# Afbeeldingsresultaat voor ethics

‘s-Heer Arendskerke, December 2017

|  |  |
| --- | --- |
| Zijn wij er klaar voor?  Kwalitatief onderzoek naar ethische dilemma’s en ethiekondersteuning onder verpleegkundigen werkzaam bij Allévo thuiszorg. | Noor van Tiel (00066383)  HZ University of Applied Sciences |

‘Je moet soms lang op de dorpel van de vragen staan,

eer je je voet durft zetten op de trede van je antwoorden.’

R.M. Rilke

**Een kwalitatief onderzoek naar ethische dilemma’s en de behoefte aan ethiekondersteuning onder (wijk)verpleegkundigen werkzaam bij Allévo regio Goes.**

**Naam:** Noor van Tiel

**Studentnummer:** 00066383

**1e beoordelaar:** Dick v.d. Kolk **2e beoordelaar:** Sanja Antonides

**Opleiding:** Bachelor Verpleegkunde  
**Opleidingsinstituut:** HZ University of Applied Sciences  
**Studiejaar:** 2016-2017

# Voorwoord

Voor u ligt de scriptie ‘Zijn wij er klaar voor’? Een kwalitatief onderzoek naar ethische dilemma’s en behoefte aan ethiekondersteuning onder (wijk)verpleegkundigen werkzaam bij Allévo regio Goes. Deze scriptie is de afsluiting van een vier maanden durende onderzoeksperiode. Dit onderzoek is tevens de afronding van de opleiding tot bachelor verpleegkundige aan de Hogeschool Zeeland University of Applied Sciences. Gedurende deze opleiding heb ik ontdekt dat mijn hart ligt bij de thuiszorg. Het intensieve cliëntcontact met de focus op zelfredzaamheid is iets wat ik alleen in deze sector vind. Daarnaast past het dynamische, vernieuwende, zelfstandige en uitdagende in het beroep als wijkverpleegkundige mij als een oude jas. Tijdens mijn opleiding kwam ik in aanraking met het onderwerp ethiek door de cursus ethiek. Vanaf moment één was ik geïnteresseerd en werd ik geprikkeld door alle nieuwe informatie die ik hoorde. Ik wist meteen dat dit onderwerp mij een heel studiejaar kon blijven interesseren. Gedurende mijn literatuuronderzoek kwam ik erachter dat onderzoek naar ethische dilemma’s schaars is. Dat motiveerde mij des temeer om mijn onderzoek goed af te ronden. Het gehele onderzoek heb ik met veel plezier en interesse gedaan. Dit is hopelijk ook terug te lezen in deze scriptie.

Graag wil ik een bijzonder woord van dank richten aan Tessa Nagelkerke, Rachél Wullaert en Melanie van der Wekken, zij hebben mij voorzien van feedback en mijn vragen beantwoord gedurende het onderzoek. Daarnaast aan Marjan de Rijke, mijn begeleider in de eerste fase van mijn onderzoek en Dick van de Kolk, begeleider in de laatste fase van mijn onderzoek. Ook wil ik de verpleegkundigen die meegewerkt hebben aan dit onderzoek bedanken voor hun openheid tijdens de interviews. En tot slotte mijn vader, die mij geholpen heeft de juiste woorden te vinden.

Ik wens u veel leesplezier.

Noor van Tiel

’s-Heer Arendskerke, December 2017

# Samenvatting

**Achtergrond:** Zorg verlenen gaat onvermijdelijk gepaard met de confrontatie met ethische dilemma’s. Ethische dilemma’s kunnen ertoe leiden dat zorgverleners in een negatieve spiraal terecht komen en zich distantiëren van hun werk. Ethiekondersteuning is gericht op het ondersteunen van professionals in het omgaan met ethische dilemma’s. Allévo Goes heeft nog geen manier van ethiekondersteuning geïmplementeerd. Hierdoor is het doel van dit onderzoek ontstaan: inzicht krijgen in welke zorgistuaties als ethisch dilemma ervaren worden door (wijk)verpleegkundigen werkzaam bij Allévo Goes, hoe hier mee omgegaan wordt en of er behoefte is naar ethiekondersteuning.   
**Methode:** Het onderzoek is kwalitatief van aard. Met behulp van een topcilijst, opgesteld aan de hand van de literatuur, zijn semi-gestructureerde interviews gehouden. Zeven mbo- of hbo verpleegkundigen, met minimaal twee jaar werkervaring in de thuiszorg, zijn geïnterviewd.   
**Resultaten:** Iedere respondent ervaart ethische dilemma’s in de dagelijkse praktijk. Vijf van de zeven verpleegkundigen geven aan meer ethische dilemma’s te ervaren in vergelijking met het begin van hun carrière. Complexiteit, psychatrische patiënten, familie, de terminale fase, grenzen stellen en autonomie worden het meest genoemd als aanleidingen voor een ethisch dilemma. Er is behoefte aan een een praktische werkvorm die geïntergreerd kan worden binnen een regulier overleg.

**Discussie:** De grote meerderheid van de respondenten wijst de toegenomen complexiteit van zorg aan als oorzaak van ethische dilemma’s. Complexiteit is echter een containerbegrip dat weinig informatie geeft over de aanleiding van een ethisch dilemma. Waarschijnlijk vormen de overige, meer specifieke, oorzaken dategene wat als ‘complexiteit’ ervaren wordt. Hierbij komt waarschijnlijk naar voren dat iedere geïnterviewde de begrippen ‘ethiek’ en ‘ethisch dilemma’ anders geïnterpreteerd heeft. Dit is een zwak punt in het onderzoek. Uit de resultaten blijkt dat ethische dilemma’s ervaren worden bij situaties die uiteenlopen van samenwerking met familie, een verschil in normen en waarden met collega’s en autonomiteit. Dit is in lijn met de literatuur die gevonden is. De literatuur laat zien dat er een grote behoefte is aan ethiekondersteuning, dit wordt bekrachtigt door de onderzoeksresultaten. Gezien de schaarste in onderzoek naar dit onderwerp, draagt dit onderzoek bij aan theoretische ontwikkeling en fungeert als goede basis voor een vervolgonderzoek.

**Conclusie:** Terminale zorgsituaties, autonomie en zelfbeschikking, menswaardig bestaan bij psychiatrische patiënten, stellen van grenzen bij verhoogde werkdruk en verschil in normen en waarden bij familie van de cliënt worden als aanleiding ervaren voor een ethisch dilemma. De huidige manier om met een dilemma om te gaan is voor iedere geïnterviewde hetzelfde: overleggen. Er is behoefte aan een praktische manier van ethiekondersteuning die geïntergreerd is in de praktijk en waarbij adviezen gegeven kunnen worden door een externe, rekening houdend met het niveau van de zorgverlener.

**Aanbevelingen:** Een aanbeveling aan Allévo als organisatie: het faciliteren van een scholing ethiek en ethiekondersteuner om de informele werkvorm *advisering over een morele casus* te kunnen integreren in de praktijk. Het tweede advies: het doorvoeren van de formele werkvorm van *advisering over een morele casus.* Met als taak voor de organisatie het inschakelen van een ethiekondersteuner of ethische commissie. Er zijn drie adviezen ten aanzien van vervolgonderzoek: (1)Eenzelfde onderzoek als deze uitvoeren bij verzorgenden niveau 3 en 3+, (2) inzichtelijk maken wat verpleegkundigen als complex ervaren en hoe het komt dat zij hier ethische dilemma’s door ervaren en (3) onderzoeken of de recente ontwikkelingen in de thuiszorg voor specifieke ethische dilemma’s zorgen.

# Summary

**Background**: Nursing cannot be practised without the confrontation with ethical dilemmas. Ethical dilemmas may cause caregivers a negative spiral and they will distance themselves from their work. Ethics support got its focus on supporting the professionals in dealing with ethical dilemmas. Allévo Goes has not implemented a way of ethics support, yet. That’s the purpose of this research: getting an insight in which situations ethical dilemmas are experienced by nurses working at Allévo Goes, how they deal with them and if they feel a need for ethics support.   
**Method**: This is a qualitative research. Semi-structured interviews took place using a topic list, which was based on the literature. Seven graduated nurses, with at least two years of job experience in home care, have been interviewed.   
**Results**: Every respondent experiences ethical dilemmas in their everyday practice. Five out of seven nurses experience more ethical dilemmas now compared to the start of their careers. Complexity, psychiatric patients, family, the terminal phase, setting boundaries, and autonomy are commonly mentioned as a source of ethical dilemmas. There is a need for a practical way of ethics support which can be integrated in a regular meeting with colleagues.

**Discussion**: The largest part of the respondents sees the increasing complexity as the main cause of ethical dilemmas. However, complexity is a collective term that gives no specific information about the actual cause of an ethical dilemma. Presumably the other, more specific, causes form together what is experienced as ‘complexity’. Therefore, it is likely that the interviewees have probably interpreted ‘ethics’ and ‘ethical dilemmas’ differently. This is a disadvantage for the credibility of this study. The results show that ethical dilemmas are experienced in collaboration with the family, a difference in norms and values with colleagues and regarding autonomy. This is confirmed by the literature that has been found. The literature shows that there is a great need for ethics support, this study supports this claim. Seen the scarcity of research on this subject, this study will contribute to theoretical development and will act as a good basis for follow-up study.

**Conclusion**: Terminal care situations, autonomy and own authority, humane existence for psychiatric patients, setting boundaries at increased workload and differences in norms and values involving the family of the patient are experienced as causes for an ethical dilemma. The current way to deal with ethical dilemmas is the same for every respondent: debate with colleagues. They think it is important that ethics support is integrated into everyday practice, that advice is given by an external advisor and that the level of education by the caretaker is taken into consideration.   
**Recommendations**: A recommendation to Allévo as an organization: to facilitate a training in ethics employ an ethicist to integrate the informal form of *advising on a moral case*. The second advice: implementing a formal form of *advising on a moral case*. With the task for the organization: enabling an ethicist or an ethics commission. There are three recommendations regarding follow-up research: (1) preform the same research with caretakers of a lower education level. (2) Provide insight into what nurses’ experience as complex and how it is they experience ethical dilemmas caused by increasing complexity. And last (3), research if the recent developments in home care cause specific ethical dilemmas.

Inhoud

[Inleiding 2](#_Toc500709863)

[1 Theoretisch kader 4](#_Toc500709864)

[1.2 Zoekboom 5](#_Toc500709865)

[1.3 Ethiek 6](#_Toc500709866)

[2 Methode van onderzoek 14](#_Toc500709867)

[2.2 Onderzoekspopulatie 14](#_Toc500709868)

[2.3. Plaats en tijd 15](#_Toc500709869)

[2.4 Data verzameling 15](#_Toc500709870)

[2.5 Operationalisatie 16](#_Toc500709871)

[2.5 Betrouwbaarheid 17](#_Toc500709872)

[2.6 Validiteit 18](#_Toc500709873)

[2.7 Juridische en ethische aspecten 18](#_Toc500709874)

[3 Resultaten 20](#_Toc500709875)

[3.2 Ervaring van ethische dilemma’s 20](#_Toc500709876)

[3.3 Effect van ethische dilemma’s 23](#_Toc500709878)

[3.4 Omgaan met ethische dilemma’s 24](#_Toc500709879)

[3.5 Behoefte aan ethische ondersteuning 25](#_Toc500709880)

[4 Discussie 28](#_Toc500709881)

[4.1 Interpretatie en verklaring aan de hand van de literatuur 28](#_Toc500709882)

[4.2 Sterke en zwakke punten 29](#_Toc500709883)

[5 Conclusie en aanbevelingen 30](#_Toc500709884)

[5.1 Conclusie 30](#_Toc500709885)

[5.2 Aanbevelingen 31](#_Toc500709886)

[Bronnenlijst 34](#_Toc500709887)

[Bijlagen 36](#_Toc500709888)

# Inleiding

De oorsprong van ethiek in de medische wereld ligt bij Hippocrates. Deze legde in de vierde eeuw voor Christus de basis voor de geneeskunde als een wetenschappelijk vakgebied. Vanaf dat begin werden vakbekwaamheid en ethiek met elkaar verbonden. In de verpleegkundige ethiek gaat men uit van het mensbeeld dat iedere zorgrelatie uniek is doordat deze voortkomt uit unieke omstandigheden tussen zorgvrager en zorgverlener (ten Have, van Leeuwen, ter Meulen, 2003).   
  
Ethiek is verweven in het verpleegkundig beroep. In het beroepsprofiel (V&VN, 2016) van de hbo-opgeleide verpleegkundige worden competenties genoemd met een ethische grondslag, zoals: *“Verplegen is gebaseerd op ethische waarden, waarin respect voor de waardigheid, de autonomie en de uniciteit van mensen centraal staat”* en “*Verpleegkundigen zijn zich bewust van het feit dat alle keuzen in de zorg niet los gezien kunnen worden van een moreel ethische context. Zij is zich bewust van haar eigen morele kader van waaruit zij handelt en de impact die dat heeft op de zorgverlening".* Tevens komt in de beroepscode voor verpleegkundigen en verzorgenden ethiek sterk naar voren: *“De beroepscode geeft je de waarden en normen van de beroepsgroep. Belangrijke waarden zijn bijvoorbeeld: betrouwbaarheid, respect, eerlijkheid, rechtvaardigheid, niet schaden, respect voor de autonomie van de zorgvrager (V&VN et al., 2015).”*  
  
Aangezien het niet altijd duidelijk is wat het juiste of het beste is om te doen, gaat zorg verlenen niet zonder ethische dilemma’s (Francke & de Veer, 2009). Deze dilemma’s komen voort uit ethische vragen over hoe er in bepaalde situaties menswaardig gehandeld dient te worden, het zijn de vragen van ons geweten.   
Door ontwikkelingen in de medische kennis en -technologie komen er steeds meer mogelijkheden tot het veranderen van levens. Tegenwoordig worden ook de beperkingen van de behandelingen zichtbaar (Dauwerse, 2013). Deze ontwikkelingen maar ook ontwikkelingen die van boven- of buitenaf opgelegd worden kunnen ethische dilemma’s veroorzaken. Denk hierbij aan werken volgens een nieuwe standaard, protocol of systeem en toenemende werkdruk door personeelstekort (Francke & de Veer, 2009). Uit onderzoek van Francke en de Veer (2009) blijkt dat 70% van de onderzochte populatie de laatste jaren frequenter ethische dilemma’s ervaart.

Er zijn verschillende werkvormen van ethiekondersteuning die toegepast kunnen worden bij ethische dilemma’s in de dagelijkse praktijk. Ethiekondersteuning wordt vaak niet als prioriteit gezien, maar toch is er een behoefte aan. Uit onderzoek door van der Dam (2012) naar de behoefte voor ethiekondersteuning onder zorgverleners in de ouderenzorg is gebleken dat 68% van de 638 onderzochte zorgorganisaties een behoefte voor ethiekondersteuning ervaren. Wetenschappelijk onderzoek naar welke ethische dilemma’s ervaren worden in de thuiszorg in Nederland is schaars. Dit wordt beaamt door prof. dr. Widdershoven, die in het kader van dit onderzoek is benadert. Hij beaamt in een mailconversatie dat er weinig literatuur te vinden is over ethische dilemma’s in de thuiszorg. Daarenboven benadrukt hij het belang van onderzoek naar deze onderwerpen (bijlage 5).

Thuiszorg- en dienstverleningsorganisatie Allévo biedt thuiszorg aan in zeven gemeenten in Zeeland. Dit zijn de gemeenten Borsele, Goes, Kapelle, Noord-Beveland, Reimerswaal, Schouwen-Duiveland en Tholen. Allévo is een van de grote werkgevers binnen haar werkgebied. Circa 1374 mensen zijn als werknemer met Allévo verbonden (Dekker, 2015). Allévo heeft nog geen manier van ethiekondersteuning geïmplementeerd.

Onduidelijk is hoe verpleegkundigen werkzaam bij Allévo Goes ethiek ervaren en omgaan met ethische dilemma’s. Hierdoor ontstond het doel van dit onderzoek: Inzichtelijk krijgen welke zorgsituaties (wijk)verpleegkundige werkzaam bij Allévo Goes als aanleiding ervaren voor een ethisch dilemma, hoe zij hiermee omgaan en op wat voor manier de behoefte aan ethiekondersteuning het best ingevuld kan worden. Om deze doelstelling te realiseren is de volgende probleemstelling geformuleerd:   
  
*“Welke zorgistuaties worden door (wijk)verpleegkundigen van Allévo Goes ervaren als aanleiding voor een ethisch dilemma, hoe gaan zij hier mee om en op wat voor manier kan de behoefte aan ethiekondersteuning het best ingevuld worden?”*

#### Relevantie tot verpleegkundig beroep

Ethiek is voor verpleegkundigen een leidraad voor het handelen en het volgen van normen en waarden die passen bij het beroep. Dit staat beschreven in het beroepsprofiel (2012) en in de beroepscode (2015) voor verpleegkundigen. Bewust en onbewust is ethiek verweven in onze dagelijkse werkzaamheden. Er wordt verwacht vanuit het beroepsprofiel en de beroepscode dat de verpleegkundige weet wat ethiek inhoudt, hierover nadenkt en ethisch advies kan geven.

#### Leeswijzer

Het theoretisch kader wordt als eerst beschreven, hierin is het zoekplan verwerkt. Als volgt wordt in hoofdstuk twee inzicht gegeven in de methode van onderzoek, waarna in hoofdstuk drie de onderzoeksresultaten worden gepresenteerd. Deze resultaten worden in hoofdstuk vier, de discussie, naast de literatuur gelegt. De sterke en zwakke punten van het onderzoek komen in dit hoofdstuk ook aan bod. De scriptie wordt afgesloten met de conclusie, antwoord op de onderzoeksvraag, en aanbevelingen.

# 1 Theoretisch kader

In dit hoofdstuk wordt de zoekstrategie beschreven. Aan de hand van deze strategie is informatie gezocht betreffende het onderwerp van dit onderzoek. Deze informatie is verder in dit hoofdstuk inzichtelijk gemaakt en wordt als theoretisch kader gebruikt voor de beantwoording van de onderzoeksvraag.   
  
  
1.1 Zoekstrategie

Om het literatuuronderzoek te kaderen, zijn zoekvragen opgesteld. De volgende zoekvragen zijn opgesteld:

* Welke ethische dilemma’s ervaren verpleegkundigen in de thuiszorg?
* Wat zijn de gevolgen van ethische dilemma’s voor de verpleegkundigen?
* Welke invloed hebben ethische dilemma’s op de kwaliteit van zorg?
* Op welke manier kunnen verpleegkundigen ethisch ondersteund worden?
* Wat zijn de voordelen van ethiekondersteuning voor een zorgorganisatie?
* Wordt er een behoefte ervaren aan ethiekondersteuning?

Om antwoorden op deze vragen te kunnen genereren, zijn zoekwoorden opgesteld. Deze woorden zijn gebruikt voor het zoeken in databanken en zoekmachines en zijn te vinden in paragraaf 1.2.

Er is gezocht naar informatie over ethische dilemma’s in de thuiszorg. Dit door middel van de zoektermen: ‘ethical problems AND homecare, ethics support AND home care en ethical issues AND home care’. Met deze termen zijn geen bruikbare onderzoeken of verslagen gevonden. Om deze reden is er gekozen voor het globaliseren van de zoekwoorden om toch informatie te kunnen vinden betreffende ethische dilemma’s ervaren door verpleegkundigen. De databanken die zijn gebruikt zijn Pubmed en Researchgate. De inclusiecriteria waren: publicatiedatum niet ouder dan 15 jaar en artikelen moeten Nederlands- of Engelstalig zijn.

## 1.2 Zoekboom

## 

## 

- Dauwerse, L. (2013). *Moving ethics; state of the art of clinical ethics support in the Netherlands.* (Proefschrift Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam). ’s-Hertogenbosch: BOXPress

- Lancia., Leuter., Orio, di., & Petrucci. (2013). *Request for ethics support in healthcare practices.* Gedownload van SEU-Roma: http://www.seuroma.it/riviste/annali\_igiene/apps/autos.php?id=891

- Wal, van der. (2016). *De ervaren effecten van moreel beraad op de cultuur van een organisatie.* (masterthesis). Praktische humanistiek, Universiteit van Humanistiek, Utrecht.

- Dalfsen, van., Molewijk, Robben, Seekles & Widdershoven (2015). Aandacht voor de morele dimensie van toezicht. *Tijdschrift voor Toezicht, 6,*4. doi: 10.5553/TvT/187987052015006004002

- Centrum voor Ethiek en Gezondheid. (2010). *Toename van dilemma’s bij verpleegkundigen en verzorgenden.* Gedownload van Centrum voor Ethiek en Gezondheid: https://ww.ceg.nl/uploads/publicaties/signalement-dilemmasverpleegkundigen.pdf

- Kersten & Pasch, van de. (2009). *Dilemma’s doorbreken.* Geraadpleegd van Nursing: https://www.nursing.nl/PageFiles/9995/ 2009-3-12.pdf

**Sneeuwbalmethode:**

- Dam, van der. (2012). *Ethics support in eldery care.* (Proefschrift). Universiteit Maastricht, Maastricht

- Heijmans, M., Houtum van, L., Waverijn, G. (2014). *Zelfmanagement, wat betekent het voor de patiënt?* Gedownload van NIVEL https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/--Zelfmanagement\_wat\_betekent\_het\_voor\_patient.pdf

- Hoven, van den., Scheer, van der., Willems. (2010). *Ethiek in discussie.* Assen: van Gorcum

- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland. (2016). *Beroepsprofiel hbo-opgeleide verpleegkundige.* Gedownload van V&VN: http://www.venvn.nl/Portals/1/Thema’s/Beroepsprofiel/Beroepsprofiel%20hbo-opgeleide%20verpleegkundige.pdf

- Bovenkamp, Dwarswaard. (2015). *Ethische dilemma’s zelfmanagementondersteuning,* Gedownload van instrumentenkiezer: http://zelfzorgondersteunend-instrumentenkiezer.nl/wp-content/uploads/2016/03/Handreiking\_Dwarwaard-van-de-Bovenkamp\_DEF.pdf

- Bovenkamp, van de. & Dwarswaard. (2015). *Ethische dilemma’s bij eigen regie: oproep tot reflectie.* Gedownload van Nursing: https://www.nursing.nl/PageFiles/15231/001\_791/1447667900343.pdf

Figuur 1 Zoekboom

## 1.3 Ethiek

Onder ethiek wordt een systematische en kritische reflectie op morele vragen verstaan. Mensen kunnen intuïtief allerlei opvatting hebben over wat goed of kwaad is, dit wordt moraal genoemd. Wanneer mensen afstand nemen van dit instinctieve gedrag en gaan beargumenteren wat goed en kwaad is wordt dit ethiek genoemd (Rothfusz, 2010).

1.3.1. Verpleegkundige ethiek  
Ethiek kan ook gespecificeerd worden binnen een beroep, zoals verpleegkundige ethiek. Volgens van der Arend en Gastmans(2002) berust verpleegkundige ethiek op een mensbeeld dat de uniciteit van elke zorgontvanger of zorgverlener en de relaties tussen personen bevestigt, als ook op de unieke omstandigheden waarin de zorgende relatie gestalte krijgt. Volgens de verpleegkundige ethiek is iedere zorgrelatie uniek doordat deze voortkomt uit de unieke combinatie van zorgvrager en zorgverlener.

#### 1.3.2. Ethiek en verpleegkundige vaardigheden

In het profiel van een hbo-opgeleide verpleegkundige worden competenties genoemd waar ethiek de basis vormt. Zo wordt er in het beroepsprofiel(2012) voor verpleegkundigen het volgende beschreven:

*“Verplegen is gebaseerd op ethische waarden, waarin respect voor de waardigheid, de autonomie en de uniciteit van mensen centraal staat.”*   
  
*“De verpleegkundige speelt een grote rol in het vinden van antwoorden op ethische vragen die dit oproept: hoe verhoudt (door) behandelen zich tot de kwaliteit van leven?”*  
*“Verpleegkundigen zijn zich bewust van het feit dat alle keuzen in de zorg niet los gezien kunnen worden van een moreel ethische context. Zij is zich bewust van har eigen morele kader van waaruit zij handelt en de impact die dat heeft op de zorgverlening.”*  
*“De verpleegkundige kan ethische vraagstukken en zingevingsvraagstukken bespreken met collega’s en patiënten.” en “Is zich bewust van eigen morele en ethische waarden en kan hier professioneel naar handelen (V&VN, 2012).”*

Naast deze ethische onderlegde competenties uit het beroepsprofiel wordt er in de beroepscode (2015) voor verpleegkundigen de vereiste attitude beschreven. Ethiek vormt ook de basis van het doel van de beroepscode:

*“De beroepscode geeft je de waarden en normen van de beroepsgroep. Die waarden en normen maken duidelijk hoe je je beroep als verpleegkundige of verzorgende op een goede manier uit kunt oefenen. Belangrijke waarden zijn bijvoorbeeld: betrouwbaarheid, respect, eerlijkheid, rechtvaardigheid, niet schaden, respect voor de autonomie van de zorgvrager. De Beroepscode helpt je bij je handelen en de verantwoording daarvan (V&VN et al., 2015).”*

#### 

1.3.3. Ethische dilemma’s in de verpleging  
Ethiek en verpleging zijn met elkaar verbonden. Verpleegkundigen willen goede zorg verlenen, waarbij geen onderscheid wordt gemaakt in mensen. Aangezien het niet altijd duidelijk is wat het juiste of het beste is om te doen, gaat zorg verlenen niet zonder ethische dilemma’s (Francke & de Veer, 2009). Deze dilemma’s komen voort uit ethische vragen over hoe er in bepaalde situaties menswaardig gehandeld dient te worden. Het zijn de vragen van ons geweten. De definitie van een ethisch dilemma is een botsing tussen de fundamentele belangen van betrokken partijen, met als fundementele vraag: “Wat is de meest menswaardige beslissing om te nemen?” (Rijksen, 2004).

#### 1.3.4. Aanleidingen voor ethische dilemma’s

Ethische dilemma’s kunnen onder andere ontstaan doordat zorgverleners invloedrijker worden door ontwikkelingen in medische kennis en -technologie, die zorgen voor meer mogelijkheden tot het veranderen van levens. Van oudsher was de gezonheidszorg vooral gericht op het behandelen van ziektes en was het streven om de patiënten zo lang mogelijk te laten leven. Tegenwoordig heeft men meer oog voor de gevolgen voor de kwalieit van leven die de behandelingen hebben. Door technologische ontwikkelingen wordt het mogelijk gemaakt levens te verlengen. Maar in hoeverre men hiermee door moet gaan is een actuele ethische discussie (Dauwerse, 2013).   
Een andere bron van ethische dilemma’s zijn beperkingen of eisen die van buiten- of bovenaf opgelegd zijn zorgverleners op de werkvloer. De beperkingen in de tijd die per patiënt besteed mag worden of de eisen die nageleefd dienen te worden gaan soms ten koste van aandacht voor de cliënt. Bijvoorbeeld het moeten werken volgens een nieuwe standaard, protocol of systeem en verhoogde werkdruk door personeelstekort. Hierdoor is er voor de verpleegkundige minder gelegenheid om bepaalde zaken, ook ethische aspecten te bespreken met de patiënt. Daarnaast wordt een deel van de dilemma’s veroorzaakt door een gebrek aan tijd voor communicatie met de patiënt (Francke & de Veer, 2009).

Tevens kan het vergroten van zelfmanagement een aanleiding zijn voor ethische dilemma’s. In Nederland is gekozen voor een aanpak van zorg voor chronisch zieken waarin een sterke nadruk ligt op zelfmanagement. Van patiënten, familie en mantelzorgers wordt verwacht dat zij zelf zorg dragen voor de behandeling en omgang met hun ziekte en zelf beslissingen en keuzes maken hierover. De overheid en zorgverleners leggen steeds meer verantwoordelijkheid bij de patiënt zelf (Heijmans, van Houtum & Waverijn, 2014). Daarnaast werken zorgverleners steeds vaker multidisciplinair en in samenwerking met mensen die geen medische achtergrond hebben (zoals patiënten en familie). In deze samenwerking veranderen rollen en relaties en dit introduceert daardoor ook ethische dilemma’s (Dauwerse, 2013). Uit onderzoek door Francke en van Veer (2009) onder zorgverleners uit vier verschillende sectoren (thuiszorg, ziekenhuiszorg, ouderenzorg en geestelijke gezondheidszorg) blijkt dat 70% van de onderzochte populatie vindt dat ze de laatste jaren vaker voor ethische dilemma’s komen te staan.

#### 1.3.5. Ervaren ethische dilemma’s

Dwarswaard en van de Bovenkamp (2015) hebben onderzoek gedaan naar welke ethische dilemma’s ontstaan vanuit het vergroten van zelfmanagement. Dit is gedaan doormiddel van het houden van interviews met experts, verpleegkundigen en patiënten en het observeren van de zorgverlening. Een aantal dilemma’s die in dit onderzoek naar naar voren kwamen zijn in beeld gebracht: “Moet ik de keuze van de patiënt leidend laten zijn als dit niet leidt tot een optimale gezondheidsuitkomst?”, “Moet ik zorgtaken uitvoeren en beslissingen nemen voor patiënten als ik vind dat de patiënt dit eigenlijk zelf zou moeten doen?”, “Moet ik kwetsbare patiënten verzorgen door extra taken over te nemen of laat ik hen meer in hun waarde door hen zoveel mogelijk zelf te laten doen?”, “Mogen of moeten zorgverleners zich mengen in, niet strikt medische, aspecten van het leven van hun patiënten?” en “Mogen ouders betrokken worden bij de zorg voor jongvolwassenen als deze zich niet aan de therapie houden?”

In een onderzoek door Francke en van de Veer (2009) werd een vragenlijst opgesteld waar 24 dilemma’s werden beschreven die te maken hadden met recente veranderingen in de gezondheidszorg. Deze dilemma’s zijn onderverdeeld in vier groepen: (1) zeven dilemma’s die optreden in de directe zorgverlening aan de cliënt, (2) acht dilemma’s in de omgang met collega’s, (3) vier dilemma’s die te maken hebben met rapporteren en richtlijnen en (4) vijf dilemma’s die te maken hebben met artsen en familie. Deze vragenlijst is door 412 personen ingevuld, werkzaam in algemeen ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingstehuizen en thuiszorginstellingen. Zeven van deze dilemma’s worden door minimaal een kwart van de verpleegkundigen wekelijks tot dagelijks ervaren. Bijvoorbeeld: “Geef ik mijn cliënt de zorg die volgens mijn professionele maatstaven nodig is” (68% ervaart dit wekelijks), “Moet ik mijn cliënt de zorg geven die volgens mijn maatstaven nodig is of moet ik me houden aan de geïndiceerde zorg?”(50% ervaart dit wekelijks), “Ben ik voldoende bekwaam om deze verpleegtechnische handeling uit te voeren?”(37% ervaart dit wekelijks) en “Rapporteer en registreer ik alles goed of doe ik dat wat minder zodat ik meer tijd overhoud voor de cliënt?” (28% ervaart dit wekelijks).   
Tevens krijgen zowel verpleegkundigen als artsen regelmatig te maken met dilemma’s als gevolg van inzicht tussen verschillende professionals. Zo ervaren verpleegkundigen uit verschillende sectoren dilemma’s door verschil van mening met de arts. Dit kan een verschil van mening zijn over de diagnose of behandeling, bijvoorbeeld wel, geen, meer of minder pijnstilling geven (Kersten & van de Pasch, 2009). Het valt niet te ontkennen dat ethische dilemma’s in alle sectoren van het verpleegkundige beroep ervaren worden. In al deze sectoren hebben urgent op te lossen dilemma’s te maken met personeelsbezetting en vragen verpleegkundigen zich regelmatig af of ze beter kunnen doorwerken om onderbezetting te voorkomen (Francke & de Veer, 2009).

#### 1.3.6. Ethische dilemma’s in de thuiszorg

Ethische dilemma’s die onder andere in een thuiszorgsituatie over de eigen inzet naar zorgvragers toe voor kunnen komen zijn: “Mogen zorgvragers in mijn leven inbreken en zo ja, tot hoever dan?” en “In hoeverre moet ik mij belangeloos opstellen naar de cliënt?”   
Tevens bestaan naast deze vragen, gericht op de relatie tussen zorgvrager en -verlener, ook ethische vragen rondom directe collega’s, zoals: “Tot hoever kan ik ethisch gezien kritiek leveren op mijn collega’s?” en “Heb ik ethisch gezien de taak om collega’s te stimuleren zo zorgvuldig mogelijk zorg te verlenen?” (Rijksen, 2004).  
Opvallend aan de uitkomsten van het onderzoek door Francke en de Veer (2009), is dat vaak aangegeven wordt dat in verpleeg- en verzorgingshuizen en de thuiszorg niet goed of te weinig zorg geïndiceerd wordt. Uit ditzelfde onderzoek blijkt dat verpleegkundigen door krappe indicaties genoodzaakt zijn cliënten minder zorg te bieden dan naar eigen maatstaven nodig is. 64% in de thuiszorg staat minstens één keer in de week voor dit dilemma (47% in de verpleeg- en verzorgingshuizen). Echter is dit onderzoek niet erg actueel, het is uitgevoerd in 2009. In 2015 is het indiceren van zorg aan huis de verantwoordelijkheid geworden van de wijkverpleegkundige. Waardoor het gevoel van te krappe of te weinig geïndiceerde zorg minder kan worden ervaren. Er is alleen geen literatuur beschikbaar gevonden die dit kan onderbouwen. Dit benadrukt de relevantie naar meer actueel onderzoek over ethische dilemma’s in de thuiszorg.

#### 1.3.7. Gevolgen van ethische dilemma’s

Het is aangetoond dat ethische dilemma’s ertoe kunnen leiden dat zorgverleners in een negatieve en/of cynische spiraal terecht komen en zich gaan distantiëren van hun werk. Met als gevolg een afname van betrokkenheid (Hartman, Molewijk, Weidema & Widdershoven, 2016). Om die reden pleit prof. dr. Widdershoven voor meer onderzoek hiernaar. Medewerkers kunnen ziek worden en teams ontwrichten door het verkeerd of niet omgaan met ethische dilemma’s. Wanneer in de gezondheidszorg medewerkers ontwricht raken, ontwricht dat ook de gezondheidszorg zelf (Francke & de Veer, 2009). Negatieve emotionele stress, een gevoel van machteloosheid en frustratie en morele nood bij verpleegkundigen ontstaan als gevolg van een onvermogen om ethische problemen op te lossen en zich als advocaat van de patiënt en zichzelf op te stellen. Goed moreel redeneren is dus een belangrijke voorwaarde voor goed verplegen en maakt training in moreel redeneren essentieel (Arend & Gastmans, 2002).

#### 1.3.8. Ethiekondersteuning

Training geven in moreel redeneren wordt ook wel ethiekondersteuning genoemd. Ethiekondersteuning is gericht op het ondersteunen van professionals, cliënten en hun naasten in het omgaan met ethische dilemma’s die zich in de dagelijkse praktijk voordoen (Hartman et al., 2016).

##### Werkvormen

Wanneer ethiekondersteuning toegepast wordt binnen een organisatie, kunnen er verschillende werkvormen gehanteerd worden. Hierin wordt onderscheid gemaakt in expliciete en impliciete werkvormen. Bij expliciete werkvormen is er een specifieke ethiekexpertise nodig en ligt de methodiek en de focus op de morele grondslag van de kwestie. Dit in tegenstelling tot een impliciete werkvorm, waarbij komt een morele vraag indirect aan de orde komt, maar is de morele grondslag van het probleem niet een centrale focus of methode (Hartman et al., 2016).   
Hartman et al. (2016) beschrijven zeven expliciete werkvormen:

1. Advisering of consultatie over een morele casus: Kenmerkend voor de werkvorm advisering of consultatie over een morele casus is dat het een casus betreft. Een vereiste van deze werkvorm is dat een ethiekondersteuner of commissie een mondeling of schriftelijk advies uitbrengt (Hartman et al., 2016). Een verpleegkundige kan bij deze vorm van ethiekondersteuning een ethische vraag of dilemma uit het werk bespreken met een ethiekondersteuner of commissie. De ethiekondersteuner of commissie kan vervolgens de verpleegkundige een advies geven hoe hiermee om te gaan. Rijksen (2004), omschrijft deze wijze van ethiekondersteuning ook, maar dan op een informele wijze. Namelijk, doormiddel van intercollegiale ondersteuning, advisering en toetsing. Hier gaat het om het bespreken van een ethische vraag of dilemma met een collega, waarna de collega advies uit kan brengen.
2. Morele counseling: Anders dan bij de werkvorm advisering of consultatie over een morele casus, wordt bij de werkvorm morele counseling samen met de verpleegkundige gezocht naar een beslissing waar diegene zelf vrede mee kan hebben.
3. Moreel beraad: Een derde manier voor het toepassen van ethiekondersteuning is het houden van een moreel beraad. Dit is een gestructureerd gesprek over een ethisch dilemma die wordt gevoerd aan de hand van een specifieke methode. Dit gesprek wordt voorgezeten door een objectieve gespreksleider of ethiekondersteuner (Hartman et al., 2016). Deze derden kunnen leden zijn van een ethische commissie of kunnen externen zijn die zich bezighouden met ethische vragen (Rijksen, 2004). Een moreel beraad kan gevoerd worden wanneer er een ethisch dilemma speelt binnen een team. Op deze manier kunnen alle facetten van het probleem op een objectieve manier doorgesproken worden met als doel een oplossing vinden waar alle deelnemers tevreden mee zijn. Belangrijk is dat de lijnen tussen werkvloer en de ethische commissie (moreel beraad) kort gehouden worden (Rijksen, 2004).
4. Morele verkenning van het dagelijks handelen: De vorm morele verkenning van het dagelijks handelen wordt door RIjksen (2004) omschreven als een gezamenlijk overleg over ethische vragen binnen een team. Hierbij kan een morele reflectie plaatsvinden naar aanleiding van de ervaring van een cliënt of op basis van observaties uit de dagelijkse praktijk. Op deze manier kan er aandacht voor ethiek zijn door middel van ethiek aansluiten bij reguliere overleggen (Hartman et al., 2016).
5. Daarnaast benoemen zowel Hartman et al. (2016) en Rijksen (2004) dat er in het kader deskundigheidsbevordering binnen een organisatie ook geconcentreerd kan worden op het verzorgen van trainingen en onderwijs in morele competenties. Dit door middel van het aanbieden van scholingen op het terrein van ethische vragen. Ook een moreel beraad of een introductie hiervan kan ingezet worden als een vorm van training en onderwijs.
6. Het organiseren van bijeenkomsten of lezingen is een andere vorm van ethiekondersteuning maar sluit nauw aan op het bevorderen van deskundigheid. Anders aan deze werkvorm is dat het geschikt is om reflectie op ethische dilemma’s te stimuleren, verder draagt ook deze vorm bij aan het bevorderen van kennis in een organisatie (Hartman et al., 2016).
7. Tenslotte benoemd Hartman et al. (2016) een werkvorm dat het ontwikkelen van of bijdragen aan het beleid van de zorgorganisatie betreft: beleidsvoorbereiding en -advisering vanuit ethisch perspectief. Hieronder vallen de medisch-ethische vragen die van invloed zijn op de identiteit en het beleid van de organisatie. Denk hierbij aan dwang en drang, privacy en palliatief beleid. Als input voor deze werkvorm kunnen de overige werkvormen ingezet worden, zoals een moreel beraad of morele verkenning (Hartman et al., 2016).

De taak om een zorgvuldig en passend beleid te voeren ten aanzien van de ethische kant van het werk, is de verantwoordelijkheid van de leidinggevenden van thuiszorgorganisaties. Zij zijn de eerstaangewezen personen om te zorgen voor een gezonde ethische cultuur binnen de organisatie (Rijksen, 2004).

##### Redenen voor ethiekondersteuning

In de vorige paragraaf is een overzicht gegeven van soorten werkvormen van ethiekondersteuning die geïmplementeerd kunnen worden binnen een organisatie. De implementatie hiervan vergt onder andere onderzoek, tijd en geld van de organisatie. Hartman et al. (2016) benoemd de redenen voor ethiekondersteuning vanuit het perspectief van de zorgorganisatie:

1. De zorgorganisatie creëert ruimte voor een andere manier van leren en het bevragen van routines. Op deze manier kan routinematigwerk tegengegaan worden en wordt de focus niet alleen gelegd op het goed uitvoeren van handelingen, maar ook ethisch gezien het goede doen als verpleegkundige.
2. Ethiekondersteuning draagt bij aan het vormgeven aan identiteit, visie en missie. Dit kan een reden zijn voor een zorgvrager om juist die organisatie te kiezen die ethiek geïmplementeerd heeft in de bedrijfsvoering.
3. Ethiekondersteuning kan bijdragen aan het bevorderen van goed werknermerschap. Goed werkgeverschap kan op verschillende manieren worden ingevuld. Ten eerste betekent dit zorg dragen voor medewerkers, dit houdt in dat een goede werkgever zorgt voor een plek binnen de organisatie waar medewerkers terecht kunnen voor deskundige ethiekondersteuning bij dilemma’s. Als tweede invulling betreft goed werknemerschap het creëren van een veilig en open leerklimaat. Dit kan ondersteund worden door ethiekondersteuning (Hartman et al. (2016).
4. Wanneer ethische dilemma’s niet expliciet benoemd worden kunnen deze terug blijven komen. Dit kost veel energie voor een zorgverlener, team en organisatie. Het doorvoeren van ethiekondersteuning binnen een organisatie draagt bij aan efficiëntie binnen het bedrijf.
5. De mogelijke bijdrage aan het formuleren of aanpassen van beleid rondom morele thema’s, deze hoeven niet per definitie zorggerelateerd te zijn (personeelsbeleid, kwaliteitsbeleid, financieel beleid, etc.). Wanneer een bepaalde morele casuïstiek steeds terugkomt in een organisatie of team, kan het zijn dat er gefocust moet worden op het thema in plaats van op specifiek een casus. Een voorbeeld van een thema is het op slot doen van de voordeur bij cliënten in de thuiszorg, of het uitvoeren van huishoudelijke taken door verpleegkundigen en verzorgenden in de thuiszorg (Hartman et al., 2016). Bovendien kan positief moreel gedrag van medewerkers in organisaties gecorreleerd worden met kostenbesparing door minder diefstal door medewerkers, minder arbeidsverzuim en verminderd afschuiven van verantwoordelijkheden; zaken die frustreren en wantrouwend maken (Goldsby, Neck & Gerde, geciteerd in Wal, 2016)

#### 1.3.9. Behoefte aan ethiekondersteuning

Een vorm van ethiekondersteuning integreren binnen een organisatie, wordt gezien als een implementatietraject. Tiemens en Vermeulen (2015) benadrukken dat een implementatietraject begint met een behoefte tot verandering. Voor het implementeren van een vorm van ethiekondersteuning dient dus een behoefte te zijn aan ethiekondersteuning. Uit onderzoek door van der Dam (2012) naar de behoefte voor ethiekondersteuning onder zorgverleners in de ouderenzorg, is gebleken dat 68% van de 638 onderzochte zorgorganisaties een behoefte voor ethiekondersteuning voelen. Uit ditzelfde onderzoek blijkt dat er drie relevante factoren opduiken bij het onderzoeken naar wat voor specifieke behoeftes er zijn. Dit zijn: de complexiteit van de tegenwoordige gezondheidszorg, de bijdrage aan kernzaken van de zorginstelling/organisatie en de behoefte naar structurele aandacht voor ethische dilemma’s. Daarnaast is door di Orio, Lancia, Leuter en Petrucci (2013) onderzoek gedaan naar de behoefte aan ethisch advies onder verpleegkundigen in eerstelijns zorgorganisaties. Hieruit is gebleken dat 90.3% van de 374 onderzochtte verpleegkundigen behoefte hebben aan ethisch advies over kwesties waar zij in hun professie tegenaan lopen.   
Tevens is uit onderzoek Van Dalfsen, Molewijk, Robben, Seekles en Widdershoven (2015) onder werknemers bij de Inspectie GezondheidsZorg (IGZ) naar voren gekomen dat alle deelnemers weinig ruimte ervoeren voor het delen van morele vragen, maar wel die behoefte hebben.

Francke en de Veer hebben in 2009 bijeenkomsten georganiseerd om erachter te komen welke morele dilemma’s verpleegkundigen ervaren in hun werk. Zo’n honderd verpleegkundigen uit verschillende streken van het land namen deel aan de bijeenkomsten. Hieruit bleek dat de tijd voor overleg en begeleiding de laatste jaren sterk gereduceerd is. Tegenwoordig houdt dit vaak niet meer in dan een snelle overdracht van de meest noodzakelijke gegevens. Vaak is er van teamoverleg geen sprake meer, vooral in de thuiszorg is nog amper teamoverleg. Instellingen en leidinggevenden geven meestal geen prioriteit aan ethiekondersteuning in hun instellingen/organisaties (Francke & de Veer, 2009). Ondanks dat ethiekondersteuning niet als prioriteit wordt gezien is er toch een behoefte aan.

#### 1.3.10. Samenvatting

Verpleegkundige ethiek berust op een mensbeeld dat de uniciteit van elke zorgontvanger of zorgverlener en de relaties tussen personen bevestigt, alsook de unieke omstandigheden waarin de zorgende relatie gestalte krijgt. Zowel in het beroepsprofiel als de beroepscode voor verpleegkundige wordt ethiek uitgelicht. Aangezien het niet altijd duidelijk is wat het juiste of het beste is om te doen, gaat zorg verlenen niet zonder ethische dilemma’s. Een ethisch dilemma is een botsing tussen de fundamentele belangen van betrokkenen partijen, met als fundementele vraag wat de meest menswaardige beslissing is om te nemen. Ethische dilemma’s kunnen onder andere ontstaan doordat zorgverleners invloedrijker worden door ontwikkelingen in medische kennis en -technologie, die zorgen voor meer mogelijkheden tot het veranderen van levens. Veel dilemma’s komen voort uit een machteloos gevoel door eisen die van bovenaf de zorgverleners op de werkvloer opgelegd worden. Ethische dilemma’s kunnen ertoe leiden dat zorgverleners in een negatieve en/of cynische spiraal terecht komen en zich gaan distantiëren van hun werk. Daarom is training in moreel redeneren een belangrijke voorwaarde voor goed verplegen. Ethiekondersteuning is gericht op het ondersteunen van professionals, cliënten en hun naasten in het omgaan met ethische dilemma’s die zich in de dagelijkse praktijk voordoen. Er zijn zeven expliciete werkvormen voor ethiekondersteuning: advisering of consultatie over een morele casus, morele counseling, moreel beraad, morele verkenning van het dagelijks handelen, bijeenkomsten met een moreel thema, training en onderwijs in morele competenties en beleidsvoorbereiding en -advisering vanuit ethisch perspectief. Vanuit het perspectief van de zorgorganisatie zijn er vijf redenen om ethiekondersteuning toe te passen in de praktijk: (1) ruimte creëren voor ander manier van leren en het bevragen van routines, (2) visie en missie, (3) goed werkgeverschap, (4) efficiëntie, (5) beleid rondom morele kwesties ontwikkelen aanpassen of implementeren. Uit onderzoek onder zorgorganisaties en verpleegkundigen werkzaam in de eerstelijnszorg blijkt dat er een behoefte is aan ethische ondersteuning.

# 2 Methode van onderzoek

In dit hoofdstuk wordt inzichtelijk gemaakt hoe het onderzoek vormgegeven is. Het onderzoekstype- en ontwerp worden omschreven en onderbouwd. Daarnaast wordt de onderzoekspopulatie, -plaats en -tijd beschreven. Dan volgt de beschrijving op wat voor manier de data verzameld, verwerkt en geanalyseerd is. Hierna wordt ingegaan op hoe de betrouwbaarheid en validiteit gewaarborgd wordt. Met tot slot een korte omschrijving van de juridische- en ethische aspecten, de wijze van rapportage en de tijdsplanning.   
  
  
2.1 Onderzoektype en -ontwerp

Dit onderzoek is een kwalitatief onderzoek, waar het doel verklaren is. Een kwalitatief onderzoek verzameld geen cijfermatige gegevens. De betekenis die onderzochte personen zelf aan situaties geven staat centraal. Informatie over ervaringen en achtergronden worden in dit onderzoek bijeengebracht. De focus ligt op de beleving van de onderzochte persoon. De beleving wordt bevraagd door middel van een semigestructureerd interview. Voor dit interview is een topiclijst opgesteld. Een topiclijst geeft een aantal hoofdonderwerpen aan als basis voor het interview. Daarnaast is op een aantal onderwerpen doorgevraagd, dit zorgt voor de noodzakelijke verdieping in het interview. (Verhoeven, 2014).   
  
2.2 Onderzoekspopulatie

Het onderzoek heeft plaatsgevonden in Goes. Team Goes van Allévo bestaat uit zeven verschillende wijken met daarbij behorende teams van ongeveer twaalf medewerkers per team. Deze teams bestaan uit verzorgenden, verzorgenden IG, verpleegkundigen in de wijk en één wijkverpleegkundige.  
Mbo en hbo afgestudeerde verpleegkundigen (n=19) werkzaam bij Allévo regio Goes zijn gevraagd deel te nemen aan het onderzoek.

In iedere wijk van Goes doen zich andere situaties voor, het kan mogelijk zijn dat er ook verschil zit in de ervaring van ethische dilemma’s. Dit is de reden dat er uit ieder team één verpleegkundige is geïnterviewd, in totaal zijn dit zeven verpleegkundigen.   
Er wordt gewerkt met een selecte steekproef. Voorafgaand aan de interviews is er een uitnodigingsbrief verstuurd naar de betreffende verpleegkundigen. Afhankelijk van de respons is er gekeken naar in welk team deze verpleegkundigen werken. Aan de hand daarvan zijn verpleegkundigen geselecteerd voor interviews. Eén voorwaarde waar de deelnemers aan moesten voldoen is het hebben van minimaal twee jaar ervaring in de thuiszorg. Dit, aangezien met minder dan twee jaar ervaring de kans groot is dat zich nog weinig ethisch lastige dilemma’s hebben voorgedaan.

## 2.3. Plaats en tijd

Allévo is een thuiszorg- en dienstverleningsorganisatie die binnen de gemeenten Borsele, Goes, Kapelle, Noord-Beveland, Reimerswaal, Schouwen-Duiveland en Tholen zorg aan huis levert. Allévo levert zorg van preventie tot palliatieve zorg. Er wordt uit gegaan van de zelfredzaamheid van de cliënt, zo wordt er met de cliënt gekeken naar wat de beste oplossing is. Hierbij wordt verder gekeken dan de grenzen van de organisatie. Circa. 1374 mensen zijn als werknemer met Allévo verbonden (Dekker, 2015). Het gehele onderzoek is uitgevoerd vanaf 17 juli tot 24 januari. De interviews zijn gehouden in de periode tussen 1 augustus en 4 oktober.

## 2.4 Data verzameling

De gegevens voor het onderzoek zijn verzamelt door middel van half-gestructureerde interviews. Dit interview zorgt voor de nodige structuur maar behoudt ruimte voor verdieping. Op deze manier zijn de respondenten over dezelfde aspecten bevraagd, maar is bij ieder interview ruimte geweest voor persoonlijke invulling. De deelnemers zijn uitgenodigt via een uitnodigingsbrief (bijlage 2). In deze brief is een korte uitleg gegeven over het onderzoek en wordt basale inhoudelijke informatie gegeven. Ook wordt in deze brief gevraagd of alvast nagedacht kan worden over hoe deze informatie correleert met de ervaring van de deelnemer zelf.   
Er wordt een topiclijst (bijlage 3) samengesteld aan de hand van het theoretisch kader.   
Door het vragen naar voorbeelden uit eigen praktijk en hierop doorvragen wordt inzicht gekregen in de belevenissen en ervaringen van de deelnemers.

De interviews hebben circa 35 minuten geduurt, zijn opgenomen met opnameapparatuur en afgenomen in het hoofgebouw van Allévo (Hollandiaplein 1, Goes).

#### 2.4.1 Dataregistratie, -verwerking en -analyse

In deze paragraaf wordt beschreven hoe de gefundeerde theoriebenadering als methode gebruikt gaat worden (Verhoeven, 2014).   
Het verzamelen en analyseren van data wordt gedaan door het uiteenrafelen en structureren van de gegevens. De interviews zullen achteraf uitgetypt worden. Het analyseren van de gegevens wordt door middel van het volgen van acht stappen uitgevoerd. Als eerst worden de gegevens goed doorgelezen, deze worden verdeeld in kleine fragmenten die in één woord samen te vatten zijn. Hierna worden de gebruikte termen geëvalueerd. Er wordt gekeken naar welke waarde de onderzochten toekennen aan deze fragmenten. De betekenis hiervan wordt geïnterpreteerd, zijn deze termen negatief of positief van aard? Vervolgens zal gekeken worden met welk woord dit fragment het best omschreven kan worden. Het fragment wordt gecodeerd. In de vierde stap worden de coderingen gegroepeerd. Er wordt een ordening aangebracht. Na het groeperen volgt het aanbrengen van een hiërarchie in deze gecodeerde begrippen. Er wordt gekeken naar wat de belangrijkste code is, welke hierna komt, enzovoort. Hierdoor kan gezocht worden naar verbanden tussen begrippen. Door dit inzichtelijk te maken kunnen er hoofdgroepen en subgroepen gemaakt worden door te kijken welke codes bij elkaar horen en op welke wijze deze geordend kunnen worden. De volgende stap in deze methode is de verbanden in volgorde brengen in een diagram. In dit diagram wordt structuur aangebracht in de begrippen en wordt antwoord gegeven op de vraag waarom bepaalde begrippen en volgordes van begrippen zijn aangemaakt. En tot slot wordt het gevonden model in verband gebracht met de probleemstelling. Er kan gekeken worden of er een antwoord gegeven kan worden op de vraag, of er nog aanvullende vragen zijn en of er nog informatie ontbreekt. Indien er informatie ontbreekt kan dit in het volgende interview meegenomen worden (Verhoeven 2014). Voor de analyse en rapportage is het programma Word 2016 gebruikt.   
  
2.5 Operationalisatie

Onderstaand is inzichtelijk gemaakt op wat voor manier de vragen terug te herleiden zijn naar de gevonden literatuur. Tevens wordt beredeneerd waarom deze vragen gesteld zijn.

#### Vraag 1

*Ervaart u ethische dilemma’s in de dagelijkse praktijk als verpleegkundige?*Uit onderzoek van Dwarswaar en van de Bovenkamp (2015) blijkt dat verpleegkundigen ethische dilemma’s ervaren in de praktijk. Het gaat in dat onderzoek om ethische dilemma’s die ontstaan naar aanleiding van het vergroten van zelfmanagement. Een aantal van deze dilemma’s kunnen van toepassing zijn in de thuiszorg: “Moet ik de keuze van de patiënt leidend laten zijn als dit niet leidt tot een optimale gezondheidsuitkomst?”, “Moet ik zorgtaken uitvoeren en beslissingen nemen voor patiënten als ik vind dat de patiënt dit eigenlijk zelf zou moeten doen?”, “Moet ik kwetsbare patiënten verzorgen door extra taken over te nemen of laat ik hen meer in hun waarde door hen zoveel mogelijk zelf te laten doen?”, “Mogen of moeten zorgverleners zich mengen in, niet strikt medische, aspecten van het leven van hun patiënten?”(Dwarswaard en van de Bovenkamp, 2015). Daarnaast is uit onderzoek van Francke en van de Veer (2009) gebleken dat van de 412 personen werkzaam in ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingstehuizen en thuiszorgorganisaties, 68% het dilemma “Geef ik mijn cliënt de zorg die volgens mijn professionele maatstaven nodig is?” wekelijks ervaart.

#### Vraag 2

*Waar hebben de dilemma’s die u ervaart mee te maken?*Uit de literatuur blijkt dat veel ethische dilemma’s voortkomen uit eisen die van buiten- of bovenaf opgelegd zijn. Bijvoorbeeld moeten werken volgens een nieuwe standaard, protocol of systeem en vergrote werkdruk door personeelstekort (Struijs & van de Vathorst, 2009). Een ander voorbeeld van een eis die van bovenaf opgelegd is, is het vergroten van zelfmanagement. Daarnaast werken zorgverleners meer multidisciplinair dan vroeger en vaker in samenwerking met patiënten en familie (Dauwerse, 2013). Tevens krijgen verpleegkundigen regelmatig te maken met ethische dilemma’s als gevolg van inzicht tussen verschillende professionals. Dit kan een verschil van mening zijn over de diagnose of behandeling (Kersten & van de Pasch, 2009).

#### Vraag 3

*Ervaart u wat betreft ethische dilemma’s een verschil als u het begin van uw carrière vergelijkt met nu?*  
Uit een onderzoek van het NIVEL uit 2009 blijkt dat 70% van de onderzochte zorgverleners, werkzaam in vier verschillende sectoren (thuiszorg, ziekenhuiszorg, ouderenzorg en geestelijke gezondheidszorg), de laatste jaren vaker te maken krijgt met ethische dilemma’s. Dit is een tendens die verklaard kan woren door maatschappelijke maar ook technologische ontwikkelingen. Met de nieuwe medische kennis en -technologie komen er steed meer behandelmogelijkheden voor patiënten. Dit maakt het mogelijk om levens te verlengen, maar brengt ook meer ethische dilemma’s met zich mee (Dauwerse, 2013).   
  
Vraag 4+5+6  
*Kunt u een zorgsituatie schetsen uit uw eigen ervaring waarin u een ethisch dilemma heeft ervaren?  
Hoe bent u op dat moment met de situatie om gegaan?  
Hoe vond u dat dit uiteindelijk gegaan is?*

Negatieve emotionele stress, een gevoel van machteloosheid en frustratie en morele nood bij verpleegkundigen ontstaan als gevolg van een onvermogen om ethische problemen op te lossen. Hierom is training in moreel redeneren een belangrijke voorwaarde voor goed verplegen (Arend & Gastmans, 2002). Door het stellen van deze vragen kan inzicht gegeven worden in het (on)vermogen van de verpleegkundige om met ethische dilemma’s om te gaan. Dit geeft inzage in positieve punten en verbeterpunten.

#### Vraag 7

*Ervaart u een behoefte om ondersteund te worden bij ethisch dilemma’s?*  
Uit onderzoek door van der Dam (2012) naar de behoefte voor ethiekondersteuning onder zorgverleners in de ouderenzorg is gebleken dat 68% van de 638 onderzochte zorgorganisaties een behoefte voor ethiekondersteuning voelen. Daarnaast is er uit Italiaans onderzoek van di Orio et al. (2013), naar de behoefte aan ethisch advies onder verpleegkundigen in eerstelijns zorgorganisaties (waar thuiszorg ook onder valt), gebleken dat 90.3% van de 374 onderzochtte verpleegkundigen behoefte hebben aan ethisch advies. Met deze vraag kan getoetst worden of de uitkomsten uit de literatuur overeenkomen met de ervaring in de praktijk.

#### Vraag 8

*Op wat voor manier denkt u hierin het best ondersteund te kunnen worden?*

Hartman et al. (2016) beschrijven in het handboek voor ethiekondersteuning vele soorten werkvormen van ethiekondersteuning. Deze worden bevestigd door Rijksen (2004). Door het stellen van deze vraag wordt inzichtelijk gemaakt op welke manier(en) de geïnterviewde (wijk)verpleegkundigen het best ondersteund kunnen worden.

## 2.5 Betrouwbaarheid

Er is een proefinterview uitgevoerd, naar aanleiding van dit interview is de topiclijst aangepast. Hierdoor wordt de betrouwbaarheid verhoogd. Om de betrouwbaarheid van het onderzoek te vergroten is er gebruik gemaakt van een goed uitgewerkte onderzoeksopzet en peer feedback. Daarnaast is tijdens het interview gebruik gemaakt van opnameapparatuur. Door het gebruik van opnameapparatuur is de kans op fouten verkleind en konden teksten opnieuw beluisterd worden. Hierdoor was er een mindere kans op foute interpretatie. Tussen de interviews door is er al geanalyseerd. Dit zodat hierna kritisch gekeken kan worden naar de topiclijst en manier van interviewen. De topiclijst en manier van interviewen is dan ook aangepast. Zo is er bij de eerste vier interviews gebruik gemaakt van een casus. Aangezien er weinig bruikbare informatie uit de casus kwam, is ervoor gekozen deze bij de laatste drie interviews niet te gebruiken. Hiernaast is de manier van interviewen per interview verbeterd, door evalueren en reflecteren na ieder interview. Door deze aanpassingen is per interview een meer betrouwbare manier van data-verzameling ontstaan. Als laatst is er nauw contact gehouden met een begeleidend docent over de opzet en de uitvoering van het onderzoek (Verhoeven, 2014).

## 2.6 Validiteit

De validiteit van een onderzoek is een andere benaming voor de geldigheid van het onderzoek. Hierin wordt bepaald in welke mate het onderzoek vrij is van systematische fouten (Verhoeven, 2014).  
In dit onderzoek speelt de inhoudelijke generaliseerbaarheid een rol. Deze is verkregen doordat de onderzoeksopzet hetzelfde is gelaten. De resultaten van dit onderzoek zijn niet gegeneraliseerd. Er is rekening gehouden met de begripsvaliditeit door het gebruik van gesprektechnieken. Wanneer een antwoord lang was, is deze geparafraseerd. Dit zorgde ervoor dat de geïnterviewde hierop reageerde door meer te vertellen over het onderwerp. Daarnaast is er in het interview doorgevraagd. Op deze manier is er dieper op het onderwerp in gegaan en is de kans op sociaal wenselijke antwoorden verkleind.

2.7 Juridische en ethische aspecten  
  
Voor het uitvoeren van het onderzoek is schriftelijke toestemming verkregen door de teamleider van Allévo Goes. Dit document is te vinden in bijlage 1. Deelname aan dit onderzoek was op vrijwillige basis. Verder zijn er geen persoonsgegevens gebruikt, gezien dit niet relevant was voor dit onderzoek. Tevens heeft iedere geïnterviewde akkoord gegeven voor het uitwerken van het interview en is aangeboden om het interview door te lezen. Op deze wijze is het ethische aspect van het onderzoek verantwoord.

# 3 Resultaten

In dit hoofdstuk zijn de resultaten van dataverzameling beschreven. Om te beginnen zijn de kenmerken van de respondenten inzichtelijk gemaakt door middel van een tabel. Hierna worden de resultaten aan de hand van de hoofdvraag uitgewerkt. Om de resultaten overzichtelijk weer te kunnen geven is de hoofdvraag verdeeld in drie aspecten. De resultaten worden ondersteund door middel van een mindmap (bijlage 5) en citaten. De citaten zijn cursief weergegeven en worden gespecificeerd per interview en regelnummer.  
  
  
3.1 Kenmerken geïnterviewden

Zeven verpleegkundigen hebben deelgenomen aan het onderzoek. Ieder werkzaam in een ander gebied in Goes en een minimale werkervaring in de thuiszorg van vijf jaar. Er zijn drie MBO-afgestudeerde verpleegkundigen en vier HBO-afgestudeerde verpleegkundigen geïnterviewd. In tabel 1 zijn de kenmerken inzichtelijk gemaakt.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Repondent:** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
| Opleidingsniveau: | MBO | HBO | MBO | HBO | HBO | MBO | HBO |
| Team: | West | Kloetinge | Schakel | Weide-zicht | Oost | Goese Polder | Centrum |
| Werkervaring (jaar): | 12,5 | 6 | 17 | 18 | 11 | 5 | 20 |
| M/V | V | V | V | V | V | V | V |

Tabel 1 Kenmerken respondenten

## 3.2 Ervaring van ethische dilemma’s

Welke zorgsituaties worden door (wijk)verpleegkundigen van Allévo Goes ervaren als ethische dilemma’s? De resultaten waarmee deze vraag beantwoordt gaat worden, worden beschreven in deze paragraaf. Er zijn hoofd- en subgroepen gemaakt, de hoofdgroepen zijn als sub-paragrafen benoemd. Daarnaast is er in figuur 2 een mindmap te zien waarin de hoofd- en subgroepen inzichtelijk zijn gemaakt. Alle respondenten geven aan ethische dilemma’s te ervaren in de dagelijkse praktijk als verpleegkundige in de thuiszorg. Daarnaast geeft een groot gedeelte aan dat zij tegenwoordig vaker geconfronteerd worden met ethisch lastige casussen dan in het begin van hun carrière. Daarbij wordt benoemd dat de maatschappij en daarmee ook de thuiszorg is veranderd. Verdere toelichting is verder in deze paragraaf te lezen. De meeste respondenten geven aan minimaal maandelijks een ethische dilemma’s te ervaren.

#### 3.2.1. Complexiteit

De overgrote meerderheid van de respondenten ervaren de vergrote complexiteit van zorg als indirecte aanleiding voor een ethisch dilemma. Als onderdeel van de vergrote complexiteit wordt door een aantal respondenten benoemd dat cliënten langer thuis blijven wonen. Het ethisch dilemma wat hierbij ondervonden wordt, is dat het volgens de respondenten in sommige situaties niet meer menswaardig is dat iemand thuis woont. En daarbij, dat de mogelijkheid dat iemand (snel) opgenomen wordt beperkt is. Een ander aspect wat volgens de respondenten zorgt voor vergrote complexiteit van zorg is dat cliënten tegenwoordig sneller ontslagen worden uit het ziekenhuis.  
Echter, is er ook een verpleegkundige die benoemd dat de vergrote complexiteit van zorg voor haar geen aanleiding is voor een ethisch dilemma. Zij correleert dit aan professionaliteit en niet aan ethiek.

*“Nu moet het echt gevaarlijk worden. En dat je ook echt goed moet kunnen aantonen dat het echt zo is, voordat er iets gedaan wordt. En dan is er vaak ook nog geen plek.” (Interview 1-100)*

*“Mensen gaan heel snel naar huis en dan heb je dus veel meer complexiteit en daardoor denk ik dat je veel meer met familie en patiënt moet dealen.” (interview 5-195)*

*“Maar ook de verantwoordelijkheid die je hebt vind ik meer. Omdat mensen toch veel meer, veel kwetsbaarder zijn in situaties.” (Interview 4-159)*

Daarnaast wordt door een van de respondenten aangegeven dat door de vergrote complexiteit haar takenpakket is veranderd. Zo worden er dingen van haar verwacht op verpleegtechnisch gebied en krijgt zij er meer verantwoordelijke taken bij. Zij geeft aan dat dit aan het begin van haar thuiszorgcarrière niet zo was. Daarnaast voelt zij zich niet altijd bekwaam in de dingen die van haar verwacht worden. Hierdoor ervaart zij meer werkdruk en een ethisch dilemma.

#### 3.2.2. Autonomie

Autonomie en zelfbeschikking zijn onderwerpen die voor veel respondenten oorzaak zijn van ethische dilemma’s. Een voorbeeld is dat het als lastig wordt ervaren wanneer cliënten verkeerde leefstijlkeuzes blijven maken. Iemand met COPD blijft roken of een cliënt met risicovolle medicatie blijft alcohol nuttigen. De autonomie van de cliënt kan alleen behouden worden wanneer hij de vrijheid heeft eigen beslissingen te maken omtrent zijn eigen gezondheid. Tevens wordt de grens tussen wel of niet autonoom zijn en zelfbeschikking hebben ervaren als vaag en moeilijk. Met name wanneer er wat dat betreft binnen één situatie verschillende opvattingen zijn.

*“Ja dan loop je nogal eens tegen je eigen grenzen aan. Je wilt wel maar je kunt niet. Je moet objectief leren kijken dan, van dit is wat mensen willen. Mensen leven al heel lang zo. Maar je wilt zo graag zorgen, je wilt gelijk zorg inzetten.” (Interview 2-184)*

*“Maar ook adviezen heb ik nodig, wanneer is die man nog autonoom? Wie bepaalt dat? Bepaal ik dat, de huisarts, de psychiater?” (Interview 7-273)*

#### 3.2.3. Grenzen

In een van de interviews werd gezegd dat bij zorgsituaties waar twijfel is over de autonomie van de cliënt, de verpleegkundige tegen haar eigen grenzen aan kan lopen. En niet alleen daarbij. Een groot gedeelte van de respondenten ervaart ethische dilemma’s omtrent het stellen van grenzen. Dit wordt wederom gecorreleerd aan de vergrote complexiteit van zorg. Uit de interviews komt naar voren dat door personeelstekort en verzwaarde caseload, zowel de organisatie als de cliënt meer vraagt van de verpleegkundigen. Dit in combinatie met een sterk gevoel van verantwoordelijkheid kan ervoor zorgen dat verpleegkundigen over eigen grenzen heen gaan.

*“Maar wel als iets jouw eigen opvattingen zijn, eigen normen en waarden. En dat je dan door je werk, door druk van een ander over een bepaalde grens gaat.” (Interview 4 – 236)*

Er wordt door een respondent benoemd dat zij grenzen stellen lastig vindt bij palliatieve sedatie. Dit omdat zij volgens haar geloofsovertuiging het overlijden niet mag bespoedigen. Bij palliatieve sedatie is dit niet het geval, maar ervaart zij de grens tussen comfort bieden en het overlijden bespoedigen als lastig.

*“Toen moest ik de eerste injectie Dormicum zetten en echt een half uur later was die patiënt overleden.” (Interview 5 – 40)*

#### 3.2.4. Terminale fase

Ethische dilemma’s in terminale zorgsituaties worden vaker genoemd. Zo geven meerdere respondenten aan een ethisch dilemma te ervaren wanneer de huisarts een terminaal beleid doorvoert wat tegen haar normen en waarden in gaat. Ofwel wanneer familie een ander perspectief heeft over wat een wenselijke manier van overlijden is.

*“Dat gaat dan ook heel vaak over euthanasie of palliatieve sedatie. Dat een huisarts daar niet achter staat, wat hun goed recht is. Maar dan denk ik wel vaak: Oh, ik had het zo graag anders willen zien.” (Interview 7 – 26)*

*“Al zeg je: ‘iemand wilt dit niet meer, het lichaam is zo ziek het worden niet meer opgenomen.’ Dat ze dan zoiets hebben van: ‘ja maar ander gaat hij dood, hij moet wel iets eten en drinken.’ Terwijl iemand allang dood aan het gaan is.” (Interview 1-18)*

#### 3.2.5. Familie

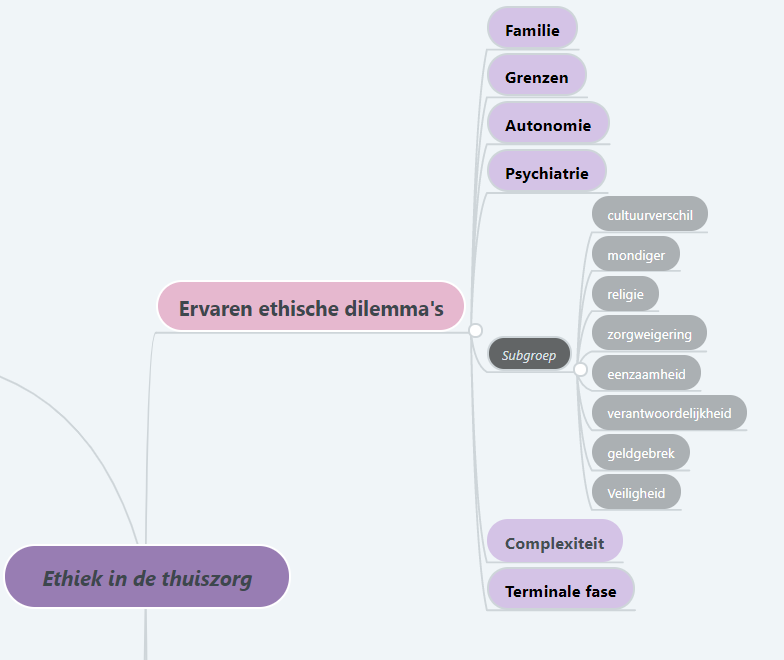
Dilemma’s omtrent de familie van cliënten worden niet alleen in de terminale fase ervaren. De omgang met familie bij dementerende cliënten wordt meerdere keren aangeduid als aanleiding voor een ethisch dilemma. Mensen met dementie wonen langer thuis, waardoor zorg complexer wordt en contact met familie intensiever. Door de digitalisering van het patiëntendossier (CAREN), kan familie meelezen en reageren in het dossier. Dit wordt in sommige gevallen ervaren als nadelig aangezien de rapportage geen volledige weerspiegeling is van hoe het in de praktijk gaat. Zo kan een rapportage door familie verkeerd geïnterpreteerd worden, wat kan leiden tot frustratie aan beide kanten. Bovendien kan familie een andere kijk hebben op hoe de zorg uitgevoerd dient te worden bij niet wilsbekwame cliënten. Dit verschil in normen en waarden kan een culturele grondslag hebben. En welke normen en waarden op dat moment gehanteerd dienen te worden, wordt ervaren als en ethisch dilemma.

*“Bijvoorbeeld als iemand dement is. En diegene wilt absoluut niet gedoucht worden. Maar er moet gedoucht worden op maandag en de familie zit er bovenop met CAREN. Dan wordt er volgens hun wéér niet gedoucht.” (Interview 4-105)*

#### 3.2.6 Psychiatrie

Psychiatrie is een veel genoemd begrip in de interviews. Onder psychiatrie wordt hier ook dementie verstaan. In de thuiszorg wordt het behouden van autonomie als erg belangrijk gezien. Dit betekent onder andere de keuzes van de cliënt respecteren, ook al hebben deze een negatieve invloed op de gezondheid. Het ethisch dilemma wat bij cliënten met psychiatrische problematiek naar voren komt, is tot op welke hoogte de cliënt nog in staat is eigen regie te behouden over zijn of haar behandeling. Deze behandeling staat op dat moment los van de eventuele behandeling voor psychische problematiek. Dit omdat een psychische ziekte verstandige keuzes omtrent de gezondheid van de cliënt in de weg kan staan of negatief kan beïnvloeden. En of deze onverstandige keuzes autonome beslissingen zijn of oorzaak van een psychische ziekte, wordt als moeilijk ervaren. De afweging wanneer en in welke mate de thuiszorg bepaalde verantwoordelijkheden over moet nemen in het belang van de cliënt, wordt gezien als aanleiding voor een ethisch dilemma.

*“Je hebt ook vaak psychiatrische patiënten die naar huis komen met bijvoorbeeld complexe wonden. Ik heb dan het gevoel dat ze denken dat ze weten hoe ze ermee om moeten gaan, maar ze weten het helemaal niet.” (Interview 5-166)*



## 

Figuur 2Mindmap ethische dilemma's

## 

## 3.3 Effect van ethische dilemma’s

In onderstaand paragraaf is beschreven welk effect de ervaren ethische dilemma’s hebben op de respondenten. Er is een onderscheid gemaakt tussen hoofd- en subgroepen. Deze verdeling is inzichtelijk gemaakt in figuur 3. De hoofdgroepen worden als sub-paragrafen aangehouden.

#### 3.3.1 Grenzen

In meerder interviews wordt aangegeven dat respondenten ervaren dat grenzen moeten stellen een ethisch dilemma. Voor zichzelf en voor de cliënt. Onder andere omdat de grens tussen werk en privé anders erg klein wordt. Gezien de complexiteit van zorg groter wordt, ervaren een aantal respondenten ook dat zij meer bewust grenzen moeten stellen.

*“Omdat je er anders een hele dag zit, omdat er ieder keer weer wat anders bovenkomt. Je zal duidelijk je grens moeten aangeven over wat je wel of niet kunt.” (Interview 2- 38)*

#### 3.3.2. Frustratie

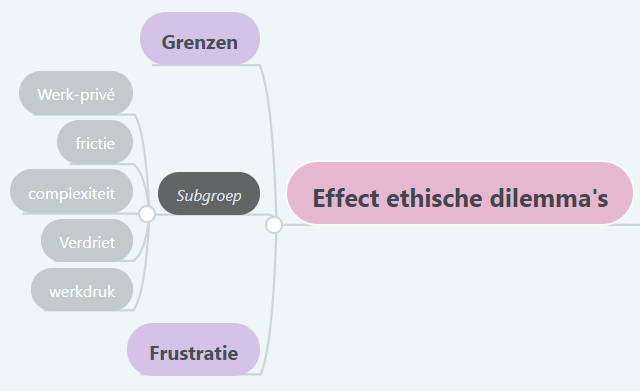
In de interviews wordt uitgesproken dat ethische dilemma’s frustraties met zich mee brengen. Bijvoorbeeld wanneer cliënten ongezonde leefstijl keuzes maken. Of wanneer vermoedens van ouderenmishandeling aanwezig zijn, maar de zorgverlener geen actie kan/mag ondernemen. Ook wordt een verschil in normen en waarden met de huisarts benoemd. Bijvoorbeeld wanneer deze een beleid doorvoert wat in het perspectief van de zorgverlener niet het beste is voor de cliënt. Daarnaast wordt ook benoemd dat frustratie kan voortkomen uit een verschil in normen en waarden met collega’s. Deze frustratie wordt in stand gehouden, al dan niet verergert, door een slechte feedback cultuur (verdere informatie hierover in §3.4).

*“Gefrustreerd meer, boos vind ik niet het goede woord. Verdrietig soms ook wel, dat ik denk jeetje, het had zoveel anders gekund. Ik zie in andere situaties dat het anders kan. Dan denk ik waarom kan dat hier toch niet.” (Interview 7 -55)*

*“Soms dan ben ik ook best wel boos op die dochter. Dan denk ik mens! Kijk eens naar je moeder, die vindt dat echt niet leuk!” (Interview 5 – 143)*

## 3.4 Omgaan met ethische dilemma’s

Onderdeel van de hoofdvraag van dit onderzoek is hoe (wijk)verpleegkundigen van Allévo Goes omgaan met ethische dilemma’s. In deze paragraaf worden de resultaten die corresponderen met deze vraag beschreven. In figuur 4 zijn de verschillende hoofd- en subgroepen in een mindmap te zien.



Figuur 3 Mindmap effect van ethische dilemma’s

Ieder respondent geeft aan dat overleg voor haar de manier is om met een ethisch dilemma om te gaan. Het overleg vindt plaats onder collega’s een op een, maar ook in een cliënt- of teamoverleg. Door te overleggen kan er een weloverwogen beslissing gemaakt worden bij een ethisch dilemma.

De overgrote meerderheid van de respondenten ervaren altijd een open gesprekscultuur onder collega’s. Zij benoemen dat zij voldoende ruimte ervaren voor het bespreken van een verschillende kijk op praktische zaken binnen een cliëntsituatie. Aan de andere kant wordt benoemd dat die openheid minder is wanneer het gaat om feedback geven op de handelswijze van een collega. Er wordt aangegeven dat de feedbackcultuur onder collega’s te wensen overlaat. En dat ondanks inspanning van de organisatie door het faciliteren van cursussen over hoe feedback te geven en te ontvangen. Een van de respondenten geeft aan dat zij denkt dat feedback geven of ontvangen voor sommigen altijd een zwak punt zal blijven.

*“Samen, in overleg. Doordat je collega’s erbij betrekt heb je toch iets gezamenlijks. En die kijken er anders tegenaan omdat die er verder vanaf staan. Die kunnen objectief zijn. Het is fijn om te kunnen overleggen.” (Interview 2-173)*

*“We hebben natuurlijk ook cursussen over feedback gehad. Ik denk dat het daardoor ook al wel verbeterd is. Maar je blijft altijd mensen houden die daar heel moeilijk mee om kunnen gaan.” (Interview 3- 339)*

Naast intercollegiaal overleg wordt het vergaren van achtergrondinformatie aangegeven als een manier om met een ethisch dilemma om te gaan. Dit omdat iedere situatie anders is en meer informatie kan zorgen voor een andere kijk op een situatie. Zo kan bijvoorbeeld verdieping in iemands cultuur of achtergrond gedrag van de cliënt of familie verklaren. Als laatst wordt respect benoemd, het respecteren van opvattingen, handelingen en keuzes.

*“Maar ook kennis, ik denk dat het ook heel belangrijk is dat je kennisneemt. Dat je je inleest in achtergrondinformatie.” (Interview 4 -115)*



Figuur 4 Mindmap omgang ethische dilemma's

## 3.5 Behoefte aan ethische ondersteuning

Het laatste onderdeel van de hoofdvraag omvat op wat voor manier de behoefte aan ethiekondersteuning ingevuld kan worden. In deze paragraaf wordt in gegaan op die behoefte en op welke manier de geïnterviewden naar hun mening het best ondersteund kunnen worden. In figuur 5 zijn de hoofd- en subgroepen inzichtelijk gemaakt door middel van een ‘mindmap’.

Iedere respondent geeft aan behoefte te hebben aan ethiekondersteuning. Over het algemeen wordt aangegeven dat ondersteuning het best zou werken binnen een overleg. Bijvoorbeeld een cliënt- of teamoverleg. Er wordt benoemd dat er te weinig en niet bewust over ethiek gepraat wordt.

*“Ik denk soms weleens dat daar meer ruimte voor zou moeten zijn. Voor een casus, casuïstiek bespreken over ethiek.” (interview 5 -231)*

Tevens geven een aantal respondenten aan dat intervisie voor hen ook een goede manier zou zijn om ondersteund te worden. Hiermee wordt bedoeld dat bij een ethisch lastige casus betrokken partijen samenkomen en door middel van een voorzitter alle aspecten van die situatie bespreken. Een van de respondenten is van mening dat dit overleg het best voorgezeten kan worden door een extern persoon, die ook meteen ethisch advies kan geven. Dat er rekening gehouden moet worden met het niveau van de zorgverlener wordt ook benoemd. Dit omdat zorgverleners met een laag opleidingsniveau andere ethische dilemma’s kunnen ervaren dan hoger opgeleide zorgverleners. Een grote minderheid geeft aan behoefte te hebben aan een scholing over ethiek.

*“Je hebt iemand nodig die de feiten op tafel legt en niet kijken van we hadden dit of we hadden dat kunnen doen. Het kan wel, maar je moet eerst weten wat er nou daadwerkelijk gebeurd is.” (Interview 2 -275)*

*“Dilemma’s waar ik tegenaan loop, gaan bij de verzorgenden c al gauw boven hun petje. Dat vind ik moeilijk in mijn teamoverleg, ik heb niemand om mee te sparren.” (Interview 7 -297)*



Figuur 5Mindmap ethiekondersteuning

# 4 Discussie

In dit hoofdstuk worden de resultaten kritisch bekeken. Er worden verbanden gelegd tusen de literatuur en de resultaten van het onderzoek. Daarnaast worden ook de sterke en zwakke kanten van het onderzoek belicht. De invloed hiervan op de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek komt ook aan bod.

## 4.1 Interpretatie en verklaring aan de hand van de literatuur

Uit de resultaten blijkt dat een grote hoeveelheid respondenten meer ethische dilemma’s ervaren nu dan aan het begin van hun carrière. Dit komt overeen met de beschreven literatuur. Waarin wordt benoemd dat 70% van de onderzochte populatie de laatste jaren vaker voor ethische dilemma’s komt te staan (Francke & van de Veer, 2009).

In de resultaten wijst de overgrote meerderheid de toegenomen complexiteit van zorg aan als de oorzaak van ethische dilemma’s. Het lastige van dit onderzoeksresultaat is echter dat complexiteit een containerbegrip is. Het geeft weinig specifieke informatie over de aanleiding of oorzaak van een ethisch dilemma. Echter bleek een meerderheid van de respondenten ‘complexiteit’ en ‘ethisch dilemma’ consequent aan elkaar te verbinden. In dit onderzoek bestaat het vermoeden dat de overige, meer specifieke, oorzaken die de verpleegkundigen benoemen samen datgene vormen wat zij als ‘complexiteit’ ervaren. Dus doordat de zorg in zijn algemeenheid complexer is geworden, zien zij zich geconfronteerd met een diversiteit aan ethische dillemma’s. Zij verbinden daarmee ethische dillemma’s aan de complexiteit van de zorg.

De respondenten benoemen als meer specifieke oorzaak een verschil in normen en waarden met de familie van de cliënt. Uit de literatuur blijkt dat zorgverleners steeds vaker samenwerken met familie. En dat deze samenwerking rollen en relaties verandert, wat ethische dilemma’s kan introduceren (Dauwerse, 2013). Deze onderzoeksresultaten sluiten wat dit betreft dus aan op de literatuur.

Uit de onderzoeksresultaten blijkt ook dat de respondenten de autonomie van de cliënt als oorzaak van een ethisch dilemma zien. In een onderzoek door Dwarswaard en van de Bovenkamp (2015) wordt een soortgelijk dilemma benoemd: “Moet ik de keuze van de patiënt leidend laten zijn als dit niet leidt tot een optimale gezondheidsuitkomst?” In de resultaten wordt beschreven dat een respondent een ethisch dilemma ervaart met betrekking tot het bekwaam voelen om verpleegtechnische handelingen. In een onderzoek door Rijksen (2004) blijkt dat een groot gedeelte ook dilemma’s ervaart als het gaat over bekwaam voelen om verpleegtechnische handelingen te verrichten. Tevens blijkt uit de resultaten dat een aantal respondenten ethische dilemma’s ervaren door een verschil in normen en waarden met de huisarts. Dit is in lijn met wat Kersten en van de Pasch (2009) hierover zeggen. Echter komt in de resultaten van dit onderzoek sterk naar voren dat er ethische dilemma’s ervaren worden bij cliënten met psychiatrische problematiek. Er is geen literatuur gevonden die dit kan onderbouwen.

Door onderzoek (Hartman et al., 2016) zijn er aanwijzingen dat ethische dilemma’s ertoe kunnen leiden dat zorgverleners zich gaan distantiëren van hun werk. Dit wordt door geen van de verpleegkundigen in dit onderzoek benoemd als effect van ethische dilemma’s. Frustratie en verdriet worden benoemd als emoties die ethische dilemma’s met zich meebrengen. Arend en Gastmans (2002) beschrijven dezelfde emoties als gevolg van een onvermogen om ethische problemen op te lossen.

De resultaten maken duidelijk dat er behoefte is aan bewust ruimte creëren voor het bespreken van ethiek binnen een overleg. Dit harmonieert met de literatuur, waaruit blijkt dat er een specifieke behoefte is naar structurele aandacht voor ethische dilemma’s (van der Dam, 2012).

## 4.2 Sterke en zwakke punten

Voorafgaand aan het uitvoeren van de interviews is een proefinterview gehouden. Hierdoor kon er kritisch gekeken worden naar de topiclijst. Op deze manier is de kwaliteit van het onderzoek vergroot. De opgestelde hoofdvraag is gebaseerd op wetenschappelijke literatuur. Diezelfde wetenschappelijke literatuur is ook gebruikt voor het maken van de topiclijst, waardoor de interne validiteit is vergroot. Het gebruik van deze topiclijst heeft een positieve invloed gehad op de betrouwbaarheid van het onderzoek. Van begin tot eind is er gebruik gemaakt van peer feedback. Dit houdt in dat de onderdelen van het onderzoek zijn beoordeeld en voorzien van feedback door mede-studenten. Dit vergroot de kwaliteit van het onderzoek. De interviews zijn een op een afgenomen, met behulp van opnameapparatuur en de geïnterviewden zijn anoniem gebleven. Dit alles vergroot de betrouwbaarheid van het onderzoek. Gedurende de interviews is de manier van interviewen en de topiclijst aangepast om de kwaliteit van de interviews te verbeteren. Daarmee is de interne validiteit van het onderzoek vergroot (Verhoeven, 2012).   
Als laatst is dit onderzoek, binnen de kaders van dit literatuuronderzoek, voor het eerst uitgevoerd onder verpleegkundige werkzaam in de thuiszorg. Eerdere onderzoeken omvatte verpleegkundigen werkzaam in meerdere sectoren van het vak. Dit is de reden dat dit onderzoek bijdraagt aan theoretische ontwikkeling en fungeert als goede basis voor een vervolgonderzoek.

Er zijn een aantal discussiepunten aangaande de uitvoering van dit onderzoek. Zo is het erg waarschijnlijk dat iedere geïnterviewde de begrippen ‘ethiek’ en ‘ethisch dilemma’ anders geïnterpreteerd heeft. Ondanks de begripsverduidelijking vooraf. Daarnaast is er bij een kwalitatief onderzoek een grote kans dat de interviewer de antwoorden van de geïnterviewde verkeerd interpreteert. Dit tast de betrouwbaarheid van het onderzoek aan. Na het uittypen van het interview is het interview niet nagelezen door de geïnterviewde om na te gaan of hetgeen wat erin staat klopt. Daarnaast is tijdens de analyse van de datagegevens geen gebruik gemaakt van een hiervoor bestemd computerprogramma. Beide voorbeelden hebben de interne validiteit verlaagd. Als laatst heeft er geen triangulatie plaatsgevonden dit verlaagd de betrouwbaarheid van het onderzoek (Verhoeven, 2012).

# 5 Conclusie en aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden in de eerste paragraaf de onderzoeksresultaten met de probleemstelling verbonden: er wordt een conclusie getrokken. De resultaten worden geïnterpreteerd aan de hand van de probleemstelling. Hiermee wordt de onderzoeksvraag: *“Welke zorgistuaties worden door (wijk)verpleegkundigen van Allévo Goes ervaren als een ethisch dilemma, hoe gaan zij hier mee om en op wat voor manier kan de behoefte aan ethiekondersteuning het best ingevuld worden?”* beantwoordt. De hoofdvraag wordt in drie delen opgedeeld om het overzichtelijk te houden. In de tweede paragraaf worden aanbevelingen gedaan voor de organisatie en voor toekomstig onderzoek.

## 5.1 Conclusie

#### 5.1.1 Welke zorgsituaties worden door (wijk)verpleegkundigen van Allévo Goes ervaren als een ethisch dilemma?

Dit betreft onder andere zorgsituaties bij cliënten met psychiatrische problematiek die langer thuis blijven wonen. Daarnaast vinden de respondenten zorgsituaties ethisch lastig waar de verpleegkundige het gevoel heeft dat de cliënt, door psychiatrische problematiek, niet in staat is volledig de eigen regie te behouden. Daarnaast worden door de zwaardere caseload en personeelstekort ethische dilemma’s ervaren omtrent het stellen van grenzen. Ter behoud van een juiste balans tussen werk en privé. Ga je verder met de zorg verlenen in eigen tijd of trek je de deur achter je dicht, wetende dat de client nog zorg nodig heeft?

Daarnaast worden ethische dilemma’s in terminale zorgsituaties ervaren. Door een verschil in normen en waarden met de arts en/of met familie van de cliënt. Ethische dilemma’s door een verschil in normen en waarden met familie komen ook in andere zorgsituaties voor.

Als laatst wordt de grens tussen wel of niet autonoom en zelfbeschikking hebben ervaren als een aanleiding voor een ethisch dilemma.

#### 5.1.2. Hoe gaan zij hiermee om?

Intercollegiaal overleg is de grootste gemene deler onder de respondenten. Dit kan in de vorm van één op één overleg maar ook binnen een cliëntoverleg. Daarnaast wordt eerst voldoende achtergrondinformatie verzameld voordat er een beslissing gemaakt wordt. Met als laatst het ‘simpelweg’ respecteren van andermans beslissingen, betreffende de cliënt, familie, collega’s of andere professionals.

#### 5.1.3. Op wat voor manier kan de behoefte aan ethiekondersteuning het best ingevuld worden?

De respondenten zien ethiekondersteuning het liefst terug in een cliëntoverleg of een overleg met alle betrokkenen. In de meeste gevallen niet in de vorm van een algemene scholing, men wilt het geïntegreerd in de praktijk. Over wie die ondersteuning moet bieden is men niet eenduidig. Een aantal zou het liefst ethisch advies door een externe ontvangen. Dit omdat zij binnen de organisatie geen nieuwe inzichten denken te ontvangen. Anderen denken die ondersteuning nog wel binnen de organisatie te kunnen vinden. Een belangrijke factor is dat er rekening gehouden wordt met het niveau van de zorgverlener.

#### 5.1.4. Welke zorgsituaties worden door (wijk)verpleegkundigen van Allévo Goes ervaren als een ethisch dilemma, hoe gaan zij hiermee om en op wat voor manier kan de behoefte aan ethiekondersteuning het best ingevuld worden?

Complexe- en terminale zorgsituaties, zorgsituaties met psychiatrische cliënten, contact met de familie van de cliënt, het stellen van grenzen en de grens tussen autonoom en niet-autonoom worden als aanleidingen gezien voor een ethisch dilemma. De (wijk)verpleegkundigen van Goes overleggen in zulke situaties het liefst. Daarnaast is het vergaren van achtergrondinformatie en het ‘simpelweg’ respecteren van andermans beslissingen voor sommigen ook een oplossing. De vorm van ethiekondersteuning moet geïntegreerd worden in de praktijk. Daarnaast moet er in sommigen gevallen een externe ontvangen worden die een overleg kan voorzitten en ethisch advies kan geven. Er moet rekening gehouden worden met het niveau van de zorgverlener.

## 5.2 Aanbevelingen

Naar aanleiding van de resultaten is gekeken naar de behoeften omtrent ethiekondersteuning en welke manier van ethiekondersteuning daar het best bij aansluit. De volgende twee manieren sluiten het best aan op de genoemde behoeften in de interviews:

1. *Advisering over een morele casus.* Kenmerkend voor deze werkvorm is dat het een casus betreft. Uit de resultaten blijkt dat de geïnterviewden behoefte hebben aan een werkvorm waarin de koppeling met de praktijk gemaakt wordt. Deze werkvorm voorziet in die behoefte. Een verpleegkundige kan bij deze vorm een ethische vraag of dilemma uit het werk bespreken met een ethiekondersteuner of commissie. Deze kan advies geven hoe hiermee om te gaan (Rijksen, 2004). Deze wijze van ethiekondersteuning lieert met de behoefte aan extern ethisch advies. Er wordt beschreven dat deze wijze van ethiekondersteuning ook op een informele wijze doorgevoerd kan worden. Bijvoorbeeld doormiddel van intercollegiale ondersteuning, advisering en toetsing. Hier gaat het om het bespreken van een ethische vraag of dilemma met een collega, waarna de collega advies uit kan spreken. Dit sluit aan op de resultaten waaruit blijkt dat een aantal verpleegkundigen denken voldoende advies in te kunnen winnen binnen de organisatie.
2. *Morele verkenning van het dagelijks handelen.* Deze vorm wordt omschreven als een gezamenlijk overleg over ethische vragen binnen een team. Hierbij kan een morele reflectie plaatsvinden naar aanleiding van ervaringen uit de dagelijkse praktijk. Op deze manier kan ethiek geïntegreerd worden in reguliere overleggen (Hartman et al.,2016). Dit correspondeert met de behoefte om ethiek op een meer bewuste manier integreren binnen de teams. Tevens sluit dit aan op de manier waarop de respondenten momenteel omgaan met ethische dilemma’s.

#### 5.2.1 Advies ten aanzien van de praktijk

Een advies aan Allévo als organisatie is de werkvorm *morele verkenning van het dagelijks handelen* en de informele vorm van *advisering over een morele casus* te integreren binnen het cliëntoverleg. Ethiek zal een vast agendapunt moeten worden. Doormiddel van een verplichte eenmalige scholing, gegeven door een ethiekondersteuner, kan men vat krijgen op hoe ethiek geïmplementeerd kan worden in een overleg. Tijdens deze scholing wordt uitleg gegeven over ethiek en kan de nieuwe overlegvorm geoefend worden. Dit creëert een veilig en open leerklimaat. Met als taak voor Allévo als organisatie om de scholing en ethiekondersteuner te faciliteren.

Uit de literatuur blijkt dat wanneer ethische dilemma’s niet expliciet benoemd worden, deze terug blijven komen. Dit kost veel energie voor een zorgverlener, team en organisatie. Het doorvoeren van ethiekondersteuning draagt dus bij aan efficiëntie binnen de organisatie (Hartman et al., 2016). Een advies aan de verpleegkundigen werkzaam bij Allévo is het consequent blijven doorvoeren van de nieuwe overlegvorm.

Een tweede advies is het doorvoeren van de formele werkvorm van *advisering over een morele casus*. Allevo kan als organisatie een ethiekondersteuner/ethische commissie inschakelen om dit overleg voor te zitten. Dit overleg kan plaatsvinden op basis van behoefte van de werknemers. Dit zal de verpleegkundigen met behoefte aan extern ethisch advies voorzien. Hierdoor kan positief moreel gedrag gestimuleerd worden. Uit de literatuur blijkt dat positief moreel gedrag van medewerkers gecorreleerd kan worden met kostenbesparing door minder diefstal door medewerkers, minder arbeidsverzuim en verminderd afschuiven van verantwoordelijkheden; zaken die frustreren en wantrouwend maken (Goldsby, Neck & Gerde, geciteerd in Wal, 2016).

Bij het opvolgen van deze adviezen zorgt Allévo als werkgever voor en plek binnen de organisatie waar medewerkers terecht kunnen voor deskundige ethiekondersteuning bij dilemma’s. Dit betekent dat Allévo zorg draagt voor haar medewerkers (Hartman et al., (2016). Het advies aan betreffende verpleegkundigen is het gebruik maken van de dan beschikbaar gestelde expertise.

#### 5.2.2 Advies ten aanzien van vervolgonderzoek

Uit de resultaten blijkt dat veel verpleegkundigen een vergroting van complexiteit van zorg ervaren. In een vervolgonderzoek zou onderzocht kunnen worden wat verpleegkundigen als complex ervaren en hoe het komt dat zij hier ethische dilemma’s door ervaren.   
Daarnaast zijn in dit onderzoek alleen verpleegkundigen geïnterviewd. In vervolgonderzoek kunnen de verzorgenden niveau 3 en 3+ ook geïnterviewd worden. Dit zodat uiteindelijk een manier van ethiekondersteuning geïmplementeerd kan worden die aansluit op ieders behoefte.  
Als laatst blijkt uit de resultaten dat veel verpleegkundigen nu meer ethische dilemma’s ervaren in vergelijking met het begin van hun carrière. In een volgend onderzoek zou onderzocht kunnen worden of de recente ontwikkelingen in de thuiszorg voor specifieke ethische dilemma’s zorgen.

Bronnenlijst

Arend, A. van der., Gastmans, C., *Ethisch zorg verlenen; handboek voor de verpleegkundige beroepen* (2002) Baarn: HBuitgevers

Bovenkamp, Dwarswaard. (2015). *Ethische dilemma’s zelfmanagementondersteuning*, Gedownload van Instrumentenkiezer: http://zelfzorgondersteunend-instrumentenkiezer.nl/wp-content/uploads/2016/03/Handreiking\_Dwarswaard-van-de-Bovenkamp\_DEF.pdf

Bovenkamp, van de. & Dwarswaard. (2015). *Ethische dilemma’s bij eigen regie: oproep tot reflectie.* Gedownload van Nursing: https://www.nursing.nl/PageFiles/15231/001\_791\_ 1447667900343.pdf

Centrum voor Ethiek en Gezondheid. (2010). *Toename van dilemma’s bij verpleegkundigen en verzorgenden.* Gedownload van Centrum voor Ethiek en Gezondheid: https://www.ceg.nl/uploads /publicaties / signalement-dilemmasverpleegkundigen.pdf

Dalfsen, van., Molewijk, Robben, Seekles & Widdershoven. (2015). Aandacht voor de morele dimensie van toezicht*. Tijdschrift voor Toezicht, 6,* 4. doi:10.5553/TvT/187987052015006004002

Dam, van der. (2012). *Ethics support in eldery care.* (Proefschrift). Universiteit Maastricht, Maastricht

Dauwerse, L. (2013). *Moving ethics; state of the art of clinical ethics support in the Netherlands.* (Proefschrift Vrije universiteit Amsterdam, Amsterdam). ’s-Hertogenbosch: BOXPress

Dekker, I. (2015). *Maatschappelijk verslag.* Gedownload van Allévo: http://www.allevo.nl

Francke & Veer, de. (2009). *Morele dilemma's in het dagelijks werk van verpleegkundigen en verzorgenden.* Gedownload van NIVEL: https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/ rapport-morele-dilemmas-venv.pdf

Hartman, Weidema, Widdershoven, & Molewijk. (2016). *Handboek ethiekondersteuning.* Amsterdam: Boom.

Have, ten., Leeuwen, van., Meulen, ter. (2003). *Medische ethiek.* Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Heijmans, M., Houtum van, L., Waverijn, G. (2014). *Zelfmanagement, wat betekent het voor de patiënt?* Gedownload van NIVEL https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/ Zelfmanagement\_wat\_betekent\_het\_voor\_het\_patient.pdf

Hesselink. (2010). *Oriëntatie op verpleegkunde.* Groningen: Noordhoff Uitgevers.

Hoven, van den., Scheer, van der., Willems. (2010). *Ethiek in discussie.* Assen: van Gorcum.

Kersten & Pasch, van de. (2009). *Dilemma's doorbreken.* Geraadpleegd van Nursing: https://www.nursing.nl/PageFiles/9995/2009-3-12.pdf

Lancia., Leuter., Orio, di., & Petrucci. (2013). *Request for ethics support in healtcare practices.* Gedownload van SEU-Roma: http://www.seu-roma.it/riviste/annali\_igiene/apps/autos .php?id=891

Rijksen, H., (2004). *Verplegen met geweten; Ethische vragen in het werk van verpleegkundigen*. Tilburg: Damon.

Rothfusz. (2010). *Ethiek in de psychologie.* Amsterdam: Pearson Education Benelux.

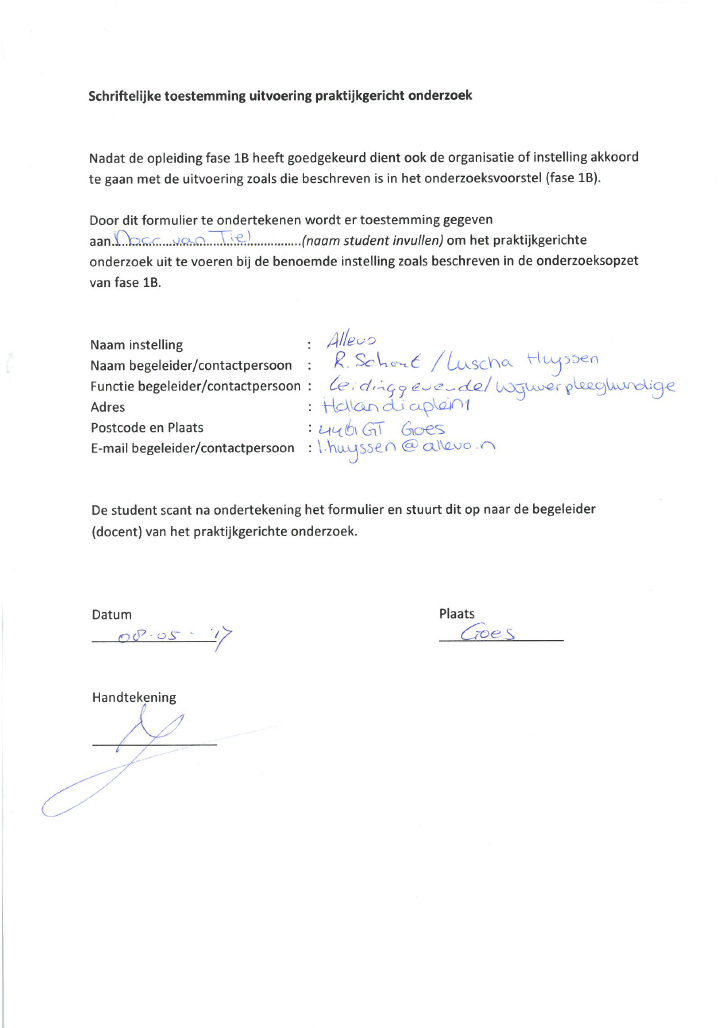
Tiemens, B., Vermeulen, V. (2015) *Implementatie van evidence based practice*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Verhoeven. (2014). *Wat is onderzoek?* Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.

Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland. (2016). *Beroepsprofiel hbo-opgeleide verpleegkundige*. Gedownload van V&VN: http://www.venvn.nl/Portals/ 1/Thema's/Beroepsprofiel/Beroepsprofiel%20hbo-opgeleide%20verpleegkundige.pdf

Wal, van der. (2016). *De ervaren effecten van moreel beraad op de cultuur van een organisatie.*(masterthesis). Praktische humanistiek, Universtieit van Humanistiek, Utrecht.

# Bijlage 1 Toestemmingsformulier



# Bijlage 2 Uitnodigingsbrief

Beste collega’s,

Verplegen gaat niet zonder ethische dilemma’s. Waar denk jij aan bij ethische dilemma’s?   
Voordat die vraag goed beantwoord kan worden zal ik eerst uitleggen wat er onder moraal, ethiek en ethische dilemma’s wordt verstaan.   
*Met moraal bedoel ik deugden die door de maatschappij als sociaal wenselijk worden ervaren. Denk hierbij maar aan eerlijkheid of vriendelijkheid. Ethiek is het kritisch bevragen van dit moraal, bijvoorbeeld: Is het wenselijk altijd eerlijk of vriendelijk te zijn?   
Een ethisch dilemma is een botsing tussen de fundamentele belangen van betrokken partijen, met als vraag wat de meest menswaardige beslissing is om te nemen*.

Een aantal voorbeelden van ethische dilemma’s die ervaren worden in de zorg zijn:  
- Moet ik de keuze van de patiënt leidend laten zijn als dit niet leidt tot een optimale gezondheidsuitkomst?”  
- Moet ik zorgtaken uitvoeren en beslissingen nemen voor patiënten als ik vind dat de patiënt dit eigenlijk zelf zou moeten doen?”  
-Moet ik kwetsbare patiënten verzorgen door extra taken over te nemen of laat ik hen meer in hun waarde door hen zoveel mogelijk zelf te laten doen?”  
-Mogen of moeten zorgverleners zich mengen in, niet strikt medische, aspecten van het leven van hun patiënten?”

Velen van jullie kennen mij al, maar toch zal ik mij even voorstellen.   
Ik ben Noor van Tiel, 21 jaar en werkzaam als leerling wijkverpleegkundige in de wijk Goes-noord. Voor mijn afstuderen moet ik een afstudeeronderzoek doen.   
Dit onderzoek gaat over ethische dilemma’s en ethiekondersteuning in de thuiszorg. Het doel erachter komen welke zorgsituaties als ethische dilemma’s worden ervaren, hoe daar mee omgegaan wordt en of er een behoefte is naar ethiekondersteuning.

Hiervoor ga ik minimaal zeven mbo/hbo afgestudeerde verpleegkundigen interviewen, die minimaal twee jaar werkzaam zijn bij Allévo Goes. Dit interview zal ongeveer 30 minuten duren, en gaat over zorgsituaties die als ethische dilemma’s ervaren worden en hoe hiermee om gegaan wordt. De anonimiteit wordt gewaarborgd door tijdens de verwerking namen weg te laten. Ik zal in de periode van 17 juli tot 18 september mijn interviews houden.

Ik zou het super vinden als jij mee wilt doen aan mijn onderzoek! Ik hoor graag van je of je wilt meewerken door middel van een persoonlijk berichtje of een reactie op dit bericht. Het plannen van het interview volgt daarna en zal aangepast worden op jouw beschikbaarheid.   
Het zou fijn zijn als je ter voorbereiding op het interview, na kunt denken over welke zorgsituaties jij als ethische dilemma’s ervaart en hoe jij hiermee om gaat.

Groetjes, Noor van Tiel

# Bijlage 3 Topiclijst

Probleemstelling: Welke zorgsituaties worden door (wijk) verpleegkundigen van Allevo Goes ervaren als een ethisch dilemma, hoe gaan zij hier mee om en is er behoefte aan ethische ondersteuning?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Topics** |  | Doorvragen |
| **Ethische dilemma’s** | 1. Ervaart u ethisch dilemma’s in de dagelijkse praktijk als verpleegkundige? 2. Waar hebben de dilemma’s die u ervaart mee te maken? 3. Ervaart u wat betreft ethische dilemma’s een verschil als u het begin van uw carrière vergelijkt met nu? | 1. Wat voor zorgsituatie ervaart u als een ethisch dilemma?  2. Waarom?  3. Frequentie?  4. Aard van de dilemma’s? |
| **Effect en omgang ethische dilemma’s** | **Voorlezen/laten lezen van casus**  Wat voor gevoel krijgt u bij deze situatie?  Op wat voor manier zou u omgaan met de situatie benoemd in de casus?  4. Kunt u een zorgsituatie schetsen uit uw eigen ervaring waarin u een ethisch dilemma heeft ervaren?  5. Hoe bent u op dat moment met de situatie om gegaan?  6. Hoe vindt u dat dit uiteindelijk gegaan is? | 4.1 Op welke wijze of op welke vlakken had dit effect op jou? 4.2 Wat vond u lastig in deze situatie?  5.1. Gesteund door teamleider/collega’s?  6.1. Wat is de reden dat u er zo mee om bent gegaan?  6.2. Wat ging goed en slecht? |
| **Behoefte ethiekondersteuning dilemma’s** | 7. Ervaart u een behoefte om ondersteund te worden bij ethische dilemma’s?  8. Op wat voor manier denkt u het best ondersteund te kunnen worden? |  |

# Bijlage 4 Casuïstiek voor interviews

## Casus: Financiering

Meneer X is een hoogbejaarde man met een psychogeriatrisch beeld en slechte mobiliteit. De thuiszorg komt ’s ochtends en ’s avonds om meneer te ondersteunen bij de ADL. Zoon regelt de financiën en is bevoegd om voor meneer te tekenen. De zorg thuis dient gefinancierd te gaan worden vanuit de WLZ, waarvoor een andere indicatie aangevraagd moet worden. Zoon weigert te tekenen voor deze indicatieaanvraag. Wanneer jij doorvraagt naar de reden hiervoor blijkt dat dit te maken heeft met de eigen bijdrage. Hoe ga jij hiermee om?

## Casus: Autonomie

Meneer X is 75, kettingroker, rolstoelafhankelijk en heeft alleen nog sta functie op zijn rechterbeen. Dhr. is alleenstaand en heeft geen netwerk. Hij ontvangt hulp bij de ADL en wondzorg. De zelfstandigheid van dhr. (waar hij veel waarde aan hecht) is grotendeels afhankelijk van de sta functie van het rechterbeen. Jij zorgt al geruime tijd voor meneer en kent hem erg goed. Op de rechtervoet is een necrotische wond ontstaan. Jij komt in de ochtend bij meneer, in de loop van de nacht heeft dhr. koorts ontwikkeld (38,8), reageert minder adequaat en is suf. Jij belt de huisarts op en denkt dat meneer opgenomen moet worden vanwege een infectie.   
De huisarts komt langs en wilt dat meneer opgenomen wordt in het ziekenhuis. Meneer wilt niet opgenomen worden en is niet op zijn mond gevallen. Hij vertelt de huisarts eens goed hoe hij erover denkt: “Ben je mal, ik ga niet in zo’n ziekenhuis liggen. Nee hoor, gaat morgen wel over.” De huisarts gaat uit van de eigen regie van de cliënt en onderneemt verder geen actie tot opname. Wat doe jij?

## Casus: Mishandeling

Jij komt als verpleegkundige bij mevrouw van Dam. Mevrouw is 35 jaar en rolstoelafhankelijk. De reden dat mevrouw in een rolstoel zit is niet geheel duidelijk, mevrouw is bekend met hypermobiliteit maar wordt ook wel ervaren als een hypochonder (je mag het eigenlijk niet zeggen, maar ze is een beetje een aansteller). Jij komt iedere dag om een wond op haar voet te verzorgen en haar daar waar nodig ondersteuning te bieden bij de ADL. Het is bekend dat mevrouw al van meerder zorgaanbieders zorg heeft ontvangen. Maar regelmatig is overgestapt omdat zij niet tevreden was. Jij weet een redelijk goede zorgrelatie met haar op te bouwen en komt er nu al een half jaar over de vloer. Mevrouw heeft ook nog een dochtertje, Lies, van vijf jaar. De laatste twee maanden is jou opgevallen dat haar dochtertje erg betrokken wordt in de zorgsituatie van haar moeder. Je merkt dat ze aardig wat taken in de huishouding begint over te nemen van haar moeder. Je hoort terug van mevrouw van Dam dat haar dochtertje raar gedrag vertoont op school. Jij vertrouwt de situatie niet, je hebt het vermoeden dat er een ongezonde relatie is tussen moeder en dochter.

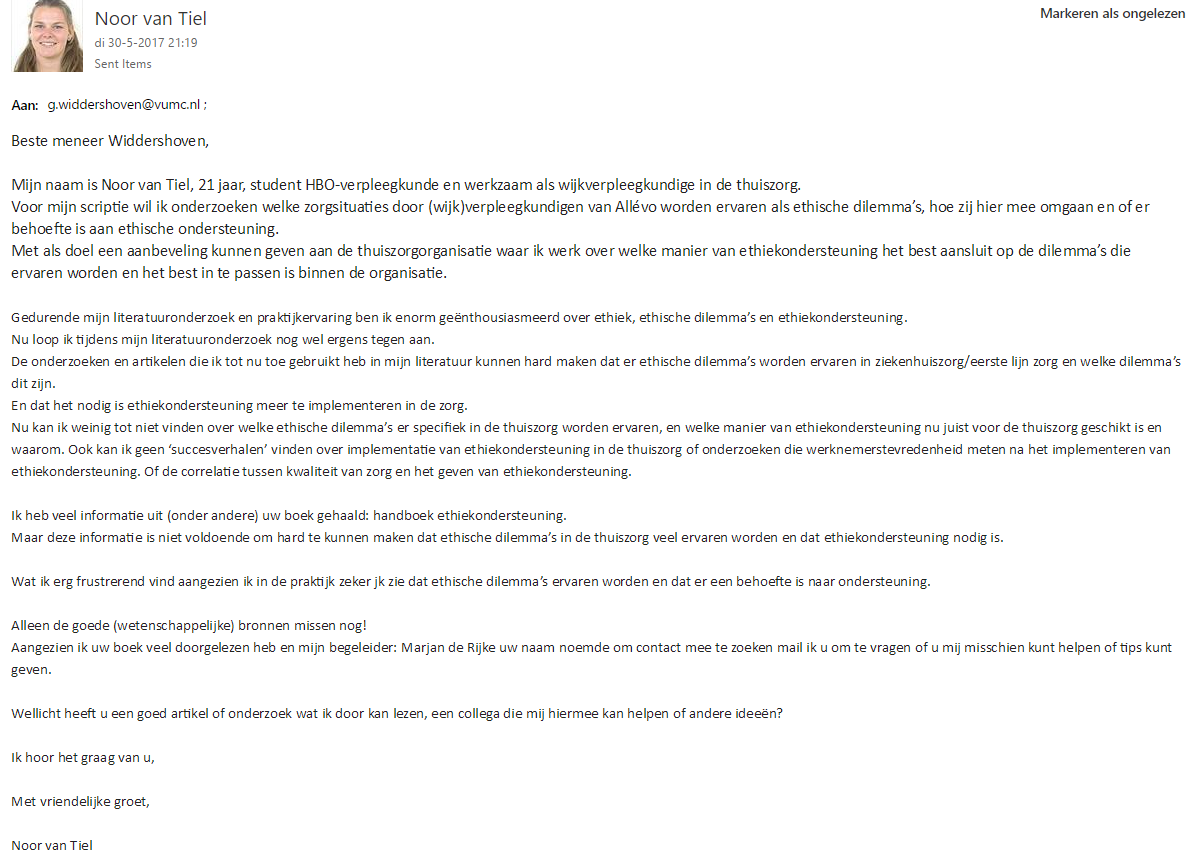
## Casus: Financiering van zorg

Mevrouw X ontvangt dagelijks zorg van de thuiszorg. Dit wordt gefinancierd vanuit een zorgzwaartepakket. Mevrouw is sinds twee dagen terug uit het ziekenhuis na opname ten gevolge verklevingen in de darmen. Wanneer mevrouw thuiskomt blijkt dat zij meer afhankelijk is geworden en meer zorg nodig heeft dan voorheen. De aanvraag voor een passende financiering is nog niet gehonoreerd. Mantelzorger is overbelast en kan fysiek gezien ook geen extra zorg op zich nemen. Wat doe jij als zorgverlener?

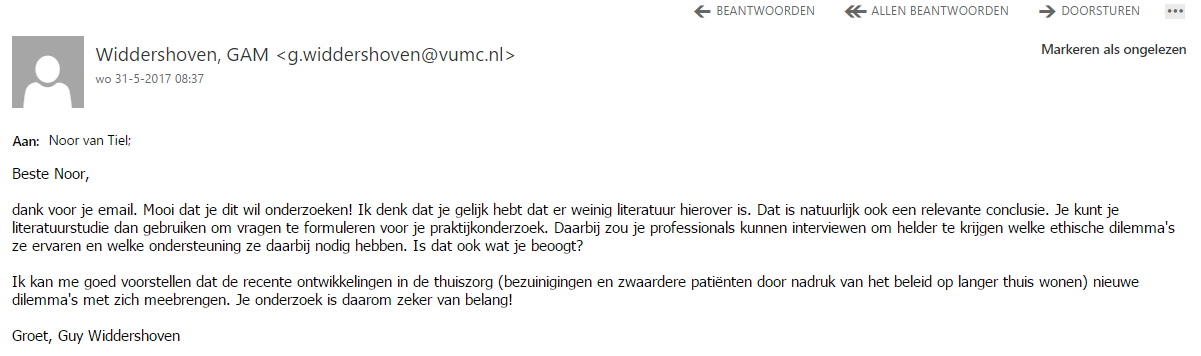
## Casus: kwaliteit van sterven

Hoogbejaarde man in terminale fase is wilsonbekwaam. Heeft drie kinderen die dichtbij wonen en heel erg betrokken zijn. Meneer is nooit duidelijk geweest over hoe hij het zou willen wanneer hij kwam te overlijden. Wel heeft hij aangegeven dat hij het liefst zoveel mogelijk ‘door de natuur laat doen’. Meneer ligt sinds twee dagen op bed, is erg benauwd en niet comfortabel. Voor zowel meneer als zijn kinderen is dit een nare situatie. De optie tot morfine is al besproken met kinderen, foldertjes met informatie zijn ingelezen en er is duidelijk uitleg gegeven over de werking van morfine. Dit zou de benauwdheid voor een groot gedeelte weg kunnen nemen. Met de kinderen van meneer valt goed te praten, ze zijn begripvol en hebben respect voor jou als zorgverlener. Ze twijfelen erg of ze toe moeten stemmen met een morfinebeleid. Na lang wikken en wegen gaan ze akkoord met een minimale dosis morfine. Jij ziet dat dit duidelijk niet toereikend is. Meneer blijft benauwd en is aan het lijden. Hoe ga jij met deze situatie om?

# Bijlage 5 Correspondentie met Prof. Widdershoven



Figuur 6 E-mail naar Widdershoven



Figuur 7Respons Widdershoven

# Bijlage 6 Mindmap hoofd- en subgroepen

# 

Figuur 8 Mindmap ethiek in de thuiszorg

# Bijlage 7 Uitgetypt interview

**Fragment 5.1: Opening**

M: Het ging over ethiek in de zorg toch?

N: Ja ik ga het nog even uitleggen. Ik doe dus een afstudeeronderzoek. Wat mij best wel vaak op viel is dat de een ander werkt dan de ander. Verschil tussen normen en waarden eigenlijk en hoe je dat dan uitdraagt in de zorg die je levert. En ik dacht wat moet je daar nu mee? Want het kan wel frictie veroorzaken tussen collega’s of tussen cliënt en zorgverlener zeg maar. Dus ja zo doende wil ik graag onderzoeken binnen Allévo waar we tegen aan lopen betreffend ethiek, hoe we daar mee om gaan en je hebt heel veel vormen van ondersteuning daarin. Wat je kunt doen als Allévo zijnde, als organisatie, dus ik wil ook graag kijken goh is daar een behoefte naar. En zo niet, dan niet en zo wel wat is dan de juiste manier voor Allévo?

M: Oké, interessant.

**Fragment 5.2: Dilemma in terminale fase**

N: Als jij aan ethiek denkt wat is dan volgens jou ethiek? Wat heb jij dan in je hoofd?

M: Ja dat is een goeie, wat is ethiek? Ik denk altijd wel snel aan bepaalde waarden en normen die je uitdraagt en waar, je ja een conflict of ja hoe zeg je dat of waar een meningsverschil in kan zijn. Hier bij Allévo, specifiek hier, vind ik het zelf altijd gewoon lastig. Waar ik dan tegen aan loop, ik ben gelovig en ik heb wel altijd zoiets bij palliatieve sedatie ofzo. Dat vind ik zelf altijd een beetje een lastig punt, niet dat ik er niet aan mee wil werken maar wel altijd die eerste injectie en zo. Met die spuit…. ja

N: Dat je iemands overlijden bevordert?

M: Nou, als je het goed doet niet, als het goed is zal het niet op die manier zijn. Bevorder je alleen de kwaliteit van leven van de cliënt. Maar niet de sterfte. Maar goed, dat zijn allemaal van die puntjes ik kom het toch wel regelmatig tegen. Ethiek, ja dat zijn geloof ik gewoon de waarden en normen van iemand.

N: Ja het is een, je hebt een moraal en een moraal is iets wat iedereen over het algemeen heeft. Zoals dat je niet steelt en dat je niet schaadt, dat is moraal. Maar voor jezelf heb je normen en waarden en als die botsen met die van een cliënt, huisarts, collega’s, organisatiebeleid dan heb je een ethisch dilemma. Het kan van alles zijn, het is heel breed. En voor mijn idee kom ik dat in de thuiszorg het meest tegen. Terwijl er in ziekenhuizen vaak wel een manier geïntegreerd is om ermee om te gaan, zoals een moreel beraad. Maar in de thuiszorg niet.

M: Ja ik denk dat dat ook is omdat je in het ziekenhuis veel sneller aan past aan de regels van het ziekenhuis, de mensen. En hier, je komt in de thuissituatie. Mensen hebben daar echt hun eigen leven en jij maakt daar dan deel van uit. Je komt in hun privé situatie en ik denk dat je veel meer ziet.

N: Ja, en dat er meer factoren mee spelen.

M: Jazeker.

N: Wat zijn dan als je eraan denkt, mag je best even over nadenken. Wat is een situatie of zijn situaties geweest dat jij zegt nou dit vind ik wel echt een ethisch lastige situatie?

M: Goeie. Wat ik net zei. Ik heb het een keer gehad, toen ik nog wijkverpleegkundige was. Toen moest ik de eerste injectie dormicum zetten en echt een half uur later was die patiënt overleden. En later kwam die familie kwam er later nog op terug. Zo van: en als die injectie niet was gegeven was ze dan niet zo snel overleden? Ja maar dat vond ik toen heel erg lastig. Weet je dat, toen dacht ik van nou had de huisarts dat eigenlijk moeten doen?

N: Eigenlijk moet dat toch ook altijd door een huisarts gedaan worden?

M: Nee, dat heb ik toevallig net nog nagevraagd voor een cliënt. Dat was ook weer zoiets die had alleen injecties in huis liggen, geen pompje ofzo. Maar die had een hele slechte nierfunctie dus als je bij hem iets zou spuiten dat zou hij meteen gesedeerd zijn. Toen hebben wij dat nog wel even nagekeken, dat mogen wij dus wel geven. Wel in goed overleg met de huisarts natuurlijk, maar als er een palliatieve sedatie wordt gestart met een pomp ofzo. Dan moet de huisarts wel als eerste doen. Maar als je met injecties doet dus niet. Beetje krom. Maar je moet altijd goed overleggen met elkaar. Maar ik weet nog wel dat de huisarts toen wel bij die man geweest was. Ik vond dat toen heel lastig. Ik heb die vrouw toch niet, het was echt net teveel. Dat vind ik toch een soort van lastig. Want ik ben van mening dat god beslist over je leven en dat ik wil dat een soort van niet bespoedigen. En dat vind ik dan hier altijd wel lastig. En als het eenmaal loopt en het loopt ook gewoon prima denk ik ook je moet iemand ook niet onnodig pijn laten lijden.

N: Het kan ook iets moois zijn.

M: Ja precies, maar ik heb ook weleens gehad. Ik heb het er ook wel met dr. X over gehad.

N: Die is ook geloof ik toch? Die doet ook geen euthanasie geloof ik.

M: Ja precies, ja dat is ook zoiets. Dat vind ik ook heel lastig. Ik heb daar ook een keer, toen vroeg ik aan een collega wil jij die vrouw niet wassen? Toen ging ze op diezelfde dag nog euthanasie doen en ja dan kan ik daar niet zo over meepraten. Hoe zeg je dat ik kan daar niet helemaal achter staan, dan kan ik haar ook niet begeleiden daarin ofzo. Snap je dat?

N: Ja dat je niet het gevoel hebt dat je de zorg kan leveren die zij nodig heeft. Of is het meer denkt van ik wil niet in die situatie zijn?

M: Ja het eerste, maar ook dat. Ik wil mij daar dan niet te veel in mengen. Ik wil wel voor haar zorgen, tuurlijk dat doe ik dan ook. Maar ik heb een keer gehad om twaalf uur zou ze dan euthanasie plegen en ik moest haar om elf uur gaan wassen. Toen dacht ik ja help voor mijn gevoel ofzo. Je kan als je het zelf prima vind kan je die vrouw ook beter ondersteunen. Dan ben je het met haar ideeën eens. Ik zou nooit gaan zeggen van ik ben het er niet me eens, tuurlijk.

N: Ik heb ook een vrouw gehad, nog op Noord-Beveland. Ook euthanasie, moest ik inderdaad ook nog wassen. Ik sta daar anders in dus ik had gewoon met haar gepraat over goh hoe ga je het allemaal doen en over de euthanasie zelf. Dat was een heel open en makkelijk gesprek. Dat zou jij dan weer lastiger vinden.

M: Ja ik zou daar moeite mee hebben om dat allemaal te vragen. Ik heb toen netjes met mijn collega overlegd van goh wil jij dan naar die mevrouw toe gaan? Dat lijkt mij gewoon beter. Maar toen heeft mijn collega dat ook best gedaan. Maar zulke dingen dat heb ik wel meer, gewoon omdat je toch een gelovige achtergrond hebt. Het hoeft niet altijd. Maar toch heb je andere normen en waarden. Dingen als sederen ook vind ik soms ook best lastig. Dat ik denk is het niet te veel? Dr. X zij ook ja als je het op de juiste manier doet is het gewoon prima, dan is het… Soms wilt daar niet altijd juist mee om gegaan. En ik wil daar niet aan meewerken. Dat zijn wel ethische dilemma’s waar ik mee te maken krijg. En soms bij palliatieve sedatie heb ik achteraf wel van goh is het niet een beetje….

N: Bij palliatieve sedatie moet je wel binnen de kaders blijven. En als je dat niet doet is het niet meer datgene waar het voor bestemd is. Maar die grens is heel vaag en vaak volledig in de handen van de huisarts.

M: Klopt, maar als een patiënt ook zoiets heeft van nou ik wil gesedeerd worden en er dan ook zo snel mogelijk niet meer zijn dan…

N: Dan gaat het eigenlijk richting euthanasie.

M: Daarom, die grens vind ik altijd een beetje moeilijk.

N: En mocht het zo zijn dat de patiënt tegen de huisarts zegt van wat mij betreft liever gister dan vandaag, doe maar een beetje meer. En de huisarts gaat wat jou betreft iets boven de norm en die patiënt komt ook snel te overlijden. Is het eigenlijk euthanasie geweest, maar is dat dan erg? Aangezien het dan wel de wil van de patiënt was.

M: Nou, dan heb ik daar in ieder geval niet aan meegewerkt. Daar wil ik dan niet aan meewerken, de huisarts doet dat zelf, prima. Maar soms heb ik wel zoiets van oké, zoveel gram dormicum. Pas had ik dat ook, dat ik dat nogal veel vond. Vooral wanneer je het gaat spuiten en niet via een pomp doet. Nee ik weet niet, al is het dan die wil van die klant. Ik wil het zelf niet.

**Fragment 5.3: Omgaan met ethisch dilemma**

N: Hoe ga jij daarmee om dan? Want stel nou dat er iets gezegd wordt waarvan jij denkt, nou nee.

M: Ik ga altijd wel eerst even kijken ik heb dan wel een schemaatje. Is dat echt veel of kan dit gewoon. Palliatieve sedatie werk ik gewoon aan mee.

N: Ja, ja, maar wat nou als het echt veel is? Zou ik ook moeilijk vinden.

M: Als het heel veel zou zijn dan zou ik vragen of de huisarts dat voor mij zou willen spuiten, snap je? En na die ene keer had ik wel zoiets van ja ik heb haar toch wel doen overlijden.

N: Ja je bent wel de laatste geweest… Ja ik snap je gevoel wel.

M: En die familie kwam daar heel terecht nog op terug, die waren daar echt niet zo blij mee. Terwijl ze het wel wilden maar ze hadden het ook gewoon echt niet verwacht.

N: Nee, je gaat niet uit van een uur.

**Fragment 5.4: Ethisch dilemma en autonomie**

M: Nee, echt een uur later was die patiënt overleden. Maar ja joh er zijn natuurlijk nog meer. Roken ofzo vind ik ook zoiets, ja dat klinkt een beetje raar. Iedereen moet doen wat hij wilt maar ik denk dat gewoon je bent echt gek dat je rookt. Ik heb vroeger ook wel eens gerookt maar het gaat erom dat je bij sommige mensen, die hebben dan longziektes. Dan denk ik oh je rookt nog steeds.

N: Ja het hoeft natuurlijk niet persé over roken te gaan maar wel dat mensen anders met hun gezondheid omgaan dan dat jij zou adviseren. En dan is het wel lastig om de boel de boel te laten.

M: ja, echt waar dat vind ik wel.

N: dat is een stukje autonomie eigenlijk.

M: Je moet mensen wat dat betreft ook in hun waarden laten. Soms botst dat weleens. Maar ik denk dan ook ja als ze bij mij zullen komen zullen ze misschien ook wel denken, Mirjam wat leeft jij vreemd. Ja dan moeten ze dat ook lekker zelf weten, je kan jezelf daar ook in gaan mengen.

N: Beïnvloedt dat jou als zorgverlener dat als iemand bijvoorbeeld een copd stadium drie patiënt zit nog lekker heel de dag shag zit te roken op de bank.

**Fragment 5.5: Effect/omgang ethisch dilemma**

M: Dan handel ik wel gewoon ik bedoel dan doe ik gewoon wat ik moet doen. Ik geef dan ook voorlichting dat hij dat beter niet kunt doen. Beïnvloedt mij dat? In zekere zin misschien wel. Je doet het toch wel naar vermogen. Het is niet zo dat ik denk die man verziekt het een beetje voor zichzelf dan doe ik ook maar niet meer zo mijn best. Nee, dat niet. Kijk dat gevoel kan mij weleens besluipen maar dan probeer ik toch wel gewoon mijn best te doen. Als ze constant tegen jouw voorstellen ingaan ja dan denk ik op een duur van dan ligt de verantwoordelijkheid wel bij jou.

N: Wordt je dan na verloop van tijd misschien wel wat minder empathisch?

M: Ja, misschien wel. Maar ja het is een beetje lastig ik denk dat het mij wel een beetje meer doet. Maar het ligt eraan hoelang dat duurt zeg maar. Je probeert uiteindelijk wel gewoon je doelstelling te bereiken.

N: Sommige situaties zijn extreem frustrerend dat heb ik ook weleens. Maar neem je dat mee, gaat dat mee in je persoonlijk leven zodra je de auto in stapt is het dan weg?

M: Nee, maar ik moet het altijd even delen met iemand. Als ik er dan over praat dan is het weg. Ik kan mezelf wel goed uiten. Als ik mijn verhaal maar kwijt kan dan is het goed. Tuurlijk, sommige dingen blijf je wel mee zitten dat je denkt hoe moet dit opgelost worden. Nu ook bijvoorbeeld, dat is misschien ook wel ethiek. Er is een vrouw die woont bij haar moeder thuis, die moeder wilt dat eigenlijk helemaal niet meer. Maar die zit diep in de schulden die dochter. Snap je, zulk soort dingen, dat is erg lastig.

N: Ja dat is wel ethiek denk ik.

**5.6: Ethisch dilemma en autonomie II**

M: Ja ethische dingen. Soms dan ben ik ook best wel boos op die dochter dan denk ik mens kijk eens naar je moeder, die vindt dat echt niet leuk.

N: Beetje ouderenmishandeling bijna.

M: En daar kun je niet zoveel mee he. En dat is lastig. Dat zit toch altijd als ik daar kom in mijn hoofd, dat ik denk ik moet hier iets mee maar wat weet ik niet. Want die dochter heb je zo ruzie mee. Maar je zou doe moeder ook willen helpen. Maar ze moeten het toch samen doen.

N: Ja zelf doen. Het komt wel vaker terug hoor in de interviews die ik houd. Autonomie, dat dat voor veel mensen lastig is.

M: Ja dat is lastig, heel lastig.

N: Ja je weet zelf ook wel dat iemand uiteindelijk beter af is als hij het uiteindelijk allemaal uit zichzelf doet. Maar het zou ook fijn zijn als je tegen iemand kunt zeggen nou nu gaan we het zo en zo doen en je luistert maar eens.

M: Ja en je luistert.

**Fragment 5.7: Toen en nu**

N: En hoelang werk je nu als verpleegkundige Allévo?

M: Goh, zeven jaar ofzo.

N: En merk je dan verschil als je kijkt naar 2009/2010, toen je begon en nu.

M: Ja

N: En waar ligt dat dan aan?

M: Meer complexe situaties die naar huis komen en dus je merkt dat mensen snel naar huis gaan. Mensen zijn ook hulpbehoevender thuis, langer thuis. En de hele samenleving verandert.

N: En op wat voor manier ervaar je nu andere dingen dan voorheen? Wat zijn dan nieuwe of andere situaties?   
M: Ik denk ook wel de complexiteit thuis, je hebt vaak complexere zorg. Dat hoeft natuurlijk niet altijd ethiek te zijn. Vaak zijn daar wel een soort oorzaken waar je dan weer ethiek uit kunt halen, of ja.

N: Dat er meer problemen in één situatie zijn. Wat is dan het stukje dat het ethisch lastiger wordt?

M: Nou, dat vind ik een beetje lastig.

N: Wat brengt het met zich mee dat mensen langer thuis blijven wonen, er meer complexiteit thuis is ethisch gezien voor jou? Voor jou ervaring?

M: Nou ik vind bijvoorbeeld je hebt ook vaak psychiatrische patiënten die naar huis komen met bijvoorbeeld met een complexe wond en ze weten dan helemaal niet hoe ze daarmee om moeten gaan. Ja ethiek weet je ik heb dan zoiets van ze denken dat ze het dan weten maar ze weten het helemaal niet. En dan moet je toch een weg vinden. Ja ethiek is het misschien niet precies. Maar om daarmee om te gaan om hen in te laten zien dat jij de professional bent. Maar wel op een manier dat je hen in hun waarden laat. Dat vind ik ook altijd wel een soort van lastig. Dat is toch ook wel ethiek?

N: Ja hoe je je zorg afstemt. Je wilt wel autonomie laten behouden… maar in hoeverre is iemand in staat om die eigen regie te hebben en verantwoordelijk te zijn voor die eigen gezondheid?

M: Ja dat is vaak wel het complexe, nou ja. Niet echt het complexe maar ook gewoon meer mensen in de schulden ofzo.

N: Misschien niet meer mensen in de schulden maar meer mensen in zorg.

**Fragment 5.8: Grenzen**

M: Maar dat ik dan merk dat ze dan naar hun vader en moeder gaan. Ook gewoon met familie ofzo. Dat er heel veel verdriet is om iets en dan van jou verwacht dat jet iets betekend voor hun. Dat ik denk hoe ver moet ik hierin gaan? Snap je?

N: Waar ligt dan jouw grens?

M: Zulk soort dingen, ik heb nu ook een vrouw die kinderen willen dan hun handtekening niet onder de erfenis zetten ofzo. En dan is het al weken… Niet dat ik me er helemaal in meng maar ik kom er toch vaak en dan vraagt ze of ik eens iets op de computer wil doen voor haar ofzo. Weet je wel.

N: Je verpleegkundige beroept verandert wel een beetje als ik het zo hoor.

M: Je moet dan allemaal afwegingen maken van wat doe ik wel en wat doe ik niet? Ethiek, ethiek, ja.

N: Ja dat is denk ik wel ethiek.

**Fragment 5.9: Toen en nu II**

M: Ja het is wel meer geworden. Mensen lijken meer op zichzelf gericht worden. Waar zou het aan liggen he. Maatschappelijke veranderingen denk ik.

N: Mensen worden wel minder snel opgenomen.

M: Ja, dat wel ja. Dat is wel echt een feit.

N: Ik heb bijvoorbeeld nu een mevrouw die wilde ik donderdagavond als spoedopname laten in sturen nou wordt ze pas morgen opgenomen, vijf dagen later. Er is ook gewoon geen plek.

M: Dat is wel echt waar. Dat merk ik ook gewoon, heel snel na een operatie uit het ziekenhuis.

N: Ja hè, drie dagen na een heupoperatie uit het ziekenhuis.

M: Ja heel snel en dan heb je dus veel meer complexiteit en daardoor denk ik dat je veel met familie en patiënt moet dealen. Je bent eigenlijk veel meer…

N: Ja je bent soms een bemiddelaar, relatietherapeut, psycholoog tussendoor.

M: Van alles wat, je moet heel snel kunnen schakelen. Dat maakt het ook wel leuk juist.

N: Dus als ik het goed begrijp vind jij situaties die te maken hebben met autonomie het lastigst. In hoeverre laat je iemand zijn eigen regie behouden? Mantelzorg hoor ik je ook wel zeggen, familie, mantelzorg dat daar complexe situaties uit voorkomen. En je eigen normen en waarden op basis van religie dan.

M: Ja dat is bij mij dan nog, ik denk dat ik daar wel een soort van alleen in ben binnen Allévo. Misschien wordt het wel meer ervaren hoor. Niet dat ik mij daar alleen in voel, soms wel een beetje.

**Fragment 5.10: Collega’s**

N: Er zijn binnen Allévo meer collega’s die niet gelovig zijn dan wel. Voel jij je gesteund door je collega’s?

M: Nou ik, jawel dat wel. Maar weet je, soms heb ik wel zoiets dan zou je het eens met iemand willen delen die ook gelovig is. En dat heb je wel heel weinig, ik kan wel mijn ei kwijt zegmaar hoor. Ik voel me echt gesteund, iedereen snapt het ook.

N: Je hebt een aantal dingen waar je tegenaan loopt en wat jij aangeeft is dat jou manier van met dingen omgaan het bepraten is. Even spuien als ik het goed begrijp.

M: Ja dat klopt

N: En kan dat voldoende?

M: Ja dat vind ik wel echt. Het ligt ook wel een beetje aan jezelf he. Als ik naar het kantoor kom dan kan ik altijd wel met iemand praten, of je belt even. En \*\* waar ik mee samenwerk daar kan ik ook alles tegen zeggen. Die staat weer heel anders in het leven, maar ze begrijpt me wel.

**Fragment 5.11: Frequentie**

N: En als je kijkt naar frequentie? Nu is het natuurlijk lastig om te zeggen ik heb drie keer per week een situatie.

M: Je denkt niet altijd aan ethiek hè, snap je wat ik bedoel? Het gaat ook een soort van vanzelf maar ik denk echt dat we het heel veel tegenkomen.

N: Ja, maar het gaat nu over een ethisch dilemma.

M: Hoe vaak ik ongeveer in een maand ofzo?

N: Ja, maar nu zeg je dus al dat het wel maandelijks is?

M: Nou ja, één keer in de twee maanden dat ik dat wel heb ja. Ik denk daar wel vaak over na. Dat zijn dan ook wel echte dilemma’s. Nu zit ik weer over die vrouw na te denken, dat is ook nog niet opgelost. Dat zijn ook weer van die dingetjes. Eén keer per twee maanden, ligt ook wel aan je route. Soms heb je gewoon een hele stabiele route.

**Fragment 5.12: Omgang binnen team**

N: Is er binnen jouw team een bewuste manier om met ethiek om te gaan om over ethiek te praten?

M: Niet bewust, maar we kunnen het wel kwijt in het team/cliëntoverleg. Ik denk soms wel eens dat dat soort dingen. Altijd die mensen bespreken, dat zie ik ook in de rapportage. Soms he, er zijn ook gevallen dat het echt nodig is. Maar ik denk soms weleens dat daar meer ruimte voor zou moeten zijn. Van een casus, casuïstiek bespreken over ethiek. Iets meer uitdiepen, snap je wat ik bedoel? Niet alleen praktisch, ook prima. Dat is al wel veel beter dan dat het was hoor. Soms blijft het een beetje hangen. Ik denk soms dat we een hele nieuwe manier van cliëntoverleg zouden moeten doen.

N: Ja kijk, soms heb ik dat ook wel hoor. Als het goed is zie je elkaar op het kantoor en heb je de rapportage dus hoef je als het goed is niet zoveel te bespreken. Maar goed daar is het over het algemeen niemand mee eens, die vinden het altijd heel erg nodig.

M: Ik vind dat altijd zo…

N: Ja en wat moet je ook echt persé met zijn allen bespreken? Is dat één cliënt waar de helft niet bij komt?

M: Klopt, ik zit dar altijd een beetje van ja ik ken die cliënt niet. En ja tuurlijk is het wel goed om er te zijn. Maar ik denk dat je er heel bewust mee om moet gaan van wat is er nodig, wat moet er besproken worden. Sommige dingen kan je ook gewoon rapporteren en mondeling overdragen. En echte complexe situaties natuurlijk wel.

N: Ja, of misschien situaties waarin je als collega’s verschilt, want kom je dat weleens tegen?

M: Ja, zeker wel. Ik heb wel vaak zoiets van dit kan er wel af, we werken naar zelfstandigheid toe. Laatst had ik ook een cliënt die moest douchen en daar stonden we dan gewoon bij. Ja die cliënt is bij mij diezelfde dag nog uit zorg gegaan. Zulk soort dingen. En ik denk ook dat wel het meer over dat soort dingen moeten hebben, wat voor soort dingen doen we wel en wat niet? En hoelang reken je, kijk sommige routes kunnen ook veel korter naar mijn idee. Maar ik denk dat we daar meer over in gesprek moeten. Vaak hebben we dat dan even gedaan en letten we erop.

N: Het zou eigenlijk een vast agendapunt moeten zijn?

M: Ja of eens in de drie maanden ofzo. Gewoon van wat doe je allemaal wel en niet? Pas ook vroeg er iemand wil je even dat tafeltjes afstoffen, ja ik heb het vervolgens wel gedaan. En dan zegt ze ook wil je ook dit of dat nog doen en dan zeg ik nee. En dan kom ik erachter dat collega’s dat wel allemaal doen. Dat ik denk, nou mens doe eens normaal. Daar moet je elkaar wel echt op aanspreken.

**Fragment 5.13: Feedbackcultuur**

N: En kan dat ook? Elkaar aanspreken?

M: Ja ik doe dat wel, maar ik denk niet dat dat altijd gebeurd.

N: Niet alleen jij, heel jouw team?

M: Nee niet heel het team nee.

N: Maar ik hoor wel vaak dat iemand het niet eens is met de werkwijze van een ander.

M: Maar dan wordt het niet tegen elkaar gezegd.

N: Ik heb soms het idee van niet nee.

M: Nee dat wordt veel te weinig gedaan volgens mij. Dat soort dingen vind ik belangrijker om te bespreken in een cliëntoverleg en dat is natuurlijk ook ethiek.

N: Oké, dat vind je dus veel te weinig, dus je zegt er is genoeg ruimte om te spuien over de dingen waar je tegenaan loopt. Maar er worden ook een heleboel dingen niet gezegd.

M: Denk ik wel.

N: Dus er is ook nog wel ruimte voor verbetering.

M: Zeker, ik vind het ook per team anders.

**Fragment 5.14: Ethiekondersteuning**

N: Maar jij denkt wel dat de manier binnen zo’n overleg is? Je hebt allerlei manieren. Je hebt scholing bijvoorbeeld of een keer een workshop of een moreel beraad dat je met z’n allen echt…

M: Nee ik denk dat het vaker moet terugkomen. Want zo één keer dat kan, dan ben je je er wel weer even van bewust maar…. Ik merk aan mijzelf ook dat ik elke keer weer aangescherpt moet worden, Want als ik bij die vrouw ben, dan ga ik snel mee. Niet snel in vergelijking met mijn collega’s denk ik. Je wilt daarin toch ook een soort goed voor hen zijn en je doet ook snel goed als je wat extra’s voor mensen doet. Maar je doet natuurlijk uiteindelijk niet veel goeds, snap je? Voor onze….

N: Op korte termijn ben je een toevoeging maar op lange termijn zijn ze alleen maar slechter af want ze zijn niet zelfredzaam.

M: Soms heb je situaties waarin het alleen maar erger wordt, pre-terminaal. Dat zie ik soms wel gebeuren als je in die situaties zit is het knap lastig om dat niet te doen. Je doet snel iets voor iemand die niet meer beter wordt. Ik doe het niet maar je moet wel stevig in je schoenen staan. Ik denk dat zulk soort dingen meer besproken moeten worden in het cliëntoverleg en echt vaker terug laten komen. Ja. Werkt niet met scholing ofzo denk ik.

N: Dus voor jou werkt het, het best bij een cliëntoverleg als een standaard agendapunt. Van goh: zijn er nog moeilijke situaties loop je ergens tegen aan?

M: Ja of dat je echt iemand bespreekt dat je per keer iemand anders hebt die zegt van nou ik vond dit een lastige situatie. Want als je het zo doet dan moet er echt iets komen anders zegt iedereen toch van hmm… nee. Want als ik er zo over moet gaan praten over een situatie die geweest is dan denk ik ja voor mij niet nodig want dat is niet meer.

N: Maar die situaties komen wel terug.

M: Ja die situaties komen wel terug. Tuurlijk, maar dan is dat niet meer relevant voor jezelf ofzo. Maar als je je voorbereid is dat anders. Dat zou ik wel doen, cliëntoverleg meer daarop richten.

N: Dat is een goeie ja. Nee ja ik heb genoeg informatie.   
M: kan je er wat mee of niet?

**Fragment 5.15: Afronding**

N: Ja, jawel. Wat terug komt is eigenlijk autonomie, mensen blijven langer thuis wonen en mantelzorg. Dat verschil merk jij volgens mij wel dat je door maatschappelijke veranderingen en complexe situaties thuis meer druk ervaart als verpleegkundige in de thuiszorg ook ethisch gezien.

M: Ja, klopt.

N: En waar we het over hadden, dat er in het cliëntoverleg winst te behalen valt. Dat de open cultuur er nog wel is alleen dat we er nog niet optimaal gebruik van maken.

M: Nee bij ons in het team merk ik dat echt heel erg, inderdaad. En dat kan wel zorgen voor frictie onder collega’s als je dingen niet goed overlegd of uitspreekt.

N: Bedankt voor je informatie en dat ik je mee wilde werken.

M: Geen dank ik vond het leuk om te doen.

# Bijlage 8 Overzicht analyse interview 5

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fragment** | **Topic** | **Uitspraak** | **Code/lading** |
| 5.2 | Dilemma en terminale fase | * Is religieus en tegen euthanasie * Grens bij sedatie is lastig * Verantwoording naar familie * Wilt wegens religie bepaalde zorgtaken niet uitvoeren * Andere normen en waarden dan de huisarts | * Religie – * Grenzen – * Familie – * Sedatie – * Huisarts - |
| 5.3 | Omgaan met ethisch dilemma | * Zelf controleren | * Zelfscholing + |
| 5.4 | Ethisch dilemma en autonomie | * Leefstijlkeuzes lastig te begrijpen * Mensen in hun waarden laten | * Leefstijl – * Autonomie + |
| 5.5 | Effect/omgang ethisch dilemma | * Voorlichting geven * Probeert doelstelling te bereiken * Erover praten doet goed, spuien * Neem het niet mee | * Voorlichting + * Bespreken + |
| 5.6 | Ethisch dilemma en autonomie II | * Boos op mantelzorger/familie * Lastig om weinig te kunnen betekenen | * Boosheid - * Familie – * Autonomie - |
| 5.7 | Toen en nu | * Zeven jaar werkervaring thuiszorg * Meer complex nu dan toen * Snel ontslag uit ziekenhuis * Hulpbehoevender want blijven langer thuis * Psychiatrie maakt ethisch lastig, vanwege autonomie * Professional zijn en mensen in hun waarden laten is belangrijk | * Complexiteit * Psychiatrie – * Respect + |
| 5.8 | Grenzen | * Verwachtingen bij familie, hoever ga je? * Wat wel en wat niet doen? | * Grenzen - |
| 5.9 | Toen en nu II | * Mensen meer op zichzelf gericht * Door meer complexiteit, meer contact met familie * Snel schakelen | * Complexiteit * Familie |
| 5.10 | Collega’s | * Voelt gesteund door collega’s * Kan voldoende bespreken met collega’s * Ligt bij jezelf, zelf energie in steken | * Gesteund + * Bespreken + |
| 5.11 | Frequentie | * Één keer per twee maanden ethisch dilemma * Ligt aan de route | * 1x per 2 maanden |
| 5.12 | Omgang binnen het team | * Niet bewuste manier over ethiek praten * Is wel bespreekbaar * Vindt dat er meer ruimte voor moet zijn * Moet meer uitgediept worden * Eens per drie maanden terug laten komen binnen cliëntoverleg | * Niet bewust - * Cliëntoverleg - * Uitdiepen + * Bespreekbaar + |
| 5.13 | Feedbackcultuur | * Aanspreken gebeurd niet altijd * Te weinig feedback op werkwijze | * Aanspreken – * Feedback - |
| 5.14 | Ethiekondersteuning | * Ethiek moet vaker terugkomen * In cliëntoverleg * Geen scholing * Casus voorbereiden en bespreken | * Cliëntoverleg + * Casuïstiek + |

# Bijlage 9: Analyse alle interviews

### Codes betreffende welke ethische dilemma’s ervaren worden:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Labels: | Codes: | Hiërarchie codes: |
| Religie Sedatie Familie  Grenzen  Leefstijl  Autonomie  Psychiatrie en eigen regie  Complexiteit vergroot  Langer thuis  Respect  Snel ontslag  Dementie  Grenzen binnen zorgverlening  Eenzaamheid  Zorgweigering  Familie in terminale fase  Huisarts in terminale fase  Kwaliteit van leven  Cliënt is mondiger  Meer kwetsbaarheid  Kwaliteit van zorg  Meer psychiatrische cliënten  Taalbarrière  Cultuurverschil  Grotere verantwoordelijkheid  Beperkte financiële middelen  Ouderenmishandeling  Veiligheid | Religie  Familie  Autonomie  Psychiatrie  Complexiteit  Grenzen  Dementie  Eenzaamheid  Zorgweigering  Terminale fase  Kwaliteit van leven  Mondiger  Cultuurverschil  Verantwoordelijkheid  Geldgebrek  Veiligheid | 1. Complexiteit  2. Psychiatrie  3. Autonomie  4. Grenzen  5. Terminale fase  6. Familie  7. Mondige  8. Eenzaamheid 9: Cultuurverschil 10: Verantwoordelijkheid 11: Religie 12: Zorgweigering  13: Geldgebrek  14: Veiligheid |

### Codes betreffende het effect van ethische dilemma’s:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Labels: | Codes: | Hiërarchie codes: |
| Complexiteit vergroot  Werkdruk wordt groter  Duidelijkere grenzen trekken  Frustratie  Lastiger grenzen stellen  Dunne lijn tussen vrije tijd en werk  Frictie onder collega’s  Verdriet | Complexiteit  Werkdruk  Grenzen  Frustratie  Frictie  Werk-privé  Verdriet | 1. Grenzen  2. Frustratie  3. Werkdruk  4. Complexiteit 5. Frictie 6. Werk-privé  7. Verdriet |

### Codes betreffende de omgang met ethische dilemma’s:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Labels: | Codes: | Hiërarchie codes: |
| Zelfscholing  Voorlichting aan cliënt geven  Bespreekbaar maken  Overleggen  Samen met cliënt op zoek naar oplossing  Eenduidigheid  Grenzen stellen  Overleggen met cliënt  Keuzes respecteren  Achtergrondinformatie vergaren  Rapportage  Communiceren met de cliënt  Eerlijkheid | Informatievergaring  Informatieverstrekking  Overleggen  Eenduidigheid  Grenzen  Respect  Rapportage  Eerlijkheid | 1. Overleggen  2. Informatievergaring  3. Respect  4. Eenduidigheid  5. Informatieverstrekking  6. Grenzen 7. Rapportage  8. Eerlijkheid |

### Codes betreffende de behoefte aan ethiekondersteuning:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Labels: | Codes: | Hiërarchie codes: |
| Meer ruimte voor ethiek  Verdieping zorgvraag  Agendapunt cliëntoverleg  Casuïstiek bespreken  Soms  Overleg met alle betrokken partijen/collega’s  Scholing  Meer ruimte voor eigen ervaring/gevoel  Behoefte aan advies  Overstijgend  Verschil in niveau | Cliëntoverleg  Intervisie  Scholing  Casuïstiek  Ervaring  Advies  Niveauverschil | 1. Cliëntoverleg  2. Intervisie  3. Casuïstiek 4. Scholing  5. Ervaring  6. Niveauverschil |

### Hoofd en subgroepen omtrent ethische dilemma’s:

|  |  |
| --- | --- |
| **Hoofdgroep:** | **Subgroep:** |
| Complexiteit | Geldgebrek |
| Autonomie | Zorgweigering |
| Grenzen | Religie |
| Psychiatrie | Verantwoordelijkheid |
| Familie | Cultuurverschil |
| Dementie | Eenzaamheid |
| Terminale fase | Mondiger |
|  | Veiligheid |

Hoofd en subgroepen omtrent effect ethische dilemma’s:

|  |  |
| --- | --- |
| **Hoofdgroep** | **Subgroep** |
| Grenzen | Werk-Privé |
| Takenpakket | Frictie |
| Werkdruk | Complexiteit |
| Frustratie | Verdriet |

Hoofd en subgroepen omtrent omgang ethische dilemma’s:

|  |  |
| --- | --- |
| **Hoofdgroep** | **Subgroep** |
| Overleggen | Rapportage |
| Informatievergaring | Grenzen |
| Respect | Informatieverstrekking |
| Eenduidigheid | Eerlijkheid |

Hoofd en subgroepen omtrent ethiekondersteuning

|  |  |
| --- | --- |
| **Hoofdgroep** | **Subgroep** |
| Cliëntoverleg | Ervaring |
| Intervisie | Scholing |
| Extern adviseur | Niveauverschil |

# 