



Aan ethiek doen, ethiek laten werken en ethiek organiseren

Bert Molewijk
Programmaleider Moreel Beraad
VUMC Amsterdam & GGNet Zutphen
moreelberaad@ggnet.nl

Bijlage 5 uit het Signaleringsrapport van het Centrum voor ethiek en gezondheid (www.ceg.nl):

'Dilemma's van verpleegkundigen en verzorgenden'
Signalering ethiek en gezondheid 2009

Inhoudsopgave

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

1 Introductie

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

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

1.1 Aandacht voor morele vragen is aandacht voor kwaliteit van zorg

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

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

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

1.2 Aan ethiek doen vraagt deskundige begeleiding

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

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

1.3 Faciliteren van voorwaarden, samenwerking en onderzoek

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

1.4 Achtergrond en opbouw van dit essay

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

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

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

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

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

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

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

2.1 Moreel beraad: onderzoek naar het goede in concrete ervaringen

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

- a. een *morele* vraag staat centraal.
- b. er sprake is van een *onderzoek* naar de betekenis, vooronderstellingen en antwoorden op die morele vraag.⁶
- c. er sprake is van een *gezamenlijk groepsonderzoek* (een moreel beraad is dus niet bedoeld om een individu te helpen).
- d. elkaar te helpen of elkaar praktische adviezen te geven.⁷ Emoties binnen een moreel beraad zijn van groot belang (en zijn verweven met morele oordelen en moreel inzicht⁸) zolang de emotie het onderzoek naar de morele vraag niet in de weg zit. Emoties dienen altijd het onderzoek in een moreel beraad, maar zijn niet het doel van een moreel beraad.⁹

2.2 Meerdere soorten morele vragen

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

⁵ Globaal worden er 5 soorten van ethiek doen onderscheiden:

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

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

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

⁸ Zie Nussbaum, 1998.

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

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

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

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

2.3 Hoe ontstaat een moreel dilemma?

Dat wat een moreel dilemma is, staat niet bij voorbaat vast. Weliswaar zijn er zojuist criteria gegeven voor wat een dilemma een dilemma maakt, maar of iemand iets als een moreel dilemma ziet of ervaart hangt vooral van de individuele persoon en de specifieke context af.¹³ Zo kan het zijn dat tijdens een moreel beraad de casusinbrenger een moreel dilemma inbrengt dat volgens sommige deelnemers aan het moreel beraad geen dilemma is. Ook kan het zijn dat binnen een eenvoudige casus deelnemers aan een moreel beraad verschillende morele dilemma's ervaren. Binnen onze visie op ethiek (zie paragraaf 5) is dat geen probleem maar juist een aanleiding voor een potentieel vruchtbaar moreel beraad: door welke vooronderstellingen ervaart iemand iets wel of niet als een moreel dilemma? Door een kritische reflectie op de vooronderstellingen waarop iemands moreel dilemma gebaseerd is, verdwijnt soms het morele dilemma voor de casusinbrenger tijdens het begin van een moreel beraad. Ook kan het zijn dat na een uitgebreide reflectie op een moreel

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

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

¹² Het concept van *moral distress* is niet altijd helder en het gebruik van de term brengt soms risico's met zich mee. Het is bijvoorbeeld niet duidelijk op welke grond mensen met *moral distress* (beter) weten wat moreel goed of juist is. Een risico is dat een verschil van inzicht in wat moreel juist is geherdefinieerd wordt als bijvoorbeeld een machtsprobleem (zie gevaar van wat ik 'calimero-ethiek' noem in paragraaf 4.5). Het gebruik van de term *moral distress* kan paradoxaal genoeg een respectvolle en open dialoog (of onderzoek) naar morele vraagstukken in de weg staan en versterkt soms bepaalde opposities. Verder wordt door het gebruik van de term '*moral distress*' de ethiek om eigen belangen ondubbelzinnig door te drukken (zie gevaar van 'barricade ethiek' in paragraaf 4.5).

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

dilemma tijdens een moreel beraad, de casusinbrenger ervaart dat het morele dilemma sterk is verzwakt of zelfs is verdwenen: mensen beseffen dan wel dat zij niet beide handelingen kunnen doen (zoals dat in de dagelijkse praktijk continu het geval is), maar voelen zich minder belast of gevangen tussen die twee handelingen omdat ze zowel emotioneel en rationeel achter een van de beide handelingen kunnen staan. Met andere woorden, een moreel dilemma (inclusief zijn betekenis en de manier waarop het geformuleerd wordt) is niet een bestaand iets dat bij voorbaat helder en als een vaststaand gegeven boven een praktijk zweeft. Een moreel dilemma is continu aan verandering onderhevig; zij is dynamisch en intersubjectief.

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

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

3 Aan ethiek doen

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

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

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

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

3.1 Ethiek laten doen door experts

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

3.2 Ethiek laten doen door gezondheidszorgmedewerkers zelf

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

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

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

¹⁶ Zie noot 25.

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

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

¹⁹ Zie Molewijk ea. 2006.

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

Doelen van ‘aan ethiek doen’

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

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

Houding tijdens het ‘aan ethiek doen’

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

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

Voorwaarden met betrekking tot het ‘aan ethiek doen’

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

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

Een belangrijke voorwaarde is voorts om te benadrukken dat de geschikte expertise in huis moet zijn, of extern ingehuurd moet worden. Je kunt soms beter de eerste ethiekactiviteiten door een (externe) expert laten doen dan dat de scherpte en diepte en methodische kwaliteit de eerste keer tegenvalt (je hebt maar één keer om een eerste indruk te krijgen).

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

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

3.3 Vormen van 'aan ethiek doen'

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

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

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

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

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

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

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

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

3.4 Aan ethiek (leren) doen: specifieke expertise nodig

Aan ethiek doen is lastig.²⁹ Gesprekken over moraal gaan vaak alle kanten op en het is vaak onduidelijk welke methode waarom (niet) gevolgd wordt en welke kennisclaims we binnen de ethiek kunnen hanteren. Het zal

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

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

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

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

²⁷ Zie Sitvast 2007.

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

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

niet de eerste keer zijn dat een enthousiaste start aan een ethiekactiviteit (of project) eindigt met een ruziënde of gekwetste groep mensen die nog meer gefrustreerd uit elkaar gaat, dan dat zij bij elkaar kwam, of eindigt met de constatering dat het een gezellige maar vrijblijvende borrelpraat was zonder kop of staart en met geen of onduidelijke gevolgen. Hier geldt zeker: bezint eer ge begint.

Om goed aan ethiek te kunnen doen is het zinvol om de morele competentie van professionals (verder) te ontwikkelen. Morele competentie is kort gezegd die kennis, vaardigheden en houding die je kunt gebruiken om, samen met anderen, met morele vraagstukken om te gaan.³⁰ Tekortkomingen op het gebied van morele competenties, zowel bij gezondheidszorgmedewerkers als bij de organisatie waarbinnen zij werken, kunnen leiden tot een scala aan problemen.³¹ Volgens een studie van het CEG naar de kwantiteit en kwaliteit van ethiek in zorgopleidingen en zorginstellingen, hebben zorgprofessionals over het algemeen te weinig ethische basiskennis en morele vaardigheden en ontbreekt vaak het besef dat morele aspecten verbonden zijn aan heel alledaagse vormen van zorg. Een training die zich richt op kennis, vaardigheden en/of houding met betrekking tot het omgaan van morele vraagstukken dient direct aan te sluiten bij wat gezondheidszorgmedewerkers dagelijks doen.³² Training in morele competentie dient zich primair (te legitimeren door zich) te richten op dagelijkse handelingen en concrete ervaringen. Training in ethische kennis is relevant in de zin dat gezondheidszorgmedewerkers summier leren wat het vakgebied ethiek inhoudt, waar in de dagelijkse praktijk ethische kwesties zich kunnen voor doen en welke denkwijzen er bestaan om een handeling moreel juist te vinden. Louter kennisoverdracht van bijvoorbeeld ethische theorieën en principes lijkt onvoldoende of soms misleidend.³³ Het trainen van morele competentie kan goed samengaan met het bespreken en behandelen van een ethische kwestie op de afdeling (zie doelen van moreel beraad in paragraaf 2). Samenwerking tussen onderzoekers, ethiekdocenten en onderwijskundigen op dit gebied, gericht op inhoud, didactiek en resultaat van trainingen in de dagelijkse praktijk, is van groot belang.³⁴

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

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

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

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

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

³² Zie: Stolper ea. 2008.

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

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

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

Leidinggevend en bestuurders bagatelliseren soms het belang van de ethiek door de ethiekactiviteit weg te zetten als hobby, therapie of overbodige bureaucratisering. Soms wordt, principieel of opportuun, gezegd dat ethiek niet expliciet georganiseerd dient te worden omdat ethiek overal zit. Op die manier verdwijnt niet alleen de expliciete en methodisch specifieke aandacht voor ethiek, maar ook de specifieke expertise die nodig is om ethiekactiviteiten te begeleiden. Tegelijkertijd ontstaan er initiatieven waarvan het oorspronkelijk enthousiasme en hoop omslaat in frustratie of wantrouwen doordat de ethiek niet goed, te weinig, te laat, of zelfs verkeerd wordt geborgd. Kortom, ondanks goede bedoelingen met ethiek, en ondanks kwalitatief goede ethiekactiviteiten: het ontbreekt regelmatig aan een juiste organisatie en inbedding van die ethiekactiviteiten.

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

4.1 Zorg voor ethiek organiseren is een *must*

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

4.2 Aan ethiek doen en ethiek organiseren moet ter plekke werken

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

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

Het is wel van belang om steeds de kwaliteit van zorg als onderwerp te bewaken. Voorkom dat de ethiek zelf te veel centraal komt te staan. Ga niet naar een afdeling toe en vraag of ze aan moreel beraad willen doen, maar ga naar een afdeling toe en vraag welke morele vragen of discussiepunten er zijn met betrekking tot de kwaliteit van zorg. Vraag pas in tweede instantie of moreel beraad (of een andere vorm van aan ethiek doen) daarbij kan helpen. Doe niet aan ethiek omdat aan ethiek doen in zichzelf goed is, maar doe aan ethiek om

vragen van de medewerkers over de kwaliteit van zorg goed te kunnen bespreken. Dat kan betekenen dat je ethiekactiviteiten pas organiseert als dat in een bepaald project of tijdens het bespreken van een bepaald thema zinvol en nuttig kan zijn. Vanzelfsprekend is er een kleine groep nodig in het ziekenhuis die de ethiek als zodanig expliciet organiseert.

4.4 Verwar niet de verantwoordelijkheden bij ethiekactiviteiten

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

Tijdens het aan ethiek doen zelf, is het belangrijk om in het bespreken van een inhoudelijke kwestie betrokkenen de vrije ruimte te geven. Indien tijdens een ethiekactiviteit medewerkers gemanipuleerd of inhoudelijk gestuurd worden, wordt niet alleen de integriteit van de medewerkers aangetast maar ook het domein van de ethiek zelf. Binnen een ethiekactiviteit zijn mensen dus vrij maar tevens verantwoordelijk voor hun eigen standpunt. Een goed voorbeeld van de balans tussen de verantwoordelijkheid van de instelling voor de organisatie van de ethiekactiviteiten en de eigen verantwoordelijkheid van de deelnemers aan die ethiekactiviteit, is het project 'Dwang en Drang' binnen GGNet te Zutphen.³⁶ In dat project werden ethiekactiviteiten (soms verplicht) georganiseerd met als expliciet beleidsdoel de kwantiteit en kwaliteit van dwang en drang in de psychiatrie respectievelijk te verlagen en te verbeteren (in concreto: minder separeren en indien separeren toch 'noodzakelijk' is, dan de kwaliteit van die separatie verbeteren). De ethiekactiviteiten (o.a. serie van moreel beraadbijeenkomsten) werden ingezet door gespreksleiders Moreel Beraad onder de voorwaarde dat tijdens de ethiekactiviteiten niet bepaalde normen en waarden ten aanzien van separeren werden opgelegd.³⁷

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

³⁶ Zie: Abma, Molewijk & Widdershoven 2009.

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

constructief gebruikt kunnen worden. Overigens moet opgemerkt worden dat er een risico kleeft aan het pragmatisch en praktisch inzetten van ethiekactiviteiten voor de kwaliteit van de zorg. Het monitoren en gebruiken van resultaten van ethiekactiviteiten betekent niet dat eenmaal behaalde resultaten van ethiekactiviteiten ook altijd het doel moet of kan zijn van die ethiekactiviteiten.

4.5 Misbruik van de ethiek

Zoals eerder gezegd kleven er aan ethiek doen ook risico's. Bij het organiseren van ethiekactiviteiten is het daarom van belang om een expliciete visie te ontwikkelen (en te communiceren) op wat verstaan wordt onder misbruik van ethiek. Het staat niet bij voorbaat vast wat men onder misbruik van ethiek verstaat. En er zijn verschillende soorten van misbruik maken van ethiek. Een ervan is dat een Raad van Bestuur of een leidinggevende een bepaalde *visie of norm wil implementeren* door ethiekactiviteiten te organiseren. Een Raad van Bestuur kan dat vinden en dat zelfs als beleid uitstippelen, of dat zelfs opleggen aan de medewerkers, maar dient het niet tijdens een ethiekactiviteit op te leggen in de zin dat de medewerkers dat ook moeten gaan vinden.

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

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

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

4.6 Moreel beraad als een vorm van ethiek organiseren

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

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

4.7 Structurele of projectmatige organisatie is beter dan ad-hoc

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

Leren deelnemen aan moreel beraad en het gezamenlijk trainen in reflectie, argumentatie en besluitvorming gericht op goede zorg, kost tijd. En er spelen altijd wel morele thema's een rol. Om die reden is een structurele organisatie van moreel beraad met een vaste frequentie beter en een betere investering in de medewerkers en de kwaliteit van zorg. Bij een structurele organisatie is er doorgaans een duidelijke taakverdeling en voorbereiding. In veel instellingen zijn er 'aandachtsfunctionarissen moreel beraad' die de terugkerende moreel beraadbijeenkomsten coördineren in samenspraak met de leidinggevende en het team.⁴⁰ Een risico van structurele moreel beraadbijeenkomsten is dat het een verplichting wordt die men achteloos doet zonder scherp te zijn op wat men er mee wil bereiken. De ingebrachte casus wordt dan soms alleen nog maar ingebracht omdat het moreel beraad moet doorgaan, niet zozeer omdat de bespreking van de casus (met de daarbij behorende doelen) van belang is.

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

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

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

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

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

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

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

Enkele aanbevelingen bij het organiseren van moreel beraad activiteiten⁴⁵

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

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

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

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

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

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

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

4.8 Een integraal ethiekbeleid voor iedere gezondheidszorginstelling

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

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

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

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

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

Aard van een integraal ethiekbeleid

Een integraal ethiekdocument biedt een kader of een format en voorkomt versnippering of geïsoleerde ethiekactiviteiten. Zij is dynamisch van aard, dat wil zeggen in dialoog en cyclisch wordt zij door verschillende betrokken partijen vormgegeven (zij is dus zo min mogelijk dogmatisch en bureaucratisch). Binnen een integraal ethiekbeleid wordt continu duidelijk gemaakt wat de concrete betekenis van de diverse ethiekactiviteiten is voor de zorgpraktijk. Daarin onderscheidt het diverse domeinen waarop de ethiekactiviteiten zich richten (zoals o.a. handelingen, morele competentie van medewerkers, bewustzijn van medewerkers, beleidsthema's, identiteit van de zorginstelling, morele zelfzorg voor de medewerkers). Van belang is dat steeds een integratie plaats vindt tussen *bottom-up* en *top-down* geïnitieerde activiteiten. Een integraal ethiekbeleid bevat expliciete (en in tijd afgebakende) sturingen met betrekking tot de

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

⁴⁷ Zie o.a. Nijhof ea. (red) 2003.

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

ethiekactiviteiten. Zoals sturing op: thematische inhoud (“volgend jaar staan de ethiekactiviteiten in het teken van vraaggestuurde zorg”), algemene cultuur processen (“met de ethiekactiviteiten willen we onderlinge transparantie, verantwoording, constructieve kritiek bevorderen”), educatie (“hierdoor leren we gezamenlijk beter om te gaan met morele vraagstukken”), of sturing op samenwerking (“deze serie moreel beraadbijeenkomsten is voor het nieuw gefuseerde team een mogelijkheid om elkaars verschillende impliciete visies op goede zorg te expliciteren, te onderzoeken en concreet gestalte te geven aan een nieuwe manier van samenwerken en besluitvormen”).

Inhoud van een integraal ethiekbeleid

Een integraal ethiekbeleid kan bestaan uit de volgende aspecten:

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

Een integraal ethiekbeleid is meer dan een optelsom van visies en ethiekactiviteiten (daartoe is het immers in het leven geroepen). Deze aspecten geven een overzicht en de inhoudelijke beschrijving van de visie en de activiteiten, geeft inzicht met wat bedoeld wordt. Uiteindelijk gaat het echter om handelingen en concrete verbeteringen van de kwaliteit van de zorg. Een integraal ethiekbeleid is dus slechts een format en een voorwaarde om aan de kwaliteit van zorg te werken door middel van (een visie op) ethiekactiviteiten. Het werk zelf (de ethiekactiviteiten) moet dan nog beginnen. Bijvoorbeeld: besproken morele casuïstiek binnen morele beraadbijeenkomsten leidt tot beleidsveranderingen (*bottom-up*) en beleidsveranderingen kunnen de agenda van moreel beraadbijeenkomsten bepalen (*top-down*).

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

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

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

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

5.1 Dialoog als middel en doel

Dit essay en de beschreven visie op ethiek doen en ethiek organiseren is gebaseerd op een pragmatistisch-hermeneutische⁵⁰ en dialogische visie op ethiek.⁵¹ Deze visie stelt de praktijk en de ervaring centraal, met daarin een focus op dialoog als zowel doel als middel en een focus op dat wat al doende werkt. In en door de dialoog wordt duidelijk (ontstaat) wat de betekenis is van wat we doen en al doende wordt duidelijk wat werkt. Vanuit een dialogisch perspectief redenerend is dat wat goede zorg is niet buiten de context om te bepalen zonder de kennis van betrokkenen en kennis over de context. Verschillende soorten kennis worden voorts volgens de methode van een constructieve en kritische dialoog met elkaar geconfronteerd en onderzocht. Door de confrontatie en de constructieve kritiek, zonder universele kennisclaims, ontstaat inzicht in de morele kwestie en een tijdelijk en contextueel afhankelijk antwoord. Centraal element in beide tradities is dus dat *in* en *met* praktijken kennis(claims) en morele oordelen tot stand komen en op validiteit en betrouwbaarheid getoetst worden (*'The proof of the pudding is in the eating'*). Betekenissen (ook van morele vragen zelf) staan niet buiten contexten en ervaringen. We bepalen dus niet eerst theoretisch wat 'de' morele vragen zijn en hoe we het beste met die morele vragen kunnen omgaan in alle gezondheidszorginstellingen, om het vervolgens simpelweg deductief vorm te geven of te implementeren [...]. Uiteindelijk wordt in praktijken bepaald wat ethiek en moreel beraad theoretisch en praktisch betekent.

Consequenties van deze theoriepraktijk visie en dit mensbeeld zijn: contextualiteit en waardengeladenheid van kennis, prominente plaats van (professionele) praktijken, waarden en waarheid pluralisme, openheid met betrekking tot vreemde en andermans perspectieven en het belang van historische achtergronden van praktijken (*Wirkungsgeschichte*). Ethiek wordt hier gezien als *een vorm van praktische rationaliteit* en is daarmee altijd gesitueerd. Ze veronderstelt praktische ervaring, die zich concretiseert in deugdzaamheid. Zonder morele betrokkenheid is een praktisch oordeel niet mogelijk. Een moreel oordeel is niet universeel, het is gebaseerd op het perspectief dat door degene die het oordeel velt ingenomen wordt. Deze heeft een specifieke kennis en ervaring en

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

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

komt vandaar tot een contextueel en gesitueerd oordeel. Vooroordelen worden niet negatief gewaardeerd. Vanuit het beschreven hermeneutische perspectief bestaan er in zekere zin niets anders dan vooroordelen. Ze vormen het positieve materiaal van de dialoog. Een aristotelische ethiek wordt gekenmerkt door *het besef van de betrekkelijkheid van het eigen oordeel*. Dit impliceert de noodzaak van *openheid voor perspectieven van anderen*. Dat impliceert ook de noodzaak van een open dialoog. Deze openheid is geen romantisch en empathisch samenzijn; deze openheid veronderstelt ook geen onvoorwaardelijke acceptatie. Men kan slechts openstaan voor de visie van anderen wanneer men het eigen gezichtspunt niet zonder meer opgeeft (Gadamer 1960). Het gaat om het kritisch onderzoeken van de geldigheid van het gezichtspunt van de ander. Centraal staat de interactie tussen het eigen perspectief en dat van de ander. Het gaat om een gezamenlijk leerproces, waarin de deelnemers al doende veranderen.

5.2 Ethicus als expert in methodische reflectie

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

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

6 Conclusies en aanbevelingen

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

Het belang van aandacht voor ethiekactiviteiten is zowel in het signalement als in dit essay duidelijk gemaakt. Dit essay is ook een appel aan diverse organen en organisaties die direct en indirect met de ethiek binnen de

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

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

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

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

6.1 Onderzoek in en met gezondheidszorgpraktijken nodig

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

6.2 Lerende netwerken organiseren

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

6.3 Een nationaal stimuleringsprogramma voor ethiek in instellingen en onderwijs

Professionals alleen en instellingen alleen, kunnen niet verantwoordelijk zijn voor de professionalisering van de ethische dimensie van professionaliteit en kwaliteit van zorg. Behalve een bundeling van gezondheidsethische activiteiten op landelijk niveau (vanuit zowel onderwijs, gezondheidszorg en het wetenschappelijk onderzoek) is ook een stimulering nodig van een juiste en verantwoorde inzet van die activiteiten. Stimulering in de zin van gezondheidszorginstellingen actief en concreet vragen naar de manier waarop zij de omgang met morele vragen georganiseerd hebben (hetgeen meer is dan een afvink actie: 'We hebben een ethiek commissie') en hoe de instellingen dat ingebed hebben in de organisatie. Stimulering in de zin van *best practices* op diverse

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

manieren belonen. En stimuleren door een nationaal stimuleringsprogramma specifiek gericht op onderzoek naar training en organisatie van omgang met morele vraagstukken in de directe zorgpraktijk. Een dergelijk nationaal stimuleringsprogramma voor gezondheidsethiek sluit niet alleen aan bij de behoeften maar biedt bovenal mogelijkheden om de ethiek kwalitatief en effectief in te zetten voor het verbeteren van de professionaliteit en de kwaliteit van zorg. En dat is waar de gezondheidszorgethiek in haar kern op gericht is: het goede doen.

Literatuur

- Abma T., Molewijk B., Widdershoven G. Good Care in Ongoing Dialogue. Improving the Quality of Care Through Moral Deliberation and Responsive Evaluation. In: *Health Care Analysis* 2009; 17: 217-235.
- ASBH. Task force on standards for bioethics consultation. Core competencies for health ethics consultation. A report of the American Society for Bioethics and Humanities. ASBH, 1998.
- ASBH. Improving Competence in Clinical Ethics Consultation: A Learner's Guide. A report of the American Society for Bioethics and Humanities. ASBH, 2008.
- Aulisio M.P., Arnold R.M. & Youngner S.J. (Eds.). Ethics consultation. From theory to practice. Baltimore: The John Hopkins University Press, 2003.
- Bauduin D. & Kanne M. Tijd voor reflectie. Praktische ethiek in psychiatrie en rehabilitatie. SWP: Amsterdam, 2009.
- Beaufort I. de, e.a. (red.) De Kwestie. Praktijkboek ethiek voor de gezondheidszorg. Den Haag: Lemma, 2008.
- Bolten H., Rossem K van. Zo gezegd, zo gedaan. Trainen in integriteit. *Ethische Perspectieven* 2005; 15: 1, 34-46.
- College voor Ethische en Levensbeschouwelijke Aspecten van de Zorgverlening (CELAZ). Tussen integriteit en opportunisme. Over ethiek van het management in de zorg. CELAZ, 2003.
- Dalen W. van. Integriteit in uitvoering. Morele competenties voor professionals. Noordhoff Uitgevers: Groningen/Houten, 2009.
- Dartel H. van. Van ethische commissie naar stuurgroep ethiek. Over de implementatie van moreel beraad in het kwaliteitsbeleid van instellingen voor gezondheidszorg. Utrecht: CELAZ-/Nederlandse Zorgfederatie, 1998.
- Dartel H. van J.N., Jacobs M. Van zorgvisie naar protocol. Handreiking voor ethische richtlijnontwikkeling in instellingen voor gezondheidszorg. College voor ethische en Levensbeschouwelijke Aspecten van de Zorgverlening (CELAZ), 2000.
- Dartel H. van. Ethiek als integraal onderdeel van het instellingsbeleid. In: Pijnenburg ea. Het ziekenhuis als morele gemeenschap. Damon, 2003.
- Dartel H. van, Jacobse M., Jeurissen R.J.M. Ethiek bedrijven in de zorg. Een zaak van het management. Van Gorcum, 2002.
- Dartel H. van. Een leuke methode en dan? Implementatie van moreel beraad. In: Manschot H. & Dartel H. van (red.). In gesprek over goede zorg. Overlegmethoden voor ethiek in de praktijk. Boom, 1998.
- Delnoij J., Dalen W. van (red.). Het Socratisch Gesprek. Budel: Damon, 2003.
- Dewey J.. Theory of the moral life. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1960.
- Discussiestuk Integraal Ethiek Beleid, 17 maart 2009 (NEN, VUMC, UMCG, LUMC).
- Feenstra E. Moreel beraad en ethiek onderwijs. In: *Tijdschrift voor Gezondsethiek* 2008; 18, nr. 2: 53-56.
- Georges J.J., Grypdonck M. Moral problems experienced by nurses when caring for terminally

- ill people: a literature review. *Nursing Ethics* 2002; 9(2).
- Hildemann H., Verkerk M., Walker M. *Naturalized bioethics. Toward responsible knowing and practice.* Cambridge, 2008.
- Integrated ethics. National Center for Ethics in Health Care (Veterans Health Administration USA). Website: <http://www.ethics.va.gov/integratedethics/index.asp>
- Jacobs G., Meij R., Tenwolde H. en Yanaika (red.). *Goed werk. Verkenningen van normatieve professionalisering.* SWP: Amsterdam, 2008.
- Karssing E. *Integriteit in de beroepspraktijk.* Assen: Van Gorcum, 2006.
- Karssing E. *Morele competentie in organisaties.* Assen: Van Gorcum, 2000.
- Kessels J., Boers E., Mostert P. *Praktijkboek Vrije ruimte. Filosoferen in organisaties.* Boom, 2008.
- Kessels J., Boers E., Mostert P. *Vrije ruimte. Filosoferen in organisaties.* Boom, 2002.
- Kessels J. *Het poëtisch argument. Socratische gesprekken over het goede leven.* Boom, 2006.
- Kessels J. *Leonard Nelson: De socratische methode,* 1994.
- Kessels J. *Socrates op de Markt,* 1997.
- Kleinlugtenbelt D. *Mensbeelden en levenskunst.* Damon, 2005.
- Lützn K., Cronqvist A., Magnusson A., ea. *Moral stress: synthesis of a concept.* *Nursing Ethics* 2003; 10(3): 312-322.
- Macer D. *Moral Games for teaching bioethics.* Unesco chair in bioethics, 2008.
- Manschot H. & Dartel H. van (red.). *In gesprek over goede zorg. Overlegmethoden voor ethiek in de praktijk.* Boom, 1998.
- Molewijk B., Abma T.A., Stolper M. & Widdershoven G.A.M. *Teaching ethics in the clinic. Theory and practice of moral case deliberation.* *Journal for Medical Ethics* 2008; 34: 120-124.
- Molewijk B., Zadelhoff E. van, Lendemeijer B., & Widdershoven G. *Implementing moral case deliberation in Dutch health care; Improving moral competency of professionals and the quality of care.* *Bioethica Forum* 2008; 1(1): 57-65.
- Molewijk B., Verkerk M. Milius H., ea. *Implementing moral case deliberation in a psychiatric hospital. Process and outcome.* *Medicine, Health Care and Philosophy* 2008; 11: 43-56.
- Molewijk B. & Widdershoven G. *Moreel beraad en goede zorg voor ouderen veronderstellen en versterken elkaar* *Tijdschrift voor Geneeskunde* 2006; 62(23): 1693-1701.
- Molewijk B. & Kleinlugtenbelt D. & Widdershoven G. *The role of emotions in moral case deliberation (and clinical ethics consultation). Practice, theory and methodology.* Submitted 2009.
- Molewijk B., Kleinlugtenbelt D., Stolper M. *Presentatie uit Landelijke training gespreksleider moreel beraad: Utrecht,* 2009.
- Molewijk B., Abma T., Dartel H. van. *Praktijkdeskundigen in discussie over moreel*

- beraad. In Tijdschrift voor Gezondheidsethiek 2008; 18, 2: 68-71.
- Nijhof A., Harten W. van, Tieman R., ea. Als instelling mores leren. Een exploratief onderzoek naar de mogelijkheden om ethiek integraal onderdeel te maken van het kwaliteitsbeleid van ziekenhuizen. Enschede, 2003.
- Nussbaum M.C. The fragility of goodness. Cambridge: Cambridge University Press, 1986.
- Nussbaum M.C. Love's knowledge. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.
- Paget T. Reflective practice and clinical outcomes: practitioners' views on how reflective practice has influenced their clinical practice. Journal of Clinical Nursing 2001; 10: 204-214.
- Platform Moreel Beraad (werkgroep implementatie). Discussienota implementatie van moreel beraad, 2009.
- Platform Moreel Beraad (werkgroep implementatie). Handreiking implementatie en borging moreel beraad, 2009.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ). Ethiek in de zorgopleidingen en zorginstellingen. Hoofdstuk 6 uit: Signalering ethiek en gezondheid. Zoetermeer: Centrum voor Ethiek en Gezondheid, 2005: 113-136.
- Raad voor de Volksgezondheid (RVZ). Ethiek met beleid. Advies over beleid bij ethische vraagstukken in de gezondheidszorg. RVZ, 1999.
- Ricoeur P. Temps et récit, I. Paris: Editions du Seuil, 1983.
- Schon D. A. The reflective practitioner. How professionals think in action, 1983.
- Sitvast J., Fotografie als verpleegkundige interventie. Kavanah, 2007.
- Steinkamp N. & Gordijn B. Ethik in der Klinik. Ein Arbeitsbuch. Zwischen Leitbild und Stationsalltag. Hermann Luchterhand Verlag, 2003.
- Steinkamp N., Gordijn B. Ethical case deliberation on the ward. A comparison of four models. Medicine, Health care and Philosophy 2003; 6: 235-246.
- Steinkamp N. Ethical deliberation in healthcare organizations. Studies structures and methods. Proefschrift Nijmegen, 2009.
- Stolper M., Molewijk B., Widdershoven G. Het trainen van (gezondheids)zorgprofessionals tot gespreksleiders Moreel Beraad. Tijdschrift voor Gezondheidsethiek 2008; 18, nr. 2: 57-61.
- Tenwolde H. & Houtlosser M. Met alle respect. Leerboek verpleegeethiek. Baarn: HB, 2002.
- Tongeren P. van. Deugdelijk leven. Een inleiding in de deugdeethiek. Amsterdam, 2003.
- Verkerk M., Witte J. de, Dartel H. van. Sturen op waarden. Handelingsonderzoek als instrument van ethiekbeleid. Expertisecentrum Ethiek in de Zorg UMCG: Groningen, 2009.
- Verkerk M.A., Lindemann H., Maekelberghe E., ea. Enhancing Reflection: An Interpersonal Exercise in Ethics Education. Hastings Center Report 2004; 34(6): 31-38.
- Verkerk M.A., Bree M.J. de, Mourits M.J.E., Teaching and learning ethics. Reflective professionalism: interpreting CanMEDS' 'professionalism'. Journal of Medical Ethics 2007; 33(11): 663-666.

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

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

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

Widdershoven, G.A.M. *Ethiek in de kliniek. Hedendaagse benaderingen in de gezondheidsethiek*. Boom: Amsterdam, 2000.

