

ETHIEK

Bas ter Meulen

neuroloog, Zaans Medisch Centrum, Zaandam en Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, locatie West, Amsterdam

Margeet Stolper

klinisch ethicus, trainer en wetenschappelijk onderzoeker, afdeling Metamedica, VUmc, EMGO+, Amsterdam

Bert Molewijk

klinisch ethicus, trainer en senior wetenschappelijk onderzoeker, afdeling Metamedica, VUmc, EMGO+, Amsterdam

GEZAMENLIJK EN GESTRUCTUREERD OVERLEG MAAKT BESLUITEN BETER

Bespreek ethische dilemma's in moreel beraad



In de dagelijkse medische praktijk worden zorgprofessionals regelmatig met ethische dilemma's geconfronteerd. Een moreel beraad kan dan uitkomst bieden. Drie deskundigen leggen uit hoe dat in zijn werk gaat.

Medische beslissingen zijn lang niet altijd simpel en eenduidig. Dilemma's tussen bijvoorbeeld een patiënt wel of niet reanimeren, of een on-

rustige patiënt wel of niet fixeren komen dikwijls voor en hebben vaak een tragisch karakter: wat je ook kiest, er is altijd een vorm van morele schade, omdat je niet beide handelingen kunt doen. Sommige

dilemma's zijn bijna 'duivels' van aard en worden daarom bij voorkeur breed, bijvoorbeeld in een team, besproken. Een instrument bij dit soort besprekingen is een moreel beraad: een gestructureerde vergadering in dialoogvorm onder begeleiding van een daartoe opgeleide gespreksleider. Doel is een gelijkwaardige en open uitwisseling van ideeën, zonder dat iemand 'gelijk' hoeft te krijgen of dat er per se sprake moet zijn van consensus. Het gaat er in de eerste plaats om de casus beter te begrijpen, meerdere gezichtspun-

ten te zien en eventueel een antwoord, beslissing of zelfs oplossing te formuleren. Als dat laatste niet lukt, dan zijn er toch verschillende ethische argumenten benoemd en gewogen, waar de inbrenger van de casus mee verder kan. Verder kan het beraad de morele competenties van de deelnemers vergroten, is het een vorm van teambuilding en stimuleert het (op het niveau van de organisatie) het juiste klimaat voor reflectie op medisch handelen.¹

Er bestaan meerdere gespreksmethoden voor moreel beraad, onder andere de Nijmeegse methode, het Socratisch beraad en de Dilemmamethode. Die laatste is beschreven door Graste, verder ontwikkeld door de afdeling Metamedica van het VU medisch centrum, en wordt inmiddels in Nederland en Europa veel toegepast (zie ook *kader* op blz. 36).^{2,3}

Dilemmamethode

Bij de Dilemmamethode vindt een bijeenkomst plaats met bij voorkeur vijf tot twaalf deelnemers, onder wie degene die de casus inbrengt (die 'zit' met het dilemma) en de gespreksleider. Binnen afgebakende tijd (1 à 1,5 uur) worden de stappen van de gespreksmethode doorlopen. Wij beschrijven die stappen aan de hand van een casus.

De setting is die van de afdeling Neurologie van een groot perifeer ziekenhuis. Er vindt een beraad plaats met acht deelnemers, zowel artsen als verpleegkundigen. De bijeenkomst staat onder leiding van een neuroloog, die de training 'gespreksleider moreel beraad' gevolgd heeft.

STAP 1

Welkom en introductie door de gespreksleider.

STAP 2

Een van de zaalartsen brengt de casus in: Mevrouw T. is 78 jaar oud en afkomstig uit Marokko. Ze spreekt nauwelijks Nederlands en wordt bijgestaan door haar kinderen, twee zonen en een dochter. Enkele weken geleden kreeg

mevrouw hoofdpijn, waarvoor ze de neuroloog bezocht. Uit neurologisch onderzoek bleek gering krachtsverlies van de rechterarm, passend bij een centrale parese. Een MRI-hersenen liet metastasen zien. Er volgde een ziekenhuisopname. Bij het eerste familiegesprek, waar patiënte zelf niet bij was, ontstond een discussie: de arts wil moeder graag informeren over de metastasen; de kinderen willen dit pertinent niet: de diagnose kanker mag niet genoemd worden. Dit is volgens hen te belastend voor haar.

STAP 3

De gespreksleider nodigt de zaalarts uit de morele vraag te formuleren en stimuleert de aanwezigen haar te helpen. Die vraag luidde in dit geval: vertel ik patiënte wel of niet dat ze hersenmetastasen heeft? De gespreksleider vraagt vervolgens de nadelen van beide opties te benoemen en die zijn in het eerste geval (wel vertellen) een verstoorde relatie met de kinderen en in het tweede geval (niet vertellen) het ontnemen van het recht van patiënte op informatie en zelfbeschikking.

Kinderen willen niet dat moeder hoort dat ze kanker heeft

STAP 4

De deelnemers worden uitgenodigd om één voor één verhelderingsvragen te stellen. Deze fase wordt ook wel 'verplaatsing en inleving' genoemd. Een selectie uit de vragen: 'Wat is de levensverwachting van patiënte?', 'Is er nog behandeling mogelijk?', 'Wat geeft patiënte zelf aan, vraagt ze informatie?'

STAP 5

De waarden en normen die een rol spelen bij verschillende personen in deze casus worden benoemd en in een sche-

Waarden en normen van de verschillende betrokkenen

PERSPECTIEVEN	WAARDE	NORM
Patiënte	<ul style="list-style-type: none"> • Autonomie • Welzijn 	<ul style="list-style-type: none"> • Informatie ontvangen om zelf te kunnen beslissen • Zich goed voelen/niet lijden
Zaalarts	<ul style="list-style-type: none"> • Eerlijkheid • Harmonie 	<ul style="list-style-type: none"> • Alles vertellen • Overeenstemming met de familie
De oudste zoon	<ul style="list-style-type: none"> • Saamhorigheid • Bescherming 	<ul style="list-style-type: none"> • Opkomen voor elkaar • 'Wat niet weet, wat niet deert'
De verpleegkundige	<ul style="list-style-type: none"> • Diplomatie • Teamspirit 	<ul style="list-style-type: none"> • Conflicten vermijden met de familie • Meegaan in de beslissing van de arts

ma gezet (zie *tabel*). Hierbij benoemt de groep door middel van gezamenlijk onderzoek de normen en waarden. De voorzitter is sturend en maakt de tabel. De deelnemers maken op grond van deze argumenten de afweging wel-niet in te stemmen met keuze A of B.

STAP 6

De vraag komt op tafel of er alternatieven zijn. Een optie volgens de deelnemers is het inschakelen van de allochtone zorgconsulent van het ziekenhuis, die tevens Arabisch spreekt. Zij kan patiënte vragen of ze überhaupt informatie over haar ziekte en behandeling wil en de beslissing daarvan laten afhangen.

STAP 7

De deelnemers wordt gevraagd een individuele afweging te maken door de volgende vragen te beantwoorden:

- Welke van de opties, A of B, is moreel juist, of is er een alternatief (C)?
- Om wille van... (welke waarde of norm?)
- Dit gaat ten koste van... (welke waarde norm?)
- Wat kun je doen om de schade te beperken die bij c is genoemd?
- Wat heb je nog meer nodig om A ook daadwerkelijk te doen?

Deelnemer X, een van de andere zaalartsen, is voor keuze A:

- Ik vind het moreel juist om patiënte te informeren.
- Om wille van eerlijkheid.
- Dit gaat mogelijk ten koste van de behandelrelatie met de familie.
- De schade wordt beperkt gehouden door de motivatie goed toe te lichten.
- Wat nodig is dat het hele team, vooral de behandelend neuroloog, dezelfde optie kiest en op één lijn staat.

Geen van de deelnemers kiest voor keuze B.

Deelnemer Y, een van de verpleegkundigen, is voor keuze C:

- Ik vind het moreel juist om het patiënte

zelf te vragen of ze geïnformeerd wil worden.

- Om wille van haar autonomie.
- Dit gaat mogelijk ten koste van de goede behandelrelatie met de familie.
- De schade wordt beperkt gehouden door hun in het gesprek (in eigen taal) te betrekken.
- Wat nodig is: de allochtone zorgconsulent.

STAP 8

Er wordt gezamenlijk onderzocht wat de overeenkomsten en verschillen in de persoonlijke afwegingen behelzen. Het doel is de posities te verhelderen, en zo inzicht te krijgen in wat goed is om te doen. De consensus is dat men voor openheid en eerlijkheid gaat, patiënte vraagt of ze überhaupt geïnformeerd wil worden, maar wel de rust wil bewa-

METHODEN VAN MOREEL BERAAD



Wie meer wil weten over de theoretische grondslagen van moreel beraad en over de verschillende 'gesprekmethoden', kan *In gesprek blijven over goede zorg* raadplegen. In dat boek worden niet alleen de hier besproken Dilemmamethode, maar ook het Socratisch beraad, het Utrechts stappenplan, de Nijmeegse methode en de hermeneutische methode nader toegelicht.

Duidelijk is dat het beraad altijd de volgende fasen kent: introductie, casusselectie, methodeselectie, beeldvorming (i.e.: relevante informatie verzamelen en formuleren van de kernvraag), oordeelsvorming, besluitvorming (i.e.: antwoord op de kernvraag en de

praktische implicaties daarvan) en afronding. Het is net als met bakken en koken, schrijven ethicus Menno de Bree en filosoof Eite Veening in hun bijdrage, 'als je een ingrediënt weglaat, of de volgorde van bereiden verandert, dan is de kans groot dat het uiteindelijke gerecht minder lekker wordt dan de bedoeling was'.

Wat de belangrijke fase van de methodeselectie betreft waarschuwen deze auteurs dat er geen 'one method fits all-oplossing' bestaat. Ze maken daarbij de vergelijking met psychotherapie: lange tijd was de methodische voorkeur van de therapeut leidend bij de keuze van de therapie. Nu is de indicatie leidend bij de selectie; de eclecticische houding overheerst. Dat laatste zou idealiter ook moeten gelden voor de selectie van de gespreksmethode.

Maar pas op, een kieswijzer bestaat nog niet; er is simpelweg nog te weinig empirisch onderzoek om de keuze voor de juiste gespreksmethode op te funderen. Toch kan de lezer aan de hand van de karakteristieken van de verschillende methoden een heel eind komen. **HM**

In gesprek blijven over goede zorg, Hans van Dartel & Bert Molewijk (red.), Boom, 351 blz., 32,50 euro.

PRAKTIJKPERIKEL

LICHT

Een patiënte bekend met recidiverende depressies/chronische somberheid en vermoeidheid, waarvoor zij een SSRI gebruikt en in het verleden al diverse hulpverleners heeft bezocht op ggz-gebied, meldt zich op het telefonisch spreekuur. Ze zegt dat zij een verwijzing nodig heeft voor een psychiater/psychotherapeut. Bij doorvragen blijkt dit verzoek niet te zijn ontstaan doordat het momenteel zo veel slechter gaat dan anders, of omdat zij behoefte heeft aan therapie/begeleiding, maar omdat zij gemerkt heeft dat het in de winter slechter met haar gaat dan in de zomer en zij wil proberen of een lichttherapielamp haar kan helpen. Zij zit wat krap bij kas en heeft daarom haar zorgverzekeraar gevraagd de aanschaf hiervan te vergoeden. De zorgverzekeraar antwoordt dat dit alleen kan als een psychiater/psychotherapeut dit voorschrijft. Omdat mij dit een wat dure en omslachtige procedure lijkt, probeer ik, in overleg met patiënte, of een aanvraag van mij als huisarts echt niet gehonoreerd wordt. Dat blijkt inderdaad niet het geval. Ook na een telefoontje en later een e-mail van mijn kant blijft de zorgverzekeraar bij haar standpunt. Hierop heb ik patiënte dan toch maar naar een instelling voor specialistische ggz verwezen, maar toch jammer dat de zorgverzekeraar blijikbaar niet ziet dat dit beleid de zorg niet bepaald goedkoper maakt.

Heeft u ook een perikel?
Stuur uw verhaal naar redactie@medischcontact.nl

ren door een conflict met de familie te vermijden: inzet van de zorgconsulent lijkt de beste oplossing.

STAP 9

In de fase van 'oogsten' van het moreel beraad wordt de vraag gesteld welk inzicht alle deelnemers hebben opgedaan. Men geeft aan dat in dergelijke situaties openheid en respecteren van autonomie gaat voor 'beschermen' van patiënte door informatie achter te houden. De mogelijke oplossing (inzet van een zorgconsulent) is uiterst praktisch en werd door de meesten op voorhand niet bedacht.

STAP 10

Ten slotte vindt een korte evaluatie plaats: wat zijn goede en verbeterpunten van het beraad? De deelnemers geven aan dat ze het beraad nuttig vonden. Wel wordt gepleit voor meer draagvlak voor moreel beraad binnen de organisatie, om zo laagdrempelige deelname te bevorderen.

Moreel beraad starten

Om een moreel beraad in een ziekenhuis of zorginstelling te starten moet aan twee belangrijke voorwaarden worden voldaan. Ten eerste moet er voldoende draagvlak binnen de organisatie zijn, wat ook betekent dat er voldoende tijd en (letterlijke) ruimte voor is, en ten tweede moeten voldoende kennis en ervaring beschikbaar zijn voor het leiden en implementeren van moreel beraad.

De uitkomst van het moreel beraad heeft zijn weerslag in de praktijk

De uitkomst van het moreel beraad heeft idealiter zijn weerslag in de alledaagse praktijk van het ziekenhuis: de geboden zorg wordt er anders door. Het is van belang dat het moreel beraad gevoed wordt door en voor de praktijk en andersom. Moreel beraad is op te vatten als een 'verbeter-tool' voor professionaliteit, de zorg voor de patiënt en de onderlinge samenwerking tussen collega's. Een goed lopend moreel beraad in een ziekenhuis vraagt om een klein aantal goed getrainde gespreksleiders. Daarbij is ondersteuning nodig, onder meer voor het plannen van beraad en monitoring van resultaten en inzichten. Dit om te voorkomen dat de hele procesgang enkel op de schouders van de gespreksleiders rust. Gebleken is dat kennis en ervaring die noodzakelijk zijn voor een goed lopend moreel beraad, vaak onderschat worden. Training in het leiden van

moreel beraad is daarom van groot belang.⁴ Vervolgens is het zaak om aan de slag te gaan door bijeenkomsten te houden. Let wel: moreel beraad organiseren is geen doel op zichzelf. Doe niet aan ethiek omdat aan ethiek doen in zichzelf goed is, maar doe aan ethiek om vragen van de medewerkers over de kwaliteit van zorg goed te kunnen bespreken.¹ ■

contact

bas.termeulen@olvg.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

web

De voetnoten vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.