

Schuilt er kracht in de daad van moreel beraad?

Een zorgethische studie naar moreel beraad in de praktijk van het
Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis



Ankie Combee 1013904
Masterthesis Zorgethiek en beleid

Begeleider: Prof. dr. C Leget
Tweede lezer: Dr. M Visse
Examinator: Dr. I van Nistelrooij
Universiteit voor Humanistiek
Tilburg, 6 juli 2018

Jij

Jij mooi mens. Tot vandaag leefde jij je eigen leven.

Misschien wel met veel hobby's, drukte, naasten en familie om je heen, en misschien ook wel niet. Misschien genoot jij juist van de rust, de stilte om je heen. Hoe dan ook deed jij wat jij het liefste deed, wat je rust gaf, en plots is dat verdwenen.

Nu lig je hier, op onze intensive care. Je rust heeft ruimte gemaakt voor chaos. De geluiden om je heen zijn niet meer de vertrouwde geluiden uit je eigen omgeving. De geluiden om je heen zijn nieuw, angstaanjagend en een bevestiging dat je ziek, misschien wel doodziek bent.

Je dagelijkse gedachten hebben plaats gemaakt voor bezorgdheid en ontzetting. En voor een angst die terecht is, want je hebt geen idee hoe je in deze situatie terecht hebt kunnen komen. Hoe kan het nu, dat jij, mooi mens, plots zo jezelf niet meer bent. Wat jou eigen maakte, is je abrupt afgenomen. Open en bloot, soms letterlijk, moet jij je nu zonder keuze overgeven aan ons. Wij zijn nu de leider in jouw leven, waar jij je eigen baas hoort te zijn.

Om je heen hoor je ruis, geluiden waar je geen wijs uit kunt. Mensen praten, maar verstaan doe je het niet. Onbegrijpelijke woorden en onbekende alarmen maken dat je je onveilig voelt. Ga je dood? Of word je beter? Kun je ooit nog lopen, schrijven, eten en praten zoals je voorheen deed? Word je ooit weer wie je was?

Misschien,

Misschien krijg je wel niets mee van wat er om je heen gebeurt, maar ik geloof graag dat je alles hoort wat ik tegen je zeg. Ik probeer je gerust te stellen, ik probeer je gezicht te lezen, ik probeer aan te voelen waar jij behoefte aan hebt. Ik probeer te achterhalen wie je bent, en hoe ik je angst kan wegnemen.

Ik probeer je te zien..

Helaas lukt me dit niet altijd. Want soms, soms moeten wij je even als persoon vergeten, en weer even een ziek lichaam zien, omdat we snel moeten handelen, om je leven te redden. En soms doen we dingen die we liever niet hadden gedaan, doen we dingen jij liever niet meer had gewild, soms was het voor jou al lang klaar, waar wij nog zo graag wilden geloven dat wij je beter hadden kunnen maken. En soms doen we dingen niet, die we liever wel hadden gedaan, of die we zo graag hadden willen kunnen doen...

Maar bovenal soms, soms is het ook voor ons ondraaglijk om te zien wat voor mens jij was, wat voor mooi mens jij was, omdat ook wij je pijn en je angst voelen, en omdat dat ons verdriet doet.

Jij mooi mens, ik zie je. Ik zal je proberen weer te maken naar het mooie mens dat je bent. Ik zie je.

IC-verpleegkundige ETZ (Van Bijnen, 2018)

Voorwoord

Voor u ligt de masterthesis die is geschreven naar aanleiding van onderzoek op de Intensive Care (IC) van het Elisabeth- Tweesteden Ziekenhuis (ETZ) in Tilburg. De thesis is geschreven in het kader van mijn afstuderen aan de master Zorgethiek en beleid aan de Universiteit van Humanistiek (UVH) te Utrecht. Er is onderzoek gedaan naar de praktijk van moreel beraad en hoe dit zich verhoudt tot het zorgethisch kennisgebied. Dank gaat uit naar docenten van de UVH en in het bijzonder mijn begeleidende docent Carlo Leget. Zijn geduld, positiviteit en motiverende ondersteuning hebben een bevorderende bijdrage geleverd aan het onderzoeksproces. Daarnaast had ik dit onderzoek ook niet kunnen verwezenlijken zonder de enthousiaste bijdrage van de zorgprofessionals van de IC binnen het ETZ en daarbij in het bijzonder IC-verpleegkundige Pieter Vaes.

Ik wens u veel leesplezier toe.

Inhoud

1. Samenvatting	5
2. Probleemstelling en relevantie	6
2.1 Aanleiding.....	6
2.2 Maatschappelijk probleem	6
2.3 Wetenschappelijk probleem.....	7
2.4 Vraagstelling	8
2.5 Doelstelling	9
3. Theoretisch kader	10
3.1 Conceptuele verkenning	10
3.2 Sensitizing concepts.....	13
3.3 Conclusie	13
4. Benadering en methoden	14
4.1 Onderzoeksbenadering en methode	14
4.3 Casusdefinitie en onderzoekseenheid	15
4.4 Dataverzameling	15
4.5 Data-analyse.....	16
4.6 Fasering.....	18
4.7 Ethische overweging.....	18
5. Bevindingen.....	19
5.1 Moreel beraad één.....	19
5.2 Moreel beraad twee.....	28
5.3 Moreel beraad drie	34
5.4 Moreel beraad vier	40
5.5 Moreel beraad vijf.....	46
5.6 Algemene conclusie bevindingen	53
6. Discussie.....	65
7. Conclusie	69
7.1 Aanbevelingen	71
8. Kwaliteitscriteria	74
8.2 Beperkingen	75
9. Literatuur	76

1. Samenvatting

De IC kenmerkt zich als specialistische afdeling waar zich unieke en complexe situaties voordoen. Zorgprofessionals komen hier dagelijks in aanraking met emotioneel veeleisende beslissingen. Dit gegeven brengt morele stress met zich mee en leidt in hoge mate tot burn-out klachten. De risicofactoren van morele stress worden erg onderschat. Onderzoek toont aan dat moreel beraad als effectief middel kan worden gezien om deze morele stress te reduceren. Binnen dit onderzoek is de vraag beantwoord hoe de eigen ontwikkelde methode van het ETZ vorm krijgt in de praktijk van de IC van het ETZ waar moreel beraad gehouden wordt. De toegepaste ETZ methode principe ethiek is geanalyseerd aan de hand van een thematische analyse waarvoor de onderzoeker zelf een instrument heeft ontwikkeld. Bevindingen brengen naar voren dat niet elke stap van de methodiek evenveel aandacht krijgt. De methodiek levert een bijdrage aan een proces waar ruimte is voor verschuiving, waarbij deelnemers eerst gevoelens zoals frustratie bespreekbaar kunnen maken en later tot invulling komen wat de rol is van de zorgprofessional in de desbetreffende situatie. Binnen de moreel beraden komen vijf morele hoofdthema's naar voren: 'betrekken van familie bij de behandeling', 'respect voor de autonomie van de patiënt', 'zorgplicht versus normen en waarden', 'cultuurverschillen' en 'complexiteit op de IC'. Deelnemers ervaren de waarde van moreel beraad als wisselend. Enerzijds wordt het fijn gevonden om gevoelens bespreekbaar te kunnen maken, anderzijds wordt een oplossing aan het einde van moreel beraad gemist. Vanuit onderzoekend oogpunt komt naar voren dat het doel van moreel beraad in de praktijk niet wordt bereikt. De ontbrekende formulering van de ethische vraag binnen het moreel beraad speelt hierin een prominente rol. Een aanbeveling gaat uit naar het herzien van de ETZ methode. Belangrijke zorgethische begrippen die zich verhouden met de praktijk van de IC zijn relationaliteit, erkenning, afhankelijkheid, kwetsbaarheid, emoties, machtpositie, lichamelijkeheid en praktijk als bron van kennis. Op de IC komen verschillende complexe relaties naar voren en van de zorgprofessionals wordt verwacht dat zij hier op een manier mee omgaan waar aandacht is voor deze relaties. Om tot goede zorg te kunnen komen waarbij zorgprofessionals worden erkent in hun werk en zorgbehoeften, is het van belang dat de dialoog met elkaar wordt aangegaan. Moreel beraad vormt hierin een sleutelrol mits het op de juiste manier gebruikt wordt.

2. Probleemstelling en relevantie

2.1 Aanleiding

Vorig jaar zat ik te midden van twintig andere medewerkers uit de zorg aandachtig te luisteren tijdens een workshop van de Week van Reflectie 2017. Het onderwerp 'In gesprek over levensvragen; Goede zorg rond het levenseinde' wordt ingeleid. Al snel wordt duidelijk dat dit een actueel thema is bij zorgprofessionals op de IC. Vragen gaan uit naar 'Wat moeten we van de IC-patiënt weten om de beste zorg te kunnen leveren?' en 'Hoever kun je gaan in het nastreven van wensen van patiënt en familie'. In gesprek met een zorgprofessional van de IC van het ETZ, komt naar voren dat dit enkele van de vele morele vragen zijn die zich afspelen op een IC. Als verpleegkundig lid van de commissie ethiek binnen het ETZ word ik erg nieuwsgierig hoe er binnen deze zorgpraktijk wordt omgegaan met deze vragen.

2.2 Maatschappelijk probleem

De IC is een specialistische afdeling waar kritiek zieke patiënten worden opgenomen die intensive zorg ontvangen (Hamric & Blackhall, 2007). Binnen de Nederlandse IC afdelingen worden jaarlijks 85.000 patiënten opgenomen, waarvan ongeveer 8% tijdens de opname overlijdt (Noome, 2017). Zorgprofessionals op de IC komen dagelijks in aanraking met ethische dilemma's, die regelmatig betrekking hebben op beslissingen over leven en dood (Grant, 2015). Zorgen voor kritiek zieke patiënten en het begeleiden van naasten is emotioneel veeleisend werk. Hierbij geven Lamiani, Setti, Barlascini, Vegni en Argentero (2017) aan dat zorgprofessionals op de IC in toenemende mate morele stress ervaren. Morele stress wordt door Lamiani et al. (2017) beschreven als het wrange gevoel dat zorgprofessionals ervaren wanneer ze niet kunnen leveren op een manier die zij ethisch verantwoord vinden. Dit gevoel ontstaat wanneer er sprake is van inadequate communicatie, misopvattingen, onenigheden, ethische kwesties, *end of life* beslissingen en overbelasting van werk. Hamrick en Blackhall (2007) geven aan dat artsen en verpleegkundigen op een IC beiden morele stress ervaren maar binnen hun onderzoek geven verpleegkundigen meer morele stress aan dan artsen.

Verpleegkundigen zijn minder tevreden met de kwaliteit van zorg en ervaren het ethische klimaat negatiever. Conflicten die ervaren worden door verpleegkundigen gaan vooral uit van de relatie tussen artsen en verpleegkundigen (Grant, 2015). Vijandigheid,

wantrouwen en communicatiehiaten worden hiervoor als oorzaak genoemd. Conflicten die artsen ervaren, liggen algemener binnen het gehele team. Artsen brengen kwesties naar voren die te maken hebben met de beslissingen en de communicatie bij *end of life* kwesties (Grant, 2015).

De morele stress die op de IC wordt ervaren is een probleem, want door morele stress hebben zorgprofessionals hoge kans op het oplopen van een burn-out. Chien-Huai, Pei-Chi, Chun-Yu, Kuan-Han en Yen-Yuan (2016) benadrukken dat zorgprofessionals op de IC erg vatbaar zijn voor burn-out, ten minste twintig procent van deze zorgprofessionals scoort hoog op burn-out indicatoren. De risicofactoren van morele stress worden erg onderschat. Een burn-out beïnvloedt het welzijn van zorgprofessionals en de zorg die zij bieden, daarbij brengt het de patiëntveiligheid in het geding (Lamiani et al., 2017; Chien-Huai et al., 2016). Wiegand, MacMillan, Rogrigues dos Santos en Szylit Bousso (2015) geven aan dat het identificeren en het gezamenlijk bespreken van ethische dilemma's voordelen oplevert voor de zorgprofessionals. Faith en Chidwick (2009) sluiten zich hierbij aan en stellen dat ethische competentie een sleutelfactor vormt in het voorkomen en verminderen van morele stress. Hierbij wijzen ze op aandacht voor een moreel klimaat in de dagelijkse praktijk waarbij ethische kennis gebruikt wordt. Dit proces vereist wel tijd, inzet en samenwerking, die niet altijd ter beschikking is. De vraag die gesteld kan worden is: 'Hoe kunnen ethische dilemma's worden geïdentificeerd en gezamenlijk worden besproken?'

2.3 Wetenschappelijk probleem

Zoals blijkt in de maatschappelijke probleemstelling, kan de morele stress die zorgprofessionals op de IC ervaren, leiden tot burn-out en de kwaliteit van patiëntenzorg negatief beïnvloeden. Er is menig onderzoek gedaan waarin bevestigd wordt dat moreel beraad effectief ingezet kan worden bij het reduceren van morele stress bij zorgprofessionals. Een moreel beraad is een groepsproces van (zelf)reflectie op een concrete casus middels dialoog en gericht op gezamenlijk moreel onderzoek (Stolper, Metselaar, Molewijk & Widdershoven, 2012). Faith en Chidwick (2009) bevestigen de efficiëntie van moreel beraad op de IC in hun onderzoek. Een moreel beraad helpt om preventieve strategieën op te zetten waarin conflicten in het vervolg vermeden of verminderd kunnen worden. Grant (2015) sluit hierop aan door te stellen dat gezamenlijk reflecteren op ethische kwesties op een IC bijdraagt aan het

verminderen van conflicten die voortkomen uit verstoorde gezamenlijke communicatie. Ze stelt dat in de huidige praktijk het tot stand brengen van dialoog verstoord is. Stolper et al. (2012) beschrijven in zorgethisch onderzoek de voordelen van moreel beraad op de IC in een academisch ziekenhuis. In dit onderzoek wordt beschreven dat het houden van moreel beraad zorgprofessionals bewust maakt van en gevoelig maakt voor de verschillende morele kwesties die binnen het team spelen. Aansluitend op het maatschappelijk probleem waarin beschreven wordt dat artsen en verpleegkundigen morele stress verschillend ervaren, laat Bergmans (2015) in haar kwalitatief onderzoek zien dat het lastig is om tot een werkelijk gelijkwaardig dialoog te komen tussen deze verschillende disciplines. Dit wordt toegeschreven aan de ziekenhuiseigen hiërarchische verhoudingen en het feit dat artsen buiten het implementatieproces van moreel beraad lijken te staan. In haar onderzoek dat plaats vond op verschillende verpleegafdelingen binnen een Nederlands ziekenhuis waaronder de neonatale IC, komt niet naar voren hoe de genoemde hiërarchische verhoudingen zichtbaar zijn in een moreel beraad en hoe zich dit verhoudt tot morele stress die door artsen en verpleegkundigen verschillend worden ervaren. Om inzicht te krijgen in deze hiërarchische verschillen en het verschil in omgang van morele kwesties en morele stress op de IC is een zorgethisch onderzoek waarin moreel beraad op de IC zorgethisch geanalyseerd wordt van meerwaarde om dit hiaat te dichten.

2.4 Vraagstelling

Hoofdvraag

‘Hoe werken artsen en verpleegkundigen op de IC van het ETZ feitelijk in de praktijk met hun ETZ methode principe ethiek bij moreel beraad, in hoeverre wordt het doel van het moreel beraad bereikt en hoe verhoudt dit zich tot het zorgethisch kennisgebied?’

Deelvragen

1. In welke fasen is de ETZ methode principe ethiek op te delen en wat zegt dit over het moreel beraad?
2. Welke morele thema's en normen brengen artsen en verpleegkundigen in het moreel beraad naar voren?
3. In hoeverre wordt het doel van het moreel beraad in de praktijk bereikt?
4. Hoe wordt het moreel beraad beoordeeld vanuit zorgethisch perspectief?

2.5 Doelstelling

Dit onderzoek heeft als doel om inzicht te krijgen hoe er op de IC van het ETZ feitelijk gewerkt wordt met de eigen ontwikkelde methode principe ethiek voor moreel beraad. Met deze inzichten wil ik een bijdrage leveren aan de vraag hoe zich dit verhoudt tot het zorgethisch kennisgebied. Aansluitend is het doel om suggesties te doen voor verbetering wanneer er op een zorgethische manier kritisch naar de methode en de praktijk gekeken wordt.

3. Theoretisch kader

3.1 Conceptuele verkenning

Binnen dit onderzoek wordt de vraag gesteld hoe moreel beraad zich verhoudt tot het zorgethisch kennisgebied. Het antwoord op deze vraag wordt gezocht binnen de Utrechtse zorgethiek waarbij de vraag centraal staat: ‘Wat is goede zorg, gegeven deze specifieke situatie?’. Om antwoord op deze vraag te kunnen geven wordt gebruik gemaakt van een theoretisch raamwerk. Dit raamwerk fungeert als lens om een specifieke situatie onder de loep te nemen. Het raamwerk is opgebouwd rondom het concept van zorg (Leget, Van Nistelrooij & Visse, 2017).

Zorg

Tronto (1993) definieert zorg als een praktische activiteit, een praktijk van voortdurend onderhoud. Tronto plaatst een belangrijke kanttekening bij de theorie van Noddings, één van de grondleggers van de zorgethiek. Tronto vindt de dyadische zorgrelatie te smal en te geïdealiseerd waarbij Noddings zich richt op twee personen zoals moeder en kind. Tronto ziet zorgen als iets dat leeft binnen de gehele samenleving, het is een continuënd dynamisch proces en waar aandacht moet zijn voor onderlinge machtsverhoudingen. Daarnaast benadrukt Tronto dat zorg gebaseerd is op wederzijdse betrokkenheid, waarbij zorgen voor de ander zonder inbreng van die persoon niet mogelijk is (Tronto, 1993). Tjong Tjin Tai (2014) sluit zich hierbij aan en brengt het begrip ‘relationaliteit’ aan het licht, waarbij de zorgethiek uitgaat van een mens als relationeel en afhankelijk wezen. Wanneer er gekeken wordt naar de zieke patiënt op de IC benoemt Van Nistelrooij (2015) dat deze patiënt onderdeel uitmaakt van een groter relationeel netwerk. Ricoeur (1992) gaat hier verder op in en brengt naar voren dat ‘het zelf’ niet zonder ‘de ander’ gedacht kan worden. Waar in de praktijk gedacht wordt aan het hebben van relaties, verplaatst Ricoeur het perspectief van *hebben* naar het *zijn* van relaties. Door dit toe te passen bij de IC-patiënt en waar in eerste instantie gesteld wordt dat de patiënt een partner, een dochter, een vader heeft, wordt enige afstand voelbaar. Worden deze zelfde naasten en familie met de theorie van Ricoeur aangeduid met de term *zijn*, zoals hij *is* partner, hij *is* vader, hij *is* zoon, dan zijn de anderen deel van wie hij is. Er wordt zichtbaar dat de identiteit van de patiënt mede is opgebouwd uit die relaties en dat ze maken wie hij is (Van Nistelrooij, 2015). Ricoeur geeft met deze

theorie inzicht tot hetgeen dat familie en naasten van een IC-patiënt belangrijke schakels vormen tijdens opname van de patiënt.

Afhankelijkheid

Waar Ricoeur de afhankelijkheid van de zorgvragers en hun familie en naasten benoemt, scheppen Noddings (1984, 2002), Tronto (1993, 2013), Walker (2007), Van Heijst (2005, 2008, 2011) en Kittay (1999, 2011) ruimte voor de afhankelijkheid en kwetsbaarheid van ieder mens. Kittay (1999) gaat verder in op de afhankelijkheid van diegene die de zorg verleent. Ze verdedigt dat er binnen morele, politieke en juridische discussies weinig aandacht wordt besteed aan de verplichtingen ten opzichte van hen die de zorg daadwerkelijk verlenen. Zorgverleners bewegen zich binnen verplichtingen om voor iemand te zorgen en krijgen zelf geen ruimte om eigen zorgbehoeften tegemoet te treden. Kittay beschrijft het relationeel beeld binnen deze situatie. Ze brengt het belang naar voren dat de omgeving van de zorgverlener zorg draagt voor hen. Ze geeft aan dat er sprake is van afhankelijkheid wanneer een persoon in een kwetsbare situatie verkeert en hulp behoeft van personen uit de omgeving. Gezien de zorgverleners van de IC veelvuldig in aanraking komen met veeleisend werk en waar burn-out klachten niet onbekend zijn, is het van belang dat deze zorgverleners ook erkend worden in hun zorgbehoeften.

Erkenning

Van Heijst (2009) sluit zich aan bij dit belang. Het gaat volgens haar verder dan alleen het uitdrukken dat iemand iets goed gedaan heeft, ook dient er aandacht en erkenning te zijn voor hoe een zorgprofessional een bepaalde situatie inschat waar hij mee te maken heeft. Voor een ander kan het zijn dat deze situatie niet als vanzelfsprekend wordt ervaren. Om toch die inschatting van die ander te kunnen begrijpen, brengt de hermeneutiek als interpretatieleer naar voren dat het van belang is om eerst zicht te krijgen op datgene wat zich als onbegrijpelijk voordoet (Widdershoven, 2007).

Hermeneutiek

Gadamer (1960) onderscheidt binnen de hermeneutiek drie vormen om de ander te begrijpen, waarbij één vorm ingaat op zich openstellen voor wat de ander zegt. Hij benoemt dat de kijk van een persoon binnen een bepaalde situatie ook relevant kan zijn voor de ander en een toevoegende waarde kan bevatten. Personen dienen bereid zijn om

naar elkaar te luisteren en zich voor elkaar open te stellen. Widdershoven (2007) stelt hierbij de dialoog aan waarin men bereidt is om het eigen perspectief op te geven ten gunste van de ander. Hierbij benadrukt hij dat het niet gaat om het klakkeloos overnemen van het perspectief van de ander. Het is volgens hem belangrijk dat men het perspectief van de ander kan gebruiken om tot een beter zelfinzicht te komen.

Moreel beraad

Moreel beraad onderschrijft deze waarde van dialoog en benadrukt dat daar waar zorgprofessionals met elkaar in open dialoog gaan, komt nagenoeg altijd meer begrip en acceptatie voor de opvattingen van andersdenkenden (Vellinga en Melle-Baaijens, 2016). Moreel Beraad zou op dit punt voor de kwetsbare zorgprofessionals van de IC de verbindende schakel kunnen vormen om de dialoog aan te gaan met elkaar. Moreel beraad biedt ruimte voor structurele aandacht en het nemen van tijd om te reflecteren wat zorgprofessionals motiveert en wat volgens hen hierbij essentiële persoonlijke en professionele waarden zijn (Dartel & Molewijk, 2016). Daarnaast krijgen zorgprofessionals zoals IC-verpleegkundigen te maken met uitlopende emoties binnen hun dagelijkse werkzaamheden (Baur, van Nistelrooij & VanLaere, 2017).

Emoties

Aristoteles geeft aan dat emoties verbonden zijn met indrukken, ideeën, opvattingen, overtuigingen, verwachtingen en vermoedens (Nussbaum, 1990). Elke emotie bevat bepaalde gedachten en deze zijn te onderzoeken. Door woorden aan die emoties te geven tonen ze hun betekenis. Moreel beraad biedt aandacht aan het ontlenen van deze betekenis en doet dit op verschillende praktische wijzen door hier bijvoorbeeld deelnemers actief op te bevragen. Het inzichtelijk maken van de betekenis van emoties levert voor zorgprofessionals besef op wat door hen werkelijk als waardevol gevonden wordt en helpt bij oordeelvorming. Het is belangrijk dat zorgprofessionals op deze manier emoties onderzoeken zodat ze een open houding kunnen ontwikkelen tegenover emoties. Dit levert op dat de zorgprofessionals beter gepositioneerd raken tegenover opspelende emoties en een balans vinden in omgang met emoties (Kleinlugtenbelt, Molewijk & Widdershoven, 2016). Dartel en Molewijk (2016) zien het houden van moreel beraad als een vorm van zelfzorg voor de zorgprofessionals.

Om inzichtelijk te maken hoe een moreel beraad daadwerkelijk fungeert in de praktijk van de IC en hoe dit zich verhoudt tot het zorgethisch kennisgebied wordt een thematische analyse toegepast. In de methodesectie zal verdere toelichting volgen over deze onderzoeksbenadering.

3.2 Sensitizing concepts

Op basis van het theoretisch kader zijn de volgende *sensitizing concepts* voor het onderzoek geformuleerd: relationaliteit, afhankelijkheid, kwetsbaarheid, erkenning en emoties. Deze richtinggevende thema's worden meegenomen in het proces van data-analyse.

3.3 Conclusie

De reeds genoemde conceptuele verkenning en *sensitizing concepts* leveren bijdragen aan de uitvoering voor dit onderzoek vanuit zorgethisch perspectief waarbij gebruik wordt gemaakt van een theoretisch raamwerk. Het maakt de onderzoeker alert op zorgethische inzichten tijdens de zoektocht naar de verschillende morele thema's.

4. Benadering en methoden

4.1 Onderzoeksbenadering en methode

Voor het beantwoorden van de hoofdvraag is op zoek gegaan naar een passende onderzoeksbenadering. Er werd tot de conclusie gekomen dat bestaande onderzoeksbenaderingen niet direct aansloten bij dit onderzoek. De keuze viel vervolgens op thematische analyse die binnen veel methodes een rol vervult (Creswell & Poth, 2016). Om de thematische analyse te laten aansluiten bij dit onderzoek is er door de onderzoeker zelf een passend instrument ontwikkeld voor de data-analyse, deze is terug te vinden in paragraaf 4.5. Ter ondersteuning is gebruik gemaakt van de thematische analyse van Braun en Clarke (2006).

Thematische analyse helpt bij het in kaart brengen van het moreel beraad in praktische zin, de morele thema's en normen, het doel van moreel beraad en de verhouding met zorgethiek. Thematische analyse richt zich als onderzoeksmethode binnen de data op het identificeren, het analyseren en het benoemen van bepaalde patronen en thema's. Een thema vertegenwoordigt een bepaalde betekenis binnen de gegevensverzameling (Braun & Clarke, 2006). Een belangrijke vraag die de onderzoeker zich dient te stellen is wat telt als thema binnen de data. Het oordeel van de onderzoeker is hierin bepalend. De onderzoeker dient zich ervan bewust te zijn dat een thema in relatie dient te staan tot de onderzoeksvraag. Opvallend binnen de thematische analyse is dat er naar elke casus specifiek gekeken wordt om op zoek te gaan naar thema's en patronen (Braun & Clarke, 2006).

Tijdens dit onderzoek is ervoor gekozen om de data in zijn geheel te bekijken om overlappende betekenissen en patronen in kaart te brengen. Dit wordt toegepast nadat elk moreel beraad afzonderlijk is behandeld. Binnen dit onderzoek is gekozen voor de theoretische thematische analyse ook wel '*bottum up*' genoemd. Dit gaat uit naar een meer gedetailleerde analyse van een bepaald aspect binnen de gegevens (Braun & Clarke, 2006). In dit onderzoek gaat de belangstelling uit naar de morele thema's die spelen bij de zorgprofessionals van de IC en hier is de onderzoeksvraag ook specifiek op afgesteld. Daarnaast wordt er binnen thematische analyse een onderscheid gemaakt tussen semantische en latente aanpak. Hierbij gaat het over de het niveau waarop thema's worden geïdentificeerd. De latente aanpak beperkt zich in tegenstelling tot de

semantische aanpak niet tot alleen hetgeen wat de zorgprofessional heeft gezegd (Braun & Clarke, 2006). Binnen dit onderzoek gaat de voorkeur uit naar een latente aanpak waar ruimte is voor onderzoek en identificatie van onderliggende ideeën en aannames van de zorgprofessionals binnen het moreel beraad.

4.3 Casusdefinitie en onderzoekseenheid

In dit onderzoek bestaat de dataset uit artsen en verpleegkundigen van de Intensive Care van het Elisabeth- Tweestedenziekenhuis Tilburg. Op de IC zijn verschillende disciplines werkzaam waaronder 16,8 fte¹ inzetbaar is voor medisch specialisten, 139,3 fte voor verpleegkundigen en 14,52 fte voor *Physician Assistants* en arts assistenten. De IC beschikt over 24 bedden en in 2016 zijn er 3302 patiënten opgenomen geweest. De IC kenmerkt zich door hoogwaardige, complexe zorg in een kwetsbare populatie. Kernwaarden van het ETZ zijn: Passie-open-flexibel-presteren. De visie van de IC richt zich op open, dynamisch en vitaal (ETZ, 2016). Dit onderzoek richt zich op moreel beraad dat op locatie Elisabeth minimaal twee keer per maand gepland wordt en op locatie TweeSteden vraaggericht plaatsvindt. Op beide locaties zijn artsen en verpleegkundigen aanwezig bij het moreel beraad. Het aantal aanwezigen varieert van 6 tot 26 personen. De dataverzameling komt aan bod in de volgende paragraaf.

4.4 Dataverzameling

Voor dit onderzoek is er gebruikt gemaakt van geluidsopnames en observaties. De onderzoeker heeft vijf keer een moreel beraad geobserveerd en daarnaast geluids- en video-opnames gemaakt. De data bestaat uit observaties en opnames van beide locaties binnen het ETZ zowel locatie TweeSteden als locatie Elisabeth. De verkregen data is op de volgende manieren verwerkt:

- Transcriberen van de gesproken taal van de participanten.
- Omschrijving geluiden.
- Omschrijving emoties en lichamelijke houdingen.
- Profileren van participanten. Hierbij denkende aan het benoemen van de grootte van de groep, tafelopstelling, aanwezige disciplines en gespreksleider.

¹ Fte staat voor fulltime-equivalent. Het is een rekeneenheid waarmee de omvang van een functie of de personeelssterkte kan worden uitgedrukt. Eén fte is een volledige werkweek. <https://onzetaal.nl/>

Als aanvulling op de verkregen data zijn er na afloop van elk moreel beraad korte één-op-één niet gestructureerde interviews afgenomen. Deze zijn afgenomen met één, twee of drie deelnemers van het moreel beraad. Deze ongestructureerde interviews dragen bij aan verdieping van de perspectieven die de deelnemers tijdens het moreel beraad inbrengen (Johnson & Parry, 2015).

4.5 Data-analyse

Voor de thematische data-analyse is door de onderzoeker een eigen instrument ontwikkeld. Dit instrument biedt ondersteuning bij het verkrijgen van grip op de morele thema's die spelen bij de zorgprofessionals van de IC. Daarnaast helpt het inzichtelijk te maken hoe de ETZ methode principe ethiek zich beweegt in de praktijk van de IC. Het model bestaat uit vier fasen en levert een bijdrage aan hoofdstuk vijf met de bevindingen.

Fase 1: Bekend worden met de data & overzicht creëren van ETZ methode in praktijk

In de eerste fase is het transcript meerdere malen doorgelezen. Daarna is gekeken hoe de 'ETZ methode principe ethiek' zich verhoudt tot het uitgevoerde moreel beraad op de IC. Dit is gedaan door stappen van de ETZ methode te herleiden uit het transcript. Er is aangegeven of de genoemde stap naar voren komt en hoeveel minuten deze stap besproken is. Daarnaast zijn 'restminuten' in kaart gebracht die niet toegekend kunnen worden tot een stap, aan de hand hiervan is een overzichtelijk schema ontstaan waaruit een eerste conclusie is getrokken over de ETZ methode binnen dit moreel beraad.

Fase 2: Het in kaart brengen van betekenissen & identificeren van normen

In fase twee is het transcript opnieuw meerdere malen doorgenomen en is op zoek gegaan naar patronen en betekenissen van morele thema's in het moreel beraad. Omdat een moreel beraad een beraad is over een normatief probleem wordt er op zoek gegaan naar de ingebrachte argumenten waarbij sprake is van een norm. Deze normatieve inhoud van argumenten wordt door de onderzoeker geïdentificeerd. Dit wordt gedaan middels een citaat uit het transcript en de onderzoeker schrijft hierbij de norm uit. Een norm wordt gezien als iets wat 'normaal' wordt bevonden, als een bepaalde richtlijn in onze samenleving. Dit uit zich in het moreel beraad wanneer sprekers aangeven wat zij bijvoorbeeld als gewenst of ongewenst zien. Een norm wordt ook wel gezien als een

gedragsregel waarmee een waarde tot uitdrukking wordt gebracht (Beroepshouding in de zorg, 2018).

Fase 3: Argumentatieve opbouw en conclusie morele argumenten

In de derde fase is bekeken hoe het verloop is van de normatieve argumenten uit fase twee en of deze argumenten hebben geleid tot een conclusie waarbij iets gezegd wordt over de morele thema's die spelen binnen het moreel beraad.

Fase 4: Algemene conclusie over het moreel beraad

Aansluitend op fase drie volgt in fase vier een overzicht hoe er gereageerd is op de ingebrachte argumenten en wat er in het algemeen geconcludeerd kan worden over dit moreel beraad. Ook volgt er een algemene conclusie vanuit enkele aanwezige deelnemers.

4.6 Fasering

<i>Week</i>	<i>Activiteit</i>
01-03-18	Inleveren onderzoeksopzet
05-03-18	Dataverzameling moreel beraad nr. 1 + Data-analyse fase 1 & 2
12-03-18	Dataverzameling moreel beraad nr. 2 + Data-analyse fase 1 & 2
19-03-18	Consultatiemoment docent
19-03-18	Dataverzameling moreel beraad nr. 3 + Data-analyse fase 1 & 2
19-03-18	Feedback verwerken van onderzoeksopzet
26-03-18	Dataverzameling moreel beraad nr. 4 + Data-analyse fase 1 & 2
02-04-18	Dataverzameling moreel beraad nr. 5 + Data-analyse fase 1 & 2
09-04-18	Dataverzameling moreel beraad nr. 6 + Data-analyse fase 1 & 2
16-04-18	Consultatiemoment docent
16-04-18	Data-analyse fase 3 & 4
23-04-18	Resultaten uitschrijven
30-04-18	Discussie, conclusie en kwaliteit uitschrijven
07-05-18	Discussie, conclusie en kwaliteit uitschrijven
14-05-18	Consultatiemoment docent
14-05-18	Gehele rapportage doorlopen en feedback verwerken
21-05-18	Gehele rapportage
28-05-18	Gehele rapportage
04-06-18	Spellingscheck
15-06-18	Inleveren masterthesis

4.7 Ethische overweging

Voordat de dataverzameling heeft plaatsgevonden zijn de respondenten geïnformeerd over het onderzoek waarbij anonimiteit door de onderzoeker is verzekerd. Daarnaast is er aan de respondenten toestemming gevraagd om dit onderzoek te mogen publiceren.

5. Bevindingen

Binnen dit hoofdstuk worden de bevindingen van de data-analyse van het moreel beraad naar voren gebracht. Om overzicht te bewaren is gekozen om elk moreel beraad afzonderlijk in een aparte paragraaf te behandelen, binnen deze paragrafen wordt antwoorden geven op de deelvragen één tot en met drie. Tot slot worden alle moreel beraden met elkaar vergeleken en volgen er algemene conclusies op de deelvragen. In dit gedeelte is ook deelvraag vier verwerkt.

5.1 Moreel beraad één

Moreel beraad één gaat over patiënt Y die bekend was met een ruimte innemend proces en metastases. De patiënt onderging een operatie om de metastases te laten verwijderen en kreeg bij terugkomst op de IC een hartinfarct. De patiënt gaf midden in de nacht op de IC aan dat hij niet meer wilde leven.

5.1.1 Deelvraag 1: ‘In welke fasen is de ETZ methode principe ethiek op te delen en wat zegt dit over het moreel beraad?’

Om tot een antwoord te komen op deelvraag één is in tabel 1 een overzicht weergegeven waarbij per stap in kaart is gebracht hoeveel minuten deze aan bod kwam.

Stappenplan ETZ methode principe ethiek	Hoeveel minuten komt de stap binnen het moreel beraad aan bod
Stap 1: <i>geef een uiteenzetting van de casus</i>	5 minuten
Stap 2: <i>wat is je eerste gevoel?</i>	2 minuten
Stap 3: <i>welke informatie ontbreekt?</i>	14 minuten
Stap 4: <i>wat is de gewenste situatie?</i>	0 minuten
Stap 5: <i>wat is de ethische vraag?</i>	0 minuten
Stap 6: <i>welke principes/waarden zijn belangrijk?</i>	5 minuten
Stap 7: <i>hoe ga je verder/toekomst?</i>	6 minuten

Tabel 1. Schematisch tijdsoverzicht

Conclusie over het praktisch toepassen van de ETZ methode

Het moreel beraad heeft in totaal 39:30 minuten geduurd, waarvan er 32 minuten onder te verdelen zijn binnen de ETZ methode principe ethiek. Daarnaast zijn er 3:30 minuten gespendeerd aan een algemene inleiding van het moreel beraad en vier minuten aan een algemene nabespreking. Wat opvalt binnen uitgevoerde ETZ methodiek is dat stap vier en vijf onbesproken blijven en dat er in vergelijking met stap één, twee, zes en zeven veel tijd wordt gestoken in het bespreken van stap drie ‘welke informatie ontbreekt’.

5.1.2 Deelvraag 2: ‘Welke morele thema’s en normen brengen artsen en verpleegkundigen in het moreel beraad naar voren?’

Om tot een antwoord te komen op deelvraag twee volgen als eerste de argumenten uit het beraad die een norm bevatten. Vervolgens wordt het verloop van deze normatieve argumenten in kaart gebracht en wordt de vraag gesteld of deze argumenten leiden tot een conclusie waarbij iets gezegd kan worden over de morele thema’s die spelen binnen het moreel beraad.

Argumenten die een norm bevatten:

1. *“Ik heb wel het idee van wat is er fout gegaan in die voorbereiding van die OK’s. Blijkbaar zijn er allerlei dingen niet besproken. Dit is een hele vreemde wending in dit behandelverloop.”* Vpk 9, 9:23
Norm: Bespreken van essentiële zaken tijdens voorbereiding operatie is nodig.
2. *“We wisten van de nachtdienst dat dhr. problemen had met de wens van familie. En dan is familie nu niet aan bod gekomen. Ook heel raar dat we dan een beleid hebben gemaakt zonder het probleem van die familie erbij te betrekken.”* Arts 4, 10:22
Norm: Familie dient betrokken te worden bij het opmaken van beleid patiënt.
3. *“Daar moeten we even de grondwet op los gooien.”* Arts 6, 11:00
Voorafgaand gaat het over het vorm geven van de behandeling.
Norm: De behandeling moet wettelijk geoorloofd zijn.

4. *“Anderzijds moet je als intensivist dat moduleren. Wat zij bedoelen is niet verder behandelen, niets anders dan euthanasie. Er zitten wel marges aan; dan had je hier meer in kunnen sturen dan misschien vannacht gebeurd is.”* Arts 5, 11:08
Norm: Als intensivist maak je behandelopties bespreekbaar. Je gaat met betrokkenen in gesprek over de behandeling, wel zitten er marges aan in het nemen van besluitvoering als intensivist zijnde.

5. *“We weten niet hoe hij preoperatief de OK in gegaan is, want een tumor cerebri is nogal een hoog risico lijkt mij. Met daarnaast de patiënt heeft al een euthanasieverklaring. Ik zou zeggen dat is voor mij al een drempel van tot hier en niet verder. Dan vind ik het wel een reële wens van die patiënt als hij een infarct krijgt. Dan is dit niet wat hij verwacht had blijkbaar denk ik en familie ook niet.”* Arts 4, 12:28
Norm: Een euthanasieverklaring is een maatstaf om beleid te maken op verdere behandeling.

6. *“Dat zijn wel valide argumenten. Maar als dit 's nachts opspeelt en je gaat zo n gesprek in. Dan zou je toch eigenlijk de kinderen erbij moeten hebben. Verwacht je dan niet dat je problemen gaat krijgen, met vannacht is er veel onrust met die dokter geweest en nu krijgen we dit zonder overleg met ons.”* Arts 5, 14:09
Norm: Familie dient te worden betrokken bij besluitvorming bij patiënt.

7. *“Maar de beslissing ligt uiteindelijk ook, je hebt een behandelrelatie met de patiënt. Gezien hij aanspreekbaar is.”* Arts 6; 14:44
Norm: Beslissing ligt uiteindelijk bij de patiënt.

8. *“In principe wil je toch wel dat je een informed consent hebt. En ik vind die autonomie heel belangrijk. Een van de belangrijkste waarde. Als de patiënt wil dat wij doorgaan. Als hij dit wil. En wij tegen zijn wil in zijn leven verlengen. Dan vind ik echt dat wij die meneer schaden.”* Arts 1; 15:45

Norm: Aangaan van een *informed consent* is van belang. Je mag het leven van een patiënt niet tegen zijn wil in verlengen.

9. *“En bovendien: hoe reëel is zeg maar de uitkomst ervan. Ik wil nu dood, hoe reëel is dat. Dat kun je als arts op dat moment niet waarmaken. Afgezien van het feit dat je hier wel of niet mee eens kan zijn.”* Arts 6, 17:38

Voorafgaand dit citaat gaat het over het tijdstip dat midden in de nacht ligt.

Norm: Als arts kun je een beslissing over levensbeëindiging in de nacht niet waarmaken.

10. *“Je had kunnen uitleggen dat het nu niet haalbaar is om een beslissing om dit soort tijdstippen, daar ben ik het met jou eens, dat het niet het moment is om daar nu op in te gaan, maar dat er wel op latere tijdstippen over besloten moet worden met familie.”* Arts 6, 18:17

Voorafgaand dit citaat gaat het over het tijdstip dat midden in de nacht ligt.

Norm: Er dient met familie in gesprek te worden gegaan over beslissingen bij de patiënt.

11. *“Los van alle emotie. Is het een optimaal voorbeeld van een patiënt die de regie in eigen handen neemt. Waar we heel erg voor zijn in dit ziekenhuis. Je mag hem begeleiden inderdaad, maar hij beslist.”* Arts 3, 24:00

Norm: Je mag de patiënt begeleiden, maar de beslissing ligt bij de patiënt.

12. *“De vraag is wel: wij kunnen nu niet zeggen hoe die man in de toekomst gaat zijn. En dat is wel wrang natuurlijk.”* Arts 2, 24:21

Norm: Je kunt geen uitspraken doen over de toekomst over de patiënt.

13. *“Schade als je het lijden verlengt. Als hij het leven als lijden ziet en je dat verlengt, dan is dat schaden.”* Arts 1, 25:37

Norm: Je mag het leven van patiënt als arts zijnde niet verlengen wanneer hij het leven als lijden ziet.

14. *“Wat ik raar vond is dat de familie waar dit probleem vandaan komt hebben jullie vanochtend totaal niet gesproken. Dat vind ik raar.”* Arts 4, 29:47
Norm: Familie dient betrokken te worden bij het bespreken van behandeling.

15. *“Met alles wat ik hoor. Twijfel ik heel erg of die man al overzien heeft wat zijn huidige situatie is. Die is inderdaad angstig voor wat gaat komen en dat hoeft er nog helemaal niet te zijn. Daar gaan we nogal akelig kort door de bocht om hem naar een hospice te sturen.”* Arts 7, 30:44
Norm: Patiënt dient aan bepaalde eisen te voldoen voordat hij naar een hospice kan.

16. *“Hij mag beslissen wat hij wil beslissen natuurlijk, maar wel op de juiste informatie.”* Arts 7, 31:04
Norm: Patiënt dient beslissingen te maken op grond van de juiste informatie.

17. *“Ik zou eerlijk gezegd ook de motieven willen weten. Waarom dat zo is. Ik heb vergelijkbare casussen meegemaakt en dat was een man met een grote CVA ... Ik denk dat het daarom goed is om naar die motieven te vragen. Waarom ze zo gemotiveerd zijn om dat te regelen.”* Arts 6, 32:07
Norm: Het is goed om motieven te weten te komen over waarom bepaalde dingen zijn om conclusies te kunnen trekken.

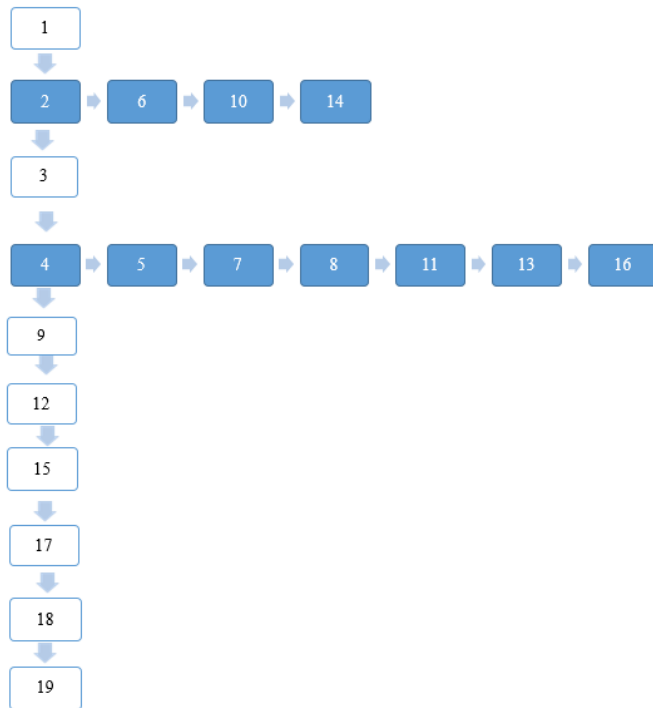
18. *“Ik vind moreel beraad altijd heel goed en daar is het ook voor. Je moet op het moment zelf je mening ventileren. Dat vind ik heel goed. Maar ik vind het ook goed dat je van te voren aangeeft waar gaan we het over hebben, welke patiënten. Wanneer je de informatie juist brengt kun je beter er een mening over geven anders dan missen heel veel eindjes en worden er vragen gesteld: hoe is het nu gegaan.”* Arts 4, 36:01
Norm: Moreel beraad dient van te voren te worden aangegeven om beter je mening te kunnen geven.

19. *“Ook voor verpleegkundigen moet het geen barrière zijn, dus als het een hele langdurige patiënt is met ingewikkelde problematiek dan hoef je ook niet de gehele casus te weten maar dan kun je ook aan ons vragen kun jij de casus even inbrengen. Want ongetwijfeld dat één van ons de patiënt kent. En dan kunnen we de casus gewoon inbrengen. Het gaat om het gevoel en waarom je het in wil brengen. Daar moeten we gewoon gebruik van maken.” Arts 4, 38:49*

Norm: Voor verpleegkundigen moet het geen barrière zijn om een casus in te brengen, je hoeft hiervoor niet de gehele casus te kennen.

Verloop van de normatieve argumenten

Er zijn in totaal negentien morele argumenten aan bod gekomen die een norm bevatten. Van deze negentien morele argumenten bevatten vier argumenten het thema ‘betrekken van familie bij de behandeling is van belang’ en zeven argumenten gaan over het thema ‘autonomie van de patiënt is van belang’. Deze twee thema’s kunnen als leidende hoofdthema’s worden gezien. Andere onderwerpen die onder andere naar voren komen gaan over de rol van de grondwet, patiënt dient aan bepaalde eisen te voldoen voordat hij naar een hospice kan, artsen dienen eerst motieven te weten voordat er verdere conclusies getrokken kunnen worden. Stroomschema 1, hieronder weergegeven laat het verloop van argumenten zien. Zoals eerder is benoemd zijn aan de argumenten nummers toegekend. De argumenten zijn in het stroomschema onder elkaar gezet in tijdsvolgorde. Wanneer een argument hetzelfde thema bevatte als een ander argument zijn deze horizontaal naast elkaar geplaatst en hieruit volgde de twee hoofdthema’s. De nummers twee, zes, tien en veertien staan voor het hoofdthema ‘betrekken van familie bij de behandeling is van belang’ en de nummers vier, vijf, zeven, acht, elf, dertien en zestien staan voor het hoofdthema ‘autonomie van de patiënt is van belang’. In het stroomschema zijn de vakken met de hoofdthema’s blauw gekleurd.



Stroomschema 1. Het verloop van argumenten

Wat opvalt wanneer er wordt teruggepakt op beide hoofdthema's is dat de deze thema's vooral naar voren komen tijdens de fase met 'ontbrekende informatie' en tot de laatste fase 'toekomst' terug blijven keren. Er lijkt aangaande de thema's geen slotconclusie naar voren te komen een voorbeeld hierbij is in de laatste fase opnieuw door een deelnemer naar voren wordt gebracht dat hij het vreemd vindt dat de familie niet bij het beleid is betrokken. In tabel 2 is in kaart gebracht tijdens welke stappen de argumenten zijn ingebracht.

Stappenplan ETZ methode principe ethiek	Hoeveel minuten komt de stap binnen het moreel beraad aan bod	Tijdens welke stap worden de argumenten uit fase twee ingebracht
Stap 1: <i>geef een uiteenzetting van de casus</i>	5 minuten	
Stap 2: <i>wat is je eerste gevoel?</i>	2 minuten	Argument 1
Stap 3: <i>welke informatie ontbreekt?</i>	14 minuten	Argumenten 2 t/m 12
Stap 4: <i>wat is de gewenste situatie?</i>	0 minuten	
Stap 5: <i>wat is de ethische vraag?</i>	0 minuten	

Stap 6: welke principes/waarden zijn belangrijk?	5 minuten	Argument 13
Stap 7: hoe ga je verder/toekomst?	6 minuten	Argumenten 15 t/m 17
		De argumenten 18 en 19 komen naar voren tijdens de algemene nabespreking.

Tabel 2. Schematisch tijdsverzicht met argumenten

Conclusie morele argumenten

Concluderend kan gesteld worden dat deelnemers van het moreel beraad vinden dat ze als medici de patiënt en familie op een gewenst tijdstip van juiste informatie dienen te voorzien. Arts en familie dienen nauw betrokken te zijn bij het medische proces, maar uiteindelijk ligt de definitieve beslissing bij de wilsbekwame patiënt zelf. Het zou tot schade kunnen leiden wanneer de patiënt tegen zijn wil in behandeld wordt. Wel blijft het lastig om uitspraken te doen over de toekomst omdat deze nooit met zekerheid vast zal staan.

5.1.3 Deelvraag 3: ‘In hoeverre wordt het doel van het moreel beraad in de praktijk bereikt?’

Om deelvraag drie te kunnen beantwoorden is gekeken naar hoe de deelnemers het moreel beraad in de praktijk hebben ervaren. Daarnaast wordt de analyse en conclusie van de onderzoeker naar voren gebracht.

Eén arts geeft tijdens het moreel beraad aan dat hij moreel beraad goed vindt om zijn mening te kunnen ventileren. Toch twijfelt hij aan de opgeleverde waarde van het moreel beraad. Hij vindt dat er te veel ‘losse eindjes’ overblijven nadat het moreel beraad is afgelopen en mist de stem van betrokken collega’s die lichamelijk afwezig waren tijdens het beraad. Eén verpleegkundige geeft aan dat de casus ook in een multidisciplinair overleg besproken had kunnen worden en trekt daarmee de noodzaak van dit moreel beraad in twijfel. Een andere arts en verpleegkundige reageren positief op het moreel beraad en geven aan dat het fijn is om ‘onderbuikgevoelens’ bespreekbaar te kunnen maken. Tijdens de nabespreking met een arts, verpleegkundige en de gespreksleider geeft de arts aan dat ze het lastig vond dat er deelnemers waren die in plaats van ethisch vooral praktisch dachten in oplossingen. Alle drie geven ze aan dat

deelnemers tegenwoordig en ook tijdens dit beraad gemakkelijker durven te spreken. Er is meer ruimte voor dialoog en er komt vanuit alle partijen meer reactie. De verpleegkundige en de gespreksleider vonden het aantal deelnemers van het beraad te groot om tot een goed gesprek met kern te komen en dat deelnemers hierdoor toch minder snel iets durven te zeggen. De arts bekijkt dit standpunt vanuit een ander perspectief en vindt dat door de grote opkomst een grotere groep zorgprofessionals worden bereikt waardoor het besproken onderwerp meer gaat ‘leven’ op de afdeling. Concluderend kan worden gesteld dat deelnemers en de gespreksleider gemengde gevoelens delen of het doel van het moreel beraad is bereikt.

Vanuit het oogpunt als onderzoeker valt op dat een aantal belangrijke fasen binnen dit moreel beraad onbesproken blijven. Hierbij denkende aan de fase waarin de ethische vraag geformuleerd wordt. Tijdens dit beraad worden morele thema’s ingebracht en vormen ook met momenten onderwerp van gesprek. De ingebrachte morele argumenten volgen niet logisch op elkaar. Dit lijkt sterk te komen doordat de vraag naar ‘praktische medische informatie’ de boventoon voert binnen het gesprek. Wanneer morele argumenten zich voordoen wordt er vrij snel teruggepakt op deze praktische informatie en verdwijnen de morele argumenten naar de achtergrond. Hierdoor lijkt het doel van moreel beraad niet te worden bereikt.

5.2 Moreel beraad twee

Moreel beraad twee gaat over patiënt X die met een val van hoogte is opgenomen op de IC met buik- en cerebrale problematiek en niet aanspreekbaar is. Patiënt praktiseert het islamitische geloof en is getrouwd met een partner van hetzelfde geslacht. Familie is niet op de hoogte van het huwelijk en de relatie en de patiënt heeft de wens naar voren gebracht dit ook niet tegen familie te vertellen. Familie vraagt zich af waarom zij niet als (eerste) contactpersoon dienen.

5.2.1 Deelvraag 1: ‘In welke fasen is de ETZ methode principe ethiek op te delen en wat zegt dit over het moreel beraad?’

Stappenplan ETZ methode principe ethiek	Hoeveel minuten komt de stap binnen het moreel beraad aan bod
Stap 1: <i>geef een uiteenzetting van de casus</i>	2 minuten
Stap 2: <i>wat is je eerste gevoel?</i>	5 minuten
Stap 3: <i>welke informatie ontbreekt?</i>	12 minuten
Stap 4: <i>wat is de gewenste situatie?</i>	3 minuten
Stap 5: <i>wat is de ethische vraag?</i>	1 minuut
Stap 6: <i>welke principes/waarden zijn belangrijk?</i>	1 minuut
Stap 7: <i>hoe ga je verder/toekomst?</i>	3 minuten

Tabel 1. Schematisch tijdsoverzicht

Conclusie over het praktisch toepassen van de ETZ methode

Het moreel beraad heeft in totaal 27:33 minuten geduurd, waarvan er ongeveer 27 minuten onder te verdelen zijn binnen de ETZ methode principe ethiek. Daarnaast is er veertig seconden gependend aan een algemene inleiding van het moreel beraad. Wat opvalt binnen dit moreel beraad is dat stap drie ‘welke informatie ontbreekt’ in vergelijking met de rest langere tijd aan bod komt en dat stap vijf en zes minimaal aan bod komen.

5.2.2 Deelvraag 2: ‘Welke morele thema’s en normen brengen artsen en verpleegkundigen in het moreel beraad naar voren?’

Argumenten die een norm bevatten:

1. “*..Maar zijn tante was hier uiteindelijk ook, die kwam uit Spanje over en die begon op een gegeven moment ook meer vragen te stellen en informatie te vragen. En had zoiets van: ‘He hallo, ik ben de enige van de familie die hier is en waarom krijgt een vriend van hem nu alle informatie en ik niet?’ En dat is eigenlijk een beetje het dilemma. Want aan de ene kant wil je natuurlijk voor die twee manen wel de privacy beschermen en niet uitleggen wat er aan de hand is. Maar je zal toch uit moeten leggen waarom dat die andere persoon nu eerste contactpersoon is in plaats van de familie zelf.*” Vpk 6, 0:40
Norm: Als medici wil je de privacy van de patiënt beschermen maar daarnaast dien je informatie te verschaffen waarom iemand eerste contactpersoon is.
2. “*Het voelt natuurlijk rot voor hem dat hij zichzelf niet kan zijn en je respecteert zijn vraag om het niet door te vertellen aan de familie. Maar je moet ook de familie uitleg geven misschien als zij vragen waarom.*” vpk 6, 2:33
Norm: Als medici respecteer je de autonomie van de patiënt maar dien je ook de familie uitleg kunnen te geven als zij vragen hebben over de gang van zaken.
3. “*Juridisch is dat niet zo he. Juridisch hoeven wij dat aan niemand uit te leggen. Want die man heeft juridisch recht op informatie en die familie is dan als tweede. Juridisch is het zo dat alleen die partner er recht op heeft. Dus dat wij eigenlijk helemaal niets hoeven uit te leggen aan de andere familie die daar bij staat. Wij hoeven zelfs niet uit te leggen waarom wij dat juridisch zo doen.*”
Arts 1, 8:16
Norm: Als medici hoeven wij ons niet (juridisch) te verantwoorden tegenover derden waarom alleen de eerste contactpersoon recht heeft op informatie.
4. “*Maar dan nog als zij vraagt waarom niet, dan zal je toch uit moeten leggen waarom je niets zegt. Want als zij niet op de hoogte is dat er iemand anders dus juridisch gezien wel zijn contactpersoon is.*” Vpk 6, 8:50

Norm: Je dient uitleg te geven omtrent de regeling van informatie verschaffen over een patiënt.

5. *“Je zegt gewoon die is de eerste contactpersoon.”* Arts 1, 8:59

Norm: Als medici maak je bespreekbaar wie de eerste contactpersoon is van de patiënt.

6. *“Ik denk dat alle vier de waarden meespelen... Rechtvaardigheid; eigenlijk heeft iedereen recht op informatie ook die zus en die moeder.”* Arts 1, 24:11

Norm: Naast de eerste contactpersoon zijn er meerdere mensen die recht hebben op informatie over de patiënt.

Verloop van de normatieve argumenten

Er zijn in totaal zes argumenten aan bod gekomen die een norm bevatten. Alle zes de argumenten gaan over het thema ‘het geven van informatie over een patiënt’. Wat opvalt is dat er een bepaald verloop zichtbaar is als het gaat over deze argumenten. De eerste twee argumenten brengen beiden naar voren dat het respecteren van de autonomie van de patiënt van belang is, maar dat familie die niet als eerste contactpersoon genoteerd staat wel recht heeft op uitleg over de algemene gang van zaken. Als het gaat over de ‘gang van zaken’ lijkt de verpleegkundige hier te doelen op dat de familie recht heeft om te weten hoe het werkt met een eerste contactpersoon en waarom een bepaald persoon tot eerste contactpersoon is verkozen. Het derde argument doorbreekt deze gedachten met een tegenargument. Er wordt ingebracht dat medici zich niet hoeven te verantwoorden tegenover familie als het gaat om de eerste contactpersoon. Het vierde argument brengt naar voren dat er wel in het algemeen uitleg gegeven dient te worden over de regeling van informatie verschaffen aan de familie. Het vijfde argument stelt dat er wordt meegedeeld aan betrokkenen van de patiënt wie de contactpersoon is. Tot slot komt bij het zesde argument aan bod dat wanneer er gekeken wordt vanuit de waarde ‘rechtvaardigheid’, dat er naast de eerste contactpersoon eigenlijk meer personen zijn die recht hebben op informatie over de patiënt. Om inzicht te geven in de hoofdthema’s die spelen in het beraad zijn de argumenten in een stroomschema geplaatst. Zoals eerder in deze alinea naar voren is gekomen gaan alle argumenten over hetzelfde thema, dit zorgt ervoor dat de argumenten op eenvoudige wijze naast elkaar geplaatst zijn.



Stroomschema 1. Het verloop van argumenten

Wat opvalt in dit moreel beraad is dat de deelnemers aangeven dat het juridisch gezien duidelijk is hoe ze dienen om te gaan met het geven van informatie over een patiënt. Dit dient te gebeuren via een eerste contactpersoon. Toch vinden de deelnemers het binnen deze casus lastig om familie die geen eerste contactpersonen zijn geheel buiten het opnameproces van de patiënt te houden. De deelnemers in deze casus lijken te worstelen met wat ze wel en niet tegen de familie kunnen en mogen zeggen. Het punt waar de medici het ergst mee zitten is dat ze wel de autonomie van de patiënt willen respecteren maar overige familie ook niet te kort willen doen als het alleen al gaat over hoe de algemene procedure is van informatie verschaffen. Toch lijkt argument vijf het slotargument te zijn waarbij een deelnemer terugkomt op de juridische procedure en dat je als medici aan betrokkenen mededeelt wie die eerste contactpersoon is. Verderop in het moreel beraad komt dezelfde spreker nog wel kort terug op dit onderwerp en dat ze het vanuit de waarde van ‘rechtvaardigheid’ een andere mening heeft en ook vindt dat naast de eerste contactpersoon ook andere personen uit de familie recht hebben op informatie. In tabel 2 is in kaart gebracht tijdens welke stappen de argumenten zijn ingebracht.

Stappenplan ETZ methode principe ethiek	Hoeveel minuten komt de stap binnen het moreel beraad aan bod	Tijdens welke stap worden de argumenten uit fase twee ingebracht
Stap 1: <i>geef een uiteenzetting van de casus</i>	2 minuten	Argument 1
Stap 2: <i>wat is je eerste gevoel?</i>	5 minuten	Argument 2
Stap 3: <i>welke informatie ontbreekt?</i>	12 minuten	Argument 3 t/m 5
Stap 4: <i>wat is de gewenste situatie?</i>	3 minuten	
Stap 5: <i>wat is de ethische vraag?</i>	1 minuut	
Stap 6: <i>welke principes/waarden zijn belangrijk?</i>	1 minuut	

Stap 7: hoe ga je verder/toekomst?	3 minuten	Argument 6
---	-----------	------------

Tabel 2. Schematisch tijdsverzicht met argumenten

Conclusie morele argumenten

Binnen dit moreel beraad lijkt het erop dat de slotconclusie over ‘het geven van informatie over een patiënt’ formeel gezien vastgesteld kan worden maar dat medici daar gevoelsmatig niet direct rust in vinden.

5.2.3 Deelvraag 3: ‘In hoeverre wordt het doel van het moreel beraad in de praktijk bereikt?’

Tijdens de nabespreking wordt aan een deelnemer gevraagd, die ook aanwezig was tijdens beraad één, of ze verschil ervaarde tussen de twee beraden. Ze geeft aan dat ze het idee heeft dat artsen tijdens het eerste beraad de overhand namen in gesprek. Het eerste beraad vond ze meer gaan over het medisch handelen en medische achtergrondinformatie naar voren halen, het tweede beraad ging meer in op het gevoel. Er was nu meer ruimte voor het onderwerp ‘coachen’ in plaats van ‘behandelen’. Ze vindt het lastig om een concluderende uitspraak te doen over de samenhang van het moreel beraad met of er artsen óf verpleegkundigen aanwezig zijn. Ze geeft aan dat je dan bijna geneigd bent om twee keer een moreel beraad te moeten uitvoeren met dezelfde casus maar dan één keer met een groep artsen en één keer met een groep verpleegkundigen om concreet verschil te ervaren. Volgens haar is het vooral belangrijk dat diegene die veel voor een patiënt zorgen bij het moreel beraad aanwezig zijn en deze casus raakte vooral op verpleegkundig vlak. Tijdens dit moreel beraad is niet concreet aan de deelnemers gevraagd wat ze van het moreel beraad vonden. Wel kan geconcludeerd worden dat vanaf het begin van het moreel beraad de deelnemers geboeid zijn door de casus, actief deelnemen en de nood van het ingebrachte dilemma delen. Er is dus vraag naar het bespreken van dit dilemma en ook tijdens het moreel beraad wordt geen weerstand uitgesproken tegenover het beraad.

Vanuit het oogpunt als onderzoeker valt op dat het moreel beraad vooral gaat over juridische zaken. Deelnemers brengen middels hun gevoelens naar voren waar het voor hen wringt binnen de casus. De morele argumenten die volgen gaan vooral over het ‘recht hebben op’. Argument vijf dat als slotargument gezien wordt, sluit ook af met een

aanbeveling voor mededeelnemers waarbij de juridische procedure wordt aangehaald. Tevens valt binnen dit beraad op dat er wel kort wordt stil gestaan bij de ethische vraag maar dat er geen concrete ethische vraag wordt geformuleerd. Dit is wel van belang om het ethische gehalte van het beraad te kunnen waarborgen. Binnen dit beraad lijkt 'recht' een grotere rol te spelen dan 'ethiek'. Hieruit kan worden geconcludeerd dat het moreel beraad het ethische gehalte van gesprek niet voldoende tegemoet treedt en het doel van het moreel beraad hierdoor niet lijkt te worden bereikt.

5.3 Moreel beraad drie

Moreel beraad drie gaat over patiënt Z die is opgenomen op de IC en ‘hersendood’ is. Zijn islamitische familie kan zich niet vinden in het besluit wat de medici hebben voorgedragen om de behandeling te stoppen. Verpleegkundigen geven aan dat dit een terugkerend verschijnsel is op de IC.

5.3.1 Deelvraag 1: ‘In welke fasen is de ETZ methode principe ethiek op te delen en wat zegt dit over het moreel beraad?’

Stappenplan ETZ methode principe ethiek	Hoeveel minuten komt de stap binnen het moreel beraad aan bod
Stap 1: <i>geef een uiteenzetting van de casus</i>	2 minuten
Stap 2: <i>wat is je eerste gevoel?</i>	10 minuten en 30 seconden
Stap 3: <i>welke informatie ontbreekt?</i>	13 minuten
Stap 4: <i>wat is de gewenste situatie?</i>	8 minuten
Stap 5: <i>wat is de ethische vraag?</i>	0 minuten
Stap 6: <i>welke principes/waarden zijn belangrijk?</i>	2 minuten
Stap 7: <i>hoe ga je verder/toekomst?</i>	4 minuten

Tabel 1. Schematisch tijdsoverzicht

Conclusie over het praktisch toepassen van de ETZ methode

Het moreel beraad heeft in totaal 46:30 minuten geduurd, waarvan er veertig minuten en dertig seconden onder te verdelen zijn binnen de ETZ methode principe ethiek. Er is door de gespreksleider zes minuten gependend aan een algemene inleiding. Opvallend is dat de stappen in het beraad niet concreet waren afgebakend en liepen meerdere keren door elkaar heen. Er werd bijvoorbeeld na stap drie opnieuw teruggekomen op stap twee. Daarnaast komt naar voren dat de stappen twee en drie de meeste tijd in beslag hebben genomen. Daar staat tegenover dat stap vijf helemaal niet aan bod kwam tijdens dit beraad.

5.3.2 Deelvraag 2: ‘Welke morele thema’s en normen brengen artsen en verpleegkundigen in het moreel beraad naar voren?’

Argumenten die een norm bevatten:

1. *“Ja je moet gewoon duidelijk zijn. En dat wordt hier dan niet gezegd he. Je moet gewoon duidelijk zijn dat er geen medische dingen meer zijn.”* Vpk 5, 10:16
Vpk 5 gaat in op wat vpk 7 eerder naar voren brengt namelijk dat de patiënt vanuit familie moet doorleven terwijl medici geen overlevingskansen meer zien.
Norm: Je dient als medici duidelijk te communiceren naar de betrokkenen van een patiënt over de medische mogelijkheden bij een behandeling.
2. *“Wij zitten hier in Nederland. Zij moeten aan de Nederlandse waarden voldoen.”* Vpk 8, 12:08.
Vpk 8 lijkt hier met ‘Zij’ te doelen op de Marokkaanse familie uit de casus.
Norm: Wanneer een buitenlandse patiënt opgenomen wordt op een Nederlandse IC, dient deze zich te houden aan de Nederlandse waarden die heersen op de IC.
3. *“Er zijn veel technische dingen die dan vaak fout gaan. Als er gebruik wordt gemaakt van taal in familie dan moet je dat eigenlijk professioneel aanpakken.”*
Gespreksleider, 14:30
Norm: Indien de betrokkenen van de patiënt niet de taal van de medici spreken dan dien je hier als medici op professionele wijze mee om te gaan.
4. *“Als dat hun cultuur is, dan is dat toch prima als ze het zo willen doen.”* Vpk 19, 16:16
Norm: We dienen elkaars cultuur te respecteren.
5. *“Ik denk dat ze daar iemand anders voor mogen aannemen. Want daar zit bij hem totaal geen, waar we natuurlijk over praten andere cultuur, en ik zit daar niet in. En als het is zoals het nu is dan denk ik dan moet je daar als arts of verpleegkundige niet aan beginnen. Zorg dat daar een Marokkaanse arts of verpleegkundige komt, dat je daarmee wel kan communiceren met die mensen.”*
Vpk 8, 19:54

Norm: Als zorgprofessional dien je je af te stemmen op een andere cultuur, hierbij denkende aan het betrekken van een andere zorgprofessional met dezelfde culturele achtergrond die zich mengt in het zorgproces.

6. *“..Nu maak je hier ook vaak mee dat ik zie, dat ze met allerlei specialisten aan het bed komen waarbij je te pas en te onpas moet nadenken. Ik heb nu ook een familie, dan wordt er gezegd dat is een hele moeilijke familie, dus die krijgen een vaste intensivist en die doet dan de gesprekken. Dat lijkt me van ja, dat moet toch eigenlijk bij iedereen.”* Gespreksleider, 32:35

Norm: Alle patiënten/familie hebben recht op één vaste behandelend arts die de gesprekken voert.

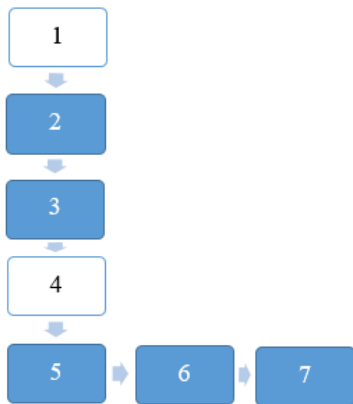
7. *“Nee, ik vind dat iedereen een vaste arts heeft, dat is toch de afspraak.”* Vpk 5, 33:56

Norm: Iedere patiënt heeft volgens afspraak een vaste behandelaar.

Verloop van de normatieve argumenten

Er zijn in totaal zeven argumenten aan bod gekomen die een norm bevatten. Het tweede argument is een duidelijk voorbeeld van de boventoon die gevoerd wordt in de discussie die vervolgens ontstaat tussen de deelnemers. Er wordt gezegd dat een buitenlandse patiënt zich dient te conformeren met de Nederlandse waarden die heersen binnen een Nederlandse IC. Argument drie geeft weer dat professionals interventies dienen te raadplegen om bijvoorbeeld moeilijkheden aan te pakken die ontstaan door taalverschillen. Argument vier stelt dat een andere cultuur gerespecteerd dient te worden. Wel blijven deelnemers die zich in het begin van het beraad aansloten bij argument twee, terugkomen op het feit dat ze moeite hebben dat godsdienst erg bepalend kan zijn voor bepaalde keuzes in een behandeling. Toch verdwijnt dit op een gegeven moment weer naar de achtergrond en komt opnieuw naar voren welke rol professionals uit dienen te voeren bij verschillen in cultuur tijdens een behandeling. Binnen argument vijf, zes en zeven worden door de deelnemers interventies voorgesteld. Stroomdiagram 1 laat het verloop van argumenten zien. Waarbij de blauw gekleurde vakken de argumenten bevatten die het hoofdthema van het beraad zijn. De argumenten één tot en met vijf volgen elkaar op in gesprek. De argumenten vijf tot en

met zes zijn naast elkaar geplaatst omdat deze verder gaan binnen hetzelfde thema; namelijk de interventies vanuit zorgprofessionals.



Stroomschema 1. Het verloop van argumenten

Zoals in bovenstaand stroomschema is weergegeven is argument twee weggezet als hoofdthema, dit argument gaat over de buitenlandse patiënt die aan de Nederlandse waarden dient te voldoen. Vervolgens is argument drie ook hoofdthema van gesprek is terwijl dit gaat over de rol vanuit de zorgprofessionals. Dit is precies wat er gaande is tijdens dit moreel beraad, er vindt na argument twee een verschuiving plaats. In eerste instantie is er namelijk vanuit de deelnemers weerstand hoorbaar tegen de islamitische cultuur en de moeilijkheden die het met zich mee brengt binnen deze casus. Daarna vindt er een verschuiving plaats en wordt gekeken welke rol de zorgprofessionals hierin zelf vervullen en wordt vanuit hen gekeken welke interventies ze kunnen ondernemen om tot een gewenste situatie te komen. Er is dan ook ruimte om te kunnen zeggen dat een andere cultuur gerespecteerd dient te worden. Het beraad sluit af met interventies die in de toekomst plaats kunnen gaan vinden. In tabel 2 is in kaart gebracht tijdens welke stappen de argumenten zijn ingebracht.

Stappenplan ETZ methode principe ethiek	Hoeveel minuten komt de stap binnen het moreel beraad aan bod	Tijdens welke stap worden de argumenten uit fase twee ingebracht
Stap 1: <i>geef een uiteenzetting van de casus</i>	2 minuten	
Stap 2: <i>wat is je eerste gevoel?</i>	10 minuten en 30 seconden	Argumenten 1 t/m 5
Stap 3: <i>welke informatie ontbreekt?</i>	13 minuten	

Stap 4: <i>wat is de gewenste situatie?</i>	8 minuten	Argumenten 6 en 7
Stap 5: <i>wat is de ethische vraag?</i>	0 minuten	
Stap 6: <i>welke principes/waarden zijn belangrijk?</i>	2 minuten	
Stap 7: <i>hoe ga je verder/toekomst?</i>	4 minuten	

Tabel 2. Schematisch tijdsverzicht met argumenten

Conclusie morele argumenten

De verpleegkundigen vinden het lastig om als zorgprofessionals de verschillen van de islamitische en Nederlandse cultuur te ondervinden op de IC. Waar in het beraad eerst vooral de aandacht uit gaat naar de verschillen en weerstand die ze ondervinden, worden later de mogelijkheden en interventies het hoofdthema van gesprek. Met dit laatste hopen ze in de toekomst verbetering te kunnen boeken voor beide partijen, zowel de islamitische familie als de zorgprofessional op het gebied van zorg op de IC.

5.3.3 Deelvraag 3: ‘In hoeverre wordt het doel van het moreel beraad in de praktijk bereikt?’

Tijdens de nabespreking wordt aan een verpleegkundige gevraagd hoe ze het moreel beraad heeft ervaren. Ze geeft aan dat ze de besproken casus graag terug zou zien in een klein multidisciplinair overleg met betrokken specialisten en verpleegkundigen. Dit zou volgens haar een efficiëntere manier zijn om de casus te bespreken. Voor haar gevoel blijft het na afloop van het moreel beraad onduidelijk waar precies tegenaan gelopen wordt. Daarna volgt er nog een andere nabespreking met een andere verpleegkundige, een gespreksleider en een arts die niet bij dit beraad aanwezig was maar wel bij beraad twee. In dit gedeelte van de nabespreking wordt geconcludeerd dat er inhoudelijk gezien ook communicatieproblemen plaats vinden met autochtone patiënten naast de allochtone patiënt. Er wordt aangegeven dat aanwezige deelnemers van het beraad dit lastig vinden om in te zien. De allochtone zorgvrager komt als onderwerp regelmatig naar voren tijdens een moreel beraad. Als conclusie kan worden gesteld dat zorgprofessionals moreel beraad niet altijd zien als de efficiëntste manier om een casus te bespreken. Wel lijkt er gezien de aanhoudende frustraties van deelnemers in het

beraad behoefte te zijn aan het bespreken van dit soort onderwerpen. Moreel beraad kan dan een methode zijn om deze gevoelens bespreekbaar te maken.

Vanuit het oogpunt als onderzoeker valt op dat de verschillende fasen in het moreel beraad door elkaar heen lopen. Toch zijn er wel bepaalde verschuivingen zichtbaar. Waar in het begin van het beraad alleen oog is voor een éénduidige benadering is er later ook ruimte om het thema van meerdere kanten te belichten. Zo stelt een deelnemer dat de betrokkenen uit de casus dienen te voldoen aan de Nederlandse waarden, later ontstaat er ruimte om te kunnen zeggen dat andere culturen gerespecteerd dienen te worden. Wanneer het gaat over het respecteren van die andere culturen komt naar voren dat andere perspectieven ook bespreekbaar kunnen worden gemaakt en dat er ruimte is voor gelaagdheid binnen de casus. Hier is de ethiek van het gesprek voelbaar.

Vervolgens verschuift de dialoog richting de rechten en plichten waar aan voldaan moet worden. Ook binnen dit beraad wordt de ethische vraag niet geformuleerd. Door deze vraag niet te formuleren lijkt het voor de deelnemers lastig om in de fasen die volgen, na stap vijf, zich toe te blijven spitsen op het ethische gehalte van het gesprek. Hieruit kan de conclusie getrokken worden dat het doel van moreel beraad niet geheel behaald wordt.

5.4 Moreel beraad vier

Moreel beraad vier gaat over patiënt XX met morbide obesitas, denkende aan een gewicht van ongeveer 270 kg. De patiënt was opgenomen op de IC met een ontsteking aan haar been waarbij ze aan de dialyse en de beademing terecht kwam. Daarbij kwam een soort van uitval van spierfunctie naar voren.

5.4.1 Deelvraag 1: ‘In welke fasen is de ETZ methode principe ethiek op te delen en wat zegt dit over het moreel beraad?’

Stappenplan ETZ methode principe ethiek	Hoeveel minuten komt de stap binnen het moreel beraad aan bod
Stap 1: <i>geef een uiteenzetting van de casus</i>	2 minuten en 20 seconden
Stap 2: <i>wat is je eerste gevoel?</i>	2 minuten en 20 seconden
Stap 3: <i>welke informatie ontbreekt?</i>	16 minuten
Stap 4: <i>wat is de gewenste situatie?</i>	1 minuut en 30 seconden
Stap 5: <i>wat is de ethische vraag?</i>	1 minuut
Stap 6: <i>welke principes/waarden zijn belangrijk?</i>	5 minuten
Stap 7: <i>hoe ga je verder/toekomst?</i>	7 minuten

Tabel 1. Schematisch tijdsoverzicht

Conclusie over het praktisch toepassen van de ETZ methode

Het moreel beraad heeft in totaal ongeveer veertig minuten geduurd. Waarvan 35 minuten binnen de ETZ methode principe ethiek vielen. Er is door de gespreksleider vijf minuten gespendeerd aan een algemene inleiding. De stappen van de methodiek liepen door elkaar heen en werden op verschillende momenten in het moreel beraad herhaald. Ook viel op dat stap drie op verschillende momenten verweven was met stap twee, wel voerde stap drie hier de boventoon. Stap drie neemt binnen dit beraad de meeste tijd in beslag en daarna volgen stap zes en zeven. Stap vier en vijf komen het minst aan bod. Opvallend is dat de ethische vraag ook binnen dit moreel beraad onduidelijk blijft.

5.4.2 Deelvraag 2: ‘Welke morele thema’s en normen brengen artsen en verpleegkundigen in het moreel beraad naar voren?’

Argumenten die een norm bevatten:

1. *“Want jij komt dan op voor je team. En je hebt samen met collega X dan ook die organisatie gedaan voor al die zorg verantwoordt te kunnen leveren. Want er komt eigenlijk ook een soort veiligheid bij kijken, wat collega X al zegt. Ook voor jouw personeel he. Als die zomaar iemand op gaan tillen van 260 kg dat leidt tot gevaarlijke toestanden.”* Gespreksleider, 10:16

Norm: Het tillen van een zwaar persoon kan lijden tot gevaarlijke situaties voor de zorgprofessionals, hier dienen preventieve veiligheidsmaatregelen voor getroffen te worden.

2. *“Nee, hij nam ook gewoon chocolade en dingen voor haar mee. Daar maakte hij dan grapjes over, wat totaal niet gepast was.”* Vpk 7, 16:39

‘Hij’ gaat binnen dit argument over de partner van de patiënt en ‘haar’ gaat over de patiënt zelf.

Norm: Het is niet gepast grappen over patiënten te maken.

3. *“Door haar gewicht is ze eigenlijk bijna overleden en dat je daar op die manier grapjes over kunt maken. Dat is echt iets bizars. Allebei, zowel hij als zij.”* Vpk 7, 17:07

‘Hij’ gaat binnen dit argument over de partner van de patiënt en ‘zij’ gaat over de patiënt zelf.

Norm: Het is niet gepast grappen over patiënten te maken.

4. *“Zij heeft recht op zorg en wij worden ook betaald, laten we wel zijn. En als zorgverlener, het hoeft niet dat de patiënt de hele tijd zegt: dankjewel, dankjewel. En dan zeg ik ook van, dan zeggen jullie ook van: het is onze baan hoor en wat fijn dat u dat zegt. Maar dat is dan weer de andere kant”.* Vpk 1, 22:31

Voorafgaand aan dit argument gaat het over de ondankbaarheid van de patiënt wat de deelnemers als negatief hebben ervaren.

Norm: Als zorgprofessional hoort het verlenen van zorg bij je takenpakket; de patiënt heeft recht op zorg.

5. *“Ja precies is dat dan toch die respect van de normen van autonomie? Van: de patiënt moeten we respecteren zoals die is en wij gaan het zorgproces in en wij hebben zoals vpk 3 zegt een zorgplicht, dat is bij de wet vastgelegd. En we moeten kijken waar het schip strandt.”* Gespreksleider, 25:31

Norm: De autonomie van de patiënt dient gerespecteerd te worden en als zorgprofessional heb je een zorgplicht voor het leveren van goede zorg.

6. *“Ik denk dat die zorgplicht er gewoon is en het is op een gegeven moment wel als een patiënt in de problemen komt of zij moest op haar buik met bepaalde dingen zoals reanimatie, en kan geen Lucas. Dan krijg je andere dingen denk ik dat je zegt van nou. Zij knapte goed op maar als zij... was zij wel te reanimeren?”* Vpk 1, 31:28

Lucas is een hartmassage apparaat.

Norm: Als zorgprofessional heb je een zorgplicht voor een patiënt met obesitas, daarnaast kan niet gegarandeerd worden dat elke medische behandeling succesvol gaat zijn.

7. *“Eigenlijk moet je patiënten, dan ben je eigenlijk wel vaak iets te laat. Patiënten die als eerste verdeelt moeten worden omdat anders niemand ze wil doen, dat zijn patiënten die moet je eigenlijk in een moreel beraad bespreken.”* Vpk 9, 34:19

Voorafgaand wordt besproken dat patiënten die tijdens de aanvang van een dienst als eerste onder de verpleegkundigen verdeeld worden, vallen onder de complexe patiëntencategorie op de IC.

Norm: Patiënten die vallen onder de complexe patiëntencategorie binnen een IC dienen te worden besproken in een moreel beraad.

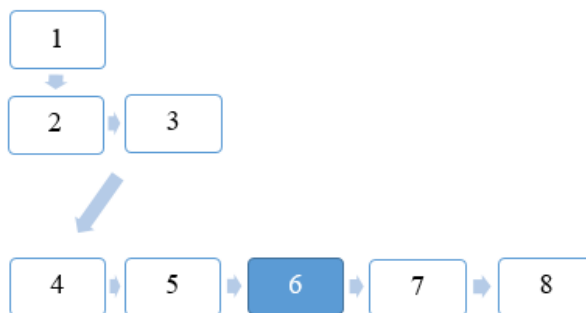
8. *“Dat wil niet zeggen als je er moeite mee hebt dat je er dan nooit voor hoeft te zorgen.”* Vpk 3, 37:37

Dit argument heeft betrekking tot de verzorging van de complexe patiëntencategorie.

Norm: Zorgprofessionals dienen flexibel inzetbaar te zijn als het gaat om het leveren van zorg aan de complexe patiëntencategorie.

Verloop van de normatieve argumenten

Er zijn in totaal acht argumenten aan bod gekomen die een norm bevatten. Het eerste argument geeft één van de vele praktische zaken weer waar de zorgprofessionals tegenaan lopen in deze casus. De argumenten twee en drie komen overeen, gezien beide argumenten gaan over de wijze waarop de patiënt en haar partner omgaan met het ziekteverloop van de patiënt. De zorgprofessionals vinden deze wijze ongepast. De argumenten vier tot en met acht gaan over de verantwoordelijkheden vanuit de zorgprofessionals. Hierbij komt naar voren dat de zorgprofessionals een zorgplicht hebben om voor de patiënt te zorgen, ook in complexe situaties. Er wordt bij argument zes wel een opmerking geplaatst waarbij een deelnemer zich afvraagt in hoeverre de zorg die op de IC gegeven wordt toereikend is voor een morbide obesitas patiënt. Daarnaast gaat argument zeven eveneens als de andere argumenten over een handeling vanuit de zorgprofessionals, maar onderscheidt zich hier door niet het directe patiëntencontact te noemen maar in te gaan op een algemene interventie zoals het toepassen van moreel beraad. Onderstaand stroomdiagram brengt in kaart hoe de argumenten zich elkaar opvolgen.



Stroomschema 1. Het verloop van argumenten

Het hoofdthema binnen deze casus wordt het beste naar voren gebracht in argument zes. Deze is in stroomschema 1 voorzien van een blauwe kleur. Zorgprofessionals zijn het met elkaar eens dat ze een zorgplicht hebben bij de genoemde patiënt, maar daarnaast

worden er wel een aantal kanttekeningen gemaakt. Binnen dit beraad wordt duidelijk dat de verpleegkundigen worstelen met gevoel versus rationaliteit. Er komt veelvuldig naar voren dat de verpleegkundigen moeite hebben met de presentatie van de patiënt. Wanneer er naar het beraad in het geheel wordt gekeken kan er worden gesteld dat het gevoel een terugkerend thema blijft zijn tot de laatste stap in dit beraad. Wel vindt er vanaf argument vier een verschuiving plaats. Vanaf dan gaat het vooral over de verantwoordelijkheden die de zorgprofessionals dragen en welke interventies ze kunnen inzetten om tot een gewenste situatie te kunnen komen. Dit leidt ook tot de conclusie van dit moreel beraad namelijk: eerdere bijeenkomen met de zorgprofessionals om de situatie door te nemen en hier interventies op af te kunnen stellen. In tabel 2 is in kaart gebracht tijdens welke stappen de argumenten naar voren komen. Zoals reeds naar voren kwam bij deelvraag één lopen de stappen door elkaar heen, dit zorgt ervoor dat de argumenten vijf en zes elkaar niet volgens een logische volgorde opvolgen.

Stappenplan ETZ methode principe ethiek	Hoeveel minuten komt de stap binnen het moreel beraad aan bod	Tijdens welke stap worden de argumenten uit fase twee ingebracht
Stap 1: <i>geef een uiteenzetting van de casus</i>	2 minuten en 20 seconden	
Stap 2: <i>wat is je eerste gevoel?</i>	2 minuten en 20 seconden	
Stap 3: <i>welke informatie ontbreekt?</i>	16 minuten	Argumenten 1 t/m 4
Stap 4: <i>wat is de gewenste situatie?</i>	1 minuut en 30 seconden	
Stap 5: <i>wat is de ethische vraag?</i>	1 minuut	Argument 6
Stap 6: <i>welke principes/waarden zijn belangrijk?</i>	5 minuten	Argument 5
Stap 7: <i>hoe ga je verder/toekomst?</i>	7 minuten	Argumenten 7 en 8

Tabel 2. Schematisch tijdsoverzicht met argumenten

Conclusie morele argumenten

Zorgprofessionals worstelen met gevoel versus rationaliteit. Enerzijds vinden ze het lastig om te ervaren dat deze patiënt zich presenteert op een wijze die niet overeenkomt met de normen vanuit de zorgprofessionals. Anderzijds ervaren de zorgprofessionals hun zorgplicht en de noodzaak om goede zorg te leveren aan deze patiënt.

5.4.3 Deelvraag 3: 'In hoeverre wordt het doel van het moreel beraad in de praktijk bereikt?'

Tijdens het beraad brengt een verpleegkundige in dat ze het in het algemeen lastig vindt om een geschikte casus te vinden voor moreel beraad. Tijdens de nabespreking met alle verpleegkundigen geeft één daarvan aan dat deze casus iedereen erg aanspreekt om nog eens te bespreken op deze manier in een beraad, ook al heeft de casus zich een aantal maanden eerder afgespeeld. Wel vinden de verpleegkundigen het van belang dat een casus zoals deze, de volgende keer eerder besproken gaat worden zodat er eerder naar passende interventies gezocht kan worden. Dit moreel beraad heeft zich afgespeeld binnen locatie TweeSteden hier wordt niet met enige regelmaat een moreel beraad gehouden. Wel maakten deelnemers op verschillende manieren kenbaar dat ze het fijn vonden om een casus op deze manier te bespreken en gaven aan in de toekomst moreel beraad vaker als methode om een casus te bespreken in te willen gaan zetten.

Vanuit het oogpunt als onderzoeker valt op dat het gevoel waar de deelnemers binnen dit beraad mee worstelen terugkerend is tot in de laatste stap. Daarnaast is op één deelnemer na iedereen aan het woord geweest. Dit heeft een bijdrage geleverd aan een evenredig dialoog waarin ieder gehoord lijkt te worden. Toch is ook binnen dit beraad de ethische vraag niet concreet geformuleerd. Enerzijds lijkt het doel van moreel beraad wel te zijn bereikt doordat er veel ethiek wordt aangehaald binnen het beraad, maar anderzijds is het formuleren van de ethische vraag noodzakelijk om voldoende morele diepgang te kunnen doormaken. Doordat de formulering van de ethische vraag is uitgebleven lijkt het doel van moreel beraad niet te kunnen worden behaald.

5.5 Moreel beraad vijf

Moreel beraad vijf gaat over patiënt XY met niet aangeboren hersenletsel (NAH) naar aanleiding van een aneurysma in haar hoofd. De patiënt ligt al meerdere maanden opgenomen aan de beademing op de IC. Er zijn telkens terugvallen waarbij onder andere infecties optreden. Ze kan reageren door haar ogen en een klein beetje haar hand te bewegen. Ouders hebben langere tijd doorgebracht in een familiekamer en komen nu tijdens en buiten bezoektijden op bezoek. Vanuit de zorgprofessionals is het streven om het protocol voor NAH na te leven waarin prikkels zoveel mogelijk gereduceerd worden.

5.5.1 Deelvraag 1: ‘In welke fasen is de ETZ methode principe ethiek op te delen en wat zegt dit over het moreel beraad?’

Stappenplan ETZ methode principe ethiek	Hoeveel minuten komt de stap binnen het moreel beraad aan bod
Stap 1: <i>geef een uiteenzetting van de casus</i>	4 minuten
Stap 2: <i>wat is je eerste gevoel?</i>	7 minuten en 30 seconden
Stap 3: <i>welke informatie ontbreekt?</i>	7 minuten en 40 seconden
Stap 4: <i>wat is de gewenste situatie?</i>	13 minuten
Stap 5: <i>wat is de ethische vraag?</i>	Enkele seconden (niet concreet geformuleerd wel kort bij stil gestaan)
Stap 6: <i>welke principes/waarden zijn belangrijk?</i>	1 minuut
Stap 7: <i>hoe ga je verder/toekomst?</i>	4 minuten

Tabel 1. Schematisch tijdsoverzicht

Conclusie over het praktisch toepassen van de ETZ methode

Het moreel beraad heeft in totaal ongeveer 43 minuten geduurd, waarvan 36:30 minuten onder te verdelen zijn binnen de ETZ methode principe ethiek. Daarnaast zijn 6:30 minuten gespendeerd aan een algemene inleiding van het moreel beraad. Wat opvalt binnen de uitgevoerde ETZ methodiek is dat stap vier het grootste gedeelte van de tijd aan bod komt, met daarop volgend stap twee en drie. De stappen vijf en zes komen binnen dit beraad het minst aan bod.

5.5.2 Deelvraag 2: ‘Welke morele thema’s en normen brengen artsen en verpleegkundigen in het moreel beraad naar voren?’

Argumenten die een norm bevatten:

1. *“Het is niet je uitgangspunt. Het is wel heel bijzonder als je een NAH protocol hebt en die niet naleeft. Dan denk ik je doet het wel of niet. En als dat je uitgangspunt is en je daarvoor gaat dan moet je daar ook aan houden.”* Vpk 11, 10:48
Norm: Wanneer het uitgangspunt is om het NAH protocol na te leven dan dient hier niet vanaf geweken te worden.
2. *“Zo zie je, zoveel mensen zoveel meningen. Er is er geen een fout en geen een goed denk ik.”* Vpk 16, 16:51
Norm: Ieder mag zijn of haar eigen mening naar voren brengen.
3. *“Maar goed daar moeten wij ook op vertrouwen. Je weet het nooit precies, hij kan er naast zitten, dat kan, dat is ook een gegeven dat een arts er ook wel eens naast kan zitten. Daar kan hij ook niets aan doen.”* Vpk 9, 21:01
Norm: Als verpleegkundige dien je te vertrouwen op het behandelplan dat de arts voor ogen heeft.
4. *“Ik blijf toch een beetje op die NAH zitten, want dat is haar toekomst voor de patiënt. Of we onderschrijven of het medisch team onderschrijft dat of niet. Want een kind van dertien mag zijn eigen behandeling weigeren, ongeacht of zijn vader dat toelaat of niet. En dan denk ik als dit het beleid is van het medisch team en die daarachter staan dan moeten wij daar toch achterstaan en die moeder daar toch duidelijkheid in bieden.”* Vpk 11, 23:57
Norm: Verpleegkundigen dienen achter het medisch beleid te staan en familie de juiste begeleiding te bieden.
5. *“Ja moeder moet je begeleiden daarin dan en aandacht hebben voor moeder en haar positie. Je kunt niet zeggen...”* Vpk 16, 24:32

Norm: Zorgprofessionals dienen aandacht te hebben voor de positie van de betrokken van de patiënt en daar de juiste begeleiding op af te stemmen.

6. *“Nou ja, wat ik in het begin al zei: het is natuurlijk zo dat wij met elkaar afspraken maken en waar we ons zelf aan dienen te houden. Maar wat je net hier ook hoort en wanneer je het mensen persoonlijk vraagt dan zegt iedereen van als het mijn eigen kind is dan zou ik er ook bij willen zijn of als het mijn moeder was dan... Snap je, dan gaat het al een beetje uit zijn verband he. Als dan... wat wilde ik zeggen. Oja dan belt die vader op van ik kan pas om 21 uur op bezoek komen, is dat goed? Wie zijn wij dan om te zeggen van nee dat mag niet, het is geen bezoekuur. Snap je, dat is gewoon verdomd lastig. Want zo komt er om half acht wel een vriendin op bezoek en zo heeft ze twee uur bezoek.”* Vpk 13, 30:44

Norm: Zorgprofessionals dienen zich aan gemaakte afspraken te houden van het beleid maar gezien de uitzonderingen in de praktijk is dit niet altijd eenvoudig.

7. *“Ja dat moet om. We zijn hier de deskundigen, de verpleegkundigen die voor de patiënt zorgen. Er kan gewoon aan ons gevraagd worden: wat zien jullie bij die patiënt. En als ze allemaal die testen zelf willen doen, waarom doen wij dan de MMSE? Omdat zij deze nog een keer willen doen? Dat is gewoon niet goed.”* Vpk 12, 33:44

Norm: Artsen dienen verpleegkundigen nauw bij de behandeling van een patiënt te betrekken als het gaat om het in kaart brengen van het ziekteproces.

8. *“Dus NAH dat denk ik dat hier heus wel kan, maar dan zal er wel meer gebundeld moeten worden en dan zullen de artsen in tuig moeten wat wij ook van hun wensen. Zij moeten ook mee doen in die NAH, wij niet alleen. Dat kan natuurlijk niet. Zolang dat niet gebeurt, wordt het lastig om NAH te doen, dan ben je inderdaad acht uur op een dag bezig.”* Vpk 12, 34:04

Norm: Artsen en verpleegkundigen dienen werkzaamheden op elkaar af te stemmen om een effectieve NAH behandeling te geven.

9. *“Ja je wil ook niet naar die familie over laten komen dat die testen afzonderlijk allemaal nog een keer dienen te gebeuren. Dat is ook een teken van geen respect eigenlijk ook he.”* Vpk 3, 35:33

Norm: Je dient als zorgprofessional de zorg rondom een patiënt te bundelen zodat de patiënt niet meer wordt gestoord dan nodig.

10. *“Maar we raken af waarvan we zaten. Eigenlijk zeiden we van er is een bepaald beleid ingezet door de dienstdoende vaste intensivist en de zorg coördinator. En familie moet zich aan de bezoektijden houden, maar binnen het team wordt daar anders mee om gegaan.”* Vpk 14, 37:07

Norm: Familie dient zich aan de bezoektijden te houden en de zorgprofessionals dienen hier op toe te zien.

11. *“Ja maar dan zou je toch individueel kunnen invullen van ... (onduidelijk) die inconsequentie die eigenlijk ook als eerste benoemd werd, die blijft eigenlijk bestaan. Omdat iedereen per dienst kan bepalen wat er gebeurt en dat is natuurlijk heel vervelend. En voor de artsen geldt dat dus ook, ik denk dat er dus best veel dingen in het geding zijn. En dat je eigenlijk een strak plan zou moeten maken over hoe je met haar om zou moeten gaan.”* Gespreksleider, 38:10

Met ‘haar’ wordt binnen dit argument de patiënt uit de casus bedoeld.

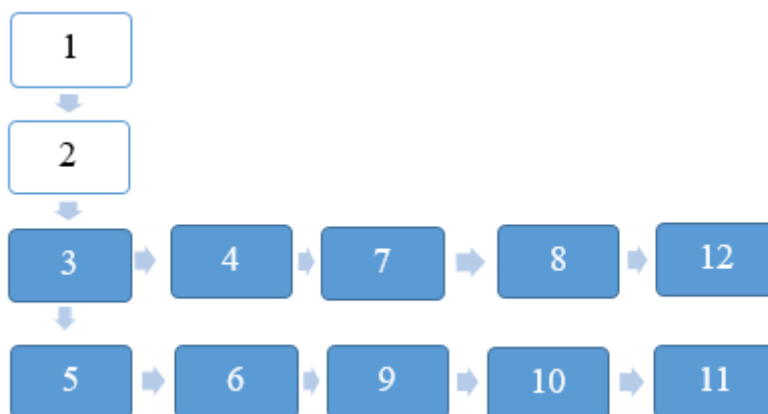
Norm: Zorgprofessionals dienen een nauwkeurig plan van aanpak te maken over de behandeling van de patiënt.

12. *“Maandag is ook altijd de revalidatiearts erbij. Of je zou ook kunnen zeggen ik zoek een andere dag en dan nodig ik alleen de mensen uit die bij deze patiënt betrokken zijn om het nog een keer door te nemen en afspraken te maken. Alle partijen moeten er dan bij zijn.”* Gespreksleider, 39:24

Norm: Er dienen multidisciplinaire bijeenkomsten te zijn over een patiënt voor het maken van afspraken. Alle betrokken partijen dienen hierbij aanwezig te zijn.

Verloop van de normatieve argumenten

Er zijn in totaal twaalf argumenten aan bod gekomen die een norm bevatten. Binnen deze argumenten gaat het vooral over de rol van de zorgprofessionals bij een patiënt met NAH. Verpleegkundigen geven aan dat ze moeite hebben met het voeren van een eenduidig beleid. Het eerste argument brengt naar voren dat wanneer de afspraak is gemaakt om het NAH protocol te volgen, dit ook nageleefd dient te worden. Het tweede argument is algemeen van aard. Vanaf het derde argument gaat het vooral over de rol vanuit de zorgprofessionals bij de behandeling. Argumenten drie, vier, zeven, acht en twaalf gaan over de relatie tussen arts en verpleegkundige, hierbij komt vooral naar voren dat ze zich beter op elkaar af dienen te stemmen en gericht samen dienen te werken. Dit wordt gezien als het eerste hoofdthema. Het tweede hoofdthema bevat de argumenten vijf, zes, negen, tien en elf en gaat over het bieden van zorg vanuit de zorgprofessionals aan de patiënt en naasten. Hierbij gaat het over het bieden van de juiste begeleiding, het erop toezien van afspraken en effectief leveren van zorg. Hieronder in stroomschema 1 is het verloop van argumenten weergegeven. De argumenten die blauw gekleurd zijn, vallen binnen een hoofdthema. De argumenten die elkaar horizontaal opvolgen vallen binnen hetzelfde thema zoals reeds is beschreven.



Stroomschema 1. Het verloop van argumenten

Wanneer gekeken wordt naar het verloop van argumenten valt op dat de hoofdthema's tot het einde van het beraad terug blijven komen. Middels onderstaande tabel 2 is in kaart gebracht tijdens welke stap de argumenten naar voren komen. Opvallend is dat de meeste argumenten naar voren komen tijdens stap vier. In het beraad komt ook terug dat de deelnemers uitgebreid stil staan bij deze stap en uitgebreid naar voren brengen hoe

zij de gewenste situatie voor zich zien. Echter blijft het voor de deelnemers lastig om hier concreet een conclusie uit te trekken omdat het in de praktijk niet zo ‘zwart-wit’ werkt en er zich de nodige uitzonderingen voordoen. Wanneer het einde nadert trekt de gespreksleider een conclusie. De gespreksleider geeft vervolgens zelf een voorzet wat een mogelijke oplossing kan zijn. Hier wordt door de deelnemers mee ingestemd en er volgt door de deelnemers een nauwkeurigere uitwerking van die oplossing. Toch komen er vervolgens opnieuw vragen vanuit de deelnemers wat ze in bepaalde situaties dienen te doen. Er wordt besloten om de vraag uit de casus nog met andere partijen te bespreken. Een algemene slotconclusie op de beginvraag hoe de zorgprofessionals dienen te handelen bij een patiënt met NAH blijft uit. De conclusie uit dit beraad bestaat uit hoe gaan we verder om antwoord te krijgen op de beginvraag.

Stappenplan ETZ methode principe ethiek	Hoeveel minuten komt de stap binnen het moreel beraad aan bod	Tijdens welke stap worden de argumenten uit fase twee ingebracht
Stap 1: <i>geef een uiteenzetting van de casus</i>	4 minuten	
Stap 2: <i>wat is je eerste gevoel?</i>	7 minuten en 30 seconden	Argumenten 1 en 2
Stap 3: <i>welke informatie ontbreekt?</i>	7 minuten en 40 seconden	Argumenten 3 t/m 5
Stap 4: <i>wat is de gewenste situatie?</i>	13 minuten	Argumenten 6 t/m 10
Stap 5: <i>wat is de ethische vraag?</i>	Enkele seconden (niet concreet geformuleerd wel kort bij stil gestaan)	
Stap 6: <i>welke principes/waarden zijn belangrijk?</i>	1 minuut	Argument 11
Stap 7: <i>hoe ga je verder/toekomst?</i>	4 minuten	Argument 12

Tabel 2. Schematisch tijdsoverzicht met argumenten

Conclusie morele argumenten

Concluderend kan gesteld worden dat deelnemers van het moreel beraad voor ogen hebben waar het wringt bij het naleven van het NAH protocol. Echter, het bedenken van een concrete oplossing in de praktijk is niet eenvoudig omdat de zorgprofessionals te maken hebben met een onvoorspelbare praktijk waarin dagelijks uitzonderingen naar voren komen om het NAH protocol anders na te leven dan gewenst.

5.5.3 Deelvraag 3: 'In hoeverre wordt het doel van het moreel beraad in de praktijk bereikt?'

In de nabespreking wordt aan een verpleegkundige gevraagd hoe hij het moreel beraad heeft ervaren. De verpleegkundige geeft aan dat moreel beraad niet direct zijn voorkeur heeft. Hij is uit respect een keer naar het beraad gekomen. Er wordt gevraagd met wat voor gevoel hij het beraad verlaat. De deelnemer geeft aan dat hij niets wijzer is geworden in vergelijking met het begin van het beraad. Hij geeft aan dat met 160 collega-verpleegkundigen het lastig is om concrete afspraken te maken. De deelnemer geeft aan deze casus een voorbeeld is van een vaststaand probleem wat altijd gaat blijven. Een andere deelnemer geeft tijdens de nabespreking aan dat ze het fijner had gevonden als er een zorg coördinator van de besproken patiënt aanwezig was geweest tijdens het beraad. Ze voegt hieraan toe dat dit praktisch gezien niet altijd mogelijk is. De gespreksleider van dit beraad geeft aan dat hij het beraad effectiever zou vinden met een kleinere groep deelnemers. Een andere verpleegkundige stemt hiermee in en geeft aan dat bij veel aanwezigen zoals in dit beraad er veel mensen een mening hebben over de casus terwijl ze de casus niet kennen, dit maakt het lastig om met elkaar in gesprek te gaan.

Vanuit het oogpunt als onderzoeker valt op dat het in eerste instantie gaat over de protocollaire aanpak bij de behandeling van de patiënt. Vervolgens ontstaat er ruimte voor het bespreekbaar maken voor de rol van alle betrokkenen. Hierbij komt de rol van patiënt, familie en zorgprofessional naar voren. Er wordt vervolgens wel kort bij de ethische vraag stil gestaan, maar hieruit ontstaat een vraag die meer is gericht op de praktische gang van zaken dan gericht op de ethiek. Er volgen vanaf argument zeven argumenten van praktische aard. Ook binnen dit beraad lijkt het doel niet te worden behaald doordat het formuleren van een ethische vraag uitblijft.

5.6 Algemene conclusie bevindingen

Binnen deze paragraaf worden algemene conclusies per deelvraag naar voren gebracht. Om dit in kaart te brengen zijn alle vijf de moreel beraden met elkaar vergeleken en samengebracht tot conclusies die recht doen aan het overkoepelende geheel.

5.6.1 Deelvraag 1: ‘In welke fasen is de ETZ methode principe ethiek op te delen en wat zegt dit over het moreel beraad?’

De ETZ methode principe ethiek is op te delen in zeven fasen. De ethische commissie van het ETZ heeft de ETZ methode principe ethiek ontwikkeld op basis van de principebenadering. Hierbij kan in een korte gespreksvorm van dertig minuten samen systematisch nagedacht worden over de vraag hoe we goed handelen kunnen bevorderen (ETZ leerplein, 2018). De principebenadering is ontwikkeld door Beauchamp en Childress waarbij ze vier principes formuleren die ten grondslag liggen aan het medisch handelen. De vier principes: weldoen, niet-schaden, respect voor autonomie en rechtvaardigheid dragen bij aan het inzichtelijk maken van een dilemma dat speelt. Daarbij probeert deze benadering ook handvatten aan te reiken om dilemma's op te lossen (Widdershoven, 2007).

De ETZ methode principe ethiek:

Stap 1: Geef uiteenzetting van de casus

Deze stap vormt voor de deelnemers geen probleem. Casussen worden duidelijk ingebracht en deelnemers vullen elkaar aan waar dit nodig is.

Stap 2: Wat is je eerste gevoel?

De duur van deze stap verschilt per moreel beraad. De gespreksleider lijkt hier een sturende rol in te hebben, wanneer hij of zij het actief benoemt en deelnemers hierop bevroegd komt deze stap meer tot zijn recht en wordt en langer bij gevoelens stil gestaan. Deelnemers laten in het beraad zien dat ze het lastig kunnen vinden om uitspraken te doen over hun gevoelens. Zo komt in beraad één naar voren dat er vrij snel door de deelnemers wordt overgegaan naar de ontbrekende informatie.

Stap 3: Welke informatie ontbreekt?

Wat opvalt wanneer alle beraden met elkaar vergeleken worden is dat er over het algemeen veel tijd wordt gestoken in deze stap. Deelnemers vinden het belangrijk om

hier uitgebreid bij stil te staan voordat ze verdere uitspraken kunnen doen en pakken ook tijdens het beraad meerdere malen op deze stap terug.

Stap 4: Wat is de gewenste situatie?

De mate van bespreking van deze stap verschilt per beraad. Hier is niet direct een concreet antwoord op te vinden. Het valt wel op dat de gewenste situatie nauw verbonden is met de stap waarin de toekomst besproken wordt, waarbij deelnemers graag in de toekomst een gewenste situatie gaan zien.

Stap 5: Wat is de ethische vraag?

Het formuleren van een ethische vraag komt in een aantal beraden wel even kort naar voren maar tijdens geen enkel beraad wordt een ethische vraag geformuleerd. Tijdens het vierde beraad vraagt een deelnemer tijdens de nabespreking hier nog gericht naar, maar er wordt niet tot een concreet antwoord gekomen. Het lijkt erop dat deze stap niet geheel duidelijk is om te kunnen toepassen.

Stap 6: Welke principes/waarden zijn belangrijk?

Deze stap komt ook weinig in de beraden aan bod. Toch is deze stap wel degelijk aanwezig binnen het beraad en laat zich ook binnen de andere stappen zien. De principes worden misschien niet concreet benoemt maar als het bijvoorbeeld gaat over de positie van de patiënt, die eigenlijk elk beraad wel wordt besproken, dan wordt meerdere keren de autonomie van de patiënt daarbij naar voren gebracht.

Stap 7: Hoe ga je verder/toekomst?

Deze stap is voor de deelnemers belangrijk om te toetsen wat het beraad heeft opgeleverd. Het valt op dat bij de beraden die afsluiten met een open einde de deelnemers minder tevreden zijn dan wanneer er concrete passende interventies worden afgesproken.

Het is wel duidelijk zichtbaar dat door het volgen van de verschillende stappen de deelnemers een proces doormaken waarbij een verschuiving naar voren komt. Waarbij bijvoorbeeld eerst een gevoel van frustratie en onbegrip naar voren komt voor een bepaalde situatie, vindt later een verschuiving plaats naar oog hebben voor de situatie en invulling voor welke rol de zorgprofessionals daarbij kunnen geven om tot een gewenste situatie te komen. De ETZ methode lijkt op deze manier een positieve bijdrage te leveren aan het uiten van gevoelens en vervolgens een invulling te geven hoe

er (praktisch) in de praktijk mee om gegaan kan worden waarbij een ‘fijnere’ zorgpraktijk ontstaat voor alle betrokken partijen. Daartegenover staat dat binnen alle beraden stap vijf ‘formulering van de ethische vraag’ nauwelijks aan bod komt. Dit levert op dat de ethische vraag onduidelijk blijft. Deelnemers lijken wel behoeften te hebben aan opheldering van deze stap om het ethische gehalte van het beraad te kunnen inzien. Een aanbeveling voor de toekomst is dan ook om als deelnemer hier gericht bij stil te staan en als gespreksleider hier te sturen op formulering van de ethische vraag. De ETZ methode dient hierbij op een nauwkeurige wijze stap voor stap gevolgd te worden. Door het actief benoemen van de stappen door de gespreksleider, een introductie over de ETZ methode vóór het beraad en een ondersteunende PowerPointpresentatie kan er meer structuur in het beraad worden aangebracht. Het aanbrengen van meer structuur zal mogelijk leiden dat elke stap aan bod gaat komen wat uit de huidige analyse niet het geval bleek te zijn.

5.6.2 Deelvraag 2: ‘Welke morele thema’s en normen brengen artsen en verpleegkundigen in het moreel beraad naar voren?’

Uit de data-analyse van de vijf moreel beraden zijn de volgende vijf morele thema’s naar voren gekomen: ‘betrekken van familie bij de behandeling’, ‘respect voor de autonomie van de patiënt’, ‘zorgplicht versus normen en waarden’, ‘cultuurverschillen’ en ‘complexiteit op de IC’.

Betrekken van familie bij de behandeling

Artsen en verpleegkundigen van de IC vinden dat ze als medici de patiënt en contactpersonen op een gewenst tijdstip van juiste informatie dienen te voorzien. Artsen en verpleegkundigen zijn het met elkaar eens dat de contactpersonen betrokken dienen te worden bij het besluitvormingsproces van een patiënt. Echter is dit in de praktijk op sommige momenten lastig omdat de contactpersonen niet altijd aanwezig kunnen zijn. In de praktijk komt naar voren dat beslissende gesprekken bijvoorbeeld in de nacht plaats vinden of op een ander ongepast tijdstip. Zorgprofessionals zijn het met elkaar eens dat contactpersonen een belangrijke schakel vormen in het zorgproces van de patiënt en dat communicatie en begeleiding op een goede manier met elkaar afgestemd moeten worden.

Respect voor de autonomie van de patiënt

Ingaand op voorgaand thema geven de meerderheid van de artsen en verpleegkundigen aan dat ze voorstanders zijn om de contactpersonen bij behandelbeslissingen te betrekken. Maar daarnaast wordt nadrukkelijk door een aantal artsen naar voren gebracht dat de definitieve beslissing uiteindelijk door de wilsbekwame patiënt zelf gemaakt wordt en dat dit kan zonder de familie. Ook behoort een arts hierin zijn rol te kennen, het is van belang dat de arts de patiënt de juiste informatie geeft maar uiteindelijk is de arts niet de persoon die de beslissing maakt. Artsen binnen het ETZ zijn voorstanders van patiënten die regie in eigen handen nemen.

Een ander moment waarop de zorgprofessionals op de IC te maken kregen met respect voor de autonomie van de patiënt is tijdens het verstrekken van informatie aan naasten. Juridisch gezien is het voor de professionals duidelijk hoe ze hier mee om dienen te gaan. Namelijk dat alleen een eerste contactpersoon recht heeft op informatie. Toch laat de complexe praktijk van de IC zien dat het voor de zorgprofessionals niet altijd eenvoudig is om er op deze manier mee om te gaan. Een voorbeeld is een niet aanspreekbare patiënt die vooraf zijn wens had doorgegeven maar waar op het desbetreffende moment van opname niet mee in gesprek kan worden gegaan. Opnieuw bevinden de zorgprofessionals zich binnen een tweestrijd. Enerzijds weten ze rationeel hoe te handelen maar anderzijds worstelen ze met hun gevoelens. De professionals brengen sterk naar voren dat ze het gevoel hebben dat ze tekortschieten tijdens het zorgproces wanneer ze alleen handelen uit rationeel oogpunt.

Zorgplicht versus normen en waarden

Verpleegkundigen brengen meerdere malen naar voren dat ze een zorgplicht hebben waarbij ze patiënten goede zorg willen bieden. Hierbij denkende aan aandacht hebben voor de ziekte en de situatie van de patiënt, de patiënt te respecteren en te reageren op de wensen van de patiënt. Daarop reagerend brengt de praktijk situaties naar voren waarbij een patiënt andere normen met zich mee brengt dan waar de verpleegkundigen voor hun gevoel achter kunnen staan. Verpleegkundigen komen in aanraking met patiënten die zich op een onprettige wijze presenteren en het contact onprettig aangaan. Het bespreekbaar maken en het uitvoeren van passende interventies om hiermee om te kunnen gaan worden voor de professionals als prettig gezien. Dit zien ze ook vereiste om de hoge zorgdruk te kunnen blijven dragen zowel lichamelijk als psychisch.

Cultuurverschillen

Het islamitisch geloof is een terugkerend thema van gesprek binnen moreel beraad op de IC. Verpleegkundigen geven aan dat ze het als zorgprofessionals lastig vinden om de verschillen tussen islamitische en Nederlandse cultuur te ondervinden op de IC. Met name als het gaat over een patiënt waarbij de medici de behandeling willen stoppen en de familie hier niet achter staat. Een aantal verpleegkundigen stellen dat de buitenlandse patiënt en betrokkenen zich dienen te conformeren met de Nederlandse waarden die heersen binnen een Nederlandse IC. Naarmate er langer over dit onderwerp gesproken wordt komt er ook ruimte voor het respecteren van elkaars cultuur en dat de zorgprofessional een belangrijke rol speelt in het aandragen van interventies om met deze cultuurverschillen binnen de IC om te gaan.

Complexiteit op de IC

Zoals reeds is aangegeven is de IC een afdeling waarbij onvoorspelbare situaties naar voren komen en waarbij ook complexiteit in het verlenen van zorg centraal staat. Verpleegkundigen geven aan dat ze het in bepaalde situaties lastig vinden om eenduidig te handelen. Casussen waarbij sprake is van NAH vormen hier onderdeel van. Verpleegkundigen zijn op de hoogte van het protocol wat in genoemde situatie nageleefd dient te worden om prikkels zoveel mogelijk te reduceren. Ze vinden dan ook dat dit dient te gebeuren. Verpleegkundigen geven aan dat het in de praktijk niet altijd eenvoudig is te realiseren doordat verschillende zorgprofessionals aan het bed van de patiënt verschijnen en familie de patiënt buiten de bezoektijden wil bezoeken. Daarnaast hechten de verpleegkundigen waarde aan het ophelderen van informatie en het opnieuw doornemen van de gemaakte over de desbetreffende situatie om verdere uitspraken te kunnen doen.

Conclusie morele thema's

Wat bij de geformuleerde morele thema's telkens naar voren komt, is de tweestrijd die door de zorgprofessionals ervaren wordt. Enerzijds weten ze in de meeste gevallen theoretisch, juridisch en rationeel hoe ze dienen te handelen en anderzijds komen de complexiteit, unieke situaties van de IC en de gevoelens van de zorgprofessionals naar voren waardoor het niet eenvoudig is om een keuze te maken. Concluderend kan er gesteld worden dat het begrijpelijk is dat er in situaties theoretisch, juridisch en rationeel gehandeld dient te worden. Maar het is van belang dat zorgprofessionals zelf,

maar ook leidinggevende en afdelingsmanagers oog blijven houden voor de worsteling die zorgprofessionals kunnen ervaren.

5.6.3 Deelvraag 3: ‘In hoeverre wordt het doel van het moreel beraad in de praktijk bereikt?’

Concluderend valt op dat onder artsen en verpleegkundigen twee groepen naar voren komen met ieder een eigen standpunt. Enerzijds de groep die moreel beraad als positief ervaart en anderzijds een groep die twijfelt aan de waarde van moreel beraad. Het doel wat de ethische commissie van het ETZ voor ogen heeft met het aanreiken van de methode voor moreel beraad is dat medewerkers op een verantwoorde wijze ethische afwegingen kunnen maken (ETZ leerplein, 2018).

Vanuit het oogpunt van de onderzoeker valt op dat alle beraden het doel van moreel beraad niet bereiken. Dit komt vooral doordat in geen één van de beraden de ethische vraag concreet wordt geformuleerd. In meerdere beraden wordt de ethische vraag wel kort besproken maar volgt er een praktische vraag of blijft het formuleren van een vraag geheel uit. Om voldoende morele diepgang te krijgen en inzicht te verkrijgen waar het op ethisch gebied wringt binnen de casus is het formuleren van de ethische vraag noodzakelijk. Gevolgen van een ontbrekende ethische vraag zijn dat in beraad ‘recht’ een grotere invulling heeft dan ‘ethiek’. In een ander beraad komt naar voren dat praktische informatie de boventoon voert van gesprek. Het is waarschijnlijk iets te voorbarig om te stellen dat wanneer de ethische vraag consequent geformuleerd wordt dat het doel van moreel beraad gegarandeerd bereikt gaat worden, maar het is wel te verwachten dat er meer inzicht komt voor het ethische gehalte van gesprek. Het is van belang dat een gespreksleider terugpakt op deze ethische vraag, de deelnemers kan helpen bij formulering en ook vanuit ethische literatuur verschillende invalshoeken kan belichten. De huidige scholing binnen het ETZ voor het opleiden van gespreksleiders speelt hier een prominente rol in.

5.6.4 Deelvraag 4: ‘Hoe wordt het moreel beraad beoordeeld vanuit zorgethisch perspectief?’

Omdat de vijf moreel beraden veel overlap met elkaar hebben, is ervoor gekozen om deze deelvraag direct in zijn geheel te bespreken in tegenstelling tot deelvraag één, twee

en drie. Binnen deze deelvraag wordt antwoord op de vraag gegeven hoe het moreel beraad vanuit zorgethisch perspectief beoordeeld wordt.

Jake en Amy

Als eerste wordt binnen deze sectie de verdeeldheid besproken die naar voren komt onder de deelnemers over de waarde van het moreel beraad. Aan de hand van het Heinz-dilemma worden hier uitspraken over gedaan. Ontwikkelingspsycholoog Kohlberg deed onderzoek naar de morele ontwikkeling van kinderen. Hieruit komt het Heinz-dilemma naar voren waarbij twee elfjarige kinderen, Jake en Amy, beiden op een eigen wijze op dit dilemma reageren. Het dilemma gaat over een man die overweegt om een medicijn te stelen, die hij niet kan betalen, maar het hebben van het medicijn is wel noodzakelijk om het leven van zijn vrouw te redden. De vraag die bij dit dilemma wordt gesteld is of de man het medicijn moet stelen. Jake reageert vanuit een autonoom mensbeeld waarbij mensen los van elkaar staan en individuele rechten hebben. Hij maakt er een wiskundige puzzel van en denkt na over een oplossing. Hij ziet de wet als middel voor rechtvaardigheid. Amy daarentegen, reageert vanuit een relationeel oogpunt en ziet gelaagdheid. Ze geeft aan dat mensen voor elkaar horen te zorgen en zich niet als eilandjes om elkaar heen dienen te bewegen. En als ze wel als eilandjes om elkaar heen draaien, dan handelen ze tegen hun eigen aard in. Beide kinderen komen wel overeen dat het probleem moet worden opgelost. Jake doet dit door op zoek te gaan naar de oplossing door principes op een onpersoonlijke manier tegen elkaar af te wegen en te bepalen welk principe het zwaarst weegt. Amy kijkt naar de gehele context en zoekt naar de gelaagdheid in de relationaliteit en brengt vervolgens meerdere oplossingen naar voren. Jake en Amy brengen beiden een eigen perspectief naar voren (Van Nistelrooij, 2008).

Wat opvalt binnen de vijf beraden is dat een aantal deelnemers kenmerken bij zich dragen van 'Jake' en andere deelnemers meer neigen naar 'Amy'. Het wil niet zeggen dat wanneer een deelnemer kenmerken heeft van Jake óf Amy dat hij per definitie minder goed scoort in het moreel beraad. Binnen het beraad komen deelnemers naar voren die neigen naar Jake met uitspraken zoals het willen handelen volgens wetten en regels, thema's technisch aanvliegen en behoefte hebben aan een concrete oplossing om iets als effectief te kunnen zien. Verder doen ze uitspraken op somatische gronden zonder hun gevoel hierbij te betrekken, zien één bepaalde werkwijze voor ogen welke

als goed wordt gezien, etc. Daarnaast neigen deelnemers naar Amy met uitspraken zoals het willen uitvragen van verschillende motieven, perspectief van alle betrokkenen bespreekbaar maken, gelaagdheid van emoties aan het licht brengen, verschillende verantwoordelijkheden benoemen, het in kaart brengen van verschillende scenario's, etc. Amy heeft hier raakvlakken met de zorgethiek, waar ruimte is voor het gebruik van de zorgethische lens en thema's zoals emoties, onderlinge afhankelijkheid, zorg als leidend, relationaliteit en kwetsbaarheid onder de loep genomen worden. Opvallend is dat deelnemers binnen een beraad zowel kenmerken van Jake als van zowel Amy laten zien. Een voorbeeld is een deelnemer uit beraad één die in eerste instantie aangeeft dat de grondwet er op los gelaten dient te worden en later in het beraad aangeeft dat ze graag motieven uit wil vragen aan familie. Uit de data-analyse blijkt dat er zich onder de deelnemers in een beraad altijd 'Jake's' en 'Amy's' bevinden. Het is wel van belang om gelaagdheid in een beraad te kunnen aangaan, dat deze 'Jake's' en 'Amy's' elkaar willen verstaan in gesprek en niet per se het alleen hun eigen houding en perspectieven voor het goede aan zien. Dit is van belang om gezamenlijk in gesprek te kunnen gaan en bespreekbaar te kunnen maken wat belangrijk is om tot goede zorg te komen. De gespreksleider dient oog te hebben voor de verschillende perspectieven en in te grijpen wanneer deelnemers elkaar niet willen verstaan in gesprek.

Machtpositie

Het tweede punt wat opvalt binnen de beraden is dat niet alle deelnemers aan het woord komen. Bijvoorbeeld binnen beraad één valt op dat de morele argumenten vooral afkomstig zijn van artsen en niet van verpleegkundigen, dit terwijl de opkomst ongeveer evenredig verdeeld is. Ook in andere beraden komt naar voren dat een aantal deelnemers niets zeggen in een beraad.

Kohlen (2014) haalt hierbij aan dat binnen een organisatie zoals het ziekenhuis de artsen hoger worden gezien in de ladder van positie dan verpleegkundigen. Artsen worden geassocieerd met de verwachting om te genezen en aan verpleegkundigen wordt een zorgende rol toegeschreven. Kohlen (2014) brengt in haar onderzoek naar voren dat ethische vraagstukken nauwelijks deze hiërarchische structuur van het ziekenhuis kunnen doorbreken. Tronto (1993) is tegen het uitsluiten van bepaalde groepen. Ze pleit voor het herzien van grenzen die spelen bij machtsposities. Ze maakt de ongelijkheid binnen sekse, etniciteit en klasse bespreekbaar. Ze vraagt zich af waarom bepaalde

groepen uitgesloten worden. Tronto vindt dat iedereen een stem verdient en dat er sprake moet zijn van een democratisch proces.

Wanneer het verschil in mondigheid tussen artsen en verpleegkundigen wordt aangekaart, wordt te allen tijde door beide disciplines aangegeven dat ze geen verschil in hiërarchie ervaren tijdens het beraad én dat ze beide argumenten in durven te brengen. Een arts geeft tijdens een moreel beraad aan dat het voor verpleegkundigen ook geen barrière moet zijn om een casus in te brengen en dat er zo nodig aan elkaar hulp geboden kan worden om een casus uit te leggen. Daarnaast geeft een verpleegkundige na afloop van een beraad aan dat de hoeveelheid inbreng vanuit artsen óf verpleegkundigen ook sterk afhangt van het onderwerp van de casus. Artsen lijken meer aan het woord te zijn wanneer het in een casus gaat over de medische achtergrond en behandeling, daarnaast lijken verpleegkundigen meer aan het woord te zijn wanneer het binnen een casus gaat over coaching en verzorging gaat. Dit lijkt onder de deelnemers niet als hinderlijk te worden ervaren. De gespreksleider heeft hierin een signalerende rol en dient tijdig in te grijpen wanneer bepaalde deelnemers steeds aan het woord zijn of genegeerd worden tijdens deelname.

Lichamelijkheid

Een ander punt wat opvalt binnen de beraden is de houding die artsen en verpleegkundigen naar elkaar toe hebben. Er werd over het algemeen met veel instemmende argumenten op elkaar gereageerd, er is ruimte voor humor en aandacht voor lichamelijkheid. Op het laatste onderwerp 'lichamelijkheid' wordt binnen deze sectie verder in gegaan.

Merleau-Ponty beschouwt het lichaam als de basis voor alle ervaringen. Hij ziet het lichaam als iemands verankering in de wereld. Mensen zijn belichaamde wezens en ervaren de wereld met hun lichaam (Van der Meide, Leget & Olthuis, 2012).

Hamington (2012) benoemt dat het lichaam betrokken is bij een zorgrelatie en ziet het lichaam als een bron voor het verzamelen van kennis. Hij geeft hierbij als voorbeeld dat hoe meer je voor iemand zorgt des te beter je de persoon leert kennen. Empathie zit geworteld in lichamelijkheid en helpt om andermans gevoelens, acties of situaties te begrijpen. Zorgen drukken we uit met ons lichaam, voordat we er bewust van zijn hebben we al een arm om iemand heen geslagen om diegene te troosten. Dit is ook terug

te zien in het beraad. Deelnemers spreken naar elkaar uit wat ze van bepaalde argumenten vinden maar brengen ook met hun houding bepaalde inzichten naar voren. Deelnemers laten zien dat ze geïnteresseerd zijn in elkaars argumenten en gesteldheid. Dit brengen ze naar voren door geboeid naar elkaar te luisteren, elkaar aan te kijken wanneer er gesproken wordt en te knikken met hun hoofd. De casussen gaan over complexe gebeurtenissen, waarbij de deelnemers ook zichtbaar geraakt worden. Dit is te zien doordat ze zich durven te verplaatsen in de patiënten én betrokkenen, en daarbij uitspraken doen over hoe ze zich zouden voelen als het hun kind is waarover gesproken wordt binnen de casus. Op de gezichten van de zorgprofessionals is de verslagenheid en betrokkenheid af te lezen. Hierin komt duidelijk het lichaam naar voren als bron van kennis en ervaring, waar Hamilton en Merleau-Ponty over spreken. De lichamelijke reacties van de zorgprofessionals laten zien hoe ze dingen oppakken, wat het met hen doet en hoe ze het ervaren. Naast die instemmende reacties en betrokkenheid zijn er ook momenten dat er tegenargumenten op elkaar volgen. Deelnemers verheffen hun stemmen en maken duidelijk waarom ze er anders over denken. Toch wordt de sfeer in het algemeen nooit als aanvallend ervaren. Er staat tegenover dat er binnen het beraad ruimte is voor humor. Humor in de vorm van het maken van woordgrapjes, een vergelijking met een grappige situatie of net dat ene stootje met een elleboog aan diegene die naast hem of haar zit. Deze vormen van humor zorgen even voor een moment van ontspanning en waarbij duidelijk zichtbaar wordt dat de deelnemers het goed met elkaar kunnen vinden. Als we hierin terugpakken op de zorgethiek, waarbij de eigenschappen van ‘Amy’ uit de eerste alinea van deze paragraaf wordt aangehaald, kan worden gesteld dat deze lichamelijke en uitdrukking van emoties een belangrijke rol spelen binnen de zorgethiek. Op basis van lichamelijke kunnen er uitspraken gedaan worden over de relaties die de deelnemers met elkaar ervaren. Omdat deelnemers zich niet altijd bewust zijn van de rol van lichamelijke is het belangrijk dat de gespreksleider hier aandacht aan schenkt door het bespreekbaar te maken tijdens het moreel beraad.

ETZ methode principe ethiek

Tot slot wordt vanuit zorgethisch oogpunt bekeken hoe de ETZ methode principe ethiek zich als methode beweegt in de praktijk van de deelnemers. In de ETZ methode is de principebenadering van Beauchamp en Childress verwerkt. In paragraaf 5.6.1 is deze

benadering kort ingeleid. Binnen een casus wordt de afweging gemaakt welke van de vier principes het zwaarste wegen of met elkaar botsen. Je snijdt daarmee een heleboel andere onderwerpen en argumenten weg. Het feit dat iedereen een gelijke stem verdient binnen moreel beraad wordt dan tegengesproken. Toch lijkt de ETZ methode principe ethiek hier rekening mee te houden door naast stap zeven ‘welke principes/waarden zijn belangrijk?’ een aantal andere stappen naar voren te brengen. Bijvoorbeeld door het toepassen van stap twee ‘wat is je eerste gevoel?’ krijgen alle deelnemers de kans om gevoelens te ventileren. Deelnemers in het beraad bevestigen deze noodzaak van ventileren. Daarbij wordt ook geen één keer door deelnemers in het beraad of na afloop van het beraad aangegeven dat ze het gevoel hebben dat personen niet de kans krijgen om te spreken. Er wordt in het algemeen aangegeven dat mensen binnen een groep verschillende rollen aannemen. De één vindt het bijvoorbeeld belangrijk om veel aan het woord te zijn en de ander is stilletjes aanwezig. Toch kunnen beide deelnemers het moreel beraad positief hebben ervaren. Het is daarom belangrijk om niet voor een ander te moeten beslissen welke houding er aangenomen moet worden binnen een beraad.

Daarnaast is het opvallend dat de ETZ methode principe ethiek in stap vijf wel aandacht geeft aan het formuleren van de ethische vraag. Echter zoals binnen de deelvragen één en drie ook wordt aangehaald blijft deze formulering in de praktijk van de moreel beraden uit. Toch is het formuleren van de ethische vraag van essentieel belang. Van den Hoven en Bolt (2016) brengen naar voren dat het formuleren van een ethische vraag een bijdrage levert aan het verkrijgen van inzicht. Hierdoor wordt duidelijk voor welke vraag en welke bepaalde keuzes de casusinbrenger is komen te staan. Het Utrechts stappenplan, dat ook een methode voor moreel beraad vormt, komt in fase twee al met de vraag: ‘Wat is de morele vraag?’. Daarna volgen herkenbare stappen die ook binnen de ETZ methode principe ethiek naar voren komen zoals: ‘Welke feitelijke informatie ontbreekt op het moment?’ en ‘Welke concrete stappen vloeien hieruit voort?’. De begrippen ‘ethische vraag’ of ‘morele vraag’ worden als gelijken gezien binnen dit onderzoek. Een moreel beraad lijkt meer tot zijn recht te komen wanneer in het begin van gesprek al een ethische vraag vastgesteld wordt zodat de overige deelnemers direct worden geconfronteerd met de vraag wat in een bepaald geval goed is om te doen. Het formuleren van de ethische vraag in het begin van het beraad zorgt ervoor dat het niet kan voorvallen dat formulering van de ethische vraag uitblijft, want dit resulteert in het

feit dat verdere invulling van het moreel beraad niet mogelijk is. De ethische vraag is dan leidend in gesprek.

Wanneer gekeken wordt naar de geanalyseerde beraden valt op dat de uiteenzetting van de casus in fase één gepaard gaat met gevoel waar het bij de casusinbrenger wringt en dat hier ook een bepaalde vraag in zit verscholen. Het lijkt maar een kleine aanpassing te vragen van de gespreksleider en de deelnemers om dit om te zetten naar een ethische vraag. Een aanbeveling binnen de ETZ methode gaat uit naar het formuleren van de ethische vraag direct na de uiteenzetting van de casus. Dit zorgt ervoor dat voor alle betrokkenen duidelijk wordt waar het ethische dialoog binnen het beraad over zal gaan. De vraag gaat uit naar de ethische commissie van het ETZ om de ETZ methode principe ethiek te herzien. De scholingen die elk half jaar gegeven worden om gespreksleiders op te leiden dienen hierop afgesteld te worden. Daarnaast vraagt het om bijscholing van de reeds opgeleide gespreksleiders. Tot slot vraagt het te allen tijde bewustwording en extra oplettendheid van de gespreksleiders om in moreel beraad consequent de ethische vraag te blijven formuleren.

6. Discussie

De thematische analyse van moreel beraad verschaft verschillende inzichten in de praktijk van de zorgprofessionals van de IC in het ETZ.

Erkenning

Uit de analyse komt naar voren dat verpleegkundigen het idee hebben dat ze in de praktijk niet altijd gezien worden door de artsen. Hierbij gaat het om situaties waarbij ze bepaalde controles en testen uitvoeren om de gesteldheid van de patiënt in kaart te brengen. Verpleegkundigen hebben het idee dat hun observaties niet altijd serieus worden genomen door de artsen. Van Heijst (2009) maakt bespreekbaar dat het op veel werkplekken schort aan erkenning tussen collega's. Hierbij denkende aan mensen met dezelfde werkzaamheden maar ook aan mensen die 'hoger' in de organisatie zitten. Van Heijst benoemt dat het niet vanzelfsprekend is dat zorgprofessionals die werken met dezelfde werkgever elkaar als collega's zien. Het kan voorkomen dat professionals opgaan in hun eigen deeltaak en het werk van anderen binnen dezelfde organisatie niet meer kunnen inzien.

Van Heijst (2009) brengt in haar boek *'Iemand zien staan'* het voorbeeld naar voren van een psychiater die na een verkeersongeluk op de afdeling belandde waar hij voormalig werkzaam was. Hij kreeg, nadat hij 's nachts last had van nachtelijke wanen, besef van hoe het was om 's nachts zo te lijden en kreeg respect voor de verpleegkundigen. De psychiater ontdekte als patiënt de waarde van het werk van de verpleegkundigen. Hij kreeg erkenning voor hun beroep. Van Heijst brengt erkenning als een belangrijk begrip naar voren. Ze geeft aan dat erkenning tussen collega's van wezenlijk belang is voor plezier in het werk.

Tronto (1993) gaat nog een stap verder en benoemt wat nodig is om tot goede zorg te komen. Ze geeft aan dat goede zorg uit vier fases bestaat, de vierde fase brengt naar voren dat zorg ontvangen dient te worden door de ander. Wanneer de vergelijking aangegaan wordt met de erkenning die Van Heijst (2009) naar voren brengt en hetgeen wat Tronto (1993) tot goede zorg rekent, kan worden gesteld dat goede zorg uitblijft wanneer zorgprofessionals zich niet erkend voelen. Als verpleegkundigen binnen hun dagelijkse werkzaamheden niet het gevoel hebben dat ze gezien of erkend worden tijdens de uitwerking van hun dagelijkse werkzaamheden, wekt dit het idee dat artsen

een andere perceptie hebben van de behoeftes van de verpleegkundigen dan deze zelf hebben. Dit onderwerp bespreekbaar maken zou een eerste stap kunnen zijn om elkaars behoeften in te zien. De dialoog binnen moreel beraad kan ervoor zorgen dat elkaars duidingen begrepen worden en dat er ook ruimte komt voor verdere ontwikkeling (Van Dartel & Molewijk, 2016).

Relationaliteit

Binnen de IC komen tal van verschillende relaties naar voren zoals de relatie tussen patiënt en familie, tussen patiënt en zorgprofessionals, tussen familie en zorgprofessionals, tussen zorgprofessionals onderling. In hoofdstuk drie van dit onderzoek wordt gesproken over Ricoeur (1992) die het perspectief in relaties verplaatst van *hebben* naar *zijn*. In hoofdstuk drie wordt inzicht geboden in het feit dat de identiteit van een patiënt mede is opgebouwd uit de relaties die hij aangaat met familie en naasten.

Om een stap verder te gaan en de patiënt en de zorgprofessional binnen deze theorie te behandelen, kan worden gesteld dat de patiënt een patiënt *is* van de zorgprofessional en dat de zorgprofessional een zorgprofessional *is* van de patiënt. Deze vergelijking kan ook gemaakt worden met de relaties die worden genoemd aan het begin van deze sectie. Dit klinkt misschien voor de hand liggend, maar het biedt wel inzicht dat beide personen in zekere zin van elkaar afhankelijk zijn. Om de focus te houden op de relatie tussen patiënt en de zorgprofessional kan er gesteld worden dat het naar alle waarschijnlijkheid gaat om een tijdelijke relatie die ze met elkaar aangaan. Maar zonder zorg van de zorgprofessional komt de patiënt niet uit een levensbedreigende situatie en zonder de aanwezigheid van de patiënt heeft een zorgprofessional geen baan. Het is een tijdelijke relatie die erg intensief kan zijn.

Kittay (1999) gaat in op deze wederzijdse afhankelijkheid. Ze benoemt het belang om te beginnen bij het begrip ‘oplettendheid’ wat Tronto (1993) aanhaalt. Waarbij het van belang is om de behoefte van de ander te kunnen zien. Kittay (1999) gaat hierop verder en betreft hierbij het begrip ‘transparantie’. Ze geeft aan dat het belangrijk is om je als zorgprofessional ‘leeg te maken’ en diegene die zorg heeft voorop stelt. Het is niet de zorgprofessional die invult wat er gebeuren moet, het is belangrijk dat de professional zich kan laten leiden door de behoefte en de interesses van de patiënt. Om terug te

komen op de complexiteit van de IC waar zich levensbedreigende situaties voordoen is het lastig om te zeggen dat een zorgprofessional zich puur moet laten lijden door de behoeften die een patiënt aangeeft. Een patiënt is vaak buiten bewustzijn en kan niet aangeven waar zijn behoeftes liggen. Aan de andere kant kan gesteld worden dat zorgprofessionals dit continu doen. Ze worden in wezen geleid door het ziektebeeld dat de patiënt naar voren brengt en dienen zover als haalbaar is daarnaar te handelen.

De onderzoeker heeft een dag meegelopen op de IC in het ETZ. Er werd zichtbaar dat er wel degelijk aandacht is voor de term ‘oplettendheid’. Op de kamers van de IC-patiënten hangen posters waar familie kort de patiënt kan introduceren met een foto van de patiënt in ‘goede doen’. Op de poster wordt aangegeven waar de interesses van de patiënt liggen en daarbij komt praktische informatie naar voren over bijvoorbeeld slechtiendheid. De poster is misschien maar een minimale afspiegeling van het leven van een patiënt, maar biedt wel inzicht in bepaalde behoeften en geeft aanzet tot een gesprek hierover. De praktijk laat zien dat zorgprofessionals de familie en naasten hierover ook vragen stellen wanneer zorgprofessionals het idee hebben dat er informatie ontbreekt. Om terug te komen op die relationele afhankelijkheid die speelt op de IC, wordt hier zoals de praktijk laat zien aandacht aan geschonken.

Praktijk als bron van kennis

Wat daarnaast opvalt is dat patiënten, familie en naasten geen enkele keer een fysieke rol vervullen tijdens moreel beraad. Dit terwijl er wel een aantal keer onduidelijkheid blijft bestaan binnen een beraad en deelnemers ook naar voren brengen dat ze de aanwezigheid van familie missen. Het is begrijpelijk dat het voor de patiënt niet altijd haalbaar is om deze aanwezigheid te vervullen. Maar familie en naasten zouden hier wel een rol in kunnen vervullen. De theorie van Ruddick (1995) geeft hierop een passende aanvulling.

Ruddick geeft aan dat kennis te vinden is in de praktijk. Ze is van mening dat alleen diegene die deelnemen aan de desbetreffende praktijken kritisch kunnen meedenken. Het is volgens haar niet mogelijk dat een persoon de praktijk evalueert zonder er deel van te hebben uitgemaakt. Wanneer gekeken wordt naar de praktijk van de IC valt op dat zorgprofessionals in de data-analyse naar voren brengen dat familie en naasten een

belangrijk onderdeel vormen in die praktijk van een patiënt. De analyse laat zien dat een aantal morele vraagstukken ook uitgaan naar die betrokkenheid van familie en naasten.

Door de theorie van Ruddick op deze praktijk toe te passen komt naar voren dat familie en naasten een belangrijke stem vertegenwoordigen van de dagelijkse praktijk die dient als bron van kennis. Aan de hand hiervan kan worden gesteld dat het een gemiste kans is om deze bron van kennis niet mee te nemen en de familie en naasten niet uit te nodigen voor deelname aan het beraad. Tevens was er een enkele keer een geestelijk verzorger aanwezig tijdens een moreel beraad. Wat opvallend is aan haar deelname is dat ze het team tot algemene inzichten weet te brengen en doorvraagt op punten waar eerder binnen het beraad nog geen aandacht aan wordt geschonken. Zo vraagt ze bijvoorbeeld hoe het team er in zijn algemeenheid tegenover staat en wat de patiënt zelf daarvan heeft gezegd. Haar deelname levert een positieve bijdrage aan het beraad en ze kan als 'buitenstaander' van het medisch team de deelnemers op een andere manier laten reflecteren dan dat zij zelf doen. Om terug te komen op het idee om familie en naasten te betrekken in moreel beraad, dan zou de geestelijk verzorger een rol kunnen vervullen van een neutrale toezichthouder die alle partijen kan ondersteunen en aanvullen tijdens een moreel beraad.

7. Conclusie

In dit onderzoek is door middel van thematische analyse inzicht geboden in de praktijk van de zorgprofessionals van de IC waar moreel beraad plaatsvindt aan de hand van de eigen ontwikkelde 'ETZ methode principe ethiek'. Er is onderzocht hoe de ETZ methode zich in de praktijk beweegt, welke morele thema's en normen naar voren komen, in hoeverre het doel van moreel beraad wordt bereikt en hoe zich dit verhoudt tot het zorgethisch kennisgebied.

Het eerste gedeelte van de analyse brengt naar voren dat niet elke stap van de ETZ methode principe ethiek even lang aan bod komt in het beraad. Vanuit de deelnemers behoeven een aantal stappen meer aandacht dan andere. Daarnaast vindt er aan de hand van de methodiek een verschuiving plaats binnen het beraad. Waar deelnemers bijvoorbeeld eerst gevoelens uiten zoals onbegrip en frustratie ontstaat later ruimte voor het invullen van de rol als zorgprofessional. Tevens valt op dat deelnemers minder tevreden zijn over het moreel beraad wanneer er wordt afgesloten met een open einde dan wanneer er afgesloten wordt met interventies voor de toekomst. Wel kan worden gesteld dat de methodiek een positieve bijdrage levert aan het kunnen uiten van gevoelens en waarbij ook interventies bespreekbaar kunnen worden gemaakt om in de praktijk met morele kwesties om te gaan.

Het tweede gedeelte van de analyse brengt vijf morele hoofdthema's naar voren: 'betrekken van familie bij de behandeling', 'respect voor de autonomie van de patiënt', 'zorgplicht versus normen en waarden', 'cultuurverschillen' en 'complexiteit op de IC'. Binnen deze thema's is de tweestrijd die de zorgprofessionals ervaren een centraal punt. Enerzijds weten de professionals hoe ze in de meeste gevallen theoretisch, juridisch en rationeel dienen te handelen. Anderzijds is het voor de professionals niet eenvoudig om een keuze te maken omdat complexiteit, unieke situaties en gevoelens naar voren komen. Het is begrijpelijk dat de zorgpraktijk situaties naar voren brengt waarbij er volgens theorieën en protocollen gehandeld dient te worden maar daarnaast is het van belang dat er wel aandacht blijft voor de worsteling die zorgprofessionals kunnen ervaren.

In het derde gedeelte van de analyse komt aan bod dat het moreel beraad door deelnemers wisselend wordt ervaren onder zorgprofessionals. Enerzijds wordt het fijn

gevonden om gevoelens bespreekbaar te maken en anderzijds wordt er getwijfeld aan de waarde van moreel beraad. Vanuit onderzoekend oogpunt valt op dat het doel van moreel beraad in de praktijk niet wordt behaald omdat in geen enkel beraad de ethische vraag concreet geformuleerd wordt. Dit gaat ten koste van het ethische gehalte van de dialoog.

Tijdens het vierde gedeelte van de analyse is vanuit zorgethisch oogpunt ingegaan op verschillende onderwerpen die naar voren kwamen binnen het beraad. Onderwerpen zoals verdeeldheid over de waarde van moreel beraad, machtspositie, lichamelijke en de ETZ methode principe ethiek worden onder de loep genomen. Belangrijke zorgethische punten die hierbij naar voren komen zijn dat er ruimte dient te zijn voor gelaagdheid binnen een beraad, het aangaan van dialoog op een democratische manier, het lichaam zien als bron van kennis en de ander vrij kunnen laten in het aannemen van een houding. De belangrijkste aanbeveling die uitgaat naar het huidige moreel beraad is om de ETZ methode principe ethiek te herzien en een andere invulling te geven aan de stap ‘wat is de ethische vraag?’. Deze stap komt beter tot zijn recht wanneer deze direct aan bod komt na de uiteenzetting van de casus.

De bevindingen geven inzicht tot een zorgpraktijk waar ‘erkenning’, ‘relationaliteit’ en ‘praktijk als bron van kennis’ belangrijke begrippen vormen. De IC is een unieke afdeling waarbij verschillende complexe relaties naar voren komen. Er wordt van de zorgprofessionals verwacht dat zij hier op een manier mee omgaan waar aandacht is voor deze relaties. Om tot goede zorg te kunnen komen waarbij zorgprofessionals worden erkend in hun werk en zorgbehoeften, is het van belang dat de dialoog met elkaar wordt aangegaan. Moreel beraad vormt hierin een sleutelrol mits het op de juiste manier gebruikt wordt.

7.1 Aanbevelingen

Vanuit reeds gegeven inzichten kunnen aanbevelingen worden gedaan voor vervolgonderzoek en de zorgpraktijk.

Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Aanbevelingen voor vervolgonderzoek gaan uit naar:

- Het uitvoeren van een gelijkwaardig onderzoek binnen andere verpleegafdelingen binnen het ETZ. Ook op andere afdelingen komen morele dilemma's naar voren en wordt gebruik gemaakt van de ETZ methode principe ethiek. De vraag kan worden gesteld hoe zij werken met deze methode. Afdelingen zouden van elkaar kunnen leren door de onderzoeken met elkaar te vergelijken en mogelijke aandachtspunten en tips bespreekbaar te maken.
- Het jaarlijks herhalen van een thematisch onderzoek naar gebruik van de ETZ methode principe ethiek op de IC binnen het ETZ. Moreel beraad is geen vaststaand gegeven en onderwerpen kunnen telkens wisselen. Om adequaat te kunnen handelen op de behoeften die spelen vanuit de zorgpraktijk en de zorgprofessionals is het van belang om de huidige bevindingen in kaart te brengen.

Aanbevelingen voor de zorgpraktijk

Vanuit de bevindingen wordt duidelijk dat moreel beraad een effectief middel kan zijn voor de zorgpraktijk van de IC om gevoelens te uiten en interventies bespreekbaar te maken om in de praktijk met morele kwesties om te gaan. Daartegenover staat dat dit onderzoek laat zien dat de ETZ methode principe ethiek dient te worden herzien om een betere aansluiting te vinden met de ethiek binnen het beraad.

Aanbevelingen voor de huidige praktijk gaan uit naar:

- Het herzien van de ETZ methode principe ethiek door de commissie ethiek van het ETZ. De aanbeveling gaat uit naar het verschuiven van stap vijf 'Wat is de ethische vraag?'. Deze stap komt meer tot zijn recht wanneer deze volgt na stap één 'Geef een uiteenzetting van de casus'.
- Het blijven opleiden van zorgprofessionals van de IC tot gespreksleiders. Het ETZ biedt jaarlijks twee keer de bedrijfsopleiding 'leiden van moreel beraad'

aan. Ervaren gespreksleiders kunnen een coachende rol op zich nemen om de onervaren gespreksleiders in de praktijk op weg te helpen. In de praktijk blijkt dat beginnende gespreksleiders het vaak nog spannend vinden om een moreel beraad voor te zitten. Concluderend kan er worden gesteld dat het van belang is dat er voldoende gespreksleiders geschoold blijven op de IC om structureel aan moreel beraad te kunnen doen.

- Om alle betrokken partijen uit de praktijk te betrekken bij het moreel beraad is het belangrijk dat overwogen wordt of naast de verpleegkundigen en artsen ook zorgassistenten, patiënt, familie en naasten uitgenodigd dienen te worden. In de huidige praktijk wordt vaak bij aanvang van het moreel beraad besloten welke casus behandeld gaat worden. Wanneer op voorhand wordt besloten welke casus besproken gaat worden kan er de afweging worden gemaakt welke partijen aanwezig dienen te zijn bij het moreel beraad.
- Uit de analyse blijkt dat er verdeeldheid heerst onder de zorgprofessionals over de opgeleverde waarde van moreel beraad. Van Dartel en Molewijk (2016) geven de tip om voor aanvang van een beraad afspraken te maken over doelen en verwachtingen. Hiermee laten deelnemers aan elkaar zien hoe zij de bijeenkomst voor ogen hebben en ingaan. Tijdens een aantal beraden gaven de gespreksleider een korte inleiding over het moreel beraad. Het wordt als positief ervaren om de deelnemers vooraf in te lichten over wat komen gaat. Op deze manier hebben de deelnemers ook besef van het mogelijke tijdsverloop. Daarnaast dient de gespreksleider erop toe te zien dat het stappenplan gevolgd wordt en dat er geen stappen worden overgeslagen.
- In de data-analyse komt naar voren dat de geestelijk verzorger het team tot inzichten laat komen waar ze zelf eerder nog niet toe gekomen zijn en wordt hierdoor als toevoegende waarde gezien. Ook is aangegeven dat dit voorjaar de eerste islamitisch geestelijk verzorger zijn intrede heeft gemaakt binnen het ETZ. Omdat ‘cultuurverschillen met de islamitische zorgvrager’ een veelbesproken onderwerp vormt, is het raadzaam om bij deze casussen de islamitische geestelijk verzorger uit te nodigen.

- Tot slot kan er middels samenwerkingsverbanden met andere ziekenhuizen bespreekbaar worden gemaakt hoe zij invulling geven aan moreel beraad en welke methoden hiervoor gebruikt worden. Hierdoor kunnen eventuele tips en aandachtspunten kunnen worden uitgewisseld.

8. Kwaliteitscriteria

Voor een kwalitatief onderzoek vormen het kritisch bekijken en het controleren van het onderzoek belangrijke onderdelen. Visse (2012) beschrijft dat interne validiteit, externe validiteit en betrouwbaarheid criteria zijn om kwaliteit van onderzoek te beoordelen.

Interne validiteit

Interne validiteit richt zich tot de geloofwaardigheid (Visse, 2012). De vraag die de onderzoeker zich dient te stellen: “Kan ik, met datgene wat ik hier als onderzoeker gedaan heb, terecht beweren dat de conclusie gegronnd is” (De Jong et al., 2010, p.131). Om te toetsen of resultaten van het onderzoek vertekend of mede beïnvloed zijn door versturende factoren is gebruik gemaakt van *member checks*. Aan de hand hiervan zijn respondenten uitgenodigd om te reageren en te reflecteren op de interpretaties van de onderzoeker (Visse, 2012).

Externe validiteit

Externe validiteit buigt zich over de overdraagbaarheid (Visse, 2012). Deze validiteit stelt de vraag in hoeverre de resultaten ook geldig zijn in andere contexten naast de onderzochte context (Van Burg, 2011). Om dit te toetsen is *thick description* toegepast, waarbij zijn onafhankelijke lezers uitgedaagd om interpretaties te checken in een gedetailleerde beschrijving waarin de onderzoeker de ervaring beschrijft hoe ze tot interpretaties en resultaten is gekomen (Visse, 2012; Geertz, 1973). Daarnaast is ervoor gekozen om uitgebreid verslag te doen van de bevindingen zodat eventueel andere zorgprofessionals zich in de gevonden thema's kunnen verplaatsen en herkennen.

Betrouwbaarheid

Betrouwbaarheid geeft aan in welke mate resultaten onafhankelijk zijn van voorstellen van de onderzoeker, tijd en instrumenten (Visse, 2012). De Jong et al. (2010) voegen hieraan toe dat het gaat over de mate waarin het onderzoek bij herhaling dezelfde resultaten oplevert. Gezien strikte replicatie van een kwalitatief onderzoek meestal niet mogelijk is, is navolgbaarheid een criterium voor betrouwbaar onderzoek. Om deze navolgbaarheid in kaart te brengen is het van belang dat de onderzoeker alle genomen stappen inzichtelijk naar voren brengt (Van Burg, 2011). Om transparantie te vergroten

is binnen hoofdstuk vier nauwkeurig beschreven hoe dit onderzoek is uitgevoerd en welke stappen zijn doorlopen om tot de genoemde resultaten te komen. Daarnaast heeft een medeonderzoeker van de IC geholpen met het evalueren van het onderzoek om te kijken of het onderzoek op dezelfde manier kan worden uitgevoerd of dat de resultaten partijdig zijn.

8.2 Beperkingen

Zoals denkbaar is binnen elk onderzoek heeft ook dit onderzoek tekortkomingen en beperkingen. De eerste beperking gaat uit naar de onervarenheid van de beginnende onderzoeker. Terugkijkend op dit onderzoek had de onderzoeker tijdens de korte interviews na afloop van het moreel beraad gerichtere vragen kunnen stellen en hier dieper op door kunnen vragen zodat er meer datamateriaal was verzameld met betrekking tot de ervaring van de deelnemers tot het moreel beraad. Wat mogelijk wel heeft geholpen om de beginnende onderzoeker op weg te helpen is dat er meerdere begeleidingsmomenten zijn geweest met de thesisbegeleider waarbij feedback over het onderzoeksproces bespreekbaar werd gemaakt. De tweede beperking richt zich op de beperkte grootte van het onderzoek. De vijf geanalyseerde moreel beraden zijn slechts een kleine weerspiegeling van de IC praktijk waar maandelijks moreel beraden gehouden worden. Gezien het tijdsschema is het wel een afgewogen keuze geweest om vijf moreel beraden te analyseren. In eerste instantie waren er zes beraden gepland. Eén daarvan is op het laatste moment komen te vervallen door de onvoorspelbaarheid van acute situaties die zich voor kunnen doen op een IC. Daarnaast was er ook niet oneindig de mogelijkheid om moreel beraden met de zorgprofessionals van de IC te plannen. Dit is begrijpelijk gezien de strakke werkroosters met beperkte toegang voor onderwijsmomenten, waarvan moreel beraad niet het enige thema is wat aandacht behoeft binnen een IC.

9. Literatuur

- Baur, V., Nistelrooij, I. van., & VanLaere. (2017). The sensible health care professional: a care ethical perspective on the role of caregivers in emotionally turbulent practices. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 20(4), 483-493.
- Bergmans, M. (2015). *Moreel beraad van en voor verpleegkundigen: Een onderzoek naar de functie van moreel beraad volgens het Utrechts stappenplan binnen de verpleegkundige beroepspraktijk van Isala*. (Masterthesis). Geraadpleegd van [http://ggw.studenttheses.ub.rug.nl/73/1/1415GV%20%20%20BERGMANS%20H.%20%20M a-scriptie.pdf](http://ggw.studenttheses.ub.rug.nl/73/1/1415GV%20%20%20BERGMANS%20H.%20%20M%20a-scriptie.pdf)
- Beroepshouding in de zorg. (2018). Geraadpleegd op 2 juni 2018, van <https://www.beroepshoudingindezorg.nl/1/beroepsethiek.html>
- Bijnen, L. van. (2018). *Jij* [Gedicht]. Geraadpleegd op 12 juni 2018, van <https://www.facebook.com/lisa.vanbijnen/posts/10209088654692513>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101.
- Burg, E. van. (2011). Kwaliteitscriteria voor ontwerpgericht wetenschappelijk onderzoek. In: J. van Aken & D. Andriessen (Eds.), *Handboek ontwerpgericht wetenschappelijk onderzoek: Wetenschap met effect* (pp. 146-164). Den Haag: Boom Lemma. Geraadpleegd op 2 juni 2018, van <http://dare.ubvu.vu.nl/bitstream/handle/1871/32171/Van?sequence=5>
- Chien-Huai, C., Pei-Chi, T., Chun-Yu, L., Kuan-Han, L., & Yen-Yuan, C. (2016). Burnout in the intensive care unit professionals: A systematic review. *Medicine*, 95(50), 1-12.
- Creswell, J. W., & Poth, C.N. (2016). *Qualitative Inquiry and Research Design. Choosing Among Five Approaches*. India: Sage.
- Dartel, H. van., & Molewijk, B. (2016). *In gesprek blijven over goede zorg. Overlegmethoden voor moreel beraad*. Amsterdam: Boom.
- ETZ. (2016). *Intensive Care: Jaarverslag 2016*.
- ETZ Leerplein. (2018). Geraadpleegd van <https://www.etzleerplein.nl/Search?searchText=moreel+beraad>
- Faith, P., & Chidwick, K. (2009). Role of Clinical Ethicists in Making Decisions About Levels of Care in the Intensive Care Unit. *CriticalCareNurse*, 29(2), 77-84.

- Gadamer, H. G. (1960). *Wahrheit und Methode*. Tübingen: J.C.B. Mohr.
- Geertz, C. (1973). *The interpretation of cultures: Selected essays*. New York: Basic Books.
- Grant, M. (2015). Resolving Communication Challenges in the Intensive Care Unit. *Advanced Critical Care*, 26(2), 123-130.
- Hamric, A. B., & Blackhall, L. J. (2007). Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: Collaboration, moral distress, and ethical climate. *Critical Care Medicine*, 35(2), 422-429.
- Heijst, A. van. (2005). *Een ethische kijk op professionaliteit*. Kampen: Klement.
- Heijst, A. van. (2008). *Iemand zien staan. Zorgethiek over erkenning*. Kampen: Klement.
- Heijst, A. van. (2009). *Iemand zien staan. Zorgethiek over erkenning*. Kampen: Klement.
- Heijst, A. van. (2011). *Professional Loving Care. An Ethical View of the Healthcare Sector*. Leuven: Peeters.
- Hoven, M. van den., & Bolt, I. (2016). Het Utrechts stappenplan. In H. van. Dartel & B. Molewijk (Red.), *In gesprek blijven over goede zorg. Overlegmethoden voor moreel beraad* (pp. 113-141). Amsterdam: Boom.
- Johnson, C.W., & Parry, D.C. (2015). *Fostering Social Justice through Qualitative Inquiry. A methodological guide*. Left Coast Press: USA.
- Jong, A. de., Vandenbroele H., Arend, A. van der., Glorieux, M., Maesschalck, L. de., Moortel, J. vande... & Visser, M. (2010). *Inleiding wetenschappelijk onderzoek voor het gezondheidsonderwijs*. Amsterdam: Reed Business.
- Kittay, F. (1999). *Love's Labor: Essays on Women, Equality, and Dependency*. New York: Routledge.
- Kittay, E. F. (2011). The Ethics of Care, Dependence, and Disability. *Ratio Juris*, 24(50), 49-58.
- Kohlen, H. (2014). If Ethics in Psychiatry is the Answer. What was the Question? Exploring Social Space and the Role of Clinical Chaplaincy. *Aporia*, 6(1), 5-15.
- Lamiani, G., Setti, I., Barlascini, L., Vegni, E., & Argentero, P. (2017). Measuring Moral Distress Among Critical Care Clinicians: Validation and Psychometric Properties of the Italian Moral Distress Scale-Revised. *Critical Care Medicine*

- and Wolters Kluwer Health*, 45(3), 430-437.
- Leget, C., Nistelrooij, I. van., & Visse, M. (2017). Beyond demarcation: Care ethics as an interdisciplinary field of inquiry. *Nursing ethics*, 1-9. Doi: <https://doi.org/10.1177/0969733017707008>.
- Meide, H. van. der., Leget, C., & Olthuis, G. (2012). Giving voice to vulnerable people: the value of shadowing for phenomenological healthcare research. *Medicine Health Care and Philosophy*, 16(4), 731-737.
- Nistelrooij, I. van. (2008). *Basisboek zorgethiek*. Heeswijk: Abdij van Berne en Reliëf.
- Nistelrooij, I. van. (2015). Wat moeten we met naasten en familie? Gezamenlijke besluitvorming en het relationele netwerk van de patiënt. *Tijdschrift voor Gezondheidszorg en Ethiek*, 25(1). 14-18.
- Noddings, N. (1984). *Caring. A Feminine Approach to Ethics & Moral Education*. Berkeley: University of California Press.
- Noddings, N. (2002). *Starting at Home: Caring and Social Policy*. Berkeley: University of California Press.
- Noome, M. (2017). End-of-life care bij IC-patiënten, de verpleegkundige zorg. *Tijdschrift Verpleegkunde*, 32(2), 19-21.
- Ricoeur, P. (1992). *Oneself as Another*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Ruddick, S. (1995). *Maternal Thinking. Toward a Politics of Peace*. Boston: Beacon Press.
- Stolper, M. M., Metselaar, S., Molewijk, A. C., & Widdershoven, G. A. (2012). Moral Case Deliberation in an Academic Hospital in the Netherlands. Tensions between theory and practice. *Journal International de Bioethique*, 23(3-4), 53-66. DOI: 10.3917/jib.233.0053
- Tjong Tjin Tai, E. (2014). Zorgethiek. In M. van. Hees, T. Nys, & I. Robeyns. (red), *Basisboek ethiek* (pp. 195-212). Amsterdam: Boom.
- Tronto, J., C. (1993). *Moral boundaries, a Political argument for an ethic of care*. New York: Routledge.
- Tronto, J. (2013). *Caring Democracy. Markets, Equality, and Justice*. New York, London: New York University Press.
- Vellinga, A., & Melle-Baaijens, E. A. H. van. (2016). Moreel beraad: tijd voor ethische reflectie in de dagelijkse praktijk van de GGZ. *Tijdschrift voor psychiatrie*,

58(3), 207-214.

Visse, M. A. (2012). *Openings for humanization in modern health care practices*.

(Proefschrift). Geraadpleegd op 2 juni 2018, van

https://www.researchgate.net/profile/Merel_Visse/publication/301285269_Openings_for_humanization_in_modern_health_care_practices/links/570f549908aee328dd655732.pdf?origin=publication_detail.

Walker, M. U. (2007). *A Feminist Study in Ethics*. New York: Oxford University Press.

Widdershoven, G. (2007). *Ethiek in de kliniek: Hedendaagse benaderingen in de gezondheidsethiek*. Amsterdam: Boom.

Wiegand, D. L., MacMillan, J. Rogrigues dos Santos, M., & Szylit Bousso, R. (2015).

Palliative and End-Of- Life Ethical Dilemmas in the Intensive Care Unit.

Advanced Critical Care, 26(2), 142-150.