

# 'Is dit het beste wat ik kan doen?'

## Ethische reflecties over goede zorg bij schaarste en beperkingen

Y. Denier

- Achtergrond** Schaarste en beperkingen bepalen de context van de zorg en hebben een impact op onze beleving van wat goede zorg is. Dit uit zich in een continu gevoel van tekort: tekort aan tijd, aan mensen, aan plaatsen, aan geld, aan mogelijkheden, aan ademruimte en aan vooruitgang. Het veroorzaakt ook heel wat morele stress bij hulpverleners, cliënten en hun naasten; geworteld in vragen en twijfels omtrent de zinvolheid van het zorgproces waarvan men deel uitmaakt.
- Doel** Het fenomeen van begrensde zorg bekijken en beschrijven vanuit ethisch perspectief.
- Methode** Beschouwing van enkele ethische aspecten van goede zorg in een context van schaarste en beperkingen.
- Resultaten** Bekeken vanuit de tweevoudige dynamiek van schaarste en de drie fasen van het 'doing the best I can do'-model kunnen we komen tot een betekenisvolle invulling van zorgethisch efficiënt handelen in de zorg.
- Conclusie** Bespreekbaar maken van morele contrastervaringen, de dialoog hierover aangaan, gezamenlijk reflecteren in authentieke intervisie, aandachtig kiezen en prioriteiten stellen over wat er in de zorg echt toe doet en hierop regelmatig terugkomen maken fundamenteel deel uit van een constructieve en duurzame omgang met schaarste en beperkingen in de zorg.

'Als we toch eens meer tijd zouden hebben, of meer mensen, of meer middelen en mogelijkheden, dan zou de zorg veel beter zijn.' Hoe vaak horen we deze verzuchting niet? Of nemen we ze zelf in de mond? Ze verwijst naar het chronisch ervaren van schaarste, gebrek en tekort in de zorg; een ervaring die langs verschillende kanten op hulpverleners afkomt en die een grote druk legt op wat volgens hen ethisch goede zorg zou moeten zijn en daardoor heel wat morele stress veroorzaakt. Bij ethisch goede zorg staan in essentie de volgende vragen centraal: 'Kunnen we onze waarden en visie op goede zorg, op wat het ethisch juiste is om te doen, in de dagelijkse zorgpraktijk ook realiseren? Kan ik dit doen? Kunnen wij dit doen? Wordt dit gedaan?' Wat er ook gebeurt, in de context van een goede hulpverlening willen zorgverleners in elk geval *het goede* doen voor de mensen die van hen afhankelijk zijn voor zorg en ondersteuning.

Morele stress is het wrange gevoel dat hulpverleners ervaren wanneer dit niet lijkt te lukken; wanneer ze

niet kunnen handelen volgens hun morele waarden en volgens wat ze denken dat het ethisch goede is om te doen doordat ze hiertoe worden verhinderd door interne of externe factoren. Ook kunnen ze verkeren in situaties waarin de zorg niet verloopt zoals het eigenlijk zou moeten, maar ze daar weinig aan lijken te kunnen veranderen. In zulke situaties is er sprake van een morele contrastervaring.

### Morele stress in de ggz

Empirisch onderzoek toont aan dat morele stress een wijdverspreid fenomeen is dat zich bij vele hulpverleners op regelmatige basis met een gemiddelde tot hoge intensiteit voordoet en dat vele oorzaken kan hebben (Kherbache e.a. 2021).

Specifiek voor de context van de ggz speelt morele stress zich het meest nadrukkelijk af in vrijheidsbeperkende situaties, bijvoorbeeld bij afzondering, onvrijwillige ziekenhuisopname of verplichte medicatie (Austin e.a. 2008; Jansen e.a. 2020). Daarnaast speelt chronische

## AUTEUR

**Yvonne Denier**, filosoof & ethicus, stafmedewerker ethische thema's bij Zorgnet-Icuro en hoofddocent Ethiek van de Gezondheidszorg, KU Leuven.

### Correspondentie

Yvonne Denier (Yvonne.Denier@kuleuven.be).

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 13-7-2021.

### Citeren

Tijdschr Psychiatr. 2021;63(10):737-740

tijdsdruk en gebrek aan tijd om grondig en aandachtig bezig te kunnen zijn met de cliënt en diens zorgtraject ook een grote rol (Austin e.a. 2003). Daarbij kunnen stugge en hardnekkige regels, vaste structuren en de predominantie van kostenefficiënt denken een ontmoedigende invloed hebben op de kwaliteit van de therapeutische relatie (Austin e.a. 2005; Kherbache e.a. 2021). Een andere bron van morele stress is het niet langer kunnen doen van het 'extraatje' in de zorg, tijd kunnen maken voor een goed gesprek met aandacht voor de mens achter de cliënt, ten gevolge van de toegenomen werk- en administratiedruk (Denier 2021).

Onrealistisch hoge verwachtingen vanuit de samenwerking worden ook vermeld. Door deze hoge verwachtingen in combinatie met een medisch model, oplossingsgerichte focus en nadruk op prestaties ('productie' in de zorg) heeft men onvoldoende oog voor de complexiteit, langdurigheid en onzekerheid van het psychiatrisch zorgproces. Maar dit alles legt wel een grote druk op de schouders van de hulpverleners (Austin e.a. 2008). Daarnaast zien we dat conflicten met collega's over de gepaste zorg en behandeling, al dan niet gecombineerd met een gebrekkige interne overleg- en dialoogcultuur belangrijke oorzaken kunnen zijn van morele stress (Austin e.a. 2005). Soms is er geen mogelijkheid tot doorverwijzing naar passender zorgcontexten, botst men hierbij op structurele, organisatorische of administratieve grenzen, of zijn er gewoonweg te weinig plaatsen beschikbaar en zijn de wachtlijsten ellenlang (Jansen e.a. 2020).

Wanneer daarbij een gezond organisatie-ethisch klimaat ontbreekt waarin men samen als team expliciet en reflexief gericht kan zijn op waarde en waardigheid in de zorg, op de essentie van goede hulpverlening, moeilijke vragen bespreekbaar kan stellen en daar ook effectief samen mee bezig kan zijn, dan wordt het moeilijk om aan morele stresservaringen op een constructieve en duurzame manier het hoofd te bieden (Austin e.a. 2003, 2005; Denier 2021).

Wanneer we vanuit een overkoepelend perspectief naar deze voorbeelden kijken, dan kunnen we zien dat het op

een of andere manier steeds ook gaat over begrensdheid van de zorg, over beperking van de zorg, over schaarste en tekort. Die rode draad is een gegeven waar hulpverleners *au fond* weinig aan kunnen veranderen - de begrenzingen zullen niet verdwijnen - maar het dwingt hen wel om er op een of andere manier deskundig en betekenisvol mee om te gaan (Austin e.a. 2003; Grypdonck e.a. 2019). Hoe zou dit er - vanuit zorgethisch oogpunt - uit kunnen zien?

### Tweevoudige dimensie van schaarste en begrenzingen

Laten we daarvoor eerst even uitzoomen en stilstaan bij het fenomeen van schaarste, beperking en begrensdheid in de zorg vanuit een breder filosofisch perspectief. In dit verband zijn er twee dimensies interessant.

In de eerste dimensie (die verwijst naar de externe dynamiek van schaarste) zien we dit verschijnen als een ontologisch gegeven, een vaststaande feitelijkheid. Tijd, mogelijkheden en middelen zijn beperkt. We leven niet in het Aards Paradijs waarin alles wat er nodig is onbegrensd en tegelijk, overvloedig en vrij beschikbaar is. De tweede dimensie van schaarste (een inherent interne dynamiek van schaarste) verwijst naar het antropologisch en sociaal-dynamisch karakter ervan. Hierbij ontstaat de ervaring van schaarste en tekort precies in en door het inherent oneindige karakter van menselijke wensen en verlangens en de wijze waarop ze fundamenteel beïnvloed worden door de sociale dynamiek van onze intermenselijke relaties. Onze wensen en verlangens krijgen vorm in en door de dynamiek van onze sociale relaties.

Wanneer we deze tweevoudige dimensie toepassen op de context van de gezondheidszorg, zien we schaarste als feitelijke beperktheid van de middelen terugkeren in objectieve (cijfer)gegevens, zoals die over de uitgavenstijging (als % van het bbp), de kwantitatieve en kwalitatieve grenzen waar we in de zorg op lijken te botsen, de toenemende vergrijzing en zelfs vergrijzing binnen de vergrijzing, toename van bestaande ziekten en het verschijnen van nieuwe aandoeningen, alsook

de exponentiële toename van nieuwe technologieën en geneesmiddelen met uitbreiding van hun indicaties. En dit alles binnen een economische context van begrenzingen, besparingen en afname van de middelen. Met de massale pensionering van de babyboomers in de komende jaren, lijkt het er bovendien in demografisch opzicht zeer sterk op dat wij meer moeten gaan doen met minder mensen. Dit zijn objectieve feiten en externe gegevenheden.

Wanneer we de tweede dimensie van schaarste, de interne dynamiek, toepassen op de gezondheidszorg, nl. als antropologisch en sociaal-dynamisch gegeven, dan zien we dit terugkeren in de hoge verwachtingen van geneeskunde en gezondheidszorg inzake preventie en bestrijding van ziekte en voorkómen van vroegtijdig overlijden, inzake de kwaliteit en de vlotte toegang tot de gezondheidszorg, inzake onderzoek en ontwikkeling. Dat houdt ook in de algemene verwachting naar het ethos van de individuele hulpverleners om snel over de nodige zorg en ook over de nieuwe mogelijkheden in zorg en geneeskunde te kunnen beschikken. Om maximaal alles te kunnen bieden om patiënten te helpen. Kortom, schaarste als beperktheid, begrenzing en tekort is een complex dynamisch mechanisme dat langs vele kanten druk zet op de zorgverlening en het zorgsysteem. Niet alleen is er de objectieve feitelijkheid van de beperkte middelen. Deze wordt versterkt door de antropologische en sociaal-dynamische aspecten van onze verwachtingen van geneeskunde en gezondheidszorg. Moeten we alles doen wat we kunnen? Is het ethisch goede alleen 'het best mogelijke'? Hoe kunnen we op een zorgethische manier deskundig omgaan met schaarste en begrenzing in de zorg? En dus ook op een constructieve manier het hoofd bieden aan de daarmee gepaard gaande ervaringen van morele stress?

### 'Doing the best I can do'

In dit verband is het 'doing the best I can do'-model (Musto & Schreiber 2012) interessant. Dit model beschrijft het sociaal-dialogische proces dat hulpverleners aangaan in het omgaan met morele stress. In essentie bestaat dit proces uit het zoeken naar verbondenheid met anderen in de ervaring van morele stress en in het gezamenlijk zoeken naar duurzame uitwegen. Hierin kunnen we drie fasen onderscheiden:

1. *'Engaging in dialogue'*, waarbij in eerste instantie de contrastervaring van morele stress bespreekbaar wordt gemaakt in formele of informele overlegmomenten met collega's.
2. *'Experiencing the dialogue'*, waarbij er aandacht is voor de manier waarop de betrokkene deze dialoog ervaart: als ondersteunend of niet, gedeeld en erkend of niet, als gehoord of terzijde geschoven, als gezamenlijk beleefd in een authentieke ontmoeting of veeleer ervaren als kloof.
3. *'Shifting perspective'*, waarbij de contrastervaring vanuit een breder en gedeeld perspectief kan worden herbekeken en geïnterpreteerd, dus niet alleen als

een louter individuele ervaring, maar ook als een teamaangelegenheid, een aspect van de zorgorganisatie en de samenleving in zijn geheel. Dit vraagt in de feitelijke praktijk om structurele aandacht binnen teams en organisaties, ook vanuit het beleid ervan, voor de verschillende stappen en dimensies die zulk een sociaal-dialogisch proces kunnen voeden en ondersteunen. Concrete uitwerking hiervoor, met een veelheid aan praktische tips en tricks voor het ethisch reflectie- en discussieproces, is te vinden in het model van 'het pluïsbloemeffect' (Denier 2021).

Belangrijk is dat men door het gezamenlijk schetsen van de morele contrastervaringen tegen een bredere horizon een hernieuwde betekenis kan geven aan de therapeutische relatie - 'Wat is de betekenis ervan? Hoe moet dit eruit zien? Waar komt het onder druk te staan? Wat kunnen we daaraan doen? Wat niet?' - en dat vanuit de vraag: 'Is dit het beste dat *ik* kan doen? Dat *wij* kunnen doen? Hoe kunnen we dit zo betekenisvol mogelijk maken?'

Uiteraard is het hierbij van belang dat men in team- en organisatieverband effectief aandacht schenkt aan dit soort contrastervaringen en gedeelde reflectiemomenten om op een constructieve manier te kunnen omgaan met de onmacht die morele stress door schaarste, gebrek en begrenzing kan veroorzaken bij hulpverleners.

### Zorgethisch handelen in de context van schaarste

Als aanvulling hierbij is het concept van *zorgethisch efficiënt handelen* (Grypdonck e.a. 2019) bijzonder interessant. Contexten van schaarste en gebrek nopen ons immers tot prioriteiten stellen en goed kiezen waar men tijd voor maakt, wat men kan doen, en wat niet. De externe dynamiek van schaarste leert ons dat er altijd opportuïteitskosten zijn: wat je aan het ene besteedt, kan je niet aan het andere uitgeven. De kunst is dus om geen tijd of aandacht te verspillen aan onnodige zorg, aan zinloze zorg, en daarin ook goed te kiezen. Zorgethische efficiëntie vraagt dan dat we aandacht hebben voor passende zorg, d.w.z. de zorg die er echt toe doet en betekenisvol is voor de cliënt.

Hoe kan je dit nagaan? Hoe kunnen we weten wat het inhoudt? Door echt in te zoomen op de zorgrelatie en de persoon van de cliënt, waar hij of zij het meest mee gebaat is. Als we ons daarbij voldoende bewustzijn van de interne dynamiek van schaarste, dan wordt het proportioneel kijken naar de mate van zorg bijzonder relevant. In contexten van schaarste en beperkingen gaat het dan niet over 'de best mogelijke zorg', maar wel over zorg die goed genoeg is, die de zorgontvangers in de gegeven context van mogelijkheden en beperkingen zo goed mogelijk tot hun recht doen komen. Dit veronderstelt ook dat we maatregelen voor efficiënt en doeltreffend handelen – technieken om te trachten om te gaan met schaarste en beperkingen – steeds kritisch moeten bekijken in het licht van menselijke

zorg en wat voor de persoon in kwestie het meest betekenisvol is.

### **‘Reculer pour mieux sauter’**

Zorgethische efficiëntie betekent dan dat zorgverleners naar beste vermogen de beperkt beschikbare tijd gebruiken voor wat er het meeste toe doet. Dit veronderstelt dat men, ondanks alle drukte, geregeld tijd maakt voor reflectie en dialoog. Hoewel tijd voor reflectie, intervisie en dialoog vaak het eerste is dat bij tijdsdruk sneuvelt, kan stilstaan bij de betekenis van de zorg voor concrete patiënten, dat wat er gebeurt en de noden die daaruit voortkomen, ons juist ook veel tijd laten winnen (Loncke e.a. 2018). Het draagt er immers toe bij dat datgene prioriteit krijgt wat voor de betrokken zorgontvanger het meest betekenisvol is. Op die manier verliest men ook minder tijd aan ‘onnodige zorg’ omdat die voor de betrokken persoon niet zinvol is.

Gas terugnemen, nadenken, overleggen, reflecteren over wat er echt toe doet, en hierin de juiste prioriteiten kunnen stellen, zijn met andere woorden belangrijke randvoorwaarden voor zorgethische efficiëntie. Op die manier kunnen hulpverleners en teams immers beter begrijpen wat er in concrete contexten echt belangrijk is en kunnen zij de zorg daarop gemakkelijker afstemmen. Uiteraard heeft dit ook consequenties en is het van belang om daar aandacht voor te hebben. Zorgethisch omgaan met ervaringen van morele stress door schaarste en beperkingen doen de ervaring van stress en tekort niet verdwijnen. Integendeel, juist door de schaarste zal het zo blijven dat, zelfs wanneer men er goed mee omgaat, mensen iets tekortkomen. Zorgontvangers, omdat ze niet de best mogelijke zorg kunnen krijgen. En zorgverleners, omdat ze dit niet kunnen doen, hoe graag ze dat ook zouden willen.

Het gaat met andere woorden over het overeind blijven van de vraag: ‘Is dit het beste wat ik kan doen?’ Opnieuw duikt hier het grote belang op van intervisie en het delen van de eigen reacties op morele contrastervaringen in contexten van schaarste, tekort en tijdgebrek. Gegeven de context van beperkingen, hoe kunnen we dit hier dan toch zo goed mogelijk doen en dat op een manier dat we er allen, zowel zorgvragers als hulpverleners, zoveel mogelijk betekenis aan kunnen geven?

### **Conclusie**

Hoe kunnen we op een duurzame manier omgaan met morele stress die wordt veroorzaakt door het chronische gevoel van schaarste, gebrek, begrenzing en tekort? Belangrijke aspecten van een zorgethische aanpak van schaarste en begrenzing in de zorg zijn bespreekbaar maken van morele contrastervaringen, de dialoog hierover aangaan, gezamenlijk reflecteren in authentieke intervisie, aandachtig kiezen en prioriteiten stellen over wat er in de zorg echt toe doet en hierop regelmatig terugkomen.

## **LITERATUUR**

- Austin W, Bergum V, Goldberg L. Unable to answer the call of our patients. Mental health nurses' experiences of moral distress. *Nurs Inquiry* 2003; 10: 177-83.
- Austin W, Rankel M, Kagan L, e.a. To stay or to go, to speak or stay silent, to act or not to act: Moral distress as experienced by psychologists. *Ethics Behav* 2005; 15: 197-212.
- Austin WJ, Kagan L, Rankel M, Bergum V. The balancing act: psychiatrists' experiences of moral distress. *Med Health Care Philos* 2008; 11: 89-97.
- Denier Y. Het pluisbloemeffect. Hoe ethiek in de zorg aanstekelijk werkt. Leuven: LannooCampus; 2021.
- Denier Y. Mind the gap! Three approaches to scarcity in health care. *Med Health Care Philos* 2008; 11: 73-87.
- Grypdonck M, Vanlaere L, Timmerman M. Zorgethisch leiderschap in praktijk. Leuven: LannooCampus 2019.
- Jansen T-L, Hem MH, Dambolt LJ, e.a. Moral distress in acute psychiatric nursing: Multifaceted dilemmas and demands. *Nurs Ethics* 2020; 27: 1315-26.
- Kherbache A, Mertens E, Denier Y. Moral distress in medicine: an ethical analysis' *J Health Psychol* 2021; doi: 10.1177/13591053211014586.
- Loncke P, Raemdonck T, Capoen G. Het respectboek voor de zorg. Kundig omgaan met onmacht. Leuven: LannooCampus; 2018.
- Musto L, Schreiber RS. Doing the best I can do: Moral distress in adolescent mental health nursing. *Issues Ment Health Nurs* 2012; 33: 137-44.

---

**SUMMARY****'Is this the best I can do?'*****Ethical reflections on good care in a context of scarcity and limitations*****Y. Denier**

- Background** Scarcity and limitations determine the context of care and have an impact on our general experience of good care. This appears in a continuous experience of deficit in, for example, lack of time, shortage of people, long waiting lists, lack of money, possibilities, breathing space, evolution and improvement. It is a major cause of moral distress in health professionals, clients and their families and friends, which leads to fundamental questions and doubts regarding the meaningfulness of the care process as a whole.
- Aim** To inquire into the phenomenon of limited care and describe it from an ethical perspective.
- Method** Consideration of ethical aspects of good care within the context of scarcity and limitations.
- Results** When looked at from the two-fold dynamics of scarcity and the three stages of the 'Doing the Best I Can Do'-model, we can come to a meaningful approach to ethical efficiency within care practices.
- Conclusion** Giving room to experiences of moral distress as a result of scarcity and limitations, entering the dialogue about this, making them negotiable, within a context of authentic reflection and intervision, carefully choosing the most important priorities from a care ethics point of view, are all important and essential dimensions of a constructive way of dealing with scarcity and limitations within daily care practices as well as in the long run.