

Van ethische commissie naar stuurgroep ethiek?

Over de implementatie van moreel beraad
in het kwaliteitsbeleid van instellingen voor
gezondheidszorg

Discussienota nr. 7, december 1998 (6^{de} oplage, mei 2002)

College voor Ethische en Levensbeschouwelijke Aspecten van de Zorgverlening

Colofon

Uitgever: Landelijk Bureau Ethiek in de Zorg (in opdracht van het CELAZ)

Bezoekadres: Oudlaan 4

Postadres: Postbus 9696
3506 GR

Telefoon: 030-2739 348

Telefax: 030-2739 568

E-mail: ethiek@nvz-ziekenhuizen.nl

Drukwerk: Spectra Facility b.v.

Publicatienummer: 300.013

ISBN: 90-5498-061-3

Bestellingen

Deze publicatie kan schriftelijk besteld worden bij de Dienst Publicaties van Spectra Facility b.v., per fax 030-2739454 of per e-mail: publicaties@spectrafacility.nl onder vermelding van het publicatienummer

Per besteld exemplaar wordt voor leden van de brancheorganisaties een bedrag van € 11,35 en voor niet-leden een bedrag van € 13,60 in rekening gebracht (excl. handling en verzendkosten).

Aan de inhoud van deze publicatie kunnen geen rechten worden ontleend.
Alle bedragen zijn inclusief BTW.

Inhoudsopgave

Verantwoording	5
Samenvatting	7
Leeswijzer	9
Inleiding	11
1. Ethische kwesties in zorginstellingen	13
1.1. Ethiek in de zorg: zo bekend en toch zo vreemd	13
1.2. De noodzaak van transparantie	15
1.3. De eigenaardigheid van morele vragen	18
1.4. Recapitulerend	22
2. Veel gebruikte organisatorische benaderingen van het thema ethiek	25
2.1. Een klassieke structuurmaatregel: de ethische commissie	25
2.2. Een klassieke procesbenadering: standaardisatie en protocollering	29
2.3. Concluderend	33
3. Een integrale benadering	35
3.1. Beleidsontwikkeling op het gebied van morele vragen	35
3.2. Fase 1: Stap voor stap op weg naar een beleidsprogramma	36
3.3. Fase 2: Invulling van het beleidsprogramma	38
3.3.1. Een duidelijke keuze: koppeling aan kwaliteitsbeleid	38
3.3.2. Expliciete beleidsontwikkeling: een stuurgroep ethiek?	40
3.4. Fase 3: Ethiek als integraal onderdeel van beleid	46
3.5. Taakstelling van het management	46
3.6. Brandende vragen	48
3.7. Recapitulerend	49
Oriëntatiemodel	51
4. Tot besluit	53
Literatuur	55
Noten	57

Verantwoording

Het College voor Ethische en Levensbeschouwelijke Aspecten van de Zorgverlening (CELAZ) heeft de heer drs. J.N. van Dartel, medewerker afdeling ethiek van de Nederlandse Zorgfederatie, verzocht het concept moral management verder voor de instellingspraktijk te operationaliseren. De voorliggende discussienota “Van ethische commissie naar stuurgroep ethiek?” is het resultaat van zijn inspanning. De titel geeft tegelijkertijd ook de focus aan. Het gaat in deze nota over de implementatie van moreel beraad in het kwaliteitsbeleid van instellingen voor gezondheidszorg.

Met deze discussienota richt het CELAZ zich in de allereerste plaats op het instellingsmanagement. Het college wil directies een handreiking bieden bij het opzetten van een effectief instellingsbeleid inzake de morele kwaliteit van de organisatie. Ook voor anderen in de organisatie, die bij het ethisch overleg binnen de instelling betrokken zijn, kan de inhoud interessant zijn.

Ten aanzien van ethische vragen is een zorgvuldige besluitvorming geboden. In het verlengde hiervan wordt de noodzaak van moreel beraad algemeen erkend. De organisatorische vorm waarin het management het moreel beraad ziet is doorgaans die van de (medisch) ethische commissie. In de praktijk blijkt dat met het inzetten van dit managementinstrument de morele sensibiliteit van de organisatie en die onder de medewerkers niet zondermeer wordt vergroot. Soms blijkt het instellen van een ethische commissie het begin van een moeizaam proces te zijn. Inzet en goede bedoelingen, onduidelijkheid over taken en verantwoordelijkheden, gebrek aan draagvlak, vlagen van enthousiasme en de lange duur van dit proces kunnen tot een ongewisse uitkomst leiden. Over het nut van ethische commissies is in de afgelopen jaren dan ook herhaaldelijk geschreven.

Het CELAZ is van mening dat een belangrijke oorzaak voor de huidige ambivalentie ten aanzien van een meer gestructureerd ethisch overleg gelegen is in de onduidelijke beleidsmatige kaders voor deze voorziening. In de beleving van velen hangt de ethische commissie er, in vergelijking met ander voorzieningen, een beetje bij. In deze nota worden voorstellen gedaan om in die onbevredigende gang van zaken verandering te brengen. Het CELAZ pleit er voor om ethiek tot een integraal onderdeel van het kwaliteitsbeleid te maken en ethiek net zo te behandelen en te faciliteren als andere onderdelen van het beleid.

Het pleidooi om voor de ontwikkeling van een beleidsprogramma ethiek een stuurgroep ethiek in te stellen, met als doel in de organisatie leerervaringen in het omgaan met morele vragen te generen, is een eerste stap om de ethische bezinning onder te brengen in de normale werkprocessen. Een en ander is samengevat in een stappenplan achterin de nota.

Het CELAZ is de heer Van Dartel bijzonder erkentelijk voor de wijze waarop hij deze materie voor het management toegankelijk heeft gemaakt. Ook is een woord van dank op zijn plaats aan het adres van mevrouw V.J. Stein-Postma die de teksten bewerkt heeft en de lay-out heeft verzorgd.

Tijdens de totstandkoming van deze discussienota hadden de volgende personen zitting in het College voor Ethische en Levensbeschouwelijke Aangelegenheden van de Nederlandse Zorgfederatie:

A.H. Bijlhout, op voordracht van de NZf
drs P.W. Blomaard, op voordracht van de VGN
dr. Th.A. Boer, op voordracht van de CVZ
mw. drs. L. Fernhout-Schmidt, op voordracht van het HV
dr P.A. de Groot, op voordracht van GGZ Nederland
drs A. Hoogerwerf, op voordracht van de NZf
drs C.G. Hrachovec, op voordracht van GGZ Nederland
drs H.H. van der Kloot Meijburg, secretaris CELAZ
dr S.A. Kluchert, op voordracht van de NVZ
dr G.A. Kool, lid raad van bestuur, op voordracht van de NVZ
C.H. Louwerse MMO, lid algemene directie, op voordracht van de VGN
prof. dr H.A.M. Manschot, voorzitter CELAZ
drs J.J. Mulder, op voordracht van de NVVz
drs M.A.M. Pijnenburg, op voordracht van de KVZ
drs N.W.J. Speelman, op voordracht van de CVZ
drs W.J. Spiers, op voordracht van de NVVz
mw. E. Vreeburg, op voordracht van het HV

Met deze nota beoogt het CELAZ niet alleen de discussie te openen hoe men de morele sensibiliteit van de organisatie en de medewerkers vergroot, de nota draagt tevens het karakter van een handreiking hoe men dat het beste aan kan pakken. Het college is voornemens om met behulp van een aantal gerichte activiteiten de discussie over de implementatie van moreel beraad te entameren. U zult daarvan op de hoogte worden gesteld.

prof. dr. H.A.M. Manschot
voorzitter

drs. H.H. van der Kloot Meijburg
secretaris

Utrecht, december 1998

Samenvatting

Het thuisbrengen van ethische kwesties is in de gezondheidszorg niet langer een zaak die uitsluitend toevertrouwd wordt aan hulpverleners en stafleden. Ontwikkelingen zoals de vermaatschappelijking van de zorg, de toegenomen nadruk op het ondernemingskarakter en het bedrijfsmatig aanzien van de organisatie, maken dat de rol van het management duidelijk groter is geworden. Aan het management wordt in dat spoor een eigen verantwoordelijkheid toegekend voor de morele kwaliteit van de organisatie.

Adequaat leiding geven aan het proces van normatieve keuzen is echter geen eenvoudige opgave. Daar zijn verschillende oorzaken voor aan te geven. Een eerste is dat ethiek in de zorg nog steeds gemakkelijk wordt gelijkgesteld met medische ethiek. Blinde vlekken voor morele vragen op andere gebieden dan de primaire hulpverlening kunnen het gevolg zijn.

Maar ook het imago van de zorgonderneming kan de manager parten spelen. Inspelen op de publieke opinie maakt het lastig om onzekerheden en dilemma's in de hulpverlening zichtbaar te maken. Het versterkt de bestaande neiging om morele problemen te presenteren als technische vraagstukken die goed opgelost kunnen worden op het niveau van de professionals. Dat tempert de onrust die morele vragen zo kenmerkt en geeft organisatorische zekerheid. De vraag is echter of deze bewerking voldoende is om morele crises en incidenten te voorkomen. Het belang om dergelijke incidenten te voorkomen is evenwel groot. Het vraagt een pro-actief beleid, waarbij vooral de aandacht gevraagd wordt voor de professionele en organisatorische routines. De kans op blinde vlekken, op het niet tijdig zichtbaar worden van morele vragen doet zich daar het sterkst voor. Een koppeling van ethiek aan het reguliere kwaliteitsbeleid zou een dergelijk pro-actief beleid kunnen bevorderen. In hun kwaliteitsbeleid leggen zorgorganisaties immers een kritische houding aan de dag tegenover die routines. De morele dimensie van het handelen echter, blijft daarbij in de regel buiten beschouwing.

Het buiten schot blijven van de ethische dimensie in het kwaliteitsbeleid, wil niet zeggen dat instellingen voor gezondheidszorg niet 'aan ethiek doen'. Integendeel. Ethiek krijgt vaak een duidelijke plaats in de organisatie. Traditioneel wordt de organisatorische vraag naar ethiek beantwoord met het instellen van een ethische commissie en met het opstellen van protocollen. Beide beleidsinstrumenten staan evenwel toenemend onder kritiek: ethische commissies worden veelvuldig geplaagd door een grote afstand ten aanzien van alledaagse praktijk; protocollen wekken te gemakkelijk de indruk dat morele vragen opgelost kunnen worden door steeds verfijndere regelgeving. Zowel in de theorie als in de praktijk zoekt men dan ook naar andere benaderingen, die de complexiteit van morele vragen meer recht kunnen doen zonder ethiek te zeer los te maken van de reguliere processen; die ethiek een kunnen plaats geven zonder dat het een 'status aparte' krijgt.

In het laatste deel van deze nota wordt zo'n benadering uitgewerkt als oriëntatiemodel voor het management bij het vormgeven van beleid. Een drietal thema's uit de organisatiekunde zijn van belang geweest bij de opzet van het model: 1. Kwaliteitsdenken 2. Projectmatig werken en 3. De lerende organisatie. Het model is fasegewijs opgebouwd. Als eerste fase wordt een stap-voor-stap beleid voorgesteld. In aansluiting op vragen en initiatieven in de organisatie worden beleidsinterventies ontworpen die de sensibiliteit en het draagvlak voor ethische reflectie kunnen vergroten. Op basis van de ervaringen die men daarmee opdoet, wordt de aanzet gegeven tot een meer geformaliseerd beleidprogramma.

Daarmee komen we toe aan de tweede fase. Twee beleidsbeslissingen markeren deze overgang. In de eerste plaats wordt ethiek erkend als elementair onderdeel van het kwaliteitsbeleid. In de tweede plaats wordt een stuurgroep ethiek ingesteld die als taak heeft de onderwerpen die in het kader van een dergelijk kwaliteitsbeleid aan de orde zouden kunnen komen, te identificeren en op projectmatige wijze uit te werken. Deze stuurgroep

onderscheidt zich in haar taakstelling van de klassieke ethische commissie. Zij is er niet op uit morele vragen naar zich toe te halen om die op grond van expertise zelf op te lossen. Zij oriënteert zich daarentegen op mogelijkheden om het leervermogen van de organisatie en haar medewerkers in het omgaan met morele vragen te verhogen. In dat licht wordt de projectbenadering ingezet om organisatiebreed leerervaringen te genereren in het systematisch omgaan met morele vragen. Het doorlopen van deze projecten vergroot de erkenning van ethiek als vanzelfsprekend deel van het kwaliteitsbeleid. Evaluatie van de projecten zal duidelijkheid verschaffen over het beëindigen van deze fase en de overgang naar de derde: daarin wordt ethiek ondergebracht in de reguliere beleidscyclus. In het overleg van directie met de decentrale eenheden worden afspraken gemaakt over de agendering van morele vraagstukken in het kwaliteitsbeleid.

Het voorstel impliceert geen diskwalificatie van de ethische commissie. Wel houdt het een pleidooi in voor een fundamentele herbezinning op haar taakstellingen. Enerzijds zou men bestaande commissies kunnen transformeren tot een stuurgroep met de beschreven taakstelling. Anderzijds valt te overwegen om een commissie los van de stuurgroep in stand te houden als consultatiepunt voor inhoudelijke vragen. Een beroep op inhoudelijke ethische expertise valt evenwel ook op andere wijzen te organiseren.

Het voorgestelde proces van beleidsontwikkeling vraagt een duidelijke betrokkenheid van het management. In de eerste plaats betreft dat de sturing van het proces door de directie. Dat blijft te allen tijde verantwoordelijk voor de beleidsontwikkeling op dit gebied. In de tweede plaats betreft dat het middenmanagement. Veel hangt af van hun vaardigheden in het creëren van de benodigde leerervaringen op het niveau van medewerkers en professionals. En van hun mogelijkheden tot een inschatting en bijstelling van de randvoorwaarden die nodig zijn om het gesprek over morele vragen op gang te brengen en te houden.

Leeswijzer

Deze nota valt op verschillende manieren te lezen. Voor een eerste oriëntatie op de inhoud van deze nota wordt de lezer verwezen naar de samenvatting. Wie uit is op een uitgebreidere kennisname wordt verwezen naar de Inleiding en naar de 'uitleidingen' van de diverse hoofdstukken. Is men geïnteresseerd in een schets van de moeilijkheden die zich voordoen bij het positioneren van ethiek in de zorgorganisatie kan men terecht in hoofdstuk 1.

Hoofdstuk 2 gaat in op de sterke en m.n. zwakke kanten van de gebruikelijke standaardoplossingen om ethiek een plaats te geven in de organisatie.

Het derde hoofdstuk tenslotte beschrijft een model ter oriëntatie bij de beleidsontwikkeling op dit gebied. Dat hoofdstuk heeft dan ook meer het karakter van een handreiking dan van een analyse van de huidige situatie.

De nota heeft uitdrukkelijk de intentie om een discussie op gang te brengen. Daarom is er niet teruggeschrokken voor bij vlagen stevige formuleringen. De tekst heeft geen theoretische of wetenschappelijke pretenties.

Literatuurverwijzingen zijn daarom in de tekst achterwege gebleven. De bronnen waaruit geput is zijn opgenomen in de literatuurlijst achterin. Om de leesbaarheid te bevorderen zijn detailkwesties zoveel mogelijk weggelaten. Waar nodig wordt er in eindnoten op ingegaan. Daar vindt u aanvullende argumentaties die de betooglijn onderbouwen.

Ter verlevendiging van de tekst zijn enige voorbeelden opgenomen. U vindt ze in aparte kaders. Hun aantal is beperkt gehouden om de lijn van het betoog niet te zeer te onderbreken.

Inleiding

Morele vraagstukken doen zich voortdurend voor in organisaties van gezondheidszorg. Of deze vraagstukken *organisatorisch* herkend worden als vraagstukken die nadere reflectie behoeven, die speciale aandacht vragen van medewerkers en leidinggevenden, is iets anders. Het belang van zorgvuldige besluitvorming, van zorgvuldige procedures ten aanzien van morele vragen wordt in toenemende mate algemeen erkend. Ethiek is wat dat betreft nog steeds in. Maar of het lukt ethiek ook daadwerkelijk die plaats te geven, die het volgens velen zou moeten hebben, is de vraag.

In de literatuur wordt aan het management een grote rol toegedacht met betrekking tot de morele kwaliteit van een organisatie. Het management dient leiding te geven aan het proces van normatieve keuzen. Uit deze verantwoordelijkheid van het management vloeien diverse taken voort: het expliciteren van morele vragen, het initiëren van overleg over normen en waarden en het ontwikkelen van een integrerende normatieve visie die richting zou kunnen geven aan de keuzeprocessen die in de organisatie plaatsvinden. Daarnaast wordt van het management verwacht dat het door voorbeeldgedrag de morele sensibiliteit van organisatie en professional daarin verhoogt.

De daarmee gestelde opgaven voor het management zijn niet gering. Is de richting waarin over de rol van het management gedacht wordt wel duidelijk, minder duidelijk is welke concrete managementinstrumenten gebruikt zouden kunnen worden om zo goed mogelijk aan de verwachtingen tegemoet te komen. De praktijk geeft weliswaar een aantal standaardoplossingen te zien voor de positionering van ethiek in de organisatie, zoals bijvoorbeeld het instellen van ethische commissies, maar er zijn gegronde redenen om te twijfelen aan de effectiviteit van deze standaardoplossingen.

Deze nota gaat in op deze twijfels en ontwikkelt voorstellen voor een andere benadering.

1. Ethische kwesties in zorginstellingen

Ethiek is een bekend beleidsthema in de gezondheidszorg. Vooral de groei van technische mogelijkheden in zorg en geneeskunde heeft de belangstelling voor ethische reflectie sterk doen toenemen. Ten aanzien van deze mogelijkheden probeert ethiek volgens de gangbare opvattingen over haar functioneren, aan te geven wat wel of niet mag, waar de grenzen liggen. De vanzelfsprekende associatie van ethiek met gezondheidsethiek heeft duidelijke effecten voor het omgaan met morele vragen in de organisatie.

1.1. Ethiek in de zorg: zo bekend en toch zo vreemd.

Het vóórkomen van morele vraagstukken

Zoals gezegd doen morele vragen zich aanhoudend voor in zorginstellingen. Op alle niveaus en in allerlei situaties kunnen zich vragen manifesteren die een morele lading hebben. Die bewering klinkt als een open deur, en dat is het ook. De consequenties van die open deur manifesteren zich slechts in beperkte mate in het instellingsbeleid. Het is immers de vraag of de morele kwesties die zich voordoen ook de benadering krijgen die ze verdienen. Dat wil zeggen of ze onderworpen worden aan een vorm van systematische reflectie waarbij de moraliteit van het handelen zelf onderwerp van gesprek wordt.

De bereidheid om vragen te problematiseren onder het aspect van goed en kwaad, ze te behandelen als ethische kwesties, veronderstelt een specifieke bewerking van deze vragen. In de eerste plaats gaat het dan om de erkenning van normatieve onzekerheden en twijfel met betrekking tot deze vragen. Het bestaan van normatieve onzekerheden en twijfel wordt in de samenleving en in de zorg breed geaccepteerd ten aanzien van de 'bekende' kwesties zoals euthanasie. De associatie van ethiek met deze kwesties is heel vanzelfsprekend. Het is dan ook niet verwonderlijk dat op een vraag aan instellingen naar documenten over ethische kwesties, vooral deze 'bekende' kwesties hoog scoren. De noodzaak van beleidsontwikkeling ten aanzien van andere vragen laat zich blijkbaar minder sterk voelen.

Door de concentratie op de bekende medisch-ethische vraagstukken, wordt de aandacht voor het vóórkomen van andere morele vragen in de organisatie vanzelf afgeleid. De klassieke vragen van de medische ethiek werken wat dat betreft als een magneet die alle energie van organisatie en management in verband met ethiek gemakkelijk absorbeert. Met de verwijzing naar de bekende kwesties lijkt de taak van het management om de morele vragen expliciet te maken gemakkelijk volbracht.

Op een congres over de maatschappelijke verantwoordelijkheid van zorginstellingen gaat de aandacht vooral uit naar de verantwoordelijkheid van de instelling voor de cliëntenzorg. Het contract tussen de instelling en de maatschappij zou met name betrekking hebben op dat aspect. Uiteraard heeft dat thema prioriteit. Het bestaan van de instelling wordt immers vooral gelegitimeerd door de zorg voor cliënten. Maar, zo houdt een van de sprekers de zaal voor, dat is niet het enige. Het gaat ook om het aandeel dat de organisatie levert aan het vraagstuk van de werkgelegenheid. Het percentage allochtonen en gehandicapten. Eventueel voorbeeldgedrag op dit gebied. Het gaat ook om een fatsoenlijk omgaan met milieueisen: bouwen we energiesparend of niet? Wat doen we met ons afval? Hoe zuinig zijn we met energie? Het gaat ook om een correcte uitvoering van het ARBO-beleid. Om een rechtvaardig personeelsbeleid. Om meer kansen voor vrouwen op de managementposities. Het regelen van goede kinderopvang. En om een verantwoord investeringsbeleid, en een goed omgaan met de financiële reserves.

Uiteraard is het zo dat het agenderen van de bekende ethische kwesties een groot goed is. De medisch ethische vragen hebben er voor zorg gedragen dat de associatie van gezondheidszorg en ethiek een vanzelfsprekende is. Vanuit die optiek heeft de gezondheidszorg een duidelijke voorsprong op bijvoorbeeld het bedrijfsleven. Maar tegelijkertijd heeft de vanzelfsprekende gelijkenschakeling van instellingsethiek met medische ethiek een aantal negatieve bijeffecten. Met name waar het gaat om het ‘ontdekken’ van ethische vragen op andere gebieden, zoals het personeelsbeleid, financieel beleid of milieuvraagstukken. Maar ook in de zorg zelf blijven vele vragen onopgemerkt. Men kan dan ook zeggen dat ethiek in de gezondheidszorg van oudsher gekenmerkt wordt door een zekere mate van bedrijfsblindheid.

Ethische kwesties als beroepsgebonden vraagstukken?

Een van de uitingen van deze bedrijfsblindheid is, dat ethische kwesties organisatorisch gemakkelijk gepercipieerd worden als beroepsgebonden vraagstukken op het niveau van de individuele, professionele zorgverlening. Ook al heeft de beroepsontwikkeling van andere zorgverleners tot wat bijstellingen geleid, de grootste rol met betrekking tot ethische vraagstukken blijft in de organisatie vaak weggelegd voor de medische professie. Geldt dat voor ziekenhuizen sterker dan voor andere zorgorganisaties, conform de beeldvorming in de publieke discussies, is ethiek ook elders in de gezondheidszorg toch vooral medische ethiek. Of zij wordt analoog aan medische ethiek als een zaak van andere professionele groepen opgevat.¹

Een denken over ethische vragen als vragen die zich vooral voordoen aan individuele (medische) beroepsbeoefenaren, heeft duidelijke implicaties voor het zichtbaar worden en het transparant maken van andere ethische vragen. Onder verwijzing naar de professionele autonomie wordt de verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de besluitvorming en dus ook voor de betekenis van de ethische reflectie daarin, immers gemakkelijk neergelegd bij de individuele professional. De besluitvorming in de beslotenheid van de behandelsituatie onttrekt zich dan niet alleen feitelijk maar ook ten principale aan de waarneming van het management. Daar waar de zorgpraktijk van andere hulpverleners zich naar analogie van de medische hulpverlening ontwikkelt, doet zich hetzelfde fenomeen voor. Wanneer de kwaliteit van de besluitvorming door het appèl op de professionele autonomie exclusief zaak wordt van de individuele beroepsbeoefenaar, is de rol van het management een beperkte. Afhankelijk van het initiatief van de beroepsbeoefenaar kan de manager zich opwerpen als gesprekspartner of facilitator ter ondersteuning van de besluitvorming, maar verder heeft hij

amper sturingsmogelijkheden. Waar de kwaliteit van de beroepsuitoefening vooral onderwerp is van collegiaal overleg binnen de beroepsgroep is de rol van het management noodzakelijk reactief. De mogelijkheden tot een meer integrale benadering van morele vragen zijn daardoor beperkt.

Onmiskenbaar schept deze taakverdeling duidelijkheid met betrekking tot de activiteiten van de geledingen in de organisatie: een duidelijkheid die waarschijnlijk door zowel management als professionals gewaardeerd wordt. Dit sluit bijvoorbeeld goed aan bij de neiging van het management om vraagstukken in de organisatie in eerste instantie te bekijken als operationele problemen. Men kan zich echter afvragen of deze taakverdeling tussen managers en professionals met betrekking tot het omgaan met ethische vragen, een goede taakverdeling is. Verdragen de ethische vraagstukken waar managers en professionals voor staan zich wel met een zo scherpe scheiding van verantwoordelijkheden?

1.2. De noodzaak van transparantie

Naar een open dialoog

Gelet op de maatschappelijke betekenis van de activiteiten van zowel professionals als managers, is een in de structuur van de organisatie ingebouwde afscherming voor kritiek op elkaars functioneren niet houdbaar. Het grootste probleem is dat de claim van een professionele autonomie wel geldend gemaakt kan worden voor de medisch-technische aspecten van de beroepsuitoefening, maar dat dit veel minder geldt voor de ethische aspecten. Hier kan veel minder gesproken worden van een stormvrije zone, die met de verwijzing naar de professionele autonomie kan worden afgedekt. De hulpverleningsrelatie is steeds meer getransformeerd tot een relatie waarin het perspectief van de cliënt gelijkwaardig is geworden aan dat van de hulpverlener. Dit maakt dat gezondheidsethiek geen afgesloten professionele ethiek meer kan zijn. Ook is de traditionele vanzelfsprekendheid van de morele aanvaardbaarheid van het professionele zorgverlenen verloren gegaan onder invloed van de technische ontwikkelingen in de zorg en het maatschappelijk normenpluralisme. Gezondheidsethiek vraagt daarom om een voortdurende open dialoog over morele waarden en morele vragen die zich in de praktijk van alledag voordoen.²

De noodzaak van een open dialoog begint bij de vraag of de hulpverlening die geboden wordt aansluit bij de wijze waarop de hulpvraag vanuit het perspectief van de cliënt begrepen moet worden: sluit het aan op diens levensproject, diens normen en waarden? En wat betekent ingaan op deze vraag voor de hulpverlener? Voor diens kijk op zijn of haar rol van hulpverlener?

De noodzaak van deze open dialoog eindigt niet met het gesprek tussen cliënt en hulpverlener. Ondanks de beslotenheid van de individuele hulpverleningsrelatie is dat wat er tussen hulpverlener en cliënt gebeurt ten principale onderworpen aan toetsing vanuit maatschappelijke normen. Het is niet alleen een zaak van hulpverlener en cliënt om uit te maken wat gezondheid en de in dat kader te geven zorg, inhoudt. Het vertrouwen dat van zo'n essentieel belang is in de hulpverleningsrelatie, is gebaseerd op maatschappelijke arrangementen. De veranderde opvattingen over de professionele hulpverleningsrelatie, en de snelle ontwikkelingen in de zorg, vergen een voortdurend proces van herbevestiging van het vertrouwen. Dat vraagt om transparantie en voortzetting van de dialoog op andere niveaus van de organisatie en de maatschappij. Uiteraard dient dit te gebeuren met voldoende garanties voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de betrokkenen, maar desondanks vraagt de normatieve betekenis van de zorg voor gezondheid om een grotere maatschappelijke transparantie van de hulpverleningsprocessen.³

Taakstellingen van het management

Sinds de verheving van de publieke discussies over de betekenis van het gezondheidszorgsysteem voor de gezondheid en het welzijn van mensen in de zestiger jaren is de vermaatschappelijking van de gezondheidszorg en de daaraan verbonden noodzaak van transparantie alleen maar toegenomen. Een privatisering van de hulpverleningsmoraal verdraagt zich slecht met deze toegenomen vermaatschappelijking. Op grond van de schakelende rol tussen organisatie en maatschappelijke omgeving is het de taak van het management de problemen zoals die zich voordoen op het niveau van de professionele beroepsuitoefening, op een prudente manier transparant te maken, zodat ze, waar nodig, onttrokken kunnen worden aan de beslotenheid van de individuele hulpverleningssituatie; zodat ze doorlicht kunnen worden vanuit verschillende perspectieven en getoetst kunnen worden aan maatschappelijke normstellingen.

Vanzelfsprekend geldt deze taakstelling niet alleen tegenover de handelwijzen van de professionals, maar betreft zij evenzeer de vraagstukken die zich voor het management, in de directiekamers bijvoorbeeld, voordoen. Gaat het daarbij niet zozeer om medisch-technische vraagstukken met een ethische component, de bedrijfs-economische vragen die zich hier onder meer manifesteren, verdienen evenals de vragen op het gebied van de hulpverlening een bredere benadering dan vanuit een professionele management-optiek gerealiseerd kan worden. Net zoals een privatisering van de professionele moraal ongewenst is, verdragen de publieke taakstellingen van de instellingen als geheel, bijvoorbeeld met betrekking tot de verantwoorde besteding van de collectieve middelen of de strategische koers van de organisatie, zich slecht met een privatisering van de management-moraal. In de contacten tussen de instelling en haar omgeving dient gewaarborgd te worden dat het ondernemerschap, dat vanuit de instelling aan de dag wordt gelegd, een welbegrepen ondernemerschap is, een maatschappelijk ondernemerschap.⁴

Het maatschappelijk imago van de zorgonderneming

Is transparantie gewenst, die transparantie is niet gemakkelijk te realiseren. Daar is niet alleen de versmalling van ethische vragen tot vragen die door de beroepsbeoefenaars tot een oplossing moeten worden gebracht, debet aan. Het merkwaardige is dat deze transparantie ook moeilijker te realiseren is, juist omdat de gezondheidszorg meer in de politieke en publieke belangstelling is komen te staan. Dat klinkt paradoxaal, en dat is het ook. Het heeft te maken met het gegeven dat door het toegenomen maatschappelijk karakter van het zorgondernemen, het *imago* van de instellingen in het ingewikkelde samenspel van instelling en omgeving van steeds meer betekenis geworden is.

Die toegenomen betekenis van het imago heeft een specifieke inkleuring gekregen door de adoptie van taalspelen uit het bedrijfsleven. Marketing- en communicatietechnieken zijn ook voor de gezondheidszorg geen onbekende grootheden meer. Bij de communicatie tussen organisatie en omgeving draait het niet zozeer om een adequate presentatie van de werkelijke vraagstukken, maar gaat het vooral om het werkzame beeld van de instellingen in de publieke opinie. De gestalte van de onderneming in de publiciteit en de media doet er zeer toe. Het heeft effect voor de aantrekkingskracht van de organisatie, zowel op de markt van consumenten als op de arbeidsmarkt.

In een managementspel dat gebruikt wordt om na te gaan welke strategische waarden van belang geacht worden in een organisatie, wordt naast waarden als bejegening, kwaliteit van de behandeling, kostenbeheersing en productiviteitsverbetering, rechtvaardige verdeling van middelen, ook het imago opgevoerd. Al met al gaat het om zo'n elf strategische waarden. Een artikel in een tijdschrift dat ingaat op het gebruik van dat spel, geeft in een paar staafdiagrammen weer hoe er in enkele zorginstellingen gescoord werd. Toeval of niet, maar het imago steekt als strategische waarde met kop en schouder boven de andere uit.

Gedacht vanuit een marktoptiek kan geen enkele organisatie zich een slecht imago permitteren. Het vertrouwen van de consumenten dient bevestigd te worden. Een presentatie van de zorgonderneming waarbij aandacht gevraagd wordt voor onzekerheden, voor fundamentele dilemma's die zich voordoen in de zorgprocessen en de bedrijfsvoering, is daarom minder gewenst. Het past niet goed bij het imago van de solide, vertrouwenwekkende onderneming.

Ineens was er dat vreselijke woord 'versterven'. Het scheen te duiden op ongewenste praktijken in verpleeghuizen. De media stonden er vol van. Soms tot verbijstering van degenen die direct bij de verpleeghuiszorg betrokken zijn: wat kon de oorzaak zijn van zoveel onbegrip in de beeldvorming over de zorg? Welke miscommunicatie lag er aan ten grondslag dat zorg uitgelegd werd als verwaarlozing?

Versterven: achter dat woord manifesteert zich iets van de tragiek die aan een mensenleven kan kleven; iets van de tragiek waarvan men weet heeft in de zorg; soms breekt er een kwetsbaarheid in de zorg door die confronteert omdat men geen oplossingen meer kan bieden. Soms valt er in de zorg weinig anders te doen, dan er te zijn. Aan de bedrijvigheid, aan de maakbaarheid van het leven komt daar een einde. Alle ideeën van maakbaarheid en beheersbaarheid bereiken in die situaties hun grenzen. Dergelijke tragische dimensies van de zorg zijn moeilijk communiceerbaar met de buitenwereld. Iedereen weet ervan, maar niemand wil er echt van weten. Deze tragische dimensies verdragen zich niet goed met het beeld van het goedlopend, succesvol bedrijf. Ze contrasteren met de werkelijkheid van glossy magazines, van gladjes verlopende successtory's. Transparantie in dit opzicht vraagt bijna een paradoxale benadering van het begrip imago. Een benadering die er niet op uit is een mooiere façade op te bouwen dan de werkelijkheid biedt. Een benadering die naast alle mooie resultaten, naast alle voorbeelden van goede, onproblematische zorg ook de onzekerheid toont, de dilemma's duidelijk maakt die zich op het gebied van de zorg voordoen. Zoals in een reeks documentaires over het Westeinde Ziekenhuis, dit najaar. Een dergelijke benadering is niet de meest gemakkelijke. Ze roept emoties op. Commentaar. Ze confronteert een samenleving die om een zekerheids- veiligheidsbiedende gezondheidszorg vraagt, met een aantal principiële kwesties. De vraag is of een benadering waarbij men er met het oog op het imago van de zorg voor kiest om deze kwesties niet te communiceren, uiteindelijk niet averechts zal uitpakken.

Zelfs wanneer zich problemen voordoen, vraagt het imago om een presentatie die de betrouwbaarheid van de zorgonderneming niet afzwakt maar deze juist versterkt. In de berichten aan de samenleving kan men wel gewag maken van problemen, maar in de presentatie naar buiten gaat het er vooral om te laten zien hoe ze worden opgelost. Dat brengt het risico mee van een selectie en bewerking die de aandacht van de eigenlijke problemen afleidt. Wanneer de zoektocht naar een goed imago gaat domineren, is de boodschap niet gericht op de aard van de problemen en op hun verheldering, maar op de manier waarop ze aangepakt worden: in de publieke opinie dient er zekerheid over te bestaan dat, voorzover er zich problemen voordoen, deze adequaat worden gemanaged en opgelost.⁵

Een dergelijke aanpak leidt de aandacht van de inhoud van de vraagstukken af naar de procedures. De onzekerheden worden niet omwille van hun eigen inhoud geëtaleerd, maar omdat ze informatie geven over de wijze waarop ze worden aangepakt. Bij een adoptie van dergelijke methoden in de gezondheidszorg wordt de maatschappelijke ongerustheid die er eventueel over ontwikkelingen in de zorg bestaat, gesust met de boodschap dat alles onder controle is en dat daar waar dat niet het geval is, gerichte inspanningen plaatsvinden die de problemen zullen op lossen.

Deze defensief georiënteerde profilering van de zorgorganisatie in de maatschappelijke omgeving, waarbij een belangrijke taak is weggelegd voor het management, heeft duidelijke consequenties voor het intern omgaan met ethische vragen. In de eerste plaats omdat het de bestaande neiging om ethische vragen in de zorg te versmallen tot vragen van beroepsbeoefenaars versterkt. In de tweede plaats omdat het alle nadruk legt op de controleerbaarheid en beheersbaarheid van dergelijke vragen; op het oplossen van de vragen als waren het technische problemen.

1.3. De eigenaardigheid van morele vragen

Technische problemen?

Morele vragen zijn echter geen technische problemen. Hoezeer we ook ons best doen ze te benaderen als technische problemen, die pogingen blijven fundamenteel steken. Morele vragen hebben een andere inslag dan de voorstelling ervan als technisch, objectiveerbare problemen ons voorspiegelt. Met name botsen ze vaak op de illusie van oplosbaarheid en beheersbaarheid die zo eigen is aan de voorstelling van technische problemen. De ethische benadering van morele vragen maakt het misschien gemakkelijker de uitkomst van een bepaald handelen te dragen, maar dat is iets anders dan de 'oplossing' van een probleem. Wanneer men morele vragen in een ééndimensioneel doel-middelen-schema zet dat de illusie wekt van een oplossing, dreigt het risico dat het morele vraagstuk verengd wordt en van zijn scherpste en complexiteit ontdaan.

Een belangrijk verschil tussen morele en technische vragen is dat morele vragen zich niet goed onder verwijzing naar bureaucratische of professionele rollen op afstand laten zetten. Ze zijn te zeer verbonden aan de persoonlijke dimensie van het handelen, staan nooit los van het beeld dat mensen van zichzelf hebben. Ze roepen daarom vragen op die zich niet goed verdragen met de associaties van afstandelijkheid en maakbaarheid, die zo eigen is aan de voorstelling van technische problemen: "komt deze door de cliënt verlangde werkelijkheid, waaraan ik verondersteld word mee te werken, overeen met mijn beelden van het goede leven?" "Kan ik als arts meegaan met de vraag van de familie om deze patiënt te laten gaan, terwijl ik nog goede behandelingsmogelijkheden zie?" Moet ik me houden aan de taakstellingen van de overheid, wanneer dat de realisering van goede zorg, zoals ik die als manager van deze organisatie voor ogen heb, in de weg staat?" "Welke goede redenen heb ik om mijn visie te laten prevaleren boven die andere visie?"

Deze persoonlijke dimensie van morele vraagstukken manifesteert zich natuurlijk niet alleen in de cliëntenzorg. Ook het Hoofd Restauratieve Dienst, dat aan de onderhandelingstafel zit met een aantal leveranciers, heeft er mee te maken: moet hij het contract sluiten met de lokale bakker die al jaren het brood levert en voor het voortbestaan van zijn bedrijf afhankelijk is van de afname van zijn producten door de instelling? Of moet hij in zee gaan met het industriële bakkersbedrijf dat net wat goedkoper kan leveren?

Voor een Hoofd Personeelszaken dat met de gevolgen van een reorganisatie zit, speelt die persoonlijke dimensie eveneens: hoe om te gaan met de problematiek van die oudere verpleegkundige, die na jaren trouwe dienst, niet goed meer past in het nieuwe model, in de voorgestane nieuwe cultuur? Hoe verhoudt de loyaliteit die zij betracht heeft tegenover cliënten en organisatie, zich tot de loyaliteit van de organisatie tegenover haar? En tot de loyaliteit van mensen in de organisatie tegenover haar? Is het gelet op haar functioneren in de nieuwe opzet misschien wel doelmatig haar ontslag voor te bereiden, is die stap wel rechtvaardig? Hoe verhoudt de balans tussen rechtvaardigheid en doelmatigheid zich tot mijn visie op personeelsbeleid? Met mijn visie op wie ik als personeelsfunctionaris wil zijn?

De normatieve, persoonsgebonden dimensie van praktische vragen maakt dan ook dat veel die vragen niet goed 'opgelost' kunnen worden. Ze kunnen enigszins hanteerbaar gemaakt worden door een verheldering van de uitgangspunten, de achterliggende normen en waarden, maar zelfs dan valt niet te ontkomen aan het gegeven dat sommige kwesties niet 'te regelen' zijn. In de kwesties die zich op het niveau van de individuele hulpverlener en ook op dat van de manager voordoen, doen zich ervaringen voor die scherp kunnen contrasteren met de beelden van het goede leven. Is reflectie op deze ervaringen aangewezen om in soortgelijke situaties beter te kunnen handelen en een betere praktijk te kunnen realiseren, dat is iets anders dan de gedistantieerde benadering van een technisch probleem en zal nooit resulteren in dezelfde zekerheid die een instrumentele benadering van technische problemen biedt. Vasthouden aan de idee dat morele kwesties geheel en al omgezet kunnen worden in technische problemen is kiezen voor het opzetten van oogkleppen: het gaat fundamenteel voorbij aan de eigenaardigheden van morele vragen.

Problemen en routines

De voorstelling van morele vragen als technische problemen wekt vervolgens nog de illusie dat ze gemakkelijk vanuit het perspectief van de deskundige geïdentificeerd kunnen worden. Een dergelijke positionering van de deskundige sluit aan op de traditionele vereenzelving van morele vragen met de 'bekende' 'medisch ethische vraagstukken. Het brengt het risico mee van een onzichtbaarheid of verdwijnen van morele vragen. Dat geldt vooral voor morele vragen die samenhangen met het gebruik van routines.

Het werk in de gezondheidszorg wordt nu eenmaal voor een belangrijk deel niet bepaald door incidenten maar door de aanwezigheid van dergelijke routines. Het geeft het werk een basis van zekerheid en vertrouwen. Routines zijn deels van professionele, deels van organisatorische oorsprong. Voor een deel zijn ze 'aangeleerd', voor een ander deel zijn ze via de culturele dimensies van professie en organisatie 'aangeleefd'. Sommige van deze routines zijn zo vanzelfsprekend geworden dat de consequenties en uitwerkingen niet meer bedacht lijken te hoeven worden. Zonder dat de redelijkheid of moraliteit van het gedrag ter sprake wordt gebracht, wordt gehandeld. Ook al kunnen professionals op grond van hun deskundigheid over het algemeen een adequaat oordeel geven over de redelijkheid van hun handelen, het eigen oordeel is met betrekking tot de zinvolheid van hun handelen nooit volledig. Dat betreft zowel het routinematige als ook het aan expliciete besluitvorming

onderworpen handelen. Omdat het handelen van de professional concreet anderen betreft, is er pas sprake van een adequaat oordeel wanneer het oordeel van de betreffende cliënt over de mate waarin diens belang gediend is, betrokken wordt in de besluitvorming.

Precies op dit punt, van de betekenis van het routinematig handelen in de beleving van de cliënt, gaan routines onderuit: wat voor een medewerker routine is, is het in de ogen van cliënten niet. Bij de oordeelsvorming over de betekenis van routines dient met dit onderscheid in beleving principieel rekening gehouden te worden. De beleving door cliënten van de zin of onzin van het hulpverlenend handelen, weerstaat de routinematig bepaalde redelijkheid ervan.

In een nummer van Medisch Contact vertelt een huisarts over haar ervaringen als ziekenhuispatiënt. Het bijkomen na de operatie ervaart ze zo: "Om 11.30 uur word ik op de Recovery van de Dagbehandeling weer wakker. Een grote zaal met rijen bedden met mensen die half bij bewustzijn zijn. Ieder geopereerd aan een of ander lichaamsdeel, met behulp van vaak hoogontwikkelde techniek, die een poliklinische behandeling verantwoord maakt in de jaren negentig. Het belangrijkste dat een mens bezit, zijn bewustzijn, heeft ieder gedurende korte of langere tijd aan de anesthesist overgeleverd. Wakker wordend uit narcose voel ik me machteloos en beroerd. Half bij bewustzijn en slap probeer ik weer controle te krijgen, alert te zijn, mijn zintuigen staan wagenwijd open! Hoesten, spuwen, rochelen, zuchten rondom me. Het lijkt wel of we weer in de jaren vijftig zijn! Met z'n allen op de zaal. Maar toen was er sprake van menselijke zorg. Toen was er bij het wakker worden uit narcose altijd iemand naast het bed. Dat is nu anders. Op de Recovery is er technische zorg voor bijzonderheden. Maar bij het wakker worden heb ik geen enkele zorg of steun ervaren. Een zuster zegt: 'Kleedt u zich zo maar aan', terwijl ze mijn kleren op het bed legt. Ik zie ze aan mijn voeteneind liggen, maar ik kan mijn armen en benen nog niet optillen en kan me niet voorstellen hoe ik me moet aankleden." Haar commentaar op deze situatie luidt o.m.: "Er ontbreekt menselijke steun en zorg bij het wakker worden uit de narcose. Voor de anesthesist en het verplegend personeel is de narcose routinewerk. Voor de patiënt is een volledige narcose een ingrijpende gebeurtenis, die onzeker maakt. De halfbewuste, half slapende zich beroerd voelende patiënt moet serieus worden genomen en verdient zorg en aandacht. Dat hiervoor geen personeel wordt ingezet, is schrijnend."

Deze spanning tussen de dienstverlenende en de professionele annex bureaucratische dimensie van routines vraagt de aandacht. Zij maakt vanuit een moreel oogpunt een kritische houding ten opzichte van de routines en vanzelfsprekendheden in een zorgorganisatie zeer noodzakelijk. Vanuit dit perspectief vraagt ethiek in de organisatie niet zozeer de aandacht van het management voor incidenten, maar vooral voor de routines. Op dat vlak bestaat immers de meeste kans dat botsingen van perspectieven zich aan het oog onttrekken, morele vragen niet worden opgemerkt.

Kwaliteitsbeleid en ethiek

Natuurlijk is er in organisaties vaak al een kritische houding tegenover routines. Het manifesteert zich duidelijk in het kwaliteitsbeleid. Zorg voor kwaliteit wordt gedragen door het idee dat routines slechts kunnen raken. Schuilt de kracht van de routine in de herhaling, kwaliteitsbeleid incorporeert het besef dat in die kracht tevens de zwakte schuilt. De toetsing van routines aan de stand van techniek en wetenschap zoals die bijvoorbeeld in intercollegiale toetsing plaatsvindt, heeft op zichzelf dan ook een moreel fundament en is een uiting van goede zorg.

Dat betekent niet dat er een vanzelfsprekende lijn tussen kwaliteitsbeleid en ethiek in de organisatie bestaat. De toetsing van de bestaande routines op hun professionele of bureaucratische redelijkheid heeft immers niet zozeer betrekking op de vraag of men de goede dingen doet, maar voornamelijk op de vraag of men de dingen die men doet ‘goed’ doet. Daarbij wordt ‘goed’ vaak gelijkgesteld met een technisch instrumentele rationaliteit; met het voldoen van het handelen aan instrumenteel – technische normen zoals die door professionals of de organisatie in een standaard tot uitdrukking kunnen worden gebracht.⁶

Professionele routines

De toetsing van het professionele handelen dient zoals gezegd wel een moreel belang, maar bevat in de regel geen ethische reflectie. De normatieve dimensie van het handelen in eigenlijke zin blijft bijna altijd buiten het gezichtsveld. De veronderstelling lijkt te zijn dat de afweging met betrekking tot de morele kwaliteit van het handelen, dat wil in dit geval zeggen de toetsing van de toepassing van de professionele standaard in de individuele cliëntensituatie, voldoende gegarandeerd is door het professionele oordeel van de individuele beroepsbeoefenaar. Daar waar de kunde kunst wordt, is de professional op zichzelf aangewezen. De professional zal in gesprek met de cliënt of diens vertegenwoordiger uit dienen te maken of de toepassing van de standaard in de individuele situatie mogelijk en oorbaar is. Is de vraag naar de mogelijkheid een kwestie van professionele expertise, die van de oorbaarheid doorbreekt de kaders van exclusieve expertkennis. Een eventueel beroep op de professionele autonomie gaat hier niet meer op. Toch blijft toetsing van de morele kwaliteit van het gebruik van de standaard, met een beroep op de professionele autonomie en onder verwijzing naar de unieke relatie tussen beroepsbeoefenaar en cliënt, vaak achterwege. Het is de vraag of hier geen verandering in gewenst is; of in het kwaliteitsbeleid de normatieve dimensie van het handelen, van het gebruik van routines niet meer aan bod zou moeten komen; er meer ruimte geschapen zou moeten worden, om de ervaringen met de routines in het handelen ter sprake te brengen; ze te doorlichten vanuit de uiteenlopende perspectieven van de betrokkenen.⁷

Organisatorische routines

Is het belangrijk goed te kijken naar professionele routines, de toepassing van organisatorische routines vraagt nog meer de aandacht. Daarbij betreft het routines in de samenwerking tussen de diverse disciplines, en routines die te maken hebben met het gegeven dat de activiteiten van de afzonderlijke individuen steeds plaatsvinden in een bedrijfsmatige context. De inbedding van de hulpverlening in de context van bedrijfsprocessen heeft zo zijn eigen effecten op de hulpverleningsrelatie en de aanspreking van cliënten. Wanneer je het handelen van mensen in de zorg bekijkt vanuit bedrijfskundige taalspelen, krijgt het een heel andere betekenis dan wanneer het gezien wordt als expressie van een persoon tegenover een ander. Verantwoordelijkheden die in termen van bevoegdheden en aansprakelijkheden voor bepaalde taken gedefinieerd worden vanuit een functionele rol, hebben een compleet andere lading dan de verantwoordelijkheid die iemand vanuit een persoonlijke aanspreking voelt met betrekking tot het wel en wee van een ander.⁸

Voorals in de sfeer van de verpleging, van het wonen en de verzorging zijn er veel regels die gekenmerkt worden door een organisatorische rationaliteit. Vraagstukken van organisatorische afstemming, de ‘flow’ van de bedrijfsprocessen kunnen resulteren in instellingsregels, dagindelingen en werkmethoden die amper bevraagd worden op hun effecten voor cliënten. Cliëntgerichtheid kan hier ongemerkt doorbroken worden door het domineren van een in de cultuur ingebakken organisatiegerichtheid. Hier kan men de standaardisatie zeker niet meer overlaten aan de afzonderlijke beroepsgroepen, maar wordt een actief, integraal instellingsbeleid gevraagd dat de rationaliteit en moraliteit van deze organisatorische routines aan een nader onderzoek onderwerpt: welke effecten hebben de

werkprocessen bijvoorbeeld op de privacy van de cliënt, op diens mogelijkheden een eigen dagindeling te kiezen, op diens behoefte aan regie ten aanzien van het alledaagse leven? Zeker in situaties waarin naast zorg ook wonen aan de orde is, zijn dergelijke vragen van eminent belang. Is de verantwoordelijkheid van de organisatie hier méér in het geding dan die van de afzonderlijke professionele groepen, het gaat daarom ook om routines die makkelijker aan de aandacht kunnen ontsnappen. Waar de zorg vaak nog gekenmerkt wordt door een traditionele aanbodcultuur kunnen ‘bestwil gedragspatronen’ gaan domineren, die het moeilijk maken zich te verplaatsen in het perspectief van de cliënt. IJverig zoeken instellingen naar oplossingen om het dóórdringen van organisatorische routines in de leefwereld van cliënten te verminderen.

De splitsing van “zorgen” en “wonen”, zoals die in een aantal sectoren plaatsvindt, is een van de ingangen om de effecten van bepaalde organisatorische routines die het leven van chronische patiënten en van mensen met een handicap negatief kunnen beïnvloeden, vast te stellen en te neutraliseren. Dat die splitsing voor een belangrijk deel ook ingegeven is door het motief om de kosten voor de zorg beter te beheersen, doet niet ter zake. Wat telt is het gegeven dat het onderscheid wordt benut om cliënten veel meer dan in het verleden in staat te stellen hun eigen leven in te richten.

Wat telt is de erkenning van het gegeven dat het leven van cliënten meer dimensies kent dan de ziekte of de handicap. Het benoemen van die dimensies maakt het mogelijk de grip van cliënten op het eigen bestaan te vergroten, hun leven te “verlevendigen”. Niet voor niets zet de tendens tot uitsplitsing zich door: wonen, werken, recreëren. Zorg wordt een van de dimensies naast andere. De nagestreefde structurele uitsplitsing van de diverse sferen dient zo beschouwd duidelijk een moreel belang.

1.4. Recapitulerend

Morele vragen doen zich aanhoudend op alle niveaus in de organisaties voor. Het heeft weinig zin het bestaan ervan te ontkennen. Wel is er het risico van versmalling. Die versmalling vindt onder meer zijn oorzaak in de (publieke) vereenzelviging van morele vragen met de ‘bekende’ medisch-ethische kwesties. Dat brengt het risico van een zekere bedrijfsblindheid met zich mee. Organisatorisch kan dat uitwerken door de verantwoordelijkheid voor het omgaan met morele vragen exclusief op het niveau van de professionals neer te leggen. Voor het management resulteert dat gemakkelijk in een terughoudende rol: ethiek is vooral een zaak van de professionals. De vraag is of die arbeidsdeling tussen professionals en management wel in overeenstemming is met de noodzaak van transparantie van de zorg. De vermaatschappelijking van de zorg, de veranderingen in de hulpverleningsrelatie, de snelle ontwikkelingen in de zorg en het maatschappelijk normenpluralisme hebben de noodzaak van deze transparantie sterk doen toenemen. De traditionele vanzelfsprekendheid van de moraliteit van de zorgverlening bestaat niet meer.

De gevraagde transparantie komt niet gemakkelijk tot stand. In plaats van de open dialoog en het maatschappelijk gesprek over onzekerheden in de zorgverlening, neigen zorginstellingen door de adoptie van taalspelen uit het bedrijfsleven ertoe om zichzelf te profileren als ‘gezonde’, solide ondernemingen. Het streven naar een positief imago op de markt van welzijn en geluk verdraagt zich niet goed met de noodzakelijke transparantie ten aanzien van morele vragen. Problemen worden wel met de buitenwereld gecommuniceerd, maar eerder dan op hun inhoud wordt de nadruk gelegd op de wijze waarop ze worden aangepakt. Deze

beweging versterkt de traditionele vereenzelviging van morele vragen met de ‘bekende’ medisch-ethische vragen. Daarnaast is er het risico van een versmalling van morele vragen tot technische problemen. Daardoor wordt de indruk gewekt van controleerbaarheid en beheersbaarheid. De onrust die morele vragen kenmerkt, wordt erdoor getemperd. De vraag is echter of de transformatie van morele vragen tot technische, operationele problemen die vooral op het niveau van de professionals afgehandeld zouden moeten worden, voldoende is. Deze bewerking lijkt organisatorische zekerheid te geven, maar vaak blijkt dat een schijnzekerheid te zijn, die alsnog uitmondt in het zich voordoen van morele crises en incidenten. Het is van belang om deze voor te zijn. Ook ten aanzien van morele vragen geldt dat voorkomen beter is dan genezen. Dat vraagt om een pro-actief beleid. In dat beleid zou men zich eerder dienen te concentreren op routines dan op incidenten. De kans op blinde vlekken, op het niet zichtbaar worden van morele vragen, doet zich immers op het gebied van de professionele en organisatorische routines het sterkst voor. Nu bestaat er in de regel in de instellingen wel een kritische houding ten opzichte van routines, met name in het kwaliteitsbeleid. Daarbij blijft de morele dimensie van het handelen echter vaak buiten beschouwing. Een meer expliciete verbinding van het thema ethiek met het kwaliteitsbeleid lijkt dan ook een goede weg om morele vragen thuis te brengen

2. Veel gebruikte organisatorische benaderingen van het thema ethiek

In 'Mogelijkheden voor moral management', de CELAZ-discussienota uit 1993, werd een groot aantal manieren genoemd, waarmee het instellingsmanagement aan de morele kwaliteit van een zorginstelling vorm zou kunnen geven. Naast ingangen via de structuur van de organisatie werd aandacht besteed aan de wijze waarop ook de cultuur van de organisatie tot aangrijpingspunt van moral management zou kunnen worden gemaakt.

Van de vele mogelijke ingangen zijn er enkele duidelijk favoriet: het instellen van een ethische commissie en het werken met protocollen. De vraag is of ze zo geschikt zijn als wel wordt aangenomen. In dit hoofdstuk worden beide ingangen nader onder de loep genomen.

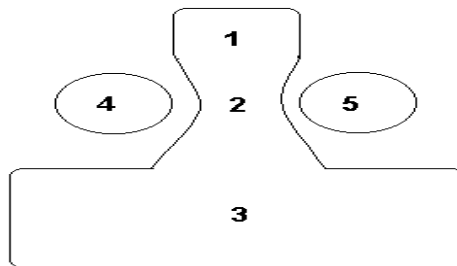
2.1. Een klassieke structuurmaatregel: de ethische commissie

Organisatiekundig kan het instellen van een ethische commissie worden gekenschetst als het nemen van een structuurmaatregel om morele vragen thuis te brengen. Het is een veel gebruikte organisatorische benadering van het thema ethiek. Een begrijpelijk benadering, omdat het beïnvloeden van de structuur nu eenmaal eenvoudiger is dan het beïnvloeden van de cultuur. Met de instelling van een ethische commissie wordt het thema ethiek een duidelijke plaats gegeven in de organisatie. Is met het instellen van een commissie een organisatorisch antwoord gegeven op de vraag om iets aan ethiek te doen, de zekerheid of het ook een effectief antwoord is, is daarmee niet gegeven. Commissies die een tijdje draaien, uiten nogal eens twijfel over het nut van de voorziening. Is er in organisaties wel vaak een mentaal draagvlak voor de commissie, van een feitelijk draagvlak hoeft nog geen sprake te zijn. Ethische commissies rapporteren dan ook nogal eens aansluitingsproblemen op de praktijk van alledag.

Debet is niet alleen het gegeven dat de output van ethische commissies in nogal vage termen wordt beschreven. Ook de plaats die de commissie in de organisatie inneemt is op zichzelf al bron van verwarring. Wat dat betreft is de ethische commissie overigens niet uniek. Ook andere commissies, zoals FONA- of Kwaliteitscommissies, worden nogal eens geplaagd door agendaproblemen en onduidelijke taakstellingen. Formeel zijn dergelijke commissies staforganen. Ze bevinden zich buiten de reguliere processen in de lijn en zijn vandaar voor hun activiteiten sterk afhankelijk van informatie uit en communicatie met de staande organisatie. Zonder voeding vanuit de alledaagse processen in de organisatie komen hun activiteiten in de lucht te hangen.

Twee oriëntaties

In de communicatie met de lijn zijn er in de praktijk twee uiteenlopende oriëntaties te onderscheiden voor een ethische commissie. Die oriëntaties zijn goed te verduidelijken aan de hand van de typologie van de Amerikaanse organisatiekundige Mintzberg. Iedere organisatie kent volgens deze typologie een vijftal structurelementen (zie figuur 1): de strategische top (1), het lijn /of middenmanagement (2), de uitvoerende of operationele kern (3), de dienstverlenende (5) en de technische staf (4). Commissies zoals de ethische commissie, kunnen niet ondergebracht worden in de strategische top, het lijnmanagement, of de operationele kern. Als advieslichamen, die buiten de lijn staan, maken ze deel uit van een van beide staforganen, de technische of dienstverlenende staf. Welk type staf gekozen wordt, is van groot belang voor de werkwijze, samenstelling en producten van de commissie. In principe kan beide.



*Figuur 1: Organisatietypologie volgens Mintzberg.
Strategische top (1), Middenkader (2), Operationele kern (3)
Technostructuur (4), Dienstverlenende staf (5).*

De ethische commissie als onderdeel van de dienstverlenende staf

Bepalend voor de communicatie met de lijn is bij dit type ethische commissie de oriëntatie op de vragen en behoeften van de hulpverleners. Dit type commissie vormt het ideaalbeeld van veel ethische commissies in de instellingen. Als hun kerntaak beschouwen zij de ondersteuning van de professionals bij ingewikkelde vraagstukken. Daarbij wordt ervan uitgegaan dat de professionals zelf de experts zijn. En voorzover deze expertise niet aanwezig is, worden zij door de commissie ondersteund bij het ontwikkelen ervan. De nagestreefde begeleidende rol wordt het beste uitgedrukt in het begrip consultancy.

Idealiter kunnen de werkzaamheden van dit type commissie als volgt worden gekarakteriseerd: opdrachtgevers van de werkzaamheden zijn de uitvoerende professionals. Zij vullen de agenda van de commissie met hun vragen om ondersteuning. Die ondersteuning bestaat hierin dat de commissie de hulpverleners helpt bij het nemen van beslissingen in individuele casus. Bij een herkenning van patronen in het handelen, ondersteunt de commissie de hulpverleners eventueel bij het formuleren van standaarden voor het handelen in vergelijkbare situaties. Deze standaarden worden niet beschouwd als strikte regels voor het handelen, als protocollen. Eerder gaat het om richtlijnen voor het denken, om aandachtspunten die een rol spelen bij een bepaalde problematiek, alternatieve benaderingen. Om effectief te zijn dient de commissie aan te sluiten op de lokale omstandigheden van afdelingen en teams. De werkwijze is bottom-up. In principe heeft deze werkwijze dan ook een decentraal karakter, waarbij de commissie vanuit de strategische top gemandateerd is haar consulterende taak te vervullen.

De ethische commissie als onderdeel van de technische staf

Bepalend voor de communicatie met de lijn bij dit type ethische commissie is de oriëntatie op het management. De perceptie van de strategische top ten aanzien van de morele vraagstukken die zich in de organisatie voordoen, is van doorslaggevend belang voor de werkzaamheden van de commissie. De directie is opdrachtgever en voornaamste adressant van de commissie. Het doel van de werkzaamheden is een rationalisering van de werkprocessen in de organisatie op basis van expert-kennis.

Idealiter kan de werkwijze van dit type commissie op de volgende wijze worden gekarakteriseerd: de strategische top bepaalt de agenda van de commissie. Deze ontwikkelt ten aanzien van de door de directie vastgestelde probleemgebieden regulerende voorschriften voor het handelen op uitvoerend niveau. In principe is er sprake van gedragsnormering van de uitvoerend werkers. Goed handelen is handelen volgens de door de commissie ontworpen en door de directie bekrachtigde regels. De protocollen die de commissie ontwerpt worden

samengesteld op basis van de inzichten van de commissieleden: zij zijn de eigenlijke experts ten aanzien van de voorliggende vraagstukken. De bijdrage van de hulpverleners aan het werk van de commissie blijft beperkt tot het aanreiken van informatie, op basis waarvan de experts in de commissie tot hun oordeel komen. De protocollen die door de commissie worden vastgesteld worden, eenmaal vastgesteld door de strategische top, via het lijnmanagement geïmplementeerd in de organisatie. De werkwijze is top-down. Daarbij is veel afhankelijk van de acceptatie van de regels door de uitvoerend werkers. In vergelijking met het consultancymodel wordt bij dit type commissie de uitvoerend professional als minder autonoom gezien.

Moelijkheden

Veel ethische commissies worden geplaagd door onduidelijke taakstellingen in het spoor van de beschreven oriëntaties. De oorzaak is veelal gelegen in het ontbreken van goede werkafspraken met de organisatie: zien we de commissie als orgaan van de dienstverlenende staf of van de technische staf? Bij het ontbreken van goede afspraken kunnen er gemakkelijk tegengestelde verwachtingen ontstaan. Een directie die op protocollen van een groep experts wacht, zal het werk van een commissie die zich concentreert op een consultancyrol ten aanzien van individuele casus, als ineffectief en inefficiënt beoordelen. Andersom zullen beroepsbeoefenaren die in hun besluitvorming enige ondersteuning verwachten, een door experts gemaakt, voorschrijvend protocol gemakkelijk als onwerkbaar en onbruikbaar terzijde schuiven.

Met een duidelijke keuze voor de werkzaamheden in het licht van de beschreven oriëntaties lijken de moeilijkheden opgelost te kunnen worden. De vraag is echter of dat zo is.

Vragen bij de eerste oriëntatie: de ethische commissie met een consultrol

Een probleem met de eerste oriëntatie is dat de afstand tussen de commissie en de professionals op de werkvloer, waar de vragen vandaan moeten komen, vaak als te groot ervaren wordt. Ethische commissies blijken dan ook hoogstzelden geconfronteerd te worden met concrete hulpvragen uit de praktijk. Dat is problematisch bij een bottom-up benadering. Hoewel er vaak pogingen gedaan worden om de ervaren afstand te verkleinen, en zo vragen binnen te krijgen, is het onzeker of de bestaande afstand wel verkleind kan worden. Op grond van de functie van de commissie als “interdepartementale” werkgroep is de grote afstand ten opzichte van de vragen uit de praktijk een gegeven met belangrijke consequenties.

In de eerste plaats ontbreekt vaak het zicht op de precieze context van de besluitvorming, de mate van detaillering en nuancering die het handelen in concrete situaties zo kenmerkt. Wil iemand toch een vraag aan de commissie voorleggen dan vergt dat tijd en energie om de vraag in haar context te verhelderen zonder dat duidelijk is of het iets oplevert. Die consequenties schrikken af.

In de tweede plaats vraagt het aandraagen van ethische vragen al een grote mate van sensibiliteit voor het optreden van de vragen: om geagendeerd te worden, moeten ze eerst in de praktijk herkend zijn als vragen die een nadere bewerking behoeven. Die sensibiliteit is, met name wat betreft de uitwerkingen van de routines geen vanzelfsprekendheid. En waar ze wel aanwezig is, is het de vraag hoeveel behoefte er nog zal bestaan die vragen aan niet directbetrokkenen voor te leggen.

Daarmee komen we aan een derde punt: naast de sensibiliteit voor het vóórkomen van ethische vragen dient er ook nog een bereidheid te zijn om de vragen aan een onafhankelijk forum voor te leggen. Die gevraagde openheid is geen vanzelfsprekendheid in de vaak nog zo gesegmenteerde en op zekerheid gestelde cultuur van instellingen. Aankaarten van een moreel probleem bij de ethische commissie voelt dan ook gemakkelijk aan als het buitenhangen van de vuile was.

Enthousiast is in een psychiatrisch ziekenhuis een commissie van start gegaan. De prettige presentatie in het huisblad van de instelling heeft gewerkt. Van verschillende afdelingen zijn er concrete vragen binnen gekomen. Fijn. Het geeft de burger moed. Blijkbaar is er duidelijk behoefte aan een voorziening voor moreel beraad. Natuurlijk is het in het begin wennen. Ervaring met het omgaan met ethische vragen is er amper in de commissie. Maar van de geestelijk verzorger wordt verondersteld dat die er het genoeg van af weet. Zeker in het begin. Er is wel een bijscholing ethiek gepland voor de leden van de commissie maar die zal pas over een tijdje plaats kunnen vinden. Misschien was het achteraf beter geweest wat terughoudend te zijn met de PR naar de medewerkers. Van de andere kant is het van het grootste belang van begin af aan duidelijk te maken wat je aan het doen bent. Of niet soms?

Zoals te verwachten zijn de vragen niet eenvoudig. Een mannelijke patiënt die zoals beschreven wordt nogal ongeremd is en een seksuele relatie aan wil knopen met een vrouwelijke patiënte. De laatste laat zich de avances weliswaar welgevallen, maar onduidelijk is of zij, gelet op haar voorgeschiedenis wel tot een afgewogen oordeel in staat is; het risico is groot dat zij een terugval zal krijgen wanneer de relatie verbroken wordt. En gelet op de eerdere ervaringen met de mannelijke patiënt, is voorspelbaar dat deze relatie niet lang stand zal houden. De situatie brengt onrust te weeg bij andere cliënten en het personeel. Zo zijn er verschillende andere vragen. Evenzeer complex. De commissieleden hebben moeite met de analyse van de vragen. De meningen botsen. De informatie waar ze over beschikken is summier. Een van de leden weet wel een oplossing voor het probleem rond die seksuele relatie. Gewoon libidoremmers. Volgens hem is er geen sprake van een moreel probleem. Door anderen wordt dat tegengesproken. Al gauw verplaatst de discussie zich naar de vraag wat nou precies een moreel probleem is. De vraag van de afdeling schuift naar de achtergrond. Er is meer tijd nodig. Aan de indiener van de vraag wordt dan ook gemeld dat de commissie tijd nodig heeft om tot een afgewogen oordeel te komen. Ook willen ze graag met de indiener van de vraag en eventueel andere betrokkenen praten om meer zicht te krijgen op de aard van het probleem. Bij een vergaderfrequentie van een keer per maand schiet dat niet op. De kans dat de vraag nog actueel is, wanneer hij is verhelderd in de commissie, is klein. Dat geldt ook voor andere vragen.

Vragen bij de tweede oriëntatie: de ethische commissie met een expertrol

Een belangrijke tekortkoming van de tweede oriëntatie is eveneens de afstand tussen commissie en hulpverleners. Bij de tweede oriëntatie krijgt deze afstand door de grote nadruk op de expertise van de commissie en de voorgestelde top-down benadering echter een specifieke inkleuring. Zoals gezegd wordt bij de tweede oriëntatie de professionele hulpverlener als minder autonoom gezien. Door de verankering van de commissie hoog in de organisatie laat de klassieke spanning tussen management en professionals die zo eigen is aan de professionele bureaucratie zich bij deze oriëntatie duidelijk gevoelen. Dat zal de acceptatie van de producten van de ethische commissie op voorhand verminderen. Zeker bij die disciplines die organisatiekundig een hoge mate van professionaliteit kunnen laten gelden, zal de zeggingskracht van de commissie gering zijn.

Een volgend probleem bij deze oriëntatie is de jurisdisering van ethiek: de producten van dit type commissie zijn namelijk bij uitstek protocollen, procedurele handelingsvoorschriften waar in voorkomende gevallen niet van afgeweken mag worden. Degelijke protocollen zijn eigenlijk alleen voor die vraagstukken te formuleren, waar grote zekerheid te geven valt voor het handelen. De vraag is of met het zoeken van deze evidenties niet voorbijgegaan wordt

aan de vele onzekerheden in de zorg; of protocollering niet uitloopt op een ongewenste versmalling van de benadering van morele vragen, die de specifieke complexiteit van de praktijk miskent. Verderop in dit hoofdstuk komen we op dit thema terug.

Vragen bij beide oriëntaties

Welke richting ook gekozen wordt, de instelling van een ethische commissie kent risico's. Dat is zeker het geval in die situaties waarin de presentatie van de taakstellingen ertoe bijdraagt dat de ethische reflectie in de gewone overlegvormen niet gestimuleerd wordt. Ethische commissies die de indruk wekken dat de plaats van de ethische reflectie zich concentreert in het werk van de commissie zelf, werken dan ook contraproductief. Wanneer men propageert dat ieder die zijn morele vragen aan de commissie voorlegt, een adequaat antwoord krijgt, wordt de ethische reflectie niet bevorderd op de plaatsen waar de vragen zich voordoen. Door de nadruk op de expertise van de commissie in het oplossen van de vraagstukken worden de drempels voor het onderlinge gesprek over twijfels en onzekerheden, eerder verhoogd dan verlaagd. Het instellen van een ethische commissie vraagt dan ook om een behoedzame, bijna paradoxale benadering: in plaats van met morele vragen dient ze zich in de eerste plaats bezig te houden met de organisatie van overleg over morele vragen. De belangrijkste opdracht is niet om de morele vragen naar zich toe te halen en op te lossen, maar om wegen te zoeken die de morele vragen daar laten waar ze zich voordoen; om de medewerkers die zich met morele vragen geconfronteerd zien, te stimuleren er zelf mee aan de slag te gaan. De vraag is of de ethische commissies in de traditionele betekenis wel de organen zijn die deze taak adequaat kunnen uitvoeren.⁹

2.2. Een klassieke procesbenadering: standaardisatie en protocollering

Protocollering zou men kunnen beschouwen als de meest gebruikte benadering in zorgorganisaties van routinevorming ten aanzien van morele kwesties. Wanneer men over een ethische commissie beschikt, is het opstellen van protocollen op dat gebied in de regel aan deze commissie toevertrouwd. Bij het ontbreken van een dergelijke commissie wordt het ontwerpen van protocollen bijvoorbeeld toevertrouwd aan stafmedewerkers. Overlegvormen die zich bezig houden met het thema kwaliteit, worden hoogstzelden belast met de routinevorming ten aanzien van specifiek ethische vragen.

De onderwerpen van protocollering zijn in de regel de 'bekende' ethische kwesties. Voor het merendeel hebben ze te maken met vragen rond het levenseinde. Maar ook andere thema's die in de openbaarheid onderwerp van discussie zijn, of via wetgeving de instelling bereiken, worden door middel van protocollen hanteerbaar gemaakt voor de hulpverleners. Omdat het vaak thema's betreft die niet alleen in de organisatie, maar ook in de maatschappelijke omgeving van de organisatie spelen, hebben protocollen in de regel een tweeledige betekenis: enerzijds zijn ze gedragsnormerend voor de medewerkers, anderzijds geeft de aanwezigheid van protocollen extern de idee dat het handelen volgens de maatschappelijk aanvaarde regels verloopt. De behoefte aan protocollen in de organisatie is dan ook daar het sterkst waar de relatie met de externe omgeving het meeste speelt. Vaak betreft het de top van de organisatie. Maar ook bij medewerkers kan de behoefte aan zekerheid in onzekere situaties uitmonden in een versterkte vraag naar protocollen.

Protocollering als instrument van routinevorming kent het risico van een te smalle benadering van het omgaan met morele vragen. Om meerdere redenen verdient die zienswijze dan ook correctie en nuancering. Op een drietal aspecten gaan we nader in:

- De begripsverwarring die er over de gehanteerde termen bestaat.
- Het risico van de vermeden discussie.
- Het risico van de vergeten mentaliteiten.

Begripsverwarring

In de eerste plaats is het van belang op te merken dat ‘protocollering’ niet door iedereen op dezelfde manier zal worden uitgelegd. Ook worden er verschillende termen gebruikt voor de uitkomsten van protocollering: protocol, standaard, richtlijn.

Voor artsen zal er steeds een associatie zijn van een ‘ethisch protocol’ met ‘protocollaire geneeskunde’. Dat leidt tot verschillende waarderings van het begrip protocol. De inhoud van een medisch protocol is opgebouwd vanuit de tekst- en leerboeken en berust vervolgens op compromissen die vanuit de opvattingen van de verschillende medische sub-disciplines door middel van consensusprocedures tot stand komen. Anders dan beslissbomen bevatten medische protocollen dan ook vele onzekerheden. Gelet op die inhoudelijke zwakte laten zij de arts ten principale de vrijheid om er met gebruik van de juiste argumenten in individuele gevallen van af te wijken.

Hoewel de inhoud van een medisch protocol de arts zijn vrijheid laat, heeft de structuuropbouw van protocollen tot de kritiek geleid dat het om een kookboekgeneeskunde gaat die practici zou verleiden tot een weinig inventieve en kritische werkwijze. Gelet op deze karakterisering krijgt het woord protocol de betekenis van een gedragsuniformerend voorschrift, waar niet van afgeweken mag worden. Het woord protocol kan door artsen dus uiteenlopend uitgelegd worden.¹⁰

Gelet op de verschillende associaties ten aanzien van protocollering is het van belang te komen tot heldere definities. Een oplossing kan zijn een goed onderscheid te maken tussen ‘protocol’ en ‘standaard’.

Met ‘*protocol*’ wordt dan een handelingsvoorschrift bedoeld waarvan in principe niet afgeweken mag worden. Een naar zijn vorm eenvoudig voorbeeld van een dergelijk protocol is de zin: “In ons huis is actieve levenbeëindiging bij wilsonbekwamen niet toegestaan.” Deze definitie van een protocol veronderstelt dat de kwaliteit van het handelen hoger wordt, naarmate het protocol beter gevolgd wordt. Het vanzelfsprekend effect van het werken volgens een protocol is dat het handelen van de medewerkers meer voorspelbaar en geüniformeerd raakt.

Onder een ‘*standaard*’ verstaan we daarentegen een richtlijn voor het handelen, die aandachtspunten bevat welke van belang geacht worden bij de benadering van morele vragen zoals die zich in de individuele hulpverlening voordoen. Kwaliteit is bij deze definitie van een standaard, niet meer identiek aan het volledig volgen van de standaard. Kwaliteit is veeleer de mate waarin beredeneerd gebruik gemaakt wordt van de standaard, of niet. De keuze om de standaard terzijde te leggen kan bij deze benadering de juiste zijn, omdat een standaard uit blijft gaan van het bijzondere van een individuele situatie.

Standaarden zijn dan ook met veel meer onzekerheid omgeven dan protocollen. Voor vele kwesties op het gebied van de ethiek, waar geen maatschappelijke consensus over bestaat, zal men dan ook niet in staat zijn een protocol in de beschreven, strikte zin te formuleren. Een standaard als richtlijn voor het denken is meestal het maximaal haalbare. Het streven om in die situaties waar geen consensus over bestaat, toch protocollaire handelingsregels te maken, werkt vaak contraproductief. Het is dan ook van groot belang een goed onderscheid te maken tussen onderwerpen waar de gesloten benadering van het protocol helpt, en onderwerpen waar dat niet het geval is.

Het verschil tussen standaarden en protocollen valt goed te illustreren vanuit de praktijk. Diverse instellingen, m.n. op het gebied van de gehandicaptenzorg, hebben de laatste jaren initiatieven ontplooid ten aanzien van het thema seksualiteit. Aanleiding tot de beleidsvorming was in de regel het groeiend besef dat grensoverschrijdingen vaker voorkomen dan werd aangenomen. De zorg van management en directies om seksueel misbruik te voorkomen resulteerde in het opstellen van duidelijke gedragsafspraken en klachtenprocedures: grensregels die vastleggen dat seksuele contacten in machtsafhankelijke relaties niet thuishoren. Hier is duidelijk sprake van protocollen in bedoelde zin. Dergelijke protocollen zijn van groot belang. Ze palen het handelingsgebied haarscherp af: tot hier en nooit verder. Met het afbakenen van deze grenzen geven ze echter geen nadere invulling van wat er, - positief -, tot aan de gestelde grens gebeuren kan. De manieren waarmee professioneel kan worden ingegaan op de behoeften van cliënten aan nabijheid en intimiteit, kunnen door deze protocollen niet worden thuisgebracht. Begrijpelijk, want het is hun functie niet. Wanneer een dergelijk protocol het enige beleidsinstrument blijft, wordt het moeilijk nabijheid en intimiteit in de hulpverlening nog positief te duiden.

In verschillende instellingen liet (laat) men het dan ook niet bij het opstellen van dergelijke protocollen. Het risico dat het sec invoeren van strenge regels zou kunnen leiden tot een aanrakingsangst bij de hulpverleners, met alle negatieve gevolgen vandien, heeft op diverse plaatsen tot aanvullende initiatieven geleid. Zo werd in een organisatie gedurende twee jaar instellingsbreed een reeks gesprekken opgezet waarbij niet het hanteren van duidelijke grensregels maar het professioneel omgaan met lichamelijke aanrakingen, intimiteit en twijfels over de betekenissen van gebaren centraal stond. Ook in andere instellingen vonden dergelijke processen plaats. Soms resulteerde dat in werkdocumenten, waarin o.m. ingegaan wordt op mensbeelden, visies op seksualiteit en intimiteit, het professioneel verkennen van emotionele behoeften, van het omgaan met privacy. Toonzetting en inhoud van deze documenten verschillen duidelijk van de protocollen seksueel misbruik. Bevatten ze minder duidelijke regels, ze vormen wel een referentiekader van waarden die richting geven aan het handelen. In plaats van een protocol gaat het hier om een (morele) standaard van waaruit de keuzes in individuele situaties kunnen worden doorlicht.

De vermeden discussie?

Helaas wordt het omgaan met morele vragen in veel situaties te gemakkelijk vereenzelvigd met het produceren van standaarden en vooral van protocollen. Naast de verwarring over de gebruikte terminologie zijn er nog andere redenen om deze gelijkstelling te corrigeren. Standaardisatie en protocollering lijken zeer gericht te zijn op het (uiterlijk) gedrag van de medewerkers. Een te grote nadruk op protocollering wekt de indruk dat het bij ethische reflectie in een organisatie alleen om een formulering van plichten gaat. Alsof men aan het stadium van het gesprek en de discussie over de ervaringen voorbij zou kunnen gaan.

Juist in een pluriforme samenleving kan het gesprek over normen en waarden niet goed gemist worden. Dat is zeer zeker ongewenst, wanneer men verondersteld wordt met elkaar in teamverband te werken ten dienste van de aan zorg van de hulpverleners toevertrouwde cliënten. Toch blijft de uitwisseling van informatie over de vigerende normen en waarden en de wijze waarop daar door individuele medewerkers mee omgegaan wordt, meestal een impliciet gebeuren. De cultuur van de organisatie, opgebouwd uit allerhande normen en waarden, wordt in de regel overgedragen via allerlei ingebakken rituelen en tradities. Ook de overdracht van de

beoordeling van ethische vragen is vaak ‘ingepakt’. Ze maakt dan deel uit van een breder, diffuus pakket van in een organisatiecultuur beleefde uitgangspunten.

Uiteraard speelt ook de beroepsopleiding met zijn complexe afhankelijkheidsrelaties tussen ‘leerlingen’ en ‘meesters’ hierin een belangrijke rol. De adoptie van professionele (en naar hun inhoudelijke kwaliteit soms minder professionele) normen is slechts in beperkte mate een gebeuren waarin open gesprekken en discussies de toon zetten.

Complicerende factor is dat er in onze cultuur sprake is van een privatisering van de moraal: ‘wat ik denk; wat ik waardevol vind, is op de eerste plaats mijn zaak en niet die van een ander’. In een situatie waarin meerdere mensen vanuit verschillende perspectieven betrokken zijn bij de zorg voor een cliënt, is het voor zichzelf houden van meningen en standpunten echter niet goed vol te houden. Goede zorg is meer dan het naast elkaar staan van gefragmenteerde deel(be)handelingen en vraagt minimaal om een integratie van de deelperspectieven.

Gelet op het belang van het gesprek voor de ethische reflectie, is het wenselijk om bij protocollering en standaardisatie niet de meeste aandacht te schenken aan de uiteindelijke producten van de meningsvorming, maar vooral aan het proces van meningsvorming zelf. Uiteraard is het kunnen beschikken over goede protocollen en standaarden van groot belang voor de kwaliteit van de hulpverlening, maar zonder daaraan voorafgaand een goed gesprek gevoerd te hebben over de ins- and -outs van het probleemgebied, valt het protocol in een dorre voedingsbodem en zal het niet tot het gewenste resultaat leiden.

Willen protocollen en standaarden landen, zal men met de betrokkenen in gesprek dienen te gaan. Die organisatie van het gesprek in de instelling vraagt een grote betrokkenheid van het management in participerende en faciliterende zin. Themabijeenkomsten, gespreksnotities, discussienota's, bijscholingstrajecten: op vele manieren valt het gesprek te stimuleren. Bij het stimuleren van ethische reflectie gaat het om activiteiten die node gemist kunnen worden. Protocollen zijn zeker niet het enige beleidsinstrument.¹¹

De vergeten mentaliteiten?

Een derde punt dat in samenhang met het vorige de aandacht vraagt, is dat een enge concentratie op protocollen en standaarden de indruk wekt dat het bij ethiek vooral gaat om het aanleren van ethisch correct gedrag. Het pakt als het ware alleen de uiterlijke aspecten van het handelen die door regels gecorrigeerd zouden moeten worden. Een te grote nadruk op de formalisering van het gedrag resulteert gemakkelijk in een opstapeling van steeds meer verfijnde regelgeving. Die benadering gaat voorbij aan de mentaliteiten van waaruit de zorg verleend wordt. Alsof die mentaliteiten er niet toe doen.

Geen aandacht besteden aan mentaliteiten in een organisatie maar wel aan protocollen in termen van formele regels, versmalt ethische reflectie tot een afstandelijke operatie die zich vooral concentreert op een formulering van de plichten van functionarissen en professionals. Tevens verdringt het alleen praten over protocollen in termen van plichten, het gesprek over zin- en waardenoriëntaties naar de privé-sfeer van de medewerkers. Dat sluit weliswaar aan bij belangrijke maatschappelijke tendensen, maar het is zeer de vraag of men in de sfeer van de hulpverlening niet kritisch zou moeten staan tegenover deze tendensen van privatisering van de moraal. Is het in gewone bedrijven, hoewel soms nagestreefd, al moeilijk de persoonlijke dimensies van het functioneren buiten het gesprek over de corporate identity te houden, zeker in hulpverleningsorganisaties is dat ook ongewenst. Bij hulpverlening gaat het niet alleen om functies die als uitwisselbare grootheden los kunnen worden gemaakt van de persoon die ze uitvoert. De persoon van de hulpverlener doet er zeer toe. Wanneer men ervan uitgaat dat hulpverlening ook in een institutionele context niet los te denken is van de persoon van de hulpverlener, maar juist ook de expressie van diens zelfbeeld is, is privatisering van het gesprek over waardenoriëntaties riskant. Juist in de hulpverleningssituatie waarin niet alleen de ‘output’ er wat toe kan doen, omdat deze aanhoudend vanuit de intenties van de betrokken hulpverleners, in aansluiting op de intenties van de betrokken cliënten, bepaald wordt, zou het gesprek zich uit moeten strekken tot de

persoonlijke waardenoriëntaties en niet afhankelijk gemaakt moeten worden van toevallige gebeurtenissen en incidenten rond cliënten en van de behoefte deze met gedragsuniformerende voorschriften te neutraliseren.

2.3. Concluderend

Hoe vanzelfsprekend het ook mag zijn om de organisatorische vraag naar ethiek te beantwoorden met het instellen van een ethische commissie, of met het opstellen van protocollen, het gebruik van deze instrumenten kan de organisatie gemakkelijk op het verkeerde been zetten. Worden ethische commissies geplaagd door het probleem van de afstand tot de alledaagse processen, het streven naar protocollen wekt al te gemakkelijk de indruk dat morele vragen opgelost kunnen worden door een steeds verfijndere regelgeving, waar individuele situaties toe herleid kunnen worden.

Vervolgens geldt voor beide instrumenten dat zij de gebruikelijke identificatie van ethiek met beroepsgebonden vraagstukken in de sfeer van de hulpverlening bekrachtigen: bij ethiek gaat het om grenskwesties in de zorgverlening die door een club van experts analoog aan de benadering van technische kwesties opgelost kunnen worden.

Beide antwoorden op de organisatorische vraag naar ethiek staan dan ook duidelijk onder kritiek. Die kritiek wordt niet alleen geventileerd door ethici en filosofen, maar ook in de praktijk worden kritische kanttekeningen gehoord. In verschillende organisaties tracht men dan ook de omweg van de ethische commissie te vermijden, door in de reguliere overlegvormen aandacht en tijd te vragen voor ethiek. In andere organisaties worden vragen naar een zekerheid-biedend protocol beantwoord met het in gang zetten van gesprekken over de ervaren onzekerheden. Daarbij wordt het belang van het proces van ervaringsuitwisseling van groter gewicht geacht dan het product, de geproduceerde formule van wat wel of niet mag, waartoe de gesprekscyclus mogelijk leidt.

De kritische noten bij de beschreven benaderingen van het thema ethiek in de organisatie, betekenen niet dat men beide instrumenten maar moet afschrijven. Wel vragen ze om een zorgvuldige verkenning van hun mogelijkheden en beperkingen.

3. Een integrale benadering

De instelling van een ethische commissie, de formulering van protocollen: het zijn vaak reacties op incidentele gebeurtenissen of morele crises die zich onverhoeds in organisaties voor kunnen doen. Naarmate de incidenten vergezeld gaan van externe reacties, in de publieksmedia bijvoorbeeld, neemt de behoefte aan beleidsvorming toe. Wat dat betreft zijn gezondheidszorg-organisaties niet veel anders dan andere type ondernemingen. Niet alleen Shell heeft zijn Brentspar.

Het inzetten van beleid naar aanleiding van incidenten impliceert het risico van een gefragmenteerde benadering. De schok die na een incident door de organisatie vaart, – laat dit ons nooit meer overkomen! -, roept om het formuleren van geboden en verboden, - dit zál ons nooit meer overkomen! -, is niet de meest ideale uitnodiging voor een open gesprek over morele vragen. Door een incidentbenadering wordt het belangrijkste beleidsdoel van moral management, het bevorderen van de ethische reflectie, niet gediend. Een meer integrale benadering is aangewezen. In dit hoofdstuk worden daartoe voorstellen ontwikkeld.

3.1. Beleidsontwikkeling op het gebied van morele vragen

Hoe operationaliseren we ‘ethiek’?

De behoefte om in een organisatie “iets aan ethiek te doen” laat zich moeilijk in concrete beleidstermen operationaliseren. Wanneer van het management initiatieven verwacht worden op dat gebied, is dat een probleem wat niet onder stoelen of banken mag worden geschoven. Zoals al meerdere malen gezegd doen morele vragen zich overal voor. Op alle niveaus. Op alle beleidsterreinen. De morele kwaliteit van de organisatie laat zich dan ook kennen als een hoogst abstracte dimensie van beleid. Zij manifesteert zich op vele terreinen en laat zich daarom moeilijk apart lokaliseren. De structuur van de organisatie, de cultuur, de routines, de overlegvormen, de persoonlijke kwaliteiten van de medewerkers: alles resoneert mee in het denken over de morele kwaliteit. Dat maakt het moeilijk om ankerpunten te vinden voor het beleid: wat moeten de concrete beleidsonderwerpen zijn, waar we ons over gaan buigen? Welke onderwerpen kiezen we, als het om ethiek gaat?

Zeker wanneer men vindt dat het bij de morele kwaliteit van een organisatie niet alleen gaat om het adequaat reageren op een morele crisis, en men er vanuit gaat dat een pro-actief beleid de kans op het zich voordoen van morele crisis dient te verkleinen, is het inzetten van beleid een lastige en complexe zaak. Het gegeven dat organisaties het ondanks de uitgesproken intenties soms maar laten bij gelegenhedsoplossingen, bij het instellen van een ethische commissie die het dan verder maar moet uitzoeken, of bij het vaststellen van protocollen voor situaties die onder invloed van externe druk evident geregeld moeten worden, is tegen die achtergrond dan ook begrijpelijk. Maar er zijn ook andere mogelijkheden: mogelijkheden die verder reiken dan een reactie op de externe druk, mogelijkheden die meer blijken te zijn dan de uitdrukking van een zekere handelingsverlegenheid. De initiatieven zoals die door verschillende instellingen worden genomen, maken dat inzichtelijk. Uitgaande van dergelijke initiatieven wordt in dit hoofdstuk een voorstel ontwikkeld om ethiek een plaats te geven in de normale beleidscyclus. Het is een stevig voorstel. Het omvat een drietal fasen. De meeste aandacht zal daarbij uitgaan naar de tweede fase. Daarin wordt het beleidsprogramma door middel van projectmatig werken nader ingevuld. De eerste fase heeft een voorbereidend karakter. Ze helpt om vast te stellen hoe ethiek in de tweede fase ‘apart’ gezet kan worden. In de derde

fase tenslotte wordt de stap gezet om ethiek (weer) terug te brengen tot de normale processen in de organisatie. Het beschreven fasemodel is noodzakelijk tentatief: een hulpmiddel bij de beleidsoriëntatie. Niet meer, niet minder.

3.2. Fase 1: Stap voor stap op weg naar een beleidsprogramma

De erkenning van de noodzaak om wat aan ethiek te doen én de gelijktijdige erkenning van onzekerheid over de manier waarop ethische reflectie bevorderd kan worden is een eerste stap op weg naar een beleidsprogramma. Het kan de aanzet zijn tot een bewust gekozen voorzichtige, oriënterende benadering. De beleidsmatige aandacht voor ethiek wordt dan gekoppeld aan het vóórkomen van concrete vragen waarvoor adhoc een oplossing moet worden gezocht. Maar bij de ad hoc oplossing van de vragen wil men het niet laten. Het organisatorisch ingaan op de voorkomende vragen heeft niet alleen als doel de vragen op te lossen maar ziet men ook als mogelijkheid om ethiek op een hoger organisatorisch plan te brengen. In aansluiting op de vragen en signalen van individuele afdelingen, professionals, cliënten wordt stap voor stap een breder draagvlak gecreëerd voor de herkenning en systematische bewerking van morele vragen. Bij deze stap voor stap benadering wijken de gekozen beleidsalternatieven slechts marginaal af van de bestaande situatie: het gaat nooit om grootschalige projecten maar er wordt bijvoorbeeld een discussiebijeenkomst over een bepaald onderwerp georganiseerd, zonder dat daar expliciete doelstellingen aan worden gekoppeld. Afhankelijk van de reacties op dergelijke initiatieven wordt het beleid stukje bij beetje nader ingevuld.¹²

Een dergelijke stap voor stap aanpak is zeker aangewezen wanneer er (nog) weinig sensibiliteit of draagvlak in de organisatie bestaat voor een vanzelfsprekende, open benadering van morele vragen. Dat wil niet zeggen dat er bij individuele medewerkers geen sensibiliteit zou bestaan voor morele vragen. Die is veelal in ruime mate aanwezig. Het probleem is evenwel vaak dat de drempel om over de ervaren moeilijkheden te praten (te) hoog kan liggen. Het streven van de beleidsbenadering is om die drempel voorzichtig te verlagen.

Oog voor probleemhebbers

Precies door dit streven verschilt deze benadering van een louter defensieve en reactieve afhandeling van morele incidenten. De vragen waar medewerkers en anderen op attenderen, worden niet louter als incidenten beschouwd, maar als mogelijke indicatoren voor morele vragen die nadere reflectie behoeven. Een dergelijke benadering is dan ook niet goed denkbaar zonder oog te hebben voor “probleemhebbers” in een organisatie: (emotionele) reacties op bepaalde situaties, meningsverschillen die zich voordoen, kunnen authentieke uitingen zijn van ervaren morele dilemma en klemsituaties. Het gevoel dat iets niet juist is, kan berusten op een foutieve waarneming, maar evengoed een moreel probleem aan het licht brengen dat om verheldering vraagt. Misschien zit er een goed punt in voor een beleidsprogramma ethiek. Een dergelijke open benadering van probleemhebbers bevestigt het vermogen van de organisatie om te leren, om te communiceren over de achterliggende waarden en normen bij ervaren problemen.¹³

Een oudere chirurg uit een streekziekenhuis heeft veel belangstelling voor de ethische aspecten van zijn vak. In de loop der jaren is dat toegenomen. Achter de vroegere vanzelfsprekendheid van sommige behandelingen, zijn vragen komen te staan. Het is voor hem aanleiding om initiatieven te ontplooien in het ziekenhuis: wordt het niet tijd voor een breed ethisch overleg? De directie acht de tijd nog niet rijp. De fusiebesprekingen en de daarmee samenhangende reorganisatieperikelen vragen de aandacht. De chirurg besluit, puur uit persoonlijke interesse, een cursus ethiek te gaan volgen. Geïnspireerd door de cursus slingert hij het gesprek in het ziekenhuis weer aan. In overleg met een verpleegkundig afdelingshoofd organiseert hij een refereerbijeenkomst over het NB. beleid. Enkele collega stafleden tonen interesse. Er komen vragen van andere afdelingen: Kan daar ook niet eens zoiets georganiseerd worden? Tijd om nog eens opnieuw met de directie om de tafel te gaan zitten. De directie stelt voor dat de chirurg samen met een afdelingshoofd en de pastor nagaat of er behoefte is aan een of andere vorm van moreel beraad. Bij het afscheid van de chirurg, een jaar later, wordt hem op zijn verzoek naast de gebruikelijke receptie een intern symposium cadeau gedaan over ethische vraagstukken in de zorg. Het wordt druk bezocht.

Oog voor hobbyisten

Naast oog voor “probleemhebbers” is het van groot belang aandacht te hebben voor “hobbyisten”. In iedere zorgorganisatie zijn er wel mensen die belangstelling hebben voor ethiek. Vaak gaat het om beroepsbeoefenaren die belangstelling hebben voor ethische vragen op hun vakgebied. De stap voor stap benadering kan er uit bestaan hen kansen te bieden hun ideeën verder uit te werken en ze vruchtbaar te maken voor heel de organisatie. Door hen te faciliteren, worden hun denkwijzen beleidsmatig ondersteund en wat meer naar het centrum van de aandacht gebracht.

Evenwel: niet iedere hobbyist zal dezelfde zeggingskracht hebben in een organisatie. Het maakt verschil of het om een gerespecteerd lid van de medische staf gaat, of om een medewerker die meer in de marges van de organisatie verkeert. Wanneer men de taakstelling ethiek vanzelfsprekend toedicht aan de geestelijke verzorging, of aan de parttime maatschappelijk werker, bestaat soms het risico dat het thema op voorhand gemarginaliseerd wordt. Hoe dichter de voortrekkers van ethiek aanleunen tegen de kern van de organisatie, herkend worden als belangrijke sleutelfiguren, als dragers voor de cultuur, hoe meer kans er is op integratie en acceptatie van het aandachtsveld ethiek. Bij het ontwikkelen van een ethiek beleid is het zinnig om met dit soort omstandigheden rekening te houden, hoezeer men er ook van overtuigd is dat ze eigenlijk niet zouden moeten gelden. Moraliseren helpt in dit opzicht niet.

Een geestelijk verzorger 'ontfermt' zich over het thema ethiek. Dat doet hij naar aanleiding van informele gesprekken die hij met verpleegkundigen van een paar afdelingen had. Daarin heeft hij duidelijk een behoefte geconstateerd aan een meer systematische benadering van "lastige" vragen. De verpleegkundigen gaven aan vaak met een gevoel van onvermogen geconfronteerd te worden. Bij elkaar, tussen de bedrijven door, vonden ze wel ondersteuning; hadden ze wel de mogelijkheid om "uit te huilen en opnieuw te beginnen". Toch bleven ze met onbestemde gevoelens zitten. Ze vroegen of daar geen taak voor de Geestelijke Verzorging lag. In het gesprek met de directie dat de geestelijk verzorger naar aanleiding van zijn ervaringen had, trof het hem dat de directie welwillend stond tegenover initiatieven zijnerzijds. Maar tegelijkertijd proefde hij ook aarzeling. Waar die aarzeling nu in zat, kreeg hij niet goed boven tafel.

De voorgestelde benadering heeft een sterk improviserend karakter. Bij een juiste inschatting van de situaties en een adequate keuze van de interventies helpt zij beleidsongelukken te voorkomen. Anders werkt zij averechts. Zaak is het dan ook om het zetten van de kleine stappen te gebruiken om een duidelijke visie op de plaats van ethiek in de organisatie te ontwikkelen, en zo de risico's van het hoge trial-and-error gehalte te beperken.

Met het bepalen van een visie, en een tijdige inbedding van ethiek in de organisatie, belandt het beleidmatig bezig zijn met ethiek in een volgende fase. Die stap kan op de eerste plaats gezet worden door de formele koppeling aan het kwaliteitsbeleid. Op de tweede plaats kan dat door de instelling van een interdepartementale stuurgroep ethiek die aan dit onderdeel van het kwaliteitsbeleid mede vorm zal geven. Zonder dergelijke vervolgstappen kan de voorgestelde benadering gemakkelijk verzanden in een louter defensieve, incidentgebonden aanpak.

3.3. Fase 2: Invulling van het beleidsprogramma

3.3.1. Een duidelijke keuze: koppeling aan kwaliteitsbeleid

De koppeling aan het kwaliteitsbeleid is een duidelijke beleidskeuze die op topniveau genomen dient te worden. Argumenten voor een dergelijke keuze zijn her en der in deze nota al aan de orde geweest. Hier worden ze verder toegespitst. Eerder is al aangegeven dat het bij morele vragen niet alleen om incidenten gaat, om crises die zich duidelijk manifesteren, maar ook om verborgen dimensies van de toepassing van routines. Betoogd is dat het van belang is aandacht te schenken aan deze routines. De link naar het kwaliteitsbeleid wordt vanuit dat oogpunt heel vanzelfsprekend: het gaat bij kwaliteitsbeleid niet alleen om de vraag of we de dingen die we doen goed doen (technische kwaliteit), maar ook om de vraag of we de goede dingen doen (morele kwaliteit).

Is de koppeling op een theoretische manier vlug gelegd, daarmee is nog niet zeker of we er praktisch wat mee kunnen: hoe moet je eigenlijk praten over zaken, waarvan net aangegeven is, dat ze vaak verborgen blijven? Hoe kun je die op de agenda krijgen?

De vraag is uiteraard hoe verborgen de morele dimensies van het handelen eigenlijk zijn. Of ze vaak niet opgemerkt worden, zonder dat deze waarnemingen aan de oppervlakte komen. Of het niet de moeite waard is meer systematisch aandacht te besteden aan deze waarnemingen. Hier dringt zich de analogie op van klinische en morele oordelen.

Veel professionals hebben de ervaring ten aanzien van klinische oordelen, dat ze al weten dat er iets aan de hand is, en ook weten in welke richting ze moeten denken zonder dat alle

aanwijzingen zich hebben uitgekristalliseerd. Hun intuïtieve klinische oordeel over wat er met een cliënt aan de hand is, ontbeert als het ware de woorden nog, maar de klinische expert weet dat de woorden nog wel zullen komen. Hij zal er naar op zoek gaan.

Wat zich op het gebied van klinische oordelen voordoet, kan zich even goed op moreel gebied afspelen. Ook daar kan iemand op basis van ervaring een impliciet, intuïtief oordeel hebben over de aard van het handelen. Het gevoel 'Dit is niet juist' is dan misschien geen rationeel oordeel, maar daarmee hoeft het nog niet onredelijk te zijn. Het verdient, evenzeer als het klinische oordeel over de toestand van een cliënt, nader onderzoek: een prudent op zoek gaan naar woorden, de aarzelingen die iemand voelt ten aanzien van het handelen aan de orde stellen: "Hoe kijk jij er tegen aan?"

Het manco bij ethische oordelen in vergelijking met klinische oordelen is dat vaak de taal ontbreekt om de ervaring onder woorden te brengen. Duidelijk maken in welke mate de concrete ervaring naar abstracte morele regels verwijst, is iets dat misschien door ethici enigszins kan worden versterkt, maar ons morele vocabulaire is in vergelijking met de technische taalspelen van de hulpverlening nu eenmaal mager ontwikkeld. Dat betekent niet dat het wankele, woordenarme oordeel zonder betekenis is, en geen nader onderzoek behoeft.

Waar de woorden in termen van abstracte regels ontbreken, kunnen verhalen over eerdere ervaringen te hulp schieten: "Ik ervaar nu hetzelfde als in die situatie met die en die patiënt. Mogelijk is mijn oordeel niet correct, zitten er verschuivingen in de situatie, maar de analogie dringt zich op". Bij sensibiliteit voor morele vragen ten aanzien van de toepassing van routines, gaat het om een serieus nemen van deze ervaringen, om het creëren van ruimte daarvoor. Mogelijk maken ze attent op risico's in de besluitvorming. Het actief aandacht besteden aan deze risico's voorkomt dat we moeten wachten tot het moment dat deze risico's zich manifesteren als morele crises.

Het onderbrengen van het thema ethiek in het kwaliteitsbeleid gaat dus van de veronderstelling uit, dat er wel degelijk over de morele kwaliteit van het handelen te praten valt, dat er voldoende kennis in huis is om agendapunten vast te stellen, waar men het over zou kunnen hebben. Vaak betreft het echter impliciete kennis, die niet een, twee drie boven tafel te halen is. Vergt dat een zorgvuldige aanpak, het sluit een effectieve aanpak niet uit.

En waar zojuist gezegd is dat het ons regelmatig aan woorden ontbreekt om de morele ervaringen te verduidelijken, ook daar er zijn mogelijkheden voor een actief beleid. Met name in het formuleren van een zorgvisie en in de uitwerking daarvan, worden bijvoorbeeld regels voor de omgang en het handelen met cliënten meer expliciet gemaakt. Daar zitten duidelijke aanknopingspunten voor het toetsen van het handelen: wat betekent cliëntgerichtheid voor de wachttijden op de polikliniek? Wat betekent de nagestreefde autonomie van bewoners voor hun mogelijkheden om zelf hun dagindeling te bepalen? Met name organisatorische routines kunnen door ze zo te spiegelen aan de zorgvisie, goed bevraagd worden op hun morele kwaliteit. Een voordeel van deze benadering is, dat ze niet opgehangen is aan incidenten. Ze wil deze juist voor zijn.

De koppeling van ethiek aan het kwaliteitsbeleid impliceert overigens een bredere insteek dan alleen de oriëntatie op vragen in de zorg voor cliënten. De vaak voorkomende valkuil van een te smalle interpretatie van ethiek als exclusief aandachtsgebied van de hulpverlenende disciplines valt erdoor te vermijden. Door ethiek onder te brengen in het reguliere kwaliteitsbeleid wordt de erkenning van ethiek als een breed aandachtsgebied voor de gehele de organisatie bekrachtigd. Het nodigt ook anderen dan de hulpverleners en hun leidinggevenden uit om "iets aan ethiek te doen". Ook op andere gebieden dan de directe hulpverlening doen zich immers morele vragen voor. Op deze gebieden is eveneens een explicitering van de visie gewenst. Ten aanzien van het werkgeverschap bijvoorbeeld: wat

betekent het gegeven dat we een zorginstelling zijn voor het personeelsbeleid? Hoe staat het in dat kader met ons sociaal beleid? Welke waarden zijn hier dominant? Hoe verhoudt de reïntegratiegedachte die we in de zorgvisie van onze instelling zo prominent naar voren brengen zich tot de bedrijfsmatige behoefte aan flex-werken? Of op een ander gebied: wat betekent de kwalificatie zorginstelling voor het milieubeleid? Is zorg voor het milieu ook onze zorg? Wat betekent dat voor de afvalverwerking? Vragen liggen er ook op het economisch-administratieve vlak: wat zijn onze codes bij het afsluiten van contracten met leveranciers? Door welke motieven laten we ons leiden?

Een pragmatisch argument voor de koppeling van ethiek aan het kwaliteitsbeleid is tenslotte dat ethiek niet apart wordt gezet. De brede insteek maakte het al duidelijk: ethiek is iets van héél de organisatie. Door de koppeling aan het kwaliteitsbeleid wordt het in principe onderdeel van normale organisatieprocessen. Tevens is er door de koppeling van ethiek aan kwaliteit een wettelijke basis gegeven aan het bezig zijn met ethiek. Het is dan een van de maatregelen die genomen kunnen worden om invulling te geven aan de eisen van de Kwaliteitswet. Ook dat zal de acceptatie van beleidsinitiatieven op dit vlak vergroten.

Tegenargumenten?

Hebben we een aantal argumenten vóór een koppeling van ethiek aan het kwaliteitsbeleid genoemd, er zijn ook tegenargumenten te noemen. Het belangrijkste is wel dat kwaliteitsbeleid in de regel gericht is op aspecten van organisatie en hulpverlening die goed te operationaliseren zijn. Het werken met de kwaliteitscirkel richt zich op afgebakende elementen van de hulpverlening die door tellen en meten goed in beeld gebracht en gecontroleerd kunnen worden. In de ontwikkeling van kwaliteitssystemen komen aspecten van de hulpverlening die wat minder goed te operationaliseren zijn, zoals bejegening- en zingevings-aspecten er volgens sommige critici daarom nogal bekaaid af. Bij een enge interpretatie van kwaliteit in operationele termen, is het dan ook moeilijk om ethiek thuis te brengen in het kwaliteitsbeleid.

De vraag is evenwel of deze smalle interpretatie van kwaliteit afdoende reden is om de koppeling met ethiek niet tot stand te brengen; om ethiek vervolgens op een aparte plaats in de organisatie neer te zetten. Eerder het tegengestelde is waar: hoewel het praktisch gezien misschien lastig is om een smal begrepen kwaliteitsbeleid te koppelen aan het thema ethiek, zou men de koppeling juist ook kunnen gebruiken om waar nodig het denken over kwaliteit te verbreden. Om de persoonlijke en relationele elementen van de zorgverlening die er vanuit het individuele perspectief van hulpverleners en medewerkers zeer toe doen, een plek te geven. De introductie van ethiek functioneert dan als middel om een eventueel te smal begrepen kwaliteit kritisch te evalueren en het kwaliteitsbeleid een nieuwe impuls te geven. Naast de aandacht voor controleerbare aspecten van de hulpverlening gaat het kwaliteitsdenken aandacht besteden aan de mindere controleerbare elementen. Het doel daarvan is niet beheersing maar veeleer het goed beheren van deze aspecten door ze transparant te maken en een plaats te geven in de beleidsvorming.

3.3.2. Expliciete beleidsontwikkeling: een stuurgroep ethiek?

Beleidsontwikkeling is in professionele organisaties nooit een zaak van het management alleen. Beleidsontwikkeling is het resultaat van gezamenlijke inspanningen. Dat geldt uiteraard ook voor beleid ten aanzien van de morele kwaliteit van de organisatie. Kan van het management een eigen verantwoordelijkheid worden verwacht met betrekking tot de organisatie van moreel beraad, hoe deze organisatie concreet vorm zou moeten krijgen, is steeds een zaak van overleg. In diverse instellingen wordt dit overleg geformaliseerd in een werkgroep of platform ethiek. Men gaat niet meteen over tot het instellen van een ethische commissie, maar zet een taakgroep aan het werk die binnen gezette tijd aan het management

dient te rapporteren hoe met het thema ethiek in de organisatie om te gaan. Dergelijke werkgroepen hebben in de regel dan ook een andere taakstelling dan de traditionele ethische commissie: ze zijn niet beleidsuitvoerend maar beleidsvoorbereidend. Hun belangrijkste taak is er niet in gelegen zelf morele vragen op de agenda te krijgen en deze via een expertbenadering tot een oplossing te brengen. Hun taak is vooral te bevorderen dat de morele vragen daar geagendeerd worden waar ze zich voordoen.

Deze initiatieven in het veld, waarbij men uitdrukkelijk het risico van de ethische commissie als alibi-leverancier wil vermijden, lijken een volgende fase in te luiden in het organisatorisch omgaan met morele vragen. Ze duiden op een transformatie van de ethische commissie. Er vindt langzamerhand een aanscherping plaats in de definiëring van de taken van een dergelijke commissie die ethiek meer in het centrum van de aandacht plaatst en de relatie met de normale processen in de lijnorganisatie beklemtoont. Deze nota onderstreept het belang van deze ontwikkelingen.

Een organisatie die verder wil komen dan het stap voor stap reageren op incidenten en toevallige vragen; een organisatie die het omgaan met morele vragen serieus wil nemen als normaal element van het kwaliteitsbeleid, dient organisatorische maatregelen te nemen die een dergelijke beleidsvisie bekrachtigen. Het instellen van een werkgroep is een mogelijkheid. Een werkgroep kan echter ook een te zwakke ingang vormen. Werkgroepen roepen in veel organisaties te gemakkelijk de associatie op van vrijblijvendheid. Beter is het dan ook de nauwe relatie met de lijn en het beleid te bekrachtigen door over te gaan tot de instelling van een stuurgroep ethiek. Wanneer men over een ethische commissie beschikt, zou men deze commissie de taakstelling en bevoegdheden van een dergelijke stuurgroep kunnen geven. Zij zou binnen een nauwgezet afgesproken tijd concrete beleidsadviezen dienen te formuleren die de sensibiliteit in de organisatie voor morele vragen verhoogt en de eigen verantwoordelijkheid van de medewerkers voor het omgaan met morele vragen bevestigt. Dat kan door de identificatie van afgebakende kwaliteitsprojecten met betrekking tot morele kwesties. De uitvoering van dergelijke projecten geeft de organisatie de mogelijkheid leerervaringen op te doen met het bespreken van ethische vraagstukken en thematieken.¹⁴

Welke aanpak de gewenste effecten heeft, welk type projecten opgestart zouden moeten worden, is sterk afhankelijk van de cultuur ter plaatse, van de omstandigheden waarin de organisatie verkeert, en van de ervaringen die men heeft met projectmatige benaderingen van organisatievraagstukken. Een stuurgroep ethiek of een ethische commissie die in beleidsvoorbereidende zin als opdracht meekrijgt te onderzoeken op welke wijze moreel beraad in de organisatie te implementeren, zal haar voorstellen dienen te enten op de karakteristieken van de lokale situatie.

Om een antwoord te geven op de vragen van de organisatie is het noodzakelijk dat de stuurgroep annex commissie enig zicht heeft op de inhoud van (gezondheids)ethiek enerzijds en op organisatiekarakteristieken anderzijds.

Wanneer kennis van de ethiek ontbreekt is scholing noodzakelijk. Leden van de commissie of stuurgroep zullen globaal kennis dienen te hebben van het hanteren van een moreel gezichtspunt om kwesties in de zorg te benaderen. Anders zal het moeilijk blijken concrete doelen voor het beleid aan te kunnen reiken.

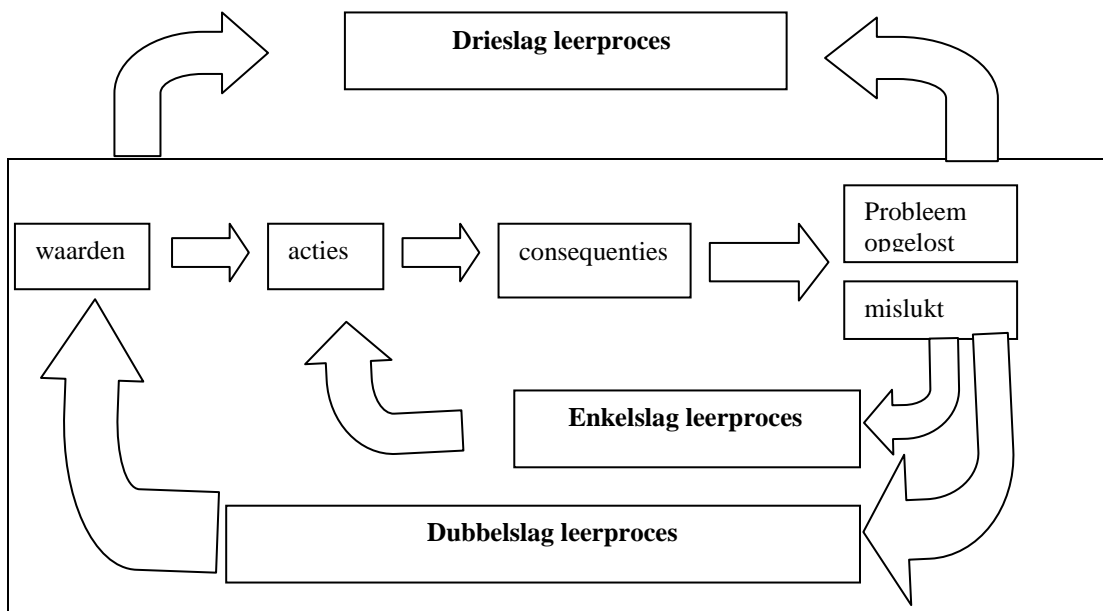
Daarnaast is een goed inzicht in de lokale situatie aangewezen om de aanknopingspunten voor een intensivering van het moreel beraad te kunnen identificeren. Dat inzicht is niet vanzelf gegeven. Het vraagt om een inventariserend onderzoek in de instelling: welke aanknopingspunten liggen er in actuele beleidsthema's, in het kwaliteitsbeleid van de instelling, in vraagstukken die her en der, bijvoorbeeld door een FONA-commissie of een cliëntenraad gerapporteerd worden? Welke prioriteiten heeft het management? Hoe zit het met initiatieven die de identiteit van de instelling tot uitdrukking brengen? Welke karakteristieken

in de besluitvormingscultuur zijn bevorderend dan wel belemmerend voor ethische reflectie? Hoe kan het communicatieklimaat in de instelling worden getypeerd?

Bij deze oriëntatie op aanknopingspunten voor het maken van projectvoorstellen is het zinnig gebruik te maken van meerdere bronnen. Documenten van de instelling zoals beleidsnota's, kunnen daarbij helpen, maar belangrijker nog is het op zoek gaan naar sleutelfiguren in de organisatie en om met hen in gesprek te gaan. Als een soort poortwachters belichamen zij de groepsnormen en representeren zij de cultuur van de organisatie of van belangwekkende onderdelen van de organisatie. Het gaat bij deze poortwachters vaak niet om de formele leiders maar om de informele: de gewaardeerde collega's die de toon zetten in een medische staf of een team verpleegkundigen. Door met hen in gesprek te gaan kan de stuurgroep zicht krijgen op de wensen en behoeften van de doelgroep, en op de problemen die zij ervaren. Dat is niet alleen belangrijk voor de informatieverwerving, maar ook voor de acceptatie en de verspreiding van de latere voorstellen. Zonder een grondige oriëntatie op de ervaren problemen en behoeften kunnen deze ernstig worden belemmerd.

De lerende organisatie

De werkzaamheden van een stuurgroep ethiek of van een commissie ethiek die als zodanig opereert, kan goed verhelderd worden vanuit het perspectief van de lerende organisatie. In de literatuur over de lerende organisatie wordt onderscheid gemaakt tussen een drietal niveaus van leerprocessen die in een organisatie voor kunnen komen: enkelslag, dubbelslag en drieslag. Wanneer deze drie leerprocessen gecombineerd voorkomen in een organisatie, kan gesproken worden over een lerende organisatie. Organisatiekundigen gaan ervan uit dat een organisatie het beste tot ontplooiing komt door systematisch aandacht te besteden aan dubbel- en drieslagleren. Het voorstel tot de instelling van een stuurgroep ethiek of tot de transformatie van een 'klassieke' ethische commissie in een dergelijk orgaan, sluit op deze gedachten aan.



Figuur 2: typologie van leerprocessen in een organisatie

Enkelslag leren wordt in de literatuur gedefinieerd als die vorm van leren waarbij in verbeteringsprocessen de gedragsregels worden aangepast om aan de gestelde normen te

voldoen. Protocollering, ook op ethisch gebied, heeft vaak de gestalte van dergelijk enkelslag leren. Tenminste wanneer er geen discussie gevoerd wordt over de inzichten die de vanzelfsprekende grondslag vormen voor deze gedragsregels. Dat kan bijvoorbeeld het geval zijn als externe regels zoals die in wetgeving liggen opgesloten, gewoonweg worden verder vertaald in de organisatie. Ze roepen geen discussie op, maar worden als vanzelfsprekend aanvaard. Ook impliciete leerprocessen waarbij bijvoorbeeld routines worden aangeleerd in het omgaan met cliënten hebben vaak de vorm van dergelijk enkelslag-leren. In het aanleren van de routineregels vindt er een waardeoverdracht plaats waarbij de waarden zelf niet ter discussie worden gesteld.

Wanneer men in een organisatie verder gaat, en zich bezint op de grondslagen van de gedragsregels, discussies entameert over de normen en waarden die eronder schuilen, is er sprake van een dubbelslag in het leren. Het gaat niet meer sec om waardeoverdracht, maar om waardeverheldering. Het gaat niet alleen meer om een antwoord op de vraag "hoe zijn onze manieren" maar ook om een antwoord op de vraag "waar zijn onze manieren op gefundeerd?" Welke visies liggen er aan ten grondslag? Op welke waarden zijn ze gebaseerd? Problemen die zich voordoen worden niet beschouwd als op zichzelf staand, maar als manifestaties van onderliggende waardepatronen. Door in het onderling gesprek na te denken over deze grondende waarden is het mogelijk ze te verkennen en eventueel bij te stellen. In het laatste geval is er niet alleen sprake van waardeverheldering maar tevens van waardeontwikkeling.

Uiteraard doen dit soort processen van waarde-verheldering en ontwikkeling, van dubbelslagleren zich aanhoudend voor in instellingen voor gezondheidszorg. Teams waar men zich naar aanleiding van incidenten onderling buigt over een nieuwe benadering van problemen, of 'klassieke' ethische commissies die een handreiking opstellen voor de medewerkers, maken dergelijke processen van dubbelslagleren, van waardeontwikkeling door.

Wanneer de leerprocessen in de organisatie zelf tot object van systematische aandacht gemaakt worden en men zich afvraagt hoe daar verbetering in aan te brengen is, is er sprake van drieslag-leren. Het leerproces wordt zelf onderwerp gemaakt van het eigenlijke leren door zich te concentreren op de vraag hoe processen als dubbelslagleren met elementen van waarde-verheldering en ontwikkeling kunnen worden gestimuleerd en gefaciliteerd. Een stuurgroep ethiek die de sensibiliteit voor ethische reflectie in een organisatie wil verhogen, die er op uit is om leerervaringen te organiseren in het omgaan met morele vragen, beweegt zich duidelijk op dit niveau van drieslag leren. Bij de identificatie van thema's voor kwaliteitsprojecten ethiek staat de stuurgroep dan ook voor de vraag welke thema's in aanmerking komen om de processen van dubbelslagleren, van waardeverheldering die in een organisatie plaatsvinden systematisch te bevorderen.

Keuze van de projectthema's

Welke thema's het beste gekozen kunnen worden om het dubbelslagleren ten aanzien van morele vragen te bevorderen, zal sterk afhangen van lokale vragen en omstandigheden. In algemene zin valt daar niet veel over te zeggen. Wel is er een opmerking te maken over het risico van eenzijdigheid dat zich in het bepalen van onderwerpen kan voordoen. Dat risico hangt samen met de eerder genoemde vanzelfsprekende gelijkstelling van ethiek in de zorg met gezondheidsethiek. De keuze van de thema's voor kwaliteitsprojecten op het gebied van de ethiek zal in zorgorganisaties vooral gebeuren met het oog op de vragen in de zorg zelf. Daar zal in de regel prioriteit aan gegeven worden. Dat is begrijpelijk. Wanneer men zich in een organisatie ten doel stelt om het gesprek over morele vragen te bevorderen zullen immers die vragen voorrang moeten krijgen die als het meest urgent worden beleefd. Dat zullen vaak de thema's zijn die in de directe zorg spelen. Ook voor de medewerkers van andere bedrijfsonderdelen zal die prioriteitstelling inzichtelijk zijn.

Wel houdt dit in dat morele vragen die zich elders voordoen, - op hogere managementniveaus ten aanzien van de bedrijfsvoering, of in andere delen van de organisatie zoals een economisch administratieve dienst -, gemakkelijk buiten beschouwing blijven. Tevens betekent een keuze van thema's uit de zorg dat de betrokkenheid van andere diensten en medewerkers bij de reflectie op morele vragen vanzelfsprekend gering zal zijn. Dat is jammer omdat het gesprek over morele vragen in de individuele zorgverlening in grote lijnen aan hen voorbij zal gaan. Dat impliceert echter niet dat men van meet af aan maar moet proberen om thema's die op het vakgebied van deze medewerkers spelen, kost wat kost voor het voetlicht te halen. Wanneer er op deze gebieden herkenbare morele thema's spelen, die om een oplossing vragen, is er uiteraard geen enkel bezwaar om deze naar voren te halen. Wanneer dat niet het geval is, werkt forceren averechts. Wel blijft het dan nastrevenswaardig om in een later stadium, wanneer men in de organisatie voldoende ervaring heeft opgedaan met het praten over de specifiek zorginhoudelijke vragen, ook morele thema's in de andere bedrijfssonderdelen boven tafel te halen.

Iets wat in dit kader zonder meer speelt, is de verhouding van de organisatie als instelling voor zorgverlening tegenover de organisatie als bedrijf. Steeds is er de spanning tussen de zorg voor individuele cliënten en de bedrijfseconomische afrekening van de organisatie. De zorg voor individuele cliënten is noodzakelijk begrensd door maatschappelijke keuzeprocessen die vragen om een beheerste inzet van de schaarse middelen. Dat dubbele gezicht van de organisatie is op zichzelf al bron van morele vragen.

In een organisatie voor gehandicaptenzorg is er op een bepaalde afdeling een plaats opengevallen. Die situatie geldt al een tijdje. De opengevallen plaats is vanwege de specifieke situatie op de groep niet goed door mensen op de wachtlijst in te vullen. De plaats blijft leeg. Bedrijfsmatig gezien is dat een slechte zaak. Op een andere afdeling is een bewoner 'te veel'. Overwogen wordt om een van de bewoners van die betreffende afdeling over te plaatsen naar de leeggevallen plek. Er is een kandidaat van wie door de teamleden gezegd wordt, dat hij sec beoordeeld wel op zijn plaats zou zijn in die andere groep. Het zal in het begin wennen zijn, maar de kans is niet uitgesloten dat hij daar op den duur beter op zijn plaats is. Helemaal zeker is dat overigens niet. Te verwachten valt dat de familie die onzekerheid zal aangrijpen om de overplaatsing te bekritisieren. Evenwel zou een verhuizing de belasting op de te grote groep wat af doen nemen. Voor de andere bewoners zou dat een zegen zijn.

In dit opzicht is een beleidsmatige benadering van het thema ethiek waarbij ook de bedrijfsmatige aspecten in beeld komen, van groot belang. Daarbij gaat het er om het gesprek te bevorderen tussen de zorgverleners die de individuele cliëntensituatie als vertrekpunt nemen en hen die de bedrijfsprocessen als referentiekader nemen. Een integrale benadering van het thema ethiek, waarbij niet alleen aandacht besteed wordt aan zorginhoudelijke vragen maar waar ook aan de bedrijfsmatige vragen recht wordt gedaan én aan de verhouding tussen beide, helpt een tweedeling tussen bedrijf en zorgorganisatie te voorkomen.

De vaststelling van bepaalde thema's die op een projectmatige manier in de organisatie aan de orde worden gesteld, onderstreept de vanzelfsprekendheid van het gesprek over morele vragen. Een commissie- of stuurgroep ethiek die belast is met de ontwikkeling en organisatie van dergelijke projecten, zal normaliter koersen op thema's die voor heel de zorgorganisatie van belang zijn of in ieder geval voor velen in de organisatie een grote mate van herkenbaarheid oproepen. Met het agenderen van dergelijke thema's op een centraal niveau

is nog niet gegarandeerd dat het gesprek op een decentraal niveau zal worden doorgezet. Voor sommige afdelingen is het thema minder relevant of zijn er omstandigheden die de doorvertaling bemoeilijken. Wat dat betreft kent het centraal agenderen van bepaalde thema's duidelijke beperkingen. Iedere afdeling of locatie van een instelling heeft zo zijn eigen couleur locale, eigen normen en waarden, eigen inschattingen en prioriteringen van morele vragen. Soms zijn het werelden op zich, met betrekkelijk eigen waarnemings- en waarderingspatronen, eigen routines en gedragscodes, waartegenover de centrale organisatie zich voordoet als een buitenwereld. Wordt in zo'n situatie op centraal niveau een bepaalde thematiek geagendeerd dan wil dat niet zeggen dat er op decentraal niveau meteen sprake zal zijn van een "feest van herkenning".

De wijze waarop de doorvertaling plaats kan vinden, zal dan ook aanhoudend de aandacht vragen.

Projecten

Op de concrete identificatie van onderwerpen voor projecten gaat deze nota niet verder in. Die keuze is, zoals al opgemerkt is, te zeer lokaal gebonden. Wel zijn er enige valkuilen aan te geven. Voor een deel komen die overeen met valkuilen die ieder kwaliteitsproject kunnen hinderen. We noemen er enkele:

- * de doelstellingen van het project zijn te vaag om er zich op uitvoerend niveau wat van voor te kunnen stellen. Dat leidt makkelijk tot motivatieproblemen: onduidelijk is wat de beoogde verandering de professional te bieden heeft. Tegelijkertijd resulteert die vaagheid in onduidelijke taakstellingen voor de projectgroep.
- * Omdat men een onduidelijk beeld heeft van wat de veranderingen in de praktijk zullen gaan betekenen, kunnen de verwachtingen te hoog dan wel te laag zijn.
- * Het project wordt te veel een zaak van het topmanagement en/of de projectgroep. Met name wordt het middenmanagement vaak onvoldoende betrokken bij het project terwijl juist op dat niveau de vage doelen vertaald dienen te worden in heldere taakstellingen.
- * Door de sterke concentratie op het leidende thema van het project, raakt men de aansluiting kwijt bij de ontwikkelingen en processen die de dagelijkse praktijk bepalen.

Om het zich voordoen van deze hobbels te voorkomen is een goede oriëntatie noodzakelijk. Wat zijn de concrete doelstellingen van het project? Kiezen we voor een centrale of decentrale aanpak? Wat moet het doel van de projecten te zijn: dient er bijvoorbeeld een standaard geformuleerd te worden? Of een protocol? Of vinden we het aanzwengelen van een discussie voldoende? Wat verwachten we aan concrete gevolgen? Op welke manier worden de professionals het beste geholpen met hun vragen? Hoe kunnen we het middenmanagement bij de ontwikkelingen betrekken? Op welke manier voorkomen we dat het project wegloopt van de praktijk? Welke vormen van ondersteuning hebben we nodig? Van wie? Kan de kwaliteitsfunctionaris een rol spelen? Of een dienst opleidingen?

Met de definiëring en uitvoering van een concreet project is een aanzet tot een beleidsprogramma gegeven. De verwachtingen ten aanzien van de uitkomsten mogen niet te hoog gespannen zijn: met de inzet van een project krijgt het bezig zijn met ethiek een concretere invulling. Het gaat om voertuigen voor dialoog en discussie. Daarmee zijn niet alle vragen beantwoord. Dat kan niet en is ook niet nodig. De bedoelde projecten hebben een voorbeeldfunctie. Ze zijn nodig om in een organisatie ervaring op te doen. Met name met het onderling gesprek over morele vragen. Ze maken duidelijk dat het gesprek over morele vragen gewenst wordt, dat het tot de alledaagse praktijk van de organisatie gerekend wordt. Slechts op basis van die ervaringen kan het bezig zijn met ethiek tot iets vanzelfsprekends

worden: een gewoon onderdeel van het kwaliteitsbeleid, dat uiteindelijk door afspraken in (decentrale) beleidsplannen wordt vastgelegd.

3.4. Fase 3: Ethiek als integraal onderdeel van beleid

Wanneer een organisatie toe is aan het maken van beleidafspraken op decentraal niveau, komt de ontwikkeling van een beleidprogramma ethiek in een volgende fase. Je kunt als organisatie niet voortdurend doorgaan met organisatiebrede kwaliteitsprojecten. Op een gegeven moment ontstaat er een zekere vermoeidheid die de effectiviteit van het projectmatig werken vermindert. In de organisatieliteratuur wordt dan ook gezegd dat een projectmatige aanpak van het thema kwaliteit veelal na een paar jaar vastloopt. Ook projecten die zich concentreren op ethische vraagstukken zullen op enig moment allergische reacties oproepen. In het Model Kwaliteitssysteem Gehandicaptenzorg wordt over kwaliteit opgemerkt dat het vaak een bijzonder tintje heeft, iets is waar apart aandacht aan wordt besteed. Een regel verder stelt de nota: “Essentieel bij praten over en werken aan ‘kwaliteit’ is dat het wordt teruggebracht tot iets gewoons. Iets dat (weer) gewoon deel uitmaakt van de dagelijkse praktijk. Daarbij verdient het wel aandacht, maar dan als onderdeel van het gewone werk van de directie, de leidinggevenden en vooral de uitvoerenden.” Voor ethiek geldt als dimensie van het kwaliteitsbeleid hetzelfde. Na gedurende een bepaalde periode losgemaakt te zijn uit de normale werkprocessen om de organisatie te sensibiliseren en leerervaringen te laten opdoen met de reflectie op morele vragen, wordt het zaak om ethiek weer terug te brengen tot de gewone dagelijkse praktijk. De periode van werken met een stuurgroep heeft in principe dan ook een tijdelijk karakter. Hoe lang die periode kan duren, is op voorhand nooit precies te zeggen. Het is aan het management om in overleg met de stuurgroep en op geleide van de ervaringen met het projectmatig werken, het moment te bepalen dat de primaire activiteiten van de stuurgroep beëindigd worden en ethiek als normaal onderdeel van de beleidscyclus meegenomen wordt in de planning van de activiteiten. De aandacht verschuift van een centraal positioneren van het thema ethiek naar decentrale activiteiten en naar een differentiatie in de benadering. Men zou de specifieke deelprojecten en activiteiten die in het overleg tussen directie en decentraal management worden afgesproken, vast kunnen leggen in de gebruikelijke jaarplannen kwaliteitszorg.

Formeel leidt het inzetten van deze derde fase tot een beëindiging van de centrale opdracht van een stuurgroep ethiek. Het is evenwel jammer wanneer de in de stuurgroep of ethische commissie opgebouwde expertise voor de organisatie verloren zou gaan. Met een gewijzigde taakstelling en eventueel met een gewijzigde samenstelling zou de stuurgroep ten dienste van het (midden)management en de medewerkers kunnen verder functioneren: een punt van consultatie en informatie in de instelling ten aanzien van morele vragen en de daarop geënte kwaliteitsprogramma's. Een dergelijke ondersteuningsfunctie kan nodig blijken om het gesprek in de organisatie over morele vragen en de benadering daarvan gaande te houden.

3.5. Taakstelling van het management.

Voor de ontwikkeling van een beleidsprogramma ethiek, zoals hier beschreven, is de bijdrage van het management onontbeerlijk. Instellingsdirecteuren denken zich in het algemeen nadrukkelijk een initiërende en stimulerende rol toe bij het thematiseren van morele vragen en de beleidsontwikkeling in deze. De keuze om een expliciet programma op te zetten in de beschreven zin, is afhankelijk van de door hen ervaren noodzaak om het onderwerp ethiek een aparte plaats te geven in het beleid; in hun denkbeelden over het ontwerp van de organisatie. Hoe gaan we in de organisatie om met moeilijk hanteerbare vragen? Is er een overlegcultuur waarin er ruimte is voor afwijkende geluiden? In welke mate doen zich morele crises en incidenten voor? Is er voldoende sensibiliteit om dergelijke

crises te voorkomen? In welke mate zijn er discrepanties tussen de geformuleerde zorgvisie en het alledaagse handelen? Het antwoord op dergelijke vragen, de daarmee samenhangende inschattingen over de kwaliteit van de communicatie, over de helderheid van de normatieve kaders, en de aanwezigheid van een enigszins gedeelde visie, zullen bepalend zijn voor de uit te zetten koers op het gebied van de ethiek. Het beschreven model, waarbij ethiek expliciet gekoppeld wordt aan het kwaliteitsbeleid en er na een aanloopfase een stuurgroep geïnstalleerd wordt, impliceert een stevige aanpak. Desalniettemin dient het vooral gelezen te worden als een oriëntatiemodel. Of en in welke mate de voorgestelde aanpak, c.q. elementen daaruit, tegemoet komen aan de lokale vragen, is alleen op lokaal niveau te beantwoorden. Wanneer men kiest voor een stap-voor-stap benadering, waarbij men de sensibiliteit van de organisatie voor morele vragen enigszins wil bevorderen, vraagt dat zonder meer om visieontwikkeling op het niveau van het topmanagement: op grond van die visie kunnen de initiatieven in de organisatie beoordeeld en bekrachtigd worden. Wanneer men kiest voor een steviger aanpak en besluit tot instelling van een stuurgroep, is het essentieel dat het topmanagement optreedt als een remote controller: op welke wijze kunnen de geplande activiteiten ondersteund en gefaciliteerd worden? Spoort de keuze van de projecten met de uitgezette koers van de organisatie? Op welke manier evalueren we de uitkomst van het traject? Welke criteria hanteren we bij de beoordeling van de adviezen van de stuurgroep? En ook in de verdere ontwikkeling, wanneer men er voor kiest ethiek een vanzelfsprekende plaats toe te kennen in de beleidscyclus, zal het topmanagement in het overleg met de decentrale eenheden nagaan hoe de toegedeelde verantwoordelijkheid voor het agenderen van thema's ethiek in het decentrale kwaliteitsbeleid gestalte krijgt en een adequate invulling vormt van de uitgezette organisatiekoers.

Hoe de directie ook optreedt, welke beleidskeuzen ook gemaakt worden, in alle gevallen blijft het topmanagement een belangrijke cultuurbeïnvloeder: de manier waarop het (intern en extern) een visie uitdraagt zal als voorbeeld functioneren voor de in de cultuur opgesloten normen en waarden.

Managen als activiteit is in de professionele organisatie nooit een zaak van de top alleen. De managementprocessen vangen aan op het operationele niveau van de medewerkers en professionals. Om het gesprek tussen hen te bevorderen, is een belangrijke taak weggelegd voor het middenmanagement. Zij staan voor de opgave om datgene wat op een centraal niveau gestimuleerd wordt, door te vertalen naar de alledaagse werkprocessen. Zonder koppeling met ervaringen in de beleefde praktijk blijven de organisatiebrede initiatieven van een stuurgroep ethiek gemakkelijk te abstract. Ligt er een taak voor het middenmanagement om thema's aan te reiken die voor een organisatiebrede aanpak in aanmerking komen, zonder weg andersom is er veel kans dat ethiek niet landen wil. Niet voor niets pleiten ethici voor een training van het middenkader in het leidinggeven aan ethische reflectie. Men zou hier kunnen spreken van een bijzondere toespitsing van vaardigheden die normaliter ook al aan het middenmanagement toegerekend worden. In het ontwikkelen van een kwaliteitsdenken, in het spreken over de lerende organisatie nemen zij een bijzondere plaats in. Voorbeeldgedrag, reflectie op de leiderschapsstijl, oriëntatie op de gebruikelijke leerprocessen en communicatievormen: het zijn elementen die in geen enkel handboek over leidinggeven ontbreken. Voor de ontwikkeling van een beleidsprogramma ethiek is het uiteraard ook van groot belang om zicht te houden op de randvoorwaarden die deze ontwikkeling kunnen stimuleren. De identificatie van de aanwezige of ontbrekende randvoorwaarden is primair ook een zaak die op het niveau van het middenmanagement ligt. De mogelijkheden en beperkingen in het creëren van een stimulerende werk- en leeromgeving, in het doorvoeren van deelprojecten zullen nauwgezet in kaart gebracht dienen te worden, wil men tot realistische afspraken komen in het overleg met een stuurgroep of een directie. In het kader van deze nota wordt hier niet verder op ingegaan:

immers, wat hier ten aanzien van de realisering van een beleidsprogramma ethiek gezegd kan worden, onderscheidt zich amper van de beleidsvorming op andere terreinen.

3.6. Brandende vragen

In de beschrijving van de beleidsontwikkeling is een belangrijk punt buiten de aandacht gebleven. Met het voorstel om ethiek een vanzelfsprekende plaats te geven in het kwaliteitsbeleid en om een stuurgroep ethiek in te stellen (of de ethische commissie die taakstelling te geven) die de organisatie ondersteunt in de ontwikkeling van een gepast beleidsprogramma, komt de vraag wat te doen met brandende kwesties enigszins in de lucht te hangen. De ethische commissie, of stuurgroep houdt zich binnen het voorstel op voorhand niet bezig met deze kwesties. Haar inzet is nu juist om dergelijke kwesties niet naar zich toe te halen om ze vanuit een expertbenadering op te lossen. Haar inzet is vooral een modus te vinden die het de medewerkers beter mogelijk maakt om zelf een adequate benadering van dergelijke kwesties te ontwerpen en te optimaliseren. De commissie beweegt zich inhoudelijk dan ook niet op het niveau van de morele vragen zelf, maar oriënteert zich op de wijze waarop er in de organisatie mee wordt omgegaan: het gaat zoals dat zo mooi heet, om een metaniveau. Of zoals we het in termen van de lerende organisatie formuleerden: om drieslag leren. Daarbij gaat het niet om de oplossing van afzonderlijke, concrete vraagstukken, maar gaat het om de manier waarop de organisatie leert van de gebruikelijke benaderingen van dergelijke vraagstukken en om het in gang zetten van beleidsverbeteringen dienaangaande.

Desalniettemin: brandende kwesties doen zich gewoon voor. Ze vragen om de inzet van professionele deskundigheid, van mensen die samen met de betrokkenen in staat zijn om de dilemma's te verduidelijken en een heldere keuze en besluitvorming te garanderen. Geen aandacht besteden aan het optreden van deze vragen betekent voorbijgaan aan de actuele behoeften die medewerkers kunnen hebben. Daar komt nog bij dat de ontwikkeling van een kwaliteitsbeleid ethiek de herkenning van dergelijke kwesties ongetwijfeld zal doen vergroten. Een organisatiegedrag dat voorbijgaat aan de concreet gevoelde behoeften onder verwijzing naar de toekomstige mogelijkheden, zou de bereidheid van medewerkers om een inspanning te leveren aan een kwaliteitsbeleid ethiek danig kunnen verminderen. Dat heeft ongetwijfeld negatieve effecten voor de acceptatie van programmavoorstellen van de stuurgroep.

Daarom is het een goede zaak wanneer er adequaat op de vragen wordt ingegaan. Dat kan op verschillende manieren. Om te beginnen zou men de ingestelde stuurgroep (of commissie met stuurgroep-taakstelling) kunnen belasten met de taak om antwoorden te geven op de opkomende concrete vragen. Dit heeft echter het nadeel dat de stuurgroep (of commissie) toch weer tijd kwijt is aan de behandeling van deze vragen; dat ze minder tijd over houdt voor de primaire taakstelling waar we in deze nota voor gepleit hebben nl. die van de beleidsvoorbereiding. Zeker wanneer er in de commissie of stuurgroep weinig ervaring en expertise is met het hanteren van een gezondheidsethisch perspectief, bestaat het risico dat deze beleidsvoorbereidende taakstelling ernstig gaat lijden onder het zorgvuldig beantwoorden van de concrete vragen. Wanneer er voldoende expertise in de commissie of stuurgroep bestaat, en er geen grote risico's zijn voor 'vervuiling' van de beleidsvoorbereidende taken, is er weinig bezwaar tegen behandeling van concrete vragen door de stuurgroep of commissie. Verondersteld mag worden dat er voldoende expertise is, wanneer er ook ethici deel uitmaken van de stuurgroep.

Wanneer dat niet het geval is, of wanneer men amper tijd over houdt voor aanvullende taken zou men een andere benadering kunnen overwegen. In de eerste plaats zou men een ethische commissie overeind kunnen houden als punt van consultatie naast de stuurgroep. Volgens de

normale opbouw van een projectstructuur zou zij door de stuurgroep aangestuurd kunnen worden: een werkgroep met de specifieke taakstelling vanuit ethische expertise te reageren op concrete vragen vanuit de organisatie. Niet belast met beleidsvoorbereiding maar met beleidsuitvoering. Wordt haar agenda in de tweede fase bepaald in overleg met de stuurgroep en de directie, in de derde fase reageert zij op vraagstellingen van het middenmanagement. Men zou ook nog een andere oplossing kunnen kiezen. Voor allerlei kwesties die in de gezondheidszorg spelen, wordt veelvuldig een beroep gedaan op externe adviseurs. De vraag is waarom deze werkwijze ook niet meer gehanteerd zou kunnen worden bij ingewikkelde ethische vragen. Expertise is in Nederland voldoende voorhanden. Vooral op het gebied van de medische ethiek. Maar evenzeer op het gebied van de bedrijfsethiek. Door ethische expertise ‘in te huren’ maakt men inzichtelijk dat men ethiek ernstig neemt als aandachtsgebied in de organisatie; dat men een groot belang hecht aan een deskundige en onafhankelijke benadering van de voorkomende vragen. Door gebruik te maken van externe adviseurs houdt een ethische commissie of stuurgroep ethiek de handen vrij voor de beleidsvoorbereidende taken. Uiteraard is het weinig zinvol om een adviseur in te schakelen buiten de ethische commissie of stuurgroep ethiek om. Een inventarisatie van de binnenkomende vragen is bij hen in goede handen. Het geeft de mogelijkheid een goed zicht te krijgen op de aard van de vragen. Dat kan hen helpen bij de formulering van beleidsvoorstellen en de identificatie van projecten op centraal en later op decentraal niveau. Vervolgens zouden zij ook vast kunnen stellen ten aanzien van welke vragen externe begeleiding nodig is en de vraagstelling voor de adviseur kunnen preciseren.

3.7. Recapitulerend

Om ethiek thuis te brengen in de zorginstelling wordt een gefaseerde aanpak voorgesteld. Als belangrijkste beleidsdoel wordt het bevorderen van de ethische reflectie genomen op al die plaatsen waar morele vragen zich in een organisatie voordoen. Daarmee wordt in de eerste plaats afstand genomen van protocollering als het belangrijkste instrument om morele vragen tot een ‘waterdichte’ oplossing te brengen. Het gesprek over morele vragen kan eventueel leiden tot een protocol, als een uitspraak over wat wel of niet mag, of over de procedure die in een bepaalde situatie gevolgd dient te worden, maar het gesprek op zichzelf is al van grote waarde. Zeker gelet op het gegeven dat met betrekking tot morele vragen niet alles te regelen valt en alle onzekerheid niet opgeheven kan worden.

In de tweede plaats wordt afstand genomen van de ethische commissie als de plaats waar de ethische reflectie op morele vragen zich vanzelfsprekend concentreert. Het model impliceert daarmee een fundamentele herbezinning op de taakstellingen van de ethische commissie.

Als eerste fase wordt een stap voor stap benadering voorgesteld. In aansluiting op vragen die boven komen drijven worden ad hoc beleidsinterventies voorgesteld, die het draagvlak en de sensibele voor ethische reflectie kunnen bevorderen. Op basis van de ervaringen die men met deze oriënterende bewegingen opdoet, worden de eerste stappen gezet voor een meer geformaliseerd beleidsprogramma.

Daarmee belandt men in de volgende fase van de beleidsontwikkeling. Het voorstel is om ethiek daartoe formeel op te nemen in het reguliere kwaliteitsbeleid. Voor de identificatie van onderwerpen die daarbij aan de orde zouden moeten komen, is het voorstel een stuurgroep ethiek te installeren die uitsluitend een beleidsvoorbereidende taakstelling krijgt, of de ethische commissie met deze taakstelling toe te rusten. Zij zou concrete projectvoorstellen uit dienen te werken die de ervaring in het systematisch omgaan met morele vragen in de organisatie vergroot. Uiteindelijk doel van deze programmatische aanpak is de erkenning van ‘ethiek’ als vanzelfsprekend onderdeel van het kwaliteitsbeleid. Na ervaring opgedaan te hebben met het bespreken van morele thematieken in een paar van dergelijke projecten, wordt de stap gezet naar een agendering van morele vraagstukken in de beleidsplannen van de verschillende onderdelen van de organisatie. Met het onderbrengen

van ethiek in de reguliere beleidscyclus bereikt de organisatie de derde fase van de beleidsontwikkeling.

Het geschetste proces, te beginnen met de beleidsmatige aansluiting op concrete vragen tot een uitgewerkt programma ethiek, dat in de beleidsplannen van de instelling gedocumenteerd wordt, is niet mogelijk zonder adequate sturing vanuit het management. In de eerste plaats betreft dat de directie Uiteindelijk blijft deze verantwoordelijk voor de beleidsontwikkeling op dit gebied. De directie kan zich vanwege de aard van de problematiek laten bijstaan door een stuurgroep of door de ethische commissie, maar uiteindelijk zullen de beleidsbeslissingen van de directie bepalend zijn voor de resultaten.

In de tweede plaats is een belangrijke rol weggelegd voor het middenkader in de transformatie van het centrale beleid naar de dagelijkse praktijk. Veel hangt af van de vaardigheden die leidinggevendenden hebben in het creëren van de nodige leerervaringen op het niveau van medewerkers en professionals en van een adequate inschatting en bijstelling van de randvoorwaarden die nodig zijn om het gesprek over morele vragen op gang te brengen en te houden.

Op weg naar een beleidsprogramma ethiek: een oriëntatiemodel

FASE I: STAP VOOR STAP BENADERING

1. BEKRACHTIGING DOOR MANAGEMENT VAN INITIATIEVEN VAN INDIVIDUELE MEDEWERKERS
2. AANDACHT VOOR 'PROBLEEMHEBBERS' EN 'HOBBYISTEN'
3. ORGANISEREN INCIDENTELE ACTIVITEITEN
4. VISIE - ONTWIKKELING
5. DOEL: SENSIBILISEREN ORGANISATIE VOOR MORELE VRAGEN

FASE II: ONTWIKKELING BELEIDSPROGRAMMA

1. BELEIDSKEUZE: ONDERBRENGEN ETHIEK IN KWALITEITSBELEID
2. INSTELLEN STUURGROEP ETHIEK OF ETHISCHE COMMISSIE TOERUSTEN MET ALS TAAKSTELLING:
 - Inventariserend onderzoek door o.a.:
 - ✓ Gesprekken met sleutelfiguren
 - ✓ Contacten met management, werkgroepen, cliëntenraad
 - Identificatie thematische projecten
 - Uitvoering projecten, evaluatie, bepalen follow-up
 - Ondersteuning bij de beantwoording van concrete vragen: ofwel in eigen beheer, ofwel door inschakeling experts
3. DOEL: GENEREREN VAN LEERERVARINGEN IN HET OMGAAN MET MORELE VRAGEN

FASE III: ETHIEK IN DE BELEIDSCYCLUS

1. EVALUATIE PROJECTMATIG WERKEN
2. AFSPRAKEN DIRECTIE EN DECENTRALE EENHEDEN OVER DEELPROJECTEN EN ACTIVITEITEN ETHIEK IN HET KADER VAN KWALITEITSBELEID.
3. TRAINING MIDDENKADER IN LEIDINGGEVEN ETHISCHE REFLECTIE
4. FORMELE BEËINDIGING CENTRALE TAAKSTELLING STUURGROEP ETHIEK; EVENTUEEL BIJSTELLEN TAAK [EN SAMENSTELLING] TOT CONSULTATIE- EN INFORMATIEPLATFORM
5. DOEL: ONDERBRENGEN ETHIEK IN NORMALE WERKPROCESSEN

4. Tot besluit

Deze nota heeft uitdrukkelijk het karakter van een discussienota. Ze wil uitnodigen tot gesprek over de organisatie van moreel beraad. De geschetste ontwikkelingen en mogelijkheden bieden hopelijk daarbij een oriëntatie. Ze zullen door sommigen herkend worden, door anderen niet. Bij de opzet is er niet naar gestreefd om een zo adequaat mogelijk beeld te geven van wat zich in de instellingen voordoet. Eerder lag de nadruk erop om een middel aan te reiken dat de meningsvorming ter plaatse zou kunnen ondersteunen: hoe beoordelen wij onze situatie? Op welke manier wordt er in onze organisatie omgegaan met morele vragen? Hoe staat het met het communicatieklimaat? Is er sprake van terughoudendheid in het bespreken van ervaren moeilijkheden? Of niet? Hoe ervaren wij de effectiviteit van de ethische commissie? En de ruimte van ons handelingsrepertoire: beperkt zich dat tot waardeoverdracht door middel van protocollering? Welke andere wegen bewandelen wij? Vinden wij het gelet op onze situatie noodzakelijk voor een steviger aanpak te kiezen? Hoe zou die eruit kunnen zien? Is er ruimte voor?

In dezelfde lijn is het gepresenteerde fasemodel een oriëntatiemodel: een uitnodiging om positie te kiezen, om een beredeneerde greep te doen uit een scala van mogelijkheden. Of om er van af te wijken. Lokale situaties zijn immers dermate onderscheiden dat er geen uniforme antwoorden te geven zijn op de vraag, hoe moreel beraad het beste te organiseren valt. In de ontwikkeling van beleid staan managers en organisaties dan ook voor de opgave om steeds hun eigen ontwerpen te construeren. Daarbij komt dat het gepresenteerde model een ontwikkelingsproces weergeeft. Het reikt van een blanco situatie tot een ingevuld beleid. Instellingen zullen zich ergens op de lijn tussen die twee punten bewegen. Afhankelijk daarvan zullen sommige elementen meer van toepassing zijn dan andere.

Los van die lokale variatie is er uiteraard sprake van tendensen die breder herkenbaar zijn. Sinds jaar en dag functioneren er in de instellingen ethische commissies. Die voorziening heeft zich langzamerhand ontwikkeld tot een standaardoplossing voor het omgaan met morele vragen. Signalen uit het veld duiden er op dat deze voorziening zich in een overgangperiode bevindt. Er wordt gezocht naar andere mogelijkheden om ethiek een plaats te geven. Een die meer aansluit op de reguliere processen; die minder de kans loopt voor de (onmogelijke) opgave te staan ethiek ‘van buiten af’ de organisatie ‘in te duwen’. In die lijn is in de nota aansluiting gezocht bij het denken over kwaliteitsbeleid en bij vormen van projectmatig werken. Tevens werd aangeknoopt bij ontwikkelingen in het bedrijfsleven. Inzichten uit de bedrijfsethiek maken er op attent dat ethiek in de zorg te gemakkelijk vereenzelvigd wordt met medische ethiek. Morele vragen doen zich in de zorg ook op andere beleidsterreinen en organisatie-onderdelen voor, dan op het gebied van de primaire hulpverlening. Uiteraard zullen de specifiek gezondheidsethische vragen in de praktijk de meeste aandacht vragen. Wat het zwaarst is, zal beleidsmatig het zwaarst wegen. De koppeling van ethiek aan het kwaliteitsbeleid impliceert desalniettemin een principiële verbreding van het blikveld.

Hopelijk ondersteunt de ontwikkelde gedachtenlijn een beweging waarbij men niet langer voor de opgave staat ethiek van buiten af de organisatie in te duwen, maar waarbij de articulatie van morele vragen ‘gewoon’ plaatsvindt in aansluiting op de reguliere processen, overal in de organisatie.

Literatuur

- A. van der Arend, Beroepscode; morele kanttekeningen bij een professionaliseringsaspect van de verpleging, Baarn 1992.
- C. Argyris, On organizational learning, Cambridge Massachusetts 1992.
- G. van Asperen, Het bedachte leven. Beschouwingen over maatschappij, zingeving en ethiek, Amsterdam 1993.
- CELAZ, Mogelijkheden voor moral management, NZf Utrecht 1993.
- CELAZ, De maatschappelijke verantwoordelijkheid van instellingen voor gezondheidszorg, NZf Utrecht 1997.
- CELAZ/CEBA, Ethiek in het verpleeghuis. Een werkdocument, NZf Utrecht 1995.
- H. ten Dam, De lerende organisatie. Onderzoek naar het leervermogen van een thuiszorgorganisatie, ongepubliceerde doctoraalstudie, Utrecht 1996.
- H. van Dartel, Organisatie ontwerpen voor een ethische commissie. Keuze op basis van verwachte producten en werkwijzen, in: Zm Magazine 12 (1996) nr, 7/8, 11 – 19.
- H. van Dartel, Laat zorgverlening geen dropfabricage worden: denken over management-concepten voor de zorg, in: Zorgvisie 26 (1996) 11, 26 – 29.
- R. Grol e.a., Invoering van richtlijnen en veranderingen. Een handleiding voor de medische, paramedische en verpleegkundige praktijk, Utrecht 1994.
- Y. Hasenfeld, Human Service Organizations, Englewood Cliffs New Jersey, 1983.
- J. Hellinga en H. van Dartel, Ethiek, stiefkind van de manager, in: Markant 3 (1998), 9, 28-29.
- B. Hoeksma e.a., Model Intern Kwaliteitssysteem voor verpleeghuizen. Kwaliteit in cure en care, Utrecht/Enschede 1995.
- W. Hoekstra-Nienhuis, De pijnlijke kloof tussen techniek en zorg, in: Medisch Contact 53 (1998) 41, 1317 – 1319.
- G. ten Horn, ‘Schoenmaker blijf bij je leest’: zorgmanagement en maatschappelijke ontwikkelingen, in: CELAZ, Congresbundel 4 juni 1997, NZf Utrecht 1997, 29 – 33.
- H. van der Kloot Meijburg, De ethische commissie: het voortraject, in: Tijdschrift voor Geneeskunde en Ethiek 6 (1996) 1, 18 – 22.
- H. Kunneman, De horizontale kwaliteitsbenadering en geestelijk werk, in: Praktische Humanistiek 8 (1998)1, 27-36.
- Landelijk Overleg voor Commissies Ethiek in de Zorg. Een verslag van de middagen om ervaringen uit te wisselen en netwerken te vormen, Utrecht 1997.

J. Leenders, Werkanalyse: een methode tot verhoging van de kwaliteit, in: L.Boon (red.), Werkdruk & Personeelsbeleid in de gezondheidszorg. Dilemma's bij arbeidsmarkt, salariering, zorgzwaarte en werkdrukgeden, functiedifferentiatie en loopbaanplanning, Amstelveen 1991, 87-93.

H. Manschot, 'De zwijgende directie': het aandeel van de instellingsdirectie in het publieke debat over de zorg, in: CELAZ Congresbundel 4 juni 1997, NZf Utrecht 1997, 45 - 47.

F. de Mink, Instrumenten voor waardeontwikkeling voor trainers en leidinggevenden, in: Opleiders en Organisaties, Capita Selecta, nr. 35. Ethiek in leerprocessen, Deventer 1998.

H.Mintzberg, Organisatiestructuren, Schoonhoven 1991.

R. Normann, Service Management. Strategy and Leadership in Service Business, Chichester 1991.

M.Nussbaum, Wat liefde weet. Emoties en moreel oordelen, Amsterdam 1998.

P. Senge, De vijfde discipline; De kunst & praktijk van de lerende organisatie, Schiedam 1992.

SOVAK, Zorg- en dienstverlening aan mensen met een verstandelijke handicap, Jaarverslag 1997, Terheijden 1998.

G. van Thiel, A. Huibers, K. de Haan, Met zorg besluiten. Beslissingen rond het levenseinde in de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap, Assen 1997

M. Tiemstra, R. Pepels, De missie als leidraad. Van visioen naar concreet beleid, in: Zorg& Ondernemen 1998, 2, 13 - 15.

U. Tröhler, S. Reiter-Theil, Ethik und Medizin 1947-1997. Was leistet die Kodifizierung von Ethik? , Göttingen 1997

VGN, Model Kwaliteitssysteem Gehandicaptenzorg. Concept. Ten behoeve van de experimentfase project Kwaliteit in Zicht, Utrecht 1998.

G. Widdershoven e.a., Thema: proceduralisme in de gezondheidsethiek, in: Gezondheid: theorie in praktijk, 2 (1994)1, 2 - 63.

T. van Willigenburg e.a., Ethiek, levensbeschouwing en het management, NZi/NZf Utrecht 1991.

G. Wijnen e.a., Projectmatig werken, Utrecht 1994

C. van Zoest, Kwaliteitszorg voor non-profit organisaties, Baarn 1996.

H. Zwart, Weg met de ethiek? Filosofische beschouwingen over geneeskunde en ethiek, Amsterdam 1993.

Noten

1. Het nadenken over morele vraagstukken als beroepsgebonden activiteit, manifesteert zich ook in de professionaliseringstendensen van allerlei beroepsgroepen. Iedere zichzelf respecterende beroepsgroep zal in haar ontwikkeling streven naar het formuleren van morele uitgangspunten die bepalend geacht worden voor iedere beroepsbeoefenaar. Sociologen beschouwen het opstellen van een ethische code, waarin die uitgangspunten worden neergelegd, als een van de laatste stappen in de ontwikkeling van een professie. De codes functioneren vanuit deze optiek als instrumenten om zich te onderscheiden van andere beroepsgroepen, én als instrumenten om het eigen handelen aan te toetsen. Met betrekking tot die laatste functie zijn er overigens grote verschillen tussen de diverse disciplines. Grijpen verpleegkundigen zelden terug naar de code, voor maatschappelijk werkers die vaak in een meer geïsoleerde positie werken, is de eigen code een belangrijk ankerpunt.

De verschillende beroepscode zijn overigens zo algemeen geformuleerd dat ze geen duidelijk antwoord geven op de vraag hoe in concrete situaties te handelen. Verwijzing naar een beroepscode zonder meer, geeft dan ook vaak geen echte verklaring voor het handelen. Zonder nadere interpretatie blijft de verwijzing leeg.

² Professionaliteit kan op verschillende manieren begrepen worden. Wanneer het gaat om de technische expertise van een hulpverlener,- de kunst en de kunde die op basis van opleiding en ervaring geldend wordt gemaakt in individuele situaties, bijvoorbeeld om een juiste diagnose te stellen, een behandeling te bepalen en uit te voeren -, kan men zeggen dat de professional relatief autonoom is. Zijn beslissingen en handelingen staan hier open voor een kritische beoordeling door collegae. Leken zijn op dit gebied veel minder in staat tot een goede beoordeling van het professionele handelen. Wanneer men het begrip professionaliteit exclusief reserveert voor dit terrein van expertkennis kan men spreken over een smalle opvatting van professionaliteit.

Tegen een dergelijke smalle opvatting van professionaliteit rijst toenemend verzet. Een smal begrepen professionaliteit beveiligd de professional misschien tegen inmenging door anderen op het specialistisch kennisgebied, het impliceert een zekere onverschilligheid ten aanzien van de toepassing van expertise in de individuele situatie van cliënten. Het oordeel of de expertise ook toegepast moet worden, valt bij een dergelijk smalle interpretatie van professionaliteit immers buiten de competentie van de professionele hulpverlener. Het is de cliënt, eventueel diens familie, die vanuit zijn situatie maar moet bekijken of het zorgaanbod ook passend is. Tegenover deze visie op professionaliteit stellen pleitbezorgers van een bredere benadering, dat het terdege tot de verantwoordelijkheden van de hulpverlener behoort om samen met de cliënt na te gaan of het zorgaanbod ook echt tegemoet komt aan diens persoonlijke behoeften. Wil het zorgaanbod echt zorg zijn, stelt de hulpverlener niet alleen zijn technische expertise ter beschikking, maar ondersteunt hij de cliënt aanhoudend bij het nemen van beslissingen over de toepassing van het zorgaanbod, zoekt hij samen met de cliënt naar de invulling van de zorg.

³ Een punt dat buiten beschouwing is gebleven maar ook telt als het gaat om een grotere transparantie, is het gegeven dat de hulpverlening steeds minder een zaak is van die ene cliënt en die ene hulpverlener. Hulpverlening is steeds meer het resultaat van op elkaar inhakende processen waar zeer veel mensen bij betrokken zijn. In het weekblad Margriet van een aantal jaren geleden stonden op een foto de mensen afgebeeld die betrokken waren bij de behandeling van een hartpatiënt. Het liep in de tientallen. Van chirurg tot verpleegkundige, van keukenhulp en diëtist tot geestelijk verzorger. Het hulpverleningsproces verloopt langs een lijn van samengestelde, opvolgende gebeurtenissen, waarbij soms alleen de cliënt nog de continue factor is. Vertrouwen en openheid hebben in die keten van opvolgende

gebeurtenissen en ontmoetingen een andere betekenis dan binnen een een-op-een relatie. Wat ik afspreek met een cliënt, hoe ik mij tegenover hem gedraag, interfereert met de afspraken en gedragingen van anderen in de keten. Zonder transparantie van de geldende normen en waarden tussen de betrokkenen kan de hulpverlening als geheel een willekeurig aanzien krijgen en onbetrouwbaar blijken.

⁴ De taakstelling van het management met betrekking tot een grotere transparantie in de zorg, betreft niet alleen de verhoudingen tussen de diverse groepen medewerkers. Uiteraard begint het vergroten van de transparantie met de interne communicatie. De verschillen in perspectief van de medewerkers, beroepsbeoefenaars en het management zelf zijn in een zorginstelling soms erg groot.

Maar ook in de communicatie met de buitenwereld, met de omgeving van de organisatie ligt er een taak voor bestuurders en directeuren om de binnenwereld zichtbaar te maken, om te participeren in het publieke debat over de maatschappelijke betekenis van gezondheid en van de zorg. Dat er daarbij enige schroom is om naast de successtory's ook aandacht te besteden aan de probleemgebieden in een zorgorganisatie, is begrijpelijk. Echter het leven en werken in een zorgorganisatie maakt ook zichtbaar, hoe kwetsbaar ons bestaan is, hoezeer eenieder op enig ogenblik aangewezen kan zijn op zorg, hoezeer er tragische dimensies zijn in een mensenleven die duidelijk maken dat aan de maakbaarheid van het bestaan grenzen zijn gesteld. Door deze dimensies te presenteren in het publieke debat, dragen bestuurders en directies niet alleen bij aan een groter maatschappelijk begrip van de zorg maar ondersteunen zij de democratische besluitvorming over de richting en inrichting van de zorg.

⁵ Enige tijd geleden was er een hausse van voorbeelden in het bedrijfsleven: verschillende ondernemingen riepen hun producten terug uit de schappen van de winkels. Ongerechtigheden in melk en pindakaas, productiefouten met bier en auto's: er waren talrijke bedrijven die duidelijk maakten aan de consumenten dat de productieprocessen niet vlekkeloos verliepen, dat fouten maken heel gewoon was. Het leek er bijna op dat je als bedrijf niet langer voldeed als je geen productiefouten te melden had. Waren ze er niet, dan zou je ze bijna moeten uitvinden. In sommige situaties werd wel beweerd dat dat het geval was. Dan gaat het dus niet meer om het optreden van de fouten zelf, maar om het optreden van de organisatie in geval van... Wat bij deze processen van eminent belang is, is om het bestaan van fouten te melden, vóórdat de consumenten iets in de gaten hadden. Kwamen consumenten met de melding dan deed dat afbreuk aan het imago. Kwam het bedrijf er zelf mee, dan was dat positief voor het imago.

⁶ De grote nadruk die er de laatste decennia is komen te liggen op de kostenbeheersing in de zorg, heeft ook het kwaliteitsdenken niet onberoerd gelaten. Bij het denken over kwaliteit is de kwaliteit-prijs verhouding een belangrijk element geworden. Dat heeft o.m. geresulteerd in het centraal komen te staan van het begrip doelmatigheid of efficiëntie. Natuurlijk is het van belang na te gaan welk beslag een bepaald handelen legt op de financiële middelen. Wanneer er op het ene gebied kostenbesparingen kunnen plaatsvinden, kan dat stijgende kosten elders compenseren. De primaire vraag in de hulpverlening is evenwel niet de vraag naar de goedkoopste alternatieven, maar naar de beste: het beslag op middelen is daarbij veel minder relevant, dan de vraag in hoeverre de gekozen alternatieven tegemoet komen aan de behoeften van de individuele cliënt.

De vraag is of een kwaliteitsdenken dat dit primaire perspectief van de hulpverlener veronachtzaamt en efficiëntie tot centrale waarde maakt, niet gemakkelijk spanningen zal oproepen en de communicatie tussen managers en professionals zal verstoren. Zeker wanneer efficiëntie als doel op zich gaat functioneren en niet meer gerelateerd wordt aan vragen naar een rechtvaardige verdeling van schaarse goederen.

⁷ Zoals al aangegeven is een uitsluitend beroep op professionele autonomie nooit correct als het gaat om de toepassing van professionele kennis en expertise in een concrete, individuele cliëntensituatie. De verwijzing naar professionele autonomie kan dan ook niet dienen als argument om een soort stormvrije zone in te richten, waar alleen de expert recht van spreken heeft. De verwijzing naar professionele autonomie getuigt in dergelijke situaties niet van professionaliteit maar eerder van het tegendeel: van een gebrek aan goed begrepen professionaliteit.

Weten wat goed is voor een cliënt, kan immers nooit gebaseerd zijn op een oordeel waarbij de betekenis die de cliënt hecht aan gezondheid niet meegenomen wordt. Ook situaties waar de beleving van de cliënt niet goed te achterhalen is, omdat hij niet in staat is om zich te uiten, rechtvaardigen geen exclusief vertrouwen op het eigen ‘professionele’ oordeel over de toepassing van de expertkennis. Juist in dergelijke situaties is een open gesprek met betrokkenen over de bijdrage die de hulpverlening voor de gezondheid en het welzijn van een cliënt kan betekenen, aangewezen. Welzijn maar ook gezondheid zijn nu eenmaal niet sluitend in objectieve termen te definiëren. Deze subjectieve dimensie van het gezondheidsbegrip kan nooit terzijde worden geschoven. Een beroep op professionele autonomie, met de uitdrukkelijke intentie om de discussie te verhinderen, verdraagt zich slecht met een denken over gezondheid, waarin het open karakter van gezondheid en bijgevolg van de gezondheidszorg wordt erkend.

⁸ Zorginstellingen hebben door de introductie van bedrijfskundige en ondernemingsachtige benaderingen steeds meer een dubbelgestalte gekregen. Dat wat er tussen cliënt en hulpverlener in de context van de instelling gebeurt, heeft dan ook verschillende betekenissen. Wat er zich in de zorg voordoet kan daarom op verschillende manieren benaderd worden. In zekere zin heeft de zorgorganisatie een Janusgezicht. Soms lijkt de bedrijfsmatige component te gaan overheersen en verdwijnt de zorg als menselijke praktijk achter het beeld van productieprocessen zoals die zich in elk willekeurig bedrijf voordoen. De balans tussen enerzijds “bedrijf” en anderzijds “zorgpraktijk” is dan verstoord. Dat is op geen reden om een bedrijfskundige benadering te diskwalificeren. Technieken zoals werkanalyses en Business Process Redesign kunnen van betekenis zijn om de rationaliteit van de werkprocessen te verhogen. Ze kunnen helpen om negatieve effecten van routines in de zorg voor patiënten op te sporen en te neutraliseren. Met name kan dat in situaties waar de organisatorische routines met hun soms negatieve effecten op bewoners niet bepaald worden vanuit één afdeling of discipline maar juist door de verwevenheid en samenhang tussen afdelingen, diensten en disciplines tot stand komen. Het klassieke voorbeeld is het dagritme op de verpleegafdeling. Zo rapporteert een waarnemer naar aanleiding van een werkanalyse: “Soms zou je de indruk kunnen krijgen dat het dagritme van de bewoners is bepaald door de civiele dienst. Althans ik begrijp niet waarom in een aantal situaties de soep om 11.30 uur op de afdeling komt en om ± 11.45 uur de middagmaaltijd arriveert en dan te bedenken dat een aantal bewoners rond 9.30 uur heeft ontbeten. Laat staan dat ik zicht heb op de noodzaak om rond ± 16.30 uur het avondeten te verstrekken.”

Dergelijke constatering op basis van een werkanalyse maken duidelijk dat bedrijfskundige benaderingen kunnen helpen bij een humanisering van de zorg. Duidelijk is evenwel dat naar mate het meer gaat om de directe zorgverlening de mogelijkheden van deze bedrijfskundige benaderingen beperkter zijn. De individualiteit van de zorgverlening kan er niet goed in tot uitdrukking worden gebracht. Cliënten met hun concrete levensgeschiedenissen en van daaruit te lezen behoeften zijn niet gemakkelijk op het niveau van abstracte categorieën te benaderen. Ze houden zich niet aan de gemeenschappelijke karakteristieken die termen als informatiestromen, patiëntenstromen, geldstromen e.d. veronderstellen. Ze gaan tegen de stroom in.

⁹ In de zorg vormen zich steeds meer conglomeraten. Instellingen die in een breder verband met elkaar samenwerken. Ethische commissies volgen deze ontwikkeling. Ze gaan meer dan in het verleden op conglomeraats- of regionaal niveau werken. Daarmee komen ze nog meer dan in het verleden los te staan van de processen zoals die in de praktijken van de verschillende instellingen afspelen; zitten ze op een nog hoger aggregatieniveau dan in het verleden vaak al het geval was. Onwillekeurig worden ze daarmee in een vaak afstandelijke expertrol gezet. De vraag wordt hoe bij het langer worden van de lijnen naar de uitvoerende processen de vaak geprefereerde consultrol nog kan worden uitgeoefend.

¹⁰ Wat artsen hebben met het woord 'protocol', hebben verpleegkundigen met het woord 'standaard'. De term 'standaard' zal door hen associatief in verband gebracht worden met 'standaardverpleegplan': een inventariserend overzicht van de verpleeg-problemen, doelen en interventies die men op basis van ervaring en inzicht bij een bepaalde categorie patiënten kan verwachten. Net zoals een medisch protocol is een standaardverpleegplan als hulpmiddel bedoeld bij het plannen en uitvoeren van de individuele zorg. Omdat in de verpleging veel in wetenschappelijke zin onzeker is en amper door onderzoek bevestigd, bevatten standaarden voornamelijk uitnodigende voorstellen voor de invulling van de praktijk. Het fundamenteel voorlopige karakter van veel standaardverpleegplannen wordt door vele verpleegkundigen echter miskend. Net zoals in de geneeskunde wordt werken met een standaard, ondanks de individuele vrijheid die de verpleegkundige gelaten wordt bij het toesnijden van de standaard op de individuele behoeften van de cliënt, misverstaan als een dwingend keurslijf. De standaard wordt dan opgevat als een dwingend voorschrijvend protocol.

Naast standaardverpleegplannen kent men in de verpleging evenwel ook protocollen. Deze hebben voornamelijk betrekking op paramedische activiteiten waar verpleegkundigen bij betrokken zijn. Zo zijn er bijvoorbeeld medicatie-protocollen, en decubitus-protocollen. In tegenstelling tot standaardverpleegplannen hebben dergelijke protocollen een strikt voorschrijvende werking.

¹¹ De juridisering van de ethiek die zichtbaar wordt in protocolleringstendensen in de gezondheidszorg, doet zich uiteraard niet alleen daar voor. Het is een manifestatie van meer algemene tendensen in onze cultuur. Met name heeft het te maken met het domineren van een bepaald mensbeeld: dat van het vrije individu dat rechten kan laten gelden om zich te ontplooiën zonder daarbij gehinderd te worden door anderen. Het maatschappelijk betekenisverlies van traditionele levensbeschouwingen, en van traditionele belevingen van gemeenschappen, heeft het gaan domineren van dit mensbeeld vergezeld. Heeft het spreken over de rechten van mensen grote betekenis (gehad) voor een meer gelijkwaardige verhouding tussen bijvoorbeeld hulpverleners en hulpontvangers, het stelt de zorg ook voor problemen. Met name de zorg voor mensen die moeite hebben hun vrijheid in de relatie met anderen te beklemtonen, zoals mensen met een verstandelijke handicap, kan moeilijk gefundeerd worden op het praten over rechten.

¹² In het jargon van de organisatiekunde wordt deze aanpak aangeduid als een incrementalistische benadering.

¹³ In de bedrijfsethiek heeft men het over het omgaan met de zogenaamde klokkenluiders. Dan gaat het over personeelsleden die de organisatie uiteindelijk de bel aanbinden door naar buiten te treden en via de media de aandacht te vragen voor problemen in het bedrijf. Bijvoorbeeld met betrekking tot het overtreden van milieuwetgeving. Het aanklaarten van misstanden is uiteraard een gevoelige zaak voor bedrijven die afhankelijk zijn van hun imago en van positieve beelden in de publieke opinie. Vaak gaat het om een laatste stap die een

werknemer zet in een verstoord communicatieproces waarbij verschillen van inzicht over de maatschappelijke rol van de onderneming intern niet konden worden uitgediscussieerd. Bij het optreden van klokkenluiders is er, los van de kritiek die de klokkenluider inhoudelijk naar voren brengt, steeds de vraag of de onderneming wel adequaat gecommuniceerd heeft; of zij voldoende aandacht gehad heeft voor degenen die problemen beleven en hun inhoudelijke opmerkingen echt serieus heeft willen nemen.

¹⁴ De hier voorgestelde werkwijze om ethiek thuis te brengen in de organisatie wijkt weinig af van methodes die in het veld gebruikt worden om met kwaliteit in de gebruikelijke zin van het woord bezig te zijn. Zo staat in een jaarverslag van een instelling voor gehandicaptenzorg over 1997 te lezen: “De werkgroep wil er overigens voor waken dat kwaliteitszorg een vage, van de werkelijkheid vervreemde papieren oefening wordt. Zij pleit voor goed afgebakende projecten waar concreet aan gewerkt kan worden en die een aantoonbare winst voor de cliënt opleveren.” Vervolgens gaat het jaarverslag in op twee projecten die in 1997 waren uitgewerkt, nl. de ontwikkeling van een individueel zorgplan en het realiseren van volledige dagbesteding voor cliënten. Op eenzelfde wijze zouden ook voor ethiek projecten kunnen worden gedefinieerd, of zou men ten aanzien van de in het ‘gewone’ kwaliteitsbeleid neergezette projecten de reflectie op de ethische aspecten apart als deelprojecten kunnen wegzetten.