

Morele Stress in de Zorg

“Als je waarden hebt zal je af en toe verontwaardigd worden.”

Howest, Tetra-Project 2016-2018 (www.morelestress.be)

WOORD VOORAF

Kunnen we onze waarden en visie op goede zorg, op wat het ethisch juiste is om te doen, in de dagelijkse praktijk daadwerkelijk realiseren? Kan ik dit doen? Kunnen wij dit doen? Wordt dit gedaan? Dat zijn centrale vragen van een betrokken, bezielde, mens- en waardegerichte zorgverlening. Wat we ook doen, we willen in elk geval *het goede* doen voor de mensen die van ons afhankelijk zijn voor zorg en ondersteuning. We willen hen tegemoet komen in hun kwetsbaarheid en hun waardigheid zoveel mogelijk ondersteunen, beschermen en bevorderen.

Morele stress is het wrange gevoel dat we ervaren wanneer dat niet lijkt te lukken; wanneer een betrokken en bezielde hulpverlening onder druk komt te staan door allerlei interne of externe factoren (zoals tijdsdruk, regelgeving, verwachtingen t.a.v. de zorg, een gebrekkige overlegcultuur of tanend organisatie-ethisch klimaat ...). De zorg verloopt niet zoals het eigenlijk zou moeten en zoals we het zouden willen, maar we lijken daaraan weinig te kunnen veranderen... In zulke gevallen kunnen de betrokken hulpverleners, patiënten, bewoners, cliënten en hun naasten zich machteloos voelen. We zitten in de knel. Hoe kunnen we daaruit geraken?

Van op de zijlijn toekijken zit niet in het DNA van Zorgnet-Icuro. Aansluitend bij een jarenlange traditie en gegrond in een grote betrokkenheid voor een mensgerichte en waardegedreven zorgcultuur heeft de Commissie voor Ethiek een grondige ethische reflectie doorgevoerd over het thema.

Wat houdt morele stress precies in? Wat zijn de oorzaken, kenmerken en gevolgen ervan? Wat is de ethische kern van de zorg? Hoe kunnen we die beschrijven, zodat we het fenomeen van morele stress beter kunnen begrijpen? Hoe kunnen we komen tot positieve en constructieve manieren om het hoofd te bieden aan morele stress? Hoe kunnen ethische uitdagingen een voedingsbodem zijn voor persoonlijke en professionele groei, voor groter zelfbewustzijn en meer morele veerkracht in de zorg? Door welke concrete oriëntaties laten we ons daarin best leiden? Het resultaat van die reflectie vindt u in dit advies.

Traditiegetrouw werd het ontwerp van deze adviestekst afgetoetst met een doelgerichte selectie van experts. Graag danken we hen en alle leden van de Commissie voor Ethiek van Zorgnet-Icuro voor hun gewaardeerde inzet.

“Het is onze maatschappelijke kernopdracht om een bezielde, betrokken en mensgerichte zorg te realiseren voor iedereen”

Na bespreking in de stafgroepen en bestuurscolleges van Zorgnet-Icuro heeft de raad van bestuur dit advies goedgekeurd en werd beslist dit document op te nemen in het kader van de eigen werking rond de thematiek van morele stress en morele veerkracht. De raad van bestuur verzoekt u om dit advies te agenderen en te bespreken op uw raad van bestuur, op directievergaderingen, het voor te leggen aan al uw leidinggevenden, in het bijzonder aan het HR-management zodat deze visie omtrent morele stress

en morele veerkracht ingang kan vinden in uw zorgorganisatie. Bovendien kan dit advies als basis worden genomen voor het eigen organisatie-ethisch instellingsbeleid en de concrete zorgpraktijk. Daartoe lijkt het aangewezen deze visietekst te agenderen op vergaderingen van de plaatselijke commissies voor ethiek of van de ethische werkgroepen.

Zorgnet-Icuro hoopt hiermee bij te dragen tot verdere reflectie over de specifieke ethische kenmerken van morele stress en morele veerkracht. Bij reflectie alleen moet het uiteraard niet blijven. Ze zal een uiteindelijke vertaling moeten vinden in herkenbare en werkbare vormen van omgaan met morele stress in de zorgvoorzieningen. Het blijft immers een permanente opdracht om kritisch na te denken over de wijze waarop we een bezielde, betrokken en mensgerichte zorg kunnen realiseren voor iedereen.

Brussel, 19 februari 2019

Yvonne Denier
Chris Gastmans
Stafmedewerkers

Margot Cloet
Gedelegeerd bestuurder

INHOUD

<i>Woord vooraf</i>	1
<i>Inleiding</i>	4
Hoofdstuk 1: Stand van zaken	7
1.1. <i>Wat is morele stress?</i>	7
1.1.1. <i>Een klein stukje geschiedenis</i>	7
1.1.2. <i>Geen ethisch dilemma</i>	7
1.1.3. <i>Klimaat van ethische aanspreekbaarheid</i>	8
1.1.4. <i>Moreel residu</i>	8
1.1.5. <i>Het crescendo-effect</i>	9
1.2. <i>Prevalentie</i>	9
1.3. <i>Bëinvloedende factoren</i>	10
1.3.1. <i>Individueel</i>	10
1.3.2. <i>Contextueel – Meso</i>	11
1.3.3. <i>Contextueel – Macro</i>	12
1.4. <i>Gevolgen</i>	12
1.5. <i>Coping-mechanismen</i>	13
1.5.1. <i>Ethische verstillung</i>	13
1.5.2. <i>Blijvend engagement</i>	14
1.5.3. <i>Verlaten van het beroep, team of organisatie</i>	14
1.6. <i>Ethische uitdagingen</i>	14
1.6.1. <i>De kanarie in de koolmijn</i>	14
1.6.2. <i>Van morele stress naar morele veerkracht</i>	15
Hoofdstuk 2: Ethische horizon	16
2.1. <i>De ethische kern</i>	16
2.2. <i>Zorg is waardevol omdat...</i>	17
2.3. <i>Zorg is geen product, maar een relatie</i>	18
2.4. <i>Personalistische grondinspiratie</i>	19
2.5. <i>Doeleinden</i>	19
2.6. <i>Doorleefde moraliteit: het zorgethisch proces</i>	20
2.7. <i>Cirkels van zorg</i>	21
2.8. <i>De weg is het doel</i>	22
2.9. <i>De ethische kern van morele stress</i>	23
Hoofdstuk 3: Oriëntaties voor morele veerkracht	25
3.1. <i>Waardegedreven organisatiecultuur</i>	25
3.2. <i>Bezielde medewerkers</i>	26
3.3. <i>Team & samenwerking</i>	28
3.4. <i>Ethisch leiderschap</i>	29
3.5. <i>Menswaardige samenleving</i>	30
3.6. <i>Contactinformatie voor vorming, opleiding en ondersteuning</i>	31
<i>Besluit</i>	32
<i>Literatuur</i>	34

“De ethiek van het gewone is net zo goed een essentieel deel van de gezondheidsethiek als de ethiek van het buitengewone”

Arthur Caplan, Amerikaans bioeticus, in *Everydag Ethics. Resolving Dilemma's in Nursing Home Life*, New York: Springer 1990.

INLEIDING

Dit ethisch advies gaat over morele stress, een in **toenemende** mate vertrouwd fenomeen voor iedereen die betrokken is in de dagelijkse praktijk van de zorg. Sinds meer dan dertig jaar wordt er op internationale schaal onderzoek naar verricht. In de voorbije tien jaar nam het onderzoek zelfs een exponentiële vlucht (Ulrich & Grady, 2018).

In de literatuur wordt morele stress doorgaans beschreven als het **wrange gevoel** dat hulpverleners ervaren wanneer ze niet kunnen handelen volgens hun **morele waarden** en volgens wat ze denken dat het **ethisch goede** is om te doen doordat ze daartoe worden verhinderd door interne of externe factoren. Ook kunnen ze verkeren in situaties waarin de zorg niet verloopt zoals het eigenlijk zou moeten, maar ze er weinig aan lijken te kunnen veranderen.

Anders dan harde en scherpe ethische dilemma's, gaat het bij morele stress over de ethische aspecten van goede zorg in de **praktijk van elke dag** en de wijze waarop die onder **druk** kan komen te staan. Laten we even de onderstaande citaten ter hand nemen. Zij maken het meer concreet.¹

Morele stress: een illustratieve vogelvlucht

“Zijn we vandaag wel met genoeg mensen om de zorg goed te kunnen doen? Eigenlijk niet. Ik zou toch nog iemand moeten opbellen om te komen? Maar ze zijn al allemaal zo overbevraagd...”

“Hoe is het mogelijk dat de dokter die patiënte zo kort en bruuft heeft verteld dat ze een vergevorderde pancreaskanker heeft en dat er geen behandelingsmogelijkheden meer zijn? Ik stond erbij en dacht: “Dit wordt zo zakelijk gezegd. Dat kan toch zo niet! Moet ik daar nu iets van zeggen?”

“Verpleging is toch niet louter de zorg? Dat is toch ook dat babbelen, dat tijd maken. Maar dat zijn de dingen die er zo vaak aan overschieten, waar dat ge niet langer de tijd voor hebt. We zitten van minuut tot minuut in de zorg. De extraatjes, het menselijke, als ik het zo mag omschrijven, valt soms weg. Eens twee minuten gaan zitten om te luisteren, samen de bloemetjes water geven... Dat gaat niet. Want dan ben ik niet aan het doordoen, zeggen ze.”

“Het was niet dat onze directeur daar tegen was of zo. Het was gewoon dat hij het geld er niet voor had om dat te doen.”

“Zijn vrouw wil absoluut niet dat hij weet dat we overgaan naar palliatieve comfortzorgen, omdat hij het dan volgens haar zelf zou opgeven en zou sterven. Dus mogen wij tegen hem niets daarover zeggen. Ik heb het gevoel dat we tegen hem aan het liegen zijn. Dat is zo fout.”

“We hebben maar 1 plaats vrij voor vier dringende zorgnoden. Hoe moet ik kiezen? Hoe kan ik kiezen? Ze komen alle vier even hard in aanmerking. En wat gebeurt er met de drie mensen die ik niet binnenlaat? Blijven die in de kou staan? Dat kan toch zo niet.”

¹ De citaten zijn parafases, samengesteld uit voorbeelden die werden gegeven in de veelvuldige empirische literatuur over morele stress. In hun diversiteit bieden ze een vogelvlucht over het fenomeen.

“Ik ken collega’s die zo gefrustreerd zijn dat ze mensen op een brutale manier verzorgen, of wassen, of niet vriendelijk zijn. Dat is echt niet goed. Maar wat kan ik daartegen doen?”

“We doen ontzettend veel om deze kinderen in leven te houden. Maar diep van binnen vraag ik me soms af of we niet meer kwaad doen dan goed. De verwachtingen t.o.v. de geneeskunde liggen zo hoog dat de vele interventies vaak een eigen leven beginnen te leiden, los van het welzijn van het kind.”

“Je staat dan als zorgmedewerker te kijken op een situatie waarvan je denkt: “Waar zijn we toch mee bezig?””

“Dat is wel een situatie die blijft hangen. Het hangt ervan af. De ene situatie kan ik loslaten, de andere niet.”

“We hebben dat tegenwoordig, als gewoon mensen overlijden, dikwijls dat familie het niet meer aankan en zegt ‘Allez, gaat dat hier nog lang duren? Geef die toch een spuit. Dat mag nu toch?’ Dat is toch wel choquerend. Allez, ik bedoel, wij moeten toch niet iedereen zomaar een spuit geven omdat de familie het niet aankan? Ja, dat lange stervensproces – want dat kan soms drie dagen duren hé – en dan zijn ze kwaad op ons dat wij niets geven om dat te verkorten.”

“Wat moeten we doen? Ze is zo ontzettend fel vermagerd. Weegt nog geen 35 kg meer. Als we over anorexia beginnen, wordt ze boos. Zegt ze dat ze dat niet heeft. Maar ze eet wel niets en kan nog met moeite stappen. Haar rugzak dragen lukt niet meer. Dit loopt fout. Moeten we haar dwingen te eten? Of gedwongen laten opnemen?”

“Gaandeweg moet je een deel van het idealisme, waarmee je begon, laten vallen omdat het niet meer realistisch is. Dat vind ik zo jammer. Dingen waarvan dat je hebt geleerd hoe mooi dat dat is en dan moet je dat gaandeweg van je afgooien eens dat je aan het werken bent.”

“Je voelt je dan heel slecht bij zulke situaties, heel gefrustreerd en achteraf ook emotioneel in de war omdat je zoiets hebt van: ‘Maak dat maar eens mee...’”

“Veel hangt ervan af of je een goed team hebt, fijne collega’s, waarop je kan terugvallen. Je krijgt hele hechte teams als je zulke dingen meemaakt en je bij elkaar terecht kan.”

“Soms kam ik het haar van die bewoonster wat langer, omdat ik weet dat ze daar rustig van wordt. Ook al is het druk.”

“Er wordt wel geluisterd naar onze gevoelens. Bijvoorbeeld toen de werkdruk echt te hoog was, omdat er veel zieken waren, toen heeft de directie beslist om niet alleen per afdeling te werken, maar afdelingen samen te doen. Dat was iets heel goed. Toen werden we echt gehoord.”

...

Deze voorbeelden maken duidelijk dat wanneer we **aandachtig** willen zijn voor morele stress, we vooral aandacht moeten hebben voor de alledaagse ethische vragen en bekommernissen in de zorg, zaken die routine lijken, maar die toch een grote impact hebben op zorgrelaties en op het mentale en fysieke welzijn van de hulpverleners. Veel auteurs wijzen erop dat wanneer we onvoldoende aandacht hebben voor het fenomeen, we het risico lopen de morele en professionele integriteit van hulpverleners in het gedrang te brengen. Dat kan zeer negatieve gevolgen hebben voor de gezondheid en het welzijn van de hulpverleners zelf. En dat willen we niet.

Goede en bezielde hulpverleners zijn immers van groot en essentieel **belang** voor de mensen die zorg nodig hebben, voor hun familie en naasten, voor de zorgorganisaties die dat concreet organiseren, het politiek-maatschappelijk beleid, de bredere samenleving en alle burgers. Allemaal leunen we op de kennis, expertise, zorgzaamheid en samenwerking waarmee ze zich inzetten voor de gezondheid en het welzijn van de personen die aan hen zijn toevertrouwd. Dat is een inherent ethische opdracht. Het is een continue zoektocht naar het meest menswaardige antwoord op een situatie waarin mensen heel kwetsbaar zijn. Ooit zei een directeur van een zorgvoorziening: “Met goede hulpverleners heb je **goud** in handen. Dat goud moet je verzilveren” (Denier & Dhaene, 2013).

Tegelijkertijd staat de zorg in toenemende mate onder **druk**, o.m. door de veroudering van de bevolking waardoor de zorg op grote schaal intensiever en complexer wordt; door de toename van medisch-technologische mogelijkheden die een grote invloed hebben op onze verwachtingen t.a.v. geneeskunde en zorg; door de verkorting van de ligduur waardoor enkel de zwaar zorgbehoevende patiënten overblijven; door het rechtendiscours dat soms een eisendiscours dreigt te worden; door een marktdenken waarbij de zorg als een product wordt beschouwd waarvoor we duur geld betalen; door de uitstroom van de babyboomgeneratie waardoor we de komende decennia meer zorg zullen moeten bieden met minder handen; door de globale context van besparingen die ons harder met de neus op de feiten drukt dat de middelen eerder zullen afnemen dan toenemen ... Het is een hele kunst om in die context voldoende ruimte te scheppen voor voldoende goede en bezielded zorgverlening. Precies daarom moeten we aandacht hebben voor morele stress, zodat we het kunnen inzetten als een positief concept.

Dat is de uitdaging die we met dit ethisch advies willen aangaan, nl. we willen begrijpen waar het bij morele stress precies om gaat, welke ethische aanknopingspunten dit fenomeen met zich meebrengt voor de zorg in het algemeen, en welke ethische contexten we moeten creëren om de overgang te kunnen maken van morele stress naar morele veerkracht.

Daarom richten we ons in dit advies in eerste instantie tot de contextcreators in de zorg, de partijen die bepalend zijn voor de vorming van een goed **ethisch klimaat**. Dat zijn de directies, leidinggevend en bestuurders van zorgvoorzieningen en -organisaties (het meso-niveau), personen met een eindverantwoordelijkheid in de dagelijkse organisatie van de zorg, in de voorziening, in verpleegkunde of zorgverlening, bij de ondersteunende diensten (keuken, technische dienst, onthaal ...). Heel concreet is dit advies uiteraard ook belangrijk voor de hulpverleners en medewerkers zelf (het micro-niveau), de personen die morele stress concreet ervaren in de zorg, en de teams waarin zich dat alles afspeelt. Op breder vlak richten we ons ook tot de beleidsmakers, beleidsadviseurs, burgers in de samenleving, onderwijs- en opleidingsverantwoordelijken, media e.d.m. (macro-niveau). Kortom, tot iedereen die op een ethisch bewuste manier wil omgaan met de vraag omtrent morele stress in de zorg.

Dit advies presenteert een kader waarin de fundamenteel-ethische componenten van morele stress worden geduid. We willen de ethische essentie van het fenomeen in het licht stellen, de onderliggende waarden bespreken en de ethische uitdagingen aanduiden. Tot slot willen we oriëntaties aanreiken die kunnen helpen om de overgang te maken van morele stress naar morele veerkracht.

Achtereenvolgens komen aan bod:

- Hoofdstuk 1: Stand van zaken
- Hoofdstuk 2: Ethische horizon
- Hoofdstuk 3: Oriëntaties voor morele veerkracht

“In de zorgsector werken alleen maar helden. Ze zijn duizend dagen per jaar energiek en actief. Ze zijn nooit ongehoorzaam. Ze kennen geen hypocrisie. Ze zien al hun patiënten even graag. Halve of hele heiligen dus, supermensen in elk geval. Dat moet wel slecht aflopen ...”

Linus Vanlaere & Roger Burggraeve, toonaangevende Vlaamse ethici, over hun boek *Gekkenwerk*, LannooCampus, 2018, in *Campuskrant*, 2017-2018, nr. 10.

HOOFDSTUK 1: STAND VAN ZAKEN

1.1. Wat is morele stress?

1.1.1. Een klein stukje geschiedenis

In 1984 introduceerde Andrew Jameton het concept ‘morele stress’ in de klinisch-ethische literatuur. Hij duidde daarbij op omstandigheden waarin:

“Men wel weet wat het goede is om te doen, maar waarbij institutionele beperkingen het bijna onmogelijk maken om het goede ook daadwerkelijk te kunnen doen” (Jameton, 1984).

Daarmee lanceerde hij een onderzoeksthema dat internationaal reeds meer dan **drie decennia** intensief wordt bestudeerd. **Met ‘morele stress’ raken we wereldwijd een gevoelige snaar in de zorg.**

Oorspronkelijk kende het concept een sterke *psychologische* connotatie (gevoelens van onmacht, psychologisch uit evenwicht zijn, pijnlijke ervaring, een wrang gevoel hebben ...) en spitste het onderzoek zich voor lange tijd vooral toe op het domein van de *verpleegkundige* zorg. Gaandeweg breidde die initiële focus zich uit naar morele stress als een *multidimensioneel* fenomeen dat vele *hulpverleners* kan treffen.

Hoewel er vele vormen van stress kunnen zijn in de dagelijkse zorgpraktijk (bv. werkdruk, keuzestress, emotionele stress ...), wordt *morele stress* specifiek geassocieerd met de *ethische dimensie* van de zorg. Hiermee worden niet alleen verpleegkundigen geconfronteerd, maar ook artsen, apothekers, psychologen, kinesisten, maatschappelijk werkers, directies en leidinggevenden, familie en vrienden van patiënten, cliënten, bewoners ... (Lamiani et al., 2017). Kortom, *alle betrokkenen* in de gezondheidszorg kunnen op ethisch vlak moeilijkheden of struikelpunten ervaren in het antwoord op de vraag:

“Kunnen we onze waarden en visie op goede zorg, d.w.z. het ethisch juiste, in de dagelijkse praktijk ook daadwerkelijk realiseren? Kan ik dit doen? Kunnen wij dit doen? Wordt dit gedaan?”

1.1.2. Geen ethisch dilemma

Het fenomeen morele stress verschilt van een klassiek ethisch dilemma, waarbij we in een bepaalde situatie erkennen dat er een ethisch probleem is, er zich een waardenconflict voordoet, en we ons afvragen welke van de verschillende handelingsopties ethisch gezien de beste is.

Doorgaans zijn er bij ethische dilemma’s ook altijd keerzijden aan elke optie. Kortom, bij een ethisch dilemma is het niet altijd duidelijk wat de beste uitkomst is. We verkeren tussen twee of meerdere opties, waarbij er bij elke optie een goede en minder goede kant aan is. In zulke gevallen biedt een interdisciplinair ethisch overleg een uitkomst uit de situatie.

“Morele stress is geen ethisch dilemma maar een impasse.”

Dat is verschillend van morele stress, waarbij de hulpverleners wel weten wat het ethisch goede is om te doen, maar niet in de mogelijkheid verkeren om er ook effectief naar te handelen. In zulke situaties kunnen de betrokken hulpverleners zich machteloos voelen. Ze zitten in de knel omdat de situatie niet goed is, ze niet volgens hun professionele morele waarden kunnen handelen, en ze ook niet goed kunnen overleggen met de personen die daarin een verschil kunnen maken. Ze zitten in een impasse. Dat is morele stress.

1.1.3. Klimaat van ethische aanspreekbaarheid

Niet alleen het al dan niet kunnen realiseren van ethisch goede zorg is van belang, ook de **organisatorische erkenning** ervan, speelt een grote rol. Uit onderzoek bij verpleegkundigen leren we immers dat de hulpverleners wel vaak het ethisch goede (kunnen) doen, maar dat dat doorgaans niet wordt gezien of gehoord; zelfs terzijde wordt geschoven, onbelangrijk of idealistisch wordt geacht (Varcoe et al. 2012).

Men kan in zulke situaties als hulpverlener dan wel duiden op ethische aspecten, spanningsvelden of uitdagingen in de zorg, en dat zelfs regelmatig doen, maar wanneer er in het team of de organisatie geen erkenning of **bespreekbaarheid** mogelijk is van ethische kwesties, dan ervaart men morele stress door de dissonantie tussen de persoonlijke en professionele waarden van de hulpverlener enerzijds en het organisatieklimaat, de plaats van ethiek en waarden daarin en de erkenning ervan door het beleid anderzijds.

“Erkenning en bespreekbaarheid is essentieel.”

Voortbouwend op de definitie van Jameton, stellen hedendaagse studies voor om morele stress te definiëren **in relatie tot** het organisatorische en zelfs bredere maatschappelijke **klimaat van ethische aanspreekbaarheid**. Dat gaat verder dan de mogelijkheid of onmogelijkheid om het ethisch goede te kunnen doen in de praktijk. Morele stress is dan gerelateerd aan de erkenning van het belang van ethische reflectie, bespreekbaarheid en actie in de praktijk. In het licht van die verbreding van het concept beschrijven Varcoe et al. (2012) morele stress als volgt:

“De ervaring van serieus in de knel te raken als morele actor wanneer je je gedraagt volgens je professionele waarden en standaarden. Het is een relationele ervaring die ontstaat in verschillende contexten, waaronder het bredere maatschappelijk klimaat en de organisatiecultuur van de werkplek” (p. 59).

1.1.4. Moreel residu

In 1993 verfijnde Jameton het concept morele stress door een onderscheid te maken tussen initiële en reactieve morele stress. **Initiële morele stress** “komt voor wanneer de persoon in kwestie gevoelens van frustratie, boosheid, of angst ervaart wanneer geconfronteerd met institutionele obstakels of interpersoonlijke waardenconflicten.” Daarbij gaat het dus om de initiële, onmiddellijke morele emoties die opduiken in bepaalde situaties. In zulke gevallen zijn we ontdaan. We trekken het ons aan.

Reactieve morele stress is de “ervaring van schuldgevoel, frustratie en boosheid die voorkomt wanneer mensen niet kunnen handelen in opvolging van die initiële morele stress.” (Jameton, 1993, p. 544). Morele stress kan dus blijven hangen en nazinderen.

Latere studies hebben dat aangeduid als ‘**moreel residu**’, en dat is dat “wat we allen meedragen vanuit die momenten in ons leven wanneer we, in de confrontatie met morele stress, onszelf serieus hebben gecompromitteerd, of onszelf hebben toegestaan gecompromitteerd

te worden” (Webster & Baylis, 2000, p. 218). In situaties van morele stress worden onze waarden aangetast door oorzaken die we niet zelf in de hand hebben. Na de ervaring van die moreel stresserende omstandigheden, blijft de “ethische wonde” van te moeten hebben handelen tegen het eigen waarde kader, prikken of zelfs voortschrijven.

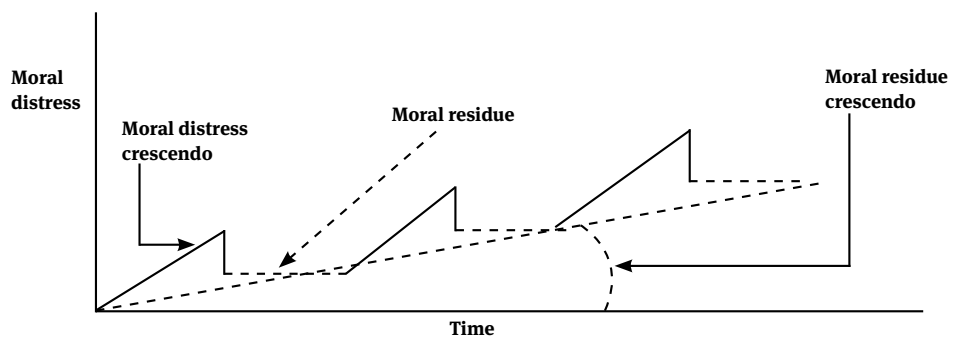
Dat is het moreel residu. Het is blijvend, langdurig, en heeft effect op het professionele en persoonlijke zelfbeeld van de hulpverlener. Het is dat aspect van morele stress, nl. het moreel residu dat blijft nazinderen, dat schadelijk kan zijn voor het zelfbeeld van de hulpverlener, en daardoor ook voor de professionele loopbaan. In het bijzonder wanneer moreel stresserende situaties zich blijven herhalen doorheen de tijd.

Wanneer morele stress herhaaldelijk blijft voorkomen dan neemt het moreel residu ook toe en het bijhorende gevoel van “Daar gaan we weer...”

1.1.5. Het crescendo-effect

De interactie tussen morele stress en het moreel residu wordt beschreven als het crescendo-effect (Epstein & Hamric, 2009). Het effect treedt op wanneer situaties van morele stress herhaaldelijk blijven voorkomen.

Iedere keer wanneer een situatie van morele stress zich voordoet, neemt het niveau van moreel residu gradueel toe. Het stijgt. En dat door het feit dat situaties van morele stress zich telkens opnieuw op dezelfde moeilijke wijze blijven voordoen. De nieuwe situaties blijven ons herinneren aan de gevoelens van frustratie, machteloosheid, boosheid van al de vorige keren, dus neemt het nazinderende gevoel van moreel residu ook toe (crescendo) (Figuur 1). Door de herhaling van de morele stress kan het terugkerende gevoel opduiken van: “Daar gaan we weer.” Dat heeft minder te maken met de individuele persoon op zich, maar wel met de steeds terugkerende omstandigheden van morele stress en de toenemende ervaring van machteloosheid of futiliteit in wat men aan het doen is. In zulke situaties vraagt men zich almaar vaker af: “Waar zijn we toch mee bezig?”



Figuur 1: Crescendo Effect (Epstein & Hamric, 2009)

1.2. Prevalentie

Internationaal is er de voorbije decennia bijzonder veel onderzoek gedaan dat heeft aangetoond dat morele stress een wijdverspreid fenomeen is dat zich bij vele hulpverleners op regelmatige basis met een gemiddelde tot hoge intensiteit voordoet (Oh & Gastmans, 2015; Pauly et al., 2012; Whitehead et al., 2015; Allen et al., 2009). We geven enkele voorbeelden.

In het domein van intensieve zorgen kan morele stress ontstaan door beslissingen inzake **levensverlengende behandelingen**, in het bijzonder wanneer het volgehouden intensief gebruik van geavanceerde technologie ervaren wordt als **hardnekkige** en zelfs agressieve zorg die **medisch futiel** lijkt te zijn (St. Leger et al., 2013; Cavinder 2014; Guttierrez, 2005; Özden et

al., 2013). In de domeinen van pediatrie en neonatologie kan morele stress ontstaan wanneer men zich ernstige vragen stelt of de behandelingen wel ten goede komen aan het **welzijn** van het kind (Sauerland, 2015).

In het domein van de oncologie kunnen ethische vragen omtrent **geïnformeerde toestemming**, moeilijke gesprekken en het al dan niet vertellen van de **waarheid**, alsook de **kwali- teit van leven** van de betrokken patiënt voor morele stress zorgen bij de betrokken hulpver- leners (Pavlish et al. 2014).

Op dezelfde manier kunnen er vragen ontstaan in het domein van ouderenzorg en levensin- dezorg wanneer het **lijden** onvoldoende kan worden verzacht, wanneer men **hardnekkige zorg** moet blijven bieden zonder zichtbaar resultaat, of wanneer **fa- milieleden** of andere vertrouwenspersonen een andere inschatting van de situatie hebben, of een ander waardekader dan de patiënt, bewoner of cliënt en het zorgteam (Cavinder, 2014; Klein, 2009; Piers et al., 2012).

“Morele stress is een lijden dat ontstaat door aantasting van iemands professionele en persoonlijke integriteit.”

In psychiatrische settings kan morele stress dan weer ontstaan wan- neer behandelingen de **vrijheid** van de patiënt moet inperken, zoals bijvoorbeeld bij afzon- dering, onvrijwillige ziekenhuisopname, of verplichte medicatie (Deady & McCarthy, 2010).

Overkoepelende studies maken melding van **conflicten met collega's over de gepaste zorg**, alsook een **overmatige werkdruk** als oorzaken van morele stress (Rodney, 2017). Meer toe- gespitste case studies wijzen erop dat het niet langer kunnen doen van het 'extraatje' in de zorg, het tijd kunnen maken voor een babbeltje, met aandacht voor de mens achter de pa- tiënt, bewoner, cliënt, ten gevolge van de toegenomen werk- en administratiedruk, ook als bron van morele stress gelden (Baele, Coolen & Dely, 2016; Bollen & Pieters, 2018).

Door het crescendo-effect en het moreel residu treft morele stress direct de persoonlijke en professionele **integriteit** van de hulpverlener en kan het de morele identiteit van de hulp- verlener ondermijnen. In essentie is morele stress dus een vorm van **lijden** dat ontstaat in reactie op “uitdagingen, bedreigingen of schendingen van iemands professionele en per- soonlijke integriteit” (Thomas & McCullough, 2015).

In situaties van morele stress ervaren we een morele verantwoordelijkheid, kunnen we de situatie in dat opzicht ook goed evalueren, de nodige ethische vragen stellen, en kunnen we ook de ethisch goede richting aanduiden in overeenstemming met het eigen waardekader, maar kunnen we dat (1) niet vormgeven in de realiteit, of (2) wel vormgeven maar wordt het in de zorgcontext, de organisatie of het team niet erkend als belangrijk.

1.3. Beïnvloedende factoren

1.3.1. Individueel

Situaties die morele stress (in crescendo) beïnvloeden **verschillen van persoon tot persoon**, net zoals waarden en normen ook individueel verschillen. Wat voor de ene hulpverlener leidt tot (meer) morele stress, kan voor de andere veel minder problematisch zijn. In ieder geval kan morele stress op het individuele niveau worden gevormd door een gebrek aan zelfver- trouwen, of wanneer men geleid wordt door angstgevoelens, wanneer het gevoel overheerst dat je niet moreel verantwoord kan handelen, wanneer de morele sensitiviteit wordt inge- perkt of ingebonden, bij gewetensconflicten, of wanneer het onmogelijk is om emotionele en psychologische reacties op bestaande situaties van morele stress adequaat te kunnen op- vangen (Rushton et al, 2016).

Een gebrek aan **zelfvertrouwen** kan ervoor zorgen dat de hulpverleners hun ethische bezorgdheden nauwelijks durven uiten in professionele context, of dat men ze helemaal naar het privéleven doorschuift (McCarthy & Gastmans, 2015). In sommige gevallen kan **angst** voor de gevolgen van de ethische vraagstelling, zoals minder kans op promotie, tot zelfs ontslag, ertoe leiden dat men de moreel lastige situaties niet op tafel legt (LaSala & Bjarnason, 2010). Het gevoel van “geen stem te hebben” in de dagelijkse praktijk, of tijdens ethische overlegmomenten, kan leiden tot gevoelens van machteloosheid. Men voegt het eigen perspectief niet meer toe aan het overleg (Epstein & Delgado, 2010).

Een laag gevoel van eigen **morele verantwoordelijkheid**, van **professioneel zelfbewustzijn**, van de mogelijkheid om kritisch na te denken en actief te kunnen bijdragen aan moreel complexe situaties, kortom een laag gevoel van eigen **morele integriteit** als professional en als persoon, kan resulteren in aanhoudende morele stress (McCarthy & Gastmans, 2015; Epstein & Delgado, 2010).

Morele stress wordt ook gerelateerd aan **morele sensitiviteit**, nl. het kunnen aanvoelen van ethisch gevoelige kwesties, bewust kunnen zijn van de kwetsbaarheid van de patiënten en bewoners, en van de ethische implicaties van het eigen handelen voor het welzijn en de waardigheid van de zorgvragers (Lützen & Ewalds-Kvist, 2013). Morele sensitiviteit vereist inlevingsvermogen, de mogelijkheid om te kijken vanuit het perspectief van de ander en de morele integriteit van de patiënt en bewoner mee te betrekken in het zorgverhaal. Herhaaldelijke situaties van morele stress met toename van het moreel residu, kunnen die morele sensitiviteit verder verlammen, wat paradoxaal genoeg leidt tot nog meer morele stress. Een vicieuze cirkel dus (Lützen et al. 2010).

Verskillende factoren beïnvloeden morele stress, van interne tot externe, over individuele tot contextuele determinanten.

Tegelijkertijd is de relatie met morele sensitiviteit **niet** helemaal **eenduidig** (Lützen & Ewalds-Kvist, 2013). Zo is het enerzijds mogelijk dat hulpverleners met verminderde morele sensitiviteit een grotere intensiteit aan morele stress ervaren, ofwel omdat ze de ethische aspecten van een situatie niet herkennen of exploreren, ofwel omdat ze zich in een defensieve houding terugtrekken en men stress ervaart doordat men zich wil indekken. Anderzijds kan het zijn dat een verhoogde morele sensitiviteit leidt tot hogere intensiteit van morele stress omdat er een sterker bewustzijn is van de ethische gevoeligheden bij een casus, maar vindt dat die onvoldoende worden aangepakt.

In ieder geval is het zo dat het cultiveren van morele sensitiviteit bij hulpverleners moet bijdragen tot een groter bewustzijn van de ethische aspecten van de zorg. Wanneer de betrokken hulpverleners dan in staat zijn om hun ervaringen en bekommernissen te delen met collega's, dan kan dat bijdragen tot een werkomgeving die ondersteunend is voor de morele verantwoordelijkheid en het ethisch handelen van hulpverleners (Rushton et al, 2016). Dat brengt ons bij het volgende luik, nl. dat van context.

1.3.2. Contextueel - Meso

We stelden al eerder: morele stress kan best worden begrepen als **een relationeel concept** (Varcoe et al., 2012). Dat wil zeggen dat hoewel het wel wordt ervaren door individuele personen, het niet **alleen** wordt gevormd door persoonlijke kenmerken en karaktertrekken op zich. De veelvoudige contexten waarin de individuele persoon ethisch denkt en handelt spelen samen een rol (Rushton et al., 2016).

Een belangrijke contextfactor voor morele stress is het **teamklimaat** en in het bijzonder de aanwezigheid van **conflicten** in het team (Bruce et al, 2015). Die conflicten kunnen verschil-

lende oorzaken hebben, gaande van interpersoonlijke verschillen in visie en waarden (Davis et al., 2012), kijk op de wereld en perceptie van de eigen rol hierin (Burston & Tucket, 2013), machtsrelaties en autoriteit (Epstein & Delgado, 2010), vaardigheden in communicatie en samenwerking (Pavlish et al., 2014). Studies over verpleegkundigen tonen aan dat er conflicten kunnen ontstaan wanneer de kwaliteit van de geboden zorg ondermaats wordt ervaren, er futiele zorg wordt geboden, wanneer ze onvoldoende kunnen opkomen voor de patiënt, of wanneer ze ervaren dat er valse hoop wordt gecreëerd bij patiënten en families (Schluter et al., 2008).

In een teamklimaat of werkomgeving waarin er weinig ondersteuning is van de morele integriteit van de medewerkers kan een beschuldigende cultuur domineren als reactie op menselijke fouten (**'blaming'**). Er is een verminderd engagementsgevoel bij de medewerkers en teams (Lawrence, 2011). Men handelt voornamelijk vanuit veiligheidsdenken en angstgevoel ("Zolang er maar niets misloopt"). Net dat kan een omgekeerd effect hebben aangezien organisaties met sterk geëngageerde mensen en teams doorgaans "betere patiënttevredenheid hebben, minder foutenlast, lagere infectie- en mortaliteitscijfers, sterker financieel management, betere groepsgeest en motivatie, en minder absenteïsme en stress" (King's Fund, 2012).

Het ethisch klimaat in een organisatie heeft ook een invloed op de individuele perceptie van de eigen **morele verantwoordelijkheid**, of de **capaciteit tot moreel handelen**. Wanneer het werkklimaat binnen de organisatie overheerst wordt door conflicten, excessieve workload en moeilijke machtsrelaties, dan wordt het moeilijk om te kunnen handelen vanuit morele betrokkenheid (Epstein & Delgado, 2010; Rodney, 2013).

Andere contextfactoren die bepalend zijn voor morele stress zijn: **restrictieve regels, machtsstructuren, regulerende praktijken** en **tekorten aan mensen en middelen** (Hamric, 2000).

1.3.3. Contextueel - Macro

Niet alleen op het niveau van de zorgorganisaties, ook op bredere maatschappelijke niveau spelen factoren zoals **armoede en ongelijkheden** in gezondheid, in kwaliteit van zorg en toegang tot de zorg een rol in de ervaring van machteloosheid bij de hulpverleners (Pauly et al., 2012).

Daarnaast plaatsen maatschappelijke factoren zoals **veroudering** van de bevolking, toename van medisch-**technologische** mogelijkheden, bijzonder hoge (en soms zelfs onrealistische) **verwachtingen** ten aanzien van de gezondheidszorg, grotere culturele en religieuze **diversiteit**, meer nadruk op individuele **autonomie** en **rechtsdenken** (wat soms een soort van "eistijd" lijkt aan te kondigen), veranderingen in **financiering**, beperkte middelen en **besparingsatmosfeer** een grote en steeds toenemende druk op de zorg en de hulpverleners (Pavlish et al., 2014; Ulrich & Grady, 2018).

1.4. Gevolgen

Als we kijken naar de gevolgen van morele stress, dan stellen we verschillende psychologische reacties vast zoals frustratie en boosheid, een hogere emotionele uitputting en toegenomen depersonalisatie ten aanzien van de patiënten naarmate de situaties van morele stress zich intenser voordoen (Oh & Gastmans 2015). Ook stellen we een cynische attitude vast ten aanzien van de zorg (Beumer 2008). Op basis van de onderzoeksliteratuur stellen Rushton et al. (2016) het volgende overzicht voor:

Emotioneel	<ul style="list-style-type: none"> • Gevoelens van machteloosheid, zich overweldigd voelen. • Angst, walging, ontmoediging. • Depressie • Gevoelens van bitterheid, cynisme, wrok, sarcasme • Schockgevoelens • Ontzetting, leed, verdriet • Burn out: emotionele uitputting, distantïering, verdoving
Fysiek	<ul style="list-style-type: none"> • Hartkloppingen • Storingen in het maag-darmstelsel • Slapeloosheid • Hoofdpijn of andere pijnsymptomen • Vermoeidheid, uitputting, dufheid en mentale inertie • Hyperactiviteit • Ongecontroleerd gewichtsverlies of –toename • Hogere vatbaarheid voor ziekte
Gedragsmatig	<ul style="list-style-type: none"> • Verminderd denkvermogen, vergeetachtigheid • Nachtmerries • Uithalen naar anderen • Verslavingsgedrag • Controlerend gedrag (vasthoudendheid) • Verdedigende houding • Vermijdingsgedrag • Drukte, gejaagdheid, geprikkeldheid • Anderen beschamen • Verdwijnen van engagement, depersonalisatie • Geweld
Existentieel	<ul style="list-style-type: none"> • Spirituele of existentiële stress • Vervlogen morele sensitiviteit • Verlies van zinbeleving • Afname van morele integriteit, van moreel denken en handelen • Verlies van eigenwaarde • Disconnectie van het werk, of van de bredere gemeenschap (vermijden van sociaal contact).

Figuur 2: Selected Individual-Level Responses to Moral Distress (Rushton et al., 2016)

1.5. Coping-mechanismen

Hoe gaan hulpverleners daarmee om? Wanneer het moreel residu crescendo aanhoudt ten gevolge van herhaaldelijke episodes van morele stress, dan kunnen zich een aantal significante kantelpunten voordoen (Epstein & Hamric, 2009).

1.5.1. Ethische verstilling

Een eerste gevolg is dat hulpverleners minder aanspreekbaar worden voor de ethische aspecten van de zorg. Er ontstaat een soort van morele de-sensitiviteit oftewel afname van ethisch reflexief engagement. Ethisch uitdagende situaties in de zorg die om morele sensitiviteit vragen spreken niet langer aan. De medewerkers in kwestie kunnen zich daartoe niet meer engageren.

Het leidt tot een soort van ethische verstilling of zelfs morele eeltvorming. Ethische verstilling gebeurt “wanneer medewerkers niet langer hun ethische bekommernissen uitdrukken in contexten waarin dat wel goed zou kunnen zijn” (Bird, 2002). Er ontstaat m.a.w een soort van ethische gelatenheid. Het doet er niet meer toe.

1.5.2. Blijvend engagement

Een tweede mogelijkheid is dat medewerkers zich blijven inzetten en blijven aangeven dat ze zich ethisch gezien niet kunnen verzoenen met de situaties zoals die zich voordoen (Catlin et al., 2008). Dat kan variëren van het expliciet uitdrukken van ethische bezwaren of gewetensbezwaren, tot engagement voor ethisch overleg of moreel beraad, tot aanmelding van ethische bezwaren in het patiënten- of bewonersdossier. Ook al is het niet evident, toch blijft men op de nagel kloppen.

1.5.3. Verlaten van het beroep, team of organisatie

Een derde, en wellicht meest schadelijke uitkomst is o.m. het verschijnsel van burn-out, of uiteindelijk ook het verlaten van het beroep (Meltzer & Huckabay, 2004). Verschillende studies wezen aan dat er een relatie is tussen morele stress en bepaalde aspecten van burn-out, of tussen morele stress en overwegingen om uit het zorgberoep te stappen (Corley, 1995; Hamric & Blackhall, 2007). Andere uitkomsten kunnen zijn dat men het team of de organisatie verlaat en ergens anders een functie opneemt.

1.6. Ethische uitdagingen

Wat zijn de ethische uitdagingen in dit verband? Wat maakt dat we vanuit ethisch oogpunt aandacht moeten hebben voor morele stress?

1.6.1. De kanarie in de koolmijn

Morele stress kan in verschillende opzichten worden beschouwd als de kanarie in de koolmijn. Als dusdanig heeft morele stress een essentiële **signaalfunctie**. Het maakt ons iets duidelijk dat heel belangrijk is in de zorg.

Zo leren we uit het voorgaande alvast dat morele stress een fundamenteel fenomeen is, met belangrijke implicaties voor de **bezieling** en het enthousiasme in de zorg, voor de reputatie van de zorg of het zorgverlenende beroep, de aanwerving, tevredenheid en behoud van gedreven medewerkers. Medewerkers die er echt voor willen gaan. Daardoor heeft het ook een grote invloed op de **kwaliteit** van zorg, de veiligheid en professionaliteit ervan, en dus op de zorg voor de patiënt, bewoner, cliënt en hun naasten (Pauly, Varcoe & Storch, 2012).

“Als een kanarie in de koolmijn maakt morele stress ons iets duidelijk dat heel belangrijk is.”

Morele stress is verschillend van psychologische stress, emotionele stress, werkstress of keuzestress doordat het ontstaat in reactie op uitdaging, bedreiging of zelfs verlies van de eigen **morele integriteit** in persoonlijke en professionele zin. Morele integriteit houdt in dat onze handelingen of gedrag in lijn liggen met de **ethische waarden en overtuigingen** waarmee we ons

als persoon sterk verbinden en die als dusdanig deel uitmaken van onze morele identiteit (Kelly, 1998). In de volksmond is dat ook gekend als de uitspraak: “We doen wat we zeggen dat we doen.” Wanneer we op frequente basis en gedurende langere tijd ervaren dat we niet kunnen handelen in de lijn van wat we ethisch belangrijk vinden, dan ondermijnt dat onze morele integriteit.

In de **zorg** is die morele integriteit erg belangrijk omdat we ons hier altijd en fundamenteel op ethisch terrein begeven. Zorg verlenen en ontvangen is *in se* **ethisch geladen**, zowel vanuit haar oorsprong als vanuit haar handelen en doelstellingen omdat:

1. Zorg een kwestie is van omgaan met de **kwetsbaarheid** van mensen (het vertrekpunt: zorg is een antwoord op kwetsbaarheid), en

2. De zorg altijd gericht moet zijn op het bevorderen van het welzijn en de **menselijke waardigheid** van mensen (in haar handelen en doelstellingen) (Gastmans, 2013a, 2013b).

Wanneer de elementen van bezieling, kwaliteit, integriteit en menselijke waardigheid in het gedrang komen, dan ervaren we morele stress. Als een kanarie in de koolmijn maakt het ons iets duidelijk dat vitaal belangrijk is.

1.6.2. Van morele stress naar morele veerkracht

Meer recent zien we in de literatuur een nieuwe evolutie opduiken. In plaats van een louter negatieve ervaring te zijn, kan morele stress ook functioneren als een **katalysator voor positieve actie** (Rushton et al. 2017; Aburn et al., 2016; Pauly, 2012). We gaan dan op zoek naar strategieën die individuen, organisaties en systemen kunnen toepassen om de negatieve effecten van morele stress te verminderen, en naar mogelijkheden om de **morele veerkracht** van mensen, teams, organisaties en samenlevingen te versterken.

Morele stress als katalysator voor positieve actie.

Morele veerkracht wordt beschreven als een **positieve en constructieve manier** om het hoofd te kunnen bieden aan morele stress en andere ethische uitdagingen (Young & Rushton, 2017). Meer specifiek gaat het om de capaciteit om morele integriteit te behouden of te herstellen in respons op ethisch complexe situaties, ethische verwarring, morele stress of tegenslagen op het ethische domein van de zorg (Rushton 2016). Op die manier vormen ethische uitdagingen een voedingsbodem voor persoonlijke en professionele **groei**, groter zelfbewustzijn en meer morele veerkracht.

Hulpverleners kunnen leren om op een constructieve manier te antwoorden op ethisch uitdagende situaties doordat ze hun vermogen tot morele veerkracht kunnen vormen en versterken. Organisaties spelen daarin een belangrijke ondersteunende rol. Een **goed ethisch klimaat** in de organisatie, in de teams, een cultuur van ethisch denken, overleggen en handelen, elkaar daarin kunnen en mogen tegenspreken, zijn daarvoor essentieel (Musto & Rodney, 2018).

In het volgende hoofdstuk zullen we dieper ingaan op de **fundamenteel ethische componenten** van morele stress en morele veerkracht.

“Onmacht hoeft niet altijd te worden bevochten. Net zomin is het gewenst om er steeds impulsief voor op de vlucht te slaan. Wij geloven er sterk in dat onmacht iets krachtig kan zijn als hulpverleners er op een bewuste en kundige manier mee omgaan. Onmacht is namelijk een heel menselijk en natuurlijk iets. We kunnen en zullen als mensen, en al zeker als hulpverleners, nooit alles machtig zijn. Onmacht is onoverkomelijk en het risico bestaat dat we door een onbewuste en ondoordachte omgang met onmacht, de persoon voor en met wie we (samen) strijden in de steek laten. Dit terwijl we ervan overtuigd zijn dat het in de hulpverlening in eerste instantie toch om de verbinding en de band met de ander gaat.”

Pieter Loncke, Thomas Raemdonck & Geert Capoen,
Het respectboek voor de zorg. Tielt: Lannoo, 2018.

HOOFDSTUK 2: ETHISCHE HORIZON

In het voorgaande hoofdstuk leerden we dat morele stress verwijst naar het wrange gevoel dat we kunnen hebben wanneer onze waarden en visie op goede zorg, het ethisch goede, in de dagelijkse praktijk van de zorg niet kunnen worden gerealiseerd omwille van een aantal elementen.

Essentieel daarin zijn dus onze visie en waarden op goede zorg, het ethisch goede. Maar wat is precies ‘het ethisch goede’ in de zorg? Wat maakt die zorg zo waardevol? Wat is de ethische kern van het verhaal, die ons toelaat het fenomeen morele stress dieper te begrijpen?

Het antwoord op die vragen kunnen we vinden in het meerdimensionele mens- en zorgbeeld van het personalisme en het relationele model van de zorgethiek (Denier, 2018). Samen bieden ze de ethische horizon waarmee we de fundamenteel ethische componenten van morele stress en morele veerkracht in de zorg kunnen aanduiden.

2.1. De ethische kern

Hoe zien we, heel concreet, de ethische kern verschijnen in de concrete praktijk van de zorg? Het antwoord is eigenlijk eenvoudig, namelijk ***daar waar mensen samen zoeken en blijven zoeken naar het meest menswaardige antwoord op de kwetsbare situatie van een zorgafhankelijke persoon.***

Daar waar we zorgnoden zien, ze opnemen, aanpakken, ontleden, analyseren en eraan proberen tegemoet te komen. Daar waar we goed kijken en aandachtig luisteren, op zoek gaan naar de ethische aspecten, aandacht hebben voor de knelpunten die zich kunnen voordoen, samen nadenken en overleggen over mogelijke uitwegen daaruit. Eventueel verschillen van mening, en daarover spreken. De verschillen op tafel leggen. Samen beslissen. En vooral ook, daar waar we in dit antwoord op kwetsbaarheid, of poging ertoe, voorbij het evidente durven gaan, niet te vlug kiezen voor de onmiddellijk gemakkelijke oplossing maar creatief durven zijn, en vele verschillende dimensies en perspectieven mee in het verhaal betrekken. Vooraf gegeven antwoorden zijn er niet. Het geheel van dat proces voltrekt zich *en cours de route*; dat wil zeggen *in en door* het afleggen van de weg.

*Wat is precies ‘het ethisch goede’
in de zorg?*

En net daarin, in die voortdurende, probeerende zoektocht ligt de ethische essentie van de zorg. Het is dat wat we bedoelen wanneer we in de zorgverlening ons respect voor de gehele menselijke persoon concreet gestalte willen geven. Maar wat betekent precies, wanneer we onze eerbied voor de gehele menselijke persoon gestalte willen geven in de zorgverlening? Wat houdt dat allemaal in?

2.2. Zorg is waardevol omdat...

In de eerste plaats kunnen we zeggen dat zorgverlening iets speciaal is, iets uitzonderlijk, iets waardevol. Zorg verlenen, zorg ontvangen, zorg organiseren; het zijn activiteiten met een opmerkelijk doel. Wie in de zorg werkt, heeft een heel bijzonder beroep. Soms wordt dat ook weleens als 'een roeping' beschreven. Arts, verpleegkundige, verzorgende. Het is dan geen beroep, maar wel een **roeping**. Meer dan een job. Iets wat de betrokkenen in se **met hart en ziel** doen. En waarin ze het beste van zichzelf leggen. Of zoals Vlaams zorgambassadeur Lon Holtzer het zo mooi stelt: "Zorg verlenen is een privilege." Mensen die zorg nodig hebben zijn overgeleverd aan de goede zorgen van een ander. En dat is niet evident. "Het betekent dat je een ander, een vreemde moet toelaten tot je meest intieme zelf. Dat doe je niet zomaar. Je laat niet zomaar de eerste de beste tot jezelf toe" (Holtzer, 2015).

Wat is het precies dat die zorg zo bijzonder maakt? Het antwoord is zowel eenvoudig als essentieel. Zorg is speciaal omdat ze **intrinsiek ethisch geladen** is. Ze is letterlijk en figuurlijk waardevol. Zorg kan je namelijk niet denken zonder ethiek en waarden. Ze is waardegericht, zowel vanuit haar oorsprong ("Waarom is die zorg nodig?"), het juiste handelen ("Wat moeten we precies doen?") en haar doelstellingen ("Wartoe dient het? Wanneer kunnen we spreken van goede zorg?").

Zorg is een menswaardig antwoord op kwetsbaarheid

En precies in haar oorsprong, het handelen en haar doelstellingen heeft zorg iets te maken met kwetsbaarheid en menswaardigheid. Daarin ligt haar ethische karakter. Zorg is intrinsiek ethisch geladen en waardegericht omdat ze (1) een kwestie is van omgaan met de fundamentele **kwetsbaarheid** van mensen. Essentieel gaat het er in de zorg om dat we een antwoord proberen te bieden op die menselijke kwetsbaarheid; eraan tegemoet proberen te komen, op te vangen, beschermen. En (2), dat antwoord is niet zomaar een antwoord. In het realiseren van de zorg proberen we samen zoveel mogelijk het **welzijn** en de **menswaardigheid** van mensen te beschermen, ondersteunen, bevorderen (Gastmans 2013a, 2013b).

Waar gaat het dan precies over? Een concreet voorbeeld op organisatieniveau kan ons een stapje verder helpen. En dat is: het verschil tussen een zorgvoorziening, zoals een ziekenhuis of een woonzorgcentrum, en een productiebedrijf, zoals een koekjesfabriek. De ultieme criteria voor een goede koekjesfabriek liggen bijvoorbeeld in (1) **efficiëntie**: snelle en efficiënte productie, (2) **winst**: zo veel mogelijk, en (3) **kwaliteit**: de koekjes moeten lekker zijn (Gastmans et al., 1998).

In de gezondheidszorg geldt ook dat de zorg efficiënt moet worden aangeboden en georganiseerd, dat we op zijn minst de middelen goed besteden en geen verlies maken, dat de geboden zorg de juiste zorg is, dat ze doeltreffend is, dat de kwaliteit van die zorg goed is. Maar bovenal zien we dat **menswaardigheid** de **troefkaart** is die hierbinnen bepalend is. Immers, elke vorm van zorg die niet menswaardig is – ook al zou ze bv. hyperefficiënt zijn – is onaanvaardbaar. In essentie is het ook daarop dat hulpverleners en medewerkers in de praktijk kunnen botsen, namelijk wanneer tendensen tot het verhogen van de efficiëntie van de zorg niet stroken met het idee van **menswaardige bejegening** van personen en de relationele aspecten van de hulpverlening dreigen weg te duwen. Wanneer mensen het gevoel hebben

dat ze ‘op automatische piloot’ moeten draaien en geen tijd meer hebben voor menselijk contact met de patiënten of bewoners, of die zo belangrijke ‘kleine extraatjes’ niet meer kunnen doen voor mensen die heel kwetsbaar zijn (De Wulf, 2015).

Met andere woorden: de keuzes en maatregelen die we nemen op het niveau van beleid en organisatie van de zorg hebben een impact op de concrete, dagelijkse realiteit. Daarbij hangt alles af van het doel:

Bevorderen de genomen maatregelen op organisatieniveau de zorg, de menswaardigheid van zorgvragers, hun naasten en medewerkers? Of brengen ze daarentegen die menswaardigheid nu net in het gedrang?

Maar hoe bepalen we dat? Hoe kunnen we daar de vinger op leggen? Laten we daarvoor het relationele aspect van de zorg wat nader bekijken.

2.3. Zorg is geen product, maar een relatie

De Nederlandse zorgethica Marian Verkerk stelt terecht: “Zorg is geen product dat je op de markt kan verhandelen” (Verkerk, 2005). Het is een stelling die veel omvat en waarmee ze een aantal essentiële kenmerken van de zorg duidelijk wil maken.

Vooreerst bedoelt ze dat een patiënt, bewoner of cliënt in de zorg iets anders is dan een klant. In de zorg is de mens immers niet alleen vrager en ontvanger van een product of een dienst van uitstekende kwaliteit. Zorg is méér dan een aaneenschakeling van technisch goed uitgevoerde handelingen, gebaseerd op *evidence based medicine*, meetbaar en registreerbaar in heldere protocollen en richtlijnen. Hoewel dat een belangrijk onderdeel is van kwaliteitsvolle zorg, ligt het onderscheid tussen een klant in een winkel en een patiënt van een ziekenhuis, of bewoner in een woonzorgcentrum, er in essentie in dat die laatsten er niet voor hebben gekozen om zorgafhankelijk te zijn: “Zorg is niet iets dat je zou kunnen kiezen en willen (en dus ook misschien wel niet zou kunnen kiezen en willen) maar is iets dat je nodig hebt” (Verkerk, 2005).

Dat de zorg daarenboven “patiënt-centraal” en “persoonsgericht” moet zijn, in overleg moet gebeuren, gebaseerd op het model van “shared decision making”, en in hoofdzaak rekening moet houden met het welzijn en welbevinden van de betrokken personen is ook iets anders dan gewone klantvriendelijkheid. De patiënt van een zorgverstrekker is allereerst een *kwetsbare* en *zorgafhankelijke* medemens, met recht op een geruststellende ontvangst, respectvolle bejegening en gelijkwaardigheid van behandeling.

Zorgprofessionals zijn bovendien ook geen verkopers van momentane zorgdiensten. Ze zijn daarentegen veeleer een gids, die samen met de patiënt, bewoner of cliënt, een pad op gaat, een tocht maakt die niet geheel planbaar is, maar een grote mate van onvoorspelbaarheid kent. Bij zorg als een marktproduct zouden we uit het oog kunnen verliezen dat zorg in de eerste plaats een relatie is; een wederzijds gebeuren waarin mensen verantwoordelijkheid opnemen voor elkaar. Naast zorgtechnische expertise maken relationele aspecten zoals zorgzame bejegening en presentie ook de kern uit van wat goede zorg is. Kortom, binnen het relationele zorgproces is de professional een *skilled companion*: een tochtgenoot die expertise (skills) en zorgzaamheid (companionship) in de zorg combineert (Claessens & Dierckx de Casterlé, 2003).

Die benadering van zorg als relatie vertrekt vanuit de fundamentele waardigheid van elke

In het relationele zorgproces is de hulpverlener een ‘skilled companion’, oftewel een deskundige tochtgenoot.

persoon (Gastmans, 2013a, 2013b, 2013c). Zorg is geen productieproces dat zonder meer vooraf kan worden gepland. Iedere situatie is uniek en de uitkomst is vaak onvoorspelbaar. Natuurlijk moeten we resultaatgericht denken, maar nooit zo dat de menswaardigheid *ondergeschikt* wordt aan technische mogelijkheden, kostenefficiëntie en economische belangen. Goede zorg is altijd en intrinsiek *waardegedreven* zorg: ze bevordert de fundamentele menswaardigheid van ieder mens (zowel van zorgvrager en entourage, als van hulpverleners, directie en management).

Opnieuw verschijnt het woord ‘menswaardigheid’ en keert de vraag terug: Hoe moeten we dat begrijpen, die menselijke waardigheid? Hoe kunnen we daarop de vinger leggen?

Daarvoor kunnen we beroep doen op het personalisme en de zorgethische benadering; twee pijlers die ons helpen om het begrip menswaardigheid heel concreet vorm te geven in de dagelijkse zorgpraktijk.

2.4. Personalistische grondinspiratie

Het personalisme als ethisch kompas voor waardegedreven zorgverlening is geënt op twee uitgangspunten.

1. Ten eerste is er het ideaal van ***eerbied voor de menselijke persoon***, die meer is dan een kwetsbaar lichaam. Elke persoon is immers een kruispunt van meerdere dimensies: lichamelijk, geestelijk, sociaal en relationeel, historisch, cultureel, spiritueel en levensbeschouwelijk. Het komt er in deze op aan het leven van de zorgafhankelijke medemens dan zo menswaardig mogelijk te maken op al die punten. En dat is een voortdurend proces. Met andere woorden, we gaan daarbij uit van een holistische, dynamische en relationele visie op de menselijke persoon die voortdurend in beweging, in ontwikkeling is.
2. Ten tweede is deze menselijke persoon de centrale waarde die als ***maatstaf*** geldt bij de beoordeling van menselijk handelen, en dus ook bij onze keuzes (Zorgnet-Icuro 2003, 2011). Tegen de achtergrond van het meerdimensionele, personalistische mensbeeld geldt als criterium om na te gaan of onze keuzes en handelingen ethisch verantwoord zijn, de mate waarin we in concrete situaties op zoek gaan naar ***het meest menswaardig mogelijke*** in de gegeven omstandigheden. Met andere woorden: wanneer het handelen bevorderlijk is voor de mens als gehele persoon, in zijn verschillende dimensies en relaties (Gastmans 2006).

Die *inzet voor steeds meer menswaardigheid* is niet zozeer een concrete, vaststaande realiteit, dan wel een ***permanente zoektocht*** (Van der Arend & Gastmans 2002, Zorgnet-Icuro 2003, 2011). Het gaat om een voortdurend streven naar meer menswaardigheid.

In de praktijk blijkt het vaak niet mogelijk om ***het meest menselijk wenselijke*** in zijn totaliteit te realiseren. Het komt er dan op aan om in de keuzes die we maken ***het meest menselijk haalbare*** te realiseren, zonder het perspectief van het menselijk wenselijke uit het oog te verliezen (Schotsmans, 1999).

2.5. Doeleinden

De personalistische grondinspiratie houdt in dat we als doel van onze keuzes en handelingen in de zorg altijd de menselijke persoon in zijn ***meerdimensionaliteit*** voor ogen houden. Het welzijn en de waardigheid van patiënten, cliënten en bewoners staan daarbij centraal. Met andere woorden, zijn onze concrete keuzes en handelingen bevorderlijk voor ***het welzijn en de waardigheid van elke unieke menselijke persoon?***

De personalistische grondinspiratie houdt ook in dat we in dat proces en in die zoektocht

gericht blijven op de bevordering van de **relationele verbondenheid** tussen mensen en het essentiële belang van **solidariteit** en **samenwerking** in de gezondheidszorg.

De bereidheid om elke situatie te bekijken vanuit de positie van de meest kwetsbare personen is essentieel

Ook geeft de personalistische grondinspiratie uiting aan een expliciete bereidheid om elke keuze steeds opnieuw te beoordelen vanuit de positie van de **meest kwetsbare personen**. Kortom, onze keuzes in de zorg moeten de solidariteit met de meest kwetsbare groepen als uitgangspunt nemen. Het gaat dan onder meer om personen die langdurig en in grote mate afhankelijk zijn van zorg en zelf niet of nauwelijks voor hun rechten kunnen opkomen. Eerbied voor de gelijkwaardigheid van alle mensen houdt in dat we ook de meest kwetsbaren als *volwaardige partners* in de zorg erkennen en hun situatie ter harte nemen.

De vraag welke keuzes we moeten maken en hoe we moeten handelen leidt ons ook naar de vraag wat we onder *welzijn en gezondheid* eigenlijk verstaan (Zorgnet-Icuro, 1996). Binnen de personalistische grondinspiratie worden die in een doelgericht perspectief geplaatst: niet in termen van nut maar van zin en betekenis van het leven. Hoewel gezondheid in het algemeen als een hoge waarde wordt gezien, krijgt ze pas betekenis in het perspectief van een goed menselijk leven in relatie tot de medemensen en tot de samenleving als geheel. De personalistische gerichtheid op de bevordering van de waardigheid van de mens als gehele persoon, in zijn verschillende dimensies (lichamelijk, psychisch, relationeel, sociaal, historisch en spiritueel) en relaties biedt het inzicht dat een samenleving niet menselijker wordt door het verbeteren najagen van leven en gezondheid te allen prijze. Een gezondheidszorg die met die visie overeenstemt, geeft integendeel ook plaats aan respect voor menselijke **eindigheid** en **kwetsbaarheid**.

2.6. Doorleefde moraliteit: het zorgethisch proces

Vanuit de personalistische benadering geldt ook dat ethiek en waarden in de zorg niet in het luchtledige bestaan. Integendeel, ze worden belichaamd en uitgedragen door concrete mensen die de keuzes maken en handelingen stellen, in het bijzonder in de **grondhoudingen** van waaruit mensen die handelingen stellen (Vanlaere & Burggraeve 2013). Het is in de morele houding van de mensen dat waarden verschijnen. In en door die morele grondhoudingen krijgt het ethisch gehalte van onze handelingen concreet vorm en getuigen ze van een daadwerkelijk **doorleefde moraliteit**.

Kortom, een waardegedreven zorgproces komt pas tot uiting in en doorheen de mensen die er vorm aan geven.

De ethische theorie die het centrale belang van de doorleefde moraliteit vooropstelt, is de *zorgethiek*. In essentie is die doorleefde moraliteit relationeel, contextueel en procesmatig van aard (Gastmans 2006, Vanlaere & Gastmans 2007, 2008, Hawk 2011).

Het vertrekpunt van die theorie is de erkenning dat alle mensen *relationeel* met elkaar verbonden zijn en dat we in en doorheen deze relaties worden wie we zijn, en dat in een *voortdurend ontwikkelingsproces*. Ook stelt die theorie dat ethiek en waarde-afwegingen altijd *contextgebonden* zijn en gebaseerd zijn op kennis van de concrete situatie, morele ervaringen en dilemma's die zich voordoen en waarop men een antwoord wil vinden, en op een rijke *beschrijving* van de situatie in *dialog* met alle betrokkenen. Het is, met andere woorden, geen lineaire en louter rationele toepassing van abstracte principes op een concrete casus, maar wel een *uniek dynamisch en veelzijdig proces* waarbinnen men in het zorgproces samen

op zoek gaat naar het meest menswaardige antwoord op een gegeven situatie (Vanlaere & Gastmans, 2007, 2008).

Vijf dimensies van het zorgethisch proces

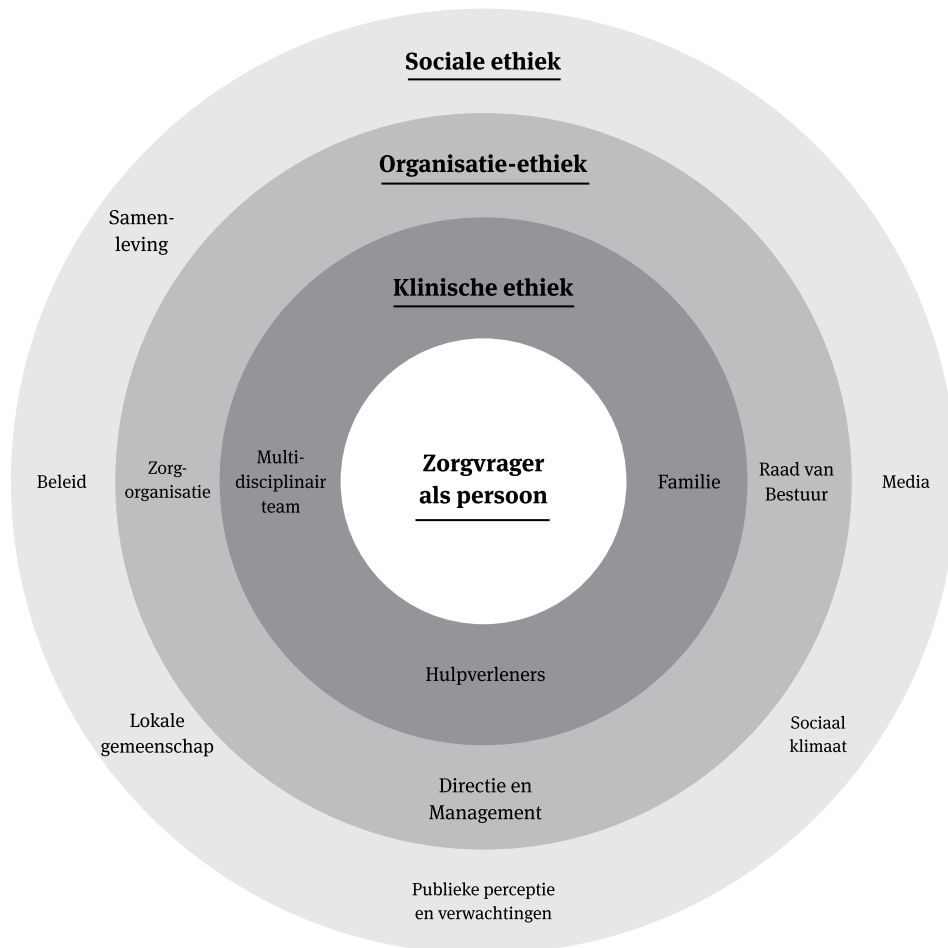
1. Gebaseerd op de theorie van Joan Tronto (1993, 2013), kunnen we binnen het **zorgethische reflectieproces** vijf dimensies en bijbehorende grondhoudingen onderscheiden die een rechtvaardig keuzeproces kunnen begeleiden. Het zijn geen lineaire, strikt chronologische fasen, maar wel cruciale elementen van een circulair en dynamisch proces van reflectie en actie. Als zodanig zijn ze onderling gerelateerd en overlappen ze elkaar ook vaak. Belangrijk is dat deze dimensies een rol spelen op *alle niveaus van besluitvorming*, dus zowel op niveau van de concrete zorgrelatie, als op het niveau van de zorgorganisatie en het beleid in de bredere samenleving.
1. De eerste dimensie is die van **'bezorgd zijn'** (*caring about*) en houdt in dat we erkennen dat er een bepaalde zorgbehoefte aanwezig is waaraan we tegemoet moeten komen. De hieraan gerelateerde grondhouding is die van **'aandachtigheid'** (*attentiveness*) voor de werkelijk bestaande noden.
2. De tweede dimensie is die van **'zorg opnemen'** (*taking care of*) en houdt in dat we de verantwoordelijkheid opnemen om op de een of de andere wijze aan die behoefte tegemoet te komen. De hieraan gerelateerde morele grondhouding is dan ook die van **'verantwoordelijkheid'** (*responsibility*).
3. De derde dimensie is die van **'zorg verlenen'** (*care giving*) en houdt in dat we werkelijk actie ondernemen om op deskundige en resultaatgerichte wijze aan die zorgbehoefte tegemoet te komen. De hieraan gerelateerde grondhouding is die van **'deskundigheid'** (*competence*).
4. De vierde dimensie is die van **'zorg ontvangen'** (*care receiving*) en houdt in dat we na gaan of de ondernomen acties ook werkelijk tegemoet zijn gekomen aan de noden en wensen van de zorgvrager. Heeft het geholpen? En wordt daarmee een impact op de bredere samenleving gerealiseerd? De hieraan gerelateerde morele grondhouding is die van **'ontvankelijkheid'** of **'responsiviteit'** (*responsiveness*) die we aan de dag leggen om dat na te gaan.
5. De vijfde dimensie, tenslotte, is die van **'zorgen met'** (*caring with*). Willen we echt kunnen spreken van goede zorg, dan moeten de zorgtaken in de samenleving ook goed verdeeld zijn. Ze moeten in overeenstemming zijn met de democratische eisen van een rechtvaardige samenleving waarin gelijkwaardigheid en vrijheid centrale waarden zijn. De wijze waarop we met en voor elkaar zorgen is een belangrijke graadmeter voor de morele kwaliteit van onze samenleving en moet derhalve in het centrum van de (politieke) aandacht staan. Welke zorgnoden worden politiek ernstig genomen en welke niet? Wie doet het feitelijke zorgwerk? En op welke basis? De ethische grondwaarden die aan deze dimensie verbonden zijn, zijn **'pluraliteit, communicatie, vertrouwen, respect en solidariteit'**.

2.7. Cirkels van zorg

Met die zorgethische grondhoudingen en het personalistisch kompas in handen gaan we in onze ethische afwegingen, keuzes en handelingen tevens uit van drie cirkels van zorg (Schotsmans 1999) (zie ook figuur 3).

De **'ik-cirkel'** (het domein van de klinische ethiek op micro-niveau) is die van de betrokken persoon zelf en gaat uit van de vraag hoe het met hem of haar gaat en dat zowel vanuit meerdimensioneel personalistisch perspectief (lichaam, geest, relaties, achtergrond, levensbeschouwing ...) als vanuit de vijf bovenvermelde zorgethische dimensies (Zien we een zorgnood? Doen we er iets aan? Doen we dat deskundig? Helpt het? En doen we dat samen?).

Daarop volgt de **'wij-cirke'** (het domein van de klinische en organisatie-ethiek, op micro- en mesoniveau), die handelt over de persoon in relatie tot familie, naasten en rechtstreekse hulpverleners. Die zoeken samen, al dan niet in een zorgvoorziening, hoe het leven van de patiënt, bewoner of cliënt zo menswaardig mogelijk kan worden gemaakt. Ook hier bieden het personalistisch en zorgethisch perspectief essentiële aanknopingspunten voor die zoektocht.



Figuur 3: Cirkels van zorg

De **'ons-cirke'** is die van de samenleving in haar geheel (het domein van de sociale ethiek of het macroniveau). Hier stellen we de vraag: Wat kunnen we maatschappelijk allemaal doen om de menswaardigheid van kwetsbare en zorgafhankelijke personen zo goed mogelijk te beschermen, te bewaren en te bevorderen? Kortom, in elk van die cirkels dient verantwoordelijkheid te worden genomen en in alle drie zijn het personalistisch kompas en de vijf dimensies van de zorgethiek toe te passen: aandacht, verantwoordelijkheid, deskundigheid, responsiviteit, en tenslotte ook pluraliteit, communicatie, vertrouwen, respect en solidariteit.

2.8. De weg is het doel

Het verhaal van de zorg, van elke vorm van zorgverlening, voltrekt zich met een beeld van mens en samenleving dat opvallend genoeg in verschillende ethische theorieën op gelijksoortige wijze naar voren komt. Het gaat dan om het idee dat de menselijke persoon een

samenspel is van activiteit en passiviteit, van creativiteit en rust, van ondernemen en ondergaan, van zorgen en verzorgd worden, van vrijheid en lotsbepaling. Het komt er daarbij op aan om aan ieder mens de mogelijkheid te geven om zich als menselijke persoon in waardigheid te kunnen ontplooiën en zich gerespecteerd te weten, kortom zoveel mogelijk mens te kunnen zijn onder de mensen, ook wanneer men zorgafhankelijk is.

Een blijvende zoektocht naar menselijke waardigheid

Aan de hand van het personalisme en de zorgethiek hebben we nu inhoudelijk zicht op de ethische kern van waardegedreven zorgverlening, nl. als multidimensioneel, cyclisch en doelgericht zorgproces waarin we de menswaardigheid van ieder persoon zoveel mogelijk trachten te herstellen, beschermen, of bevorderen. Dat is een voortdurende zoektocht, waarin het antwoord op moeilijke vragen nooit bij voorbaat al gegeven is. Of zoals men in het Duits zo mooi zegt: “Der Weg ist das Ziel” – de weg is het doel.

Belangrijk is het om daarbij voldoende oog te hebben voor de kleine en grote vragen samen. Ethiek in de zorg gaat niet alleen over de grote en prangende dilemma's, maar vooral ook over hoe we moeten leven met en voor anderen op een dagelijkse basis. Of zoals de befaamde Amerikaanse ethicus Arthur Caplan stelt: “De ethiek van het gewone is net zo goed een essentieel deel van de gezondheidsethiek als de ethiek van het buitengewone” (Caplan, 1990). Daarvoor moeten we oog hebben, net als voor wat de Joods-Franse filosoof Emmanuel Levinas ‘la petite bonté’ noemt, de kleine goedheid die zich in heel concrete omstandigheden van de ene persoon naar de andere voltrekt, in een heel concrete daad van goedheid inzake een welbepaalde nood van een welbepaalde Ander. Het gaat dan om respect en bejegening. Aandacht kunnen hebben voor de Ander. Heel concreet, heel partieel, heel reëel.

2.9. De ethische kern van morele stress

Terugblikkend kunnen we stellen dat morele stress in haar ethische kern neerkomt op situaties waarin de zoektocht van mensen naar het meest menswaardige antwoord op de kwetsbare situatie van een zorgafhankelijke persoon in grote mate onder druk staat. Wanneer de menswaardige bejegening van mensen dreigt te worden weggeduwd. Wanneer de relationele verbondenheid, samenwerking en solidariteit in de zorg lijkt te verschromelen. Wanneer we het gevoel hebben dat we zorgafhankelijke medemensen niet langer geruststellend kunnen ontvangen, voldoende respectvol kunnen bejegenen, gelijkwaardig kunnen behandelen. Wanneer we onvoldoende kunnen opkomen voor de meest kwetsbaren. Wanneer er geen ruimte lijkt te zijn voor een respectvolle omgang met de eindigheid van het leven. Wanneer we wel experts kunnen zijn of ontmoeten in de zorg, mensen met *skills*, maar wanneer er geen ruimte meer lijkt te zijn voor zorgzame medemenselijkheid of *companionship*. Wanneer ‘de kleine goedheid’ er vaak bij inschiet. En wanneer er in het team of de organisatie het klimaat van ethische aanspreekbaarheid op die fundamenteel ethische aspecten van de zorg lijkt weg te deemsteren. Dat zijn de **kwetsbaarheden** van de ethische bezielde hulpverlening.

Bezieling, kwaliteit, integriteit en menselijke waardigheid

Het zijn evenwel niet alleen kwetsbaarheden, maar ook krachtbronnen. Het wijst er immers op dat we, ondanks de druk, ethisch aanspreekbaar blijven. Dat we het ons aantrekken. Morele stress geeft aan dat we niet onverschillig zijn. Dat er geen ethische verstilling is opgetreden. En dat is zeer belangrijk. We hadden het al gezegd (§1.6.2.), in plaats van een louter negatieve ervaring te zijn, kan morele stress ook functioneren als een katalysator voor positieve actie (Rushton et al., 2017; Aburn et al., 2016; Pauly, 2012). We gaan dan op zoek naar strategieën die individuen, organisaties en systemen kunnen toepassen om de negatieve

effecten van morele stress te verminderen, en naar mogelijkheden om de **morele veerkracht** van mensen, teams, organisaties en samenlevingen te versterken. Zodat we dagdagelijks op een creatieve manier kunnen omgaan met onmacht in de zorg. Want die moet gezamenlijk bespreekbaar zijn en blijven.

*Morele stress als katalysator
voor positieve actie*

die moet gezamenlijk bespreekbaar zijn en blijven.

In het volgende hoofdstuk bieden we concrete oriëntaties voor morele veerkracht.

“Er was eens... goede stress...”

Michael Portzky, neuropsycholoog,
in *Veerkracht*. Witsand Uitgevers, 2018

“Mijn morele integriteit is belangrijk voor mij, en toch heb ik situaties meegemaakt die mijn ethisch kompas uit evenwicht brengen. Hoe ontwikkel ik de interne kracht om trouw te blijven aan mijn waarden? Hoe kan mijn organisatie mezelf en mijn collega’s aansporen en ondersteunen om onze ethische bekommernissen te verwoorden en ze op tafel te leggen? Wat kan ik doen als individu en wat kan mijn organisatie doen om de context zo in te richten dat ethisch goede zorg wordt gerealiseerd?”

Karen Stutzer & Mary Bylone, verpleegkundigen,
in *Critical Care Nurse* 2018;38: 77-89.

HOOFDSTUK 3: ORIËNTATIES VOOR MORELE VEERKRACHT

Morele veerkracht wordt beschreven als een **positieve en constructieve manier** om het hoofd te kunnen bieden aan morele stress en andere ethische uitdagingen. Meer specifiek gaat het om de capaciteit om morele integriteit te behouden of te herstellen in respons op ethisch complexe situaties, ethische verwarring, morele stress of tegenslagen op het ethische domein van de zorg (Rushton, 2016). Op die manier vormen ethische uitdagingen een voedingsbodem voor persoonlijke en professionele **groei**, groter zelfbewustzijn en meer morele veerkracht.

Hoe kunnen we dat proberen te realiseren? In dit laatste hoofdstuk bieden we concrete aanknopingspunten, reflectievragen, om van morele stress een groeimogelijkheid te kunnen maken. (1) We starten met de organisatiecultuur omdat dat een cruciale contextfactor is waarin, morele stress al dan niet een plaats kan krijgen voor verdere bespreking en aanpak. (2) Vervolgens formuleren we strategieën om morele stress aan te pakken op het niveau van de medewerkers. (3) Uiteraard werken zij niet alleen, maar in team. Nu we weten dat de collega’s en het team essentieel zijn in het positief kunnen omgaan met morele stress, formuleren we ook op dat niveau enkele essentiële vragen. (4) Uit de literatuur leerden we ook dat ethisch leiderschap een belangrijk kenmerk is voor de leidinggevenden, m.a.w. mensen die hun medewerkers kunnen inspireren en in de organisatie ook kunnen opkomen voor zorgzaamheid in een context waar dat onder druk staat. Ook voor hen hebben we enkele aanknopingspunten. (5) En tot slot staan we stil bij de samenleving als geheel en bieden we enkele maatschappijbrede reflectievragen voor beleidsmakers, beleidsadviseurs, onderwijs- en opleidingsverantwoordelijken en de media.

3.1. Waardegedreven organisatiecultuur

Laten we starten met het organisatieniveau. Hulpverleners kunnen leren om op een constructieve manier te antwoorden op ethisch uitdagende situaties doordat ze hun vermogen tot morele veerkracht kunnen vormen en versterken. Organisaties spelen daarin een cruciale rol. Een **goed ethisch klimaat** in de organisatie, in de teams, een cultuur van ethisch denken, overleggen en handelen, elkaar daarin kunnen en mogen tegenspreken, zijn meer dan essentieel (Musto & Rodney, 2018).

Dat veronderstelt ook dat er een goed onderbouwde ethische organisatievisie voorhanden is, een ethisch organisatiebeleid waarin de kernwaarden van de organisatie duidelijk en werkbaar omschreven zijn. Concrete ondersteuning daarvoor wordt geboden in ethisch advies 17 ‘Waardegedreven ondernemen in de zorg’ dat werd ontwikkeld in 2014 (Zorgnet-Icuro, 2014). In dat advies worden alle stappen en aspecten van een **waardegedreven organisatiecultuur** concreet uitgestippeld. Ook vindt u er allerhande ‘tips & tricks’ en een uitgebreide lijst van referenties voor verdere lectuur.

Op het domein van de zorgorganisatie kunnen de volgende vragen richtinggevend zijn voor leidinggevendenden om te komen tot een organisatiecultuur waarin morele stress een opportuniteit kan worden voor morele veerkracht.

- *Wat betekent voor ons, in onze organisatie, ‘goede zorg’? Hoe kunnen we dat benoemen?*
- *Is onze missie en visie duidelijk uitgewerkt, onderbouwd, en richtinggevend voor de hulpverlening in onze organisatie? Sluit ze aan bij de leefwereld van de medewerkers? Kunnen we dat illustreren met voorbeelden? Zo ja, welke voorbeelden?*
- *Kunnen we voldoende tijd, ruimte en ondersteuning bieden voor systematische ethische reflectie in onze organisatie? Hoe doen we dat?*
- *Bieden we voldoende ondersteuning aan onze medewerkers in de vorm van vorming en opleiding, meldpunten en actie ter ondersteuning en verbetering van een bezielde en waardegedreven hulpverlening? Zo ja, welke vormen van ondersteuning bieden we dan precies?*
- *Hebben we specifiek aandacht voor ethisch leiderschap, in het bijzonder voor onze leidinggevendenden? Hebben zij voldoende vorming/ondersteuning in handen om het hoofd te kunnen bieden aan morele stress bij de medewerkers, zorgvragers, hun naasten? Hoe weten we dat? Welke ondersteuningsvormen bieden we?*
- *Is er ruimte voor variatie en verschil in wat individuele hulpverleners als ethisch goede zorg zien? Is er ruimte voor zelfstandig handelen? I.p.v. “Ik voer uit wat ze ‘boven mij’ zeggen, ook al vind ik het niet goed.” Het ethisch kader mag geen ethisch keurslijf zijn, maar moet open staan voor constructieve inbreng van de medewerkers.*
- *Zijn we voldoende aanspreekbaar voor probleemmeldingen vanwege zorgmedewerkers, zorgvragers en hun omgeving? Hebben we aandacht voor situaties van morele stress? Hoe doen we dat?*
- *Hebben we structurele aandacht voor verbeterpunten op dit vlak? Kunnen we daar een voorbeeld van geven?*
- *Is iedereen in de organisatie (hulpverlening, ondersteunende diensten, leidinggevendenden, directies en bestuur) mee in dit verhaal? Zo ja, hoe weten we dat? Zo neen, wat kunnen we eraan doen?*
- *Kunnen we zeggen dat we een moreel veerkrachtige organisatie zijn? Zo ja, waar zien we dit gebeuren? Zo neen, wat kunnen we daar concreet aan doen?*
- ...

Tabel 1: Richtinggevende vragen voor morele stress op organisatieniveau

3.2. Bezielde medewerkers

Laten we nog even terugkomen op de gevleugelde woorden van de directeur: “Met goede hulpverleners heb je goud in handen. Dat goud moet je verzilveren” (Denier & Dhaene, 2013). Goede en bezielde hulpverleners zijn van groot en essentieel belang voor de mensen die zorg nodig hebben, voor de zorgorganisaties die dat concreet organiseren, het politiek-maatschappelijk beleid, de bredere samenleving en alle burgers. Daarom moeten we aandacht

hebben voor morele stress, dat oppakken en er iets mee doen, zodat we het uiteindelijk kunnen inzetten als een positief concept, dat engagement uitdrukt.

De onderstaande strategieën, speciaal gericht naar de hulpverleners, werden ontwikkeld in de internationale literatuur (Hamric, Davis & Childress, 2006; Epstein & Hamric, 2009). Ze bieden richting en inhoud om aan de slag te gaan met morele stress en zo de opening te maken voor morele veerkracht. Uiteraard is elke medewerker verschillend en zullen medewerkers en leidinggevenden die ethisch gevormd zijn, daar meer mee kunnen doen dan anderen. We bieden graag het volledige plaatje, wetende dat niet elke persoon even ver zal kunnen gaan in de verschillende stappen.

Inspirerende ondersteuning in de Vlaamse context wordt geboden in het boek *Gekkenwerk. Kleine ondeugden voor zorgdragers*, dat in 2013 werd geschreven door Linus Vanlaere en Roger Burggraeve. In dit boek wordt op een verfrissende en anekdotische wijze beschreven hoe de kleine ondeugden van elke mens kunnen helpen om het vol te houden in de zorg, en er toch te zijn voor de ander (Vanlaere & Burggraeve, 2013).

<ul style="list-style-type: none"> • <i>Word je bewust van situaties waarin je met morele stress te maken hebt, wanneer het niet goed voelt.</i> • <i>Zeg het. Verwoord het. Spreek het uit.</i> 	<p>→ <i>Sta ervoor open en denk er rustig over na. Wat is het precies, waarmee ik hier worstel?</i></p> <p>→ <i>Identificeer het probleem, verzamel de feiten en spreek je erover uit.</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Doe dit rustig, weloverwogen en doelgericht</i> 	<p>→ <i>Weet met wie je hierover moet spreken en waarover het moet gaan.</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Bekijk het grotere plaatje</i> 	<p>→ <i>Soms lukt het niet onmiddellijk om dingen te veranderen of aan te pakken. Wees erop voorbereid dat dit kan gebeuren, maar geef daarom niet op.</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Bouw ondersteunende netwerken op</i> 	<p>→ <i>Zoek bondgenoten, collega's die jouw aandacht voor actie omtrent morele stress delen. Spreek als groep, met een stem.</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Focus op positieve verandering van de werkomgeving. Wees hierin proactief.</i> 	<p>→ <i>Focus op verandering van de werkomgeving is op termijn meer productief dan focussen op individuele casussen. Bedenk dat gelijkaardige problemen zich vaker voordoen, en steeds weer opnieuw. Het is dan de bredere context die nood heeft aan verandering om toekomstige situaties beter te kunnen opvangen.</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Neem deel aan vormingen over morele stress</i> 	<p>→ <i>Zoek uit wat je kan om bij te leren over morele stress, de aanpak en de uitwegen.</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Zoek naar de oorzaken van morele stress</i> 	<p>→ <i>Wat zijn de hoofdoorzaken van morele stress in jouw afdeling? Inventariseer ze en focus hierop.</i></p>

<ul style="list-style-type: none"> • <i>Maak het interdisciplinair</i> 	<p>→ <i>Zorg is een interdisciplinair gebeuren. Zo ook morele stress. Multipere perspectieven en samenwerking zijn nodig om een systeem te veranderen.</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Help mee in het voeren en vormgeven van beleid rond morele stress</i> 	<p>→ <i>Dit beleid is gericht op een organisatieklimaat waarin open discussie, interdisciplinaire samenwerking en ethisch overleg plaatsvinden in de dagelijkse gang van zaken.</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Help mee in het ontwikkelen en uitvoeren van een workshop rond morele stress.</i> 	<p>→ <i>Zodat de collega-medewerkers morele stress kunnen herkennen en weten wat ze ermee kunnen doen, hoe ze dit kunnen aanpakken op de afdeling.</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> • ... 	<p>→ ...</p>

Tabel 2: Strategieën om morele stress te reduceren en om te vormen tot morele veerkracht

3.3. Team & Samenwerking

Bezielend en bezielend in de zorg staan, dat doe je niet alleen, maar in team, met andere collega's samen. Uit de vele studies over morele stress leren we dat een goede samenwerking in teamverband, kunnen rekenen op elkaar, elkaar kunnen aflossen of afwisselen bij moeilijke of uitdagende situaties, en vooral ook kunnen uitblazen bij elkaar van cruciaal belang zijn in de zorg. Goede collega's geven elkaar vleugels en vangen elkaar op wanneer het lastig is.

Van groot belang in dit verband is ook dat er in teamverband een cultuur is van dagdagelijks omgaan met kwetsbaarheid en onmacht. Want hulpverleners zijn toch ook maar mensen. Of niet soms? Daarom is het essentieel dat de kwetsbaarheid van hulpverleners, het botsen met onmacht in de zorg, bespreekbaar wordt in het team.

In dit verband verwijzen we graag naar het *Het RESPECTboek voor de Zorg. Kundig omgaan met onmacht*, geschreven door drie verpleegkundigen, Pieter Loncke, Thomas Raemdonck & Geert Capoen (Lannoo, 2018). Hoewel het geschreven is vanuit GGZ-perspectief, is de rode draad en de uitdaging voor elk zorgteam hetzelfde: hoe kunnen we de mens écht ontmoeten in de zorgrelatie. Hoe kunnen we de mens zien achter de patiënt, bewoner, cliënt. Essentieel is ook hier: een goed team waarin mensen de ethische vragen bespreekbaar kunnen maken en er een gezamenlijke, authentieke richting is naar menswaardige hulpverlening.

- *Wat betekent voor ons, als team 'goede zorg'? Kunnen we dat benoemen?*
- *Is onze visie helder en duidelijk? Is ze voor iedereen richtinggevend? Waar zien we dat aan?*
- *Is er voldoende tijd, ruimte en ondersteuning voor systematische ethische reflectie in ons team? Hoe gebeurt dit concreet?*
- *Kunnen de medewerkers bij elkaar terecht? Hoe gebeurt dit?*
- *Is er een cultuur van bespreekbaarheid van 'lastige situaties'? Hoe uit zich dit concreet?*
- *Wordt er samen gewerkt naar oplossingen, voorbij de routine? Kan je daar een voorbeeld van geven?*
- *Is iedereen mee in dit verhaal? Wat doen we om ervoor te zorgen dat iedereen mee is?*
- ...

Tabel 3: Richtinggevende vragen voor morele stress op teamniveau

3.4. Ethisch leiderschap

We hebben het al gezegd: ethisch goede zorg verlenen is een continue, gezamenlijke zoektocht naar het meest menswaardige antwoord op een kwetsbare situatie van zorgafhankelijkheid. Hulpverleners moeten daarin worden ondersteund in het kunnen realiseren van 'skilled companionship', in het kunnen combineren van deskundigheid en zorgzame aandacht. Dat vraagt om leidinggevendenden met een ethisch geïnspireerde visie op zorg, zorgzame mensen die als rolmodellen kunnen optreden, hun medewerkers kunnen inspireren en ook daadwerkelijk impact kunnen hebben op hun omgeving. Zorgorganisaties hebben nood aan leidinggevendenden die durven opkomen voor zorgzaamheid in een context waarin dat sterk vaak onder druk staat. Leidinggevendenden zijn belangrijke spilfiguren in het faciliteren en realiseren van een ethisch verantwoorde zorg. Het zijn mensen met oog voor het welzijn van medewerkers in hun relatie tot de zorgvragers, hun naasten en de collega's in het team.

Een inspirerend werkstuk over ethisch leiderschap in de zorg is het boekje met de gelijknamige titel, dat in 2015 werd ontwikkeld door meerdere auteurs (Vanlaere, Lemiengre, De Wachter & Van Ootegem, 2015). Het biedt een reflectie over leiderschap vanuit de zorgethiek als referentiekader en duidt verschillende accenten aan voor een concretisering van ethisch leiderschap. In de onderstaande tabel bieden we een korte insteek. Voor meer verdieping verwijzen we graag naar het boek zelf.

<ul style="list-style-type: none"> • <i>De ethische houding = Aandacht voor wat zich in de context aandient</i> 	<p>→ <i>Wees aanspreekbaar over ethische vragen en beluister de verschillende perspectieven van alle betrokkenen.</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>De ethische houding = Verantwoordelijkheid als een voortdurend zoekproces</i> 	<p>→ <i>Ga samen met het team na: 'Wat is op dit moment goede zorg voor deze unieke persoon in deze specifieke omstandigheden'.</i></p>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>De ethische houding = Deskundigheid vanuit zorgethisch perspectief</i> 	<p>→ <i>Doe dit vanuit een zorgethisch reflectieproces en probeer dit in de dagelijkse zorgpraktijk met het team te realiseren.</i></p>

<ul style="list-style-type: none"> • <i>De ethische houding = Responsiviteit als terugkerend feedbackproces</i> 	<p>→ <i>Ga na of de genomen acties een verbetering hebben teweeggebracht in de concrete zorgsituatie, en dit zowel voor de zorgvragers en hun naasten, als voor het team. Maak dit bespreekbaar en sta open voor nieuwe vragen of noden.</i></p>
--	--

Tabel 3: *Ethisch leiderschap vanuit zorgethisch perspectief*

3.5. Menswaardige samenleving

Dit brengt ons tot een vierde aandachtsniveau, nl. dat van het macrobeleid en de plaats van de zorg in de samenleving.

Het hoeft geen betoog meer: in onze huidige samenleving staat de zorg in toenemende mate onder **druk**, o.m. door de veroudering van de bevolking waardoor de zorg op grote schaal intensiever en complexer wordt; door de toename van medisch-technologische mogelijkheden die een grote invloed hebben op onze verwachtingen t.a.v. geneeskunde en zorg; door het rechtendiscours dat soms een eisendiscours dreigt te worden; door een marktdenken waarbij de zorg als een product wordt beschouwd waarvoor we duur geld betalen; door de uitstroom van de babyboomgeneratie waardoor we de komende decennia meer zorg zullen moeten bieden met minder handen; door de globale context van besparingen die ons harder met de neus op de feiten drukt dat de middelen eerder zullen afnemen dan toenemen ... Het is een hele kunst om in die context voldoende ruimte te scheppen voor voldoende goede en bezielded zorgverlening. Precies daarom moeten we aandacht hebben voor morele stress, zodat we het kunnen inzetten als een positief concept.

Voor de beleidsmakers, beleidsadviseurs, onderwijs- en opleidingsverantwoordelijken en media formuleren we graag de volgende reflectievragen:

- *Is er een maatschappijbrede visie op menswaardige hulpverlening? Is deze gedragen? Wat kunnen we doen om deze visie meer in het daglicht te stellen? Om ze meer gedragen te maken?*
- *Is er voldoende ondersteuning vanuit het beleid om morele stress in de zorg aan te pakken? Hoe kunnen we dit doen? Is dit bespreekbaar?*
- *Hebben we aandacht voor lacunes in de zorg die morele stress veroorzaken/aanwakkeren? Zo ja, welke lacunes? En hoe pakken we dit aan?*
- *Hebben we voldoende oog voor de toekomst van de gezondheidszorg als menswaardige zorgverlening? In het bijzonder voor de hulpverleners die dit mee moeten waarmaken? Hoe doen we dit?*
- *Hebben we oog voor kritische vragen vanuit de sector omtrent regelgeving die als middelpuntvliedende krachten werken voor de zorg? En is er ruimte voor constructieve oplossingen?*
- ...

Tabel 4: *Maatschappijbrede reflectievragen*

3.6. Contactinformatie voor vorming, opleiding & ondersteuning

Morele stress is een belangrijke dimensie in de context van waardegedreven zorgverlening en vraagt dat we er continu aandacht voor hebben op micro-, meso- en macroniveau.

Het is zeer positief vast te stellen dat de mogelijkheden voor vorming, opleiding en ondersteuning op dat vlak de voorbije jaren aanzienlijk zijn toegenomen in Vlaanderen. Er gebeurt veel op dat vlak, en dat op zeer frequente en dynamische wijze.

Precies omdat het een dynamisch fenomeen betreft, hebben we op de website van Zorgnet-Icuro op de themapagina *Ethiek* een apart luik ontwikkeld '*Aan de slag met Morele Stress*'. Uitgebreide informatie met concrete tools voor een geïntegreerde aanpak van morele stress kan u daar vinden. De stafmedewerkers ethiek staan in voor continue update van informatie en aanbod.

“In hun drang om goed te doen, botsen zorgverleners ook wel eens op de grenzen van wat ze waar kunnen maken. De middelen zijn beperkt en soms zien zorgverleners oplossingen die veel beter zouden zijn voor de cliënten, als er maar geen wetten, praktische bezwaren, een gebrek aan middelen of anders obstakels in de weg zouden staan. Dat kan wegen op het gemoed van zorgverleners, die zich gefnuikt voelen in hun mogelijkheden en ‘moral distress’ voelen.”

“Het blijft evenwel een privilege om samen met cliënten en hun familie binnen de grenzen van het mogelijke altijd de beste oplossing te zoeken. En grenzen zijn er om verlegd te worden. Wat vandaag niet kan, kan morgen misschien wel. Als we maar creatief zijn en hard genoeg aan de kar blijven trekken. Als we samen de meest kwetsbare cliënten een stem geven en mee opkomen voor hun rechten en hun kwaliteit van leven, dan kunnen we het verschil maken. Wie op grenzen botst heeft twee mogelijkheden. Ofwel zoeken we binnen de grenzen naar nieuwe, creatieve oplossingen. Ofwel blijven we tegen de grenzen aanduwen tot ze uiteindelijk elastisch worden en beetje bij beetje meegeven. Meewerken en bouwen aan een grensverleggende zorg is een ongelooflijk privilege.”

Lon Holtzer, Vlaams zorgambassadeur,
in *De 7 privileges van de zorg*, Leuven: Acco: 2015.

BESLUIT

Deskundige en bezielde hulpverleners zijn van groot en essentieel belang voor de mensen die zorg nodig hebben, voor de zorgorganisaties die dat concreet organiseren, het politiek-maatschappelijke beleid, de bredere samenleving en alle burgers. Het leidt immers tot een **ethisch gedragen zorgverlening** waarin we op een deskundige en zorgzame manier de mens zien staan achter de bewoner, patiënt, cliënt.

Morele stress is een specifiek fenomeen waarin we op verschillende wijzen ervaren dat dat fundamenteel zorgethisch engagement onder druk komt te staan. Wereldwijd stellen we een exponentiële toename vast van onderzoek en literatuur naar morele stress. Ook vanuit de zorgpraktijk ontmoeten we regelmatig casussen die ons zeer concreet wijzen op morele stress en het daarmee gepaard gaande gevoel van onmacht in het realiseren van ethische verantwoorde zorgverlening. Het was voor ons een **belangwekkend signaal** om dit thema ter hand te nemen.

Met dit advies wilden we in de eerste plaats begrijpen en omschrijven waar het bij morele stress precies om gaat, welke ethische aanknopingspunten het fenomeen met zich meebrengt voor de zorg in het algemeen, wat de ethische kern van de zorg is, en welke **ethische contexten** we moeten creëren om de overgang te kunnen maken van morele stress naar morele veerkracht. Ook bieden we aan de hand van richtinggevende vragen een kader voor concrete reflectie en actie op micro-, meso- en macroniveau. Als kompas voor grensverleggende zorg.

Een essentiële factor is het organisatie-ethisch klimaat, een klimaat en cultuur van bezielde en waardegedreven werking, reflectie en actie. Als dusdanig is het advies een expliciete

uitnodiging aan directies, management en bestuur van gezondheidszorgorganisaties om structurele en geïntegreerde aandacht te hebben voor het ethisch *klimaat* in de organisatie. Ook nodigen we de medewerkers uit om systematisch na te denken over hun ethische *bevoegtheid* en daarvoor op te komen, er iets mee te doen. Vanuit de positie van de leidinggevenden hebben we expliciet aandacht geschonken aan de verschillende dimensies van ethisch leiderschap vanuit het zorgethisch model. Tenslotte staan we ook stil bij de bredere maatschappelijke dimensie van het fenomeen. Want wat vandaag niet kan, kan morgen misschien wel?

Het is onze maatschappelijke kernopdracht om ethisch verantwoorde zorg te realiseren voor iedereen die dat nodig heeft. Het fenomeen morele stress houdt de vinger aan de pols van de essentiële contextvoorwaarden daarvoor. Het advies is gegrond in de stelligste overtuiging dat we daarvoor niet blind mogen blijven, zodat morele stress een opportuniteit kan worden voor *morele veerkracht*. Net daarin ligt haar kracht.

LITERATUUR

- Aburn, G., Gott, M., & Hoare, K. (2016). 'What is resilience? An integrative review of the empirical literature.' *Journal of Advanced Nursing*, 72(5): 980e1000.
- Allen R, et al. (2013). 'Moral distress among healthcare professionals at a health system.' *JONAS Healthc Law Ethics Regul* 15(3):111-8.
- Baele, C., Coolen, D. & Dely, H. (2016). *Hard/Hart in de Zorg? Van Morele Stress naar Morele Veerkracht. Omgaan met Morele Stress in Zorgorganisaties*. Kortrijk: HOWEST. Zie ook: www.morelestress.be
- Beumer CM. (2008). 'Innovative solutions: the effect of a workshop on reducing the experience of moral distress in an intensive care unit setting.' *Dimens Crit Care Nurs* 27(6):263-7.
- Bird, F. B. (2002). *The muted conscience: Moral silence and the practice of ethics in business*. Santa Barbara, CA: Greenwood Publishing Group.
- Bollen, M. & Pieters M-H. (2018). *Morele stress bij hulpverleners in de residentiële ouderenzorg: een kwalitatieve case-study*. Masterproef voor Master in Management en Beleid in de Gezondheidszorg (KU Leuven). Promotor: Prof. Y. Denier.
- Bruce CR, et al. (2015). 'A qualitative study exploring moral distress in the ICU team: the importance of unit functionality and intrateam dynamics.' *Crit Care Med* 43(4):823-31.
- Burston AS, Tuckett AG. (2013). 'Moral distress in nursing: contributing factors, outcomes and interventions.' *Nurs Ethics* 20(3):312-24.
- Caplan A.L. & Cane, R.A. (eds) (1990). *Everyday Ethics. Resolving Dilemma's in Nursing Home Life*. New York: Springer.
- Catlin, A., C. Armigo, D. Volat, E. Vale, M. A. Hadley, W. Gong, and K. Anderson (2008). 'Conscientious objection: A potential neonatal nursing response to care orders that cause suffering at the end of life? Study of a concept.' *Neonatal Network* 27: 101-8.
- Cavinder C. (2014). 'The relationship between providing neonatal palliative care and nurses' moral distress: an integrative review.' *Adv Neonatal Care* 14(5):322-8.
- Claessens, P. & Dierckx de Casterlé, B. (2003). 'Skilled Companionship. Verpleegkundige zorg vanuit een zorgethisch perspectief.' In *Tijdschrift voor Geneeskunde en Ethiek* 13(3): 76-80.
- Corley M. (1995). 'Moral distress of critical care nurses.' *Am J Crit Care* 4: 280-85.
- Davis S, et al. (2012). 'Influencers of ethical beliefs and the impact on moral distress and conscientious objection.' *Nurs Ethics* 19(6):738-49.
- De Wulf, R. (2015). *Soulmade. Bezieling op het werk*. Leuven: Davidsfonds.
- Deady R, McCarthy J. (2010). 'A study of the situations, features, and coping mechanisms experienced by Irish psychiatric nurses experiencing moral distress.' *Perspect Psychiatr Care* 46(3): 209-20.
- Denier, Y. & Dhaene, L. (2013). *De Kracht van mensen. Over Waardegedreven Leidinggeven in de Zorg*. Brussel: Zorgnet-Icuro.
- Epstein EG, Delgado S. (2010). 'Understanding and addressing moral distress.' *Online J Issues Nurs* 15(3):z.p.
- Epstein EG, Hamric AB. (2009). 'Moral distress, moral residue, and the crescendo effect.' *J Clin Ethics* 20(4):330-42.
- Epstein, E. G., & Hamric, A. B. (2009). 'Moral distress, moral residue and the crescendo effect.' *The Journal of Clinical Ethics*, 20(4), 330-341.

- Gastmans, C. (2006). 'The Care Perspective in Healthcare Ethics.' In: A. Davis, V. Tschudin & L. De Raeve (Eds.). *Essentials of Teaching and Learning in Nursing Ethics. Perspectives and Methods*. Edinburgh: Elsevier, 135-148.
- Gastmans, C. (2013a). 'Dignity-Enhancing Nursing Care: A Foundational Ethical Framework.' *Nursing Ethics* 20(2), 142-149.
- Gastmans, C. (2013b). 'Waardigheidsbevorderende zorg: kwetsbaarheid en waardigheid als ethische fundamente van gezondheidszorg.' In *CDR. Christen-Democratische Reflecties* 1(2): 29-39.
- Gastmans, C. (2013c). 'Dignity-Enhancing Care for Persons with Dementia and its Application to Advance Euthanasia Directives.' In: Y. Denier, C. Gastmans & A. Vandevelde (Eds.), *Justice, Luck and Responsibility in Health Care. Philosophical Background and Ethical Implications for End-of-Life Care*, Dordrecht: Springer, 145-165.
- Gastmans, C., Schotsmans, P. & Dierckx de Casterlé, B. (1998). 'Nursing Considered as a Moral Practice: A Philosophical-Ethical Interpretation of Nursing.' *Kennedy Institute of Ethics Journal* 8(1): 43-69.
- Gutierrez KM. (2005). 'Critical care nurses' perceptions of and responses to moral distress.' *Dimens Crit Care Nurs* 24(5): 229-41.
- Hamric AB. (2000). 'Moral distress in everyday ethics.' *Nurs Outlook* 48(5):199-201.
- 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: 422-9.
- Hamric, A.B., Davis, W.S. & Childress, M.D. (2006). 'Moral Distress in Health Care Professionals.' *Pharos*, 69;1: 16-23.
- Hawk, T. (2011). 'An Ethic of Care: A Relational Ethic for the Relational Characteristics of Organizations.' In: M. Hamington & M. Sander-Staudt (Eds), *Applying Care Ethics to Business*. Dordrecht: Springer, 3-34.
- Holtzer, L. (2015). *De 7 privileges van de zorg*. Leuven: Acco.
- Jameton, A. (1984). *Nursing Practice: The Ethical Issues*. London: Prentice Hall.
- Jameton, A. (1993). 'Dilemmas of Moral Distress: Moral Responsibility and Nursing Practice.' *AWHONNS Clin Issues Perinat Womans Health Nurs* 4: 542-551.
- Kelly, B. (1998). 'Preserving moral integrity: A follow-up study with new graduate nurses.' *Journal of Advanced Nursing* 28: 1134-45.
- Klein SM. (2009). 'Moral distress in pediatric palliative care: a case study.' *J Pain Symptom Manage*;38(1):157-60.
- Lamiani, G., Borghi, L., Argentero, P. (2017). 'When healthcare Professionals cannot do the right thing. A systematic review of moral distress and its correlates,' *Journal of health Psychology* 22;1:51-67.
- LaSala C, Bjarnason D. (2010). 'Creating workplace environments that support moral courage.' *Online J Issues Nurs*;15(3), z.p.
- Lawrence LA. (2011). 'Work engagement, moral distress, education level, and critical reflective practice in intensive care nurses.' *Nurs Forum* 46(4):256-68.
- Loncke, P., Raemdock, T. & Capoen, G. (2018). *Het RESPECTboek voor de zorg*. Leuven: Lannoo-Campus.

- Lützen K, et al. (2010). 'Moral stress, moral climate and moral sensitivity among psychiatric professionals.' *Nurs Ethics* 17(2):213-24.
- Lützen K, Ewalds-Kvist B. (2013). 'Moral distress and its interconnection with moral sensitivity and moral resilience: viewed from the philosophy of Viktor E. Frankl.' *J Bioeth Inq* 10(3):317-24.
- McCarthy J. & Gastmans, C. (2015). 'Moral Distress: a Review of the Argument-Based Nursing Ethics Literature.' *Nursing Ethics* 22;1: 131-152.
- Meltzer, L. S., and L. M. Huckabay (2004). 'Critical care nurses' perceptions of futile care and its effect on burnout.' *American Journal of Critical Care* 13: 202-08.
- Musto, L. & Rodney, P. (2018). 'What We Know About Moral Distress.' In: C.M. Ulrich & C. Grady (Eds). *Moral Distress in the Health Professions*, Cham: Springer, pp. 9-20.
- Oh, Y. & Gastmans, C. (2015). 'Moral Distress Experienced by Nurses: A Quantitative Literature Review.' *Nursing Ethics* 22;1: 15-31.
- Özden D, et al. (2013). 'Intensive care nurses' perception of futility: job satisfaction and burnout dimensions.' *Nurs Ethics* 20(4):436-47.
- Pauly BM, Varcoe C and Storch J. (2012). 'Framing the issues: moral distress in health care.' *HEC Forum* 24;1: 1-11.
- Pavlish C, et al. (2014). 'The nature of ethical conflicts and the meaning of moral community in oncology practice.' *Oncol Nurs Forum* 41(2):130-40.
- Piers RD, et al. (2012). 'End-of-life care of the geriatric patient and nurses' moral distress.' *J Am Med Dir Assoc* 13(1):80. e7-80.e13.
- Rodney PA. (2013). 'Seeing ourselves as moral agents in relation to our organizational and sociopolitical contexts: commentary on "a reflection on moral distress in nursing together with a current application of the concept" by Andrew Jameton.' *J Bioeth Inq* 10(3):313-5.
- Rushton CH, Schoonover-Shoffner K, Kennedy MS. (2017). 'Executive summary: transforming moral distress into moral resilience in nursing.' *Am J Nurs*. 117(2):52-6.
- Rushton, C.H.; Caldwell, B.A. & Kurtz, M. (2016). 'Moral Distress: A Catalyst in Building Moral Resilience.' *AJN* 116;7: 40-49.
- Sauerland J, et al. (2015). 'Assessing and addressing moral distress and ethical climate. Part II: neonatal and pediatric perspectives.' *Dimens Crit Care Nurs* 34(1):33-46.
- Schluter J, et al. (2008). 'Nurses' moral sensitivity and hospital ethical climate: a literature review.' *Nurs Ethics*;15(3):304-21.
- Schotsmans, P. (1999). 'Personalism in Medical Ethics.' *Ethical Perspectives* 6(1): 10-20.
- St Ledger U, et al. (2013). 'Moral distress in end-of-life care in the intensive care unit.' *J Adv Nurs* 69(8):1869-80.
- The King's Fund. (2012). *Leadership and engagement for improvement in the NHS: together we can. Report from the King's Fund leadership review 2012*. London: National Health Service; 2012. Leadership review; http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/publication_file/leadership-for-engagement-improvement-nhs-final-review2012.pdf.
- Thomas T.A. & McCullough L.B. (2015). 'A Philosophical Taxonomy of Ethically Significant Moral Distress.' *Journal of Medicine and Philosophy*, 40;1: 102-120.
- Tronto J. (1993). *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care*. New York: Routledge.

- Tronto J. (2013). *Caring Democracy. Markets, Equality & Justice*. New York: New York University Press.
- Ulrich, C.M. & Grady, C. (Eds). *Moral distress in the health professions*, Cham: Springer, 2018.
- Van der Arend, A. & Gastmans, C. (2002). *Ethisch zorg verlenen. Handboek voor de verpleegkundige beroepen*. Baarn: HB Uitgevers.
- Vanlaere L. & Burggraeve R. (2013). *Gekkenwerk. Kleine ondeugden voor zorgdragers*. Tiel: Lannoo.
- Vanlaere, L. & Gastmans, C. (2007). 'Ethics in Nursing Education. Learning to Reflect on Care Practices.' *Nursing Ethics* 14(6): 758-766.
- Vanlaere, L. & Gastmans, C. (2008). 'Zorg en normativiteit. Een kijk vanuit het Leuvense personalisme.' *Bijdragen. International Journal in Philosophy and Theology* 69(4): 443-469.
- Vanlaere, L., Lemiengre, J., De Wachter, L. & Van Oohegem, L. (2015). *Ethisch Leiderschap in de Zorg: Verkenning vanuit de Zorgethiek*. Leuven: Garant.
- Varcoe, C., Pauly, B. & Webster, G. (2012). 'Moral Distress. Tensions as Springboards for Action.' *HEC Forum* 24;1: 51-62.
- Verkerk, M. (2005). 'Zorg is geen product dat je op de markt kunt verhandelen.' In I. Palm (Ed.), *De Zorg is geen markt. Een kritische analyse van de marktwerking van de zorg vanuit verschillende perspectieven*, Rotterdam: Wetenschappelijk bureau SP, pp. 41- 45.
- Webster G.C. & Bayliss, F. (2000). 'Moral Residu.' In: S.B. Rubin & L. Zoloth (Eds.), *Margin of Error: The Ethics of Mistakes in the Practice of Medicine*. Hagersstown, MD: University Publishing Company.
- Whitehead P.B. et al. (2015). 'Moral Distress among Healthcare Professionals: Report of an Institution-Wide Survey.' *J. Nurs Scholarsh* 47;2: 117-125.
- Young P.D. & Rushton, C.H. (2017). 'A Concept Analysis of Moral Resilience.' *Nurs Outlook* 65: 579-587.
- Zorgnet-Icuro (1996). *Ethisch Advies 2 - Keuzes in de zorg*. Brussel: Zorgnet-Icuro.
- Zorgnet-Icuro (2003). *Ethisch Advies 8 - Pluralisme en ethische dialoog in christelijke verzorgingsinstellingen*. Brussel: Zorgnet-Icuro.
- Zorgnet-Icuro (2011). *Ethisch Advies 15 - Goede zorg bij etnisch-culturele diversiteit*. Brussel: Zorgnet-Icuro.

