

# Moreel beraad: tijd voor ethische reflectie in de dagelijkse praktijk van de ggz

A. VELLINGA, E.A.H. VAN MELLE-BAAIJENS

- ACHTERGROND** Ethische reflectie, veelal in de vorm van moreel beraad, vindt in psychiatrische instellingen steeds vaker plaats. Wij hebben ervaring met de implementatie en de begeleiding van moreel beraad en onderschrijven de in de literatuur beschreven meerwaarde van ethische reflectie voor het professionele handelen.
- DOEL** Een methode aanreiken waarmee zorgverleners in ggz en/of verslavingszorg op een gestructureerde wijze kunnen reflecteren op morele dilemma's.
- METHODE** Literatuuronderzoek en beschrijving van een praktijkvoorbeeld.
- RESULTATEN** In de praktijk blijkt een gesprek over ethische dilemma's gebaat bij een gestructureerde en systematische aanpak. Uit het literatuuronderzoek blijkt dat systematische reflectie op ethische dilemma's zowel de kwaliteit van de zorg als ook de arbeidssatisfactie van de medewerkers ten goede komt. Om die reden werd een op de eigen context (psychiatrie en verslavingszorg) gericht stappenplan ontwikkeld waarmee morele dilemma's op een systematische wijze besproken kunnen worden.
- CONCLUSIE** Het stappenplan voor ethische reflectie blijkt een bruikbare methode te zijn, zeker als dit wordt ingezet in een multidisciplinair overleg. Uiteraard verlangt ethische reflectie zowel een goede financiële borging als inbedding in de organisatie om continuïteit te kunnen waarborgen.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 58(2016)3, 207-214

**TREFWOORDEN** ethiek, morele dilemma's, reflectie, stappenplan



ARTIKEL



In de praktijk van de ggz en de verslavingszorg zijn morele dilemma's aan de orde van de dag. Wat te adviseren aan mensen met een ernstige psychiatrische aandoening en een zwangerschapswens? Wanneer initiëren we een gedwongen opname en wanneer starten we met dwangbehandeling? Kan iemand met een alcoholverslaving verdere behandeling 'wilsbekwaam' weigeren? Maar ook: welke keuzes in zorg maken we bij alle bezuinigingen in de ggz? Complexe vragen waarbij onze medisch-wetenschappelijke kennis, professionele normen en of persoonlijke waarden veelal tekortschieten en ons confronteren met onze eigen onzekerheid; aan elke keuze kleven immers nadelen. Welke argumenten zijn dan bepalend of doorslaggevend?

Kortom, dilemma's die om tijd en reflectie vragen; ook al lijkt dat in de hectiek van alledag niet altijd even gemakkelijk te realiseren. Feitelijk draait het bij veel dilemma's

in de kern om de vragen: doen we de goede dingen en doen we de dingen goed?

De tijd ligt achter ons dat aan medisch specialisten een vanzelfsprekend gezag werd toegekend in morele kwesties. Andere disciplines verlangen dat keuzes onderbouwd worden met redelijke en begrijpelijke argumenten. Het is daarom zaak om die dan ook vanuit de eigen discipline goed te leren expliciteren. Het kunnen herkennen van ethische dilemma's en het hiermee kunnen omgaan, worden als competentie benoemd voor artsen, medisch specialisten en verpleegkundigen. Daarbij gaat het om het respecteren van basale morele regels en het kunnen omgaan met ethische dilemma's (KNMG 2005; van Herwaarden e.a. 2009; Schuurmans e.a. 2012).

We moeten hier echter bij aantekenen dat niet wordt aangegeven op welke wijze zij deze globaal omschreven competenties moeten verwerven. Ook internationaal

wordt dit probleem gesignaleerd. Er bestaat evenmin consensus over hoe medische ethiek het beste onderwezen kan worden, en ook is er nauwelijks kennis over wat een effectieve wijze is om ethiek te implementeren (Lakhan 2009).

Het belang van ethiek in gezondheidszorgorganisaties wordt echter breed onderkend (Roberts e.a. 2005; Weidema e.a. 2012). Meerdere beleidsadviezen van het ministerie van Volksgezondheid en het Centrum voor Gezondheids-ethiek onderstrepen het belang van ethiek voor de zorg (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg 1999; Centrum voor Ethiek en Gezondheid 2005). Toch blijkt, ondanks al deze aanbevelingen en het ervaren belang, dat ethische reflectie in iets minder dan de helft van alle instellingen wordt toegepast, en in psychiatrische instellingen in iets meer dan de helft (Dauwerse e.a. 2014).

De vraag is op welke wijze men ethische reflectie in de psychiatrische context kan toepassen en hoe men deze vorm van reflectie instellingsbreed kan invoeren. Vanuit de eigen ervaring willen we graag enkele praktische handvatten bieden voor medewerkers. Dat doen we na een eerste globale schets van relevante ontwikkelingen in de medische ethiek. Deze theoretische ontwikkeling heeft namelijk invloed op de wijze waarop reflectie over ethische dilemma's in de praktijk plaatsvindt. Tot slot volgt na een algemene beschrijving van de toepasbaarheid van ethische reflectie, onze eigen ervaring met een door ons voor de psychiatrie aangepaste methode voor moreel beraad.

### Het belang van ethiek in de dagelijkse zorg

Ethiek, als onderdeel van de wijsbegeerte, definieert men als: de systematische studie van het morele, waarbij dat laatste staat voor het geheel van waarden en normen. Het woord 'ethos' waarvan het begrip 'ethiek' is afgeleid, bestaat uit twee varianten: 'éthos' en 'èthos'. De eerste (éthos) verwijst naar gewoonte, zede en gebruik en de tweede (èthos) verwijst naar gezindheid, karakter en innerlijke houding. De eerste variant benadrukt dus de externe context van het begrip, zoals de gewoonten van de gemeenschap waarvan men deel uitmaakt en de tweede variant de interne factoren, zoals houding of overtuiging van een individu (Ten Have e.a. 2009). Van oudsher is ethiek dus verbonden met zowel het opvolgen van regels die in een bepaalde gemeenschap gelden, als de persoonlijke afweging in het handelen naar die regels vanuit de persoonlijke overtuiging van het goede.

Ethiek blijkt in de praktijk voor velen een onduidelijke, zweverige en zeker ook elitaire connotatie te hebben. Het ethisch reflecteren wordt toch nog vaak toebedacht aan bepaalde disciplines met een zekere afstand van en geringere betrokkenheid bij het 'echte' werk en de werkvloer; helaas een hardnekkig misverstand. Elke medewerker in

### AUTEURS

**ASTRID VELLINGA**, psychiater FACT-team, Mentrum, en plaatsvervangend geneesheer-directeur Arkin; mede-oprichtster Ethisch Expertisecentrum van Arkin.

**EVELIEN A.H. VAN MELLE-BAAIJENS**, verpleegkundige, theoloog en zorgethicus; medeoprichtster Ethisch Expertisecentrum van Arkin; thans zzp'er ([www.zorgvoorspectief.nl](http://www.zorgvoorspectief.nl)).

### CORRESPONDENTIEADRES

Dr. A. Vellinga, Mentrum Wijkteam Oud West,  
Baarsjesweg 224, 1058 AA Amsterdam.  
E-mail: [astrid.vellinga@mentrum.nl](mailto:astrid.vellinga@mentrum.nl)

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 21-9-2015.

een zorginstelling, ongeacht zijn of haar discipline, wordt immers dagelijks geconfronteerd met ethische dilemma's en neemt daarbij, meer of minder bewust, morele beslissingen. Daarbij spelen zowel eigen (professionele) kennis en intuïties als een scala van waarden en normen een rol.

Maar wat nu als de eigen kennis, professionele of persoonlijke waarden botsen met die van een ander; de cliënt, de collega, de naastbetrokkene? Of als de argumentatie voor keuzes niet gedeeld, maar juist bestreden wordt? Het ene perspectief kan tegenover het andere komen te staan op grond van andere morele opvattingen over zorg en/of behandeling. De praktijk leert dat dit negatieve gevoelens oplevert (Molewijk e.a. 2008a) en niet zelden tot een vruchteloze intercollegiale strijd leidt.

Zorginstellingen blijken vaak de oplossing te zoeken in het ontwikkelen van richtlijnen of protocollen, maar deze bieden veelal weinig tot geen soelaas voor specifieke situaties. Bovendien kan daar zoveel gezag aan worden toegekend dat ze vervolgens de eigen reflectie en creativiteit kunnen blokkeren. Specifieke casuïstiek laat zich nu eenmaal niet eenvoudig veralgemeniseren. Juist dan wordt de vraag dwingender of en hoe je op een constructieve wijze kunt (leren) omgaan met ervaren dilemma's. Ethische reflectie start feitelijk met de ervaring van onbehagen of onzekerheid over te nemen beslissingen. Waar doe je goed aan en hoe dien je het belang van de cliënt? En overzie je daarbij alle perspectieven op wat goed is voor de ander (Ten Have e.a. 2009)?

### Van principebenadering naar zorgethiek

In de geneeskunde zijn in de loop van de tijd meerdere medisch-ethische tradities te onderscheiden. In het alge-

meen wordt de oorsprong van de medische ethiek gelegd bij Hippocrates die van een medicus naast vakbekwaamheid ook bepaalde morele kwaliteiten verwachtte. Waarden als weldoen en niet-schaden, vastgelegd in de naar hem vernoemde eed, stonden daarbij centraal.

Deze twee hippocratische principes worden in de *principebenadering* (Beauchamp & Childress 1979) aangevuld met nog twee andere principes, namelijk die van autonomie en rechtvaardigheid. De principebenadering is lange tijd het uitgangspunt geweest in de medische ethiek. Deze benadering gaat ervan uit dat ieder dilemma in de zorg uiteindelijk is terug te voeren op de vier genoemde waarden en dat deze met elkaar kunnen conflicteren. Een moreel dilemma kan dan aan de hand van deze waarden worden besproken waarbij uiteindelijk een bepaalde waarde zal prevaleren.

Autonomie wordt binnen deze traditie voornamelijk ingevuld als het kunnen bepalen van je eigen keuzes. Van de twee uit de hippocratische traditie afkomstige principes geldt dat voor de arts het niet schaden belangrijker dient te zijn dan het weldoen. Bij dat begrip 'niet schaden' zijn verschillende vormen te onderscheiden, zoals fysieke of psychische schade, het schaden van belangen, schade als iemand anders onrecht aandoen, en schade als inbreuk op morele integriteit. Het vierde principe van rechtvaardigheid tot slot speelt veelal bij vraagstukken rondom schaarste (Beauchamp & Childress 1979; Ten Have e.a. 2009). De principebenadering blijkt in de praktijk zeer bruikbaar, zeker waar het 'grote' ethische dilemma's, zoals abortus en euthanasie (Abma e.a. 2010) betreft.

De principebenadering gaat bij het principe autonomie voornamelijk uit van patiënten als rationele burgers die zelfstandig en weloverwogen besluiten nemen over het eigen leven en gezondheid. Maar in de zorg hebben we nu juist vaak te maken met kwetsbare mensen die hetzij fysiek, hetzij psychisch ziek zijn en daarbij - tijdelijk of langdurig - afhankelijk van anderen. Bovendien gaan we door deze focus op deze vier universele principes voorbij aan andere belangrijke waarden, zoals respect, menswaardigheid, veiligheid, geborgenheid en erkenning. Deze zijn bij reflectie op morele dilemma's in de context van zorg aan kwetsbare mensen evenzeer van belang.

Als reactie hierop zijn dan ook in de laatste decennia nieuwe benaderingswijzen in ontwikkeling gekomen die in het containerbegrip *zorgethiek* zijn onder te brengen. Hierbij staan de zorgrelaties met de daaraan gekoppelde waarden centraal. Deze benaderingswijze stoelt op de visie dat mensen hun mens-zijn realiseren in relatie met anderen, dat ieder mens kwetsbaar is en vroeg of laat op zorg is aangewezen. Zorgen voor en zorg ontvangen horen bij het menselijk bestaan en daarmee tot ieders mogelijkheden. Goede zorgverlening vraagt dan ook om relationele

afstemming op de zorgvrager en diens context en waarbij er ruimte en oog is voor wederkerigheid en reciprociteit. Zorgethiek wordt daarbij gedefinieerd als een vorm van praktische rationaliteit waarbij morele vragen niet zo zeer betrekking hebben op datgene wat men aan de ander verplicht is, zoals in de principebenadering, maar op de vraag hoe men verantwoord zorg kan verlenen aan kwetsbare medemensen (Graste 2000; Tronto 1993; Van Heijst 2005; Widdershoven 2000). Bij deze benaderingswijze van zorg vindt duidelijk een herwaardering plaats voor bepaalde deugden zoals compassie. Zorgethiek verbindt als het ware de aristotelische *deugdethiek* met menselijke kwetsbaarheid en waardigheid (Nussbaum 1986). Elk moreel oordeel vraagt om morele betrokkenheid, heeft echter altijd beperkte waarde en is uitsluitend passend vanuit een individueel perspectief. Het vraagt daarom van behandelaar c.q. zorggever een meerzijdig perspectief.

### Ethiek in een zorginstelling

Vanaf de jaren zeventig van de vorige eeuw ontstonden in veel algemene ziekenhuizen ethische commissies, die naast hun primaire taak van toetsing van onderzoeken, ook bij ethische dilemma's adviseerden. Daarbij was, zoals gezegd, de principebenadering leidinggevend. De kans was groot dat een betrokken ethicus bij een dergelijke redeneerexercitie de rol van een ingenieur aannam die met zijn of haar deskundigheid hielp om een antwoord te vinden op het ethisch dilemma (Abma e.a. 2010), waarbij geen of geringe ruimte was voor de betrokkenheid en emoties van de (overige) professionals met betrekking tot de specifieke situatie waarin het morele dilemma zich voordeed. De waarden die centraal stonden in de principebenadering gaven richting aan de oplossing van de morele dilemma's en dokters werden geacht te leren van de expertise van de ethicus.

Recent onderzoek toont aan dat de meeste zorginstellingen het belang van ethiek en ethische reflectie onderkennen, maar dan zonder een *top-down* benadering van een externe instantie of ethische experts (Dauwerse e.a. 2011). Verder blijkt uit onderzoek dat discussiëren in kleine groepen over ethische problemen een efficiënte wijze is om (medisch) studenten professionele vaardigheden rond ethiek aan te leren (Centrum voor Ethiek en Gezondheid 2005; Lakhan 2009).

Bij de ontwikkeling van principebenadering naar een meer zorgethische benadering is ook de wijze waarop ethiek gedoceerd en ingezet wordt, gewijzigd: behandelaars leren meer op het eigen handelen te reflecteren. Dat vraagt wel om een zekere mate van openheid en bereidheid tot communicatie. Men neemt aan dat deze benadering zo uiteindelijk meer bij de complexiteit van de zorgpraktijk kan aansluiten en dat behandelaars zelf meer expertise

leren ontwikkelen op het gebied van ethische reflectie (Abma e.a. 2010). Daarbij maken zij zich waarden uit zowel de principebenadering als zorgethiek eigen, maar het belangrijkste daarbij is de onderlinge dialoog, omdat gevoeligheid voor morele problemen in wisselwerking met anderen wordt ontwikkeld (Steinkamp 2014). De praktijk in zorginstellingen heeft geleerd dat zinvolle ethische reflectie een open dialoog verlangt van alle betrokken partijen in een interdisciplinair overleg.

Wil een moreel beraad echt onderscheidend zijn van andere vormen van overleg, dan vraagt dit wel om toerusting c.q. scholing in ethische reflectie en om gespreksleiders die het moreel beraad op een goede wijze kunnen begeleiden. Dit kunnen ethici zijn, maar er zijn inmiddels ook goede ervaring met getrainde gespreksleiders zonder die ethische bagage (Molewijk e.a. 2008b). Volgens sommigen is een goede leiding zelfs belangrijker dan de gebruikte methode (Gracia 2003). Men kan daarbij putten uit verschillende methoden. De keuze zal moeten passen bij de aard van het morele probleem en het doel van het beraad. Behalve voor het aloude socratisch gesprek kan bijvoorbeeld gekozen worden voor de dilemmamethode, voor een stappenplan of voor een zorgethische gespreksmodel (zie Dartel & Molewijk 2014; Manschot & Dartel 2003).

### Implementatie van moreel beraad in een ggz-instelling

Meerdere auteurs hebben het afgelopen decennium benadrukt dat moreel beraad en goede zorg elkaar veronderstellen én versterken (Bauduin & Kanne 2009; Molewijk & Widdershoven 2006; Van Remmerden 2007). Vanuit dit uitgangspunt en met de wens om moreel beraad instellingsbreed te implementeren, zijn wij in 2008 een ethische commissie gestart. Deze commissie, twee jaar later omgedoopt tot Ethisch Expertisecentrum (EEC), is een kleine denktank waarin vrijwel alle disciplines en zorgsettings vertegenwoordigd zijn: (sociaal psychiatrisch) verpleegkundigen, een psycholoog, psychiaters, een geestelijk verzorger, een cliënt, een naastbetrokkene en beleidsprofessionals. We streefden naar zowel een brede vertegenwoordiging van locaties en disciplines als ook een goede mix van werkvloer en management. Eerder onderzoek toonde namelijk aan dat een mix van *top-down*- en *bottom-up*benaderingen de implementatie van moreel beraad binnen een instelling positief bevordert (Molewijk e.a. 2008b). Het EEC stelde zich ten doel om de ethische reflectie in de breedste zin van het woord te stimuleren. Van meet af aan was daarbij de focus gericht op deskundigheidsbevordering op de werkvloer.

Het expertisecentrum begon met het organiseren van scholingsmomenten in teams, onderwijs aan arts-assistenten en met het opzetten en ondersteunen van morele

beraden op de verschillende locaties. Voorts werd gestart met een tweejaarlijkse facultatieve, geaccrediteerde verdiepingscursus van vier middagen rond thema's als: wat is ethiek, ziekte en normaliteit, dwang en drang, diversiteit en marktwerking in de zorg. Elke cursusbijeenkomst werd afgesloten met een moreel beraad rond een door een van de cursisten ingebrachte casus. Daarmee raakten alle cursisten vertrouwd met deze vorm van gestructureerde reflectie. Oud-cursisten kregen vervolgens de kans om zich door middel van een cursus en supervisie verder te bekwalmen in het leiden van morele beraden, want het belang van goede gespreksleiding was duidelijk geworden.

Als ondersteuning van morele beraden ontwikkelde het EEC een eigen stappenplan waarbij we gebruikmaakten van een reeds bestaande methode afkomstig uit het Radboudumc in Nijmegen (de Nijmeegse methode; Steinkamp 2003 en 2014). Deze werd aangepast aan de eigen zorgsetting van psychiatrie en verslavingszorg. De vier te onderscheiden stappen uit deze methode (probleem, feiten, waardering en besluitvorming) bleven gehandhaafd, maar niet de terminologie van de stappen en de aan elke stap verbonden vragen. Dit gebeurde tijdens enkele brainstormbijeenkomsten van het EEC.

Bij het aanpassen van dit stappenplan ontdekten we de toegevoegde waarde van deze breed samengestelde commissie, want met gebruikmaking van de daarin aanwezige multidisciplinaire ervaring en expertise konden we een op de eigen context toegespitst stappenplan ontwikkelen. De praktijk leert dat het stappenplan een goede ondersteu-

**TABEL 1** Samenvatting van het stappenplan (de volledige tekst is te verkrijgen via [EthischExpertiseCentrum@arkin.nl](mailto:EthischExpertiseCentrum@arkin.nl))

I. Dilemma
Wat maakt de casus tot een moreel dilemma?
II. Context
1. Psychiatrische en somatische dimensie
2. Sociaal-maatschappelijke dimensie
3. Culturele en levensbeschouwelijke dimensie
4. Juridische dimensie
5. Organisatorische dimensie
III. Waardeafweging
1. Welzijn en autonomie van de cliënt
2. Minderjarigen en kinderen
3. Naastbetrokkenen
4. Verantwoordelijkheid van zorgverleners
IV. Conclusies
Hoe luidt het moreel dilemma nu?

ning biedt bij het gezamenlijk gestructureerd reflecteren op ethische dilemma's, waarbij ieder afzonderlijk zijn of haar steentje kan bijdragen aan de besluitvorming.

De structuur van het stappenplan is eenvoudig (zie **TABEL 1**). Het gaat uit van vier stappen die duidelijk te onderscheiden zijn en in verkorte versie slechts een kwart A4-tje vullen. Bij elke stap zijn vragen geformuleerd; een enkele hoofdvraag en een paar aanvullende vragen.

#### **EERSTE STAP**

De *eerste stap* betreft het formuleren van het dilemma. Wat maakt dat we een dilemma voelen en wat maakt dat moreel van aard en voor wie?

#### **TWEDE STAP**

Vervolgens wordt als *tweede stap* de context van de cliënt in kaart gebracht. Deze context bevat meerdere dimensies, te beginnen met de psychiatrische en mogelijk somatische problematiek. Dan volgen verder de sociaal-maatschappelijke, de culturele en levensbeschouwelijke, de juridische en tot slot de organisatorische dimensie. Het doel van deze tweede stap is de cliënt en diens context zo goed mogelijk in beeld te krijgen. Daarbij gaat het dus nadrukkelijk niet alleen om de medische problematiek. Die komt weliswaar wel als eerste aan de orde, maar om te weten wat voor deze cliënt van belang en van waarde is, zijn de vier andere dimensies evenzeer van belang om de volgende stap, namelijk die van de waardeafweging, te kunnen maken. Door gezamenlijk en interdisciplinair de verschillende dimensies te bespreken, wordt de context verbreed en komen de lacunes in kennis bij de behandelaren en zorgverleners aan het licht. Vaak zijn juist in de context ook mogelijkheden en potenties op te diepen die van belang kunnen zijn voor een zorgvuldige weging ten aanzien van het dilemma. In deze stap wordt vaak duidelijk dat de zogenaamde ervaren 'feitelijkheden' berusten op waardeoordelen. Het is in deze stap dan ook vooral van belang deze feitelijkheden te toetsen.

#### **DERDE STAP**

Bij de *derde stap* staat de waardeafweging centraal. Daarbij gaat het om het zorgvuldig in kaart brengen van de verschillende waarden die er zijn, met de daaraan verbonden voor- en nadelen voor de cliënt. Bij die afweging gaat het uiteraard allereerst om het perspectief van de cliënt, maar ook de perspectieven van de kinderen en naastbetrokkenen worden daarbij in kaart gebracht. Welke waarden zijn in het geding en hoe worden die tegenover elkaar afgewogen? Daarbij kan het gaan om waarden die refereren aan de principebenadering, maar ook aan die van de zorgethiek. Het is van groot belang dat er voldoende tijd is voor het expliciteren van (de verschillen in) waarden van alle

betrokkenen zodat de met elkaar botsende waarden en tegenstellingen duidelijk worden (waar het 'schuurt'). Zo kan de waarde van autonomie wringen met die van veiligheid, zorgzaamheid of respect.

Het doel van deze derde stap is om in gezamenlijkheid tot een weloverwogen keuze te komen wat betreft het (eigen) handelen met het oog op het belang van de cliënt. Uiteindelijk zal elke behandelaar of zorgverlener zich naar zichzelf en naar anderen moeten kunnen verantwoorden voor gemaakte keuzes en handelwijzen. Eigen (professionele) waarden en normen zijn daarbij richtinggevend en het expliciteren ervan helpt om scherp te krijgen welke waarden daarbij op het spel staan, voor zowel de cliënt als de professional. Dat vraagt om een open dialoog en onderling vertrouwen om zo in rust en gezamenlijkheid tot verantwoorde keuzes te kunnen komen.

#### **VIERDE STAP**

Als *vierde stap* volgt ten slotte de conclusie. Deze kan inhouden dat het dilemma op een bepaalde manier opgelost is en dat er duidelijkheid is over de te varen koers. Het kan echter ook dat er meer feitelijke informatie vanuit de context nodig is om tot een goede afweging te komen. Of dat er bij nadere beschouwing een ander dilemma onderliggend was, dat bovengekomen is tijdens het moreel beraad en dat om nadere uitwerking vraagt. Ook komt het voor dat men ervaart dat een moreel dilemma niet opgelost kan worden. Het delen van deze ervaring en het gezamenlijk besef van het tragische kunnen echter toch de spanning rondom een moreel dilemma verminderen (van der Dam e.a. 2011).

#### **TOETSING EN UITWAAIERING**

Het door het EEC ontwikkelde stappenplan is eerst in papieren vorm in de praktijk getoetst door het te gebruiken in zowel cursussen, deskundigheidsbijeenkomsten en morele beraden. De daarin gehanteerde teksten zijn vervolgens door leden van het EEC geëvalueerd en bijgesteld. Tot slot is ervoor gekozen om het stappenplan in waaierform uit te brengen. De waaier als een metafoer om daarmee aan te geven wat ermee beoogd werd, namelijk dat ethiek zou gaan 'uitwaaieren' over de afdelingen. En de openvallende structuur verduidelijkt daarbij de intentie om rond de waaier het morele gesprek zich in alle openheid te laten ontvouwen.

Dat blijkt in de praktijk ook zo te werken, al blijken goede gespreksleiders daarbij onmisbaar. Afdelingen en teams ervaren de waarde van moreel beraad, zetten dat steeds vaker in bij moeilijke casuïstiek en maken daarbij gebruik van het stappenplan als een goede ondersteuning. Het feit dat de implementatie van het stappenplan plaatsvond binnen een breder kader van scholing op het gebied van

ethiek heeft tevens op een belangrijke wijze bijgedragen aan het ‘uitwaaieren’ van moreel beraad over de afdelingen.

## DISCUSSIE

Professionals werkzaam in de context van psychiatrie en verslavingszorg worden dagelijks geconfronteerd met morele dilemma's. Dat vraagt om een *education permanente*, waarbij het zowel van belang is om een theoretisch kader van ethische concepten en zorgethische waarden te kunnen bieden als tijd én ruimte om te leren reflecteren op zorg en morele dilemma's. Principes zoals autonomie, weldoen en niet schaden blijven onverminderd van belang, maar deze moeten daarbij aangevuld en deels worden gecorrigeerd door zorgethische waarden. Dat geheel vormt als het ware het externe normatieve kader voor elke vorm van morele reflectie.


Moreel beraad biedt ruimte aan professionals om in dialoog met de ander en met jezelf concrete morele dilemma's door te spreken om zo tot een weloverwogen en beargumenteerd besluit te kunnen komen. Ethiek verwijst in haar oorsprong, zoals gezegd, naar zowel een externe als een interne norm van goed handelen. Bij moreel beraad komen die twee kanten als het ware samen. De eigen individuele visie komt in samenspraak met die van anderen: van de betreffende cliënt, naastbetrokkenen en collega's. Daar waar medewerkers met elkaar in open dialoog kunnen gaan en uitgenodigd worden om elkaar oprecht te bevragen en om eigen keuzes te onderbouwen komt vrijwel altijd ook meer begrip en acceptatie voor de opvattingen van andersdenkenden.

Onze ervaring met moreel beraad is positief en komt overeen met gelijksoortige ervaring van anderen met betrekking tot moreel beraad (Kanne & Bauduin 2009; van Remmerden 2007; Weidema e.a. 2013; Voskes e.a. 2014). We onderschrijven de opvatting van Steinkamp dat moreel beraad een discursief antwoord op morele onzekerheid en/of morele conflicten biedt en dat moreel beraad kan wor-

den beschouwd als een 'derde' weg tussen enerzijds conflictescalatie en anderzijds ontkenning en vermindering. Waar het onderling collegiale begrip voor elkaar groeit, daar vermindert de spanning en dat leidt in de praktijk tot verhoging van de arbeidssatisfactie of 'tot minder stress en tot meer enthousiasme voor het werk' (W.van Bennekom in: Bauduin & Kanne 2009).

Kortom het (leren) beargumenteren van de eigen keuzes helpt bij een zorgvuldige afweging, het maakt onderliggende waarden transparant, verhoogt het onderlinge begrip, maar stimuleert daarbij ook het creatief proces van zoeken naar verruiming van de (behandel- en zorg)mogelijkheden. Juist dat laatste blijkt inspirerend te werken. Dat betekent overigens niet dat na afloop van een moreel beraad er altijd een gezamenlijk standpunt kan worden ingenomen, maar ook dan blijkt het beraad gewaardeerd te worden als een oprechte poging om tot een gezamenlijke visie of besluit te komen of gemeenschappelijk stil te staan bij de tragiek. Het zou goed zijn om deze positieve effecten van moreel beraad op de kwaliteit van zorg met onderzoek te kunnen staven.

De bezuinigingen zullen, naar wij vermoeden, blijvend zijn en de krimp in personeel lijkt evenzeer een feit. Schaarste aan personeel dwingt zorginstellingen tot een personeelsbeleid dat oog heeft voor arbeidssatisfactie van haar medewerkers en verantwoorde keuzes betreffende de kwaliteit van zorg. Als ethische reflectie hieraan kan bijdragen, dan hopen wij dat instellingsbreed ruimte geboden blijft worden voor ethische bezinning. Van belang daarbij is zowel de financiële als de inhoudelijke ondersteuning op managementniveau (Weidema e.a. 2012). Slechts met deze borging en verankering is ethische reflectie toekomstbestendig in de psychiatrie.

 De leden van het EEC assisteerden bij de ontwikkeling van het stappenplan.



## LITERATUUR

- Abma T, Baur VE, Molewijk B, Widdershoven GAM. Inter-ethics: towards an interactive and interdependent bioethics. *Bioethics* 2010; 24: 242-55.
- Bauduin D, Kanne M. Tijd voor reflectie. Praktische ethiek in psychiatrie en revalidatie. Amsterdam: SWP; 2009.
- Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. Oxford: Oxford University Press; 1979.
- Centrum voor Ethiek en Gezondheid. Ethiek in de zorgopleidingen en zorginstellingen. In: Signalering ethiek en gezondheid. Zoetermeer: Centrum voor Ethiek en Gezondheid; 2005. p. 113-6.
- Dam S van der, Abma TA, Molewijk AC, Kardol MJM, Schols JMGA, Widdershoven GAM. Organizing moral case deliberation. Experiences in two Dutch nursing homes. *Nursing Ethics* 2011; 18: 327-40.
- Dartel H, Molewijk B. In gesprek blijven over goede zorg, Overlegmethode voor ethiek in de praktijk. Den Haag: Boom/Lemma; 2014.
- Dauwse L, Abma T, Molewijk B, Widdershoven G. Need for ethics support in healthcare institutions; views of Dutch board members and ethics support staff. *J Med Ethics* 2011; 37: 456-60.
- Dauwse L, Stolper M, Widdershoven G, Molewijk B. Prevalence and characteristics of moral case deliberation in Dutch health care. *Med Health Care Philos* 2014; 17: 365-75.
- Gracia D. Ethical case deliberation and decision-making. *Med Health Care Philos* 2003; 6: 227-33.
- Graste J. Een perspectief op zorgethiek. In: Graste J, Bauduin D, red. Waardenvol werk. Ethiek in de geestelijke gezondheidszorg. Assen: Van Gorcum; 2000. p 20-32.
- Have HAMJ ten, ter Meulen RHJ, van Leeuwen E. Medische ethiek. Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum; 2009.
- Heijst A van. Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit. Kampen: Klement; 2005.
- Herwaarden CLA van, Laan RFJM, Leunissen RRM. Raamplan Artsenopleiding. Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra; 2009.
- KNMG. Algemene competenties van de medisch specialist. 2005.
- Lakhan SE, Hamlat, E, McNamee T, Laird C. Time for a unified approach to medical ethics. *Philos Ethics Humanit Med* 2009; 4:13 Doi 10.1186/1747-5341-4-13.
- Manschot H, van Dartel H, red. In gesprek over goede zorg. Overlegmethoden voor ethiek in de praktijk. Amsterdam: Boom; 2003.
- Molewijk B, Widdershoven G. Moreel beraad en goede zorg voor ouderen veronderstellen en versterken elkaar. *Tijdschrift voor Geneeskunde* 2006; 62: 1693-701.
- Molewijk B, Abma T, Stolper M, Widdershoven G. Teaching ethics in the clinic. The theory and practice of moral case deliberation. *J Med Ethics* 2008a; 34: 120-4.
- Molewijk B, Verkerk M, Milius H, Widdershoven G. Implementing moral case deliberation in a psychiatric hospital: process and outcome. *Med Health Care Philos* 2008b; 11: 43-56.
- Nussbaum MC. The fragility of goodness. Luck and ethics in Greek tragedy and philosophy. Cambridge: Cambridge University Press; 1986.
- Raad voor Volksgezondheid en Zorg. Ethiek met beleid. Nederlands Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Zoetermeer; 1999.
- Remmerden B van. Moreel beraad. Iedere week een half uur doet wonderen. *Relief* 2007; juni: 20-2.
- Roberts LW, Warner TD, Green Hammond KA, Geppert CMA, Heinrich T. Becoming a good doctor: perceived need for ethics training focused on practical and professional developmental topics. *Acad Psychiatry* 2005; 29: 301-9.
- Schuurmans M, Lambregts J, Projectgroep V&V 2020, Grotendorst A, red. Beroepsprofiel verpleegkundige. Verpleegkundigen & Verzorgenden 2020 deel 3. Utrecht; 2012.
- Steinkamp N. De Nijmeegse methode voor moreel beraad. In: Manschot H, van Dartel H, red. In gesprek over goede zorg. Overlegmethoden voor ethiek in de praktijk. Amsterdam: Boom; 2003.
- Steinkamp N. De Nijmeegse methode. In: van Dartel H, Molewijk B, red. In Gesprek blijven over goede zorg, Ethische overlegmethoden voor ethiek in de praktijk. Amsterdam: Boom; 2014. p. 142-54.
- Tronto JC. Moral boundaries: A political argument for an ethic of care. New York: Routledge; 1993.
- Voskes Y, Evenblij K, Noorthoorn E, Porz R, Widdershoven G. Ethische Fall-deliberation zu Freiheitseinschränkungen in der Psychiatrie. Dilemmata, Nutzen und Implementierung. *Psychiatr Praxis* 2014; 41: 364-70.
- Weidema FC, Molewijk AC, Widdershoven GAM, Abma TA. Enacting ethics: bottom-up involvement in implementing moral case deliberation. *Health Care Anal* 2012; 20: 1-19.
- Weidema FC, Molewijk BAC, Kamsteeg F, Widdershoven GAM. Aims and harvest of moral case deliberation. *Nursing Ethics* 2013; 20: 617-31.
- Widdershoven G. Ethiek in de kliniek. Hedendaagse benaderingen in de gezondheidsethiek. Amsterdam: Boom; 2000.

## SUMMARY

# Moral case deliberation: time for ethical reflection in the daily practice of mental health care

A. VELLINGA, E.A.H. VAN MELLE-BAAIJENS

- BACKGROUND** Nowadays, reflecting on ethics, which we choose to call moral case deliberation, is occurring more and more frequently in psychiatric institutions. We have personal experience of organising and supervising moral case deliberation in a large psychiatric institute and we can confirm the positive effects of moral case deliberation which have been reported in the literature.
- AIM** To describe a structured method for moral case deliberation which enables care-givers in health care and/or addiction care to reflect on moral dilemmas.
- METHOD** We refer to the main findings in relevant literature and describe how we developed a structured method for implementing moral case deliberation.
- RESULTS** Our studies of the literature indicate that systematic reflection about ethical dilemmas can improve the quality of care and make care-givers more satisfied with their work. This is why we have developed our own method which is applicable particularly to psychiatric and/or addiction care and which can be used systematically in discussions of moral dilemmas.
- CONCLUSION** Our method for discussing ethical issues works well in clinical practice, particularly when it is embedded in a multidisciplinary context. Of course, to ensure the continuity of the system, deliberation about moral and ethical issues needs to be financially safeguarded and embedded in the organisation. Discussion of moral issues improves the quality of care and increases care-givers' satisfaction with their work.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 58(2016)3, 207-214

**KEY WORDS** ethics, methodology, moral case deliberation