

Eerste Hulp Bij Ethische stress

L. VAN DAELE^{1, 3, 4}, L. VAN DE VIJVER^{1, 3}, C. JADOU^{2, 3}, G. DE LA MEILLEURE^{2, 3}

Samenvatting

Ethische stress, een fundamenteel en complex fenomeen binnen de gezondheidszorg, kan een negatieve invloed hebben op het functioneren van zorgverleners en onrechtstreeks ook op de patiëntenzorg.

Verschillende factoren (individuele, klinische en externe) spelen een rol, waaronder het ethische klimaat binnen een zorgorganisatie en de vertaling ervan naar een kwalitatief beleid. In het AZ Nikolaas is het ethische beleid in kaart gebracht door de commissie medische ethiek via een concrete beleids tekst, namelijk het ethische kader (<http://www.aznikolaas.be/commissie-medische-ethiek-az-nikolaas>).

De „Eerste Hulp Bij Ethische stress” (EHBE) is hiervan een onderdeel. Het is een kort en eenvoudig stappenplan om ethisch overleg in het interdisciplinaire (transmurale) team te stimuleren. Het bestaat concreet uit drie stappen: de feitenanalyse, de waardenanalyse en de conclusie. De overlegmethode kenmerkt zich door zijn toegankelijkheid, efficiëntie en professionaliteit en laat het team op een open en constructieve manier omgaan met ethische stress, dit met aandacht voor de werkcontext en de complexiteit van de zorgorganisatie.

Inleiding

Onderzoekers bevestigen dat ethische stress een fundamenteel en complex fenomeen is binnen de gezondheidszorg (1). In dit artikel worden verschillende pogingen onderzocht om dit fenomeen te definiëren. Het is geëvolueerd van een louter verpleegkundig naar een breed interdisciplinair gegeven (2-6).

Ethische stress kan een rechtstreekse negatieve impact hebben op de zorgverlener(s) en onrechtstreeks op de kwaliteit van de patiëntenzorg (1, 7). In de literatuur worden diverse factoren gevonden die hiertoe bijdragen. Hamric et al. maken een onderscheid tussen interne, klinische en externe factoren (2). In dit artikel bouwen we verder op deze indeling en baseren we ons op het onderzoek van Gallagher om de link met het micro-, het meso- en het macroniveau te maken (8, 9).

Centraal behandelen we de vraag hoe een algemeen ziekenhuis dit praktisch kan vertalen naar een kwalitatief beleid om met ethische stress om te gaan.

In het AZ Nikolaas is dit ethische beleid in kaart gebracht door de commissie medische ethiek via een concrete beleidstekst: het ethische kader. Deze tekst kan samengevat worden in twee bruikbare instrumenten voor de zorgpraktijk. Het eerste instrument is de waardenroos, een schematisch overzicht van het waardenkader van de organisatie, rekening houdend met de organisatorische, maatschappelijke en wettelijke context (fig. 1). De basis hiervan is enerzijds onze missie en anderzijds onze concrete werking op micro-, meso- en macroniveau. Als algemeen ziekenhuis is het ontwikkelen van een stevig waardenkader noodzakelijk om een cultuur te kunnen creëren waarin ethisch overleg mogelijk is.

Ten tweede is er de ethische overlegmethode „Eerste Hulp Bij Ethische stress” (EHBE) (fig. 2). Deze methode faciliteert het professionele, interdisciplinaire ethische overleg. In dit artikel lichten we het gebruik hiervan in een algemeen ziekenhuis toe.

Ethische stress binnen de gezondheidszorg: poging tot een definitie

Ethische (morele) stress of „moral distress” wordt internationaal erkend als een fundamenteel en significant fenomeen binnen de gezondheidszorg (1).

¹ Zorgmanager, AZ Nikolaas.

² Dienst neurologie, AZ Nikolaas.

³ Commissie medische ethiek, AZ Nikolaas.

⁴ Correspondentieadres: mevr. L. Van Daele, zorgmanager, AZ Nikolaas, Moerlandstraat 1, 9100 Sint-Niklaas; e-mail: liesl.vandaele@aznikolaas.be



Fig. 1: Waardenroos.

Uit onderzoek blijkt dat dit een invloed kan hebben op verschillende disciplines binnen het interdisciplinaire zorgteam (artsen, verpleegkundigen, ondersteunende teams, paramedici, managers, enz.) (2-6).

In wat volgt, gebruiken we afwisselend de termen „ethische stress” of „morele stress”. Met beide termen doelen we op hetzelfde fenomeen.

Sinds de jaren 1980 heeft men gepoogd om dit begrip te definiëren (1). Morele stress wordt door een aantal onderzoekers beschouwd als een containerbegrip of een overkoepelende term voor een aantal fenomenen, oorzaken en condities (1, 5, 10).

De eerste poging tot definitie werd in 1984 door Jameton geponereerd (11): „Moral distress arises when one knows the right thing to do, but institutional constraints make it nearly impossible to pursue the right course of action.” Het gaat om het interne conflict dat ontstaat wanneer het morele oordeel van de zorgverlener niet gevolgd kan worden door de juist passende actie. Dit veroorzaakt ethische stress (1). Jameton legt de focus op verpleegkundigen, maar recenter onderzoek toont de brede relevantie voor het interdisciplinaire team aan (2-5).

Institutionele en externe factoren liggen hier aan de basis. Het individu op zich heeft hier zelf geen controle over (5). De zorgverlener weet wat goede zorg is

in een bepaalde situatie, maar door externe factoren kan hij hier niet naar handelen. Het individu blijft met een wrang gevoel zitten.

Daarnaast worden andere vormen van stress onderscheiden (3, 7). Ethische stress doelt specifiek op de ethische component binnen de zorgpraktijk. Psychologische stress kan hiermee gepaard gaan, maar focust op de emotionele component en heeft dus geen betrekking op het morele oordeel. Een voorbeeld hiervan is beschreven door McCarthy en Dedy (12): „Psychiatric nurses may, for example, be emotionally distressed while restraining a patient, but they are likely to become morally distressed only if they believe that restraining the patient is morally wrong.”

Källemark et al. hebben de definitie die Jameton vooropstelt herwerkt (13). Ze leggen de nadruk op negatieve stresssymptomen die voorkomen in situaties met een ethische component en waarbij “[...] the health care provider feels she/he is not able to preserve all interests and values at stake” (5, 13). Een zorgverlener kan door het volgen van zijn eigen morele oordeel botsen met de regelgeving van het ziekenhuis. Dit kan ervaren worden als een dilemma: volgt men het eigen morele oordeel of de regelgeving? In veel situaties zijn er verschillende waarden belangrijk voor verschillende partijen (het politieke klimaat, de organisatie, de zorgverlener, de patiënt, enz.), waardoor een snelle beslissing omtrent een casus bemoeilijkt wordt en waarbij de ethische stress bij de betrokken zorgverleners verhoogt.

Onderzoek toont aan dat dit een rechtstreekse negatieve en fysieke impact kan hebben op zorgverleners (1, 2, 5, 7). De psychologische impact vertaalt zich in diverse negatieve gevoelens (depressie, woede, schuld), alsook in emotionele terugtrekking tegenover patiënten en/of collega’s. Slapeloosheid, misselijkheid, gastro-intestinale problemen, huilerigheid en fysieke uitputting zijn fysieke verschijnselen die kunnen optreden (1, 2, 5, 7). Een aantal onderzoeken bij verpleegkundigen hebben daarenboven aangetoond dat ethische stress de jobmotivatie beïnvloedt, met een risico op burn-out of nood aan een carrièreswitch (2, 5). Onrechtstreeks kan dit een impact hebben op de kwaliteit en de patiëntveiligheid van de zorg (1, 5, 7).

Hamric et al. stellen dat de leden van het interdisciplinaire team morele stress niet noodzakelijk op dezelfde manier ervaren (2). Ook Whitehead et al. concluderen dat er verschil is in perspectief (6). Er zijn twee factoren die hier aan de basis liggen. Ten eerste is dit de mate van het directe patiëntcontact. Een juridisch medewerker in een ziekenhuis is op een andere manier

Eerste Hulp Bij Ethische stress

EHBE



Hulp nodig bij het oplossen van een ethisch dossier? Neem contact op met Lies Vandaele@aznikolaas.be of tel. 03 760 24 08.
 April 2017 | Bron afbeelding freepik.com

Fig. 2: „Eerste Hulp Bij Ethische stress” (EHBE), een methode om ethisch overleg in een algemeen ziekenhuis te faciliteren.

betrokken bij een ethische situatie dan een verpleegkundige op een afdeling. Ten tweede speelt het mandaat om (medische) beslissingen te kunnen nemen een rol. Een arts heeft de medische verantwoordelijkheid over een patiënt en zal in dit mandaat worstelen met andere bezorgdheden dan een psycholoog, die waakt over het psychische welzijn van de patiënt (2, 14, 15).

Ons inziens toont dit het belang aan van een respectvolle interdisciplinaire dialoog omtrent ethische casussen. Niet alle partijen zullen een casus op dezelfde manier ervaren. Men moet het wederzijdse begrip faciliteren. Ook Whitehead et al. benadrukken dit (6): „The findings that lack of continuity and poor team communication are

the most common sources of moral distress across all study groups, indicate that strategies to enhance communication and teamwork among all clinicians may be productive places to start.”

Källemark et al. focussen hierbij op het belang van een helder beleid in de organisatie, waarbij men instrumenten moet ontwikkelen om hiermee om te gaan. Het is onvoldoende om zich als organisatie enkel te baseren op de copingtechnieken van de individuele zorgverleners (13). Wanneer er succesvolle ondersteuning is vanuit het beleid, waarbij morele stress bij zorgverleners bekeken wordt als een sterk engagement, kan dit zorgen voor persoonlijke groei bij de zorgverleners (7, 10, 13).

Als algemeen ziekenhuis moet men daarom inzetten op een ethisch beleid op micro-, meso- en macroniveau, rekening houdend met de verschillende bijdragende factoren tot morele stress (2, 3, 7, 8, 13). Hamric et al. maken een onderscheid tussen interne, klinische en externe factoren (2).

Ethische stress binnen een algemeen ziekenhuis: bijdragende factoren en beleid op micro-, meso- en macroniveau

Microniveau: individuele factoren

Onderzoek wijst uit dat er een verband is tussen individuele factoren en ethische stress (1, 3, 15). De perceptie van machteloosheid van de zorgverlener, de kennis en het inzicht dat het individu heeft omtrent de situatie en de morele sensitiviteit, kunnen een rol spelen (2, 15). Verder onderzoek is noodzakelijk om deze verbanden te verduidelijken (13).

Hoe vertaalt het AZ Nikolaas dit in een concreet beleid?

Bij selecties houdt men rekening met de mate van morele sensitiviteit bij medewerkers. Dit wil zeggen dat medewerkers zich bewust moeten zijn van hun eigen waardenkader, met respect voor het waardenkader van de ander en van de organisatie. Meer specifiek toetst men dit aan de hand van de competenties die de potentiële medewerker heeft. Deze competenties verschillen per functie, maar de algemene kerncompetenties „samenwerken” en „klantgerichtheid” worden bij iedere selectie afgetoetst.

Daarnaast worden er via de ethische commissie van het ziekenhuis regelmatig ethisch-praktische adviezen uitgewerkt omtrent actuele en relevante ethische problemen. Deze adviezen worden bottom-up opgesteld via werkgroepen die bestaan uit verschillende disciplines. Voorbeelden van thema's waarvoor ethische adviezen zijn uitgewerkt, zijn euthanasie en palliatieve sedatie, bloedtransfusie bij Jehova's getuigen, orgaan- en weefseldonatie, enz. Deze adviezen worden regelmatig geactualiseerd.

Mesoniveau: klinische (team)factoren

De klinische praktijk kan ook een invloed hebben (3). We spreken hier van het mesoniveau, waarbij de focus op het (interdisciplinaire) team ligt. Onder andere de therapeutische verbetering, het ongepaste gebruik

van de beschikbare bronnen en de leiderschapscapaciteiten van de leidinggevende kunnen uitlokkende factoren zijn (3).

Het beleid op mesoniveau vertrekt vanuit het perspectief dat ethische stress inherent is aan de zorgpraktijk. Het is een gezonde reflex om de dialoog aan te gaan in ethische situaties. Op die manier voorkomt men dat negatieve stresssymptomen verlamvend werken op de zorgverlener (<http://www.morelestress.be>).

In eerste instantie is het van belang om in te zetten op bewustmaking in het team door het (h)erken- nen van ethische stress te stimuleren via een professionele feedbackcultuur en een open en actieve communicatie (4, 10, 16, 17).

Dit wordt geconcretiseerd door middel van vorming, functionerings- en evaluatiegesprekken en intervisie, waarbij men inzet op gelijkwaardigheid en op een verantwoordelijke en betrokken communicatie. Ook leidinggevendenden volgen een intensief opleidingstraject om hun alertheid en voorbeeldfunctie op dit vlak verder te ontwikkelen.

Een tweede element is het faciliteren van ethisch overleg binnen het interdisciplinaire team (3, 6, 9, 13, 18). Is er een structureel overleg? Welke waarden zijn belangrijk voor wie in welke situatie? Hoe verloopt een dergelijk overleg?

In het AZ Nikolaas is er de voorbije jaren gewerkt aan een interdisciplinair patiëntenoverleg waarbij verschillende kwaliteitscriteria (o.a. frequentie minstens één keer per week, het gebruik van een moderator, het maken van een verslag, het aan bod komen van alle disciplines, enz.) zijn vastgelegd. Twee keer per jaar wordt dit gemeten en gerapporteerd. Uit deze evaluaties halen de leidinggevendenden een aantal verbeteracties om de kwaliteit van de werking te bevorderen.

Aangezien iedere verblijfsafdeling standaard één interdisciplinair overlegmoment per week heeft voorzien om multipathologieën te bespreken, is dit het moment bij uitstek om ethische casussen aan bod te laten komen. Om dit op een gestructureerde manier te organiseren, is EHBE ontwikkeld als methode. Het is een eenvoudig driestappenplan dat gevolgd kan worden tijdens dit overleg. Ook tijdens een extra overleg in de vorm van intervisie of (de)briefing kan EHBE toegepast worden.

Macroniveau: organisatie en externe factoren

Institutionele en externe factoren spelen ook een rol (15). Onvoldoende besta- fting is volgens Epstein en Hamric een van de triggers (3). Zorgverleners hebben

onvoldoende tijd en een gebrek aan administratieve steun. Er leeft het gevoel dat men zich met taken moet bezighouden die niet behoren tot de kern van de job.

Ook de ligduur van de patiënten heeft een impact. Een verpleegkundige die meer tijd spendeert aan het in orde maken van de ontslagpapieren in plaats van aan het bed van de patiënt, voelt zich gewrongen.

Het is van belang dat het ethische beleid in de organisatie inzet op een ethische cultuur of met andere woorden het ethische klimaat binnen de organisatie. De link met ethische stress wordt in diverse onderzoeken verduidelijkt (1, 14, 19). Corley et al. vonden een positief verband tussen de intensiteit van ethische stress en een weinig ontwikkeld ethisch klimaat binnen de organisatie (19). Ook Pauly et al. onderzochten dit via de „Hospital Ethical Climate Survey” (HECS) (14). Deze studie toonde aan dat alle vijf de factoren in de HECS (artsen, patiënten, managers, peers en het ziekenhuis) significant gecorreleerd waren met ethische stress. Verder onderzoek is nodig.

Het ethische kader van het AZ Nikolaas als praktijkvoorbeeld

Het ethische kader is een beleidstekst die de ethische werking van het AZ Nikolaas beschrijft, concreet samengevat in twee bruikbare instrumenten voor de werkvloer. Deze tekst is een verdere verfijning van de visie en de missie van het ziekenhuis, bottom-up ontwikkeld via diverse werkgroepen en goedgekeurd door de directie, de medische raad en de raad van bestuur.

Het eerste instrument is de waardenroos (fig. 1). Deze geeft een structureel overzicht van de waarden die belangrijk zijn voor het AZ Nikolaas. Als algemeen ziekenhuis is het ontwikkelen van een stevig waardenkader noodzakelijk om een cultuur (en dus een ethisch klimaat) te kunnen creëren waarin ethisch overleg mogelijk is.

Ten tweede is er de ethische overlegmethode EHBE. Deze methode kan men gebruiken in het interdisciplinaire (transmurale) team om op een professionele en efficiënte manier in ethisch overleg te gaan.

Het waardenkader van het AZ Nikolaas

De waardenroos is een gestructureerd overzicht van het waardenkader (fig. 1). Ze is gebaseerd op de concrete werking in de organisatie op micro-, meso- en macro-niveau en bestaat in het verlengde van de missie en de

visie van het ziekenhuis. Ze bestaat uit drie kapstokken, zijnde persoonsgerichte zorg (ik), relationele zorg (wij) en menslievende zorg (de maatschappij), waaronder waarden vervat zitten die als leidraad dienen. Deze waarden bewegen zich binnen de organisatorische, maatschappelijke en wettelijke context en geven de cultuur van de organisatie mee vorm. Ze bieden ondersteuning aan medewerkers bij ethische situaties.

EHBE als ethische overlegmethode

EHBE is een praktische en laagdrempelige overlegmethode met als doel het faciliteren van ethisch overleg.

Deze methode kan gebruikt worden tijdens het interdisciplinaire patiëntenoverleg op het meso-niveau om een ethische casus op een gestructureerde wijze in team te kunnen bespreken. Ook tijdens het werkoverleg of tijdens een intervisiemoment kan de methode gebruikt worden.

EHBE is een stappenplan bestaande uit drie stappen: de feitenanalyse, de waardenanalyse en de conclusie. Er zijn verschillende stappenplannen in de literatuur terug te vinden voor ethisch overleg die kunnen verschillen in complexiteit en intensiteit (17). EHBE is gebaseerd op een typische logische redenering (20). Vanuit de feiten- en de waardenanalyse trekt men gezamenlijk een conclusie (fig. 2).

Dit heeft als voordeel dat het gesprek efficiënt verloopt en dat de stappen eenvoudig te onthouden zijn en intuïtief aanvoelen. Het ethische overleg is hierdoor toegankelijk voor de afdelingen en de disciplines in de zorgorganisatie, elk met hun eigen aard en specifieke ethische problemen, rekening houdend met de tijdsdruk op een gemiddelde ziekenhuisafdeling.

Modaliteiten

EHBE wordt aangeleerd via een getrappt systeem. Er is een vormingsmoment voorzien per afdeling. Dit wordt ondersteund door een zorgmanager en een lid van de commissie medische ethiek. Tijdens dit vormingsmoment worden medewerkers gesensibiliseerd in het constructief praten over waarden (Welke waarden zijn belangrijk voor mij? Hoe kan ik deze verwoorden? Wat als deze verschillen met die van de ander?). Vervolgens wordt de waardenroos van het ziekenhuis toegelicht en de EHBE inge oefend met nadruk op de concrete implementatie op de afdeling (Is er ruimte tijdens het interdisciplinaire overleg? Wordt er een apart moment georganiseerd?).

Per afdeling wordt er tevens een referentieverpleegkundige ethiek aangesteld, die samen met de hoofdverpleegkundige het gebruik van EHBE op de afdeling bewaakt en fungeert als moderator. Deze bewaakt het volgen van de drie stappen en de randvoorwaarden, die hieronder beschreven staan. Wanneer men ermee instemt om een overleg te voeren via EHBE, stemt men ook in met deze randvoorwaarden.

- Open dialoog
- Wederzijds respect
- Respect voor patiëntenrechten
- Veilige sfeer
- Niet beoordeelend
- Gelijkwaardigheid

De referentieverpleegkundigen ethiek komen meerdere keren per jaar samen in een werkgroep. Ze zijn ervoor verantwoordelijk om op hun afdeling het structurele gebruik van EHBE in kaart te brengen (Welk type problemen? Hoe heeft men de stappen overlopen? Hoe vaak gebruikt men dit? Wanneer gebruikt men dit?). Anderzijds meet men het effect van EHBE op de ethische stress op de afdeling. Hiervoor worden gepaste meetinstrumenten uitgewerkt.

In het voorjaar van 2017 werd er in het AZ Nikolaas gestart met EHBE op twee pilootafdelingen, namelijk de palliatieve eenheid en de dienst oncologie. De afdelingen gebruiken de methode een jaar, met regelmatige evaluatie en terugkoppeling via interviews met de hoofdverpleegkundigen. Uit deze evaluaties blijkt dat EHBE vaak gebruikt wordt bij interdisciplinaire, complexe casussen met een grote intensiteit aan emoties. De thematiek van deze casussen is divers (palliatieve/oncologische thematieken, conflicten tussen medewerkers, klachten vanuit de ombudsdienst, enz.). Op beide afdelingen gebruikt men de EHBE-methode tijdens het interdisciplinaire overleg voor de bespreking van één of twee moeilijke casussen. De andere patiënten worden besproken via de SBAR-methode (21). SBAR staat voor „Situation, Background, Assessment en Recommendation” en is een methode met als doel de communicatie tussen zorgverleners te verbeteren. Deze wordt naar aanleiding van de NIAZ-accreditatie („Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg”) in veel Vlaamse ziekenhuizen toegepast (<http://www.niaz.nl>).

De pilootafdelingen stellen vast dat dit leidt tot een professionalisering van het overleg, waarbij de focus wordt gelegd op het proces. Deelnemers van het overleg geven aan de andere partijen beter te begrijpen na het overleg.

In de toekomst tracht het AZ Nikolaas de EHBE naar voren te brengen als ziekenhuisbrede methode om op een verbindende manier te communiceren over ethische problemen. Er is een projectplan voorzien waarbij verschillende afdelingen gefaseerd worden opgeleid, met aandacht voor evaluatie, meten en borgen in de referentiegroep ethiek.

Doel

De focus van EHBE ligt op de dynamiek en het proces. Er wordt geluisterd naar de betrokken partijen, met respect voor ieders waarden. Het doel is om sterker verbonden te staan als team zodat rekening gehouden kan worden met de noden en het welzijn van de patiënt (17, 20, 22).

De EHBE kan ook transmuraal gebruikt worden. Het gaat niet enkel over het team op de afdeling, maar breder over het team dat de patiënt omkadert in diens traject, bv. de familie, de huisarts of de thuisverpleging.

Tijdens de EHBE zijn, indien mogelijk, alle disciplines aanwezig die bij de casus betrokken zijn. De patiënt en de familie waren in de pilootfase niet aanwezig aangezien de focus van het overleg ligt op het aanpakken van ethische stress en het bevorderen van de communicatie tussen het team. We benadrukken echter wel het belang van de transparante communicatie en vertaling naar de patiënt en de familie.

Via een geanonimiseerde, sterk vereenvoudigde casus zal het verloop van een overleg via EHBE worden toegelicht.

Stap 1: feitenanalyse

Ethische casussen zijn complex. Hierin schuilt het gevaar dat men essentiële elementen over het hoofd ziet en het gewicht van andere elementen in de situatie overschat. Een ethische casus kan tevens diverse emoties, vooroordelen en persoonlijke meningen losmaken bij de zorgverleners.

Om op een constructieve manier in dialoog te gaan, is het in eerste instantie noodzakelijk om te focussen op de objectiviteit zodat de situatie helder en duidelijk is voor ieder teamlid.

De feitenanalyse focust op deze objectieve analyse. In deze stap bekijkt men wie de betrokken actoren zijn, welke concrete problemen zich stellen en wat de deskundige handelingsalternatieven zijn.

1. Betrokken actoren

Op de afdeling oncologie wordt een patiënte (81 jaar) opgenomen met een hersen- en levergemetastaseerd

maligne melanoom. Ze heeft vier dochters. Haar echtgenoot is tien jaar geleden overleden. Ook het interdisciplinaire team (de arts, de verpleegkundigen, de psycholoog, het palliatieesupportteam, de sociale dienst, de huisarts en de thuisverpleging) is betrokken.

2. Concreet probleem

De patiënte is zwak en versuft en communiceert niet tot weinig. Tijdens de verzorging geeft ze non-verbaal aan dat ze erg veel last heeft van de pijn. Volgens de psycholoog is het moeilijk om een diepgaand gesprek aan te knopen met haar, ze is erg in zichzelf gericht. Ook het palliatieesupportteam en de sociale dienst merken dit op. Het is onduidelijk wat de oorzaak is.

Het is voor het team erg moeilijk om duidelijkheid te krijgen over de wensen van de patiënte. Haar dochters daarentegen dringen aan op een curatieve behandeling. Wat is de beste beslissing over de behandeling van de patiënte in deze situatie?

3. Deskundige handelingsalternatieven

De arts stelt een palliatieve houding voor, maar de dochters dringen aan op een curatieve behandeling.

Stap 2: waardenanalyse

Na het kaderen van alle objectieve elementen gaat men naar het waardenniveau: welke waarden spelen voor wie (de patiënt, de zorgverleners, de familie, enz.) een rol? Hier is het belangrijk om ieders waardenkader te (h)erkennen. Zijn deze waarden persoonlijk, lichamelijk, religieus, psychisch, sociaal, cultureel, enz.? In deze stap worden eveneens de waarden die leven bij de patiënt en de familie in rekening gebracht. Er wordt gevraagd aan de medewerkers om „zich in de plaats te stellen”. We hopen op termijn ook rechtstreeks de patiënten in de bespreking te kunnen betrekken, maar hiervoor moeten een aantal extra factoren eerst verder uitgeklaard worden: het tijds-kader, de mogelijkheid tot aanwezigheid van de diverse betrokkenen, enz.

1. Waarden van de patiënte

De patiënte wil niet tot weinig communiceren. Het team probeert om op basis van de contacten en de ervaringen samen te bekijken welke waarden hierachter zitten. Men heeft de indruk dat de patiënte wil dat ze gerespecteerd wordt in het feit dat ze niet wil communiceren. De huisarts en de thuisverpleegkundigen geven aan dat de patiënte trots en waardigheid altijd erg belangrijk heeft gevonden.

2. Waarden van de dochters

Haar dochters zijn erg hoopvol, hebben een sterke en liefdevolle band met hun moeder en streven daarom een actieve behandeling na. Ze willen sterk mee beslissen in de zorg voor hun moeder en willen betrokken worden bij de verschillende stappen van het ziekteproces. Het is erg snel gegaan voor hen en het is moeilijk om te verwerken dat hun moeder er nu zo slecht aan toe is.

3. Waarden van de arts

Bij de arts speelt er een groot verantwoordelijkheidsgevoel: heeft hij medisch gezien alles gedaan voor de patiënte wat mogelijk is? De levenskwaliteit en het comfort van de patiënte zijn ook belangrijk. Hij worstelt met het feit dat er hierover moeilijk te communiceren valt met haar.

4. Waarden van het verpleegkundige team

De levenskwaliteit en het comfort van de patiënte zijn ook belangrijke waarden voor het verpleegkundige team. Het is erg moeilijk om de patiënte tijdens de dagelijkse verzorging te zien lijden en hier niets aan te kunnen doen. Het team getuigt dat dit zwaar weegt.

5. Waarden van de paramedici

De paramedici vinden de betrokkenheid en de dialoog binnen het gehele team belangrijk. De arts en de verpleegkundigen sluiten hierbij aan.

Stap 3: conclusie

In stap 3 komen stap 1 en 2 samen. De bedoeling is om structurerend en procesgericht te communiceren. Er wordt een weging gemaakt tussen alle waarden, rekening houdend met het wettelijke kader en meer specifiek de patiëntenrechten. Wat zijn de gevolgen van de handelingsalternatieven? Is er een consensus? Hoe voelen de betrokkenen zich? Hebben alle betrokken partijen hun visie kunnen toelichten? Bij geen consensus wordt de beslissing uiteindelijk genomen door de zorgverleners, die de eindverantwoordelijkheid dragen.

In samenspraak en dialoog erkent het team de waarden van de dochters. Het is vanuit hun perspectief niet evident om mee te gaan in een palliatieve houding. Daarnaast is het erg belangrijk om de wensen van de patiënte te respecteren, al is het niet evident om deze goed te kunnen identificeren.

Het team beslist om de dochters tijd te geven om de situatie te kunnen verwerken en zorgt voor deskundige psychologische begeleiding. Hierdoor voelen ze

zich gerespecteerd en gerustgesteld. Na een paar dagen wordt er in samenspraak overgegaan op comfortzorg.

Besluit

Ethische stress is inherent aan de zorgverlening en wordt erkend als een significant fenomeen binnen de gezondheidszorg. Centraal werd onderzocht hoe een algemeen ziekenhuis een kwalitatief ethisch beleid kan ontwikkelen om hiermee om te gaan, waarbij de uitwerking van het ethische beleid in de organisatie werd toegelicht. Concreet werden de verschillende bijdragende factoren tot ethische stress op micro-, meso- en macroniveau onderzocht en gelinkt aan de concrete beleidsacties die men in een organisatie kan uitvoeren.

Centraal werd het ethische kader voorgesteld. Dit is een beleidstekst en vertaling van het ethische zorgbeleid in het AZ Nikolaas. Concreet kan men deze tekst samenvatten in twee bruikbare instrumenten voor de zorgpraktijk: de waardenroos en de EHBE-methode („Eerste Hulp Bij Ethische stress”). De waardenroos is een schematische vertaling van het waardenkader in het AZ Nikolaas. Deze waarden bewegen zich binnen de organisatorische, maatschappelijke en wettelijke context en geven de cultuur van de organisatie mee vorm. Ze bieden ondersteuning aan medewerkers bij ethische situaties. Het tweede instrument is de EHBE-overlegmethode. Het is een eenvoudig stappenplan om ethisch overleg in het interdisciplinaire (transmurale) team te stimuleren. Het bestaat concreet uit drie stappen: de feitenanalyse, de waardenanalyse en de conclusie. De overlegmethode kenmerkt zich door zijn toegankelijkheid, efficiëntie en professionaliteit. De EHBE draagt daarenboven bij tot het welzijn van de patiënt, de continuïteit van de zorg en de verbondenheid in het interdisciplinaire (transmurale) team. De focus ligt op het proces en de dynamiek binnen het team. Indien er geen consensus bereikt wordt, ontstaat er sowieso reeds een grotere sereniteit omdat elke partner zich volwaardig beluisterd weet. Uiteindelijk valt de beslissing bij geen consensus door de zorgverleners, die de eindverantwoordelijkheid dragen. Het is essentieel om het gebruik en het effect van de EHBE in de organisatie verder op te volgen en te meten, dit via de referentiegroep ethiek.

Dankwoord

Wat betreft dit artikel gaat er grote dank uit naar de hoofdverpleegkundigen, de verpleegkundigen en de paramedici van de

pilootafdelingen, die zich vanuit hun waardenkader en sterke teamwerking iedere dag opnieuw inzetten voor de goede zorg van de patiënten en hun omgeving. Hun input en medewerking maakten de verdere uitbouw en optimalisering van EHBE mogelijk.

Daarnaast ook een bijzonder dankwoord voor alle leden van de commissie medische ethiek voor hun bijdrage in de ontwikkeling van de EHBE, alsook de raad van bestuur, de medische raad en de directie.

Mededeling

Geen belangenconflict en geen financiële ondersteuning gemeld.

Abstract

„First Aid in case of Moral Distress”

Moral distress is a complex but fundamental subject in health care. There can be a direct negative influence on health care providers, and indirectly on patient care.

Various factors contribute to moral distress (individual, clinical and external), such as the ethical climate of the health care organization.

The general hospital AZ Nikolaas (Belgium) is strongly working on its ethical climate. As a result, an ethical framework with the aim to support health care providers directly in their daily work was developed. This ethical framework is accredited by NIAZ QMENTUM 3.0, with an honorable acknowledgement of the auditors.

„First Aid in case of Moral Distress” (FAMD) is part of this ethical framework. It is a practical tool, and an accessible, intuitive, easy-to-use and professional three-step plan. It can be a tool to organize multidisciplinary ethical consults among health care providers to discuss ethical problems and moral dilemmas, and to deal with moral distress. The tool is adapted to the work context and the complexity of a health care organization.

Literatuur

1. MORLEY G, IVES J, BRADBURY-JONES C, IRVINE F. What is ‘moral distress’? A narrative synthesis of the literature. *Nurs Ethics* 2017; 0969733017724354.
2. HAMRIC AB, DAVIS WS, CHILDRESS MD. Moral distress in health care professionals. *Pharos Alpha Omega Alpha Honor Med Soc* 2006; 69: 16-23.
3. EPSTEIN EG, HAMRIC AB. Moral distress, moral residue, and the crescendo effect. *J Clin Ethics* 2009; 20: 330-342.

4. EPSTEIN EG, DELGADO S. Understanding and addressing moral distress. *OJIN* 2010; 15: 3.
5. PAULY BM, VARCOE C, STORCH J. Framing the issues: moral distress in health care. *Hec Forum* 2012; 24: 1-11.
6. WHITEHEAD PB, HERBERTSON RK, HAMRIC AB, EPSTEIN EG, FISHER JM. Moral distress among healthcare professionals: report of an institution-wide survey. *J Nurs Scholarsh* 2015; 47: 117-125.
7. OH Y, GASTMANS C. Moral distress experienced by nurses: a quantitative literature review. *Nurs Ethics* 2015; 22: 15-31.
8. GALLAGHER A. Moral distress and moral courage in everyday nursing practice. *OJIN* 2010; 16: 2.
9. GASTMANS C, CASTERLÉ BDD. *Verpleegkundige excellentie: verpleegkunde tussen praktijk en ethiek*. Elsevier Gezondheidszorg, 2000.
10. HANNA DR. Moral distress: the state of the science. *Res Theory Nurs Pract* 2004; 18: 73-93.
11. JAMETON A. *Nursing practice, the ethical issues*. Prentice-Hall, Englewood Cliffs, New Jersey (1984). *Int J Nurs Stud* 1985; 22: 343.
12. MCCARTHY J, DEADY R. Moral distress reconsidered. *Nurs Ethics* 2008; 15: 254-262.
13. KÄLVEMARK S, HÖGLUND AT, HANSSON MG, WESTERHOLM P, ARNETZ B. Living with conflicts-ethical dilemmas and moral distress in the health care system. *Soc Sci Med* 2004; 58: 1075-1084.
14. PAULY B, VARCOE C, STORCH J, NEWTON L. Registered nurses' perceptions of moral distress and ethical climate. *Nurs Ethics* 2009; 16: 561-573.
15. HAMRIC AB, BLACKHALL LJ. Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: collaboration, moral distress, and ethical climate. *Crit Care Med* 2007; 35: 422-429.
16. OLSON L. *Ethical climate in health care organizations*, 1995.
17. GOUKENS L. *In gesprek blijven over goede zorg*. Amsterdam: Boom Uitgevers, 2013.
18. PIERS R, VANLAERE L, TACK S, VANSEVENANT A, DE LUST AM. *Levensinde: naar een ethisch kader: werkboek voor zorgverleners*. Lannoo Campus, 2016.
19. CORLEY MC, MINICK P, ELSWICK RK, JACOBS M. Nurse moral distress and ethical work environment. *Nurs Ethics* 2005; 12: 381-390.
20. ANCKAERT L. *De persoon is de maat van de ethiek*. Lannoo Campus, 2008.
21. HAIG KM, SUTTON S, WHITTINGTON J. SBAR: a shared mental model for improving communication between clinicians. *Jt Comm J Qual Patient Saf* 2006; 32: 167-175.
22. LIÉGEOIS A. *Waarden in dialoog. Ethiek in de zorg, vierde, herziene druk*. Tiel: Axel Liégeois & Uitgeverij Lannoo nv, 2014.