

ZORGZAAM OMGAAN MET 'GRENZEN' IN DE THUISZORG

INLEIDING

Elke zorgverlener botst in zijn dagelijkse praktijk wel eens op een mogelijke grens: *“Tot waar kan ik mij nog voor deze patiënt engageren? Ik voel dat ik een grens heb bereikt.”* Zeker in thuiszorgsituaties die als bijzonder moeilijk worden ervaren, lijkt de vraag naar die grens nooit ver weg.

Wat zijn grenzen?

Maar wat zijn grenzen nu precies? Van Dale (2020) beschrijft een grens als ***‘denkbeeldige, scheidende lijn’*** met als voorbeeld een staatkundige grens. Een grens zorgt voor een scheiding, een afbakening tussen gebieden, maar ook tussen afspraken in een gemeenschap over wat kan (binnen de grens) of wat niet kan (buiten de grens), wat mag of niet mag, wat goed of niet goed is. Je kan stellen dat grenzen wat we erg belangrijk en essentieel vinden, markeren.

Grenzen zijn er op **persoonlijk vlak**: elk individu vormt doorheen zijn levensloop, in interactie met anderen, zijn referentiekader met waarden en normen die voor hem of haar erg belangrijk zijn. Het overschrijden van een grens is iets wat een persoon fysiek en/of psychisch voelt en ervaart. Na een periode van de lange werkdagen voel je dat je lichaam een grens heeft bereikt en kan je je uitgeput voelen. Evenzeer zal een persoon via lichamelijke gewaarwordingen (hartkloppingen, versnelde ademhaling, ...) en emotionele respons (gevoelens van angst, boosheid, ...) lijfelijk en emotioneel voelen wanneer iemand anders zijn persoonlijke grens heeft overschreden (bv wanneer je publiek belachelijk wordt gemaakt). De persoon die de grens heeft overschreden, heeft soms helemaal niet door dat hij een grens heeft overschreden en hierdoor iemand heeft gekwetst (onbewust: het niet te zien, niet te weten). Soms gebeurt dit ook doelbewust.

Grenzen zijn er ook op **gemeenschapsvlak**. Denk bijvoorbeeld aan de wetgeving die binnen een land normen expliciteert die het ‘goede samenleven’ moeten beschermen. Wetgeving, maar ook andere reglementering (bv. CAO’s (Collectieve arbeidsovereenkomsten), huishoudelijke reglementen in organisaties, maar ook deontologische regels van professies) geven duidelijke grenzen aan over wat binnen een bepaalde gemeenschap (organisatie, beroepsgroep, ...) kan, moet of verwacht wordt van mensen die tot die gemeenschap behoren. Deze regels (normen) beschermen belangrijke **waarden** van een gemeenschap. Deze regelgevingen zijn **normerend**, ze schrijven voor hoe mensen binnen die gemeenschap zich moeten gedragen. Als mensen zich niet aan die afgesproken regels houden, wordt een grens overschreden wat tot discussie en sancties kan leiden. Voorbeelden uit de media zijn legio: een psychologe die frequent in de Vlaamse media verschijnt, wordt door de psychologencommissie op de vingers wordt getikt omdat haar publieke gedrag niet strookt met de deontologische regels waaraan een psycholoog zich moet houden. Dit voorval ontketende een storm van opinies over en interpretaties van de deontologische regels, of er al dan geen grens werd overschreden. Ook het volgen van de coronaregels zorgt voor heel wat discussie.

Grenssituaties in de thuiszorg

In het schrijven van dit ethisch advies verzamelden de leden van de commissie ethiek een aantal voorbeelden van situaties die zorgverleners bestempelden als ‘lastige grenssituaties’. Deze grenssituaties kunnen zich op individueel-, team- en/of organisatieniveau afspelen. De voorbeelden zijn erg divers en we thematiseren ze in vijf groepen¹.

Een **eerste groep** betreft situaties waarbij de zorgverlener *zelf méér zorg op zich neemt dan wat hij/haar volgens de functieomschrijving van zijn job mag doen* (bv. een brief op de postbus doen omdat de patiënt geen beroep kan doen op een netwerk om dit te doen, of waarbij de zorgverlener – op vraag van de patiënt – de vuilniszakken buiten gaat zetten). Binnen een team kan zo’n kwestie tot conflicten leiden tussen mensen die zich strikt aan de functieomschrijving houden en mensen die hier soms of vaak van afwijken. Voor sommigen zal hier een grens zijn overschreden, anderen vinden het misschien erg belangrijk om die grens

¹ We streven met deze indeling geen volledigheid na. We hopen hiermee een idee te geven van de grote diversiteit van grenssituaties waarmee zorgverleners en de organisatie worden geconfronteerd.

te overschrijden, en nog anderen zijn zich van deze grenskwestie niet bewust.

Een **tweede groep** thematiseert situaties waarbij de patiënt méér aangepaste maatzorg wenst (bv. méér inspraak m.b.t. het tijdstip van de zorgen) dan wat het team zorgverleners kan aanbieden. Dit betreft ook situaties waarbij de patiënt inhoudelijk een andere visie heeft op de zorg dan de verpleegkundige (bv een patiënt vraagt om een wonde met een verkeerd of een ander product te behandelen). Het gevolg is dat de cliënt ervaart dat er niet wordt tegemoet gekomen aan zijn noden, wat tot frustratie kan leiden bij alle betrokkenen. Sommige zorgverleners aanzien dit als ‘onvolkomen zorg’ en voelen zich tekort schieten, zeker wanneer ze de nood van de patiënt erkennen. Daar botsen ze op de grenzen van wat binnen de organisatie mag of mogelijk is.

Een **derde groep** beschrijft situaties waarbij de patiënt volgens het professionele oordeel van de zorgverleners *méér zorg nodig heeft dan wat er op dit moment door de patiënt of zijn omgeving wordt geboden of gevraagd*. Dit gebeurt bijvoorbeeld in situaties waarbij patiënten of mantelzorgers financiële bezorgdheden hebben rond de zorg en zorg weigeren, of in situaties van ontspoorde zorg. Bij ontspoorde zorg wil een **mantelzorger met de beste bedoelingen de zorg voor de oudere opnemen**, maar doet dit niet op een adequate of passende manier, wat lijden bij de oudere patiënt tot gevolg heeft (VLOCO). Zorgverleners merken bv. dat de mantelzorger overbelast geraakt maar dat hij/zij weigert om méér of andere zorg voor de patiënt toe te laten. Deze situaties zijn vaak de aanleiding voor ethische stress bij zorgverleners (zie verder). Zeker wanneer de hulpverleners ernstig bezorgd zijn omtrent de veiligheid van de patiënt en soms van zichzelf – bijvoorbeeld door onveilige woonomgeving - en ze geen mandaat krijgen om aan de situatie iets te mogen veranderen, verhoogt dit hun ervaring van ethische stress.

Een **vierde groep** gaat over situaties waar het WGK als *organisatie wordt geconfronteerd met de grenzen van zijn mogelijkheden door schaarste aan mensen en middelen*. Verpleegkunde staat op nummer 1 in de lijst van de knelpuntberoepen (VDAB, 2021). De vergrijzing bij patiënten in combinatie met de vergrijzing bij zorgverleners zorgt voor problemen bij het vinden van voldoende (hoofd)verpleegkundigen, zorgkundigen en verzorgenden. De COVID-19 pandemie toonde op een pijnlijke manier de kracht en kwetsbaarheid van de zorg. Het recente “power to care” onderzoek van Sciensano en KU Leuven (2021) beschrijft de grote impact van de COVID-19 crisis op persoonlijk, professioneel en lichamelijk vlak voor zorg- en hulpverleners. Eerder publiceerde Zorgnet-Icuro in samenwerking met KU Leuven (2020) ook

alarmerende rapporten over de veerkracht van zorg- en hulpverleners (www.dezorgsamen.be). Het onevenwicht in 'vraag aan zorg' en 'het kunnen bieden van zorg', in combinatie met grote bezorgdheden over de fysieke en emotionele draagkracht en welzijn van zorgmedewerkers confronteert het WGK als zorgorganisatie met grenzen. De essentie van de zorgverlening, het minimum van kwaliteitsvolle zorg dat we als organisatie willen bieden kan in gevaar komen. Hier moeten keuzes worden gemaakt in het zoeken naar een goede balans tussen het welzijn en de kwaliteit van zorg voor de patiënten en de draagkracht van de zorgverleners en de organisatie.

Een **vijfde groep** betreft situaties waarbij zorgverleners zich bedreigd voelen door het gedrag van de patiënt of zijn omgeving die ze als grensoverschrijdend ervaren (racistische uitspraken, seksueel getinte uitspraken, agressief gedrag in de huiskamer, ...). Bij mogelijk grensoverschrijdend gedrag naar medewerkers toe staat het welzijn van de zorgverlener op het spel. Hier kan gespecialiseerde begeleiding noodzakelijk zijn. Ook wanneer patiënten of hun omgeving zich als klanten opstellen en bepaalde zorg gaan eisen, kunnen zorgverleners het gevoel hebben dat grenzen overschreden worden, namelijk de respectvolle omgang met elkaar.

Bovenstaande situaties beschrijven de diverse situaties waarbij zorgverleners en leidinggevenden op een of andere manier met grenzen in de zorg worden geconfronteerd. Ze spelen zich af binnen directe zorgrelaties tussen de zorgverlener, de patiënt en zijn omgeving, maar ook binnen zorgteams en op beleidsniveau. Ze zorgen vaak voor negatieve emoties, discussies en conflicten.

Nood aan ruimte voor ethische dialoog

Zorgverleners kunnen gewrongen zitten tussen de verwachtingen van de patiënt, en hun eigen (of deze van de organisatie) mogelijkheden en grenzen. Mensen zijn het niet altijd met elkaar eens over waar de grens ligt. Meninge en standpunten van individuen verschillen nu eenmaal. Doorheen de tijd en door omstandigheden worden ook grenzen verlegd, vervagen ze, of worden grenzen opnieuw in vraag gesteld. De confrontatie met grenzen maakt het noodzakelijk om te reflecteren over wat 'essentieel en belangrijk is' in de zorg en hoe we binnen de gegeven context goede zorg kunnen verlenen.

In deze discussies komt vaak het verlangen naar boven om de kwestie te kunnen aftoetsen bij een objectieve checklist of regelgeving. Deze bieden zeker voor eenvoudige en praktische kwesties een oplossing. Het omgaan met grenzen in de zorg is echter geen eenduidig of praktisch verhaal. Zeker wanneer ze gepaard gaan met waardengeladen kwesties worden ze complex. Het is dan noodzakelijk om de context te analyseren om te begrijpen wat als een grens of limiet wordt gepercipieerd onder welke omstandigheden. Voor zo'n kwesties is er vaak geen objectieve toetssteen beschikbaar die voldoende toereikend is om de complexiteit van de situatie te vatten.

Vanuit **ethisch perspectief** is het daarom belangrijk om in de eerste plaats voor een **open en veilige ruimte** te zorgen waar grenssituaties besproken kunnen worden:

- Over welke grens gaat het?
- Op welk niveau situeert het grensconflict zich: op individueel, team of organisatieniveau?
- Waarom is de grens overschreden, wat is de achterliggende reden hiervan?
- Wat zijn de standpunten van betrokkenen?

In het gesprek worden standpunten uitgewisseld, referentiekaders verhelderd en reflecteert men over welke waarden er op het spel staan. Vanuit de dialoog worden onderbouwde handelingsalternatieven voorgesteld om met de grenssituatie om te gaan. Laat ons in deze dialoog ook **de patiënt niet vergeten**. Hoe ziet de patiënt het eigenlijk? Het is van belang dat grenssituaties in eerste instantie met de rechtstreeks betrokken partijen worden besproken. In dit ethisch advies staan we eerst en vooral stil bij de vraag *“waarom is het omgaan met grenzen in de zorg zo lastig?”* We raken twee belangrijke ethische spanningsvelden in het omgaan met grenzen in de zorg aan, namelijk het verlangen naar de maakbaarheid en de poging tot beheersing. Vervolgens beschrijven we het fenomeen van *“ethische stress in de zorg”*, een fenomeen dat optreedt wanneer zorgverleners te vaak over hun grenzen gaan waardoor hun integriteit en veerkracht wordt aangetast. Tenslotte geven we een aantal *“adviezen om grenzen in de zorg bespreekbaar te maken”* waarbij een model voor ethisch overleg wordt besproken.

WAAROM IS HET OMGAAN MET GRENZEN ZO LASTIG?

Mensen botsen niet graag op grenzen. Een grens wordt vaak een trigger om een stap verder te gaan en grenzen te verleggen. Maar tot hoe ver reikt die grens dan?

In dit hoofdstuk gaan we in op twee belangrijke ethische spanningsvelden in het omgaan met grenzen in de zorg, namelijk het verlangen naar de maakbaarheid en de poging tot beheersing. We doen dit aan de hand van inzichten van Annelies van Heijst, vanuit het boek “Menslievende zorg. Een professionele kijk op professionaliteit”, verschenen in 2005.

Het verlangen naar maakbaarheid

“Het conflictueuze zit erin dat er altijd een kloof dreigt

tussen wat iemand wenst die zorg behoeft,

en wat iemand kan bieden die zorg geeft.

De zorgvraag is doorgaans groter dan wat degene die de zorg biedt kan geven,

bijvoorbeeld omdat de zorgverlener ook nog voor anderen moet zorgen.

Het tragische schuilt erin dat niet alle lijden kan worden verzacht,

niet alle verdriet gesteld, niet alle gemis vergoed.

Gezondheid is niet zomaar maakbaar”.

Citaat uit: Annelies van Heijst. Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit. Kampen: Klement, 2005, 7^{de} druk, 23.

Dit krachtige citaat duwt onze neus meteen op de feiten: de zorg is altijd begrensd en er zal altijd een vorm van schaarste zijn. Gezondheid is immers niet maakbaar.

In de zorg is er al lang een trend van ‘steeds meer weten en kunnen’. De kennis en kunde in de genees- en verpleegkunde, maar ook in de technologie en farmacologie zijn sterk toegenomen. De diagnostiek wordt steeds preciezer en er zijn bijzonder veel behandelings- en zorgmogelijkheden. Ook dankzij de welvaart en een solidair systeem van ziekteverzekering is de Westerse gezondheidszorg voor iedereen toegankelijk geworden (van Heijst, 2005, 21). Steeds meer weten en kunnen maakt deel uit van onze tijdsgeest. In zorgorganisaties is men volop bezig met zorgoptimalisatie, professionalisering en kwaliteitsbeleid. Binnen dit vooruitgangsgeloof wordt presteren heel sterk gewaardeerd en is er weinig ruimte voor

onzekerheden en falen (van Heijst, 2005, 21-22). Daarnaast is autonoom de regie voeren over je leven een belangrijke standaard geworden in onze Westerse maatschappij.

In zo'n tijdsgeest van 'maakbaarheid' wordt het moeilijker om fysieke en natuurlijke begrenzingsen te aanvaarden. Dit alles zorgt ervoor dat de verwachtingen steeds groter worden, zowel van patiënten, hun omgeving, zorgverleners en zorgorganisaties. De idee van maakbaarheid zet een grote druk op mensen om het steeds beter te moeten doen. Tegelijkertijd is er ook het besef dat er grenzen zijn, enerzijds door het feit dat er altijd schaarste zal zijn. De gezondheidszorg beschikt niet over voldoende middelen om al die noden vervullen. *"Zelfs als zou de samenleving beslissen om al haar middelen aan de gezondheidszorg te besteden, dan nog zou het niet volstaan om alle noden en wensen in te willigen"* (Denier et al., 2017, 62). Nieuwe ziektes, mogelijkheden, technologieën en verwachtingen zorgen altijd voor nieuwe noden (Denier, 2007). Anderzijds komt het besef dat er grenzen ook voortkomen uit de confrontatie met het lijden dat niet altijd kan worden verzacht of 'opgelost'. Het lijden, verdriet en gemis tonen ons de grenzen van het leven en van onze mogelijkheden en brengt de noodzaak met zich mee om te leren uithouden en dulden. Deze grenzen confronteren ons met de zingevende dimensie van de zorgverlening (van Heijst, 2005, 23).

Poging tot beheersing in de zorg

Zorgorganisaties investeren veel energie en middelen om goed geoliede zorgsystemen te ontwikkelen die aan hoge kwaliteitseisen voldoen, met efficiënte en effectieve inzet van middelen. Guidelines en protocollen moeten leiden tot goede resultaten, tot zo volmaakt mogelijke zorg, waarbij alle deelaspecten van de zorg op uniforme wijze worden gepland, uitgevoerd en gecontroleerd. Deze aanpak verhoogt de significant veiligheid van de zorg.

Via een bedrijfsmatige en marktgerichte aanpak proberen zorgorganisaties zo efficiënt en effectief als mogelijk om te gaan met de schaarste aan middelen. Elke minuut zorg moet zo goed mogelijk worden ingezet. Efficiënte zorgprocessen moeten tot meetbare resultaten leiden. De zorgvraag is immers altijd groter dan het zorgaanbod, uit mensen en middelen wordt het maximale gehaald want zorg is een schaars goed (van Heijst, 2005, 29). Voor patiënten met een enkelvoudig en diagnostisch afgebakende problematiek is dit wellicht een passend model van zorgverlening (van Heijst, 2005, 32).

Deze beheersing van de zorg heeft ook kanttekeningen, zeker wat betreft het omgaan met

complexe, meervoudige zorgvragen zoals bij chronisch zieke patiënten (van Heijst, 2005, 26-28). De vooropgestelde standaarden en resultaten van zorgverlening zijn veel minder passend volgens hun noden. Zowel patiënten en hun omgeving als de zorgverleners botsen hier op de grenzen van het zorgsysteem dat de gewenste “menselijke zorg op maat aanpak” in de weg staat (van Heijst, 2005, 25-26. Dit betreft bijvoorbeeld de eerste twee thema’s van grenssituaties die zorgmedewerkers binnen het Wit-Gele Kruis benoemen: *“zelf méér zorg op zich neemt dan wat hij/haar volgens de functieomschrijving van zijn job mag doen”* en *“patiënten die méér aangepaste maatzorg wensen dan wat het team zorgverleners kan aanbieden”*.

Zorg op maat wordt gerealiseerd in een dynamiek van erkenning en afstemming tussen de noden van de zorgontvanger en de mogelijkheden van de zorgverleners. Het gaat altijd over “het realiseren van het meest menselijke haalbare, zonder het perspectief van het menselijk wenselijke uit het oog te verliezen” (Vanlaere, & Burggraeve, 2013). Cruciaal hierin is dat het streven naar ‘menselijke waardigheid’ centraal staat waarbij men oog heeft voor de volledige mens die niet kan worden herleid tot zijn ziekte of beperking (Anckaert, 2011).

Dit vraagt van zorgverleners om in het belang van wat nodig is voor een patiënt weloverwogen keuzes te kunnen maken om van die standaarden af te kunnen wijken. Van een organisatie vraagt dit het bieden van ruimte en vertrouwen aan zorgteams om over die situaties met elkaar in dialoog te kunnen gaan zodat zorgverleners samen deze weloverwogen keuzes kunnen maken.

Het grootste risico van een bedrijfsmatige aanpak van zorg is dat de menselijke verhoudingen geïnstrumentaliseerd worden. In een doorgedreven aanpak (bv. het werken met aandachtsminuten, het vooraf berekenen van het aantal minuten dat iemand aandacht mag geven voor het uitvoeren van een bepaalde taak) worden mensen, zowel zorgverleners als patiënten behandeld als radertjes in een zorgfabriek². Wie de zorgverleners als personen zijn, doet er dan steeds minder toe. Dit zorgt vaak voor gevoelens van onmacht bij zorgverleners. ‘We moeten meedraaien in het systeem, we kunnen niet anders’.

Zorgorganisaties die een integraal kwaliteitsbeleid voeren, hebben ook aandacht voor hun

² Franse arts en filosoof Julien Offray de La Mettrie schreef in 1747 het boek “L’homme Machine”, waarbij hij het functioneren van het lichaam vergelijkt met een machine met schroefjes en vijsjes die gemaakt en vervangen kunnen worden.

‘menselijk kapitaal’. Kwaliteitsvolle zorg valt en staat met de zorg voor professionals die in een ondersteunende en veilige werkcontext hun job kunnen uitoefenen. Wanneer het welbevinden van de zorgverleners een belangrijke beleidsprioriteit is, wordt ingegaan tegen de stroom van een doorgedreven instrumentalisatie. Goede beleidskeuzes zoeken naar een goede verhouding tussen een economische waarde zoals ‘efficiëntie’ en menselijke waarde zoals het ‘welzijn van patiënten en medewerkers’, waarbij de economische waarde nooit ten koste van de menselijke waarde prioriteit krijgt.

ETHISCHE STRESS IN DE ZORG

Wanneer zorgverleners regelmatig met grens-vragen of -situaties in de zorg worden geconfronteerd, kan dit in **ethische stress** resulteren. Ethische stress is de ervaring waarbij zorgverleners weten wat goede zorg is, maar door de context er niet in slagen om die goede zorg te realiseren waardoor hun **integriteit** geraakt wordt. Wanneer ethische stress onvoldoende wordt (h)erkend en zich opstapelt, kan dit nefaste gevolgen hebben zowel voor zorgrelaties als voor het mentale en fysieke welzijn van zorgverleners en zorgvragers (Oh & Gastmans, 2015; Whitehead et al., 2015; Hamric, 2012; Oh & Gastmans, 2015). Dit leidt tot uitspraken zoals “ik kan niet meer de zorgverlener zijn die ik wil zijn”.

Het tekort aan personeel en tijd, gebrekkige interprofessionele samenwerking, lastige beslissingen rond het levenseinde verhogen het risico van zorg- en hulpverleners in het ontwikkelen van ethische stress. Onderzoek beschrijft positieve associaties tussen verlengde blootstelling aan ethische stress en jobontevredenheid, burn-out en turnover (Lusignani et al., 2017; Powell et al., 2018; Karakchian & Colbert, 2019). Burn-out bij verpleegkundigen is een zorgwekkend gegeven. Europees onderzoek beschrijft hoge prevalentiecijfers van 25% (RN4CAST, 2011).

COVID-19 toont de kwetsbaarheid en complexiteit van de huidige gezondheidszorgcontext die tot grote ethische dilemma's leidde en de ethische stress bij zorg- en hulpverleners dramatisch verhoogde (<https://www.dezorgsamen.be/power-to-care/>). Het is voor zorgorganisaties méér dan ooit noodzakelijk om aandacht te geven aan het welzijn van zorgmedewerkers en te investeren in ethische veerkracht. Het is belangrijk dat de veer van de zorgverleners niet te ver uitgetrokken wordt en kan herstellen zodat zorgmedewerkers gevoelig kunnen blijven voor de noden van de patiënt en zijn omgeving zonder hun vorm – en zichzelf – te verliezen. Sciansano (2021) onderstreept in deze context het belang van een aangepast en toegankelijk aanbod van ondersteuning voor deze professionals en hun leidinggevenden.

INZETTEN OP ETHISCHE VEERKRACHT

Het bespreekbaar maken van grens-vragen en -situaties is een kans voor het ontwikkelen van **ethische veerkracht**, waarbij op een effectieve manier met ethische stress wordt omgegaan. Ethische veerkracht wordt omschreven als *“iemand's vermogen om zijn/haar integriteit in stand te houden of te herstellen als reactie op situaties die moreel complex zijn en die verwarring, pijn of last kunnen veroorzaken”* (Rushton, 2016). Vanlaere, & Burggraeve (2021) formuleren ethische veerkracht als *“de kracht om verbonden te blijven met de ander, ook al confronteert dit op een pijnlijke manier met tekortschieten en onvermogen”*.

Onderzoek rond het versterken van ethische veerkracht is vrij recent en beperkt. Er wordt aanbevolen om bij hulpverleners te investeren in het ontwikkelen van **ethische taalvaardigheid**. Dit gaat over het helder kunnen benoemen en kaderen van de ethische complexiteit van een zorgsituatie (Young, & Rushton, 2016; Monteverde, 2014; Rushton, 2016). Daarnaast beveelt onderzoek aan om hulpverleners te ondersteunen in de ontwikkeling hun **ethisch zelfbewustzijn** waarbij zorgprofessionals meer bewust zijn van hun eigen waardenkader en in staat zijn om hun gedachten, gevoelens, (voor)oordelen en posities te onderzoeken (Rushton, 2016a; Denier et al, 2019). Zorgverleners kunnen zelf werken aan hun ethische veerkracht, maar ook binnen teams en op organisatieniveau kan dit worden gestimuleerd. Het systematisch organiseren van intervisies ethiek en ethisch overleg is een krachtige manier om binnen een organisatie in te zetten op ethische veerkracht van zorgverleners en leidinggevenden.

In het kader van het ontwikkelen van ethische veerkracht is het belangrijk om grenzen te herkennen, erkennen en kennen op verschillende niveaus: zorgverleners, leidinggevenden en organisatie. Hieronder beschrijven we een aantal aanbevelingen om zorgzaam om te gaan met grenzen in de zorg door te investeren in ethische veerkracht.

Aanbevelingen voor zorgmedewerkers en leidinggevenden (individueel vlak)

- Het is goed om stil te staan bij grenzen in de zorg. Het is belangrijk om bij grenzen na te denken en af te wegen over wat goed is om te doen. Zorgverleners moeten in het belang van een patiënt weloverwogen keuzes kunnen maken, ook als die afwijken

van de algemene standaarden. Dit gebeurt na grondige reflectie en afweging waarbij die keuze gemotiveerd wordt.

- Grens-vragen en -situaties vormen dus een goede aanleiding om zelf na te denken waarom dit als 'grens' wordt aangevoeld. Je kan over de volgende vragen nadenken:
 - Wat zorgt ervoor dat deze situatie voor mij als een grens aanvoelt? Wat is er precies gebeurd? Wat zijn de feiten? Waarom is de grens overschreden, wat is de achterliggende reden hiervan?
 - Welke gedachten, gevoelens, (voor)oordelen en standpunten heb ik bij deze situatie?
 - Welke zaken die ik erg belangrijk vind (waarden) worden in deze situatie bedreigd of geschonden?
- Het is belangrijk dat je in zo'n lastige situaties niet alleen staat en dat je hierover kan praten met iemand die je vertrouwt.
 - Praat hierover met een collega of met jouw leidinggevende.
 - Probeer de situatie zo feitelijk mogelijk te beschrijven en te verduidelijken waarom jij hier een grens ervaart.
 - Vraag aan je collega of leidinggevende hoe zij naar de situatie kijken. De situatie vanuit een andere positie bekijken kan helpen
 - Zoek samen naar een mogelijke oplossing om met de situatie om te gaan, plan indien nodig een teamoverleg om de kwestie samen te bespreken.
- Wanneer je te maken hebt met een situatie waarbij je het gevoel hebt dat die grensoverschrijdend is naar jou toe en je je bedreigd voelt (bv. racistische uitspraken, seksueel getinte uitspraken, agressief gedrag, ...) spreek hierover met een collega of een leidinggevende. Het is noodzakelijk dat je je veilig voelt tijdens de uitoefening van je beroep en respectvolle omgang met elkaar is hierin de basis. Wanneer je je niet langer veilig voelt, is dit niet OK en is het belangrijk dat je hierover met iemand in vertrouwen kan praten. Je kan hiervoor ook terecht bij een vertrouwenspersoon (toevoegen: link naar de contactgegevens van de vertrouwenspersoon van de provincie). De vertrouwenspersoon zal naar je luisteren en kan je ondersteunen in hoe je deze situatie ter sprake kan brengen met je leidinggevende.

Aanbevelingen voor het team

Binnen de werkcontext is het werken aan effectieve teamwerking, waarbij zorgprofessionals worden aangemoedigd om hun zorgen met betrekking tot grens-vragen en -situaties bespreekbaar te maken, erg belangrijk in de ontwikkeling van ethische veerkracht.

- Zorg voor openheid op team- en/of patiëntenbesprekingen om lastige kwesties ter sprake te brengen:
 - Geef ruimte om te ventileren over verzuchtingen, een teambespreking kan helpen om 'de last en zorgen' van een zorgmedewerker te begrijpen die onder de situatie kan lijden.
 - Verdiep de situatie (wat zijn de feiten, welke feiten ontbreken), probeer de perspectieven, de context en de rolverwachtingen te verhelderen. Wat zijn de standpunten van betrokkenen?
 - Bespreek mogelijke alternatieven en handelingsopties om met deze situatie om te gaan.
 - Bespreek wat de betrokkenen nodig hebben om met deze situatie om te gaan
 - Zorg er voor dat de medewerkers kunnen leren en groeien vanuit deze situatie en veerkrachtig kunnen blijven.
 - Spreek een volgend moment af om de situatie op te volgen.
- Bij moeilijk ethisch geladen grenssituaties (bv wanneer het stoppen van de zorg in overweging wordt genomen) is het belangrijk om een ethisch overleg te plannen. Gebruik hiervoor een gespreksmodel van ethisch beraad. Een voorbeeld hiervan vind je in bijlage van dit ethisch advies.

Aanbevelingen voor de zorgorganisatie

- Het is belangrijk om ethische stress bij zorgmedewerkers au serieux te nemen. De zorgorganisatie en de leidinggevenden hebben de gedeelde verantwoordelijkheid om zorgverleners te ondersteunen zodat de veer niet te ver uitgetrokken wordt. Het ondersteunen van ethische veerkracht zorgt ervoor dat zorgmedewerkers gevoelig blijven voor de noden van de patiënt, zonder hun vorm – zichzelf – te verliezen. Ruimte geven voor het bespreken van ethische stress kan door:

- Het investeren in intervisies en ethisch overleg waar zorgmedewerkers aan kunnen deelnemen
- Het investeren in ethische vorming voor zorgmedewerkers en leidinggevenden
- Leidinggevenden zijn vaak hét aanspreekpunt wanneer medewerkers met lastige grensvragen en – situaties worden geconfronteerd. De druk op leidinggevenden is groot. Ook leidinggevenden moeten de kans krijgen om op verhaal te komen en ruimte te vinden voor reflectie. We bevelen aan om leidinggevenden te coachen en ondersteunen in hun ethisch leiderschap. Zo worden ze geïnspireerd en bemoedigd om in hun teams een zorgcultuur van zorgzaamheid en reflectiviteit te stimuleren.
- Een zorgorganisatie kan zorgmedewerkers ondersteunen door duidelijkheid te scheppen in de grenzen, in de spelregels: het kader waarbinnen men op een goede en veilige manier kwaliteitsvolle patiëntenzorg kan geven. Het is van belang dat een zorgorganisatie naar de medewerkers de beleidskeuzes communiceert én motiveert. Naast transparantie is ook openheid belangrijk om naar kritische stemmen te luisteren die bepaalde regels in vraag stellen.
- Bij het nemen van beleidskeuzes: verhelder in de keuzes de onderliggende belangrijke waarden die je met deze keuzes wil beschermen.
 - Bekijk welke partijen betrokken zijn bij de beleidskeuze (wie zal ze moeten uitvoeren, wie zal gevolgen ondervinden bij de uitvoering van de keuze)
 - Beschrijf per betrokken partij welke waarden er op het spel staan bij de uitvoering van de beslissing. Mogelijke waarden zijn bijvoorbeeld: autonomie, levenskwaliteit, welzijn, solidariteit, toegankelijkheid, gelijkheid, vertrouwen, rechtvaardigheid, etc.
 - Bekijk welke mogelijke alternatieven en handelingsopties er zijn om met de gestelde problematiek om te gaan. Welke waarden worden door deze alternatieven op korte en lange termijn beschermd of geschonden?
 - Welke waarden moeten in de beslissing effectief worden beschermd? Het gebruik van een ethisch kompas of een ethische toetssteen is hierin helpend. De missie en visie van de zorgorganisatie kan als ethisch kompas fungeren.

BRONNEN

- Anckaert L. De persoon als maatstaf van de zorg. Uit: Anckaert L& Marcelis L. (reds.) *Medische zorg en ethiek: Ethisch overleg en advies in het ziekenhuis*. Tiel: Lannoo Campus, 2011: 35-58.
- De zorg samen. Veerkracht voor iedereen in zorg en welzijn. Te raadplegen via: www.dezorgsamen.be, geraadpleegd op 13/01/2021.
- Defilippis, T., Curtis, K, & Gallagher, A. (2019) Conceptualising moral resilience for nursing practice. *Nursing Inquiry*, 26, e12291.
- Denier, Y. Efficiency, justice and care. Philosophical reflections on scarcity in health care; Dordrecht: Springer, 2007.
- Denier, Y., D'Haene, L., & Degadt, P. Kiezen is winnen. Een kompas voor keuzes in de zorg. Leuven: Acco, 2017.
- Hamric, A. (2012) Empirical research on moral distress: issues, challenges, and opportunities. *HEC Forum*, 24(1), 39-49.
- Karakchian, A., & Colbert, A. Nurses' moral distress, burnout and intentions to leave: An integrative Review. *Journal of Forensic Nursing* 2019; 15(3): 133-142.
- Koskenviori J., Stolt, M., Suhonen, R., & Leino-Kilpi, H. Healthcare professionals' ethical competence: A scoping review. *Nursing Open* 2019; DOI: 10.1002/nop2.173.
- Kulju, K., Stolt, M., Suhonen, R., Leino-Kilpi, H. (2016) Ethical competence: a concept analysis. *Nursing Ethics*, 23(4), 401-412.
- Lemiengre, J. (2020). Ethisch overleg in de zorg, gespreksleidraad. Stimulans, Hogeschool UC Leuven-Limburg, ongepubliceerde tekst.
- Lusignani, M., Gianni, M., Giuseppe, L., & Buffon, M. Moral distress among nurses in medical, surgical and intensive-care units. *Journal of Nursing Management* 2017; 25(6):477-485.
- Monteverde, S. (2014). Undergraduate healthcare ethics education, moral resilience, and the role of ethical theories. *Nursing Ethics*, 21(4), 385-401.
- Oh, Y., & Gastmans, C. (2015). Moral distress: A review of the argument-based nursing ethics literature. *Nursing Ethics*, 22(1), 131-152.
- Pachkowski, K. (2018) Ethical competence and psychiatric and mental health nursing education. Why? What? How? *Journal of Psychiatric Mental Nursing*, 25: 60-66.
- Poikkeus, T., Numminen, O., Suhonen, R., & Leino-Kilpi, H. (2014) A mixed method systematic review: support for ethical competence of nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 70(2), 256-271.
- Powell, S., Engelke, M., & Swanson, M. Moral distress among school nurses. *Journal of Scholar Nursing* 2018; 34(5): 390-397.
- Rushton, C.H. (2016a). Moral Resilience: A Capacity for Navigating Moral Distress in Critical Care. *Ethics in Critical Care*, 27 (1), 111-119.

- Rushton, C.H. (2016b). Building moral resilience to neutralize moral distress. *American Nurse Today*, 11(10).
- Rushton, C.H. (2016c). Moral distress: A Catalyst in Building Moral Resilience. *American Journal of Nursing*, 116 (7),40 - 49.
- Rushton, C.H. (2018). *Moral Resilience: Transforming Moral Suffering in Healthcare*. Oxford: University Press.
- Sciensano (2021) COVID-19-crisis heeft grote impact op persoonlijk, professioneel en lichamelijk vlak voor zorg- en hulpverleners. <https://www.sciensano.be/nl/pershoek/covid-19-crisis-heeft-grote-impact-op-persoonlijk-professioneel-en-lichamelijk-vlak-voor-zorg-en> , geraadpleegd op 13/01/2021.
- Shaefer, R., & Vieira, M. (2015) Ethical competence as a coping resource for moral distress in nursing. *Text Context Nursing, Florianópolis*, 24(2), 563-573.
- Sundin-Huard, D., & Fahy K. Moral distress, advocacy and burnout: Theorising the relationships. *International Journal of Nursing Practice* 1999; 5(1): 8-13.
- van Heijst, A. Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit. Kampen: Klement, 2005, 7^{de} druk.
- Vanlaere L, & Burggraeve R. *Gekkenwerk: Kleine ondeugden voor zorgdraggers*. Tielt: Lannoo, 2013.
- Vanlaere L, & Burggraeve R. (2021). Kwetsbare anti-helden: ethische veerkracht van verpleegkundigen in het perspectief van Emmanuel Levinas. *Tijdschrift voor Gezondheidszorg en Ethiek*, 31(1), 14-19.
- VDAB, Lijst knelpuntberoepen. Te raadplegen via: [Knelpuntberoepen 2021.pdf \(vdab.be\)](#), laatst geraadpleegd op 27/01/2021.
- Whitehead, P.B. et al. (2015). Moral distress among healthcare professionals: report of an institution-wide survey. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(2), 117-125.

BIJLAGE 1. RUIMTE CREEREN VOOR DIALOOG EN ETHISCH OVERLEG

Onderstaande methode voor ethisch overleg werd ontwikkeld door UCLL Stimulans (Lemiengre, 2020) en werd gebaseerd op Vanlaere en Gastmans (2008). Dit model bestaat uit vijf stappen die elkaar systematisch opvolgen.

A. Verkenning en explicitering van het ethisch probleem

In deze eerste stap wordt verkend wat de specifieke ethische spanning is die ontstaat door de grenssituatie. Hierbij worden de feiten omtrent de ethisch geladen situatie uiteengezet. Ten slotte wordt nagegaan wat nog geweten moet zijn omtrent het omgaan met de grens om een gedragen ethische evaluatie te ontwikkelen. Samen met de deelnemers wordt ook het ethisch probleem als een vraag geformuleerd waar men op het einde van het overleg zo concreet mogelijk probeert te antwoorden. Een typische valkuil van ethisch overleg is dat men bij de start al meteen met oplossingen op de proppen komt. Het is de uitdaging om met geduld en op systematische wijze de verschillende stappen van het overleg te volgen, om samen met de deelnemers tot onderbouwde ethische evaluatie te komen.

B. Verhelderen van betekenissen en motieven van betrokkenen

In de tweede stap wordt stilgestaan bij de intuïties van de betrokken partijen (bv.: zorgverleners, patiënt, omgeving, leidinggevenden). Stap eens figuurlijk in de schoenen van de verschillende betrokkenen. Hierbij wordt de nodige aandacht besteedt aan de geleefde realiteit van deze betrokken partijen. Hoe ervaren zij de zorgverlening? Wat maakt dat de zorgverlening moeilijk loopt? Tegen welke grenzen botsen ze, waarom? Wat is voor hen belangrijk in deze zorgsituatie? Wat maakt hen kwetsbaar in de geschetste situatie?

Deze stap naar verheldering is erg belangrijk. Opvattingen over 'kwaliteitsvolle zorg' en wat grenzen kunnen sterk verschillen. Door onwetendheid of desinformatie kunnen patiënten of hun mantelzorgers bepaalde opvattingen hebben die volgens zorgverleners niet stroken met wat goede zorg is. Zorgverleners kunnen door een louter somatische blik ook een versmalde blik hebben over wat goede zorg voor een patiënt, terwijl de patiënt andere zaken (bv. zijn psycho-sociaal welzijn) belangrijker vindt. Wanneer de betrokken

partijen elkaar niet begrijpen, kunnen conflicten ontstaan die als een grens kunnen aanvoelen.

In deze stap is het ook belangrijk om stil te staan bij de machtsverhoudingen tussen de verschillende partijen tijdens het ethisch beraad. Daarnaast moet nagegaan worden hoe sociale media bepaalde van deze machtsverhoudingen kan beïnvloeden of vormgeven (zorgverlener –patiënt, patiënt – omgeving, zorgverlener-team, zorgverlener – leidinggevende).

C. Verdiepen: Welke opties, alternatieven zijn een mogelijk antwoord op de ethische hulpvraag?

Het beter begrijpen van de geleefde realiteit en context van de betrokkenen (stap 2) zorgt voor een verrijking van visies en de oorspronkelijke geformuleerde intuïties. Tijdens het overleg wordt de betekenis van belangrijke waarden voor de verschillende betrokkenen steeds meer verhelderd en verdiept. Er wordt een oplisting gemaakt van de meest belangrijke waarden en hun betekenis binnen de gestelde problematiek.

Mogelijke waarden zijn bijvoorbeeld: autonomie, levenskwaliteit, welzijn, solidariteit, toegankelijkheid, gelijkheid, vertrouwen, rechtvaardigheid, etc.

Vervolgens worden de deelnemers van het overleg uitgenodigd om na te denken over de mogelijke alternatieven en handelingsopties die er zijn om met de gestelde problematiek om te gaan. Welke waarden worden door deze alternatieven op korte en lange termijn beschermd of geschonden? Betrokken partijen moeten de tijd en ruimte krijgen om hierin inzicht te verkrijgen.

D. Beslissen en verantwoordelijkheid opnemen

Vanuit de voorgaande fases van het overleg, wordt het overzicht van de belangrijke waarden kritisch geëvalueerd. Welke waarden moeten in de beslissing effectief worden beschermd? Het gesprek zelf zal reeds duidelijk maken welke waarden erg belangrijk zijn om te beschermen. Het gebruik van een ethisch kompas of een ethische toetssteen is hierin helpend. Een gedeelde visie op 'goede zorgverlening' kan hier als het ware als een

soort moreel kompas worden ingezet. Welke waarden zijn cruciaal in het kader van een gedeelde visie op 'goede hulpverlening'?

Concreet zal vanuit de brainstorm van handelingsalternatieven een keuze worden gemaakt: welke handelingsoptie beschermt de meest belangrijke waarden die de gedeelde visie op 'goede zorgverlening' ondersteunt?

Er wordt ook stilgestaan bij de impact van beslissing op de relaties en verantwoordelijkheden van de betrokken partijen. Zo wordt er gezocht naar een gedeelde verantwoordelijkheid.

E. Implementatie en evaluatie

In een vijfde en laatste stap worden afspraken gemaakt over hoe de beslissing concreet kan worden geïmplementeerd. De verantwoordelijkheden van de betrokkenen worden vastgelegd. Vervolgens wordt ook een tijdstip afgesproken om de beslissing te evalueren.

Aan het einde van een ethisch overleg zelf kan ook een evaluatieve reflectievraag worden gesteld zoals: Hebben we tijdens het overleg de meest kwetsbare partij voldoende stem gegeven en beschermd? Goede en slechte praktijken moeten leiden tot betere inzichten in het gebruik en uiteindelijk leiden tot duidelijke protocollen of richtinggevende kaders.



