

Grenzen en verantwoordelijkheid in de zorg

Advies reflectiegroep ethiek VZW Gezondheidszorg 'Bermhertigheid Jesu'

Versie 3, 13.06.2023

1. INLEIDING

Zorg verlenen betekent in belangrijke mate verantwoordelijkheid krijgen en nemen voor anderen en jezelf. Hierbij botsen alle betrokkenen regelmatig op grenzen en beperkingen. Soms gaat het over regels en wetgeving, in andere gevallen heeft het te maken met beperkte middelen, of gaat het over de limieten van ons eigen kunnen en onze acceptatiegrens. Ook zijn er in de geestelijke gezondheidszorg soms moeilijke situaties die te maken hebben met motivatie en herval van zorgvragers, de dreiging en de confrontatie met grensoverschrijdend gedrag, verbale en fysieke agressie. In sommige gevallen leidt de confrontatie met grenzen en verantwoordelijkheid binnen de zorg tot gevoelens van frustratie, onmacht en morele stress bij alle betrokkenen: het gevoel niet de goede zorg te kunnen verlenen zoals je dat zou willen doen en/of verwacht wordt. Soms gaat het over de worsteling van één of meer individuen, maar vaak zijn er ook uitdagingen op het niveau van het team, binnen en tussen organisaties, en zelfs op het niveau van de samenleving. Deze conflicterende waarden kunnen aanleiding zijn voor morele stress.

Deze tekst krijgt vorm in een maatschappelijke context waarbinnen bijvoorbeeld het debat rond de contouren van de gedwongen opnames in de geestelijke gezondheidszorg uitdrukkelijk wordt gevoerd. Het is ook een context waarin er enerzijds aan de zorg gevraagd wordt om steeds meer risico's te nemen door bijvoorbeeld veel minder in te zetten op vrijheidsbeperking, maar anderzijds nemen de juridische implicaties als het fout loopt alsnog toe.

In deze adviestekst willen we graag reflecteren op dit gegeven: over welke verantwoordelijkheid en grenzen gaat het precies? Wie bepaalt de contouren en waarom worden ze al dan niet verlegd? Wat kunnen we doen om gedeelde verantwoordelijkheid te bevorderen en op een goede manier om te gaan met grenzen? Hoe kunnen we ook de familie en de bredere context van de zorgvrager zo goed mogelijk informeren, mee betrekken, er mee samenwerken en ondersteunen – want ook zij botsen op grenzen en verantwoordelijkheden.

We willen dialoog en reflectie aanmoedigen door in deze adviestekst te starten met enkele beknopte casussen, die illustratief zijn voor hoe de verschillende actoren in de zorg omgaan en botsen op

grenzen en verantwoordelijkheid. Deze voorbeelden zijn wellicht herkenbaar voor zorgverleners, zorgvragers en hun naastbetrokkenen.

Vervolgens gaan we in op enkele juridische aspecten rond het al dan niet opnemen van verantwoordelijkheid in de zorg. In de wet patiëntrechten en in andere wetteksten worden immers de rechten en plichten van de verschillende actoren binnen de zorg omschreven, en is ook de continuïteit van zorg een belangrijk item.

In een volgend gedeelte ontwikkelen we een ethische reflectie over het omgaan met grenzen en verantwoordelijkheden in de zorg. We vertalen de situaties uit de concrete zorgpraktijk waar we op grenzen botsen naar een verhaal over individuele en gezamenlijke verantwoordelijkheid. We verkennen hoe we verantwoordelijkheid niet enkel draaglijker kunnen maken, maar ook beter kunnen opnemen door ze te delen. We reflecteren ook over de voorwaarden wanneer we verantwoordelijkheid niet meer kunnen opnemen. Ook in die uitzonderlijke gevallen dat we geen zorg kunnen opnemen als zorgverleners, moeten we zorgzaam omgaan met de manier waarop we verantwoordelijkheid afbouwen.

We sluiten dit advies inhoudelijk af met enkele concrete aanbevelingen, zowel voor het beleid als voor de zorgpraktijk. Aan het einde van deze tekst vindt de lezer ook enkele interessante referenties terug.

2. VOORBEELDEN UIT DE PRAKTIJK

- Tom werd opgenomen op de crisisafdeling na een politie-interventie. Tom is ernstig geïntoxiceerd, en bedreigt de zorgverleners met een mes. Sommige hulpverleners hebben echt schrik van Tom...
- Rebecca werd in het verleden al meermaals opgenomen. Bij de vorige opname viseerde Rebecca één van de hulpverleners, Sari, en bedreigde haar. Bij de huidige opname viseert Rebecca Sari opnieuw, en dreigt ermee na de opname haar thuis op te zoeken en haar en haar gezin kwaad te doen. Voor Sari voelt deze situatie heel onveilig aan. Het team heeft ook de vraag of het gedrag van Rebecca enkel met haar pathologie te maken heeft, of ook bewust werd gesteld.
- Marc heeft bovenop een ernstige psychiatrische aandoening ook een NAH-problematiek. Binnen het ziekenhuis heeft men van alles geprobeerd om de situatie van Marc te stabiliseren, maar dit lukt maar niet. Omdat Marc vaak heel agressief kan reageren en zichzelf ernstig verwaarloost, kan alleen zorg worden geboden vanuit een kader dat zeer sterk de vrijheid inperkt. Alle pogingen om hier vanaf te stappen zijn tot dusver mislukt. Het team voelt zich zeer machteloos bij deze situatie, en vindt de situatie voor Marc mensonwaardig. Ook de draagkracht bij de familie is op. Marc zou mogelijks baat hebben bij het aanbod op een zeer gespecialiseerde afdeling in een andere organisatie, maar

daar weigert men Marc omwille van bepaalde exclusiecriteria. Op een andere plaats is er een jarenlange wachtlijst. Het team ervaart hierdoor heel wat morele stress...

- Camilla is verpleegkundige op een afdeling gespecialiseerd in persoonlijkheidsstoornissen. Camilla heeft met veel moeite en volharding een goede vertrouwensband opgebouwd met haar volgpatiënt, Romulu. Romulu heeft al meermaals de waarschuwing gekregen dat hij de afdelingsregels niet respecteert: zo zet hij andere zorgvragers aan om samen met hem kleine winkeldiefstallen te plegen. Voor het team is de maat vol en ze willen de opname stoppen. Camilla is het niet eens met deze beslissing en vreest dat alle vooruitgang die werd geboekt verloren zou gaan. Camilla heeft echter het gevoel dat het team niet openstaat voor haar argumenten om Romulu toch nog een kans te geven.
- Ron zit aan het einde van een behandeltraject van 6 maanden. Dit is de maximale duur dat iemand in behandeling kan worden genomen op deze unit. Ron zou echter heel veel baat hebben bij een verlenging van een drietal maanden, maar dit staan de regels niet toe, en bovendien is er een hele lange wachtlijst voor de behandeling. De start van een volgende patiënt werd reeds ingepland. Het team vreest dat Ron snel zal hervallen indien hij nu moet afronden, en opnieuw zal moeten opgenomen worden via de crisiseenheid, met mogelijk trauma tot gevolg.
- Dana is psychologe op de afdeling psychosezorg. Ondanks het gegeven dat er in principe geen ruimte is voor nazorggesprekken, biedt Dana dit toch aan. Zij vindt dat er altijd een plaats moet zijn voor de meest kwetsbaren.
- Bram is gedwongen opgenomen op de afdeling verslavingsproblematiek en is helemaal niet gemotiveerd om aan zijn problematiek te werken. Ook de hulpverleners zijn een stuk ontmoedigd, want Bram is al heel vaak hervallen. Ook Brams gezin heeft nog maar weinig draagkracht over: ze zijn bezorgd over de situatie, maar tegelijk ook even ontlast van de zorg. De arts en het team twijfelen eraan of het zinvol is om de gedwongen opname te verlengen: werkt het gedwongen statuut eerder averechts op de zorg? En wat als Bram zichzelf of anderen iets aandoet na ontslag?
- Tina is een jonge vrouw van 19 jaar die jarenlang werd misbruikt door haar vader, bij wie ze wettelijk nog inwoont. Omdat er geen andere steunfiguren zijn en omwille van een sterke daderslachtoffer dynamiek, heeft Tina toch een ambigue verhouding tot haar vader, en er is toch af ten toe nog contact. Het team slaagt er voorlopig niet om Tina's autonomie zo te versterken dat ze zelf afstand kan nemen van haar vader. Het team vindt dat dit zo niet verder niet kan, en dat er geen behandeling mogelijk is als dit contact aanhoudt. Het afbreken van de behandeling en doorverwijzing naar ambulante zorg zou de facto betekenen dat Tina er helemaal alleen voor komt te staan...

3. JURIDISCHE ASPECTEN

Bij bovenstaande voorbeelden kunnen heel wat vragen voortvloeien: Kunnen en mogen de hulpverleners de behandeling afbreken? Onder welke voorwaarden dan? Mogen hulpverleners een acceptatiegrens hanteren? Hoe zit het met zorgcontinuïteit en de zorgzaamheid naar andere betrokkenen toe? Hoe kan er beter worden samengewerkt met politiediensten?

Het spanningsveld tussen het verlenen van goede zorg en juridische aansprakelijkheid is hierbij telkens van belang: hoe ver kan de zorgverlening gaan in het nemen van verantwoorde risico's (positive risk taking), en niet kiezen voor risico-vermijding, wat niet altijd ten goede komt van de zorgvrager of diens omgeving? Indien hulpverleners met vertrouwen in het werkveld willen staan en therapeutische ruimte willen innemen, is het van belang dat ook het beleid en de rechtspraak hierbij een ondersteunende rol aannemen. Hieronder gaan we in op de voornaamste elementen van de toepasselijke wetgeving.

Continuïteit van zorg

- **Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt (WPR)**

Bij de totstandkoming van de WPR werd ervoor geopteerd om geen onderscheid te maken tussen patiënten met een psychiatrische aandoening en patiënten met een somatische aandoening.

De wet vertrekt van een aantal reeds bestaande rechtsprincipes zoals het recht op zelfbeschikking en fysieke integriteit, recht op persoonlijke levenssfeer, de wilsautonomie... Deze wet wil vooral de dialoog tussen gezondheidszorgverstreker en patiënt bevorderen zodat deze laatste goed geïnformeerd autonoom kan beslissen over zijn behandeltraject.

Iedere patiënt heeft recht op een kwaliteitsvolle dienstverlening zijnde de best mogelijke dienstverstrekking volgens de stand van de wetenschap en de beschikbare technologie. Hij heeft het recht om, na degelijk geïnformeerd te zijn over de diagnose en mogelijke behandelingen, in te stemmen met een behandeling of deze te weigeren. Dit recht op kwaliteitsvolle dienstverlening betekent niet dat de patiënt een bepaalde behandeling of prestatie kan opeisen. De diagnostische en therapeutische vrijheid van de arts blijft onverminderd bestaan. De WPR voorziet in de « medewerkingsplicht » van de patiënt.

Een beroepsbeoefenaar kan, behoudens in een noodgeval, weigeren een bepaalde verstrekking te verrichten doch dient de continuïteit van zorg te waarborgen wanneer hij de behandeling onderbreekt.

De patiënt heeft recht op een zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard dossier en hij heeft recht op inzage en kopie van het dossier, met uitzondering van de persoonlijke notities. Ingeval de

therapeutische exceptie ingeroepen werd kan hij dit inzagerecht niet rechtstreeks uitoefenen. In voorkomend geval oefent hij zijn inzagerecht uit via een door hem aangeduide beroepsbeoefenaar. Ingeval er een einde gesteld wordt aan de therapeutische relatie wordt het dossier overgemaakt aan de door de patiënt aangewezen beroepsbeoefenaar.

Merk op dat er momenteel gewerkt wordt aan een wijziging van de WPR waarbij de notie “persoonlijke notities” uit de wet verdwijnt. Klacht is dat al te vaak een onvolledig dossier overgemaakt werd met de motivatie dat het om persoonlijke notities ging.

- **De wet van 22 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering (kwaliteitswet)**

Ook de kwaliteitswet beoogt een kwaliteitsvolle, veilige en patiëntgerichte zorg.

Zoals de wet patiëntenrechten vertrekt vanuit de patiëntautonomie bevestigt de kwaliteitswet de professionele autonomie van de gezondheidszorgbeoefenaar.

Naast bepalingen ter garantie van die diagnostische en therapeutische vrijheid van de beroepsbeoefenaar omvat deze wet onder meer bepalingen omtrent de verplichting van continuïteit van zorg en het bijhouden van het patiëntendossier .

Zo stelt de kwaliteitswet dat **de gezondheidsbeoefenaar een behandeling niet mag onderbreken zonder vooraf de nodige maatregelen getroffen te hebben om de continuïteit van zorg te verzekeren**¹. Mits toestemming van de patiënt deelt hij alle nuttige en noodzakelijke informatie mee aan de door de patiënt aangewezen beroepsbeoefenaar om hetzij de diagnose hetzij de behandeling voort te zetten of te vervolledigen.

De kwaliteitswet bepaalt de **minimale inhoud** waaraan een **patiëntendossier** moet beantwoorden (artikel 33 van de wet). Zo moet het dossier naast problematiek bij aanmelding en resultaten van onderzoeken, de weergave bevatten van overleggesprekken met de patiënt, de motivering van het onthouden van informatie aan de patiënt, motivering van gehele of gedeeltelijke weigering inzage in of afschrift van het dossier

Bij de FOD Volksgezondheid wordt een Toezichtscommissie opgericht die toeziet op de naleving van de bepalingen van de kwaliteitswet en, vanaf een nader te bepalen datum, op de naleving van de rechten van de patiënt. De leden van deze Commissie werden benoemd bij koninklijk besluit van 23 december 2022 (BS 30 december 2022). Ze kwam voor het eerst samen in september 2023.

¹ Hierbij speelt een proportionaliteitsprincipe: de continuïteit van zorg moet in verhouding staan tot de zorgnood en mogelijke schade. Daarom is het belangrijk dat de zorgverleners het voorstel tot zorgcontinuïteit en de genomen acties goed motiveren in het dossier en tegenover de betrokkenen.

- **De gecoördineerde wet op de ziekenhuizen (ZHW)**

Daar waar de WPR en de kwaliteitswet handelen over de relatie beroepsbeoefenaar – patiënt omvat de ziekenhuiswet het kader waaraan een ziekenhuis moet beantwoorden om erkend en voor zijn werking gefinancierd te worden.

Zo voorziet de ZHW in **de verplichting voor het ziekenhuis om de bepalingen van de patiëntenrechtenwet na te leven** en erover te waken dat ook de beroepsbeoefenaars die er niet op basis van een arbeidsovereenkomst of een statutaire benoeming werkzaam zijn, de rechten van de patiënt eerbiedigen.

Het ziekenhuis is aansprakelijk voor de tekortkomingen ter zake begaan door de er werkzame beroepsbeoefenaars (zogenaamde centrale aansprakelijkheid). Wat betreft beoefenaars die er niet op basis van een arbeidsovereenkomst of statutaire benoeming aangesteld zijn kan het ziekenhuis deze aansprakelijkheid afwijzen mits dit duidelijk en voorafgaandelijk aan de tussenkomst door de desbetreffende beroepsbeoefenaar aan de patiënt gemeld werd.

Binnen het ziekenhuis is de hoofddarts verantwoordelijk voor de continuïteit van de medische zorgen onder meer door het organiseren van medische permanentie in het ziekenhuis. Hij moet erover waken dat er **een procedure is inzake opname en ontslag van de patiënten** in het ziekenhuis.

De hoofddarts oefent evenwel geen hiërarchisch gezag uit met betrekking tot de diagnostische en therapeutische beslissingen die de ziekenhuisarts neemt.

De beslissing om een patiënt te ontslaan behoort tot de professionele autonomie van de behandelende (ziekenhuis)arts. Indien de arts een behandeling onderbreekt dient hij de continuïteit te verzekeren en de patiënt desgevallend door te verwijzen. Doet hij zulks niet komt zijn burgerlijke aansprakelijkheid mogelijks in het gedrang. Dit betekent dat de patiënt (of zijn rechthebbende) schadevergoeding kan eisen voor schade die het rechtstreeks gevolg is van een fout (bv. onterecht ontslag, niet verzekeren van de continuïteit).

Tenzij het ziekenhuis zijn aansprakelijkheid ten aanzien van die beroepsbeoefenaar uitdrukkelijk en voorafgaandelijk afgewezen heeft kan de patiënt het ziekenhuis vatten op zijn centrale aansprakelijkheid en hoeft hij niet iedere beroepsbeoefenaar afzonderlijk te dagvaarden.

4. ETHISCHE OVERWEGINGEN

Aan ethiek doen betekent dat je nadenkt over wat 'goed' en 'menswaardig' is om te doen. Ethiek vertrekt vaak vanuit een buikgevoel; een spontaan aanvoelen van grenzen of waar je naartoe wil. Sommige zaken ervaren we immers als waarde-vol; van betekenis. Een moreel dilemma en morele stress ontstaan daar waar waarden met elkaar in conflict komen, voor jezelf of in dialoog met anderen. In de zorg verhouden we ons elke dag tot kleinere of grotere van dit soort dilemma's, en botsen we op grenzen.

Zorg verlenen heeft volgens de filosoof Emmanuel Levinas echter iets grenzeloos; de verantwoordelijkheid ten opzichte van de kwetsbare ander stopt nooit. Met deze gedachte maken we de vertaling van 'grenzen aan zorg' naar het thema 'verantwoordelijkheid in de zorg'. Mensen die zorg dragen voor een ander, vanuit welke rol ook, ervaren regelmatig dat er een discrepantie is tussen wat we voor de zorgvrager zouden willen doen, en wat we kunnen. In beide richtingen: soms willen we heel graag meer doen, maar kunnen we niet. Soms zouden we in theorie meer kunnen doen, maar willen we dat niet. Dit verschil in wat we kunnen en willen doen in de zorg is heel betekenisvol. Deze grenservaringen laten immers zien wat we als individu, groep, organisatie of samenleving betekenisvol en waardevol vinden. In de ethiek verdiepen we deze ervaringen, door in dialoog samen te zoeken wat de achterliggende waarden en noden zijn, en hoe we in concrete situaties goed, zo niet het best mogelijk handelen.

Uit bovenstaande situatieschetsen leren we dat er heel veel verschillende manieren zijn waarop de verantwoordelijkheid van zorgverleners en naasten van personen met een psychische kwetsbaarheid wordt uitgedaagd. De beperkingen waarop men botst zijn heel verschillend: gebrek aan tijd, kennis en middelen; regels en beperkingen op verschillende niveaus; samenwerking en dialoog die moeilijk loopt tussen diverse stakeholders; tot zelfs de confrontatie met verbale of fysieke agressie. Hieronder willen we verder reflecteren op wat precies onze verantwoordelijkheid is als zorgorganisatie gespecialiseerd in de geestelijke gezondheidszorg, en waar en hoe wij deze verantwoordelijkheid ook afgrenzen.

- Verantwoordelijkheid nemen over kwetsbare anderen is ons basis-uitgangspunt. Waar we botsen op de grenzen van onze verantwoordelijkheid, proberen we die goed te verkennen en zo mogelijk onze verantwoordelijkheid te verruimen en de draagkracht te versterken. Dit kunnen we doen door met elkaar in dialoog te gaan en solidair te zijn met elkaar. We willen ook pleiten voor een beleidskader dat verantwoordelijkheid krijgen en nemen in de zorg met elkaar in balans brengt. Vaak is het immers zo dat de verwachtingen naar de zorg groter zijn dan de slagkracht die ze krijgt om met de situatie op een goede en menswaardige manier om te gaan. Denken we maar aan de lange wachtlijsten voor gespecialiseerde zorg voor personen met een acute zorgnood.

- Wanneer we te maken hebben met een harde grens, moeten we aandacht schenken aan volgende zaken:

- **Transparantie en reflectie:** we geven duidelijk aan wat en waar onze grenzen als zorgorganisatie, team of zorgverlener zijn. We beargumenteren waarom deze grenzen van belang zijn, en waarom het overschrijden van deze grens de goede werking en zorg onmogelijk maakt. De redenen hiertoe kunnen, zoals aangegeven, erg verschillend zijn. Dit vormt voor het zorgverlenend team ook een kans om samen met andere betrokkenen, zoals beleid, de zorgvragers zelf en hun naasten, na te denken over de betekenis en waarde van bepaalde grenzen of regels. Grenzen kunnen immers te dicht of te ver worden getrokken. Ze kunnen ingegeven zijn door de draagkracht van een individu of een groep, of afhankelijk zijn van tal van externe factoren zoals wetgeving en financiering. Sommige grenzen zijn zeer contextgebonden of buigzaam, anderen zijn dat juist niet.
- **Kansen geven:** Elke vorm van zorg vertrekt vanuit bepaalde expertise, maar ook vanuit grondhoudingen van waaruit we de zorg vorm geven. De feitelijke zorg is niet altijd de best mogelijke zorg. Voldoende mild zijn ten opzichte van jezelf en anderen is een belangrijke factor om de zorg(last) te kunnen blijven verdragen. Kunnen blijven staan in situaties van onmacht en niet vervallen in cynisme is niet altijd even gemakkelijk voor de verschillende betrokkenen.

In de geestelijke gezondheidszorg werken we vaak met kwetsbare zorgvragers en hun relevante betrokkenen. De maatschappelijke achtergrond is er een waarin enerzijds autonomie erg belangrijk is, maar waarin er anderzijds soms weinig verdraagzaamheid is voor anders-zijn. Wanneer er dan in de zorg over bepaalde, duidelijk gecommuniceerde, grenzen wordt gegaan; is het belangrijk dat men kansen krijgt om het vertrouwen te herstellen. Meestal kan dit vrij eenvoudig gebeuren, soms is het nodig om duidelijke voorwaarden, kaders of misschien zelfs een time-out te voorzien. De principiële houding is dat bepaald gedrag niet welkom is, maar de (kwetsbare) persoon wel. We proberen steeds, samen met de relevante betrokkenen, te kijken hoe we verder kunnen gaan. Belangrijk hierbij is dat we bij situaties van agressie en ernstig grensoverschrijdend gedrag onderscheid trachten te maken tussen moedwillig gedrag, en gedrag dat we kunnen verklaren vanuit de pathologie van de zorgvrager. Dit onderscheid zal in sommige gevallen niet eenvoudig te maken zijn, en vraagt expertise van en dialoog tussen verschillende betrokkenen. Soms kan het helpend zijn een externe te betrekken, of gebruik te maken van inschattingstools.

Vanuit het subsidiariteitsbeginsel kunnen we stellen dat er goede samenwerking, maar ook onderscheid moet bestaan tussen (psychiatrische) zorg en justitie.

- **Perspectief en continuïteit:** Wanneer de zorgrelatie toch (tijdelijk) moet worden afgebroken, geeft de zorgverlening duidelijk aan onder welke voorwaarden de zorg terug kan worden opgenomen. De zorgverleners gaan, conform de wetgeving, ook actief op zoek

naar manieren om de continuïteit van zorgverlening te voorzien en handelen hierbij proportioneel met de zorgnood en mogelijke schade.

- Zorg dragen voor alle partijen: indien de zorgverlening wordt onderbroken omdat harde grenzen werden overschreden, is dit vaak een traumatische ervaring voor de meeste betrokkenen. Daarom willen we als zorgorganisatie ons inzetten om voldoende aandacht te besteden aan ondersteuning voor alle betrokkenen, waaronder het hulpverlenend team en de naasten van de zorgvrager. Ook biedt de reflectie op het voorval, bijvoorbeeld in intervisie of moreel beraad, leeransen voor de zorgorganisatie.

Het lijkt ons ook belangrijk om in het kader van continuïteit van zorg een transparante en zorgende houding aan te nemen tegenover de andere zorgverleners, instanties of naasten die de continuïteit kunnen garanderen. Op die manier willen we wederkerigheid en solidariteit mogelijk maken. Hierbij handelen we met respect voor de privacy van de zorgvrager. Bij de overdracht geven we alle noodzakelijke informatie, maar waken er ook over om het zorgproces niet onnodig te beïnvloeden (onderscheid need to know - nice to know). Hierbij responsabiliseren we ook de zorgvrager om het proces zelf in handen te nemen.

5. AANBEVELINGEN VOOR DE ZORGPRAKTIJK EN HET BELEID

- Tijdelijk een team kunnen ontlasten door solidariteit tussen afdelingen en organisaties
Soms kan de zorg voor bepaalde zorgvragers tijdelijk heel zwaar wegen op de draagkracht van een team. Beroep kunnen doen op solidariteit binnen en tussen voorzieningen kan ervoor zorgen dat de verhouding tussen de draagkracht en de draaglast van zorgteams in balans blijft. Uiteraard is het belangrijk dat de zorgvrager en hun naasten hierbij inspraak krijgen, en dat er ingezet wordt op goede overdracht tussen zorgteams.

- Inzetten op 'zorg voor zorgenden'
Zorgorganisaties ontwikkelen een aanbod waarbij zorgverleners na een ingrijpende gebeurtenis terecht kunnen met hun verhaal. Dit kan binnen het eigen team of in samenwerking met een externe organisatie zijn, maar het kan ook een team zijn van gespecialiseerde, bereidwillige zorgverleners binnen de organisatie.

- Inzetten op de alliantie tussen zorgverleners, zorgvrager en relevante betrokkenen: in dialoog kunnen we meer. Dit betekent ook voldoende middelen investeren in psycho-educatie en ondersteunen van de familie en naasten.

- Herstelgesprek bij een traject waarbij er eerder schade is geweest

In sommige gevallen waarbij schade werd berokkend aan één of meerdere partijen of wanneer er sprake was van een ernstige vertrouwensbreuk, kan het zinvol zijn om een herstelgesprek te laten plaatsvinden. Hierbij kunnen concrete afspraken worden gemaakt rond de verdere aanpak en hoe de continuïteit van zorg al dan niet vorm kan krijgen.

- Voldoende aanbod aan intervisie en moreel beraad²: niemand alleen en onbeluisterd laten

In situaties van ethische dilemma's of morele stress kan het vaak gebeuren dat zorgverleners en andere betrokkenen niet op één lijn staan. Het is belangrijk om voldoende in te zetten op dialoog, en samen zoeken naar een aanpak waarbij niemand zich uitgesloten voelt. Het minimum waarnaar wordt gestreefd bij moreel overleg is inzicht verwerven in zowel het eigen waardenkader als dat van de anderen, en een invoelbare argumentatie voor de keuzes die worden gemaakt in de zorg. Hierbij blijft steeds ruimte voor evaluatie van wat werkt en wat niet.

- Verder investeren in samenwerking en vorming politiediensten en justitie

Een goede samenwerking met politiediensten en parket is een belangrijke factor in het bevorderen van draagkracht, zorgzaamheid én veiligheid voor zowel de zorg als bovengenoemde diensten.

- Investeren in de inschatting van beslissingsbekwaamheid, preventie en passende zorg

Beslissingsbekwaamheid is een heel centraal element bij de aanpak van de zorg en de ethische evaluatie ervan. De inschatting van de wilsbekwaamheid heeft een reële impact bij het correct plaatsen van een ingrijpende of grensoverschrijdende situatie: moet deze in de context van de zorg, dan wel in een juridisch kader gesitueerd worden? In het laatste geval is het indienen van een klacht bij politionele diensten aan de orde.

Agressie of grensoverschrijdend gedrag tegenover hulpverleners is in geen enkele situatie goed te keuren, maar dit risico kan nooit helemaal uitgesloten worden. We zetten steeds maximaal in op preventie en de meest passende zorg voor de zorgvrager. De inschatting van de bekwaamheid van de zorgvrager bij een moeilijke zorgsituatie dient dus zorgvuldig te gebeuren, en kan ondersteund worden door in te zetten op tools, stappenplannen en overleg met het multidisciplinair team of externen.

- Transparantie en zorgzaamheid in doorverwijzing in het kader van zorgcontinuïteit

De reden van doorverwijzing wordt helder gecommuniceerd naar de zorgvrager, relevante naasten en medewerkers. Ook is het belangrijk om de partners naar wie wordt doorverwezen correct te informeren, zonder evenwel de privacy van de zorgvrager onnodig te schaden.

² Met moreel beraad of overleg bedoelen we een gesprek waarin een ethisch thema, dilemma of morele stress centraal staat. Dit overleg kan al dan niet gestructureerd worden aan de hand van modellen die de ethische dialoog ondersteunen. In de voorzieningen van de VZW kunnen hulpverleners beroep doen op de stafmedewerker ethiek, ethisch referenten of leden van de werkgroep of commissie ethiek om hen hierin te begeleiden.

- Beleidsmatig wordt ingezet op van een cultuur van vertrouwen in, en creativiteit van medewerkers; en wordt er tegelijk gewaakt dat medewerkers niet (gedurig) over de eigen grenzen heen gaan.
- Nadenken over alternatieven in zorg, bijvoorbeeld de mogelijkheid van 'respijthuizen', een mogelijke waardevolle en bijkomende schakel in zowel de op- als afshaling van de zorg (ook in kader van de zorg tijdelijk kunnen overnemen van de thuiscontext).

Als belangrijke zorgpartner binnen de regio kunnen we ook het voortouw nemen in innovatie. Door nieuwe initiatieven te ondersteunen, zoals bijvoorbeeld respijthuizen die familie en naasten van zorgvragers tijdelijk kunnen ontlasten van de zorg, kunnen we elkaars draagkracht vergroten.

6. BRONNEN

Gezamenlijke verantwoordelijkheid en grenzen van verantwoordelijkheid in de zorg. Adviestekst

Organisatie Broeders van Liefde:

<https://broedersvanliefde.be/sites/default/files/media/bijlagen/ethisch%20advies%20Broeders%20van%20Liefde%20-%20Gezamenlijke%20verantwoordelijkheid%20Juni%202021.pdf>

Wet patiëntenrechten:

https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2002082245&table_name=wet

Kwaliteitswet:

<https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/wet/2019/04/22/2019041141/justel>

7. DANKWOORD

Heel graag willen we uitdrukkelijk iedereen die meewerkte aan het tot stand komen van deze tekst bedanken: Herman Roose (voorzitter, algemeen directeur), Loïc Moureau (penhouder, stafmedewerker ethiek), Nele Gruson (adjunct hoofdverpleegkundige), Marian Vanacker (diensthoofd dienst zinzorg en pastoraal), Jane Vanhaute (directeur Patiëntenzorg), dr. Ann De Buyscher (psychiater), dr. Carmen Vranken (psychiater) Patsy Malfait (psychologe), Griet Ceuterick (juriste), Ludo Goderis (verpleegkundige, stafmedewerker patiëntenzorg), Martine Verbeeke (psychologe, inhoudelijk coördinator), Belle Claus (ervaringsdeskundige zorgvragers) en Greet Laureys (ervaringsdeskundige familie). Ook bedanken we Axel Liégeois (KU Leuven, Organisatie Broeders van Liefde) voor de boeiende presentatie over het thema. Tot slot een woord van dank voor de leden van de lokale werkgroepen ethiek en de uitwisselmomenten ethiek voor hun inhoudelijke bijdrage, kritische blik en inspiratie.