

6 Ethiek in zorginstellingen en zorgopleidingen¹

Wie in de zorg werkt, wordt onvermijdelijk geconfronteerd met morele kwesties. Dat kunnen 'grote' en 'bekende' dilemma's zijn, zoals abortus of euthanasie, maar veel vaker gaat het om meer alledaagse kwesties, zoals die rond het beroepsgeheim, bejegening, of zoiets eenvoudigs als wassen of het inschenken van de koffie. Omdat dergelijke zaken zo vaak voorkomen, is het verlenen van zorg ook een morele praktijk. De kwaliteit van die praktijk wordt mede bepaald door de mate waarin professionals in staat zijn adequaat op morele vragen in te spelen. Door veranderingen in de maatschappij worden aan die competenties steeds hogere eisen gesteld. Om de kwaliteit van de zorg te verbeteren doet een toenemend aantal instellingen actief aan projecten op het gebied van ethiek, zoals moreel beraad, of 'belevingsgerichte zorg'. Dit signalement brengt in kaart in welke mate en op welke wijze instellingen meer of minder expliciet aandacht aan ethiek besteden. Waarom doen instellingen dit en zijn ze succesvol? Welke valkuilen zijn er? Dit signalement inventariseert tevens het ethiekonderwijs op verschillende niveaus van zorgopleidingen. Welke doelstellingen hebben de instellingen met dit onderwijs en slagen zij erin om die doelstellingen te realiseren?

6.1 Inleiding

Artsen, verpleegkundigen en verzorgenden worden dagelijks geconfronteerd met morele kwesties. Soms zijn dat 'grote' dilemma's, zoals die rond euthanasie, abortus of anticonceptie van verstandelijk gehandicapten. Veel vaker gaat het echter om meer alledaagse zaken, zoals die rond het beroepsgeheim of de bejegening van patiënten. Of soms om het uitschenken van de koffie.

Op het spreekuur van de huisarts komt mevrouw X met haar 15-jarige verstandelijk gehandicapte dochter. De dochter heeft een vriend en wil een kind. Het lijkt mevrouw X geen goed idee (deels omdat zij er zelf voor zal moeten opdraaien) en zij vraagt de huisarts of Lenie niet 'geholpen' kan worden.

¹ Opgesteld door drs G van Dijk, adviseur bij het CEG/RVZ. Ten behoeve van dit signalement is een achtergrondstudie geschreven door mw drs MS Munk, waarop dit signalement grotendeels is gebaseerd (Munk 2005). In het kader van deze achtergrondstudie zijn enkele interviews gehouden, waarnaar in deze tekst regelmatig wordt verwezen.

‘Op een psychiatrische afdeling waar ik werkte, werd jarenlang suiker en melk in de pot koffie geroerd en dan uitgeschonken. Toen zeiden wij op een gegeven moment: ‘we willen dat die mensen dat weer zelf gaan doen, maar hoe leer je ze dat dan?’ (Pols 2004)’

Moraal, geneeskunde, verpleging en verzorging zijn onverbreekbaar met elkaar verbonden. *‘Ethics cannot be considered as a separate part of medicine. Medicine is, at its center, a moral enterprise grounded in a covenant of trust. This covenant obliges physicians to be competent and to use their competence in the patient’s best interest’* (Olthuis 2003b: 196/7). Het verlenen van zorg is bij uitstek ook een morele praktijk. Dit is, wat betreft verpleegkundigen, kernachtig uitgedrukt in: *‘Ethics is inherent in nursing’* (Lemonidou 2004: 122).

Om in die zorgverlening als morele praktijk goed te kunnen functioneren, is het van belang dat professionals beschikken over de competenties om met morele kwesties om te kunnen gaan. Om die competenties aan te leren of te versterken krijgt vrijwel iedereen die een opleiding in de zorg ontvangt, op een of andere manier met lessen ethiek te maken. Zorginstellingen proberen regelmatig de kwaliteit van de zorg te verbeteren door al dan niet expliciet aandacht aan ethiek te besteden.

Uit diverse bronnen is echter de indruk ontstaan dat er op het gebied van ethiek, zowel in zorginstellingen als in zorgopleidingen, tekortkomingen zijn. Er bestaat weinig inzicht in wat instellingen precies doen aan ethiek en wat het effect is van hun initiatieven. Op het gebied van ethiek in de opleidingen is er de indruk van een grote diversiteit qua inhoud, aanpak en uitvoering van het onderwijs. Als deze indruk correct is, dan staat dit in contrast met het ideaal van diverse beleidsstukken waarin het belang wordt erkend van zowel ethiek in de instelling, als in de zorgopleiding.

Voor het CEG/RVZ was dit aanleiding om inventariserend onderzoek te laten verrichten naar het ethiekonderwijs in de medische- en zorgopleidingen, zowel op MBO, HBO en WO-niveau en naar wat er wordt gedaan aan ethiek binnen de zorginstellingen (Munk 2005, Klompenhouwer 2004). Dit signalement baseert zich hoofdzakelijk op de resultaten van deze onderzoeken.²

Dit signalement wil antwoord geven op de volgende vragen:

- Wat doen zorginstellingen op het gebied van ethiek? Tegen welke knelpunten lopen zij op?
- Wat doen medische- en zorgopleidingen aan ethiek om aanstaande artsen, verpleegkundigen en verzorgenden voor te bereiden op de morele zorgpraktijk? Tegen welke knelpunten lopen zij op?

² Ethiek wordt vaak gegeven in combinatie met gezondheidsrecht. Gezien de omvang van het onderwerp, en gelet op de doelstellingen van het CEG, beperkt dit signalement zich tot ethiek. Voor wat betreft het WO beperkt dit signalement zich tot de geneeskundefaculteiten, voor het HBO tot de HBO-V en voor het MBO tot de zorgopleidingen. Ook op andere dan de geneeskundefaculteiten (onder andere verpleegwetenschappen, tandheelkunde) wordt ethiek gegeven, maar deze zijn hier buiten beschouwing gelaten. Evenmin is een uitsplitsing gemaakt naar de diverse intramurale instellingen (GGZ, verpleeghuizen). Per sector kunnen uiteraard grote verschillen bestaan qua aard van de morele problematiek en de wijze waarop aan ethiek wordt gedaan. In dit inventariserende signalement kan op deze verschillen echter niet worden ingegaan.

- Hoe moeten deze gesignaleerde knelpunten beoordeeld worden en in welke richting zouden oplossingen gevonden kunnen worden?

Uit deze vragen volgen twee doelstellingen. Allereerst heeft dit signalement als doel de stand van zaken en de knelpunten rond ethiekbeoefening in de zorginstellingen in Nederland en het ethiekonderwijs in de zorgopleidingen in kaart te brengen. Een tweede doelstelling van dit signalement is bouwstenen aan te dragen voor de beleidsagenda ter zake.

De opzet van dit signalement is als volgt. Na begripsverheldering en terreinafbakening, komt eerst de situatie in de zorginstellingen en vervolgens in het onderwijs aan de orde. Daarna volgt een nadere analyse en worden bouwstenen voor een ethische agenda geformuleerd.

6.2 Wat is ethiek?

Wat is ethiek en wanneer doet een instelling aan ethiek? Als af en toe een personeelslid naar een cursus ethiek gaat? Of als er een ethische commissie is? Wij verstaan in dit signalement onder ‘aan ethiek doen’: een systematische en kritische reflectie op de morele waarden en normen die zich in de praktijk van een zorginstelling voordoen. Deze reflectie is geen doel op zich, maar heeft tot doel om de uitoefening van het beroep – en daarmee de kwaliteit van de zorg – te verbeteren (Dupont & Hermans 2001).

De waarden en normen waarnaar deze definitie verwijst, worden ook wel omschreven als ‘moraal’. Bij ‘moraal’ gaat het om ‘het geheel van morele normen en waarden dat door een individu of binnen een groep, instelling of cultuur als een belangrijke richtlijn voor het eigen handelen wordt beschouwd’ (Bolt 2003). ‘Moraal’ gaat dus over de overtuigingen die bepalen wat ‘goede zorg’ is, terwijl het bij ethiek gaat om de systematische en kritische reflectie op die overtuigingen (Beauchamp 1991, Bolt 2003).

6.3 Ethiek in de zorginstelling

Wat moeten zorgverleners kunnen?

Aan de morele competenties van zorgverleners worden door allerlei maatschappelijke ontwikkelingen, zoals technologische ontwikkelingen, vraaggestuurde zorg, schaarste in de zorg en een toenemende diversiteit van de samenleving, steeds hogere eisen gesteld (RVZ 1999). Hoe te vertellen dat een vrouw genen heeft die haar een sterk verhoogde kans op borstkanker geven? Hoe verhoudt in een vraaggestuurde zorg de wens van de patiënt zich tot de professionele verantwoordelijkheid van de zorgverlener? Wie komt in aanmerking voor behandeling met een duur medicijn? Hoe moet in verpleeg- en verzorgingshuizen worden omgegaan met de verschillende culturele en religieuze achtergronden van de bewoners?

Voor een goede kwaliteit van de zorg is het van belang dat zorgprofessionals op alle niveaus kunnen beschikken over de vaardigheden om met deze en andere morele kwesties om te gaan.

De visie dat morele competenties van zorgverleners van invloed zijn op de kwaliteit van zorg wordt gedeeld door de minister van VWS. 'Ethische vraagstukken komen op alle niveaus van de instelling voor, maar vaak worden ze niet als zodanig herkend. Het expliciet maken van ethische aspecten van de zorg – van ziekenverzorgenden tot en met managers – levert een belangrijke bijdrage aan de kwaliteit van het handelen en aan de respectvolle bejegening van patiënten en cliënten. Ethiek in de instelling heeft daarom de aandacht van VWS' (Ministerie van VWS 2004).

En kunnen ze dat ook?

Zijn zorgverleners in staat om met morele vragen om te gaan? Uit de literatuur, maar ook uit de voor dit signalement gehouden interviews, blijkt dat niet altijd het geval te zijn.

Allereerst blijkt dat veel zorgverleners zich niet bewust zijn van de morele dimensies van hun werk. Ook zijn zij vaak niet in staat morele kwesties als zodanig te herkennen. Over het algemeen denken zorgverleners bij ethiek of moraal aan iets abstracts of 'moeilijks' zoals euthanasie of abortus. Ethiek wordt vaak gelijkgesteld aan juridische regels die men moet kennen en waaraan men zich moet houden. Dat ethiek ook gaat over verantwoordelijk handelen en de reflectie daarop, blijft doorgaans onderbelicht. Ook is vaak onbekend dat aan alledaagse zorg, zoals wassen of aankleden, ook morele aspecten zitten. Dit over het hoofd zien van morele kwesties is soms ook een vorm van 'bedrijfsblindheid' (RVZ 1999). Mensen hebben de neiging om problemen in voor hen hanteerbare termen te formuleren. En in de gezondheidszorg zijn velen geneigd om problemen te zien als technische problemen, die om een technische oplossing vragen.

Het ontbreekt zorgverleners ook vaak aan de vaardigheden om om te gaan met kwesties als het communiceren met patiënten over hun ziekte, pijnbestrijding in verband met de angst het leven van de patiënt te bekorten, en het moeten meedoen aan een behandeling die zorgverleners zelf als zinloos ervaren (Georges 2002, Van der Arend 1999).

En als ze dat niet kunnen?

Tekortkomingen op het gebied van morele competenties kunnen leiden tot een scala aan problemen (Georges 2002). Doordat professionals doorgaans weinig spreken over wat 'goede zorg' is, kunnen daar in de praktijk heel verschillende ideeën over ontstaan. Dit kan leiden tot communicatieproblemen en 'morele stress'. Morele stress kan bijvoorbeeld ontstaan als verpleegkundigen een moreel probleem constateren, zonder dat zij in de positie verkeren invloed uit te oefenen op het morele besluitvormingsproces. Dit kan leiden tot gevoelens van machteloosheid, ongeschiktheid en inefficiëntie, maar ook tot passiviteit en het minder gevoelig worden voor morele problemen (Lützen 2003).

De morele competenties van zorgverleners zijn ook op een andere manier van directe invloed op de kwaliteit van de zorg. Verzorgenden zijn zich er bijvoorbeeld vaak niet van bewust dat zij hun eigen belevingswereld projecteren op die van de bewoner (Gruson 2004). Daarnaast zien zij over het hoofd dat een bewoner afhankelijk is van de hulpverlener en dat het bij 'goede zorg' ook gaat om het ingaan op 'levensvragen' en dat het verschil maakt of zij zelf met iets zitten óf dat een bewoner met iets zit.

Morele competentie betekent ook dat hulpverleners zich bewust zijn (of worden) dat hun eigen veronderstellingen, idealen, verwachtingen en waarden kunnen verschillen van die van anderen. Vergroting van deze morele competentie vergroot tegelijkertijd de betrokkenheid van de zorgprofessional bij de cliënt of patiënt en dat heeft direct een positieve invloed op de kwaliteit van de zorg. Voor wie heeft nagedacht over wat goede zorg is, is het veel eenvoudiger en logischer die goede zorg ook daadwerkelijk te verlenen.

Hoeveel instellingen doen aan ethiek?

Helaas zijn geen cijfers bekend over het aantal instellingen dat actief aan ethiek doet. Wel komt naar voren dat het aantal activiteiten op het gebied van ethiek in de instellingen nog zeer beperkt is (Munk 2005). Deze indruk kan worden gestaafd aan de hand van het aantal ethische commissies in zorginstellingen, waarover wel cijfers bestaan. Uit onderzoek van Van Dartel (2002) blijkt dat het merendeel (57%) van de onderzochte instellingen (ziekenhuizen, gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg en ouderenzorg) niet over een ethische commissie of werkgroep ethiek beschikt. Ethische commissies komen het meest voor in ziekenhuizen. Volgens Van Dartel³ hebben circa tachtig ziekenhuizen een ethische commissie. Maar volgens hem geven de cijfers een te rooskleurig beeld. 'Het activiteitsniveau van een ethische commissie is vaak laag, bij heel veel organisaties versuukelt het commissiewerk na een aantal jaren. De realiteit is zorgwekkend' (Munk 2005).

In de GGZ is het beeld niet veel beter. 'Van de 30 grote GGZ-instellingen doen vier of vijf instellingen actief iets aan ethiek. Dat betekent dat ze training aanbieden in moreel beraad of dat ze actief ethische kwesties op de agenda houden. Dat is dus niet zoveel' (Interview Graste⁴, Munk 2005).

Wat doen instellingen aan ethiek?

In de loop der tijd is een scala aan mogelijkheden ontwikkeld waarmee instellingen vorm kunnen geven aan beleid op het gebied van ethiek. Al deze activiteiten hebben meer of minder expliciet tot doel de kwaliteit van de zorg te verbeteren.

3 Verbonden aan het College voor Ethische en Levensbeschouwelijke Aspecten van de Zorgverlening (CELAZ) en het Landelijk Bureau Ethiek in de Zorg.

4 Verbonden aan de Rino Groep, een opleidingsinstituut op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg dat trainingen geeft over verschillende vormen van moreel beraad.

Verbetertrajecten met impliciet aandacht voor ethiek

Allereerst zijn er programma's die primair gericht zijn op het verbeteren van de kwaliteit van de zorg, maar waarbij morele aspecten niet expliciet genoemd worden. In deze programma's wordt een bepaalde morele keuze gemaakt, zonder dat op die morele keuze een systematische reflectie plaatsvindt. Voorbeeld hiervan zijn de zorginstellingen die met 'belevingsgerichte zorg' werken. Bij belevingsgerichte zorg gaat het om aandacht voor de belevingswereld van bijvoorbeeld mensen met dementie (zie ook Gruson 2004).

Een 'enthousiaste helpende' noemt een voorbeeld van het effect van dergelijke zorg:

'Als we op de slaapkamers werken, staat Radio 538 niet meer aan. Bewoners werden daar heel onrustig van. Ook in de huiskamer staat de radio niet meer aan, zodat er meer contact mogelijk is met bewoners. We draaien alleen muziek waar de bewoners van houden. Ze worden er veel rustiger van. Ook zijn we gestart met een ontbijtproject. Voorheen werd het ontbijt 's morgens in alle vroegte klaargezet, de boterhammen al belegd met worst en kaas. Nu worden de bewoners gewassen, ze krijgen een kop koffie en dan ontbijten we gezamenlijk. De mensen smeren zelf hun brood en kiezen hun beleg' (Bloemhoff 2004: 9/10).

Naast belevingsgerichte zorg zijn er ook zorginstellingen voor ouderenzorg bezig met het project 'verbindende levensverhalen'. Doel ervan is het bevorderen van contact tussen bewoners en hulpverleners, zodat men aandacht kan hebben voor de 'hele mens'.

Verbetertrajecten met expliciet aandacht voor ethiek

Naast de bovengenoemde kwaliteitsbevorderende activiteiten zijn er ook verbetertrajecten waarbij expliciet aandacht besteed wordt aan ethiek. Dat gebeurt bijvoorbeeld wanneer een zorginstelling een ethicus mee laat lopen in de reguliere zorg om morele thema's te signaleren.

Een ander voorbeeld van verbetertrajecten is de invoering van protocollen en gedragsregels, zoals de dwang- en drangprotocollen in de psychiatrie. De invoering daarvan kan op verschillende manieren gebeuren. In sommige instellingen worden themabijeenkomsten georganiseerd waarbij de dilemma's rond deze protocollen in een reflectief gesprek aan de orde worden gesteld, terwijl in andere instellingen het protocol zonder verdere reflectie door het management wordt ingevoerd. In dit laatste geval kan nauwelijks van ethiek worden gesproken, aangezien de kritische reflectie door de zorgverleners zelf ontbreekt.

Moreel beraad

Een onderdeel van een dergelijk verbetertraject kan de implementatie van 'moreel beraad' zijn. Deze activiteit is sterk in opkomst en wordt ondersteund door het ministerie van VWS. Moreel beraad bestaat uit een of meerdere bijeenkomst(en) waarin mensen op gestructureerde wijze een casus, visie of beleidsstuk bespreken. Inmiddels zijn verschillende methodieken beschreven aan de hand waarvan een dergelijk gesprek gevoerd kan worden (Steinkamp 2003-B, Manschot

2003). Afhankelijk van het type probleem dat wordt besproken en de zorginstelling waarin het gesprek plaatsvindt, kan voor een bepaalde methode worden gekozen.

Moreel beraad kan verschillende doelstellingen hebben. Soms is het een middel ter verkenning van gemeenschappelijke waarden, bijvoorbeeld bij fusie- of cultuurveranderingstrajecten. Het moreel beraad gaat dan bijvoorbeeld over wat de kernwaarden zijn of wat goede zorg is (Pijnenburg 2003). Ook wordt moreel beraad toegepast bij de bespreking van een casus waaraan morele dilemma's kleven. Het gesprek kan er dan op gericht zijn om tot consensus over een oplossing te komen, maar ook om morele onenigheid conceptueel te verduidelijken (Steinkamp 2003-B).

Moreel beraad kan op verschillende niveaus van een zorginstelling en zowel structureel als incidenteel plaatsvinden. Soms valt het invoeren van moreel beraad onder de verantwoordelijkheid van de ethische commissie (zie hieronder), terwijl het soms ook een taak is van de dienst geestelijke verzorging of van een kwaliteitsfunctionaris.

Ethische commissie

Een andere activiteit op het gebied van ethiek in zorginstellingen is de ethische commissie. Dit is de bekendste activiteit op het gebied van ethiek in zorginstellingen⁵. Een ethische commissie kan verschillende taken vervullen. De klassieke ethische commissie houdt zich bezig met het ontwikkelen van richtlijnen over morele kwesties, zoals het euthanasie- en reanimatiebeleid van een instelling, maar ook protocollen rond gehandicapte pasgeborenen, eiceldonatie en orgaan-donatie door levende donoren. Dergelijke protocollen hebben doorgaans tot doel richtlijnen en criteria te leveren voor een zorgvuldig besluitvormingsproces rond een bepaald moreel dilemma, zoals het al of niet behandelen van zwaar gehandicapte pasgeborenen. Op deze manier kunnen protocollen bijdragen aan de (morele) kwaliteit van zorg.

Naast protocollen kennen zorginstellingen gedragscodes, die qua vorm op protocollen lijken. Gedragscodes betreffen omgangsregels van medewerkers met cliënten en met elkaar. De meeste gedragscodes binnen zorginstellingen komen uit de chronische zorg en geven concreet aan wat onder 'bejegening' verstaan wordt (Van Dartel 2000).

De ethische commissie nieuwe stijl richt zich vooral op het ontwikkelen en stimuleren van het reflectieve klimaat in de organisatie. Deze ethische commissies hebben meer een consultantrol. De opkomst van deze ethische commissie nieuwe stijl komt vooral voort uit de gedachte dat ethische kwesties niet goed gedelegeerd kunnen worden aan een commissie, maar dat het voor een succesvolle landing van de ethische activiteiten van cruciaal belang is dat alle actoren daarin participeren.

5 Ethische commissies zijn te onderscheiden van de medisch-ethische toetsingscommissies (METC) die goedkeuring moeten verlenen aan medisch-wetenschappelijk onderzoek waaraan proefpersonen (al dan niet patiënt) deelnemen.

Overige vormen van ethiek

De overige activiteiten op het gebied van ethiek hebben ofwel een andere vorm dan de gespreksvorm, of vinden in een andere setting plaats. Dit kunnen bijvoorbeeld studiedagen of congressen over ethiek zijn die in zorginstellingen worden gehouden. Verder wordt in zorginstellingen soms aan 'ethiek gedaan' in de vorm van theater of 'café'. Over het algemeen hebben deze meer informele activiteiten tot doel om de organisatie voor morele kwesties te sensibiliseren, bijvoorbeeld door middel van het naspelen van ethische dilemma's.

Wat levert het op?

Activiteiten op het gebied van ethiek hebben tot doel de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Dat doen ze deels ook door te helpen definiëren *wat* goede zorg is. Wat goede kwaliteit van zorg is, is in veel gevallen immers niet bij voorbaat gegeven, maar moet steeds weer worden bepaald door degenen die deelnemen aan het zorgproces. Maar juist doordat ethiek mede definieert *wat* kwalitatief goede zorg is, is moeilijk in kwantitatieve termen te meten wat het effect ervan is ten aanzien van de kwaliteit van zorg. Dit probleem van de kwantitatieve onderbouwing van activiteiten op het gebied van ethiek, wordt versterkt door enkele andere factoren.

Allereerst gaat men in de literatuur, maar ook in zorginstellingen, niet eenduidig om met het begrip ethiek en het begrip reflectie. In de praktijk blijken onder de noemer ethiek heel verschillende praktijken schuil te gaan, wat het vrijwel onmogelijk maakt de verschillende reflectieve praktijken te beoordelen. *'Despite the wealth of literature on reflection, to date no one has clearly defined it as a concept'* (Burton 2000: 1012).

Het gebrek aan onderbouwing heeft ook te maken met het methodische probleem dat het moeilijk is om programma's op het gebied van ethiek te isoleren van andere projecten die zich richten op de kwaliteit van zorg. Veelal wordt een activiteit als moreel beraad niet losstaand ingevoerd, maar maakt ze onderdeel uit van een palet aan maatregelen om de kwaliteit van zorg te verbeteren.

Een derde probleem is dat de doelstellingen van ethiekprojecten vaak niet omschreven zijn op een manier die tot kwantificeerbare effecten leidt. Projecten richten zich bijvoorbeeld op de 'morele houding' van professionals, zonder daarbij te omschrijven wat dit is, of hoe een verandering daarin gemeten kan worden.

Dit gebrek aan wetenschappelijke onderbouwing – en aan de mogelijkheden daartoe – wordt door velen als onbevredigend ervaren. Inmiddels is op diverse plaatsen in Nederland dan ook onderzoek gestart naar de effectiviteit van diverse methoden van ethiek bedrijven en de mate waarin deze activiteiten daadwerkelijk bijdragen aan de kwaliteit van de zorg. Aan een dergelijke onderbouwing van de effectiviteit, *evidence based ethics*, bestaat grote behoefte, zeker in deze tijd van *evidence based medicine*. De overheid zou onderzoek hiernaar sterker moeten ondersteunen.

Ondanks deze problemen van onderbouwing, zijn er wel effecten van ethiek beschreven. Effecten zijn beschreven ten aanzien van patiënten/cliënten als ook voor het personeel.

Voor de patiënt/client

Uit de interviews komt het beeld naar voren dat ethiek een bijdrage kan leveren aan goede zorg, al is dit bijna niet te kwantificeren. Wat goede zorg is, staat niet bij voorbaat vast, maar moet bepaald worden door de mensen die zorg verlenen en ontvangen. Van der Scheer⁶ zegt dit als volgt: 'Morele reflectie is gericht op het verbeteren van de zorg. De enige manier die we hebben om dat goede te vinden is communicatie' (Munk 2005).

In april 2002 startte de Universiteit Maastricht en GGnet een twee jaar durend landelijk project, met als doel om de praktijk van dwang en drang te verbeteren, met behulp van voor dit doel ontwikkelde kwaliteitscriteria. In het kader van dit project zijn diverse instrumenten en werkvormen ontwikkeld, waaronder morele reflectie. Als gevolg van dit project slaagden enkele instellingen erin om het aantal gedwongen separaties met de helft te laten dalen. Het project laat ook zien dat activiteiten op het gebied van ethiek, als onderdeel van een scala aan werkvormen en instrumenten, tot belangrijke veranderingen in de zorgcultuur kunnen leiden, doordat het vraagtekens zet bij ingesloten werkvormen. Dit heeft ertoe geleid dat de kwaliteit van dwang en drang in de psychiatrie in de deelnemende instellingen duurzaam is verbeterd (Abma 2005).

Ook uit andere voorbeelden blijkt dat ethiek kan helpen zichtbaar te maken welke idealen achter ingesloten routines schuilen, zoals het al eerder genoemde koffiedrinken in een verzorgingshuis. Wat betekent het als iedere bewoner koffie met melk en suiker krijgt? Op grond waarvan kan worden besloten koffie drinken anders te organiseren? Met observerend onderzoek maakte Jeanette Pols de impliciete ethiek zichtbaar die aanwezig is in zorgpraktijken. Zo wordt het mogelijk om 'te reflecteren op dagelijkse dilemma's in de zorg, die het effect zijn van verschillende manieren om 'goede zorg' gestalte te geven' (Pols 2004: 496/7).

Er zijn enkele kwantitatieve onderzoeken gedaan naar het effect van ethische consultatie op klinische resultaten⁷.

Uit onderzoek van Paget kwam naar voren dat de meerderheid van de respondenten van mening was dat hun klinische praktijk veranderde als gevolg van de morele reflectie. De ondervraagden werden assertiever, keken anders aan tegen patiënten, wilden veranderingen doorvoeren en vonden dat reflectie louterend werkt. *'The changes were largely seen as long-term, with most suggesting that the changes they indicated had become part of everyday practice'* (Paget 2001: 212).

6 Voormalig docent ethiek aan de HBO-V van de Hogeschool Arnhem en Nijmegen. Thans verbonden aan de Universiteit Maastricht.

7 Zie voor een overzicht Burton 2000.

Schneiderman onderzocht of ethische consultatie effect had op het aantal intensive care-dagen en op het aantal dagen dat de patiënt beademd werd (Schneiderman 2003). Na ethische consultatie was het aantal dagen dat de patiënt in het ziekenhuis verbleef significant minder, evenals het aantal dagen op de ICU. Ook het aantal dagen beademing verminderde significant. Dit onderzoek richtte zich expliciet op patiënten die op de ICU waren opgenomen, maar uiteindelijk waren overleden. De ethische consultatie was hier dus *'useful in resolving conflicts that may have inappropriately prolonged nonbeneficial or unwanted treatments in the ICU'* (Schneiderman 2003).

Voor het personeel

Ethiek kan bevorderlijk zijn voor de motivatie van personeel. 'Ethiek draagt bij aan de motivatie van personeel om het goede te doen', aldus Molewijk⁸ (Munk 2005). Dit wordt onderschreven door een kwaliteitsmanager: 'meer aandacht voor ethiek zal logischerwijze leiden tot meer tevredenheid onder medewerkers en patiënten. Dit betreft met name een betere waardering voor de organisatie met als gevolg een hogere motivatie' (Nijhof 2003: 52). Deze tevredenheid kan zich uiten in minder ziekteverzuim en minder personeelsverloop. Tevreden personeel is niet alleen belangrijk voor goede patiëntenzorg, maar ook voor het imago van de organisatie. Vooralsnog is ook dit echter niet kwantitatief te onderbouwen.

Wanneer heeft het succes?

Ethiek kan bijdragen aan de kwaliteit van zorg, al zijn de bewijzen daarvoor vooral kwalitatief van aard. Aan succes van projecten op het gebied van ethiek is wel een aantal randvoorwaarden verbonden.

Aansluiten bij de praktijk

Wil een instellingsproject op het gebied van ethiek slagen, dan moet ze aansluiten bij de belevingswereld van de professionals en de vragen die door de praktijk worden opgeroepen. Goede gelegenheden hiervoor ontstaan bijvoorbeeld bij de introductie van praktijkveranderingen, zoals nieuwe woonvormen of de invoering van het PGB. Dergelijke projecten bevatten allerlei normatieve aspecten die, bijvoorbeeld in moreel beraad, kunnen worden verhelderd.

Bij ethiekprojecten gaat het er niet om de *kennis* van de zorgverleners te vergroten, maar om het vergroten van de *vaardigheden* om met morele kwesties om te gaan. Kennis, bijvoorbeeld van ethische theorieën, kan daarbij een middel zijn.

Meer ondersteuning vanuit de academische ethiek

Van Dartel is van mening dat de ethiek zoals die op de universiteiten bedreven wordt, te academisch is. 'De academische ethiek is te weinig bezig met hoe je de reflectie op de praktijk bevordert. Ethici moeten meer naar hun eigen consultant praktijk kijken: hoe kan ik als ethicus actief in het veld van de zorg zorgen dat de reflectie over zorg verbeterd wordt? De zorg om de

8 Projectleider moreel beraad, verbonden aan de Universiteit Maastricht.

gezondheidszorg en het ethisch gehalte daarin vind ik te gering. De ethiek buigt zich te weinig over zijn eigen praktijk en is te wetenschappelijk geworden'. Academische ethici zouden zich volgens hem meer moeten richten op de vragen die uit de zorgpraktijk naar voren komen en de methodes om met die vragen om te gaan.

Tijd voor nemen

Praten kost tijd. En tijd is een schaars goed, zeker in de gezondheidszorg. Uit de literatuur en uit de interviews blijkt verschil van mening over de vraag of er in de praktijk voldoende tijd is voor reflectie (Burton 2000). Posthuma⁹ vindt dat er in de praktijk nauwelijks tijd is voor reflectie. 'Leerlingen moeten heel hard werken! Wat ik hoor van leerlingen is, dat er vooral hard gerend moet worden. Het is een kwestie van prioriteiten stellen. Je kunt moeilijk gaan discussiëren als mensen nog vuil in bed liggen' (interview Posthuma, Munk 2005).

Graste en Molewijk menen dat er in de GGZ meer tijd is voor reflectieve praktijken dan in de andere sectoren. Volgens Molewijk kunnen GGZ-teams vaak uren zonder methodiek en op een weinig constructieve manier over een casus praten. Met een methode die structuur biedt zouden dit soort gesprekken volgens hem veel efficiënter kunnen verlopen (Munk 2005).

Draagvlak creëren

Het grootste probleem op het gebied van ethiek is de continuïteit. De manier waarop een ethiek-project in instellingen georganiseerd en gewaarborgd wordt is dan ook tenminste van even groot belang als de inhoud ervan. Als ethiek niet verankerd is op organisatieniveau verflauwt de aandacht soms snel. Bovendien blijkt ethiek voor een groot deel afhankelijk van enkele enthousiaste mensen. Vallen deze mensen weg – of hun enthousiasme – dan zakken de projecten over het algemeen snel in. Een van de belangrijkste criteria voor het succes van ethiek is het instellingsbeleid, zoals Van Dartel bepleit in diverse publicaties (CELAZ 1998/2002, Van Dartel 2000, Van Dartel 2003).

Draagvlak creëren betekent niet alleen steun krijgen van het managementniveau, maar tegelijkertijd ook aansluiting zoeken bij vragen die op uitvoeringsniveau spelen. Morele reflectie kan dus niet 'van bovenaf' opgelegd worden, maar evenmin kan het zonder steun van het management. Een tweesporenbeleid blijkt in deze het meest effectief (Abma 2005).

6.4 Ethiek in zorgopleidingen¹⁰

In het voorgaande is een overzicht gegeven van de mate waarin aan ethische reflectie wordt gedaan in zorginstellingen en de wijze waarop dat wordt gedaan. Er is gewezen op knelpunten en op voorwaarden voor succes. Een belangrijke constatering is dat het zorgverleners vaak ont-

⁹ Docent verpleegkunde ROC ASA.

¹⁰ In het kader van de voorbereiding van dit signalement is een expertmeeting 'Ethiek in het (zorg)onderwijs' gehouden op 21 februari 2005. Een verslag hiervan is beschikbaar op www.ceg.nl.

breekt aan morele competenties om met de morele vragen om te gaan die door de zorgverlening worden opgeworpen.

Omdat zorgverleners in de praktijk met grote en kleine morele kwesties geconfronteerd gaan worden, zullen zij de vaardigheden moeten aanleren om met deze kwesties om te gaan. Daarom is het van belang dat opleidingen in de gezondheidszorg aandacht besteden aan het aanleren van deze morele vaardigheden.

De visie dat zorgopleidingen hun studenten moeten voorbereiden op de morele zorgpraktijk, wordt onderschreven door het ministerie van VWS: 'Het is dan ook belangrijk dat opleidingen in de gezondheidszorg studenten vaardigheden aanleren hoe ze in de medische praktijk om kunnen gaan met morele problematiek' (Ministerie van VWS 2000).

Hoe is het gesteld met het ethiekonderwijs in de zorgopleidingen? Worden toekomstige professionals voldoende opgeleid om met morele vragen om te gaan? In dit deel zullen we de situatie op het gebied van ethiek op de zorgopleidingen, zowel in het WO, het HBO, als het MBO in kaart brengen.

In de navolgende paragrafen wordt per onderwijsniveau (MBO, HBO en WO) eerst het kader geschetst dat de morele competenties omschrijft. Vervolgens wordt ingegaan op het onderwijs zelf, en daarna wordt een schets gegeven van de externe toetsing. Voor een uitgebreidere beschrijving van het ethiekonderwijs wordt verwezen naar Munk 2005.

Ethiek in het middelbaar beroepsonderwijs

MBO-zorgopleidingen zijn er op vier niveaus: van zorghulp (niveau 1) tot verpleegkundige MBO-V (niveau 4). Al deze opleidingen zijn beschreven in termen van deelkwalificaties. Ethiek komt voor in een aantal eindtermen van deelkwalificaties. In een van de eindtermen staat dat de afgestudeerde 'standpunten kan innemen over handelwijzen binnen de gezondheidszorg. Dat betekent: [...] een bijdrage leveren aan de vorming van standpunten inzake ethische vraagstukken' (Commissie Kwalificatiestructuur 1996: 54). De nadruk ligt hier op cognitieve vaardigheden, zoals interpreteren, analyseren en beslissen. Het gaat hier dus expliciet om morele *vaardigheden* en minder om *kennis* op het gebied van de ethiek.

Ethiek komt binnen de verschillende zorgopleidingen aan de ROC's veelal niet als apart vak aan de orde. Ethiek is geïntegreerd in een module, gekoppeld aan een deelkwalificatie. Omdat ethiek geïntegreerd is, is niet duidelijk hoeveel tijd eraan besteed wordt.

Uit de analyse van enkele studieboeken lijkt de aandacht voor ethiek echter minimaal te zijn en meer gericht te zijn op kennis over de ethiek dan op een oefening in het omgaan met morele kwesties. De in de studieboeken genoemde voorbeelden zijn ethisch ingewikkeld en nauwelijks relevant voor het vak waarvoor studenten opgeleid worden. Verder is ethiek in deze boeken eer-

der een bepaald onderwerp, zoals alle andere onderwerpen, dan dat duidelijk wordt dat het om een bepaalde manier van denken, of om een methode van kritisch reflecteren gaat. Het is dan ook goed voor te stellen dat studenten moeite hebben met ethiek en het als abstract en moeilijk ervaren. Als ethiek al wordt getoetst, is het op het niveau van kennis en zijn de vragen geïntegreerd in andere toetsen.

Soms wordt ethiek gegeven door een docent omgangskunde of een docent levensbeschouwing. Er lijken geen kwalificatie-eisen voor docenten ethiek te bestaan.

Al met al lijkt het onmogelijk dat een verzorgende aan de eindtermen op het gebied van ethiek kan voldoen. Er lijkt dan ook een discrepantie te bestaan tussen de wettelijke eindtermen en de studiestof.

ROC's kennen geen visitatiecommissie, maar hebben een systeem van externe toetsing door het Kwaliteits Centrum Examinering (KCE). Het KCE controleert niet of afgestudeerden voldoen aan de eindtermen, maar of de afgenomen toetsen corresponderen met de eindtermen van de diverse opleidingen. Het KCE controleert dus de kwaliteit van de toetsen, niet de kwaliteit van de studenten. Uit een van de vorige paragrafen kwam echter naar voren dat ethiek nauwelijks getoetst wordt, en als het al getoetst wordt, het geïntegreerd is in een andere toets. Er lijkt dan ook nauwelijks externe controle te bestaan op wat een MBO-afgestudeerde op het gebied van ethiek beheerst.

Het MBO bevindt zich momenteel (voorjaar 2005) in de overgang naar een meer competentiegericht kwalificatiestructuur¹¹. Het is wenselijk dat morele competenties in deze nieuwe structuur meer aandacht krijgen.

Ethiek in het hoger beroepsonderwijs-Verpleegkunde

Referentiekader

Verpleegkundigen vallen onder de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG). In het kader van deze wet is er een algemene maatregel van bestuur (AMvB) vastgesteld waarin de opleidingseisen worden geregeld: het 'Besluit opleidingseisen verpleegkundige'.

In de wettelijke eisen op het gebied van ethiek, zoals omschreven in de AMvB, staat dat in de opleiding voor verpleegkundigen alleen dat 'beroepsethiek' een plaats moet hebben. Hoe dat vorm krijgt zal moeten blijken uit de eindtermen.

De Commissie Kwalificatiestructuur bracht in 1996 het rapport 'Gekwalificeerd voor de toekomst' uit, dat de facto het referentiekader voor de opleidingseisen is. In dit rapport staat onder andere wat de verpleegkundige op het gebied van de ethiek moet kunnen: 'Een zorgvrager en naasten begeleiden bij (zorg)vragen op het gebied van zingeving, ethiek en persoonlijke waarden en

¹¹ Zie: <http://herontwerpMBO.kennisnet.nl/>

normen'. Ook moet de verpleegkundige 'een bijdrage leveren aan de vorming van standpunten inzake ethische vraagstukken' en 'ethische dilemma's herkennen die voortvloeien uit de toepassing van technologische vernieuwingen'. Naast het herkennen van ethische vragen moet de verpleegkundige ook kunnen participeren in ethische commissies.

Ethiekonderwijs op het HBO-V¹²

Uit het onderzoek van Klompenhouwer (Munk 2005) blijkt dat er op de HBO-V's een grote diversiteit bestaat qua onderwerpen. Veel genoemde onderwerpen zijn: wat zijn morele problemen, euthanasie versus palliatieve zorg, omgaan met de dood, (niet) zinvol medisch handelen, Medisch Ethische Toetsingscommissies, verstandelijk gehandicapten, autonomie.

Ook de vorm waarin het onderwijs wordt gegeven varieert sterk. Competentiegericht onderwijs wordt genoemd, maar ook colleges, probleemgestuurd onderwijs, projectgestuurd onderwijs, onderwijsleergesprek en casusbespreking.

Van de tien HBO-V's waarvan gegevens beschikbaar zijn, hebben vijf ethiek geïntegreerd in het overige onderwijs, bij drie opleidingen geeft men expliciet aandacht aan ethiek en bij twee is er een combinatie van beide.

Het beeld op HBO-V-niveau is er al met al één van tamelijk grote diversiteit, qua onderwerpen, literatuur, expliciete en/of geïntegreerde aandacht voor ethiek, onderwijsvorm en qua aandacht voor de beroepscode. Dit komt overeen met het beeld van de lappendeken van Otten (2002: 16).

Fazal (2001) meent dat het ethiekonderwijs aan HBO-V's onvoldoende is. Volgens haar is de prioriteit de afgelopen jaren van ethiek verschoven naar informatica. Ook wijst zij erop dat de rol van ethiek in geïntegreerde toetsen minimaal is. Omdat de AMvB uiterst summier is, is het niet mogelijk HBO-V instellingen aan te wijzen die daarmee in strijd zijn. Zij pleit dan ook voor een uitbreiding van deze AMvB.

Een recent rapport van de Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuizen constateert dat 'Gediplomeerde HBO-V'ers onvoldoende beschikken over HBO-competenties zoals omschreven in 'Gekwalificeerd voor de toekomst' (analytisch vermogen, abstractievermogen, helikopterview)' (Taminiau 2004: 33). Gespreksvaardigheden van HBO-V-verpleegkundigen en het kunnen begeleiden van patiënten worden als onvoldoende bestempeld. Ook de verwachting dat HBO-V'ers een ethische commissie moeten kunnen opzetten komt niet overeen met de praktijk. Kennelijk bestaat er een discrepantie tussen de opleidingseisen en het daadwerkelijke niveau van de HBO-V-verpleegkundigen (Taminiau 2004).

12 Deze paragraaf is gebaseerd op gegevens uit een intern CEG-onderzoek door Klompenhouwer (2004). De resultaten hiervan zijn als bijlage opgenomen in Munk (2005).

HBO: externe toetsing

Tot 2003 kende het HBO een systeem van visitatiecommissies. In dit systeem werd iedere opleiding om de paar jaar door een visitatiecommissie beoordeeld op de kwaliteit. In 2004 is dit systeem van visitatiecommissies vervangen door een systeem van accreditatie. In dit nieuwe systeem worden opleidingen iedere zes jaar beoordeeld op internationale normen (de Dublin-descriptoren) en bij een voldoende oordeel geaccrediteerd door de Nederlands-Vlaamse Accreditatie Organisatie (NVAO). Ter voorbereiding van de accreditatie moeten HBO's een Visiterende en Beoordelende Instantie (VBI) inschakelen.

In het laatste rapport van de visitatiecommissie HBO-deel I (uit 2001) staat nagenoeg niets over ethiek. De enige opmerking die gemaakt wordt is dat de Gereformeerde Hogeschool Zwolle en de Christelijke Hogeschool Ede er positief uitspringen vanwege de nadruk die zij leggen op 'beroepshouding en ethiek' (Visitatiecommissie HBO-V 2001: 18).

In deel II van het visitatierapport heeft de commissie alleen in algemene zin aandacht voor het punt dat opleidingen soms een systematische methode missen om na te gaan of de gestelde kwalificaties (eindtermen) gerealiseerd zijn. Ook hier zijn morele vaardigheden dus geen expliciet aandachtspunt voor de visitatiecommissie HBO-V.

Dat de morele vaardigheden van HBO-afgestudeerden niet meegewogen worden in de kwaliteits-toetsing is opmerkelijk, temeer vanwege de opvatting van het ministerie van VWS dat ethische vaardigheden bij hulpverleners te wensen overlaten en dat hulpverleners morele problemen te weinig herkennen (Ministerie van VWS 2000). De Commissie Kwalificatiestructuur bevindt zich met haar opmerking dat er 'zonder ethisch bewustzijn eigenlijk geen sprake van zorg is' op dezelfde lijn. Ethiek zou dus een wezenlijk onderdeel van de HBO-V-opleiding moeten zijn, waarop controlerende instanties zouden moeten toezien. Het ligt voor de hand in de nieuwe accreditatiestructuur de controlerende instanties, zoals de VBI's en/of de NVAO hierop scherper te laten toezien dan tot op heden het geval is.

Ethiekonderwijs in de opleiding geneeskunde

Referentiekader

Net als verpleegkundigen vallen artsen onder de Wet BIG. De daarbij horende AMvB is er gekomen met het 'Besluit opleidingseisen arts' (1997). De basis voor deze algemene maatregel van bestuur wordt gevormd door de algemene eindtermen zoals neergelegd in het Raamplan 1994 Artsopleiding, waarvan in 2001 een bijgestelde versie is verschenen (Metz 2001). Faculteiten bepalen zelf hoe ze de eindtermen inhoudelijk vormgeven.

In Groningen heeft men in het kader van het project G2010¹³ de eindtermen uit het raamplan vertaald in competentieprofielen. Reflectie op de eigen vakbekwaamheid en zelfkennis, medische

13 G2010 is een project van de Universiteit Groningen, bedoeld om een nieuw curriculum voor de opleiding tot arts op te stellen.

ethiek en morele besluitvorming en het domein van de filosofie van de geneeskunde zijn enkele van de competenties waarover afgestudeerden moeten beschikken (G2010, 2004).

Aard van het onderwijs in het WO

Tijdens de opleiding geneeskunde worden verschillende vormen van ethiekonderwijs toegepast. Soms ligt de nadruk op enkele hoorcolleges en practica, soms op hoorcolleges met een werkgroep of vaardigheidsonderwijs, soms zijn er enkele hoorcolleges en vooral werkgroepen en veel zelfstudie, soms neemt het belang van hoorcolleges af naarmate de studie vordert en worden werkgroepen belangrijker. In Maastricht wordt echter vrijwel geen college ethiek gegeven. Daar is vanaf jaar 3 de casusbespreking dé dominante vorm van onderwijs, waarbij de casus van de student afkomstig is.

Wat betreft de plaats van ethiek in het curriculum valt op dat in Nijmegen, Groningen en Maastricht studenten elk studiejaar in aanraking komen met ethiek. Hetzelfde geldt voor Utrecht en de VU. In Rotterdam heeft ethiek een plaats in de eerste vier jaar, dus niet in de co-schappen. In Leiden wordt ethiek gegeven in het eerste en het vierde jaar. Hekkensluiser is de UvA, waar in verhouding het minst aandacht besteed wordt aan ethiek.

Wat in de vervolgoopleidingen van artsen (de specialisatiefase) gebeurt op het gebied van ethiek blijft in dit signalement buiten beeld. Volgens de KNMG (2002) laat de aansluiting tussen opleiding tot arts (aan de universiteiten) en de decentraal georganiseerde vervolgoopleidingen te wensen over en ontbreken voor een deel van de vervolgoopleidingen de eindtermen. Bovendien is de toetsing wat betreft de competentie-eisen onvoldoende. Of in vervolgoopleidingen ethiekonderwijs voorkomt is dus onduidelijk. De noodzaak hiervoor wordt door velen wel ervaren.

WO: externe toetsing

In 2004 is een visitatierapport uitgebracht door de commissie visitatie Geneeskunde (Quality Assurance Netherlands Universities (QANU) 2004). Deze visitatiecommissie heeft onder andere per opleiding beoordeeld of de eindtermen op het gebied van ethiek (dat in het visitatierapport een onderdeel is van academische vorming) gehaald worden. De commissie is van mening dat academische vorming over het algemeen nog te weinig aan bod komt, hoewel verschillende opleidingen meer dan vroeger aandacht besteden aan dit aspect (QANU 2004: 18). De commissie constateert dat er 'een groeiende voorkeur voor een geïntegreerde benadering van de leerstof is' en dat er steeds meer kleinschalig onderwijs gegeven wordt (werkgroepen, practica, vaardigheidsonderwijs). Volgens de commissie is het op elkaar afstemmen van deze verschillende werkvormen niet eenvoudig. Probleematisch is bijvoorbeeld dat 'een te geslaagde integratie ertoe kan leiden dat studenten een bepaald onderdeel (bijvoorbeeld ethiek) niet meer als zodanig herkennen' (QANU 2004: 19). De visitatiecommissie constateert dat in opeenvolgende raamplannen de aandacht voor feitenkennis, hoewel belangrijk, minder wordt en erkent het belang van probleemoplossend en professioneel gedrag en academische vorming, in het bijzonder reflectie.

Doelstellingen van ethiekonderwijs in zorgopleidingen

Onderwijs in de ethiek op de diverse zorgopleidingen blijkt zich op verschillende doelen te richten.

- In de eerste plaats richt het onderwijs zich op *morele gevoeligheid*: het herkennen van of gevoelig maken voor ethische kwesties, ook in alledaagse vormen van zorg.
- Ten tweede richt het onderwijs zich op *morele houding*: hier gaat het bijvoorbeeld om de vraag wat het betekent om een goede professional te zijn en om een reflectieve houding ten aanzien van de vraag wat goede zorg is.
- Een derde doelstelling is het vergroten van de *morele reflectieve vaardigheid*, waardoor men in staat is een moreel probleem te analyseren. Voor deze vaardigheid kan het nodig zijn dat studenten kennis krijgen van ethische principes, analysemodellen, stappenplannen of belangrijke ethische tradities. Binnen de beroepsgroep van ethiekdocenten bestaat verschil van opvatting over de mate waarin dergelijke kennis moet worden aangeboden.

In staat zijn om te reflecteren is een ding, het voeren van een gesprek daarover is iets anders. Een aan de reflectieve vaardigheid verbonden vierde doelstelling is *morele communicatieve vaardigheid*: het leren voeren van gesprekken over morele kwesties. In de MBO-zorgopleidingen lijkt de nadruk vooral te liggen op de eerste en tweede doelstelling, in het HBO en het WO richt het onderwijs zich daarnaast ook op de laatste twee doelstellingen.

Criteria voor succes, knelpunten

Lukt het ook om aan deze doelstellingen te voldoen? Uit de literatuur en uit de interviews die in het kader van dit signalement zijn gehouden, blijkt dat ethiekonderwijs inderdaad kan bijdragen aan de reflectieve competenties van studenten. Er blijkt wel een aantal factoren van belang te zijn voor het al of niet succesvol aanbieden van onderwijs in de ethiek.

Aansluiten bij de praktijk

Door veel studenten wordt ethiek ervaren als iets dat ‘van buitenaf’ komt, waarover ‘ook nog’ nagedacht moet worden. Daardoor kan het ethiekonderwijs een regeltje worden ‘houd rekening met de autonomie van de patiënt’, dat niet of nauwelijks van invloed is op de morele houding van de student. Op alle niveaus van onderwijs is het daarom van belang aan te sluiten bij de directe morele ervaringen en praktijkverhalen van studenten, zodat zij het gevoel krijgen dat ethiekonderwijs hen kan helpen bij het ontwikkelen van de eigen professionaliteit (Otten et al. 2002, Lemonidou et al. 2004, Huijter et al. 2000, Singer et al. 2001, Carson 2001, Olthuis 2003A).

Rob Houtepen, in Maastricht verantwoordelijk voor het ethiekonderwijs aan geneeskundestudenten, verwoordt dit als volgt: ‘Ethiek moet niet alleen en misschien zelfs niet in eerste instantie met reflectie en verdieping en verbreding worden geassocieerd. Al die dingen moeten wij zeker bieden, maar vanuit de directe oriëntatie op het praktisch handelen’ (Munk 2005). De casusbespreking is daartoe in Maastricht dé onderwijsvorm.

Daarmee neemt Maastricht afstand van de meer traditionele vormen van ethiekonderwijs, waarbij de nadruk ligt op het onderwijzen van morele principes en het oplossen van morele dilemma's. Deze traditionele vorm van ethiekonderwijs krijgt ook vanuit de literatuur kritiek, omdat zij te weinig zou aansluiten bij de dagelijkse praktijk van het zorg verlenen: *'These approaches transform ethical principles in a formal way, paying too little attention to the nature of both nursing and care, to the characteristics and context in which they occur and to the personal aspects involved, such as the emotions'* (Arend 2003, 97).

Meer inzicht in effectieve methodes van onderwijs en toetsing

Zojuist zijn de diverse doelstellingen beschreven die in het ethiekonderwijs nagestreefd worden. Over deze doelstellingen lijkt redelijke overeenstemming te bestaan, al bestaan er tussen de diverse (niveaus van) onderwijsinstellingen accentverschillen in de mate waarin zij aan de ene of de andere doelstelling aandacht besteden. Er bestaat tussen de onderwijsinstellingen echter een grote diversiteit in methodes van onderwijs en vormen van toetsing. Deze diversiteit kan als waardevol beschouwd worden, maar het kan ook gezien worden als een gebrek aan inzicht in effectieve methodes van onderwijs.

Eerder is een verschuiving in het onderwijs beschreven van het hebben van feitenkennis naar het beschikken over competenties of vaardigheden. Deze verschuiving zal ook tot uitdrukking moeten komen in de onderwijsmethoden (dus meer nadruk op zelf redeneren, discussiëren en oplossingen bedenken via practica en werkgroepen en minder nadruk op kennisoverdracht via hoorcolleges). Op sommige universiteiten, zoals Maastricht, is dit al langer gemeengoed. Op deze universiteit moeten studenten laten *zien* dat ze over morele competenties beschikken, bijvoorbeeld door het voeren van een gesprek over een zelf ingestuurde casus. Uit de literatuur komt naar voren dat het in kleine groepen bespreken van een casus inderdaad effectiever is in het aanleren van morele competenties dan andere vormen van onderwijs, zoals hoorcolleges (Goldie 2001). Dit effect treedt echter alleen op als studenten meer dan twintig uur in kleine groepen moeten werken (Self 1998).

Dit werken in kleine groepen betekent echter een veel grotere arbeidsintensiviteit voor de student en de docent, zeker gezien het feit dat het vaak om grote groepen studenten geneeskunde gaat. Het toetsen van vaardigheden 'wat kunnen ze?' is ook arbeidsintensiever dan het toetsen van kennis 'wat weten ze?'

Maar ook het testen van *kennis* op het gebied van de ethiek stuit op problemen. Regelmatig worden ethiekvragen geïntegreerd in een andere toets, waardoor het voor calculerende studenten aantrekkelijk (en mogelijk) wordt deze vragen over te slaan.

Toch is toetsing een van de belangrijkste criteria voor het al of niet succesvol zijn van het ethiekonderwijs. Uit diverse onderzoeken blijkt dat studenten alleen iets van het ethiekonderwijs leren als de kennis of de vaardigheden ook daadwerkelijk getoetst worden. *'The failure to include questions relating to ethics in these exams may have influenced students behaviour det-*

rimentially, particularly where there is a strong exam-orientation among students' (Goldie 2002). Het adagium *'students learn what you inspect, not what you expect'* is nog steeds geldig.

Het belang van rolmodellen

Onderwijs in de ethiek is slechts een van de wijzen waarop studenten morele competenties aanleren. Een andere belangrijke factor is het gedrag dat studenten bij hun opleiders zien. Aangezien studenten geneigd zijn het gedrag van deze opleiders over te nemen kan een slecht rolmodel het effect van ethiekonderwijs volledig teniet doen. *'Clinicians in influential positions who do not respect patients, damage the education of medical students and residents in a way that no ethics education programme can overcome'* (Singer 2001). Singer pleit dan ook voor het versterken van het *'informal curriculum'*: ethiekonderwijs zou zich ook moeten richten op het versterken van de 'morele cultuur' in de instelling: *'building a sustainable community of clinicians focussed on the ethical concerns of patients and families'* (Ibid). Helaas, zo constateert hij, is van een dergelijke gemeenschap nog vrijwel nergens sprake. Singer wijst hier wel op een belangrijk punt: ethiekonderwijs moet ondersteund en versterkt worden door ethiek in de instelling. Wie morele competenties aanleert op de opleiding, maar daarmee in de instelling niet uit de voeten kan, zal deze competenties snel weer verliezen.

Geïntegreerd of apart?

Ethiek wordt soms geïntegreerd in een module aangeboden, bijvoorbeeld ethiek en recht, maar soms ook als apart vak. Het risico van het geïntegreerd zijn van ethiek in curriculumonderdelen is, dat het niet meer 'zichtbaar' is. Dit is vooral het geval als de aandacht voor ethiek impliciet blijft. Een andere mogelijkheid is dat ethiek geïntegreerd is in het onderwijs, maar binnen een module toch expliciet aandacht krijgt. Hoewel dit laatste beter is dan de impliciete variant, heeft ook de expliciete variant nadelen. Zo bleek bij ROC's dat ethiek in dat geval soms verwordt tot een te behandelen onderwerp, meer dan dat het gaat over een manier van denken en een kritische reflectie op de moraal.

Ook een niet geïntegreerde benadering kent echter nadelen, want als ethiek losstaat van de rest van het onderwijs is het gevaar dat het abstract blijft en 'niet landt'.

Doorlopend in het curriculum aangeboden

Wil ethiekonderwijs effectief zijn, dan is het van belang dat het doorlopend in het curriculum wordt aangeboden, ook in de vervolgopleiding, zoals op diverse universiteiten en op kaderopleidingen voor verzorgenden en verplegenden overigens al gebeurt.

Onderling contact tussen docenten

De grote diversiteit op het gebied van doelstellingen, methodes en toetsing van het ethiekonderwijs wordt waarschijnlijk mede veroorzaakt doordat docenten ethiek nauwelijks contact met elkaar hebben, niet tussen de verschillende opleidingsniveaus, maar ook niet binnen het eigen niveau. Veel van de geïnterviewden ervaren dit als een gemis.

In de praktijk zijn veel docenten op zichzelf aangewezen hoe zij invulling geven aan de eindtermen op het gebied van ethiek. Zoals al eerder is gebleken, bestaat hier ook nauwelijks enige controle op. Recentelijk (voorjaar 2005) is door de Nederlandse Vereniging voor Bio-ethiek, in samenwerking met het Centrum voor ethiek en gezondheid, het initiatief genomen om ethiekdocenten met elkaar in contact te brengen. De overheid zou dit initiatief moeten aanmoedigen.

6.5 Agendapunten

Het belang van ethiek in zorginstellingen

- Wie in de zorg werkt, komt onvermijdelijk in aanraking met morele kwesties. Om in die zorgpraktijk goed te kunnen functioneren, is het daarom van belang dat zorgprofessionals beschikken over morele competenties om morele kwesties niet alleen op te lossen, maar ook om ze te herkennen en erover te communiceren. Door onder andere marktwerking in de zorg, vraagsturing, nieuwe medische technologieën en een toenemende diversiteit van de samenleving, worden deze vaardigheden steeds belangrijker.
- Zorgprofessionals hebben over het algemeen te weinig ethische basiskennis en morele vaardigheden. Ook ontbreekt vaak het besef dat morele aspecten verbonden zijn aan heel alledaagse vormen van zorg, zoals wassen en aankleden. Dit kan in de praktijk leiden tot misverstanden en morele- en communicatieproblemen tussen professionals onderling, maar ook tussen professional en zorgconsument.
- Zowel uit de literatuur, als uit de in het kader van dit signalement gehouden praktijkinterviews, blijkt dat het op een actieve manier bedrijven van ethiek bij kan dragen aan de kwaliteit van instellingszorg. Het belang en de meerwaarde van ethiek in de zorg wordt gedeeld door de overheid. Desondanks is de mate waarin instellingen actief aan ethiek doen, nog uiterst bescheiden. De overheid zou instellingen hier op een positieve wijze sterker toe kunnen prikkelen, bijvoorbeeld door ze te stimuleren ethiek te integreren in het kwaliteitsbeleid of door hen te wijzen op *best practices*.
- In de instellingen die actief vorm geven aan ethiek blijkt het moeilijk om dit te stabiliseren, vooral doordat doorgaans een koppeling met het instellingsbeleid ontbreekt. In de praktijk blijkt ethiek vaak afhankelijk te zijn van enthousiaste enkelingen die het belang ervan inzien. Het succes van ethiek in de instelling hangt af van betrokkenheid aan de basis en aan de top van de instelling. Ook op het punt van onvoldoende borging kan een integratie met het kwaliteitsbeleid mogelijk soelaas bieden.
- Inmiddels is op diverse plaatsen in Nederland een begin gemaakt met onderzoek naar de effecten van ethiek in instellingen. Dergelijk onderzoek zou gestimuleerd moeten worden, zodat meer inzicht ontstaat in de effectiviteit van diverse methoden van ethiek bedrijven en de mate waarin deze activiteiten daadwerkelijk bijdragen aan de kwaliteit van zorg.

Ethiek in zorgopleidingen

- Ethiekonderwijs blijkt in de praktijk meerdere doelstellingen te hebben. In de eerste plaats richt het zich op *morele gevoeligheid*: het herkennen van of gevoelig maken voor ethische kwesties, ook in alledaagse vormen van zorg. Ten tweede richt het onderwijs zich op *morele*

houding: de vraag wat het betekent om een goede professional te zijn. Een derde doelstelling is het vergroten van de *morele reflectieve vaardigheid*, waardoor men in staat is een moreel probleem te analyseren. Een daaraan verbonden vierde doelstelling is *morele communicatieve vaardigheid*: het leren voeren van gesprekken over morele kwesties. In het MBO ligt de nadruk vooral op de eerste en tweede doelstelling, in het HBO en het WO richt het onderwijs zich daarnaast ook op de laatste twee doelstellingen.

- Er bestaan inmiddels veel aanwijzingen dat ethiekonderwijs de kennis en reflectieve vaardigheden van studenten kan verbeteren. Dergelijk onderwijs is echter alleen zinvol als het onderwijs en de aangeleerde competenties aansluiten bij door de praktijk opgeroepen vragen, als de kennis en vaardigheden van studenten daadwerkelijk getoetst worden en als het onderwijs meerdere malen in het curriculum wordt aangeboden.
- Tussen docenten ethiek bestaat niet of nauwelijks contact op eigen niveau, laat staan tussen de verschillende niveaus. Mede daardoor bestaat er een grote variëteit aan inzichten over de doelstellingen van het onderwijs, didactische methodes, literatuur, methodes van toetsing en methodes om te toetsen of studenten aan de eindtermen voldoen. Dit gaat ten koste van de effectiviteit en de kwaliteit van het onderwijs.
- Ethiek kan zowel geïntegreerd als expliciet aan bod komen in het curriculum. Wanneer ethiek wordt geïntegreerd in andere curriculumonderdelen bestaat het risico dat het niet zichtbaar en toetsbaar is. Als ethiek expliciet aandacht krijgt, kan het verworden tot een apart vak, waarbij onduidelijk blijft dat ethiek gaat over de reflectie op het geheel van handelen als een zorgprofessional.
- Op het MBO wordt ethiek veelal door vakdocenten ‘erbij’ gegeven: een bepaalde scholing wordt daarvoor niet vereist. Op het HBO en het WO zijn het vaak geschoolde ethici die ethiek geven. In dat geval kunnen vraagtekens gezet worden bij het praktijkinzicht van deze docenten. Het lijkt wenselijk dat er regels komen die de vereiste kwalificaties van docenten ethiek vastleggen.
- Het aanbod van ethiek aan zorgopleidingen op het MBO lijkt minimaal te zijn. Het is dan ook de vraag of met dit aanbod de eindtermen – waarin ethiek expliciet genoemd wordt – gehaald kunnen worden. Door toetsende instanties blijkt dit nauwelijks te worden gecontroleerd. Hier zou door toetsende instanties beter op moeten worden toegezien.
- Het ethiekonderwijs aan HBO-V’s is een lappendeken wat betreft onderwerpen, literatuur, expliciete en/of geïntegreerde aandacht voor ethiek en qua aandacht voor de beroepscode. Over de vraag of de eindtermen op het gebied van ethiek gehaald worden bestaat onduidelijkheid, omdat het visitatierapport HBO-V nagenoeg niets over ethiek zegt. In de nieuwe accreditatiestructuur zou hier door accreditatieorganen en visiterende instanties beter op moeten worden toegezien.
- Ook in het WO is het ethiekonderwijs zeer divers, zowel qua tijdsomvang, plaats in het curriculum, als de onderwerpen. In het WO worden de eindtermen op het gebied van ethiek wel adequaat gecontroleerd. De visitatiecommissie Geneeskunde onderschrijft het belang van ethische reflectie. Verder constateert de commissie een toenemende aandacht voor wat zij ‘academische vorming’ noemt, maar is zij nog steeds kritisch over de mate waarin dit aanbod komt.

Literatuurlijst

- Abma T, Widdershoven G, Lendemeijer B (red.). Dwang en drang in de psychiatrie. Kwaliteit van vrijheidsbepenkende interventies. Utrecht: Lemma, 2005.
- Beauchamp TL. Philosophical Ethics. An Introduction to Moral Philosophy. Second edition. McGraw-Hill, 1991.
- Besluit opleidingseisen arts. www.overheid.nl, onder wet- en regelgeving: 1997.
- Bestuurscommissie Verpleging en Verzorging van de OVDB. Actualisatie eindtermen kwalificatiestructuur Verpleging en verzorging: 2003.
- Bloemhoff A. Professionalisering gaat boven regelgeving. Tijdschrift voor Verzorging 2004; mei: 8-12.
- Bolt LLE, Verwey MF, Van Delden JJM. Ethiek in de praktijk. Koninklijke van Gorcum, 2003.
- Burton AJ. Reflection: nursing's practice and education panacea? Journal of Advanced Nursing 2000; 31(5): 1009-1017.
- Carson, AM. That's another story: narrative methods and ethical practice. Journal of Medical Ethics 2001; 27: 198-202.
- College voor Ethische en Levensbeschouwelijke Aspecten van de Zorgverlening (CELAZ). Van ethische commissie naar stuurgroep ethiek. CELAZ, 1998/2002.
- College voor Ethische en Levensbeschouwelijke Aspecten van de Zorgverlening (CELAZ). Tussen integriteit en opportunisme. Over ethiek van het management in de zorg. CELAZ, 2003.
- Commissie Kwalificatiestructuur. Gekwalificeerd voor de toekomst. Zoetermeer/Rijswijk: Ministerie van OCW & Ministerie van VWS, 1996.
- Dupont J, Hermans C. De beroepsethiek van fysiotherapeuten en HBO-verpleegkundigen. Een kwalitatief onderzoek naar morele gevoeligheden, waarden, moreel oordeelsvermogen en goede eigenschappen van beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg. Damon, 2001.
- Fazal A. Ethiek en gezondheidsrecht in het onderwijs. Een onderzoek naar het onderwijs van ethiek en gezondheidsrecht in de initiële artsopleiding en de voltijd hbo verpleegkunde opleiding, scriptie. Universiteit Twente: Faculteit der Bestuurskunde, 2001.
- Georges JJ, Grypdonck M. Moral problems experienced by nurses when caring for terminally ill people: a literature review. Nursing Ethics 2002; 9(2).
- Gruson M. Geen geheugen, wel gevoel. Monitor 2004: oktober/november.
- G2010. Faculteit der Medische Wetenschappen Projectgroep G2010. Het Gronings curriculum voor de opleiding tot arts, 2003.
- G2010. Faculteit der Medische Wetenschappen. G2010 Eindtermen Bekwaamheden, 2004.
- Goldie J, ea. Impact of a new course on students potential behaviour on encountering ethical dilemmas. Medical Education 2001; 35: 295-302.
- Goldie J, ea. The impact of three years ethics teaching in an integrated medical curriculum, on students' proposed behaviour on meeting ethical dilemmas. Medical Education 2002; 36: 489-497.
- Huijter M, Van Leeuwen E, Boenink A, ea. Medical Students's Cases as an Empirical Basis for Teaching Clinical Ethics. Academic Medicine 2000; vol.75: No.8.
- Klompshouwer T. De plaats van ethiek in het medisch- en zorgonderwijs in Nederland. Centrum voor ethiek en gezondheid, Zoetermeer 2004. De resultaten van dit onderzoek zijn als bijlage opgenomen in Munk, 2005.
- KNMG, De arts van straks. Utrecht, 2002.
- Lemonidou C, Papathanassoglou E, Giannakopoulou M, ea. Moral Professional Personhood: ethical reflections during initial clinical encounters in nursing education. Nursing Ethics 2004; 11: (2).
- Lützn K, Cronqvist A, Magnusson A, ea. Moral stress: synthesis of a concept. Nursing Ethics 2003; 10(3): 312-322.

- Manschot H, Van Dartel H (red.). In gesprek over goede zorg. Overlegmethoden voor ethiek in de praktijk. Amsterdam: Boom, 2003.
- Metz JCM, Verbeek-Weel AMM, Huisjes HJ. Raamplan 2001 artsopleiding. Bijgestelde eindtermen van de artsopleiding.
- Ministerie van VWS. Kabinetsstandpunt RVZ-advies 'Ethiek met beleid', 2000.
- Ministerie van VWS. Agenda Ethiek en Gezondheid 2005. Den Haag, 2004.
- Munk MS. Ethiek in de zorgopleidingen en zorginstellingen. Zoetermeer: Centrum voor Ethiek en gezondheid, 2005. Hierin zijn opgenomen de resultaten van Klompenhouwer, 2004.
- Nijhof A, Van Harten W, Tieman R, ea. Als instelling mores leren. Een exploratief onderzoek naar de mogelijkheden om ethiek integraal onderdeel te maken van het kwaliteitsbeleid van ziekenhuizen. Enschede, 2003.
- Olthuis G. De eed in de praktijk. Medisch Contact 2003A; 58: 41.
- Olthuis G, Dekkers W. Professional competence and Palliative Care: an Ethical Perspective. Journal of Palliative Care 2003B; 19:3: 192-197.
- Otten M, Tenwolde H. Praktijkverhalen in de ethiekles. O+G (Onderwijs en gezondheidszorg) 2002; 26 nr.7: 15-19.
- Paget T. Reflective practice and clinical outcomes: practitioners' views on how reflective practice has influenced their clinical practice. Journal of Clinical Nursing 2001; 10: 204-214.
- Pijnenburg M, Nuy M. Moreel beraad als middel tot verkenning van gemeenschappelijke waarden. Het ziekenhuis als morele gemeenschap 2003, Damon.
- Pols J. De etnografie van goede zorg. Empirische ethiek in de langdurige psychiatrie. Maandblad Geestelijke volksgezondheid 2004; 6: 59: 487-499.
- Pool A, Pool-Tromp C, Veltman-van Vugt F, ea. Met het oog op de toekomst. Beroepscompetenties van HBO-verpleegkundigen. Utrecht: NIZW, 2001.
- Quality Assurance Netherlands Universities (QANU) Geneeskunde. Utrecht, 2004.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ). Ethiek met beleid. Zoetermeer: RVZ, 1999.
- Schneiderman LJ, ea. Effect of ethics on nonbeneficial life-sustaining treatments in the intensive care setting. JAMA, september 3, 2003-vol 290, no. 9.
- Self DJ, Olivarez M, Baldwin C. The amount of small-group case-study discussion needed to improve moral reasoning skills of medical students. Academic Medicine 1998; 73, 521-3.
- Singer PA, Pellegrino ED, Siegler M. Clinical ethics revisited, BMC Medical Ethics 2001; 2: 1.
- Steinkamp N. European debates on ethical case deliberation. Medicine, Health Care and Philosophy 2003-A; 6: 225-226.
- Steinkamp N, Gordijn B. Ethical case deliberation on the ward. A comparison of four methods. Medicine, Health Care and Philosophy 2003-B; 6: 235-246.
- Taminiau F, Den Boer P. De positie van de HBO-verpleegkundige binnen de algemene ziekenhuizen. Sectorfondsen Zorg en Welzijn, 2004.
- Van Dartel H. Ethiek als integraal onderdeel van het instellingsbeleid. Het ziekenhuis als morele gemeenschap. Damon, 2003.
- Van Dartel, JN, Jacobs M, Jeurissen RJM. Ethiek bedrijven in de zorg. Een zaak van het management. Koninklijke van Gorcum, 2002.
- Van Dartel JN, Jacobs M. Van zorgvisie naar protocol. Handreiking voor ethische richtlijnontwikkeling in instellingen voor gezondheidszorg. College voor ethische en Levensbeschouwelijke Aspecten van de Zorgverlening (CELAZ), 2000.
- Van der Arend AJG, CHMM Remmers-van den Hurk. Moral problems among Dutch nurses: a survey. Nursing Ethics; 6(6), 1999.
- Van der Arend AJG, MJ Smits. Ethics education, does it make for ethical practice? Tadd, Winn, Ethics in Nursing Education, research and management. Palgrave Macmillan, 2003.
- Van der Scheer L. Ethische reflectie op verzorging en verpleging. O+G (Onderwijs en gezondheidszorg) 2002; 26 nr.7: LXIII-LXVI.
- Visitatiecommissie HBO-V. Eindrapport van de Visitatiecommissie HBO-V, HBO-Raad. Den Haag, 2001.

