

Podium

jaargang 30 • nr. 3 • 2023

voor Bio-ethiek

De ethiek van veerkracht

**Van stencil met nietje tot open podium.
Dubbelinterview met Lieke van der Scheer en
Dirk Stemerding**

Simone Naber, Beatrijs Haverkamp, Rosanne Edelenbosch en Shanti Bolt

**Ons zorgsysteem kan alleen veerkrachtig zijn
als het inclusief is**

Jill van der Kamp

Het slecht-nieuwsgesprek bestaat niet meer

Stefan Haensel

Schaarste als kans voor herprofessionalisering

José Krijnen

**Solidariteit als fundament voor veerkracht in
de zorg** | Marije Stegenga en Astrid Vellinga

Nieuwe (?) opgaven voor moreel beraad

Hans van Dartel

**CURA. Een instrument om de morele
veerkracht van zorgverleners te ondersteunen**

Suzanne Metselaar en Malene van Schaik

**Veerkracht en kwetsbaarheid: normatief
complex en maatschappelijk ingebed**

Dorothee Horstkötter en Anke Snoek

**Veerkracht in zorg en welzijn: paradepaardje
of Paard van Troje?** | Guus Timmerman

Nieuws uit de Vereniging | André Krom

**Nieuws van het Centrum voor Ethiek en
Gezondheid**

Carel Jansen en Beatrijs Haverkamp



Colofon:

De NVBe streeft naar:

1. stimulering van de bio-ethiek (humane, dier- en natuurethiek) in relevante sectoren;
2. contacten tussen vertegenwoordigers uit verschillende vakgebieden, instellingen en organisaties die betrokken zijn bij bio-ethische kwesties;
3. erkenning van de waarden van een open discussie over bio-ethische problemen in wetenschap en samenleving;
4. presentatie van discussies in de bio-ethiek in Nederland

Het Podium voor Bio-ethiek (voorheen de Nieuwsbrief) van de vereniging draagt bij aan deze doelen door publicatie van bio-ethisch nieuws (van binnen en buiten de vereniging) en bondige, voor een breed publiek toegankelijke, interdisciplinaire bijdragen over bio-ethische kwesties. Het Podium voor Bio-ethiek verschijnt vier keer per jaar en wordt toegezonden aan leden van de NVBe. Het Podium voor Bio-ethiek, mededelingen uit de Vereniging en bio-ethische informatie verschijnen ook op www.nvbe.nl.

Redactieadres: Secretariaat NVBe, info@nvbe.nl, t.a.v. Podium-redactie

Redactie:

dr. Rosanne Edelenbosch, drs. Daan Horbach, drs. Myrthe van de Pavert, drs. Isabelle Pirson, drs. Sicco Polders, drs. Juliette van Seventer, drs. Amber Spijkers, dr. Dirk Stemerding, dr. Sjaak Swart en dr. Rik Wehrens

Website: dr. Ana Pereira Daoud

Opmaak: drs. Ger Palmboom

Foto voor- en achterzijde:

<https://stock.adobe.com/nl/images/tiny-white-flower-broke-through-dry-cracked-earth/312378248>

Drukkerij: Libertas Pascal

Instructie voor bijdragen:

Bijdragen in overeenstemming met de doelstelling van Het Podium voor Bio-ethiek zijn van harte welkom. Voor suggesties en vragen kunt u zich wenden tot de redactie via het e-mailadres. Artikelen bij voorkeur rond de 1500 woorden, boekbesprekingen en verslagen van congressen, conferenties, etc. maximaal 500 woorden. Bij voorkeur geen uitgebreide literatuurverwijzingen. Bijdragen kunt u per e-mail sturen naar het redactieadres. De redactie behoudt zich het recht voor bijdragen te weigeren of in te korten.

Bestuur NVBe:

dr. André Krom (voorzitter), Kamiel Feiertag (penningmeester), Simone Naber (secretaris), dr. Verna Jans, dr. Marieke Bak, drs. Dide de Jongh, drs. Myrthe Lenselink, dr. Ana Pereira Daoud, prof. dr. Marcel Verweij

Lid worden?

Het lidmaatschap van de Nederlandse Vereniging voor Bio-ethiek (NVBe) is er voor iedereen die zich op de een of andere manier betrokken voelt bij de levenswetenschappen in brede zin en de ethische reflectie daarop. Op de website www.nvbe.nl (doorklikken naar 'Lidmaatschap') vindt u een formulier waarmee u zich kunt aanmelden als lid. De ledenadministratie is te bereiken via ledenadministratie@nvbe.nl.

Voor vragen en opmerkingen kunt u contact opnemen met het secretariaat: info@nvbe.nl

Inhoudsopgave

De ethiek van veerkracht

- 2 Redactioneel**
- 7 Van stencil met nietje tot open podium**
Dubbelinterview met Lieke van der Scheer en Dirk Stemerding
Simone Naber, Beatrijs Haverkamp, Rosanne Edelenbosch en Shanti Bolt
- 14 Ons zorgsysteem kan alleen veerkrachtig zijn als het inclusief is**
Jill van der Kamp
- 19 Het slecht-nieuwsgesprek bestaat niet meer!**
Stefan Haensel
- 24 Schaarste als kans voor herprofessionalisering**
José Krijnen
- 30 Solidariteit als fundament voor veerkracht in de zorg**
Marije Stegenga en Astrid Vellinga
- 35 Nieuwe (?) opgaven voor moreel beraad**
Hans van Dartel
- 40 CURA. Een instrument om de morele veerkracht van zorgverleners te ondersteunen**
Suzanne Metselaar en Malene van Schaik
- 45 Veerkracht en kwetsbaarheid: normatief complex en maatschappelijk ingebed**
Dorothee Horstkötter en Anke Snoek
- 50 Veerkracht in zorg en welzijn: paradepaardje of Paard van Troje?**
Guus Timmerman
- 56 Nieuws uit de Vereniging**
André Krom
- 60 Nieuws van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid**
Carel Jansen en Beatrijs Haverkamp

Redactioneel

De Nederlandse ethici vieren dit jaar vier jubilea: die van de Nederlandse Vereniging voor Bio-ethiek, het Centrum voor Ethiek en Gezondheid, het Netwerk Ethiek Ondersteuning Nederland en de postacademische beroepsopleiding Ethiek in de Zorgsector. Samen organiseren zij op vrijdag 1 december 2023 de *Nacht van de Veerkracht*¹. Dit nummer van het Podium voor Bio-ethiek deelt mee in de feestvreugde, met een door deze jubilerende organisaties versterkte themaredactie.

‘Veerkracht’ bleek een herkenbaar maar moeilijk te definiëren concept dat toenemend rondzingt en dat verwijst naar weerbaarheid van mensen en instituties om met tegenslagen om te gaan. In het kader van dit jubileum interviewde de themaredactie de laatste twee hoofdredacteurs van het *Podium*, Lieke van der Scheer en Dirk Stemerding. Hier openen we mee, omdat het interview een mooi overzicht geeft van het Podium en de Nederlandse bio-ethiek van de afgelopen 30 jaar. En omdat in dit interview aspecten van veerkracht worden benoemd, die later in de verschillende bijdragen terugkomen. Zo benoemt Dirk Stemerding de noodzaak om inventief te zijn, in zoverre veerkracht een antwoord is op onzekerheid: *“Veerkracht heeft te maken met onzekerheid, crisis. Je kunt niet zomaar terugvallen op je routines, je gebruikelijke manieren van doen. [...] Dat vraagt iets van mensen, maar ook van instituties.”*

Veerkracht kan dus worden gezien als een reactie – op tegenslag, verandering of ontregeling. De ontregeling waar een aantal auteurs van dit Podium duidelijk het eerst aan dachten is de toenemende schaarste in de zorg. Jill van der Kamp en Stefan Haensel laten beiden zien dat er in dit opzicht sprake is van crisis. Zij bespreken hoe veerkracht van de zorg wordt gezocht voorbij de ‘analoge’ zorgrouines, in toenemende digitalisering. Ook wordt een crisis geconstateerd in de praktijk van moreel beraad door Hans van Dartel, en de nieuwe methode voor moreel beraad zoals voorgesteld door Suzanne Metselaar en Malene van Schaik laat zich lezen als antwoord daarop.

Terwijl veerkracht enerzijds gaat over inventief reageren op crises, is er juist in tijden van onzekerheid behoefte aan houvast. Het is een balans tussen meeveren en terugveren, zegt Lieke van der Scheer in het interview: *“De mate waarin een organisatie bereid is om mee te bewegen bepaalt de veerkrachtigheid. [...] Tegelijkertijd moet je ook niet met alle winden meewaaien natuurlijk, het is een precair evenwicht.”*

Het zoeken naar of herstellen van een balans als sleutel tot veerkracht komt onder andere terug in de bijdrage van José Krijnen. Een beantwoording van de schaarstecrisis in de zorg ziet zij niet zozeer in nieuwe gebruiken en routines, maar in een herstel van wat uit balans is geraakt: zorgen als kerntaak van de zorg-professional is onder druk komen te staan door marktwerking en bureaucratisering. In het stuk van Marije Stegenga en Astrid Vellinga herkennen we het zoeken naar een nieuw evenwicht in de context van zorgteams en zorgorganisaties die door het toenemende aantal zzp-ers hun 'morele veerkracht' verliezen. 'Terug' naar meer vaste contracten als zodanig is misschien niet direct de oplossing, maar kan wel bijdragen aan het volgens de auteurs broodnodige herstel van solidariteit -een voorwaarde voor morele veerkracht- binnen zorgorganisaties en tussen zorg en maatschappij.

Het terugveren zien we ook in de kritische reacties van verschillende auteurs op de opkomst van 'veerkracht' als manier om met tegenslag om te gaan. Zo waarschuwen verschillende auteurs voor de instrumentalisering van methoden om veerkracht te bevorderen. Dorothee Horstkötter en Anke Snoek wijzen op het belang van het in het oog houden van de tegenpool van veerkracht: kwetsbaarheid. En Guus Timmerman duidt het denken in termen van veerkracht als onderdeel van een dominant discours dat steeds meer verantwoordelijkheden neerlegt bij het individu.

Toch zijn er ook andere manieren om veerkracht te conceptualiseren. Veerkracht op organisatie- en systeemniveau kan iets heel anders betekenen. Dat betekent niet dat dit die op het individu gerichte kijk de enige manier is om veerkracht te conceptualiseren: veerkracht op organisatie- en systeemniveau betekent iets heel anders. Dan gaat het bijvoorbeeld om het versterken van onderlinge relaties. Verschillende auteurs verwachten veel van meer collectieve en op solidariteit gestoelde benaderingen van de zorg (Van der Kamp, Metselaar en Van Schaik, Stegenga en Vellinga). Aandacht voor het belang van de sociale omgeving van het individu vinden we ook in het artikel van Dorothee Horstkötter en Anke Snoek. En uit verschillende bijdragen komt naar voren dat de nadruk op individuele veerkracht juist ten koste gaat van de veerkracht van het systeem.

Op het gebied van veerkracht op het niveau van (complexe) systemen kan de zorg misschien leren van andere domeinen, zoals die van milieu en klimaat. Bredere perspectieven op veerkracht zullen aan bod komen tijdens de nacht van de veerkracht in sessies over bijvoorbeeld maatschappelijke meerstemmigheid

en klimaatweerbaarheid.

Tot slot, in het interview stellen Dirk Stemerding en Lieke van der Scheer dat het Podium zelf ook gezien kan worden als een manier om de veerkracht van de (bio-)ethiek te ondersteunen: “*Vanuit die optiek kun je ook naar het Podium kijken: het biedt ruimte om nieuwe vraagstukken onder ogen te zien en daarover met elkaar in gesprek te gaan en te blijven.*” Als redactie vonden we het mooi om te zien dat ook dit Podium mensen weer met elkaar in verbinding heeft gebracht. Zowel rijp en gevestigd, als groen en fris schreven mee. Zo overspannen we samen met de verschillende auteurs het lustrum.

Veel leesplezier!

Rosanne Edelenbosch, Simone Naber (NVBe & Ethiek in de Zorgsector), Shanti Bolt (CEG) en Beatrijs Haverkamp (CEG)

Noten

1. Zie www.nachtvandeveerkracht.nl

Leeswijzer

In dit Podium gaan de eerste drie bijdragen expliciet in op veerkracht van de zorgpraktijk in het licht van schaarste. *Jill van der Kamp* betoogt dat ons zorgsysteem alleen veerkrachtig kan zijn als het inclusief is. Digitalisering wordt aangedragen als een illustratie van een manier om druk in de zorg te herverdelen, en daarmee de veerkracht van het systeem te vergroten. Het risico hiervan is dat mensen die al sociaal en economisch kwetsbaar zijn, nu helemaal buiten de boot vallen omdat ze vaak ook digitale vaardigheden missen. Door verdergaande digitalisering zullen zij het contact met de arts of zorgverlener verliezen. Er is behoefte aan andere oplossingen, zoals meer gedeelde (fysieke) publieke ruimten, die zorgrelaties juist versterken.

Stefan Haensel ziet ook dat met digitalisering de relaties tussen arts en patiënt veranderen. Hij gaat specifiek in op het verdwijnen van het klassieke ‘slecht nieuwsgesprek’. Toch heeft digitalisering volgens hem wel veel te bieden. Dit vraagt alleen om een andere manier van werken, én om veerkracht van zowel arts als patiënt.

Jose Krijnen stelt een herbezinning op de ordende principes in de zorg voor. Om de veerkracht voor zowel professional als zorgstelsel te bewaren, zou de motiverende grondslag van de zorg weer centraal moeten komen te staan.

Ze stelt voor om daarbij ‘menselijke bloei’ uit de deugdethiek van MacIntyre als evaluatieve standaard te gebruiken. De huidige schaarste biedt volgens Krijnen een kans om de professionele logica in de zorg weer tot leidend principe te maken, om zo een noodzakelijk tegenwicht te bieden aan de andere logica’s die nu te dominant zijn.

Dat veerkracht van zorgverleners ook gaat over morele veerkracht wordt duidelijk in de hierop volgende bijdragen. *Marije Stegenga* en *Astrid Vellinga* zetten hun tanden in de zzp-er. Ze constateren dat steeds meer zorgmedewerkers zich genoodzaakt voelen uit loondienst te gaan, om hun eigen morele stress te beperken. Tegelijkertijd kan dat juist tot méér morele stress binnen zorgteams leiden. Om deze vicieuze cirkel te doorbreken, roepen de auteurs op tot een dialoog binnen en met zorgteams over solidariteit en de verdeling van macht en verantwoordelijkheden binnen een verschuivend krachtenveld.

Hans van Dartel blikt in zijn bijdrage terug op twintig jaar moreel beraad. De moreel beraad-praktijk in Nederland is in die tijd volwassen geworden, en daarbij worden soms ook haar minder mooie kanten zichtbaar. Moreel beraad blijkt, net als elke andere menselijke praktijk, niet immuun voor macht en misbruik. Van Dartel pleit voor een herbezinning waarbij de praktijkbeoefenaars en hun onderzoek van die praktijk centraal worden gesteld.

Die oproep wordt beantwoord door *Suzanne Metselaar* en *Malene van Schaik*. Zij bespreken hun onderzoek naar CURA, een methodiek waarmee zorgverleners kunnen stilstaan bij hun eigen morele uitdagingen in de zorgpraktijk. De methode werd samen met zorgprofessionals ontwikkeld. Deze ethische reflectie vereist geen gespreksleider – een vorm van moreel beraad 2.0. De resultaten zijn veelbelovend, mits alle lagen van de organisatie hun verantwoordelijkheid nemen en betrokken zijn bij de implementering hiervan; het hele ‘systeem’ is verantwoordelijk voor moreel veerkrachtige zorgverleners, zo betogen zij.

Ook van de ethiek en ethici wordt veerkracht gevraagd: meebewegen waar het kan, terugveren waar het moet. Zo werd er ook behoorlijk teruggeveerd tegen het concept veerkracht: is het eigenlijk wel zo behulpzaam? *Dorothee Horstkötter* en *Anke Snoek* wijzen erop dat veerkracht als ideaal zich blindstaart op de kracht van het individu en het belang en de rol van sociale omstandigheden miskent. Specifiek voor de geestelijke gezondheidszorg laten zij zien dat veerkracht als gezondheidsideaal de waardevolle kanten van kwetsbaarheid – de tegenpool van veerkracht – kan ondermijnen. Zij concluderen dat zowel veerkracht

als kwetsbaarheid normatief complexe begrippen zijn die beide niet zomaar tot idealen zouden moeten worden verheven.

In lijn met deze analyse sluit *Guus Timmerman* dit themanummer af met een pleidooi voor een politiek-ethische discours kritiek. Dat is nodig volgens hem om in te zien dat het denken en spreken in termen van ‘veerkracht’ typerend is voor het dominante neoliberale vertoog over het verantwoordelijke en positief ingestelde individu. De schaduwzijde ervan: blindheid voor structurele oorzaken van problemen. Problemen waarvoor oplossingen op politiek niveau moeten worden gezocht, niet op dat van (‘veerkrachtige’) individuen.

Aan het eind van dit nummer vindt u als altijd nieuwsberichten van de jubilerende NVBe en van het CEG. Voor de Berichten van Unesco verwijzen we naar Podium 4, die ook voor de kerst zal verschijnen.

Van stencil met nietje tot open podium

Dubbelinterview met Lieke van der Scheer en Dirk Stemerding

Simone Naber, Beatrijs Haverkamp, Rosanne Edelenbosch en Shanti Bolt

30 jaar Nederlandse Vereniging voor Bio-ethiek: een reden om terug te kijken op drie decennia bio-ethiek door de twee laatste hoofdredacteurs – Lieke van der Scheer (bij de redactie van 2001-2019) en Dirk Stemerding (sinds 2017 lid van de redactie) – van de vrijplaats voor bio-ethische gedachtenvorming, het Podium voor Bio-ethiek.

Hoe kwamen jullie ooit bij het Podium terecht?

Lieke: Tijdens mijn promotieonderzoek aan het CEKUN (Centrum voor Ethiek van de Katholieke Universiteit Nijmegen) was de presentatie van het preadvies door CEKUN-directeur Hub Zwart mijn introductie bij de NVBe. Vanaf het eerste nummer van 2001 staat mijn naam bij de redactie, later werd ik hoofdredacteur. Niet dat die functie toen bestond, maar er werd gewoon gezegd dat ik feitelijk hoofdredacteur was.

Dirk: Ik ben geen ethicus en heb biologie gestudeerd, maar wel heb ik me altijd beziggehouden met vraagstukken waar ‘bio’ voor gezet kan worden. De NVBe en het Podium kwam ik op het spoor toen ik me meer inliet met ethische discussies. Vanuit mijn werk bij het Rathenau Instituut schreef ik in 2015 een preadvies – dat schiep een band, zal ik maar zeggen. Toen ik met pensioen ging begon ik als redactielid bij het Podium, en wat later volgde ik Lieke op als hoofdredacteur.

Lieke: In het begin was de NVBe gelieerd aan de ministeries van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en Landbouw, Natuur en Voedselkwaliteit (LNV), die in de Nieuwsbrief lieten weten waarmee ze mee bezig waren op ethisch relevant gebied.

Dirk: Frappant dat er voorheen die band was met ministeries, want daar is nu echt

geen sprake meer van. Dat heeft zich heel geleidelijk voltrokken, maar hebben we dat met z'n allen gewild?

Lieke: Dit wordt dan even 'oma vertelt'. De NVBe is opgericht met subsidie van VWS, er zat ook altijd een beleidsmedewerker van de afdeling ethiek van het ministerie in het NVBe-bestuur. Op een gegeven moment hield die subsidie op en geleidelijk aan kregen de mensen op het ministerie het ook te druk. Toen is die band met het ministerie eigenlijk doodgebloed. Dat gold

Vroeger hadden we veel meer *freewheel*-tijd dan nu

ook voor de contacten met het ministerie van LNV en met NOTA, de voorganger van het Rathenau Instituut. Dat is toch het lot van een vereniging die drijft op mensen die er vrijwillig tijd in kunnen en willen steken. En ook een verschil met vroeger 'toen ik jong was', toen hadden we veel meer *freewheel*-tijd dan nu.

Dirk: Nu ben ik toch geneigd om daar als opa ook iets over te zeggen, want ook ik herinner me dat in de periode van de jaren '80 – toen ik naar Twente kwam – er onbepaalde vrijheid was, waar je bij wijze van spreken met de benen op tafel...

Lieke: ... een 'goed gesprek' ...

Dirk (lachend): ... ja echt een *goed gesprek* kon voeren. Maar ja, *das war einmal*.

Welke ontwikkelingen die jullie hebben meegemaakt in de NVBe, het Podium, de bio-ethiek, springen eruit? Wat waren mooie momenten in de vereniging en momenten waarop het minder ging? En wat zijn lessen die we daaruit kunnen trekken?

Lieke: Van dat laatste houd ik me maar even verre; het is altijd moeilijk lessen trekken uit de geschiedenis. Maar het is wel leuk om te zien hoe het ooit begonnen is. Toen de NVBe tien jaar bestond was er een interview met Egbert Schrotten als één van de medeoprichters van de NVBe. Hij noemde als reden van die oprichting dat de ethiek in Nederland uit allemaal losse eilandjes bestond, een soort 'zuilen', niet van religies maar wel van ethische benaderingen. We wisten amper van elkaar wat er gebeurde en speelde, en het leek ons toch wel leuk en belangrijk om daarvan op de hoogte te zijn. De NVBe moest die informerende en verbindende functie vervullen: laten zien wie wat waar aan het doen is in de bio-ethiek, door o.a. een nieuwsbrief met aankondigingen van congressen en promoties en een bijdrage van iemand over zijn/haar proefschrift. Ook werd van NVBe-onderwijsmiddagen – bedoeld om mensen met elkaar in contact te brengen die aan niet-filosofen ethiekles gaven – verslag gedaan, net als van de jaarlijkse 'pre-adviezen'.

Langzamerhand werd de nieuwsbrief steeds inhoudelijker. Op jaarvergaderingen werd op een gegeven moment gezegd: ‘Dit is geen nieuwsbrief meer, jullie doen jezelf tekort door dit zo te blijven noemen’. Ook vond men dat het er allemaal wel wat mooier uit mocht zien; de nieuwsbrief was gestencild met een nietje in een hoekje. Ger Palmboom is toen de vormgeving gaan doen. En we hebben de naam ‘Podium voor Bio-ethiek’ gekozen – precies om een podium voor open gedachtenvorming te bieden.

Dirk: Een hele mooie naam.

Hoe gaan die gesprekken in de redactie, hebben jullie daar ook stevige discussies (gehad)? En zijn er ook specifieke onderwerpen die discussie oproepen?

Lieke: Ik heb de redactie altijd een vrije ruimte gevonden; redactieleden konden altijd hun eigen ideeën inbrengen, afhankelijk van netwerken en achtergronden. In overleg werd het precieze thema bepaald.

Dirk: En dat is eigenlijk tot op de dag van vandaag de werkwijze. Over de keuze voor thema’s praten we dan wel inhoudelijk met elkaar, maar dat zijn geen felle discussies. Het redactiewerk is een leuke manier om opnieuw, maar op een andere manier, de ethiek en wat er allemaal speelt voortdurend weer voor ogen te krijgen en voor ogen te houden, omdat je daar zelf als redactie ook wel een koers in moet uitzetten.

Eerder beschreven jullie de ‘zuilen’ in ethiekland Nederland. Hoe voorkom je dat je dat je je eigen overtuigingen heel erg naar voren brengt, hoe zorg je dat je je eigen blinde vlekken blijft herkennen?

Dirk: Op het moment dat je een thema uitwerkt voor een oproep tot bijdragen, kan iedereen daarop reageren en krijg je dus hele uiteenlopende voorstellen van mensen om daar iets over te gaan schrijven. Die pluriformiteit is inherent aan de manier waarop *Podium* werkt, het is echt een ‘open podium’. Dus de redactie maakt wel keuzes als het om thema’s gaat, maar de manier waarop dat thema aan de orde komt is helemaal afhankelijk van wie zich aandient om te schrijven. En soms willen we ook wel een beetje risico nemen. Er zijn thema’s die ons interessant lijken, maar waarbij het spannend is of mensen zich zullen aandienen om een bijdrage te schrijven. Meestal gaat dat toch behoorlijk goed. Soms moet je als redactie wel actie ondernemen en zelf auteurs benaderen. Maar ik vind die werkwijze fantastisch en die heeft zich eigenlijk in die zes jaar dat ik bij de redactie zit ook niet wezenlijk

veranderd. Wat mij betreft zou dit ook zo kunnen en moeten blijven.

Lieke: Twee dingen zijn in het verleden wel een discussiepunt geweest. De eerste is de lengte van de bijdragen; academici hadden toentertijd niet alleen de neiging om lang met de benen op tafel te praten, maar ook om eindeloos te schrijven. Maar het *Podium* is er ook om mensen die niet heel diep in de ethiek zitten toch een beetje op de hoogte stellen van de thema's, dus we hebben er altijd erg naar gestreefd om korte teksten te laten schrijven. Dat is soms wel strijd geweest met de auteurs. Tegelijk heb ik vaak teruggekeken van auteurs dat ze nog nooit zo goed begeleid zijn door een tijdschriftredacteur – doordat je als *Podium*-redacteur met de blik van een buitenstaander kan zeggen: 'dit is de kern'. Een tweede discussiepunt was de kwaliteit van de bijdragen. In het begin waren we blij met iedereen die wat wilde inleveren en werd alles geplaatst. Maar op gegeven moment hadden we bijdragen die we echt niet goed genoeg vonden. Tegelijk is het geen academisch tijdschrift, en bedoeld voor de geïnteresseerde leek, dus wat voor eisen moet je stellen aan het niveau en aan de schrijfstijl?

Dirk: Ik zie ook aan de auteurskant een belangrijke missie, namelijk dat het ook een podium is voor junior mensen die net begonnen zijn en nog niet zomaar de stap kunnen maken en wagen om in hoge impact factor tijdschriften te publiceren. Het *Podium* is voor die groep een heel mooie plek om toch iets over eigen werk te kunnen schrijven. En ik onderstreep wat Lieke zegt, dat de redactie in dat opzicht dus een belangrijke educatieve rol heeft. Van jonge mensen krijg je soms stukken waarvan je denkt 'Ja, ik denk dat ik weet waar je over wil schrijven, maar volgens mij weet je het zelf nog niet helemaal'. En dat speelt op een andere manier ook bij meer gevestigde namen, met het probleem van langschrijverij en veel academische termen. Dan moet je begeleiden om het kort en helder te maken. Dat maakt het redactiewerk soms vermoeiend, maar ook erg leuk.

De redactie heeft ook een belangrijke educatieve rol

Waarom gevestigde namen zich aandienen? Het is toch een investering in tijd van mensen die allemaal druk zijn en het levert je voor je impact-factor niets op.

Lieke: Ik denk dat veel mensen het *Podium* een leuk medium vinden, en dat ze daar ook wel een bijdrage aan willen leveren, dat het dus ook iets van *goodwill* is. En we maken het gevestigde namen zo makkelijk mogelijk: het thema wordt gegeven, en als je wordt gevraagd, dan wordt vooraf een focus meegegeven. Ik heb trouwens

de indruk dat hoogleraren tegenwoordig ook hun promovendi stimuleren om te schrijven voor het *Podium*, en weet eigenlijk niet of zij zelf nog wel zoveel indienen.

Dirk: Dat heb ik ook niet precies voor ogen, maar toevallig herinner ik me wel een bijdrage van een hoogleraar die mooi en makkelijk schrijft, en dat doet tussen allerlei bezigheden door. Ik denk dat hij het ook leuk vindt – dat hij bij het *Podium* toch ideeën kan opschrijven die hij verder nergens anders kwijt kan. In een wetenschappelijk tijdschrift heb je te maken met allerlei academische rimram, en kan je het vaak niet opschrijven op de manier die je eigenlijk wil en interessant vindt.

Die vrije ruimte. Wat zijn – terugkijkend – grote ontwikkelingen in onderwerpen maar vooral ook in de manier waarop daarover gedacht, geschreven en gesproken wordt?

Dirk: Toen ik gisteravond al even zat na te denken, dacht ik aan de ‘driegesprekken’ uit 2018 bij het 25-jarig bestaan van de NVBe. Daar was ik toen bij betrokken, maar ik denk dat het idee van Lieke kwam om voor ieder van de drie belangrijke terreinen waar het Podium zich op beweegt – gezondheidszorg, milieu- en dierethiek, en technologische ontwikkelingen – drie mensen bij elkaar te brengen. Namelijk iemand die *in* een bepaald werkveld zit, daarnaast een praktisch ethicus, oftewel iemand die probeert om zich direct te verhouden tot de ontwikkelingen die in dat werkveld plaatsvinden, en een academisch ethicus. Dat resulteerde in drie prachtige Podium-trialogen (Podium 2017-2, 2017-3, 2018-1)¹. Ik zie die driehoek van werkveld, praktische ethiek en academische ethiek, en de interactie die dat oplevert, als de kern van het *Podium*. Het is een plek voor mensen uit al die verschillende sferen die in discussie en gedachtewisseling over ethische vraagstukken elkaar willen ontmoeten.

Mijn stelling zou zijn dat op dat punt eigenlijk helemaal niet zoveel veranderd is in de loop van de tijd. Uiteraard vinden binnen die driehoek ontwikkelingen plaats, die steeds weer nieuwe vraagstukken oproepen. Tsjalling Swierstra omschreef dit ook wel als de ‘verplaatsing van de ethiek’. Dat kun je aan het *Podium* aflezen: hoe de ethiek zich verplaatst naar nieuwe domeinen, nieuwe terreinen, en nieuwe vragen.

Lieke: Daar is wel iets aan vooraf gegaan. Vroeger schreven alleen de academische ethici in het *Podium*. Maar de ethiek is langzaam steeds meer een integraal onderdeel van de professie geworden, in plaats van erbuiten te staan. Binnen allerlei professionele organisaties lopen mensen rond die geschoold zijn in de ethiek, en

daar een visie op hebben. Dus de ontwikkelingen die je in het Podium ziet weer spiegelen de ontwikkelingen die zich in de maatschappij hebben voorgedaan. Dat is een goede zaak.

Dit probeerden wij als redactie ook wel te laten zien, want in het Podium wordt met regelmaat gereflecteerd op het ethiekbedrijf. Na tien jaar nieuwsbrief blikten we bijvoorbeeld terug op de behandelde onderwerpen. Ook besteedden we in een nummer uit 2018¹ aandacht aan de verhouding tussen ethische theorie en praktijk. De oproep hierover lieten we open, waardoor we in het redactioneel op metaniveau konden reflecteren op de reacties: over wat ‘de praktijk’ is, was men eensgezind, maar onder theorie verstonden de auteurs allemaal iets anders. En bij het 15-jarig jubileum verscheen het boek *Ethiek in Discussie*.²

Je kunt van het Podium aflezen hoe de ethiek zich verplaatst naar nieuwe domeinen, nieuwe terreinen en nieuwe vragen

We hadden het in het begin over dat de verbinding met de ministeries is weggefallen, maar misschien is dat ook wel een logisch gevolg van deze ontwikkeling. Tegelijkertijd heeft het Podium wel een belangrijke rol in het laten zien of zelfs aanjagen van dit soort ontwikkelingen. Zouden we nu wel of niet terug moeten naar VWS voor subsidie?

Lieke (lachend): Zolang we dan nog maar onze eigen gang kunnen gaan. Meer geld zou wel fijn zijn. Nu kunnen dingen vaak niet omdat er geen budget is, en iedereen werkt zich het schompes.

Dirk: Ja, dat is jammer, want het is zo’n mooi medium. Het *Podium* behandelt een enorme breedte aan onderwerpen. Op de website zie je wel 14 verschillende thema’s met elk een aantal nummers.

Jullie beschrijven een spanning tussen iets waardevols in de lucht houden, terwijl er tegelijkertijd belemmeringen en praktische bezwaren zijn. Dat raakt aan het thema van het jubileum: veerkracht. De verschillende bijdragen aan dit nummer laten zien hoe diffuus dat begrip eigenlijk is. Hoe zien jullie de veerkracht van de NVBe en het Podium?

Dirk: Ik ben heel optimistisch, want we hebben in korte tijd twee oproepen voor nieuwe redactieleden geplaatst, waarvoor zich veel jonge mensen meldden. Binnen verschillende opleidingen wordt aandacht aan ethiek besteed, maar mensen

kunnen dat ei niet altijd in hun werk kwijt. Er is echt belangstelling om vrijwillig in de redactie van het *Podium* te zitten. Op dat punt zijn we uiterst veerkrachtig.

En heeft dat te maken met de vrije ruimte die het Podium is en biedt?

Dirk: Toen ik hoorde dat het thema ‘veerkracht’ zou zijn, dacht ik in eerste instantie: waar moet dat dan over gáán? Maar doordenkend: veerkracht heeft te maken met onzekerheid, crisis. Dit vraagt iets van je waarbij je niet zomaar kan terugvallen op je routines, je gebruikelijke manieren van doen. Veerkracht is nodig om toch overeind te blijven. Teruggaand naar die notie over de verplaatsing van de ethiek: soms moet dit met de snelheid van het licht, zoals bij de komst van COVID. Dat vraagt iets van mensen, maar ook van instituties: de ruimte om die veerkracht te kunnen borgen. Vanuit die optiek kun je ook naar het *Podium* kijken: het biedt ruimte om nieuwe vraagstukken onder ogen te zien en daarover met elkaar in gesprek te gaan en te blijven.

Lieke: Ik denk dat veerkracht mede afhangt van flexibiliteit. In de beschreven veranderingen vande afgelopen 30 jaar is het *Podium* meegegroeid, ofwel als aanjager ofwel als volger.

De mate waarin een organisatie bereid is om mee te bewegen bepaalt de veerkrachtigheid. Tegelijkertijd moet je ook niet met alle winden meewaaien natuurlijk

Longe mensen die meedoen veranderen ook weer wat het *Podium* en de NVBe doen. De mate waarin een organisatie bereid is om mee te bewegen bepaalt de veerkrachtigheid. Tegelijkertijd moet je ook niet met alle winden meewaaien natuurlijk, het is een precair evenwicht. Ik denk dat we daar de afgelopen dertig jaar goede formules voor hebben ontwikkeld.

Dirk: Veerkracht is inderdaad niet alleen meeveeren met alles, maar vraagt ook om een zekere robuustheid.

Lieke: Hoe stugger de veer... En ook: hoe veerkrachtig de veer is, weet je pas als die ingedrukt is.

Dat zijn wijze woorden voor de toekomst. Hartelijk dank!

Eindnoten

1. Zie <https://nvbe.nl/wp-content/uploads/2019/03/podium-18-2-ethiek-en-praktijk-anno-2018.pdf>
2. Van den Hoven, M., van der Scheer, A. M., & Willems, D. (2010). Ethiek in Discussie. Praktijkvoorbeelden van ethische expertise.

Ons zorgsysteem kan alleen veerkrachtig zijn als het inclusief is

Jill van der Kamp

Bezuinigingen, medicalisering, een vergrijzende samenleving en gevolgen van de coronacrisis leiden tot een hoge werkdruk voor zorgprofessionals. Steeds meer mensen hebben zorg nodig, en steeds minder mensen kunnen zorg bieden. Veel zorgprofessionals, overheidsinstellingen en zorgverzekeraars zijn daarom op zoek naar manieren om de hoge (werk)druk in de zorg te verlagen. Een mogelijke oplossing is het ondersteunen en vervangen van zorgprofessionals door intensiever gebruik van digitale zorgapplicaties. Maar kan het zorgsysteem wel veerkrachtig zijn als niet iedereen gebruik wil of kan maken van deze applicaties?

Beloftes rondom digitale zorg

De verwachtingen van digitale zorg zijn groot, en het laatste decennium zijn er veel onderzoeken gestart naar verschillende vormen hiervan. Denk aan apps die medische gegevens, zoals glucose in het bloed of hartritmes, thuis monitoren en soms direct doorgeven aan zorgverleners in het ziekenhuis. Ontwikkelaars van digitale zorg verwachten dat zorgprofessionals met behulp van digitale applicaties meer mensen kunnen onderzoeken, monitoren en behandelen, waardoor de hoge druk op het zorgsysteem minder wordt. Hoewel dit veelbelovend is, heeft het inzetten van digitale zorg ethische implicaties waar ik graag aandacht voor wil vragen. Een veerkrachtig zorgsysteem biedt adequate zorg, ook in tijden van schaarste. Daarvoor moet de druk op de zorg goed verdeeld zijn. Digitale zorg kan een deel van de druk verlichten, omdat zorgtaken worden verplaatst, aangevuld of overgenomen door het systeem zelf of door anderen. Het is echter de vraag of

Een veerkrachtig zorgsysteem biedt adequate zorg, ook in tijden van schaarste

iedereen deze drukverplaatsing even goed kan dragen. In dit artikel betoog ik dat met digitale oplossingen het risico bestaat dat bepaalde groepen onvrijwillig uitgesloten worden van goede zorg, en dat toegankelijkheid een voorwaarde is voor veerkrachtige zorg.

Digitale zorg kan de kwetsbaarheid van specifieke groepen vergroten

Digitale zorg is niet altijd of voor iedereen de juiste oplossing, om verschillende redenen. Ten eerste schuift de verantwoordelijkheid om adequate zorg te leveren mee met het verschuiven van de zorgtaken. Ook al is de intentie van zorgprofessionals om patiënten alleen gereedschap te geven om zorgtaken zelf uit te voeren, de verantwoordelijkheid van het correct uitvoeren wordt ook meegegeven. Digitale applicaties waarmee patiënten bijvoorbeeld bloedwaardes meten, vragen van patiënten meer vaardigheden en verantwoordelijkheid dan het huidige zorgsysteem. De verantwoordelijkheid voor het digitaal controleren en monitoren van de eigen gezondheid is bovendien niet van bovenaf op te leggen, omdat de betekenis van gezondheid per persoon verschilt en afhankelijk is van de situatie waarin iemand zich bevindt.

Een voorbeeld van waar dit knelt is dat niet alle mensen de keus hebben om wel of niet gebruik te maken van digitale zorgapplicaties, omdat ze uitgesloten worden door het ontwerp van de technologie (Wyatt, 2003). Zo heeft iemand voor het gebruik van een app om glucosemetingen te monitoren en te delen met zorgprofessionals zowel een smartphone met internettoegang nodig, als digitale en gezondheidsvaardigheden. De digitale zorg is in dat geval zo ontworpen, dat iemand moet voldoen aan bepaalde eisen om toegang te krijgen. Wie daar niet aan voldoet, wordt uitgesloten van gebruik. Dit kan komen door praktische omstandigheden, bijvoorbeeld omdat niet alle mensen het financieel kunnen veroorloven om digitale apparaten zoals smartphones te hebben. Daarnaast zijn er ook veel mensen in Nederland met beperkte gezondheidsvaardigheden of laaggeletterdheid. Hierdoor is het niet voor iedereen even gemakkelijk om de juiste zorg te bereiken of te ontvangen.

Ten tweede is digitale zorg niet altijd de juiste oplossing voor het onderliggende probleem. In situaties waarin de oorzaak van gezondheidsproblemen sterk samenhangt met de leefomgeving zullen oplossingen die gericht zijn op het individu, zoals digitale zorgapplicaties, niet goed werken. Mensen in kwetsbare situ-

aties, zoals mensen die in armoede leven of te maken hebben met taalbarrières, hebben vaak andere problemen en daarmee andere gezondheidsbehoeftes. Een voorbeeld hiervan is dat mensen met lage inkomens vaak in gebieden wonen met meer luchtvervuiling, verwaarlozing en criminaliteit. In deze gebieden zijn minder plekken in de publieke ruimte voor natuur of sociale interactie, zoals parken (Horstman & Knibbe, 2022). Horstman & Knibbe (2022) laten zien dat mensen die hier wonen behoefte hebben aan publieke ontmoetingsplekken met bekenden en onbekenden om verschillende ervaringen en kennis te delen en te coördineren om de buurt zorgzamer en leefbaarder te maken. Diabetes type 2 komt veel voor onder lage inkomens, maar een glucometer op afstand is hier niet de juiste oplossing, omdat deze de focus legt op individuele gedragsverandering. In plaats daarvan kan beter worden ingezet op aanpassingen in de maatschappij en collectieve maatregelen zoals verbeteringen binnen de voedselindustrie. Wanneer digitale zorg niet aansluit op de zorgbehoeftes van specifieke groepen, kan het de gezondheidskloof met andere groepen vergroten.

Digitale zorg kan de gezondheidskloof met andere groepen vergroten

Ten derde zijn er verschillende wetenschappers en ethici die aangeven dat de introductie van digitale zorg problematisch kan zijn omdat het ten koste gaat van persoonlijk contact, bijvoorbeeld tussen de arts en patiënt (e.g. Pols, 2012; Wendrich *et al.* 2019). Zorg bestaat voor een belangrijk deel uit relaties: tussen arts en patiënt en andere actoren zoals zorgverzekeraars, en ook tussen artsen en tussen patiënten onderling. Als wij spreken over druk op het zorgsysteem dan horen daar ook de relaties tussen mensen en organisaties bij. Hierbij gaat het over het opbouwen van vertrouwen en elkaar goed leren kennen. Dat is niet altijd even makkelijk en er kan ook wantrouwen en bezorgdheid spelen, vooral bij mensen in kwetsbare situaties die door negatieve ervaringen met het zorgsysteem wantrouwig zijn geworden. In een app waarin alleen glucometingen gedeeld worden met zorgprofessionals, kan de zorgprofessional geen volledig beeld vormen van de patiënt, zoals over het ziekteverloop en de leefsituatie. Tegelijkertijd krijgt de patiënt niet de mogelijkheid om andere onderdelen van gezondheid te bespreken zoals bezorgdheid rondom ziekte en gezondheid en de invloed van de ziekte op het alledaagse leven.

Het risico van de inzet van digitale applicaties om bepaalde zorgtaken te vervangen, is dus dat er mensen onvrijwillig uitgesloten worden van goede zorg.

Het zorgsysteem is in haar huidige vorm al niet voor iedereen even toegankelijk. Vooral mensen in kwetsbare situaties hebben om verschillende redenen minder toegang tot goede zorg, bijvoorbeeld door financiële problemen, of een gebrek aan persoonlijke contacten en inzicht in de complexiteit van het zorgsysteem. Door de eisen die een technologie stelt aan individuele vaardigheden, het niet aanpakken van onderliggende problemen en de mogelijk verminderde arts-patiënt relaties wordt de zorg nog minder toegankelijk voor mensen in kwetsbare situaties. Digitale zorg maakt in dat geval de zorg niet veerkrachtiger, maar versterkt juist de kwetsbaarheid van bepaalde groepen.

Digitale zorg is niet dé oplossing maar een oplossing

Een veerkrachtig zorgsysteem is dus inclusief en houdt rekening met verschillen tussen mensen. Digitale applicaties kunnen een aanvulling zijn op de zorg voor mensen die daar behoefte aan hebben. Maar het is niet de enige oplossing voor de problemen waar we voor staan, en ook niet de oplossing waar de meeste focus op moet liggen. Want hierdoor blijven andere vormen van zorg, die kunnen bijdragen aan een veerkrachtiger systeem, buiten beeld.

We moeten enerzijds goed kijken waar digitale applicaties wél kunnen bijdragen aan veerkracht. Bijvoorbeeld het deel van het zorgsysteem dat puur gaat over de samenvoeging van zorgtaken, en niet over de relaties tussen mensen. Een digitale glucosemeter kan een aanvulling zijn op de zorg, maar alleen voor patiënten die dit kunnen en willen gebruiken als hulpmiddel om hun ziekteverloop in meer detail in kaart te brengen, naast de bespreking van hun ervaringen en klachten met hun arts. Anderzijds is het belangrijk om na te denken over andere manieren om de zorg en de mensen die daar gebruik van maken veerkrachtiger te maken, en daar meer (empirisch) onderzoek naar te doen. Want er zijn andere manieren om de druk op de zorg te verminderen, door het huidige zorgsysteem anders in te richten. Samen met de verschillende belanghebbenden kan er zo aan een systeem worden gewerkt dat inclusief is en rekening houdt met verschillen tussen mensen. Concrete voorbeelden hiervan zijn verschillende woonvormen voor ouderen die niet langer zelfstandig kunnen wonen (Verbeek *et al.* 2012), of het beter delen van kennis en expertise tussen

Het is belangrijk om onderzoek te doen naar andere manieren om de zorg en de mensen die daar gebruik van maken veerkrachtiger te maken

verschillende betrokkenen zoals patiënten, wetenschappers en zorginstaties (Pols, 2012).

De focus op digitale zorgapplicaties als oplossing voor problemen van schaarste in de zorg kan een systeem in stand houden waarin de verantwoordelijkheid voor gezondheid bij individuen ligt, terwijl er een sociale verantwoordelijkheid is om een gezonde samenleving te creëren en te onderhouden (zie o.a. Horstman & Knibbe, 2022). We moeten met elkaar nadenken over hoe wij, als maatschappij, ons zorgsysteem willen inrichten, omdat het zorgsysteem alleen veerkrachtig kan zijn als het inclusief is.

Jill van der Kamp, PhD student aan het Institute for Science in Society, Radboud Universiteit.

Literatuur

- Horstman, K. & Knibbe, M. (2022). *Gezonde stad. Uitsluiting en ontmoeting in de publieke ruimte*. Utrecht: Uitgeverij de Graaff
- Pols, J. (2012). *Care at a distance: on the closeness of technology*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Verbeek, H., Zwakhalen, S. M., van Rossum, E., Kempen, G. I., & Hamers, J. P. (2012). Small-scale, homelike facilities in dementia care: a process evaluation into the experiences of family caregivers and nursing staff. *International journal of nursing studies*, 49(1), 21-29.
- Wendrich, K., van Oirschot, P., Martens, M. B., Heerings, M., Jongen, P. J., & Krabbenborg, L. (2019). Toward digital self-monitoring of multiple sclerosis: investigating first experiences, needs, and wishes of people with MS. *International journal of MS care*, 21(6), 282-291.
- Wyatt, S. (2003). Non-Users Also Matter: The Construction of Users and Non-Users of the Internet. In Oudshoorn, N. & Pinch, T. (Eds.). *How Users Matter: The Co-Construction of Users and Technologies*. Cambridge, MA: MIT Press.

Het slecht-nieuwsgesprek bestaat niet meer!

Stefan Haensel

Het klassieke slecht-nieuwsgesprek (SNG), waarbij de arts alle uitslagen en de vervolgbehandeling met de patiënt en z'n familie bespreekt, bestaat niet meer. Tijdens de analyse zijn de resultaten van de onderzoeken tegenwoordig immers direct opvraagbaar via het patiëntenportaal, evenals de richtlijnen voor de behandeling. Het kan leiden tot eenzaam verdriet, onzekerheid en verlies aan houvast bij iedere losse uitslag die binnendruppelt. Maar er zijn ook voordelen te benoemen, zoals dat de patiënt eerder geïnformeerd is, en beter voorbereid op het SNG. Om deze voordelen te benutten is veerkracht nodig, zowel van de arts als van de patiënt. Met onderstaande fictieve casus zal ik dit toelichten.

Iedereen heeft er een beeld bij, of zelfs ervaring mee: na weken van onderzoek en onzekerheid wordt er met de vaste arts een afspraak gemaakt voor een slecht-nieuwsgesprek (SNG). Hierin wordt, in het bijzijn van enkele familieleden en een verpleegkundige, op empathische wijze de diagnose besproken en de consequenties die daaruit voortkomen: een operatie, chemo's, of alleen nog maar palliatieve maatregelen. Daarnaast is er ruimte voor troost en relativering. Ik wil u in dit artikel vanuit het perspectief van een medisch specialist schetsen waarom dit beeld niet meer overeenkomt met de werkelijkheid en is verworpen tot een nostalgische herinnering. Deze verandering is overigens nooit een vrije keuze geweest. Het is een consequentie van de schaarste in de zorg, de introductie van het elektronische dossier, de informatieplicht (WGBO¹), de lobby's van patiëntenorganisaties², de Treeknormen³, en het servicegevoel van de zorginstelling.

Een man van 65 jaar, een trouwe roker, plast op een dag pijnloos maar zichtbaar bloed (hematurie) en meldt zich bij z'n huisarts. Deze sluit eerst een blaasontsteking uit en belt met het ziekenhuis voor een verwijzing naar de urologie. De patiënt krijgt volgens het protocol "Zorgpad Hematurie" binnen een

week een afspraak op het urologisch spoedspreekuur (dokter 1). Dit spreekuur wordt per toerbeurt vervuld door een van de elf urologen die werkzaam zijn in het ziekenhuis. Na aanmelding wordt patiënt gevraagd zijn urine in te leveren voor spoedanalyse. In afwachting van de uitslag daarvan en het gesprek met de uroloog krijgt hij een folder over een kijkonderzoek in de blaas (cystoscopie) die hij in de wachtkamer kan lezen.

In de spreekkamer wordt bij de anamnese uitgebreid stilgestaan bij z'n oncologische voorgeschiedenis, rookgedrag, overige risicofactoren en kwaadaardige ziektes in de familie. Aansluitend aan het gesprek volgt de cystoscopie, waarbij de patiënt direct kan meekijken op een beeldscherm. Er wordt een verdachte afwijking gezien die uitgebreid wordt gefotografeerd. Weer terug in de spreekkamer wordt het inzicht gedeeld dat het "mogelijk kanker" is, maar niet zeker, en over eventuele uitzaaiingen kan op dit moment niets worden gezegd. Daar is een CT-scan voor nodig. Er zal daarom een kijkoperatie in de blaas moeten volgen om de diagnose met zekerheid te stellen. Het verloop van de opname en operatie wordt besproken, evenals de mogelijke complicaties van de operatie (bloeding, ontsteking, perforatie). Het *informed consentformulier* wordt direct digitaal ondertekend. ("Heeft u verder nog vragen?"). De patiënt krijgt het advies om te stoppen met roken. En met afspraken voor een bloedonderzoek, nieuw urineonderzoek, een CT-scan van de buikorganen, een afspraak bij de anesthesist, een link naar een instructievideo, een standaardvragenlijst van de anesthesist, een kaartje van een stoppen-met-rokenorganisatie en nog een paar informatiefolders neemt de spoedarts weer afscheid. Als er een oncologisch verpleegkundige beschikbaar is, dan neemt die graag nog even tijd om met de patiënt uit te blazen, de gedachtes te ordenen en eventueel nog wat extra toelichting te geven. En te troosten. Hij krijgt het advies om bij een volgend polikliniekbezoek niet meer alleen te komen. En om te stoppen met roken.

Hij krijgt het advies om bij een volgend polikliniekbezoek niet meer alleen te komen. En om te stoppen met roken

Het bloed wordt geprikt, en vanwege onze informatieplicht (WGBO) en het servicegevoel van de ziekenhuisorganisatie, zijn alle uitslagen en correspondentie direct elektronisch opvraagbaar via het patiëntenportaal. Daartoe dient onze patiënt eerst met enkele ingewikkelde handelingen via DigiD in te loggen, en ziet hij vervolgens laboratoriumuitslagen die voor hem onbegrijpelijk zijn. Maar

objectief gezien zijn ze niet verontrustend. Voor de CT-scan volgt een separate afspraak, en ook die uitslag, in vakjargon, is enkele dagen later zelf te raadplegen. Om ervoor te zorgen dat patiënt voorafgaand aan de operatie duidelijkheid heeft over deze belangrijke uitslag (wel of geen uitzaaiingen) krijgt hij voorafgaand aan de operatie een belafpraak met een arts, en dat is om logistieke redenen vaak iemand anders dan het eerste consult (dokter 2). De dokter belt 3 uur later dan afgesproken, omdat het druk was in de kliniek.

Na een telefonisch consult met een anesthesiemedewerker (heeft u geen hoge bloeddruk, heeft u geen suikerziekte ...) volgt al snel de operatie om het afwijkende weefsel uit de blaas te verwijderen en te kunnen onderzoeken. De zaalarts is dokter 3, en de operatie wordt uitgevoerd door iemand die met deze operatie veel ervaring heeft (dokter 4). Bij de operatie bij onze patiënt is niet alles weggehaald. De afwijking bleek dieper te zitten dan eerder gedacht, en het risico van perforatie werd te groot. Het herstel verloopt vlot, en de patiënt kan de volgende dag naar huis. Hij krijgt een folder mee met tips voor het herstel, en een patiëntenevaluatieformulier voor intern gebruik in het ziekenhuis. En een kaartje van de stoppen-met-rokenorganisatie.

De pathologie-uitslag, die nog nodig is om alle informatie te hebben verzameld, duurt lang. Soms 2 weken. Vaak heeft dat te maken met aanvullende kleuringen die moeten worden gebruikt om specifieke kenmerken van de kwaadaardige afwijking te achterhalen, die belangrijk kunnen zijn voor de vervolgbehandeling. Verder moeten alle uitslagen nog besproken worden in het regionale online multidisciplinaire overleg (MDO). Dat wordt 1x per week georganiseerd.

De uitslag blijkt in deze casus blaaskanker te zijn, met doorgroei tot in de blaasspier, en geen uitzaaiingen. De uitslag is online opvraagbaar in het patiëntenportaal. Bij het MDO wordt besloten dat patiënt in aanmerking komt voor een grote operatie waarbij z'n blaas en prostaat moeten worden verwijderd, en een urinestoma moet worden aangelegd. Deze conclusie wordt direct na het MDO digitaal naar de verwijzer en de huisarts gestuurd, en is wederom dezelfde minuut opvraagbaar in het patiëntenportaal. De nationale oncologische richtlijnen zijn bovendien online vrij beschikbaar in leesbare taal⁴.

Tijdens de analyse zijn de resultaten van de onderzoeken direct opvraagbaar via het patiëntenportaal, evenals de richtlijnen voor de behandeling

Dan volgt eindelijk, ongeveer 5 of 6 weken na het eerste polikliniekbezoek

en tenminste 2, vaak 3 weken na de operatie, het SNG. Om ervoor te zorgen dat de patiënt en z'n meegekomen familieleden niet tevergeefs komen, omdat misschien de pathologie-uitslag nog niet bekend is of het MDO nog niet heeft plaatsgevonden, wordt deze marge aangehouden. In de meeste gevallen is de uitslag echter al veel eerder bekend, zodat de patiënt via het patiëntenportaal vaak al op de hoogte was van de uitslag en het behandelvoorstel.

De afspraak voor het SNG is bij voorkeur bij de arts die ook geopereerd heeft, maar er is haast geboden. Dit is vanwege de zogenaamde Treeknorm⁴, waarbij wordt gesteld dat de definitieve operatie (in dit geval de operatie die in het academisch ziekenhuis nog moet volgen) uiterlijk binnen 12 weken moet plaatsvinden na het állereerste polikliniekbezoek. Daarom wordt alvast een afspraak gepland bij dokter 5, die nog “een gaatje” heeft. En soms is dat trouwens weer dezelfde als dokter 2, of 1.

Enfin. Tijdens dat gesprek, waarbij de patiënt dus via allerlei kanalen de verschillende uitslagen al kent, evenals de

Daarom wordt alvast een afspraak gepland bij dokter 5, die nog “een gaatje” heeft

inhoud van de vigerende richtlijnen en het advies van het MDO, valt er dus vaak geen informatie meer toe te voegen aan de feiten zoals die al bekend zijn bij

patiënt en z'n familie. Er is dan gelukkig wel ruimte voor troost, het beantwoorden van vragen en het wegnemen van de misverstanden die ontstaan zijn door onjuiste interpretatie van alle informatie die de patiënt in de tussentijd vergaard

heeft. De patiënt wordt vervolgens doorverwezen naar het academisch ziekenhuis, waar hij binnen enkele dagen een afspraak krijgt op het spoedspreekuur.

En dan start de hele cyclus in het academische ziekenhuis opnieuw.

Bovenstaande praktijkschets biedt een somber beeld van de hyper-efficiënte inrichting van de zorgstraten, hoe een “transparante manier” van werken zich heeft ontwikkeld en waartoe dat kan leiden. Onzekerheid en eenzaam verdriet bij iedere uitslag, die zonder context en uitleg als betekenisloos maar omineus kunnen worden ervaren.

Maar naast deze gebruikelijke nadelen kan het ook enkele belangrijke voordelen bieden. Als de patiënt gedurende het proces goed geïnstrueerd en begeleid is, kan een SNG met voorkennis van de uitslagen juist een uitstekend

‘Voor een goed geïnstrueerde en voorbereide patiënt, kan een SNG een uitstekend podium zijn om sneller samen een beslissing te nemen’

podium zijn om sneller samen een beslissing te nemen. Bijvoorbeeld over de vervolgbehandeling, zonder gehinderd te worden door de emoties van het moment en zonder verlies van tijd die het nodig heeft om de uitslagen te verwerken. En door de efficiëntie van het systeem wordt er kostbare tijd gewonnen die de genezingskansen uiteindelijk ten goede zullen komen.

Toch is de huidige situatie ongewenst. De patiëntengroep is zeer divers: sommigen zijn afwachtend en bereiden zich niet voor op het SNG, anderen volgen de informatie dagelijks en hebben vooraf zelfs al de richtlijnen geraadpleegd. Sommigen zijn laaggeletterd. Er is daarom van diverse kanten initiatief nodig om hulp op maat te verlenen.

Eenzijds ligt er een belangrijke taak bij de zorginstellingen om meer persoonlijke begeleiding te bieden aan de patiënt tijdens de onderzoeksfase. Dat staat vast, en daaraan wordt hard gewerkt. Anderzijds ligt er ook een belangrijke taak bij de patiëntwetenschappers om te onderzoeken waaraan nu echt behoefte is, en of we, met deze ingeslagen weg van onophoudelijke verplichte informatievoorziening de patiëntenzorg nu juist hebben verbeterd of niet.

Hebben we met deze weg van onophoudelijke verplichte informatievoorziening de patiëntenzorg nu verbeterd of niet?

Dr Stefan M. Haensel, uroloog en opleider, Franciscus Gasthuis & Vlietland, SCEN-arts regio Rijnmond

Eindnoten

1. Zie https://wetten.overheid.nl/BWBR0005290/2020-07-01/#Boek7_Titeldeel7_Afdeling5 (geraadpleegd 16 aug 2023)
2. Zie <https://www.patiëntenfederatie.nl/extra/uw-rechten-als-patient/recht-op-inzage-in-jouw-medisch-dossier>
3. Zie Soncos Normeringsrapport 2023, Federatie Medisch Specialisten, Utrecht 2023, p.34
4. Zie <https://www.kanker.nl/informatie>

Schaarste als kans voor herprofessionalisering

José Krijnen

Al meerdere decennia luiden artsen de noodklok: men komt te weinig toe aan de kern van het werk en verliest hierdoor bezieling. Schaarste in de zorg kan deze vervreemding vergroten, maar kan ook dé kans zijn voor herprofessionalisering. Het is noodzakelijk om te herbezinnen op de ordende principes in de gezondheidszorg waartoe een arts zich moet verhouden. Voor een veerkrachtige professional en een veerkrachtig zorgstelsel pleit ik voor het centraal stellen van de professionele logica.

Inleiding

Schaarste in de zorg krijgt dagelijks aandacht in de media. Het tekort aan personeel en middelen zal enkel toenemen. Hiermee neemt de druk op de veerkracht van de professionals en het zorgstelsel toe. Maar schaarste zou ook het kantelpunt kunnen zijn in de nu al meer dan twintig jaar durende discussie over deprofessionalisering. Men ervaart onvoldoende professionele autonomie in het werk en verliest hiermee bevoegdheid. Gevaar is dat men oplossingen zoekt in meer

Schaarste kan de voortdurende discussie over deprofessionalisering kantelen

doelmatigheid en hierdoor nog meer bureaucratie of marktwerking introduceert.¹ Wil men voldoende kunnen bijdragen aan de veerkracht, de professional en het zorgstelsel, dan is het meer dan ooit noodzakelijk om te herbezinnen op de ordende principes

in de gezondheidszorg. In deze bijdrage betoog ik dat het werken vanuit de gespecialiseerde kennis en het eigen deskundig oordeel weer leidend moeten worden. Ik zal dit uitwerken vanuit het denken van Freidson waarin drie ordende logica's (in de zorg) worden beschreven. Deze theorie wordt aangevuld met de deugdethiek volgens MacIntyre waar menselijke bloei als evaluatieve standaard geldt.

Drie logica's

Vanaf het begin van deze eeuw wordt een (vaak verhitte) discussie rondom (de-)

professionalisering gevoerd.² In zijn standaardwerk *Professionalism. The third logic* (2001) beschrijft de professiesocioloog Eliot Freidson professionalisering als een logica. Met het woord logica bedoelt hij een systematische wijze van denken, een ideaaltypische visie van intuïtief met elkaar samenhangende ideeën over hoe arbeid en werk behoren te worden ingericht en beheerd. Naast professionalisme onderscheidt Freidson nog twee logica's of ordende principes, respectievelijk de bureaucratische logica en de logica van de markt.

Kenmerkend voor de professionele logica van Freidson is de discretionaire ruimte. Dit wil zeggen dat de professional werkt op basis van gespecialiseerde kennis en het eigen deskundig oordeel. Deze grote autonomie is gebaseerd op vertrouwen vanuit de samenleving. De beroepsgroep heeft een monopoliepositie verworven; men bepaalt zelf de taakverdeling en de opleidings- en kwaliteitseisen. Motiverend is de dienstbaarheid aan waarden, die het individuele belang overstijgen. Men wil bijdragen aan een gemeenschappelijk goed zoals gezondheid of menselijke waardigheid. Freidson plaatst deze logica in een spanningsveld met de bureaucratische logica en de logica van de markt. Men spreekt van deprofessionalisering als de professionele ruimte geërodeerd raakt door een te grote dominantie van de andere twee logica's. Hieronder licht ik de andere twee logica's kort toe door ze te verbinden aan de gezondheidszorg. Zij blijken ook belangrijke waarden te behartigen.³

De bureaucratische logica wordt gekenmerkt door dienstbaarheid aan procedures, protocollen, richtlijnen, kwaliteitsindicatoren en meetbare output. Overheid, bestuurders en management bepalen de taakverdeling en de kwaliteitseisen. Extern toezicht zoals een inspectie waarborgt kwaliteit. Als door bureaucratie de hoeveelheid registratie- en regeldruk toeneemt, raken de zorgpraktijken uitgehold. Een arts spendeert een groot deel van de tijd aan bureaucratische werkzaamheden. Tijd die men liever aan de patiënt zou besteden. Bovendien komt de professionele logica in het gedrang als de arts onvoldoende kan afwijken van professionele richtlijnen op basis van het eigen deskundig oordeel. Veel artsen zijn beducht voor klachtenprocedures en tuchtzaken. De andere kant van de medaille is het ontlopen van de professionele verantwoordelijkheid door zich

Men spreekt van deprofessionalisering als de professionele ruimte geërodeerd raakt door een te grote dominantie van de bureaucratische logica en de logica van de markt

te beroepen op standaarden. Kritiek op logge bureaucratische procedures kleurde het eerdergenoemde professionaliseringsdebat rond de eeuwwisseling.

Om de uitwassen van de bureaucratie terug te dringen en om kosten te beheersen, is er in 2008 gekozen voor de logica van de markt als organiserend principe in de zorg. In de logica van de markt is de vraag van de klant leidend. Concurrerende ondernemers creëren (zorg)producten en klantentevredenheid bepaalt de kwaliteit. Hierdoor ontstaat als vanzelf een goede prijs-kwaliteitsverhouding. Men realiseerde zich echter onvoldoende dat vermarkten van zorg een grote bureaucratische organisatie vereist. Maar ook de aard van het zorgstelsel maakt tijdrovende controlemechanismen noodzakelijk. De overheid blijft uiteindelijk eindverantwoordelijk voor de betaling en de toegankelijkheid van de zorg. Bovendien dient het uitgeven van publiek geld ook door de zorgverzekeraar te worden verantwoord. Dit maakt het lastig om de bureaucratische logica te reduceren. Een laatste punt is dat een patiënt kan kiezen voor een zorgverlener of zelfstandig behandelcentrum, maar in feite bij het maken van deze keuze geen prijs-kwaliteitvergelijkingen maakt.

De logica van de bureaucratie en de markt behartigen echter ook belangrijke waarden. De bureaucratische logica schept voorwaarden om het werk goed uit te oefenen. Gelijke behandeling bij wet voorkomt willekeur, vriendjespolitiek of corruptie. Zorgvuldige registratie van zorg maakt het mogelijk om interprofessioneel samen te werken. Daarnaast maakt registratie het mogelijk om de kwaliteit van de geleverde zorg te controleren, bijvoorbeeld bij onverwachte complicaties. De arts-patiëntrelatie kenmerkt zich door een sterke asymmetrie. *Informed consent* en het samen doorspreken van zorgplannen brengen meer evenwicht in deze relatie. Bureaucratie veroorzaakt vertraging maar waarborgt rechtvaardigheid.

Bureaucratie waarborgt rechtvaardigheid. En door de logica van de markt, de klant centraal, is er meer ruimte voor patiëntrechten

Door de logica van de markt, waar de klant centraal staat, is er meer ruimte gecreëerd voor patiëntrechten. De patiënt is klant geworden en er wordt veel waarde gehecht aan zijn of haar tevredenheid. De afgelopen decennia is er veel nieuwe wet- en regelgeving geïntroduceerd om de mondigheid te bevorderen.

Patiëntrechten zijn een groot goed, maar onlosmakelijk verweven met meer bureaucratie. Geconcludeerd kan worden dat marktlogica niet voldoet aan

de verwachtingen om bureaucratie terug te dringen en kosten te beheersen. Voor een veerkrachtige professional en een veerkrachtig zorgstelsel kan de noodzakelijke transitie enkel slagen als men trouw blijft aan de overstijgende waarden of het gemeenschappelijk goed die de professionele logica aandrijven. Maar hoe vertaal je deze ‘abstracte waarden’ naar professie en beleid? Hierbij is de deugdeethiek van de filosoof Alasdair MacIntyre behulpzaam. Ik leg summier uit waar deze deugdeethiek op gestoeld is om daarna een aantal gedachtelijnen uit te zetten rondom professie en veerkracht.

Menselijke bloei als evaluatieve standaard

In de deugdeethiek staat de vraag naar het goede leven centraal. Hierbij geldt het menselijk geluk of menselijke bloei als universele evaluatieve standaard bij het maken van (morele) afwegingen. Mensen komen tot bloei door de participatie aan praktijken. De medische professie, maar ook moederschap of het onderhouden van een organisatie zoals een ziekenhuis, is een praktijk. Praktijken worden gedefinieerd als vormen van sociaal gedeeld handelen, waarbij men streeft naar het realiseren van de interne doelen (*goods*). Mensen cultiveren in hun praktijkbeoefening karaktereigenschappen of deugden zoals moed, bedachtzaamheid en menslievendheid. Deze zijn noodzakelijk om de praktijk op excellente wijze te beoefenen en de interne doelen te realiseren.

Praktijken ontwikkelen zich binnen instituties. Instituties handhaven zich enkel door het behalen van externe doelen zoals het vinden van financiële middelen, een goede concurrentiepositie of meetbare output. De onvermijdelijke co-existentie van zowel interne doelen (van praktijken) en externe doelen (van de instituties waarbinnen zij plaatsvinden) creëert altijd spanningen. De interne doelen van praktijken

behoren te worden gefaciliteerd door het realiseren van de externe doelen.

Mij lijkt het evident dat menselijke bloei of de ‘operationalisering’ van het goede leven als evaluatieve standaard de patiënt, de professionele ruimte en de organisatie in het zorglandschap ten goede komen. Denk bijvoorbeeld aan de kwaliteit van leven als criterium bij medische beslissingen in plaats van medische kansen of maakbaarheid.

Jos Kole (2018) koppelt de interne en externe doelen van praktijken aan

Menselijke bloei als evaluatieve standaard komt de patiënt, de professionele ruimte en de organisatie in het zorglandschap ten goede

de eerdergenoemde logica's van Freidson. De interne doelen zijn in zekere zin parallel aan de logica van de professie. Externe doelen zou je op een lijn kunnen zetten met de logica van de bureaucratie en de markt. Beide logica's zijn gericht op doelmatigheid, wat zich goed laat vertalen in externe doelen. De notie dat het realiseren van externe doelen in dienst behoort te staan van het realiseren van de interne waarden van de praktijken zou kunnen fungeren als een toetssteen om de juiste balans te vinden tussen de drie logica's.

Ingewikkeld punt is dat door de schaarste de interne en externe doelen (nog) meer dan hiervoor verknoopt raken. Bijvoorbeeld: om kosten te besparen en kwaliteit van zorg te waarborgen wordt 'Kwaliteit van leven' als beleids- en beheersinstrument ingezet. Maar het is ook denkbaar dat deze twee verschillende doelstellingen elkaar ondermijnen. Soms is de meest geschikte behandeling in het licht van kwaliteit van leven ook het duurste. Of denk aan de roep om duidelijke kaders bij prioritering terwijl een arts vanuit de discretionaire ruimte elke patiënt maatwerk wil leveren. Precair is de vraag of nog meer bureaucratie kan worden voorkomen als men rechtvaardigheid wil waarborgen bij prioritering of rantsoenering in de zorg.

Een herbezinning op de ordende principes in de zorg is dus noodzakelijk wil men de zorgpraktijken en hiermee de veerkracht niet verder uithollen. Een veerkrachtige professional en een veerkrachtig zorgstelsel functioneren op basis van de motiverende grondslag of evaluatieve standaard van menselijke bloei. Komende jaren wil ik me in mijn

Vanuit de professionele ruimte kunnen interne doelen worden gerealiseerd, in balans met externe doelen

proefschrift zowel theoretisch als empirisch verdiepen in de vraag naar herprofessionalisering tijdens schaarste. Mijn belangrijkste hypothese is dat enkel vanuit de professionele ruimte de interne doelen van de praktijk kunnen worden gerealiseerd en een legitieme balans met de externe doelen kan worden gevonden.

José Krijnen (MA) is PhD-kandidaat filosofie aan de Tilburg University. Ze is werkzaam als geestelijk verzorger en ethicus in het Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis te Tilburg en tevens actief als beeldend kunstenaar. Ze is ook bestuurslid van NEON.

Eindnoten

1. Het Kader Passende Zorg (Zorginstituut, 2022) is een voorbeeld van het denken in doelmatigheid. De Federatie Medisch Specialisten waarschuwt de Tweede Kamer op 6 januari 2023 dat het programma zal leiden tot nog meer regeldruk, controledwang en arbeidsmarktproblematiek.

2. Evelien Tonkens (2003) speelde in Nederland een belangrijke rol in het introduceren van het gedachtegoed van Freidson in de gezondheidszorg, dat direct leidde tot het overheidsrapport Bewijzen van goede dienstverlening (WRR, 2004).
3. Ik baseer me hier vooral op het werk van Kole (2018) en Tonkens (2003; 2021).

Literatuur

- Freidson, E. (2001). *Professionalism. The third logic*. Cambridge: Policy Press.
- Kole, J. (2018). Beroepszeer en moral distress vanuit beroepsethisch perspectief. In B. van Engelen, G. van der van Wilt, & M. Levi (Reds.), *Wat is er met de dokter gebeurd? Ervaringen en bespiegelingen vanuit de medische arena* (pp. 225-236). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- MacIntyre, A. (1981). *After Virtue. A study in moral theory*. London: Gerald Duckworth & Co Ltd.
- Tonkens, E. (2003). *Mondige burgers, getemde professionals. Marktwerking en professionaliteit in de publieke sector*. Amsterdam: Van Gennep.
- Tonkens, E. (2021). De meeste zorgverleners deugen. In P. Dijken, P. Barnhoorn, J. Geurts (Reds.), *Professionaliteit in de zorg. Reflecteren op je professie* (pp. 97-105). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Solidariteit als fundament voor veerkracht in de zorg

Marije Stegenga en Astrid Vellinga

Zorgorganisaties zien zich steeds vaker genoodzaakt zzp'ers in te zetten en tegelijkertijd kiezen steeds meer zorgverleners ervoor om zzp'er te worden. Dit is een vicieuze cirkel, waarmee de morele veerkracht in de zorg onder druk komt te staan. Met het toenemend personeelstekort van de komende decennia, is de vraag hoe we de zorg tot een goede plek om te werken maken cruciaal. Mogelijk liggen in georganiseerde solidariteit en verbindend leiderschap oplossingen.

ZZP'ers: cijfers en motieven

Nederland is één van de koplopers in Europa als het gaat om de groei in het aandeel zzp'ers in het algemeen. In 2021 was 12 procent van de werkenden (15 tot 75 jaar) zzp'er. Dat komt neer op bijna 1,2 miljoen zzp'ers. In 2022 was het aantal zzp'ers in de zorg de grootst groeiende groep binnen de totale hoeveelheid zzp'ers¹.

Een zzp'er vertelde over haar motief om als zelfstandige te gaan werken: "Sinds ik als zzp'er werk heb ik minder last van zaken die niet goed geregeld zijn. Toen ik nog in loondienst werkte, gingen zaken soms een bepaalde kant op waar ik het niet mee eens was en die ik geen goede zorg vond voor de cliënt. Ik vind het soms lastig om mijn collega's een bepaalde kant op te sturen. Ik zorg beter voor mezelf mentaal als ik niet vastzit aan een team, waar ik de zorg slecht kan beïnvloeden."

Het Nivel constateerde al in 2009 dat één op de zes zorgprofessionals voor zichzelf wilde gaan werken. De voornaamste redenen die toen werden genoemd, waren de mogelijkheid om eigen tijd in te delen (39%) en de vrijheid om naar eigen inzicht te werken (36%). Daarna kwamen redenen als minder onder tijdsdruk werken, kwalitatief betere zorg geven, ontkomen aan knellende regelgeving en meer verdienen (Nivel, 2009).

We willen stilstaan bij hoe het komt dat steeds meer mensen zich genoodzaakt zien om als zzp'er te werken en welke gevolgen dit heeft. Het gaat ons in

de analyse niet om de keuzes van individuen, maar om het onderzoeken van factoren in de huidige organisatie van zorg die hierop van invloed zijn.

Idealen en tragiek

Bij werken in de zorg is het van wezenlijk belang dat je je morele kompas en intuïtie altijd aan hebt staan. Je moet afgestemd zijn op je patiënten en morele dilemma's het hoofd bieden. Dat we door de jaren heen steeds weer zorgprofessionals zien die morele stress ervaren, zich af lijken te sluiten en afgestompt raken, komt doordat dit niet eenvoudig is, in een praktijk die steeds meer van hen vraagt. Professionals hebben zelf vaak allerlei idealen over goede zorg en daarnaast worden zij op pad gestuurd met impliciete idealen verpakt in zorgconcepten: kleinschalig wonen, de cliënt in regie, participatie en passende zorg. Mooie idealen, die helaas ver af staan van de weerbarstigheid, schaarste en tragiek waar professionals zich in de praktijk toe moeten verhouden. Daarbij leidt marktwerking tot schaalvergroting en toename van bureaucratie en uniformiteit, waarmee professionele waarden en professionele vrijheid onder druk komen te staan. Ook dit kan leiden tot morele stress.

Bij werken in de zorg is het van wezenlijk belang dat je je morele kompas en intuïtie altijd aan hebt staan

Coping en het ontstaan van de vicieuze cirkel

Het verdragen van werkdruk en tragiek vraagt veel van zorgprofessionals. Cora van der Kooij beschrijft in haar proefschrift *Gewoon Lief Zijn* (2003) de copingstrategieën die zij waarnam bij zorgprofessionals die langdurig werden geconfronteerd met onoplosbaar lijden en tragiek. Zo onderscheidt zij bijvoorbeeld emotievermijdende coping, waarbij een vorm van reductie optreedt: de patiënt verwordt tot de nier, de wond of de psychose die verzorgd of behandeld dient te worden. De mens als geheel, de complexiteit en de morele afwegingen die horen bij zorg raken uit beeld en de kwaliteit van zorg komt onder druk. Deze reductie maakt het werk behapbaar, maar aan het eind van de dag ga je niet met een goed gevoel naar huis. Je levert zorg onder je eigen morele standaard. Dat geeft morele stress en mensen kunnen dan besluiten de zorg te verlaten. Ook kiezen steeds meer mensen voor werken als zzp'er. Dat biedt een reductie van je verantwoordelijkheid en een manier om toch je eigen idealen vorm te blijven geven in de praktijk, zoals de zzp'er die eerder aan het woord kwam en vertelde over haar

moeite om de zorg te beïnvloeden wanneer ze vastzit aan een team.

Wanneer organisaties bij personele schaarste overgaan tot de inzet van zzp'ers, heeft dat effect op vaste medewerkers. Aan de oppervlakte hebben zij het idee dat zij harder moeten werken voor een minder goede beloning dan hun collega's die als zzp'er werken. Maar impactrijker en minder zichtbaar is dat de inzet van zzp'ers tot gevolg heeft dat de vaste medewerkers met minder mensen de organisatorische en langetermijn-verantwoordelijkheden dragen. Met collega's die slechts passanten zijn is het nog ingewikkelder om invloed uit te oefenen op de dagelijkse kwaliteit van zorg. Zo ervaren vaste medewerkers in deze dynamiek nog meer gebrek aan regelruimte en invloed, hetgeen kan bijdragen aan een toename van morele stress.

Met collega's die slechts passanten zijn is het nog ingewikkelder om invloed uit te oefenen op de dagelijkse kwaliteit van zorg

Voorwaarden voor morele veerkracht

Het is de vraag hoe we de hierboven beschreven vicieuze cirkel kunnen doorbreken. Er is veel onderzoek gedaan naar hoe we de morele veerkracht van zorgprofessionals kunnen bevorderen. Hierin wordt veerkracht vaak gezien als iets persoonlijks, waar je zelf als professional verantwoordelijk voor bent. De context van zorgprofessionals is echter van grote invloed op hun veerkracht. In die context zijn er veel aspecten te onderscheiden, zoals het team, de leidinggevende, de organisatie en wijze waarop de zorg is georganiseerd.

Morele reflectie kan bijvoorbeeld bijdragen aan veerkracht. Het is een manier waarop mensen de complexiteit en tragiek kunnen blijven ervaren en verdragen (Spronk, 2020). Maar morele reflectie vraagt wel veiligheid en coherentie van het team. Het durven bespreken van morele vragen is iets kwetsbaars, waarin teamleden in staat moeten zijn om elkaar te bevragen op handelen dat zij wel uitvoeren, maar dat niet goed voelt. Daar is lef en onderling vertrouwen voor nodig. In de huidige dynamiek, waarin zzp'ers een deel van de diensten overnemen, staat de teamcohesie van zorgprofessionals juist onder druk.

Vanuit onderzoek tijdens de COVID-19-pandemie naar morele stress bij zorgprofessionals wordt ook helder hoe onderlinge emotionele steun in de teams een belangrijke voorwaarde is om personeelsuitval te voorkomen (Greenberg, 2020). Ook uit onderzoek op een Intensive Care-afdeling tijdens de COVID-19-

pandemie blijkt hoe belangrijk sterk en ondersteunend leiderschap is in het voorkomen van morele stress (Kok, 2021). Het is goed denkbaar dat een sterk team en sterk leiderschap in de zorg bijdragen aan morele veerkracht en dat dit andersom ook geldt: wanneer teamgevoel en leiderschap onder druk staan, dragen zij juist bij aan morele stress.

Ook de zorgethiek wijst ons op het belang van onderlinge verbondenheid in de zorg. Tronto duidt zorg vanuit vier dimensies: aandacht, verantwoordelijkheid, competentie en wederkerigheid. In *Caring Democracy* (2013) voegt zij een vijfde overkoepelende dimensie toe: solidariteit, ofwel *caring with*. Zij maakt hiermee helder hoe zorg niet iets individualistisch is, maar iets van gemeenschappen. Zij stelt dat zorg onlosmakelijk met ongelijkheid verbonden is en dat je daarom altijd kritische vragen moet stellen over hoe macht en verantwoordelijkheden in de zorgende taken in een maatschappij verdeeld zijn. Nu in onze huidige zorgcontext steeds meer mensen als zzp'er gaan werken, moet er een nieuwe balans gevonden worden. Zzp'ers nemen immers een positie in binnen het krachtenveld van macht, waarin zij mee kunnen bepalen voor welke zorg zij wel en geen verantwoordelijkheid nemen.

Om zorgorganisaties tot plekken te maken waar mensen zin ervaren in hun werk, zouden we binnen en met zorgteams de dialoog moeten blijven voeren over hoe solidariteit vorm krijgt in de zorg en hoe macht en verantwoordelijkheid verdeeld zijn. Dit geldt des te meer wanneer in de nabije toekomst de positie van mantelzorgers in dit krachtenveld zal veranderen. Onderlinge verbondenheid en

Onderlinge verbondenheid en betrokkenheid van leidinggevenden zijn cruciaal om morele veerkracht te vergroten.

betrokkenheid van leidinggevenden zijn hierbij cruciaal om de tragiek die inherent is aan zorg beter te verdragen en morele veerkracht te vergroten. Maar vanuit het principe van solidariteit is oog hebben voor de zorgende gemeenschap van belang op alle niveaus. Daarom zal deze

dialoog gevoerd moeten worden op micro-, meso- en macro-niveau, omdat ook keuzes in de zorg op bestuursniveau uiteindelijk de praktijk van zorg en de relatie tussen professionals onderling en met patiënten en hun naasten beïnvloeden. Indien solidariteit vanuit de maatschappij en organisaties op die manier wordt ingezet, liggen er zowel op team- als beleidsniveau kansen voor meer morele veerkracht in de zorg. En de solidariteit die hierin centraal staat begint bij onszelf: op wie heeft u gestemd?

Marije Stegenga is stafmedewerker bij Reliëf, christelijke vereniging van zorgaanbieders

Astrid Vellinga is psychiater, senior-onderzoeker en geneesheer-directeur bij Arkin. Beiden zijn bestuurslid bij het NEON, Netwerk Ethiek Ondersteuning Nederland

Eindnoten

1. CBS (2022) Statline. In: *Dossier ZP*. Zie <https://www.cbs.nl/nl-nl/dossier/dossier-zzp>

Literatuurverwijzingen

- Greenberg, N., Docherty, M., Gnanapragasam, S. & Wessely, S. (2020). Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic. *BMJ*; 368: m1211. Doi: 10.1136/bmj.m1211
- Van der Kooij, C. (2003). *Gewoon Lief Zijn? Het maieustisch zorgconcept en het invoeren van geïntegreerde belevingsgerichte zorg op psychogeriatrische verpleeghuisafdelingen*. [Proefschrift] Vrije Universiteit Amsterdam.
- Kok, N., Van Gorp, J., van der Hoeven, J, Fuchs, M., Hoedemaekers, C., Zegers, M. (2021). Complex interplay between moral distress and other risk factors of burnout in ICU professionals: findings from a cross-sectional survey study. *BMJ Quality & Safety* 32(4), 225-234. . Doi: 10.1136/bmjqs-2020-012239
- Nivel (2009). *Werken als zelfstandige, of toch maar niet*. Zie <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/zp.pdf>
- Spronk, B., Widdershoven, G., & Alma, H. (2020). Addressing harm in moral case deliberation: the views and experiences of facilitators. *BMC Medical Ethics* 21:10. <https://doi.org/10.1186/s12910-020-0450-2>
- Tronto, J. (2013). *Caring democracy*. New York University Press.

Nieuwe (?) opgaven voor moreel beraad

Hans van Dartel

Twintig jaar geleden verscheen het boekje ‘In gesprek over goede zorg. Overlegmethoden voor ethiek in de praktijk’ (Manschot & Van Dartel, 2003). Het was gebaseerd op ontwikkelingen in de gezondheidsethiek in de jaren negentig. Moreel beraad werd gepropageerd als belangrijk instrument om ethiek als zaak van de zorgverleners zelf ‘naar de werkvloer’ te brengen (CELAZ, 1998). We zijn inmiddels twintig jaar verder. De vraag rijst of moreel beraad haar belofte van democratisering van ethische reflectie in de zorg heeft waargemaakt. En of er nieuwe uitdagingen liggen.

Destijds pleitten veldpioniers zoals Alex Huibers voor een consultbenadering van morele vragen in plaats van een expertbenadering: ethiek diende in zorgorganisaties niet langer te worden weggezet als een zaak van experts hoog in de organisatie, die zich nogal elitair (gevraagd of ongevraagd) bogen over de problemen van professionals. In plaats daarvan diende de ethiek het onderlinge gesprek van de professionals én de managers zelf te faciliteren, onder andere door hen vaardigheden aan te reiken om het gesprek over morele kwesties beter te structureren (Huibers e.a., 1999). Idealiter stelt dit zogenaamde moreel beraad de zorgverleners in staat om onder leiding van een getrainde gespreksleider eigen overwegingen over een morele casus systematisch in te brengen én te bevragen (Van Dartel & Molewijk, 2014).

Remedie tegen morele stress bij professionals

Sinds de introductie is de belangstelling voor moreel beraad niet minder geworden. Zo vond moreel beraad ingangen in initiële beroepsopleidingen, in leerboeken en in de academie. Er werden nieuwe methodes van gespreksvoering geïntroduceerd. Ook wordt moreel beraad de laatste jaren gepresenteerd als remedie tegen morele stress onder professionele zorgverleners. Moreel beraad

geldt dan als een middel om morele veerkracht te versterken en ernstig betekenisverlies in de zorg tegen te gaan door een goed gesprek met alle direct betrokkenen bij morele zorgvragen – dus ook met patiënten en hun familieleden – te faciliteren. Die functies hééft moreel beraad. In die zin heeft het zijn democratiseringswerk gedaan. En doet het dat nog steeds. Wel zijn er vragen. Ook naar de toekomst toe.

Een defensieve inzet van moreel beraad

Uitgaande van mijn ervaringen in onder andere de gehandicapten- en ouderenzorg, ga ik op enkele van die vragen in. Een eerste vraag betreft de inzet van moreel beraad. Uit interviews en gesprekken met gespreksleiders blijkt het ideaal van een oprecht en open onderzoek van een indringende praktijkvraag aan slijtage onderhevig. Zo wordt moreel beraad nogal eens ingezet om een al eerder ingenomen positie te legitimeren. De aandacht bij de aanvragers verschuift dan van een open onderzoek naar het garanderen van de procedurele veiligheid van de betrokken zorgverleners. Deze omstandigheid doet zich met name voor als het om kwesties gaat waarbij er een duidelijk besef is dat

Moreel beraad wordt dan in plaats van een open onderzoek onderdeel van een spel om macht en autoriteit

de door een aantal zorgverleners wenselijk geachte positie vragen oproept bij andere betrokkenen, zoals cliënten, hun vertegenwoordigers, andere professionals, of het management. Moreel beraad krijgt dan in plaats van een open onderzoek in een machtsvrije, communicatieve ruimte, de functie van proto-juridische legitimatie. Het wordt daarmee uitdrukkelijker dan op het eerste gezicht gewent, onderdeel van een spel om macht en autoriteit. Zeker voor externe gespreksbegeleiders is het niet eenvoudig om deze situatie en deze inzet te doorzien.

De zwijgende minderheid

Dat geldt ook als er binnen een team al langer bestaande spanningen leven, waarbij het moreel beraad wordt ingezet als middel om het gelijk van een deel of meerderheid van dat team te bevestigen tegenover ‘de anderen’. Een zorginhoudelijke vraag wordt zo de ingang voor het ‘oplossen’ van vaak al langer bestaande organisatorische problemen. Moreel beraad krijgt bij dergelijke fricties binnen teams niet de inzet om het gesprek te beginnen, maar juist om het te beëindigen. Deze beweging wordt versterkt door het grote beroep op talige en

verbale vermogens dat het deelnemen aan moreel beraad in de regel vraagt. Dat zet op zich al de deelname en betrokkenheid van vooral praktisch opgeleide zorgverleners in de ouderen- en gehandicaptenzorg onder druk. Aan de ene kant is er wel erkenning voor deze beperkingen van moreel beraad, bijvoorbeeld door meer aandacht te geven aan de morele betekenis van gevoelens, maar aan de andere kant wordt de taalafhankelijkheid niet verminderd door bijvoorbeeld de introductie van waardenkaarten. Wat dat betreft is het steeds de vraag of de inzet van ethische expertise in het moreel beraad wel voldoende aansluit bij het ervaren ethos – de praktische moraal – van de zorgverleners. Daarbij gaat het vooral over hun morele ‘zelfverstaan’ en de daarbij horende machtsverhoudingen.

Machtsvragen

Hoe dan ook dienen ethiekondersteuners zich niet te verliezen in de illusie dat moreel beraad los staat van machtsvragen. Zorgvragen raken voortdurend vermengd met organisatorische, soms ronduit politieke dimensies. Levendig staat me bij hoe in de eerste covidperiode in een aantal ouderen- en gehandicaptenzorgorganisaties een grens werd gesteld aan het bespreken van de morele aspecten van de bestuurlijke maatregelen die werden genomen. In sommige organisaties werd moreel beraad over de uitwerking van de maatregelen niet alleen ontraden maar ook simpelweg verboden. ‘Als men een brand aan het blussen is, dienen de methodes van brandbestrijding niet ter discussie te worden gesteld,’ zo luidde de achterliggende argumentatie. Er waren gelukkig ook organisaties waar het gesprek over de maatregelen juist werd gestimuleerd. Waar er op bestuurlijk niveau erkenning was voor de omstandigheid dat ook de politiek gestelde kaders bevroegd dienden te worden op hun morele consequenties voor zorgvragers en zorgverleners. En dat de verantwoordelijkheid van zorgverleners in crisisonstandigheden niet beperkt diende te worden tot het volgen van opgelegde normen, maar dat deze juist ruimte vroeg voor het creatief omgaan met die omstandigheden in overleg met de aan hun zorg toevertrouwde zorgvragers. Hoe dan ook bleek moreel beraad onder druk van de pandemie te raken aan bestaande machtsverhoudingen in de organisatie. Ten goede en ten kwade. Die machtsdimensie verdient ook buiten crisisperiodes meer aandacht, met name waar het gaat om beleidsbeslissingen die niet alleen betrekking hebben op een geïsoleerde casus, maar die ook de organisatie in bredere zin sterk raken.

Een breed communicatief proces

Deze doorwerking van moreel beraad op bestaande machtsverhoudingen en groepsprocessen vraagt niet alleen grote stuurmanskunst van gespreksbegeleiders, maar ook om kennis van organisatorische processen. Daarbij is het om te beginnen goed om het moreel beraad als een veel breder communicatief proces te percipiëren dan nu vaak het geval is. Het omvat in lijn van de voorstellen van De Bree en Veening (2012) in hun 'Handleiding moreel beraad' in principe veel meer stappen dan dat ene gesprek over die ene kwestie. Wanneer men het beeld van de begeleiding van het moreel beraad isoleert tot het ondersteunen van dat ene gesprek in strikte zin, doet zich het risico voor van een versmalling van het moreel beraad tot louter een technisch hulpmiddel voor professionals om complexe vragen te benaderen op een relatief eenvoudige manier die hen een slimme uitweg belooft uit de ontstane impasse. De vraag is of de soms ronduit tragische praktijk van de zorg daar nu wel echt mee gediend is.

De brug tussen management en professionals

In dat opzicht blijft het ook bevreemdend dat het moreel beraad vooral als een zaak van de professionals wordt gezien – en niet ook als iets van en voor het management. Weliswaar heeft het management een faciliterende opdracht, maar een praktische verbinding tussen management en professionals in het moreel beraad, zoals die in het boek uit 2003 idealiter werd bedacht, ontbreekt nagenoeg. Die ontbrekende verbinding lijkt zich te weerspiegelen in de ethische

Tussen bedrijfsethische onderwerpen en meer gezondheidsethische onderwerpen zijn amper verbindingslijnen te bespeuren

reflectie over de in managementpraktijken uitgedragen moraal. Tussen bedrijfsethische onderwerpen als integriteitsmanagement en moresprudentie en meer gezondheidsethische onderwerpen als moreel beraad en professionaliteit zijn amper verbindingslijnen te bespeuren. Qua morele logica's lijken bestuurders, managers en zorgverleners in volstrekt

verschillende werelden te leven. Dat geeft te denken. Als het gaat om het ontwerp van een integraal ethiekbeleid is steeds het idee geweest om niet alleen het zorgen maar ook het managen en besturen op te vatten als een morele praktijk, die op een vergelijkbare manier als de professionele zorgpraktijk onderwerp wordt van reflectie en gesprek. Dat blijkt evenwel anders uit te werken. Op zich is dat geen punt: de erkenning dat in zorgorganisaties verschillende praktijken met

eigen talen en mogelijk een eigen praktische moraal naast elkaar fungeren, hoeft geen probleem te zijn. Maar de gebrekkige morele en institutionele verbinding van die praktijken is dat wel. Zeker naar een toekomst toe, waarin de maatschappelijke vanzelfsprekendheid van goede, institutionele zorgvoorzieningen voor iedereen nog allerminst gegeven is.

Herbezinning

In dat licht bepleit ik een ethische herbezinning op de functie van moreel beraad in zorgorganisaties. Nu liefst niet meer alleen in termen van (her)professionalisering, maar gelet op de organisatorische aspecten ook in termen van (re)institutionalisering. En wat mij betreft ook veel meer in relatie met een empirische ethiek dan normaliter wordt gedaan. Wanneer je moreel beraad immers beschouwt als een democratische vorm van gezamenlijk handelingsonderzoek naar morele aspecten van de verschillende praktijken – en dus ook van het organiseren zelf – is de brug van moreel beraad naar actie-onderzoek als methode van ethisch handelingsonderzoek snel geslagen. Moreel beraad verschijnt dan als een vorm van empirische ethiek, waarbij niet de ethici als experts de praktijk – ook die van het moreel beraad – onderzoeken op haar morele houdbaarheid, maar waarbij de praktijkbeoefenaars zelf – managers, professionals én zorgvragers – begeleid door ethiekondersteuners, aangesproken worden als onderzoekende vormgevers van hun eigen institutionele praktijken. Er is in die zin nog volop werk aan de winkel.

Dr. Hans van Dartel is ethicus en (np) verpleegkundige. Hij was werkzaam als sr. beleidsmedewerker bij koepelorganisaties, HBO docent bij de HU, en UD en onderzoeker medische ethiek bij het LUMC.

Literatuur

- De Bree, M. & Veening, E.. (2012). *Handleiding moreel beraad. Praktische gids voor zorgprofessionals*. Assen: Van Gorcum.
- CELAZ. (1998). *Van ethische commissie naar stuurgroep ethiek. Over de implementatie van moreel beraad in het kwaliteitsbeleid van instellingen voor gezondheidszorg*. Utrecht: NZf.
- Huibers, A., Brom, F., Verweij M. (1999). *Ethiek in Commissie*. Preadvies NVBE 1999.
- Manschot, H. & van Dartel, H. (Reds). (2003). *In gesprek over goede zorg. Overlegmethoden voor ethiek in de praktijk*. Amsterdam: Boom.
- Van Dartel, H. & Molewijk, B. (Reds). (2014). *In gesprek blijven over goede zorg. Overlegmethoden voor moreel beraad*. Amsterdam: Boom.

CURA. Een instrument om de morele veerkracht van zorgverleners te ondersteunen

Suzanne Metselaar en Malene van Schaik

Kun je met klinische ethiekondersteuning de morele veerkracht van zorgverleners versterken? Hoe doe je dit, wiens verantwoordelijkheid is dit en hoe weten we zeker dat het effect heeft? In dit artikel gaan we in op ons onderzoek naar CURA, een laagdrempelig ethiekinstrument om de morele veerkracht van zorgverleners te ondersteunen.

Het belangrijkste doel van klinische ethiekondersteuning is vaak beschreven als het ondersteunen van zorgverleners om *goede patiëntenzorg* te bieden in situaties waarin het niet vanzelfsprekend is wat het juiste is om te doen. Moreel beraad is een vorm van klinische ethiekondersteuning waarin een reflectieve dialoog met zorgverleners over hun morele vragen centraal staat. Moreel beraad heeft tevens als doel de *morele competenties* van zorgverleners te versterken. Bijvoorbeeld: een moreel dilemma kunnen herkennen en benoemen, of je kunnen verplaatsen in het morele perspectief van een ander.

De laatste jaren is een derde doel van klinische ethiekondersteuning meer op de voorgrond komen te staan: het ondersteunen van zorgverleners bij een goede omgang met de mentale belasting – vaak beschreven als *moral distress* – die morele

Kun je met klinische ethiekondersteuning de morele veerkracht van zorgverleners versterken?

uitdagingen met zich mee kunnen brengen. Goed om kunnen gaan met deze belasting wordt ook wel ‘morele veerkracht’ genoemd. Maar kun je met klinische ethiekondersteuning daadwerkelijk de morele veerkracht van zorgverleners versterken? En zo ja, hoe dan? Hier is nog weinig onderzoek naar gedaan. Dit geldt voor zowel empirisch als

filosofisch-conceptueel onderzoek. Hier gaan we in op ons eigen onderzoek naar een methodiek om de morele veerkracht van zorgverleners te ondersteunen: CURA.¹

Morele veerkracht en klinische ethiek

Moral distress is een verzamelbegrip voor negatieve emoties of mentale toestanden die causaal gerelateerd zijn aan de ervaring van een morele uitdaging. Denk aan woede, frustratie, schuldgevoel, afstomping, verdriet, angst en depressie. Je kunt bijvoorbeeld last krijgen van *moral distress* als institutionele beperkingen je verhinderen om te doen wat jij het juiste vindt, of wanneer je zelf sterk twijfelt over de juiste handelwijze in een lastige situatie. *Moral distress* heeft een negatieve impact op mensen. Zo wordt het in verband gebracht met burn-out verschijnselen (Antonsdottir et al., 2022).

Er is reeds veel onderzoek gedaan naar *moral distress* bij zorgverleners. De focus op *moral distress* is echter ook bekritiseerd: ondanks tientallen jaren onderzoek zou er onvoldoende vooruitgang zijn geboekt in het effectief aanpakken ervan. Daarom stelt Cynda Rushton, hoogleraar klinische ethiek aan de Johns Hopkins School of Nursing in Baltimore (VS), een andere benadering voor: één die zich direct richt op het *positieve vermogen* van zorgprofessionals om actief te reageren op de morele uitdagingen die ze tegenkomen in de praktijk. In dit kader heeft Rushton het concept *morele veerkracht* geïntroduceerd als “het vermogen van een individu om diens integriteit te behouden of te herstellen als reactie op morele tegenspoed” (Young and Rushton, 2017).

Morele veerkracht omvat competenties die zorgprofessionals kunnen ontwikkelen, zoals persoonlijke en relationele integriteit, weerbaarheid, zelfregulatie en bewustzijn, morele doeltreffendheid en zelfbeheer. Competenties die allemaal nodig zijn “om te reageren op complexe, vaak moeilijk oplosbare ethische kwesties die zich voordoen in de klinische praktijk (...) ongeacht de systemische factoren die ze hebben voortgebracht,” aldus Rushton (2016). In 2021 ontwikkelde zij een gevalideerde schaal om de morele veerkracht van zorgverleners kwantitatief te meten: de Rushton Moral Resilience Scale (Heinze et al., 2020).

CURA

De afgelopen jaren hebben wij, mede geïnspireerd door het werk van Rushton, een ethiekinstrument ontwikkeld om de morele veerkracht van zorgverleners te ondersteunen: CURA. CURA is een methodiek waarmee zorgverleners kunnen stilstaan bij hun eigen morele uitdagingen in de zorgpraktijk en is in de context van de palliatieve zorg ontwikkeld. Idealiter gebruik je CURA samen, het liefst interdisciplinair. Op deze manier kun je elkaar aanvullen en van elkaars morele

perspectieven leren (Metselaar et al., 2022).

CURA is niet alleen voor zorgverleners ontwikkeld, maar ook met hen. We hebben een zogenaamd ‘participatief ontwikkelonderzoek’ uitgevoerd waarin zorgverleners betrokken waren bij alle stappen van het proces dat tot het uiteindelijke instrument CURA heeft geleid. Al vanaf het begin van dit proces gaven deze zorgverleners aan dat ze niet alleen behoefte hadden aan een instrument om samen te reflecteren op goede patiëntenzorg, maar ook aan een vorm van ‘zorg voor de zorgenden’: aan ondersteuning bij de belasting die ze zelf ervaren bij morele uitdagingen. Het begrip morele veerkracht en het theoretisch kader eromheen heeft ons geholpen om hier vorm aan te geven.

CURA bestaat uit vier hoofdstappen voor (bij voorkeur dialogische) ethische reflectie: (1) Concentreren, (2) Uitstellen, (3) Reflecteren en (4) Actie ondernemen (zie kader voor een korte uitleg van de stappen). In alle stappen is aandacht voor aspecten van morele veerkracht. De tweede stap, ‘Uitstellen’, richt zich bijvoorbeeld op stilstaan bij wat de situatie met je gedaan heeft. Welke eerste oordelen, emoties en wellicht ook fysieke reacties roept of riep de situatie bij je op? Een moment aandachtig stilstaan bij je eigen oordelen en emoties en bij die van anderen, helpt om er niet door overweldigd te worden, terwijl je ze ook niet negeert.

Een ander voorbeeld: in de stap ‘Actie ondernemen’ gaat het erom vast te stellen wat, op basis van de reflectie, *leidend* zou moeten zijn voor je handelen, en welke actie daaruit volgt. Het idee is dat op deze manier de *moral agency* van zorgverleners wordt bevorderd, of wat Rushton *self-stewardship* (zelfbeheer) noemt: het vermogen om op een weloverwogen manier te handelen op basis van waarden, in plaats van te reageren vanuit je eerste reactie. Ook dit is een aspect van morele veerkracht.

Effectiviteit van CURA

Uit een studie naar de eerste ervaren effecten van CURA onder zorgverleners (verpleegkundigen, n=97) die CURA een paar keer in de praktijk hadden gebruikt, blijkt dat 55% een afname van morele stress ervaarde na gebruik van CURA (Van Schaik et al., 2021). Maar betekent dit ook dat hun morele veerkracht is toegenomen? We hebben in een vervolgstudie de effecten van CURA op morele veerkracht direct onderzocht. Hiertoe hebben we de onlangs ontwikkelde Rushton Moral Resilience Scale (RMRS) vertaald en gevalideerd voor de Nederlandse context.

Ons onderzoek laat zien dat er een associatie is tussen het regelmatig gebruik van CURA en een toename van morele veerkracht.² De studie testte 47 'CURA-ambassadeurs': zorgverleners die na een korte training reflecties met CURA in hun organisatie introduceren, initiëren en begeleiden. We namen de RMRS af bij aanvang van hun training en na 18 maanden. De respondenten werkten in verschillende palliatieve zorgomgevingen: hospice, thuiszorg, verpleeghuis en ziekenhuis.

Ons onderzoek laat zien dat er een associatie is tussen het regelmatig gebruik van CURA en een toename van morele veerkracht

We zagen met name dat respondenten zich minder machteloos voelden als ze een moreel dilemma hadden, en beter wisten wat ze concreet konden doen. Ook scoorden respondenten significant hoger op de subschaal relationele integriteit: ze konden beter omgaan met de wisselwerking tussen hun persoonlijke waarden en de waarden van anderen in een lastige situatie, bijvoorbeeld als deze waarden sterk van elkaar verschilden.

Hoewel deze resultaten veelbelovend zijn, is meer onderzoek nodig. In deze effectiviteitsstudie was bijvoorbeeld geen controlegroep. Ook zou het nuttig zijn om een dergelijke kwantitatieve bepaling van morele veerkracht aan te vullen met kwalitatief onderzoek. Zo krijgen we meer inzicht in hoe gebruikers de effectiviteit van CURA ervaren. Wat maakt volgens hen dat CURA je morele veerkracht (wel of niet) versterkt? Hoe ervaren ze dit in de praktijk? Hoe zien ze dit terug bij anderen?

Een andere kanttekening die moet worden gemaakt, betreft de inzet van een instrument zoals CURA in zorgorganisaties. Het risico bestaat dat organisaties verwachten dat individuele zorgverleners of teams CURA zelf oppakken en er zelf tijd voor vrij maken. Hiermee wordt het versterken van morele veerkracht gezien als iets waar je vooral als individu verantwoordelijk voor bent, waardoor het nóg

een taak wordt die erbij komt voor zorgverleners die reeds te maken hebben met een hoge werkdruk. Dit werkt averechts.

Ons implementatieonderzoek laat zien dat dat goed gebruik van CURA alleen mogelijk is als alle lagen van de organisatie hun verantwoorde-

lijkheid nemen en betrokken zijn. Zo is het essentieel dat er middelen worden vrijgemaakt vanuit het management om zorgverleners de tijd en ruimte te geven

Goed gebruik van CURA kan alleen als alle lagen van de organisatie verantwoordelijkheid nemen en betrokken zijn

om CURA te (leren) gebruiken, en dat er commitment is op bestuurlijk niveau vanuit een bredere visie op ‘zorg voor de zorgenden’. Morele veerkracht kun je dus niet waarborgen door een instrument alleen, of door het bij het individu te zoeken. Het hele ‘systeem’ is verantwoordelijk voor (moreel) veerkrachtige zorgverleners.

Dr. Suzanne Metselaar is senior onderzoeker en ethicus aan de afdeling Ethiek, Recht en Humaniora van Amsterdam UMC.

Malene van Schaik is junior onderzoeker aan de afdeling Ethiek, Recht en Humaniora van Amsterdam UMC.

Eindnoten

1. Voor meer informatie, zie: <https://palliaweb.nl/consortium-noordhollandflevoland/Wat-we-doen/Projecten/CURA-laagdrempelige-ondersteuning>
2. Zie voor een overzicht van de uitkomsten van het effectiviteitsonderzoek deze factsheet: https://palliaweb.nl/getattachment/b899e112-9c4a-46cd-85aa-c7e02e936a07/2023_FactsheetCURA_maart_2023.pdf?lang=nl-NL. De studie naar de effectiviteit van CURA wordt binnenkort gepubliceerd in *Nursing Ethics*.

Referenties

- Antonsdottir I, Rushton C, Nelson K, et al. (2022). Burnout and moral resilience in interdisciplinary healthcare professionals. *Journal of clinical nursing*, 31, 196-208. 20210617. DOI: 10.1111/jocn.15896.
- Heinze K, Hanson G, Holtz H, Swoboda S & Rushton, C. (2020). Measuring Health Care Interprofessionals' Moral Resilience: Validation of the Rushton Moral Resilience Scale. *Journal of Palliative Medicine*, 24(6), 865-872..
- Metselaar S, van Schaik M, Widdershoven G, et al. (2022). CURA: A clinical ethics support instrument for caregivers in palliative care. *Nursing ethics*, 29(7-8), 1562-1577..
- Van Schaik M, Pasman H, Widdershoven G, et al. (2021). CURA-An Ethics Support Instrument for Nurses in Palliative Care. Feasibility and First Perceived Outcomes. *HEC forum (Vol. 35, No. 2, pp. 139-159)*. Dordrecht: Springer Netherlands..
- Young P & Rushton C. (2017). A concept analysis of moral resilience. *Nursing Outlook*, 65(5), 579-587.

Veerkracht en kwetsbaarheid: normatief complex en maatschappelijk ingebed

Dorothee Horstkötter en Anke Snoek

Veerkracht is een belangrijk concept geworden in de (geestelijke) gezondheidszorg en het verhogen ervan wordt als een alom gewaardeerd doel gezien. In dit stuk betogen wij dat dit ideaal van veerkracht eenzijdig is en tot tenminste twee ethische problemen leidt. Ten eerste laten wij zien dat door de huidige nadruk op veerkracht als persoonlijke verdienste het sociale aspect van veerkracht (maar ook van kwetsbaarheid) buiten zicht raakt. Ten tweede beargumenteren wij dat ook kwetsbaarheid bij het mens-zijn hoort. Kwetsbaarheid is dus niet enkel problematisch en kan of moet niet altijd overwonnen worden. We laten aan de hand van een aantal voorbeelden zien dat veerkracht en kwetsbaarheid normatief complex en sociaal ingebed zijn.

Inleiding

Veerkracht is een prachtig menselijk vermogen. Het lezen van verhalen van mensen die moeilijke levensomstandigheden overwinnen, er mee leren leven, of er zelfs iets positiefs uit halen, kan een grote bron van inspiratie zijn. Veerkracht werd zodoende ook een belangrijk concept binnen de geestelijke gezondheidszorg, vooral waar het gaat om het voorkomen of verhelpen van depressies of een posttraumatische stressstoornis. Ondanks deze toenemende aandacht binnen de gezondheidszorg voor veerkracht, en de ontwikkeling van interventies om iemands veerkracht te verhogen, is er tot nog toe amper theoretisch werk ver-

Veerkracht is een prachtig menselijk vermogen

richt wat betreft de filosofische, ethische en sociale aspecten hiervan (Münch et al., 2021). Dit is problematisch, want het bovengenoemde ideaal

van veerkracht is nogal eenzijdig en leidt tot tenminste twee ethische problemen.

Ten eerste gaat veerkracht bijna per definitie gepaard met een positieve normatieve lading. Wie veerkrachtig is, gaat op een goede manier om met tegen-

slag en voldoet aan de maatschappelijke verwachting van goed functioneren. Dit impliceert een negatieve normatieve lading op de vermeende tegenpool van veerkracht, namelijk kwetsbaarheid. Kwetsbaarheid wordt hiermee iets negatiefs dat je overkomt en dat vermeden of overwonnen moet worden. Dit is echter een onterechte uitgangspositie.

Ten tweede raakt het sociale aspect van veerkracht, maar ook van kwetsbaarheid, uit het zicht met de huidige nadruk op veerkracht als persoonlijke verdienste, als een ‘sterk karakter’ of als het gewillig volgen van passende interventies. Het ideaal van een goede mentale gezondheid dreigt zo een neoliberale verplichting te worden om een goed functionerende burger te zijn, ook in systemisch moeilijke omstandigheden.

Wij zullen aan de hand van een aantal voorbeelden betogen dat veerkracht geen impliciet morele norm moet worden, maar dat mensen ook respect voor hun kwetsbaarheid mogen vragen.

Ten tweede betogen wij dat zowel kwetsbaarheid als veerkracht niet enkel individueel zijn, maar altijd ook afhankelijk van sociale en maatschappelijke factoren.

Mensen mogen respect voor hun kwetsbaarheid vragen

De complexe normativiteit van veerkracht en kwetsbaarheid

De dood van een geliefde is een ingrijpende levensgebeurtenis. Het ideaal van veerkracht stelt dat men na een gepaste periode van rouw terugkeert in het normale leven, de draad weer oppakt en zo mogelijk zelfs sterker uit deze ervaringen komt. De nieuwste versie van de DSM, het handboek voor de diagnose van psychiatrische stoornissen, kent dan ook al geruime tijd de diagnose van een langdurige rouwstoornis, voor mensen die deze veerkracht niet laten zien en die diep blijven rouwen op een manier die – negatief – ingrijpt op hun levens. Om niet als ziek te gelden, moet men dus – idealiter – veerkrachtig omgaan met de dood van een geliefde. Maar naast de erkenning van de problematische kant van langdurige rouw, zit ook een gevaar in de nadruk op veerkracht. Dit wordt verwoord door de psychotherapeute Megan Devine (2017), die na de verdrinkingsdood van haar partner beschrijft hoe deze maatschappelijke en ook geneeskundige verwachting haar rouwproces nog moeilijker en eenzamer maakte. Zij kon niets met het idee dat het overwinnen van tegenslagen ons tot ‘betere’ mensen maakt. Devine stelt dat er geen positieve levenslessen waren in de dood van haar partner. In plaats van een ideaal van veerkracht na te streven, kan het even waardevol zijn om te

erkennen dat sommige gebeurtenissen in ons leven ons vooral beschadigen, en erkenning voor de pijn en het verlies vragen. Veerkracht is soms een dystopie, en zachte of harde dwang richting een catharsis werkt averechts.

De Italiaanse filosoof Giorgio Agamben (1993) heeft deze erkenning voor verlies beschreven met het prachtige begrip van *onherstelbaarheid* ('irreparability'). Oftewel: dat de dingen zó zijn, en niet anders, en dat wat verloren is gegaan niet hersteld kan worden. Dit betekent niet dat we kwetsbaarheid en lijden moeten verheerlijken. Kwetsbaarheid is geen doel op zich. Maar op een paradoxale manier erkent *onherstelbaarheid* de waarde van het verlorene: juist als er niets hersteld kan worden, kan er ruimte ontstaan voor een nieuwe toekomst. Deze ruimte voor een andere toekomst ontstaat vanuit de erkenning van de pijn en niet vanuit een maatschappelijke roep aan individuen om zich veerkrachtig op te stellen.

De focus in de gezondheidszorg ligt op het belang van herstel, veerkracht en participatie

Dit werpt tegelijkertijd een ander licht op de normativiteit van kwetsbaarheid. Hiervoor is op dit moment weinig aandacht en de focus in de gezondheidszorg ligt vooral op het belang van herstel, veerkracht en participatie. Kwetsbaarheid lijkt hier moeilijk in te passen: het maakt ons ongemakkelijk en wordt daarom snel gezien als iets dat gaat over anderen, onfortuinlijke mensen, die we het best helpen door ze te laten zien hoe ze wel veerkrachtig kunnen zijn. Kwetsbaarheid is ook een basisconditie van mens-zijn en het humaniseert onze samenleving als wij ons actief verhouden tot deze kwetsbaarheid, in plaats van proberen deze te vermijden of altijd te moeten overwinnen. Daarnaast begeven wij ons vaak ook bewust in afhankelijkheden en maken onszelf kwetsbaar, zonder dat dit een negatieve normatieve connotatie verdient. Integendeel, eenieder die een intieme relatie aangaat, kinderen krijgt, of een medische behandeling ondergaat, maakt zich op dat moment kwetsbaar en laat nieuwe vormen van kwetsbaarheid toe in zijn leven, die dit leven echter ook, en wellicht vooral, zullen verrijken en verbeteren.

Sociale verantwoordelijkheid in kwetsbaarheid en veerkracht

Dit laatste punt laat zowel de sociale kant van kwetsbaarheid zien, als ook de sociale en institutionele aspecten van veerkracht. Deze aspecten zijn cruciaal om goed te begrijpen wat het voor mensen betekent om veerkrachtig te (kunnen) zijn. Om dit te onderbouwen, willen wij graag teruggrijpen op een studie met

mensen met een alcohol- of opiatenafhankelijkheid, die één van ons [AS] heeft uitgevoerd. Uit deze longitudinale, kwalitatieve studie kwam naar voren dat deze mensen vaak enorme veerkracht lieten zien, waarbij ze na iedere terugval telkens opnieuw probeerden hun levens weer op te pakken, maar dat ze meestal in hun veerkracht weinig sociale en institutionele steun vonden.

Een van de respondenten raakte op zijn vijftiende dakloos en verslaafd aan opiaten. Na jaren van dakloosheid en middelenaafhankelijkheid besloot hij om zijn leven te veranderen. Hij vond een baan in de bouw, een huis, en kreeg een nieuwe relatie. Hij vertoonde op dat moment dus enorme veerkracht, om de moeilijke omstandigheden die al in zijn tienerjaren waren ontstaan het hoofd te bieden. Echter, toen hij een vaste woonplaats had, kwam hij ook weer in beeld bij overheidsinstanties, en bleken er nog openstaande rechtszaken te zijn gelieerd aan zijn leven op de straat, waardoor hem een gevangenisstraf boven het hoofd hing. Zijn veerkracht bleek dus een belangrijke bron van kwetsbaarheid: was hij dakloos gebleven, was hij ook buiten het beeld van justitie gebleven. Zodoende raakte hij bijna weer zijn baan en huis kwijt. Ook liep hij tijdens zijn herstel veelvuldig tegen sociale stigma's aan en voelde hij zich als ex-verslaafde en ex-thuisloze buitengesloten en snel verdacht gemaakt: als iemand een portemonnee miste, keek iedereen naar hem (Snoek, 2017). Kwetsbaarheid is niet enkel individueel, maar in hoge mate afhankelijk van institutionele onverschilligheid en sociale stigma's. Hier blijvend tegen moeten opboksen vraagt veel veerkracht, iets dat mensen met een fortuinlijker verleden niet hoeven te laten zien.

Onderzoek laat tevens zien dat de sociale omgeving ook in positieve zin van grote invloed kan zijn op hoe veerkrachtig of kwetsbaar iemand is. Hierbij is een belangrijke component dat anderen in ons geloven. Hughes (2007) beschrijft in haar studie naar verslaving wat een van haar respondenten zag als kantelpunt om deze te overwinnen:

“I think it was treating you with a lot of compassion and a lot of understanding and treating you like a fucking human being not like a criminal or a fucking drug addict. To give you hope that there's a fucking life after heroin. I think it were my key worker and staff, constantly telling me that 'there's hope, you're too good for that fucking shit, you know, there's a fucking life out there for you if you want it', which in 10 years of heroin no-one's ever told me” (Hughes 2007, 687).

In deze nogal ruwe bewoordingen komen talrijke sociale aspecten van veerkracht

terug: compassie, medemenselijkheid, de ander zonder stigma tegemoet treden, en sociale steun. Veerkracht, ook in zijn ideale betekenis, is dus niet louter individueel, maar altijd afhankelijk van een steunende sociale context.

Conclusie

Veerkracht staat toenemend in de belangstelling van de (geestelijke) gezondheidszorg. Het ondersteunen van iemands veerkracht in moeilijke tijden brengt belangrijke voordelen met zich mee. Maar als we hierop te eenzijdig anticiperen, en veerkracht enkel als iets positiefs zien, brengt dit ook ethische problemen met zich mee. Twee hiervan hebben we in dit stuk uiteengezet. De impliciet positieve lading van veerkracht riskeert dat veerkracht wordt gezien als een ideaal dat nagestreefd moet worden, waarbij eenieder die dit niet haalt moreel veroordeeld wordt. Dit is echter onterecht: ook veerkracht kent zijn keerzijde en omgekeerd heeft ook kwetsbaarheid zijn (moreel) waardevolle kanten. Ten tweede wordt veerkracht vaak als een individuele eigenschap of vaardigheid voorgesteld. Dit doet de werkelijkheid echter tekort, want de sociale omstandigheden bepalen vaak in grote mate hoe veerkrachtig iemand kan zijn.

Veerkracht is dus niet louter individueel, maar altijd afhankelijk van een steunende sociale context

Dr. Dorothee Horstkötter is Assistant Professor en hoofd van de afdeling Health Ethics and Society, haar ethiekonderzoek is verbonden aan het instituut voor Mental Health and Neuroscience (MHeNS) van de Universiteit Maastricht. Zij doet onderzoek naar preventie in de ggz en de ethiek van psychiatrische neurostimulatie.

Dr. Anke Snoek is postdoc onderzoeker bij de Nederlandse Defensie Academie en bij Amsterdam UMC, afdeling Ethiek, Recht en Humaniora. Zij doet vooral onderzoek naar de autonomie van mensen met een kwetsbaarheid.

Literatuur

- Agamben, G. (1993). *The Coming Community. Theory out of Bounds*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Hughes, K. (2007). Migrating Identities: The Relational Constitution of Drug Use and Addiction. *Sociology of Health and Illness* 29(5), 673–91. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.2007.01018.x>.
- Megan, D. (2017). *It's OK That You're Not OK: Meeting Grief and Loss in a Culture That Doesn't Understand*. Louisiana: Sounds True.
- Münch, N., Mahdiani, H., Lieb, K., & Paul, N. W. (2021). Resilience beyond reductionism: ethical and social dimensions of an emerging concept in the neurosciences. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 24(1), 55–63. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11019-020-09981-0>
- Snoek, A. (2022). *Addiction, self-control and the self: An empirical, ethical study* (Doctoral dissertation, Macquarie University).

Veerkracht in zorg en welzijn: paradepaardje of Paard van Troje?

Guus Timmerman

De klimaatcrisis. De woningnood. Druk op de gezondheidszorg en het sociaal domein. Grote maatschappelijke opgaven die om een politieke respons vragen van politici en burgers. Deze opgaven voorstellen als ‘uitdagingen’ die om ‘veerkracht’ vragen van ‘individuen, organisaties, maatschappij en overheid’ bindt het zoeken naar een adequate respons aan het dominante sociaal-culturele discours en bijbehorende bestuurspraktijk. Een discours dat depolitiseert en verantwoordelijkheid verschuift van de staat naar individuen, gemeenschappen en organisaties. Een bestuurspraktijk die het gedrag stuurt van degenen die worden bestuurd, door hen te richten op zelfsturing volgens het morele appèl om positief in het leven te staan, jezelf te optimaliseren en je voor te bereiden op tegenslag.

In maart 2017 verscheen in *Eigentijd*, het magazine van het *Pensioenfonds Zorg & Welzijn*, een interview met wielrenster Leontien van Moorsel. Ze beschrijft hoe ze anorexia te boven kwam en erin slaagde weer terug aan de top te komen. En ze vertelt hoe het haar lukte het Leontienhuis, waar jongeren met een eetstoornis worden geholpen, van de grond te tillen. PFZW-directeur Peter Borgdorff interviewt haar. Ook het pensioenfonds is volgens hem veerkrachtig. Ondanks de lage dekkingsgraad kunnen ook de jonge deelnemers in het fonds verzekerd zijn van een goed pensioen. ‘Maar garanties zijn er niet in het leven!’, besluit hij. Op de voorkant van het magazine staat met grote letters: ‘Dankzij mijn veerkracht kon ik terugvechten’. Van Moorsel als een toonbeeld van iemand die veerkracht bezit. Ze laat zien dat je niet enkel met anorexia kunt leren leven: je kunt ervan afkomen. Sterker nog: het kan je sterker maken. Als je maar veerkrachtig bent, net zoals het pensioenfonds dat is. Dat anorexia niet los staat van hoe samenleving en sport-

wereld functioneren, komt niet aan de orde. Dat de pensioenen voor personeel in zorg en welzijn te laag zijn, beaamt de directeur wel, maar hij ziet daarin geen taak voor zijn fonds. Van Moorsel benoemt in het interview weliswaar hoe haar man en een brief aan haar van koningin Máxima haar hebben geholpen, maar in de titel op de voorkant is dat verdwenen.

Dit is een voorbeeld van de complexiteit van het begrip veerkracht (*resilience*).

Het wordt zowel op Van Moorsel betrokken als op het pensioenfonds. In de wetenschappelijke literatuur wordt het betrokken op individuen, gebouwen, ecosystemen, gemeenschappen, steden, de economie en de samenleving als geheel. Het wordt opgevat als een eigenschap van mensen of systemen, nu eens gedefinieerd als ‘in staat zijn terug te buigen naar een eerdere evenwichtstoestand’, dan weer als ‘in staat zijn zich aan te passen’ of ‘in staat zijn te groeien’. Terwijl Van Moorsel in het interview een proces beschrijft waarin menselijke relaties essentieel zijn, gaat het in de titel om een vermogen dat zij zou bezitten.

De nadruk ligt op de continue instabiliteit van de wereld en de noodzaak tot aanpassing voor individuen, gemeenschappen en systemen.

Psychosociale en sociaalecologische veerkrachttheorieën

Er zijn twee typen veerkrachttheorieën: psychosociale en sociaalecologische (Welsh, 2014). Psychosociale theorieën vinden hun oorsprong in de psychologie. In het onderzoek naar de ontwikkeling van kinderen in moeilijke leefomstandigheden, verschoof de aandacht in de jaren zeventig van de vorige eeuw van kinderen die zich niet zo goed ontwikkelden naar ‘onkwetsbare’, stressbestendige kinderen. Veerkracht werd het woord voor het vermogen om fysieke en mentale gezondheid te behouden ondanks aanhoudende tegenslagen. De veronderstelling is dat dit vermogen kan worden opgebouwd en versterkt. Sociaalecologische theorieën vinden hun oorsprong in de studie van ecosystemen in veranderende omstandigheden. Veerkracht werd het woord voor het vermogen van een systeem om verstoringen op te vangen, terug te keren naar de oorspronkelijke toestand of zich te reorganiseren met behoud van de oorspronkelijke functies. Sinds de jaren tachtig en negentig worden deze theorieën ook toegepast op menselijke systemen. De nadruk ligt op de continue instabiliteit van de wereld en op de noodzaak tot aanpassing en verandering voor individuen, gemeenschappen en systemen. Alle

soorten van verstoringen van het systeem – denk aan crises, veranderende omstandigheden en onzekerheid – worden voorgesteld als de natuurlijke gang van zaken.

De wereld is inderdaad complex, onzeker en aan voortdurende verandering onderhevig. Daarom organiseren mensen zich, bedrijven ze politiek, richten ze een staat in. Dat is echter niet waar het veerkrachtdiscours op aanstuurt. Om te overleven moet je je bewust zijn van de uitdagingen van het leven in die voortdurend veranderende wereld en van de consequenties van je eigen gedrag. In plaats van je druk te maken over de wereld om je heen – zijn structuren, instituties en machtsrelaties – dien je je druk te maken over ‘je eigen aanpassingsvermogen, je reflexieve begrip, je risico-inschattingen, je kennisverwerving en, bovenal, je verantwoordelijke besluitvorming’ (Joseph, 2013: 40). Het is betekenisvol dat Borgdorff het interview met Van Moorsel besluit met: ‘Garanties zijn er niet in het leven!’ De deelnemers in het pensioenfonds dienen ervan doordrongen te zijn dat ze zelf hun zaakjes op orde moeten brengen en houden. Daarbij doen ze er goed aan zich te spiegelen aan ‘toonbeelden van veerkracht’ zoals Van Moorsel en, anno nu, Simone Biles (*Trouw*, 7 oktober 2023).

Het dominante sociaal-culturele discours

De diversiteit aan definities van veerkracht wijst erop dat het niet een gedefinieerd begrip is, maar een discursieve constructie. In zorg en welzijn behoort veerkracht tot de ‘*welfare words*’, evenals ‘eigen kracht’, ‘eigen regie’, ‘zelfredzaamheid’ en ‘zelfsturing’. Het zijn positief klinkende woorden die vanzelf lijken te spreken en geen nadere uitleg nodig lijken te hebben. Niemand kan ertegen zijn. Als discursieve constructies wordt hun betekenis echter bepaald door het dominante sociaal-culturele discours. Een discours dat de afgelopen vijf decennia het overheidsbeleid heeft bepaald. Dat discours is in al het denken over maatschappelijke vraagstukken – ook buiten de overheid, bijvoorbeeld in het sociaal werk – doorgedrongen. Het is bijna onmogelijk je eraan te onttrekken. In dat discours wordt een bepaald beeld van mens-zijn en van gemeenschappen tegelijk als normatief ideaal en als uitgangspunt voor beleid genomen. De mens wordt gezien als een autonoom, fysiek en mentaal gezond individu dat op zijn vrijheid is gesteld, op basis van rationele argumenten eigen keuzes maakt,

Een bepaald beeld van mens-zijn en van gemeenschappen wordt tegelijk als normatief ideaal en als uitgangspunt voor beleid genomen.

in zijn eigen levensonderhoud voorziet en in staat is zich aan veranderende omstandigheden aan te passen. Mocht het individu ondersteuning van de overheid nodig hebben, dan is het in staat zich de kennis en vaardigheden eigen te maken die nodig zijn om die ondersteuning te krijgen. Gemeenschappen worden gezien en opgeroepen te functioneren als groepen mensen die voor elkaar, hun omgeving en hun voortbestaan zorgdragen, en in staat zijn zich aan te passen aan veranderende omstandigheden. De overheid is er slechts om de werking van de markt mogelijk te maken en te beschermen (Timmerman, 2018).

‘Ingeslikt beleid’

In zijn rede *‘Overleven als levensvorm’* ter gelegenheid van zijn afscheid als hoogleraar Zorgethiek aan de Universiteit voor Humanistiek wijst Frans Vosman erop dat het dominante beleid aan alle burgers oplegt wat voor een bepaalde culturele klasse van belang is. En wel de culturele klasse die zelf op zelfontplooiing en veerkracht is georiënteerd en daarvoor ook de hulpbronnen ter beschikking heeft. Het beleid wordt echter door burgers uit andere dan deze beleidsbepalende klasse als het ware ‘ingeslikt’. Ze gaan een mengtaaltje spreken: “hun eigen taal voor sores én de beleidsmatig gewenste taal” (Vosman, 2018: 22). Daardoor worden, aldus Vosman, burgers belemmerd hun geleefde werkelijkheid aan de orde te stellen. Hun kennis wordt zo buiten spel gezet. Een vorm van *epistemic injustice* die niet wordt rechtgezet door hen uit te nodigen hun ‘ervaringskennis’ te ‘delen’.

Veerkracht en neoliberale bestuurspraktijk

Het idee van veerkracht past goed in een bepaalde praktijk van het besturen van een land. Deze neoliberale bestuurspraktijk werkt door ons te vertellen dat we ondernemende, actieve en verantwoordelijke burgers zijn en moeten zijn. Zo – en dan – zijn we werkelijk ‘vrij’. Veerkracht draagt hieraan bij door zijn nadruk op zelfbesef, reflexiviteit en verantwoordelijkheid. We moeten niet rekenen op de overheid, maar verantwoordelijkheid nemen voor ons eigen welzijn door voorbereid te zijn op tegenslag, ons bewust te zijn van de risico’s, voorzorgsmaatregelen te nemen en bereid te zijn ons aan te passen. Dat geldt ook voor gemeenschappen. De overheid kan daarmee afstand nemen. Door veerkracht te promoten, kan worden volgehouden dat de wereld niet maakbaar en zelfs niet controleerbaar is, zonder dat mensen of gemeenschappen bij de pakken gaan neerzitten. Ze kunnen immers hun overlevingskansen vergroten door aan hun veerkracht te werken.

Door in beleid of in onderzoek in termen van veerkracht te praten, verkrijgt “dit discours de geloofwaardigheid die het niet verdient en deze bestuurspraktijk uiteindelijk legitimiteit” (Joseph, 2013: 40).

‘Ethos van positiviteit’

Een begrip als veerkracht dat niet discours-theoretisch wordt bekritiseerd, wordt onvermoed en onvermijdelijk ingeschakeld in wat Richard de Brabander het ‘ethos van positiviteit’ noemt: je moet je positief verhouden tot jezelf, tot anderen en tot je situatie, tegenslag opvatten als een uitdaging, kijken naar de mogelijkheden en niet naar de onmogelijkheden, je richten op je ‘cirkel van invloed’, de slachtofferrol weigeren en niet de omstandigheden of het systeem de schuld geven.

Dit ethos is in de hele samenleving – ook in het denken van burgers over zichzelf, anderen en hun situatie – werkzaam en “impliceert een depolitiserend, doordat

Het laat geen ruimte voor het vreemde, het negatieve en het afwijkende.

het de blik afwendt van de politiek en van structurele oorzaken waardoor mensen in een kwetsbare positie komen” (de Brabander, 2022: 43). Het laat geen ruimte voor het vreemde, het negatieve en het afwijkende. Ronduit ‘wreed’ wordt het positieve denken als de verinnerlijking door burgers van het optimistische streven naar iets dat door hen toch niet bereikt kan worden, in de weg gaat zitten van wat de betrokkenen wel goed zou doen. Het door dat ethos van positiviteit ingegeven ‘bestuur van positiviteit’ richt zich op de mogelijkheden en eigen kracht die het individu heeft om zijn situatie te verbeteren en niet op het tegengaan van sociale onrechtvaardigheid (de Brabander, 2022).

De politiek-ethische reflectie op de grote maatschappelijke opgaven die om een politieke respons van politici en burgers vragen, begint bij een kritiek op het neoliberale discours en bijbehorende bestuurspraktijk en het ethos van positiviteit. En op *welfare words* als ‘eigen kracht’, ‘eigen regie’, ‘zelfredzaamheid’, ‘zelfsturing’ en ‘veerkracht’.

Dr. Guus Timmerman is zorgethicus en kwalitatief onderzoeker, werkzaam voor Stichting Presentie. Van 2015 tot 2020 was hij secretaris van het NVBe-bestuur.

Literatuur

Brabander, R. de. (2022). *Wees positief! Voorbij de retoriek van empowerment in het sociaal domein*, Amsterdam University Press, <https://library.oapen.org/handle/20.500.12657/57085>.

Joseph, J. (2013). Resilience as embedded neoliberalism: A governmentality approach.

- Resilience*, 1(1), 38-52. <https://doi.org/10.1080/21693293.2013.765741>.
- Timmerman, G. (2018). Meer zelfredzaamheid, minder overheid? Neoliberalisme in zorg en welzijn. *Waardenwerk*, 19(73), 44-56. <https://www.waardenwerkdigitaal.nl/p/meer-zelfredzaamheid-minder-overheid/5546>.
- Vosman, F. (2018). *Overleven als levensvorm: Zorgethiek als kritiek op het ideaal van het 'geslaagde leven'*. Universiteit voor Humanistiek. Beschikbaar via: https://www.uvh.nl/up/ZwipelxJsifB_Frans_Vosman_-_Afscheidsrede.pdf.
- Welsh, M. (2014). Resilience and responsibility: Governing uncertainty in a complex world. *The Geographical Journal*, 180(1), 15-26. <https://doi.org/10.1111/geoj.12012>.

Nieuws uit de Vereniging

André Krom

Nacht van de Veerkracht

Op 1 december a.s. is het zover, dan vindt in Utrecht de Nacht van de Veerkracht plaats. De Nacht wordt georganiseerd ter gelegenheid van het jubileum van maar liefst 4 organisaties die werkzaam zijn op het terrein van de ethiek. Van jong(er) naar oud(er) zijn dat: Het Netwerk EthiekOndersteuning Nederland (NEON, 10 jaar), het Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG, 20 jaar), de postacademische beroepsopleiding Ethiek in de Zorgsector (30 jaar) en de Nederlandse Vereniging voor Bio-ethiek (NVBe, 30 jaar).

De openingslezing zal worden verzorgd door Denker des Vaderlands, Marjan Slob, en heeft als titel “Wat kan je gemoed verdragen? Veerkracht en het onder ogen zien van de realiteit”. In workshops, lezingen, debatten en via muziek en theater gaan we vervolgens samen verder aan de slag rond het thema veerkracht. Naast en tussen parallelsessies door is er ruime gelegenheid om (op ludieke wijze) nieuwe mensen te leren kennen en oude contacten weer te doen herleven.

Locatie: Universiteit voor Humanistiek.

Kromme Nieuwegracht 29, 3512 HD Utrecht.

Tijd: 20.00-0.00 uur (inloop vanaf 19.30 uur).

Website: Op www.nachtvandeveerkracht.nl vindt u het programma en kunt u tickets bemachtigen.

Wees er snel bij! We hopen velen van u op 1 december te mogen verwelkomen.

Tevens maakt het bestuur graag gebruik van de gelegenheid om haar grote waardering en dank uit te spreken aan het team dat deze feestelijke viering mogelijk heeft gemaakt. In alfabetische volgorde bestond het team uit: Leonie Abrahams (programma coördinator, NVBe), Reisha Bermawi (CEG), Ana Pereira Daoud (NVBe), Theo de Zwart (NEON), Kamiel Feiertag (NVBe), Myrthe Lenselink (CEG), Nathalie Meeuwisse (CEG), Simone Naber (Ethiek in de Zorgsector, NVBe), Virgil Rerimassie (CEG), Karin Seijdel (NEON), Marion Smit (NVBe) en Wesley van Zeben (CEG). Ik bedank het team ook graag persoonlijk voor de prettige samenwerking bij de voorbereiding van de Nacht.

Podiumredactie (netto) uitgebreid

Met een prachtig nummer van Podium over de bio-ethiek van ruimtevaart (2023, nr. 2) heeft *Marieke Bak* onlangs afscheid genomen van de Podiumredactie. Marieke is sinds eind 2017 zeer actief geweest in de redactie, heeft een belangrijke rol gespeeld in o.a. de vernieuwing van Podium, bij de thematische indeling van Podiumnummers op de nieuwe website en bij het oprichten van een LinkedIn bedrijfspagina voor de NVBe. Ook was zij nauw betrokken bij de (eind) redactie van meerdere Preadviezen en was zij de afgelopen jaren de verbindende schakel tussen de Podiumredactie en het bestuur. Het bestuur is haar voor dit alles zeer dankbaar. En er is meer reden voor dankbaarheid: Marieke blijft zich namelijk ook de komende tijd als bestuurslid inzetten voor de NVBe.

Later dit jaar zullen nog een aantal redactieleden afzwaaien (meer daarover in het volgende nummer van Podium). Vooruitlopend daarop is de redactie onlangs sterk uitgebreid met maar liefst zes nieuwe redacteuren. Het is prachtig om te zien dat het telkens weer lukt om enthousiaste mensen te vinden die zich vrijwillig willen inzetten voor de NVBe. In alfabetische volgorde stelt het bestuur de nieuwe redactieleden graag aan u voor. *Simone Harmssen* werkt als onderzoeker bij het Rathenau Instituut en heeft o.a. enkele jaren ervaring als wetenschapsjournalist. Zij schreef haar proefschrift over het verankeren van patiëntenparticipatie in de cultuur, structuur en praktijk van het Nederlandse gezondheidsonderzoek. *Sophie Overbeek* werkte o.a. als Trainee bij Arnold & Siedsma, dat gespecialiseerd is in intellectuele eigendomsrechten. Momenteel is zij o.a. vrijwilliger bij Shelter City Rotterdam en voor Humanitas Expertisecentrum Seksualiteit Sekswerk en Mensenhandel (SSEM). *Max Rensink* doet bij de afdeling Ethiek, Filosofie en Geschiedenis van de Geneeskunde van het Erasmus MC promotieonderzoek naar voorspellende testen voor erfelijke late-onset neurologische ziekten. Daarnaast is hij redacteur en columnist van Babel, het Faculteitsblad geesteswetenschappen van de Universiteit van Amsterdam. *Melanie Rietveld* heeft een master Biomedische Wetenschappen op zak en volgt momenteel de master Philosophy, Bioethics and Health aan de VU Amsterdam. Tijdens een eerdere stage bij het Rathenau Instituut richtte zij zich op ethische en maatschappelijke vraagstukken rond de ontwikkeling van de synthetische cel. *Lieke van Kempen* doet promotieonderzoek op het gebied van stamcelonderzoek bij de Sectie Ethiek en Recht van de Gezondheidszorg van het LUMC. Eerder rondde zij o.a. met succes een studie

filosofie aan de Universiteit Tilburg af, met een focus op Ethiek van Bedrijf en Organisatie. *Last but not least*, Savannah van Kuppenveld werkt als junior onderzoeker bij de afdeling Ethiek, Recht en Humaniora van het Amsterdam UMC. Ook volgt zij aan de VU de Master Philosophy, Bioethics and Health. Eerder rondde zij met succes zowel een bachelor geneeskunde (Universiteit Utrecht) en de master Vitality and Ageing (Universiteit Leiden) af.

Het bestuur kijkt uit naar alle mooie nummers van Podium waar Simone, Sophie, Max, Melanie, Lieke en Savannah samen met de andere redactieleden een bijdrage aan zullen leveren en wenst hen daar veel plezier en inspiratie bij toe.

Persoonlijke noot

Na een mooie tijd van iets meer dan 4,5 jaar zal ik op 2 december a.s. terugtreden als voorzitter en bestuurslid van de NVBe. Na de jubileumviering gaat het bestuur in alle rust op zoek naar een nieuwe voorzitter. Suggesties zijn uiteraard van harte welkom. Zoals gebruikelijk zal het bestuur de kandidaat voordragen aan de Algemene ledenvergadering (ALV) en kunt u tijdens de eerstvolgende ALV (nog te plannen) kennismaken en stemmen over de benoeming. Tot die tijd nemen de overige bestuursleden alle lopende taken waar. Het is een prachtig en sterk team, dus ik heb daar alle vertrouwen in. Over vertrouwen gesproken: ik wil u, alle overige leden, het bestuur en de redactie van Podium, graag hartelijk danken voor het vertrouwen en voor de prettige en inspirerende samenwerking. Stiekem ben ik best een beetje trots op wat we, voortbouwend op het werk van onze voorgangers, samen hebben bereikt in de afgelopen jaren. Bedankt!

Als ik tot slot één herinnering zou mogen noemen die me zeer is bijgebleven uit de afgelopen 4,5 jaar dan is het de sfeer van urgentie en activisme die ontstond tijdens het NVBe jaarsymposium 2022, dat als onderwerp had “Global health ethiek – lokale implicaties van een verbonden wereld”. Meer dan ik bij eerdere bijeenkomsten heb gezien, werden de deelnemers door de sprekers uitgedaagd om na te gaan wat we individueel en institutioneel zouden kunnen doen om gezondheidsverschillen tussen groepen mensen te adresseren, op een manier die rekening houdt met onderliggende processen die tot mondiale onrechtvaardigheden en oneerlijke kansen in gezondheid kunnen leiden. Tot mijn grote plezier heb ik na het jaarsymposium op verschillende manieren en via uiteenlopende kanalen de doorwerking van deze bijeenkomst kunnen merken. Zo hoorde ik o.a. over sollicitatiebrieven waarin met een verwijzing naar het jaar-

symposium werd aangegeven waarom het tegengaan van oneerlijke kansen in gezondheid meer aandacht zou moeten krijgen in onderzoek en onderwijs en hoe dat concreet gestalte zou kunnen krijgen. Een vraag die tijdens datzelfde symposium overigens ook pregnant naar voren kwam en waar ik persoonlijk niet helemaal ben uitgekomen is of de NVBe als beroepsvereniging soms ook inhoudelijke standpunten zou moeten innemen. Wat denkt u? Ik denk dat het feit dat ik deze vraag stel aan het einde van mijn laatste nieuws uit de vereniging twee dingen aangeeft. Ten eerste, dat loslaten een kunst is. Ten tweede, dat ik deze kunst ten aanzien van de NVBe nog niet helemaal onder de knie heb. Het is mijn eigen keuze, maar het gaat me ook aan het hart.

Nieuws van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid

Carel Jansen en Beatrijs Haverkamp

Het Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG) signaleert over actuele en beleidsrelevante ethische vraagstukken over gezondheidszorg en biomedisch onderzoek. Het CEG brengt signalementen uit en organiseert bijeenkomsten, waarbij u uiteraard van harte welkom bent. Op de website van het CEG (www.ceg.nl) vindt u alle publicaties en actualiteiten. Hier meer over onze lopende projecten en ander nieuws.

Twintig jaar CEG

Dit jaar bestaat het CEG twintig jaar. Hoe is het allemaal begonnen? In 1997 bracht de geboorte van schaap Dolly wereldwijd een schok teweeg. Dolly was het eerste zoogdier dat succesvol gekloond was uit een volwassen cel. Haar verschijning bracht met veel publiciteit een debat over (nieuwe) ethische vragen voor overheidsbeleid op gang. Die vragen over de technische maakbaarheid van leven en de ethische grenzen van de medische wetenschap zette minister Els Borst aan het denken. Dolly doordrong de minister van de noodzaak om nieuwe ontwikkelingen op medisch-ethisch terrein van nabij te volgen, om er zo tijdig mogelijk op te kunnen reageren. Ze schreef hierover aan de Tweede Kamer: 'Wat mij voor ogen staat is een centrum waar informatie over de verschillende ontwikkelingen wordt verzameld, van waaruit signalen over (nieuwe) medisch-ethische ontwikkelingen aan het ministerie worden gegeven en dat daarnaast goed toegankelijk is voor organisaties en zorgaanbieders.' Dat 'signaleren' is de kerntaak van het CEG. Het gaat daarbij om nieuwe en/of actuele ontwikkelingen waarvan de impact en het vervolg nog niet altijd bekend of te voorspellen zijn.

Jubileumsymposium

Op 25 september 2023 vierde het CEG zijn 20-jarig bestaan met een jubileumsymposium en een speciale tiende editie van de jaarlijkse Els Borst Lezing. Het werd een feestelijke en drukbezochte dag in het museum voor Beeld & Geluid in

Den Haag. Het symposium, met als thema 'schaarste', werd geopend door RVS-voorzitter Jet Bussemaker.

Direct na de opening werden de aanwezigen in het diepe gegooid met een discussie aan de hand van de trailer van de Japanse film 'Plan 75'. De Japanse fictiefilm schetst een perspectief voor eenzame ouderen: vrijwillige deelname aan een euthanasieprogramma met een financiële premie en begeleiding door de overheid. Stoppen met deelname kan op elk moment tot en met de geplande euthanasiedag. Onder de licht provocerende leiding van CEG-voorzitter Martine de Vries en CEG-commissielid Alistair Niemeijer werd de vraag besproken of ook in Nederland een plan zou moeten komen waarmee 75-plussers zich kunnen aanmelden om in een groep leeftijdsgenoten naar een gezamenlijke euthanasie toe te leven.

De meeste discussiedeelnemers zagen dat toch niet zitten. Promotie van dit plan door de overheid, zeker als er een premie aan wordt verbonden, zou een signaal afgeven dat de levens van 75-plussers niet van waarde zijn. Ook zou het afwentelen van het (politieke) schaarste probleem op individuele ouderen onrechtvaardig zijn. Het in de zaal geopperde idee dat iedereen een vast bedrag aan 'gezondheidszorg' zou kunnen claimen, werd afgewezen, want hoe oneerlijk zou dat zijn voor mensen die al vroeg een chronische aandoening hebben. Hun leven zou korter zijn omdat het zorgbudget voor hun behandeling op een bepaald moment op zou raken. Na zo'n twintig minuten felle discussie, waarbij gelukkig ook veel werd gelachen, was het voor alle aanwezigen duidelijk: schaarste brengt duivelse dilemma's met zich mee die niet zonder pijn op te lossen zijn. Na dit inspirerende begin gingen de deelnemers zelf in deelsessies met diverse aspecten van schaarste in de zorg aan de slag.

Ideeënwedstrijd

In Nederland zijn talloze (jonge) onderzoekers en praktijkmensen dagelijks in de weer met ethiekvraagstukken van heel verschillende aard. Het CEG, altijd op zoek naar frisse ideeën, wilde ook hen op het jubileumsymposium een podium geven en organiseerde daarom een ideeënwedstrijd. Uit 32 aanmeldingen werden vijf mensen genomineerd om hun idee middels een Pecha Kucha (een voorstelling van 20 afbeeldingen met een totale tijd van 6 minuten en 40 seconden) aan het publiek te presenteren. Marije Smits won met haar bevlogen presentatie waarin zij een lans brak om jonge artsen veel meer te betrekken en vaardiger te maken in gesprekken over vaak ingewikkelde (schaarste-)dilemma's in de zorg. Zowel

de deelnemers als de toeschouwers waren enthousiast over de wedstrijd. Het CEG overweegt volgend jaar weer een ideeënwedstrijd te organiseren. Tijdens de Nacht van de Veerkracht staan de winnaar en genomineerden nogmaals op het podium met hun presentatie.

Els Borst Lezing

Omdat het dit jaar de tiende Els Borst Lezing was, waren er in plaats van één, nu drie gerenommeerde sprekers. Ingrid Robeyns, Teun Toebes en Ernst Kuipers gaven – elk vanuit hun eigen domein (wetenschap, praktijk en beleid) een visie op schaarste. Demissionair minister Ernst Kuipers stelde onder meer dat vervuilende bedrijven mee zouden moeten betalen aan de gezondheidsschade die ze veroorzaken: ‘waarom betalen de vervuilers van onze volksgezondheid niet ook mee aan de schade die ze aanrichten? Philip Morris, Chemours, Tata Steel – al decennia verspreiden ze giftige stoffen onder onze bevolking. De kankeratlas laat ons zien wat de gevolgen daarvan zijn. En McDonalds, Haribo en Coca-Cola weten heel goed dat hun producten ongezond zijn. Wat mij betreft gaan al deze bedrijven meer belasting betalen dan ze nu doen.’

Ingrid Robeyns, hoogleraar Ethiek van Instuties aan het Ethiek Instituut van de Universiteit Utrecht, trok het probleem van de schaarste breder dan de zorg. Ze stelde onder meer dat ‘het neoliberale sociaal contract op de schop moet, en dat de vraag hoe we de zorg in de toekomst organiseren alleen maar beantwoord kan worden binnen de grotere vraag naar dat post-neoliberale sociaal contract.’

Teun Toebes, verpleegkundige en zorgethicus, betoogde dat ieder mens recht heeft op de best mogelijke levensstandaard, ongeacht leeftijd of diagnose. ‘Het enige juiste gebruik van het woord “schaarste” is mijns inziens waar het over het gebrek aan menselijkheid gaat, de armoede van onze welvaart.’

In het panelgesprek na afloop bespraken de sprekers vragen uit de zaal vanuit hun eigen invalshoek, maar bleek ook dat de visies van hun drie op de schaarste-uitdagingen in de zorg, vaak dicht bij elkaar lagen dan verwacht. Een mooi besluit van een gedenkwaardige 20-ste verjaardag van het CEG.

U kunt de tekst van de lezingen vinden op de site van het CEG: <https://www.ceg.nl/documenten/publicaties/2023/09/26/els-borst-lezing-2023>

Podium

voor Bio-ethiek

De NVBe streeft naar:

1. Het stimuleren en expliciteren van de bio-ethiek (medische ethiek, dier- en natuurethiek) rondom actuele maatschappelijke thema's;
2. Het verbeteren van contacten tussen vertegenwoordigers uit verschillende vakgebieden, instellingen en organisaties die betrokken zijn bij bio-ethische kwesties;
3. Open en gelijkwaardige discussies met en tussen stakeholders en andere betrokkenen over bio-ethische kwesties in wetenschap, technologie en samenleving;
4. Aansprekende publicaties over actuele bio-ethische kwesties in Nederland.

Het Podium voor Bio-ethiek draagt bij aan deze doelen met de publicatie van bondige, voor een breed publiek toegankelijke, interdisciplinaire bijdragen over bio-ethische kwesties in de Nederlandse taal en van bio-ethisch nieuws, zowel van binnen als van buiten de vereniging.

Het Podium verschijnt vier keer per jaar en wordt toegezonden aan leden van de NVBe in een gedrukte en/of digitale versie. Het Podium en de mededelingen uit de vereniging zijn ook te vinden op www.nvbe.nl. Nieuwe podiumnummers komen op de website beschikbaar drie maanden na de officiële publicatiedatum.

Lid worden?

Het lidmaatschap van de Nederlandse Vereniging voor Bio-ethiek (NVBe) is er voor iedereen die zich op de een of andere manier betrokken voelt bij de levenswetenschappen in brede zin en de ethische reflectie daarop.

Op de website www.nvbe.nl (doorklikken naar 'Lidmaatschap') vindt u een formulier waarmee u zich kunt aanmelden als lid. De ledenadministratie is te bereiken via ledenadministratie@nvbe.nl

Wilt u reageren? Schrijf een brief!

Wilt u reageren op een van de bijdragen in dit nummer, of heeft u iets toe te voegen aan het thema van dit nummer of aan andere onderwerpen die in recente podiumnummers zijn besproken? Dat kan door uw reactie van maximaal 300 woorden te mailen naar podium@nvbe.nl. Gelieve duidelijk in het onderwerp te vermelden 'Brief Podium'. Als uw boodschap een inhoudelijke bijdrage levert aan de discussie en tijdig bij ons binnen is, plaatsen we deze in het eerstvolgende nummer.



Nederlandse Vereniging
voor Bio-Ethiek

