

Moet ik me er soms mee bemoeien?

Ethische reflectie in de bemoeizorg

Casus Ria

Het is vrijdagmiddag. Samen met mijn collega sta ik voor de derde keer deze week bij Ria voor de deur. Meestal ontmoeten we Ria op straat of in het winkelcentrum. Als we haar daar zien, trakteer ik haar op koffie bij de HEMA. De afgelopen periode is zij niet komen opdagen bij de depotpoli. Ria krijgt hier elke 2 weken haar depotmedicatie toegediend. Telefonisch is ze niet te bereiken en ook haar vader krijgt geen contact met haar. Ik open de brievenbusklep, roep haar naam en vraag of ze thuis is. Een sterke wietlucht komt ons via de brievenbus tegemoet. Ria is thuis en we mogen uiteindelijk binnenkomen als we maar niet zeuren over de rommel. We zien een stapel met stinkende kleding en oud ijzer liggen. Daarnaast liggen tot tegen het plafond oude matrassen opgestapeld en overal liggen etensresten en bierblikjes. Op het aanrecht staat de vaat van een maand of twee; het hele huis is ernstig vervuild. Ik vertel Ria dat ik voor haar depot kom. 'Die heb ik niet meer nodig!' antwoordt Ria. 'Ik ben niet gek en ik wil zeker geen prik, neem hem zelf maar!' Inmiddels hebben we een plekje gevonden op haar tweepersoonsbank. Ik vraag Ria of ik haar iets mag vertellen over het gebruik van haar depot. Dit wil ze eigenlijk niet, maar als ik het kort houdt dan mag het. Ik vertel Ria wat we vanochtend hebben besproken binnen het team. De burens klagen over stankoverlast en nachtelijk lawaai. Ik uit mijn zorgen over de situatie waarin zij leeft en benadruk het belang van haar medicatie. Verder bieden we aan om haar te helpen

met opruimen. Als Ria haar depot blijft weigeren, hebben wij als team afgesproken dat we haar situatie aan een rechter voorleggen. 'Nee! Ik wil niet weer opgenomen worden!', antwoordt Ria. 'Je hoeft niet te denken dat jij weet hoe ik moet leven!' Na een korte scheldkanonnade staan we na tien minuten weer buiten op de stoep. Een week later kom ik Ria tegen in het winkelcentrum. Ze bedelt om geld en eten. Ik neem haar mee naar de HEMA. Ze accepteert de uitnodiging, maar wil verder geen gezeur.

INLEIDING

In dit artikel bespreken we de casus van Ria en volgen we de handelwijze van het FACT-team. FACT staat voor Functie Assertive Community Treatment. Het is een vorm van intensieve ambulante behandeling van mensen met een ernstige psychiatrische stoornis.¹ De inhoud en intensiteit van de zorg worden flexibel ingezet al naar gelang de toestand van de patiënt: van onderhoudsbehandeling in geval van stabiliteit tot intensieve bemoeizorg in geval van een (dreigende) crisis. De crisis ontstaat vaak wanneer de patiënt een gevaar vormt voor zichzelf of zijn omgeving. Het FACT-team bestaat uit (sociaalpsychiatrisch) verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, een psycholoog en een psychiater. Het FACT-team beraadt zich op de toestand van Ria en onderzoekt de verschillende mogelijkheden ten aanzien van de meest passende benadering en behandeling. Bij elke mogelijkheid ervaart het team echter zowel voor- als nadelen, die tegen elkaar afgewogen moeten worden. In dit artikel worden twee dilemma's van het team beschreven. Bij de casus van Ria komt een aantal teamleden aan het woord om het dilemma te verduidelijken. De casus kent een open einde. Uitgelegd wordt waarom het van belang is dat het team deze ethische dilemma's eerst helder krijgt voordat er verantwoorde praktische keuzes gemaakt kunnen worden. Tot slot van het artikel wordt een methode beschreven, het Utrechtse Stappenplan. Met dit Stappenplan is het mogelijk via een moreel beraad tot verantwoorde keuzes in de behande-

YVETTE VAN BAALEN, verpleegkundige, werkzaam bij de Parnassia Groep, FACT-team (bemoeizorg)

ROBERT MEIJBURG, verpleegkundig opleider en verpleegkundig specialist binnen de Parnassia Groep

BERNO VAN MEIJEL, lector GGZ-verpleegkunde aan de Hogeschool Inholland / Cluster Nursing en de Parnassia Groep



ling te komen. Voordat we de teamleden hierin volgen, gaan we eerst in op de vraag wat een ethisch dilemma nu eigenlijk is.

ACHTERGROND

Het woord 'ethiek' is afgeleid van het Griekse 'ethos'. Dit staat voor goede gewoonten als een innerlijke houding. Ethiek is een deelgebied van de filosofie waar men zich bezighoudt met de vraag 'wat is goed'.²

Bij een ethisch dilemma gaat het om een probleem:

- dat zich voordoet in situaties dat je moet kiezen;
- waarbij beide keuzes goede kanten hebben;
- waarbij beide keuzes nadelige kanten hebben;
- waarbij een keuze definitief is en de andere keuze uitsluit.³

Als er een keuze wordt gemaakt uit de beschikbare opties, is het belangrijk om recht te doen aan waarden die de betrokken persoon, in ons geval Ria, koestert. In de casus van Ria moeten de ethische vragen echter ook vanuit het perspectief van het verpleegkundig team beschouwd worden. Het team heeft immers ook zijn professionele waarden en die zouden in bepaalde situaties kunnen botsen met de waarden die Ria zelf hanteert. In dit artikel bespreken we beide perspectieven en zoeken naar een weg om uit die confrontatie van waarden te komen.

De medewerkers van het FACT-team zien een verwarde vrouw die zichzelf dermate verwaarloost en overlast veroorzaakt dat ingrijpen zeker gewenst is.

Dit ingrijpen is echter niet zonder problemen en roept twee vragen op:

1. Mag men tegen de wil van Ria in hulp opdringen of verplicht stellen?
2. Mag, in dit specifieke geval van Ria, het beroepsgeheim worden geschonden met het oog op verbetering van haar situatie?

1 AUTONOMIE VERSUS HETERONOMIE

FACT-medewerkers worden vaak geconfronteerd met verloedering van patiënten. De patiënt leeft in een ernstig vervuilde woning onder slechte hygiënische omstandigheden, waardoor er een gevaar voor de gezondheid van de patiënt ontstaat. De persoonlijke zelfzorg van de patiënt is meestal ook erg slecht. De omgeving ervaart vaak overlast. Dit is ook het geval bij Ria. Een teamlid zegt hierover *'Er is geen fatsoenlijke maaltijd meer klaar te maken'* en *'Ik snap niet dat mensen in zo'n huis kunnen wonen'*. De burens klagen bij de woningbouwvereniging over stankoverlast en nachtelijk lawaai. Al deze problemen stellen de teamleden voor de vraag, of dit zo kan doorgaan. Ria zelf ervaart op dit moment geen problemen. Dit kan echter veranderen wanneer ze uit haar huis gezet zou worden vanwege de overlast. Ria wil dit tegen iedere prijs voorkomen. Als het team meer bemoeizorg zou leveren, of haar wellicht zelfs tijdelijk gedwongen laat opnemen, dan zal Ria dat later wellicht kunnen waarderen, zo redeneert een deel van het team. Nu ingrijpen voor haar eigen bestwil zou

UTRECHTSE METHODE

De 'Utrechtse methode voor structurering van ethische reflectie'⁶ bestaat uit de volgende fasen:

Fase Verkenning

- Welke vragen roept deze casus op?

Fase Explicitering

- Wat is de morele vraag?
- Welke handelingsmogelijkheden staan op het eerste gezicht open?
- Welke feitelijke informatie ontbreekt op dit moment?

Fase Analyse

- Wie zijn bij de morele vraag betrokken en wat is het perspectief van ieder van de betrokkenen?
- Welke argumenten zijn relevant voor de beantwoording van de morele vraag?

Fase Afweging

- Wat is het gewicht van de argumenten in deze casus?
- Welke handelingsmogelijkheid verdient op grond van deze afweging de voorkeur?

Fase Aanpak

- Welke concrete stappen vloeien hieruit voort?

UITWERKING UTRECHTSE METHODE

Hierna worden de opeenvolgende stappen van het Utrechtse model nader uitgewerkt.

Fase Verkenning

Een casus is nooit neutraal en roept altijd weer nieuwe vragen en emoties op.

De voorzitter verzamelt en benoemt de vragen rondom Ria. Ook de emoties die met deze vragen samengaan, worden verzameld en benoemd. Deze vragen en emoties worden nader besproken in volgende fasen.

Fase Explicitering

In de casus van Ria staan uiteindelijk twee morele vragen centraal waarop het team een antwoord wil formuleren:

1. Mag men tegen de wil van Ria in hulp opdringen of verplicht stellen?
2. Mag in het geval van Ria het beroepsgeheim worden geschonden om een verbetering in haar situatie te bewerkstelligen?

Vervolgens worden alle handelingsmogelijkheden – zo waardevrij mogelijk – benoemd.

Als er naar aanleiding van de morele vragen, rondom de autonomie van Ria en rondom het schenden van het beroepsgeheim, en het benoemen van de handelingsmogelijkheden weer nieuwe afgeleide vragen opkomen, kunnen deze worden benoemd. De beantwoording van deze vragen gebeurt echter in globale termen; de morele vragen blijven centraal staan.

Fase Analyse

In deze fase worden de belangen van alle betrokkenen geëxpliciteerd.

De deelnemers en de voorzitter letten op dat ieders perspectief goed aan bod komt. De leden van het FACT team kunnen ervoor kiezen om (een vertegenwoordiger voor) Ria uit te nodigen, nu moet het team de belangen van Ria zelf inbrengen. Ditzelfde geldt voor het benoemen van de argumenten die mogelijk van waarde zijn om tot een keuze te komen ten aanzien van de bestaande dilemma's. Alle argumenten worden vanuit het standpunt van alle betrokkenen benoemd.

Fase Afweging

In deze fase wordt aan elk argument een waarde toegekend. Dit kan bijvoorbeeld met een cijfer tussen 1 en 10, of door aan te geven dat men het ene argument zwaarder vindt wegen dan het andere. De argumenten worden geclusterd, bijvoorbeeld 'voor een aanvraag rechterlijke machtiging (RM)' en 'tegen een aanvraag RM'. Naar aanleiding van deze afweging kunnen bepaalde handelingen worden voorgesteld, of juist worden afgewezen.

Fase Aanpak

Naar aanleiding van de weging en de keuzes die hieruit zijn voortgekomen, worden er interventies ingezet.

dan legitiem zijn. Andere teamleden zijn terughoudender: zij verwachten dat Ria door een dwangopname alle vertrouwen in de teamleden zal verliezen. Ze zou zich afkeren van de behandelaars, met alle negatieve gevolgen voor een toekomstige behandeling. Ze heeft de professionele ondersteuning beslist nodig om de grip op haar leven te behouden, zo stellen deze teamleden. Zodra ze de regie over haar leven kwijtraakt, kan ze bijzonder destructief worden.

Hoe nu verder?

Of er nu ingegrepen wordt in deze situatie of dat de situatie zo gelaten wordt, in beide situaties is er sprake van een expliciete keuze binnen het geschetste dilemma. En in beide gevallen dient er een inschatting van risico's en potentiële schade gemaakt te worden: wat zijn de gevolgen voor de eigen gezondheid en leefomstandigheden van Ria? Een hulpverlener zegt hierover *'We vrezen dat er geen alternatief is en dat zij niet uit zichzelf opknapt. Dus als wij niets doen, dan laten we haar in de steek.*

Voor de rest van haar leven.' Een ander aspect dat meegenomen wordt in de overwegingen, is het mogelijke onbegrip van externe organisaties die niet begrijpen hoe de situatie zo kan blijven bestaan en zich afvragen waarom er niet wordt ingegrepen.

Een gedwongen opname biedt echter geen garanties en schaadt in ieder geval de behandelrelatie, zo is de afweging van anderen. Sommige patiënten reageren zo negatief, of zelfs destructief op een gedwongen opname, dat er na maandenlange gedwongen verpleging feitelijk niets veranderd is.

De teamleden vragen zich af of het zou helpen het dilemma openlijk met Ria te delen. In dat geval wordt Ria betrokken in de besluitvorming en wordt er zelfs enige druk op haar uitgeoefend om medeverantwoordelijk te zijn voor de oplossing van het dilemma. Dit



alles vanuit het besef dat de situatie zoals die nu is niet kan voortbestaan. Het kan zijn dat Ria dan alsnog voor een vrijwillige opname kiest. Een aantal teamleden stelt nadrukkelijk dat – mocht het toch tot een rechterlijke machtiging komen – het van groot belang is dat Ria door de eigen hulpverleners naar de opnameafdeling wordt gebracht. Men hoopt op die manier zo min mogelijk schade te berokkenen ten aanzien van de vertrouwensrelatie met haar. Alleen in het uiterste geval wordt gekozen voor politie en ambulanceassistentie.

2 GRENZEN AAN HET BEROEPSGEHEIM

Een tweede dilemma dat zich in de situatie van Ria voordoet, is het buiten haar medeweten om zaken bespreken met derden, bijvoorbeeld familie, burens of vertegenwoordigers van instanties. Hulpverleners verschillen duidelijk van mening in hoeverre dit als een dilemma wordt ervaren. De ene hulpverlener redeneert dat deze uitwisseling van informatie met derden van groot belang is voor de zorg en behandeling voor de patiënt. *'Het is legitiem om dit te doen, omdat het voor de bestwil van Ria is.'* Zeker als er sprake is van direct gevaar, of van verloedering, dan is informatie-uitwisseling noodzakelijk om verdere verloedering te voorkomen. Anderen stellen daarentegen dat deze uitwisseling van informatie ingaat tegen de privacybescherming van de patiënt: er wordt immers iets over de patiënt aan anderen medegedeeld wat tegen de wens van hem of haar ingaat. In het geval van Ria: zij wil niet dat er contact is met de familieleden, zodat deze meebeslissen over wat er moet gebeuren.

In de literatuur wordt aangegeven dat het in bepaalde gevallen wel legitiem is om het beroepsgeheim te schenden. Leenen beschrijft de volgende criteria (in: Ten Have e.a.⁴):

- Alles is geprobeerd om toestemming van de patiënt te verkrijgen.
- Er dreigt ernstige schade voor een ander bij handhaving van het beroepsgeheim.
- De arts/ hulpverlener verkeert in gewetensnood door handhaving van het beroepsgeheim.
- Er is geen andere weg om het probleem op te lossen dan door doorbreken van het beroepsgeheim.
- Schade aan een ander kan vrijwel zeker worden voorkomen of beperkt door het beroepsgeheim te doorbreken.
- Het geheim wordt zo min mogelijk geschonden.

Hoe nu verder?

De FACT-medewerkers geven aan de wens van Ria te willen respecteren, maar ze zien ook dat het in het belang van Ria kan zijn wanneer er contact komt met andere betrokken partijen, bijvoorbeeld de woning-

bouwcoöperatie. De nu geldende regel is dat er van de privacyregel kan worden afgeweken wanneer er nadrukkelijk gevaar bestaat of dreigt voor de patiënt zelf of voor de omgeving. Als hulpverleners contact hebben met instanties, terwijl de patiënt heeft aangegeven dit niet te willen, moet dit expliciet worden benoemd bij de instantie waarmee men contact heeft. De teamleden blijven dan meestal met het gevoel zitten dat ze niet volledig oprecht zijn naar Ria toe. Er wordt immers bewust buiten de wens van Ria om gehandeld.

Dit dilemma wordt overigens minder sterk ervaren wanneer het gaat over het informeren van andere hulpverleners. Het team heeft er bijvoorbeeld geen grote problemen mee om een collega van de GGD bij te praten over de situatie van Ria. Zonder informatie-uitwisseling is er immers geen samenwerking mogelijk. Een lid van het FACT-team stelt: *'De patiënt kan het verbieden, maar ik doe het wel, want ik vind het wel professioneel.'* Ook ten aanzien van het contact met burens gelden bepaalde praktijkregels in het team. Het aanbellen bij burens mag om nadere informatie in te winnen, maar als burens zelf om informatie vragen wordt wel de functie genoemd waarin iemand werkzaam is, maar niet de organisatie waar men werkt. Soms speculeren de burens hier al over: *'Oh, je bent zeker van de Bavo? Ja die vent is hartstikke gek hiernaast!'*

MOREEL BERAAD

Om in deze casus tot een verantwoord besluit te komen, kan de methode van het 'moreel beraad' uitkomst bieden. Bij het moreel beraad gaat het om zelfonderzoek naar de eigen waarden en normen aan de hand van een concreet voorbeeld. Hierbij wordt een sterk gestructureerde gespreksmethode gebruikt aan de hand waarvan men gezamenlijk kritisch onderzoek doet naar de oordelen en veronderstellingen in het denken en handelen.⁵ Verder wordt de inhoud van een moreel beraad bepaald door de eigen inbreng van de professionals: ook eigen kennis en vaardigheden van de verpleegkundige worden ingebracht.

Een moreel beraad wordt bij voorkeur geleid door een daarvoor opgeleide en neutrale voorzitter.

Het FACT-team wil in het geval van Ria – naast het verrichten van het hiervoor genoemde zelfonderzoek – tot een concrete oplossing komen voor de problemen. Er zijn verschillende 'probleemgeoriënteerde methoden' die daarbij kunnen helpen. Een van deze methoden is 'Het Stappenplan, de Utrechtse methode voor structurering van ethische reflectie'.

WAT TE DOEN MET RIA?

Het FACT-team heeft na een moreel beraad aan de hand van het 'Utrechtse Stappenplan' een aantal keuzes



gemaakt. Er werd niet altijd consensus bereikt, want er blijven tussen de teamleden verschillen in ervaring en van mening bestaan. Dit is inherent aan de ervaren morele dilemma's. Eenduidige oplossingen zijn er niet, het blijft steeds gaan om een afweging van keuzes. Welke keuze men ook maakt, iedere keuze heeft zijn voor- en zijn nadelen. Alle teamleden conformeerden zich echter aan de gekozen aanpak, waardoor er eenduidig met Ria (en met mensen in haar omgeving) kan worden gecommuniceerd en er eenduidige interventies kunnen worden ingezet. Er wordt afgesproken de gemaakte keuze en de ingezette interventies geregeld te evalueren, zodat goed zichtbaar wordt hoe deze uitwerken voor Ria en er desgewenst naar alternatieven kan worden gezocht. De uitkomst van het moreel beraad blijft hier in het midden.

We willen u vragen de stappen van het Utrechtse model eens te doorlopen: welke keuzes zou u maken in het concrete geval van Ria?

DISCUSSIE

Binnen een FACT-team kunnen uiteenlopende morele dilemma's worden ervaren. In dit artikel zijn dilemma's rondom autonomie van de patiënt en het omgaan met het beroepsgeheim besproken. In de hulpverleningspraktijk wordt het omgaan met morele dilemma's vaak lastig gevonden, mede omdat ze gepaard gaan met emoties van betrokken hulpverleners. Door veiligheid te bieden binnen het team, door discussie te bevorderen, en door gezamenlijk goede communicatievaardigheden te ontwikkelen, kan er in teams constructief met dit soort dilemma's worden omgegaan. Een keuze naar aanleiding van een moreel dilemma wordt nooit individueel gemaakt. Door open communicatie over ervaren dilemma's ontstaat er een cultuur waarin het bespreken van onzekerheden die gepaard gaan met complexe zorgsituaties mogelijk wordt. Hulpverleners kunnen elkaar op deze wijze steunen en sturen. Ze kunnen elkaar ook met goede argumenten aanspreken wanneer er in strijd met de gemaakte afspraken gehandeld wordt. Van belang is om achter de gemaakte keuze te staan en deze te kunnen verantwoorden: *'We hebben niks te verbergen'*. Evenzeer is het van belang om de gemaakte keuze weer ter discussie te stellen, wanneer blijkt dat de uitwerking ervan anders is dan verwacht.

LITERATUUR

- 1 Have HAMJ ten, Meulen RHJ ter, Leeuwen E van. Medische ethiek. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2009.
- 2 Schwab H (z.j.). Wij denken over ethiek. Budel: DAMON.
- 3 Nistelrooy I van. Basisboek zorgethiek. Over menslievende zorg, moreel beraad en de motivatie van verpleegkundigen. Heeswijk: Uitgeverij Abdij van Berne, 2012.
- 4 Veldhuizen R van, Bähler M, Polhuis D, Os J van (red). Handboek FACT. Utrecht: De Tijdstroom, 2008.
- 5 Wijk L van, Molewijk B. Moreel beraad: leren van je eigen mores. Sociale Psychiatrie 2009;29(91):13-23.
- 6 Manschot H, Dartel H. In gesprek over goede zorg. Amsterdam: Boom, 2003.
- 7 www.ceg.nl/werk/bekijk/moreel-beraad (Geraadpleegd op 16 januari 2013).