

# Sturen op waarden

Handelingsonderzoek als instrument voor ethiekbeleid

---

Marian Verkerk

Joke de Witte

Hans van Dartel

## EEN ONDERZOEKSVERSLAG

Dit rapport is een neerslag van een onderzoek naar de mogelijkheden en voorwaarden van het inzetten van handelingsonderzoek op het gebied van de ethiek. Kan handelingsonderzoek de professional ondersteunen bij het leveren van goede (morele) zorg?

**Sturen op waarden – Handelingsonderzoek als  
instrument voor ethiekbeleid**

Expertisecentrum Ethiek in de Zorg  
UMCG  
Hanzeplein 1  
9700 RB Groningen

ISBN 9789077113998

## Inhoudsopgave

<b>Voorwoord</b>	<b>8</b>
<b>1 Inleiding</b>	<b>10</b>
1.1 <i>Aanleiding</i>	10
1.2 <i>Ethiek(beleid) en action research: aanknopingspunten</i>	11
1.2.1 Redenen om te kijken naar action research	11
1.2.2 Bijkomend voordeel	12
1.3 <i>Vraagstelling voor het onderzoek</i>	12
1.4 <i>Onderzoeksopzet</i>	13
1.4.1 Het literatuuronderzoek	13
1.4.2 Het empirisch onderzoek	14
1.5 <i>Overzicht van dit rapport</i>	15
<b>2 Ontwikkelingen in het ethiekbeleid van organisaties en in de ethiek</b>	<b>16</b>
2.1 <i>Inleiding</i>	16
2.2 <i>De vormgeving van het ethiekbeleid</i>	16
2.3 <i>Ontwikkelingen in de praktische ethiek</i>	19
2.4 <i>Een genaturaliseerde, praktijkgebonden ethiek</i>	21
2.5 <i>De rol van de ethicus</i>	23
2.6 <i>Samenvatting</i>	24
<b>3 Normatieve, reflectieve professionaliteit</b>	<b>26</b>
3.1 <i>Inleiding</i>	26
3.2 <i>Professionaliteit</i>	26
3.3 <i>Standaardisering als bewijs van professionaliteit</i>	28
3.4 <i>Normatieve en reflectieve professionaliteit</i>	29
3.5 <i>De kunst om het verschil te maken</i>	30
3.6 <i>Samenvattend</i>	33
<b>4 Handelingsonderzoek als voertuig voor ethiek(beleid)</b>	<b>34</b>
4.1 <i>Inleiding</i>	34
4.2 <i>Wat is action research?</i>	34
4.3 <i>Aanknopingspunten voor ethiek(beleid)?</i>	38
4.4 <i>Action research: living theory</i>	39

4.5	<i>Handelingsonderzoek als voertuig voor ethiek</i>	41
4.5.1	Handelingsonderzoek en de rol van de ethicus	43
4.5.2	De ethiek van het handelingsonderzoek	43
<b>5</b>	<b>Beschrijving van het empirische deel van het onderzoek</b>	<b>46</b>
5.1	<i>Inleiding</i>	46
5.2	<i>Zoeken naar sites voor ethisch handelingsonderzoek</i>	47
5.3	<i>Het onderzoek in het ziekenhuis: uiteindelijk niet gestart</i>	48
5.4	<i>Het onderzoek in een instelling voor mensen met een verstandelijke beperking</i>	50
5.4.1	Schets van de organisatie	50
5.4.2	Zoeken naar aanknopingspunten voor het handelingsonderzoek	51
5.4.3	Verantwoordelijkheidsverdeling	52
5.4.4	Op zoek naar een doelgroep en inhoudelijke agendapunten	53
5.4.5	Verder met de zoektocht	55
5.4.6	Het team complexe vragen van de ambulante dienstverlening als doelgroep	56
5.4.7	Een tweede team van ambulante begeleiders meldt zich aan	59
5.4.8	Zorg voor de continuïteit van handelingsonderzoek als voertuig voor ethiek	59
5.4.9	Teamleiders toch niet de aangewezen personen voor realiseren van continuïteit	60
5.4.10	Activiteiten op bestuur- en managementniveau	61
5.5	<i>Nieuwe onderzoekssites: twee hospitia en een ziekenhuis</i>	63
5.5.1	Opmerking vooraf: meer structuur en helderheid bij deze projecten	63
5.5.2	Schets van de onderzoekssites	64
5.5.3	Gezamenlijke opbouw van het onderzoek –de initiatieffase	65
5.5.4	Verkennde fase: vooral een rol voor de onderzoeksgroep	67
5.5.5	Beslissen over de actiefase: de opdrachtgevers	68
5.5.6	Zorg voor de continuïteit	70
5.6	<i>Aan de slag met de doelgroepen van de instelling voor mensen met een verstandelijke beperking</i>	72
5.6.1	Bepalen van de morele handelingsvragen	72
5.6.2	Werken aan verantwoordelijkheid: praktische aanpak	73
5.6.3	Werken aan verantwoordelijkheid: inhoudelijke uitwerking	75

5.6.4	Het gebruik van mobiele telefoons: handelingsonderzoek in een notendop?	79
5.7	<i>Aan de slag met de doelgroep van de dialyseafdeling van het ziekenhuis</i>	82
5.7.1	Bepalen van de morele vraag	82
5.7.2	Kennismaking vooraf	83
5.7.3	Start van het onderzoek	84
5.7.4	De werkwijze van de onderzoeksgroep	85
5.7.5	Vervolg: een volgende ronde van gesprekken over goede zorg	88
5.7.6	Uitwerking van professionele verantwoordelijkheid	91
5.7.7	Het vervolgtraject	93
5.7.8	Actuele situatie	96
5.8	<i>Tot slot</i>	98
<b>6</b>	<b>Het empirische onderzoek onder de loep</b>	<b>99</b>
6.1	<i>Inleiding</i>	99
6.2	<i>Handelingsonderzoek bruikbaar als voertuig voor ethiek(beleid)</i>	99
6.3	<i>Handelingsonderzoek: aandachtspunten voor het proces</i>	102
6.3.1	Op zoek naar een doelgroep: top down	102
6.3.2	Gesprekken over handelingsonderzoek en ethiek op alle niveaus van de organisatie	103
6.3.3	Tijdsinvestering nodig	104
6.3.4	Acceptatie van zichzelf of door anderen als doelgroep: de zorgprofessionals	105
6.3.5	Acceptatie van zichzelf als doelgroep: leidinggevend, management, directie	106
6.3.6	Zorgen voor continuïteit: stabiliseren van het onderzoek.	108
6.4	<i>Handelingsonderzoek: aandachtspunten voor de inhoud</i>	110
6.4.1	Gestalte geven aan medeonderzoeker zijn van de eigen praktijk: de zorgprofessionals	110
6.4.2	Gestalte geven aan medeonderzoeker zijn van de eigen praktijk: de rol van de organisatie	113
6.5	<i>De ethicus</i>	114
6.5.1	De rol van de ethicus	115
6.5.2	De vereiste competenties van de ethicus	116

6.5.3	De ethicus als interne of externe deskundige	116
6.6	<i>Tot slot</i>	117
<b>7</b>	<b>Conclusies</b>	<b>119</b>
7.1	<i>Enkele conclusies</i>	119
7.1.1	Ethisch handelingsonderzoek kenmerkt zich door een cyclisch opbouw en is gericht op verandering	119
7.1.2	Ethische handelingsonderzoek steunt vooral op de 'living theory'	120
7.1.3	Verantwoordelijkheid is een kernbegrip in ethisch handelingsonderzoek.	121
7.1.4	Ethisch handelingsonderzoek vergt tijd	121
7.1.5	Ethisch handelingsonderzoek is ondersteunend voor professionals.	122
7.1.6	Ethisch handelingsonderzoek is ook ondersteunend voor managers	122
7.1.7	Ethisch handelingsonderzoek impliceert beelden van reflectiviteit.	123
7.1.8	Ethisch handelingsonderzoek vraagt vooral om explorerende methodieken.	123
7.1.9	Ethisch handelingsonderzoek is gericht op verandering.	123
7.1.10	De rol van ethicus is die van mediator en architect	124
7.2	<i>Tenslotte</i>	125
	<b>Literatuur</b>	<b>126</b>

## Voorwoord

Professionals in de gezondheidszorg: als samenleving hebben we hoge verwachtingen van hen. Competente, gepassioneerde professionals hebben betekenis. Ze kunnen het verschil maken. Door hun inzet en betrokkenheid zouden zij kunnen helpen een aantal fundamentele spanningen in onze samenleving weg te nemen. Tegelijkertijd hebben ze door ontwikkelingen in de gezondheidszorg steeds minder ruimte om dat verschil te maken; om hun professionele verantwoordelijkheid gestalte te geven. Er wordt gesproken over ‘beroepszeer’ en over de noodzaak om de ‘beroepseer’ te herstellen.

Of het nu gaat om ‘beroepszeer’ of herstelde ‘beroepseer’, op de achtergrond spelen allerlei beelden mee van normativiteit. Het gaat om idealen omtrent de wijzen waarop mensen die beroepsmatig werkzaam zijn in een sector als de gezondheidszorg, anderen bijstaan en ondersteunen.

Die idealen of praktijken gedragen door die idealen zijn niet vanzelf gegeven door simpelweg te verwijzen naar de professionaliteit van de beroepsbeoefenaren. Normatieve professionaliteit spreekt niet voor zich, maar moet opgebouwd en onderhouden worden. Een van de manieren om dat te doen is door aandacht te besteden aan de wijzen waarop professionals in hun concrete werksituaties uitgenodigd worden hun keuzen te verantwoorden en te bereflecteren. Dat impliceert aandacht voor de individuele reflectieve competenties van professionals, maar evenzeer voor de kwaliteit van de organisatie waarin zij werkzaam zijn en voor de wijzen waarop de organisatie beleid inzet om deze kwaliteiten te bevorderen. Reflectieve professionals vragen met andere woorden om een reflectieve organisatie.

In dit rapport doen wij verslag van een onderzoek naar de mogelijkheden van een specifieke methode, *action research*, om professionals en organisaties te ondersteunen in de opbouw van zo’n reflectieve praktijk. Het onderzoek ging van start in het voorjaar van 2005, aanvankelijk als een gezamenlijk project van het Expertisecentrum Ethiek in de Zorg (EEZ) van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) en het Landelijk Bureau Ethiek in de Zorg. Vanwege veranderingen bij het Landelijk Bureau is in 2006 en volgende jaren in het project samengewerkt door onderzoekers van het EEZ en van de Sectie Ethiek en Recht van de Gezondheidszorg van het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC).

Op deze plaats willen we ook de bijdrage van Esther Koning en Enne Feenstra noemen die beiden als onderzoekers binnen het EEZ gedurende een kortere periode betrokken zijn geweest bij het project. Esther Koning heeft een uitgebreide eerste literatuur review uitgevoerd op het terrein van ethiek en handelingsonderzoek. Enne Feenstra heeft verslag gedaan van zijn ervaringen bij een onderzoekssite en heeft meegedacht over de verhouding ethiek en handelingsonderzoek.

Het project werd gefinancierd door het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. Aanvullende financiering werd gegeven door de NVZ vereniging van ziekenhuizen,



en het LUMC . Daardoor konden meer onderzoekssites dan oorspronkelijk voorzien in het onderzoek worden betrokken.

Gelet op het karakter van het onderzoek is de bereidwilligheid van organisaties en professionals om gedurende langere tijd te participeren in het onderzoek van doorslaggevend belang geweest. Wij zijn hen hiervoor zeer erkentelijk. Zonder de uitnodiging om mee te gaan in allerlei vormen van overleg, om het wel en wee van bestuurders, leidinggevend en beroepsbeoefenaren van dichtbij mee te maken en om samen met hen het onderzoek vorm te geven, was dit onderzoek niet mogelijk geweest. Daarbij dient in acht genomen te worden dat bij aanvang nogal onduidelijk was wat deelname aan het onderzoek de participanten eigenlijk op zou leveren. Daarom bedanken we de betrokken bestuurders, managers en beroepsbeoefenaren van de deelnemende gehandicaptenorganisatie, ziekenhuisafdeling en van beide betrokken hospitia voor hun vertrouwen en inzet.

We hopen dat de uitkomsten van dit onderzoek de mogelijkheden zullen vergroten om professionals en organisaties vanuit de ethiek te ondersteunen in de opbouw van een reflectieve praktijk.

Groningen/Leiden juli 2009

Prof. dr. Marian Verkerk (projectleider)

Drs. Joke de Witte

Drs. Hans van Dartel

# 1 Inleiding

## 1.1 Aanleiding

De mogelijkheden van zorgverleners om op een professioneel verantwoorde wijze zorg te verlenen lijken te zijn verminderd onder invloed van vele, soms samenhangende factoren. Zo bepalen op dit moment financieel-economische factoren in sterke mate de vormgeving van de gezondheidszorg. Met name vanwege allerlei bezuinigingsoperaties sinds midden jaren tachtig is efficiëntie een belangrijke waarde geworden in de zorg. Toch leiden niet alleen deze factoren tot een soms als ‘fabrieksmatig’ aangeduide zorgverlening. De toegenomen betekenis van gezondheidszorg in en voor het leven van mensen geeft bijvoorbeeld aan het streven naar veiligheid een geheel eigen dynamiek. In de zorg leidt dat gemakkelijk tot een overmaat aan procedurele regelgeving die voornamelijk ten koste lijkt te gaan van de zorg zelf.

Ook de wijze waarop maatschappelijk rekenschap afgelegd moet worden over de zorg heeft allerlei negatieve effecten op het niveau van de professionele zorgverlening. De zorg verjuridiseert: de verantwoording die achteraf gevraagd wordt, bepaalt op voorhand de invulling van het zorgproces. Van een andere orde maar met vergelijkbare effecten is de invoering van de DBC's in de ziekenhuiszorg en de ZZP's in de chronische zorg. De DBC- en ZZP-systematiek moet de transparantie in de bekostiging bevorderen, maar werkt ook door in de definiëring van de zorgvraag en het zorgaanbod.

Deze ontwikkelingen leiden tot deprofessionalisering van de zorgverlening. In dit verband spreekt men wel van ‘beroepszeer’ in de zorg. De professional wordt steeds meer uitvoerder in plaats van dat hij/zij erkend wordt als professional die vanuit zijn/haar professionele verantwoordelijkheid eigen afwegingen moet kunnen maken.

Deze deprofessionalisering is overigens niet alleen op het conto te schrijven van externe factoren. Er is ook sprake van interne deprofessionaliseringsprocessen, die bijdragen aan verandering en uitholling van de professionele beroepsuitoefening. De evidence based zorg lijkt bijvoorbeeld de kwaliteit van de zorg meer afhankelijk te maken van de correspondentie met de beschikbare protocollaire regels dan van de mate waarin de zorg tegemoet komt aan de individuele zorgbehoeften van de zorgvrager.

In het licht van de ontwikkelingen in de gezondheidszorg is het naar ons idee van belang om initiatieven te ontplooien die bijdragen aan het behoud van kwaliteit van het professionele handelen. Op deze manier kan beter worden gegarandeerd dat het werk ook voor de toekomst blijft voldoen aan de zorgbehoeften van cliënten en aan de maatschappelijke verwachtingen over het professionele handelen. Het draagt er eveneens toe bij dat het werk aantrekkelijk blijft voor degenen die in de zorg werkzaam (willen) zijn. We veronderstellen dat een ethiekbeleid dat in organisaties de mogelijkheden van professionals versterkt om hun handelen op een verantwoorde wijze vorm te geven, een uitgelezen ingang is om het door velen gesignaleerd betekenis- en kwaliteitsverlies in de

zorg tegen te gaan. Ook kan het helpen om de noodzaak van externe bewaking te verkleinen en de last van de bureaucratische werkdruk in de zorg te verminderen. In dit onderzoek gaan we op zoek naar een adequate vormgeving van een dergelijk beleid.

## 1.2 Ethiek(beleid) en action research: aanknopingspunten

Ethiekbeleid in professionele organisaties zal naar ons idee duidelijk kenmerken van een dialoog dienen te vertonen. Op die manier ontstaat een beleid dat de medewerkers niet slechts als uitvoerders van het organisatiebeleid ziet, maar dat ruimte voor hen schept om zelf vorm te geven aan hun professionele standaarden en om die in individuele situaties beredeneerd te volgen of niet. Zonder garantie van een dergelijke discretionaire ruimte wordt het gebruik van de term ‘professional’ leeg.

Wij denken dat ‘action research’ aanknopingspunten biedt om het ethiekbeleid in organisaties zodanig vorm te geven dat het bijdraagt aan een versterking van de mogelijkheden van professionals om hun handelen op een verantwoorde manier vorm te geven.

### 1.2.1 Redenen om te kijken naar action research

Action research of handelingsonderzoek is een vorm van sociaal-wetenschappelijk onderzoek die uitgaat van de idee dat problemen in praktijken het beste opgelost kunnen worden door in samenspraak met de betrokkenen ingrepen in die praktijken te doen die daadwerkelijk leiden tot verandering. Dit is een aansprekende gedachte voor de vormgeving van professionele praktijken en daarmee ook voor de opzet en uitvoering van ethiekbeleid. In de kern is ethiek immers goed te omschrijven als reflectie over de morele aspecten van een praktijk. Uitgaande van de grondende ideeën van action research lijkt ethiek in praktijk zich gemakkelijk voor te kunnen doen als een (bijzondere?) vorm van handelingsonderzoek. Dit idee van een intrinsieke overeenkomst tussen praktische ethiek en action research is een belangrijke reden om te onderzoeken of action research kan bijdragen aan de bekrachtiging van de ethische dimensie van de professionele zorgpraktijk.

Een tweede reden is de nadruk op de eigen activiteit van de professionals. Zij onderzoeken hun eigen praktijk. Action research heeft in de sociaal-wetenschappelijke traditie een duidelijk emancipatoir karakter. Dat sluit uitstekend aan bij de wens om de verantwoordelijkheid van de professionals voor hun eigen handelen te bekrachtigen. Als onderzoekers van hun eigen handelen worden zij rechtstreeks aangesproken op de vormgeving van hun eigen praktijk.

Verder is belangrijk dat de aandacht bij action research specifiek gericht is op het eigen handelen in een bepaalde context. Het gaat niet om hypothetische voorbeelden, maar om de eigen praktijkervaringen. Uiteraard kan de aandacht zich verplaatsen naar de achtergronden van het handelen, zoals de funderende waarden. Het eerste aangrijpingspunt is echter de manier waarop gehandeld wordt. In de zorg betekent dat directe aandacht voor

de zorgprocessen. Voor zover het gaat om het handelen van het management, gaat het om directe aandacht voor de managementprocessen.

Tenslotte lijkt action research geschikt vanwege het actuele gebruik ervan in onder meer de zorg en het onderwijs ter ondersteuning van professionals bij de vormgeving van hun praktijken. De inzet van action research in de zorg richt zich niet alleen op de verheldering van morele kwesties, maar vooral op de verheldering van meer technisch instrumentele vragen van professionele werkzaamheden. Dat zou kunnen betekenen dat handelingsonderzoek voor morele vragen kan aansluiten bij een breder gebruik van een bepaalde vorm van onderzoek en daardoor niet als iets marginaals gezien wordt.

### 1.2.2 Bijkomend voordeel

Doordat handelingsonderzoek zich niet beperkt tot morele kwesties maar in de zorg ook gericht is op een reeks van andere (meer technische) onderwerpen, roept handelingsonderzoek als begrip mogelijk ook minder negatieve associaties op bij de zorgverleners dan andere vormen van met ethiek omgaan. Begrippen waarin termen als ‘ethisch’ of ‘moreel’ voorkomen zoals ‘moreel beraad’, doen dat in de regel wel. Haast vanzelfsprekend gaan ze gepaard met beelden van lastige en insnijdende ervaringen die heel persoonlijk worden beleefd en niet gemakkelijk zonder emoties of onderlinge strubbelingen benaderd kunnen worden. Ethische vragen zijn dan ook vragen die je liever niet hebt; waar een taboe op rust. Moreel beraad is bijgevolg een werkwijze waaraan je liever niet wordt blootgesteld. Mogelijk is handelingsonderzoek als begrip minder beladen en wordt het door de typering van ethiek als vorm van handelingsonderzoek mogelijk om ethiek breder te trekken en het niet alleen te zien in het spoor van negatieve ervaringen en regelrechte crisissituaties. Een vanzelfsprekende verbinding met het kwaliteitsbeleid in zorgorganisaties lijkt ook gemakkelijk gelegd.

### 1.3 Vraagstelling voor het onderzoek

Wij veronderstellen daarom dat action research mogelijkheden biedt voor de realisatie van ethiekbeleid in zorgorganisaties en wel zodanig dat de professionals meer ruimte krijgen om hun eigen praktijk (mede) vorm te geven. Dit onderzoek heeft als doel om deze veronderstelling te toetsen.

De hoofdvraag van het onderzoek is daarom:

*Is action research een goede ingang voor de praktische vormgeving van ethiekbeleid en ethiekprojecten in de professionele gezondheidszorg op een zodanige wijze dat de mogelijkheden van professionals om hun handelen op een verantwoorde manier vorm te geven versterkt worden?*

Naast deze hoofdvraag zijn er verschillende deelvragen:

1. Hoe ziet een ethiekproject in de gezondheidszorg dat vormgegeven wordt naar het model van action research er eigenlijk uit?
2. In welke mate ondersteunen dergelijke projecten de veronderstelling dat een ethiekbeleid dat gebruik maakt van action research geschikt is om professionals in de gezondheidszorg te ondersteunen bij het vormgeven van hun praktijk? Zijn er in dit opzicht nog verschillen tussen toepassing op het niveau van de beroepsbeoefenaars en het management?
3. In welke mate verschilt een ethiekproject dat naar het model van action research is vormgegeven van action research in de strikte betekenis van het woord? Welke aanpassingen zijn eventueel nodig voor een adequate toepassing van action research op het gebied van de praktische ethiek?
4. In welke mate lenen reflectiemethodes en methodes voor moreel beraad zich voor toepassing in een praktische ethiek die gemodelleerd is naar de vorm van action research?
5. Hoe verhoudt een praktische ethiek die gebruik maakt van action research zich tot andere vormen van (moreel) beraad?
6. In welke mate moet er bij de toepassing van action research in de praktische ethiek rekening gehouden worden met verschillen in zorgcontexten?
7. Zijn er aanwijzingen dat het vormgeven van ethiekbeleid naar het model van action research de mogelijkheden van een praktische ethiek in de gezondheidszorg vergroot?
8. Welke eisen stelt een ethiekproject dat naar het model van action research wordt vormgegeven aan de professionals? En aan de organisatie?
9. Over welke competenties dient de ethicus te beschikken wanneer het gaat om de toepassing van action research? Dient hij/zij zich te bekwamen in sociaal-wetenschappelijke onderzoeksmethodes? Hoe kunnen we zijn/haar rol typeren?
10. In welke mate wordt de vormgeving van een praktische ethiek naar het model van action research ondersteund met theoretische argumenten uit de ethiek?

## 1.4 Onderzoeksopzet

Bij de opzet van het onderzoek is uitgegaan van een verkennend karakter. Naast empirisch veldonderzoek is ook een literatuurstudie ingezet. Het zwaartepunt in het onderzoek ligt evenwel bij het veldonderzoek.

### 1.4.1 Het literatuuronderzoek

Het literatuuronderzoek moet op een exploratieve wijze de methodologische keuze voor 'action research' als instrument voor de ontwikkeling van ethiekbeleid in de zorg theoretisch onderbouwen. In de literatuurstudie zijn drie thema's en hun onderlinge relatie onderzocht:

- ontwikkelingen in de academische ethiek en in het ethiekbeleid van zorgorganisaties
- theoretische opvattingen over professionaliteit en professionele organisaties
- bepalende kenmerken van action research en de mogelijkheden van action research als voertuig voor ethiek(beleid).

Gelet op de oorspronkelijke planning van het onderzoek is gelijktijdig met het literatuuronderzoek en het empirische onderzoek begonnen. De literatuurstudie heeft daarom in het begin maar beperkte invloed gehad op de opzet van het empirisch onderzoek.

#### 1.4.2 Het empirisch onderzoek

In verschillende velden van de gezondheidszorg is gezocht naar organisaties die bereid zijn om te investeren in de ontwikkeling van hun professionele praktijk, en die ethiek zien als een mogelijkheid om zich positief te onderscheiden. Een positieve motivatie en betrokkenheid zijn sowieso belangrijke voorwaarden gelet op wat van organisaties gevraagd wordt: een redelijk lange tijdsinvestering in een project waarvan de uitkomst onzeker is. Bij aanvang wordt de duur van het te doorlopen traject in de deelnemende organisaties op minimaal een jaar geschat. Daarom is er gezocht naar organisaties waar men voornemens is om ook op middellange termijn, dus na de onderzoeksperiode, beleidsmatige activiteiten op het gebied van de ethiek te ontwikkelen. Ook dienen zij bereid te zijn om ethiek innovatief te benaderen. Deelname aan het onderzoek kan, zo is de verwachting, deze beweging versterken. De duur van de projecten blijkt in de praktijk in twee van de deelnemende organisaties overigens beduidend langer te zijn dan de oorspronkelijk ingeschatte periode van een jaar.

Het streven is om verschillende typen organisaties uit de zorg in het onderzoek te betrekken om op die wijze het gebruik van action research in uiteenlopende contexten van de gezondheidszorg te kunnen volgen. Vanwege de beperkte financiële mogelijkheden en het verkennende karakter van de studie is bij de opzet van het onderzoek de verwachting dat slechts twee organisaties zullen kunnen deelnemen. Dat zijn er, mede door enige uitbreiding van de financiering, uiteindelijk vier geworden uit verschillende velden en uit verschillende delen van het land. Het betreft een middelgrote gehandicaptenzorgorganisatie, twee (samenwerkende) hospita en een ziekenhuis(afdeling). Oorspronkelijk waren er nog initiële afspraken met een ander ziekenhuis maar dit initiatief kan niet verder worden doorgezet.

Op de vier locaties is vervolgens onderzocht of ‘action research’ een goede methode is om ethiekbeleid in organisaties vorm te geven op een zodanige manier dat bijgedragen wordt aan een versterking van de reflectieve en normatieve competenties van de zorgverleners en aan het ontstaan van een reflectieve organisatie.

## 1.5 Overzicht van dit rapport

De opzet van het rapport weerspiegelt de opzet van het onderzoek zoals we die zojuist beschreven hebben. De drie hoofdstukken die nu volgen beschrijven de uitkomsten van het literatuuronderzoek. In hoofdstuk 2 gaan we in op de ontwikkelingen in het ethiekbeleid zoals die zich de laatste decennia in de Nederlandse gezondheidszorg hebben voorgedaan en op een aantal inzichten uit de ethische literatuur die de toepassing van een vorm van handelingsonderzoek als voertuig voor ethische reflectie in de gezondheidszorg ondersteunen. Daarbij sluiten we vooral aan bij opvattingen van een praktijkgebonden ethiek. Een praktijkgebonden ethiek neemt de concrete handelingspraktijk in al haar dynamiek serieus als bron van praktische (morele) kennis.

Die inzet sluit aan bij de lezing van professionaliteit in het derde hoofdstuk. Dat hoofdstuk benadrukt dat professionaliteit, ook in normatieve zin, niet zo maar gegeven is. Professionaliteit vraagt voortdurend om opbouw en onderhoud van bepaalde competenties, waaronder reflectieve en normatieve. Professionaliteit bestaat dus niet vanzelf maar moet worden aangeleerd en kritisch gevolgd om waargemaakt te kunnen worden. Verwijzen naar de professionaliteit van iemand op zichzelf is dan ook geen betrouwbaar signaal voor goede kwaliteit. Er is meer voor nodig.

Hoe action research een bijdrage kan leveren aan de opbouw van professionaliteit, ook in normatieve zin, is het onderwerp van het vierde hoofdstuk. We zullen de bepalende elementen van handelingsonderzoek beschrijven en ingaan op een specifieke variant, 'living theory'. Deze biedt goede aanknopingspunten voor het begrip van action research als voertuig voor ethiek.

Het vijfde hoofdstuk bevat de verslaglegging van het empirisch onderzoek. Aan de hand van de beschrijving van de afzonderlijke projecten tonen we hoe een ethisch handelingsonderzoek er globaal uit zou kunnen zien. De beschrijving is vrij uitgebreid om een zo accuraat mogelijk beeld te geven van de uitvoeringspraktijk: Leidt ethisch handelingsonderzoek tot veranderingen in de praktijk van de dagelijkse zorg? Waar lopen ethicus en deelnemers tegenaan? Hoe verhouden de verantwoordelijkheden in het onderzoek zich tot elkaar? Hoe verhouden management en uitvoerend beroepsbeoefenaren zich in het onderzoek tot elkaar?

In het zesde hoofdstuk keren we terug naar het empirisch onderzoek. We gaan na wat er uit het empirisch onderzoek blijkt over de bruikbaarheid van handelingsonderzoek als voertuig voor ethiekbeleid.

We sluiten het rapport af met een zevende hoofdstuk waarin we terugkomen op de vraagstelling van dit onderzoek. We trekken conclusies en doen concrete aanbevelingen voor de toepassing van action research in de ethiekpraktijk van de gezondheidszorg.

## 2 Ontwikkelingen in het ethiekbeleid van organisaties en in de ethiek

### 2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk geven we in grote lijnen een schets van ontwikkelingen in de ethiek en het ethiekbeleid van organisaties als achtergrond of basis van onze wending naar het handelingsonderzoek als voertuig voor ethiek(beleid).

We beginnen met een beschrijving van ontwikkelingen in het ethiekbeleid in de praktijk van zorgorganisaties en de problemen die zich daarbij voordoen. Die problemen zijn (mede) aanleiding om te zoeken naar andere wegen of manieren om ethiek in de instelling een plaats te geven.

Daarna besteden we aandacht aan ontwikkelingen in de academische ethiek. Daarbij gaat het deels om ontwikkelingen in de praktische ethiek; dat wil zeggen de ethiek die altijd al tot doel heeft om van betekenis te zijn voor een bepaalde (beroeps)praktijk. De praktische ethiek beïnvloedt ethiek in de zorginstellingen en wordt op haar beurt door ontwikkelingen in zorginstellingen beïnvloed. Deels gaat het ook om meer theoretische reflecties over ethiek en moraal, die de inspiratiebron vormen voor ons denken over de betekenis van ethiek voor praktijken.

Tenslotte gaan we na wat de geschetste ontwikkeling betekent voor de verantwoordelijkheidsverdeling tussen ethici en beroepsbeoefenaren voor de verheldering van moraliteit in concrete praktijken.

### 2.2 De vormgeving van het ethiekbeleid

Voor er sprake is van ethiekbeleid in zorginstellingen, krijgt vanaf de jaren zestig en zeventig van de vorige eeuw ethiek vaak een plaats in zorginstellingen in de vorm van een commissie ethiek. De commissie ethiek richt zich daarbij of (vooral) op de vragen en behoeften van de zorgverleners. \*Zorgverleners met een dilemma kunnen bij de commissie aankloppen voor een advies voor het omgaan met (of oplossen van) het dilemma. Het komt ook voor dat de commissie ethiek het met name als haar taak ziet om zich te richten naar het management en op vraag van de directie protocollen en richtlijnen op te stellen voor goed gedrag of goede zorg van de werknemers van de organisatie (CELAZ, 1998).

Welke van de beide strategieën (of een combinatie van beide) een commissie ook kiest, in de praktijk blijkt het werken met een commissie ethiek steeds meer vraagtekens op

---

\* De ontwikkelingen met betrekking tot de beoordeling van medisch wetenschappelijk onderzoek en de taakstellingen van commissies ethiek in deze, laten we buiten beschouwing. Ze zijn niet direct van belang voor ons onderwerp.



te roepen, ook bij de commissies zelf. Op het moment dat een zorginstelling een commissie ethiek heeft, kan de indruk ontstaan dat er daarmee voldoende aandacht voor ethiek binnen de instelling is. De aandacht voor ethiek is uitbesteed aan de commissie ethiek en iedereen kan zich verder met zijn eigenlijke werkzaamheden bezig houden. Dat die werkzaamheden mogelijk ook een morele dimensie hebben, blijft buiten beeld. Dit wordt nog versterkt als de commissie zich vooral concentreert op complexe vragen over de (medische) behandeling van zorgvragers. Dat ethiek over meer gaat dan alleen die complexe vragen, bijvoorbeeld ook over alledaagse routines of beslissingen in de managementpraktijk, wordt in dat geval niet duidelijk.

Een commissie ethiek met daarin afgevaardigden uit de organisatie(s) en (vaak) een externe ethicus als lid of voorzitter suggereert ook dat ethiek een zaak van experts is en niet van de beroepsbeoefenaren/werknemers (inclusief directie en management) zelf. De commissie ethiek bespreekt met de indieners het morele dilemma en geeft haar (schriftelijke) advies.

Een ander probleem is dat een commissie ethiek op afstand staat van de directe zorgverlening (de praktijk). Die afstand wordt groter naarmate de commissie fungeert als commissie ethiek van samenwerkingsverbanden tussen instellingen of van hele grote instellingen ontstaan door fusies. Het contact tussen de commissie ethiek en zorgverleners uit de directe zorgverlening wordt in dergelijke situaties bijna onoverbrugbaar. Ook het contact tussen de commissie ethiek en het management van de verschillende instellingen of (zelfstandige) onderdelen van een overkoepelende instelling wordt steeds lastiger.

De afstand tussen de commissie en de directe zorgverlening heeft tot gevolg dat zorgverleners de weg naar de commissie vaak niet kunnen vinden of niet (willen) gaan als ze met een moreel dilemma zitten. Uit onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat zorgverleners zich met een morele vraag eerst richten tot hun leidinggevende of collega's (Van Dartel et al., 2002). Dat betekent dat een commissie ethiek vaak maar in beperkte mate casuïstiek krijgt voorgelegd en maar een fractie van de zorgverleners bereikt, namelijk die zorgverleners die een casus inbrengen. Die zorgverleners krijgen ondersteuning van de commissie bij het nadenken over en omgaan met het morele dilemma van de casus. In hoeverre deze ondersteuning bekijft – dat wil zeggen: in hoeverre deze zorgverleners de ondersteuning zullen gebruiken bij het omgaan met (andere) morele vragen en dilemma's in hun dagelijkse praktijk – is onduidelijk. Wel is duidelijk dat alle andere zorgverleners ongetwijfeld ook met morele vragen en dilemma's geconfronteerd worden, maar dat die niet bereikt worden. Initiatieven van de commissie ethiek om ervoor te zorgen dat meer zorgverleners hun morele dilemma's aan haar voorleggen, vormen geen oplossing. Het blijft dan nog steeds om een fractie van de zorgverleners en een fractie van hun morele vragen en dilemma's gaan. Daarnaast blijft het beeld gehandhaafd dat morele reflectie vooral iets van de commissie en niet iets van de zorgverleners zelf is.

Wil er sprake kunnen zijn van goede zorg, is het wenselijk dat alle beroepsbeoefenaren gevoelig zijn voor de morele aspecten van hun werk en daar op een goede manier mee om kunnen gaan. Anders gezegd: de morele en ethische reflectie moet niet zozeer gebeuren door een commissie ethiek op afstand van de praktijk, maar door de beroepsbeoefenaren

(en andere medewerkers, inclusief managers en andere leidinggevendenden) zelf in hun dagelijkse praktijk. De zorgpraktijk dient daarbij opgevat te worden als een complexe (morele) praktijk waarin verschillende betrokkenen verschillende en soms botsende verantwoordelijkheden hebben ten aanzien van goede zorg.

Dat alles brengt ook met zich mee, dat er naar andere wegen gezocht moet worden om ethiek binnen zorginstellingen een plaats te geven. Een suggestie is om het ethiekbeleid te verbinden met het kwaliteitsbeleid om het zo een plaats te geven in de normale beleidscyclus en het niet te parkeren in een commissie op afstand. Een verbinding van het ethiekbeleid met het kwaliteitsbeleid is weliswaar theoretisch geen probleem, maar blijkt in de praktijk nog steeds moeilijk uitvoerbaar. Een probleem hierbij is dat het huidige kwaliteitsbeleid zich richt op aspecten van de organisatie en zorg die goed meetbaar zijn en in getallen uitgedrukt kunnen worden. Aspecten die vanuit ethisch perspectief belangrijk zijn (morele kwaliteit), zijn veel minder makkelijk in getallen te vatten. Dat maakt integratie van het ethiekbeleid in het kwaliteitsbeleid lastig, maar nog steeds de moeite waard. Integratie van het ethiekbeleid in het kwaliteitsbeleid biedt juist ook de mogelijkheid om de beperking van het kwaliteitsbeleid tot meetbare aspecten van de organisatie en zorg te doorbreken (CELAZ, 1998).

Een tweede suggestie is dat commissies minder gericht moeten zijn op het zelf inhoudelijk becommentariëren van morele dilemma's en vragen, maar zich meer moeten richten op het stimuleren van reflectie binnen de hele organisatie. De plaats van de commissie binnen de organisatie, indien apart en op afstand, kan het voor de commissie moeilijk maken om dit te realiseren. Niettemin wordt er op dit moment steeds meer naar wegen gezocht om ethische reflectie ingang te doen vinden in reguliere overlegvormen van zorgverleners. Ook zoekt men naar wegen om de verantwoordelijkheid van de zorgverleners om kritisch om te kunnen gaan met hun praktijk te vergroten. Een begrip dat bij deze ontwikkelingen past is 'moreel beraad'. Hoewel moreel beraad een containerbegrip dreigt te worden voor allerlei verschillende activiteiten, gaat het steeds om activiteiten die professionals (onder begeleiding) ondernemen om gezamenlijk meer zicht te krijgen op de morele kwaliteit van hun praktijk. Moreel beraad kan dan ook het beste omschreven worden als een methodisch gesprek over de goede (organisatie van) zorg. Professionele zorgverleners, maar ook leidinggevendenden en managers, worden binnen een dergelijk moreel beraad uitgenodigd om in een respectvolle dialoog hun eigen morele positie te verhelderen. Moreel beraad heeft ook de aandacht van het ministerie van VWS. In de Beleidsbrief ethiek van september 2007 wijst de staatssecretaris erop dat goede zorg voor haar ook het bespreken van morele dilemma's in zorginstellingen betekent (moreel beraad) en dat zorgverleners met collega's kunnen reflecteren op lastige morele dilemma's (Tweede Kamer, 2007). Daarnaast ondersteunt het ministerie het Platform Moreel Beraad waarin mensen verenigd zijn die professioneel bezig zijn met ethiek binnen de gezondheidszorg.

Samenvattend vraagt ethiekbeleid om een geïntegreerde aanpak, waarbij samenhang en gerichtheid op de gehele zorgorganisatie centrale elementen vormen. Niet alleen gaat het dan om moreel beraad, maar ook om de evaluatie van zorgroutines en het aanleren van morele en reflectieve vaardigheden bij zorgverleners en andere medewerkers.

### 2.3 Ontwikkelingen in de praktische ethiek

In de jaren zestig van de vorige eeuw komt er een eind aan de traditionele doktersmoraal als bepalend voor wat goed is voor de patiënt. Door de technische ontwikkelingen in de geneeskunde dreigt de geneeskunde lijden te gaan vermeederen in plaats van lijden te verlichten. Dit leidt tot vragen van medici zelf: moeten zij wel alles doen wat ze kunnen doen? In Nederland is dit bijvoorbeeld terug te vinden in het boekje *Medische macht en medische ethiek* van Van den Berg (1969). Dit boekje geldt voor Nederland als het startpunt van de moderne medische ethiek.

Kenmerk van de moderne medische ethiek, die ontstaat als reactie op de toegenomen medische macht, is dat hij niet meer alleen voorbehouden is aan artsen. In ieder geval de patiënt moet in de ogen van Van den Berg een stem krijgen (Van den Berg, 1969). Daarnaast gaan onder meer ethici zich buigen over de ethische aspecten van de geneeskunde.

Een bijdrage vanuit de ethiek aan de omgang met medisch ethische problemen is de formulering van de bekende vier principes door Beauchamp & Childress (1983): respect voor autonomie, weldoen, geen schade toebrengen en rechtvaardigheid. Deze principes doen recht aan verschillende waarden, die van belang zijn binnen de medische zorg. Zij kunnen echter met elkaar in conflict komen. Op zo'n moment moet er een afweging plaatsvinden tussen deze principes om te bepalen welk principe in de gegeven situatie het zwaarste moet wegen. De inzet van deze ethiek was er vooral gericht te komen tot concrete handelingsvoorschriften naar aanleiding van een bepaald dilemma. Terecht kenschetst Widdershoven (Widdershoven, 2000) deze nieuwe ethiek als een ethiek met een 'accent op zelfbeschikking, individuele probleemoplossing en regelgeving'. Het beoogt antwoorden te formuleren op problemen die zich in die jaren – lees de jaren '80 - op het vlak van de gezondheidszorg voordoen.

Tegen het einde van de jaren 80 heeft de gezondheidsethiek zich ontwikkeld tot een serieuze discipline in de toegepaste ethiek. In navolging op de ontwikkelingen in de Verenigde Staten worden ook in Nederland centra van gezondheidsethiek opgericht die naast het doen van onderzoek en het schrijven zich ook gaan begeven op het terrein van consultancy en advies. Ethische commissies laten zich bijstaan door ethici die als expert behulpzaam zijn bij het bespreken van actuele morele dilemma's op de werkvloer. Zogenaamde stappenplannen dienen als methode om een morele casus te analyseren en op te lossen. Echter, ondanks de toenemende belangstelling voor gezondheidsethiek, begint zich ook de kritiek op diezelfde gezondheidsethiek te roeren. Vanuit verschillende hoeken wordt kritiek geuit op de gezondheidsethiek.\*

In de eerste plaats is er twijfel of gezondheidsethiek wel zo van nut is voor mensen uit de praktijk. Levert de gezondheidsethiek daadwerkelijk de concrete handelingsvoorschriften voor de zorgverlener op die zij zegt te geven? Niet zelden voelden zorgverleners zich weinig aangesproken door de subtiële argumentatieve wendingen van filosofen.

---

\* Gedeelten van de navolgende tekst zijn eerder gepubliceerd in Verkerk, 2008a

Maar er is ook een reserve van de kant van patiënten en hun belangenorganisaties over de rol van ethisch consulenten. Kun je wel voldoende onafhankelijk zijn in je rol van ethisch expert wanneer je tegelijkertijd op de loonlijst van het ziekenhuis waarin je werkt? Levert de ethicus met zijn advies niet juist een alibi op voor bestaande machtsverhoudingen in ziekenhuis en gezondheidszorg?

Daarnaast werd het werk van gezondheidsethici hier en daar door met name de filosofen met scepsis ontvangen. Een gebrek aan filosofische diepgang werd de ethici niet zelden verweten.

Tenslotte wordt er van verschillende kanten kritiek geuit op de eenzijdigheid van de zogenaamde principegerichte benadering in de ethiek. Met de principebenadering gaat veelal een methodiek gepaard die erop gericht is te komen tot de *oplossing* van morele dilemma's. Onder een moreel dilemma wordt meestal verstaan een situatie waarin sprake is van een conflict van plichten. Er zijn zowel argumenten om 'A' te doen als 'B', maar beide samen gaat niet. In een dergelijk geval vindt er dus altijd een afweging plaats. Maar veel ethische vragen en kwesties hebben niet het karakter van een moreel dilemma. Het gaat met andere woorden niet altijd om de vraag 'Wat moet ik kiezen?'. Soms gaat het er ook om dat we niet goed weten wat we moeten vinden van iets. Wat is goed sterven bijvoorbeeld? Is een embryo op te vatten als een moreel subject met eigen rechten? Of, wat betekent het eigenlijk chronisch ziek te zijn in een samenleving waarin onafhankelijkheid en zelfredzaamheid belangrijke en zelfs dominante waarden zijn. In de plaats van het zoeken naar oplossingen voor conflicten, kan het in de ethiek dus ook gaan om het ontdekken en exploreren van nieuwe betekenissen en begrip. Niet kiezen en beslissen, maar zich verhouden en begrijpen tot de ander en de werkelijkheid staan daarin centraal. Voor de beantwoording van die vragen lijkt de principegerichte benadering minder geschikt. Het is ook vanuit die achtergrond dat er van begin jaren 90 gepleit wordt voor een *meerstemmigheid* in benaderingen in de gezondheidsethiek.

In reactie op de abstracte wijze waarop sommige klinische cases werden behandeld ontwikkelde zich een grote belangstelling voor betekenisgeving en het narratief in de klinische ethiek. Met behulp van verhalen geven patiënten betekenis aan wat ziekte voor hen betekent in hun leven. Het boek *Stories of Sickness* (1987) van de filosoof Howard Brody bijvoorbeeld gold daarvoor als baanbrekend. Niet het respect voor het zelfbeschikkingsrecht staat voorop, maar de wijze waarop mensen zichzelf leren begrijpen met behulp van verhalen staat centraal. In een *narratieve ethiek* is men vooral op zoek naar de gedeelde verhalen die ons moreel begrip uitmaken. Om een gedeeld verhaal mogelijk te maken, gaan met mensen met elkaar in gesprek. Met name in de *hermeneutiek* staat het morele gesprek gericht op het bereiken van morele gezamenlijkheid centraal. Ging het bij een principebenadering nog om een model van besluitvorming waarbij de individuele afweging van waarden en normen in het middelpunt staat, in de hermeneutiek wordt de dialoog op de voorgrond gesteld. In dialogisch proces ontdekken mensen elkaars opvattingen en perspectieven en proberen daarin tot een wederzijds begrip te komen. Tegenover een gezondheidsethiek waarin vooral rechten en plichten voorop staan, wordt in de *zorgethiek* een visie op relationaliteit en verbondenheid ontvouwen. Niet autonomie en

zelfbeschikking, maar zorg is de basis van een verantwoord vorm geven aan het gezamenlijk bestaan.

Tegenover het individualistische, rationalistische en principiële karakter van de principebenadering stellen de alternatieve benaderingen de contextualiteit en het intersubjectieve karakter van de moraal. Moraal is iets dat van mensen is en in gezamenlijkheid ontwikkeld wordt. Ethiek is daarom ook niet iets dat slechts is voorbehouden aan zogenaamde ethische experts, maar is iets van ons mensen zelf (zie ook Burg, van der, 2003). Gevoelens en emoties en niet alleen ratio bepalen daarin het morele domein. Kortom, moraal is iets dat zich van onderop en binnen uit ontwikkelt, in de plaats van boven en buitenaf.

## 2.4 Een genaturaliseerde, praktijkgebonden ethiek

De bovengeschetste ontwikkeling in de ethiek zou je kunnen kenschetsen als een ontwikkeling van toegepaste naar *praktijkgebonden ethiek*.

In dit rapport hanteren wij een opvatting van praktijkgebonden ethiek die daarbij verder gaat dan het wijzen op de noodzaak van empirisch informatie. Niet contextsensitiviteit, maar contextualiteit is het kenmerkende element van een praktijkgebonden aanpak (Musschenga, 2004). Onze visie op contextuele ethiek is in belangrijke mate geïnspireerd door het werk van de Amerikaanse moraalfilosoof Margaret Urban Walker. (Walker, 2007)

Voor Walker geldt de concrete praktijk als startpunt en bron van morele kennis. In tal van situaties en contexten houden mensen morele verhalen, waarin sprake is van het toedelen van betekenissen en van zingeven, waarden en oordelen. Het moreel redeneren wordt in een praktijkgebonden ethiek daarom opgevat als een sociaal gesitueerd en interpersoonlijk fenomeen. De taak van de ethiek als theoretische onderneming is er één *van morele pragmatiek*: op welke manier passen bepaalde morele concepten, principes en theorieën in bepaalde sociale contexten, in bepaalde praktijken en in communicatiepatronen en hoe krijgen zij daarin ook betekenis.

Vanuit een praktijkgebonden ethiek wordt kritiek geleverd op de traditionele opvatting van de taak van ethiek om een theorie te ontwerpen met algemene, universele en onpartijdige principes, die vervolgens in concrete situaties toegepast moeten worden om te komen tot goed handelen. De ethische theorie wordt opgevat als een consistente set van morele principes of procedures van besluitvorming die bedoeld is om te komen tot een bepaald moreel oordeel over hoe moreel te handelen. De wijsgerige ethiek ziet haar taak in het formuleren van die juiste morele theorie. Vanuit dit moderne perspectief kon ook de gedachte ontstaan dat toegepaste ethiek slechts bestond uit het simpelweg toepassen van de juiste methode op praktische vraagstukken. Op de vraag ‘wat behoort ik te doen’ is principieel een antwoord mogelijk, mits de juiste methode maar wordt gebruikt. Zelfs in situaties die zich voordoen als een waarin sprake is van een conflict tussen principes of verplichtingen, is een oplossing uiteindelijk te geven. Het gaat dan om een uitkomst die alles afwegende de juiste is.

Aan deze laatste opvatting van de taak van ethiek ligt het idee ten grondslag dat moraliteit in essentie objectieve morele kennis is die vervolgens leidend dient te zijn voor ons handelen (Walker, 2007). In een praktijkgebonden ethiek gaat het ook om kennis, maar dan in de zin van een gesitueerd en gezamenlijk bevestigd moreel weten ('moral understandings'). Moraliteit wordt vooral gevonden in praktijken van verantwoordelijkheid. Die praktijken karakteriseert Walker als praktijken van verantwoordelijkheid waarin de gedeelde normatieve verwachtingen over wie wat doet voor wie en wie wat geacht wordt te doen voor wie, vorm krijgen. Er is als het ware een morele landkaart van verantwoordelijkheden, die beschrijft wie voor wat en voor wie en waarom verantwoordelijk gehouden kan worden (Verkerk & Widdershoven, 2005, p. 6). Aan die toedeling van verantwoordelijkheden liggen normatieve verwachtingen ten grondslag over onze identiteit, relaties en waarden. In de manier waarop we verantwoordelijkheden toeschrijven en accepteren geven we elkaar rekenschap van de verantwoordelijkheden die voortvloeien uit onze identiteit (uit wie wij willen zijn), uit de relaties waarin we ons bevinden en uit de waarden die we belangrijk vinden. Deze verantwoordelijkheden (en daarmee de moraal) liggen niet voor altijd vast, maar worden bevestigd of herzien in een voortdurend proces van interactie. Dat wil zeggen: het raamwerk van de moraliteit in een bepaalde praktijk wordt opgebouwd in een gezamenlijk proces van degenen die betrokken zijn bij die praktijk. Dit raamwerk is niet van belang voor de moraliteit van de praktijk omdat het de praktijk aanstuurt vanuit een abstracte theorie, maar omdat zij uitdrukking geeft aan wat de betrokkenen in die praktijk als belangrijk ervaren voor de vormgeving van die praktijk.

Een belangrijk punt voor Walker is dat morele praktijken en de normatieve verwachtingen, die daarin uitgewerkt worden, geen afzonderlijke praktijken zijn, die los van sociale omstandigheden tot stand komen of beschreven kunnen worden. Normatieve verwachtingen ontstaan vanuit sociale verwachtingen. De sociale positie waarop mensen zich bevinden heeft gevolgen voor hun morele identiteit en de verantwoordelijkheden die zij aan zichzelf en die anderen aan hen toeschrijven. Dat betekent dat er niet één moreel-sociale wereld is, maar gedifferentieerde moreel-sociale werelden, waarbij mensen deel kunnen uitmaken van verschillende morele praktijken waarin de normatieve verwachtingen met bijbehorende verdeling van verantwoordelijkheden verschillen. Gender- en machtsverschillen zijn medebepalend voor een bepaalde concrete morele praktijk. Een praktijkgebonden ethiek is in die zin altijd een *genaturaliseerde ethiek*: morele opvattingen zijn historisch en sociaal bepaalde morele opvattingen (Walker, Lindemann & Verkerk, 2008). Toegepast op de zorg: een zorgpraktijk is een complexe praktijk van vele betrokkenen (spelers) met hun onderscheiden verantwoordelijkheden; goede zorg is daarbij het resultaat van een proces van beraadslaging en onderhandeling tussen de verschillende betrokkenen die op hun beurt onderscheiden (machts-) posities in de organisatie of praktijk innemen.

Iedere praktijkgebonden ethiek zal dus rekening moeten houden met het gesitueerde en historische karakter van 'moral understandings'. In aansluiting op haar opvatting van moraliteit onderscheidt Walker voor ethiek drie vormen of niveaus van reflectie, die nodig zijn om zicht te krijgen op en een oordeel te vellen over de praktijken van verantwoordelijkheid en de daarin werkzame gedeelde normatieve verwachtingen.

De eerste vorm is *reflectieve analyse* en heeft tot doel te analyseren hoe een bepaalde praktijk in elkaar zit. Welke gedeelde normatieve verwachtingen spelen er in die praktijk van verantwoordelijkheden en ondersteunen die praktijk? Hoe zijn die normatieve verwachtingen over verantwoordelijkheden ingebed in de interacties tussen mensen? Hoe zijn die normatieve verwachtingen gekoppeld aan de sociale positie die mensen innemen?

Het tweede niveau is de *kritische reflectie*. Zijn de praktijken van verantwoordelijkheden met bijbehorende gedeelde normatieve verwachtingen begrijpelijk en acceptabel voor alle betrokkenen bij die praktijk? Zijn de praktijken van verantwoordelijkheid inderdaad gebaseerd op gedeelde normatieve verwachtingen of zijn andere elementen bepalend voor de interacties tussen de betrokkenen (manipulatie, druk, machtsmisbruik)?

Het laatste niveau van reflectie is de *normatieve reflectie*. Het doel van deze reflectie is om na te gaan of een bepaalde praktijk van verantwoordelijkheden een goede praktijk is. Is dit de praktijk die door alle betrokkenen wordt nagestreefd. Is dit, met andere woorden, op dit moment de best mogelijke praktijk van alle andere bestaande of bedachte praktijken (Walker, 2007, 11-14).

Met dit laatste niveau van reflectie onderscheidt een genaturaliseerde ethiek zich ook van een zogenaamde sociologie van de moraal. Met de normatieve reflectie blijft de hamvraag 'is dit nu ook het moreel goede' overeind.

## 2.5 De rol van de ethicus

Moraal en ook ethiek is het resultaat van gezamenlijk kritisch reflectief en normatief handelen van betrokken deelnemers. Daarmee is ook de rol van ethicus veranderd. Van expert, die op grond van kennis van de traditie geacht wordt te oordelen over bepaalde ontwikkelingen in bepaalde praktijken, ontwikkelt hij zich tot coach of consultant die beroepsbeoefenaren ondersteunt bij het nemen van beslissingen en het vorm geven van hun praktijk in overeenstemming met hun eigen kritisch getoetste normatieve opvattingen. Hoe dit proces van ondersteuning van beroepsbeoefenaren bij reflectie over hun eigen praktijk er precies uit zou kunnen zien is daarmee nog niet duidelijk. Op basis van de voorgaande paragrafen komt een aantal mogelijke aandachtspunten naar voren. In de praktijk probeert de ethicus vaak om met behulp van een stappenplan samen met de beroepsbeoefenaren te reflecteren over de praktijk en via een gestructureerd overleg te komen tot een weloverwogen handeling. De mate van inhoudelijke betrokkenheid van de ethicus in het overleg kan verschillen van neutrale procesbegeleider tot inbreng van de eigen expertise in het overleg.

Uitgaande van Walker moet de ethicus samen met de beroepsbeoefenaren het gedeelde morele begrippenkader van hun praktijk onderzoeken en evalueren. De ethicus ondersteunt de beroepsbeoefenaren bij activiteiten die de aansluiting bij het gedeelde morele begrippenkader van de praktijk onderzoeken en/of die de praktijk meer in overeenstemming met dat begrippenkader brengen. De verschillende reflectieniveaus die Walker onderscheidt, kunnen daar bij een rol spelen (zie paragraaf 2.4). Walker ziet nog een belangrijke taak voor de ethicus, namelijk het creëren van morele ruimte; van een ruimte

waar beroepsbeoefenaren kunnen reflecteren, overleggen en onderhandelen over de moraliteit van hun praktijk (*de ethicus als architect van morele ruimte*). Bij deze taak hoort ook een optreden van de ethicus als bemiddelaar tussen de verschillende perspectieven die in een praktijk spelen. Zij/hij wordt daarmee actief deelnemer aan het proces vanuit een betrokkenheid op een goede uitkomst (*de ethicus als mediator*). Dat betekent dat de ethicus niet een neutrale procesbegeleider is (Walker, 2003). Later in het rapport komen we terug op hoe de rol van de ethicus precies vorm moet krijgen in deze wending naar de praktijk.

## 2.6 Samenvatting

Ethiekbeleid binnen instellingen leidt in eerste instantie tot de instelling van commissies ethiek. Deze commissies functioneren als commissies van experts die de zorgverleners adviseren over het omgaan met morele dilemma's. Deze commissies staan vaak op afstand van de praktijk. Dat leidt tot de vraag of en hoe deze commissies nog van betekenis kunnen zijn voor de praktijk van de zorg.

In de loop van de tijd ontstaat het inzicht dat het van belang is om het reflectief vermogen van de zorgverleners te versterken zodat zij zelf in hun dagelijkse praktijk adequate zorg kunnen verlenen, die in overeenstemming is met maatschappelijke en professionele waarden en normen en die uiteraard ook recht doet aan het perspectief van zorgvragers. Met andere woorden: het gaat om het versterken van normatieve, reflectieve professionaliteit. Hierop gaan we in het volgende hoofdstuk nog apart in. De aandacht voor reflectieve en morele vaardigheden van de professional past daarbij in een meer geïntegreerd ethiekbeleid, waarin samenhang en aandacht voor kwaliteit van de zorg speerpunten zijn.

Ook de praktische ethiek heeft steeds meer aandacht voor de praktijk. De wending naar de praktijk leidt tot het zoeken naar alternatieven voor de principebenadering als dominant model om morele dilemma's te bespreken in de ethische literatuur of in de praktijk van bijvoorbeeld een commissie ethiek. Die alternatieven beogen meer en andere aspecten van ervaren morele problemen in beeld te brengen. In aansluiting op de toenemende aandacht voor de betrokkenen bij een moreel dilemma en het besef dat de betrokkenen zelf moeten (kunnen) reflecteren op hun praktijk ontwikkelen ethici ook stappenplannen om de mensen uit de praktijk in staat te stellen om op een gestructureerde manier met elkaar over morele dilemma's te spreken (Manschot & Van Dartel, 2003).

In dit rapport wordt uitgegaan van een praktijkgebonden ethiek waarin de praktijken zelf – en dus ook de zorgpraktijk- bron van (kennis van) moraliteit is. Moraliteit ontstaat in praktijken in interactie tussen mensen. Een ethiek die zich richt op het formuleren van een algemene morele theorie of (bescheidener) op het formuleren of destilleren van principes en regels, die ons handelen zouden moeten leiden, doet geen recht aan de verschillende posities die mensen in onderlinge relaties en sociale omstandigheden innemen en de verantwoordelijkheden die daaruit voortvloeien. Zij laat de machtsverschillen die in concrete wereld bestaan niet zien. Een dergelijke ethiek stelt ons ook niet in staat om te



reageren op de voortdurende veranderingen in morele vragen en problemen in een dynamische wereld.

De wending naar de praktijk betekent ook een verandering van de rol van de ethicus. Van expert wordt hij ondersteuner van de beroepsbeoefenaren die de moraliteit van hun eigen praktijk onderzoeken. Op dit moment ondernemen ethici allerlei activiteiten om beroepsbeoefenaren te ondersteunen bij reflectie over hun praktijk en om ethiekbeleid in instellingen vorm te geven. Deze activiteiten zijn vaak ad hoc en zonder helder kader. Naar een dergelijk kader zijn wij op zoek en we denken dat action research dat kan bieden.

## 3 Normatieve, reflectieve professionaliteit

### 3.1 Inleiding

Uit het vorige hoofdstuk komt naar voren dat er binnen de ethiek een steeds sterker besef is dat een wending naar de praktijk noodzakelijk is. Een ethiek die zich richt op het formuleren van abstracte principes, die vervolgens op morele dilemma's uit de praktijk toegepast moeten worden, schiet tekort, zelfs als die abstracte principes 'gedestilleerd' zijn uit de praktijk. Een dergelijke ethiek doet geen recht aan de concrete situatie van de zorgvrager en de context, waarbinnen de morele vragen zich voordoen.

De wending naar de praktijk houdt ook in dat de zorgverlener een duidelijker rol krijgt. Het gaat niet meer om de ethicus of commissie ethiek die als expert uitlegt wat in deze situatie het goede is om te doen. Vanuit het perspectief van goede zorg voor alle zorgvragers, is het van belang dat zorgverleners in staat zijn om zelf morele vragen en dilemma's te identificeren en om daarover na te denken en een afweging te maken. Zorgverleners moeten zelf in hun dagelijkse praktijk adequate zorg kunnen verlenen, die in overeenstemming is met maatschappelijke en professionele waarden en normen en die uiteraard ook recht doet aan het perspectief van de zorgvragers. Om dit te realiseren is het nodig om het reflectief vermogen van de zorgverleners te versterken. We hebben hiervoor in het vorige hoofdstuk de term 'normatieve professionaliteit' gebruikt: het gaat om het versterken van de normatieve professionaliteit van de zorgverleners.

In dit hoofdstuk gaan we nader in op de betekenis van normatieve professionaliteit. Voordat we uitleggen wat we onder normatieve professionaliteit verstaan, staan we eerst even stil bij een vrij gangbare (sociologische) betekenis van professionaliteit om van daar uit de stap naar normatieve professionaliteit te zetten.

### 3.2 Professionaliteit

Over professionaliteit wordt vaak gesproken in sociologische zin. Het gaat dan om mogelijkheden van (leden van) een beroepsgroep om op een bepaald kennis- en handlingsgebied, dat betrekking heeft op riskante en betekenisvolle menselijke aangelegenheden, de benodigde expertise op te bouwen en af te bakenen, de noodzakelijke kennisoverdracht zelf te reguleren, en te beslissen over de toelating van mensen tot het betreffende handlingsgebied. Dit alles gaat gepaard met een expliciete maatschappelijke erkenning van de exclusieve positie van de betreffende beroepsgroep.

Vanuit sociologisch perspectief horen deze kenmerken bij de attributiebenadering als professionaliseringstheorie. De attributiebenadering (Freidson in Van Houten, 2008) richt zich op de uiterlijke kenmerken van professionalisering van de beroepsgroep en niet op de maatschappelijke oorzaak van professionalisering. Kenmerken van professionalisering zijn:

- een systematische theoretische fundering van het professionele handelen

- een wetenschappelijke beroepsopleiding
- een beroepsvereniging, waarvan je lid moet zijn om het beroep te mogen uitoefenen
- de beroepsvereniging heeft een beroepscode en beschikt over het schorsingsrecht
- wettelijke bescherming
- maatschappelijke erkenning
- een esprit de corps en een eigen jargon (Van Houten, 25).

Een illustratie van de associatie van professionaliteit met deze kenmerken biedt de inleiding van het onderzoek van het NIVEL in opdracht van NU'91 naar de individuele professionalisering van verpleegkundigen in de beroepsopleiding en in de praktijk. In die inleiding staat dat de verpleegkundige beroepsgroep de laatste decennia een professionele ontwikkeling doorgemaakt heeft. Die professionalisering houdt in dat de beroepsgroep zich duidelijk onderscheidt van andere beroepsgroepen en daar ook erkenning voor vraagt; dat positionering (d.w.z. erkenning), beroepskennis en vakmanschap centraal staan; dat er theorievorming is over de essentie van verplegen en (verplegings)wetenschappelijk onderzoek door verpleegkundigen; dat het domein van verplegen door verpleegkundigen zelf beschreven is in een beroepsprofiel voor de beroepsopleidingen (Speet & Francke, 2004).

Naast de attributiebenadering als professionaliseringstheorie onderscheidt Van Houten (2008) nog twee andere hoofdstromen: het structureel functionalisme en de machtsbenadering. Het structureel functionalisme richt zich op de oorzaak van professionalisering en ziet dat als een bijproduct van de modernisering. De machtsbenadering is vooral verbonden met de naam van Illich, die van mening was dat de professionals er vooral op uit waren om hun eigen macht te (be)vestigen en de zorgvragers afhankelijk te houden. Deze beide benaderingen blijven verder buiten beschouwing, aangezien het ons niet om een overzicht van sociologische professionaliseringstheorieën gaat. Vanuit ons perspectief, namelijk onze zoektocht naar een manier om ethiek naar de praktijk van de zorg te brengen, is wel de constatering interessant dat kennis bij de drie professionaliseringstheorieën wetenschappelijke kennis betekent. Deze wetenschappelijke kennis moeten de professionals vervolgens toepassen in de praktijk. Denk daarbij aan richtlijnen, standaarden en protocollen voor (be)handelingen. Daarbij worden ze verondersteld zich ook te houden aan bepaalde normatieve opvattingen van de beroepsgroep zoals uitgedrukt in een beroepscode. Deze beschrijving roept de toepassing van abstracte medisch ethische principes op morele dilemma's in de praktijk van de zorg in herinnering.

Van Houten (2008) wijst verder nog op een nieuwe richting binnen het denken over professionalisering, namelijk de reflectieve professional. Deze nieuwe richting is vooral geassocieerd met Schön. Uitgangspunt van Schön is dat het niet alleen of niet zozeer gaat om de toepassing van wetenschappelijke kennis over de werkelijkheid door professionals, maar dat het handelen van professionals zelf bron van kennis kan zijn. Het handelen van professionals in de praktijk wordt mede bepaald door allerlei impliciete ervaringskennis. Reflecteren over dit handelen kan ook leiden tot kennis die van belang is voor de praktijk, namelijk kennis gebaseerd op praktijkervaringen (Van Houten, 27). Hier lijkt zich een

wending naar de praktijk voor te doen, die mogelijk aanknopingspunten biedt voor een praktische ethiek.

### 3.3 Standaardisering als bewijs van professionaliteit

Hoewel de ontwikkeling van protocollen, richtlijnen en standaarden vaak gekoppeld wordt aan het beheersingsdenken van het management en andere externe partijen, streven ook de professionals zelf naar het opstellen van protocollen, richtlijnen en standaarden voor hun handelen. Dit past bij een denken over professionaliteit waarbij kennis vooral wetenschappelijke kennis is die door de professional in de praktijk moet worden toegepast. De wetenschappelijke kennistoename is zodanig dat het voor de individuele zorgverlener nauwelijks bij te benen is. Dat er dan op initiatief van de beroepsgroepen een standaard, richtlijn of protocol voor de behandeling van een bepaalde aandoening wordt opgesteld, komt de zorg alleen maar ten goede. Het maakt de zorg meer voorspelbaar en de kans groter dat de individuele zorgvrager de meest actuele behandeling voor zijn aandoening krijgt.

Verder zorgt de toenemende complexiteit van de zorg door meer specialismen en subspecialismen en door kleinschaligheid binnen grootschalige organisaties ook voor een toename van de professionele behoefte om de zorg voortdurend te beoordelen aan voorschriften die gebaseerd zijn op de laatste professionele standaarden en meest actuele wetenschappelijke kennis.

Met het opstellen van standaarden, richtlijnen en protocollen zorgen zorgverleners ook voor maatschappelijke legitimatie van hun handelen en voor transparantie. Het handelen van de zorgverleners is niet meer vanzelfsprekend gelegitimeerd omdat ze professionals zijn. Zij moeten hun handelen verantwoorden, zowel naar de samenleving als geheel in het kader van een verantwoorde besteding van de collectieve middelen als naar de individuele zorgvrager. Ze moeten laten zien dat ze het in hen gestelde vertrouwen waard zijn. Standaarden, richtlijnen en protocollen helpen daarbij omdat ze de uitdrukking zijn van wat volgens de beroepsgroep de aangewezen (be)handeling is voor een bepaalde aandoening volgens de laatste stand der wetenschap.

Er zijn daarom verschillende redenen om de ontwikkeling van standaarden, richtlijnen en protocollen te associëren met professionaliteit.

Toch valt er bij deze ontwikkeling ook een kritische kanttekening te plaatsen. Het gevaar bestaat dat met de nadruk op het volgen van de standaarden, richtlijnen en protocollen de zorg steeds uniformer wordt en er geen of niet voldoende aandacht is voor de situatie van deze individuele zorgvrager in deze specifieke context. De evidence based medicine of practice houdt bijvoorbeeld weliswaar in dat een arts, verpleegkundige of verzorgende een beslissing neemt op basis van het best beschikbare wetenschappelijke bewijs in combinatie met haar ervaringskennis en de waarden en voorkeuren van de zorgvrager, maar in de praktijk blijkt die combinatie erg lastig. Het is niet eenvoudig om een eenzijdige beklemtoning van het grote belang van de wetenschappelijke evidence te vermijden. Goede zorg is daarmee vooral de zorg die in overeenstemming is met de

standaard. Deze beweging wordt nog versterkt door de neiging om het handelen te richten naar normatieve eisen die meer te maken hebben met verantwoordingsplichten achteraf in plaats van met vragen van zorgvragers. De zorgvrager raakt steeds verder buiten beeld.

### 3.4 Normatieve en reflectieve professionaliteit

Professionaliteit roept in eerste instantie waarschijnlijk nog steeds de associatie op van het beheren van een bepaald kennis- en handelingsgebied door een in haar exclusiviteit en deskundigheid erkende beroepsgroep. Deze klassieke sociologische opvatting van professionaliteit heeft nog steeds betekenis (zie het rapport van het NIVEL). De kern van professionaliteit ligt volgens verschillende hedendaagse auteurs echter niet zozeer in deze erkenning van een beroepsgroep, maar in de morele geladenheid van het handelen van de professional als lid van een beroepsgroep (Verkerk et al., 2004; Verkerk, 2008; Jacobs et al., 2008).

De zorgverlener heeft in zijn werk te maken te maken met de zorgvrager. Er ontstaat als het goed is een zorgrelatie van wederzijds vertrouwen tussen de zorgverlener en de zorgvrager. In samenspraak gaan zorgverlener en zorgvrager na wat voor de zorgvrager goede zorg is gezien zijn aandoening, zijn waarden en de context waarin hij zich bevindt.

De zorgverlener bevindt zich met de zorgvrager echter niet op een eilandje. De ontmoeting tussen zorgverlener en zorgvrager vindt veelal plaats binnen het kader van een instelling of organisatie en breder, het kader van de gezondheidszorg als overkoepelend systeem. Zowel de organisatie als de gezondheidszorg als overkoepelend systeem hebben hun eigen denkkaders en regels en beïnvloeden het contact tussen zorgvrager en zorgverlener. Op het moment dat marktwerking zijn intrede doet in de zorg brengt hij zijn eigen begrippen en denkwijzen mee, zoals denken in termen van concurrentie- en marktpositie, zorgproducten en aangeboden diensten, bedrijfsmatig werken, doelmatigheid en klantgerichtheid. Daarnaast is er de invloed van het managementsdenken, dat met allerlei regels en bureaucratie het handelen van de zorgverleners probeert te beheersen. Deze invloeden zijn niet louter negatief. Ook zorgverleners moeten doelmatig en efficiënt werken, gericht zijn op de 'klant' en op een verantwoorde manier met de beschikbare middelen omgaan. De 'regelzucht' van het management wordt ook ingegeven door het belang van een verantwoorde besteding van collectieve middelen en de verantwoording daarvoor en het veilig stellen van de gelijke toegankelijkheid van de zorg. Het werken volgens standaarden, richtlijnen en protocollen kan daaraan bijdragen.

De zorgverlener heeft daarom als professional zowel te maken met de zorgbehoeften van de zorgvrager als met de 'eisen' of 'logica's' van de organisatie en het gezondheidszorgsysteem en deze kunnen op gespannen voet staan met elkaar. De zorgvrager vraagt aandacht voor zijn zorgbehoeften in zijn specifieke situatie. Vanuit het marktdenken en het managementdenken kan de zorgverlener druk ervaren om zijn handelen vooral te richten op het halen van de 'productienormen', bijvoorbeeld zoveel mogelijk zorgvragers binnen een bepaalde tijd helpen, of om alleen de standaarden, protocollen en richtlijnen richtinggevend voor zijn handelen te laten zijn.

De kern van het professionele handelen zit nu in het vermogen van de professional zich niet slaafs te onderwerpen aan alle regels, maar om vanuit het perspectief van goede zorg en met aandachtige betrokkenheid voor de zorgvrager steeds te overwegen wat in deze situatie de beste handeling is en om te kijken in hoeverre de context waarbinnen hij zorg verleent (de routines en regels van de organisatie) goede zorg eventueel belemmert. Het gaat om het morele oordelen van de zorgverlener; om *normatieve professionaliteit* (Kunneman, 1996; Van den Ende & Kunneman, 2008; Van Houten, 2008).

Op vergelijkbare wijze spreken Verkerk en De Bree in hun publicaties over *'reflectieve professionaliteit* als een 'tweede orde competentie'. (Verkerk et.al. 2004, 2005 en 2006).

Toegepast op het veld van de geneeskunde bijvoorbeeld, geldt professionaliteit als een competentie die alleen tot uitdrukking kan komen in de uitoefening van andere competenties, zoals medisch handelen, communicatie en samenwerken.. De professionele arts is iemand die 'de goede dingen op een goede manier doet'. Anders gezegd, de arts als professional is in staat beslissingen inzake patiëntenzorg te verantwoorden binnen de gegeven context en professionele omgeving, inclusief de rollen en taakverantwoordelijkheden daarin.. Kerncompetenties zijn daarbij reflectie en verantwoording.

Reflectie, omdat professionaliteit naast een handelingscomponent ook een reflectieve component ('weten waarom je iets doet') blijkt te hebben. Professionals moeten zich bewust zijn van wie ze zijn en vanuit welke positie zij spreken en handelen. Dit is een noodzakelijke voorwaarde voor het verantwoorden, wat plaatsvindt in een complexe praktijk ten overstaan van significante derden: patiënten, medebehandelaars, het team, de organisatie, de samenleving et cetera.

### 3.5 De kunst om het verschil te maken

De kern van professionaliteit is, zoals in de vorige paragraaf is aangegeven, gelegen in het vermogen van de professional om bewust normatieve keuzen te maken en die ook kan verantwoorden. Professional is niet degene, die bij een bepaalde aandoening van de zorgvrager de standaarden, richtlijnen of protocollen van de beroepsgroep toepast zonder zich verder af te vragen of hij daarmee aan de zorgbehoefte van de zorgvrager tegemoet komt (zie ook de kritische kanttekening in paragraaf 3.3) of die de dagelijkse routines in de zorg en de regels van de organisatie als een vaststaand en onveranderbaar gegeven aanneemt.

Professional is degene die stilstaat bij de vraag of de standaarden, protocollen of richtlijnen voor de aandoening of situatie van deze zorgvrager wel goede zorg betekenen of dat de situatie van deze zorgvrager om een andere oplossing vraagt. En die vervolgens, als de zorgbehoefte van deze zorgvrager in deze specifieke context dat vereist, weloverwogen afwijkt van de standaard. De zorgverlener kan die afwijking van de standaard ook verantwoorden. Hij kan aan anderen uitleggen waarom hij tot deze keuze gekomen is, gezien de persoonlijke, professionele en publieke waarden en normen die in het geding zijn. In situaties dat er geen protocol of standaard voor handen is, is de professional in staat een

vorm van handelen te kiezen, die als voorbeeld kan dienen voor andere zorgverleners in vergelijkbare situaties.

Een professional weet onderscheid te maken tussen individuele situaties en kan bestaande regels voor het handelen in het licht van dit onderscheid beoordelen op hun bruikbaarheid en toelaatbaarheid. Hij heeft het vermogen om voorbij de standaardisatie adequaat te reageren op het unieke in een bepaalde situatie (Baart, 2004; Tonkens, 2003). Indien er geen regels zijn is hij in staat creatief te reageren op de unieke vraag in de situatie en om deze op basis van eerdere handelingservaringen te beoordelen (vgl. Procee, 2006).

Een professional is ook in staat om verder te kijken dan de zorg voor individuele zorgvragers en om zich af te vragen of goede zorg misschien ook om aanpassing van de bestaande routines en regels vraagt.

Kortom, de professional verstaat de kunst om het verschil te maken en verder te kijken dan de standaarden die hem ter beschikking staan.

Om het nog eens op een wat andere manier te zeggen: goede professionele zorg vereist aandacht voor het unieke en onherhaalbare in de omgang met zorgvragers. Daarbij gaat het niet alleen om de morele vragen die zich voordoen bij de toepassing van hoogcomplexen technische dimensies van zorg, maar ook de morele vragen die rijzen bij de routinematige aspecten van de alledaagse zorg. Bepaalde routines, zoals bijvoorbeeld het 'wasschema' of de 'maaltijdzorg', kunnen voor zorgvragers heel ingrijpend zijn als ze op geen enkele manier aansluiten bij hun behoeften. Aandachtige betrokkenheid bij de zorgvrager vereist dat zorgverleners hieraan niet voorbij gaan. Het vertrouwen van de zorgvrager in de zorg is ook juist het vertrouwen dat de zorgverlener aandacht heeft voor het bijzondere dat hem hier en nu aangaat (Van Dartel & Jeurissen, 2008). Zorg verlenen vanuit deze visie vereist aan de ene kant dat de professional ook ruimte heeft om het verschil te maken; dat hij een eigen discretionaire ruimte heeft waarbinnen hij recht kan doen aan de oorspronkelijke taken en doelstellingen van professionele zorgverlening. Het vereist ook dat de zorgverlener in staat is om te reflecteren over de situatie om tot verantwoord handelen te kunnen komen. Aan de andere kant vraagt het van de organisatie om open te staan voor suggesties van zorgverleners voor verbetering van de context van de zorgverlening, voor zover de beslissing daarover niet bij de zorgverleners maar bij het management ligt.

Een kanttekening is hier op zijn plaats. Normatieve en reflectieve professionaliteit betekent weliswaar dat de professional het vermogen heeft om adequaat te reageren op de unieke situatie van iedere zorgvrager. Dat houdt echter niet de terugkeer in van de paternalistische professional, die weet wat goed is voor de zorgvrager. De zorgvrager heeft een eigen stem in het afwegingsproces. Niettemin heeft de professional ook een eigen verantwoordelijkheid vanuit zijn vakkennis en vanuit de professionele waarden en normen van de beroepsgroep.

De kenmerken van normatieve en reflectieve professionaliteit zijn terug te vinden in het KNMG manifest over medische professionaliteit. De KNMG stelt in dit manifest dat professionele autonomie tot uiting komt in de ruimte die de arts heeft om zonder inmenging van derden in de context van de individuele arts-patiëntrelatie te oordelen over wat het individuele gezondheidsbelang van de patiënt het meeste dient. De medisch

professionele autonomie is niet onbeperkt. De vrije ruimte wordt bepaald door de 'professionele standaard': het geheel aan gedragsregels, standaarden, richtlijnen en protocollen dat uitdrukking geeft aan wat de beroepsgroep onder goede zorg verstaat. De arts wordt ook geacht zoveel mogelijk evidence based te handelen. Dit is evenwel geen definitieve begrenzing. Professionaliteit is, aldus het manifest, ook het vermogen en de plicht van de arts om op basis van zijn deskundigheid af te wijken van de standaard als de situatie van de patiënt dat vraagt. Indien de arts afwijkt van de standaard moet hij dat wel kunnen verantwoorden 'gebaseerd op zorginhoudelijke deskundigheid en - argumentatie' (KNMG, 2007).

Ook in het onderzoek naar de individuele professionalisering van verpleegkundigen is een aanknopingspunt voor normatieve professionaliteit te vinden. Het onderzoek gaat uit van de volgende definitie van individuele professionalisering: 'het proces waarin individuele (leerling)verpleegkundigen op basis van kennis en inzichten die binnen de verpleegkundige beroepsgroep zijn ontwikkeld, een eigen visie op de aard en het belang van het verpleegkundig beroep ontwikkelen, evenals op hun beroepsmatige taken en verantwoordelijkheden. Uiteindelijk moet dat proces er in resulteren dat (leerling)verpleegkundigen hun beroep op een reflexieve, overtuigende, adequate en collegiale manier uitoefenen'. Voor het onderzoek is deze definitie opgeknipt in twaalf aspecten. Eén ervan is het aspect 'reflecteren en evalueren' met als omschrijving 'de verpleegkundige beheerst de benodigde vaardigheden en kennis om haar afwegingen en handelingen te beargumenteren en te verantwoorden en te reflecteren op haar eigen handelen. De verpleegkundige gaat in haar beroepsmatige handelen (samen met de cliënt) na of haar handelen het gewenste effect heeft, of zij goed gehandeld heeft en hoe zij eventueel een volgende keer beter zou kunnen handelen' (Speet & Francke, 2004). Bij de verpleegkundigen uit het onderzoek scoort dit aspect hoog, zij het met de kanttekening dat individuele professionalisering van verpleegkundigen nog in de kinderschoenen staat.

Het mag duidelijk zijn dat het begrip van professionaliteit zoals we dat in deze studie opvatten, kritisch staat tegenover een louter sociologische benadering. Het gaat bij professionaliteit zoals wij die opvatten, niet in de eerste plaats om beroepsgroepen die een bepaald maatschappelijk relevant kennis- en werkgebied trachten af te bakenen door het ontwikkelen van exclusieve standaarden en morele codes en maatschappelijke erkenning willen verkrijgen voor de exclusieve positie van de beroepsgroep. Dat wil niet zeggen dat we iedere sociologische lezing van professionaliteit verre van ons houden. De condities waaronder professionaliteit in zorg en hulpverlening kan worden waargemaakt door individuele beroepsbeoefenaren, zijn in belangrijke mate sociaal bepaald. Dat betekent dat ondersteuning van individuele professionals door beroepsgroepen van belang is. Maar het is niet het enige aspect dat relevant is. Voor beroepsbeoefenaren zoals verpleegkundigen en verzorgenden, maar in toenemende mate ook voor klassieke professionals als artsen, geldt dat de sociale omstandigheden waarin zij werkzaam zijn niet zozeer bepaald worden door de beroepsgroep waartoe ze behoren, maar door organisatorische condities. De veronderstellingen van professionaliteit zoals wij die zien, dienen dan ook bekrachtigd te worden door de organisatie waarin men werkzaam is. Dat veronderstelt dat er in zekere zin



sprake zou moeten zijn van vergelijkbare logica's (Van Dartel 2008): reflectieve professionaliteit vraagt daarom om een reflectieve organisatie (Verkerk en Van Dartel 2005). De vraag is uiteraard hoever deze parallellen in veronderstellingen van professionaliteit en organiseren moeten reiken. Vraagt professionaliteit bijvoorbeeld om een bepaalde wijze van besturen van zorgorganisaties? Sommigen veronderstellen van wel (Vgl. Van Dartel en Jurissen 2008). Voorlopig laten we dit open zonder de idee los te laten dat reflectieve professionaliteit minstens in faciliterende zin eisen stelt aan organisaties.

### 3.6 Samenvattend

In dit hoofdstuk hebben we betoogd dat de kern van professionaliteit niet ligt in de sociologische betekenis van het beheren van een bepaald kennis- en handlingsgebied door een in haar exclusiviteit en deskundigheid erkende beroepsgroep. Toch zijn er met name op het niveau van de zorgorganisatie wel degelijk sociale condities noodzakelijk zijn om professionaliteit te faciliteren. De kern van professionaliteit ligt naar ons idee echter in het vermogen van de professional om bewust normatieve keuzen te maken. Het gaat om *normatieve en reflectieve* professionaliteit: de professional is zich ervan bewust dat hij voortdurend morele keuzen maakt en kan die keuzen ook maken en verantwoorden. Hij is in staat om het verschil te maken voor de zorgvrager; om steeds na te gaan of de standaard wel of niet gevolgd moet worden bij *déze* zorgvrager in *déze* situatie of door de bestaande routines en regels kritisch te onderzoeken vanuit het perspectief van goede zorg.

Met andere woorden: normatieve, reflectieve professionaliteit veronderstelt dat de zorgverlener in staat is om te reflecteren over zijn handelen, over de situatie van de zorgvrager, en over de context waarbinnen zijn handelen plaatsvindt. En het veronderstelt een omgeving die deze reflectiviteit mede tot kenmerk van de organisatie maakt.

Koppelen we dit aan de elementen, die naar voren zijn gekomen uit het vorige hoofdstuk over ethiek (vanuit het perspectief van goede zorg moeten alle zorgverleners gevoelig zijn voor de morele aspecten van hun werk en daarmee om kunnen gaan; omgaan met morele vragen en dilemma's vraagt niet om een abstracte theorie met algemene principes; de moraliteit van een praktijk kan alleen *in* die praktijk gevonden worden) dan zijn we op zoek naar een manier of methode die zorgverleners in staat stelt om vanuit hun praktijk zelf te reflecteren over de moraliteit van hun praktijk en op basis van die reflectie hun praktijk eventueel aan te passen. Een vorm van onderzoek die aansluit bij deze gedachte is action research. Vandaar onze interesse voor action research. In het volgende hoofdstuk staat action research centraal en onderzoeken we of action research kan dienen als voertuig voor ethiek(beleid).

## 4 Handelingsonderzoek als voertuig voor ethiek(beleid)

### 4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk gaan we na of ‘action research’, een specifieke vorm van sociaal wetenschappelijk onderzoek, handvatten biedt om zorgverleners te laten reflecteren op de moraliteit van hun praktijk en om die praktijk eventueel aan te passen. Kan ‘action research’ dienen als voertuig voor ethiek(beleid) in instellingen?

Om deze vraag te beantwoorden is het nodig om na te gaan wat ‘action research’ inhoudt, waarin dit soort onderzoek verschilt van traditioneel sociaal wetenschappelijk onderzoek en wat de kenmerken van ‘action research’ zijn.

Aangezien we geen ‘action research’ willen doen, maar alleen willen nagaan of elementen van ‘action research’ bruikbaar zijn om ethiek(beleid) binnen instellingen gestalte te geven, zullen we in het vervolg in het kader van ethiek vooral spreken van ‘handelingsonderzoek’. Door de vrij ‘natuurlijke’ associatie van het begrip handelen met de morele dimensie van de werkelijkheid verbinden we op deze manier de wetenschapstraditie van ‘action research’ met vragen van de moraal, waarvoor de ethiek zich geplaatst ziet. Handelen veronderstelt dat mensen kunnen kiezen uit verschillende alternatieven; dat ze enige vrijheid hebben om zelf te bepalen wat het goede (handelen) is in deze situatie.

Om na te gaan of de associatie van action research met het (reflecterend) onderzoeken van de moraliteit van praktijken terecht is en of action research inderdaad mogelijkheden biedt voor lokaal ethiekbeleid, zullen we onder meer kijken of de methodologische kenmerken van action research aansluiten bij de aspecten die uit de hoofdstukken over ethiek en normatieve, reflectieve professionaliteit naar voren gekomen zijn.

### 4.2 Wat is action research?

Een antwoord op de vraag wat ‘action research’ is, is niet eenvoudig. De sociaal psycholoog Kurt Lewin wordt over het algemeen gezien als de man die de term ‘action research’ bedacht heeft in de jaren veertig van de vorige eeuw. Hij richt zich in zijn werk op het oplossen van concrete sociale problemen door als onderzoeker samen met betrokkenen in te grijpen in de werkelijkheid in een poging die te veranderen. Daarmee verschilt zijn benadering van traditioneel sociaal wetenschappelijk onderzoek, omdat hij verandering in de concrete praktijk van mensen wil realiseren en dat samen met die mensen wil doen. Hij is niet langer een onderzoeker die de werkelijkheid observeert en beschrijft.

Vanaf het moment dat Lewin action research als begrip neerzet, is er geen sprake van een continue of gecoördineerde ontwikkeling van action research als sociaal wetenschappelijke discipline. Op verschillende plekken in de wereld gaan verschillende wetenschappers uit verschillende disciplines (o.a. sociale wetenschappen, pedagogiek,

gezondheidszorg, antropologie) en werkend in verschillende settings (o.a. universiteit, industrie, onderwijs, ontwikkelingssamenwerking) iets als 'action research' doen. De verschillende action onderzoekers of groepen van action onderzoekers ontwikkelen ieder hun eigen aanpak van action research. Zij baseren zich daarbij ook op verschillende wetenschapstheoretische of filosofische bronnen. Belangrijke filosofische stromingen die ten grondslag liggen aan action research zijn met name het pragmatisme (Dewey) en de kritische theorie (Habermas), maar ook de fenomenologie en de hermeneutiek. Zeker tot in de jaren negentig van de vorige eeuw, is er geen dialoog tussen deze verschillende (groepen van) action onderzoekers. Zij delen hun kennis niet en publiceren in en lezen verschillende tijdschriften.

Dit alles betekent dat er verschillende definities en benaderingen van action research zijn (Greenwood & Levin, 1998; Reason & Bradbury, 2001; Waterman et al., 2001; Kemmis & McTaggart, 2005). Action research is een stroming waartoe benaderingen behoren, die weliswaar een aantal kenmerken min of meer gemeenschappelijk hebben, maar die ook van elkaar verschillen.

Om toch meteen een indruk te geven van action research geven we de omschrijving van Waterman et al. (2001). Na grondige bestudering van de verschillende definities en kenmerken van action research in het kader van een onderzoek naar de betekenis en bruikbaarheid van action research voor de gezondheidszorg, komen zij tot de volgende omschrijving:

'Action research is a period of inquiry, which describes, interprets and explains social situations while executing a change intervention aimed at improvement and involvement. It is problem-focused, context-specific and future-oriented. Action research is a group activity with an explicit critical value basis and is founded on a partnership between action researchers and participants, all of whom are involved in the change process. The participatory process is educative and empowering, involving a dynamic approach in which problem identification, planning, action and evaluation are interlinked. Knowledge may be advanced through reflection and research, and qualitative and quantitative research methods may be employed to collect data. Different types of knowledge may be produced by action research, including practical and propositional. Theory may be generated and refined, and its general application explored through the cycles of the action research process' (Waterman et al., 2001, 11).

Kenmerkend voor action research is in ieder geval dat het gaat om een cyclisch proces van onderzoek: analyse van de situatie en identificatie van het probleem, onder meer door reflectie; plannen van een actie; uitvoeren van de actie en observeren wat er gebeurt; evaluatie en reflectie; plannen van nieuwe actie en zo verder. Deze cyclus is niet bedoeld als een strak model, waarbij het onderzoek alleen maar goed gedaan is als de stappen allemaal en in de voorgeschreven volgorde gezet zijn. De cyclus dient als leidraad.

Daarnaast is er nog een aantal aspecten dat in meerdere of mindere mate kenmerkend is voor action research. Kemmis en McTaggart (2005) geven een lijst met kenmerken, die in hun visie karakteristiek zijn voor (participatieve) action research. Deze kenmerken zijn in de omschrijving van Waterman et al. terug te vinden:

- *Action research is een sociaal proces.*  
Praktijken ontstaan in de sociale interacties tussen mensen. Dat betekent dat verandering van die praktijken ook een sociaal proces is. Betrokkenen onderzoeken hoe zij gevormd zijn en worden, hoe zij elkaars vorming beïnvloeden en hoe de setting waarin zij zich bevinden invloed heeft op hun vorming; op wie ze zijn als individu.
- *Action research is participatief.*  
De betrokkenen in een praktijk nemen als mede-onderzoeker deel aan het onderzoek. Zij onderzoeken gezamenlijk hun kennis en de manier waarop zij hun eigen praktijk interpreteren en gaan na hoe dat hun identiteit en handelen bepaalt en mogelijk beperkt.
- *Action research is praktisch en wordt gezamenlijk verricht.*  
De betrokkenen in een praktijk onderzoeken gezamenlijk hun eigen dagelijkse praktijk. Zij onderzoeken hoe ze met elkaar communiceren en werken en de kaders waarbinnen ze moeten werken. Ze proberen hun interacties te verbeteren door veranderingen aan te brengen. Die veranderingen zijn erop gericht om ervaringen van irrationaliteit, onproductiviteit, onrechtvaardigheid of onvrede bij hun interacties te verminderen.
- *Action research is emancipatoir.*  
Action research helpt mensen om zich te bevrijden van irrationele, onproductieve, onrechtvaardige of onbevredigende sociale structuren (culturele, economische, politieke), die beperkend werken voor hun ontwikkeling en zelf-bepaling. Betrokkenen onderzoeken op welke manier bredere sociale structuren hun praktijk vormen en hoe ze zich daarvan kunnen bevrijden of hoe ze ermee om kunnen gaan.
- *Action research is kritisch.*  
Betrokkenen in een praktijk onderzoeken hun eigen discoursen, hun manieren van werken en de sociale machtsrelaties binnen hun praktijk en proberen die te veranderen zodat de discoursen, manieren van werken en de sociale machtsrelaties minder of niet meer irrationeel, onproductief, onrechtvaardig of onbevredigend zijn.
- *Action research is reflexief.*  
Betrokkenen in een praktijk proberen op een weloverwogen manier hun praktijk te veranderen. Dat vraagt om reflectie op die praktijk om inzicht te krijgen in die praktijk. Action research is daarmee ook een leerproces. Bij reflectie gaat het onder meer om reflectie over hun eigen kennis van die praktijk, de bredere sociale structuren die de praktijk vormen, maar ook de manier waarop zij zelf en anderen over de praktijk spreken.
- *Action research heeft als doel zowel de praktijk als de theorie te veranderen.*  
Action research hecht niet meer belang aan theorie boven praktijk of andersom. Vanuit het perspectief van action research is het niet zinvol om een theorie te ontwikkelen, die los staat van de praktijk. Een theorie die van betekenis wil zijn voor de praktijk moet rekening houden met de specifieke omstandigheden die mensen in hun dagelijkse praktijk tegenkomen. De ontwikkeling van praktijken zonder een theoretisch kader dat de praktijk waarde en betekenis kan geven en criteria kan bieden om te toetsen of de praktijk zich in de gewenste richting ontwikkelt, is evenmin zinvol. Vandaar dat action research erop gericht is om zowel de praktijk als de theorie te veranderen.

Kemmis & McTaggart (2005) gaan in deze versie van hun artikel over action research wat verder in op de betekenis van onder meer de theorie van het communicatief handelen van Habermas voor hun opvatting van action research. Communicatief handelen houdt in dat betrokkenen in een situatie als vrije en gelijke deelnemers weloverwogen proberen te komen tot intersubjectieve overeenstemming over de interpretatie van de situatie en vandaar uit tot een ongedwongen consensus over wat er gedaan moet worden in deze specifieke situatie. Hieraan voegt Habermas later toe dat communicatief handelen een communicatieve ruimte tussen de betrokkenen opent; een ruimte waarin alle betrokkenen hun inbreng kunnen hebben en vrij met elkaar van gedachten kunnen wisselen om uiteindelijk tot consensus te komen. Die ruimte zorgt voor solidariteit tussen de betrokkenen en voor legitimatie van de beslissingen van de betrokkenen. De betrokkenen zijn daarbij al degenen die met de gevolgen van de beslissing geconfronteerd worden.

Action research zorgt nu volgens Kemmis & McTaggart (2005) voor een dergelijke communicatieve ruimte voor de betrokkenen, omdat bij action research de betrokkenen gezamenlijk hun eigen en elkaars kennis en interpretatie van de situatie onderzoeken om te komen tot een gedeelde interpretatie en een ongedwongen consensus over wat er gedaan zou moeten worden. In deze open ruimten moeten allen die betrokken zijn bij een action research proces of met de gevolgen daarvan te maken krijgen, een stem kunnen hebben.

Na twintig jaar hebben ze ook een iets ander beeld van de bijdrage van action research aan theorievorming. Aanvankelijk is hun idee dat action research de theorievorming op eenzelfde manier verder zal brengen als traditioneel sociaal wetenschappelijk onderzoek. Ze denken ook dat betrokkenen hun eigen sociaal wetenschappelijke (of pedagogische) theorie zullen ontwikkelen. Dat beeld hebben ze bijgesteld. Ze hebben ontdekt dat de theorieën op basis waarvan betrokkenen handelen vaak bestaan uit gedeelde verwachtingen, die niet op gebruikelijke manier in wetenschappelijke artikelen te verwoorden zijn. Die gedeelde verwachtingen ontstaan en groeien binnen gedeelde praktijken. Het resultaat van (participatief) action research is een geschreven geschiedenis waarin duidelijk wordt hoe de gekozen actie de situatie van alle betrokkenen (al dan niet ten goede) veranderd heeft. Het resultaat van action research is volgens Kemmis & McTaggart niet slechts kennis, maar een andere geschiedenis dan er geweest zou zijn als er niet gehandeld was.

Action research is dus een vorm van sociaalwetenschappelijk onderzoek waarbij leren en veranderingsprocessen worden aangestuurd door een cyclisch onderzoeksproces. Betrokkenen richten zich daarbij vooral op problemen en obstakels en ondernemen actie om een bepaalde structuur of praktijk te verbeteren met behulp van 'werkbare' oplossingen. 'Werkbaar' houdt in dat men in action research steeds weer uitgaat van en rekening houdt met de contextuele factoren van een praktijk bij de implementatie van handelingen die gericht zijn op de verbetering van die praktijk. De beweging tussen reflectie (het bereflecteren van of terugkijken op een handeling of ervaring), onderzoek door middel van actie (alternatieve handelingen bedenken en uitvoeren), het leren en opstellen van een theorie op basis van het geleerde brengt praktische kennis voort. Dat betekent dat deze kennis zowel gebaseerd is op de praktijk als relevant is voor de praktijk. Door action research worden de betrokkenen zich ervan bewust dat de bestaande praktijk het product is

van voorbije ontwikkelingen en omstandigheden en geen vast gegeven is. Inzicht in de gegroeide praktijk kan aanknopingspunten bieden voor verandering van die praktijk.

Hiermee verschilt action research op een aantal punten van traditioneel sociaal wetenschappelijk onderzoek. In het traditionele sociaalwetenschappelijke onderzoek is – naar analogie van de natuurwetenschappen – nog steeds het model dominant waarbij onderzoekers optreden als objectieve en afstandelijke waarnemers van een sociale praktijk (als object van onderzoek) en streven naar een algemene abstracte sociaal wetenschappelijke theorie van de sociale werkelijkheid, die vervolgens toegepast kan worden op die werkelijkheid (op praktijken). Action onderzoekers zijn van mening dat dit model niet werkt voor de sociale wetenschappen, omdat mensen geen willoze objecten zijn die doen wat de sociaal wetenschappelijke theorie voorspelt. Action research richt zich daarom niet op het opstellen van een dergelijke algemene abstracte theorie over de sociale werkelijkheid vanuit het idee dat een dergelijke theorie geen recht doet aan de praktijk en maar van beperkte betekenis is voor de praktijk. Doel van action research is het daadwerkelijk veranderen van de praktijk. Greenwood & Levin (1998) tekenen daarbij nog aan dat action research met de cyclus van identificeren van het probleem, bedenken van een handelwijze om het probleem aan te pakken, uitvoeren van de handeling en evaluatie dichterbij de experimentele methode van werken van de natuurwetenschappen staat dan het traditioneel sociaalwetenschappelijke onderzoek.

De action onderzoeker is geen afstandelijk waarnemer, maar onderzoekt samen met de betrokkenen in een praktijk diezelfde praktijk. De betrokkenen zijn medeonderzoekers van hun eigen praktijk. De uitkomst van action research is niet voorspelbaar en action research is eigenlijk nooit af. In het cyclische proces brengen de betrokkenen een verandering aan om de situatie te verbeteren. Of die verandering tot een verbetering zal leiden, is echter niet gegarandeerd. In het cyclische proces ontstaan steeds opnieuw vragen en problemen, die weer om interventie vragen om de praktijk te verbeteren. Er ontstaat wel kennis, maar geen afgesloten theorie.

### 4.3 Aanknopingspunten voor ethiek(beleid)?

Als we naar de kenmerken van action research kijken, valt op dat een aantal aspecten meteen associaties oproept met belangrijke elementen uit de hoofdstukken over ethiek en normatieve, reflectieve professionaliteit.

Action research houdt een wending naar de praktijk in: kennis kan niet los van die praktijk ontwikkeld worden. Dit sluit aan bij het perspectief dat moraliteit ontstaat in praktijken in de interacties tussen mensen en daarom alleen in die praktijken ‘ontdekt’ kan worden. Ook in een praktijkgebonden ethiek is morele kennis die kennis die in gezamenlijkheid ontwikkeld en bevestigd is.

Verder nemen de betrokkenen uit de praktijken als onderzoekers deel aan action research. Zij zijn (mede-)onderzoekers van hun eigen praktijk. De betrokkenen als onderzoekers van hun eigen praktijk past bij de constatering dat vanuit het perspectief van goede zorg de zorgverleners zelf in staat moeten zijn om de morele aspecten van hun werk

te identificeren en om daarmee om te kunnen gaan. Ook hier zijn de professionals onderzoekers van hun eigen morele praktijk. Dat wil zeggen dat zorgverleners in staat moeten zijn om te reflecteren over hun praktijk en om handelingsalternatieven te bedenken en uit te voeren. Deze reflectie over hun eigen praktijk betekent ook dat zij kritisch moeten kunnen kijken naar hun eigen vooronderstellingen en handelingen en naar de waarden, de verdeling van verantwoordelijkheden en machtsrelaties in context waarin ze moeten handelen. Deze kenmerken komen eveneens overeen met kenmerken van action research.

Het uitgangspunt van action research dat de onderzochten mede-onderzoekers zijn van hun eigen praktijk, betekent ook dat de onderzoeker een andere rol heeft. Hij is niet meer de onderzoeker op afstand, maar zijn rol ontwikkelt zich tot coach van de betrokkenen als mede-onderzoekers. Een vergelijkbare ontwikkeling of verschuiving heeft zich voorgedaan in de rol van de ethicus. De ethicus is mediator en architect van de morele ruimte. Deze laatste is overigens vergelijkbaar met de communicatieve ruimte die action research opent.

Deze bijna vanzelfsprekende associatie van kenmerken van action research en belangrijke elementen uit de hoofdstukken over ethiek en normatieve professionaliteit ondersteunt het idee dat action research aanknopingspunten kan bieden om als voertuig voor ethiek te dienen.

Daarmee is action research nog geen ethiek. Action research richt zich niet noodzakelijk op de vraag wat in deze situatie het goede is voor de betrokkenen of op de vraag welke waarden en normen de betreffende praktijk funderen en hoe daar verbetering in gebracht kan worden. Action research kan beperkt blijven tot bijvoorbeeld het zoeken van alternatieve handelwijzen om een bepaald productieproces effectiever en productiever te maken zonder dat de funderende waarden tot onderwerp van onderzoek gemaakt worden.

Hetzelfde geldt voor reflectie als onderdeel van de cyclus van action research. Die reflectie kan verschillende vormen aannemen, afhankelijk van het doel van het onderzoek. Voor zover de reflectie gaat in termen van nut, efficiëntie of effectiviteit en daarmee beperkt blijft tot instrumentele rationaliteit, dient die reflectie wel een moreel doel, namelijk het verbeteren van de praktijk. Het is echter nog geen normatieve reflectie in de betekenis van reflectie op de morele keuzen en op de dragende waarden en normen van de praktijk.

De vraag is daarom of er een specifieke vorm van action research is die zich expliciet op het reflecteren over waarden en normen richt en die bijvoorbeeld de veronderstelde associatie tussen action research en een praktijkgebonden ethiek verder kan onderbouwen.

#### **4.4 Action research: living theory**

De 'living theory' als specifieke vorm van action research lijkt dat soort aanknopingspunten te bieden voor het reflecteren over de waarden en normen van een praktijk. De 'living theory' is ontwikkeld binnen de onderwijskunde door Jack Whitehead en Jean McNiff (zie voor uitgebreide informatie: Whitehead, 1989; McNiff, 2002; McNiff & Whitehead, 2006; Whitehead & McNiff, 2006).

In de visie van Whitehead en McNiff begint action research met waarden. Waarden zijn de drijfveren achter ons handelen; ze zijn de redenen waarom we bepaalde dingen doen in ons leven en werk. Action research is een manier om inzicht te krijgen in de waarden die we belangrijk vinden en om vervolgens die waarden meer richtinggevend te laten zijn voor ons leven. Bij action research onderzoeken beroepsbeoefenaren (betrokkenen) hun eigen praktijk. Zij onderzoeken hun eigen handelen. Dat betekent dat action research ook altijd zelfreflectie inhoudt. Die zelfreflectie moet zich niet alleen richten op het eigen handelen, maar ook of juist op de waarden die dat handelen beïnvloeden of sturen. Een goed startpunt voor action research is daarom reflectie over de eigen waarden om inzicht te krijgen in waarom we handelen zoals we handelen. Er is geen reden om te veronderstellen dat die reflectie niet goed vormgeven zou kunnen worden volgens de drieslag die Walker onderscheidt voor het denken over praktijken: analytische reflectie, kritische reflectie en tenslotte normatieve reflectie (zie hoofdstuk 2 in dit rapport).

Een ander startpunt dat living theory onderscheidt is de ervaring van tegenspraak. Beroepsbeoefenaren – zeker in het onderwijs – proberen bepaalde waarden te realiseren in hun praktijk. Onderwijs is een waardegeladen praktijk. Daarbij lopen beroepsbeoefenaren aan tegen de ervaring dat ze wel zeggen bepaalde waarden na te streven (bijvoorbeeld compassie, vrijheid, rechtvaardigheid, erkenning van iedereen, stimuleren eigen denken studenten), maar dat ze dat in de praktijk niet blijken te doen (in hun gedrag ontkennen ze hun eigen waarden) of niet kunnen doen vanwege de omstandigheden. De beroepsbeoefenaren ervaren zichzelf als een ‘levende tegenspraak’. Deze ervaring van ‘levende tegenspraak’ kan het startpunt zijn voor een specifieke vorm van action research. Specifiek omdat living theory aan de cyclus van action research duidelijk een element toevoegt, namelijk: ‘ik ervaar problemen omdat mijn waarden ontkend worden in mijn praktijk’ (Whitehead, 1989). Beroepsbeoefenaren kunnen vertellen dat zij deze tegenspraak ervaren, maar deze tegenspraak kan ook op andere manieren zichtbaar worden bijvoorbeeld door video-opnamen van de praktijk te maken. De waarden functioneren als redenen om actie te ondernemen en als criterium om te beoordelen of de actie tot een verbetering heeft geleid. Een verbetering betekent in de cyclus van ‘living theory’ dat de beroepsbeoefenaar meer in staat is om de waarden, die hij nastreeft, ook te realiseren.

Volgen van de cyclus van action research vanuit deze tegenspraak kan ons meer inzicht geven in de waarden die we werkelijk belangrijk vinden. We kunnen weliswaar zeggen dat we een bepaalde waarde belangrijk vinden (bijvoorbeeld gelijke behandeling van iedereen), maar dat betekent niet dat we de waarde ook daadwerkelijk in praktijk brengen (zelf iedereen gelijk behandelen) of dat betrokkenen de waarde in de praktijk ervaren (ervaren dat ze als gelijke behandeld worden). Waarden zijn ingebed in de praktijk en hun betekenis wordt soms pas duidelijk tijdens het onderzoek van die praktijk. Opnieuw dringt hier de vergelijking met de fase van kritische reflectie bij Margaret Walker zich op.

Whitehead en McNiff spreken van ‘living theories’ om aan te geven dat het gaat om theorieën van beroepsbeoefenaren over hun eigen praktijk. Iedere beroepsbeoefenaar, die zich afvraagt hoe hij zijn praktijk kan verbeteren en via de cyclus van ‘ervaring van contradictie, reflectie, actie, observeren, reflectie en evaluatie, reflectie’ verbeteringen probeert aan te brengen, ontwikkelt kennis over zijn praktijk en over zichzelf. Die kennis



kan hij ter beoordeling aan anderen voorleggen. Op deze manier ontwikkelt iedere beroepsbeoefenaar een levende theorie over zijn eigen praktijk; over wat hij doet, waarom hij dat doet en wat hij hoopt te bereiken. Levend omdat de kennis gebaseerd is op praktijkervaringen en omdat de theorie geen vaststaand geheel is, maar voortdurend aan ontwikkeling onderhevig is doordat de beroepsbeoefenaar zich ontwikkelt en verandert en daarmee weer andere ervaringen (van tegenspraak) opdoet.

Naast deze nadruk op waarden is er nog een aantal elementen dat vanuit het perspectief van handelingsonderzoek als voertuig voor ethiek interessant is.

Living theory als action research start met de vraag 'Hoe kan ik mijn werk verbeteren?' en bij een groep 'Hoe kunnen wij ons werk verbeteren?'. De cyclus van action research is er niet slechts op gericht om een concreet probleem op te lossen. Kenmerkend voor action research is dat de vraag 'hoe kan ik mijn praktijk verbeteren?' leidt tot vragen over de omstandigheden die maken dat de praktijk is zoals hij is. De volgende stap is dan zoeken naar manieren om die omstandigheden te veranderen.

Onderdeel van de cyclus van action research is de evaluatie. De beroepsbeoefenaar moet steeds nagaan of de actie ook leidt tot de verbetering die hem voor ogen staat; tot een situatie waarin hij de waarden die hij belangrijk vindt meer kan realiseren. Dat wil zeggen: de beroepsbeoefenaar neemt als onderzoeker van zijn praktijk verantwoordelijkheid voor zijn eigen denken en handelen. Hij kan en wil verantwoording afleggen over wat hij doet.

In dit proces van action research verandert de rol van de professioneel onderzoeker. Hij is niet zozeer degene, die geacht wordt alle vragen te kunnen beantwoorden en daarmee in een (subtiele) machtspositie komt te staan ten opzichte van de beroepsbeoefenaren. De professioneel onderzoeker ondersteunt de beroepsbeoefenaren bij het onderzoeken van hun eigen praktijk. Hij luistert en stelt kritische vragen. Er is weliswaar een verschil in verantwoordelijkheden en expertise, maar de waarden die de professioneel onderzoeker en de beroepsbeoefenaar nastreven zijn gelijk. Het gaat om een dialoog tussen gelijken als onderzoekers van een bepaalde praktijk en een gezamenlijk leerproces. Het proces van action research betekent verder dat niet alleen de beroepsbeoefenaar zich afvraagt 'Hoe kan ik mijn werk verbeteren?'. Ook de professioneel onderzoeker in de rol van ondersteuner vraagt zich af 'Hoe kan ik mijn werk (mijn rol als ondersteuner) verbeteren?'. Dat houdt in dat ook de professioneel onderzoeker zich bewust moet zijn van de waarden die zijn handelen en leven sturen. Whitehead en McNiff zijn van mening dat de waarden die zij belangrijk vinden, waaronder zorg en compassie, vrijheid, recht van iedereen om zelf te bepalen hoe ze willen leven, bijdragen aan het instandhouden van de mensheid en van de planeet waarop we leven.

#### **4.5 Handelingsonderzoek als voertuig voor ethiek**

De beschrijving van 'living theory' als vorm van action research maakt duidelijk dat er niet alleen een bijna vanzelfsprekende associatie is tussen action research en belangrijke elementen uit de hoofdstukken over ethiek en normatieve, reflectieve professionaliteit. Action research biedt daadwerkelijk de mogelijkheid om de moraliteit van een praktijk te

onderzoeken. De start van een cyclus van action research kan reflectie over de eigen waarden zijn. Een ander startpunt kan de ervaring van 'levende tegenspraak' zijn; de ervaring dat je bepaalde waarden zegt na te streven of wilt nastreven, maar dat dat in de praktijk niet lukt. De inzet van de action research cyclus is vervolgens om te proberen de omstandigheden zo te veranderen dat je zoveel mogelijk in de praktijk de waarden realiseert, die je wilt realiseren. Dit is precies wat we voor ogen hebben bij action research als voertuig voor ethiek. Het sluit nauwgezet aan bij noties die we ontleen aan Walker voor een praktijkgebonden ethiek.

Handelingsonderzoek als methode voor ethische reflectie biedt de mogelijkheid om de praktijk zowel op morele betekenisgeving te onderzoeken, als om de effectiviteit van een handeling of verandering van de praktijk te testen. Het onderzoek van de moraliteit van de praktijk beperkt zich niet tot reflectie over de waarden, die je als beroepsbeoefenaar wilt realiseren. De reflectie kan zich ook uitstrekken tot de waarden, die bepalend zijn voor de kaders waarbinnen je werkt en zelfs tot de waarden van de samenleving, die van invloed zijn op de vormgeving van de praktijk. Door handelingsonderzoek vergroten beroepsbeoefenaren hun inzicht in de morele aspecten van hun praktijk. De zogenaamde Reflection Tool kan een belangrijk hulpmiddel zijn in het zichtbaar maken van de verschillende morele dimensies van iemands beroepspraktijk (zie daarvoor Verkerk et.al.2004).

Om tot actie te kunnen overgaan, moeten beroepsbeoefenaren zich afvragen of zij wel iets zullen kunnen doen aan het aspect van de praktijk waarop zij zich met hun handelingsonderzoek richten. Daartoe moeten ze zicht hebben op de structuur waarbinnen zij werken en de manier waarop zij binnen die kaders een actie kunnen uitvoeren. Ze moeten nagaan of de uitvoering van de verandering binnen hun eigen 'vrijheidsgebied' binnen de organisatie ligt, of dat zij moeten lobbyen bij relevante 'anderen' om de cyclus van action research te mogen volgen. Zij moeten daarom ook inzicht hebben in de structuur van de organisatie en de manier waarop binnen de betreffende organisatie 'de dingen gedaan worden'. Ze moeten weten hoe ze bijvoorbeeld het management achter zich kunnen krijgen. Ze zullen politiek-strategisch moeten kunnen handelen. Handelingsonderzoek kan daarom ook het vermogen van beroepsbeoefenaren om te interveniëren in hun praktijk laten toenemen.

Vanuit het perspectief van ethiek kan handelingsonderzoek starten met reflectie over de waarden die ten grondslag liggen aan een bepaalde praktijk. Zorgverleners zouden bijvoorbeeld kunnen starten met reflectie over een bepaalde routine in hun dagelijkse praktijk. Zij kunnen zich afvragen welke waarden ten grondslag liggen aan die routine en of die waarden wel overeenkomen met wat zijzelf (en de organisatie) pretenderen te realiseren en of dat de waarden zijn die ze zouden moeten proberen te realiseren. De start van het handelingsonderzoek kan ook een ervaring van 'levende tegenspraak' zijn. Deze ervaring van 'levende tegenspraak' zal voor veel zorgverleners herkenbaar zijn (Canadian Nurses Association, 2003). Een verandering in de praktijk kan eveneens startpunt van een handelingsonderzoek zijn. Daarbij kan het gaan om een 'morele' interventie, maar ook andere veranderingen in de organisatie, werkvoorschriften, omgangsvormen en dergelijke kunnen aanleiding zijn om te reflecteren over het inzicht dat die verandering geeft in de

morele aspecten van de praktijk (hoe die verandering laat zien welke waarden belangrijk zijn in de praktijk) of hoe de morele aspecten door die verandering beïnvloed worden.

Welke ingang gekozen wordt is mede afhankelijk van de context waarin de beroepsbeoefenaar verkeert en de rol die aan hem of haar wordt toegekend voor wat betreft de toepassing en het ontwerp van het handelingsonderzoek.

#### 4.5.1 Handelingsonderzoek en de rol van de ethicus

De ethicus is met de beroepsbeoefenaren medeonderzoeker van de praktijk van de beroepsbeoefenaren. Hij is niet een expert die alles weet, noch een neutrale procesbegeleider. De ethicus is met de beroepsbeoefenaren betrokken op het verbeteren van de praktijk vanuit dezelfde waarden als de beroepsbeoefenaren. Daarbij kan de ethicus zijn eigen expertise inbrengen, zoals zijn kennis van ethische theorieën, de discussies binnen de ethiek over de betekenis van bepaalde concepten (bijvoorbeeld autonomie) of zijn ervaring met de bespreking van morele vragen met behulp van stappenplannen. De expertise van de ethicus staat daarbij altijd in dienst van het onderzoek van de beroepsbeoefenaren van hun eigen praktijk en moet niet bepalend zijn voor dat onderzoek. Dat is een belangrijk aandachtspunt voor de ethicus als ondersteuner bij een handelingsonderzoek.

Bij 'living theory' als action research vraagt niet alleen de beroepsbeoefenaar zich af hoe hij een bepaald aspect van zijn praktijk kan verbeteren. Ook de professioneel onderzoeker moet zich die vraag stellen: hoe kan ik de beroepsbeoefenaren beter ondersteunen bij hun onderzoek van de praktijk? Welke waarden wil ik nastreven en doe ik dat ook? Deze lijn volgend zou de ethicus als ondersteuner van de beroepsbeoefenaren bij hun onderzoek van hun eigen praktijk, zich ook de vraag moeten stellen hoe hij (ethicus) zijn eigen praktijk, namelijk in zijn rol van ondersteuner, kan verbeteren.

#### 4.5.2 De ethiek van het handelingsonderzoek

Daarnaast is er nog een aantal aspecten dat de aandacht van de ethicus vraagt. Handelingsonderzoek kan weliswaar dienen als voertuig voor ethiek (beleid), maar er is ook nog de ethiek van het handelingsonderzoek of beter de ethiek van action research. Voor action research als vorm van onderzoek met mensen gelden dezelfde eisen als voor ieder onderzoek met mensen: geen schade toebrengen aan de deelnemers, de vertrouwelijkheid niet schenden, de data niet verdraaien, zorgen voor informed consent, het recht van de deelnemer om zich terug te trekken respecteren en eerlijk zijn als onderzoeker.

In het kader van action research vragen een paar van deze aspecten extra aandacht. Bij action research werken de professionele onderzoeker en de beroepsbeoefenaren samen als medeonderzoekers van de praktijk van de beroepsbeoefenaren. Dit onderzoek vindt plaats in een bepaalde setting (binnen een organisatie, bijvoorbeeld een afdeling van een ziekenhuis). De vraag is hoe in een dergelijke setting vertrouwelijkheid van de gegevens en anonimiteit van de deelnemers gegarandeerd kan worden. Dit is haast niet mogelijk, omdat

iedereen uit die setting weet of kan weten op welke afdeling het onderzoek plaatsvindt en wie erbij betrokken zijn.

Deze vraag is heel belangrijk omdat action research een ‘politieke’ onderneming is en gevolgen kan hebben voor de (carrières van de) betrokken beroepsbeoefenaren. Action research heeft als doel om veranderingen aan te brengen in de organisatie en dat kan heel gevoelig liggen. De professionele onderzoeker moet zich daarom ook afvragen hoe hij schade voor de betrokken beroepsbeoefenaren voorkomt, zeker als hij als buitenstaander bij het project betrokken is. Dit geldt zowel voor de uitvoering van het onderzoek, als de publicatie van de gegevens. Je moet de deelnemers bijvoorbeeld vragen of ze met naam en toenaam genoemd willen worden of dat ze anoniem willen blijven.

Informed consent van de deelnemers is gelet op het gegeven dat de deelnemers ook medeonderzoeker zijn, een vanzelfsprekende eis, maar kan bij action research lastig zijn, omdat van te voren niet vaststaat waar het onderzoek uit zal komen. Het is daarom onduidelijk waarmee de deelnemers instemmen. Ook het recht om je als deelnemer terug te trekken kan problematisch zijn, als je als team begint aan een action research project (Willimson & Prosser, 2002; McNiff & Whitehead, 2006).

Hoewel handelingsonderzoek als voertuig voor ethiek(beleid) elementen van action research gebruikt en geen volledige vorm van action research is, zijn de genoemde ethische aspecten van action research ook relevant voor het ethisch handelingsonderzoek en de ethicus als ondersteuner van dat onderzoek.

Indien een ethicus beroepsbeoefenaren wil ondersteunen bij het onderzoeken van hun praktijk, is het bijvoorbeeld van belang dat hij beseft dat ook dit onderzoek een politiek karakter heeft. Het doel is de praktijk te verbeteren door hem te veranderen. Die veranderingen zullen mogelijk niet door iedereen binnen de organisatie toegejuicht worden. Het is ook aan de ethicus om zich (samen met de beroepsbeoefenaren) af te vragen hoe schade voor de beroepsbeoefenaren en voor eventueel andere betrokkenen (zoals patiënten) voorkomen kan worden. Een beoordeling van de situatie zou ertoe kunnen leiden dat de vraag waarop het handelingsonderzoek zich richt, aangepast wordt. In het ergste geval zou de conclusie kunnen zijn dat het beter is om van een handelingsonderzoek af te zien.

Hetzelfde geldt bij publicaties van de gegevens: hoe presenteer je (als ethicus) de gegevens op een zodanige manier dat het de deelnemers niet schaadt, dat ze – indien gewenst – anoniem blijven, dat niet duidelijk is om welke organisatie het gaat.

De ethicus moet verder stilstaan bij de instemming van de beroepsbeoefenaren met het handelingsonderzoek. Een team kan in het begin ingestemd hebben met deelname, maar tijdens het proces van het handelingsonderzoek kan een beroepsbeoefenaar gaan twifelen. Aangezien het om een team gaat, is terugtrekken voor een individuele beroepsbeoefenaar lastig zo niet onmogelijk. De ethicus als ondersteuner moet daar aandacht voor hebben en met het team zoeken naar manieren om de voortdurende betrokkenheid van alle beroepsbeoefenaren uit het team mogelijk te maken.

In dit kader is het van belang vast te stellen dat ook ethisch handelingsonderzoek implicaties kan hebben die verder reiken dan in eerste instantie verondersteld: handelingsonderzoek dat in een team plaatsvindt zal gemakkelijk resoneren in de grotere

organisatie waar het team met zijn praktijk deel van uitmaakt. Daarbij is een speciaal aandachtspunt de constatering van McNiff & Whitehead (2006, 22) dat action research steeds meer gebruikt wordt als een proces dat gericht is op technische expertise door de implementatie van voorgeschreven actieplannen (je dient precies op deze manier van action research je werk te onderzoeken anders is het niet goed) met te behalen targets en uitkomsten. Anders gezegd: action research lijkt steeds meer als een managementinstrument ter controle van de beroepsbeoefenaar ingezet te worden en daarmee de beroepsbeoefenaar de mogelijkheid te ontnemen om op zijn eigen manier met behulp van action research zijn beroepspraktijk te onderzoeken.

Handelingsonderzoek als voertuig voor ethiekbeleid moet ook bedacht zijn op deze toepassing van het handelingsonderzoek, met name omdat zij van compleet andere aansprekingen van de professional uitgaat, dan binnen ethisch handelingsonderzoek het geval is.

## 5 Beschrijving van het empirische deel van het onderzoek

### 5.1 Inleiding

Het empirische deel van het onderzoek staat centraal in dit hoofdstuk. Op basis van de persoonlijke aantekeningen van de onderzoeker, de formele verslaglegging van alle bijeenkomsten tijdens het onderzoek en de tussentijdse rapportages en presentaties aan de opdrachtgever en andere gremia tijdens het project, geven we een beschrijving van het verloop van het project in de deelnemende organisaties. Het verslag van het onderzoek heeft een betrekkelijk verhalend karakter. Het beschrijft in grote lijnen hoe het onderzoek feitelijk verlopen is met hier en daar een beschouwende opmerking. Door het verslag wordt duidelijk hoe theoretische uitgangspunten van handelingsonderzoek, bijvoorbeeld de aanwijzing dat action research een cyclisch karakter heeft, zich verhouden tot gebruik in de consultancypraktijk van de ethiek. Daarmee hopen we de twee leidende vragen van het onderzoek adequaat te kunnen beantwoorden: (1) of action research kan dienen als voertuig voor ethiekbeleid. En zo ja, (2) welk soort van action research zou dat opleveren: welke randvoorwaarden, welke methodieken, welke evaluatie zouden er moeten gelden?

Het verslag van het onderzoek is verdeeld in twee delen. Het eerste deel is een *beschrijving van het proces* om instellingen te vinden die mee willen doen en van het proces binnen instellingen om toegang te krijgen tot een team dat daadwerkelijk met handelingsonderzoek aan de slag kan en wil gaan. Dit eerste deel geeft een beeld van de vragen en problemen waar je tegenaan kunt lopen of rekening mee moet houden als je binnen een instelling met handelingsonderzoek aan de gang zou willen gaan (paragrafen 5.2 t/m 5.5.6).

Het tweede deel geeft een *inhoudelijke beschrijving* van de aanpak van morele vragen met behulp van handelingsonderzoek door deelnemende teams (paragrafen 5.6 t/m 5.7.8). Dit deel geeft inzicht hoe handelingsonderzoek als voertuig voor ethiek(beleid) in de praktijk daadwerkelijk kan verlopen.

Na de beschrijving van het uitgevoerde onderzoek geven we een inventarisatie van aandachtspunten voor handelingsonderzoek als voertuig voor ethiekbeleid, die uit dit empirische onderzoek naar voren komen. Een uitwerking van die aandachtspunten gebeurt in het volgende hoofdstuk.

## Deel 1      Het proces

### 5.2    Zoeken naar sites voor ethisch handelingsonderzoek

De eerste stap in het proces is een zoektocht naar organisaties die bereid zijn deel te nemen aan onderzoek naar de bruikbaarheid van het ethisch handelingsonderzoek. Dit gebeurt in de periode 2004 en begin 2005 en kost enige moeite. De onderzoekers voeren veelal persoonlijke gesprekken met directeuren met wie de onderzoekers op basis van eerdere (advies)activiteiten al contacten hebben. Ook worden enkele organisaties schriftelijk benaderd. Van de zes benaderde organisaties (twee uit de psychiatrie, een ziekenhuis, twee uit de gehandicaptenzorg en een uit de ouderenzorg) blijken het algemene ziekenhuis en een van de organisaties uit de gehandicaptenzorg nadere stappen te willen zetten. Bij deze twee organisaties is het onderzoek ook daadwerkelijk van start gegaan. Overigens wil dat niet zeggen dat de andere organisaties onwelwillend staan tegenover het onderzoek. Zij stellen andere prioriteiten, achten de tijd nog niet rijp voor het onderzoek of hebben op een andere manier al invulling gegeven aan het ethiekbeleid.

Aangezien de instemming van het management onontbeerlijk is voor de uitvoering van het onderzoek, is de principiële onzekerheid over de resultaten van het project (zowel wat betreft de bruikbaarheid van handelingsonderzoek voor ethiekbeleid als de uitkomst van het ethische handelingsonderzoek door beroepsbeoefenaren) een belangrijk element in de onderhandelingen. Van de organisatie wordt gevraagd om in te stemmen met een onderzoek waarvan onduidelijk is of het resultaat zal hebben en hoe dat resultaat er uit zal zien.

#### **Opmerking**

*De toegankelijkheid van het veld voor dit soort onderzoeksprojecten is niet vanzelfsprekend. Gezondheidszorginstellingen worden al voortdurend onderworpen aan verplichte vormen van onderzoek en registratie. Deze zaken vormen een extra belasting en leiden af van de primaire taken. Het is daarom begrijpelijk dat organisaties terughoudend zijn voor bijkomende zaken, zoals ook voor projecten op het gebied van ethiek. Zeker als daarbij komt dat het om een verkennend onderzoek gaat waarbij van te voren onduidelijk is of en wat het de deelnemende organisatie of praktijk zou kunnen brengen.*

*Onzekerheid over het resultaat geldt overigens voor elk handelingsonderzoek en is niet exclusief verbonden met het feit dat het hier om een verkennend onderzoek gaat op het gebied van de ethiek. Verder gaan veel procesgeoriënteerde activiteiten in de zorg gepaard met onzekerheid. Het is echter een element dat gemakkelijk kan botsen met de dominante managementoriëntatie in de gezondheidszorg, waarvoor het streven naar beheersing kenmerkend is.*

### 5.3 Het onderzoek in het ziekenhuis: uiteindelijk niet gestart

Uitgangspunt bij de formele opzet van het traject is dat het verantwoordelijk management moet instemmen met de uitvoering van het onderzoek. Zonder die instemming kan het onderzoek niet van start gaan. Daarom voert de onderzoeker in eerste instantie verkennende gesprekken met de directie van het ziekenhuis over de inzet van het onderzoek en zoekt met de directie naar aanknopingspunten voor het handelingsonderzoek. De betrokken directie ziet de relevantie van het handelingsonderzoek vooral als een activiteit gericht op de verbetering van de professionele zorgpraktijken in het ziekenhuis. Daar doen zich vanuit directieperspectief de meest complexe dilemma's voor. En daar is volgens de directie ook de grootste behoefte aan ondersteuning bij de verheldering van de problemen. Met andere woorden: de directie schuift de medische en verpleegkundige zorgverleners van een bepaalde afdeling van het ziekenhuis naar voren als de groep waarmee de onderzoeker het handelingsonderzoek zou moeten uitvoeren.

Op zich is met deze inschatting van een ondersteuningsbehoefte door het management niets mis. Ook op de andere onderzoekssites gebruikt de onderzoeker de directie als voorpost om na te gaan waar vanuit hun perspectief vragen leven die door middel van handelingsonderzoek verhelderd zouden kunnen worden. Van cruciaal belang voor het onderzoek is vervolgens wel of de beoogde doelgroep deze perceptie van de directie ook deelt. Daar doen zich in deze setting problemen voor. In het contact over de mogelijke uitwerking van het onderzoek blijkt dat de beoogde groep de opvattingen van de directie over hun behoefte aan ondersteuning bij complexe morele dilemma's en vooral het idee dat een handelingsonderzoek daarbij zou kunnen helpen, niet deelt. De betrokken professionals lijken hun aanwijzing als groep voor het handelingsonderzoek vooral te zien als een poging van de directie tot beheersing en niet zozeer als een poging tot ondersteuning van de professionals. Dat betekent dat er onvoldoende motivatie is om het onderzoek te starten met als gevolg dat in dit ziekenhuis het onderzoek meteen in het begin is afgebroken.

#### **Opmerking 1**

*Uit deze korte beschrijving blijkt dat instemming van de directie met de opzet van het ethiektraject in de vorm van handelingsonderzoek nog niet automatisch leidt tot uitvoering van het onderzoek. Dit valt toe te lichten met behulp van de begrippen opdrachtgever en doelgroep. Voor een goed beeld van de mogelijkheden van handelingsonderzoek is dit onderscheid van belang.*

*Zoals gezegd, is het uitgangspunt dat het verantwoordelijk management moet instemmen met de uitvoering van het onderzoek. Met andere woorden: het management fungeert formeel als opdrachtgever voor het onderzoek. Het stemt er mee in dat het onderzoek op een bepaalde plaats in de organisatie gaat plaatsvinden en faciliteert het onderzoek zo nodig. De doelgroep van het onderzoek is vervolgens die groep praktijkbeoefenaars, die samen met de ethicus onderzoek doet naar morele problemen in de praktijk. Hoe de doelgroep vervolgens aan de gang gaat en met de ethicus invulling geeft aan het onderzoek is zaak van de doelgroep zelf en niet van het management.*



### **Opmerking 2**

*In principe kunnen opdrachtgever en doelgroep ook samenvallen, bijvoorbeeld als de directie zich samen met de ethicus buigt over de eigen praktijk van de directievoering en de morele vragen die daar leven via handelingsonderzoek wil verhelderen. Want waarom zou de eigen praktijk van het management buiten de scope van de ethiek en dus ook buiten de scope van het handelingsonderzoek vallen? Bij de opzet van de projecten is er steeds van uitgegaan dat ook vragen van het management, bijvoorbeeld over strategische keuzes, of over het personeelsmanagement, onderwerpen zouden kunnen zijn van handelingsonderzoek. Uiteraard is het daarbij van belang om rekening te houden met verschillen in verantwoordelijkheid tussen management en professionals.*

*Opdrachtgever en doelgroep kunnen echter ook verschillen, zoals in bovenstaand voorbeeld van het ziekenhuis. Gelet op de gebruikelijke beelden van ethiek in de zorg, waarbij morele vragen vooral gesitueerd worden in de praktijk van de zorg zelf en niet op het niveau van het management, is de verwachting dat ook in andere projecten de directie als formele opdrachtgever op zal treden en de professionals in de uitvoering als belangrijkste doelgroep zullen gelden. Dat is echter niet noodzakelijk.*

### **Opmerking 3**

*Het spreken in termen van 'opdrachtgever' en 'doelgroep' is gebruikelijk bij allerlei veranderingsprojecten in de zorg. Het is van belang om vast te stellen dat gelet op het karakter van action research, het hier op een specifieke wijze wordt ingezet. Terwijl in 'normale' veranderingstrajecten binnen een organisatie waarbij een (interne of externe) adviseur betrokken is, de directie de doelgroep kan aanwijzen en instemming van de doelgroep niet cruciaal is om het veranderingstraject te starten, is dit bij handelingsonderzoek duidelijk anders. Handelingsonderzoek houdt in dat praktijkbeoefenaars als medeonderzoekers hun eigen praktijk onderzoeken. Zij moeten het onderzoek als iets van henzelf kunnen zien en niet als een activiteit die hen vanuit een directie of een ander managementsysteem wordt opgelegd. Een noodzakelijke voorwaarde voor de uitvoering van het handelingsonderzoek is dat de doelgroep instemt met de start en oriëntatie van het traject. De richting van het onderzoek moet in samenspraak met de doelgroep bepaald worden en niet louter top down (door het management). Het management moet het initiatief wel bekrachtigen, maar dient ook akkoord te gaan met een zekere mate van onbepaaldheid van de uitkomst van het onderzoek. De doelgroep moet (binnen zekere grenzen) onafhankelijk van het management de verdere invulling en richting van het onderzoek kunnen bepalen. Dat past ook bij het principiële emancipatoire karakter van handelingsonderzoek. Pas indien de doelgroep de onderzoeksopdracht accepteert en bereid is om actief te participeren als medeonderzoekers, maakt het onderzoek kans van slagen. Praktisch betekent dit dat het management dan vooral een volgende en faciliterende rol krijgt toebedeeld. Indien vertrouwen van de doelgroep in de onafhankelijkheid voor wat betreft de richting en uitkomsten van het onderzoek ontbreekt, heeft het geen zin het onderzoek te starten. De motivatie van de doelgroep met betrekking tot de richting van het handelingsonderzoek is een essentiële randvoorwaarde voor deze invulling van ethiekbeleid.*

*Overigens heeft het starten van het onderzoek ook weinig zin, wanneer een directie te kennen geeft dat zij weinig vertrouwen heeft in de doelgroep en aarzelingen heeft om het onderzoek bij die doelgroep te faciliteren. Uiteraard kan men zeggen dat er in zo'n situatie wel een onderwerp is dat*

*aan de orde gesteld zou kunnen worden: het geringe vertrouwen in de doelgroep zou namelijk aanleiding kunnen zijn voor een handelingsonderzoek in die richting.*

## **5.4 Het onderzoek in een instelling voor mensen met een verstandelijke beperking**

In een middelgrote organisatie voor mensen met een verstandelijke beperking is het onderzoek wel van start gegaan. Het loopt van maart 2005 tot juni 2006. De inzet van het onderzoek is om te verkennen of en hoe handelingsonderzoek in grote lijnen kan worden ingezet als voertuig voor ethiekbeleid. Welke concrete aanknopingspunten bieden praktijken en ontwikkelingen in de gezondheidszorg voor handelingsonderzoek? Hoe en met wie kan handelingsonderzoek vervolgens concreet vorm worden gegeven? Wat valt er te zeggen over mogelijke effecten?

Hieronder volgt een beschrijving van het verloop van het onderzoek. Om het onderzoek te plaatsen starten we met een summier beschrijving van de organisatie.

### **5.4.1 Schets van de organisatie**

De organisatie waar het onderzoek plaatsvindt, ondersteunt op verschillende wijzen zo'n duizend cliënten. Er is eenzelfde aantal medewerkers in dienst. Het merendeel betreft parttimers. Ook zijn er zo'n vijfhonderd vrijwilligers actief. De organisatie is actief in een uitgebreide regio, met tal van dorpen rond een stedelijke kern. In die stedelijke omgeving bevindt zich het hart van de organisatie: een klassieke wooninstelling op een klassiek instellingsterrein waarvan het karakter langzaam verandert. De vermaatschappelijking leidt tot andere functie-invullingen op het terrein en tot steeds meer decentrale diensten. Ook is door stadsuitbreiding de ligging van de instelling veranderd.

De instelling onderscheidt drie kerntaken: wonen, dagbesteding, ambulante zorg. De instelling profileert zich als een organisatie die – afhankelijk van de behoeften – woonvormen realiseert voor zelfstandig wonen van mensen alleen tot maximaal zes personen.

Deze organisatie bestaat als organisatie nog niet erg lang. Zij is voortgekomen uit de fusie van twee kleinere organisaties. Ten tijde van het onderzoek bevindt de organisatie zich weer in een volgende fase. Stapsgewijze wordt een fusie voorbereid met een andere organisatie waarvan de activiteiten deels in hetzelfde werkgebied plaatsvinden en deels in een aanpalende regio. Deze fusie dient een strategisch belang. Dat neemt niet weg dat er met enige spanning gekeken wordt naar effecten van de fusie op het karakter van de organisatie: wat betekent de toenemende fysieke afstand van bestuur en centrale diensten voor de samenhang van de organisatie? Voor de onderlinge verhoudingen? Voor de onderlinge betrokkenheid van management en uitvoering? Wat betekent de ontmoeting met een andere bedrijfscultuur voor de herkenbaarheid van de organisatie voor de cliënten en voor het zittend personeel? Ook is er enige zorg over de continuering van banen. Niet

zoeker in de zorg zelf, maar wel op het niveau van de ondersteunende diensten en het management.

#### 5.4.2 Zoeken naar aanknopingspunten voor het handelingsonderzoek

Vanwege het uitgesproken exploratief karakter van het onderzoek valt in de eerste fase van het traject veel nadruk op voorbereidende activiteiten. De eerste verkennende gesprekken over de richting en inrichting van het onderzoek vinden plaats met de voorzitter van de Raad van Bestuur (RvB) en de voorzitter van de commissie ethiek.

Aansluitend geeft de onderzoeker in diverse reguliere vergaderingen informatie over de inzet van het onderzoek. Achtereenvolgens betreft het een presentatie én inventarisatie in een vergadering van het managementteam, een vergadering van de commissie ethiek en een algemene jaarvergadering van leidinggevenden.

Vervolgens wordt met het managementteam apart nog eens uitgebreid op het onderwerp ingegaan tijdens een reguliere themadag van het managementteam. Om zicht te krijgen op het perspectief van direct leidinggevenden wordt uitgebreid over het onderwerp gesproken tijdens een hoofdenvergadering van een bepaald wooncluster. Deze hoofden krijgen daarna schriftelijk een aantal vragen voorgelegd, waar later in het onderzoek over doorgesproken is. Bij de commissie ethiek staat het onderzoek en de voortgang ervan als vast punt op de agenda.

Naast overleg met groepen, gekoppeld aan reguliere vergaderingen, vinden er individuele gesprekken plaats met vertegenwoordigers van de verschillende besluitvormingsniveaus in deze organisatie. Deze interviews helpen beter om een goed zicht te krijgen op mogelijke onderwerpen en/of plaatsen waar zich morele vragen voordoen dan de presentaties en inventarisaties in de diverse vergaderingen, waarin de nadruk vooral ligt op kennismaking en acceptatie.

Achtereenvolgens gaat het om individuele gesprekken met een lid van de RvB, een lid van het managementteam, twee afdelingshoofden, een teamleider en twee individuele begeleiders.

De onderzoeker achterhaalt met hen waar morele vragen en problemen liggen die eventueel aanknopingspunten voor ethisch handelingsonderzoek vormen. De aandacht gaat uit naar vragen waar de geïnterviewden uit de diverse lagen en gremia in hun werk mee geconfronteerd worden: Waar loop je in je werk tegenaan? Welke kwesties zijn naar jouw idee moreel problematisch? De inventarisatie van mogelijke aanknopingspunten voor het handelingsonderzoek richt zich op problemen die de geïnterviewden zelf in hun eigen praktijk ervaren. Ook vraagstukken die door anderen bij hen zijn neergelegd of die ze eventueel bij anderen waarnemen (bij de leden van hun teams, collega's, managers, cliënten of hun vertegenwoordigers), komen aan de orde.

Omdat de inzet van het onderzoek niet altijd meteen duidelijk blijkt te zijn, krijgt de onderzoeker in de marge van deze gesprekken enkele malen de vraag om als expert te adviseren over ethische kwesties in de organisatie en de vormgeving van het ethiekbeleid. Hoewel deze expertrol dwars staat op de consultrol die meer past bij handelingsonderzoek, heeft de onderzoeker niet afwijzend gereageerd. Ingaan op de vragen vormt een goede

ingang voor de nadere kennismaking met de organisatie en de vragen die er leven. Juist voor een externe onderzoeker die nog een relatie op moet bouwen liggen hier kansen om vertrouwen te winnen. Zo heeft de onderzoeker bijvoorbeeld geadviseerd over een gedragscode voor de organisatie en over de formulering en uitwerking van een zorgvisie. Daarnaast zijn er enkele vragen over individuele cliëntsituaties. Deze situaties waarbij de onderzoeker gevraagd wordt om vanuit zijn inhoudelijke expertise mee te denken over een bepaalde situatie of gerichte adviezen te geven, spelen zich af in de marge van overleg over het handelingsonderzoek. De gelegenheid creëert blijkbaar de vraag.

### 5.4.3 Verantwoordelijkheidsverdeling

De regel dat niet alleen de uitvoering van het onderzoek, maar ook het ontwerp en de richting al zaak dienen te zijn van de betrokken organisatie en haar medewerkers, beïnvloedt in sterke mate de werkwijze bij het bepalen van de onderzoeksrichting en de vaststelling van praktijkonderwerpen. Het is belangrijk om bij iedere stap na te gaan in hoeverre de verantwoordelijkheid voor het onderzoek mede tot een verantwoordelijkheid van de organisatie en dus van de betrokken functionarissen zelf kan worden gemaakt.

De eerste voorstellen van het onderzoek worden in die zin verkend en besproken met de voorzitter van de RvB. Op het moment dat de grote lijnen duidelijk zijn, en de voorzitter van de RvB daarmee heeft ingestemd, volgt de afspraak dat de commissie ethiek voortaan als klankbordgroep voor de onderzoeker fungeert: de onderzoeker dient in overleg te treden met de commissie over de operationele uitwerking van het onderzoek. Dat wordt beargumenteerd met een verwijzing naar de taakstelling van de commissie en de verwachting dat het onderzoek aanwijzingen zal geven voor de invulling van het ethiekbeleid.

Een van de afspraken is dat, indien er in de uitwerking bij de onderzoeker of anderen vragen rijzen over de bestuurlijke inbedding van het onderzoek, apart overleg met de RvB wordt ingelast. De afspraak is verder dat de voorzitter van de RvB tussentijds informeel geïnformeerd wordt over de ontwikkeling van het onderzoek. De voorzitter van de commissie ethiek treedt van meet af aan op als formele contactpersoon van de organisatie voor de onderzoeker.

De onderzoeker spreekt in de verkennende fase van het onderzoek om agendatechnische redenen – er valt niet goed een afspraak met de hele commissie te plannen – apart met enkele leden van de commissie ethiek. Deze gesprekken gaan voornamelijk over aanwijzingen die leden van de commissie op basis van hun kennis van de uitvoeringspraktijk hebben over relevante aanknopingspunten voor het onderzoek. Naast informatie van de geestelijk verzorger betreft het informatie van de arts over ontwikkelingen in de organisatie en signalen van medewerkers over veranderingen in de zorg.

#### ***Opmerking***

*De verantwoordelijkheid voor de inhoudelijke bepaling van de onderzoekslijn is uitdrukkelijk neergelegd bij de deelnemende organisatie en haar vertegenwoordigers. Dat betekent dat de*

*onderzoeker voor de opzet van het onderzoek en het tempo waarin dat verloopt, in zeer belangrijke mate van anderen afhankelijk is. Dat element heeft uiteraard ook consequenties voor het concrete verloop van het onderzoek en is van grote invloed op de planning. De introductie en verkenning blijken achteraf veel intensiever en tijdrovender dan vooraf gedacht werd. Voordat duidelijk is in welke richting het onderzoek vervolgd kan worden en op welke locaties concrete trajecten kunnen starten, zijn er verspreid in de tijd vele gesprekken en overleggen nodig. Die hebben een dubbele inzet: aan de ene kant gaat het om kennismaking en het opbouwen van vertrouwen en acceptatie, aan de andere kant gaat het om inzicht in het bestaan van morele vragen die via handelingsonderzoek verhelderd zouden kunnen worden.*

#### **5.4.4 Op zoek naar een doelgroep en inhoudelijke agendapunten**

Het zoeken van een specifieke doelgroep op het niveau van de directe zorgverlening en van inhoudelijke agendapunten voor het onderzoek verloopt praktisch topdown. Door middel van voortdurend overleg met formele sleutelfiguren in de organisatie wordt het veld langzamerhand meer ontsloten. Op basis van dit overleg, te beginnen met de voorzitter van de RvB, beweegt de onderzoeker zich langs de verschillende besluitvormingsniveaus steeds ‘dieper’ de organisatie in. Steeds opnieuw geeft de onderzoeker op de verschillende besluitvormingsniveaus informatie over handelingsonderzoek en de inzet ervan. Hij kijkt met zijn gesprekspartners ook of er op hun eigen niveau handelingsthema’s zijn die voor verheldering met behulp van handelingsonderzoek in aanmerking komen of dat de vragen zich vooral voordoen op een lager besluitvormingsniveau in de organisatie, dichterbij de professionals.

De beweging is top down, omdat de toegang tot het werkgebied en de daar actieve mogelijke doelgroepen noodzakelijk verloopt via het management. Op een andere manier lijkt de toegankelijkheid van het veld voor een externe onderzoeker niet goed te regelen.

Dat doet evenwel weinig af aan de principiële inzet van handelingsonderzoek om samen met de beoogde doelgroep, bottom up, het onderzoek vorm te geven. Uiteraard impliceert deze werkwijze duidelijke spanningen.

De praktische organisatie van het handelingsonderzoek krijgt daardoor een gelaagd en cyclisch aanzien met in principe steeds weer dezelfde stappen:

1. Presentatie van het handelingsonderzoek als methode voor ethiek(beleid).
2. Verkennen van het eigen handelen van de betreffende functionarissen op mogelijke morele problematiek.
3. Verkennen van het handelingsgebied waar de betreffende functionarissen als manager of leidinggevende verantwoordelijkheid voor dragen.
4. Informeren naar mogelijkheden en instemming om verdere stappen te kunnen zetten richting professionals.

Het blijkt overigens niet mogelijk om deze stappen overal met dezelfde vanzelfsprekendheid te kunnen zetten. Dat geldt vooral voor stap 2: het verkennen van het eigen handelen van de betreffende functionaris(sen) op zich daar manifesterende morele problemen. De onderzoeker heeft in diverse presentaties en informatierondes aangegeven dat bij dit handelingsonderzoek bij voorbaat geen enkele doelgroep op geen enkel

organisatieniveau uitgesloten is. Dat aspect is ook terug te vinden in de praktische organisatie van het handelingsonderzoek in de verschillende stappen. In de praktijk blijken management, c.q. de leidinggevenden zich zelf echter niet als doelgroep van het onderzoek te zien. Met name de hoofden van een bepaald cluster denken dat de uitvoerende professionals de feitelijke en exclusieve doelgroep van het onderzoek zijn. Zij zien de verheldering van morele vragen op het niveau van het management, c.q. de leidinggevende zelf, niet als een doel van het traject. Dat wil niet zeggen dat zij geen morele vragen bij zichzelf onderkennen. Die vragen verbinden zij echter op geen enkele manier met handelingsonderzoek of het ethiekbeleid.

### **Opmerking 1**

*De verwarring onder de hoofden blijkt mede veroorzaakt door de dubbele inzet van het onderzoek. Het gaat in het project immers om een exploratief onderzoek naar de mogelijkheden van handelingsonderzoek als voertuig voor ethiekbeleid. De hoofden hebben daarbij hun rol op een specifieke wijze geïnterpreteerd, namelijk als klankbord voor de onderzoeker voor de beleidsmatige inzet van handelingsonderzoek op het gebied van de ethiek. Zij zien zichzelf niet als mogelijke participanten of deelnemers aan het onderzoek. Zij verwachten dat de onderzoeker met hen in gesprek gaat over het gebruik van handelingsonderzoek in een ethiekbeleid dat de professionals als (exclusieve) doelgroep heeft. De moraliteit van het eigen handelen vormt voor hen daarom geen gespreksonderwerp. Voor de onderzoeker daarentegen kunnen de morele problemen op ieder besluitvormingsniveau een aanknopingspunt zijn voor handelingsonderzoek. Dit misverstand resulteert in praktische moeilijkheden bij het verbelderen van het werkgebied van het onderzoek en het maken van afspraken voor overleg. Dat leidt zo tot enige vertraging in het traject.*

### **Opmerking 2**

*Een evaluatief gesprek met een van de hoofden over de gerezen misverstanden bevestigt dat hoofden een typisch managersperspectief hebben gehanteerd: ethiek dient professionals te ondersteunen bij hun morele vragen en niet de managers. Voor zover de managers zich betrokken voelen bij het onderzoek, gaat het vooral om een technische interesse: levert het onderzoek praktische instrumenten op voor het omgaan met lastige vragen die medewerkers ervaren?*

*Het proces van miscommunicatie tussen de hoofden en de onderzoeker blijkt wel bij te dragen aan het besef onder hoofden dat hun werkoriëntatie wel heel beheersmatig is en dat zij zich moeten bezinnen op hun praktijk. In het kader van een scholingstraject dat de hoofden met een bij hen bekende trainer doorlopen is dan ook op initiatief van de hoofden uitgebreid aandacht besteed aan de dragende waarden van hun praktijk. Dit scholingstraject heeft plaatsgevonden na afloop van het onderzoek.*

Een vergelijkbare opstelling als bij het managementteam en de afdelingshoofden is terug te vinden bij de commissie ethiek. Deze commissie treedt op als begeleidingsgroep bij het onderzoek. Een managersblik past goed bij deze taakstelling van de commissie, maar heeft ook opmerkelijke effecten. Zo blijkt het niet goed mogelijk om onderwerpen, die in de commissie worden besproken en die zich inhoudelijk bijzonder goed lenen voor een verkenning via handelingsonderzoek, ook daadwerkelijk onder te brengen in het handelingsonderzoek. Voorbeelden zijn het omgaan met ouderschapswensen van cliënten

met een verstandelijke beperking en een protocol kindermishandeling. Naar de mening van de onderzoeker lenen deze onderwerpen zich voor een handelingsonderzoek. Hoewel de commissieleden dat onderkennen, maken zij geen gebruik van het aanbod van de onderzoeker om deze thema's via een handelingsonderzoek te verkennen. Dat geldt ook voor andere praktijkvragen waarover de commissie zich buigt.

### **Opmerking**

*De redenen voor deze terughoudendheid zijn niet echt duidelijk. Misschien ervaart de commissie de omweg via een praktijkverkenning als te omslachtig. Of acht zij de werkwijze van het handelingsonderzoek, waarbij de praktijk samen met de verantwoordelijke uitvoerende professionals wordt onderzocht, niet in overeenstemming met de rol en werkwijze van de commissie. De commissie ethiek functioneert namelijk als een beleidscommissie met een uitdrukkelijke expertrol. Gelet op het beleidsmatige karakter zijn er ook geen uitvoerende medewerkers vertegenwoordigd in de commissie. Tijdens het traject loopt er in de commissie wel een discussie over de wenselijkheid van een vertegenwoordiging van uitvoerend medewerkers in de commissie.*

*Gezien de functie van de commissie met betrekking tot het onderzoek is de ontbrekende vertegenwoordiging van uitvoerenden in de commissie een minpunt.*

*Ondanks de constatering dat de leidinggevendenden vooral vanuit een managementperspectief naar het onderzoek kijken, zijn er ook projectgerelateerde activiteiten op bestuurlijk en managementniveau. Daar komen we nog op terug na de beschrijving van de verdere zoektocht naar een doelgroep (zie paragraaf 5.4.10).*

### **5.4.5 Verder met de zoektocht**

Vanaf de eerste gesprekken met de bestuurder en de voorzitter van de ethische commissie, die inhoudelijk contactpersoon voor het onderzoek is, zijn er bepaalde thema's en doelgroepen genoemd voor het onderzoek. Een constante vormen de veronderstelde vragen van begeleiders in de ambulante dienstverlening. Dat betekent niet dat al vanaf het begin vaststaat dat het handelingsonderzoek per se bij deze groep medewerkers moet en kan plaatsvinden. Andere opties zijn nog open. Conform de grondende ideeën over de betrokkenheid van de praktijk legt de onderzoeker de verantwoordelijkheid voor de keuze van de onderzoekslocaties bij de organisatie zelf. In overleg met (vertegenwoordigers van) de commissie ethiek en de RvB stelt de onderzoeker de volgende criteria op waaraan de gewenste onderzoekslocatie zoveel mogelijk moet voldoen:

1. Er moet op de betreffende plek een vraag zijn die de medewerkers bezighoudt en die te maken heeft met hun praktijk: wat is het goede om te doen?
2. Op de betreffende plek dient er bereidheid te bestaan om er iets aan te doen. Zonder actiebereidheid is het onderzoek eigenlijk kansloos.
3. Het moet duidelijk een moreel probleem zijn (en niet alleen technisch of organisatorisch, waarmee niet gezegd is dat die dimensies helemaal geen rol zouden mogen spelen).
4. De voorkeur gaat naar een locatie waarvan de vragen die in die betreffende praktijk spelen, ook op andere locaties/plekken aan de orde zijn.



5. De voorkeur gaat naar een situatie waarin verschillende verantwoordelijkheden tegelijkertijd spelen.
6. De voorkeur gaat naar een situatie waar er rond het thema verbindingen gelegd kunnen worden met kwaliteitsbeleid.

De onderzoeker stelt in overleg met de commissie ethiek en de RvB ook vast hoe de begeleiding van het handelingsonderzoek door de onderzoeker op de voorziene afdeling of locatie globaal zou kunnen verlopen. Het uitgangspunt is in principe een cyclisch proces, zoals dat volgens de literatuur kenmerkend is voor handelingsonderzoek:

1. Verkenning van het probleemgebied
2. Ontwikkeling van voorstel voor veranderingen
3. Doorvoeren van de veranderingen
4. Evaluatie.

Of in de praktijk van het onderzoek aan de ontwerpcriteria tegemoet gekomen kan worden, is onzeker. Zo is bij de start van het onderzoek de vooronderstelling dat in de betreffende praktijk voor de voorziene onderzoeksperiode slechts één onderzoekscyclus afgerond kan worden. Er wordt ook rekening mee gehouden dat het, afhankelijk van de complexiteit van het onderwerp, nog nodig kan zijn om een andere praktijk in de organisatie te onderzoeken om tot aanvaardbare conclusies over de betekenis van handelingsonderzoek voor de ethiekpraktijk in deze organisatie te kunnen komen.

#### **5.4.6 Het team complexe vragen van de ambulante dienstverlening als doelgroep**

Zoals in de vorige paragraaf is aangegeven, komt in de verkenning van mogelijke doelgroepen in de organisatie vanaf het begin een bepaald team van ambulante begeleiders, namelijk het zogenaamde team complexe vragen<sup>1</sup>, naar voren. Dit team is breed gefocust op complexe problemen in de woon- en leefsituatie van cliënten. De veronderstelling is dat in deze discipline morele vragen leven die verheldering behoeven. Er zijn verschillende redenen voor deze veronderstelling. In de eerste plaats heeft de commissie ethiek daarvan (informeel) concrete signalen gekregen. Daarnaast suggereert ook de naam die dit team heeft meegekregen (team complexe vragen) dat er zich (morele) vragen kunnen manifesteren.

In de tweede plaats geven de omstandigheden, waarin de ambulante begeleiders werken, aanleiding tot deze veronderstellingen. Verschillende informanten wijzen daarop: leden van het ambulante team werken zelfstandig. Dat brengt volgens de leidinggevenden een risico van solistisch werken met zich mee. Mede daarom en omdat het team ten tijde van het onderzoek nog maar net actief is – het gaat om een relatief nieuwe voorziening

---

<sup>1</sup> Naast het team complexe vragen zijn binnen het bureau ambulante dienstverlening van de organisatie nog twee andere teams actief. Bij deze teams gaat het om vormen van werk- en gezinsbegeleiding. Ook valt het logeershuis, een voorziening die vooral gericht is op de ontlasting van verwanten en mantelzorgers, onder het bureau ambulante dienstverlening. Op het moment van het onderzoek worden 320 cliënten vanuit de teams ambulante dienstverlening begeleid (exclusief logeershuis).



waarvoor bij de start van het onderzoek ook nog nieuwe medewerkers worden aangetrokken – is er volgens de informanten uit de voorgesprekken van een team in eigenlijke zin nog maar beperkt sprake. Ook is er nog geen heldere overlegstructuur voor het team. De vraag hoe vaak en waarover overleg nodig is, is nog helemaal niet beantwoord. Dat brengt, zo is de veronderstelling, met zich mee dat voor de ambulante begeleiders de kaders waarbinnen ze zouden moeten werken mogelijk nog niet zo duidelijk zijn. Die veronderstelling wordt niet alleen uitgesproken door leidinggevendenden maar later ook bevestigd door de geïnterviewde individuele teamleden.

Tenslotte leven er op de diverse managementniveaus bepaalde voorstellingen van de inhoud van het werk: dat is complex en vergt een hoge mate van professionaliteit. Het idee is dat begeleiders regelmatig met morele vragen geconfronteerd worden. Daarbij is het de vraag of zij wel adequaat met die morele dimensie kunnen omgaan.

Om deze veronderstellingen te toetsen en te verifiëren of het betreffende team een goede doelgroep voor dit onderzoek zou zijn, voert de onderzoeker verkennende gesprekken met het hoofd, waaronder dit team opereert (één gesprek), en met de teamleider (twee gesprekken). Uit deze gesprekken komen onder meer de volgende thema's en aanknopingspunten voor handelingsonderzoek naar voren:

1. De ontkenning van de verstandelijke beperking door de cliënt zelf of door de ouders van de cliënt.

Die ontkenning leidt tot de afwijzing van ondersteuning en begeleiding. Dat heeft weer als effect dat er onvoldoende toerusting bij de cliënt of de ouders van de cliënt is voor het tegemoetkomen aan allerlei vragen in samenhang met de beperking.

2. Vragen over de definiëring van het cliëntsysteem.

Wie is nu eigenlijk de cliënt: het kind of de ouder? Of gaat het om hen beide? Daar bestaan nogal eens onduidelijkheden over. Vervolgens blijken er ook geregeld discrepanties te bestaan tussen de feitelijke zorgbehoeften van de cliënten en de afgegeven indicatiestelling. Dat roept de vraag op hoe daar in de zorg zelf mee om te gaan.

3. Verschillen tussen de eigen waarden en normen van de hulpverlener/begeleider en die van het cliëntsysteem.

Hoe gaan we om met situaties waarin ouders heel anders denken over opvoeden en omgaan met het kind met beperkingen dan de begeleider? Bijvoorbeeld over de toepassing van tucht en discipline. Hoe gaan we om met de toepassing van (lijf)straffen? Of hoe gaan we om met maatstaven op het gebied van hygiëne in situaties dat er amper enig besef is van de noodzaak daarvan? En hoe oordelen we over de betrokkenheid van cliënten bij criminele activiteiten? Is dat te allen tijde te begrenzen?

4. Het risico van solistisch werken.

Hoe gaan begeleiders daarmee om? De betrokkenheid op de cliënt mondt eigenlijk nooit uit in onverschilligheid, maar vaak wel in een scheef evenwicht tussen privé en werk. Ook is er naar het oordeel van de leidinggevendenden soms sprake van een te grote emotionele betrokkenheid die het soms moeilijk maakt om tot een goed oordeel te komen.

5. De discrepantie tussen de verwachtingen van zorgvragers of hun ouders en de mogelijkheden van de begeleiders.

Hoe realistisch zijn begeleiders in het stellen van doelen voor de begeleiding? In welke mate zijn zij in staat de idealen van zorgverlening te relativiseren en af te stemmen op de mogelijkheden van hun cliënten?

Deze verkennende gesprekken leiden tot de afspraak dat het team complexe vragen, uiteraard bij instemming vanuit het team, zal gaan participeren in het handelingsonderzoek. De onderzoeker en teamleider zullen gezamenlijk in voortdurend overleg met elkaar en met de leden van het team, vorm geven aan het traject. Het hoofd van de afdeling zal geïnformeerd worden over het verloop en de uitkomsten. Indien het onderzoek daar aanleiding toe geeft, zal er met haar overlegd worden over beleidsaangelegenheden. De leden van het team dienen de onderwerpen, die in het traject aan de orde moeten komen, zelf vast te stellen: 'Zij maken de agenda op. Het is hun onderzoek.'

Ook worden er afspraken gemaakt over de doelen van het traject. Een eerste doel is om (meer) duidelijkheid te verschaffen over het normatieve kader waarbinnen de ambulante begeleiders handelen. Het project dient bij te dragen aan een betere definiëring daarvan en wel zo praktisch mogelijk. De teamleider beklemtoont daarom dat het project de teamleden concrete handvatten dient te geven voor hun handelen. Het doel wordt overigens breed opgevat: 'Ook de verheldering van een probleem geeft tools voor het denken over je werk.'

Een ander door het hoofd en de teamleider genoemd doel van het onderzoek is om na te gaan of handelingsonderzoek als methode aanknopingspunten biedt voor een zodanige vormgeving van het inhoudelijke teamoverleg over morele vraagstukken, dat dit na vertrek van de onderzoeker binnen het team voortgezet kan worden. Wat zegt het onderzoek over de overlegvormen die we in het team hanteren? Is de vorm van handelingsonderzoek iets om door te zetten voor het inhoudelijk overleg binnen het team? Hoe verhoudt dit zich dan tegenover andere overlegvormen in het team? De begeleidingsrol zal bij doorzetten van het overleg in principe bij de teamleider komen te liggen. De looptermijn van het (begeleide) traject op de locatie zal in principe een half jaar duren. Binnen die periode moet er, zo is de veronderstelling, voldoende zicht zijn op de effecten van de begeleiding, de wenselijkheid om de activiteiten voort te zetten en op de rol van de teamleider hierbij. Het tweede doel wordt vooral ook ingegeven door de omstandigheid dat er binnen het ambulante team vanwege de startfase waarin men verkeert nog helemaal geen ervaring blijkt te zijn met enige vorm van inhoudelijk overleg. Er zijn noch over de inhoud, noch over de frequentie en evenmin over de duur van een inhoudelijk overleg al afspraken gemaakt. Naast ruimte voor de inhoudelijke bespreking van complexe morele vragen ontbreekt ook overleg over meer technische methodische vragen. Die doen ook gewoon ter zake, maar daar is evenmin een platform voor. Bij aanvang van het onderzoek worden dergelijke 'technische' vragen door de teamleden in individuele contacten met de teamleider besproken of met een van de betrokken agogen van het kenniscentrum. De veronderstelling is dat het beter is om ook deze vragen gezamenlijk te bespreken.

#### 5.4.7 Een tweede team van ambulante begeleiders meldt zich aan

Twee maanden na de start van het deelproject bij het ambulante team complexe vragen, meldt zich een volgend team van ambulante begeleiders bij monde van hun teamleider bij de onderzoeker met het verzoek om ook binnen dat team met een vergelijkbaar traject te starten. Dit tweede team van ambulante begeleiders is specifiek gericht op werk- en activiteitenbegeleiding. Het gaat om een groep jobcoaches en activiteitenbegeleiders.

Geluiden uit informele contacten met de teamleider van het team complexe zorg en uit overleg met het hoofd van de dienst ambulante begeleiding vormen de aanleiding voor de aanmelding van het tweede team door de teamleider voor het handelingsonderzoek.

Ook bij dit tweede team is een traject gestart. Meteen bij de aanvang is aangegeven dat de duur van het traject beperkt zal zijn vanwege de looptijd van het onderzoek. Mede om die reden is ook gezocht naar mogelijkheden om de rol van de teamleider te versterken om op deze wijze continuïteit te garanderen. Dat resulteert in een informeel scholingstraject voor teamleiders. Naast de teamleiders van de deelnemende teams participeren nog twee andere teamleiders uit de betreffende afdeling. Het idee is dat ook bij deze twee nieuwe teams te zijner tijd een vergelijkbaar traject ingezet zal worden. De scholing kan de teamleiders daarop voorbereiden. De leidende veronderstelling is daarbij dat de teamleider de aangewezen figuur is om de begeleiding van het team bij de verheldering van morele kwesties van de onderzoeker over te nemen. Dat blijkt uiteindelijk niet haalbaar (zie volgende paragraaf).

#### 5.4.8 Zorg voor de continuïteit van handelingsonderzoek als voertuig voor ethiek

Om te voorkomen dat met het vertrek van de onderzoeker aan het eind van de formele onderzoeksperiode ook een eind komt aan de activiteiten is er vanaf het begin aandacht voor een zodanige organisatie van het project dat continuïteit van de activiteiten mogelijk is. Dat streven naar continuïteit gebeurt op verschillende manieren en op verschillende niveaus in de organisatie.

In de eerste plaats streeft de onderzoeker ernaar om op organisatieniveau te kijken hoe het project kan worden voortgezet. Hij heeft de verwachting dat hij op basis van de uitkomsten van het onderzoek in bredere zin de organisatie kan adviseren over een adequate vormgeving van het ethiekbeleid. Dat streven kan de onderzoeker om verschillende redenen niet waarmaken. Het relatief trage verloop van het onderzoek ter plaatse speelt daarbij een rol en de ineffectiviteit van het onderzoek op het niveau van het middenmanagement. Daarnaast blijken ook de gegevens van de andere onderzoekssites niet tijdig genoeg voorhanden te zijn om tot een helder advies te komen.

In de tweede plaats streeft de onderzoeker ernaar om bij de betrokken afdelingen of teams zorg te dragen voor een goede continuering van de activiteiten of, als dat niet mogelijk of gewenst is, minimaal zorg te dragen voor een goede afronding in de vorm van een afsluitend gesprek.

Mede op basis van ervaringen in andere ethiektrajecten en aanwijzingen vanuit de literatuur zijn de teamleiders van de teams van het bureau ambulante dienstverlening vanaf

het begin in beeld als sleutelfiguren voor de continuïteit van de activiteiten. De inzet is om de teamleiders actief bij het traject te betrekken. In eerste instantie krijgen zij daarom de rol van contactpersoon en medeverantwoordelijkheid voor het onderzoek. Vervolgens is de inzet om de teamleiders te ondersteunen bij een nieuwe rol: het zelfstandig begeleiden van eventuele vervolgotrajecten. De aanname is dat de teamleiders in staat zullen zijn om inhoudelijke gesprekken van het team over morele, niet al te complexe probleemervaringen van de begeleiders te leiden.

Optreden als inhoudelijk gespreksleider vraagt wel om bepaalde competenties. Om een aanzet te geven voor de bijscholing van de teamleiders, geeft de onderzoeker drie trainingssessies. Naast de teamleiders van de twee begeleidingsteams, die participeren in het onderzoek, nemen nog twee andere teamleiders van het bureau ambulante dienstverlening deel. De verwachting is dat zij te zijner tijd ook zullen starten met gericht overleg over inhoudelijke vragen van de begeleiders.

#### **5.4.9 Teamleiders toch niet de aangewezen personen voor realiseren van continuïteit**

Hoewel de inzet van het traject binnen het bureau ambulante dienstverlening is om de teamleiders voor te bereiden op een rol als inhoudelijk gespreksleider, krijgen (of willen) zij die rol uiteindelijk niet. Daarvoor zijn verschillende redenen.

Een eerste reden heeft te maken met de functionele rol die de teamleiders zich toedichten. Zij zien het wel als hun taak om het inhoudelijk overleg te faciliteren, maar niet om het inhoudelijk overleg te begeleiden. Die rol rekenen zij eerder aan agogisch geschoolde medewerkers toe die vanuit een staffunctie toch al een inhoudsgeoriënteerde rol hebben. Bij de start van het traject is namelijk afgesproken dat de agogen ingeschakeld zullen worden zodra er praktische vragen van technische aard rijzen, zoals de vraag welke aanwijzingen er vanuit de agogiek zijn voor de omgang met cliënten met een autistische stoornis. De agogen hebben in de lijn van die vraag ook bijscholingsafspraken gemaakt met de teams.

Een volgend punt is dat de teamleiders het typisch bij hun functie vinden horen om zich te concentreren op de standpunten van de organisatie en die te vertolken naar de teams. Deze rol van vertolker van de instellingsnormen vinden zij moeilijk te combineren met een meer reflectieve benadering die open staat voor alle gezichtspunten. De ervaring van een van de teamleiders speelt hier duidelijk in mee. Hij merkt dat hij tijdens het proces in eerste instantie moeite heeft om de verkenning niet voortijdig af te ronden door aan te geven wat het standpunt van de organisatie is.

Een ander aspect heeft ook te maken met de functionele definiëring van hun rol als teamleider. De teamleiders leggen de verantwoordelijkheid voor de inhoudelijke reflectie van de teamleden over hun praktijk, vooral bij de teamleden zelf en minder bij zichzelf. De teamleiders vinden daarom ook dat zij hun handen vrij moeten houden voor andere, meer managementachtige zaken. Met andere woorden: zij definiëren hun rol opnieuw meer als faciliterend dan als coachend. In het begin van het project ervaren zij dat nog anders.

Mogelijk is de praktische betrokkenheid van de teamleiders bij het project mede oorzaak geweest van deze verandering in oriëntatie.

Een derde punt betreft de competenties van de teamleiders om het team te begeleiden bij de bespreking van complexe vragen. Mede gelet op de kennis die zij hebben opgedaan tijdens de trainingen moreel beraad én de inhoudelijke gesprekken met de teams waaraan ze hebben deelgenomen, achten zij zichzelf onvoldoende in staat om dergelijke reflectieve gesprekken te gaan leiden. Een gesprek leiden over een relatief eenvoudige kwestie zou mogelijk nog wel gaan. Ze achten hun vaardigheden niet groot genoeg om een gesprek te leiden over ingewikkelde vragen, waarbij de meningen van de teamleden scherper uit elkaar lopen. Ze veronderstellen ook dat hun werkoriëntatie te praktisch en te oplossingsgericht is. Een van de teamleiders geeft ronduit en open toe dat ze steeds de neiging heeft om de teamleden te vertellen hoe ze de zaak praktisch moeten oplossen in plaats van gezamenlijk na te gaan wat ze waarom ingewikkeld vinden.

Tenslotte vragen de teamleiders zich af of de persoonlijke betrokkenheid die ze ervaren bij een aantal begeleidingsvragen of bij de individuele collega's die met vragen komen, hen niet te zeer parten zal gaan spelen bij het bespreken van deze vragen in het team.

Op basis van onderling overleg en overleg met het hoofd wordt besloten de gespreksleiding na afloop van het onderzoekstraject toe te vertrouwen aan de agogen. De agogen voelen zich voldoende bekwaam om ook de gesprekken over meer morele aspecten van de zorg te leiden. Dat wordt bevestigd vanuit de organisatie. De teamleiders blijven belast met de organisatie en de agenda van het overleg.

#### **5.4.10 Activiteiten op bestuur- en managementniveau**

Het bestuur en management blijken vanuit een managementperspectief naar het onderzoek te kijken. Zij zien zichzelf niet als doelgroep van het onderzoek, maar vooral de uitvoerende professionals (zie ook paragraaf 5.4.4). Zij zien het vooral als hun taak om het onderzoek te faciliteren. Er is op het niveau van het management (teamleider, hoofd, clustermanager) bijvoorbeeld geen enkele discussie over de noodzaak om tijd en ruimte ter beschikking te stellen voor het overleg. Hetzelfde geldt voor de gespreksleiding na afloop van de onderzoeksperiode. Wanneer in de loop van het proces duidelijk wordt dat deze gespreksleiding niet overgenomen gaat worden door de teamleiders, onderkent het management de noodzaak om ook dan voor adequate begeleiding voor de teams te zorgen bij inhoudelijke verkenningen van hun werk. Het betrokken management benadrukt het belang van de gesprekken voor de bevordering van de kwaliteit van het werk en voor de ontwikkeling van een gedeeld normatief kader door de ambulante begeleiders. Dat laatste koppelt het management vooral aan de omstandigheid dat de ambulante begeleiders betrekkelijk solistisch werken. Met het oog daarop acht het een inhoudelijk overleg waarin volop ruimte is om met elkaar de professionele normen te verkennen, van groot belang.

Toch blijven activiteiten op bestuur- en managementniveau waarbij aandacht wordt besteed aan de normatieve dimensie van het besturen en managen, niet helemaal uit.

Omdat de onderzoeker van de veronderstelling uitgaat dat het onderzoek op verschillende niveaus van de organisatie zal plaatsvinden, heeft hij meteen voorstellen ontwikkeld om samen met managers een start te maken om de moraliteit van hun managementpraktijk thuis te brengen. Als trefwoord voor deze lijn stelt hij ‘verantwoordelijkheid’ voor. Dat erkennen de managers als een mogelijk thema. Er vinden gerichte activiteiten plaats om dit thema inhoudelijk nader uit te werken. De leden van het managementteam krijgen de opdracht om uit hun eigen praktijk een casus te destilleren die naar hun oordeel model staat voor de ethische vragen in hun praktijk. De gezamenlijke bespreking leidt wel tot een aantal conclusies over de moreel problematische dimensie van de managementpraktijk, maar niet tot een handelingsonderzoek op dat niveau in de organisatie. Het initiatief om via het thema van de verantwoordelijkheid een ingang te creëren op het niveau van bestuur en management, krijgt geen vervolg.

Een ander initiatief oogt in aanvang kansrijker, omdat het niet van de onderzoeker komt maar van de voorzitter van de Raad van Bestuur. Tijdens managementbeleiddagen en in enkele aparte bijeenkomsten van het managementteam denkt de onderzoeker met de bestuurders en managers na over de dominante waarden van de managementpraktijk. De voorzitter van de RvB licht het belang om te reflecteren op sturende waarden van het management op verschillende manieren toe. De laatste jaren ligt de focus van het management voortdurend en bijna exclusief op productiegegevens en de beheersing van processen. Deze focus is met het oog op voorziene fusies alleen maar sterker geworden. Daardoor dreigt de aandacht voor de primaire processen en voor de zorg als primair doel van de organisatie gemakkelijk en teveel uit het zicht te raken. Dat kan de communicatie met de medewerkers en de cliënten en hun vertegenwoordigers in toenemende mate verstoren. De voorzitter van de RvB vindt het belangrijk om het risico van een toenemende kloof tussen management en uitvoering te thematiseren en activiteiten te ondernemen om eventuele tegenstellingen te overbruggen.

Ook anderszins vindt hij het van belang om de samenhang van de organisatie en de onderlinge betrokkenheid van mensen in de organisatie overeind te houden. Daarvoor refereert hij aan beelden van de organisatie als gemeenschap. Ondanks alle uiteenlopende taakstellingen en verantwoordelijkheden dient het gemeenschappelijk karakter van de activiteiten in de organisatie niet uit het oog verloren te worden. Dat geldt ook voor het managementniveau. Wat dat betreft signaleert hij risico’s van het ontstaan van eilandjes in de organisatie. De betrokken bestuurder vindt het daarom noodzakelijk om de gezamenlijke reflectie over de dragende waarden en veronderstellingen van het management te stimuleren.

Deze besprekingen op managementniveau in het kader van het traject leiden niet tot de uitvoering van een handelingsonderzoek op dit niveau. De leden van het managementteam vinden de onderlinge samenhang en de betrokkenheid van het management op praktisch niveau voldoende gewaarborgd. Zij achten de groeiende kloof tussen management en uitvoering minder groot dan de voorzitter van de RvB veronderstelt.

### **Opmerking**

*Ook op het niveau van het management blijkt dat de 'doelgroep' de gesignaleerde problemen moet herkennen en het idee dat handelingsonderzoek daarbij kan helpen moet delen, om tot een handelingsonderzoek over te kunnen gaan. Als dat niet het geval is, heeft het geen zin om met handelingsonderzoek te starten. In aanvang getoonde welwillendheid met betrekking tot het verkennen van een bepaald thema, blijkt geen garantie voor succes.*

## **5.5 Nieuwe onderzoekssites: twee hospitia en een ziekenhuis**

Om enigszins betrouwbare uitspraken te kunnen doen over de bruikbaarheid van handelingsonderzoek als voertuig voor ethiek(beleid) is onderzoek in één setting niet voldoende. Het is daarom wenselijk dat het onderzoek ook bij een aantal andere gezondheidszorginstellingen plaatsvindt. Die mogelijkheid doet zich voor omdat twee zelfstandige maar samenwerkende hospitia en een afdeling van een ziekenhuis zichzelf aanmelden voor het onderzoek. Het onderzoek gaat op deze sites van start als het eerste onderzoek, binnen de instelling voor mensen met een verstandelijke beperking al afgelopen is. De eerste verkennende gesprekken met de hospitia vinden plaats in juni 2006. Het onderzoek loopt daar vervolgens tot mei 2008. De eerste verkennende gesprekken met de afdeling van het ziekenhuis zijn in juli 2006. Dit onderzoek zal naar verwachting ook in 2009 nog voortgezet worden.

We geven geen uitgebreide, aparte beschrijving van beide projecten, maar alleen een globale schets van de aanpak. De reden daarvoor is dat het proces en de inhoudelijke thematieken van beide projecten ondanks de verschillende contexten toch veel overeenkomst vertonen. De fasen van de projecten zijn ook vergelijkbaar met de fasen van het eerste project (paragraaf 5.4).

### **5.5.1 Opmerking vooraf: meer structuur en helderheid bij deze projecten**

In vergelijking met het onderzoek bij de instelling voor mensen met een verstandelijke beperking (zie paragraaf 5.4), kennen de trajecten bij de hospitia en de afdeling van het ziekenhuis meer structuur en helderheid. Een reden daarvoor is dat de richting van het onderzoek, mede op basis van de ervaringen bij de instelling voor mensen met een verstandelijke beperking, vanaf het begin duidelijker afgebakend is. De uitvoerende professionals gelden meteen als belangrijkste doelgroep van het onderzoek. Het gaat om de moraliteit van hun handelen en om het zoeken van mogelijkheden om hen te ondersteunen bij het verhelderen van morele vragen van hun praktijk. Het handelen van leidinggevend en managers is slechts onderwerp van gesprek in relatie tot ethiekbeleid en vormt niet een mogelijke ingang voor handelingsonderzoek. Dat betekent dat de onderzoeker de richting van het onderzoek relatief snel in alle helderheid met de opdrachtgever en vervolgens met de doelgroep kan bepalen. Dit impliceert in vergelijking met het project in de instelling voor mensen met een verstandelijke beperking minder voorbereiding en minder tussenstappen.

Een andere reden voor een grotere duidelijkheid van deze nieuwe projecten is dat het onderzoek expliciet op initiatief en vraag van de deelnemende organisaties/afdeling tot stand komt. In beide praktijken liggen uitgesproken kwesties, waarvoor de betrokkenen een oplossing willen zoeken. Zij verwachten ook dat die oplossing vanuit de ethiek geboden zal kunnen worden. Dat betekent niet dat er over de richting van het onderzoek helemaal geen misverstanden op te lossen zijn, maar deze hebben niet de versturende effecten zoals die zich bij het project bij de instelling voor mensen met verstandelijke beperkingen voordoen. De deelnemers aan het onderzoek moeten bijvoorbeeld wel wennen aan een opvatting over ethiek, die zich ook richt op de moraliteit van alledaagse praktijken en daarom een verbinding zoekt met het kwaliteitsbeleid. Ethiek blijkt in de regel toch geassocieerd te worden met complexe vraagstukken in het medisch handelen. Dat alle professionele handelen voorwerp kan zijn van ethische reflectie ontsnapt daardoor makkelijk aan de aandacht.

### 5.5.2 Schets van de onderzoekssites

De ene onderzoekssite betreft twee hospitia. Het zijn zelfstandige organisaties, maar ze werken op een aantal gebieden samen, bijvoorbeeld bij de deskundigheidsbevordering van de verpleegkundigen. Ook hebben ze een vergelijkbare levensbeschouwelijke achtergrond. Het ene hospitium heeft acht plaatsen voor bewoners of gasten. Het andere tien. Ze zijn beide gesitueerd in aan de rand van een betrekkelijk dorpse omgeving. Ze kennen een traditionele stichtingsstructuur met een bestuur dat de beleidslijnen uitzet en een directeur voor de uitvoering. Beide huizen hebben naast een kleine kern van vast personeel (directeur, arts in deeltijd, deeltijdcoördinatoren voor verpleging en vrijwilligers, vaste verpleegkundigen) een grote groep vrijwilligers die betrokken zijn bij diverse dimensies van zorg en organisatie. Het ene hospitium bestaat ongeveer zestien jaar. Het andere een jaar of tien. In beide hospitia manifesteren zich onder druk van externe en interne omstandigheden duidelijke beleidsveranderingen: de zorg wordt meer professioneel, maar ook meer bureaucratisch geordend. Deze veranderingen worden lang niet door iedereen verwelkomd. Ze worden eerder als noodzaak ervaren.

De andere onderzoekssite is een dialyse afdeling van een ziekenhuis. Er zijn zo'n veertig verpleegkundigen werkzaam. Daarnaast is er een zaalarts en zijn een aantal specialisten, het maatschappelijk werk en diëtisten betrokken bij de afdeling. Het personeel is goed ingevoerd. Velen zijn er al lang werkzaam. De afdeling kent weinig verloop van personeel. Er zijn twaalf plaatsen. Zo'n veertig patiënten bezoeken de dialyse met vaste regelmaat. De afdeling is betrokken bij andere afdelingen in het ziekenhuis op het gebied van dialyse, bijvoorbeeld bij intensive care's. De afgelopen jaren zijn over verschillende kwesties discussies geweest op de afdeling. Daarvoor heeft men incidenteel beroep gedaan op een ethicus. Er is behoefte om meer structureel naar dit soort kwesties te kijken. Het medisch afdelingshoofd plaatst deze tendens in een bredere beweging van aandacht voor kwaliteit. Die beweging wordt ook gekoppeld aan marktontwikkelingen en vragen van concurrentie.



### 5.5.3 Gezamenlijke opbouw van het onderzoek –de initiatieffase

Ook bij deze projecten is het uitgangspunt dat de verantwoordelijkheid voor het onderzoek zoveel mogelijk bij de betrokken organisatie en haar medewerkers moet liggen. Om deze verantwoordelijkheid voor het onderzoek te onderstrepen is de inzet van meet af aan om de concrete opzet en agenda van het handelingsonderzoek tot onderwerp van gemeenschappelijke beraadslagingen te maken. Dat begint al in de initiatieffase en zet zich voort in de andere fasen.

Bij de hospitia treden de besturen op als formele opdrachtgevers. Het overleg in de initiatieffase voert de onderzoeker bij de hospitia met vertegenwoordigers van de besturen en de directies. Ook bij de afdeling van het ziekenhuis voert de onderzoeker oriënterende gesprekken met de opdrachtgevers, namelijk het medisch hoofd en de leidinggevende verpleegkundige.

In die gesprekken vindt 1. een inventarisatie plaats van vragen die op de sites leven; geeft 2. de onderzoeker aan hoe handelingsonderzoek globaal ingezet kan worden; en gaan 3. de deelnemers ook na of deze inzet dienstig kan zijn voor het doel dat hen als mogelijke opdrachtgever voor ogen staat. Is handelingsonderzoek de aangewezen manier om vragen uit de praktijk te beantwoorden? Zijn er misschien andere wegen, die de voorkeur verdienen? Een afweging moet leiden tot een opdracht voor het onderzoek of tot de keuze voor een andere benadering. Zowel bij de hospitia als bij de afdeling van het ziekenhuis luidt de conclusie dat handelingsonderzoek een aangewezen weg is om de vragen die er leven te beantwoorden.

De verslaglegging van deze oriënterende gesprekken is in handen van de onderzoeker. De initiatieffase wordt afgesloten met een formele afspraak over de inzet van handelingsonderzoek als werkwijze voor het project, de globale inrichting van het project en de verslaglegging.

#### **Opmerking**

*Het moment in het onderzoek dat er praktische conclusies moeten worden getrokken over de voortgang van het onderzoek vormt een kritisch punt. In de initiatieffase vormt de afsluiting van die fase zo'n kritisch punt. Op dat moment gaat de onderzoeker met de initiatiefnemers of opdrachtgevers na of er gerichte activiteiten plaats moeten vinden om hun vragen te beantwoorden en of handelingsonderzoek daar een geschikte methode voor is.*

*Een dergelijk kritisch moment treedt ook op aan het eind van de verkennende fase en bij de afronding van het project.*

#### 5.5.3.1 Bepaling van de richting van het onderzoek

De onderzoeker bepaalt met de opdrachtgevers in welke richting verder gezocht gaat worden. Dat heeft effect voor de inrichting van het onderzoek en voor de definiëring van de doelgroep.

Zo is in het overleg met de besturen en directies van de hospitia bepaald dat de aandacht van het project niet direct gericht zou moeten zijn op de adequate werking van medisch-ethische protocollen, maar eerder op de kwaliteit van de dagelijkse zorg. Die keuze impliceert dat er ook gekeken moet worden naar het handelen van vrijwilligers. Die vrijwilligers komen niet in beeld als het onderzoek zich zou richten op het functioneren van medisch-ethische protocollen. Het aandachtsgebied zal zich dan beperken tot de arts en de verpleegkundigen.

Met de opdrachtgevers vanuit de afdeling van het ziekenhuis is afgesproken dat het onderzoek zich niet zal richten op vragen waarbij andere partijen een uitgesproken rol spelen. Het moet primair gaan om vragen waarmee de professionals van de afdeling zelf zitten. De betrokkenheid van externe partijen zal de aandacht tijdens het onderzoek te gemakkelijk af kunnen leiden van het eigen handelen.

### **Opmerking**

*De thematisering van het onderzoeksonderwerp is belangrijk voor de structurering van het proces. Daarmee bedoelen we dat de focus, die in het project gekozen wordt, in belangrijke mate de interne structuur, maar ook de herkenbaarheid van de projecten voor zowel de opdrachtgever als de doelgroep bepaalt. Ook het proces om te onderzoeken thema's scherp in beeld te krijgen heeft op zichzelf genomen al een sturende en structurende werking.*

*Dit sturen en structureren gebeurt in de verschillende fasen van het onderzoek. In de verkennende fase (paragraaf 5.5.4) gaat dit bijvoorbeeld gewoon door. Voortdurend is de vraag of het onderzoek door kan gaan, of het onderwerp en de doelgroep niet opnieuw gedefinieerd moeten worden etc.*

### **5.5.3.2 Het tijdsverloop**

In deze initiatieffase, waarin de mogelijkheden van handelingsonderzoek als oplossing voor bestaande problemen worden verkend met de potentiële opdrachtgever, vinden verspreid over een half jaar slechts enkele gesprekken plaats. Na een kennismakingsgesprek met enkele vertegenwoordigers van directies en besturen van de hospitia duurt het bijvoorbeeld enkele maanden voordat de oriëntatie op de mogelijkheden voor handelingsonderzoek wordt voortgezet. Het besluit tot een opdracht voor een daadwerkelijke verkenning van de praktijk laat vervolgens ook enkele maanden op zich wachten.

Op de afdeling van het ziekenhuis verloopt de initiatieffase vergelijkbaar. Na een eerste kennismakingsgesprek duurt het drie maanden voor de volgende bijeenkomst plaatsvindt. Voordat een duidelijke opdracht is geformuleerd en de verkennende fase van het project van start kan gaan, zijn er alweer drie maanden verstreken.

### **Opmerking**

*Verskillende factoren beïnvloeden de duur van de initiatieffase. Het gaat daarbij onder meer om factoren die te maken hebben met de gedachtevorming over het onderzoek als zodanig en het scherp krijgen van de thematiek, die aandacht behoeft. Daarnaast spelen ook heel praktische zaken een rol, zoals het invoegen van het onderzoek in de stroom van activiteiten die zich in de zorgpraktijk*

*afspelen. Voordat het onderzoek kan starten moet eerst duidelijk zijn wat een gunstig tijdstip is om het onderzoek bekend te maken, wie met de uitwerking van het onderzoek belast worden en wanneer betrokken personen tijd kunnen vrijmaken in hun agenda.*

#### **5.5.4 Verkennende fase: vooral een rol voor de onderzoeksgroep**

Op het moment dat er duidelijkheid is over de start van het onderzoek, volgen er afspraken over de rolverdeling voor de uitvoering van het onderzoek. Binnen elke site wordt een contactpersoon aangewezen, die vanuit de deelnemende organisatie samen met de onderzoeker verantwoordelijkheid draagt voor de uitwerking van het project.

Contactpersoon voor de betrokken hospitia zijn de directeuren van die hospitia. Voor de afdeling van het ziekenhuis treedt de verpleegkundig teamleider op als contactpersoon. De contactpersonen hebben de taak om naast de formele verslaglegging te zorgen voor tussentijdse rapportage aan de opdrachtgevers en eventueel andere betrokkenen.

In overleg met de contactpersoon wordt een onderzoek/begeleidingsgroep voor het onderzoek geformeerd. De contactpersoon nodigt daarvoor mensen uit op basis van twee criteria: vertegenwoordiging aan de ene kant en invloed aan de andere kant. Ook een bepaalde groeps grootte is van belang: de begeleidingsgroep dient naast de onderzoeker niet meer dan vijf leden te tellen. Deze groep krijgt als opdracht het onderzoek nader vorm te geven. Welke thema's of vragen, die in de initiatiefase genoemd zijn, lenen zich het beste voor nader onderzoek? Waar is de meeste behoefte aan? Wat ervaren de betrokkenen als meest ondersteunend?

De onderzoeksgroep van de hospitia bestaat uit vertegenwoordigers uit alle geledingen (directie, vrijwilligers, verpleegkundigen, artsen) van beide hospitia. Deze onderzoeksgroep gaat na waar zich in de dagelijkse zorg problemen voordoen die nadere verkenning behoeven, omdat ze negatief werken voor medewerkers of cliënten. De groep doet ook het voorstel om na een verkenning van de mogelijke probleemvelden in de onderzoeksgroep zelf het gesprek voort te zetten met degenen die breed in de organisatie verantwoordelijkheid dragen voor de gang van zaken en met hen in te zoomen op specifieke thema's. Dit leidt tot een afspraak over een vervolg waarbij de aandacht specifiek komt te liggen op professionaliseringsvragen bij de verpleging. Dit traject wordt daadwerkelijk in één van de hospitia doorgezet met de uitvoerend verpleegkundigen. In een aantal gesprekken waarbij ook het management betrokken wordt, verkennen de deelnemers de dagelijkse praktijk en gaan na waar eventuele veranderingen nodig zijn. Voor zover er behoefte is aan een nadere verdieping van de praktijk, is de aanname dat initiatieven die ongeveer gelijktijdig met het handelingsonderzoek plaatsvinden deze verdieping mogelijk zullen maken. Het gaat bij die initiatieven onder meer om een ontwikkelingstraject op het gebied van palliatieve zorg en een nieuwe functie op het gebied van de coördinatie van de verpleging. De verwachting is dat binnen het kader van deze ontwikkelingen discrepanties tussen de feitelijke gang van zaken en professionele normen van het werk kunnen worden opgelost. Wegens wisselingen op directieniveau gaat een voorgenomen vergelijkbaar traject in het andere hospitium niet door.

De onderzoeksgroep van de ziekenhuisafdeling telt, buiten de onderzoeker, vier leden: teamleider, arts, en twee verpleegkundigen. Op de afdeling van het ziekenhuis vindt eenzelfde stapsgewijze verdieping plaats als in de hospitia. De onderzoeksgroep maakt in overleg met de leidinggevendenden een keuze over het thema van het onderzoek: de zorg voor patiënten met non-compliant gedrag. Zij houdt een schriftelijke enquête met open vragen onder medewerkers om het onderzoeksgebied globaal af te tasten. De resultaten van de enquête worden met de professionals van de afdeling besproken. Vervolgens bespreekt de onderzoeksgroep de resultaten van de enquête en de reacties van de grote groep medewerkers daarop om vervolgstappen voor het onderzoek voor te bereiden. Daarna wordt in vervolggesprekken met alle leden van het team nagegaan waar in de zorg de moeilijkheden zich precies voordoen en welke aanwijzingen daaruit eventueel volgen voor de opbouw van een adequaat normatief kader. Dat resulteert in het besluit om het handelen te formaliseren aan de hand van een door de doelgroep zelf ontworpen verpleegplan (voor een uitgebreide beschrijving van de inhoudelijke stappen zie Deel 2 Inhoudelijke uitwerking, paragraaf 5.7).

### **Opmerking 1**

*Hoewel de besluitvorming over de voortgang in overleg met de verantwoordelijke leidinggevendenden dan wel bestuurders plaatsvindt, worden de resultaten en richting van het onderzoek ook steeds met de betrokken doelgroep besproken. Zo blijft de doelgroep actief betrokken bij het ontwerp en de uitvoering van het handelingsonderzoek.*

### **Opmerking 2**

*Ook bij deze projecten geldt dat de verslaglegging van wezenlijk belang is voor het beklemtonen van de eigen verantwoordelijkheid van de deelnemers voor het onderzoek. In principe wordt er van ieder overleg een verslag gemaakt dat ter goedkeuring wordt voorgelegd aan de deelnemers van de beraadslagingen en overlegvormen. De verslagen zijn deels thematisch opgebouwd en geven de uiteenlopende oriëntaties weer van waaruit een bepaald onderwerp is besproken. Daarnaast weerspiegelen ze de volgorde van bespreking van de diverse gespreksonderwerpen. De onderzoeker stelt op basis van de geaccordeerde verslagen tussentijdse rapporten op. De reacties op de rapportage en de ideeën voor een vervolg, die uit de plenaire sessies naar voren komen, zijn mede bepalend voor het uitstippelen van een vervolg.*

## **5.5.5 Beslissen over de actiefase: de opdrachtgevers**

De onderzoeksgroepen spelen vooral een rol in de verkennende fase van het onderzoek. Zij denken na over de inrichting van het onderzoek. Verderop in het onderzoek verschuift het zwaartepunt voor de inrichting van het onderzoek eerder naar de opdrachtgevers. Op het moment dat de situatie op de thematische velden waarop het onderzoek zich gericht heeft in beeld is gebracht, is het namelijk zaak om te beslissen op welke manier de gesignaleerde knelpunten moeten worden aangepakt. Deze stap kan de onderzoeksgroep wel voorbereiden, maar de beslissing om het traject van het handelingsonderzoek op een

gerichte manier wel of niet door te zetten, ligt op een ander niveau, namelijk dat van het verantwoordelijke management.

Bij de hospitia betekent dit dat er overleg met de directie en bestuurders nodig is. Dat leidt tot verschillende conclusies. De directie en bestuurders van één hospitium oordelen dat er voorlopig geen specifieke activiteiten doorgevoerd hoeven en kunnen worden om tegemoet te komen aan behoeften in de praktijk. Zij zijn van mening dat bepaalde discrepanties tussen normatieve beelden van de praktijk en de praktijk zelf voldoende gethematiseerd worden binnen het lopende beleid. Tegelijk constateren zij dat er ook niet voldoende beleidsmatige ruimte is om de ontwikkelingen op andere aandachtsgebieden door te zetten. Dat heeft onder meer te maken met wisselingen in de directie van het betreffende hospitium. In ieder geval wordt de verkennende fase in dit hospitium niet vervolgd met een meer veranderingsgerichte actiefase.

Binnen het andere hospitium wordt wel een vervolgtraject ingezet. Het heeft evenwel nog niet direct veranderingsdoelen op het oog. Eerder gaat het om een verdieping van de verkenningsfase. Die verdieping focust vooral op de verpleegkundigen als degenen die verantwoordelijkheid dragen voor de dagelijkse gang van zaken in het hospitium. In de gesprekken met hen gaat de aandacht vooral uit naar de invulling van de professionele verantwoordelijkheid van de verpleegkundigen. En wel in twee opzichten: bij de zorg aan bewoners en bij de aansturing van de vrijwilligers. Aan het eind van deze gesprekken wordt op basis van de rapportage geconcludeerd dat het uitstaande beleid voorlopig voldoende ruimte biedt om gewenste veranderingen in de zorg te realiseren. Specifieke veranderingsactiviteiten achten directie en bestuur vooralsnog niet noodzakelijk.

Overleg met het medisch hoofd en de leidinggevende van de afdeling van het ziekenhuis leidt tot een andere conclusie. Zij oordelen dat er gerichte aanvullende activiteiten nodig zijn om de geconstateerde lacunes in de zorg aan te pakken. Hier is dan ook een vervolgstap gezet die meer veranderingsgericht is. Er is een nieuwe werkgroep aan de slag gegaan die op basis van de uitkomsten van de verkenning duidelijke veranderingen voorbereidt in de zorg. Wel is daarbij de rol van de ethicus veranderd. In de aparte beschrijving van dit traject in een van de volgende paragrafen wordt hier nader op ingegaan (Deel 2 Inhoudelijke uitwerking, paragraaf 5.7).

### ***Opmerking***

*Uit de beschrijving tot nu toe blijkt dat de onderzoeken bij de hospitia en de afdeling van het ziekenhuis een mate van fasering kennen, waarin verschillende fasen van handelingsonderzoek te herkennen zijn. Er is een duidelijke initiatieffase waarin de onderzoeker met de opdrachtgevers nagaat of handelingsonderzoek een aangewezen methode is om een antwoord te zoeken op de vragen van de organisatie en/ of haar professionals. Vervolgens is er een verkenningsfase waarin de onderzoeker met (vertegenwoordigers van) de doelgroep de voorliggende vragen nader onderzoekt op hun morele achtergrond en vaststelt of er op geleide van de normatieve beoordeling van het handelen gerichte veranderingen wenselijk zijn. Als de verkenning tot de conclusie leidt dat er gerichte activiteiten nodig zijn om de praktijk te veranderen, volgt een actiefase.*

*Bij een van de hospitia is besloten het project te beëindigen met de conclusies van de verkenningsfase. Bij het andere hospitium en de afdeling van het ziekenhuis loopt het handelingsonderzoek door. Bij*

*het tweede hospitium vindt er een verdieping plaats van de verkenning met de doelgroep van het onderzoek. Dat leidt evenwel niet tot een expliciete actiefase. In het ziekenhuis is dat anders: daar loopt de actiefase tot op dit moment door.*

*Idealiter vormt de evaluatiefase de afsluiting van een cyclus van het handelingsonderzoek met daarin een beoordeling van de uitwerking van de doorgevoerde praktijkverandering. Formeel is in geen van de projecten sprake geweest van een dergelijke uitgesproken evaluatiefase. Dat wil niet zeggen dat er geen evaluatie van het proces heeft plaatsgevonden. De evaluatie is tot nu toe echter beperkt gebleven tot tussentijdse evaluatiemomenten, zoals de beslispunten aan het eind van de initiatief- en verkenningsfase.*

### 5.5.6 Zorg voor de continuïteit

Zowel bij de projecten in de hospitia als op de afdeling van het ziekenhuis speelt de zorg om de continuïteit van de projecten. De zorg uit zich hier echter op een andere manier dan bij het eerste project bij de organisatie voor mensen met een verstandelijke beperking. Daar is de vraag hoe de onderzoeker bij kan dragen aan de continuering van het project en het idee is dat de teamleiders na training de aanpak voort zullen kunnen zetten. Bij de projecten in de hospitia en bij de afdeling van het ziekenhuis blijkt de afhankelijkheid van sleutelfiguren, zoals bijvoorbeeld de contactpersoon, een belangrijk element voor de continuïteit van de projecten. In beide trajecten doen zich op dit punt praktische problemen voor. Een directeur van een van de twee participerende hospitia en de teamleider van de afdeling van het ziekenhuis aanvaardden tijdens het project een functie elders. Bij de start van het onderzoek is het vertrek van deze twee contactpersonen niet voorzien. Bij het hospitium leidt dit tot opschorting en vervolgens beëindiging van de onderzoeksactiviteiten. Doorzetten van de onderzoeksactiviteiten laten zich niet goed verenigen met de directiewisseling. Dat wil niet zeggen dat de uitkomsten van het (verkenkende) onderzoek zonder betekenis zijn. Ze worden betrokken bij een evaluatie van de beleidsrichting van het hospitium en meegenomen als aandachtsgebied voor de nieuwe directeur. Aan andere en dringender beleidsprioriteiten wordt in operationele zin echter eerst uitvoering gegeven. De onderzoeker heeft in een gesprek met de voorzitter van het bestuur en de nieuw aangetreden directeur van het betreffende hospitium het project formeel geëvalueerd en afgerond.

Het vertrek van de teamleider bij de afdeling van het ziekenhuis leidt ertoe dat de leidinggevend verpleegkundige, die tot dan toe vooral als opdrachtgever op de achtergrond fungeert, de rol van contactpersoon tijdelijk overneemt. Het tijdstip van vertrek van de teamleider is op zich niet ongunstig. Het valt op het moment dat de uitkomsten van een eerste verkenning van de problematiek bekend zijn. De gezamenlijk met de onderzoeker gehouden presentatie van die uitkomsten in het team, vormt de slotact van deze teamleider als contactpersoon bij het project. Na een tussenfase heeft de nieuw aangestelde teamleider de rol van contactpersoon op zich genomen.

Ook op het niveau van de opdrachtgevers kunnen zich wisselingen voordoen die een risico kunnen vormen voor de continuïteit van het onderzoek. Hoewel zich op beide sites dit soort wisselingen hebben voorgedaan, leidt dat niet tot vertragingen in het onderzoek.

Het vertrek van de verantwoordelijk arts (een van de initiatiefnemers) van de afdeling van het ziekenhuis naar een andere baan heeft amper effect omdat de uitwerking van het handelingsonderzoek zich richt op de verpleging. Bestuurswisselingen bij de hospitia hebben wel effect voor de wijze waarop het bestuur het onderzoek begrijpt, maar niet op het verloop van het onderzoek. Het blijkt met name van belang om te benadrukken dat het project zich niet concentreert op ingewikkelde medisch-ethische vraagstukken rond het levenseinde, maar vooral op de dagelijkse routines in de (verpleegkundige) zorgverlening. Het is voor de betrokken nieuwe bestuurders relatief onbekend dat aandacht voor de kwaliteit van de dagelijkse praktijk ook tot het gebied van de ethiek behoort. Een presentatie van het project door de onderzoeker en de contactpersoon, de directeur van het hospitium, voor de betrokken bestuurders blijkt voldoende om het beeld te corrigeren.

## Deel 2 Inhoudelijke uitwerking

### 5.6 Aan de slag met de doelgroepen van de instelling voor mensen met een verstandelijke beperking

In de voorgaande paragrafen is de weg beschreven, die de onderzoeker gevolgd heeft om uiteindelijk binnen de betrokken instellingen een doelgroep voor het handelingsonderzoek te vinden. Aangezien de vraag van dit onderzoek is of handelingsonderzoek bruikbaar is als voertuig voor ethiekbeleid, is ook een meer inhoudelijk georiënteerde beschrijving van de uitvoering van het handelingsonderzoek met de beoogde doelgroepen van belang.

In deze paragraaf volgt een beschrijving van het verloop van het handelingsonderzoek met de doelgroepen in de instelling voor mensen met een verstandelijk beperking. De volgende paragraaf (5.7) gaat in op het handelingsonderzoek op de dialyseafdeling van het ziekenhuis.

Het onderzoek in de hospitia wordt verder niet beschreven. Het ontwikkelt zich ondanks de ogenschijnlijk zeer verschillende context in een aantal opzichten parallel aan het onderzoek op de dialyseafdeling.

Binnen de instelling voor mensen met een verstandelijke beperking is het team complexe zorg van de ambulante dienstverlening vanaf het begin de beoogde doelgroep voor het handelingsonderzoek. Naast dit team meldt het team werk- en activiteitenbegeleiding zichzelf aan om ook met behulp van handelingsonderzoek een oplossing te zoeken voor morele vragen en problemen. De onderzoeker gaat met beide teams aan de slag.

#### 5.6.1 Bepalen van de morele handelingsvragen

De onderzoeker heeft interviews gehouden met het hoofd, de teamleider, en twee individuele leden van het team complexe zorg. Uit die interviews komt een reeks van mogelijke onderwerpen naar voren. Die zijn in een tweede gesprek met de teamleider doorgenomen. In dat gesprek vindt geen selectie plaats. Dat gebeurt in een eerste verkennend gesprek met het team complexe zorg. Uit alle genoemde onderwerpen kiest het team er vier. Ook wordt met het team een volgorde van bespreking bepaald. Het team brengt geen nieuwe onderwerpen in. Bepalend voor de keuze en de volgorde van bespreking is wat de teamleden als het meest kenmerkend en problematisch van hun werk zien. Bij de keuze wordt uitgegaan van consensus in het team.

De keuze van het team complexe vragen valt op de volgende onderwerpen:

1. De grenzen van verantwoordelijkheid
2. De balans tussen betrokkenheid en distantie
3. Het omgaan met non-acceptatie en verzet tegen de zorg
4. Het je al of niet aanpassen aan de normen (cultuur, taal) van je cliënten(systeem).



Het team werk- en activiteitenbegeleiding kiest op vergelijkbare wijze in een eerste verkennend gesprek de te bespreken onderwerpen. Uitgangspunt is wat het team kenmerkend voor het werk vindt en wat het als problematisch ervaart. Over de keuze en volgorde van bespreking is er consensus. Anders dan bij het team complexe zorg is er niet uitgegaan van interviews met teamleider, hoofd en enkele afzonderlijke teamleden om tot een lijst van mogelijke onderwerpen te komen.

De gekozen onderwerpen zijn:

1. De grenzen van de verantwoordelijkheid
2. Het omgaan met het afwijzen van zorg
3. Het overnemen van de zorg of het aan de cliënten overlaten
4. Hoe ga je om met de discrepanties tussen de indicatie en de door jou ingeschatte zorgbehoeften.

### **Opmerking**

*Uit de selecties blijkt dat de ervaren probleemgebieden van beide teams elkaar overlappen. De aanduidingen geven echter maar in beperkte mate zicht op de aard en diepte van de handelingsverlegenheid die erachter schuilt. Dat blijkt bijvoorbeeld uit de verschillende wijze waarop het thema 'de grenzen van de verantwoordelijkheid' binnen de beide teams geproblematiseerd wordt (zie hieronder).*

*Verder blijkt dat het beeld dat bij het management en de leidinggevenden bestaat van de problematiek die ervaren zou worden op het niveau van het team complexe zorg, nagenoeg overeenkomt met het beeld van de teamleden zelf. Een onderwerp dat niet terugkomt in de keuze van het team is de discrepantie tussen verwachtingen van de cliënten en competenties van de begeleiders.*

## **5.6.2 Werken aan verantwoordelijkheid: praktische aanpak**

Beide teams gaan aan de slag met het thema verantwoordelijkheid. In een aantal gesprekken zullen zij het thema verantwoordelijkheid gaan verkennen en verhelderen. De inhoud van de gesprekken wordt als volgt bepaald. De teamleden geven op basis van hun ervaringen aan over welke onderwerpen of casus zij willen spreken. De herkenbaarheid en complexiteit van het onderwerp speelt een rol bij de keuze van het onderwerp. Voor iedere inhoudelijke teambespreking hebben de teamleider en de onderzoeker een overleg. In dat overleg evalueren zij de vorige besprekingen en ontwikkelen nadere voorstellen voor de volgende bespreking op basis van ideeën van het team. Indien de onderzoeker van mening is dat de bespreking van het onderwerp om een bepaalde gespreksmethode of benadering vraagt, overlegt hij daarover met de teamleider. De gespreksvormen zijn over het algemeen ontleend aan het boek *In gesprek over goede zorg*.<sup>2</sup> Daarnaast gebruikt de onderzoeker enkele niet gepubliceerde formats, waaronder een format voor de bespreking van zorgvragen vanuit zorgethisch perspectief.

---

<sup>2</sup> Manschot, H., Dartel, H. van (2003) *In gesprek over goede zorg. Overlegmethoden voor ethiek in de praktijk*. Amsterdam: Boom.

Bepalend voor de keuze van gespreksvormen is niet alleen het onderwerp, maar vooral de continuïteit van de thematiek. De onderzoeker en teamleider zijn van mening dat de gesprekken zoveel mogelijk in één lijn dienen te staan. De gesprekken moeten qua onderwerp zoveel mogelijk bij elkaar aansluiten en in een goede volgorde staan. De goede volgorde wordt bepaald in overleg met het team.

Bij de keuze van de gespreksonderwerpen spelen ook andere factoren een rol, zoals de ontvankelijkheid van het team voor het onderzoek en de cultuur van de betrokken teams. Dit kan soms op gespannen voet komen te staan met het uitgangspunt dat gesprekken thematisch in een goede volgorde moeten staan. Binnen één team bestaat behoefte aan wat informele gespreksruimte tijdens het overleg en aan ruimte om in te gaan op actuele, individuele vragen. De onderzoeker en teamleider houden daarmee rekening bij de keuze van de gespreksingangen door bijvoorbeeld los van de oriëntatie van de voorgaande gesprekken een individuele casus te behandelen. Of door een apart gesprek over leidende waarden in het werk te organiseren naar aanleiding van opmerkingen over de vage betekenis van waarden. In dit aparte gesprek over waarden vergelijken de deelnemers hun persoonlijke waardeprofielen met elkaar aan de hand van een uitgebreide waardentabel. Het proces krijgt daardoor een eigen klankkleur.

Aan het eind van iedere bijeenkomst evalueren de deelnemers het gesprek en spreken over het vervolg voor het gesprek. Op deze manier krijgt de gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het onderzoek gestalte.

De onderzoeker maakt van iedere bijeenkomst een nauwgezet verslag. Dat doet hij op basis van aantekeningen die hij tijdens de gesprekken zelf maakt. Ook maakt hij gebruik van de flip-overs die tijdens de bijeenkomsten worden gebruikt om het gesprek in kaart te brengen. Het verslag van iedere afzonderlijke bijeenkomst wordt in de periode daaropvolgend per mail aan iedere deelnemer gezonden. Bij aanvang van de volgende bijeenkomst gaat de onderzoeker na of de teamleden akkoord gaan met het verslag. Deze accordering is niet zozeer gericht op instemming met de wijze van verslaglegging, als wel bedoeld als een basis om verder te komen in de verkenning van de normatieve oriëntaties binnen het team. Ook biedt het de mogelijkheid om na te gaan of er nog gezichtspunten buiten beeld gebleven zijn, bijvoorbeeld van teamleden die het voorgaande overleg niet bij konden wonen.

### **Opmerking 1**

*Aanpassing van de thematische volgorde van de gesprekken aan de cultuur van een team door tussendoor bijvoorbeeld een individuele casus te behandelen, heeft als risico dat de gesprekken fragmentarisch worden. Anderzijds kunnen de deelnemers zich miskend voelen als er geen aandacht is voor hun actuele vragen en kunnen zij zich minder betrokken gaan voelen bij het proces. Als gevolg daarvan zou het onderzoek aan belang in kunnen boeten.*

### **Opmerking 2**

*Voor het creëren van een gedeelde verantwoordelijkheid voor het ethisch handelingsonderzoek lijkt de verslaglegging van groot belang. Een nauwgezette verslaglegging en het streven naar accordering van de verslagen door de deelnemers aan het overleg, maakt het proces makkelijker tot een gedeeld proces: de uitkomsten zoals die genoteerd zijn in de verslaglegging, zijn niet alleen observaties van de ethicus,*

*maar conclusies van alle deelnemers. Op die manier wordt het onderzoek een onderzoek van het hele team. Ook maakt terugkomen op de vorige bijeenkomst met behulp van het verslag het mogelijk om te onderzoeken of er gezichtspunten ontbreken. Dat is zeker van belang voor teamleden die de betreffende bijeenkomst gemist hebben en zo alsnog de gelegenheid hebben om te reageren. Overigens zou men bij een vervolmaking van de onderzoekersrol van de teamleden, er naar kunnen streven om de verslaglegging niet alleen door de onderzoeker/ethicus te laten plaatsvinden, maar het tot een gezamenlijke verantwoordelijkheid van alle betrokkenen te maken. Dat is in dit traject niet gebeurd. Een argument tegen verslaglegging door andere betrokkenen dan de onderzoeker/begeleider is dat de onderzoeker op basis van zijn kennis van de ethiek beter in staat is om ethisch relevante punten te onderscheiden.*

### **5.6.3 Werken aan verantwoordelijkheid: inhoudelijke uitwerking**

#### **5.6.3.1 Het team complexe vragen**

Ter voorbereiding op het hele traject vindt er een bespreking plaats van een casus die door een van de teamleden is ingebracht. Het gaat om een situatie waarin een oordeel gegeven moet worden over de uithuisplaatsing van een cliënt. De inzet van deze bespreking is niet om met elkaar in gesprek te raken over verantwoordelijkheid. Het zou moeten gaan om een verheldering van de casus als een soort aftrap voor het project. Dat gebeurt echter niet. Bij de bespreking blijkt al snel dat de leden van het team heel verschillend denken over hun verantwoordelijkheid in de situatie van de casus. Het probleem dat de indiener wil bespreken, is volgens enkele collega's helemaal niet problematisch. Het ligt buiten de formele opdracht en afspraken van de begeleiding. De indiener ziet een probleem, dat er niet is. Anderen denken daar anders over.

In het overleg wordt de spanning gethematiserd als een spanning tussen een functionele en een persoonlijke verantwoordelijkheid. Functioneel staat voor de verantwoordelijkheid die volgt uit de rol die iemand formeel vanuit de organisatie toegewezen krijgt. Persoonlijk heeft eerder betrekking op wat iemand op basis van zijn eigen interpretaties en gevoelens in een bepaalde hulpverleningssituatie als zijn plicht ervaart. In het gesprek hierover constateren de deelnemers dat degene die de zorgvraag formeel afmeet aan de vraag wie er functioneel verantwoordelijk is voor de oplossing, de vragen waarmee andere begeleiders blijven zitten eigenlijk niet meer tegenkomt. Het is geen probleem 'voor hem'. In de woorden van een deelnemer: "Hoewel je op die manier legitiem langs het probleem kan gaan, is het daarmee nog niet opgelost."

Met andere woorden: de meeste teamleden ervaren een procedurele benadering van de kwestie als te mager. Dat geldt uiteindelijk ook voor degene die deze procedurele escape oorspronkelijk als juiste benadering heeft voorgesteld.

In het spoor van deze verkenning is het voorstel om het thema van verantwoordelijkheid verder uit te werken. Dat gebeurt eerst in de lijn van de spanning die

tijdens de verkenning van de casus is geproblematiseerd. In het werk blijken verschillende aspecten te onderscheiden die maken dat de vraag naar de verantwoordelijkheid in de zorgverlening een moeilijk te beantwoorden vraag is.

Het eerste aspect is – in de lijn van de besproken casus – de verhouding van de formele indicatie voor de begeleiding en de door de begeleiders concreet vastgestelde zorgbehoeften. In welke mate dienen we ons eigenlijk te laten leiden door de formele indicatie? Moeten we ons niet eerder laten leiden door de geconstateerde zorgbehoefte? Hoe vinden we hierin een juiste balans?

Het tweede aspect is de afbakening in taken en verantwoordelijkheden tussen de begeleiders en andere betrokken hulpverleners. Vaak zijn meerdere organisaties en disciplines betrokken bij de cliënt. Wie neemt waarom waarin het voortouw? In welke mate dien ik mij als begeleider en medewerker van de organisatie aan te passen aan de inzet van andere organisaties en hulpverleners? Hoe zit dat als ik het niet met hen eens ben over de gemaakte keuzen?

Een derde aspect sluit aan bij het vorige. In welke mate dragen we als uitvoerende begeleiders verantwoordelijkheid voor het dichten van gaten in de zorgketen, bijvoorbeeld bij de overgang van cliënten naar een andere voorziening? In de woorden van een begeleider: “Als ik weet dat een cliënt van mij straks weer terugkomt in zorg na een verblijf in een intramurale instelling, in hoeverre is het dan niet wenselijk om contact te blijven onderhouden? Ook al is dat formeel niet goed mogelijk.”

Een laatste aspect betreft de persoonlijke interpretatie van verantwoordelijkheid onder meer op geleide van je ervaringen. Wie langer aan het werk is, zal zich anders opstellen dan iemand met minder werkervaring. Ook heb je naarmate je ouder wordt vaak andere verantwoordelijkheden, zowel in de privésfeer als binnen je werk, naast je verantwoordelijkheid als hulpverlener. De ervaring die je hebt opgedaan op basis van die verantwoordelijkheden, gaat vanzelf meespelen in je werkhouding en je houding tegenover cliënten. Hoe moeten we daar eigenlijk mee omgaan?

De teamleden ervaren deze eerste verkenningen wel als zinvol, maar ook als te voorlopig. Daarom staan in een volgend overleg concrete (voorbeeld)ervaringen van teamleden centraal. Die moeten meer inzicht geven in de beleving van hun verantwoordelijkheden en van de spanningen die zich manifesteren bij de invulling van hun verantwoordelijkheid. Voor deze vervolgstap krijgen de teamleden vooraf per mail een aantal vragen toegestuurd, die de onderzoeker in overleg met de teamleider heeft opgesteld. De betrokkenheid van de teamleider wordt niet alleen ingegeven met het oog op de inhoudelijke kennis van het werkveld (de teamleider begeleidt ook zelf cliënten), maar ook om de verantwoordelijkheid voor de voortgang van het onderzoek breder te leggen dan alleen bij de begeleidend ethicus/onderzoeker. Een bespreking van deze vragen leidt tot de identificatie van vier situaties die naar het idee van de teamleden de spanningsvolle dimensies van het thema verantwoordelijkheid in hun werk op de meest voorbeeldige wijze weergeven. Het gaat om de volgende situaties:

1. Confrontatie in het werk met ernstige misdragingen.

Hoe te handelen in situaties van kindermishandeling of andere vormen van ongewenst en/of crimineel gedrag?

2. De grond van de verantwoordelijkheid van de begeleiding.

Wat dient het zwaarste te wegen: de formele afspraken van de organisatie of het oordeel van de begeleider zelf in relatie met de cliënt?

3. De betrokkenheid van de cliënt bij de begeleiding.

Hoe hebben begeleiders zich te verhouden tot een cliënt die zelf geen enkele verantwoordelijkheid neemt voor het proces? In welke mate moet je dan de verantwoordelijkheid overnemen?

4. De ervaren zwaarte van de verantwoordelijkheid.

Bijvoorbeeld in situaties dat de door een specifieke begeleider gekozen gedragslijn tot meer algemeen beleid in het team wordt gemaakt. Degene, die de gedragslijn heeft voorgesteld, kan zich extra verantwoordelijk voelen en het idee hebben dat het zijn schuld is als het fout gaat; en de voorgestelde gedragslijn niet blijkt te werken.

In volgende besprekingen worden deze situaties met elkaar doorgesproken. De ene situatie krijgt daarbij veel meer aandacht dan de andere. Het leidt tot een globaal beeld van de invulling en beleving van verantwoordelijkheid in het team. Dit wordt samengevat in zeven door het team onderscheiden regels:

1. Je verantwoordelijkheid wordt ingekaderd door de kennis die je hebt van je vak en van je functie (functieomschrijving).
2. Het blijft altijd van belang om te blijven communiceren over ervaren knelpunten.
3. Je moet, als je er niet uitkomt, zaken ook neerleggen waar ze horen: terugleggen bij de cliënt, voorleggen aan leidinggevendenden, breed leggen bij andere deskundigen, en bij het team.
4. Het is raadzaam om binnen de kaders van de begeleiding je verantwoordelijkheid zoveel mogelijk in samenspraak met je cliënt te definiëren.
5. Als je een beslissing neemt, dien je die te kunnen verantwoorden.
6. Ook al is je gevoel of intuïtie een goede raadgever, je gevoel of intuïtie alleen is niet genoeg. Je moet redenen kunnen geven voor je doen en laten.
7. Als je nergens op kunt terugvallen (kennis, cliënt, leidinggevende, team, deskundige etc.) en er moet iets gebeuren, moet je je gevoel of geweten volgen in de veronderstelling dat dat in de regel de juiste koers aangeeft.

### **5.6.3.2 Het team werk- en activiteitenbegeleiders**

Het tweede team pakt het thema van het begrenzen van de verantwoordelijkheid van de individuele begeleider heel anders aan. Een van de gekozen ingangen bij dat team is de vraag in hoeverre je je bij de ervaring van een mogelijk conflict tussen je eigen normen en die van de organisatie of indicatiesteller over de te bieden zorg, mag laten leiden door je emoties. Het gesprek gaat over woede en boosheid als gidsen in het denken over de toewijzing van zorg en over gevoelens van onzekerheid als indicatie om met anderen (collega's, teamleider) in gesprek te gaan over de zorg. Verder is met de leden van dit team nagegaan in welke mate ze emoties betrouwbare gidsen vinden voor het handelen.

Een andere ingang om het thema van verantwoordelijkheid in dit team te verhelderen, is een aan de zorgethiek ontleende opvatting van verantwoordelijkheid. In de zorgethiek

wordt de definiëring van verantwoordelijkheid enerzijds gekoppeld aan de herkenning van de eigenlijke zorgbehoeften van de cliënt en anderzijds aan de competenties om iets aan die zorgbehoeften te doen. Die benadering blijkt te helpen bij het maken van een onderscheid tussen *je verantwoordelijk voelen* voor de zorg en *er verantwoordelijk voor zijn*.

### **Opmerking 1**

*De verkenning van het thema verantwoordelijkheid in beide teams geeft een redelijk inzicht in de werkwijze van de uitvoerende teams tijdens het onderzoek. De deelnemende teamleden zijn zeer betrokken bij het proces. Zij nemen zonder uitzondering iedere keer deel aan de gesprekken, tenzij bijzondere omstandigheden hun deelname verhinderen. Zij ervaren de gesprekken als nuttig en zinvol, maar soms ook als zwaar.*

*De teams besluiten van meet af aan zelf over de inrichting en uitwerking van de gesprekken. Dat maakt het tempo, de wisseling van onderwerp, de diepte van de bespreking, de concreetheid van de behandeling van het thema voor een belangrijk deel onvoorspelbaar. Dat heeft duidelijke gevolgen voor de structurering. Bij de start van het onderzoek is de verwachting dat uitgegaan kan worden van een vaste structuur. Dat lijkt niet vol te houden. Het schema voor het proces van het handelingsonderzoek (1. Verkenning van het probleemgebied; 2. Ontwikkeling van voorstel voor veranderingen; 3. Doorvoeren van de veranderingen; 4. Evaluatie) blijkt niet in de mate in te zetten als bij het begin van het onderzoek wordt gedacht. De teamleden verkennen onder begeleiding van de onderzoeker het probleemgebied – in dit geval de grenzen van verantwoordelijkheid. Die verkenning vraagt veel tijd om het probleemgebied goed in kaart te brengen en te verbelden. Het resultaat is in het team complexe vragen bijvoorbeeld een beeld van de invulling van verantwoordelijkheid in een zevental regels. Deze regels vormen vanaf nu het gemeenschappelijke kader voor het denken over verantwoordelijkheid. Vanuit het perspectief van handelingsonderzoek kan deze lijst daarom als een voorstel tot verandering of ‘actie’ worden gezien, ook al is het misschien niet zo’n duidelijke actie als een voorstel tot verandering van een regel van de instelling (zie het voorbeeld over het gebruik van de mobiele telefoon uit de volgende paragraaf).*

### **Opmerking 2**

*De verkenning van het thema verantwoordelijkheid in beide teams vertoont ook kenmerken die gelinkt kunnen worden aan de praktische opgave van de ethiek zoals Walker die waarneemt. Zij bevat elementen van een reflectieve analyse die in de eerste plaats inzicht probeert te geven van de praktijk zoals die concreet wordt ingevuld. Vervolgens is er ook sprake van een meer kritische reflectie. Daarbij gaat het om vragen of de beleefde praktijk gebaseerd is op gedeeld normatieve verwachtingen en voldoet aan normen die acceptabel zijn voor de betrokkenen bij die praktijk. Die stap is ook duidelijk herkenbaar in het proces van de teams ambulante zorg. Van een normatieve reflectie (derde niveau van reflectie van Walker) waarbij de ervaren praktijk en de daarin vigerende normativiteit vergeleken wordt met andere bestaande of bedachte praktijken, is niet echt sprake.*

### **Opmerking 3**

*De praktische oriëntatie van het handelingsonderzoek is niet losgelaten. De deelnemende teams zijn zeer gefocust op het realiseren van praktische resultaten. Gelet op de solistische werkomgeving, telt het creëren van meer helderheid over de waarden en normen die eenieder hanteert in het werk, op zichzelf*

*al als een praktisch resultaat. Zo wordt het ook door de deelnemers ervaren. Het geeft de deelnemers, zo zeggen ze, een goede mogelijkheid om het eigen gedrag te spiegelen aan dat van collega's. Dat compenseert de lasten van het solistische werken en maakt het makkelijker om elkaar ook tussendoor met vragen op te zoeken. Ook blijkt het mogelijk om op onderdelen tot praktische afspraken te komen over de interpretatie van regels van de organisatie. Hieronder beschrijven we een voorbeeld.*

#### **5.6.4 Het gebruik van mobiele telefoons: handelingsonderzoek in een notendop?**

Een verkenning van het thema 'de balans tussen betrokkenheid en distantie' (zie de verkenning van morele handelingsvragen in paragraaf 5.6.1) leidt in het team complexe zorg tot een bespreking van de institutionele regels voor het gebruik van mobiele telefoons. Alle begeleiders hebben een mobiele telefoon van het werk. Op die manier kunnen zij tijdens hun werkzaamheden in het veld contact houden met en zijn zij bereikbaar voor het bureau ambulante dienstverlening en hun collega's. Hoewel volgens de regels begeleiders hun mobiele nummer niet mogen doorgeven aan cliënten, gebeurt dat toch. Bijna iedere begeleider heeft zijn/haar telefoonnummer wel aan een of meer cliënten doorgegeven, zodat hij/zij voor die cliënt(en) altijd bereikbaar is. Dat resulteert in situaties dat begeleiders niet alleen tijdens hun diensttijd, maar ook in hun vrije tijd gebeld worden door cliënten. Het komt bijvoorbeeld voor dat een begeleider tijdens een avondje stappen te maken krijgt met een dringende hulpvraag van een cliënt of dat een cliënt 's nachts om half twee een sms'je verstuurt om te laten weten dat hij de volgende dag niet naar een afspraak kan komen. Dit effect van het doorgeven van mobiele nummers aan cliënten vormt de aanleiding om met elkaar in gesprek te gaan over de redelijkheid en de begrenzing van het telefoongebruik.

In het gesprek geeft de teamleider aan dat de regels van de organisatie ieder ander gebruik van de telefoons dan voor de onderlinge communicatie tussen de begeleider en het bureau eigenlijk uitsluiten. Met dat statement blijkt de discussie echter niet over. Ook de teamleider realiseert zich dat. Hij geeft weliswaar aan dat hij vanuit zijn functionele rol voor de regels van de organisatie moet staan, maar constateert tegelijkertijd dat hij zijn mobiele nummer ook nog wel eens doorgeeft aan cliënten. De regel van de organisatie weegt voor hem en voor de andere begeleiders blijkbaar minder zwaar dan de eigen opvattingen over de begeleiding van cliënten. Volgens die opvattingen dient de bereikbaarheid van begeleiders complexe zorg voor hun cliënten verder te reiken dan de sfeer van de (fysieke) afspraken of de formele begrenzing van de werkdag. Anders is de inkadering van de begeleiding wel erg beperkt. Tegelijkertijd moet je als begeleider jezelf ook beschermen en niet teveel betrokken raken in de situatie van cliënten.

Dat leidt tot de constatering dat het bij het gebruik van de mobiele telefoon niet alleen gaat om een spanning tussen betrokkenheid en distantie, maar vooral om een conflict van de regels in de beroepsuitoefening. Dat wil zeggen: het gaat om een van de situaties die volgens het team complexe vragen op exemplarische wijze de spanningsvolle dimensie van het thema verantwoordelijkheid illustreert, namelijk 2. de grond van de verantwoordelijkheid van de begeleiding. De vraag bij deze situatie is of de afspraken van

de organisatie of het oordeel van de begeleider in de relatie met de cliënt zwaarder dient te wegen (zie paragraaf 5.6.3).

Dit conflict in de regels wordt verhelderd door een verschil te maken tussen functionele en professionele regels en door vervolgens na te gaan welke regels het zwaarste zouden moeten wegen in deze situatie. Gelet op de aard van het werk achten de teamleden *de professionele regels* voor de bereikbaarheid van de cliënt (de regels die je nodig hebt om je werk als begeleider van de cliënt zo goed mogelijk te doen) van groter belang dan *de regels van de instelling*. Daarnaast zijn er volgens de teamleden praktische motieven om het mobiele nummer door te geven aan cliënten. Een aantal cliënten zal via nummerherkenning het nummer toch wel kunnen achterhalen, tenzij je voor telefonische contacten met cliënten weer een andere telefoon zou gebruiken. Sommige cliënten kunnen je dan bereiken en andere niet. Dat kan leiden tot een ongelijke bereikbaarheid van de zorg voor cliënten. Dergelijke verschillen in toegankelijkheid achten de teamleden niet wenselijk. Het is daarom beter om het telefoongebruik niet alleen te beperken tot gebruik voor de werkprocessen.

Vervolgens is het wel nodig om het gebruik van de mobiele telefoon in de zorg voor cliënten door afspraken af te bakenen. Een onbegrensde toegankelijkheid van de begeleider voor cliënten is niet wenselijk. Reden daarvoor zijn niet alleen de negatieve effecten voor de begeleider, maar ook de negatieve effecten voor de cliënt. Een onbeperkte bereikbaarheid van de begeleider stimuleert de cliënt niet om zelf zijn problemen op te lossen. Misbruik van de bereikbaarheid ligt ook op de loer. De teamleden zijn verder van mening dat bij een onbegrensde toegankelijkheid de verantwoordelijkheid voor de afbakening van de zorg teveel bij de begeleider komt te liggen.

Om de begrenzing van de bereikbaarheid te bepalen worden verschillende aspecten aan de orde gesteld. Een belangrijk aspect is de bereikbaarheid van de begeleider in crisissituaties. In het team blijkt brede overeenstemming te bestaan over de regel dat een begeleider in een crisissituatie bereikbaar zou moeten zijn voor een cliënt. Wel ontstaat er vervolgens een discussie over de vraag wanneer er sprake is van een crisis. Terwijl de ene begeleider wekelijks crisissen in de zorg ervaart, is voor een andere begeleider een crisis een absolute zeldzaamheid. Het team oordeelt dat duidelijk is dat het niet om een willekeurige interpretatie van het verschijnsel crisis mag gaan. De subjectieve opvattingen van de begeleiders moeten zeker niet bepalend zijn voor een definiëring van een crisis. Op basis van kennis en ervaring zal een routinier andere opvattingen hebben over wat een crisis is dan jonge, onervaren begeleiders. Dat mag echter geen al te grote rol spelen voor de definiëring van een crisis. Niet de risico's voor de begeleider maar de risico's voor de cliënt moeten bepalend zijn.

Er ontstaat ook discussie over de vraag bij wat voor type crisis de begeleider bereikbaar zou moeten zijn voor de cliënt. Je mag immers aannemen dat crisisdiensten in de regel meer gespecialiseerd en competent zijn om een crisis, ook bij deze cliëntengroep, op te vangen. Tegelijkertijd stellen de teamleden vast dat sommige cliënten niet terecht zullen komen bij de diverse instanties op het moment dat zij dat nodig hebben. Zij zullen bij een crisis zelf de weg helemaal niet kunnen vinden. Voor die cliënten moet een uitzondering worden gemaakt en moet de begeleider bereikbaar zijn.



Na het bespreken van een aantal individuele ervaringen wordt met behulp van een aantal stellingen die op basis van het overleg zijn opgesteld, gewerkt aan de formulering van een gemeenschappelijk kader voor het denken over de bereikbaarheid van de begeleiders. De stellingen zijn door de onderzoeker geformuleerd aan de hand van de verslaglegging van de verschillende besprekingen. Soms zijn het woordelijke citaten die uit de tekst zijn losgeweekt en als stelling gepresenteerd zijn aan de leden van het team. Over het opstellen en de presentatie van de stellingen heeft er in dit geval geen tussenoverleg plaatsgevonden met de teamleider.

De stellingen luiden:

1. De bereikbaarheid van de begeleiders voor cliënten dient beperkt te blijven tot uitzonderlijke situaties.
2. Crisisdiensten zijn er niet voor niets. Springend punt is of cliënten zo nodig de crisisdienst kunnen vinden.
3. De begeleiders van het bureau ambulante zorg dienen niet te allen tijde direct voor elke cliënt bereikbaar te zijn.
4. Met cliënten worden duidelijke afspraken gemaakt over de bereikbaarheid van de begeleiders.
5. Begeleiders moeten 'nee' kunnen zeggen tegen cliënten.
6. Begeleiders verdienen (zelf)bescherming.
7. Als er in uitzonderlijke situaties buiten de afgesproken begeleidingsuren door ambulante begeleiders ondersteuning gegeven wordt in crisissituaties, dient dat door de betreffende begeleider verantwoord te kunnen worden.
8. Als door een begeleider ondersteuning gegeven wordt aan de cliënt, doet hij dat in overeenstemming met daarvoor geldende richtlijnen.

Op basis van deze stellingen is een aantal praktische afspraken gemaakt over onder meer:

- het uitzetten van de telefoons buiten diensttijd
- het duidelijk informeren van de cliënten over de bereikbaarheid van de begeleiders. Het is niet de bedoeling dat de zij de begeleider rechtstreeks bellen. Zij moeten eerst contact opnemen met het bureau ambulante zorg.
- het maken van uitzonderingen
- het zorgen voor continuering van deze afspraken tijdens vakanties.

Tenslotte is afgesproken dat een begeleider bij twijfel over de afspraken met een cliënt een collega of de teamleider raadpleegt. Op die manier kan de begeleider nagaan of zijn collega's zijn zienswijze kunnen delen en of zijn zienswijze strookt met de normen van de organisatie. Gelet op het incidentele karakter van de situatie, vinden de teamleden het niet nodig om de criteria waaraan voldaan moet zijn, nog verder uit te werken.

Tenslotte heeft het team de uitbreiding van het telefoongebruik voor de opvang van cliënten in crisissituaties formeel aangekaart bij het management en het management heeft deze uitbreiding geaccordeerd.

### ***Opmerking 1***

*In dit voorbeeld zijn verschillende aspecten van handelingsonderzoek terug te vinden. Er is een concreet probleem, namelijk het gebruik van mobiele telefoons van het werk in situaties die volgens de*

*regels van het werk niet toegestaan zijn. De verkenning van het probleem leidt tot de identificatie van verschillende waarden en normen die een rol spelen: goede zorg voor de cliënt vraagt om een grotere bereikbaarheid van de begeleider, maar ook om een begrenzing om de eigen mogelijkheden van de cliënt niet te remmen; goede zorg voor jezelf als begeleider vraagt om een begrenzing van je bereikbaarheid; respecteren van de normen (regels) van de organisatie is van belang; gelijke toegankelijkheid van de zorg waarborgen voor cliënten vraagt om aanpassing van het telefoonbeleid (anders ongelijke toegankelijkheid van de zorg doordat sommige cliënten handiger zijn dan andere in het achterhalen van een telefoonnummer). Daarna volgt een afweging en nadere bepaling van de bereikbaarheid van begeleiders. Met elkaar formuleren de deelnemers een gemeenschappelijk kader voor het denken over de bereikbaarheid van begeleiders en maken ze daarover concrete praktische afspraken. Deze stappen kunnen gezien worden als een uitwerking van de ontwikkeling van een voorstel voor verandering en het doorvoeren van een verandering.*

*Het aankaarten van de uitbreiding van het telefoongebruik (bereikbaarheid voor cliënten in crisisituaties) bij het management en de accordering door het management laat zien dat het handelingsonderzoek van de professionals gevolgen kan hebben voor het beleid van de instelling. Dat veronderstelt wel dat de managers deze vorm van werken niet alleen faciliteren, maar ook bereid zijn op beleidsniveau iets met de uitkomsten te doen.*

### **Opmerking 2**

*De bespreking van het telefoongebruik is weliswaar een concreet voorbeeld van de wijze waarop handelingsonderzoek in de praktijk kan gaan, maar vertoont achteraf beschouwd, ook lacunes. Vooral ook omdat er bij de bespreking geen terugkoppeling plaatsvindt naar de invulling van verantwoordelijkheid zoals die op geleide van het onderzoek door het team eerder plaatsgevonden heeft (zie paragraaf 5.6.3). Daardoor oogt de bespreking van het telefoongebruik nogal fragmentarisch. In het volgend hoofdstuk komen we op dit punt terug.*

## **5.7 Aan de slag met de doelgroep van de dialyseafdeling van het ziekenhuis**

In deze paragraaf nemen we het handelingsonderzoek op de dialyseafdeling van het ziekenhuis onder de loep. Inzet is om een zo goed mogelijk beeld te geven van de bewegingen die zich in het onderzoeksproces voordoen.

### **5.7.1 Bepalen van de morele vraag**

De primaire vraag waarmee vertegenwoordigers van het team zich nog voor aanvang van het project melden bij de ethicus is of er mogelijkheden zijn om de zorg voor (jonge) patiënten, die op enigerlei wijze niet meewerken aan de voor hen uitgezette behandeling of voorschriften, te begrenzen. Bij sommige patiënten wordt de situatie als zo onhoudbaar ervaren dat er behoefte bestaat om te zoeken naar wettelijke mogelijkheden om de zorg op de afdeling te beëindigen en deze patiënten te verwijzen naar andere dialyseafdelingen of -centra. De oriëntatie is in eerste aanzet dan ook eerder juridisch dan ethisch en verbonden

aan ideeën over de aard van de geneeskundige behandelovereenkomst en de plichten die daaruit voort zouden vloeien voor zorgverleners én zorgvragers.

In enkele verkennende gesprekken met vertegenwoordigers van de ziekenhuisafdeling waar de problematiek speelt, wordt de vraag in een breder kader geplaatst. Er zijn immers meer vragen waar medewerkers mee worstelen. Dit is er een van. Mogelijk zijn de andere kwesties in de zorg waar de zorgverleners tegen aan lopen belangrijker en verdienen die meer aandacht. Zo zijn daar het stoppen/niet aanvangen van de dialyse bij (zeer) oude patiënten en wordt er aandacht gevraagd voor een veronderstelde toename van aanmeldingen van patiënten uit verpleeghuizen. Uiteindelijk valt de keuze toch op het onderwerp van de zorg rond non-compliance. Naast al eerder genoemde redenen van verantwoordelijkheid spelen de ervaren urgentie en ernst een grote rol bij deze keuze.

Niet alleen verbreedt de aandacht zich, de oorspronkelijke vraag wordt ook anders gekarakteriseerd: eerder ethisch dan juridisch. De conclusie luidt dat het van belang is om een goed zicht te hebben op de achtergrond van de vraag en op de manier waarop de problematiek op de afdeling ervaren en benaderd wordt, voordat gekeken wordt naar een juridische benadering. Dát er gezocht wordt naar begrenzingen, wordt geïnterpreteerd als signaal van de ervaren ernst van deze situaties en van de noodzaak om er iets aan te doen.

Over de reikwijdte van het te ondernemen project spreken de initiatiefnemers in overleg met de onderzoeker af dat als het team en andere betrokkenen (maatschappelijk werk, diëtisten, artsen) instemmen, er sprake zal zijn van een project dat ondersteunend dient te zijn voor de opbouw van zorg en dat aan dient te sluiten bij ontwikkelingen op de afdeling. In dat kader is de afspraak om het, zo mogelijk, te verbinden aan de introductie van intervisie als methode van kwaliteitsverbetering. Daarnaast wordt gekozen voor een open opzet van het onderzoek: de deelnemers achten het onderzoeksproces op zichzelf al van belang. Dat betekent verder dat het project niet per se uit hoeft te monden in de vaststelling van een normatief kader dat antwoord geeft op de vraag hoe de zorg voor non-compliance patiënten precies ingevuld moet worden, maar dat daar wel naar gestreefd wordt. Er dient eerst helderheid te komen over de aard van de problematiek, over de manier waarop de betrokkenen de problemen ervaren en hoe zij er mee omgaan. In die lijn presenteert het verpleegkundig hoofd van de afdeling het project globaal aan de betrokkenen. In een teamvergadering doet ze een vooraankondiging en licht ze de eerste stappen toe.

### 5.7.2 Kennismaking vooraf

Voor de eigenlijke start van het onderzoek maakt de onderzoeker kennis met de afdeling. Hij loopt enkele ochtenden met een verpleegkundige mee en heeft in de wandelgangen korte gesprekjes met enkele verpleegkundigen over vragen die hen bezighouden. Ook praat hij met enkele patiënten over hun ervaringen. In de gesprekjes met de verpleegkundigen gaat hij in op de vragen waar ze in het werk tegen aanlopen. Het beeld van de thematiek zoals dat in de initiatieffase is geschetst, wordt in deze gesprekjes bevestigd. Tussendoor en onmiddellijk na afloop maakt de onderzoeker aantekeningen van de observaties. Die verwerkt hij tot een korte schets van de zorgpraktijk: de aard van de werkprocessen, de

indruk van de zorg op basis van de patiëntencontacten, de sfeer op de afdeling, en de aard van de morele vragen die de medewerkers bezighouden. Over morele vragen of thema's die medewerkers ervaren, is er weinig onderscheid ten opzichte van de uitkomsten van de voorverkenning. Het enige nieuwe thema is het taboe op het bespreken van consequenties van dialyse voor de seksualiteitsbeleving van patiënten.

### **Opmerking**

*Een dergelijke kennismaking vooraf kan van belang zijn als de ethicus geen deel uitmaakt van de organisatie (of afdeling) en als externe partij met de doelgroep aan de slag moet met handelingsonderzoek. Het biedt hem de mogelijkheid om (informeel) kennis te maken met de leden van de doelgroep, om een relatie met hen op te bouwen en om hun vertrouwen te winnen. Daarnaast kan hij (enig) inzicht krijgen in de structuur en cultuur van de organisatie of afdeling en in de morele vragen waar de leden van de doelgroep tegenaan lopen in hun werk.*

### **5.7.3 Start van het onderzoek**

Het onderzoek start, wanneer in een teambijeenkomst na de kennismakingsperiode blijkt dat de betrokken zorgverleners in principe instemmen met het plan en met de centrale onderzoeksvraag. Besproken wordt dat ook andere vragen in de initiatieffase de revue gepasseerd zijn als mogelijkheden. Ook de redenen om te kiezen voor het omgaan met non-compliance worden besproken. Het team stemt in met de gemaakte keuze, waarbij de mogelijkheid open gehouden wordt om te switchen naar een andere vraag, mocht het proces daar aanleiding toe geven. Bij een aantal verpleegkundigen is er overigens sprake van een afwachtende houding. Dat steekt men niet onder stoelen of banken. Er zijn twijfels of het project wel tot veranderingen zal kunnen leiden.

Het ontwerp van het onderzoek wordt overgelaten aan de onderzoeker en de teamleider en vervolgens aan de onderzoeksgroep die zich met het project bezig gaat houden. De instelling van de onderzoeksgroep sluit aan bij de cultuur van de afdeling: meerdere zorgverleners zijn betrokken bij projectmatig opgezette veranderingen. De keuze van deelnemers aan de projectgroep wordt overgelaten aan de leiding van de afdeling (hoofd en teamleider). Op basis van kennis van interessegebieden van de zorgverleners en hun betrokkenheid bij veranderingen nodigen zij leden van het team uit om deel te nemen. De groep omvat inclusief onderzoeker en teamleider zes deelnemers: naast het medisch hoofd zijn dat nog drie verpleegkundigen. Een van deze verpleegkundigen is betrokken bij de opzet van intervisie op de afdeling. Een ander houdt zich bezig met kwaliteit van de verslaglegging.

### **Opmerking**

*Handelingsonderzoek betekent dat betrokkenen als (mede)onderzoekers hun eigen praktijk onderzoeken. Wat dat in de praktijk concreet betekent voor de vormgeving van het onderzoek hangt, zoals uit het bovenstaande blijkt, mede af van de onderzoekscultuur van de afdeling en van de grootte van de doelgroep. Op deze afdeling is het gebruikelijk om voor een project een werk- of onderzoeksgroep in te stellen. Het is voor het slagen van het handelingsonderzoek raadzaam om,*

*indien mogelijk, bij de bestaande cultuur aan te sluiten. Ook de grootte van de doelgroep zal hier een rol spelen. Een onderzoek uitvoeren met veertig medewerkers zonder een onderzoeksgroep, die een en ander voorbereidt en structureert, zal weinig kans van slagen hebben.*

*Dat neemt niet weg dat hier ook een risico is van een te geringe betrokkenheid van een deel van de doelgroep.*

#### **5.7.4 De werkwijze van de onderzoeksgroep**

De onderzoeksgroep verkent in een viertal gesprekken de problematiek nader en stelt een schriftelijke vragenlijst op die aan alle betrokken afdelingsmedewerkers wordt toegestuurd. De onderzoeker verwerkt de gegevens van de vragenlijst tot een notitie en koppelt de gegevens terug aan het team.

##### **5.7.4.1 De gesprekken**

De eerste twee verkennende gesprekken worden gestructureerd aan de hand van een zorgethische benadering. De onderzoeker richt zich in deze eerste twee gesprekken met de onderzoeksgroep op een globale verkenning van de problemen die zorgverleners ervaren rond het thema non-compliance. De nadruk komt in deze verkenning het meeste te liggen op twee aspecten: de vraag naar de zorgbehoeften van patiënten en de manier waarop de verantwoordelijkheid van de medewerkers wordt ingevuld. Hoe definiëren we onze verantwoordelijkheden wat betreft het tegemoetkomen aan deze behoeften? Daarnaast is er ook discussie over de vraag of de zorg wel responsief georganiseerd is en of er niet meer ruimte zou moeten zijn voor individuele programma's. Er wordt naar het oordeel van verschillende deelnemers te veel vastgehouden aan een bepaalde, bijna onveranderlijke standaard van zorg. De verkenning van de zorgbehoeften van patiënten die non-compliant gedrag vertonen, genereert vooral aandacht voor de grote verschillen die er tussen patiënten bestaan. Ook al uiten mensen zich in hun gedrag schijnbaar op eenzelfde wijze, de achtergronden van dat gedrag zijn in de regel zeer verschillend. Niet alleen zijn er bepalende verschillen in de sociale omstandigheden van patiënten, ook zijn er grote verschillen in de manier waarop mensen zich verhouden tot hun ziekte en tot de behandeling. Op het niveau van de verpleging is het noodzakelijk om daar rekening mee te houden. Dat vraagt ook om verschil te maken in de individuele benadering van patiënten. Daar ontstaan vervolgens problemen: tegemoetkomen aan de bijzondere vragen van de ene patiënt, eist een andere patiënt onmiddellijk als recht voor zichzelf, terwijl dat voor hem/haar niet noodzakelijk is of zelfs averechts uit kan werken. De –letterlijk - open ruimte waarin de zorg wordt gegeven, helpt in dit opzicht bepaald niet mee. Wanneer er om gegronde redenen verschil gemaakt wordt in de zorg voor individuele patiënten, nemen andere patiënten dat gemakkelijk waar en brengen dat onmiddellijk in de onderhandelingen met de zorgverleners over de inhoud van de zorg.

Op grond hiervan stelt een groep medewerkers, zo wordt in de onderzoeksgroep aangegeven, dat het beter is om maar helemaal geen verschil meer te maken tussen zorgvragers en louter uit te gaan van de zorg zoals die volgens het protocol dient te

verlopen. Anderen betwisten die positie weer. Zij achten het juist noodzakelijk om verschil te maken tussen individuele patiënten; om de zorg meer te individualiseren. De uiteenlopende posities die de zorgverleners in deze innemen, genereren volgens leden van de onderzoeksgroep onrust in het team. Moet je wel meegaan met de wensen van deze patiënt of niet? De een handelt zus, de ander zo. Dat mondt uit in een persoonlijke willekeur die het ook moeilijk maakt om de gemeenschappelijke afspraken en huisregels in het oog te houden. Het effect van het wisselend meegaan met de wensen van en tegemoet komen aan de behoeften van patiënten is dat er voor het gevoel van sommigen belangrijke concessies gedaan worden aan de medische normen van goede zorg. Je haalt er dan niet uit wat wenselijk is. Daartegenover stellen anderen dat zolang er op individueel niveau winst te halen valt voor patiënten door tegemoet te komen aan persoonlijke wensen, je bepaalde verliezen met betrekking tot de medisch wenselijke normeringen maar dient in te calculeren. Je moet daar niet te zwaar aan tillen. ‘Anders wordt het wanneer de agressie (van patiënten H.v.D) persoonlijk wordt, er geen correctie van het gedrag meer mogelijk is, en mensen niet meer weten wat ze nu nog voor oplossingen zouden moeten bedenken. Als je je dan ook niet gesteund weet door collega’s houdt het op.’

#### 5.7.4.2 De vragenlijst

De verkenning van de problemen rond het thema non-compliance dient als basis voor het opstellen van een vragenlijst voor de medewerkers van de afdeling. In het derde gesprek wordt de opzet van de vragenlijst besproken. Verfijning vindt plaats via email en in gesprekken met de teamleider. In de vragenlijst komen de genoemde onderwerpen uit de verkenning uitdrukkelijk aan de orde. Daarnaast wordt er ook een lijn getrokken naar de toekomstige regulering en organisatie van de zorg. De vragenlijst bestaat uit zestien open vragen geclusterd rond een viertal thema's:

1. De noodzaak om verschil te maken tussen patiënten en hun gedrag
2. Het begrijpen van en de omgang met weerstand of agressie van patiënten
3. De verschillende benaderingen door medewerkers van complex, non-compliant gedrag van patiënten
4. Voorgestelde veranderingen in frequentie van dialyseren.

De vragenlijst wordt afgesloten met ruimte voor opmerkingen en suggesties, onder andere over morele kwesties die zich in de zorg op de afdeling voordoen. Van de vijftien uitgegane vragenlijsten komen er zeventien terug. Verpleegkundigen en artsen geven in informele contacten met leden van de onderzoeksgroep aan dat het beantwoorden een heel werk is, maar hen wel aan het denken zet. Sommigen geven aan dat ze begonnen zijn met het invullen van de vragenlijst maar er niet aan toekomen om hem af te maken.

#### **Opmerking**

*Hoewel alle medewerkers van de afdeling volgens de definitie van **behandelingsonderzoek** (mede)onderzoeker zijn van hun eigen praktijk, blijkt uit de respons op de vragenlijst (38%) dat het niet alle medewerkers lukt deze bijdrage (invullen van de vragenlijst) aan het onderzoek te leveren. Dat betekent niet noodzakelijk dat de medewerkers niet betrokken zijn bij het onderzoek, maar*

*hier rijst wel de vraag hoe je bij een dergelijke grote groep (veertig leden) alle leden van de groep voldoende betrokken houdt bij het handelingsonderzoek en hen allemaal onderzoeker van hun eigen praktijk laat zijn.*

#### **5.7.4.3 Terugkoppeling van de gegevens van de vragenlijst met het team**

De onderzoeker rubriceert de antwoorden in een schriftelijke rapportage en spreekt dit door met de onderzoeksgroep in een vierde gesprek. Op grond hiervan maakt de onderzoeker in samenwerking met de teamleider een gespreksnotitie die met de onderzoeksgroep, de afdelingsleiding en vervolgens met het team wordt doorgenomen. Dat laatste gebeurt aan de hand van een powerpoint presentatie tijdens een aparte teambijeenkomst. De gespreksnotitie en de presentatie valt in twee gedeelten uiteen. In het eerste deel wordt een impressie gegeven van de onderzoeksresultaten. De aandacht gaat onder meer naar problematische dimensies van gedrag van non-compliant patiënten (er zijn ook niet problematische aspecten in dat gedrag) en aan factoren die dat gedrag beïnvloeden. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen beïnvloedende factoren terzijde van de patiënten, maar vooral terzijde van de zorg: de cultuur van de zorgverlening, kennis en vaardigheden van zorgverleners en de organisatie van verantwoordelijkheden. In het tweede deel komen verbeterpunten aan de orde met betrekking tot a. zorgvisie; b. verantwoordelijkheidsverdeling; c. dossiervorming en communicatie; d. kennis en vaardigheden; en e. regels en grenzen. Een en ander mondt uit in een aantal concrete voorstellen voor praktijkverbetering. Werken daaraan ‘zou moeten leiden tot een betere omgang met de problematiek van non-compliance bij vooral jonge patiënten.’ Het gaat om de volgende punten:

1. Introductieprogramma evalueren en opstellen informatiefolder met verwachtingen, huisregels etcetera.
2. Met individuele nieuwe patiënten na enkele maanden verwachtingen over en weer evalueren
3. Ontwikkelen, vaststellen regels voor onderlinge communicatie medewerkers (communicatiecode)
4. Training/scholing met kernelementen: omgaan agressie, onderhandelingsvaardigheden, achtergronden van gedrag.
5. Casusbesprekingen met als doel meer zicht te krijgen op verschillende waarden en normen in omgang met patiënten en vaststellen van gedeelde waarden.
6. Evalueren/vaststellen verantwoordelijkheden eerst verantwoordelijk verpleegkundige
7. Afspraken voor dossiervorming inzake non-compliance
8. Standaardprogramma ontwikkelen voor benadering non-compliance
9. Afspraken met andere centra over overname/uitwisseling patiënten
10. In kaart brengen juridische aspecten van begrenzing van zorg
11. Discussie over patiëntgerichte zorg verder brengen.



In de teambespreking herkennen de leden van het team de uitkomsten van de verkenning van de problematiek in de onderzoeksgroep en de uitkomsten van de schriftelijke enquête en onderschrijven deze op hoofdlijnen. De verbetervoorstellen worden nader tegen het licht gehouden en bediscussieerd. Sommige punten (1,2) worden als vanzelfsprekend overgenomen. Met betrekking tot andere punten (3, 4) rijst de vraag of die wel helpen, omdat daar het probleem niet zit (4) of omdat dat al eens geprobeerd is (3). Het gesprek spitst zich toe op het bestaan van verschillende opvattingen in het team; op de noodzaak om tot betere afstemming te komen (5,11). De veronderstelling is dat daarmee ook andere zaken verhelderd kunnen worden, zoals de verantwoordelijkheid van de eerst verantwoordelijk verpleegkundige (6) en het omgaan met het dossier (7). Over de afspraken met andere centra (9) is de veronderstelling dat die niet veel zoden aan de dijk zullen zetten. En over de juridische begrenzing van de zorg (10) wordt gesteld dat het daar pas in laatste instantie om kan gaan.

#### **5.7.5 Vervolg: een volgende ronde van gesprekken over goede zorg**

De leiding van de afdeling neemt de verantwoordelijkheid op zich voor het programmeren van mogelijke actiepunten die we in de vorige paragraaf beschreven. In dat kader maakt de leiding ook nieuwe afspraken met de onderzoeker over een aantal te houden gesprekken. Feitelijk wordt met de opzet en doelstelling van deze gesprekken het onderzoek verder voortgezet. Men zou van een verdieping kunnen spreken ten opzichte van de eerste verkenning.

De inzet van de vervolgesprekken zoals die met de medewerkers wordt afgesproken is 'om een zo goed mogelijk beeld te scheppen van elkaars verwachtingen met betrekking tot de zorg (de punten 5 en 11 van de lijst uit de vorige paragraaf): Wat vinden jullie eigenlijk belangrijk in de zorg? Wat verwacht je van elkaar qua ondersteuning? Hoe kunnen we verbeteringen aanbrengen in de vormgeving van de zorg? Aan welke waarden en normen dient zorg te voldoen, wil het goede zorg heten?' (uit brief aan de deelnemers). Het gegeven dat het vooral zou moeten gaan om de zorg aan patiënten bij wie zich op het gebied van de medewerking aan de behandeling problemen voordoen, wordt losgelaten: 'Er zijn meer en andere vragen die puzzelen in de zorg voor dialysepatiënten.'

Ieder met verantwoordelijkheden in de zorg krijgt een uitnodiging om deel te nemen. De verwachting is dat de gesprekken verheldering zullen bieden voor de wijzen waarop de medewerkers in de zorg staan; dat daardoor meer begrip ontstaat voor verschillen in opvattingen; en de mogelijkheden om met elkaar in gesprek te gaan worden verruimd.

In welke mate concrete oplossingen gevonden worden voor vragen waar men tegen aanloopt, is onzeker. Er is (bij de afdelingsleiding) wel vertrouwen dat de gesprekken in ondersteunende zin zullen helpen, maar de verwachtingen zijn niet zeer hoog.

Naast de verpleegkundigen nemen artsen, maatschappelijk werk en diëtisten deel. Rekening houdend met diensten worden de betrokken medewerkers ingedeeld in vier



groepen van tien deelnemers. Met een tussenpoos van ongeveer een maand worden twee opvolgende gesprekken per groep gepland van steeds twee uur. Van elk gesprek maakt de onderzoeker een verslag dat aan de deelnemers wordt toegezonden. Het verslag van de eerste bespreking nemen de deelnemers aan het begin van de tweede bijeenkomst door. Per mail kunnen mensen commentaar leveren op het verslag van de tweede bijeenkomst. De onderzoeker spreekt met de deelnemers af dat op basis van alle gesprekken een eindverslag wordt gemaakt dat de belangrijkste gegevens bundelt. Dat verslag zou inzicht moeten geven in de manier waarop de medewerkers over de zorg denken en aanzetten dienen te geven voor een 'helder en gedeeld normatief kader voor het werk op de dialyseafdeling.' Op basis van de verslaglegging is een presentatie gehouden voor de medewerkers van de afdeling, waarin de resultaten worden voorgelegd en waarin doorgesproken wordt over conclusies en over een vervolg. Pas na de presentatie en een mailronde langs deelnemers wordt een definitief verslag opgemaakt.

### **Opmerking 1**

*Zoals al enkele malen is aangegeven, is de verslaglegging en de bespreking van het verslag met de deelnemers van essentieel belang om de verantwoordelijkheid voor de richting en uitwerking van het handelingsonderzoek bij de afdeling en de leden van de doelgroep te leggen. Dat wil zeggen: om ervoor te zorgen dat het hun eigen onderzoek is.*

### **Opmerking 2**

*Voor het traject wordt rekening houdend met de agenda van de afdeling een half jaar uitgetrokken. Overigens is de bedoeling om na het eerste gesprek in ieder van de vier groepen te beslissen over de voortgang. Dat leidt evenwel niet tot een onderbreking of bijstelling van het traject. Op een uitzondering na, verloopt het traject zoals gepland. Bij aanvang is de veronderstelling namelijk dat na het eerste gesprek met alle betrokkenen (vier bijeenkomsten) een tussentijdse rapportage kan worden opgemaakt op grond waarvan ook een inhoudelijke bijstelling van het traject mogelijk is. Dat blijkt niet het geval. De informatie blijkt op dat moment nog te weinig zicht te geven op de thematieken die spelen. Op zichzelf beschouwd zou dat een reden kunnen zijn om te stoppen. Dat gebeurt niet. Een belangrijke reden om door te gaan vormen de positieve reacties op de gesprekken in het werk. Het project wordt op zichzelf al als betekenisvol ervaren.*

### **Resultaten**

Op geleide van een nauwgezette inhoudelijke analyse van de gespreksverslagen\* door de onderzoeker is een compleet inhoudelijk overzicht gemaakt van alle thema's en kernuitspraken die in de twee gesprekken in ieder van de vier groepen (= totaal acht

---

\* De verslagen van de acht gesprekken die plaatsgevonden hebben, zijn op de volgende manier geanalyseerd:

1. Alle gespreksverslagen zijn door de onderzoeker doorgenomen op hun inhoud. Duidelijke uitspraken en meningen betreffende de onderwerpen die aan de orde zijn geweest, werden in de tekst gemarkeerd.
2. Alle gemarkeerde tekstgedeelten werden apart genoteerd en samengevat in kernuitspraken over bepaalde onderwerpen.
3. Vervolgens zijn deze kernuitspraken per gesprek en per groep thematisch geordend.

gesprekken) aan de orde zijn geweest. In de verslaglegging lezen we daarover het volgende:

*‘Dat resulteert in een overzicht van negen expliciete gespreksthema’s die op een of andere manier in de gesprekken van meerdere groepen aan de orde zijn geweest.*

*Deze thema’s zijn:*

- 1. De definitie van goede zorg (alle groepen)*
- 2. Karakterisering zorgrelatie in termen van professionele distantie (alle groepen)*
- 3. Complexe zorg (drie groepen)*
- 4. Eén lijn of geïndividualiseerde zorg? (alle groepen)*
- 5. Privileges patiënten (drie groepen)*
- 6. Macht van patiënten (drie groepen)*
- 7. Cultuur van besluitvorming (alle groepen)*
- 8. Kritiek geven en delen (drie groepen)*
- 9. Houding tegenover elkaar (alle groepen)*
- 10. Diversen.*

*Enkele thema’s die in de gesprekken zelf als aparte thema’s aan de orde zijn geweest, zijn in de concept eindrangschikking ondergebracht onder een van de bovenstaande categorieën (aangegeven tussen haakjes). Dat geldt voor:*

- a) flexibel werken (4)*
- b) effect van beslissingen die elders genomen zijn op de onderlinge communicatie van de dialysemedewerkers (10)*
- c) de ruimte van de dialyseafdeling (10)*
- d) het ontvangen van cadeaus of andere gunsten van patiënten (5)*
- e) de solidariteit van medewerkers onder elkaar (9)*
- f) het effect van de dialyse en of van de ziekte op het gedrag van de patiënten (6)*

*Op basis van dit totale overzicht wordt voor de presentatie waarin de belangrijkste uitkomsten worden voorgelegd aan de medewerkers, het aantal thema’s uit de gesprekken herzien tot een vijftal hoofdthema’s:*

- 1. Goede zorg*
- 2. Professionele distantie*
- 3. Complexiteit van zorg*
- 4. Eén lijn of individuele zorg*
- 5. Cultuur van de afdeling.*

*Daarnaast is er door de onderzoeker bij de presentatie een aantal procesopmerkingen gemaakt over het verloop van de gesprekken en de aard van de deelname van de deelnemers.*

*Ten aanzien van de presentatie is aan de deelnemers gevraagd om aan te geven waar er correcties mogelijk en nodig zijn. Er zijn geen concrete wijzigingsvoorstellen aangegeven. Deelnemers stemmen in met de weergave van de resultaten en met een voorstel voor een vervolg van de activiteiten in het kader van het onderzoek.’*

Aan het eind van het verslag over de gesprekken volgt als conclusie:

*‘Er zijn in het team uitgesproken beelden van wat goede zorg is. Die beelden geven met elkaar een vrij compleet beeld van wat in het team waardevol gevonden wordt in de zorg. Ook al leven er*

*uitgesproken beelden van goede zorg, dat betekent niet dat er zich geen problemen voordoen in de vertaling daarvan. Met name is het moeilijk een goede en stabiele oriëntatie te vinden in de omgang met patiënten die problematisch gedrag vertonen. In deze situaties kunnen hulpverleners gemakkelijk verzeild raken in machtsconflicten, die zich niet alleen afspelen in de relatie met patiënten maar vandaar uit ook in de relatie met collega's.*

*Vaak blijkt in deze situaties geen goede onderlinge afstemming mogelijk. Evenmin laten mensen zich veel gezeggen door elkaar. Ieder zoekt zijn eigen weg. De informele posities die men tegenover elkaar inneemt liggen vrij vast. Voor de patronen waarin men handelt, geldt hetzelfde: het zijn patronen waarin men individueel en informeel ondersteuning geeft en vindt bij elkaar, maar waarbij er geen heldere oplossingen gevonden worden die door eenieder gedragen worden. Als men er niet uitkomt wordt soms een oplossing gezocht door het probleem te verschuiven naar de leidinggevenden.*

*De informele steun die men bij elkaar vindt, volstaat, maar tegelijkertijd wordt er een tekort ervaren in de onderlinge collegialiteit en solidariteit. Voor de conclusies dat er reden is voor zorg en er dus ook wat aan gedaan moet worden, schrikt men gemakkelijk terug: zo erg is het toch allemaal niet.*

*In lijn van de cultuur van de organisatie zou men kunnen denken dat een oplossing gevonden zou kunnen worden in een verdere uitwerking van de individualisering en subgroepvorming op de afdeling. Op den duur lijkt dit evenwel geen soelaas te bieden. In plaats daarvan zou een andere richting uitgedacht dienen te worden.*

*Die richting wordt pas duidelijk als je de cultuur van de afdeling benadert vanuit een denken over verantwoordelijkheden in de zorg en de wijze waarop daar praktisch invulling aan wordt gegeven.'*

### **5.7.6 Uitwerking van professionele verantwoordelijkheid**

Dat denken over verantwoordelijkheden is naast de bespreking van de uitkomsten van de gesprekken, het belangrijkste onderwerp van de teambijeenkomst waarin over de uitkomsten wordt doorgepraat. Aan de hand van een verantwoordelijkheidstypering van de activiteiten van de medewerkers wordt getracht de ervaren problemen in de zorg te verhelder en een oplossingsrichting te bepalen. Hieronder volgt het deel van het verslag dat hierover handelt.

*'Om mogelijkheden voor de toekomst te exploreren, hebben we tijdens de bespreking van de uitkomsten van de gesprekken (..) gebruik gemaakt van een model dat de verschillende verantwoordelijkheden in de zorg in kaart tracht te brengen (zie hieronder).*



Figuur verantwoordelijkheden in de zorg (V&VN (2008) *Hoe ga je om met schaarste in de zorg*)\*

*Daarbij hebben we vastgesteld dat de patronen die zich voordoen in de benadering van problematisch patiëntengedrag, gemakkelijk herleid kunnen worden tot een bepaald type omgaan met verantwoordelijkheden. Het individualistisch handelingspatroon lijkt ermee samen te hangen dat we de neiging hebben om ons gedrag en handelen jegens patiënten vooral te zien als elementen van een persoonlijke relatie. We zien het daarom als een persoonlijke verantwoordelijkheid om er vorm aan te geven. Daarom lijkt het moeilijk om er afspraken over te maken en zich te houden aan de lijn die door een ander is ingezet. Ieder vindt dat hij vooral zelf moet weten hoe hij of zij invulling geeft aan zijn/haar reactie naar patiënten.*

*Als deze persoonlijke invulling van de zorg onvoldoende resultaat heeft, wordt er wel uitgeweken naar een andere verantwoordelijkheidsoriëntatie, namelijk een functionele, maar die werkt onvoldoende krachtig door. Het beroep op die functionele verantwoordelijkheid blijkt wanneer mensen appelleren aan een ingrijpen door de leiding (van de afdeling H.v.D.), maar ook wanneer ze zeggen dat we ons beter aan onze afspraken in het dossier moeten houden. En dat er afspraken moeten komen waar ieder zich aan houdt.*

*Geconstateerd kan worden dat dit uitwijken naar een functionele verantwoordelijkheid wel wat werkt, maar niet lang en niet erg intensief. Wanneer een incident is afgezwakt, wordt er weer soepeler met regels omgegaan en gaat iedereen er weer toe over om op een eigen persoonlijke manier invulling te geven aan zijn of haar handelen. De tijdelijk functionele benadering van de problemen, wordt weer vervangen door een persoonlijke. Tot zich een volgend incident voordoet.*

*Opvallend is dat er bij deze probleemsituaties niet gekeken wordt naar professionele regels of standaarden. Blijkbaar wordt de zorg hier als te persoonlijk begrepen om er vanuit een professioneel perspectief naar te kijken.*

---

\* Functionele verantwoordelijkheid betreft de verantwoordelijkheid die volgt uit de functionele rol die iemand als medewerker van een organisatie te vervullen heeft; professionele verantwoordelijkheid betreft de verplichtingen die samenhangen met de uitoefening van een bepaald beroep; persoonlijke verantwoordelijkheid wordt bepaald op grond van het persoonlijke appèl dat een zorgvrager op de zorgverlener doet.

*De vraag is of deze benadering houdbaar is voor de toekomst en of ze wenselijk is. In het gesprek erover (tijdens de teambijeenkomst H.v.D.) wordt enerzijds ingegaan op de ontwikkelingen in de patiëntenzorg. Anderzijds gaat het over de effecten van incidenten op mensen zelf en op de onderlinge verhoudingen. De vraag rijst of het niet wenselijk is om te onderzoeken of en hoe er invulling gegeven zou kunnen worden aan een meer professionele verantwoordelijkheid in het omgaan met de ervaren problemen. Zo'n onderzoek zou er als volgt uit kunnen zien. In eerste instantie is de inzet om een gedeeld kader te ontwikkelen van waaruit naar deze probleemsituaties gekeken kan worden. Daarbij kan gebruik worden gemaakt van positieve voorbeelden en ervaringen op de afdeling. Ook kan goed aangesloten worden bij de waarden en beelden van goede zorg die door de verpleegkundigen van groot belang worden geacht bij het geven van de zorg en die we in de aanvang van dit verslag hebben opgenoemd.*

*De verkenning van positieve voorbeelden en ervaringen, rekening houdend met de waarden die de groep belangrijk vindt, zou uit kunnen monden in de opzet van een soort standaardverpleegplan. Door daarmee te werken en het aan de hand van praktijksituaties systematisch te beoordelen, zou zoiets als een professionalisering van het handelen mogelijk moeten zijn.*

*Het idee is om te gaan werken met een kleine groep (een focusgroep) die representatief geacht kan worden voor de verschillende geluiden in het team. In een paar bijeenkomsten zouden ideeën uitgewerkt kunnen worden tot voorstellen voor het hele team. Vervolgens dient in de praktijk nagegaan te worden of en hoe het mogelijk is om tot betere afspraken in de begeleiding van patiënten te komen. Die evaluatie kan worden vormgegeven door met kleinere groepen inloopgesprekken te houden.*

*Het team, voor zover aanwezig op (...), stemt er van harte mee in dat er in lijn van de gepresenteerde ideeën een vervolg komt op de (eerder gevoerde H.v.D.) gesprekken (...). Dat dient te resulteren in praktische afspraken voor de praktijk. Men heeft vertrouwen in de uitkomsten.'*

### **5.7.7 Het vervolgtraject**

In lijn van de voorgestelde benadering start een vervolgtraject. Het doel daarvan is om morele problemen die zich in de zorg voordoen en die zich vooral manifesteren als bejegenvingsvragen in de relationele sfeer en die in de regel vanuit een sterk geïndividualiseerd perspectief benaderd worden, meer professioneel in te kaderen. Dat zijn de vragen die met name de verpleegkundigen het meest bezighouden. Het vermoeden is dat daarbij aangesloten kan worden bij de systematiek van verpleegplannen. Dat roept de vraag op in hoeverre het project doorgezet kan worden vanuit de ethiek. De expertise die nodig is om het project verder uit te werken komt immers steeds meer op het domein van de professionele beroepsuitoefening zelf te liggen: het betreft vooral de methodieken en technieken van de verpleegkunde. De opzet van het vervolg houdt daar rekening mee. De verantwoordelijkheid voor de koppeling aan specifiek verpleegkundige kennis ligt bij de verpleegkundigen, in het bijzonder bij de teamleider.

Om de werkzaamheden gestalte te geven wordt een kleine werkgroep van verpleegkundigen samengesteld. De opdracht is om na te gaan of de ontwikkeling van een standaardverpleegplan mogelijkheden biedt om de zorg voor patiënten die zich niet houden aan de wenselijke leefregels of anderszins problematisch gedrag vertonen dat hun

gezondheidstoestand niet ten goede komt, en bij wie nu vooral individuele reacties overheersen, meer professioneel in te kaderen. Naast de teamleider nemen vier anderen deel aan de onderzoeksgroep onder wie een verpleegkundige die op de afdeling belast is met de invoering en ontwikkeling van verpleegplannen. Dat betekent niet dat de betrokkenheid vanuit de ethiek verdwijnt: afgesproken wordt om aan het begin van het traject drie gesprekken (van een uur) met een meer ethische invalshoek te organiseren. Na de verkenning van belangrijke waarden in de zorg op het gebied van de bejegening, is de inzet om een overgang te maken naar het werken met verpleegplannen. De vraag wordt dan hoe het denken over goede zorg omgezet kan worden naar de categorieën van het verpleegplan. Wanneer deze stap is gezet, wordt in gezamenlijk overleg bekeken of betrokkenheid vanuit de ethiek in het verder uitwerken van de verpleegplansystematiek gewenst blijft.

De afspraken over de te houden gesprekken met een meer ethische invalshoek worden deels nagevolgd. Het eerste gesprek heeft allereerst een praktisch karakter (afspraken over duur, frequentie, praktische doelen) en focust daarnaast op verhalen van positieve ervaringen in de zorg voor patiënten bij wie zich problemen voordoen in de sfeer van non-compliance. Elementen die o.m. naar voren komen zijn:

1. de aanspreekbaarheid van patiënten (patiënten blijken beter aanspreekbaar op hun gedrag dan vaak verondersteld);
2. het belang om patiënten de mogelijkheid te geven hun frustraties kwijt te raken;
3. de noodzaak om patiënten te accepteren zoals ze zijn, zonder daarmee al hun negatief gedrag te accepteren;
4. het positieve effect om in een aantal situaties te aanvaarden dat de patiënt geen hoge doelen zal kunnen of willen halen.

Tenslotte wordt nog gesproken over het belang om verschillende vormen van verzet van patiënten tegen (vormen van de) zorg uit elkaar te halen. Op die manier is het mogelijk om meer aangepaste vormen van benadering in beeld te brengen, die in ieder geval aan een louter persoonlijke invulling voorbijgaan.

Het tweede gesprek concentreert zich op de vraag of het omgaan met verschillende vormen van verzet tegen de zorg, verhelderd kan worden met behulp van de verpleegplansystematiek die op de afdeling geïntroduceerd wordt (en die ontleend is aan Gordon). In deze systematiek wordt een aantal gezondheidspatronen onderscheiden, waar zich vragen kunnen voordoen die voor verpleegkundige interventies in aanmerking komen. Voorbeelden van dergelijke voor de verpleegkunde relevant geachte gezondheidspatronen zijn: de gezondheidsbeleving, voeding- en stofwisselingspatronen, activiteitenpatroon, zelfbelevingspatroon, waarden en levensovertuigingen e.d.. Aan de hand van een bespreking van enkele patiëntenvoorbeelden worden een aantal aandachtsgebieden in beeld gebracht waar zich naar de mening van de verpleegkundigen vragen voordoen. Van een aantal van de gezondheidspatronen die Gordon onderscheidt wordt vastgesteld dat zich daar bij verschillende patiënten problemen voordoen, maar dat deze problemen niet primair aandacht behoeven. Het verzet van patiënten manifesteert zich daar wel, maar als je alleen daarop focust heb je kans dat je aan de belangrijkste vragen en behoeften van patiënten voorbijgaat. Een belangrijk voorbeeld van zo'n patroon is het voeding- en

stofwisselingspatroon: het verzet van patiënten manifesteert zich juist hier. De gehanteerde normen die van levensbelang zijn, ervaren vooral jonge patiënten als een vaak keiharde maatstaf met alle gevolgen van dien. Als voorbeelden van gezondheidspatronen die in relatie tot verzet en non-compliance veel meer aandacht behoeven maar waar minder aandacht naar uitgaat, worden genoemd de zelfbeleving en de gezondheidsbeleving.

In het derde gesprek wordt deze lijn doorgezet: met name wordt in dit gesprek gekeken naar mogelijkheden om problemen die zich in de relatie met patiënten voordoen, met bepaalde interventies aan te pakken. Aan de hand van concrete voorbeelden uit de zorgpraktijk worden deze mogelijkheden vergeleken. Het werken met een bril van gezondheidspatronen opent het perspectief op een gemakkelijker hanteerbaar maken van vaak als onoplosbaar ervaren individuele problematiek.

Aan het eind van deze drie verkennende gesprekken wordt terugkijkend in die lijn geconstateerd dat de voorgestelde benadering om aan de hand van verpleegplansystematiek een andere, meer professionele houding te ontwikkelen in de zorg voor patiënten alleszins mogelijkheden biedt. Het verslag van de derde bijeenkomst meldt onder meer:

*Met betrekking tot de aanpak van deze problemen: het verheldert om ze te herleiden tot de grondpatronen van gezondheid van Gordon. Het maakt dat je breder naar de problematiek kijkt. Dat je de gelaagdheid en de complexiteit beter in de gaten leert krijgen. Het roept wel vragen op over de mogelijkheden om er grip op te krijgen. In dat kader worden nog enkele opmerkingen gemaakt. In de eerste plaats is er het besef in de focusgroep dat je soms moet accepteren dat er niet echt grote vooruitgang te boeken is bij een patiënt. Bij een aantal mensen moet je ervan uit gaan dat er eigenlijk geen winst meer te halen is, wat voor inspanningen je ook nog doet. Soms moet je het opgeven. Misschien gebeurt er in zo'n situatie nog wel wat, dat er toevallig toch nog echt vooruitgang mogelijk blijkt maar je moet daar niet op uit zijn. Een tweede opmerking betreft de manier waarop je de zorg insteekt. Heel vaak ben je juist m.b.t. de problematiek van deze mensen, die niet mee willen werken, die absoluut therapieontrouw zijn, geneigd om alles in termen van zware problemen te zien. Veel beter lijkt het, om dat los te laten. Niet langer focussen op problemen, op de dingen die niet goed gaan, maar vooral kijken naar de dingen die wel goed gaan. Als je steeds in de sfeer van problemen blijft zitten wordt de zorgrelatie negatief ingevuld. Gaat de patiënt zich extra verzetten omdat alles als sanctie wordt ervaren en uitgelegd. Een positieve aanpak, waarbij je vooral inzet op de positieve ervaringen en belevingen zou veel beter uit kunnen werken. Iedere vooruitgang markeren, positief kijken naar de toekomst, naar de dingen die mensen naast hun ziekte en hun dialyse hebben. Dat zou wel eens een veel effectievere werkwijze kunnen zijn.'*

Op grond van de evaluatie van de gesprekken wordt aan het team en de leiding van de afdeling voorgesteld het traject op een praktisch niveau door te zetten: aan de hand van besprekingen van concrete patiëntensituaties op de afdeling zou verder gewerkt kunnen worden aan de opzet en het gebruik van een standaardverpleegplan. De verantwoordelijkheid hiervoor ligt in principe bij het verpleegkundig team. De ethicus blijft betrokken in zoverre duidelijk wordt dat het werken met verpleegplansystematiek onvoldoende helderheid en afstemming geeft over datgene wat er in de zorg bij patiënten die verzet tonen, zou dienen te gebeuren.

### 5.7.8 Actuele situatie

Bij de afronding van deze rapportage, lopen de activiteiten op de betreffende afdeling nog door. De aandacht voor het hanteren van verpleegplannen heeft zich overigens verbreed tot aandacht voor verpleegkundige systematiek tout court. Daardoor schuift de aandacht voor de ethische vragen wat naar de achtergrond, maar niet helemaal. In het leerproces om meer en beter met individuele verpleegplannen te gaan werken wordt het van belang geacht om 'technische doelen van het gebruik van het verpleegplan te onderscheiden van moeilijkheden in het denken over de zorg zelf. De vraag 'wat en hoe moet ik het opschrijven' is nu eenmaal van een andere orde dan de vraag 'wat moet ik doen'. Die dingen kunnen door elkaar gaan lopen en voor verwarring zorgen'(Uit verslag gesprek teamleider/onderzoeker). De ondersteuning van de ethicus wordt daarom gevraagd bij het leren onderscheiden van moreel geladen handelingsproblemen en technische problemen die te maken hebben met het toepassen van de verpleegplansystematiek. In het verslag van hetzelfde overleg waaraan zojuist gerefereerd werd, staat:

- *Met de begeleiders van het traject van invoering van verpleegplannen en met de werkgroep probeert de onderzoeker een zo goed mogelijk beeld te krijgen van de problemen die zich voordoen. Samen met de werkgroep en de begeleiders identificeert hij casus, waarvan het de moeite waard is om ze in een bredere groep te bespreken. Het gaat dan om de casus die inhoudelijke vragen oproepen over het handelen. Niet alleen met betrekking tot de doelen van de verpleging, maar ook ten aanzien van de activiteiten die ondernomen worden.*
- *Eens per maand wordt een inhoudelijke casusbespreking voorbereid en gehouden waarin met betrokken verpleegkundigen gekeken wordt naar het verpleegplan en naar de activiteiten die daarin opgenomen zou moeten worden. Aan deze casusbespreking neemt in ieder geval de eerst verantwoordelijk verpleegkundige van de betreffende patiënt deel. Er wordt bij het doorvoeren van de bespreking en het opstellen van een individueel verpleegplan gestreefd naar consensus in het overleg. De uitkomsten van het overleg hebben de betekenis van een advies voor de eerst verantwoordelijke verpleegkundige. Niet meer, niet minder.*
- *Wanneer de verpleegplannen van de individuele patiënten zijn opgemaakt worden deze doorgenomen om na te gaan of en in welke mate en waar er zich overeenkomsten en verschillen voordoen in de zorg voor de patiënten. Op deze manier kan worden achterhaald waar zich de meeste en meest indringende knelpunten in de zorg voordoen. Ook kan worden achterhaald of in de geboden oplossingen inhoudelijke aanwijzingen voor de opzet van een of meerdere standaardverpleegplannen zijn opgenomen. Tevens kan worden vastgesteld waar zich lacunes in de zorg voordoen.*
- *Het verdient aanbeveling om na te gaan welke standaarden er volgens de systematiek van Gordon zijn ontwikkeld voor de verpleging van dialysepatiënten en deze te beoordelen op bruikbaarheid in de eigen praktijk: leveren de bestaande standaarden ook acceptabele, richtinggevende normen voor het handelen op in de eigen situatie?*
- *Wanneer het proces wat verder ontwikkeld is en de verpleegkundigen aardig thuisgeraakt zijn op het gebied van de verpleegplannen wordt de draad weer opgepakt met betrekking tot het opstellen van een standaard voor het omgaan met non-compliance. Daarbij wordt gebruik gemaakt van de inzichten die in individuele verpleegsituaties zijn opgedaan.'*



### **Opmerking 1**

*Het project, zoals dat zich op deze afdeling ontwikkelt, draait in de kern om de invulling en beleving van professionaliteit, met name van die van verpleegkundigen. In de loop van het project wordt de betrokkenheid van artsen dan ook minder. Een en ander heeft ook te maken met het gekozen onderwerp: non-compliance en vormen van verzet tegen de medische eisen van de behandeling, zijn vooral kwesties die zich in de dagelijkse zorg manifesteren. In de contacten tussen arts en patiënt vormen ze wel een thema maar de contacten van arts en patiënt zijn in vergelijking met de contacten tussen verpleegkundige en patiënt van een andere orde. De opgave om met uitingen van non-compliance om te gaan is dan ook voor verpleegkundigen veel groter dan voor de artsen.*

*Het opmerkelijke daarbij is dat deze opgave niet professioneel ingevuld wordt, maar vooral individualistisch. Men zou kunnen zeggen dat er van bejegeningvragen in verband met non-compliant gedrag amper 'werk' gemaakt wordt. Het project zoals dat zich ontwikkelt, probeert in deze lacune te voorzien. In die zin is het uitdrukkelijk een ondersteunend project met betrekking tot (opvattingen over) professionaliteit.*

*De ondersteuning wordt vooral ervaren in het toegenomen begrip voor posities die anderen innemen: patiënten maar vooral collega's. Daardoor zijn mogelijkheden om elkaar aan te spreken op gedragingen of handelingen vergroot, ook al is men het vaak niet eens met elkaar. De conclusies over de manier waarop onderlinge problemen worden benaderd op de afdeling worden onderkend. Dat geeft een duidelijk zicht op de wijze waarop professionaliteit wordt ingevuld. Er is weinig discussie over medisch technische zaken. Daar doen zich dan ook niet veel kwesties voor.*

### **Opmerking 2**

*Het project heeft een aantal kenmerken die typerend geacht kunnen worden voor handelsonderzoek. Er is een concreet probleem, namelijk de omgang met non-compliant patiënten op de afdeling. De eerste stap is vervolgens een verkenning van het probleem. De ingestelde onderzoeksgroep gaat in gesprekken na hoe de medewerkers reageren op de zorgbehoeften van de patiënten. De verkenning wordt verbreed door alle medewerkers via een vragenlijst te raadplegen. Analyse en bespreking van de gegevens leidt tot een lijst van mogelijke actiepunten. Op twee van die actiepunten komt de nadruk te liggen, namelijk casusbesprekingen om meer zicht te krijgen op de verschillende waarden en normen binnen het team in de omgang met patiënten en de discussie over patiëntgerichte zorg verder brengen. Actie betekent voor deze punten in ieder geval dat er nieuwe gesprekken nodig zijn.*

*Op dit punt is het aan de leiding om aan te geven of er ruimte is om deze 'actie' uit te voeren. De leiding neemt de verantwoordelijkheid om ervoor te zorgen dat het onderzoek verder kan en maakt afspraken voor een volgende ronde gesprekken met de ethicus/onderzoeker.*

*Er begint nu als het ware een nieuwe cyclus van verkenning, een voorstel voor verandering en doorvoeren van de verandering. In deze vervolgesprekken onderzoeken de deelnemers met elkaar wat zij zelf verstaan onder goede zorg. Dit is opnieuw een verkenning van een thema. Deze verkenning betekent meteen een verdieping ten opzichte van de gesprekken uit de eerste ronde. Uit deze verkenning blijkt dat de deelnemers eigenlijk niet vanuit een professioneel perspectief naar de omgang met (non-compliant) patiënten kijken, maar vooral vanuit een persoonlijk of functioneel*

*perspectief. Deze gesprekken leiden tot een voorstel voor verandering (of verbetering), namelijk om de zorg voor patiënten, die zich niet aan wenselijke leefregels houden of ander problematisch gedrag vertonen, meer professioneel in te kaderen. Het idee is dat de systematiek van verpleegplannen mogelijkheden biedt voor de ontwikkeling van een dergelijk professioneel kader voor de zorg voor patiënten met problematisch gedrag.*

*Ook op dit punt is er weer een beslissing van de leiding nodig over de uitvoering van de voorgestelde 'actie' (het ontwikkelen van een verpleegplan). De actie krijgt op de dialyse afdeling het groene licht en op dit moment werkt een groep van de afdeling aan de ontwikkeling van een standaardverpleegplan. Ook wordt er gekeken naar (ook organisatorische) mogelijkheden om meer individueel georiënteerde dialyseprogramma's door te voeren.*

## 5.8 Tot slot

Uit de beschrijving van het empirische onderzoek blijkt dat handelingsonderzoek een manier kan zijn om professionals in staat te stellen hun morele praktijk te onderzoeken en daar zo nodig verandering in aan te brengen. Tegelijkertijd laat de beschrijving zien dat de uitvoering van handelingsonderzoek in een organisatie niet makkelijk is. Het vereist een behoorlijke tijdsinvestering. De directie en het management moeten ervoor open staan. Zij moeten het faciliteren en bereid zijn de uitkomsten van het handelingsonderzoek van professionals in beleid om te zetten. De beoogde doelgroep moet zichzelf ook als doelgroep zien. Zij moeten morele vragen hebben waarop ze een antwoord zoeken en dat met behulp van handelingsonderzoek zelf willen aanpakken. Dat geldt zowel voor de professionals in de directe zorgverlening als voor de medewerkers op andere niveaus in de organisatie, zoals de managers. Daarnaast is er de vraag hoe het traject met de doelgroep het beste vorm gegeven kan worden. Is het wenselijk om een kleinere onderzoeksgroep in te stellen? Wat betekent dat voor de betrokkenheid van de andere leden van de doelgroep? De continuïteit van het handelingsonderzoek als een vaste methode binnen de organisatie vraagt aandacht. Ook zijn er vragen over de rol van de ethicus. Maakt het wat uit of hij extern of intern is? Over welke competenties moet hij eigenlijk beschikken?

In het volgende hoofdstuk gaan we nader in op deze en andere aspecten rond handelingsonderzoek als voertuig voor ethiek (beleid). Dit hoofdstuk had tot doel te laten zien wat er in de praktijk daadwerkelijk gebeurt.

## 6 Het empirische onderzoek onder de loep

### 6.1 Inleiding

Wij hebben in hoofdstuk 5 een beschrijving gegeven van het empirische onderzoek met hier en daar een toelichtende opmerking. In dit empirische deel van het onderzoek is nagegaan of de gedachte klopt dat aspecten van action research – met name van ‘living theory’ – aanknopingspunten bieden om de normatieve professionaliteit en het reflectieve vermogen van instellingen te bevorderen.

Hier keren we terug naar het empirische onderzoek (hoofdstuk 5) en gaan nader in op de bruikbaarheid van handelingsonderzoek als voertuig voor ethiek(beleid). Vervolgens geven we aan welke aandachtspunten uit het empirische onderzoek naar voren komen. We beschrijven kort wat er in de praktijk gebeurde en wat dat betekent voor de introductie en uitvoering van handelingsonderzoek in een instelling. Tenslotte gaan we na wat handelingsonderzoek betekent voor de rol van de ethicus.

### 6.2 Handelingsonderzoek bruikbaar als voertuig voor ethiek(beleid)

De keuze voor handelingsonderzoek als voertuig voor ethiek(beleid) is, zoals al eerder gezegd, ingegeven door de kenmerken van handelingsonderzoek (als variant van action research). Kenmerkend voor handelingsonderzoek is dat betrokkenen medeonderzoekers zijn van hun eigen praktijk. Handelingsonderzoek gaat uit van een actieve rol van de beroepsbeoefenaars uit de directe zorgverlening bij de vormgeving van hun eigen praktijk. Dit past bij het idee dat reflectie over de dagelijkse praktijk vanuit professionele rolinvullingen een taak is van de beroepsbeoefenaren zelf. Zich buigen over de waarden en normen die een praktijk bepalen is vanuit een dergelijke opvatting geen zaak die aan anderen kan worden overgelaten: zij start bij de beroepsbeoefenaar zelf.

Bij ethisch georiënteerd handelingsonderzoek onderzoeken de betrokkenen hun eigen praktijk via een cyclus, die eveneens kenmerkend is voor handelingsonderzoek: analyse en identificatie van het morele probleem (reflectie), bedenken van mogelijke handelingsalternatieven, uitvoeren van handelingsalternatief, evaluatie van het resultaat (reflectie). Deze cyclus biedt betrokkenen de mogelijkheid om te reflecteren over normatieve keuzen en de dragende waarden en normen van hun praktijk en daarin veranderingen aan te brengen of proberen te brengen.

Het empirische onderzoek geeft enkele voorbeelden van de cyclus van het handelingsonderzoek. Het team complexe vragen van de instelling voor mensen met een verstandelijke beperking verkent samen met de onderzoeker/ethicus het thema verantwoordelijkheid (paragraaf 5.6.3). De eerste stap is een verkenning van aspecten van

verantwoordelijkheid in de zorgverlening. Een volgende stap is om de verkenning te verdiepen door te zoeken naar de situaties die volgens de betrokkenen de spanningsvolle dimensies van verantwoordelijkheid het beste illustreren. De geïdentificeerde situaties hebben betrokkenen in gesprekken daarna onderzocht en op basis daarvan is een beeld van de invulling en beleving van verantwoordelijkheid in het team ontstaan. Deze invulling en beleving van verantwoordelijkheid is samengevat in zeven regels. Die vormen een min of meer expliciete morele standaard van het team met betrekking tot het begrip verantwoordelijkheid.

Kijkend vanuit de cyclus van het handelingsonderzoek ligt de nadruk in het onderzoek van het thema verantwoordelijkheid vooral op de eerste twee stappen van de cyclus. De eerste stap is de identificatie van het morele probleem: wat verstaan wij in onze praktijk eigenlijk onder verantwoordelijkheid? Deze verkenning leidt tot de lijst met zeven regels voor verantwoordelijkheid. Met de regels hebben de teamleden hun gemeenschappelijke kader voor het denken over verantwoordelijkheid opgesteld. Daarom kan deze lijst gezien worden als een uitgangspunt voor verandering, omdat de teamleden vanaf nu dit kader als achtergrond voor hun handelen zullen kunnen gebruiken. De bruikbaarheid van het kader zou in een volgende stap nog geëvalueerd kunnen worden.

In het voorbeeld van het gebruik van de mobiele telefoon door het team complexe vragen zijn verschillende stappen van het handelingsonderzoek duidelijker terug te vinden (paragraaf 5.6.4). De eerste stap is de analyse en identificatie van het probleem: gebruik van mobiele telefoons van het werk in situaties die volgens de organisatie niet toegestaan zijn, namelijk voor contact met cliënten. De analyse bestaat uit een verkenning van de relevante waarden en normen die in deze situatie een rol spelen. Die verkenning leidt tot een voorstel voor aanpassing van de regels voor het gebruik van mobiele telefoons van het werk. In plaats van de functionele regels van de organisatie zouden professionele normen voor de omgang met cliënten doorslaggevend moeten zijn. Aangezien de beslissing over deze aanpassing van de regels niet op het niveau van de teamleden ligt, maar op het niveau van het management, legt het team het voorstel ter goedkeuring aan het management voor. Accordering van het management zorgt ervoor dat de aangepaste regels gaan gelden. In termen van het handelingsonderzoek: de voorgestelde actie wordt uitgevoerd.

In dit traject zou het gebruik van de telefoon nog nader verhelderd kunnen worden met de regels van verantwoordelijkheid zoals die eerder in het team zijn geformuleerd. Het onderzoek zou daardoor aan diepte hebben gewonnen en meer tegemoet zijn gekomen aan de ideeën van living theory. Desalniettemin kunnen de verschillende stappen die gezet zijn zo al redelijk adequaat begrepen worden als voorbeeld van ethisch handelingsonderzoek dat inspiratie vindt in vormen van action research als living theory.

Hetzelfde geldt voor de dialyseafdeling van het ziekenhuis (paragraaf 5.7). In de aanpak van de vraag hoe de verpleegkundigen van de afdeling zouden moeten omgaan met non-compliant patiënten zijn verschillende stappen van handelingsonderzoek te onderscheiden. Daarbij is in onderscheid met de casus uit de gehandicaptenzorg gebruik gemaakt van meer typisch onderzoekachtige instrumenten als een schriftelijke vragenlijst. Het

handelingsonderzoek start, zoals gebruikelijk, met de stap van de identificatie en verkenning van het morele probleem. Deze verkenning leidt tot een lijst met voorstellen voor verbetering van de praktijk. Uit die lijst kiezen de betrokkenen twee punten voor nadere uitwerking, namelijk casusbesprekingen om zicht te krijgen op de verschillende waarden en normen in de omgang met patiënten en het verder brengen van de discussie over patiëntgerichte zorg. De aard van deze twee punten maakt dat de aanpak (actie) opnieuw om een verkenning door middel van gesprekken vraagt. Op dit punt is er een beslissing nodig van 'hogerhand' of het handelingsonderzoek door kan gaan, of er daarvoor ruimte is. De verkenning van de twee punten leidt vervolgens tot de opvatting dat het wenselijk is om de omgang met non-compliant patiënten meer professioneel in te kaderen, omdat dat op dit moment ontbreekt. Een mogelijkheid daartoe zou het ontwerpen van een standaardverpleegplan kunnen zijn. Dit is opnieuw een punt waarop toestemming voor voortzetting van het handelingsonderzoek van 'hogerhand' nodig is. Na toestemming gaat een groep verpleegkundigen aan de slag met het ontwikkelen van een standaardverpleegplan. Dat functioneert als ingang om de praktijk te evalueren en meer in overeenstemming te kunnen brengen met de professionele normen.

De voorbeelden van het ontwikkelen van een kader voor het denken over verantwoordelijkheid en het gebruik van mobiele telefoons door het team complexe vragen en de omgang met non-compliant patiënten op de dialyseafdeling laten zien dat betrokkenen met behulp van handelingsonderzoek hun eigen morele praktijk kunnen onderzoeken en zo nodig kunnen veranderen. In deze voorbeelden zijn verschillende stappen van handelingsonderzoek te onderscheiden: analyse en identificatie van het morele probleem, bedenken van een voorstel voor verandering en doorvoeren van de verandering. Bij het voorbeeld van de dialyseafdeling lijkt er zelfs sprake te zijn van een aantal cycli van handelingsonderzoek (zie ook paragraaf 5.7.8). De evaluatie van de doorgevoerde verandering heeft (nog) niet plaatsgevonden.

De voorbeelden illustreren ook dat handelingsonderzoek zich niet beperkt tot het betrokken team, maar ook inspanningen van anderen (andere niveaus) binnen de organisatie vraagt. Het voorbeeld van de mobiele telefoons toont hoe de reflectie zich uit kan strekken tot waarden die bepalend zijn voor de kaders waarbinnen je werkt of de regels van de organisatie. Vanuit het team gaat er vervolgens een voorstel voor aanpassing van de regels naar het management dat daarover moet beslissen. Het voorbeeld van de dialyseafdeling laat zien dat op verschillende momenten het hoofd moet beslissen over de voortgang van het handelingsonderzoek. Met name omdat geconcludeerd wordt dat ervaren problemen niet alleen betrekking hebben op de inhoud van de zorg maar ook op de cultuur van de afdeling en het team. En ook omdat duidelijk wordt hoezeer morele problemen beïnvloed worden door organisatorische condities als de bouw van de afdeling en de organisatorische regeling van de diensten. Handelingsonderzoek impliceert bijna automatisch aandacht voor de organisatorische kaders waarbinnen de professionals werken en biedt daarmee aanknopingspunten voor de bevordering van het reflectieve vermogen van organisaties.

Hoewel het empirische onderzoek op een beperkt aantal plekken is uitgevoerd, denken wij niettemin op grond van dit onderzoek tot de voorzichtige conclusie te kunnen komen dat handelingsonderzoek als voertuig voor ethiek(beleid) een manier kan zijn om de normatieve professionaliteit van zorgverleners en het reflectieve vermogen van de organisatie te versterken.

### 6.3 Handelingsonderzoek: aandachtspunten voor het proces

De beschrijving van het empirisch onderzoek laat niet alleen zien dat handelingsonderzoek mogelijkheden biedt om ethiek(beleid) in organisaties vorm te geven, maar geeft ook inzicht in aspecten waar je in de praktijk tegen aan loopt of waar je in de praktijk rekening mee moet houden bij de introductie van handelingsonderzoek als voertuig voor ethiek(beleid) in een organisatie. In deze en de volgende paragraaf gaan we nader in op een aantal van deze aspecten aansluitend op de indeling van hoofdstuk 5 in ‘deel 1 Het proces’ en ‘deel 2 Inhoudelijke uitwerking’.

Het proces (deel 1) vestigt de aandacht op de weg door de organisatie om uiteindelijk een geschikte doelgroep voor handelingsonderzoek te vinden. Aandachtspunten hierbij zijn:

- Zoektocht naar een doelgroep verloopt voornamelijk top down
- Uitleg van handelingsonderzoek en ethiek op alle niveaus van de organisatie
- Tijdsinvestering voordat handelingsonderzoek kan beginnen
- Problemen met de doelgroep van het handelingsonderzoek
- Vragen over continuïteit van het onderzoek

#### 6.3.1 Op zoek naar een doelgroep: top down

Bij handelingsonderzoek zijn betrokkenen (mede)onderzoeker van hun eigen praktijk. Zij lopen in hun dagelijkse praktijk tegen morele problemen aan. Zij zijn bereid om na te denken over hun eigen praktijk en willen op zoek gaan naar een oplossing. Dat kan leiden tot de vooronderstelling dat in het ideale geval het initiatief voor het handelingsonderzoek van de betrokkenen zelf komt. Zorgprofessionals zoeken contact met een ethicus om samen met hem via handelingsonderzoek een antwoord op hun morele problemen te zoeken en hun zorgpraktijk aan te passen.

In het empirisch deel van het onderzoek is daarvan nauwelijks sprake. De zoektocht naar een doelgroep voor het handelingsonderzoek verloopt topdown. Dit is het duidelijkste bij de instelling voor mensen met een verstandelijke beperking (paragraaf 5.4). De onderzoeker/ethicus begint bij de voorzitter van de Raad van Bestuur en daalt vervolgens via opeenvolgende besluitvormingsniveaus steeds verder de organisatie in om uiteindelijk op het niveau van de zorgprofessionals een doelgroep te vinden (het team complexe vragen). Onderweg wordt wel nagegaan of managers en leidinggevendenden niet ook een doelgroep kunnen zijn, maar de perceptie van onderzoek op het gebied van de ethiek is

klaarblijkelijk zo sterk verbonden met ervaren problemen van professionals dat een identificatie van leidinggevend en management als doelgroep niet gemakkelijk plaatsvindt (zie verder paragraaf 6.3.5).

De aanmelding van het tweede team ambulante begeleiders bij de instelling voor mensen met een verstandelijke beperking (paragraaf 5.4.7) en de aanmelding van de dialyseafdeling van het ziekenhuis (paragraaf 5.5.2) komen nog het dichtste in de buurt van een initiatief door de betrokkenen zelf. In beide gevallen meldt de leidinggevende weliswaar het team respectievelijk de afdeling aan voor handelingsonderzoek, maar de lijnen met de beoogde doelgroepen (de medewerkers van het team/van de afdeling) zijn kort.

Nu gaat het hier om *onderzoek* naar de bruikbaarheid van handelingsonderzoek als voertuig voor ethiek(beleid). Dat zou tot het idee kunnen leiden dat de topdown benadering alleen daarmee te maken heeft, zeker omdat het *onderzoek* naar de bruikbaarheid van handelingsonderzoek ook voorbeelden van eigen initiatief van directe doelgroepen laat zien. Wij denken echter dat dat niet het geval is en dat ook als het niet om *onderzoek* naar handelingsonderzoek gaat, de weg naar de uiteindelijke doelgroep soms topdown zal zijn. De reden daarvoor is dat het initiatief om te zoeken naar vormgeving van het ethiek(beleid) ook van de directie van een instelling kan komen, zoals bijvoorbeeld gebeurde bij de hospitia (paragraaf 5.5). De instelling benadert de ethicus met de vraag of hij ondersteuning kan bieden bij het ontwikkelen van ethiek(beleid). In de praktijk zal de instelling niet altijd op de hoogte zijn van de verschillende mogelijkheden die de ethicus heeft om die ondersteuning te bieden. Afhankelijk van de vraag van de instelling kan de ethicus aangeven dat naar zijn idee handelingsonderzoek een optie is. Op het moment dat de instelling dan instemt met het handelingsonderzoek, zal de weg naar de zorgprofessionals in de directe zorgverlening veelal topdown zijn.

### **6.3.2 Gesprekken over handelingsonderzoek en ethiek op alle niveaus van de organisatie**

Als onderdeel van de topdown benadering heeft de onderzoeker/ethicus op de verschillende niveaus gesprekken gehad met het de verschillende leidinggevend en, al dan niet in teamverband. In die gesprekken heeft de onderzoeker/ethicus steeds uitleg gegeven over handelingsonderzoek (wat houdt het in; wat vraagt het van de organisatie) en over ethiek (gaat niet alleen over de grote dilemma's, maar ook over de routines in de dagelijkse zorgverlening). Daarnaast heeft hij met de deelnemende leidinggevend en gekeken welke morele problemen er volgens hun spelen, zowel op hun eigen niveau als op andere niveaus binnen de organisatie. Tenslotte is de vraag welk team of welke afdeling binnen de organisatie een geschikte doelgroep is om met handelingsonderzoek aan de slag te gaan.

Al deze uitleg is nodig omdat voor het *onderzoek* naar de bruikbaarheid van handelingsonderzoek als voertuig voor ethiek(beleid) de instemming van de instelling of organisatie nodig is. Verder heeft de externe onderzoeker/ethicus alleen via het management toegang tot de zorgprofessionals in de directe zorgverlening.

Toch geldt ook hier naar onze mening dat deze gesprekken op alle besluitvormingsniveaus (bijna) altijd nodig zullen zijn. Ethisch handelingsonderzoek impliceert een noodzakelijke betrokkenheid van meerdere organisatorische lagen bij het onderzoek en bij ethiek. Bijna vanzelf wordt ethische reflectie breder getrokken dan de handelingsproblemen van individuele professionals. Op zich kan een team of afdeling zelf via een handelingsonderzoek de eigen zorgpraktijk aanpassen, indien de besluitvorming over de voorgestelde aanpassing binnen hun eigen beslissingsbevoegdheid valt. Wil handelingsonderzoek kunnen dienen als voertuig voor ethiekbeleid zal het echter door de organisatie gedragen moeten worden. Dat betekent dat niet alleen de professionals uit de directe zorgverlening, maar ook hun leidinggevendenden, managers, directeur(en) en eventueel Raad van Bestuur achter deze aanpak van ethiekbeleid binnen de organisatie zullen moeten staan. Zij zijn tenslotte verantwoordelijk voor het ethiekbeleid in de organisatie. Ook heeft handelingsonderzoek op het niveau van professionals effecten die verder kunnen reiken dan het professionele werk in enge zin. Handelingsonderzoek strekt zich duidelijk uit naar de organisatorische context waarin die professionele beroepsuitoefening plaats vindt. Dat betekent dat degene, die overweegt handelingsonderzoek als voertuig voor ethiek(beleid) te gaan gebruiken of dat gebruik wil stimuleren, op de verschillende niveaus binnen de organisatie zal moeten uitleggen wat handelingsonderzoek inhoudt.

### 6.3.3 Tijdsinvestering nodig

Een van de constatering in het vorige hoofdstuk over het empirische deel van het onderzoek is dat het nogal wat tijd kost voordat het *onderzoek* naar de bruikbaarheid van het handelingsonderzoek van start kan gaan, zeker bij de instelling voor mensen met een verstandelijke beperking (paragraaf 5.4.3). Aangezien het om een *onderzoek* naar de bruikbaarheid van handelingsonderzoek gaat, is de medewerking van en begeleiding vanuit de organisatie vereist. Verder is de verantwoordelijkheid voor het ontwerp, de richting en uitvoering van het handelingsonderzoek bij de betrokken organisatie en haar medewerkers gelegd, vanuit het uitgangspunt dat zij onderzoeker zijn van hun eigen praktijk.

Dat betekent een behoorlijke tijdsinvestering voor de onderzoeker om in gesprekken en bijeenkomsten aan het verantwoordelijke management uit te leggen wat handelingsonderzoek inhoudt en zou kunnen betekenen voor de organisatie. Tegelijkertijd is de onderzoeker van anderen afhankelijk voor de opzet van het onderzoek en het tempo waarin een en ander verloopt, omdat de verantwoordelijkheid daarvoor bij de organisatie en haar medewerkers gelegd is. Al met al betekent dit dat er geruime tijd verloopt voordat het (onderzoek naar het) handelingsonderzoek van start kan gaan.

Bij de hospitia en de afdeling van het ziekenhuis gaat het iets sneller omdat meteen duidelijk is met welke groep binnen de betreffende organisatie de onderzoeker aan de slag kan gaan en omdat deze instellingen zelf met een verzoek tot handelingsonderzoek bij de onderzoeker komen. Niettemin verloopt ook hier geruime tijd voordat het handelingsonderzoek daadwerkelijk kan beginnen. Ook bij deze instellingen zijn gesprekken



nodig met het management en/of leidinggevenden en die gesprekken vinden verspreid over een aantal maanden plaats. Verder moet het handelingsonderzoek bijvoorbeeld ingepast kunnen worden in de lopende activiteiten en moeten betrokkenen beschikbaar zijn (d.w.z. ruimte hebben in hun agenda). Dat vergt allemaal tijd.

Opnieuw zou het idee kunnen zijn dat deze vertraging specifiek te maken heeft met het feit dat het hier gaat om *onderzoek* naar de bruikbaarheid van handelingsonderzoek als voertuig voor ethiek(beleid). Wij denken echter dat deze tijdsinvestering ook zal spelen als het niet om *onderzoek* naar handelingsonderzoek, maar direct om de uitvoering van handelingsonderzoek gaat. Zoals we in de vorige paragraaf al hebben aangegeven, zullen gesprekken met leidinggevenden op de verschillende beslissingsniveaus binnen de organisatie meestal nodig zijn om draagvlak voor deze vormgeving van ethiekbeleid te krijgen. En ook om veranderingen in lijn van het onderzoek te accorderen en te faciliteren. Aangezien het ook hier belangrijk is dat de verantwoordelijkheid voor de opzet en uitvoering van het handelingsonderzoek bij de organisatie en haar medewerkers ligt, zal ook in dit geval het tempo bepaald worden door de organisatie en haar medewerkers en door praktische punten als aansluiting of invoeging in de lopende processen binnen de instelling.

Lijkt het proces vanwege alle tijdrovende aspecten niet erg efficiënt, daar kan tegenin worden gebracht dat het in gesprek raken met (mogelijke) opdrachtgevers en doelgroepen in een organisatie over een handelingsonderzoek, op zichzelf al betekenis heeft. Het proces appelleert aan bepaalde ideaalbeelden van professionaliteit zoals die kunnen worden hooggehouden voor beroepsbeoefenaren én organisaties van gezondheidszorg. Daarmee draagt het proces, nog voordat een concreet traject rond een bepaald onderwerp van start is gegaan, al bij aan de opbouw van reflexiviteit als kenmerk van die organisatie en haar medewerkers.

#### **6.3.4 Acceptatie van zichzelf of door anderen als doelgroep: de zorgprofessionals**

Uit het empirische onderzoek blijkt dat instemming van bijvoorbeeld de directie met het (onderzoek naar de bruikbaarheid van het) handelingsonderzoek nog niet betekent dat het handelingsonderzoek ook kan starten met het beoogde team in de directe zorgverlening. We hebben om dit verschil aan te duiden de termen opdrachtgever en doelgroep gebruikt (paragraaf 5.3). De directie kan opdracht of toestemming geven voor het (onderzoek naar de bruikbaarheid van het) handelingsonderzoek en daarbij een bepaald team binnen de organisatie als doelgroep op het oog hebben. Dat team moet zichzelf echter ook als doelgroep van het handelingsonderzoek zien. De leden van het team moeten instemmen met het (onderzoek van het) handelingsonderzoek en het handelingsonderzoek inderdaad als een eigen onderzoek zien waarbij zij binnen zekere grenzen in vrijheid hun eigen morele praktijk kunnen onderzoeken. Is dat niet het geval, heeft het geen zin om het handelingsonderzoek te starten. Het voorbeeld van het ziekenhuis (paragraaf 5.3) illustreert dit. De betrokken medewerkers hebben niet het idee dat het handelingsonderzoek bedoeld

is om hen te ondersteunen. Zij zien het als een beheersingsinstrument van het management of de directie.

Het is weliswaar belangrijk dat de directie, het management en leidinggevend en het handelingsonderzoek ondersteunen, maar het moet niet aan medewerkers/teams binnen de organisatie opgedrongen worden. Dat zal averechts werken. Als handelingsonderzoek echt van betekenis wil zijn, moeten medewerkers/teams de ruimte krijgen om zelf te beslissen of zij met behulp van handelingsonderzoek hun eigen zorgpraktijk willen onderzoeken. Zij moeten het onderzoek als iets van henzelf kunnen zien en de verantwoordelijkheid ervoor kunnen en willen nemen.

Het omgekeerde kan ook voorkomen. Een team of afdeling ziet zichzelf als doelgroep van handelingsonderzoek, maar de directie ziet dit team of deze afdeling niet als geschikte doelgroep om met handelingsonderzoek aan de slag te gaan. In het onderzoek zijn we deze situatie niet expliciet tegengekomen.

In beide gevallen zal degene, die overweegt handelingsonderzoek als voertuig voor ethiek(beleid) te gaan gebruiken of gevraagd is om handelingsonderzoek binnen een instelling te begeleiden, na moeten gaan of en hoe de gerezen problemen op te lossen zijn. Is de gedachte dat handelingsonderzoek dient als beheersingsinstrument van de directie weg te nemen? Zijn er waarborgen voor de relatieve onafhankelijkheid van de doelgroep bij het handelingsonderzoek te geven? Waarom vindt de directie een bepaalde doelgroep ongeschikt? De uitkomst kan in sommige gevallen zijn dat het geen zin heeft om het handelingsonderzoek te starten.

### **6.3.5 Acceptatie van zichzelf als doelgroep: leidinggevend en, management, directie**

Met handelingsonderzoek als voertuig voor ethiek(beleid) zetten we in op de versterking van de normatieve professionaliteit van de zorgverleners, maar niet alleen van hen. Kijkend naar de cyclische vormgeving van handelingsonderzoek, kun je zeggen dat ethiek pas werkzaam wordt in een organisatie als er deelprojecten worden doorgevoerd die op elkaar aansluiten. Ethiek op organisatieniveau is, vanuit het perspectief van handelingsonderzoek, een cyclisch proces dat uiteindelijk geïntegreerd raakt in de normale bedrijfsprocessen. De organisatie valt te beschouwen als een reflectieve organisatie, wanneer er leer- en onderzoekscycli plaatsvinden waarin steeds opnieuw praktijken en de daarin gebezigde routines worden bevraagd op hun morele houdbaarheid. Dit impliceert dat bij een reflectieve organisatie niet alleen de zorgprofessionals, maar ook de directie, het management, de leidinggevend en en hoofden zich als doelgroep van handelingsonderzoek zullen moeten zien.

Het empirische onderzoek laat echter zien dat de directie, het management, leidinggevend en en hoofden weliswaar erkennen dat ook aan hun werk morele aspecten zitten en dat zij met morele problemen geconfronteerd worden, maar dat zij zichzelf niet als doelgroep voor handelingsonderzoek zien. Het feit dat het hier gaat om een *onderzoek* naar de bruikbaarheid van handelingsonderzoek kan de oorzaak van deze opvatting zijn. Bij

de instelling voor mensen met een verstandelijke beperking blijkt bijvoorbeeld uit een gesprek met de hoofden dat zij hun rol vooral zien als klankbord voor de onderzoeker bij zijn onderzoek naar de beleidsmatige inzet van handelingsonderzoek. De moraliteit van hun eigen handelen is daarom geen gespreksonderwerp voor hen. In een nader gesprek blijkt dat de hoofden een uitgesproken managersperspectief hanteren: ethiek dient om zorgprofessionals te ondersteunen bij hun omgang met morele problemen, niet om managers te ondersteunen. De managers zijn vooral geïnteresseerd in de vraag wat het handelingsonderzoek oplevert: kunnen zorgprofessionals nu beter omgaan met morele vragen (paragraaf 5.4.4)?

Wij denken dat ook indien er geen sprake is van *onderzoek* naar de bruikbaarheid van handelingsonderzoek, de mogelijkheid reëel is dat de directie, managers, leidinggevend en hoofden zichzelf bij de invoering van handelingsonderzoek als voertuig voor ethiek (beleid) niet direct als doelgroep van handelingsonderzoek zullen zien. Aanknopingspunten voor dit idee komen ook uit het empirische onderzoek. Uit het nadere gesprek met de hoofden van de instelling voor mensen met een verstandelijke beperking blijkt dat zij een heel beheersmatige werkorientatie hebben (paragraaf 5.4.4). Een andere indicatie is de afwijzing van de rol als inhoudelijk gespreksleider door de teamleiders. De teamleiders zijn in eerste instantie de beoogde ‘opvolgers’ van de onderzoeker/ethicus om het handelingsonderzoek binnen de organisatie voort te zetten. Zij zien uiteindelijk af van deze rol onder meer omdat zij vooral in termen van functionele verantwoordelijkheid denken. Zij zien het als hun taak om de standpunten van de organisatie te vertolken naar de teams en zien hun rol als faciliterend. Zij willen hun tijd kunnen besteden aan managementachtige zaken (paragraaf 5.4.8). Tenslotte constateert de voorzitter van de Raad van Bestuur dat bij de instelling voor mensen met een verstandelijke beperking de aandacht van het management al een paar jaar bijna exclusief uitgaat naar productiegegevens en de beheersing van processen (paragraaf 5.4.9).

De beheersmatige werkorientatie, het denken in termen van functionele verantwoordelijkheid en de concentratie van de aandacht op productiegegevens en beheersing van processen zijn geen kenmerken die exclusief zijn voor de leidinggevend en van de instelling voor mensen met een verstandelijke beperking die aan dit onderzoek heeft meegedaan. Het zijn kenmerken die vrij algemeen als karakteristiek voor leidinggevend en worden gezien.

Dat betekent dat van degene, die overweegt handelingsonderzoek als voertuig voor ethiek (beleid) te gaan gebruiken of gevraagd is om handelingsonderzoek binnen een instelling te begeleiden, een behoorlijke inzet en tijdsinvestering nodig kan zijn om handelingsonderzoek niet te beperken tot de zorgprofessionals in de directe zorgverlening.

Afhankelijk van de specifieke situatie van de instelling, kan het verstandiger zijn om niet meteen de leidinggevend en als doelgroep van handelingsonderzoek te benaderen, maar om in eerste instantie het handelingsonderzoek te beperken tot de zorgprofessionals uit de directe zorgverlening, zoals bij het empirische onderzoek gedaan is bij de hospita en de afdeling van het ziekenhuis (paragraaf 5.5.1). In aansluiting op dit handelingsonderzoek met

zorgprofessionals kan gekeken worden of uitbreiding van het handelingsonderzoek naar leidinggevend mogelijk is (of ook zij hun eigen morele vragen via handelingsonderzoek willen onderzoeken). Is dat niet het geval dient er in ieder geval wel voor gezorgd te worden dat zij zich in een rol van opdrachtgever (blijven) committeren aan het onderzoek.

### **6.3.6 Zorgen voor continuïteit: stabiliseren van het onderzoek.**

Een belangrijk element van handelingsonderzoek als voertuig voor ethiek(beleid) is het cyclische karakter dat het aan kan nemen. Het is een aantrekkelijk element. Het impliceert immers dat het onderzoek niet beperkt hoeft te blijven tot één onderwerp uit de praktijk. In samenspraak met de doelgroep kunnen nieuwe thema's, die voortkomen uit een uitgevoerd handelingsonderzoek, opgepakt worden. Dat geeft mogelijkheden voor verdiepingsslagen in de verheldering van het morele kader van waaruit de professionals werkzaam zijn. En het opent een perspectief op continuïteit van het traject. Een concreet project kan zo bijdragen aan de ontwikkelingen van een meer structureel ethiekbeleid. Hoewel dat in vergelijking met activiteiten die opgehangen worden aan een incidentele vraag of casus, winst lijkt, roept het ook vragen op, zoals over de mogelijkheden en de duur van begeleiding. Of over de afspraken die er aan het begin van een traject gemaakt kunnen worden over de afronding en duur ervan.

In het project in de gehandicaptenzorg is er van meet af aan aandacht geweest voor de vragen naar continuïteit van het onderzoek. De oorspronkelijke idee was dat, wanneer het handelingsonderzoek aan zou slaan, continuïteit mogelijk gegarandeerd zou kunnen worden door een overdracht van begeleidingstaken naar mensen in de organisatie zelf. Een van de veronderstellingen was dat op beleidsniveau de commissie ethiek een rol zouden kunnen spelen en het topmanagement, als opdrachtgever. Voor wat betreft de uitvoering op het niveau van de teams was de veronderstelling dat de teamleiders een rol in zouden kunnen spelen in het continueren van het proces. Dat deze veronderstelling niet opging, had onder meer te maken met rolpercepties van de betrokkenen, zoals teamleiders, de commissie ethiek en het (top)management, met betrekking tot hun taakstellingen in het project. In de vorige paragraaf wezen we daarop. Spelen dergelijke percepties een belangrijke rol, het zijn niet de enige factoren waar rekening mee dient te worden gehouden.

Heel basaal is er al het gegeven dat mensen van baan wisselen en daarmee hun rol in het project niet kunnen continueren. Dat speelt op alle locaties op verschillende niveaus. Voor een van de trajecten (een van de hospita) is het het belangrijkste motief voor een beëindiging van de activiteiten aldaar. Voor andere locaties betekent het een herdefiniëren van rollen in het project. Sowieso resulteert het in vertragingen en tijdverlies in het traject.

Van welke aard ook, te vermijden vallen dergelijke complicaties niet. Wel is het van belang om er tijdens het proces rekening mee te houden. Daarbij denken we dat het niet verstandig is om te streven naar sluitende afspraken aan het begin van het proces, zoals dat in het traject in de gehandicaptenzorg gedaan is. Ze blijken immers vanwege de onzekerheid over de richting en invulling van het project niet goed te formuleren.

Verwachtingen en veronderstellingen over de manier waarop de continuering van begonnen activiteiten gegarandeerd zou kunnen worden – bijvoorbeeld over de rol van de teamleider – worden in de projecten daarna niet meer geformuleerd zonder dat dit veel effect heeft op het verloop qua duur en intensiteit. Uitgegaan wordt van stapsgewijs verloop, waarbij steeds weer beoordeeld wordt of en hoe het traject wordt voortgezet. Dat doet ook meer recht aan de idee dat het onderzoeksproces een gezamenlijk ontwerp van deelnemers en onderzoeker is. Ook geeft het op een adequate wijze invulling aan de idee van informed consent die funderend geacht mag worden voor elk type onderzoek met mensen.

Daarbij helpt dat in het zetten van opvolgende stappen duidelijke fases vallen te onderkennen. In het empirisch onderzoek is gewerkt met een eenvoudig schema van initiatief, verkennende en actiefase. Aan de hand van die indeling kan op een zodanige wijze gesproken worden over de voortgang met doelgroep en opdrachtgevers dat die voortgang ook echt hun proces wordt; deel uit gaat maken van hun praktijk. Aan de hand van het empirisch onderzoek signaleren we bijvoorbeeld dat de beslissing om over te stappen van verkenning naar actiefase van grote betekenis is. Ook in normatieve zin. Zij impliceert een waarderend oordeel van de deelnemers over discrepanties tussen wenselijkheid en werkelijkheid in de eigen praktijk: Waarom vinden we het noodzakelijk om onze praktijk aan te passen? Waarom niet? En zij appelleert daarbij aan onderliggende opvattingen over verantwoordelijkheid voor de onderzochte praktijk.

Tevens wordt het project bij dit soort overgangen in het proces breder de organisatie in getrokken: niet alleen de deelnemers uiten zich over een vervolg, ook managers en leidinggevendenden doen dat in hun rol van opdrachtgevers. Het onderzoek wordt op zo'n moment vanuit verschillende perspectieven beoordeeld. Niet alleen het effect voor de professionals telt, maar ook de impact voor de organisatie.

Hoewel het inzetten van handelingsonderzoek het uitzicht opent op een cyclisch proces dat gedurende langere tijd binnen een (deel van een) organisatie plaats zou kunnen vinden op geleide van de ontwikkeling van professionele teams, is het, denken we, niet verstandig daar van meet af aan op in te steken. Het schept te grote verwachtingen die niet gemakkelijk waar gemaakt kunnen worden. En het gaat voorbij aan de omstandigheid dat de reële vraag of behoefte van de professionals en de organisatie bepalend zal blijken te zijn voor het verloop. Daarbij komt dat de keuze voor een meer structureel gebruik van handelingsonderzoek in een organisatie altijd afhankelijk zal zijn van geslaagde deelprojecten. Pas als er in een organisatie praktische ervaring is opgedaan met het doorlopen van een project en er positieve resultaten zijn geboekt met de verkenning van een bepaald onderwerp en eventuele aanpassingen in de praktijk, zal handelingsonderzoek als methode betekenis kunnen krijgen.

En zoals ook zo even al aangegeven, valt daarbij nog op te merken dat voor een cyclische ontwikkeling instemming gevraagd wordt van meerdere kanten. Niet alleen op het niveau van de doelgroep zal er erkenning dienen te dat de uitkomsten van het deelproject om een vervolg vragen, ook de opdrachtgevers dienen in te stemmen met een vervolg.

## 6.4 Handelingsonderzoek: aandachtspunten voor de inhoud

De inhoudelijke uitwerking (deel 2) gaat in op de daadwerkelijke uitvoering van handelingsonderzoek met een doelgroep en levert enkele aandachtspunten voor de structurering van die uitvoering. Het gaat om de volgende punten:

- Gestalte geven aan het medeonderzoeker zijn van de eigen praktijk door de professional
- De organisatie betrekken als medeonderzoeker van de praktijk
- De rol van de ethicus binnen ethisch handelingsonderzoek

### 6.4.1 Gestalte geven aan medeonderzoeker zijn van de eigen praktijk: de zorgprofessionals

Kenmerkend voor handelingsonderzoek is, zoals al herhaaldelijk gezegd is, dat betrokkenen medeonderzoeker zijn van hun eigen praktijk. medeonderzoeker zijn houdt in dat zij ook medeverantwoordelijk (moeten) zijn voor de richting en het resultaat van het onderzoek. Deze medeverantwoordelijkheid voor het onderzoek zijn moet op de een of andere manier gestalte krijgen.

#### 6.4.1.1 medeonderzoeker zijn

Uit het empirische onderzoek blijkt dat de betrokken professionals op verschillende manieren medeonderzoeker van hun eigen praktijk zijn. Bij de instelling voor mensen met een verstandelijke beperking bereiden de onderzoeker/ethicus en de teamleider van het team complexe vragen de gesprekken voor, die moeten leiden tot een analyse van het morele vraagstuk van de grenzen van de verantwoordelijkheid. De gesprekken over het thema verantwoordelijkheid vinden vervolgens plaats met het hele team complexe vragen. Dat wil zeggen: alle teamleden zijn tegelijkertijd en op eenzelfde manier medeonderzoeker van hun praktijk.

De dialyseafdeling van het ziekenhuis pakt de zaken anders aan. De onderzoeker stelt samen met vertegenwoordigers van de afdeling in voorbereidende gesprekken de centrale onderzoeksvraag vast. De medewerkers van het afdeling beslissen in een bijeenkomst of ze hiermee instemmen. Het onderzoek – in de vorm van verkennende gesprekken om het vraagstuk nader te analyseren – wordt vervolgens niet met alle medewerkers uitgevoerd. De afdeling stelt met instemming van de afdelingsmedewerkers een onderzoeksgroep in die het onderzoek verder zal ontwerpen en uitvoeren. De ethicus/onderzoeker voert de gesprekken dan ook met deze onderzoeksgroep. Het medeonderzoeker zijn van de andere medewerkers van de afdeling krijgt vorm doordat zij via het beantwoorden van een vragenlijst hun inbreng kunnen hebben. De resultaten van de vragenlijst worden tijdens een teambijeenkomst voorgelegd aan de medewerkers en zij bepalen met welke punten voor praktijkverbetering het onderzoek verder moet gaan.

Er start een nieuwe ronde van gesprekken waaraan vervolgens iedereen met verantwoordelijkheden in de zorg kan deelnemen. In deze ronde kan met andere woorden iedereen op gelijke wijze medeonderzoeker van zijn eigen praktijk zijn. Het resultaat van deze ronde is om te proberen de omgang met non-compliant patiënten professioneel in te kaderen met behulp van de verpleegplansystematiek. Om dit verder uit te werken wordt weer een kleine werkgroep ingesteld die voorstellen voor een standaardverpleegplan ontwikkelt. Om te zorgen dat meningen van heel het team doorklinken in de werkzaamheden van deze groep, wordt in de samenstelling rekening gehouden met de diversiteit in standpunten die in het team leven.

Deze voorbeelden maken duidelijk dat er niet één manier is waarop betrokkenen medeonderzoeker kunnen zijn van hun praktijk. Welke manier het beste is, zal onder meer afhangen van de grootte van de afdeling of het team en van de cultuur van de betreffende afdeling of instelling. Op het moment dat de keuze is om (deels) met kleinere onderzoeksgroepen te werken, is het wel van belang om erop te letten dat de andere leden van het team of van de afdeling voldoende medeonderzoeker van hun eigen praktijk kunnen zijn en/of blijven.

#### **6.4.1.2 medeverantwoordelijk voor het onderzoek**

Om betrokkenen daadwerkelijk medeonderzoeker van hun eigen praktijk te laten zijn, dienen zij ook medeverantwoordelijkheid te dragen voor het onderzoek. Het creëren van een gedeelde verantwoordelijkheid voor het onderzoek gebeurt op verschillende manieren.

Het betrekken van de teamleider van het team complexe vragen van de instelling voor mensen met een verstandelijke beperking bij de voorbereiding van de gesprekken met de teamleden is een manier om de verantwoordelijkheid voor het handelingsonderzoek ook bij de organisatie te leggen.

Ook de evaluatie aan het eind van een gesprek met de deelnemers en het bepalen van het vervolg voor het volgende gesprek, zoals gebeurt bij het team complexe vragen, draagt bij aan het creëren van een gedeelde verantwoordelijkheid.

De betrokkenen krijgen ook medeverantwoordelijkheid voor het onderzoek door de beslissing over de thema's en de richting van het onderzoek bij hen te leggen. Dit is te zien bij de dialyseafdeling waar weliswaar met een onderzoeksgroep wordt gewerkt, maar het hele team in een bijeenkomst uit een lijst met voorstellen de punten selecteert, waarmee men verder wil gaan. Omdat de kleine werkgroepen waarmee in de verschillende fasen gewerkt wordt, verschillend zijn samengesteld, wordt de verantwoordelijkheid ook verbreed en blijft zij niet beperkt tot steeds dezelfde voortrekkers.

Heel belangrijk voor het delen van de verantwoordelijkheid voor het onderzoek is de verslaglegging van de bijeenkomsten. De ethicus/onderzoeker maakt van alle bijeenkomsten een verslag en legt dit ter accordering voor aan de deelnemers. Met die accordering geven de deelnemers aan dat zij instemmen met de conclusies. De conclusies zijn daarmee niet (alleen) de conclusies van de onderzoeker/ethicus, maar van het hele

team. Dit maakt het proces tot een gedeeld proces waarvoor de deelnemers medeverantwoordelijk zijn.

#### **6.4.1.3 Gevolg van de medeverantwoordelijkheid: cyclus niet altijd helemaal gevolgd**

Medeverantwoordelijkheid van de professionals als medeonderzoeker van hun eigen praktijk voor het handelingsonderzoek is belangrijk, maar heeft wel tot gevolg dat de cyclus van het handelingsonderzoek niet altijd helemaal gevolgd wordt. De cyclus is weliswaar niet bedoeld als een strak model (zie paragraaf 4.2), maar lijkt toch te suggereren dat de stappen min of meer in een bepaalde volgorde gezet kunnen worden en er een redelijk vaste structuur voor de uitvoering van handelingsonderzoek is. In de praktijk blijkt deze verwachting niet te kloppen.

Het team werk- en activiteitenbegeleiders van de instelling voor mensen met een verstandelijke beperking blijkt bij de verkenning van het thema verantwoordelijkheid behoefte te hebben aan informele gespreksruimte en aan ruimte om in te gaan op actuele, individuele vragen (zie paragraaf 5.6.2). Ingaan op deze behoefte doorbreekt de cyclus van het handelingsonderzoek. De onderzoeker is echter van mening dat niet ingaan op deze behoefte ook geen optie is. De kans is groot dat de teamleden zich dan miskend zullen voelen en minder betrokken zullen raken bij het handelingsonderzoek. Dit betekent dat vasthouden aan de cyclus van het handelingsonderzoek niet altijd mogelijk is.

Ook de eigen verantwoordelijkheid van de teams voor de inrichting en uitwerking van het thema maakt dat de behandeling van het thema onvoorspelbaar is en niet altijd precies de stappen van het handelingsonderzoek volgt. Professionals kunnen bijvoorbeeld zelf van mening zijn dat zij een voldoende resultaat bereikt hebben zonder dat zij alle stappen van de cyclus van het handelingsonderzoek hebben gezet. De inhoudelijke uitwerking van het thema verantwoordelijkheid door het team complexe vragen is daarvan een voorbeeld (zie paragraaf 5.6.3 en 6.2). Het team verheldert de invulling en beleving van de verantwoordelijkheid van het team in zeven regels. Die regels vormen vanaf dat moment het kader voor het omgaan met verantwoordelijkheid. Het team ervaart de verheldering van de waarden en normen die de teamleden hanteren als voldoende en als een praktisch resultaat.

Zoals al aangegeven, is in het verder verloop van dit traject het expliciet hanteren van deze verantwoordelijkheidsregels voor de verheldering van nieuwe vragen achterwege gebleven. Achteraf beschouwd is dat jammer. Het zou het verkennen van nieuwe onderwerpen, zoals het omgaan met telefoongebruik, hebben kunnen vergemakkelijken. Tegelijkertijd zou het relateren van een concrete praktijk aan de vastgestelde regels ook weer hebben kunnen leiden tot een verdieping van het begrip van de vastgestelde regels. Een systematische terugkoppeling naar de verkenning van eerdere onderwerpen helpt met andere woorden de moraliteit van de praktijken beter begrijpen. Een van de gevolgen zou wel kunnen zijn dat de aandacht daarmee verschuift en het nodig wordt een eerdere stap te gaan hernemen.



Een organisatie die overweegt handelingsonderzoek als voertuig voor ethiek(beleid) in te zetten, moet zich ervan bewust zijn dat handelingsonderzoek weliswaar een cyclisch proces is met verschillende fasen of stappen, maar dat dat in de praktijk nog niet hoeft te betekenen dat dit proces gestroomlijnd verloopt. Soms zijn niet alle stappen nodig en soms is het een kwestie van twee stappen vooruit en een achteruit.<sup>3</sup>

#### 6.4.2 Gestalte geven aan medeonderzoeker zijn van de eigen praktijk: de rol van de organisatie

In het empirische onderzoek zijn het uiteindelijk teams uit de directe zorgverlening die samen met de onderzoeker met ethisch handelingsonderzoek aan de slag gaan. Zij onderzoeken de normatieve dimensies van hun eigen zorgpraktijk en komen (eventueel) met een voorstel voor verandering van die praktijk. Op dat moment verschuift de besluitvorming naar een ander niveau. Het hoofd, de directie of het management moet aangeven of zij akkoord gaan met de volgende stap: met een nieuwe gespreksronde of met het voorstel voor verandering van het beleid of de regels van de organisatie.

Het hoofd, de directie of het management kan instemmen met de vervolgstappen. De ontwikkeling van een kader voor het denken over verantwoordelijkheid en het gebruik van mobiele telefoons door het team complexe vragen en de omgang met non-compliant patiënten op de dialyseafdeling zijn daarvan voorbeelden.

De directie/het management kan echter ook van mening zijn dat er geen vervolgstap nodig is, omdat binnen het lopende beleid al voldoende tegemoet gekomen wordt aan de door de professionals gesignaleerde knelpunten. Dit gebeurt bij een van de hospitia (zie paragraaf 5.5.5) waar de directie oordeelt dat de discrepanties tussen de normatieve beelden van de praktijk en de praktijk zelf voldoende aandacht krijgen binnen het bestaande beleid.

Ook kan de directie/het management oordelen dat er geen ruimte is voor de voorgestelde actie of dat zij het voorstel voor verandering van het beleid of van de regels voor de organisatie niet overnemen, omdat de verandering bijvoorbeeld niet past in de strategische koers van de organisatie.

Met andere woorden, de verkenning van een morele vraag of een moreel probleem uit hun dagelijkse zorgpraktijk door de betrokken zorgverleners en hun (voorlopige) oplossing of actie om die zorgpraktijk te verbeteren, leidt niet altijd tot de daadwerkelijke uitvoering van die actie. De directie/het management kan op grond van eigen beleidsafwegingen van oordeel zijn dat de voorgestelde actie niet mogelijk, niet nodig of niet wenselijk is.

---

<sup>3</sup> McNiff en Whitehead benadrukken dit ook in hun boek. Zij geven daarin verschillende voorbeelden van action researchprojecten en schrijven; 'Bear in mind also that examples like this are fairy stories, and things often do not go so well or so smoothly. The story is presented to give ideas about where you can look for data. However, most real-life stories contain episodes of forward and backward movement. It is important to record them all, so as not to give the impression that it was an easy ride or a victory story (...). It is important also to show times when your values were denied in your practice, so that you can show the transformation that you can claim to be a living out of your values (McNiff, J. & Whitehead, J. (2006) *All you need to know about Action Research*, p. 136).

Het is belangrijk dat voorstellen tot actie vanuit de directe zorgverlening, indien mogelijk, overgenomen worden door het management. Een organisatie kan alleen een reflectieve organisatie zijn, indien de resultaten van de reflectie van alle niveaus van invloed kunnen zijn op het beleid binnen de organisatie. Dat wil niet zeggen dat ieder voorstel voor een actie (bijvoorbeeld voor een verandering van het beleid) gehonoreerd zal kunnen worden. Als de directie/het management een voorstel voor ‘actie’ afwijst, omdat zij van mening is dat het bestaande beleid er al in voorziet of de omstandigheden de ‘actie’ onmogelijk maken, heeft zij wel de verantwoordelijkheid om aan de betrokken professionals de redenen voor de afwijzing duidelijk te maken.

Stelselmatig afwijzen van de voorgestelde acties zal ertoe leiden dat de motivatie van medewerkers om via handelingsonderzoek de normatieve dimensies van hun eigen zorgpraktijk te onderzoeken en te verbeteren, af zal nemen of zal verdwijnen. Het kan er zelfs toe leiden dat medewerkers op een gegeven moment tot de conclusie komen dat zij niet langer in een organisatie willen werken, die zich niet inzet voor moreel goede zorgverlening. Handelingsonderzoek als voertuig voor ethiek (beleid) heeft dan geen zin meer. Bevordering van de normatieve professionaliteit en van het reflectieve vermogen van de organisatie zal onder druk komen te staan of spaak lopen.

Een en ander impliceert dat handelingsonderzoek zoals we dat begrijpen alleen goed ingezet kan worden als de beelden die professionals en management van hun werk en hun organisatie hebben, aan sluiten bij de normatieve veronderstellingen die handelingsonderzoek funderen. In een organisatie waarin beperkte opvattingen leven over het leervermogen van de organisatie, over de mogelijkheden en ruimte die aan professionals dient te worden voorbehouden voor eigen afwegingen en keuzes, is handelingsonderzoek niet echt op zijn plaats. Bij het inzetten van handelingsonderzoek in een (deel van de) organisatie zal de begeleidend ethicus zich dan ook van meet af aan de vraag dienen te stellen in hoeverre het inzetten van het onderzoek aansluit bij de leervermogens van de organisatie. Het vormt een aardige illustratie van de rol die de ethicus in dit soort onderzoek krijgt toebedeeld.

## 6.5 De ethicus

Het empirisch onderzoek geeft inzicht in de rol van de ethicus. In deze paragraaf gaan we nader in op deze rol van de ethicus, welke competenties voor die rol vereist zijn en het verschil tussen een interne en externe ethicus met name voor de continuïteit van het handelingsonderzoek. Ook besteden we aandacht aan specifieke veranderingen in de vorm van handelingsonderzoek, die de toepassing van action research voor de verheldering van morele vragen in een praktijk nu eenmaal met zich meebrengt.

### 6.5.1 De rol van de ethicus

Een taak van de ethicus is om de steun van de directie en het management te verwerven voor de invoering van handelingsonderzoek als voertuig voor (ethiek)beleid. Waar nodig zal hij aan de directie en het management duidelijk moeten maken dat ethiek meer inhoudt dan alleen reflectie over bijvoorbeeld medische behandelingsbeslissingen. Ook de routines in de dagelijkse praktijk van de zorg vallen binnen het domein van de ethiek. Hij zal ook aan de directie en het management moeten uitleggen wat handelingsonderzoek inhoudt en wat het voor de organisatie kan betekenen. Deze uitleg over ethiek en handelingsonderzoek zal de ethicus niet alleen aan de directie en het management moeten geven, maar op alle niveaus van de organisatie. Ook aan de professionals in de directe zorgverlening zal hij duidelijk moeten maken wat handelingsonderzoek inhoudt en betekent (zie ook paragraaf 6.3.1 en 6.3.2). Deze uitleg is nodig om draagvlak en ruimte te creëren voor het handelingsonderzoek en om ervoor te zorgen dat er binnen de organisatie bereidheid ontstaat om iets met de resultaten van het handelingsonderzoek te doen.

Een andere taak is vanzelfsprekend de begeleiding van de uitvoering van het handelingsonderzoek. De nadruk ligt hier op de term 'begeleiding'. De ethicus is bij handelingsonderzoek niet meer de expert, die ethische theorieën toepast op morele vraagstukken uit de zorgpraktijk, maar degene die zorgverleners ondersteunt bij het ontwikkelen van ethische vaardigheden om hun eigen morele opvattingen te kunnen verwoorden en verwerkelijken. De verantwoordelijkheid voor het handelingsonderzoek ligt bij de betrokkenen van een bepaalde zorgpraktijk, niet bij de ethicus. De ethicus helpt hen, vanuit zijn expertise, bij het verkennen van de morele aspecten van hun dagelijkse zorgpraktijk.

De ondersteuning of begeleiding van de ethicus gebeurt op verschillende manieren. Hij bereidt (mede) de inhoudelijke gesprekken voor. Hij kiest de gespreksmethode en begeleidt het gesprek aan de hand van de gekozen methode. Aangezien het uitgangspunt bij het onderzoeken van hun eigen praktijk is dat iedereen er toe doet (zie paragraaf 2.3 en 4.2), ligt hier een taak voor de ethicus om ervoor te zorgen dat de morele ruimte zodanig is dat deelnemers elkaar met respect behandelen, dat iedereen aan bod kan komen, dat de deelnemers naar elkaar luisteren en gezamenlijk zoeken naar een verheldering van het morele probleem. De ethicus schrijft ook de verslagen van de inhoudelijke gesprekken en (eventueel) gespreksnotities, omdat hij beter in staat is om het verslag in termen van waarden en normen te schrijven. Op deze manier zorgt de ethicus ervoor dat de betrokkenen geconcentreerd blijven op de morele dimensie van hun handelen en dat er geen morele perspectieven buiten beeld blijven.

Deze twee taken van de ethicus (creëren van draagvlak en ruimte voor handelingsonderzoek en begeleiding van het daadwerkelijke onderzoek) roepen de twee taken, die Walker onderscheidt voor de ethicus in herinnering, namelijk de ethicus als architect van de morele ruimte en de ethicus als 'mediator' (zie paragraaf 2.5)

### 6.5.2 De vereiste competenties van de ethicus

Uitgaande van de rol van de ethicus bij handelingsonderzoek, heeft de ethicus kennis van ethiek nodig. Hij dient op de hoogte te zijn van ethische theorieën en benaderingen, principes, actuele discussies binnen de ethiek over de betekenis van allerlei begrippen en dergelijke. Voor handelingsonderzoek als voertuig voor ethiek(beleid) is deze ‘ethische kennis’ van de ethicus echter niet voldoende.

Hij dient ook op de hoogte te zijn van de verschillende methodes om een gesprek over morele vragen en problemen te voeren. Hij moet weten wanneer welke gespreksvorm de aangewezen methode is bij bepaalde morele vragen of problemen en hij moet deze verschillende gespreksvormen in de praktijk kunnen begeleiden. De rol van de ethicus is echter ondersteunend. De betrokken professionals zijn zelf verantwoordelijk voor de uitvoering van het handelingsonderzoek. De ethicus zal zich daarom meer dan in het verleden dienen te bekwamen in didactische vaardigheden om betrokkenen beter te leren reflecteren over hun eigen zorgpraktijk.

Naast deze kennis van ethiek en gespreksvormen zal de ethicus een bepaalde sensitiviteit dienen te ontwikkelen voor de eigenaardigheden van organisatie en management om wegen te kunnen vinden om handelingsonderzoek een plaats te geven in de reguliere processen van de zorg en de organisatie. De ethicus moet weten hoe de organisatie in elkaar zit, wie waarvoor verantwoordelijk is, hoe besluitvormingsprocessen lopen, bij welke bestaande processen handelingsonderzoek zou kunnen aansluiten en dergelijke. Daarbij dient de ethicus onder meer na te gaan in hoeverre deze kenmerken aansluiten bij de normatieve veronderstellingen van handelingsonderzoek wat betreft de rollen van professionals en management in een reflectieve organisatie. Deze kennis krijgt een ethicus niet in zijn opleiding mee.

Verder kan een vermogen om diplomatiek op te kunnen treden en een strategisch inzicht nuttig zijn om handelingsonderzoek als voertuig voor ethiek(beleid) in een instelling geaccepteerd te krijgen.

### 6.5.3 De ethicus als interne of externe deskundige

Het huidige onderzoek is te beperkt om informatie te geven over een eventueel verschil tussen een ethicus als interne of als externe deskundige bij de inzet van handelingsonderzoek als voertuig voor ethiek(beleid). Toch is het wel mogelijk om enige overwegingen over een interne versus een externe ethicus te geven.

Sommige instellingen hebben een ethicus in dienst. Een dergelijke ‘interne’ ethicus kan als voordeel hebben dat hij de organisatie goed kent en dat hij bij de organisatie bekend is. Dat kan tot gevolg hebben dat handelingsonderzoek sneller van de grond komt, omdat de betrokken ethicus de weg binnen de organisatie kent: hij weet bij wie hij moet zijn om iets voor elkaar te krijgen. Het is echter niet gezegd dat bij een ‘interne’ ethicus het handelingsonderzoek per definitie sneller van start kan gaan. Het zal ook afhangen van de positie van de ethicus binnen de organisatie en het beeld dat men van hem of haar heeft.

Als de ethicus bijvoorbeeld slecht ligt bij bepaalde groepen zal hij meer moeite hebben om handelingsonderzoek ingevoerd te krijgen, als het al lukt.

Een externe ethicus (een ethicus, die door de organisatie benaderd wordt om handelingsonderzoek in te voeren) zal mogelijk tijd nodig hebben om de organisatie te leren kennen en om het vertrouwen van de verschillende groepen binnen de organisatie te krijgen. Voordat het handelingsonderzoek van start kan gaan, zal er waarschijnlijk enige tijd verstrijken. Een externe ethicus kan ook een voordeel zijn omdat hij geen deel uitmaakt van de bestaande machtsstructuren binnen de organisatie en daar ook geen belang bij heeft.

Het is daarom niet zonder meer aan te geven of een interne of externe ethicus de voorkeur heeft. Beide hebben hun voor- en nadelen.

Een punt waarop er wel een verschil kan bestaan tussen een interne of externe ethicus is bij de zorg voor de continuïteit van het handelingsonderzoek als voertuig voor ethiek(beleid) binnen de organisatie.

Indien de ethicus als externe deskundige is gevraagd om een organisatie te helpen om handelingsonderzoek als voertuig voor ethiek(beleid) vorm te geven, zal hij op een gegeven moment ook weer vertrekken. Zijn taak zal dan door anderen binnen de organisatie overgenomen moeten worden. Dat blijkt in het empirische onderzoek bij de instelling voor mensen met een verstandelijke beperking. De onderzoeker zet in eerste instantie in op de teamleiders als degenen die na zijn vertrek de begeleiding van de inhoudelijke gesprekken over morele, niet al te complexe vragen zullen overnemen. Hij organiseert daartoe trainingen voor de teamleiders. In de praktijk blijken de teamleiders zich echter niet als de aangewezen opvolgers van de externe ethicus te zien. De agogen nemen deze taak van de teamleiders over (paragraaf 5.4.8). Bij begeleiding van handelingsonderzoek door een externe ethicus rijst daarom de vraag of er goede opvolgers voor de externe ethicus gevonden kunnen worden, of deze opvolgers in staat zijn om inhoudelijke gesprekken over morele problemen op een adequate wijze te begeleiden en of zij dat vol zullen houden. Aangezien handelingsonderzoek als voertuig voor ethiek(beleid) zich richt op de morele dimensie van de zorgpraktijk, is eigenlijk begeleiding door een ethicus wenselijk (zie ook paragraaf 6.5.1 over de rol van de ethicus).

Indien de organisatie beschikt over een 'interne' ethicus zal deze ethicus mogelijk niet alle gesprekken over morele vragen, die in het kader van handelingsonderzoek binnen de organisatie gevoerd worden, kunnen begeleiden. Ook bij een organisatie met een interne ethicus kan het nodig zijn om anderen te trainen als gespreksleider. De interne ethicus kan echter wel de vinger aan de pols houden en in gaten houden of de gesprekken goed blijven verlopen of dat aanvullende scholing van de gespreksleiders gewenst is.

## 6.6 Tot slot

Handelingsonderzoek biedt naar ons idee de medewerkers van een organisatie de mogelijkheid om – met steun van een ethicus – de moraliteit van hun eigen zorgpraktijk te onderzoeken. De voorbeelden uit het empirische onderzoek laten dat zien.

Deze manier van werken kan de normatieve professionaliteit van de betrokken medewerkers bevorderen en hen beter in staat stellen om om te gaan met de morele vragen en problemen in hun dagelijkse praktijk. Dat kan als effect hebben dat zij zich steviger in hun schoenen voelen staan en dat zij zelfbewuster worden. Zij realiseren zich dat zij zelf in staat zijn om over hun eigen morele praktijk na te denken en dat zij voor gerezen morele vragen zelf oplossingen kunnen bedenken. Als de door hen voorgestelde oplossing of actie door het management geaccordeerd wordt, kunnen zij ervaren dat zij zelf veranderingen kunnen aanbrengen in hun praktijk, dat zij invloed hebben. Ethisch handelingsonderzoek kan in deze zin emanciperend werken. Het kan ook de betrokkenheid en motivatie van professionals versterken.

De aandachtspunten die uit het empirische onderzoek naar voren komen, maken echter ook duidelijk dat handelingsonderzoek niet door iedereen zomaar overal even ingevoerd kan worden. Het vraagt veel tijd, aandacht en de juiste competenties van een ethicus om handelingsonderzoek als voertuig voor ethiek(beleid) binnen een instelling uit te voeren. Ook valt ze niet zomaar te beschouwen als een gemakkelijk instrument om zomaar allerlei problematische situaties in de zorg aan te pakken. Ze wordt nu eenmaal gedragen door een aantal normatieve veronderstellingen over reflectieve professionals in reflectieve organisaties, die niet zomaar door iedere beroepsbeoefenaar en organisatie worden gedeeld.

## 7 Conclusies

De inzet van dit onderzoek is om na te gaan in welke mate action research - een emancipatoire onderzoeksmethode uit de sociale wetenschappen - kan helpen bij de opbouw van ethiekbeleid in zorgorganisaties. Deze inzet past bij actuele ontwikkelingen in het veld. Aan de ene kant gaat het om ontwikkelingen in de directe beroepspraktijk. Onder meer valt te denken aan het zogenaamde ‘beroepszeer’: een verschijnsel dat er in de kern op neer komt dat professionals steeds meer moeite ervaren om de motieven waarmee zij oorspronkelijk het veld van de zorg betraden, in het eigen werk overeind te houden, en zodoende eer uit hun werk te halen.

Aan de andere kant gaat het om ontwikkelingen in de praktische ethiek. In zorginstellingen worden allerlei inspanningen verricht om ethiek een steviger basis te geven in het beleid. Terwijl het grote aantal initiatieven bemoedigend is, kan tegelijkertijd geconstateerd worden dat er vaak een gebrek is aan samenhang en aan stabilisatie van het beleid.

Uit ons onderzoek blijkt dat handelingsonderzoek op basis van haar kenmerken een uitgelezen methode is om ten aanzien van beide aspecten stappen voorwaarts te zetten. In de eerste plaats vanuit de veronderstelling dat een met behulp van handelingsonderzoek vormgegeven ethiekbeleid professionals ruimte geeft om hun eigen praktijk beter vorm te geven. In de tweede plaats omdat aannemelijk is dat door de focus op het handelen van professionals ook een meer coherente oriëntatie voor het ethiekbeleid in zorgorganisaties is gegeven.

In dit laatste hoofdstuk resumeren we een aantal conclusies. Bij de verwoording van die conclusies verwijzen we, waar nodig, naar de onderzoeksvragen die we bij aanvang van het project hebben geformuleerd. (zie hoofdstuk 1).

### 7.1 Enkele conclusies

#### 7.1.1 Ethisch handelingsonderzoek kenmerkt zich door een cyclisch opbouw en is gericht op verandering

Ethisch handelingsonderzoek dat uitdrukkelijk gebruik maakt van action research, kent net als action researchprojecten in de kern een gefaseerde, idealiter cyclische opbouw. De cyclus geeft betrokkenen de gelegenheid om te reflecteren over normatieve keuzen en de dragende waarden van hun beroepspraktijk en om daarin zo gewenst veranderingen aan te brengen. Professionele zorgverleners vormen de belangrijkste doelgroep van ethisch

handelingsonderzoek, hoewel anderen, zoals leidinggevend en bestuurders, niet uitgesloten worden.

De fases van action research t.w. (1) analyse en identificatie van het (morele) probleem, (2) bedenken van handelingsalternatieven, (3) uitvoeren van het handelingsalternatief en (4) evaluatie van het resultaat zijn ook in ethisch handelingsonderzoek herkenbaar, maar krijgen een ander accent. In ethisch handelingsonderzoek ligt veel nadruk op de eerste fase: de analyse en identificatie van het morele probleem. Pas door een adequate verkenning van de aard van ervaren praktijkproblemen en van de onderliggende normatieve kaders wordt zicht verworven op de handelingsalternatieven, bijvoorbeeld op concrete afspraken om praktijken bij te stellen conform de gedeelde waarden.

Het verkennen van de morele problematiek gebeurt bij handelingsonderzoek in de regel door gesprekken, waarin afhankelijk van de aard van het te onderzoeken probleem gebruik gemaakt wordt van specifieke gespreksmethodes. Daarnaast wordt bij het onderzoek ook wel gebruik gemaakt van andere instrumenten zoals de schriftelijke enquête. Professionals krijgen vervolgens ook de vraag om gericht hun eigen praktijk te observeren en deze observaties in te brengen in het onderlinge gesprek (vraag 1).

### **7.1.2 Ethische handelingsonderzoek steunt vooral op de 'living theory'**

Voor zover ethisch handelingsonderzoek goed gerelateerd zou kunnen worden aan vormen van action research, is living theory de meest geschikte kandidaat. Deze benadering appelleert in sterke mate aan de verantwoordelijkheden van professionals om zelf het voortouw te nemen in de inrichting van hun praktijk op geleide van door henzelf gehanteerde waarden. Vooral negatieve ervaringen in het eigen handelen, waarbij dat handelen in contrast komt te staan ten opzichte van de eigen waarden en normen, vormen belangrijke aanknopingspunten voor de opbouw van een 'levende theorie'. Daarnaast gaat het bij 'living theory' om een vorm van praktische kennis die aandacht heeft voor de dynamiek van praktijken. Living theory is oorspronkelijk bedoeld voor het onderwijs, maar kan zonder al te veel moeite getransponeerd worden naar professionele praktijken in de gezondheidszorg en naar ethisch handelingsonderzoek in de zorg (vraag 3).

Ook is het mede gelet op het praktische verloop van de diverse projecten de moeite waard om de inzichten van Walker te vertalen naar aangepaste regels voor ethisch handelingsonderzoek. In de eerste plaats betreft dat het idee van een geografie van verantwoordelijkheden. Hoe professionele verantwoordelijkheid begrepen dient te worden en hoe deze zich verhoudt ten opzichte van andere verantwoordelijkheden, zoals die van cliënten en die van het management, is in nagenoeg alle deelprojecten een doorlopend thema. Door in een organisatie de verschillende verantwoordelijkheden voor de zorg en de organisatie te verhelderen en af te bakenen conform de gehanteerde waarden en normen, ontstaan mogelijkheden om tot betere afspraken te komen over de regulering van de zorg, de macht en zeggenschap over die verhoudingen. Daarnaast biedt het denken van Walker over verschillende analyseniveaus goede aanknopingspunten voor een nadere regulering van



het ethisch handelingsonderzoek. De eerste twee niveaus – 1. onderzoeken hoe een bepaalde praktijk in elkaar zit en 2. kritisch reflectie over de verhouding van de actuele praktijk ten opzichte van de gehanteerde normatieve verwachtingen – zijn redelijk goed herkenbaar in de diverse projecten. Het derde niveau – nagaan hoe de onderzochte praktijk zich verhoudt tegenover andere praktijken – wordt amper gehaald.

### **7.1.3 Verantwoordelijkheid is een kernbegrip in ethisch handelingsonderzoek.**

Ethisch handelingsonderzoek spreekt professionals uitdrukkelijk aan op hun verantwoordelijkheid om hun praktijk zelf vorm te geven conform professionele standaarden zoals ze die voor hun eigen situatie formuleren. Omdat hen een actieve rol wordt toebedacht in het project, zowel wat betreft de vormgeving van het onderzoek als wat betreft de vormgeving van de praktijk conform de uitkomsten van het onderzoek, biedt handelingsonderzoek hen kansen om hun professionele rol verder uit te bouwen.

Ethisch handelingsonderzoek veronderstelt dan ook bij de deelnemers een professionele beroepshouding. Uiteraard wordt in die lijn van de organisatie i.c. het management verwacht dat zij deze insteek ondersteunt en faciliteit. Een professionele houding en een professionaliteit ondersteunende cultuur in de organisatie is evenwel geen vanzelfsprekendheid (vraag 8).

De aanspreking van de professionals als dragers van verantwoordelijkheid voor de zorg, maakt dat handelingsonderzoek ook verschilt van vormen van ethiekbeleid waarin de sturing van het gedrag van de medewerkers conform dragende waarden en normen van de organisatie centraal staat ('compliance based' ethiekbeleid). Waarden en normen zoals die bijvoorbeeld uitgedragen worden in gedragscodes en instellingsprotocollen hebben betekenis, maar vooral in relatie tot de kritische beoordeling door de professionals voor wat betreft de waarde ervan in hun praktijk.

### **7.1.4 Ethisch handelingsonderzoek vergt tijd**

Tijd is een bepalende factor in het ethisch handelingsonderzoek. Dat begint met de initiatieffase, waarin nagegaan wordt of en waar in een (deel van de) organisatie, handelingsonderzoek een aangewezen manier is om professionals te ondersteunen in het vormgeven van hun praktijk. Het is immers mogelijk gelet op de gegeven vraag dat andere instrumenten meer aangewezen zouden zijn.

Hoe dan ook: het proces dat begint met een initiële vraag en eindigt met het besluit om handelingsonderzoek in te zetten, vergt minimaal enkele maanden. Ook het doorlopen met een groep professionals van een cyclus rond een bepaald probleem nadert in de praktijk gemakkelijk een jaar. Dat heeft onder meer te maken met het gegeven dat het onderzoek ingelast dient te worden in de gewone werkprocessen. Normaliter komt het ook boven op de reguliere taakstellingen. Dat het benodigde overleg zoveel mogelijk in aansluiting op de gebruikelijke overlegmomenten wordt ingepland, verzacht op het oog het

tijdsbeslag wat maar maakt het feitelijk niet minder. Ook het betrekken van de professionals bij de uitvoering van het onderzoek vergt tijd (vraag 1).

Ethisch handelingsonderzoek in de zorg betekent hoe dan ook het doorvoeren van een ingewikkeld veranderingsproject dat raakt aan de cultuur van een afdeling of team, en dat in principe ook niet beperkt blijft tot een enkel besluitvormingsniveau. Zelfs in de projecten waar de focus ligt op vragen van de professionals resoneert de managementpraktijk mee. Sommige resultaten zullen specifiek teruggekoppeld moeten worden om veranderingen te kunnen legitimeren. Sowieso is het aan te bevelen om in overleg met de doelgroep tijdig terug te koppelen naar de opdrachtgever zodat de acceptatie van de uitkomsten ook op dat niveau gemakkelijker kan worden bereikt.

#### **7.1.5 Ethisch handelingsonderzoek is ondersteunend voor professionals.**

Handelingsonderzoek, geïntegreerd in het reguliere overleg als een thematische werkvorm, die vooral gericht is op de inhoud van de zorg, helpt zo om de professionaliteit te bevestigen en te ondersteunen. Het geeft mogelijkheden voor de ontwikkeling van lokale standaarden van zorg (vraag 2).

Het ethisch handelingsonderzoek helpt om op gebieden waar geen eenduidigheid tussen de teamleden bestaat over de invulling van de zorg een standaard te ontwikkelen die in ieder geval voor de context waarin gewerkt wordt als norm aanvaard kan worden. Handelingsonderzoek maakt attent op het bestaan van duidelijke verschillen tussen persoonlijke waarden en normen en professionele waarden en normen.

#### **7.1.6 Ethisch handelingsonderzoek is ook ondersteunend voor managers**

Vanwege de complexe aansluiting van handelingsonderzoek op de managementpraktijk, is in de loop van het onderzoek de focus van de projecten vooral gericht op de professionele zorgpraktijk. Die keuze is meer praktisch dan principieel. In principe dient handelingsonderzoek op het niveau van het management niet uitgesloten te worden (vraag 2). Zaak is wel om na te gaan op welke wijze ethisch handelingsonderzoek op het niveau van het management het beste kan worden vormgegeven, wil het aansluiten op de ervaringen van leidinggevend en managers en door hen als ondersteunend ervaren worden.

Dat ethisch handelingsonderzoek ook een rol zou kunnen spelen op het niveau van de leidinggevend en managers wordt in de praktijk niet echt erkend. Managers zien morele problemen in de zorg vooral als problemen van professionals. Wat voor vormen van ethiekbeleid ook ontwikkeld of toegepast worden, binnen alle varianten zal deze traditionele vooronderstelling over de aard van morele problemen een rol spelen. Dat geldt dus ook voor ethisch handelingsonderzoek.

### **7.1.7 Ethisch handelingsonderzoek impliceert beelden van reflectiviteit.**

Ethisch handelingsonderzoek onderscheidt zich van andere morele strategieën van ethiekbeleid in haar nadruk op begrippen als reflectiviteit en professionaliteit. De projecten in de hospices en het ziekenhuis, maar ook in de teams ambulante zorg van de instelling voor mensen met een verstandelijke beperking fungeren onmiskenbaar als professionaliseringsprojecten. Zij helpen beelden van professionaliteit te verhelderen zoals die in de praktijk worden begrepen en die te vergelijken met de veronderstellingen zoals die in het ethisch handelingsonderzoek worden gehanteerd, namelijk dat professionals op goede gronden in de zorg voor individuele patiënten verschil maken ten opzichte van standaarden zoals die worden gehanteerd; dat zij verondersteld worden beslissingen en keuzes te verantwoorden tegenover anderen; dat zij reflectieve competenties ontwikkelen om hun handelen kritisch te beoordelen en te vergelijken. En vervolgens dat een organisatie die uitgaat van reflectieve professionals, mogelijkheden creëert om de professionals te ondersteunen in de kritische ontwikkeling en vormgeving van hun praktijk. Niet alleen door begeleiding te faciliteren maar ook door in organisatorisch opzicht uitkomsten van ethisch handelingsonderzoek serieus te nemen in het beleid. Ethisch handelingsonderzoek poneert daarin professionaliteit niet als een gegeven, maar veelmeer als een opgave, die voortdurend (nieuwe) vragen stelt aan de professionals en de organisatie (vraag 5).

### **7.1.8 Ethisch handelingsonderzoek vraagt vooral om explorerende methodieken.**

Omdat het ethisch handelingsonderzoek in belangrijke mate gebruik maakt van collegiale gesprekken met professionals om de eigen praktijk te onderzoeken vanuit een ethisch perspectief, is een adequaat gebruik van gesprek- en reflectiemethodes van groot belang voor de uitvoering van het onderzoek. Welke methodes het beste ingezet kunnen worden is afhankelijk van de ontwikkeling van het onderzoek en het onderwerp.

Wel is belangrijk om bij de gesprekken niet voorbij te gaan aan de wijzen waarop professionals zelf in de praktijk woorden geven aan het goede van hun werk en hun morele praktijk begrijpen. Handelingsonderzoek zoals wij dat begrijpen, tracht aan te sluiten bij dit zelfverstaan van de professionals en tracht de praktijk van binnen uit, vanuit een deelnemersperspectief, te begrijpen. Ook morele vragen over de uitwerking van routines in de zorg, dienen zoveel mogelijk als eigen vragen in een eigen taal van de professionals geformuleerd en begrepen te worden. Meer explorerende en socratische gespreksvormen hebben daarom de voorkeur (vraag 4).

### **7.1.9 Ethisch handelingsonderzoek is gericht op verandering.**

Moreel beraad is veelkleurig qua toepassing. Het kan bijvoorbeeld afhankelijk van de gebruikte methodes ingezet worden als professionaliseringsinstrument, maar dat is niet

noodzakelijk. Soms zal moreel beraad meer oplossingsgericht zijn en soms meer houdingsgericht. Het primaire doel van moreel beraad is en blijft evenwel de verheldering van een bepaald moreel probleem. Soms zal het gaan om een actueel probleem, soms kan moreel beraad retrospectief ingezet worden om er van te leren voor de toekomst. In dat laatste geval kunnen heel goed hypothetische casus gebruikt worden, waarbij het doel van het beraad vooral het vergroten van het morele inzicht en de morele sensitiviteit van de deelnemers is. Hoewel het bij moreel beraad in de regel om problemen van professionals gaat en moreel beraad de inzet heeft om de kwaliteit van de besluitvorming over zo'n probleem te verbeteren, is dat niet strikt noodzakelijk. Zo kan moreel beraad ook worden gebruikt ter ondersteuning van patiënten en hun vertegenwoordigers om een bepaalde kwestie te verhelderen of om tot een weloverwogen besluit te komen. Dan wordt het moreel beraad onderdeel van een counselingpraktijk.

Ethisch handelingsonderzoek is in principe niet gericht op verheldering van een enkele moreel problematische situatie. Het gaat nooit exclusief om de vraag wat we in deze bijzondere situatie bij deze patiënt moeten doen. Bij moreel beraad gaat het in de kern wel om een dergelijke vraag. Als de vraag is of een patiënt een bepaalde behandeling wel of niet moet krijgen, is niet het ethisch handelingsonderzoek de aangewezen methode om een antwoord op deze vraag te zoeken maar moreel beraad.

Ethisch handelingsonderzoek betreft het handelen van de professionals in bredere zin: het overstijgt het individuele niveau en is vooral gericht op de routines in de dagelijkse zorgverlening en de meer beleidsmatige aspecten van de zorgverlening. Het gaat na wat de geldende normatieve kaders in een bepaalde praktijk zijn. En: Hoe verhouden de professionals zich bij een kritisch onderzoek tot die kaders? Wat moeten ze vervolgens in hun handelen veranderen om in overeenstemming met de gedeelde waarden en normen te blijven?

Omdat ethisch handelingsonderzoek breder is dan moreel beraad volgt ze het handelen in een organisatie noodzakelijk ook op meerdere besluitvormingsniveaus. Ze verheldert de verschillende verantwoordelijkheden die in een zorgpraktijk aan de orde zijn en plaatst het handelen daarmee uitdrukkelijk in een organisatorische context. Het is mede gelet op de mogelijke consequenties van het onderzoek daarom steeds ook een kwestie van meerdere partijen (vraag 5).

#### **7.1.10 De rol van ethicus is die van mediator en architect**

Aan de ene kant dient de ethicus als architect de morele ruimte van de professionals in kaart te brengen en deze in het onderzoek te helpen onderscheiden van bijvoorbeeld die van de leidinggevendenden of van de patiënten. Aan de andere kant dient de ethicus als mediator op te treden en de verschillende morele gezichtspunten die er in een praktijk zijn te onderscheiden en in beeld te brengen. Om het onderzoek te richten op de ethische dimensie van de praktijk dient de ethicus uitgaande van zijn kennis van de geschiedenis van de ethiek theorieën en benaderingen in te brengen in het onderzoek om de moraliteit van de professionals en de spanningen die zich daarin voordoen thuis te brengen.

Daarnaast dient de ethicus het gesprek van de professionals te structureren met behulp van geschikte gespreksmethodes die aansluiten bij de vragen van de professionals. Bij de keuze van de gespreksmethodes dient de ethicus zich eerder te laten leiden door de ontvankelijkheid van de professionals dan door eigen inhoudelijke inzichten. Het is zijn verantwoordelijkheid om aansluitend op de behoeften van de professionals het onderzoek responsief te organiseren.

Om deze ondersteunende rol adequaat in te vullen dient de ethicus sensitiviteit te ontwikkelen voor de manier waarop mensen in organisaties zich tot elkaar verhouden en voor de wijze waarop organisatieprocessen verlopen: hoe zit de organisatie in elkaar, wat zijn specifieke aspecten van de organisatiecultuur, hoe worden verantwoordelijkheden ingevuld, hoe verhouden management (opdrachtgever) en professionals (doelgroep) zich tot elkaar, etcetera. Het zijn competenties waarover de meeste ethici niet zomaar beschikken.

Daarnaast heeft de ethicus ook nog de zorg om de ethiek van het handelingsonderzoek in de gaten te houden. Hij dient ervoor te zorgen dat professionals als medeonderzoekers van hun eigen praktijk geen schade toegebracht wordt, dat de vertrouwelijkheid niet geschonden wordt, dat er informed consent van de deelnemers is.

## 7.2 Tenslotte

Ethisch handelingsonderzoek kan een geschikt instrument zijn voor de opbouw en uitwerking van geïntegreerd ethiekbeleid. Het is veelbelovend vooral wanneer men geïnteresseerd is in reflectie en professionaliseringprocessen en ook oog heeft voor de bredere context waarin primaire zorgprocessen plaatsvinden. Het past als methode in een opvatting over goede zorg, waarbij zorg als een complexe praktijk met botsende verantwoordelijkheden wordt beschouwd.

Toch willen we besluiten met een waarschuwing: Onderschat het doen van ethisch handelingsonderzoek niet! Het vergt veel tijd en het vraagt om heel specifieke competenties, zowel van de betrokkenen als ook van de begeleidend ethicus. Desalniettemin interessant genoeg om vervolgstappen hierin te ondernemen.

## Literatuur

- Baart, A. (2004) *Klein pleidooi tegen grote distanciëring in de zorg* (Paul Cremers Lezing 2004). Rijswijk: Secretariaat Paul Cremerslezing.
- Beauchamp, T.L., Childress, J.F. (1983) *Principles of Biomedical Ethics*. New York/Oxford: Oxford University Press (second edition).
- Berg, J.H. van den (1969) *Medische macht en medische ethiek*. Nijkerk: Uitgeverij G.F. Callenbach.
- Brody H. (1987) *Stories of Sickness*, New York: Oxford University Press.
- Burg, W. van der (2003) Dynamic Ethics, *The Journal of Value Inquiry*, 13, 13-34.
- Canadian Nurses Association (2003) *Ethics in Practice. Ethical distress in health care environments* (website [www.aiic.ca/bookstore/freepdfs/Ethical\\_Distress\\_Oct\\_2002\\_e.pdf](http://www.aiic.ca/bookstore/freepdfs/Ethical_Distress_Oct_2002_e.pdf))
- College voor Ethische en Levensbeschouwelijke Aspecten van Zorgverlening (CELAZ; 1998) *Van Ethische Commissie naar Stuurgroep Ethiek? Over de implementatie van moreel beraad in het kwaliteitsbeleid van instellingen voor gezondheidszorg*. Utrecht: Nederlandse Zorgfederatie.
- Dartel, H. van (2008) Moreel beraad in de context van de zorgorganisatie: een kwestie van passende logica's. In *Tijdschrift voor gezondheidszorg & Ethiek*, 18, nr. 2, 62-66.
- Dartel, H. van & Jeurissen, R. (2008) Professionaliteit als normatief organisatiekenmerk. In: Jacobs, G., Meij, R., Tenwolde, H., Zomer, Y. (Red.), *Goed werk. Verkenningen van normatieve professionalisering*. Amsterdam: Uitgeverij SWP, 252-266.
- Dartel, J.N. van, Jacobs, M., Jeurissen, R.J.M. (2002) *Ethiek bedrijven in de zorg. Een zaak van het management*. Assen: Koninklijke Van Gorcum B.V.
- Delden, H. van, Scheer, L. van der, Thiel, G. van, Widdershoven, G. (2005) *Ethiek en empirie. Theorie en methodologie van empirisch ethisch onderzoek*. Maastricht: Onderzoeksinstituut Caphri.
- Ende, T. van den & Kunneman, H. (2008) Normatieve professionaliteit en normatieve professionalisering. In: Jacobs, G., Meij, R., Tenwolde, H., Zomer, Y. (Red.), *Goed werk. Verkenningen van normatieve professionalisering*. Amsterdam: Uitgeverij SWP, 68-87.
- Greenwood, D.J. & Levin, M. (1998) *Introduction to Action Research. Social Research for Social Change*. Thousand Oaks/London/New Delhi: Sage Publications.
- Houten, D. van (2008) Professionalisering: een verkenning. In: Jacobs, G., Meij, R., Tenwolde, H., Zomer, Y. (Red.), *Goed werk. Verkenningen van normatieve professionalisering*. Amsterdam: Uitgeverij SWP, 16-35.
- Jacobs, G., Meij, R., Tenwolde, H., Zomer, Y. (Red.), *Goed werk. Verkenningen van normatieve professionalisering*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Kemmis, S. & McTaggart, R. (2005) Participatory Action Research. Communicative Action and the Public Sphere. In: Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S. (Eds.) *The Sage Handbook of Qualitative Research*. Third Edition. Thousand Oaks/London/New Delhi: Sage Publications, 559-603.
- KNMG (2007) *Medische professionaliteit*. Utrecht: KNMG.

- Kunneman, H. (1996) *Van theemutscultuur naar walkman-ego. Contouren van postmoderne individualiteit*. Amsterdam: Boom.
- Lindemann, H, Verkerk, MA, et al., Eds. (2008). *Naturalized Bioethics. Towards Responsible Knowing and Practice*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Manschot, H., Dartel, H. van (2003) *In gesprek over goede zorg. Overlegmethoden voor ethiek in de praktijk*. Amsterdam: Boom.
- McNiff, J. (2002) *Action research for professional development. Concise advice for new action researchers* (van website [www.jeanmcniff.com](http://www.jeanmcniff.com)).
- McNiff, J. & Whitehead, J. (2006) *All you need to know about Action Research*. London/Thousand Oaks/New Delhi: Sage Publications.
- Musschenga, B. (2004) Empirische ethiek: contextsensitiviteit of contextualiteit? *Ethische perspectieven*, 14, 1, 27-41.
- Procee, H. (2006) Reflecteren in het onderwijs. Probleemoplossers, bevrijders en ontdekkingsreizigers, *Filosofie in praktijk*, 27, 6, 29-42.
- Reason, P. & Bradbury H. (2001) Introduction: Inquiry & participation in search of a world worthy of human aspiration. In: Reason, P. & Bradbury, H. (Eds.) *Handbook of Action Research. Participative Inquiry and Practice*. London: Sage Publications (via website <http://www.bath.ac.uk/carpp/publications/index.html>).
- Speet, M. & Francke, A.L. (2004) *Individuele professionalisering van verpleegkundigen in de beroepsopleiding en in de praktijk*. Utrecht: NIVEL, 5.
- Tonkens, E. (2003) *Mondige burgers, getemde professionals. Marketwerking, vraagsturing en professionaliteit in de publieke sector*. Utrecht: NIZW.
- Tronto, J.C. (1993) *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care*. New York/London: Routledge
- Tweede Kamer der Staten Generaal (2007) *Vaststelling begrotingsstaten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2007; Brief staatssecretaris inzake de belangrijkste beleidsvoornemens op het terrein van de medische ethiek*. Vergaderjaar 2006-2007, 30800 XVI, nr. 183.
- Verkerk, M.A., (2004). Ethiek en kwaliteitsbeleid. *De gepassioneerde professional*. Slagter, M, Meijering, F, Jacobs-Moonen, I, Landeweer, R and Meijer, O. Assen, Van Gorcum: 9-15.
- Verkerk, M.A., Bree, M. de, Jaspers, F. (2004) Visies op professioneel gedrag. Meer nadruk leggen op reflectie en verantwoording, *Medisch Contact*, 59, 51, 2035-2037
- Verkerk, MA, Lindemann, H, et al. (2004). "Enhancing Reflection. An Interpersonal Exercise in Ethics Education." *Hastings Center Report* 34(6): 31-38.
- Verkerk, M. & Widdershoven, G. (2005) Inleiding. In: Verkerk, M. & Widdershoven, G., *Over zorg gesproken. Wiens verantwoordelijkheid?* Groningen: Sectie Metamedica, UMCG.
- Verkerk, M.A., Bree, de M, et al. (2005). "Reflectieve professionaliteit. Naar een invulling van het CCMS competentiegebied 'professionaliteit'." *Tijdschrift voor Medisch Onderwijs* 24(4): 162-166.
- Verkerk, M. en Van Dartel, H. (2005) Ethiek en action research. Op weg naar een reflectieve zorgorganisatie. In: B.Boog e.a.(red.) *Focus op action research. De professional als handelingsonderzoeker*, Assen Koninklijke Van Gorcum, 37-48.

- Verkerk, MA, Bree, dM, et al. (2007). "Reflective Professionalism. Interpreting CanMEDS Professionalism." *Journal of Medical Ethics* 31(11): 663-666.
- Verkerk, M.A. (2008) Zorgethiek en professionaliteit, *Verpleegkunde*, 23, 1, 72-73.
- Verkerk, MA (2008a) Ethiek en gezondheid, in: *Woorden en daden, een inleiding in de ethiek*, Annet van Melle & Peter van Zilfhout, Amsterdam: Boom:263-284.
- Verkerk, M.A. & H. Lindemann (2008) Epilogue : Naturalized Bioethics in Practice, in: Lindemann, H, Verkerk, MA, et al., Eds. (2008). *Naturalized Bioethics. Towards Responsible Knowing and Practice*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Walker, M. (2003) Keeping Moral Space Open: New Images of Ethics Consulting. In: Walker, M., *Moral Contexts*. Lanham: Rowman & Littlefield Publishers, Inc., 123-140.
- Eerder verschenen in het Hasting Center Report (1993) 23, 33-40.
- Walker, M. (2007) *Moral Understandings*. New York: Oxford University Press (second edition).
- Waterman, H., Tillen, D., Dickson, R., Koning, K. de (2001) *Action research: a systematic review and guidance for assessment*. Health Technology Assessment, 5, 23.
- Whitehead, J. (1989) Creating a Living Educational Theory from Questions of the Kind, 'How Do I Improve My Practice?', *Cambridge Journal of Education*, 19, 1, 41-52 (van website <http://people.bath.ac.uk/edsajw/writings/livtheory.html>).
- Whitehead, J. & McNiff, J. (2006) *Action Research: Living Theory*. London/Thousand Oaks/New Delhi: Sage Publications.
- Widdershoven, G. (2000) *Ethiek in de kliniek. Hedendaagse benaderingen in de gezondheidsethiek*. Amsterdam: Boom.
- Williamson, G.R. & Prosser, S. (2002) Action Research: politics, ethics and participation, *Journal of Advanced Nursing*, 40, 5, 587-593.