



Vlaanderen
is zorg

STAPSTENEN VOOR EEN ETHISCH VERANTWOORD ZORGBELEID IN WOONZORGCENTRA

AGENTSCHAP
ZORG & GEZONDHEID

[Vlaanderen.be](https://www.vlaanderen.be)



Tom Van Laere

INHOUDSTAFEL

Ruimte voor relationele zorg	4
'Goede' zorg	6
Van ethische intuïtie naar ethische reflectie	8
Verschillende ethische benaderingswijzen	9
De zorgethiek, een inspirerende ethiek	10
Het woonzorgcentrum, een waardengedreven organisatie	12
Ethisch verantwoord zorg verlenen: drie perspectieven	14
Bekommernis, basisattitude in de zorg	18
Een geïntegreerde benadering	19
Ethisch verantwoord zorgbeleid, een uitdaging voor bestuur en management	22
Vorming en ervaringsgericht leren	26
Slotbeschouwingen	28
Interessante literatuur en websites	30
Bijlagen	32

RUIMTE VOOR RELATIONELE ZORG

Woonzorgcentra in Vlaanderen bevinden zich in een belangrijke transitieperiode. Ze ondergaan vele veranderingen en dit gelijktijdig én op verschillende domeinen.

Zorginhoudelijk worden woonzorgcentra uitgedaagd om zich aan te passen aan de toenemende zorgzwaarte van hun bewoners, maar evenzeer aan de veranderende verwachtingen en noden. Ook nieuwe doelgroepen melden zich aan: personen met jongdementie, personen met een gestabiliseerde psychiatrische aandoening, jongere personen met een beperking... Er is de ontwikkeling van innovatieve woon- en zorgvormen en de uitbouw van een meer welzijnsgericht zorgmodel.

Zorgorganisatorisch worden woonzorgcentra geconfronteerd met interne reorganisaties, fusiebewegingen, toenemende schaalvergroting, samenwerkingen in zorgnetwerken, innovatieve arbeidsorganisatiemodellen, digitalisering van de werkprocessen.

Er is de uitwerking van de zesde staatshervorming met de inkanteling van de RIZIV zorgfinanciering en reglementering in de Vlaamse sociale bescherming, de facturatie aan de zorgkassen in plaats van aan de ziekenfondsen, de stapsgewijze implementatie van de persoonsgerichte zorgfinanciering aan de hand van het nieuwe indicatie-instrument de Bel RAI.

De diverse beleidsmatige initiatieven eisen de aandacht op, zoals de erkennings- en omzettingskalender, de implementatie van het infrastructuurforfait, de uitbreiding van de RVT-erkenningen, de heroriëntering van de financiering van het derde luik bovennormpersoneel, de actualisering van het woonzorgdecreet.

Ook **maatschappelijke en economische ontwikkelingen** zetten de woonzorgcentra op scherp, zoals de ontwikkelingen op het vlak van de vermaatschappelijking van de zorg, de toenemende professionalisering van de zorg, de vraag naar zorgzame buurten, de schaarste op de arbeidsmarkt van het zorgpersoneel, de toenemende vraag en realisatie van een level playing field, de kritische media en de aanhoudende negatieve beeldvorming...

In deze context aandacht vragen en pleiten voor de ontwikkeling van een **ethisch verantwoord zorgbeleid** is geen evidentie. Of juist wel?

Want het is juist nú – in tijden dat de zorgvraag en zorgzwaarte toenemen – dat de visie op zorgverlening en het waardenkader dat bestuurders en leidinggevend van woonzorgcentra voorstaan, een houvast bieden bij het nemen van hun beleidsbeslissingen en bij het ondersteunen van hun medewerkers bij de zorg- en dienstverlening van elke dag. Het is mijn overtuiging dat een geëxpliciteerd en geïntegreerd ethisch verantwoord zorgbeleid, dat merkbaar is tot in de haarvaten van de organisatie, wezenlijk bijdraagt tot de **levenskwaliteit en -zin** van de bewoners en hun naasten.

Deze brochure beoogt aan bestuurders en leidinggevend van woonzorgcentra informatie te verschaffen, alsook handvatten aan te reiken voor de ontwikkeling van een ethisch verantwoord zorgbeleid in hun organisatie. Hierbij wordt voornamelijk de bijdrage van de zorgethiek onder de loep genomen en beschreven.

Mijn oprechte dank en waardering aan allen die direct of indirect hebben meegewerkt aan de totstandkoming van deze brochure en aan u die er mee aan de slag gaat.



Jo Vandeurzen
Vlaams minister van Welzijn,
Volksgezondheid en Gezin

'GOEDE' ZORG

WAT IS 'GOEDE ZORG'?

De kans is groot dat we op deze vraag vele antwoorden krijgen. Goede zorg is cliëntgerichte zorg. Goede zorg is zorg die evidence based wordt aangereikt. Goede zorg is zorg van een hoog professioneel niveau. Goede zorg is zorg die doelmatig en doeltreffend wordt verleend. Goede zorg is zorg die de waardigheid en integriteit van de cliënt ondersteunt. Goede zorg is verantwoorde zorg waar tussen de aspecten doeltreffend, doel-

matig en cliëntgericht de juiste verhouding wordt gevonden. Goede zorg is de zorg die beantwoordt aan de specifieke behoeften van de cliënt. Goede zorg is kwaliteitsvolle zorg...

Al snel wordt duidelijk dat wat als 'goede zorg' wordt beschouwd in belangrijke mate beschreven wordt vanuit het perspectief van waaruit men de zorg benadert

Perspectief van de	Goede zorg is....
Oudere persoon	Zorg die beantwoordt aan mijn persoonlijke behoeften, bij voorkeur wordt aangereikt in een voor mij vertrouwde omgeving, waar ikzelf de regie over kan voeren en die betaalbaar is.
Mantelzorger	Zorg die op maat is van de cliënt, rekening houdt met mijn behoeften en betaalbaar is.
Wetenschapper	Zorg die evidence based wordt verleend en meetbaar effectief is.
Zorgmanager	Zorg die zo efficiënt als mogelijk wordt georganiseerd, tegen de laagst mogelijke kosten met best mogelijke resultaat.
Zorgmarketeer	Zorg waarover de cliënt tevreden is.
Zorgprofessional	Zorg die verleend wordt vanuit professionele standaarden en wetenschappelijk verantwoord is.
Politicus	Zorg die kwaliteitsvol wordt aangereikt, d.w.z. cliëntgericht, doelmatig, doeltreffend en continu wordt verleend (cfr. Vlaams kwaliteitsdecreet ¹), financieel toegankelijk is voor de cliënt en rekening houdt met de beschikbare financiële middelen.
Filosoof	Zorg die het goede leven als uitgangspunt neemt.
Zorgethicus	Zorg die menslievend is: de kern hiervan is dat vaktechnisch correcte zorg een absolute voorwaarde is, maar dat zorg mensen pas echt goed doet als ze het gevoel hebben dat de zorgverlener hen ziet staan. ²

1. Vlaams decreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen.
2. Heijst, A. van (2006). Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit. Uitgeverij Klement: Kampen.



Joris Slaets,
hoogleraar ouderengeneeskunde en directeur van Leyden Academy te Nederland

'Als we werk willen maken van kwaliteit van leven, dan moeten we ons zoveel mogelijk inzetten om kansen te scheppen voor betekenisvolle ontmoetingen met andere mensen.'

De diverse omschrijvingen maken zichtbaar dat wat men onder 'goede zorg' begrijpt, beschreven wordt op basis van de positie, het perspectief, de interesses en de maatstaven van de persoon die de kenmerken van 'goede zorg' schetst. Het is dan ook niet ongewoon dat de opvattingen over 'goede zorg' wel eens botsen, omdat ze vertrekken vanuit verschillende logica's. Bij het beschrijven van 'goede zorg' is het van belang steeds goed voor ogen te houden vanuit welk perspectief dit gebeurt.

De vraagstelling naar wat men 'goede' zorg vindt en 'welke zorg moet worden nagestreefd' is, zoals blijkt, alvast een 'normatieve' vraag. Wat de ene goed vindt, zal de andere mogelijk niet goed vinden of zelfs verwerpelijk.

Het maakt ook inzichtelijk dat 'zorg' moreel geladen is of, met andere woorden, dat men via 'zorg' morele waarden verwerkelijkt, zoals solidariteit met kwetsbare mensen, autonomie, verbinding, kwaliteit van leven, respect, menswaardigheid, zelfontplooiing, inclusie. Dit heeft tot gevolg dat – als men het heeft over kwaliteit van de zorg – de discussie verder dient te gaan dan het naleven van de correcte procedures, het nakomen van veiligheidseisen en het betrachten van transparantie.³ Het veronderstelt tevens een uitspraak over wat in een welbepaalde zorgcontext zorg tot 'goede' zorg maakt.

3. Baart, A. in samenwerking met den Bakker, J., (2018). De ontdekking van kwaliteit. Theorie en praktijk van relationeel zorg geven. Uitgeverij SWP Amsterdam, p. 111.

VAN ETHISCHE INTUÏTIE NAAR ETHISCHE REFLECTIE

Mensen voelen vaak spontaan aan wat goed of niet goed is. Dat buikgevoel wordt **ethische intuïtie** genoemd. Bijvoorbeeld, het bekijken van een nieuwsreportage over kinderen op de vlucht wekt bij veel mensen gevoelens van verantwoordiging op. Over wat 'goede zorg' of 'het goede leven' betekent, heeft iedereen zijn mening klaar. Het ethische buikgevoel is belangrijk. Dit zijn voelsprietten die ons gevoelig houden voor situaties waar de menselijke waardigheid onder druk staat. Dit is echter niet voldoende. Ethisch denken ontstaat bij 'een systematische reflectie op het menselijke gedrag in het licht van menswaardigheid' (Prof. Chris Gastmans).

Voor een woonzorgcentrum betekent dit dat zowel de bestuurders en de leidinggevenden, als de medewerkers en de vrijwilligers met elkaar regelmatig en in alle openheid overleggen over een gedeeld waardenkader dat werkbaar is als referentiekader voor de besluitvorming, het organiseren en het verlenen van zorg- en dienstverlening. Zulk kader is een hulp bij het kritisch reflecteren over de verleende zorg- en dienstverlening, houdt iedereen in de organisatie scherp en wakker en leert op een permanente wijze de zorg te evalueren en bij te sturen, waar mogelijk in samenspraak en afstemming met de bewoner en zijn naasten.

Bij zorg verlenen gaat het niet zelden om een praktijk die complex, meerlagig, instabiel, rijk aan relaties, waarden en betekenissen is. In deze praktijk, die complexer is dan men gewoonlijk aanneemt, moet dan ook recht gedaan worden aan het bijzondere, het unieke van elke zorgsituatie⁴. Bij het ethisch reflecteren overschouwt men de verschillende opinies, meningen, perspectieven over een specifieke zorgsituatie en de vastgestelde zorgnoden en toetst men deze af aan wat voor de bewoner belangrijk is (bewonersperspectief), om zo te komen tot de goede zorg voor deze bewoner.



4. Geïnspireerd door Baart, A. in samenwerking met den Bakker, J., (2018). De ontdekking van kwaliteit. Theorie en praktijk van relationeel zorg geven. Uitgeverij SWP, Amsterdam, p. 83.

VERSCHILLENDE ETHISCHE BENADERINGSWIJZEN

Ethiek kent diverse stromingen die allen vertrekken van eigen visies en aandachtsgebieden.

De medisch-ethische benadering is voornamelijk een principesbenadering, waarvan de basisprincipes beschreven werden door Beauchamp en Childress in hun boek 'Principles of Biomedical Ethics' (1989):

1. het principe van de *autonomie*, waaronder de toestemming van de patiënt, alsook het vaak complexe thema rond de wils(on)bekwaamheid;
2. het principe van het *weldoen* (benefice) dat vereist dat als verschillende waarden in het geding zijn, deze worden gekozen die het meest aansluiten bij het belang van de patiënt;
3. het principe van *geen kwaad* of geen schade berokkenen;
4. het *rechtvaardigheidsprincipe* waaruit onder andere het recht op gezondheidszorg voortvloeit en de basis is voor de verdeling van de beschikbare middelen van gezondheidszorg.

Deze basisprincipes zijn nog steeds richtinggevend bij de besluitvorming bij medisch-ethische besluitvorming die onder andere kan plaatsvinden in de medisch-ethische commissies in de ziekenhuizen.

De **regelethiek of rechtenethiek** legt het accent op het volgen van algemeen geldende regels en principes in de concrete situaties. Een handeling is onjuist als een welbepaalde regel, wet of

recht wordt geschonden, zowel algemene als persoonlijke rechten (bijvoorbeeld het recht op zelfbeschikking of briefgeheim).

Volgens **de deugdeethiek** dienen de mensen zich in te spannen om deugdzaam te zijn. Het begrip 'deugd' vindt men terug in vrijwel alle vormen van ethiek, maar de klassieke traditie van de deugdeethiek (Aristoteles, Thomas van Aquino) past in een teleologische theorie, dat wil zeggen een theorie die vertrekt vanuit een begrip van het doel van het menselijk leven. In die klassieke traditie wordt dat doel opgevat als 'geluk' en vormt de deugd de (belangrijkste) manier waarop dat doel wordt bereikt. De vier klassieke kardinale deugden zijn wijsheid, rechtvaardigheid, gematigdheid en sterkte (standvastigheid).

Het uitgangspunt van **zorgethiek** is de gedachte dat er in iedere vorm van zorg iets zit wat 'goed' is. Dat goede is meer dan 'nuttig', 'efficiënt' of aangenaam' (www.zorgethiek.nu). Het is moreel van aard: het heeft te maken met een goed leven, met en voor anderen, in rechtvaardige instituties. De zorgethiek benadert elke mens steeds als een unieke persoon die zich beweegt in een unieke situatie en betrokken is op een eigen netwerk. De zorgethiek legt de focus op het belang van relationeel zorg verlenen. Men beschouwt de relatie als een werkzame factor in het activeren, helen, steunen en op de been krijgen van mensen⁵.

5. Baart, A. in samenwerking met den Bakker, J., (2018). De ontdekking van kwaliteit. Theorie en praktijk van relationeel zorg geven. Uitgeverij SWP, Amsterdam, p. 69.

DE ZORGETHIK, EEN INSPIRERENDE ETHIEK

Zorgethiek is, in tegenstelling tot wat vaak wordt gedacht, geen ethiek van de zorg. De 'zorgethiek' is onder andere ontstaan als een reactie op de overdreven 'probleemgerichtheid' in de gezondheidszorg: vanuit een zorg voor het objectieerbare, wetenschappelijke van de gezondheidszorg, moeten subjectieve stoorzenders zoveel mogelijk uit de praktijk geweerd worden, wat alleen maar lukt via het strikt hanteren van een aantal zogenaamde objectieve regels (regelethiek)... Zorgethiek legt dan ook de nadruk op 'betrokkenheid', op bekommernis, zorgzaamheid, empathie, op de verhouding tussen de betrokkenen... Het heeft dan ook alles te maken met een attitude, de manier van omgaan van de zorgverlener met de zorgvrager⁶.

Zorgethiek is een specifieke vorm van ethiek. De sleutelvraag luidt steeds weer: *Wat is goede zorg, gegeven deze particuliere situatie?* Om deze vraag te kunnen beantwoorden, wordt een theoretisch kader gebruikt dat dienst doet als interpretatieve lens. Het theoretisch kader is opgebouwd rond het '*concept zorg*', dat breed verstaan wordt. Zorgen wordt begrepen als een sociale praktijk. Dat betekent dat mensen voortdurend afstemmen op anderen en zichzelf, al dan niet in professionele settings. Dat 'afstemmen' doen mensen om de gedeelde wereld te handhaven, voort te zetten, te herstellen of bij te stellen, zodanig dat zij daarin zo goed mogelijk kunnen leven⁷.

Fasen van het zorgproces	Morele dimensie
Zorgen maken om	De zorgverlener is aandachtig voor wat leeft bij de bewoner, wat van betekenis is voor de bewoner.
Zorg opnemen	De zorgverlener voelt zich verantwoordelijk om samen met de bewoner te zoeken naar een passend antwoord op een specifieke nood, zorg- of ondersteuningsvraag.
Zorg verlenen	De zorgverlener verleent op een professionele, deskundige, zorgvuldige wijze zorg.
Zorg ontvangen	Zorg die zo efficiënt als mogelijk wordt georganiseerd, tegen de laagst mogelijke kosten met best mogelijke resultaat.
Zorgen met	De zorgverlener gaat na of de verleende zorg aansluit bij de behoeften en verwachtingen van de bewoner (responsiviteit).
Zorgprofessional	Samen met anderen zorgen in een sfeer van wederzijds vertrouwen en respect, wat openheid vraagt voor verschillende meningen en perspectieven en ook solidariteit voor elkaar en voor de meest kwetsbaren.

6. Burggraave, R., (2003). Zorgethiek in de praktijk. Stappenplannen en zorgethiek. blikopener-reflectienamiddag. Vlaams Welzijnsverbond, Brussel.

7. Naar Universiteit voor Humanistiek Utrecht: <https://www.uvh.nl/onderzoek/leerstoelgroepen/zorgethiek/wat-is-zorgethiek>

Bij zorgethiek gaat het uitdrukkelijk om een manier van kijken naar menselijke relaties en het menselijke bestaan (als een kwetsbaar bestaan). Zorgethiek wil niet normerend zijn, maar wil vooral dat iedereen die bij de zorg wordt betrokken, leert vanuit ervaringen en de ruimte krijgt om vanuit die ervaringen de zorg te verbeteren of te borgen.

Sleutelwoorden van de **zorgethiek** zijn: kwetsbaarheid, menswaardigheid, afhankelijkheid, relatie en context. Zorg en zorg verlenen is een heel menselijke manier om aan die intrinsieke kwetsbaarheid van de mens een menswaardig antwoord te bieden. Ouder worden stelt die menselijke kwetsbaarheid scherp: de confrontatie met toenemende afhankelijkheid, allerlei ongemakken, de ervaring van de eindigheid van het bestaan... Het is de confrontatie met kwetsbaarheid die ons ethisch verantwoordelijk maakt. De kwetsbaarheid van de mens laat ons niet onverschillig. Zorgethiek is in dat opzicht een verantwoordelijkheidsethiek.

De visie op de **zorgethiek** is terug te vinden in de theorie van de presentie van **Andries Baart**, in het concept van de menslievende zorg en de zorgethiek over erkenning van **Annelies van Heijst**, in het concept van de waardigheidsbevorderende zorg van **Chris Gastmans** en **Linus Vanlaere**, het gedachtegoed van **Anne Goossens** met betrekking tot het voorkomen of van reductie in de zorg en, ten slotte, bij de beschrijving van het zorgproces en de daarmee verbonden ethisch relevante begrippen van Joan Tronto. Volgens **Joan Tronto** zijn er vijf fasen in het zorgproces.⁸ In de praktijk zullen deze fasen elkaar niet altijd chronologisch opvolgen en kunnen verschillende fasen door verschillende personen op zich genomen worden. Goede zorg vereist, aldus Tronto, in elke fase een specifieke morele kwaliteit.

8. Tronto, J., Caring Democracy: Markets, Equality, and Justice. New York University Press, 2013.



HET WOONZORGCENTRUM, EEN WAARDENGEDREVEN ORGANISATIE

Door hun specifieke opdracht en hun specifieke doelgroep bevinden woonzorgcentra zich in een waardengevoelig en ethisch geladen maatschappelijk domein. Zij staan daar niet 'neutraal' in. De **mens- en zorgvisie en de missie** die het woonzorgcentrum voorstaat, vertaalt zich in de concrete dagelijkse zorgverlening. Van woonzorgcentra wordt ook uitdrukkelijk verwacht dat ze de menswaardigheid, de **levenskwaliteit en -zin** en de autonomie van de bewoners bevorderen en dit met aandacht voor hun specifieke sociale context en uniciteit. Dit doen ze niet neutraal: de visie en de missie zijn het kompas dat de zorgverleners stuurt in de dagelijkse praktijk.

Woonzorgcentra zijn vanuit dat perspectief te beschouwen als **morele (zorg en leef-) gemeenschappen** die samen gericht zijn op het verlenen van ethisch verantwoorde zorg, dit wil zeggen zorg die recht doet aan de uniciteit, de integriteit, de waardigheid, de veiligheid, het welzijn en de gezondheid van elke bewoner. Dit veronderstelt dat de visie en het daaraan verbonden waardenkader van het woonzorgcentrum, zoals geformuleerd door de beheersinstantie, consistent

voorgeleefd en doorleefd worden en dat men hier gezamenlijk verantwoordelijkheid voor draagt. Het veronderstelt tevens een organisatiecultuur die ervan uitgaat dat mensen hun best doen om zorg en diensten te verlenen waar ze trots op kunnen zijn, waar ruimte is voor een zelfkritische houding en transparantie om van elkaars fouten te leren.

In dergelijke cultuur vertrouwt men er op dat de medewerkers de gangbare regels en procedures intelligent volgen, maar ook met verstand overtreden en eventueel buiten werking stellen, als de situatie van de bewoner en hun naasten daar beter van worden⁹.



9. Naar Baart, A. in samenwerking met den Bakker, J., (2018). De ontdekking van kwaliteit. Theorie en praktijk van relationeel zorg geven. Uitgeverij SWP, Amsterdam, p. 67.



ENKELE VOORBEELDEN MENS- ZORGVISIES EN MISSIES

Zorgbedrijf Antwerpen: 'Comfortabel en betaalbaar ouder worden, daar heeft iedereen recht op. Wij zorgen dat alle schakels voorhanden zijn om dit mogelijk te maken. Onze visie is er een van samenhang. Kwaliteit is daarbij de eerste zorg. Zorgbedrijf Antwerpen brengt elke dag 10 waarden in de praktijk: integer, correct en betrouwbaar, respect voor iedereen, professioneel, klantgericht, open, met hart en ziel, middenbewust, fier, ondernemend en samen.'
<https://www.zorgbedrijf.antwerpen.be/zorgbedrijf-antwerpen/onze-visie-op-zorg>

Senior Living Group: 'Net zoals kwalitatief hoogstaande zorg en zingeving de fundamenten zijn van onze missie ten opzichte van de bewoners, willen we als groep ook onze medewerkers goed omringen en ze een aangename werkomgeving bieden, "zorg dragen voor hen die zorgen".

Altijd staan mensen voorop. In de eerste plaats de bewoners en hun families, die we met de allerbeste zorgen willen begeleiden om ze een zo hoog mogelijke levenskwaliteit te bieden. Als groep hebben we bovendien diezelfde verantwoordelijkheid ten opzichte van al onze medewerkers.
<https://www.srliving.be/nl/>

Integro: 'Integriteit, kwaliteit en dialoog zijn sleutelwaarden in het Integrobeleid. Senioren en hun relaties mogen bij Integro rekenen op maximale autonomie en zorg in dialoog. Wij zien onze klanten als evenwaardige gesprekspartners. We hanteren een holistische benadering waarbij de lichamelijke zorgen ingebed zijn in een zorgbeleid dat uitgaat van de individuele beleving binnen een individuele levenswandel. Kwaliteit van leven primeert hierin. Onze medewerkers tonen een diep respect en zijn er zich van bewust dat ze zich dagelijks begeven op het woonterrein van onze senioren.'
<https://www.integrozorg.eu/>

ETHISCH VERANTWOORD ZORG VERLENEN: DRIE PERSPECTIEVEN

Het begrip 'goede zorg' kan je vanuit drie perspectieven benaderen, met name het perspectief van de zorgvrager en de relatie tussen de zorgvrager en zorgverlener (micro-perspectief), het perspectief van de zorgorganisatie (meso-perspectief) en het perspectief van de overheid (macro-perspectief).

HET MICRO-PERSPECTIEF

De zorgverlener is een spil in de directe omgang met de bewoner. Het is in de relatie zorgverlener-bewoner dat de bewoner het gevoel krijgt van al of niet 'in goede handen' te zijn. Het is van dan ook erg belangrijk dat er in het woonzorgcentrum en de arbeidsorganisatie voldoende ruimte is voor een permanente kritische en creatieve zoektocht naar wat het beste zorgantwoord is voor de kwetsbare situatie waarin de specifieke bewoner zich bevindt. Het vraagt van de zorgverleners de continue openheid om **'geraakt te worden door'** situaties van kwetsbaarheid, aandacht voor het particuliere (geen veralgemeningen, routines etc.) en een combinatie van deskundigheid (waaronder kritisch denken) en een zorgzame houding.

De zorgethiek beschouwt **de zorgrelatie als dé hefboom voor 'goede' zorg**. In de relatie zorgverlener-bewoner kan de waardering voor de uniciteit, de betekenisvolheid van de bewoner bevestigd worden of miskend worden. Binnen de zorgrelatie gaat het, aldus de zorgethiek, om een voortdurend actueel aftasten van wat gewenst wordt, wat van betekenis is, wat mogelijk is binnen de context en die mogelijkheden duiden. Wat goed is voor de ene bewoner werkt niet noodzakelijk voor de andere.

In het zoeken naar **het meest haalbare** is het essentieel dat we kunnen verschillen van mening, dat we de verschillen op tafel leggen en kijken hoe we van daaruit verder samen kunnen beslissen. En vooral ook, daar waar we in het antwoord op kwetsbaarheid, voorbij het evidente durven gaan en niet te vlug kiezen voor de onmiddellijke, gemakkelijke oplossingen, maar creatief durven te zijn, durven te springen, en ja, soms struikelen. Vooraf gegeven antwoorden op ethische vragen zijn er niet. Het gaat om een proces dat zich voltrekt 'en cours de route'¹⁰.

Goede zorg is dus meer dan **zorgen dat iemand overeind blijft**, het is ook met die persoon in wisselwerking treden (wederkerigheid) en hem het gevoel geven dat hij wordt opgemerkt, dat hij mag zijn, zoals hij is. Dat men hem ziet staan. Mensen verlangen goede zorg te krijgen. In dit verlangen ligt de erkenningsbehoefte ingesloten. Wordt deze overgeslagen of genegeerd, dan ontstaat er een manco in de zorg en voelt men zich 'miskent', hoe goed de zorg vaktechnisch ook verleend wordt. Er telt dus veel meer dan vaktechnische voortreffelijkheid. Goede zorg is zorg die je niet tot 'object', maar tot subject van zorg maakt¹¹.

Zorg geven is vanuit zorgethisch perspectief in essentie een **relationele activiteit**. Het is één van de manieren waarop mensen het leven delen en vormgeven. In en door een zorgrelatie kunnen de bewoner en zijn naasten tevoorschijn komen als mensen met een eigen verhaal. In de praktijk kan het soms moeilijk zijn om een zorgrelatie op te bouwen met een bewoner omdat deze bijvoorbeeld mogelijks onaanspreekbaar is (bijvoorbeeld bij een bewoner met dementie), maar ook dan zijn er nog steeds manieren van contact denkbaar die een zorgrelatie, hoe bescheiden ook, realiseerbaar maken.

De zorgrelatie is dé vindplaats waar goede zorg tot uitdrukking kan komen omdat zorgverlener en bewoner zich op elkaar afstemmen. Het kan de plek zijn waar de bewoner zich kan laten zien zoals hij is en de plek waar de zorgverlener zijn medemenselijkheid tot uitdrukking kan brengen. Het is de veilige plek waar de bewoner zich erkend en gerespecteerd voelt, bevestigd wordt in zijn bestaan, **een plek waar hij als mens telt** en niet als zijn aandoening of kamernummer. Het is de plek waar én de bewoner én de zorgverlener als mens kunnen groeien. Het kan een weldadige plek zijn, maar evenzo een plek waar men leed kan toevoegen aan het leed.

Kortom: de verbinding tussen mensen 'op de werkvloer' is de voornaamste bron van kwaliteit. Als daar niets gebeurt, is de rest beschreven papier. In die verbinding komt alles aan op de vraag of de bewoner de ruimte krijgt om tevoorschijn te komen en te laten zien wie zij/hij werkelijk is. Dat gaat niet alleen om bejegening, maar om het ontdekken van mogelijkheden. Zorgverleners die zich met een bewoner en zijn naasten verbinden, krijgen meer van die bewoner en zijn naasten te zien, dan wanneer ze dat niet doen¹².

10. Denier, Y. Wabi-sabi, Column in Tertio, 24 oktober 2018, Antwerpen.

11. Van Heijst A., (2008). Menslievende zorg. Een Ethische kijk op professionaliteit, Kampen, Klement, 2008 (5de dr.).

12. Reinders, H. <http://www.beeldenvankwaliteit.nl/organisatie/hans/>

MESO-PERSPECTIEF

Het behoort tot de kernopdracht van het bestuur en het management om contexten en (organisatie-)structuren te creëren die menswaardige zorg verlenen mogelijk maakt. Het meso-niveau omvat dan ook de diverse **aspecten van een zorgorganisatie** die 'goede zorg' verleent. Heeft de organisatie een visie op wat 'goede' zorg is? Welke waarden vindt ze hierbij richtinggevend? Is er een openheid voor kwetsbaarheid en menswaardigheid van de zorgvragers en de medewerkers? Is er een organisatiecultuur aanwezig die het mogelijk maakt kritisch te reflecteren over de verleende zorg? Welke stem krijgen hierbij de bewoner, de familie, de medewerkers, de vrijwilligers...

Ook de relatie tussen 'goede zorgverlening' en 'deugdelijk bestuur' speelt hier. Maakt het bestuur gebruik van een **code deugdelijk bestuur** en handelt het er consequent naar? Neemt het bestuur en het management ook de ruimte om kritisch te reflecteren over te nemen of genomen beslissingen? Worden deze afgetoetst aan het **waardenkader van de organisatie**?

Maar er is meer. Het veronderstelt ook een bestuur en een management dat zich **oriënteert op de buitenwereld**, de inzet van vrijwilligerswerk, de verbondenheid met de buurt, de mogelijkheid tot behoud van de sociale contacten en een positief imago. Een woonzorgcentrum dat 'goede zorg' verleent, integreert zich in de samenleving, toont zijn maatschappelijke relevantie aan en onderhoudt goede contacten met alle belanghebbenden.

Mogelijks ligt een van de grootste uitdagingen voor het bestuur en het management van een woonzorgcentrum in het evenwichtig benaderen en **omgaan met de vele botsende logica's** waarmee het bij de beleidsvoering wordt geconfronteerd. De vele indringende specifieke vragen

en verwachtingen van de bewoners, de familie, de medewerkers, de overheid en de samenleving met elkaar verzoenen is geen sinecure en vergt heel wat creativiteit, integriteit en volgehouden inspanningen.

MACRO-PERSPECTIEF

Een woonzorgcentrum is geen eiland op zich. Het is ingebed in een samenleving en wordt beïnvloed door de dominante maatschappelijke waarden en politieke besluitvorming. De beeldvorming over zorg, zorg verlenen en zorg ontvangen bepaalt sterk de menselijke relaties en het zelfbeeld van zowel zorgverlener als zorgontvanger. De regulering en financiering ervan bepalen mee de context waarbinnen zorg wordt verleend en kan worden verleend. Het is de opdracht van elke woonzorgcentrum om in deze contexten van verschillende maatschappelijke tendensen te zoeken naar mogelijkheden tot het creëren van **ruimte voor relaties en zorgethisch** zorg verlenen.

De politieke beleidsvisie over ouderenzorg komt tot uiting in het operationele ouderenzorgbeleid. Deze visie kan een verregaande invloed hebben op de concrete zorgpraktijk en de ervaringen van de zorgafhankelijke, kwetsbare ouderen. De zorgethiek kan politici een spiegel voorhouden en de kritische vragen stellen over de zorgethische draagwijdte van gangbare of toekomstige politiek-maatschappelijke zorgconcepten. De **cruciale vraag** hierbij zal steeds zijn: 'In welke mate draagt dit concept, deze wet, deze politieke besluitvorming, dit initiatief bij tot een meer menselijke en zorgzame samenleving in het algemeen, en tot de kwaliteit van het leven en de menselijke waardigheid van de zorgafhankelijke, kwetsbare mens(-en) in het bijzonder?'



BEKOMMERNIS¹³, BASISATTITUDE IN DE ZORG

Met het begrip 'bekommernis' wordt de betrokkenheid van de zorgverlener geduid op de kwetsbaarheid, de fragiliteit en de afhankelijkheid van de persoon die in het woonzorgcentrum woont. Het woord maakt meteen de kernattitude zichtbaar waar het in de zorgethiek om gaat: betrokken zijn op een persoon die het niet goed maakt en zonder hulp ook niet verder kan. In 'bekommernis' staat de daadwerkelijke betrokkenheid op en de aandacht voor wat er speelt voor de bewoner voorop.

DE BEKOMMERNIS VERTAALT ZICH IN VIER ORIËNTATIES BINNEN DE ZORG DIE ELKAAR (KUNNEN) OVERLAPPEN:

Oriëntatie op de	Intentie	Toelichting
Kwaal	Goede zorg is verzorgd. <i>Al het nodige goed doen</i>	De aandacht van de zorgverlener gaat naar de lichamelijke, geestelijke, sociale en spirituele noden/ problemen van de bewoner en de inzet van de best mogelijke vakkennis om deze doeltreffend te lenigen of op te lossen.
Mens	Goede zorg is zorgzaam. <i>Aandachtig en relationeel sturen</i>	Kwaalgerichtheid is echter onvoldoende. De 'kwaal' is iemands kwaam en ondervindt angst, hoop, verwarring. De zorg en ondersteuning moet passen in het unieke leven van de bewoner. Zorg verlenen gebeurt mensgericht, met aandacht de afstemming zoekend. Mismatch vermijdt.
Uitvoering	Goede zorg is zorgvuldig. <i>Trouw de zorg bijstellen en afmaken</i>	De zorgverlening die verleend wordt (afgestemd op de kwaal en de persoon en het leven van de bewoner), wordt op de juiste wijze uitgevoerd: steeds kijkend en bijsturend en afvragend of wat goed bedoeld is, ook goed uitpakt. Zo niet, dan moet er bijgestuurd worden.
Houding	Goede zorg is bezorgd. <i>(mogen) Zorgen uit betrokkenheid</i>	Ten slotte, is de houding van de zorgverlener van groot belang, zowel voor de bewoner, als voor de zorgverlener. Zelfs al heeft men de beste antwoord of oplossing, in aansluiting bij de bewoner, en wordt de zorg bijgestuurd op basis van feedback, dan nog zou men niet willen dat de zorg kil gegeven wordt, nonchalant, routinematig en wil men niet dat de zorgverlener opbrandt of geen plezier meer aan zijn werk kan beleven of er geen zin meer in vindt.

13. Baart, A. in samenwerking met den Bakker, J., (2018). De ontdekking van kwaliteit. Theorie en praktijk van relationeel zorg geven. Uitgeverij SWP, Amsterdam, p. 184-200.



EEN GEÏNTEGREERDE BENADERING

Het ethisch verantwoord zorgbeleid in een woonzorgcentrum betreft uitdrukkelijk een geïntegreerd beleid. Het speelt immers op alle niveaus van de organisatie, in alle keuzes en in alles wat gebeurt. Het is een continu proces, **geen 'one shot'**.

Omdat dat proces uniek is voor elk woonzorgcentrum, kan er **geen blauwdruk** worden uitgeschreven en aangereikt. Het vraagt een kritische en creatieve reflectie vanuit kernwaarden van het woonzorgcentrum. Het delen van ervaringen en het leren doorheen en van ervaringen zijn manieren om te groeien in het verlenen van ethisch verantwoorde zorg. Om dit proces intern op gang te trekken, kan het wenselijk zijn, hiervoor **externe expertise** in te huren. Een woonzorgcentrum kan ervoor kiezen een **ethicus** aan te werven, maar deze kan enkel

succesvol zijn of haar werk verrichten als diens functie ingebed ligt in een brede beleidsvisie op ethisch verantwoorde zorg.

Goede zorg vanuit het perspectief van de zorgethiek betekent vooral het nastreven van wat het 'meest menselijk haalbare' is in een gegeven situatie, zowel voor de bewoner, zorgverleners als voor de organisatie¹⁴.

14. Vanlaere, L., Lemiengre, J., De Wachter, L., & Van Ooteghem, L., (2015). Ethisch leiderschap in de zorg. Verkenning vanuit de zorgethiek. Uitgeverij Garant, Antwerpen.

Enkele richtinggevende vragen die bestuurders, leidinggevend en medewerkers zich kunnen stellen:

MICRONIVEAU

- Weet ik wat er écht speelt voor de bewoner en zijn naasten?
- Stem ik de zorg voldoende af op de noden van de bewoner?
- Draagt mijn zorg bij tot de kwaliteit van het leven van de bewoner?
- Durf ik afwijken van procedures en richtlijnen in het voordeel van de bewoner?
- Wat is goede zorg voor mij, als zorgverlener, en wat is het voor het zorgteam?
- Kan ik/het zorgteam goede zorg verlenen?
- Welke ondersteunende en hinderende factoren stellen we hierbij vast?
- Waar liggen nog verbetermogelijkheden?
- Staat het zorgteam regelmatig stil om over ethische dilemma's te reflecteren?

MESO NIVEAU

- Is onze missie en het daarbij aansluitende waardenkader gekend, duidelijk en richtinggevend bij onze zorgverlening?
- Hoe informeren we de bewoners, de nieuwe medewerkers, de vrijwilligers over ons richtinggevend waardenkader?
- Is er tijd voor ethische reflectie? Intervisie?
- Is er voldoende ruimte voor ethische vorming?
- Zijn we aanspreekbaar voor ethisch gevoelige vragen?
- Is er aandacht voor ethische aspecten van beleid en bestuur?
- Laten we ons kritisch bevragen?
- Is er aandacht voor gewetensbezwaren van hulpverleners?

MACRO NIVEAU

- Hoe dragen we bij aan de positieve beeldvorming over woonzorgcentra?
- Wat is onze maatschappelijke meerwaarde als woonzorgcentrum?
- Kunnen we alle zorgvragen aan? Wat als we dat niet kunnen?
- Hoe gaan we om met vroegtijdige zorgplanning, palliatieve zorg en levenseindezorg?
- Hebben we aandacht voor maatschappelijke thema's (vb. armoede, milieu, gendergelijkheid)?
- Welke bijdrage leveren we aan ethische reflectie op maatschappelijk niveau (vb. levensmoeheid, inzet van sociale robots...)?



ETHISCH VERANTWOORD ZORGBELEID, EEN UITDAGING VOOR BESTUUR EN MANAGEMENT

Bij de zorgethiek gaat het over 'zorg' die beschouwd wordt als **een praktijk**, een activiteit tussen een zorgvrager en een zorgverlener. Dit speelt zich steeds af in een specifieke context en de unieke zorgrelatie. De directe zorgomgang met de bewoners, de zorgethische attitude en de zelfreflectie van de zorgverleners, spelen een belangrijke rol bij de realisatie van een ethisch verantwoorde zorg.

De zorghandelingen ontstaan uit een houding van **aandachtige betrokkenheid en zorgzaamheid**. De zorgzame houding veruitwendigt zich doorheen concrete zorgactiviteiten. Bij een te eenzijdige fixatie op het 'doen' en het ontbreken van een betrokkenheid wordt zorg niet als 'goede' zorg ervaren en loopt men zelfs het risico van het toevoegen van lijden aan het lijden. Het omgekeerde geldt uiteraard ook: een te eenzijdige concentratie op het 'zijn' en het ontbreken van deskundigheid kan nefaste gevolgen hebben voor de ervaring van 'goede' zorg.

Indirect is er eveneens invloed op het zorgethisch gehalte van de zorg: **hoe** teamleden, zorgcoördinatoren, de sociale werker, directie en bestuursleden optreden, **met elkaar omgaan** en ruimte scheppen voor gesprek rond ethische dilemma's en botsende logica's, heeft een invloed op de directe zorgrelatie tussen de zorgverlener enerzijds en de bewoner anderzijds.

Zorgethisch handelen en zorgethische attitudes zijn niet afdwingbaar. Meer zelfs: ze kunnen gewoonweg niet afdwingbaar zijn. Het veronderstelt immers een **interne motivatie** en is gegrond in een **(authentieke) zorgrelatie** met de bewoner.

De zorgrelatie wordt door de zorgethiek beschouwd als dé plek waar de zorg daadwerkelijk ontstaat, afgestemd wordt op deze ene bewoner en de mogelijkheden van de bewoner. De relatie zelf is bovendien vaak een vorm van zorg voor de bewoner: **gezien, gehoord en serieus genomen**¹⁵. Al wie van het zorgen zijn beroep maakt, heeft er voor gekozen mensen te helpen, in relatie te gaan met medemensen die hem vreemd zijn. Zowel in zijn zorginterventie of presentie verwerkelijkt een zorgverlener waarden die al dan niet de menselijke waardigheid van de bewoner bevestigen of ondersteunen.

In de woonzorgcentra speelt het grootste deel van het zorgethisch handelen zich af in de dagelijkse zorg en dit gebeurt voornamelijk buiten het oog van de bestuurders en het management. Zorgverlening die niet gedragen wordt door interne motivatie, vinden de bewoners niet authentiek. Niettemin heeft het bestuur en het management hier een belangrijke verantwoordelijkheid. Zorgethisch handelen kan men niet afdwingen, maar wel **bevorderen en stimuleren** (en omgekeerd, ook bemoeilijken of verstoren).

Hun bijdrage is onmisbaar om de zorgverleners aan te moedigen tot zorgethisch handelen en ze daarin te laten groeien. Zonder hun ondersteuning zullen maar weinig, zelfs zeer gemotiveerde zorgverleners, stand houden om ethisch verantwoorde zorg te blijven bieden.

De **ervaringen** die de zorgverleners bij het zorgethisch handelen opdoen, kunnen het vermogen om zorgethisch te handelen versterken en ook stimuleren. Ze versterken de interne motivatie om zorgethisch te handelen en maken hen daar ook meer bedreven in: ze verdiepen relaties, ze zien scherper, begrijpen beter wat er op het spel staat en ze slagen er beter in om er gehoor aan te geven.

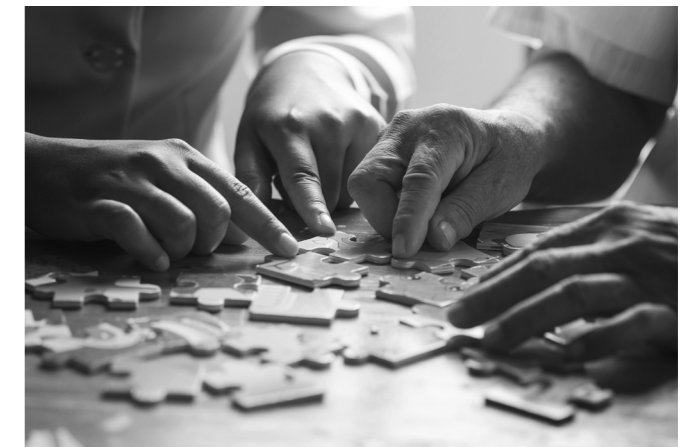
De kans dat de interventies van de zorgverleners zorgethisch zijn, wordt tevens beïnvloed door de aard van hun **relatie met hun leidinggevenden**. Als zij met hen op een zorgethische wijze omgaan (aandachtig, betrokken, zorgzaam en zorgvuldig), wordt die kans groter.

Als een leidinggevende evengoed zorgethisch benaderd wordt door bestuursleden, worden de mogelijkheden tot **zorgethische omgang** weer groter. Daarom vraagt een zorgethisch beleid niet alleen ruimte voor een zorgethische relatie tussen zorgverlener en bewoner, maar ook tussen medewerkers en hun leidinggevenden, en leidinggevenden en hun directie en bestuurders.

Er moet dus ruimte zijn voor de zorgverleners om zorgrelaties met de bewoners te ontplooiën en te verdiepen. Dat **vraagt tijd en ruimte**: de tijd en ruimte om zich eerst af te stemmen op de bewoners alvorens tot handelen over te gaan. Tijd en ruimte om op een verantwoorde wijze af te wijken van procedures en huisregels in het belang van de bewoner. Het vraagt echter ook en vooral

aandacht: aandacht die ervoor zorgt dat men met de bewoner bezig is en zich geconcentreerd focust op wat er gebeurt, op wat aan de orde is. Het veronderstelt dat medewerkers in staat zijn de eigen behoeften naar de achtergrond te plaatsen en ten volle te gaan voor de persoon die zorg nodig heeft.

Ethisch verantwoorde zorg ontwikkelt zich het best in een context van een **'werkbare werkomgeving'** en **'goed werkgeverschap'**. Wanneer zorgverleners continu onder een hoge werkdruk staan, niet de mogelijkheid krijgen om 'goede' zorg te verlenen, geen mogelijkheid krijgen om in vertrouwen hun vragen, bekommernissen



15. Baart, A. in samenwerking met den Bakker, J., (2018). De ontdekking van kwaliteit. Theorie en praktijk van relationeel zorg geven. Uitgeverij SWP, Amsterdam, p. 72.

en dilemma's op vlak van ethiek ter sprake te brengen, geen werkomgeving ervaren die ook aandacht heeft voor hun specifieke noden, dan zal dit ontegensprekelijk van invloed zijn op de kwaliteit van de zorgverlening en impliciet op de levenskwaliteit van de bewoner.

ZORGETHISCH OMGAAN MET MEDEWERKERS

Om zich op de noden van bewoners te kunnen richten, hebben zorgverleners de **veiligheid nodig** die hen toelaat om zich niet in de eerste plaats om zichzelf te bekommeren. Afgestemde zorg, waarbij men zich soms buiten de paden van de protocollen en afspraken zal wagen, houdt het risico in dat men zich vergist, dat wat men doet niet uitpakt zoals men had gedacht. Om die risico's te durven nemen moeten zorgverleners erop kunnen **vertrouwen** dat hun leidinggevende

ondersteunend zal reageren als wat gedaan werd goed bedoeld was en zorgvuldig overwogen werd, ook al loopt het verkeerd af. Men kan dit beschouwen als een belangrijk kenmerk van een door zorgethiek geïnspireerde organisatiecultuur. Zo is het omgaan met klachten en conflicten, ook zeer belangrijk in dit perspectief.

Zorgverleners hebben verschillende talenten, verschillende competenties en vinden verschillende dingen boeiend. Ze hebben meer plezier in het werk als ze kunnen doen waar ze goed in zijn. De wijze waarop de taken verdeeld worden, geeft kansen om de zorgverleners als persoon te erkennen.

Niets plooit medewerkers meer op zichzelf terug, niets maakt hen minder toegankelijk voor de noden van de bewoners, dan het gevoel voortdurend aangesproken te kunnen worden op hun tekorten of het niet naleven van de regels. Om zorgethisch handelen te bevorderen, is het wellicht veel vruchtbaarder te **focussen op wat medewerkers wel goed kunnen** en vooral op datgene waarin ze sterk zijn. Het helpt de medewerkers op een positieve manier naar zichzelf te kijken en dat maakt het vervolgens mogelijk wat ze minder goed kunnen of doen onder ogen te zien.



Groeimogelijkheden liggen in de eerste plaats op die terreinen waarop de betrokken medewerker goed is. Zorgverleners moeten de mogelijkheden en de tijd aangereikt krijgen om te leren. Intervisie- en supervisiemomenten laten toe dat beperkingen en tekorten die in de weg staan van goede zorg, besproken kunnen worden, bieden **ruimte tot reflectie** en mogelijkheden om samen te zoeken 'naar het meest haalbare'.

Eenzijds is het belangrijk dat een zorgwerkgever een sfeer creëert waarin medewerkers op een creatieve manier initiatief kunnen nemen bij het uitvoeren van de zorg. Anderzijds is het ook belangrijk om **goede afspraken te maken over wat kan en wat niet**, functionerings-, evaluatie- of talentgesprekken te doen en medewerkers te waarderen, maar ook ongewenste attitudes of gedragingen te sanctioneren, als dat nodig zou blijken.

GOED WERKGEVERSCHAP

Goed werkgeverschap kan vanuit zorgethisch perspectief invulling worden gegeven. Hieronder beschrijven we op welke wijze de vier zorgethische basiswaarden kunnen worden vertaald in een congruent zorgethisch geïnspireerd werkgeverschap¹⁶.

16. Van Den Heuvel, B. (2013). Masteropleiding Zorg, Ethiek en Beleid. Universiteit Tilburg, NL.

GOED WERKGEVERSCHAP VANUIT ZORGETHISCH PERSPECTIEF



VORMING EN ERVARINGSGERICHT LEREN

VORMING IN ZORGETHISCHE COMPETENTIES

Door vorming kunnen zorgverleners kennis maken met de basisuitgangspunten en begrippen van de zorgethiek. Tevens kunnen zij tijdens vormings-sessies vaardigheden opdoen in zorgethische deelcompetenties op het terrein van het zien (wat is er van betekenis voor de bewoner, wat speelt er, afstemmen...), weten (de zorgrelatie als bron van kennis), reflecteren (een zorgsituatie vanuit verschillende perspectieven overschouwen en hierover open van gedachten wisselen) en doen (zorgverlenen in afstemming met wat voor de bewoner belangrijk is, warmhartig professioneel) en zijn (betrokken, raakbaar, authenticiteit).

INTERVISIE EN SUPERVISIE

Intervisie is een georganiseerd gesprek tussen zorgverleners die werkzaam of in opleiding zijn in hetzelfde vakgebied, bijvoorbeeld verpleegkundigen. Onderwerp van gesprek zijn de verrichte werkzaamheden en de daaraan gerelateerde problemen. Finaal wil men dat de zorgethische deskundigheid van de betrokkenen wordt vergroot en de kwaliteit van het zorgethisch handelen verbeterd.

Bij supervisie kijken zorgverleners onder de leiding van een supervisor naar hun eigen werkstijl. De zorgverlener probeert te ontdekken wat de eigen inbreng is als de aangeboden zorg vlot of moeilijk verloopt. Daarbij reflecteert men op het denken, de gevoelens en het handelen.

DE LERENDE GEMEENSCHAP

'Learning Communities' of lerende gemeenschappen zijn groepen die gedurende een langere tijd samenkomen om uit ervaringen te leren. Vaak stellen ze zichzelf een concrete opdracht, bijvoorbeeld in een woonzorgcentrum een activiteit te ontplooiën met als doel in de praktijk een verandering te realiseren of de implementatie van zorgethische reflectie. 'Learning Communities' gebruiken ervaringen, maar creëren die ook. Deelname aan een 'Learning Community' is altijd vrij, maar niet vrijblijvend. sTimul zorg-ethisch lab (<https://www.stimul.be> en <https://www.stimulzorgethiek.be/>) heeft naar aanleiding van een project 'Ruimte voor relaties. Ethisch verantwoorde zorg in woonzorgcentra', een concept van 'learning Communities' ontwikkeld en specifiek afgestemd op de woonzorgcentra.

Enkele reacties van de deelnemers aan de lerende gemeenschap 'Ruimte voor relaties. Ethisch verantwoorde zorg in woonzorgcentra':

- 'We leren heel veel van elkaar via deelname aan de lerende gemeenschap.'
- 'Ik, als zorgethisch coach, haal energie uit de lerende gemeenschap.'
- 'Ik deel het vanzelf met anderen wat ik meeneem uit de lerende gemeenschap.'
- 'Ik stel vragen op een andere manier.'
- 'De impact op de werkvloer is zichtbaar.'

EXPOSURE

Bij exposure-ervaringen worden er situaties 'gecreëerd' waardoor men leert de werkelijkheid meer vanuit het perspectief van de bewoner te bekijken. De zorgverleners die in exposure gaan, worden in een situatie gebracht waarin dat perspectief gemakkelijker in te nemen is of zich als het ware aan hen opdringt. De zorgverleners worden daardoor gevoeliger voor de kwetsbaarheid van de bewoner en voor de bijdrage die de zorg kan of zou kunnen leveren. Organisaties die inleefsessies organiseren zijn onder andere sTimul (sTimulVIVES www.stimul.be en www.stimulzorgethiek.be/) en het zorgethisch lab deSpiegeling van het Hivset (<http://www.hivset.be/initiatief/de-spiegeling>).

MOREEL BERAAD¹⁷

Een moreel beraad is een gestructureerd en methodisch groepsgesprek over een morele vraag naar aanleiding van een concrete ervaring. Een moreel beraad kan het beste als een dialoog (in tegenstelling tot discussie of debat) of onderzoek gekenschetst worden.

De kwaliteit (met betrekking tot o.a. methode, gesprekshouding, participatie, proces, en uitkomst) en voortgang van het moreel beraad wordt bewaakt door een daartoe opgeleide gespreksleider. De gespreksleider, een ethicus/filosof of iemand met een specifieke klinische

ethiek of moreel beraad opleiding, begeleidt en bevordert de dialoog over en het onderzoek naar de morele vraag. Alle deelnemers binnen een moreel beraad zijn gelijk: er is geen sprake van een morele hiërarchie.

Een moreel beraad kan over het primaire zorgproces gaan. Zo kan het erop gericht zijn om een concreet antwoord te vinden op de vraag hoe we zouden moeten handelen in situatie X met bewoner Y of zorgverlener Z. De casus is dan het primaire doel van het moreel beraad. Maar een moreel beraad kan ook gaan over (personeels-, financieel, behandel-) beleidsthematiek of facilitaire taken. Het doel van moreel beraad kan bijvoorbeeld zijn het bevorderen van de samenwerking binnen een team of de reflectie op de eigen professionaliteit. In dat geval is de casus in een moreel beraad tegelijkertijd een middel voor een ander doel, zoals onderlinge communicatie en bejegening of bevorderen van (visie op) professionaliteit.

Ethische kwesties die besproken kunnen worden in een moreel beraad:

- Hoe komen we tot een (ethisch) antwoord op een bepaalde zorgvraag?
- Hoe maken we 'goede zorg' voor bewoner X zichtbaar?
- Brengen we mevrouw nog naar de huiskamer nu andere bewoners steeds vaker klagen over haar gedrag?
- Wat doen we wanneer de dokter van wacht toch de bewoner met dementie naar het ziekenhuis verwijst, ondanks de vraag van de familie om dit niet meer te doen?
- Moeten wij als collega's onderling altijd dezelfde benadering aanhouden tegenover onze bewoner?
- Mogen we een bewoner met drang en dwang onder de douche zetten?

In de bijlage van de brochure vindt u een voorbeeld van te stellen vragen bij de bespreking van een casus binnen een moreel beraad.

¹⁷. Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG), Nederland. <https://www.ceg.nl/werk/bekijk/moreel-beraad>.

SLOTBESCHOUWINGEN

De voorliggende brochure heeft niet de intentie een blauwdruk of draaiboek aan te reiken op vlak van het ethisch verantwoord zorgbeleid in woonzorgcentra, noch claimt het de ambitie van de volledigheid. Het is eerder te beschouwen als een **'smaakmaker'**.

Het nodigt bestuurders en leidinggevenden uit tot reflectie over het ethisch verantwoord zorgbeleid dat gevoerd wordt in het woonzorgcentrum waarvoor zij verantwoordelijkheid dragen. De uitgangspunten van de zorgethiek kunnen hierbij werken als richtingaanwijzers.

We zijn ervan overtuigd dat een tot in de haartvaten van de organisatie doordrongen ethisch verantwoord zorgbeleid **voor het verschil zorgt**: het maakt dat de bewoners warme, oprechte zorgrelaties ervaren en dat competente zorgverleners met zin en gedrevenheid hun werk uitvoeren. Maar de implementatie slaagt enkel als het ethisch verantwoord zorgbeleid gedragen en ondersteund wordt door **bezielde leidinggevenden, directie en bestuurders**.

'Ook in tijden van economische schaarste is altijd een overvloed van menselijkheid mogelijk. Daarvoor ruimte scheppen is cruciaal.'



Professor Johan Verstraeten,
gewoon hoogleraar aan
de Faculteit Theologie en
Religiewetenschappen
aan de KU Leuven



INTERESSANTE LITERATUUR EN WEBSITES

LITERATUUR

- Baart, A., (2001). Een theorie van de presentie'. Lemma, Utrecht.
- Baart, A. & Grypdonck, M., (2008). Verpleegkunde en presentie. Een zoektocht in dialoog naar de betekenis van presentie voor verpleegkundige zorg. Lemma, Den Haag .
- de Bree, M. & Veening, E., (2016). Handleiding moreel beraad, praktische gids voor zorgprofessionals, uitgeverij Van Gorcum, Assen. Nederland.
- Denier, Y., (2018). Wabi-sabi. Column. Terio. 24 oktober 2018, p.5.
- Denier, Y., Gastmans, C. & Degadt, P., (2014). Waardegedreven Ondernemen in de Zorg. Zorgnet-Icuro. Ethisch advies 17. Brussel
- Denier Y, Dhaene L., Degadt P., (2017). Kiezen is winnen. Een kompas voor keuzes in de zorg.' Acco, Leuven.
- Gastmans, C. & Vanlaere, L., (2013). Cirkels van zorg : ethisch omgaan met ouderen. Davidsfonds, Leuven.
- Grypdonck, M., Vanlaere, L. & Timmermann, M., (2018). Handboek zorgethiek. Praktijkboek voor onderwijs en organisaties.' Lannoo, Tielt.
- Grypdonck, M., Vanlaere, L., Lemiengre, J., Janssens, S., Van Ooteghem, L., Labbe, J., De Wachter, L., Janssens, N., (2018). Ruimte voor relaties: Ethisch verantwoorde ouderenzorg in perspectief. sTimul VIVES en sTimul UCLL.
- Leget, C., (2009). Alledaagse dilemma's, in Tijdschrift voor verpleeghuisgeneeskunde. 2009; 34 (3): 110-112.
- Vanlaere, L., Lemiengre, J., De Wachter, L., Vanlaere, I., & Van Ooteghem, L., (2015). Ethisch leiderschap in de zorg. Verkenning vanuit de zorgethiek. Uitgeverij Garant, Antwerpen.
- Manschot, H. & Verkerk, M. (eds), (1994). Ethiek van de zorg. Een discussie. Boom., Amsterdam.
- ter Meulen, R., Verbaken, S. & Waanders (eds), S., (2008). Zorg om de zorg. Menselijke maat in de gezondheidszorg. Damon/Radboudstichting, Vught.
- Timmermann, M., (2010). 'Relationele afstemming. Presentieverrijkte verpleeghuiszorg voor mensen met dementie.' Lemma, Utrecht.
- Van Dartel, H. & Molenwijk, B., (2014). In gesprek blijven over goede zorg. Overlegmethoden voor moreel beraad. Uitgeverij Boom, Meppel. Nederland.
- Van Heijst, A., (2008). Iemand zien staan. Zorgethiek over erkenning.' Klement, Kampen.
- Van Heijst, A. (2005). Menslievende zorg. Een ethische kijk op professionaliteit. Klement, Kampen.

Vanlaere, L. & Burggraeve, R. . (2018). Gekkenwerk. Kleine ondeugden voor zorgdragers. LannooCampus.

Vanlaere, L. & Gastmans, C. (2010). Zorg aan zet : ethisch omgaan met ouderen. Davidsfonds, Leuven.

Van Nistelrooy, I., (2008). Basisboek zorgethiek. Over menslievende zorg, moreel beraad en de motivatie van verpleegkundigen. Berne Media, Heeswijk.

WEBSITES

Centrum voor Ethiek en Gezondheid. <http://www.ceg.nl>

Ethicas. Ethiek in de zorgpraktijk. <https://www.ethicas.nl/>

Ethics of Care Sharing views on good care. <http://www.ethicsofcare.org>

Interfacultair Centrum voor Biomedische Ethiek en Recht. <https://gbiomed.kuleuven.be/english/research/50000687/50000697>

Overlegcentrum voor Ethiek. <http://www.ethics.be/ethics>

Raadgevend comité voor bio-ethiek. <https://www.health.belgium.be/nl/belgisch-raadgevend-comite-voor-bio-ethiek>

Stichting Presentie. <http://www.presentie.nl>

sTimul VIVES. <http://www.stimul.be>

sTimul Leuven <https://www.stimulzorgethiek.be/>

VVSG. Integer handelen: training in morele oordeelsvorming. <http://www.vvsg.be/kalender/paginas/dilemmatraining-brussel-7-02-2019.aspx>

VVSG. Lerend netwerk integer handelen in de zorg (moreel beraad). http://www.vvsg.be/kalender/paginas/20190312_lerendnetwerk_integerhand_gent.aspx

Zorgethiek.NU. Samen denken over zorg: <https://www.zorgethiek.nu/>

BIJLAGEN¹⁸

EEN VOORBEELD: TE STELLEN VRAGEN BIJ DE DIVERSE STAPPEN VAN EEN MOREEL BERAAD

STAP 1: CONTEXT

Richtinggevende vragen:

- Wat is er aan de hand?
- Wil/kan iemand het verhaal doen van wat er zich hier en nu voordoet?
- Wat is het ervaren probleem?
- Wie is allemaal betrokken in de situatie? Neemt er iemand een dominante positie in?
- Wat staat er op het spel voor de bewoner? Wat verlangt zij/hij? Welke angsten heeft zij/hij?
- Wat staat er op het spel voor de familie?
- Wat staat er op het spel voor het zorgteam?
- Wat is het unieke en het specifieke van de zorgsituatie?
- Wat maakt de situatie kwetsbaar?
- Wat maakt de situatie problematisch?
- Aan wat doet deze situatie ons denken?
- Hebben we reeds eerder een gelijkaardige situatie meegemaakt?
- Hoe zouden we op dit ogenblik de ethische vraagstelling formuleren?

STAP 2: EMOTIES

Richtinggevende vragen

- Wat raakt ons in deze situatie?
- Hoe voelt dit alles aan bij de deelnemers van het gesprek? Maakt het hen:
 - boos?
 - wanhopig?
 - verdrietig?
 - ontredderd?
 - machteloos?

- Is de situatie acuut of nog houdbaar?
- Hebben we bij de situatie, zoals deze zich voordoet, de neiging om de bewoner en/of zijn familie te ontzien of te ontwijken?

STAP 3: FEITEN

Richtinggevende vragen

- Wie is de bewoner?
 - wat is zijn familiale situatie?
 - wat weten we van zijn/haar levensgeschiedenis?
 - wat weten we van zijn/haar levensgewoonten?
 - kennen we haar/zijn geloofs-/levensbeschouwelijke overtuiging?
 - welke waarden vindt de bewoner belangrijk?
 - wat kenmerkt de bewoner?
 - wie is voor de bewoner van tel?
 - voor wie telt de bewoner?
 - is de bewoner bekwaam om zijn/haar wil te uiten?
 - bestaat er een wilsbeschikking, een vroegtijdige zorgplanning?
- Hoe verlopen de contacten tussen de bewoner en de leden van het zorgteam?
- Hoe verlopen de contacten tussen de bewoner en zijn familie/anderen?
- Hoe verlopen de contacten tussen de familie/anderen en de leden van het zorgteam?
- Wat weten we van de medische diagnose, behandeling en prognose van de bewoner?
- Welke verpleegkundige en paramedici zorgen krijgt de bewoner op dit ogenblik?
- Welke zijn de huidig gekende medische, verpleegkundige en paramedische problemen?
- Welke specifieke aandachtspunten gelden er voor de bewoner?
- Welke informatie ontbreekt ons nog?

18. Van Den Heuvel, B. (2013). Masteropleiding Zorg, Ethiek en Beleid. Universiteit Tilburg, NL.

STAP 4: WAARDEN

Richtinggevende vragen

- Welke waarden spelen er op het eerste zicht in deze zorgsituatie en voor wie?
- Waar situeren er zich spanningen, herkennen we dilemma's?
- Kunnen we de waarden tegenover elkaar afwegen?
- Aan welke waarden geven we prioriteit?
- Welke botsende logica's herkennen we en kunnen we verwoorden?
 - Logica van de bewoner
 - Logica van de familie
 - Logica van het zorgteam
 - Logica van de regelgeving/overheid
 - Logica van het management
 - Logica van de professionaliteit
- Is er dominante logica te herkennen?
- Zijn we in staat het 'goed' van en voor de bewoner te formuleren?

STAP 5: ETHISCHE VRAAGSTELLING HERIJKEN

Richtinggevende vragen

- Blijven we in deze van het gesprek de eerder geformuleerde ethische vraagstelling handhaven?
- Zo niet, hoe zouden we deze nu formuleren?
- Begrijpt iedereen goed de ethische vraagstelling? Is deze helder, ondubbelzinnig en inzichtgevend?

STAP 6: ANTWOORDEN ZOEKEN, KIEZEN EN LOSLATEN

Richtinggevende vragen

- Welke antwoorden zouden we kunnen geven aan de ethische vraagstelling?
- Wat zijn onze voor- en tegenargumenten van deze antwoorden?
- Welke waarden worden in elk van dit antwoord gerealiseerd?
- Komen deze antwoorden tegemoet aan het 'goed' van de bewoner?
- Voor welk antwoord kiezen we? Waarvoor kiezen we niet?

STAP 7: DOEN EN ZIJN

Richtinggevende vragen

- Welke concrete acties (interventies) gaan we ondernemen?
- Welke afspraken maken met betrekking tot onze houding?
- Wie en hoe kunnen wij er zijn voor de bewoner en de familie na deze besluitvorming?
- Wanneer, hoe en met wie gaan we het resultaat van onze acties en afspraken evalueren?

Deze brochure kwam tot stand naar aanleiding van het project 'Ruimte voor relaties: ethisch verantwoorde zorg voor woonzorgcentra' dat de afgelopen twee jaar gecoördineerd en inhoudelijk werd uitgevoerd door sTimul zorgethisch lab en het Centrum voor Biomedische Ethiek en Recht KU Leuven.

Alle informatie over dit project kan u terug vinden op de website van het agentschap Zorg en Gezondheid.

**[www.zorg-en-gezondheid.be/
perdomein/ouderenzorg/woonzorg-
centra/campagnes-en-projecten/
ethisch-verantwoorde-ouderenzorg](http://www.zorg-en-gezondheid.be/perdomein/ouderenzorg/woonzorgcentra/campagnes-en-projecten/ethisch-verantwoorde-ouderenzorg)**

Zorg en Gezondheid
Koning Albert II-laan 35 bus 33
1030 Brussel

www.zorg-en-gezondheid.be