Als 't wringt ...

RUIMTE VOOR BEGELEIDINGSKUNDIGEN IN EEN AANZWELLEND ZORGINFARCT?

Marleen **KRAAIJ-DIRKZWAGER** en Paul **BRAND**

Werken in de zorg is niet alleen prachtig, maar ook zwaar. De zorgvraag neemt toe, terwijl de beschikbare financiële middelen en menskracht juist afnemen. Dat knelt. Steeds vaker klinkt de vraag: doen we nog wel de goede dingen? Begeleidingskundigen kunnen zorgverleners, teams en bestuurders steunen met het herkennen van morele stress en het vergroten van hun keuzeopties.

De wereld verandert razendsnel en historisch gegroeide zorg is vaak niet meer passend. De zorgvraag neemt toe door de veranderende demografie – meer mensen, meer ouderen, meer culturele achtergronden – evenals de maatschappelijke verwachtingen over wat de zorg allemaal kan 'oplossen'. De klimaatcrisis leidt tot heftige gesprekken over de wijze van zorgverlening, net als de toenemende sociale ongelijkheid die ook gepaard gaat met ongelijke toegang tot zorg. Waar vroeger geneesmiddelen en techniek de grenzen van de zorg bepaalden, zijn dat nu vooral financiën en personeelskrapte.
Initiatieven als het Integraal zorgakkoord (IZA) en het Gezond en actief leven akkoord (GALA) voeden de discussie over de vraag hoe we de zorg in Nederland willen (her)organiseren. Ze zetten in op (digitale) netwerkzorg, preventie en versterking van persoons- en wijkgericht werken. Dit sluit aan bij de wens van veel zorgverleners. We zien echter ook groeiende agressie naar zorgmedewerkers, beleving van zorginstellingen als 'vervuilers' of 'grootverdieners' en onbegrip in de samenleving bij het sluiten van een spoedeisende hulp of verloskundeafdeling. Steeds meer wringen deze ontwikkelingen bij zorgverleners en bestuurders van zorginstellingen.
De komende decennia zijn alle handen, harten en hersens nodig in en rond de zorg. Morele stress als reden om de zorg te verlaten, blijft vooralsnog wat onderbelicht, terwijl hij kan worden vermeden en bestreden. Morele stress ontstaat als zorgverleners worstelen met de vraag: doe ik wel de juiste dingen? In dit artikel gaan wij achtereenvolgens in op het herkennen van morele kwesties in een complex speelveld en de mogelijke bijdragen van begeleidingskundigen voor mensen die in de zorg werken. We beschrijven verschillende interventies volgens de 'logische' niveaus van Bateson (Barnhoorn e.a., 2019), als kader om de variëteit aan potentiële begeleidingsvormen op zowel individueel als collectief niveau in zorginstellingen inzichtelijk te maken.

MORELE STRESS EN BEGELEIDINGSKUNDIGE INTERVENTIES Morele stress kan ontstaan wanneer een situatie (en de handelingen van een zorgmedewerker) ingaan tegen de eigen overtuigingen of het eigen geweten, en de zorgverlener onvoldoende ruimte ervaart om dit te veranderen (British Medical Association, 2021; Hartman e.a., 2016). Denk bijvoorbeeld aan langdurig werken met tekort aan personeel, terwijl de zorgverlener geen ruimte voelt de zorg anders te organiseren. Of de frustratie dat de regeldruk alleen maar toeneemt, zelfs als herhaaldelijk wordt afgesproken dat deze zal afnemen. Of de stress die zorgverleners ervaren als patiënten

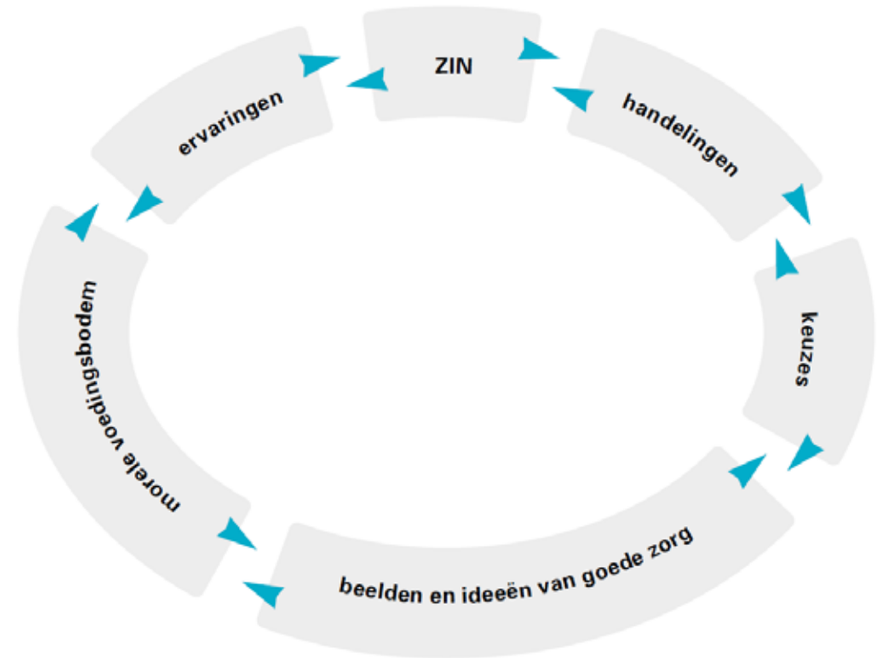
KENNIS EN KUNDE

DE KOMENDE DECENNIA ZIJN ALLE HANDEN, HARTEN EN HERSENS NODIG IN EN ROND DE ZORG

maar blijven komen en ze geen tijd en ruimte ervaren om de toestroom te reguleren.
Mensen voelen morele stress vaak eerder dan dat ze het rationeel beseffen. Dit kan ertoe leiden dat zorgverleners zich (emotioneel) distantiëren van het werk, soms als mechanisme om zichzelf te beschermen. Soms leidt intense of langdurige morele stress tot morele verwonding. Bij morele verwonding worden mensen zodanig geraakt in hun rechtvaardigheidsgevoel, dat zij psychische, spirituele en sociale problematiek ontwikkelen, met potentieel blijvende schade en uitval tot gevolg (ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum, z.d.; British Medical Association, 2021; NWO/NWA-project van de Radboud Universiteit Nijmegen, z.d.).
Morele stress kan afnemen als verschillende handelingsalternatieven, die beter passen bij de eigen morele waarden en overtuigingen, besproken en gekozen kunnen worden. De eigen waardenoriëntatie is vaak zo vanzelfsprekend, dat het aanvankelijk volkomen voor de hand lijkt te liggen wat het juiste is om te doen. Begeleidingskundigen kunnen hun cliënten (zoals zorgverleners, teams en bestuurders) bijstaan door morele kwesties te herkennen en expliciet te maken, en handelingsopties te onderzoeken. Zo ontstaan niet alleen meer helderheid en begrip, maar kunnen gevoelens van machteloosheid worden doorbroken en kan de cliënt het eigen handelen in lijn brengen met haar geweten.[1]

ETHISCHE VRAGEN HERKENNEN Niet alle 'lastige situaties' zijn meteen ook morele kwesties. De Bree en Veening (2021) bieden handvatten om kennispuzzels (Wat is hier nu precies aan de hand?) en praktische puzzels (Hoe kan ik iets voor elkaar krijgen?) te onderscheiden van waarderingspuzzels: alle vragen die gaan over de kwaliteit van wat je ziet of wat je wilt doen. Hoe ernstig? Hoe ziek? Hoe goed of slecht? Wat moet? Wat mag? (De Bree & Veening, 2021). Morele of ethische puzzels rondom de vraag naar 'het juiste' of naar 'goede zorg' zijn vooral waarderingspuzzels, maar kunnen ook praktische vragen oproepen en emotioneel ingewikkeld zijn: Wat moet of mag ik doen (of nalaten) als professional of bestuurder in een bepaalde situatie?
Signaalwoorden als eigenlijk, moeten en toch, of zinnen in de trant van: 'Het voelt niet goed', kunnen de begeleidingskundige helpen om het 'wringen' te signaleren. Bijvoorbeeld: 'Eigenlijk kan dit zo niet langer', 'Het is toch van de zotte dat dit zo geregeld is?', 'We moeten gewoon het aantal onterechte verwijzingen beperken', of: 'Dit hoort toch eigenlijk niet thuis in de zorg?' Daarmee kan het gesprek verder worden geopend. Welke invloed ziet een zorgverlener voor zichzelf? Voelt zij nog de ruimte om zelf te kiezen, ook al is het uit twee kwaden?
Niet ieder 'moeten' duidt overigens op een ethische vraag. 'Wat moeten we van de wetgever of volgens de richtlijn doen?', is eerder een kennispuzzel. 'Hoe stoppen we met de doorgeschoten verantwoording in de zorg?', is meer een collectieve gedragsveranderingsvraag (Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2023).

[1] Veel zorgverlenende beroepen feminiseren, daarom gebruiken we hier de vrouwelijke vorm. Overal kan ook de mannelijke vorm gelezen worden.



Figuur 1 | Cirkel van Van Nistelrooij (2022; overgenomen met toestemming van de uitgever).

BEGELEIDINGSKUNDIGE INTERVENTIES Op de verschillende niveaus van Bateson kunnen interventies bijdragen om het denken, voelen, willen en handelen te verkennen en met elkaar in overeenstemming te brengen.

Missie en identiteit
Zorgverleners hebben gekozen voor de zorg vanuit heel verschillende ervaringen en redenen. Zorg is verweven met ons (samen)leven. Zorgen is primair 'met een ander zijn', samen optrekken. We zorgen continu voor elkaar, thuis, in vriendengroepen, familiesystemen, leefgemeenschappen, kerkelijke of recreatieve verbanden en formele instituties ('zorginstellingen'). Iedereen heeft vroeg in het leven een eigen zorgbeeld ontwikkeld. Dat zorgbeeld ontwikkelt zich door ervaringen die we opdoen en door keuzes die we maken om al dan niet te handelen als we zorg willen vragen of geven. Ons zorgbeeld heeft zich genesteld in onze morele voedingsbodem; een geïnternaliseerde mengelmoes, een diepere laag, die wordt gevormd door herinneringen aan ervaren goede zorg (eigen ervaringen of die van ouders of anderen), uitspraken die je hebt onthouden, maatschappelijke en culturele patronen of juist negatieve ervaringen van hoe zorg niet zou moeten zijn (Van Nistelrooij, 2022).

In die morele voedingsbodem zijn ook waarden verpakt, bijvoorbeeld hoe je kijkt naar autonomie, verbondenheid, ruimte voor en acceptatie van kwetsbaarheid of de dood. Dit alles stuurt het handelen im- of expliciet.[2] Je doet nieuwe ervaringen op, maakt nieuwe keuzes. Zo ontstaat een cyclus waardoor het zorgbeeld zich ontwikkelt (zie figuur 1).

Ons zorgbeeld hangt samen met ons mensbeeld. Ron van Deth beschrijft in een themanummer van het *Tijdschrift voor Coaching* een mensbeeld als 'een referentiekader aan de hand waarvan iemand weet hoe hij zichzelf en anderen moet beoordelen en hoe hij zich moet gedragen tegenover anderen. Het bestaat uit onderliggende visies op de mens, die ons handelen impliciet richting geven. Veel van ons functioneren is gebaseerd op dit soort onbewezen fundamentele veronderstellingen of aannames over wat een mens is of behoort te zijn. Een mensbeeld fungeert als een bril waarmee we de werkelijkheid voor onszelf tot een zinvol geheel maken. (...) Hoe iemand tegen mensen aankijkt, ontvouwt zich in de omgang met anderen; het komt tot uiting in iemands doen en laten' (Van Deth, 2019). Mensbeelden zijn dus denkbeelden. Het expliciteren van mens- en zorgbeelden kan helpen te definiëren waar een ervaring voor een zorgverlener wringt. Mens- en zorgbeelden worden bijvoorbeeld zichtbaar in de wijze waarop wij (ofwel de samenleving) zorg en ondersteuning organiseren, en dat is vaak weinig coherent (Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2021; Sociaal en Cultureel Planbureau, 2023).

Omdat de waardenoriëntatie, zorg- en mensbeeld verschillen van persoon tot persoon, mede door het vakgebied waarbinnen de zorgverlener is opgeleid of de verschillende verantwoordelijkheden die mensen hebben of voelen, ontstaan gemakkelijk onbegrip of conflicten rondom dilemma's in de zorg. In het *Basisboek zorgethiek* schetst Van Nistelrooij verschillende werkvormen vanuit een illustratieve tweedeling in mensbeelden: de zelfredzame en autonome mens versus de zorgende mens (Van Nistelrooij, 2022). In onze samenleving is het beeld van de zelfredzame en autonome mens dominant; deze kan door eigen handelen een geslaagd leven leiden. De grootste bedreiging voor deze mens is het inperken van autonomie en vrijheid. Het beeld van de zorgende mens staat daar (soms) haaks op. In het beeld van de zorgende mens zijn mensen sociaal en relationeel; ze zorgen voor elkaar en zijn betrokken op elkaar. Ze zien zichzelf als deel van een netwerk, een web van relaties. De grootste bedreiging voor deze mensen is verlatenheid.

Het onderzoeken en tot uitdrukking brengen van het mens- en zorgbeeld van zorgverleners is een interventie op zowel de laag van missie als die van de (professionele) identiteit: Wat maakte dat je koos voor de zorg? Als jij drie dingen mag noemen die voor jou de essentie vormen van zorgen, welke zijn dat dan? Wat beschouw jij als goede zorg (in deze specifieke situatie, binnen het zorginfarct, in deze regio) en wat betekent dit voor hoe je kijkt naar jouw professionele identiteit? Wat wil en kun je bijdragen? Wat voor verpleegkundige, arts of andere zorgprofessional wil je zijn? Hoe kijk jij naar je zorgplicht in een specifieke context of situatie? En dit niet in juridische zin (wat je volgens de wet moet doen), maar in morele zin; wat je volgens je geweten, je beroepscode of volgens algemeen geaccepteerde waarden en normen behoort te doen.

Overtuigingen

Veel zorgverleners zijn in een vak of werkomgeving terechtgekomen door vroege keuzes in hun loopbaan. De meeste artsen worden vooral in het ziekenhuis opgeleid, met weinig ruimte voor ervaringen buiten de kliniek. De werkplekcultuur voedt het ontstaan van allerlei overtuigingen over hoe zorg georganiseerd behoort te zijn. Die overtuigingen kunnen wringen, niet alleen met eerder gemaakte keuzes, maar ook met ervaringen rondom grenzen van de zorg. Bijvoorbeeld zorg die in de eigen werkomgeving of in de privésfeer werd gezocht, wellicht verwacht, maar niet (of juist wel) werd gevonden.

Ook het eeuwige zoeken naar een balans tussen werk en privé voedt de vraag: doe ik nog wel het werk dat ik wil doen? En hoe wil ik het doen? De meeste zorgverleners kennen alleen de directe patiëntenzorg en hebben weinig zicht op ander werk in de zorg. Bovendien worden werkmogelijkheden in andere delen van de zorg vaak (negatief) ingekleurd door hardnekkige beelden en overtuigingen over status, invloed en inkomen. Wij weten uit eigen ervaring dat al deze overtuigingen het onderzoeken waard zijn bij zorgverleners bij wie het 'wringt' en die overwegen om hun loopbaan een andere wending te geven.

Het schrijven van een zorgbiografie (Van Nistelrooij, 2022) kan bijdragen om het gewenste zorgbeeld te verhelderen en helpende en belemmerende overtuigingen bloot te leggen, bijvoorbeeld over het leveren van goede zorg, het zijn van een goede zorgprofessional of het zich durven omscholen. Ook kan het verhelderend zijn om te verkennen of de worsteling met een morele kwestie een symptoom is van ervaren onbekwaamheid ('Ik zou het toch moeten weten?') of juist van professionaliteit ('Een goede professional twijfelt over en reflecteert op haar handelen'; Dijken e.a., 2021).

REFLECTIE OP PROFESSIONELE VAARDIGHEDEN KAN HELPEN MET MORELE KWESTIES OM TE GAAN

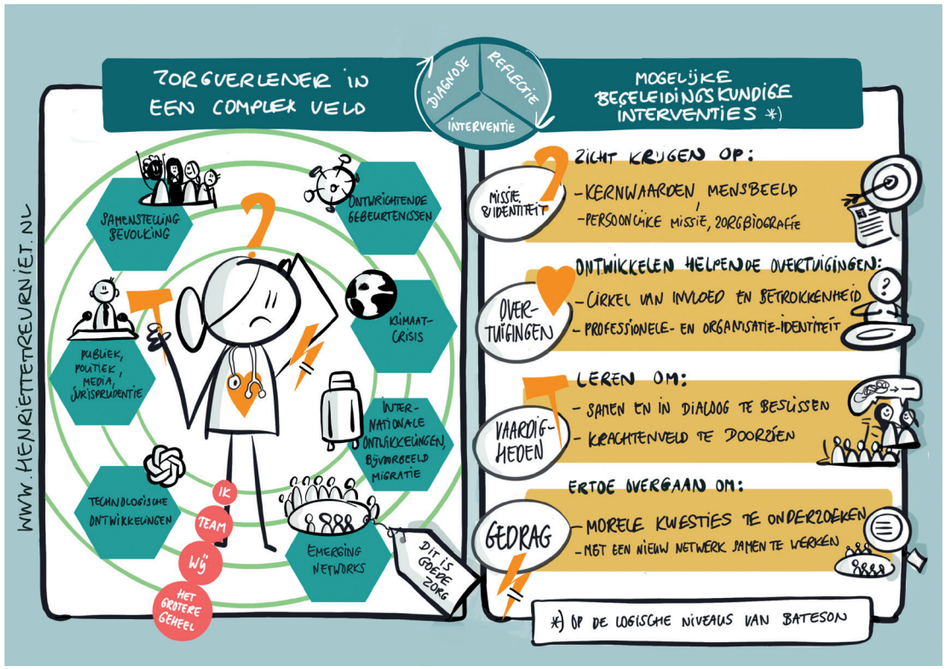
Vermogen en vaardigheden

Reflectie op professionele vaardigheden kan helpen met morele kwesties om te gaan. Bijvoorbeeld door de stappen van samen beslissen te leren kennen en te oefenen. Zo kan de zorgverlener ontdekken dat patiënten vaak moeten worden uitgenodigd en aangemoedigd om met de zorgverlener te delen wat voor hen belangrijk is, en dat niet elke patiënt met hetzelfde medische probleem op identieke wijze behandeld hoeft te worden (Brand, 2021; Pieterse e.a., 2017). Dit inzicht kan wringen met de vaak sterk ontwikkelde verantwoordelijkheid die artsen voelen voor het vinden van de 'beste' oplossing voor de patiënt, ingevuld vanuit hun rol als expert en adviseur (Driever e.a., 2022b).

Vrijwel elke professionele uitdaging kent ook morele dimensies: is deze casus vooral een kennispuzzel, een praktische puzzel of een waarderingspuzzel (De Bree & Veening, 2021)? Wat wringt er nu exact als je dit doet? Hoe ziet de situatie eruit als je je verplaatst in de positie van een ander? Hoe handel je in een situatie waarin je gevraagd wordt tegen je eigen morele overtuigingen in te gaan of waarbij tegenstrijdige morele belangen spelen? Zulke vragen kunnen niet alleen een op een tussen begeleidingskundige en cliënt worden verkend, maar ook in groepsverband, bijvoorbeeld in een moreel beraad (De Bree & Veening, 2021; Hartman e.a., 2016).

Ook oefenen in dialoogvaardigheden die het verkennen van meerdere perspectieven op een situatie aanmoedigen (zoals 'deep democracy' of een socrati-

[2] Ons zorg- en mensbeeld hangt ook samen met hoe we kijken naar de 'zin' van het (samen) leven, de diepste laag voor al ons (professionele) handelen. Deze ligt ook opgeslagen in onze morele voedingsbodem; het is datgene wat er uiteindelijk echt toe doet, het 'waartoe?' in ieders leven.



Figuur 2 | Voorbeelden van begeleidingskundige interventies op de logische niveaus van Bateson.

sche dialoog) kan bijdragen aan de ontwikkeling van professionele vaardigheden van de zorgverlener. In begeleidingskundig land misschien wat minder bekend zijn methoden om inzicht te vergroten in 'wie wat doet' in het Nederlandse zorglandschap, zoals een netwerk-, stakeholder- of krachtenveldanalyse. Nieuwe vormen van zorg ontwikkelen zich bovendien voortdurend, gestimuleerd door onder andere gemeenschapsinitiatieven (Nederland Zorgt Voor Elkaar, z.d.), samenwerkingsverbanden tussen formele en informele zorg (Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2022) of financieel en juridisch gestimuleerd door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Gedrag

Veel interventies gericht op het (h)erkennen en bevorderen van helpend gedrag kunnen waardevol zijn om zorgverleners te steunen bij het verkennen van (handelings)opties en het maken van keuzes. Is de zorgverlener echt in staat om samen te beslissen, met de patiënt of andere partners? Vaak is dat (nog) niet het geval (Driever e.a., 2022a). Kent de zorgverlener de allianties die ontstaan, bijvoorbeeld rondom het Integraal Zorgakkoord of de Groene Zorg Allianties? Wat heeft een zorgverlener of -instelling nodig om morele kwesties echt aan te gaan, in plaats van ze uit te stellen of te externaliseren: ('Een ander moet het maar oplossen'). Deze laatste valkuil ligt dagelijks op de loer, omdat ons zorgstelsel zich kenmerkt door versnippering en vrijblijvendheid. Er valt altijd wel een ander aan te wijzen die (ook) iets moet doen. Hoe hebben zorginstellingen hun ethiekondersteuning geregeld (Hartman e.a., 2016)? Kennen zorgverleners de weg, ervaren zij hiermee ook steun of is er iets anders nodig? Kunnen zorgverleners hun handelen aanscherpen in tijden van relatieve schaarste? Of stappen ze weloverwogen uit?

KANSEN VOOR BEGELEIDINGSKUNDIGEN?

De zorg piept en kraakt. Grote maatschappelijke opgaven en de toenemende schaarste aan mensen drukken op zorgverleners en bestuurders. Het zorginfarct zwelt aan, net als de roep om het maken van verantwoorde keuzes. Samen beslissen wordt de nieuwe sociale norm, binnen en buiten de spreekkamer. 'Nothing about me without me' ofwel niet over ons maar met ons beslissen, hoe ingewikkeld dat in de praktijk ook is. Op de verschillende niveaus van Bateson kunnen interventies bijdragen om het denken, voelen, willen en handelen te verkennen en met elkaar in overeenstemming te brengen. Wij voorzien een grote rol voor begeleidingskundigen om de mogelijkheden die zorgverleners, teams en bestuurders hebben te expliciteren, zodat zij zichzelf kunnen toerusten met wat zij nodig hebben om onze samenleving door het zorginfarct te gidsen. ■

SAMEN BESLISSEN WORDT DE NIEUWE SOCIALE NORM, BINNEN EN BUITEN DE SPREEKKAMER

M. Kraaij-Dirkzwager is vrijgevestigd arts maatschappij en gezondheid te Elburg en mede-initiatiefnemer van www.ditisgoedezorg.nl.
E-mail: marleen@artsmg-advies.nl.
Prof. dr. P.L.P. Brand, niet-praktiserend kinderarts, is hoogleraar klinisch onderwijs bij UMC Groningen en decaan bij de Isala Academie te Zwolle.

BRONNEN

- ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum (z.d.). *Moral injury: als morele verwachtingen worden geschonden.* Website: https://arq.org/kennis/moral-injury (12 november 2023).
- Barnhoorn, P.C., Houtlosser, M., Ottenhoff-de Jonge, M.W., Essers, G.T.J.M., Numans, M.E. & Kramer, A.W.M. (2019). A practical framework for remediating unprofessional behavior and for developing professionalism competencies and a professional identity. *Medical Teacher, 41* (3), 303-308.
- Brand, P. (2021). Waarom moeilijk doen als het samen kan? Over de wenselijkheid van samen beslissen. In P.J. van Dijken, P.C. Barnhoorn & J.M.C. Geurts (red.), *Professionaliteit in de zorg* (pp. 113-120). Bohn Stafleu van Loghum.
- Bree, M. de & Veening, E. (2021). *Handleiding moreel beraad: praktische gids voor zorgprofessionals* (3e dr.). Van Gorcum.
- British Medical Association (2021). *Moral distress and moral injury: recognising and tackling it for UK doctors*. Website: https://www.bma.org.uk/media/4209/bma-moral-distress-injury-survey-report-june-2021.pdf (30 november 2021).
- Deth, R. van (2019). Welk mensbeeld past het beste bij coaching? *Tijdschrift Voor Coaching, 15* (1), 7-11.
- Dijken, P.J. van, Barnhoorn, P.C. & Geurts, J.M.C. (red.) (2021). *Professionaliteit in de zorg: reflecteren op je professie.* Bohn Stafleu van Loghum.
- Driever, E.M., Stiggelbout, A.M. & Brand, P.L.P. (2022a). Do consultants do what they say they do? Observational study of the extent to which clinicians involve their patients in the decision-making process. *BMJ Open, 12* (1), e056471.
- Driever, E.M., Tolhuizen, I.M., Duvivier, R.J., Stiggelbout, A.M. & Brand, P.L.P. (2022b). Why do medical residents prefer paternalistic decision making? An interview study. *BMC Medical Education, 22* (1), 1-10.
- Hartman, L., Weidema, F., Widdershoven, G. & Molewijk, B. (2016). *Handboek ethiekondersteuning*. Boom.
- Nederland Zorgt voor Elkaar (z.d.) Website: https://nlzorgtvoorelkaar.nl (12 november 2023).
- Nistelrooij, I. van (2022). *Basisboek zorgethiek: over mensbeeld, moraal en ethische reflectie in de zorg*. Berne Media.
- Pieterse, A., Basoki, N., Stiggelbout, A. & Brand, P. (2017). Alles wat u moet weten over gedeelde besluitvorming: een investering van arts en patiënt in betere zorg. *Medisch Contact, 72* (12), 34-36.
- Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2021). *Machtige mensbeelden* (essay). Website: https://www.raadrvs.nl (13 december 2021).
- Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2022). *Anders leven en zorgen.* Website: https://www.raadrvs.nl (19 mei 2022).
- Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2023). *Is dit wel verantwoord?* Website: https://www.raadrvs.nl (9 oktober 2023).
- Radboud Universiteit Nijmegen, Nederlandse Defensie Academie, Politieacademie, Nederlands Veteraneninstituut & ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum (z.d.). *Project moral injury* (NWO/NWA). Website: https://projectmoralinjury.nl/nwa (12 november 2023).
- Sociaal en Cultureel Planbureau (2023). *Mensbeelden bij beleid.* Website: https://www.scp.nl/publicaties/publicaties/2022/10/20/mensbeelden-bij-beleid (20 oktober 2022).