isala klinieken, 2011) laten duidelijke overeenkomsten zien met de wijze waarop hier eerder, in hoofdstuk 2, *goede zorg* en *ethische competenties* zijn gedefinieerd:

Onze kernwaarden zijn een leidraad bij alles wat we doen. Ze geven richting aan hoe we met elkaar, onze patiënten en onze partners in de zorgketen willen omgaan.

#### *Open*

We willen open met mensen omgaan, toegankelijk en gastvrij zijn. Zonder drempels en voor iedereen. Juist als ziekenhuis staan we midden in de samenleving. Bij alles wat we doen of zeggen, proberen we duidelijk, eerlijk en oprecht te zijn. Niet alleen naar onze patiënten, maar ook naar collega's en andere dienstverleners in de zorgketen. We staan open voor samenwerking, met elkaar én met huisartsen, revalidatiecentra en verpleeghuizen. In de zorg spelen wij een belangrijke, verbindende rol.

#### *Professioneel*

We zijn een professioneel, topklinisch ziekenhuis dat de beste zorg biedt door de beste artsen. Naast topzorg houden we ons bezig met wetenschappelijk onderzoek, ontwikkelen we nieuwe methoden en bieden we behandelingen die geen enkel ander ziekenhuis in de regio beheerst. Maar professioneel betekent ook: doen wat je zegt. Als we bijvoorbeeld zeggen dat we 20% gaan besparen op ondersteunende diensten, moeten we dat ook waarmaken. Erover praten is één ding, we moeten ons er ook naar gedragen.

#### *Met hart en ziel*

De kernwaarden open en professioneel worden geladen doordat hier mensen werken met passie voor de zorg. Toegewijde medewerkers die zich met hart en ziel inzetten om voor anderen te zorgen. Op alle fronten: met uitstekende, medische zorg, via persoonlijke aandacht en begeleiding, of door ondersteunend de beste omstandigheden te creëren voor een zo prettig mogelijke ervaring.

### 3.3.2 Werkwijze

Zoals in de ziekenhuisorganisatie kernwaarden als richtinggevend worden gezien nemen waarden ook in de organisatie van moreel beraad in Isala een centrale plaats in. Aan de deelnemers van moreel beraad wordt bij aanvang van de bespreking een lijst met waarden gegeven die hen kan helpen om de casus in ethische termen te zien. Een waarde wordt in deze lijst (zie Bijlage Lijst van waarden) gezien als *Je kompas*, als *iets dat je belangrijk vindt om na te streven, dat richting geeft aan je handelen*.

In 2009 is bewust gekozen voor het Utrechts stappenplan, want hiervan wordt gezegd dat het uitloopt in concrete stappen die je kunt toepassen in de praktijk (Hasker, 2013). Als uitwerking van en aanvulling op het Utrechts stappenplan als gekozen methodiek wordt een aantal documenten gebruikt in de voorbereiding op, tijdens en na afloop van de bijeenkomst:

- instructie voor het opstellen van een casus; zie bijlagen Richtlijnen voor het schrijven van een casus.
- de casusomschrijving.
- format; zie bijlagen Format voor verslaglegging moreel beraad.
- lijst van waarden; zie bijlage Lijst van waarden.
- evaluatieformulier; zie bijlage Evaluatieformulier

Moreel beraad in Isala wordt zowel in de zorgpraktijk als in de opleiding georganiseerd. De werkwijze is hierbij verschillend. Wanneer vanuit de zorgpraktijk moreel beraad is aangevraagd wordt de bijeenkomst door de aanvrager(s) voorbereid door de casusbeschrijving op te stellen. Diegenen die betrokken zijn bij de actuele casus worden uitgenodigd om deel te nemen aan de bijeenkomst en het gesprek wordt geleid door een gekwalificeerde gespreksleider. Wanneer moreel beraad in het kader van de opleiding of scholing wordt gehouden kan het zijn dat de casusbeschrijving door de organisatoren is opgesteld. Deze casus kan (deels) fictief zijn. Ook komt het voor dat vooraf aan de deelnemers is gevraagd om casuïstiek te leveren voor de bijeenkomst. De deelnemers zijn over het algemeen niet betrokken bij de casus die wordt besproken. Bijeenkomsten van moreel beraad die plaatsvinden in de opleiding van co-assistenten in coachgroepen worden geleid door een of twee co-assistenten en begeleid door een geïnstrueerde coach (vaak een (oud) medisch specialist).

### **3.3.3 Overzicht van bijeenkomsten 2010-2012**

Van de bijeenkomsten van moreel beraad in Isala in de periode 2010-2012 is beknopt verslag gedaan (Hasker, 2013). Ten grondslag aan dit beknopte verslag lag een gegevensbestand waarin de volgende variabelen zijn opgenomen: datum van de bijeenkomst, deelnemende disciplines, onderwerp van de bespreking, belangrijkste waarde(n), setting (scholing of 'actueel'), gespreksleider en accreditatie. Gebruik is gemaakt van dit gegevensbestand om hier een overzicht op te stellen van de onderwerpen die besproken zijn (Tabel 1) en de waarden die (volgens de coördinator) centraal stonden in de bijeenkomsten (Tabel 2). Aan elke bijeenkomst is één onderwerp door de coördinator toegekend, terwijl vaak twee met elkaar verband houdende of juist conflicterende waarden aan de bijeenkomsten zijn toegekend.

Als goede entree om het archief toegankelijk te maken kan het besproken onderwerp van de bijeenkomst dienen. Tabel 1 geeft een overzicht van de onderwerpen die besproken zijn en sluit daarmee aan bij de thema's die in de zorgpraktijk actueel zijn en die kennelijk moreel geladen zijn. De raadpleger van het archief zal vooral zoeken op die onderwerpen die ook in de eigen zorgpraktijk actueel zijn.

De toekenning van een centrale waarde of een combinatie van waarden is een eindpunt van de bespreking en van de evaluatie door de rapporteur. Waarden zoals getoond in Tabel 2

lenen zich dan ook wat minder goed als entree om het archief te doorzoeken, want ze zijn eerder de uitkomst van een zoekproces dan een vooraf gegeven zoekcriterium voor de raadpleger. Ze zetten de raadpleger van het archief vooral op het spoor van het morele dilemma dat aan de orde was.

**Tabel 1 Onderwerpen van bijeenkomsten moreel beraad, 2010-2012, Isala Zwolle**

Onderwerp	%
behandeling aanbieden	20,3
behandeling staken	14,5
regie	10,1
reanimatie	10,1
interactie	10,1
sedatie	7,2
palliatief beleid	4,3
belonen	4,3
veilig beschermen	2,9
uitslag onderzoek	2,9
abstineren	2,9
therapieontrouw	1,4
stilteruimte	1,4
sedatie stoppen	1,4
geheimhouding	1,4
gedrag van patiënt	1,4
behandeling	1,4
abortus	1,4

**Tabel 2 Waarden in bijeenkomsten moreel beraad, 2010-2012, Isala Zwolle**

Waarde	%
autonomie	17,4
verantwoordelijkheid	14,5
kwaliteit van leven	11,6
respect	11,6
goed doen	11,6
betrokkenheid	10,1
zorgvuldigheid	10,1
professionaliteit	8,7
openheid	8,7
niet-schaden	5,8
plichtsbesef	5,8
deskundigheid	4,3
gelijkwaardigheid	4,3
vertrouwen	4,3
<i>overige waarden: duidelijkheid, welzijn, zorgzaamheid, eerlijkheid, samenwerking, collegialiteit, solidariteit, stilte, zelfstandigheid</i>	

Combinaties van onderwerpen (die voor raadplegers de verbinding vormen tussen de eigen zorgpraktijk en een bespreking in het moreel beraad) en de waarden (die de raadpleger op het spoor zetten van het morele dilemma) leveren mogelijk een betere ingang om het archief te raadplegen. Deze combinaties van onderwerpen en waarden kunnen bijvoorbeeld geordend worden naar het onderscheid dat in de uitwerking van de voorbeeldcasus aan het begin van dit onderzoeksverslag en bij de conceptualisering van goede zorg en ethische competenties bij herhaling is gemaakt: dat tussen de beroepsmatige verantwoordelijkheid (professionaliteit, medisch-besliskundige afweging) en het aangaan van een zorgrelatie met de patiënt. In Tabel 3 is gebruik gemaakt van dit onderscheid om voor 80% van de bijeenkomsten zowel de onderwerpen als de waarden te ordenen naar hun gerichtheid op beroepsmatige verantwoordelijkheid of op de zorgrelatie met de patiënt.

**Tabel 3 Ordening van geregistreerde onderwerpen en waarden bij 80% van de bijeenkomsten in Isala Zwolle, 2010-2012**

Onderwerp	Waarden
<b><i>gericht op beroepsmatige verantwoordelijkheid</i></b>	
<b>behandeling aanbieden</b>	<i>gericht op beroepsmatige verantwoordelijkheid:</i> goed-doen (2x), kwaliteit van leven (2x), niet schaden, verantwoordelijkheid, niet schaden en plichtsbesef <i>gericht op de zorgrelatie:</i> autonomie, autonomie en zorgzaamheid, eerlijkheid en respect, openheid en zorgvuldigheid, zorgvuldigheid <i>combinatie:</i> autonomie en kwaliteit van leven, zorgvuldigheid en verantwoordelijkheid
<b>behandeling staken, abstineren</b>	<i>gericht op beroepsmatige verantwoordelijkheid:</i> kwaliteit van leven, niet schaden, goed-doen, verantwoordelijkheid <i>gericht op de zorgrelatie:</i> betrokkenheid, betrokkenheid en zorgvuldigheid, openheid, respect en vertrouwen <i>combinatie:</i> autonomie en deskundigheid, autonomie en professionaliteit, kwaliteit van leven en autonomie
<b>reanimatie</b>	<i>gericht op beroepsmatige verantwoordelijkheid:</i> kwaliteit van leven (3x), plichtsbesef, samenwerking <i>gericht op de zorgrelatie:</i> openheid <i>combinatie:</i> professionaliteit en respect
<b>sedatie, sedatie stoppen</b>	<i>gericht op beroepsmatige verantwoordelijkheid:</i> goed-doen, plichtsbesef <i>gericht op de zorgrelatie:</i> autonomie, betrokkenheid en autonomie, respect <i>combinatie:</i> verantwoordelijkheid en zorgvuldigheid
<b><i>gericht op de zorgrelatie</i></b>	
<b>regie</b>	<i>gericht op beroepsmatige verantwoordelijkheid:</i> professionaliteit en verantwoordelijkheid <i>gericht op de zorgrelatie:</i> betrokkenheid en duidelijkheid, respect en vertrouwen, zelfstandigheid <i>combinatie:</i> duidelijkheid en collegialiteit, empathie en niet schaden, goed-doen en autonomie
<b>interactie</b>	<i>gericht op beroepsmatige verantwoordelijkheid:</i> goed-doen (2x) <i>gericht op de zorgrelatie:</i> openheid, respect en gelijkwaardigheid, vertrouwen <i>combinatie:</i> autonomie en verantwoordelijkheid, respect en professionaliteit

### 3.3.4 Implicaties voor verslaglegging: een eerste toegang

Eerder in dit hoofdstuk is genoemd dat de verslaglegging van moreel beraad gericht zou kunnen zijn op de ontwikkeling van moresprudentie in een reflectieve organisatie. Om het archief van moreel beraad toegankelijk te maken voor professionele zorgverleners is het raadzaam om aan te sluiten bij het referentiekader en het zoekgedrag van de raadplegers.

Met het oog op de archivering en ontsluiting van het archief kan het volgende, samenvattend, opgemerkt worden:

- de rubricering van onderwerpen waarover gesproken is in de bijeenkomsten van moreel beraad leent zich wellicht als eerste entree tot de volledige rapportages. Standardisering van deze onderwerpen zou daarbij wenselijk zijn om het voor de raadpleger begrijpelijk en compact te houden.
- beter nog dan deze ontsluiting aan de hand van onderwerpen is om informatie over de besproken onderwerpen en de gekozen waarden te combineren en met het oog op een ordening van de informatie de conceptuele schema's van dit onderzoeksverslag voor ogen te houden. In Tabel 3 is bij wijze van voorbeeld een onderscheid gemaakt tussen onderwerpen en waarden die vooral betrekking hebben op beroepsmatige verantwoordelijkheid of vooral op de zorgrelatie met de patiënt. Daaruit blijkt dat het merendeel van de bijeenkomsten van moreel beraad betrekking heeft op onderwerpen die van doen hebben met die beroepsmatige verantwoordelijkheid (behandeling aanbieden of staken, reanimatie of sedatie) maar dat in die bijeenkomsten vaak ook waarden in het geding zijn geweest die betrekking hebben op de zorgrelatie met de patiënt. Wanneer het onderwerp betrekking heeft op de *interactie* met de patiënt of wanneer het erover is gegaan wie uiteindelijk de *regie* in de behandeling heeft (de zorgverlener of de patiënt?) zijn ook waarden van de beroepsgroep in het geding (goed-doen, professionaliteit, verantwoordelijkheid). Deze bevindingen illustreren dat het in moreel beraad (bijna) altijd gaat om zowel het aangaan van een zorgrelatie met de patiënt als om het bepalen van een positie in die zorgrelatie en het maken van keuzes vanuit een beroepsmatige verantwoordelijkheid.
- vooral wanneer twee waarden bij een bijeenkomst zijn geregistreerd geeft de combinatie van onderwerp en waarden enig inzicht in het dilemma dat speelde. Als voorbeeld kan genoemd worden dat de combinatie van *autonomie* en waarden zoals *kwaliteit van leven* of *verantwoordelijkheid* een spanningsveld laat zien waarin het perspectief van de patiënt verschilt van dat van de zorgverlener. De patiënt wil bijvoorbeeld graag behandeld worden, maar de zorgverlener houdt rekening met het risico dat de behandeling nadelige gevolgen zal hebben voor de kwaliteit van leven. Of de patiënt wil graag zelf de regie hebben over de zorg en de behandeling, terwijl de zorgverlener het als zijn verantwoordelijkheid ziet om de patiënt te behoeden voor de risico's van zelf-zorg.
- de registratie van onderwerpen en waarden kan zo ter hand worden genomen dat aansluiting wordt gezocht bij de onderwerpen die spelen op de werkvloer van het ziekenhuis en dat de aard van het morele dilemma zichtbaar wordt. Om te bewerkstelligen dat raadplegers aansluiting krijgen bij het morele dilemma is het zaak om tenminste twee conflicterende waarden bij elke bijeenkomst te registreren.

## 3.4 Moreel beraad in de opleiding

### 3.4.1 Inleiding

Op 16 oktober 2013 is in het kader van de opleiding moreel beraad gehouden in 8 coachgroepen bestaande uit 6-12 co-assistenten per groep onder begeleiding van een (oud) medisch specialist. Deelnemende co-assistenten hebben zich gebogen over dezelfde casus rond het al dan niet aanbieden van een dunnedarm-transplantatie. Elke bijeenkomst werd ingeleid door een of twee gespreksleiders (zelf ook co-assistent) en begeleid door een coach. Verslaglegging werd door een van de gespreksleiders tijdens de bijeenkomst zelf op een scherm verzorgd aan de hand van het *Format voor verslaglegging moreel beraad coassistenten* (zie Bijlage Format voor verslaglegging moreel beraad (1)). De casusbeschrijving, het ingevulde *Format* door 8 coachgroepen en enkele aantekeningen van de organisatoren vormen het materiaal voor de analyse van dit moreel beraad. Over het algemeen worden de teksten van de casus en de groepsregistraties zoveel mogelijk woordelijk en integraal overgenomen maar zijn taal- en spellingsfouten gecorrigeerd.

### 3.4.2 Casus

De casus ten behoeve van het moreel beraad voor coassistenten heeft betrekking op een patiënt met ernstige darmproblemen die misschien nog geholpen zou kunnen worden met een dunne-darm transplantatie (Tekstbox 1).

Voortvloeiend uit de organisatie van moreel beraad in het kader van de opleiding is sprake van afstand tussen de casusinbrenger en de deelnemers aan de bijeenkomst. Uit de casusbeschrijving is bijvoorbeeld niet eenduidig op te maken of het gaat om een werkelijke of fictieve casus, vooral als het gaat om de experimentele behandeling die ter discussie staat. De casusinbrenger blijft daarnaast anoniem en het is onduidelijk of hij/zij deel uitmaakt van het transplantatieteam.

Vanuit de omschrijving van welgevormde casuïstiek door de Bree en Vening (zie § 2.4.3) kan het volgende over de casus opgemerkt worden:

- de actor (de 'hoofdpersoon' die iets moet doen of laten) is het transplantatieteam.
- de aanleiding tot het beraad is het onderdeel van het opleidingsplan voor co-assistenten waarin zij kennismaken en oefenen met moreel beraad. De casus is ingebracht door de organisatie van moreel beraad in de opleiding en de relatie met een werkelijke casus in het ziekenhuis is onduidelijk.
- de titel van de casus wijst niet direct op een morele kwestie. In de beschrijving wordt wel een moreel probleem geschetst als het aanbieden van een transplantatie die door de patiënt gewenst is maar die als risicovol wordt ingeschat.
- de beschrijving gaat vooral in op de transplantatie als handelingsoptie. De alternatieve handelingsoptie die bestaat uit het afzien van transplantatie wordt niet uitgewerkt. Wel wordt aangegeven dat het afzien van transplantatie leidt tot het overlijden van de patiënt.
- duidelijk wordt omschreven dat de patiënt voor transplantatie kiest, vanwege haar rol als alleenstaande moeder voor haar jonge kinderen. Gesuggereerd wordt dat met de vader van de kinderen geen rekening gehouden hoeft te worden, maar de informatie in de

beschrijving is te beperkt om te besluiten om het perspectief en de rol van de vader dan maar niet te bespreken in de bijeenkomst.

### **Dunne darm operatie?**

*Patiëntgegevens:* Een 45 jarige vrouw, alleenstaande moeder van twee kinderen in de leeftijd 13 en 15 jaar, van beroep vertaalster, leeft van vertaalwerk , PGB, en bijstand; geen contact met ex-partner, kon de ziekte niet aan, heeft ook geen contact meer met kinderen. Wel vrienden en burens die m.n. de kinderen opvangen wanneer zij opgenomen is. Mevr. heeft positieve instelling, stelt zich coöperatief op.

*Ziektegeschiedenis:* mevrouw werd elf jaar terug geopereerd in verband met een strengileus, waarna er steeds weer nieuwe verklevingen optraden die heroperaties noodzakelijk maakten. Uiteindelijk had zij nog 70 cm dunne darm over en was ook een stoma noodzakelijk. Als gevolg van deze aandoening is zij aangewezen op parenterale voeding. Na 4 jaar waren echter alle geschikte vaten gebruikt. De vaten gaan steeds weer dicht en er ontstaan stenosen, zodat besloten wordt een van de vaten open te houden via een stent. Zeven jaar later blijkt ook deze mogelijkheid uitgewerkt te zijn. Het enige dat mevrouw nog in leven zou kunnen houden is een dunne-darm transplantatie.

#### *Concrete situatie:*

Rondom deze transplantatie kleven echter een aantal bezwaren. In het betreffende ziekenhuis is deze operatie nog maar drie keer uitgevoerd, en het is het enige centrum in Nederland. De behandeling is dus nog experimenteel. Bovendien is niet goed duidelijk wat de lange termijn effecten zijn van de transplantatie in termen van absolute jaren en QALY's (quality adjusted life years)

Verder is de fysieke toestand van mevrouw niet gunstig voor de operatie. Zij is reeds vele keren in de buik geopereerd waardoor er veel littekenweefsel is ontstaan. Het is onzeker of de buik wel gesloten kan worden na de operatie. Ook is onzeker of er een geschikt bloedvat is om de dunne darm op aan te sluiten.

Daarnaast heeft mevrouw chronisch nierfalen. De medicatie die na de operatie nodig is, kan waarschijnlijk niet door de nieren worden verwerkt en dialyse is ook geen optie meer.

Het perioperatieve overlijdensrisico wordt op 50% geschat. Er is een grote kans op een langdurig verblijf in het ziekenhuis.

#### *Ons probleem:*

Mevrouw wil de operatie per sé, gezien de leeftijd van de kinderen.

Aan het transplantatieteam (chirurg, MDL-arts, verpleegkundige, psycholoog en maatschappelijk werk) is de vraag is of gezien de omstandigheden het aanbieden van een dunne darm transplantatie te verantwoorden is.

### **Tekstbox 1 Casus moreel beraad in de opleiding**



### 3.4.3 Methodiek

De methodiek van dit moreel beraad bestaat uit het hanteren van het Utrechts stappenplan, de bespreking van dezelfde casus in verschillende coachgroepen, de gespreksleiding door co-assistenten, de begeleiding door coaches en de registratie van het besprokene aan de hand van het Format (zie Bijlage Format voor verslaglegging moreel beraad (1)). Opvallend aan deze methodiek is dat niet gebruik wordt gemaakt van een gekwalificeerde gespreksleider maar van geïnstrueerde co-assistenten en coaches. Mede als gevolg daarvan is waarschijnlijk sprake van variatie in de kwaliteit van de bijeenkomsten en van de registratie middels het Format.

### 3.4.4 Beeldvorming

De morele vraag wordt in de casusbeschrijving enigszins richtinggevend voorbereid door te spreken van *Ons probleem* en de wens van de patiënt duidelijk af te zetten tegen het risicovolle karakter van de transplantatie. Enkele groepen hebben de moeilijke omstandigheden en het risicovolle karakter van de transplantatie opgenomen in de specificatie van de morele vraag. Daarmee zou de specificatie van de morele vraag kunnen bijdragen aan een negatief standpunt ten aanzien van de transplantatie. In andere groepen is de morele vraag meer neutraal gesteld (zie Tabel 4).

**Tabel 4 Specificatie van de morele vraag door 8 coachgroepen, zoals geregistreerd in het Format**

Groep	Morele vraag
1	Is het juist deze patiënte te opereren dmv dunne darm transplantatie?
2	Is het gezien de medische en sociale situatie zinvol om deze patiënte een risicovolle dunne darm transplantatie aan te doen?
4	Is het verantwoord om deze mevrouw met deze prognose deze behandeling aan te bieden.
5	Is het uitvoeren van een experimentele dunne darm transplantatie moreel verantwoord bij deze patiënte?
6	Is het goed in deze omstandigheden de patiënte aan te bieden voor transplantatie?
7	Is, gezien de omstandigheden, het aanbieden van een dunne darm transplantatie te verantwoorden
8	Is het aanbieden van een dunne darm transplantatie te verantwoorden?/is het juist deze operatie aan te bieden?
9	Is het goed deze pt deze transplantatie aan te bieden?

### 3.4.5 Oordeelsvorming

In het gehanteerde Format (zie Bijlage Format voor verslaglegging moreel beraad (1)) worden de betrokkenen bij de casus genoemd en de argumenten per betrokkene geregistreerd aan de hand van een tweedeling in argumenten voor (zie Tabel 5) en tegen (zie Tabel 6).

**Tabel 5 Inventarisatie van argumenten voor operatie (ja, het is goed)**

<b>Argument per betrokkene</b>	<b>Verwoording in Format</b>
<b><i>Patiënt</i></b>	
<b>Enige optie of kans</b>	Elke kans benutten; enige kans op overleven; overleving; alles heeft geprobeerd; alles op alles zetten; waarom niet proberen, kan alleen maar betere perspectieven bieden; enige kans; enige mogelijkheid voor levensverlenging
<b>Eigen wens</b>	Wens pt, autonomie; wil leven (voor kinderen, ze is jong); wil moeder zijn
<b>Ziekte-inzicht</b>	Ontkenning ziekte
<b>Zorg voor kinderen</b>	Sociaal, kinderen; kinderen zien opgroeien door mogelijk langer leven; kinderen om voor te zorgen; wil leven voor haar kinderen
<b>Rol van de vader</b>	Vader kan niet voor ze zorgen
<b>Tijd</b>	Tijds winst
<b>Bijdrage aan wetenschap</b>	Mogelijkheid van bijdragen aan medische kennis
<b><i>Familie</i></b>	
<b>Proces</b>	'rustig/natuurlijk' afscheid nemen; mogelijk herstel?
<b>Kinderen</b>	Moeder houden; mogelijk langer moeder hebben; willen haar niet verliezen voor de kinderen; moeder bij zich houden; willen familielid niet kwijt, kinderen zijn jong
<b>Steun</b>	Steunen pt in keuze
<b><i>Arts</i></b>	
<b>Experiment</b>	Uitdaging, ervaring opdoen; bevorderen kennis over transplantatie; kennis/ervaring opdoen; experimentele behandeling-kennis
<b>Alles proberen</b>	Doen wat nog kan; beste zorg voor patiënt
<b>Arts-patiënt relatie</b>	Goede band/relatie pt, laatste hoop niet ontnemen, druk van de pt; wil haar helpen;
<b>Prognose</b>	Mogelijke verlenging QALY
<b><i>Vpk</i></b>	
<b>Gezinssituatie</b>	Alles voor het gezin (identificatie als moeder)
<b>Inschatting van situatie</b>	Zo kan het niet langer
<b>Vpk-patiënt relatie</b>	Willen beste voor de patiënt; haar gunnen; patiënte is gemotiveerd
<b><i>Andere betrokkenen?</i></b>	
<b>Psycholoog</b>	Goede opvang voor de kinderen; patiënte wil het graag. Voor de kinderen is het beter langere tijd nog een moeder te hebben
<b>Zorgverzekeraar</b>	Experimentele behandeling dus hoeven OK niet te vergoeden; Onbekend hoe dit geregeld is
<b>Lotgenoten</b>	Willen later die behandeling
<b>Maatschappij</b>	Ervaring opdoen

**Tabel 6 Inventarisatie van argumenten tegen operatie (nee, het is niet goed)**

<b>Argument per betrokkene</b>	<b>Verwoording in Format</b>
<b><i>Patiënt</i></b>	
<b>Risico en prognose</b>	Hoge peri-operatief overlijdingsrisico, risico daling QALY, onduidelijkheid experiment; eventueel palliatief traject, vroegtijdig overlijden na OK; grote kans op complicaties en vroeg overlijden; slechte kwaliteit van leven, langdurige ziekenhuisopname; je weet niet of ze beter wordt, wellicht sneller overlijden met meer pijn; lange lijdensweg; veel kans op complicaties
<b><i>Familie</i></b>	
<b>Belasting</b>	Mogelijk hoge belasting, zorgen voor pt na OK, geen onnodig lijden; geen langdurig ziekbed; moeder niet lijden, kwaliteit van leven; voor kinderen is een lange opname op de IC van hun moeder ook niet wenselijk (grote impact).
<b>Relatie en afscheid</b>	Afscheid kunnen nemen, moeder houden zonder lijden van grote operatie (minder onrust en onduidelijkheid); je ontnemt kinderen kans om mogelijk rustig te overlijden; willen haar niet verliezen door operatie; fijner afscheid, rol moeder overnemen; op deze manier is het rustiger om afscheid te nemen (dan tijdens OK)
<b><i>Arts</i></b>	
<b>Diagnose en prognose</b>	Sombere uitgangspositie, slechte prognose, niet schaden; weinig kans van slagen (overlijdensrisico); geen medicatie na operatie; herstelfase zal zwaar zijn; kans afstoten; chirurg: gewetensprobleem, technisch mogelijk niet haalbaar (sluiten vd buik, aansluiten vat op darm, etc), grote kans op overlijden (slecht voor zijn statistieken)
<b>Kennis en ervaring</b>	Weinig ervaring; schaarste van kennis; niet evidence-based
<b>Transplantatie voor ander</b>	Andere niet kans op darm ontnemen; donoren zijn schaars
<b>Goede zorg</b>	Beste zorg voor patiënt; medisch zinloos; goed doen
<b><i>Vpk</i></b>	
<b>Belasting</b>	Intensieve verzorging na OK, zinloos; te grote belasting voor patiënte; meer werkdruk; ellende besparen; lange ziekenhuisopname
<b>Kennis en ervaring</b>	geen ervaring met dit soort patiënten
<b><i>Andere betrokkenen?</i></b>	
<b>Psycholoog</b>	Leven met darm van ander iemand in je, ontkenning ziek zijn; voor de kinderen veel stress, voor patiënte ook een grote impact, is coping van pt voldoende?
<b>Zorgverzekeraar</b>	Kosten; groot risico op hoge kosten (ook post-OK)
<b>Maatschappij</b>	Belastinggeld

Uit de inventarisatie van diegenen die bij de morele vraag betrokken zijn en van hun (mogelijke) perspectieven blijkt dat de deelnemers hebben geprobeerd zich in te leven in de positie van de betrokkenen, zonder zelf betrokkenen te zijn. Daarmee worden wellicht perspectieven en argumenten aan de betrokkenen toegeschreven die speculatief of zelfs ongefundeerd kunnen zijn. Voorbeelden hiervan zijn:

- aan de patiënt worden zowel argumenten voor als argumenten tegen transplantatie toegeschreven. De argumenten voor transplantatie lijken overeen te komen met de informatie die in de casusbeschrijving is opgenomen. Door één groep is hierbij wel twijfel geuit over het ziekte-inzicht van de patiënt. De argumenten van de patiënt tegen de transplantatie komen speculatief over en lijken overeen te komen met de tegenargumenten van de arts (met wie de co-assistenten zich waarschijnlijk het meest kunnen identificeren).
- aan de mogelijke rol van de vader wordt nagenoeg voorbijgegaan en de moeder wordt gezien als de enige opvoeder. Weliswaar volgen de deelnemers hierin de aanwijzingen in de casusbeschrijving, maar een kritische noot was hierin op zijn plaats geweest. Het is immers niet duidelijk of de vader een belangrijkere rol zou kunnen en willen vervullen, mocht de moeder komen te overlijden.
- aan de kinderen worden tegengestelde argumenten toegeschreven. Enerzijds willen ze hun 'moeder bij zich houden' en voor de operatie kiezen, anderzijds zou de operatie hen de mogelijkheid ontnemen om rustiger of fijner afscheid te nemen.
- aan de patiënt wordt een motief toegeschreven om met de transplantatie een bijdrage te leveren aan medische kennis. Dit motief is niet terug te vinden in de casusbeschrijving.
- over de dunnedarm-transplantatie is weinig bekend, mede omdat deze als experimenteel wordt beschreven in de casustekst. Aan de artsen wordt een argument voor de transplantatie toegeschreven dat zij hiermee ervaring kunnen opdoen en kennis kunnen vergaren. Of dit een reëel argument zou kunnen zijn voor artsen om een risicovolle en experimentele behandeling te overwegen is zeer twijfelachtig. Daarnaast worden ook argumenten genoemd vanuit het idee dat het hier ook om een schaarste-probleem zou gaan en om rechtvaardigheid in morele zin: donoren zijn schaars en komt deze patiënt wel het meest in aanmerking? Of er in werkelijkheid sprake is van schaarste en of andere patiënten daadwerkelijk in aanmerking komen voor deze transplantatie is echter niet duidelijk.

### 3.4.6 Besluitvorming

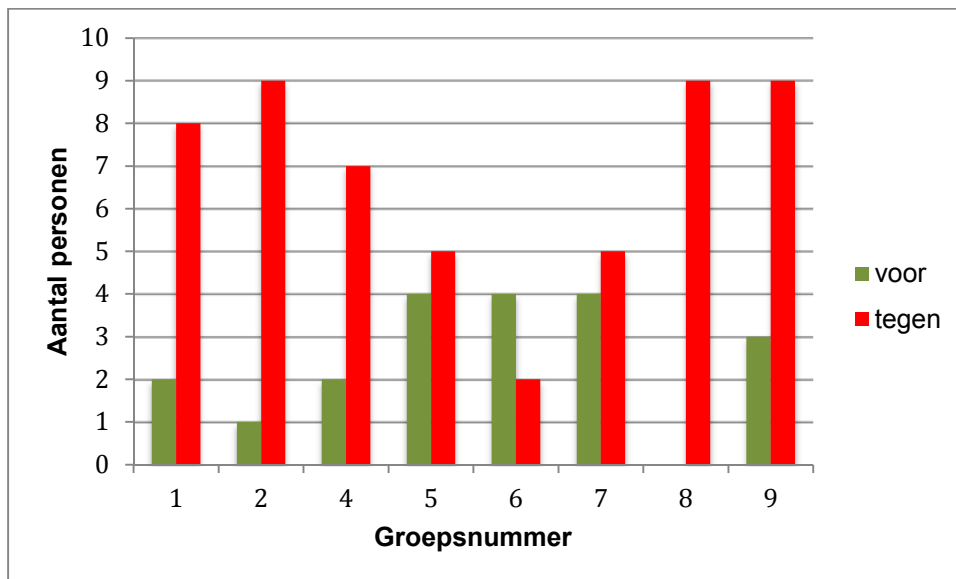
De fase van de besluitvorming wordt in het gehanteerde Format geregistreerd aan de hand van het turven van het aantal voor- en tegenstemmers en het benoemen van de belangrijkste waarden voor en tegen. Uit het overzicht van de geregistreerde waarden voor en tegen (zie Tabel 7) komt een veelheid aan overwegingen naar voren die niet altijd als *waarde* aangemerkt kunnen worden. Als een waarde wordt begrepen als *iets dat je belangrijk vindt om na te streven, dat richting geeft aan je handelen* (zie Bijlage Lijst van waarden) zijn de volgende waarden geregistreerd: levensverlenging, autonomie (van de patiënt), bijdrage aan de wetenschap, goed doen, zinvol handelen en niet schaden. Enkele andere geregistreerde items kunnen vertaald worden naar waarden, zoals 'slechte prognose en slechte kwaliteit van leven' als *niet schaden*, en 'andere patiënten kan je beter helpen met nier of darm' als *rechtvaardigheid*. Het door groep 6 ingebrachte 'Alles op alles zetten' is moeilijk om te zetten naar een waarde die richting geeft aan hedendaags professioneel handelen.

**Tabel 7 Waarden in de coachgroepen genoemd en geregistreerd**

<b>Groep</b>	<b>Waarde voor</b>	<b>Waarde tegen</b>	<b>Waarde voor/tegen</b>
<b>1</b>	Levensverlenging Autonomie van patiënt	Niet schaden	
<b>2</b>	Bijdrage aan wetenschap Autonomie van de patiënt	Peri-operatief overlijdensrisico Onzekerheid	Kwaliteit en kwantiteit van leven met en zonder transplantatie
<b>4</b>	Enige optie Kinderen Wetenschap	Heel duur (kosten/baten) Zeer kleine kans op goede uitkomst Andere pt meer recht op darm Medisch zinloos	
<b>5</b>	Autonomie van de patiënt Enige optie Kans op verlenging leven	Technisch misschien niet haalbaar Andere patiënten kan je beter helpen met nier of darm Prognose (inclusief QALY) is ook na transplantatie slecht	
<b>6</b>	Alles op alles zetten	Slechte prognose en slechte kwaliteit van leven Andere pt heeft mogelijk meer kans op overleving	
<b>7</b>	Wil van de patiënt (jonge kinderen) Niet lang meer te leven zonder operatie	Uitvoerbaarheid	Nuttigheid van behandeling zonder nabehandeling?
<b>8</b>	Tijdwinst Motivatie OK: voor de kinderen, ook voor zichzelf	Risico's en kleine kans van slagen	
<b>9</b>	Goed doen Zinvol handelen	Niet schaden Zinloos handelen	

Vanuit de registratie van het aantal voor- en tegenstemmers in het *Format* blijkt dat elke groep een bepaalde afweging van deze waarden en perspectieven heeft gemaakt. Figuur 3 laat zien dat de groepen onderling sterk verschillen wat betreft de verhouding tussen voor- en tegenstemmers.

**Figuur 3** Verdeling van voors en tegens in de coachgroepen



Bijna driekwart van de deelnemende coassistenten gaf aan tegen het aanbieden van de operatie te zijn. Slechts één groep (8) bereikte echter volledige consensus en in vier andere groepen (1, 2, 4, 9) was een duidelijke meerderheid ook gekant tegen het aanbieden van de operatie. In drie groepen (5, 6, 7) was sprake van een zeker evenwicht tussen voor en tegen, waarvan in één groep (6) meer voorstemmers dan tegenstemmers waren. In de navolgende paragrafen worden de 8 groepen op grond van deze stemverhoudingen als volgt ingedeeld: groepen met alleen nee-stemmers (groep A), groepen met beduidend meer nee-stemmers dan ja-stemmers (groep B), groepen met iets meer nee-stemmers (C) en een groep met iets meer ja-stemmers (D).

### 3.4.7 Afsluiting en evaluatie

Moreel beraad wordt besloten met een concretisering van de stappen die gezet moeten worden. In deze fase gaat het om het benoemen en doordenken van deze concrete stappen, over verantwoordelijkheden en over de uitvoering. Omdat in de meeste groepen geen consensus is bereikt is niet altijd overgegaan tot het formuleren van concrete stappen (Tabel 8). Uit de registratie van deze afsluitende fase van de bijeenkomst blijkt dat de beslissing over de vervolgstappen vooruit wordt geschoven en dat de meeste groepen eerst aanvullende informatie zouden willen inwinnen om tot een besluit te komen. Dit lijkt geen verband te houden met de stemverhouding binnen de groep: zowel in de groep met meer ja-stemmers als in de groepen met (beduidend) meer nee-stemmers wordt aangegeven dat meer informatie ingewonnen moet worden. In groep 9 met beduidend meer nee-stemmers worden vervolgstappen genoemd in geval tot operatie wordt overgegaan en in geval de keuze wordt gemaakt om de operatie niet aan te bieden.

Vanuit enkele opmerkingen op de Formats komt naar voren dat de casus als lastig is geëvalueerd. In een coachgroep werd naar voren gebracht dat de casus medisch inhoudelijk te gecompliceerd is, in een andere groep stelde men de vraag of het een reële casus betrof. Door de onvolledigheid van de casus ontstond in een groep een gevoel van onbekwaamheid. In de groep met alleen nee-stemmers werd opgemerkt dat er zo weinig alternatieven in deze

casus voorhanden waren vanwege een slecht perspectief. Een groep vond dat de casus duidelijk was.

**Tabel 8 Concrete stappen geregistreerd door de coachgroepen**

Groepsnr	Groepskenmerk	Concrete stappen
1	Beduidend meer nee-stemmers (B)	Niet aanmelden voor dunnedarm-transplantatie, uitleg pt en andere betrokkenen, inslaan palliatief beleid, overleg hoe nu verder, communicatie met HA, maatschappelijk werk, thuiszorg; evt. hospice
2	Beduidend meer nee-stemmers (B)	Informatie verschaffen, begeleiding (huisarts, maatsch.werk, sociaal vangnet), aandacht opvang kinderen
4	Beduidend meer nee-stemmers (B)	Met artsen medische zinvolheid bepalen, daarna voorleggen aan patiënt
5	Evenwicht met meer nee-stemmers (C)	Wie heeft de optie genoemd?, informatie (ervaringen) van andere centra opvragen (ook over mogelijkheid combinatie transplantatie), huisarts spreken over zijn visie, vaatchirurg en uroloog in consult vragen, na verzamelen informatie familiegesprek, is er voldoende geregeld omtrent overlijden (perioperatief)
6	Evenwicht met meer ja-stemmers (D)	Voor betere besluitvorming meer informatie inwinnen omtrent outcome en QOL
7	Evenwicht met meer nee-stemmers (B)	Onderzoek naar operaties die in buitenland zijn uitgevoerd, risico-analyse, donor beschikbaar (geschikt) hoe lang, wachtlijst?, kosten?
8	Consensus met alleen nee-stemmers (A)	Gesprek met patiënt over risico's, motivatie etc, opvang kinderen, opvangplan maken voor kinderen
9	Beduidend meer nee-stemmers (B)	[bij] wel: vervolgstappen alvorens bespreken, bijv. max duur IC [bij] niet: gesprek met pt aangaan en overwegingen toelichten, huisarts inschakelen in zorg, bespreken hoe verder verloop thuis

Schriftelijke evaluatie door de organisatoren is beperkt gebleven tot een specificatie van de morele vraag en een selectie van belangrijkste waarden. De morele vraag in deze evaluatie luidt: 'Is het uitvoeren van een experimentele dunne darm transplantatie moreel verantwoord bij deze patiënt?' De belangrijkste waarden die aan de orde zijn betreffen in deze evaluatie: autonomie 'patiënt versus goed doen/niet schaden', 'zinvol/zinloos handelen' en '(wetenschap, kosten/baten)'.

### 3.4.8 Implicaties voor verslaglegging: omgaan met groepsverschillen

In de voorgaande paragrafen is naar voren gekomen dat de coachgroepen de morele vraag op verschillende manieren hebben gesteld, een grote diversiteit aan perspectieven en waarden hebben ingebracht, tot verschillende conclusies en vervolgstappen zijn gekomen en de casus vooral als complex of onduidelijk hebben geëvalueerd. Bovendien werd in de meeste groepen de morele vraag niet unaniem beantwoord en naar voren gebracht dat meer informatie ingewonnen zou moeten worden. Hoe kan van dit moreel beraad dan verslag gedaan worden en is een bepaalde vorm van verslaglegging voorstelbaar waarmee bijgedragen wordt aan de *moresprudentie* in het ziekenhuis?

Om hierop antwoord te geven is het zinvol om de verschillende onderdelen van de registratie in samenhang te zien. Daarmee kan wellicht een completer beeld ontstaan van de wijze waarop elke groep is omgegaan met de voorliggende casus en tot een bepaald besluit is gekomen. In Tabel 9 wordt voor elke groep uiteengezet wat de stemverhouding is geweest, of de morele vraag neutraal of eerder richtinggevend is gesteld, of de argumenten en waarden die in het geding zijn op een evenwichtige of eerder eenzijdige manier zijn benoemd, welke concrete stappen zijn geregistreerd en hoe de bijeenkomst of casus is geëvalueerd.

**Tabel 9** Overzicht van de onderdelen van de registratie per groep

Groeps nr	Groeps-kenmerk*	Specificatie morele vraag	Argumenten en waarden	Concrete stappen	Evaluatie
1	B	neutraal	evenwichtig	concrete beslissing	duidelijke casus
2	B	richtinggevend	evenwichtig	geen duidelijke beslissing	..
4	B	enigszins richtinggevend	evenwichtig	geen duidelijke beslissing	casus te gecompliceerd
5	C	neutraal	evenwichtig	geen duidelijke beslissing	vragen over realiteitsgehalte van casus
6	D	neutraal	nadruk op argumenten 'tegen'	meer informatie inwinnen voor betere besluitvorming	zeer lastige casus
7	C	neutraal	evenwichtig	meer informatie inwinnen	door onvolledige casus ontstaat gevoel van onbekwaamheid
8	A	neutraal	argumenten evenwichtig, weinig waarden genoemd	genomen beslissing 'tegen' blijft impliciet	weinig alternatieven bij deze casus
9	B	neutraal	evenwichtig	geen beslissing	..

\* A: consensus met alleen nee-stemmers; B: beduidend meer nee-stemmers; C: evenwicht met meer nee-stemmers; D: evenwicht met meer ja-stemmers

Met het oog op de bepaling van de mogelijke waarde van verslaglegging kan het volgende opgemerkt worden:

- de set van argumenten en waarden die geregistreerd werden kan voor bijna elke groep 'evenwichtig' genoemd worden, in die zin dat zowel argumenten en waarden 'voor' als 'tegen' worden benoemd. Hiermee ontstaat een duidelijk beeld van de morele waarden die hier in het geding zijn en het wordt duidelijk waar het in de kern om gaat: conflicterende waarden van autonomie van de patiënt en het niet-schaden beginsel van waaruit artsen hun argument tegen de transplantatie inbrengen. De waarde van de



verslaglegging hiervan zou kunnen liggen in het laten zien dat de autonomie van de patiënt niet allesbepalend is en dat professionals in de zorg hun eigen beslissingsruimte hebben om af te zien van een behandeling die zij als schadelijk en niet medisch zinnig inschatten. Een behandeling kan kortom niet door de patiënt afgedwongen worden.

- de wijze waarop in de groepen voor of tegen de transplantatie is gestemd laat zich niet verklaren uit de verschillende manieren waarop de morele vraag is gesteld en de beeldvorming en de besluitvorming zijn verlopen. Integendeel: in de groep waarin meer ja-stemmers dan nee-stemmers waren zijn juist de argumenten ‘tegen’ uitgebreider belicht en geregistreerd dan de argumenten ‘voor’. De informatiewaarde in de verslaglegging rond het gespreksverloop (beeldvorming, besluitvorming) zal gering zijn.
- in de meeste groepen is weliswaar een meerderheid gekant tegen de transplantatie maar heeft dit niet altijd geleid tot het benoemen van concrete stappen die volgen uit een duidelijke beslissing. In de meeste groepen wordt gepleit voor het inwinnen van meer informatie om een besluit te kunnen nemen. In samenhang met de evaluerende opmerkingen van enkele groepen die erop wijzen dat de casusbeschrijving veel onduidelijkheden bevat is het uitblijven van concrete beslissingen een signaal dat deze casus en de bespreking ervan zich niet goed lenen voor vastlegging in een verslag dat voor andere zorgverleners van waarde zou kunnen zijn.

## 3.5 Moreel beraad in de zorgpraktijk

### 3.5.1 Inleiding

Op 3 oktober 2013 is een moreel beraad gehouden naar aanleiding van een actuele situatie die aan de orde was op de afdeling Interne geneeskunde van Isala Zwolle. Aan de bijeenkomst namen deel: een zaalarts, een arts-assistent, een verpleegkundige, een plastisch chirurg, een internist, een consulent ouderengeneeskunde en een projectleider ouderengeneeskunde. De deelnemers hebben zich gebogen over een actuele casus die door de deelnemende zaalarts was opgesteld en ingebracht. De casus betreft het behandelplan van een patiënt die cognitief beperkt is door een delier. De bijeenkomst werd geleid door twee gekwalificeerde gespreksleiders. Deze gespreksleiders verzorgden zelf de verslaglegging op papier tijdens de bijeenkomst en werkten deze verder uit aan de hand van het *Format voor verslaglegging moreel beraad*. De casusbeschrijving en het door de gespreksleiders opgestelde *Format* vormen het materiaal voor de analyse van dit moreel beraad. Over het algemeen worden de teksten van de casus en het format zoveel mogelijk woordelijk en integraal overgenomen maar zijn taal- en spellingsfouten gecorrigeerd.

### 3.5.2 Casus

In de omschrijving van de casus (Tekstbox 2) wordt de urgentie van de actuele situatie waarin een besluit genomen moet worden duidelijk. De inbrenger (‘actor’) brengt met de casus een in hoofdlijnen duidelijk omschreven situatie naar voren met de volgende kenmerken (op geleide van de omschrijving van *welgevormde casuïstiek* door de Bree en Vening, zie § 2.4.3):

- aanleiding tot de bespreking is het gegeven dat de behandeling van dhr.K. geen substantiële verbetering te zien geeft en dat een beslissing genomen moet worden over de wenselijkheid van een vervolgbehandeling
- er zijn *handelingsopties*. Een alternatieve behandeling wordt geschetst als *evt. een peg sonde voor zijn voedingstoestand, een stoma voor de fecale verontreiniging en een grote*

*operatieve ingreep voor het sluiten van de decubituswond.* Deze behandeling kan mogelijk bijdragen aan een verbetering van de cognitieve situatie van dhr.K.

- de situatie is gecompliceerd omdat dhr.K. cognitief beperkt is, o.a. door een delier. In de casus wordt ook gesproken over dhr.K. als *wilsonbekwame patiënt*
- de morele kwestie wordt door de casusinbrenger op verschillende manieren verwoord en hiermee wordt al een voorzet voor de kernvraag in het beraad gedaan. In de titel wordt de vraag opgeroepen welke ingrepen *verantwoord* zijn ter bevordering van de cognitieve toestand. De casus wordt besloten met een meer emotioneel geladen gevoel *dat we deze meneer veel aandoen* en een daaraan gekoppelde morele vraag of *we deze wilsonbekwame patiënt dit allemaal* aan kunnen doen.
- duidelijk wordt omschreven op wie de besluitvorming betrekking heeft en wie de direct betrokkenen zijn (de kinderen van dhr.K.). Niet helemaal duidelijk wordt welke positie zijn kinderen innemen als het gaat om de handelingsopties en om verdere ondersteuning.
- in de casus wordt feitelijke informatie gegeven over de sociaal-psychologische achtergronden van de patiënt en diens ziektegedrag, de ziektegeschiedenis in medische termen, de handelingsopties die relevant zijn en de vergelijking van de bestaande behandeling met een eventuele nieuwe behandeling in termen van baten (gezondheidswinst) en kosten (schade, risico's).

De casus lijkt voldoende informatief te zijn opgesteld om als basis te kunnen dienen voor een moreel beraad dat erop gericht is om tot een besluit te komen over de behandeling van de besproken patiënt. De beschrijving roept echter ook vragen op die zich vooral toespitsen op de wilsonbekwaamheid van de patiënt. Hoe moet deze wilsonbekwaamheid geïdentificeerd worden (als van voorbijgaande aard bijvoorbeeld?) en in hoeverre heeft de patiënt zich uitgesproken over de mogelijke behandelopties en over zijn levensperspectief? Kan sprake zijn van *informed consent* of zijn de kinderen van dhr.K. degenen die plaatsvervangend besluiten kunnen nemen? Wellicht wordt in de bespreking van het format duidelijk of en op welke manier het onderwerp van wilsonbekwaamheid aan de orde is geweest in de morele afweging.

## Welke ingrepen zijn verantwoord ter bevordering van cognitieve toestand?

### *Presentatie van de patiënt.*

Dhr. K. is een 73 jarige man, die zelfstandig woonde voor deze opname.

Vroeger had hij een slijterij. Hij is in het verleden verslaafd geweest aan alcohol. Zijn karakter is makkelijk en hij heeft altijd de neiging gehad niet zo goed voor zichzelf te zorgen. Hij heeft twee dochters en een zoon, deze proberen hem verstandige adviezen te geven, maar voor de opname deed hij ook al het liefst alles op zijn eigen manier.

Hij kreeg enkele malen thuiszorg per dag, verzorgde zijn eten nog zelf en deed aan zelfcatheterisatie. In verband met zijn thoracale dwarslesie had hij niet veel bewegingsvrijheid en was hij veel bedlegerig.

### *Ziektegeschiedenis en opname verloop*

De medische voorgeschiedenis beschrijft een thoracale dwarslesie, waarbij een retentieblaas en incontinentie voor urine en feces. Tevens werd in 2006 tijdens een infectie een delier vastgesteld en wees een neuropsychologisch onderzoek destijds uit dat hij voor zijn leeftijd en opleidingsniveau een verminderde geheugenfunctie had, echter hij was wel leerbaar en het geheugen verbeterde weer in de tijd. Vanwege een sombere stemming werd hij in 2006 tijdelijk behandeld met een SSRI. Patient is nu opgenomen in verband met een decubitus wond op de stuit. De wond en de ziekenhuisopname hebben een delier veroorzaakt. De voedingstoestand van de patient was voor de opname niet goed, maar is met het delier ook moeilijk echt goed te krijgen. Hij eet alleen als hem iets wordt aangeboden. Verder is er sprake van fecale verontreiniging van de wond in verband met de fecale incontinentie.

### *De concrete situatie*

Gedurende de opname blijft het delier onveranderd aanwezig. De patiënt is wel voorzichtig enkele minuten per dag aan het opzitten in een aangepaste stoel. Verder wordt de wond zo goed mogelijk verzorgd en hiermee verbetert het wondbed. De wond wordt echter niet substantieel kleiner.

We behandelen de patiënt conservatief zo goed als we mogelijk, maar daarmee treedt geen substantiële verbetering op. Met name niet ten opzichte van zijn cognitieve situatie, welke zijn kwaliteit van leven belangrijk beïnvloedt.

Is dit de maximaal haalbare situatie voor deze patiënt, of willen we door veel ingrepen (evt. een peg sonde voor zijn voedingstoestand, een stoma voor de fecale verontreiniging en een grote operatieve ingreep voor het sluiten van de decubituswond) proberen om de situatie te verbeteren? *Ik heb het gevoel dat we deze meneer veel aandoen.* Kunnen we deze wilsonbekwame patiënt dit allemaal aandoen zonder dat we weten wat voor effect dat gaat hebben op zijn cognitie? Zijn deze ingrepen verantwoord of een brug te ver?

## Tekstbox 2 Casus van moreel beraad in de zorgpraktijk

### 3.5.3 Methodiek

In Isala Zwolle is gekozen voor het Utrechts stappenplan en dat lijkt in deze actuele situatie waarin het moreel beraad zou moeten bijdragen aan consensus rond te nemen concrete beslissingen een goede keuze. Dit stappenplan kenmerkt zich immers door concreetheid, de handelingsgerichtheid en de explicitering van feiten en perspectieven van de betrokkenen (van den Hoven en Bolt, 2014). Gevoegd aan dit stappenplan wordt het Format door de gespreksleiders als gespreksstructuur gehanteerd (Bijlage Format voor verslaglegging moreel beraad (2)). In de hier besproken bijeenkomst hebben de gespreksleiders aan de hand van het format notities gemaakt op een flip-over en deze later ook in hetzelfde format als verslag verwerkt. Het verslag kan beschouwd worden als een combinatie van primaire tekst, direct voortkomend uit de bijdragen van de deelnemers aan het beraad, en secundaire tekst, voortkomend uit een herwerking, interpretatie, ordening en evaluatie van het besprokene door de gespreksleiders.

### 3.5.4 Beeldvorming

De inbrenger van de casus heeft een voorzet voor de morele vraag gedaan door de volgende vraag in de beschrijving op te nemen: *Kunnen we deze wilsonbekwame patiënt dit allemaal aandoen zonder dat we weten wat voor effect dat gaat hebben op zijn cognitie?* Uit deze vraag blijkt betrokkenheid bij en compassie met de patiënt en een gevoel dat de huidige en mogelijk alternatieve behandeling de draagkracht van deze meneer wel eens te boven zou kunnen gaan. In die zin getuigt deze vraag van een echt moreel dilemma: het is belangrijk dat een passende weg gevonden wordt maar het is het op voorhand niet duidelijk waartoe de deelnemers van de bijeenkomst zullen beslissen.

De vraag die door de casusinbrenger wordt gesteld leent zich echter niet voor de morele kernvraag van het beraad. In deze vraag ligt immers een richtinggevend gevoel besloten dat de behandeling wel eens teveel zou kunnen zijn voor de patiënt. De gespreksleiders zullen de morele vraag neutraler gesteld willen zien en er wellicht op toe zien dat het thema van belasting, draagkracht en schade wordt ingebracht in een latere fase van het beraad. In het format is de morele vraag als volgt omschreven:

*Is het goed dhr K. een groot behandelpakket aan te bieden? (stoma, sluiten wond, PEG sonde?)*

### 3.5.5 Oordeelsvorming

Aan een welgevormd oordeel gaat een adequate oordeelsvorming vooraf. In het Utrechts stappenplan gaat het om een inventarisatie van diegenen die bij de morele vraag betrokken zijn, van de perspectieven van deze betrokkenen en van de argumenten die relevant zijn voor de beantwoording van de morele vraag (van den Hoven en Bolt, 2014). In het gehanteerde Format (zie Bijlage Format voor verslaglegging moreel beraad (2)) wordt van deze fase van de bijeenkomst verslag gedaan door de argumenten per betrokkene te registreren en daarbij een tweedeling in argumenten voor (zie Tabel 10) en tegen (zie Tabel 11) te hanteren. Van deze opzet gaat waarschijnlijk ook een zekere sturing van het gesprek uit, want de oordeelsvorming dient zich uiteindelijk in deze registratie te voegen naar deze tweedeling.

De eerste betrokkene is de patiënt en het geregistreerde argument roept vragen op. Zijn wilsonbekwaamheid wordt hier genoemd en zonder verdere toelichting gekoppeld aan een

voorkeur voor de ingrijpende behandeling. De patiënt wordt niet genoemd bij de argumenten tegen de behandeling. In de registratie van het perspectief van de patiënt lijkt impliciet meegewogen te zijn dat hij eerder *redelijk adequaat* was en zich wellicht positief heeft uitgelaten over een wijziging van het behandelplan. Misschien heeft hij zich ook uitgesproken over zijn levensperspectief en daarbij aangegeven gekant te zijn tegen eventuele behandelbeperkingen. Uit het geregistreerde argument voor de familie blijkt duidelijk een wens en motivatie om de behandeling te starten en hem daarin en daarna te ondersteunen.

De artsen en de verpleegkundige brengen in dat het behandelpakket de situatie van dhr.K. kan verbeteren. Zij schatten in dat zijn kwaliteit van leven door de behandeling verbeterd kan worden en dat hij weer beter voor zichzelf kan zorgen. Door de behandeling kan hij zijn autonomie herwinnen. Hoe de bijdrage ingeschat wordt van de behandeling aan het opheffen van de wilsonbekwaamheid en het herwinnen van autonomie is uit het verslag niet goed op te maken. Duidelijk is wel dat de nieuwe behandeling gezien wordt als *zinvol medisch handelen* en als *goed doen*. Bovendien worden ook de (infectie-)risico's genoemd van het niet-ingrijpen.

De patiënt en de familie worden niet genoemd bij de argumenten tegen de behandeling. De artsen en verpleegkundige benoemen hier wel de risico's en de schaduwkanten van de behandeling. De risico's van de narcose en de ingrepen worden als aanzienlijk ingeschat en ook wordt nu aan de orde gesteld hoe waarschijnlijk het eigenlijk is dat de cognitieve toestand van de patiënt verbeterd wordt door te behandelen. Door de gespreksleiders is in dit verband de waarde *niet-schaden* geregistreerd. De consulent ouderengeneeskunde benadrukt de onzekere vooruitzichten en is kritisch over de verbetering van de cognitieve toestand en het herwinnen van autonomie.

**Tabel 10 Inventarisatie van argumenten voor het aanbieden van een groot behandelpakket (ja, het is goed)**

Argument per betrokkene
<b>Patiënt:</b> <b>Was voor opname redelijk adequaat ondanks cognitieve beperkingen, nu wilsonbekwaam</b>
<b>Familie:</b> <b>Ze willen graag voor vader zorgen en hopen dat hij weer thuis komt</b>
<b>Artsen:</b> <b>Risico op infecties als niet wordt geopereerd</b> <b>Huidige voedingstoestand is acceptabel</b> <b>Stoma geeft meer kwaliteit van leven omdat dhr dan weer voor zichzelf kan zorgen en omdat de wond zich dan kan sluiten.</b> <b><i>Goed doen en autonomie</i></b>
<b>Vpk:</b> <b>Het is belangrijk dat dhr weer in een stoel kan zitten en zelf een boterham kan eten</b>

**Tabel 11 Inventarisatie van argumenten tegen het aanbieden van een groot behandelpakket (nee, het is niet goed)**

Argument per betrokkene
<b>Patiënt:</b>
<b>Familie:</b>
<b>Artsen:</b> Ingrijpen is risicovol Narcose heeft risico Kans op recidief is 50% Kans op cognitieve verbetering is onduidelijk <i>Niet schaden</i>
<b>Vpk:</b>
<b>Consulent ouderengeneeskunde:</b> Dhr zorgt slecht voor zichzelf Revalidatie zal moeilijk gaan Dhr is beperkt in cognitief functioneren en delier is lastig te behandelen Dhr heeft nauwelijks kans om nog naar huis te kunnen.

### 3.5.6 Besluitvorming

De hier besproken bijeenkomst was belegd om te overleggen over een actuele situatie in de praktijk en te komen tot een gezamenlijk besluit. Uit het verslag is op te maken dat de bijeenkomst een afgewogen en unaniem besluit heeft opgeleverd:

**Tabel 12 Weging, besluit en belangrijkste waarden in de besproken bijeenkomst**

Besluitvorming
<b>Weging:</b> De aanwezigen kiezen unaniem voor aanleggen stoma en sluiten wond, omdat dat de enige kans is om voor de heer K. een comfortabele situatie te bereiken. Vooraf zal onderzocht worden of dhr K. operatie nu aankan. Vanwege infectierisico is uitstel geen goede optie. Familie moet wel weten dat het perspectief van dhr waarschijnlijk verpleeghuis zal zijn.
<b>Belangrijkste waarden:</b> Weging vooral op grond van argumenten. Samenvattend kan gesteld worden dat operatief ingrijpen voor alle aanwezigen <i>medisch zinvol</i> is.

In het gehanteerde Format worden de *weging* en de *belangrijkste waarden voor en tegen* geregistreerd. Uit de weging blijkt dat unaniem voor behandeling (d.w.z.: aanleggen stoma en sluiten wond) gekozen wordt, dat niet-ingrijpen te risicovol wordt geacht en dat volledig herstel en een zelfstandig leven als onwaarschijnlijk worden gezien. De waarde *niet-schaden* die in de vorige fase werd geregistreerd komt hier niet terug en we kunnen hieruit opmaken dat de (over)weging dat de behandeling meer goed doet dan schade berokkent de doorslag heeft gegeven om tot het unanieme besluit te komen.

### 3.5.7 Afsluiting en evaluatie

Gegeven het besluit dat unaniem is genomen wordt in het moreel beraad tot besluit stil gestaan bij de concrete stappen die gezet moeten worden. In deze fase gaat het om het benoemen en doordenken van deze concrete stappen, over verantwoordelijkheden en over de uitvoering. In het Format is geregistreerd dat de zaalarts de regie neemt over de stappen

zoals uiteengezet in Tabel 13. Belangrijk aan deze stappen is dat niet alleen de behandelstappen en het operatieproces worden benoemd maar ook aspecten van de zorgrelatie die de zorgverleners met de patiënt en diens familie onderhouden. Met de familie moet doorgesproken worden wat de operatie inhoudt en wat ervan verwacht mag worden.

**Tabel 13 Concrete stappen, geregistreerd in de besproken bijeenkomst**

Concrete stappen
<b>Familiegesprek. Hierbij moet duidelijk worden dat dhr na OK in elk geval drie weken op een zandbed moet liggen op interne en dat daarna verpleeghuisrevalidatie nodig zal zijn</b>
<b>Dhr moet door anaesthesioloog gescreend worden</b>
<b>Wondkweek</b>
<b>De operatie op korte termijn inplannen</b>
<b>Tip van consulent ouderengeneeskunde: operatie vroeg op dag vanwege delier</b>
<b>Optie herstel op RBG</b>

De deelnemers en de gespreksleiders hebben verder geen evaluerende opmerkingen geregistreerd in het Format.

### 3.5.8 Implicaties voor verslaglegging: perspectieven en besluitvorming in beeld

Op het eerste gezicht geeft het verslag een duidelijk beeld van het morele dilemma, de perspectieven van de betrokkenen, de benoeming van waarden die in het geding zijn en de weging ervan, en de uiteindelijke beslissing die unaniem genomen is. Hiermee lijkt de bijeenkomst een schoolvoorbeeld te zijn van wat met moreel beraad bereikt kan worden: het bespreekbaar maken van een moeilijke situatie en het nemen van een beslissing waar zorgverleners van verschillende disciplines bij betrokken zijn. Toch laat de rapportage ook enkele zaken onaangeroerd die vragen oproepen.

- de verwoording en plaatsing van het patiëntperspectief roepen vragen op. In de casusbeschrijving en in het format wordt de wilsonbekwaamheid van de patiënt genoemd, maar hij wordt in het format enkel gezien als voorstander van de operatieve ingreep. Wilsonbekwaamheid zou echter het kiezen voor of tegen operatief ingrijpen onmogelijk maken. Het Format geeft verder geen informatie over de mate van wilsonbekwaamheid en over eventuele uitlatingen die deze patiënt over de behandelopties en eventuele behandelbeperkingen heeft gedaan. Het blijft dan ook onduidelijk of de keuze voor operatief ingrijpen hem door de deelnemers en de gespreksleiders is toegeschreven of voortkomt uit uitlatingen van de patiënt zelf. Onduidelijkheid blijft hiermee bestaan rond het morele kernbegrip autonomie van de patiënt.
- onduidelijk blijft hoe het proces naar consensus is verlopen. Uit de casusbeschrijving valt op te maken dat aanvankelijk grote twijfel bestond rond een groot behandelpakket ('kunnen we dit hem aandoen?') maar het beraad heeft opmerkelijk genoeg geresulteerd in een unanieme beslissing om dit behandelplan wel uit te gaan voeren. Wat is er in het beraad dan zo doorslaggevend geweest dat de aanvankelijke twijfel en ook weerstand

plaatsmaakten voor een gezamenlijk gedeelde inschatting dat ingrijpen goed zou zijn? In het Format worden de waarden *niet-schaden* en *goed doen* naast elkaar geplaatst, maar het is moeilijk uit de verslaglegging op te maken waarom in het beraad het behandelplan uiteindelijk gekwalificeerd werd als *goed doen*.

- uit het verslag wordt niet geheel duidelijk *waartoe* nu besloten is. In de specificatie van de morele vraag wordt gesproken over een *groot behandelpakket*, maar in de beslissing vóór dit groot behandelpakket lijkt het zo te zijn dat slechts een deel daarvan uitgevoerd zal worden ('De aanwezigen kiezen unaniem voor aanleggen stoma en sluiten wond'). De vraag die door de verslaglegging wordt opgeroepen is hoe de morele vraag en de besluitvorming zich tot elkaar verhouden.

## 3.6 Evaluatie aan de hand van twee interviews

### 3.6.1 Inleiding

De bestudering van moreel beraad in de setting van Isala Zwolle heeft ons dichterbij de beantwoording van de centrale vraag naar de mogelijke bijdrage van verslaglegging aan goede zorg gebracht. Voordat dit antwoord nader gepreciseerd wordt in het afsluitende hoofdstuk keren we terug naar het moreel beraad dat vanuit de zorgpraktijk van Isala Zwolle werd gehouden en de verslaglegging ervan.

Aan de hand van twee separate semi-gestructureerde interviews (één in februari 2015, het andere in maart 2015) met twee deelnemers aan hetzelfde, hier besproken, beraad in de zorgpraktijk (zie §3.5) wordt verder ingegaan op de evaluatie van het moreel beraad in het algemeen en op een verdere reconstructie van de bijeenkomst. Met deze interviews kan nader worden bepaald welke waarde moreel beraad voor de geïnterviewden heeft (gehad) en in hoeverre de verslaglegging een adequaat beeld geeft van de morele dimensies die aan de orde zijn geweest en van het gespreksverloop en het proces van besluitvorming zoals ervaren door de twee respondenten. In de Bijlage Opzet van de interviews wordt toegelicht hoe de interviews zijn opgebouwd en welke vragen aan beide deelnemers zijn gesteld.

### 3.6.2 Evaluatie van twee deelnemers aan moreel beraad

Respondent 1 geeft aan dat ze morele dilemma's vaak tegenkomt in de praktijk. Deze dilemma's hebben meestal te maken met keuzes rond wel of niet (verder) behandelen en het bepalen van grenzen daarbij. Deze keuzes moeten vaak in een acute en hectische situatie gemaakt worden. Zij geeft een voorbeeld van een situatie waarin bij een patiënt door de betrokken artsen een heldere grens werd gesteld aan verdere behandeling maar de onderlinge communicatie gebrekkig was en ook de patiënt niet goed werd geïnformeerd. Respondent 1 kenschetst deze situatie als 'eromheen draaien'. Zij geeft aan weinig ervaring met moreel beraad te hebben om morele dilemma's in de praktijk te bespreken. Wel heeft zij kennis gemaakt met moreel beraad in de opleiding. Daarover merkt zij op dat het bespreken van een casus in het kader van de opleiding wat lijkt op 'spelen' en dat ze zich niet betrokken voelde bij het besproken dilemma. Veel bleef ook onduidelijk en de urgentie ontbrak voor haar gevoel aan de bijeenkomst. De bijeenkomst werd 'een verplicht nummer'.

Ook respondent 2 ervaart continu morele dilemma's in zijn praktijk. Als algemeen leidend principe daarbij noemt hij het niet-schaden principe (*no further harm*) en geeft aan dat het steeds weer gaat om het inschatten van de kosten (*mate van lijden*) en baten van een behandeling. De patiënt moet goed geïnformeerd worden over deze inschattingen en de



behandelopties. Het afzien van een behandeling omdat de risico's (te) hoog worden ingeschat komt vaak voor. Bij het omgaan met deze morele dilemma's in de praktijk is er soms sprake van onzekerheid over de te volgen koers. De benadering is dan vooral om (telefonisch) contact te zoeken met collega's om de casus te bespreken. Ook wordt structureel wekelijks in een breed team casuïstiek besproken. Respondent 2 geeft aan een enkele keer een moreel beraad te hebben bijgewoond. Hij heeft geen ervaring met moreel beraad in de context van de opleiding.

De bijeenkomst in oktober 2013 was voor respondent 1 geen verplicht nummer. Zij geeft aan dat ze met de situatie rond dhr K. in haar maag zat. Deze patiënt was al anderhalve week op de afdeling en het ziekenhuis was niet de aangewezen plek om hem voor langere tijd te verzorgen. Respondent 1 was terughoudend wat betreft operatief ingrijpen want ze hield er rekening mee dat het delier daardoor zou verergeren. Ook respondent 2 vond een ingrijpende operatie aanvankelijk *een brug te ver* en vond voorafgaande aan de bijeenkomst dat het vooral om een zorgprobleem ging: de verontreiniging van de decubituswond door incontinentie voor feces zou door wisselgigging en door juiste en intensieve verzorging verholpen kunnen worden. Voor hem was het ook de vraag of een operatie zou bijdragen aan een verbetering van de situatie van dhr K.; bovendien vroeg hij zich af of een blijvend slechte cognitieve status van dhr. K. zijn kwaliteit van leven zou schaden omdat hij dan niet goed overweg zou kunnen met zijn stoma ('plukken aan zijn stoma').

Tijdens de bijeenkomst is gebruik gemaakt van een flipover waarop het format getoond werd. Op het format werden de besproken onderdelen tijdens de bijeenkomst geregistreerd. Op de vraag of de perspectieven van de betrokkenen goed in de verslaglegging zijn verwoord geeft respondent 1 aan dat ze de situatie van de patiënt te positief omschreven vindt. Ze benadrukt dat er sprake was van beperkte cognitieve vermogens vanwege het delier. Ook gebruikte de patiënt langdurig antidepressiva. Ze geeft aan dat de patiënt zelf geen uitlatingen heeft gedaan over zijn behandeling en mogelijke behandelbeperkingen. Ook zijn familie heeft zich volgens haar niet zo uitgesproken over de behandeling, maar voelde zich wel opgelucht toen de uitkomst van het beraad werd gecommuniceerd. Respondent 2 had wel het idee dat de familie zich erover had uitgesproken dat 'er alles aan gedaan zou moeten worden'. Hij voegt er aan toe dat hij zich niet helemaal kan vinden in de plaatsing en omschrijving van het patiëntperspectief in het verslag, want de patiënt kon zich immers niet in positieve of negatieve zin uitlaten over de behandelopties.

Respondent 1 licht toe dat het verslag onvoldoende inzichtelijk maakt dat er een verschil in perspectief bestaat tussen artsen die vooral betrokken zijn bij de verzorging van de patiënt op de afdeling interne geneeskunde en chirurgen die een eventuele operatie gaan uitvoeren. Het eerstgenoemde perspectief kenmerkt zich door een voorkeur voor een afwachtende benadering en benadrukt de kans dat de patiënt door een operatieve ingreep schade oploopt. De (verpleeg)afdeling ziet soms patiënten met een slechte uitgangssituatie nog slechter worden na een zware ingreep en betracht daarbij vaker terughoudendheid. De waarde *niet-schaden* krijgt in dit perspectief het meeste gewicht. Het perspectief van de chirurgen is meer gericht op de criteria die bepalen of een operatie medisch zinvol is en de draagkracht van de patiënt niet te boven gaat. De uitgangssituatie van de patiënt (diagnose) en een inschatting van de kansen dat hij de operatie kan doorstaan en er beter van wordt

(prognose) zijn de belangrijkste overwegingen. De belangrijkste waarden die bij dit perspectief aan de orde zijn betreffen *goed doen* en *kwaliteit van leven*. Respondent 1 karakteriseert het perspectief van de chirurgen die deze waarden inbrachten als *hoopvol*: zij schatten de kans op een verbetering van de situatie hoger in dan de andere aanwezigen. Respondent 1 legt hier ook een verbinding met het perspectief van de verpleegkundige dat gericht is op de consequenties van het te nemen besluit voor de kwaliteit van leven en de verzorging van de patiënt. De verpleegkundige heeft in het beraad ingebracht dat het aanbrengen van een stoma het leven van de patiënt comfortabeler zou maken en de verzorging zou vergemakkelijken. De inschatting dat de patiënt de operatie goed zou kunnen doorstaan en dat zijn kwaliteit van leven bevorderd kan worden door in te grijpen is volgens respondent 1 bepalend geweest voor de uiteindelijke unanieme beslissing.

Respondent 2 legt nog andere accenten die helpen om een precieser beeld te krijgen van het gespreksverloop en de besluitvorming. Hij maakt onderscheid tussen de plastisch chirurgen die betrokken zouden worden bij het sluiten van de decubituswond en de chirurgen die zich vervolgens zouden richten op het aanbrengen van het stoma. De inschatting van de plastisch chirurg dat de conditie van de patiënt voldoende goed was voor de eerste operatie (het sluiten van de wond) heeft naar zijn mening ervoor gezorgd dat ook de andere deelnemers positiever gingen denken over het behandelplan in zijn geheel. Belangrijker nog dan de inschatting van de conditie van de patiënt is volgens respondent 1 het perspectief van de familie en de verpleging geweest. De toestand waarin dhr.K. verkeerde werd door zijn familie en de verpleging als 'zeer schrijnend' gekenschetst en zij waren sterk voorstander van ingrijpen.

Zoals in de verslaglegging al werd gesuggereerd strekt de beslissing zich niet volledig uit over het 'groot behandelpakket' zoals in de specificatie van de morele vraag is opgenomen maar beperkt deze zich tot het aanbrengen van een stoma. Respondent 1 geeft aan dat het inbrengen van een sonde risicovoller zou zijn en dat hieraan bij het benoemen van concrete stappen verder geen aandacht aan is besteed. Vanuit deze beoordeling zijn de waarden *goed doen* en *kwaliteit van leven* doorslaggevend geweest om voor het aanbrengen van het stoma te kiezen, terwijl de waarde *niet-schaden* ten grondslag ligt aan de keuze om niet een sonde in te brengen. Respondent 2 geeft aan dat het aanbrengen van een stoma (een grote chirurgische ingreep) voldoende zou zijn om de voedingstoestand van de patiënt te verbeteren. De sonde was al bij voorbaat niet nodig.

Volgens respondent 1 is het met de patiënt boven verwachting goed gegaan. Hij heeft de operaties goed doorstaan en is erna voor een beperkte duur teruggekeerd naar de afdeling interne geneeskunde. Vervolgens is hij (vermoedelijk) overgebracht naar een verpleeghuis.

Tot slot worden de 6 resultaat-domeinen uit het onderzoek van Svantesson et al. (2014) voorgelegd op de wijze zoals in de Bijlage Opzet van de interviews is aangegeven. Respondent 1 ervaart de genoemde resultaat-domeinen van moreel beraad als belangrijk, maar legt daarbij het accent op de emotionele ondersteuning die door het beraad geboden wordt, de bevordering van de samenwerking en de bijdrage aan het nemen van concrete beslissingen. Deze drie uitkomsten noemt ze 'zeer belangrijk' en daarmee laat ze zien dat het met elkaar zoeken naar een begaanbare weg in een moreel geladen complexe situatie voor haar de belangrijkste verdienste van moreel beraad vormt. Dat het moreel beraad daarnaast

bijdraagt aan betere ethische reflectie vindt zij 'gewoon belangrijk' en de invloed op de organisatie noemt zij 'een cadeautje erbij'. Respondent 2 antwoordt op deze evaluatievragen op een vergelijkbare manier. Hij vindt het bijvoorbeeld zeer belangrijk dat moreel beraad emotionele ondersteuning biedt, want bij onzekerheid over de behandeling kan een moreel beraad 'je sterken in de besluitvorming'. Dat die aanvankelijke onzekerheid in moreel beraad omgezet wordt in concrete stappen ervaart respondent 2 dan ook als 'zeer belangrijk'. Dat moreel beraad een betere morele attitude bevordert heeft hij ervaren in de besproken bijeenkomst: hij noemt daarbij dat hij heeft geleerd van de verschillende gezichtspunten die werden ingebracht in het beraad. Als voorbeeld noemt hij in dit verband het perspectief van de verpleegkundige die het accent legde op de noodzaak om een keer te brengen in een onhoudbare situatie.

### **3.6.3 Implicaties voor verslaglegging: dichter bij de echte dilemma's**

Aan de hand van de interviews met twee deelnemers van de besproken bijeenkomst van moreel beraad kan ingeschat worden in hoeverre de verslaglegging een adequaat beeld geeft van het gespreksverloop zoals zij dat hebben ervaren en waar de verslaglegging aanvulling en detaillering behoeft om de raadpleger dichterbij het echte dilemma dat speelde te brengen.

Beide respondenten geven aan dat de waarde van moreel beraad voor hen met name ligt in het bieden van emotionele ondersteuning en het gericht zijn op samenwerking om concrete resultaten te boeken. Er is ruimte voor onzekerheid rond de te nemen beslissingen en voor het inbrengen van het eigen perspectief. In de bijeenkomst die hier besproken is was sprake van een echt dilemma waarvan de oplossing op voorhand niet duidelijk was. Op welke wijze de aanvankelijke onzekerheid en de twijfel ten aanzien van ingrijpen plaats maakten voor een afgewogen en unanieme beslissing is echter niet goed uit het verslag op te maken. Om de inhoud en het proces van de bijeenkomst meer inzichtelijk te maken voor de raadpleger van het verslag is dan ook de volgende detaillering nodig:

- specificeren van de rollen die door de deelnemers aan de bijeenkomst worden ingenomen. Wanneer verschillende disciplines deelnemen aan het beraad verhouden deze zich rond de besproken casus op een bepaalde manier tot elkaar. Daarbij kan sprake zijn van hiërarchie (waarbij een bepaalde discipline bijvoorbeeld de belangrijkste interventie pleegt) en volgordelijkheid (de disciplines nemen een deel van de behandeling of interventie binnen een geheel traject voor hun rekening). Deze rollen bij behandeling en zorg bepalen mede de perspectieven die door de deelnemers in het beraad ingebracht worden. Bovendien kan het zijn dat een bepaalde discipline een doorslaggevende rol heeft in de besluitvorming vanwege de centrale rol in het behandelplan dat ter discussie staat. De specificatie van rollen maakt het voor de raadpleger van het verslag mogelijk om de beeld- en besluitvorming in het moreel beraad te verbinden aan de eigen ervaring met (multi-disciplinaire) behandeltrajecten in de praktijk.
- onderscheid maken tussen zorgverleners die gericht zijn op interventie en zorgverleners die in de besproken casus meer betrokken zijn bij de verpleging en verzorging. Ook deze globale rollen bepalen mede de perspectieven die in het beraad ingebracht worden. De belangrijkste afweging die bij interventies (operaties bijvoorbeeld) wordt gemaakt is of de patiënt een interventie kan doorstaan en of de interventie een verbetering van de situatie kan opleveren. Deelnemers aan het beraad die betrokken zijn bij de verpleging en verzorging van de besproken patiënt zullen vooral kijken naar de huidige belasting voor

de verpleging en de lijdensdruk voor de patiënt en afwegen in hoeverre een interventie deze kan doen verminderen. De raadpleger van het verslag kan aan de hand van dit onderscheid een completer beeld krijgen van de overwegingen en argumenten die in het beraad zijn ingebracht.

- specificeren van de behandelopties die ter discussie staan. Een behandeling bestaat vaak uit verschillende componenten en fasen, waar verschillende disciplines bij betrokken zijn. Voor de raadpleger is het belangrijk om te kunnen aflezen uit het verslag welke behandelopties precies ter discussie staan, op welke wijze de deelnemers hierbij betrokken zijn (zie ook de eerdergenoemde punten) en waartoe uiteindelijk besloten wordt.

Beide respondenten hebben hun bedenkingen geuit ten aanzien van de beschrijving van het perspectief van de patiënt en van de familie. Uit het verslag is niet goed op te maken hoe het precies zit met de cognitieve status en de wilsonbekwaamheid van de patiënt. Het is dan ook niet mogelijk om te duiden waarom in het verslag wordt aangegeven dat de patiënt voorstander van het voorgestelde behandelplan zou zijn. In algemene zin kan gezegd worden dat het adequaat opnemen van het patiëntperspectief een lastig onderdeel vormt van de verslaglegging omdat de patiënt zelf niet bij het beraad aanwezig is geweest. Binnen de kaders van het moreel beraad (waaraan patiënten doorgaans niet deelnemen) kan op de volgende manieren toch verslag gedaan worden van de achtergronden en perspectieven van de patiënt:

- omschrijven van het perspectief van de patiënt aan de hand van feitelijke uitspraken die hij heeft gedaan over zijn wensen, voorkeuren en behoeften. In ziekenhuizen worden bijvoorbeeld protocollen gehanteerd om bij opname bespreekbaar te maken hoe patiënten denken over behandelbeperkingen. De schriftelijke vastlegging hiervan in het patiëntdossier kan gebruikt worden in de bijeenkomst en de verslaglegging. Daarnaast kunnen de deelnemers zelf informant zijn ten aanzien van de uitlatingen en perspectieven van de patiënt.
- in de voorbereiding op een moreel beraad contact leggen met de patiënt en daarin peilen hoe hij aankijkt tegen zijn situatie op het moment en mogelijke behandelopties. De aangewezen persoon om in gesprek te komen met de patiënt is de gespreksleider van het beraad die niet zelf betrokken is bij de verpleging en behandeling. Op deze manier kan voorkomen worden dat deelnemers bepaalde stellingnamen of argumenten aan de patiënt toeschrijven en inbrengen in het beraad met als onderliggend doel om de eigen argumenten kracht bij te zetten. De patiënt moet niet als bondgenoot van een deelnemer in het beraad ter sprake komen maar als iemand die participeert in de gezamenlijke besluitvorming rond zorg en behandeling.
- meer ruimte creëren in de verslaglegging voor het patiëntperspectief. De tweedeling van perspectieven en argumenten in voor- en tegenstanders doet onvoldoende recht aan de wensen, behoeften en waarden die de patiënt inbrengt in het zorg- en behandeltraject.

Met behulp van de reconstructie- en evaluatievragen van de interviews is het mogelijk gebleken het echte dilemma dat in het moreel beraad werd besproken meer invoelbaar te maken. De raadpleger van de verslaglegging van moreel beraad zal zich meer betrokken bij de besproken thematiek wanneer evaluatie deel heeft uitgemaakt van de bijeenkomst en is

opgenomen in de verslaglegging. Deze evaluatie zou zich moeten richten op de volgende thema's:

- de volledigheid van de registratie en het verslag. Aan de deelnemers kan de vraag worden voorgelegd of de registratie van de bijeenkomst het voor de raadpleger van het verslag mogelijk maakt om zich een beeld te vormen van het morele dilemma van de bijeenkomst en van de wijze waarop een beslissing is genomen. Op grond van deze evaluatie kan vervolgens bepaald worden op welke onderdelen het verslag aanvulling en meer detaillering behoeft.
- de ervaringen van de deelnemers. De raadpleger van het verslag kan zich meer betrokken gaan voelen bij moreel beraad wanneer hij weet hoe de deelnemers de bijeenkomst hebben ervaren en welke waarde en betekenis het beraad voor hen heeft gehad.



# 4

## Conclusies en aanbevelingen

### 4.1 Inleiding

Om de mogelijke bijdrage van verslaglegging van moreel beraad aan goede zorg in het ziekenhuis te kunnen bepalen is in dit onderzoek eerst een weg bewandeld van conceptualisering aan de hand van literatuur. Deze conceptualisering diende ertoe om te bepalen wat onder *goede zorg* verstaan wordt, welke competenties hiervoor van zorgprofessionals gevraagd worden en op welke manieren deelname aan moreel beraad deze competenties kan versterken.

Om de waarde van verslaglegging van moreel beraad te onderzoeken is het conceptuele kader uitgebreid, onder andere met het begrip *moresprudentie*. Hiermee wordt de verslaglegging en de opbouw van een archief geplaatst in de context van een reflectieve organisatie die kennis en inzichten rond morele vraagstukken verzamelt en daarvan leert. Vanuit de analyse van verslagen uit de praktijk van moreel beraad in Isala Zwolle is naar voren gekomen hoe de verslaglegging in de praktijk georganiseerd kan worden en verkend waar verbeteringen en uitbreidingen wenselijk zijn. In dit afsluitende hoofdstuk staan we stil bij de inzichten die conceptualisering en analyse van de verslagen hebben opgeleverd en wordt de centrale vraag van dit onderzoeksverslag beantwoord.

Vanuit de vaststelling van de mogelijke waarde van de verslaglegging kunnen de implicaties voor de inrichting van de registratie en een archief van moreel beraad verkend worden. Nader kan omschreven worden wat er voor nodig is om met die verslaglegging daadwerkelijk een (aanvullende) bijdrage aan het bieden van goede zorg in het ziekenhuis te kunnen leveren. De aanbevelingen waarmee dit onderzoek wordt besloten kunnen mogelijk als basis dienen voor het reflecteren op, herbezielen en inrichten van het geheel aan verslaglegging en documentatie van de praktijk van moreel beraad.

### 4.2 Conclusies

Als startpunt voor het verzamelen van inzichten die dit onderzoek heeft opgeleverd kan het begrip *goede zorg* dienen. Het bieden van goede zorg is immers waar het in een ziekenhuisorganisatie om draait, waar zorgprofessionals op gericht zijn en waar moreel beraad zich mee bezighoudt. Wat *goede zorg* nu precies inhoudt is niet eenvoudig en algemeen geldend te definiëren en de inzichten verschuiven ook. In dit onderzoeksverslag is aansluiting gezocht bij een bepaling van wat goede zorg inhoudt in een publicatie van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ). Niet zozeer wordt daarin vastgelegd wat goede zorg *is* maar omschreven onder welke condities goede zorg *ontstaat*. Goede zorg kan als relationeel begrip gezien worden, waarbij het gaat om een gezamenlijk proces van beslissingen nemen over gezondheids- en behandeldoelen. Zorgverleners en patiënten brengen daarbij hun eigen kennis in.

In de praktijk is niet altijd sprake van gezamenlijkheid in het zorgtraject. Dat het zorgtraject niet optimaal verloopt kan te maken hebben met een verschil in perspectief, inzicht of waarden tussen zorgverleners en patiënt. Ook kan het zijn dat de patiënt niet voldoende in staat is om actief mee te denken en te beslissen over het zorgtraject of daartoe niet voldoende uitgenodigd wordt. De casus waarmee dit onderzoeksverslag begon illustreert waar het mis kan gaan in de zorgrelatie en in de samenwerking: een patiënt is het oneens met de zorgverleners, zorgverleners verzuimen duidelijkheid over hun insteek richting de patiënt te geven en als gevolg hiervan ontstaat een moreel dilemma voor de verpleegkundigen. Morele dilemma's zoals in deze voorbeeldcasus aan de orde zijn vormen vaak de aanleiding tot het bespreken in een moreel beraad. Om een situatie waarin tegenstrijdige perspectieven en waarden tot een impasse in het zorgtraject leiden ten goede te keren kan een systematische bespreking hiervan uitkomst bieden.

In het overzicht van bijeenkomsten moreel beraad in Isala Zwolle komt naar voren dat de onderwerpen die worden besproken vaak te maken hebben met behandelbeslissingen en beroepsmatige verantwoordelijkheid (beginnen met een behandeling, staken van een behandeling, reanimatie, sedatie, etc.) of de relatie met de patiënt (regie, interactie, etc.). Wanneer daarbij ook de waarden die centraal stonden in de bijeenkomsten worden betrokken blijkt dat het in moreel beraad (bijna) altijd gaat om zowel het aangaan van een zorgrelatie met de patiënt als om het bepalen van een positie in die zorgrelatie en het maken van keuzes vanuit een beroepsmatige verantwoordelijkheid. Anders geformuleerd: moreel beraad heeft het bieden van goede zorg op het oog waarbij morele vraagstukken rond het dragen van beroepsmatige verantwoordelijkheid in de zorgrelatie vaak aan de orde komen.

Eén van de doelen van moreel beraad betreft het versterken van de morele competentie of attitude (Molewijk, 2014). De gerichtheid op het goede maakt het beroep van de zorgverlener moreel geladen en maakt ook dat we in dit verband kunnen spreken van *ethische competenties* als 'het geheel van kennis, vaardigheden en gedrags- en houdingselementen die een zorgverlener nodig heeft om goede zorg aan de zorgvrager te bieden'. Voor de zorgverlenende beroepen gaat het hierbij zowel om het op een vaktechnisch goede manier in de praktijk brengen van kennis en vaardigheden als om het aangaan van een relatie met de zorgvrager. Het gaat daarbij telkens om de vraag: wat is goede zorg voor *déze* zorgvrager in *déze* situatie (van Dartel en de Witte, 2014)?

Naast het versterken van morele competenties heeft het moreel beraad tot doel om concrete situaties te begrijpen en eventueel tot een oplossing te brengen, de communicatie en samenwerking binnen teams te verbeteren en de zorgpraktijk te verbinden aan de visie en het beleid van de organisatie (Molewijk, 2014). Daarmee sluiten deze doelstellingen aan bij de uitkomsten van moreel beraad in 6 domeinen die met het oog op de samenstelling van een evaluatie-instrument als waardevol werden gezien (Svantesson et al., 2014). Uit de specificatie van waardevolle uitkomsten in deze domeinen komt naar voren dat de waarde van moreel beraad kan liggen in het proces dat individuele deelnemers doorlopen (meer emotionele ondersteuning, verbeterde ethische reflectie, betere morele attitude), het interpersoonlijke aspect van samenwerking en organisatie (meer samenwerking, invloed op de organisatie) en het boeken van concrete resultaten. Evaluatie-onderzoek wijst uit dat de waarde van moreel beraad ligt in de gezamenlijke bespreking en oplossing van lastige



dilemma's, en het positieve effect dat die gezamenlijkheid heeft op het eigen functioneren en op het functioneren als team. De twee geïnterviewden in dit onderzoek geven aan dat de waarde van moreel beraad met name ligt in het bieden van emotionele ondersteuning en het gericht zijn op samenwerking om concrete resultaten te boeken.

Of moreel beraad deze ondersteuning kan bieden aan zorgprofessionals hangt af van de wijze waarop de morele inhoud van de casus aan de orde wordt gesteld en besproken en het proces van gezamenlijk denken, praten en beslissen over die morele inhoud wordt doorlopen. Moreel beraad kan geoptimaliseerd worden in de 7 fasen van het model van de Bree en Veening (2012). De gespreksleider speelt bij deze optimalisering een rol door het groepsproces te bevorderen (het communicatieve spoor) en door een adequate bespreking van de morele inhoud te ondersteunen (het ethisch spoor).

De mogelijke waarde van verslaglegging van moreel beraad ligt in het verlengde van de waarde van deelname. Het 7 fasen-model van de Bree en Veening (2012) kan dan ook gebruikt worden om bestaande verslaglegging te analyseren, leemtes en onduidelijkheden te signaleren en mogelijkheden te identificeren om ook de verslaglegging te optimaliseren.

Vanuit de analyse van een bijeenkomst in Isala Zwolle, in het kader van de opleiding, zijn factoren naar voren gekomen die de waarde van de verslaglegging beperken. Uit de inventarisatie van diegenen die bij de morele vraag betrokken waren en van hun (mogelijke) perspectieven blijkt dat de deelnemers hebben geprobeerd zich in te leven in de positie van de betrokkenen (de patiënt, de familie en zorgverleners), zonder zelf betrokken te zijn in het zorgtraject. Daarmee zijn uiteenlopende perspectieven en argumenten die aan de betrokkenen toegeschreven werden in de verslaglegging terecht gekomen die speculatief of zelfs ongefundeerd zijn. Het gespreksverloop in de coach-groepen is dan ook moeilijk vanuit de verslaglegging te achterhalen. In dit licht moet ook een uitspraak van één van de geïnterviewden begrepen worden dat zij het bespreken van een casus in het kader van de opleiding ervoer als 'spelen' en dat ze zich niet betrokken voelde bij het besproken dilemma. De wijze waarop in de groepen voor of tegen de besproken behandeling is gestemd laat zich ook niet verklaren uit de verschillende manieren waarop de fasen van de bijeenkomst zijn verlopen. De relevantie voor raadgevers van de verslaglegging blijft bovendien beperkt omdat in de meeste groepen geen concrete stappen zijn geformuleerd maar is gepleit voor het inwinnen van meer informatie om een besluit te kunnen nemen. In samenhang met de evaluerende opmerkingen van enkele groepen die erop wijzen dat de (deels gefingeerde) casus veel onduidelijkheden bevatte is het uitblijven van concrete beslissingen een signaal dat deze casus en de bespreking ervan zich niet goed lenen voor vastlegging in een verslag dat voor zorgverleners van waarde zou kunnen zijn.

Anders dan bij de geanalyseerde bijeenkomst in het kader van de opleiding was bij een bijeenkomst naar aanleiding van een actuele casus in de zorgpraktijk wel sprake van grote betrokkenheid en een gevoel van urgentie. Het geanalyseerde verslag van deze bijeenkomst geeft een duidelijk beeld van het morele dilemma, de perspectieven van de betrokkenen, de benoeming van waarden die in het geding zijn en de weging ervan, en de uiteindelijke beslissing die unaniem genomen is. Hiermee lijkt de bijeenkomst een schoolvoorbeeld te zijn van wat met moreel beraad bereikt kan worden: het bespreekbaar maken van een moeilijke situatie en het nemen van een beslissing waar zorgverleners van verschillende disciplines bij

betrokken zijn. Toch laat de verslaglegging ervan enkele zaken onaangeroerd: de verwoording en plaatsing van het patiëntperspectief roepen vragen op, het blijft onduidelijk hoe het proces naar consensus is verlopen en het is niet geheel duidelijk waartoe in de bijeenkomst besloten is. Met behulp van de reconstructie- en evaluatievragen van de twee interviews is het mogelijk gebleken om de verslaglegging op deze en andere onvolkomenheden aan te vullen en het echte dilemma dat in de bijeenkomst werd besproken meer invoelbaar te maken.

Vanuit het conceptuele kader, de analyses van verslagen en de interviews kan de centrale vraag in dit onderzoeksverslag naar de wijze waarop de verslaglegging van moreel beraad kan bijdragen aan de ethische competenties van zorgprofessionals, en daarmee aan goede zorg, beantwoord worden. In het verlengde van deelname aan moreel beraad kan de verslaglegging bijdragen aan het verzamelen van kennis en inzichten over de manier waarop met morele vraagstukken in de zorgpraktijk kan worden omgegaan en daarmee ethische competenties van zorgprofessionals versterken. De verslaglegging kan zo ingericht worden dat raadplegers kennis en inzicht kunnen vergaren rond morele vraagstukken die met name betrekking hebben op het dragen van beroepsmatige verantwoordelijkheid in de zorgrelatie. Het geheel van activiteiten gericht op registratie, evaluatie, rapportage en archivering kan, in samenhang met de raadpleging van het archief van moreel beraad, gezien worden als de *ontwikkeling van moresprudentie*. De versterking van ethische competenties door vastlegging van inhoud, proces en resultaat van moreel beraad is onderdeel van dit leerproces in een reflectieve organisatie. Uit de analyse van de aanpak in Isala Zwolle is gebleken welke randvoorwaarden voor de verslaglegging om bij te dragen aan moresprudentie deels al aanwezig zijn en aan welke randvoorwaarden nog voldaan moet worden. Een inbedding in een reflectieve ziekenhuisorganisatie waar kernwaarden zijn benoemd die als richtinggevend gelden voor zorgprofessionals en ook ter discussie blijven staan is een belangrijke randvoorwaarde waaraan in Isala Zwolle deels is voldaan. Een andere randvoorwaarde waaraan hier deels is voldaan is dat op een gestructureerde en gestandaardiseerde manier verslag wordt gedaan van de bijeenkomsten. Aan de randvoorwaarden die aandacht verdienen met het oog op de ontwikkeling van moresprudentie wordt hierna in de vorm van aanbevelingen aandacht besteed. Deze aanbevelingen hebben betrekking op de verankering van moreel beraad en de verslaglegging in de ziekenhuisorganisatie, het bepalen van de doelstelling en reikwijdte van verslaglegging, het toepassen van systematische evaluatie, het bewaken van de kwaliteit, het verzamelen en integreren van informatie, en het toekennen van rollen aan diegenen die betrokken zijn bij de verslaglegging.

## 4.3 Aanbevelingen

### 4.3.1 Verankering in de organisatie

- *Veranker moreel beraad en de verslaglegging ervan in de organisatie*

In dit onderzoeksverslag is naar voren gekomen dat ethiek niet slechts een van de aspecten van het medische handelen is, maar dat ze tot de kern van dat handelen behoort. Ethiek is dan ook niet iets waaraan een ziekenhuisorganisatie facultatief aandacht kan besteden maar wat een zaak van integraal ethiekbeleid zou moeten zijn (van Dartel en Molewijk, 2014).

Moreel beraad kan binnen dit ethiekbeleid dienen als hét instrument voor zorgprofessionals om met elkaar over ethische vraagstukken in de zorg te praten en voor zorgverleners in opleiding om in aanraking te komen met deze vorm van systematische gespreksvoering. De verslaglegging kan vormgegeven en opgebouwd worden om de moresprudentie in de organisatie te ontwikkelen en daarmee de ethische competenties van zorgprofessionals die passen binnen de visie van de organisatie te versterken.

#### **4.3.2 Doelstelling(en) van de verslaglegging**

- *Bepaal de doelstelling(en) van de verslaglegging van moreel beraad*

In dit onderzoeksverslag is naar voren gekomen dat de bijdrage van de verslaglegging van moreel beraad in het verlengde ligt van deelname eraan. De doelstellingen van de verslaglegging kunnen dan ook in het verlengde van de specificatie van de doelstellingen van moreel beraad (zie §1.3) als volgt bepaald worden: (1) begrijpelijk en toegankelijk maken van casuïstiek en systematische beschrijving van de wijze waarop deze casuïstiek is besproken en (eventueel) tot een oplossing is gebracht, (2) versterken van morele competenties, (3) bevorderen van de communicatie en samenwerking binnen teams, (4) aansluiten bij de visie en het beleid van de organisatie. De bepaling van doelstellingen zoals deze helpt om de verslaglegging gericht ter hand te nemen.

- *Maak daarbij onderscheid tussen moreel beraad in de opleiding en de zorgpraktijk*

Uit de analyse van moreel beraad in het kader van de opleiding is naar voren gekomen dat de casuïstiek en de bespreking ervan in coach-groepen zich niet goed lenen voor vastlegging in een verslag dat voor andere zorgverleners van waarde zou kunnen zijn. De bijeenkomsten in het kader van de opleiding zijn ervoor bedoeld om zorgverleners in opleiding vertrouwd te maken met moreel beraad als instrument om morele vraagstukken te bespreken. Ze hebben niet als primair doel om een actuele casus onderling, met de betrokken zorgverleners, te bespreken en tot een oplossing te brengen. De bijdrage van de verslaglegging van moreel beraad in de opleiding aan moresprudentie zal beperkt zijn, en het is te overwegen om in de vormgeving en opbouw van een archief de verslaglegging aan te laten sluiten bij (en te beperken tot) de leerdoelen van deze vorm van moreel beraad.

#### **4.3.3 Het belang van evaluatie**

- *Maak systematische evaluatie tot integraal onderdeel van de verslaglegging*

Bijeenkomsten van moreel beraad kunnen meer, minder of helemaal niet geslaagd zijn. Uit de verslaglegging zoals deze thans in Isala Zwolle wordt verzorgd is niet eenvoudig de kwaliteit van de bijeenkomsten af te leiden. Aan de hand van systematische evaluatie kan duidelijk in de verslaglegging opgenomen worden hoe de deelnemers de bijeenkomst(en) hebben ervaren en in welk opzicht moreel beraad hen sterkt in hun morele competenties. Vragenlijsten zoals samengesteld door Svantesson et al. (2014) kunnen gebruikt worden om de ervaringen van deelnemers systematisch te evalueren.

#### **4.3.4 Bewaken van de kwaliteit**

- *Ontwikkel en hanteer een kwaliteitsstandaard*

Aan de hand van het 7 fasen-model van de Bree en Veening (2012) is getoond dat in elke fase van moreel beraad factoren in het spel kunnen zijn die de kwaliteit van de bespreking beperken. Omgekeerd geredeneerd kan een kwaliteitsstandaard voor elke fase

gespecificeerd worden om daarmee de kwaliteit van de bijeenkomsten te optimaliseren. In dit onderzoeksverslag is bijvoorbeeld aan de orde geweest waaraan casuïstiek zou moeten voldoen, hoe een morele vraag gesteld zou moeten worden en wanneer sprake is van goede besluitvorming. Een kwaliteitsstandaard zou ontleend kunnen worden aan de hand-outs en kwaliteitsformulieren behorend bij dit 7 fasen-model (de Bree en Veening, 2012) en gebruikt in voorbereiding op en tijdens de bijeenkomsten. Vervolgens kan deze kwaliteitsstandaard gebruikt worden als instrument om te signaleren op welke onderdelen het verslag aanvulling en meer detaillering behoeft.

#### 4.3.5 Verzameling en integratie van informatie

- *Verzamel informatie om het patiënt-perspectief adequaat weer te geven*

Uit de analyse van de verslaglegging in Isala Zwolle is naar voren gekomen dat het adequaat beschrijven van het perspectief van de patiënt extra aandacht verdient. Aan het moreel beraad wordt door zorgprofessionals deelgenomen, en het perspectief van de patiënt komt slechts indirect naar voren door middel van interpretaties van deze zorgprofessionals die bij de zorg voor de patiënt betrokken zijn. Het perspectief van de patiënt kan aangevuld worden aan de hand van feitelijke uitspraken die hij heeft gedaan over zijn wensen, voorkeuren en behoeften. Schriftelijke vastleggingen hiervan in het patiëntdossier kunnen gebruikt worden in de bijeenkomst en de verslaglegging. Daarnaast kunnen de deelnemers zelf informant zijn ten aanzien van de uitlatingen en perspectieven van de patiënt. In de voorbereiding op een moreel beraad kan contact gelegd worden met de patiënt om daarin te peilen hoe hij aankijkt tegen zijn situatie op het moment en mogelijke behandelopties. De aangewezen persoon om in gesprek te komen met de patiënt is de gespreksleider van het beraad die niet zelf betrokken is bij de verpleging en behandeling.

- *Verzamel informatie rond de behandeling, interventie of zorg die ter discussie staat*

Van de meeste vormen van medisch handelen is literatuur, in de vorm van onderzoeksartikelen, reviews, meta-studies en beroepsstandaarden beschikbaar. Met het oog op de bespreking van een behandeling, interventie of zorgvorm kan het wenselijk zijn om actuele literatuur die de stand van zaken of de discussies in de beroepsgroep weergeeft (bijvoorbeeld door de casus-inbrenger) te (laten) verzamelen. In de verslaglegging kan hiermee naar de actuele stand van zaken en naar de huidige inzichten in de beroepsgroep gerefereerd worden, met verwijzing naar relevante literatuur.

- *Verzamel informatie rond het gehanteerde ethisch begrippenkader*

In het moreel beraad en in de verslaglegging ervan wordt gebruik gemaakt van begrippen uit de ethiek die een bepaalde historie en betekenis hebben. Dit begrippenkader mag niet als bekend worden verondersteld bij zorgprofessionals, en in elke bijeenkomst is een vertaalslag naar de zorgpraktijk gewenst. In dit onderzoeksverslag is bijvoorbeeld voor *autonomie* besproken dat dit begrip een ontwikkeling heeft doorgemaakt en dat in de praktijk op verschillende manieren invulling aan dit begrip wordt gegeven. In het archief van moreel beraad zou een overzicht van kernbegrippen in de ethiek opgenomen kunnen worden om een gezamenlijke taalgebruik in de organisatie te bevorderen.

- *Integreer informatie van verschillende aard in het archief van moreel beraad*

De organisatie van de zorg vraagt om informatiebeheer op verschillende niveau's. De bestanddelen van ziekenhuisinformatiesystemen (ZIS) zijn bijvoorbeeld het beheer van administratieve patiëntgegevens, de ondersteuning van de logistiek van het zorgproces, de informatievoorziening rond de inhoud van de zorg, en de ondersteuning van het

facturatieproces aan zorgverzekeraars en patiënten. Overwogen kan worden om op patiëntniveau bepaalde informatie vanuit het ZIS te integreren met de verslaglegging van het moreel beraad. De meerwaarde van deze integratie kan zijn dat het archief van moreel beraad verrijkt wordt met relevante patiëntgegevens en dat het ZIS wordt verrijkt met ethische inhoud.

#### 4.3.6 Toekennen van rollen

- *Benoem de rollen van de geestelijk verzorger inzake de verslaglegging van moreel beraad*  
In een situatie, zoals in Isala Zwolle, waarin bijeenkomsten van moreel beraad door een team van geestelijk verzorgers aangeboden worden in het kader van opleiding of ziekenhuiszorg vervult de geestelijk verzorger verschillende rollen. Hij is bijvoorbeeld pleitbezorger in het ziekenhuis om moreel beraad als instrument voor de beoefening van ethiek en het versterken van ethische competenties onder de aandacht te houden. Het gaat daarbij niet alleen om draagvlak maar ook om tijd (formatie) en geld (budget). Ook vervult de geestelijk verzorger rollen als organisator, gespreksleider en rapporteur. *Rapporteur* kan in brede zin worden opgevat en heeft betrekking op het gehele documentbeheer (samenstellen, ordenen, evalueren, archiveren) dat met het moreel beraad gemoeid is. Deze rol houdt bijvoorbeeld in dat de relevante documenten (zoals de casusbeschrijving) verzameld en beheerd worden, van de bijeenkomsten bepaalde gegevens in een vastgesteld format worden geregistreerd, de bijeenkomsten en de registratie ervan worden geëvalueerd en dat het geheel van documentatie, registratie en evaluatie wordt gearhiveerd en ontsloten voor gebruikers in de opleiding en het ziekenhuis.

### 4.4 Tot besluit: naar een nieuw archief van moreel beraad

Als vertrekpunt voor dit onderzoek gold de doelstelling om een systematische opbouw van een digitaal archief van moreel beraad in Isala Zwolle voor te bereiden aan de hand van een analyse van bestaande verslagen. Daarbij was er het besef dat eerst nagedacht zou moeten worden over een aantal fundamentele vragen voordat tot praktische en technische uitvoering overgegaan zou kunnen worden. Deze fundamentele vragen hadden bijvoorbeeld betrekking op de relevantie van moreel beraad in de opleiding en de zorgpraktijk in het ziekenhuis en op de mogelijke meerwaarde van een goed doordachte verslaglegging. Nu deze fundamentele vragen zijn beantwoord en in de vorm van aanbevelingen enkele randvoorwaarden voor deze goed doordachte verslaglegging zijn benoemd is het tot slot zaak om een blik vooruit te werpen door kort te bespreken hoe een nieuw archief van moreel beraad, in Isala Zwolle maar wellicht ook in andere zorginstellingen, gerealiseerd zou kunnen worden.

Allereerst dient opgemerkt te worden dat de opbouw van een nieuw archief met de doelstellingen en de reikwijdte zoals ze in de vorige paragrafen aan de orde zijn geweest bijzonder veel van de betrokken medewerkers vraagt. Het gaat immers om het uitdenken van de vormgeving en structuur van dit archief, over de inbedding van het archief in de ziekenhuisorganisatie, het (laten) maken van een digitaal registratie- en documentbeheerssysteem en de implementatie ervan in de organisatie van het moreel beraad. Om de denkkraft die hiervoor nodig is te bundelen is het raadzaam om een projectgroep samen te stellen, vanuit diverse geledingen van de organisatie, waarin op projectmatige wijze aan de realisering van het nieuwe archief gewerkt wordt. Voor deze

projectgroep dient draagvlak in de organisatie gecreëerd te worden. Dit draagvlak heeft te maken met een gedeelde visie dat met de opbouw van een nieuw archief een bijdrage geleverd wordt aan de doelstellingen van het ziekenhuis. Bovendien dient deze gedeelde visie vertaald te worden naar de bereidheid om middelen vrij te maken voor de voorbereiding op en het laten uitvoeren van het nieuwe archief.

De opdracht waarmee de projectgroep aan het werk zou kunnen gaan is het opstellen van een Programma van Eisen met het oog op het laten bouwen van het nieuwe digitale archief. In het Programma van Eisen is, als basis voor de uitvoering van het ontwerp, nauwkeurig omschreven wat er van het product wordt verwacht. Het Programma van Eisen is een contractstuk voor de uitvoerende partij. Daarom dient de opdrachtgever dit document op te stellen en niet één van de te contracteren partijen. Het is belangrijk dat de opdrachtgever achter de inhoud van het Programma van Eisen staat, want hij draagt de verantwoordelijkheid voor de besluitvorming en sluit het contract af.

Wat zou er zoal van het digitale product (de *applicatie*) verwacht kunnen worden? Het nieuwe archief heeft in elk geval het karakter van een Document Management Systeem. Documenten van uiteenlopende aard dienen in een samenhangende structuur toegevoegd, bewerkt en ontsloten te kunnen worden. In dit onderzoeksverslag is een aantal documenten besproken, zoals hulpdocumenten die de kwaliteit van de bijeenkomsten op het oog hebben (bijvoorbeeld richtlijnen rond het opstellen van een casus), een format voor de registratie, en evaluatieformulieren en –vragenlijsten. Deze documenten en gegevens kunnen beheerd worden met een Content Management Systeem (CMS) en ze kunnen, in bewerkte vorm, geraadpleegd worden met behulp van een gebruikersinterface. Zowel voor diegenen die documenten en gegevens toevoegen en beheren als voor de raadplegers van het archief dient de applicatie helder en eenvoudig in het gebruik te zijn. Het CMS is zo ingericht dat het de gespreksleiders en andere organisatoren van moreel beraad helpt bij de voorbereiding, de registratie en de evaluatie van de bijeenkomsten en de eindredactie met het oog op archivering ondersteunt; de gebruikersinterface is zo ingericht dat raadplegers het archief effectief op verschillende manieren kunnen doorzoeken, zich toegang kunnen verschaffen tot documenten en gegevens en mogelijk ook gebruikersevaluaties kunnen toevoegen. Hierbij is het van belang om te benadrukken dat de documenten vertrouwelijke informatie bevatten (over patiënten en zorgverleners) en dat het product toegangs- en beveiligingsfunctionaliteiten dient te hebben. Binnen deze bepaling van toegang en beveiliging dient gedefinieerd te worden hoe *open* de applicatie kan zijn naar andere systemen van informatiebeheer in en buiten het ziekenhuis.

Wat is nu de nastrevenswaardige horizon bij al deze inspanningen om de verslaglegging van moreel beraad te verzorgen en verder te ontwikkelen? Hoe ziet de organisatie eruit wanneer het is gelukt om een nieuw digitaal archief voor het beheren en raadplegen van informatie rond moreel beraad in gebruik te nemen? We zien dan een lerende, reflectieve organisatie die zorgverleners stimuleert om te reflecteren op kernwaarden in de organisatie en hen met toegankelijke en relevante informatie en kennis ondersteunt om, met het oog op het leveren van goede zorg, te leren van morele vraagstukken en van de manier waarop deze besproken en tot een oplossing gebracht kunnen worden.

# Literatuur

Agich G (1993). *Autonomy and long-term care*. New York: Oxford University Press.

Albisser Schleger H, Oehninger NR, Reiter-Theil S (2011). Avoiding bias in medical ethical decision-making. Lessons to be learnt from psychology research. *Med Health Care and Philos* 14: 155-162.

Boer TA, Verkerk MJ, Bakker DJ (2013). *Over(-)behandelen. Ethiek van zorg voor kwetsbare ouderen*. Amsterdam: Reed Business Education.

de Bree M, Veening E (2012). *Handleiding moreel beraad. Praktische gids voor zorgprofessionals*. Assen: Van Gorcum.

van Dartel H, Molewijk B (2014). Op weg naar een integraal ethiekbeleid voor zorginstellingen. In: van Dartel H en Molewijk B, *In gesprek blijven over goede zorg. Overlegmethoden voor ethiek in de praktijk*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.

van Dartel H, de Witte J (2014). Professionele verantwoordelijkheid en ethische reflectie. In: van Dartel H en Molewijk B, *In gesprek blijven over goede zorg. Overlegmethoden voor ethiek in de praktijk*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.

Elwyn G, Frosch D, Thomson R et al. (2012). Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. *Journal of General Internal Medicine* October 27(10): 1361-1367.

Hasker A (2013) Waarden in perspectief. Moreel beraad binnen de Isala klinieken. *Tijdschrift Geestelijke Verzorging* 16 (71): 39-42.

ten Have HAMJ, ter Meulen RHJ, van Leeuwen E (2009). *Medische ethiek*. 3e herziene druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

van den Hoven M, Bolt I (2014). Het Utrechts stappenplan. In: van Dartel H en Molewijk B, *In gesprek blijven over goede zorg. Overlegmethoden voor ethiek in de praktijk*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.

Isala klinieken (2011). *Beter leven met Isala*. Zwolle: Isala klinieken.

Janssens RMJPA, van Zadelhoff E, van Loo G, Widdershoven GAM, Molewijk BAC (2014). Evaluation and perceived results of moral case deliberation: a mixed methods study. *Nursing Ethics* dec. 2014.

Kanne M, van den Hoven MA (2007). *Zorgethiek: denken over verantwoordelijkheid en zorgbehoeften*. In: Bolt LLE, Verweij MF, van Delden JJM. *Ethiek in praktijk*. Assen: Van Gorcum.

Kooijman A, Vleugels PMJ (2008). Op zoek naar evenwicht. morele vragen voor artsen en verpleegkundigen. Dwingelo: Kavanah.

Karssing E, van Dartel H (2014). Cultuur en leiderschap – aanknopingspunten voor een reflectieve organisatie. In: van Dartel H en Molewijk B, In gesprek blijven over goede zorg. Overlegmethoden voor ethiek in de praktijk. Amsterdam: Uitgeverij Boom.

de Lange F (2011). In andermans handen. Over flow en grenzen in de zorg. Zoetermeer: Meinema.

Molewijk B (2014). Moreel beraad – waarom, van waaruit en waartoe? In: van Dartel H en Molewijk B, In gesprek blijven over goede zorg. Overlegmethoden voor ethiek in de praktijk. Amsterdam: Uitgeverij Boom.

Struijs A, Jongsma K (2013). Gezamenlijke besluitvorming door zorgverlener en patiënt - normatieve achtergrond. RVZ Achtergrondstudie 2013.

Svantesson M, Karlsson J, Boitte P, Schildman J, Dauwerse L, Widdershoven G, Pedersen R, Huisman M, Molewijk B (2014). Outcomes of moral case deliberation – the development of an evaluation instrument for clinical ethics support (the Euro-MCD). BMC Medical Ethics 15: 30.

Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN) (2012). Individuele professionaliteit. Handreiking voor verpleegkundigen en verzorgenden. Bewerking van de achtergrondnotitie van de Commissie Ethiek, 2011. Utrecht: V&VN.

Website Ethicas [www. beroepshoudingindezorg.nl/](http://www.beroepshoudingindezorg.nl/)

Website Nederlandse Beroepsorganisatie van Accountants.  
<https://www.nba.nl/Vaktechniek/Tools/Dilemmas-en-moresprudentie-voor-Accountants-in-Business/Wat-is-moresprudentie/>



# Bijlage Richtlijnen voor het schrijven van een casus (1)

Versie arts assistenten (versie maart 2012; ingekort)

## Casusformulier Moreel beraad voor arts assistenten

### *Ter inleiding*

Binnenkort staat er een moreel beraad op het programma van de lunchbijeenkomst. Een moreel beraad is een gestructureerde gespreksvorm waarbij je, samen met collega's, morele casuïstiek bespreekt die afkomstig is uit je eigen werk. Het moreel beraad zal worden geleid door twee geestelijk verzorgers.

Het is de bedoeling dat één van de arts assistenten een casus aandraagt en de hoofdbehandelaar vraagt om ook bij het moreel beraad aanwezig te zijn.

Onderstaand formulier bevat een stappenplan dat je helpt je bij het vinden en formuleren van een geschikte casus.

[..]

---

### 1. Praktische zaken: wat is je naam, je emailadres

Naam	
Email	

### 2. **Ter oriëntatie:** criteria voor een goede, 'welgevormde', morele casus.

Zoek naar een casus die in ieder geval voldoet aan de volgende criteria:

- het gaat om een **morele** casus (het gaat dus om de vraag of iemand iets wel (of niet) mag/moet doen (of nalaten) - niet om de vraag *of* iets kan, of *hoe* je iets moet doen)
- Je hebt de casus zelf meegemaakt, en je had (mogelijk) een bepaalde verantwoordelijkheid in de casus (je moest iets doen, beslissen, of je vraagt je dat af)
- er moet iets op het spel staan: het is je niet meteen duidelijk wat je van de situatie moet vinden, wat je moet doen. Of het is zo dat de betrokken partijen hebben elk duidelijke, maar conflicterende, meningen hebben.
- Je moet over de casus kunnen praten, overleggen, discussiëren (geanonimiseerd)
- De casus is werk-gerelateerd en relevant voor de andere gesprekspartners.

### 3. Ter inspiratie: thema's en onderwerpen

Zorgverleners zoals artsen en verpleegkundigen worden regelmatig geconfronteerd met situaties waarin onderstaande thema's en onderwerpen aan de orde zijn. Gebruik dit lijstje ter inspiratie. Er zijn natuurlijk ook andere onderwerpen mogelijk!

<b>Thema 1:</b> arts en patiënt	1.1 Autonomie, wils(on)bekwaamheid, informed consent 1.2 Omgaan met familie 1.3 Behandelbeslissingen rondom het begin en einde van het leven 1.4 Cultuurverschillen
<b>Thema 2:</b> onder professionals	2.1 Omgang met fouten 2.2 Conflicterende belangen 2.3 Loyaliteit 2.4 Samenwerking met andere disciplines
<b>Thema 3:</b> organisatie en maatschappij	3.1 Schaarste 3.2 Financiering 3.3 Doelen van geneeskunde, wensgeneeskunde
<b>Thema 4:</b> wetenschap	4.1 Auteurschap/publicaties 4.2 Belangen onderzoeker/sponsor 4.3 Combinatie arts én onderzoeker 4.4 Onderzoek met kwetsbare populaties
<b>Thema 5:</b> onderwijs	5.1 Patiënt in onderwijssetting 5.2 Opleider/assistent

### 4. Beschrijving: wat gebeurde er?

Begin de casus met een passende titel en beschrijf vervolgens de casus. Geef eerst de **feiten** weer die volgens jou relevant zijn. Maak vervolgens duidelijk wat volgens jou de **morele vraag of kwestie** is waar de discussie over moet gaan.

Let op het volgende:

- beschrijf je casus op een toegankelijke manier. Een niet-ingewijde moet je verhaal direct kunnen herkennen en begrijpen.
- Beschrijf alle partijen: wie waren erbij betrokken, wat deed men (niet), waarom? Wie deden iets, of lieten iets na?
- Wat was jouw positie? Wat waren je vragen, wat 'deed' het je?
- Gebruik geen jargon en geen onnodige medisch-technische beschrijvingen. Het is immers een *morele* casus!
- 

### 5. Database. Zet een X tussen de haakjes als we je casus (geanonimiseerd) in onze openbare internet-database mogen opnemen. [..]

De casus wordt aan het begin van het moreel beraad **voorgelezen**.

Een tekst die voorgelezen wordt, is prettiger om naar te luisteren als met de volgende punten rekening is gehouden:

- Maak de casus niet te lang (ongeveer een halve pagina)
- Gebruik geen afkortingen in de tekst
- Schrijf de (eventueel fictieve) naam van de patiënt voluit
- Probeer er een verhaal van te maken, en geen opsomming van feitjes.

Een goede casus heeft de volgende **structuur**:

- *Koptekst:*  
Naam inbrenger casus, initialen van de patiënt, afdeling en datum moreel beraad
- *Titel:*  
Het staat verzorgd als u de casus een titel meegeeft. Het kan een vrij zakelijke titel zijn zoals 'Reanimatie?' of 'Genetisch onderzoek'. Maar het kan ook speelser: 'Een vrouw van de klok' of 'Familieverwikkelingen'. Als de titel maar in relatie staat tot de casus.
- *Presentatie van de patiënt:*  
Hier geeft u een korte beschrijving van de patiënt als mens, zodat de lezer een beeld krijgt van de patiënt. De volgende onderdelen passen hier: geboortjaar, burgerlijke staat, woonvorm vóór opname, beroep of dagelijkse bezigheden, sociaal netwerk en dergelijke.
- *Ziektegeschiedenis en opnameverloop:*  
Hier beschrijft u in het kort de medische voorgeschiedenis, de opnamereden, ADL-gegevens en het verloop van de ziekte tijdens de opname. U kunt zich beperken tot die gegevens die in het kader van het morele probleem relevant zijn. Vermijd een reeks van afkortingen en moeilijke termen. Een mogelijke samenvatting is "een complexe medische voorgeschiedenis".
- *De concrete situatie:*  
Waar liep u tegenaan? Welk gevoel riep dit op?  
Als de lezer uw situatie hoort, moet die zich kunnen inleven en zich afvragen hoe hij of zij zelf in deze lastige situatie gehandeld zou hebben. U beschrijft dus niet hoe u het zelf hebt opgelost. En u geeft ook geen opsomming van uw eigen argumenten.

[..]

# Bijlage Richtlijnen voor het schrijven van een casus (2)



## RICHTLIJNEN VOOR HET SCHRIJVEN VAN EEN CASUS (versie maart 2011)

De casus wordt aan het begin van het moreel beraad **voorgelezen**.

Een tekst die voorgelezen wordt, is prettiger om naar te luisteren als met de volgende punten rekening is gehouden:

- Maak de casus niet te lang (ongeveer een halve pagina).
- Gebruik geen afkortingen in de tekst.
- Schrijf de (eventueel fictieve) naam van de patiënt voluit.
- Probeer er een verhaal van te maken, en geen opsomming van feitjes.

Een goede casus heeft de volgende **structuur**:

- *Koptekst:*  
Naam inbrenger casus, initialen van de patiënt en datum moreel beraad
- *Titel:*  
Het staat verzorgd als u de casus een titel meegeeft. Het kan een vrij zakelijke titel zijn zoals 'Reanimatie?' of 'Genetisch onderzoek'. Maar het kan ook speelser: 'Een vrouw van de klok' of 'Familiieverwikkelingen'. Als de titel maar in relatie staat tot de casus.
- *Presentatie van de patiënt:*  
Hier geeft u een korte beschrijving van de patiënt als mens, zodat de lezer een beeld krijgt van de patiënt. De volgende onderdelen passen hier: geboortjaar, burgerlijke staat, woonvorm vóór opname, beroep of dagelijkse bezigheden, sociaal netwerk en dergelijke.
- *Ziektegeschiedenis en opnameverloop:*  
Hier beschrijft u in het kort de medische voorgeschiedenis, de opnamereden, ADL-gegevens en het verloop van de ziekte tijdens de opname. U kunt zich beperken tot die gegevens die in het kader van het morele probleem relevant zijn. Vermijd een reeks van afkortingen en moeilijke termen. Een mogelijke samenvatting is "een complexe medische voorgeschiedenis".
- *De concrete situatie:*  
Waar liep u tegenaan? Welk gevoel riep dit op?  
Als de lezer uw situatie hoort, moet die zich kunnen inleven en zich afvragen hoe hij of zij zelf in deze lastige situatie gehandeld zou hebben. U beschrijft dus niet hoe u het zelf hebt opgelost. En u geeft ook geen opsomming van uw eigen argumenten.

# Bijlage Format voor verslaglegging moreel beraad (1)

Casus:

Gespreksleider:

Morele vraag:

Ja, het is goed	Nee, het is niet goed
Patiënt:	Patiënt
Fam:	Familie:
Arts:	Arts:
Vpk:	Vpk:
Andere betrokkenen?	Andere betrokkenen?

Weging: hoeveel voor en hoeveel tegen?

Belangrijkste waarden voor en tegen:

Concrete stappen:

- 
- 
- 

Belangrijkste evaluatieve opmerking:

Verslag gemaakt door:

# Bijlage Format voor verslaglegging moreel beraad (2)

Datum:

Inbrenger van de casus

Casus:

Gespreksleider:

Morele vraag:

Argumenten:

<b>Ja, het is goed</b>	<b>Nee, het is niet goed</b>
Patiënt:	Patiënt:
Familie:	Familie:
Arts:	Arts:
Vpk:	Vpk:
Andere betrokkenen?	Andere betrokkenen?

Weging:

Belangrijkste waarden voor en tegen:

Concrete stappen:

- 
- 
- 

Opmerkingen:

Verslag gemaakt door:

# Bijlage Lijst van waarden



## WAARDE: JE KOMPAS

“Een waarde is iets dat je belangrijk vindt om na te streven, dat richting geeft aan je handelen.”

### Kernwaarden “Beter leven met Isala”

Open

Professioneel

Met hart en ziel

### De vier belangrijkste medisch-ethische waarden

Goed-doen

Niet-schaden

Rechtvaardigheid

Autonomie

### Andere waarden die veel genoemd worden tijdens moreel beraad

Aandacht

Betrokkenheid

Collegialiteit

Deskundigheid

Duidelijkheid

Eerlijkheid

Empathie

Geduld

Gelijkwaardigheid

Kwaliteit van leven

Loyaliteit

Plichtsbesef

Rationaliteit

Respect

Verantwoordelijkheid

Vertrouwen

Zekerheid

Zelfstandigheid

Zinvolheid

Zorgzaamheid

# Bijlage Evaluatieformulier

## Evaluatieformulier Moreel beraad

Vul dit formulier in direct na het moreel beraad en lever hem in bij de diegene die het moreel beraad heeft georganiseerd / gegeven.

1. Was het doel van het moreel beraad vooraf duidelijk?

Ja

Nee

Toelichting .....

2. Heeft u nieuwe kennis opgedaan of nieuwe vaardigheden verworven?

Ja,

Nee

Toelichting.....

3. Kunt u datgene wat u heeft geleerd toepassen in uw beroepsuitoefening?

Ja

Nee

Toelichting.....

4. Zijn er nog verbeterpunten voor een mogelijke volgend moreel beraad?

.....

.....

.....

.....

.....



# Bijlage Opzet van de interviews

Interviews met twee deelnemers van de besproken bijeenkomst van moreel beraad in de zorgpraktijk zijn gehouden volgens een vaststaande opbouw en set van vragen. De interviews zijn semi-gestructureerd in die zin dat de opbouw en de vragen vooraf vaststaan maar dat de meeste vragen open van karakter zijn en ruimte bieden om nader in te gaan op thema's die door de geïnterviewde worden aangeroerd. De interviews zijn als volgt opgebouwd:

## I. Kennismaking en toelichting

We maken kennis met elkaar. Ik licht de achtergronden van het interview toe aan de hand van een beschrijving van het project en het onderzoek. Bovendien besteed ik aandacht aan de privacy-aspecten van het onderzoek en het interview en bespreek hoe ik de interviews geanonimiseerd ga uitwerken. Ik zeg toe dat ik mijn concept-teksten naar de geïnterviewde zal toezenden en de gelegenheid geef om voorstellen voor aanpassingen van de tekst te doen.

## II. Jouw ervaringen met ethische vraagstukken in de praktijk

De volgende vragen worden gesteld:

1. Kom/kwam je vaak morele dilemma's of vraagstukken tegen in je praktijk? Zou je een voorbeeld kunnen noemen?
2. Hoe wordt/werd er omgegaan met deze dilemma's in de praktijk?
3. Welke rol speelt/speelde het moreel beraad bij het bespreekbaar maken en oplossen van morele vraagstukken?
4. Wat zijn je ervaringen over het algemeen met moreel beraad?

## III. Reconstructie van de bijeenkomst van moreel beraad

1. Ik leg eerst de casusbeschrijving en de uitwerking in het format voor aan de geïnterviewde om de bijeenkomst weer in de herinnering op te roepen. De volgende vragen worden vervolgens gesteld:
2. Weet je nog wat je houding/perspectief ten aanzien van deze casus was voorafgaande aan de bespreking in het beraad?
3. Heb je het idee dat in het verslag de perspectieven van de betrokkenen goed zijn verwoord/benoemd?
4. Weet je nog welke afweging en welke waarden in de bijeenkomst doorslaggevend zijn geweest? Op welke manier is consensus bereikt?
5. Weet je nog hoe het verder is gegaan met de patiënt?

## IV. Evaluatievragen over het moreel beraad.

Je kunt deze vragen in het algemeen, vanuit je ervaring met moreel beraad, beantwoorden maar ook naar aanleiding van deze specifieke bijeenkomst. Deze vragen komen voort uit een artikel over een instrument om moreel beraad op uitkomsten te evalueren. Bij elk item (van 6 items in totaal) gaat het om de vraag: 'Hoe belangrijk is het voor je dat....' en je kunt deze

vragen beantwoorden met: 'zeer belangrijk', 'belangrijk', 'een beetje belangrijk', 'niet belangrijk' en 'weet niet/geen mening'. Bij elk item zal ik toelichten wat ermee bedoeld wordt.

De vragen luiden als volgt: hoe belangrijk is het voor je dat moreel beraad....

1. meer emotionele ondersteuning biedt?
2. meer samenwerking bevordert?
3. bijdraagt aan betere ethische reflectie?
4. een betere morele attitude bevordert?
5. invloed heeft op de organisatie?
6. gericht is op concrete resultaten?

#### V. Afsluiting

Ik bedank de geïnterviewde voor het gesprek, geef een attentie en zeg nogmaals toe de uitwerking in concept toe te zullen sturen en ruimte te bieden voor suggesties om de tekst aan te passen.