

DE MORAAL VAN EEN BESTUURDER IN CORONATIJD

Een beschouwende reconstructie

Piet Batenburg, Eric van de Laar
en Lieke van der Scheer

Met medewerking van medewerkers
en de leiding van het laboratorium aldaar



Centrum voor
Ethiek en
Gezondheid

1. Inleiding

Ziekenhuisbestuurders stonden tijdens de COVID-crisis in het centrum van soms conflicterende waardesystemen. Ze waren verantwoordelijk voor goede patiëntenzorg en goed werkgeverschap binnen landelijke richtlijnen en regionale afspraken, in een situatie die werd gedo-mineerd door de onvoorspelbaarheid van de COVID-pandemie. Wat is in zo'n situatie moreel leiderschap? En wat vraagt dat van de moraal van een bestuurder?

We onderzoeken deze vragen aan de hand van een casus over oplopende zorgen van laboratoriummedewerkers over hun werkveiligheid tijdens de eerste coronagolf, in het voorjaar van 2020. Zij vroegen de Raad van Bestuur (RvB) van hun ziekenhuis om persoonlijke beschermingsmiddelen, maar de RvB ontzegde ze die op basis van het toen geldende RIVM-advies. We maken een kritisch-evaluatieve reconstructie van de denk- en handelwijze van een ziekenhuisbestuurder in deze uitzonderlijke omstandigheden, om te delen wat we daarvan kunnen leren. De casus is exemplarisch voor de crisis, zoals blijkt uit vergelijkbare berichten uit verpleeghuizen die te zien waren in een reportage van *Nieuwsuur* op 15 juli 2020.

Om antwoord te geven op de vraag hoe moreel leiderschap in zo'n situatie vorm kan krijgen, reconstrueren we het verloop van de casus en bespreken we drie thema's die hierin centraal stonden.

Het eerste thema is de strijd om de risico-inschatting. Op basis van onzekere en

onvolledige kennis moest de bestuurder risico-inschattingen maken en besluiten nemen. Hij realiseerde zich dat terdege. Toch was het voor hem een rationele keuze om het RIVM te volgen. Daar was immers de best beschikbare kennis aanwezig. De laboranten zaten echter in een andere positie en keken anders aan tegen de dagelijkse risico's. Hoe gaat iemand die voor zo'n dilemma staat daarmee om?

Het tweede thema is stuiten op de grenzen van beheersbaarheid. In onze hightech ziekenhuizen is beheersing van processen en uitkomsten de dominante, doorgaans succesvolle manier van denken en werken. Natuurlijk moeten we altijd leven met de beperkingen en schaduwzijden van die stijl, maar niet eerder ervoeren we die zo hevig als tijdens de COVID-crisis. Kennis was onzeker, middelen schoten tekort, problemen bleken niet altijd oplosbaar. Ook de bestuurder moest zijn weg in die onzekere situatie zien te vinden zonder om het gegeven heen te kunnen dat we in onze westerse cultuur ontwend zijn: tragiek.

Het derde thema dat we onder de loep nemen is het proces en de communicatie. Daarin draait het niet alleen om de beste argumenten, maar spelen ook emoties en frustraties een rol. Die moeten hanteerbaar worden gemaakt om een conflict op te lossen. Hoe ga je het gesprek aan als de zaak vast dreigt te lopen? Welke houding en vaardigheden helpen een bestuurder om een impasse te doorbreken? Wat werkt averechts?

We sluiten af met een visie op moreel leiderschap in tijden van tragiek en onzekerheid.

2. Casus: geen bescherming voor medewerkers van de afdeling bloedafname

Nadat vanaf half maart 2020 de reguliere, geplande zorg in ons ziekenhuis grotendeels was stilgelegd, kwam die vanaf eind april weer langzaam op gang. Laboratoriummedewerkers hadden tot op dat moment alleen bloed afgenomen van patiënten die in het ziekenhuis waren opgenomen en van een beperkt aantal poliklinische bezoekers van wie de zorg niet kon worden uitgesteld. Ze gingen daarvoor meestal naar de afdeling waar de patiënt lag en troffen in dat geval dezelfde veiligheidsmaatregelen als andere zorgverleners die bij de patiënten in de buurt kwamen. Maar sinds mei kwamen er steeds meer patiënten van buitenaf naar het ziekenhuis. Sinds maart probeert de hele wereld maatregelen te treffen om besmettingen zo veel mogelijk uit te bannen. Thuisblijven bij klachten, goede (hand)hygiëne en anderhalve meter afstand van elkaar houden, dat is de kern, ook in het ziekenhuis. Maar anderhalve meter afstand houden is in een zorgsituatie niet altijd mogelijk. Daarom hanteert de RvB tevens de veiligheidsregels van het RIVM en de Federatie Medisch Specialisten (FMS) voor zorginstellingen. Patiënten die het ziekenhuis binnenkomen wordt gevraagd of ze klachten hebben.¹ Indien nodig krijgt een patiënt een chirurgisch mondneusmasker type I.² Alle balies waar patiënten voor poliklinische/ambulante zorg komen, zijn voorzien van plexiglas schermen. In spreek- en onderzoekskamers zijn geen schermen geplaatst.

Daar begint voor de laboratoriummedewerkers het probleem. Zij krijgen geen masker en geen schermen. De anderhalve meter kunnen ze weliswaar niet handhaven, maar ze komen normaal gesproken toch niet langer dan drie minuten op dertig centimeter of dichterbij van het gelaat van de patiënt. En pas dán zijn volgens de richtlijnen mondneusmaskers nodig.

Toch voelen de medewerkers zich niet veilig en daarom vragen ze toestemming om mondneusmaskers te dragen. Alle medewerkers prikken dagelijks bij wel zo'n honderd patiënten bloed. Ze weten niet hoe eerlijk patiënten antwoord geven bij het uitvragen van hun klachten, en of de uitgedeelde mondneusmaskers het virus daadwerkelijk tegenhouden. Waarom zijn er wel schermen nodig om baliemedewerkers te beschermen en krijgen laboratoriummedewerkers die niet, terwijl zij altijd een praatje met de patiënten maken?

Het verzoek om mondneusmaskers te dragen bereikt de RvB herhaaldelijk via de verantwoordelijke manager. De bestuurder vindt de vraag invoelbaar. Besmetting heeft immers potentieel desastreuze gezondheids- en maatschappelijke gevolgen. De veiligheid van medewerkers en patiënten staat dus voorop. De primaire vraag van de bestuurder is: is er serieuze kans op besmetting? Hij komt tot de conclusie dat die kans heel klein is als het ziekenhuis zich houdt aan de richtlijnen van het RIVM en de FMS. Verder zijn persoonlijke beschermingsmiddelen (hierna: PBM) schaars en ontvangt de RvB regelmatig oproepen om daar zuinig mee om te gaan. De schaarse middelen die beschikbaar zijn en de overtuiging dat er veilig kan worden

gewerkt, maken het de RvB mogelijk om ook met andere overwegingen rekening te houden, zoals het zogeheten uitstralingseffect en de nadelen van het afwijken van de richtlijn zonder dat daar bewezen redenen voor zijn.

Het uitstralingseffect houdt in dat je, door als RvB wél beschermingsmiddelen toe te kennen, bevestigt dat er serieus besmettingsgevaar bestaat. Daarmee creëer je extra onrust én vergroot je de schaarste, want andere, vergelijkbare afdelingen in het ziekenhuis gaan dan ook PBM gebruiken. Daardoor kunnen tekorten ontstaan op afdelingen waar de noodzaak om PBM te gebruiken onomstotelijk vaststaat, namelijk daar waar COVID-19-patiënten worden verzorgd. Verder moet je als RvB kunnen onderbouwen waarom je afwijkt van de richtlijnen, al was het maar omdat je wilt dat collega-instellingen bereid blijven je te helpen wanneer in jouw ziekenhuis daadwerkelijk een tekort aan PBM ontstaat. Die bereidheid komt onder druk te staan als je PBM gebruikt in situaties waarin dat volgens de richtlijn niet nodig is. In alle overwegingen van de RvB heeft geld nooit een rol gespeeld.

Op grond van de bovenstaande overwegingen bleef de RvB op het standpunt staan dat laboratoriummedewerkers geen PBM mochten gebruiken, waarbij de RvB zich beriep op de richtlijnen van RIVM en FMS. De RvB communiceerde dat via de verantwoordelijke manager en vervolgens via een brief aan de afdeling. Daar ontstond steeds meer onvrede. Uiteindelijk escaleerde de situatie en dreigde een aantal laboratoriummedewerkers het werk neer te leggen. Toen dat bericht de RvB bereikte,

besloot de bestuurder het laboratorium te bezoeken en met de medewerkers te gaan praten.

3. Een verschil in inschatting van de risico's

Een van de kwesties die in deze situatie spelen is een verschil van mening over de risico's op besmetting. Wat is de positie van respectievelijk de RvB en de laboratoriummedewerkers in dit meningsverschil?

De positie van de bestuurder

De veiligheid van de medewerkers en de patiënten stond voor de RvB voorop. Hoewel de vraag van de laboratoriummedewerkers om mondneusmaskers invoelbaar was, was de bestuurder zó overtuigd van het geringe besmettingsrisico dat hij rekening kon houden met andere overwegingen, zoals het uitstralingseffect, en op het standpunt bleef staan dat de medewerkers geen mondneusmaskers mochten gebruiken. Hij was zich er weliswaar van bewust dat niet helemaal veel uit te sluiten dat de werksituatie toch onveilig was, maar hield zich vast aan wat op dat moment het meest waarschijnlijk was. Hij handelde rationeel door de RIVM- en FMS-richtlijnen te volgen, omdat daarin alle beschikbare kennis van inhoudelijk deskundigen is opgenomen. Hij koos er bewust voor geen eigen koers te varen.

1. De uitvraag van patiënten begint bij de centrale ingangen van het ziekenhuis. Aan iedereen die binnenkomt stellen we de volgende vragen: Hoest u? Bent u neusverkouden? Heeft u keelpijn? Heeft u koorts (hoger dan 38 graden)? Bent u kortademig? Als een patiënt een van deze vragen met 'ja' beantwoordt, krijgt hij of zij een chirurgisch mondneusmasker type I (ofwel een mondmasker voor de patiënt) op. Bij twijfel vragen we de patiënt een mondneusmasker te dragen. Ook krijgt hij of zij handalcohol aangeboden en moet hij/zij de handen desinfecteren. Daarna loopt de patiënt door naar de polikliniek en meldt zich aan de balie voor de afspraak. De baliemedewerker maakt nogmaals duidelijk dat het belangrijk is om klachten te melden en licht de wachtkamerregels kort toe.

2. Een chirurgisch mondneusmasker heeft als doel uitgedemde lucht te filteren en de omgeving van de drager te beschermen tegen druppels die ontstaan bij spreken, hoesten en niezen. Maskers van het type I bieden de laagste mate van bescherming en worden dus alleen gebruikt bij een laag risico. Type-I-mondmaskers hebben een bacteriefilterefficiëntie van minimaal 95 procent en zijn niet spatresistent.

De positie van de laboratoriummedewerkers

De laboratoriummedewerkers vertrouwden de kennis en de daarop gebaseerde adviezen van het RIVM veel minder. Gevoed door dagelijkse discussies in media en wetenschap bleken zij gevoeliger voor de onzekerheid waarmee de kennis over risico's is omgeven. Zo werd bijvoorbeeld steeds duidelijker dat mensen het virus al kunnen verspreiden voordat ze klachten krijgen en bleef de rol die aerosolen bij besmetting spelen almaar ónduidelijk. Daardoor stelde het de medewerkers steeds minder gerust dat ze de patiënten die het ziekenhuis binnenkwamen uitvroegen over hun klachten. Hun ongerustheid werd er alleen maar groter op doordat veel patiënten hen vroegen waarom zij geen beschermingsmiddelen droegen.

Feiten als basis voor beleid?

Normaal gesproken ontstaat wetenschappelijke kennis grotendeels buiten de waarneming van niet-wetenschappers en beïnvloeden prille feiten het beleid (nog) niet. Door de grote urgentie rondom het gedrag van het virus zich meer dan anders in de openbaarheid af. De resultaten van wetenschappelijk onderzoek worden in dit geval vaak al gepubliceerd voordat het gebruikelijke, kritische peer-review-proces heeft plaatsgevonden. En dan blijkt in sommige gevallen dat de publicatie na peer-review weer moet worden ingetrokken. De overheid grijpt voorlopige wetenschappelijke inzichten en voorzichtige

hypotheses over de risico's alvast aan om er haar beleid op te baseren. Zoals Mark Rutte op de COVID-persconferenties zei: 'Met 50 procent van de kennis moeten we 100 procent van de besluiten nemen.'

De feiten zijn nog niet 'robuust' en er is nog veel ruimte voor discussie. De RvB handelde in dit geval echter op basis van de 'best beschikbare kennis' alsóf het al om robuuste feiten gaat.

Voor wie zijn de risico's?

De oratie van de filosofe Sabine Roeser³ bevat enkele aspecten van de weging en de acceptatie van risico's die ook in deze casus een rol spelen. Ten eerste wijzen risico's per definitie op onzekerheid: er is een kans dat besmetting zich voordoet. Volgens Roeser is de grootte van het risico, dus de kans dat het misgaat, een belangrijk element bij de acceptatie ervan. Voor de RvB was dat het belangrijkste criterium waarop hij zijn besluit baseerde. De bestuurder was ervan overtuigd dat de kans op besmetting klein was.

Ten tweede vraagt Roeser: wie loopt de risico's? Wat de RvB zich misschien niet realiseerde, maar wel zwaar woog voor de laboratoriummedewerkers, was dat niet de RvB maar zij (en hun naasten) het risico liepen om ziek te worden. Ook bestond de kans dat zij patiënten besmetten. Dat risico had enorme invloed op het privéleven van sommige medewerkers. Als hun partner 'kwetsbaar' was, sliepen ze apart; ze durfden hun ouders niet te bezoeken, gingen niet naar winkels et cetera.

Ten derde: mensen accepteren risico's eerder als ze kunnen kiezen of ze zich eraan bloot stellen. Omdat de medewerkers van hogerhand werd opgelegd risico te lopen, accepteerden ze dat risico niet zomaar.

Ten vierde: de bereidheid om een risico te accepteren wordt groter als men ziet dat er geen andere mogelijkheden zijn. Dat alle zorgmedewerkers in Nederland extra diensten draaiden, in bloedhete beschermende pakken hun werk deden en dergelijke, laat zien dat ze tot veel bereid zijn als er geen alternatieven (lijken te) zijn. Omdat laboratoriummedewerkers zagen dat andere medewerkers wél beschermd werden, bijvoorbeeld door de schermen die bij de balies stonden, wisten ze dat er wel degelijk alternatieven waren. Daarom wilden zij niet werken zonder PBM.

Ratio en emotie

De bestuurder vond het een rationele beslissing om zich op de wetenschappelijke inzichten van het RIVM te baseren en noemde de houding van de laboratoriummedewerkers emotioneel. Inderdaad ging de reactie van de laboratoriummedewerkers uiteindelijk met veel emoties gepaard. Ze waren bang, boos en soms zelfs ten einde raad.

Nu hebben emoties in de geschiedenis van het denken niet zulke goede papieren. Voor Immanuel Kant (1724-1804) bijvoorbeeld, zijn emoties onbetrouwbaar, misleidend en subjectief. Daar moet je je bij het nemen van beslissingen niet door laten leiden, maar door de rede. De filosofe Martha

3. Roeser, S. (2013). *Risico, ethiek en emoties*. Delft. Geraadpleegd via: <http://resolver.tudelft.nl/uuid:eac7f19b-ef8f-4103-ad04-3bf3242995d6>

Nussbaum bestrijdt die scherpe scheiding tussen ratio en emotie. Zij noemt emoties ‘cognitief’ en pleit voor een grotere rol ervan bij morele en politieke beslissingen.⁴ Emoties moeten niet per definitie als onbetrouwbaar van de hand worden gewezen. Ze ‘weten’ namelijk iets: ze zetten ons op het spoor van onze visie op de wereld, op wat daarin van waarde is. Toch wijst niet elke emotie volgens haar op een juist inzicht.⁵ De opvattingen of ideeën achter de emotie moeten wel worden onderzocht op juistheid. De RvB deed dat in eerste instantie niet met de emoties van de laboratoriummedewerkers. De RvB ging niet in op de zorgen van de laboratoriummedewerkers, maar herhaalde alleen de argumenten waardoor hij zich had laten overtuigen.

De inzichten van Roeser en Nussbaum helpen ons te zien hoe verschillende opvattingen met elkaar kunnen botsen. We komen daarop terug als we de communicatie bespreken waarvan in de casus sprake was. Dan zal blijken dat het van groot belang is om oog én oor te hebben voor zorgen die eerder werden gediskwalificeerd. Maar eerst laten we zien dat ook de hooggespannen verwachtingen van laboratoriummedewerkers – kort gezegd: de RvB moet in staat zijn de problemen te beheersen – bijdroegen aan de escalatie van het probleem.

4. Beheersing, onmacht en tragiek

Iedereen die in een ziekenhuis werkt, weet dat daar mensen sterven en dus dat er grenzen zijn aan de beheersbaarheid, on-

danks alle indrukwekkende medische technologie. Maar juist door dat enorme technische kunnen blijft het vaak onverteerbaar om die grenzen en de daardoor gevoelde onmacht te accepteren. Alleen al vanwege zijn omvang werkt de COVID-crisis wat dat betreft ontwrichtend. Dat speelt ook in de casus een rol: er treedt een soort verlegenheid aan het licht wanneer we ons moeten verhouden tot gevallen van overmacht. We blijven houvast zoeken in de beheersing, alsof onmacht niet mag bestaan. Frustratie kan dan niet uitblijven.

Filosoof Jos de Mul betoogt dat we in het Westen door de ontwikkeling van technologie en het daaruit voortgekomen ideaal van beheersbaarheid het besef van noodlot en tragiek zijn kwijtgeraakt.⁶ Daarmee verloren we ook een manier om ermee te leven en om te gaan, waarover de Griekse oudheid en het christendom nog wel beschikten. Vanuit ons technologische beheersbaarheidsideaal denken we noodlot en tragiek te kunnen uitbannen.

Wat is tragiek? En hoe hangt die samen met noodlot? Noodlot is ongeluk. Je spreekt van ‘tragisch’ als er grote schade mee is gemoeid: een verslaving die tot de dood leidt, familiebanden die duurzaam ontwricht raken. Kenmerkend is dat we geen grip hebben op de gebeurtenis die de tragiek veroorzaakt. We kunnen die niet voorkomen, indammen of ongedaan maken. Tragiek is ongeluk dat voortkomt uit menselijk handelen dat onvoorzien averechts uitpakt. Ook onvermogen om in principe veranderbaar handelen met desastreuze gevolgen om te buigen of te voorkomen, kan onder tragiek worden geschaard.

Tragiek confronteert ons op dramatische wijze met onmacht. De tragiek is niet verdwenen door de ontwikkeling van technologie, het besef van het tragische wel. Het probleem is dat we als gevolg van onze van technologie en maakbaarheid doordrongen cultuur alleen op beheersing gericht handelen als verweer hebben. ‘Zolang menselijk lijden vanuit een modern, technisch perspectief wordt bekeken, kan het tragische karakter ervan – het samenvallen van vrijheid en noodlot – niet als zodanig worden ervaren, maar zal het veeleer aanleiding geven tot verdere actie.’⁷ Het ‘samenvallen van vrijheid en noodlot’ geeft het dilemmakarakter weer: er is wel een keuze mogelijk, er moet zelfs gekozen worden, maar leed en schade zijn onvermijdelijk. Er is geen pijnvrije uitweg. Denk ook aan het scenario dat ons te wachten staat wanneer er daadwerkelijk een absoluut tekort aan ic-bedden zou ontstaan en we toch moeten kiezen wie het vrije bed toekomt.

De Muls idee over het verloren besef van tragiek kan licht werpen op het verloop van onze casus en ons helpen iets te leren dat al de hele COVID-crisis lang speelt. Het valt ons zwaar om met onmacht om te gaan, om die een plaats te geven in ons denken en handelen. Het is alsof we er de ‘vaardigheid’ voor ontberen. De vaardigheden die we wél inzetten, verraden dat we hoge verwachtingen van beheersbaarheid hebben. Daarmee miskennen we de tragiek en de onmacht, in plaats van dat we er zo goed mogelijk mee omgaan.

Dat laat zich illustreren aan twee aspecten van de casus. Het eerste is dat de RvB zijn onzekerheid en eigen worsteling – het ab-

4. Nussbaum, M. (1998). *Love’s Knowledge*. In: B. McLaughlin en A. Rorty (Red.). *Perspectives on Self-Deception* Berkeley: Berkeley University of California Press, p. 487-514.

5. p.25 van Boenink, M. (1999). Inleiding tot M. Boenink (Red.), *Wat liefde weet. Emoties en morele oordelen* (2e editie). Amsterdam: Boom Lemma, p. 7-26

6. Mul, J. De (2014). *De domesticatie van het noodlot. De wedergeboorte van de tragedie uit de geest van de technologie* (4e editie). Rotterdam: Lemniscaat.

7. Idem, p. 100.

solute tekort aan middelen plus de kritiek van deskundigen op het RIVM – te lang niet benoemde. Het tweede aspect is dat de RvB pas laat onderzocht of de verwachtingen van de laboratoriummedewerkers redelijk en haalbaar waren, waardoor de medewerkers de RvB gingen verdenken van onwil om tot een oplossing te komen. Doordat een inhoudelijke uitwisseling uitbleef, waarin beide partijen de precare kanten hadden kunnen uitspreken, ontstonden onbegrip en verharding.

Beheersingsmodus faalt

Halverwege het traject hebben de laboratoriummedewerkers een poging gedaan om tot een inhoudelijke uitwisseling van gedachten te komen. Ze stuurden een brief waarin ze hun zorgen en frustraties uitten en erop aandrongen beschermingsmiddelen te mogen gebruiken. De RvB reageerde daarop met een brief waarin werd herhaald waarom bescherming volgens de RIVM-richtlijn niet nodig zou zijn. In de brief werd met geen woord gerept over de twijfel van de laboratoriummedewerkers aan de betrouwbaarheid van het RIVM-standpunt. Daardoor ervoeren zij dat aan hun zorgen en angst voorbij werd gegaan en dat die niet werden onderzocht én beschouwden ze de brief als een machtswoord waarvan de RvB de redelijkheid niet inzichtelijk maakte.

Wanneer je als RvB je eigen onzekerheid niet benoemt, helpt dat de laboratoriummedewerkers niet inzicht te krijgen en begrip te hebben voor de precare positie waarin je in een crisissituatie verkeert.

Het vertrouwde verwachtingspatroon van beheersbaarheid geeft dan voeding aan de gedachte dat achter de schermen sprake is van berekening en dat andere belangen (geld?) voorrang krijgen boven de veiligheid en het welzijn van personeel. Dan ontstaan argwaan en verontwaardiging omdat de RvB een evidente ethische plicht veronachtzaamt. De beheersingsmodus, het belangrijkste professionele instrumentarium van de bestuurder waarop de medewerkers een beroep doen, keert zich tegen beide partijen in de vorm van gefnuikte verwachtingen en verwijten van onverschilligheid en immoraliteit. In die zin is de casus een voorbeeld van onze verlegenheid met tragiek. We herkennen in eerste instantie niet waarom vertrouwde verwachtingen over beheersbaarheid in combinatie met de geijkte, rationele aanpak als antwoord tot een impasse leiden. Er is geen gedeeld besef van overmacht. Uit het verdere verloop van de casus wordt duidelijk dat dit besef de doorslag kan geven om uit de impasse te komen en dat het daarom belangrijk is het te benoemen. Dat gebeurde uiteindelijk in een gesprek tussen bestuurder, leiding en medewerkers.

5. Communicatie

In ons ziekenhuis is het zogeheten Klinisch Ethisch Overleg (KEO) een goed ingeburgerde gespreksvorm om samen complexe casuïstiek rond gevoelige keuzes te onderzoeken. Perspectiefwisseling, zoeken naar redelijkheid in verschillende, vaak wringende opties of wensen en streven naar wederzijds begrip vormen het 'denkgereedschap' dat met die gespreksvorm

wordt aangereikt om uit een impasse te komen. De dilemma's die in zo'n gesprek worden besproken zijn niet oplosbaar zonder schade op de koop toe te nemen: er bestaan geen probleemloze oplossingen. In dat opzicht zijn de kwesties die in KEO's worden besproken verwant aan tragiek.

Uit de praktijk blijkt dat inzicht helpt om schade te aanvaarden en dat begrip moeilijke, ambivalente keuzes draaglijk kan maken. Inzicht helpt complexiteit onder ogen te zien en tot het besef te komen dat beide kampen vaak hetzelfde willen: de best mogelijke zorg of een oplossing waar iedereen ondanks alle ambivalentie mee kan leven. Erkennen dat de optie waar niet voor wordt gekozen ook redelijke kanten bevat, helpt om tot een constructieve, gezamenlijke aanpak te komen. In het beste geval voelt iedereen zich gehoord en serieus genomen. Met de toenemende aandacht voor KEO's en morele beraden in ziekenhuizen is er een 'instrumentarium' voorhanden om opnieuw met tragiek te leren omgaan, om vaardigheden te ontwikkelen die in tragische situaties behulpzaam kunnen zijn.⁸

Ook in deze situatie bleek zo'n soort gesprek uitkomst te bieden toen de bestuurder de afdeling bezocht en met de laboratoriummedewerkers in gesprek ging. In plaats van dat hij de RIVM-richtlijn nog eens uit de doeken deed, die toen nog steeds van kracht was, stelde hij zich open voor alle vragen en kritiek van de laboratoriummedewerkers.

Aanvankelijk was de sfeer gespannen en waren alle deelnemers aan het gesprek sceptisch. Doordat de bestuurder een niet-defensieve houding aannam en begrip

8. Dartel, H. Van, en B. Molewijk (2020), *In gesprek blijven over goede zorg. Overlegmethoden voor moreel beraad* (3e druk). Amsterdam: Boom.

toonde voor de zorgen, ontstond echter geleidelijk een constructief overleg. De laboratoriummedewerkers hadden zich in de steek gelaten gevoeld en vonden dat hun zorgen en angst voor besmetting werden miskend. De bestuurder liet zien dat hij zelf met de situatie worstelde, dat een andere verdeling van het tekort aan middelen onmogelijk was, en ging in op de twijfel rond de kennis over de verspreiding van het virus, zoals in de media telkens naar voren kwam. Hij betreurde het dat de spanningen zo hoog waren opgelopen en dat de medewerkers zich in de steek gelaten hadden gevoeld. Hij lichtte ook toe waarom het bestuur, de infectiologen en microbiologen van het ziekenhuis het risico verwaarloosbaar achtten, wat door eigen onderzoek van het laboratorium werd ondersteund. Er waren op de afdeling en in het hele ziekenhuis namelijk niet meer besmettingen vastgesteld dan onder de rest van de bevolking.

Ondanks het verschil in risico-inschatting bagatelliseerde de bestuurder de angst niet of redeneerde hij die niet weg. Hij zei zich goed te kunnen voorstellen dat een hoestende patiënt of voortdurend door patiënten gevraagd worden waarom de medewerkers geen PBM droegen bij hen het gevoel van onveiligheid bleef voeden en dat dit gevolgen had voor hun thuissituatie en welbevinden. Hij bood bovendien een oplossing aan in de vorm van herbruikbare spatmaskers voor laboratoriummedewerkers bij bloedafnames.

De bestuurder onderstreepte ten slotte dat er geen sprake was van besparingen of andere verborgen belangen. De door de medewerkers gewenste oplossing van

volledige bescherming bleek simpelweg onmogelijk. Dat betekende ook dat er heel andere besluiten zouden zijn genomen als de risico-inschatting anders was uitgevallen, dus als er een reëel risico op besmetting was geweest. Dan zou de RvB bepaalde zorgverlening hebben stopgezet omdat de veiligheid niet kon worden gewaarborgd. De veiligheid van de patiënt en van medewerkers gaat voor alles, was hoe dan ook het uitgangspunt.

Dat de eigen infectiologen en microbiologen het risico aanvaardbaar achtten, wat werd bevestigd door eigen onderzoek, maakte het mogelijk om de niet-weggenomen angst te verlichten met de creatieve oplossing van de herbruikbare spatmaskers. Voor alle partijen was dat een bevredigende uitkomst van het gesprek, al was het maar omdat de overmacht en de kwetsbaarheid van beide kanten onder ogen werden gezien: omdat beide partijen erkenden dat de manoeuvreerruimte beperkt was. Besef van de tragiek sluit nadenken en kiezen dus niet uit, vraagt niet om gelatenheid, zoals hier duidelijk wordt. Benoemen dat je allebei gevangen zit in een soort beklemming nuanceert de beheersingsreflex en maakt de situatie weer hanteerbaar.

6. Conclusie en leerpunten

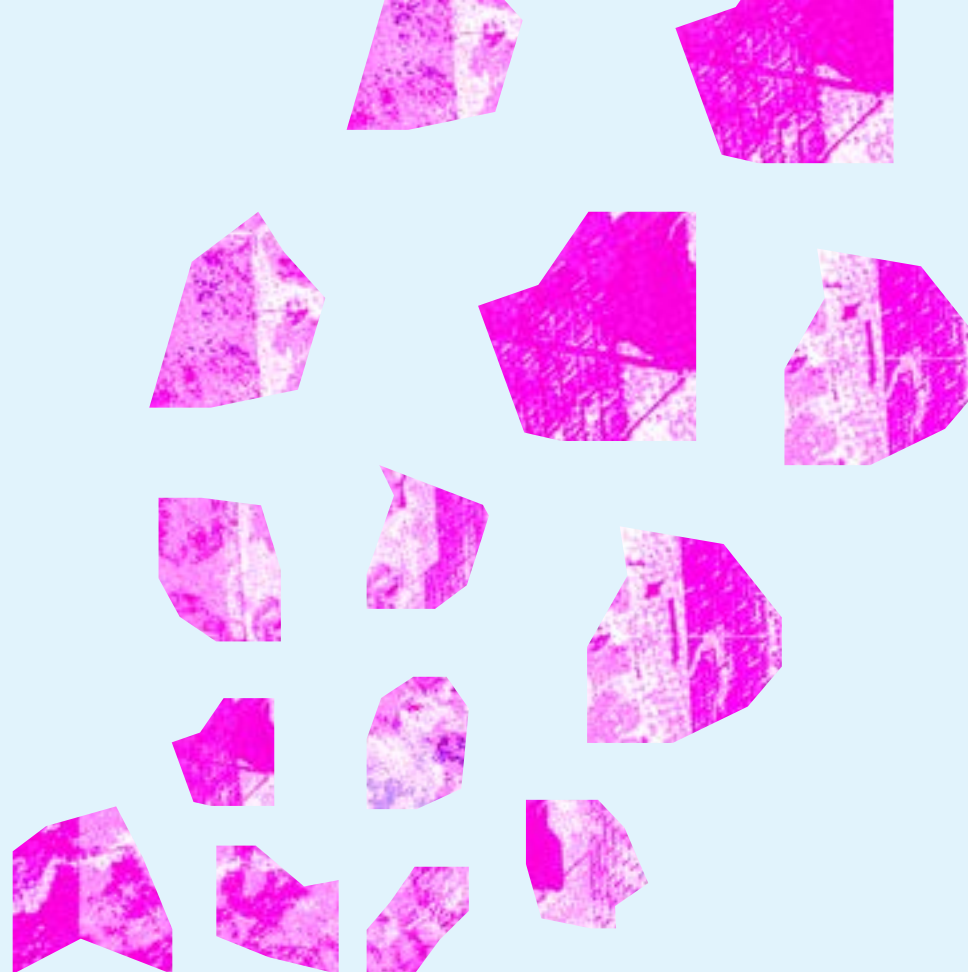
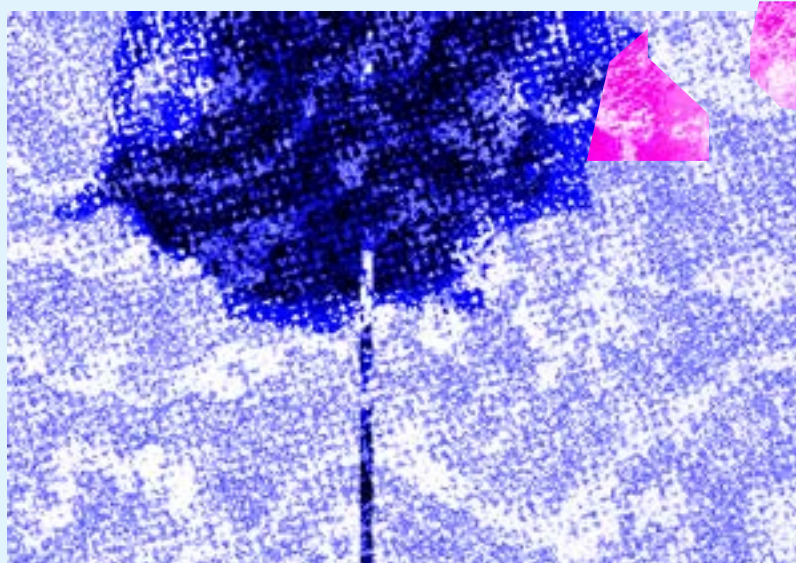
Het morele probleem in deze casus was aanvankelijk dat de RvB besloot af te zien van volledige bescherming van de laboratoriummedewerkers. Maar dat probleem

bleek vooral te herleiden tot een verschil in inschatting van het besmettingsrisico. Daarom was het geen moreel laakbare beslissing. De RvB was er immers van overtuigd dat hij die had genomen op basis van de best mogelijke informatie over het besmettingsrisico, die door deskundigen op integere wijze was gewogen en met de medewerkers was gedeeld. Tegelijkertijd was een andere verdeling van middelen niet mogelijk zonder elders in de organisatie grotere risico's te veroorzaken en daarmee het werken onmogelijk te maken. Het gebrek aan manoeuvreerruimte, in combinatie met een als betrouwbaar ingeschat risico, leidde tot dat besluit. Een leerpunt is dat de RvB de twijfel aan de betrouwbaarheid eerder serieus had moeten nemen. Doordat hij dat te laat deed, werd dat het grotere, echte morele probleem.

Dat probleem speelde zich af op het vlak van de communicatie, doordat de RvB te laat inging op de bezwaren van de laboratoriummedewerkers en zijn eigen worsteling niet zichtbaar maakte. De bezwaren van de medewerkers kregen aanvankelijk geen plek omdat de RvB ze als angst en emotie beschouwde en niet als informatie, en dus als irrelevant in relatie tot de bepaling van het besmettingsrisico. De RvB beschouwde een deugdelijke bepaling van het besmettingsrisico als belangrijkste morele opdracht. De mening van de medewerkers droeg daar niet aan bij. Dat de RvB die een plaats moest geven, en hoe, ofwel dat aandacht hiervoor eveneens een belangrijke morele opgave was, zag de RvB pas later in het open gesprek onder ogen. Ook het inzichtelijk maken van de eigen worsteling bleek een belangrijk moreel aspect.

Een ander leerpunt is daarmee dat erkenning van onzekerheid en overmacht een voorwaarde is voor een gedeeld besef van tragiek. Die voorkomt dat de een de ander verdenkt van onwil of een verborgen agenda en dat beide partijen zoeken naar wat haalbaar is.

In de moraal van de bestuurder spelen argumenten altijd een rol omdat ze besluiten inzichtelijk maken. In situaties van overmacht en onzekerheid, zoals die van de casus, hangt de overtuigingskracht van die argumenten echter af van de gebrekkige soliditeit of robuustheid van de kennis. Uit de casus blijkt dat het voor de oplossing van een conflict helpt om dat te erkennen. Een andere interpretatie, en de emoties die daarmee verbonden zijn, worden dan niet gediskwalificeerd. De bereidheid om te veronderstellen dat de ander redelijk is, ook al deel je zijn mening niet per se, getuigt bovendien van aandacht en zorg voor de ander. Moreel leiderschap, of de moraal van de bestuurder, omvat ook dat aspect. In het open gesprek bleek wat daarvan de waarde is.



Piet Batenburg was op het moment van de eerste piek van de Coronapandemie voorzitter van de raad van bestuur van het Catharina Ziekenhuis, sinds 1-9-2020 is hij met pensioen.

Eric van de Laar is medisch ethicus in het Catharina Ziekenhuis Eindhoven.

Lieke van der Scheer is ethicus in het Catharina Ziekenhuis Eindhoven en freelance ethiekdocent en -consulent.