

Ethisch advies

Gezamenlijke verantwoordelijkheid en grenzen van verantwoordelijkheid in de zorg

Begeleidingscommissie Ethiek Geestelijke Gezondheidszorg – Broeders van Liefde
Juni 2021

OVERZICHT

Uitgangspunten

- Probleemstelling (1)
 - Hoe kunnen we verantwoordelijkheid gezamenlijk opnemen?
 - Wat zijn de grenzen van onze verantwoordelijkheid?
- Visie op gezamenlijke verantwoordelijkheid (2)
 - Wisselwerking tussen individuele en gezamenlijke verantwoordelijkheid

Gezamenlijke verantwoordelijkheid

- Signalen aan de beleidsmakers (3)
- Samenwerking met cliënten en naastbetrokkenen (4)
- Samenwerking in het team (5)
 - Preventie en kwaliteitsvolle zorg
 - Zelfreflectie en zelfzorg in team
- Samenwerking buiten het team (6)
 - In voorziening en in netwerk

Grenzen van verantwoordelijkheid

- Stopzetting zorg omwille van grensoverschrijdend gedrag (7)
 - Niet bij moeilijke zorgsituaties
 - Voorwaarden: gradatie in ernst van schade, en gradatie in vrijwilligheid van gedrag
- Stopzetting zorg omwille van niet-geschikte zorgvorm (8)

UITGANGSPUNTEN

1. Probleemstelling

De geestelijke gezondheidszorg heeft de maatschappelijke opdracht om kwaliteitsvolle zorg, zowel behandeling als herstelondersteunende zorg, te bieden aan cliënten. Daartoe stemmen we het aanbod van zorg zoveel mogelijk af op de noden van cliënten in overeenstemming met de patiëntenrechten. We werken samen met cliënten en naastbetrokkenen, plannen de zorg in overleg, en reflecteren kritisch over de geboden zorg.

De cliënten zijn zowel kinderen en jongeren als volwassenen, met inbegrip van ouderen, die een beroep doen op geestelijke gezondheidszorg. Ze ontvangen zorg in een residentiële context of in de thuis- en ambulante zorg. Met 'we' bedoelen we de zorgverleners van alle beroepsgroepen, ervaringsdeskundigen inbegrepen, die interdisciplinair samenwerken. Onder naastbetrokkenen verstaan we mensen uit de naaste omgeving van een cliënt, zoals familie, vrienden en andere mensen uit het sociaal netwerk die sterk op die cliënt betrokken zijn.

In bepaalde situaties ervaren we het als moeilijk om kwaliteitsvolle zorg te bieden en botsen we op de grenzen van de zorg die we willen bieden. Deze moeilijke zorgsituaties confronteren ons met onze verantwoordelijkheid. Ze doen ons vragen stellen over hoe we de verantwoordelijkheid gezamenlijk kunnen opnemen en wat de grenzen van onze verantwoordelijkheid zijn. Bereiken we die grenzen wanneer we, ondanks onze grote inspanningen, vinden dat we niet voldoende kwaliteit van zorg kunnen bieden en wanneer cliënten ontoereikende kwaliteit van zorg en van leven ervaren? Raken we aan de grenzen van onze verantwoordelijkheid wanneer we er niet genoeg in slagen een wederzijdse vertrouwens- en samenwerkingsrelatie met cliënten op te bouwen en in stand te houden? Botsen we op de grenzen van verantwoordelijkheid als we niet kunnen voorkomen of verhinderen dat cliënten grensoverschrijdend gedrag stellen met ernstige schade als gevolg?

De confrontatie met de grenzen van onze verantwoordelijkheid in de zorg leidt tot 'morele stress' of 'moreel onbehagen': we kunnen onze waarden en visie op kwaliteitsvolle zorg niet in de praktijk brengen. Vanuit onze opdracht moeten we, juridisch bekeken, onze verantwoordelijkheid nemen. Bovendien willen we, ethisch gezien, onze verantwoordelijkheid wel opnemen. In de praktijk echter, kunnen we die verantwoordelijkheid niet steeds volledig realiseren. Dit spanningsveld tussen moeten, willen en kunnen zet onze verantwoordelijkheid onder druk.

In dit advies ontwikkelen we eerst een visie op de gezamenlijke verantwoordelijkheid en de grenzen ervan. Daarna stellen we een aantal mogelijkheden voor om met deze grenzen van de verantwoordelijkheid op een ethische wijze om te gaan. Tot slot gaan we in op de vraag of het ethisch verantwoord kan zijn om de zorg eenzijdig stop te zetten.

2. Visie op gezamenlijke verantwoordelijkheid

Vanuit ethisch perspectief gaan we uit van het begrip verantwoordelijkheid. Dit is een grondhouding, een besef en een bereidheid om verantwoording voor ons handelen af te leggen. Dit handelen is het antwoord dat we geven op een vraag of ethische oproep die op ons afkomt. Die vraag of oproep gaat vooraf aan ons handelen.

Verantwoordelijkheid opnemen is handelen op een zodanige wijze dat we een ethisch gepast antwoord geven op die oproep. Verantwoording afleggen is dan aantonen dat ons antwoord daadwerkelijk ethisch gepast is.



Ook al hebben cliënten, naastbetrokkenen, zorgverleners en beleidsmakers elk individuele verantwoordelijkheid in de zorg, ze staan er niet alleen voor. Ze maken deel uit van een samenwerkingsverband rondom een cliënt, en hebben dus een gezamenlijke en participatieve verantwoordelijkheid. Dit is het besef dat alle partners in de zorg gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor die zorg en dat elke partner participeert aan deze verantwoordelijkheid. De gezamenlijke verantwoordelijkheid van alle partners samen maakt de individuele verantwoordelijkheid van elke partner draagbaar en haalbaar. Omgekeerd kunnen die partners de gezamenlijke verantwoordelijkheid enkel realiseren als ze allen daadwerkelijk hun individuele verantwoordelijkheid opnemen. Er is dus een wisselwerking tussen beide vormen van verantwoordelijkheid.

Hier ligt dan ook het fundamenteel antwoord op onze vraag naar de grenzen van de verantwoordelijkheid. Aan de gezamenlijke en participatieve verantwoordelijkheid zijn er in principe geen grenzen. Door hun solidariteit kunnen de vele verschillende partners in de zorg samen steeds hun gezamenlijke verantwoordelijkheid opnemen. Aan de individuele verantwoordelijkheid van één van de partners kunnen er echter wel grenzen zijn. Daarom verbreden we in dit advies de focus van de individuele verantwoordelijkheid naar de gezamenlijke en participatieve verantwoordelijkheid: allen nemen deel aan de verantwoordelijkheid. Deze participatieve verantwoordelijkheid kunnen we enkel realiseren door dialoog en overleg. Deze fundamentele visie concretiseren we in een aantal praktische richtlijnen.

GEZAMENLIJKE VERANTWOORDELIJKHEID

3. Signalen aan de beleidsmakers

We beginnen met de maatschappelijke verantwoordelijkheid van de beleidsmakers. Het is niet evident dit voorop te stellen omdat we als zorgverleners de neiging hebben om de verantwoordelijkheid zoveel mogelijk zelf op te nemen. Als er onvoldoende personele en materiële middelen zijn, is het terecht om de maatschappelijke verantwoordelijkheid van de beleidsmakers voorop te zetten.

De verantwoordelijkheid van de beleidsmakers is bijzonder groot omdat hun beleid de mogelijkheden-voorwaarden voor de zorg scheidt, maar tegelijk ook de grenzen ervan bepaalt. Als de beschikbare middelen onvoldoende zijn om kwaliteitsvolle zorg te bieden, ondanks al onze mogelijke inspanningen, dan hebben we de verantwoordelijkheid om dit te signaleren. We kunnen moeilijke zorgsituaties preventief signaleren aan de beleidsmakers, zodat ze tijdig het beleid kunnen bijsturen. Het is de maatschappelijke verantwoordelijkheid van zorgverleners, directies en bestuurders om de politieke beleidsmakers met aandrang te wijzen op de meest kwetsbare groepen cliënten voor wie er niet zelden onvoldoende passende zorg kan worden voorzien.

4. Samenwerking met cliënten en naastbetrokkenen

De concrete zorg speelt zich af in de samenwerking of de dialoog tussen drie partners: cliënt, naastbetrokkenen en zorgverleners. Daarbij is er een gezamenlijke en participatieve verantwoordelijkheid, geënt op een vertrouwensrelatie tussen evenwaardige partners. Het is belangrijk dat we uitgaan van de beslissingsbekwaamheid van cliënten en hun eigen verantwoordelijkheid zoveel mogelijk respecteren en



bevorderen. We doen een beroep op de naastbetrokkenen om de eigen verantwoordelijkheid van cliënten te ondersteunen. We stemmen samen in de dialoog de zorg af op de noden en de levensdoelen van cliënten, stellen duidelijke zorgdoelen en maken zorgafspraken.

Dit samenwerkingsmodel is essentieel om moeilijke zorgsituaties te voorkomen. Die situaties ontstaan dikwijls of worden versterkt als we werken vanuit een conflictmodel. Dan staan we als partijen tegenover elkaar, en in het slechtste geval wordt dit een strijd waarbij iedereen verliest. Door de wensen van cliënten als leidraad te nemen, hun verantwoordelijkheid centraal te stellen, en ons en de naastbetrokkenen als ondersteuners van deze verantwoordelijkheid op te stellen, kunnen we veel conflicten en moeilijke zorgsituaties voorkomen. Soms is het onze taak om de naastbetrokkenen te ondersteunen in het opnemen van hun verantwoordelijkheid tegenover de cliënt.

Deze samenwerking veronderstelt echter een aantal voorwaarden aan de zijde van cliënten. Enerzijds is er de wils- of beslissingsbekwaamheid van cliënten om die verantwoordelijkheid te kunnen dragen. Naarmate die bekwaamheid vermindert door de invloed van de psychische aandoening, is het onze verantwoordelijkheid en die van de naastbetrokkenen om een groter deel van de gezamenlijke verantwoordelijkheid op te nemen.

Vervolgens is er de bereidheid en het engagement van cliënten om die verantwoordelijkheid te willen opnemen. Naarmate cliënten minder bereid zijn om verantwoordelijkheid op te nemen, en mogelijks ook opzettelijk hun verantwoordelijkheid niet opnemen, ondanks hun bekwaamheid daartoe, botsen we steeds meer op de grenzen van de zorg en onze verantwoordelijkheid in die zorg.

5. Samenwerking in team

Preventie en kwaliteitsvolle zorg

Met het oog op goede samenwerking liggen er ook voorwaarden bij de zorgverleners. Het is onze verantwoordelijkheid om alle inspanningen te leveren om moeilijke zorgsituaties te voorkomen. De beste manier hiertoe is preventie en kwaliteitsvolle zorg.

We kunnen samen in dialoog met cliënt en naastbetrokkenen systematisch en kritisch reflecteren over de zorg die we bieden en zoeken hoe we die kunnen verbeteren. Daartoe kunnen we ons vormen en kennis halen uit wetenschappelijke literatuur, praktijkgerichte modellen en klinische ervaring van collega's en ervaringsdeskundigen met betrekking tot die moeilijke zorgsituaties.

We kunnen ook samen in dialoog de zorg zoveel mogelijk plannen om moeilijke zorgsituaties te vermijden. In een zorgplanning bespreken en plannen we in de dialoog de zorgdoelen van cliënten en we maken daarbij afspraken voor toekomstige zorgsituaties. In een crisis- of signaleringsplan beschrijven we de vroege tekenen van een crisis en plannen we de tussenkomsten om adequaat op die signalen te reageren en een crisis te voorkomen.

We kunnen ook de zorg evalueren. Dit gebeurt tijdens de gewone teambesprekingen, maar ook wanneer we een zorgplanning of een crisis- of signaleringsplan opvolgen. Deze evaluaties kunnen we samen met cliënt en naastbetrokkenen houden. Het zijn leermomenten om toekomstige moeilijke zorgsituaties te voorkomen en mogelijkheden te zoeken om er mee om te gaan wanneer ze zich toch voordoen.

Verder kunnen we bij moeilijke zorgsituaties een beroep doen op gestructureerd ethisch overleg of moreel beraad. Deze reflectie biedt houvast om ethisch verantwoorde beslissingen te nemen en maakt het moreel onbehagen draaglijker. Om dit proces te leiden, kunnen we een beroep doen op een referentiepersoon ethiek. Als



we niet tot consensus komen over een ethisch goed handelen, kunnen we ook advies vragen aan de lokale stuurgroep ethiek.

Ten slotte kunnen we de moeilijke zorgsituaties ook plaatsen in een breder perspectief. Dan richten we onze focus niet enkel op de concrete zorgsituaties waarop we vastlopen, maar verruimen we ons perspectief naar het grotere geheel. Het gaat immers niet alleen om acute zorgvragen, maar ook om fundamentele zinvragen van cliënten. Wat maakt je leven de moeite waard? Voor welke waarden wil je opkomen? Wanneer ben je echt gelukkig en tevreden? Waar put je kracht en energie uit? Waar wil je met je leven naar toe? Deze fundamentele zinvragen plaatsen de moeilijke zorgsituaties in een ander perspectief en helpen ons om er anders mee om te gaan.

Zelfreflectie en zelfzorg in het team

We kunnen enkel goede zorg bieden aan cliënten als we voldoende zelfreflectie en zelfzorg aan de dag leggen. We hebben aandacht voor onze individuele draagkracht en voor persoonlijke factoren die een rol spelen in ons werk. Zo voorkomen we burn-out en morele stress. Ook dit behoort tot onze professionele verantwoordelijkheid. Grenzen stellen aan onze verantwoordelijkheid kan een ethisch verantwoorde manier zijn om voor onszelf te zorgen.

Zelfreflectie houdt in dat we proberen ons bewust te worden van ons eigen functioneren. Met welke motieven sta ik in de zorg? Welke gevoelens komen bij mij op in het contact met cliënten, naastbetrokkenen en collega's? Vanuit welke grondhoudingen sta ik in de zorg? Betoon ik weinig betrokkenheid of veel sympathie voor bepaalde cliënten? Kan ik voldoende kritische afstand houden van mensen en situaties? Wat zijn mijn sterktes en mijn beperkingen in de zorg? Pas door ons bewust te worden van het eigen functioneren, kunnen we de eigen mogelijkheden en grenzen leren kennen, erover waken en eraan werken.

We kunnen echter in moeilijke zorgsituaties bevangen worden door angst of onmacht. Bij zelfzorg is het belangrijk dat we deze angst en machteloosheid proberen te erkennen, te aanvaarden en er een hanteerbare plaats aan geven. Als we een grenssituatie vermijden of ervoor vluchten omdat we denken niets te kunnen doen, trappen we in de val van de onmacht. Hetzelfde kan zich ook voordoen bij familieleden van zorgverleners. Ze kunnen zich terecht zorgen maken, zich angstig en onmachtig voelen bij de risico's die de zorgverlener loopt op fysiek en psychisch vlak. Het is belangrijk dat we ook voor hen aandacht hebben.

De zelfzorg betreft niet alleen de individuele zorgverleners, maar ook het gezamenlijk functioneren van het team. We kunnen elkaar helpen in het verhelderen van onze motieven, gevoelens en opvattingen, mogelijkheden en beperkingen. We kunnen elkaar ondersteunen en bemoedigen. Maar als team kunnen we ook verstrikt geraken in de zorg voor bepaalde cliënten of in de samenwerking die daartoe nodig is omdat we mogelijk 'blinde vlekken' hebben in ons functioneren. We kunnen als team ook kritisch reflecteren over het opnamebeleid dat we voeren, welke inclusie- en exclusie we daarbij hanteren, en welke gevolgen dit heeft voor de zorg.

Als we er in een team niet in slagen om ons individueel en gezamenlijk functioneren te verbeteren, kunnen we een beroep doen op een externe begeleider met een specifieke deskundigheid. Deze persoon bevordert het communicatieproces en kan tevens een inhoudelijke inbreng hebben. Verder kunnen gerichte vorming, functioneringsgesprekken, supervisie en intervisie verhelderend en ondersteunend werken. We doen dit niet alleen in moeilijke zorgsituaties, maar ook om deze situaties te voorkomen.



6. Samenwerking buiten het team

Net zoals in gewone zorgsituaties, kunnen we ook bij moeilijke situaties zoeken naar samenwerking buiten het team. Als we er niet in slagen de verantwoordelijkheid gezamenlijk te dragen in dialoog tussen cliënt, naastbetrokkenen en zorgverleners, kunnen we ook een beroep doen op onze samenwerkingsverbanden. Zo kunnen we een nog breder draagvlak voor de gezamenlijke verantwoordelijkheid zoeken. Deze samenwerking buiten het team is essentieel omdat ze uitgaat van een brede opvatting van de gezamenlijke en participatieve verantwoordelijkheid.

Dit kan gebeuren in de eigen voorziening. De directie kan het bijvoorbeeld mogelijk maken dat een team tijdelijk versterking op het vlak van medewerkers krijgt, zodat één-op-één begeleiding van een cliënt met wie het team het moeilijk heeft, beter mogelijk wordt. Na het overwegen van andere opties kunnen we in de dialoog beslissen om een cliënt tijdelijk of definitief over te plaatsen naar een andere zorgsetting. Het is belangrijk dat de directie haar verantwoordelijkheid opneemt en opkomt voor solidariteit en gezamenlijke verantwoordelijkheid van verschillende teams.

Dit overbrengen naar een andere zorgsetting kan ook buiten de voorziening gebeuren: ofwel in het netwerk van zorgpartners in de regio, ofwel in andere voorzieningen van de Organisatie Broeders van Liefde. In moeilijke zorgsituaties kan het soelaas bieden om een cliënt tijdelijk of definitief door te verwijzen naar een andere zorgpartner. Daarbij houden we zoveel mogelijk rekening met de wensen van de cliënt en de naastbetrokkenen. Het is ook noodzakelijk dat we duidelijke en transparante afspraken maken over het al dan niet opnieuw overnemen van de cliënt door de verwijzende zorgsetting en wanneer dit mogelijk zal gebeuren. Ook hier is het uiterst belangrijk dat directies en bestuurders hun maatschappelijke verantwoordelijkheid opnemen, in koepels en netwerken een sterk pleidooi houden voor solidariteit tussen zorgpartners, en actief ondersteuning bieden waar zorgverleners deze solidariteit gestalte geven.

Een transfer doen we op een ethisch verantwoorde manier. Een verwijzing is immers geen afwijzing. We bespreken dit vooraf in dialoog met cliënt en naastbetrokkenen. We motiveren de cliënt en de naastbetrokkenen waarom we dit wenselijk of noodzakelijk vinden. We houden rekening met hun wensen. Aan de andere zorgpartners geven we volledige en correcte informatie. Een goede samenwerking met die zorgpartners is onmisbaar om de solidariteit te bevorderen en transfers mogelijk te maken.

Met de samenwerking buiten het team doen we ten volle een beroep op solidariteit, de gezamenlijk gedragen verantwoordelijkheid. Opdat de solidariteit draagbaar en haalbaar zou blijven, is ze best wederkerig.

GRENZEN VAN VERANTWOORDELIJKHEID

7. Stopzetting zorg omwille van grensoverschrijdend gedrag

Een pertinente ethische vraag is of we in moeilijke situaties de zorg of de samenwerking met de cliënt kunnen stopzetten. Als we dit kunnen doen in overleg met de cliënt en de naastbetrokkenen, en dus met hun akkoord of toestemming, dan kan dit verantwoord zijn. De prangende vraag is of we dat ook op eenzijdige manier kunnen doen. Daarmee bedoelen we dat wij als zorgverleners de beslissing nemen zonder overleg met cliënt en



naastbetrokkenen of zonder hun akkoord of toestemming. Hierbij gaat het enkel over vrijwillige zorg en niet over gedwongen opname en internering waarvoor er specifieke juridische kaders zijn uitgewerkt.

Niet bij moeilijke zorgsituaties

Vanuit ethisch standpunt is het niet te verantwoorden dat we de zorg eenzijdig stopzetten als het probleem ligt in de moeilijke zorgsituatie zelf. Hiermee bedoelen we situaties waarin we onvoldoende kwaliteit van zorg kunnen bieden of wanneer we onvoldoende een zorgrelatie kunnen opbouwen.

Hiervoor zijn twee redenen. Ten eerste is het bieden van zorg en het opbouwen van een zorgrelatie een maatschappelijke opdracht en de essentie van onze professionele verantwoordelijkheid. Het is dus onze verantwoordelijkheid om hieraan te blijven werken, met al onze mogelijkheden en met al onze creativiteit.

Een tweede reden is dat de consequenties van de stopzetting voor cliënt en naastbetrokkenen te ernstig zijn: ze zouden in een situatie zonder enige vorm van zorgverlening kunnen terechtkomen. Het is eigen aan psychische aandoeningen dat ze kunnen leiden tot moeilijke zorgsituaties.

Hierboven hebben we alternatieve mogelijkheden beschreven van samenwerking met cliënten en naastbetrokkenen, van preventie en kwaliteitsvolle zorg, van zelfreflectie en zorg in het team, en van samenwerking buiten het team. Aan de hand van deze mogelijkheden en vanuit een gezamenlijke en participatieve verantwoordelijkheid is het onze ethische opdracht de nodige kwaliteitsvolle zorg te bieden.

Mogelijks bij ernstig en vrijwillig grensoverschrijdend gedrag

Vanuit ethisch standpunt is het echter wel te verantwoorden dat we de zorg eenzijdig stopzetten op basis van het grensoverschrijdend gedrag van een cliënt. Dit grensoverschrijdend gedrag kan weliswaar in verband staan met een moeilijke zorgsituatie.

Belangrijk hierbij is dat we voor alle betrokkenen duidelijk maken wat we onder grensoverschrijdend gedrag verstaan: het is gedrag dat basale grensregels ernstig schendt. Grensregels zijn minimumregels die fundamentele waarden beschermen en dus gerespecteerd moeten worden. Ze hebben een principieel karakter, zijn negatief geformuleerd en duiden aan wat ontoelaatbaar is. Ze beschermen de betrokken cliënt zelf, de andere cliënten, de zorgverleners en de naastbetrokkenen. Voorbeelden zijn geen ernstig verbaal, psychisch of fysiek geweld tegenover anderen gebruiken, anderen niet onder druk zetten tot ongewenst (seksueel) gedrag, geen drugs dealen, geen zware schade toebrengen aan materiële goederen, enz. Ze onderscheiden zich van leefregels die het dagelijks leven vormgeven.

We stellen de grensregels op in interdisciplinair overleg en motiveren de noodzaak ervan. Dit doen we in overleg met cliënten en naastbetrokkenen of in participatieraden, en we leggen de regels voor aan de directie. We communiceren de grensregels aan alle betrokkenen en verantwoorden het belang ervan. We nemen de grensregels op in de informatiebrochure, het huishoudelijk reglement, de zorgovereenkomst en andere relevante documenten.

Bij de aanvang van hun zorgtraject informeren we cliënten en naastbetrokkenen uitdrukkelijk over de grensregels in de zorg. Zo hebben cliënten kennis van de regels die ze niet mogen schenden. Bijgevolg hebben ze ook eigen verantwoordelijkheid om met deze grensregels om te gaan en ze niet te schenden. Als zorgverleners wijzen we hen op deze verantwoordelijkheid en spreken hen daarop aan. We ondersteunen hen in het respecteren van die grensregels. Zowel cliënten als zorgverleners dragen dus verantwoordelijkheid.



Of gedrag al dan niet grensoverschrijdend is, blijkt uit de interpretatie van dat gedrag in zijn context. Het inschatten of een welbepaalde gedraging effectief grensoverschrijdend is en een voldoende reden voor een stopzetting van de zorg kan zijn, doen we als zorgverleners in interdisciplinair overleg. Bij deze beoordeling houden we rekening met de mening van cliënt en naastbetrokkenen. Er zijn twee noodzakelijke voorwaarden voor grensoverschrijdend gedrag als verantwoording voor een eenzijdige stopzetting van zorg.

Noodzakelijke voorwaarden

Een eerste voorwaarde is dat het grensoverschrijdend gedrag ernstig is. Er is steeds een gradatie in de ernst van de schade. Het criterium is bijgevolg de graad van de ernst van de schade aan de fysieke of psychische integriteit van medeciënten, naastbetrokkenen, zorgverleners of anderen. Hoe groter de ernst van de schade, hoe meer een eenzijdige stopzetting te verantwoorden is. Het ernstig karakter neemt toe naarmate het gedrag zich herhaaldelijk en aanhoudend voordoet. Voor het inschatten van de ernst van de schade doen we zoveel mogelijk een beroep op de gangbare maatschappelijke normen, zowel juridische voorschriften als sociale regels. Het is aan ons zorgverleners om de graad van de ernst van de schade in te schatten. We doen dit in interdisciplinair overleg en in de mate van het mogelijke ook in dialoog met de cliënt en met de naastbetrokkenen.

Een tweede voorwaarde is dat het grensoverschrijdend gedrag 'vrijwillig' is. Dit betekent dat de cliënt voldoende wils- of beslissingsbekwaam is om zijn of haar gedrag te kiezen en te controleren, maar het gedrag toch stelt. Ook hier is er steeds een gradatie in de vrijwilligheid of beslissingsbekwaamheid. Het criterium is bijgevolg de graad van vrijwilligheid of beslissingsbekwaamheid van de cliënt om het gedrag te stellen. Hoe groter de vrijwilligheid of beslissingsbekwaamheid, of hoe groter de opzettelijkheid of moedwilligheid, hoe meer de cliënt verantwoordelijkheid draagt voor dat gedrag en hoe meer een eenzijdige stopzetting te verantwoorden is. Naarmate het gedrag echter meer volgt uit de psychische aandoening van de cliënt die onvoldoende beslissingsbekwaam is, is het gedrag minder vrijwillig en is een eenzijdige stopzetting minder te verantwoorden. Voor het inschatten van de beslissingsbekwaamheid doen we zoveel mogelijk een beroep op bestaande criteria. Opnieuw is het aan ons zorgverleners om de graad van beslissingsbekwaamheid te beoordelen, in interdisciplinair overleg en indien mogelijk in overleg met de cliënt en de naastbetrokkenen.

De gradatie in de ernst van de schade en de gradatie in de vrijwilligheid of beslissingsbekwaamheid maakt ruimte voor een afweging. We maken een afweging van de ernst en van de vrijwilligheid van het gedrag en evalueren of deze in een redelijke of proportionele verhouding staan tot de eenzijdige stopzetting van zorg. Daarbij houden we rekening met de belangen van de andere cliënten, de naastbetrokkenen en de zorgverleners. We doen dit in interdisciplinair overleg en indien mogelijk ook in dialoog met de cliënt en de naastbetrokkenen.

Grensoverschrijdend gedrag dat in grote mate ernstig is en in grote mate vrijwillig is, is ethisch onaanvaardbaar gedrag. Hier hebben we als zorgverleners de plicht tussenbeide te komen en grenzen te stellen. Tegelijk blijven we de verantwoordelijkheid van cliënten ernstig nemen en confronteren we hen met hun verantwoordelijkheid voor en de gevolgen van hun gedrag. Indien nodig, nemen we juridische stappen om cliënten nog sterker te confronteren met hun gedrag en anderen tegen dit gedrag te beschermen. In deze context kan het verantwoord zijn om de zorg eenzijdig stop te zetten.

Grote zorgvuldigheid

Omdat deze beslissing verstrekkende gevolgen heeft, gaan we heel zorgvuldig te werk. Daarom is het aanbevolen dat we advies inwinnen bij andere zorgverleners van buiten het eigen zorgteam die de situatie van op meer afstand kunnen inschatten.



We melden ook de eenzijdige stopzetting als 'incident' bij de directie zodat ze beter haar verantwoordelijkheid kan opnemen om de kwaliteit van zorg te verbeteren en dergelijke eenzijdige stopzettingen te voorkomen.

Randvoorwaarden

Als we de zorg stopzetten, doen we dit zoveel mogelijk in overleg. Met de cliënt en naastbetrokkenen gaan we in dialoog om samen naar alternatieven te zoeken en deze te evalueren. De cliënt krijgt kansen om in de mate van het mogelijke zijn of haar gedrag bij te sturen.

Als deze dialoog niet lukt, kunnen we in interdisciplinair overleg beslissen tot stopzetting van de zorg. Hierbij heeft het hele team en in het bijzonder het kernteam, met inbegrip van de arts, de opdracht te streven naar een consensus waarbij ze een zorgvuldige afweging van ethische waarden maken. De juridische eindverantwoordelijkheid voor de stopzetting ligt echter bij de arts.

Als het grensoverschrijdend gedrag zeer ernstig is en de veiligheid niet meer gewaarborgd kan worden, dan kan de stopzetting uitzonderlijk met onmiddellijke ingang gebeuren. We informeren de naastbetrokkenen zo snel mogelijk over de stopzetting en motiveren de noodzaak ervan.

Als we overgaan tot stopzetting, motiveren we onze beslissing en documenteren ze ook in het dossier. Dit is een belangrijk voor het geval we ons later voor de stopzetting moeten verantwoorden.

Een stopzetting van zorg is een ethische oproep aan het team van zorgverleners om aan zelfreflectie te doen. Wat is in ons aandeel in het proces dat geleid heeft tot stopzetting van zorg? Welke invloed of effect hebben wij gehad op het grensoverschrijdend gedrag van de cliënt? Hoe kunnen we nog meer kwaliteitsvolle zorg bieden om dergelijk gedrag te voorkomen?

Een stopzetting van zorg mag in de regel nooit definitief zijn. Dit betekent dat de deur openblijft en dat de cliënt later opnieuw kan worden opgenomen. Het is belangrijk dat de zorgverleners duidelijk zijn over de termijn en de voorwaarden waaronder de cliënt opnieuw kan worden opgenomen. Ze delen dit mee aan de cliënt en de naastbetrokkenen op het moment van de stopzetting van zorg. Soms kan de stopzetting van zorg in een welbepaalde zorgeenheid van lange duur en uitzonderlijk toch definitief zijn indien de cliënt in die zorgeenheid een zeer ernstig crimineel feit met traumatische gevolgen gepleegd heeft.

Ten slotte benadrukken we dat een eenzijdige stopzetting van de zorg een afkeuring inhoudt van het gedrag van de cliënt, maar nooit van de cliënt als mens. We blijven de cliënt ten volle respecteren en bejegenen als mens.

8. Stopzetting zorg omwille van niet-geschikte zorgvorm

Een andere grond op basis waarvan we de zorg kunnen stopzetten, is dat de zorgvorm niet of niet meer geschikt of aangewezen is voor de cliënt. Een eerste reden hiervoor kan zijn dat een andere zorgvorm op een bepaald moment voor de cliënt beter passend is dan de huidige zorgvorm. In dat geval wordt de cliënt verwezen naar die andere zorgvorm die meer aangewezen is. Een tweede reden kan zijn dat het geplande traject van de huidige zorgvorm op een bepaald moment tot een einde komt. Dan wordt de zorg stopgezet omdat die voltooid en niet meer nodig is. Een verwijzing naar de inclusie- en exclusiecriteria voor opname kan hierbij duidelijkheid scheppen. Als er toch nog zorg nodig is, dan kan die voortgezet worden in een andere vorm van geestelijke gezondheidszorg, een andere vorm van professionele zorg of met informele zorg.

Het is de bedoeling dat we de zorg niet eenzijdig stopzetten als de zorgvorm voor de cliënt niet meer geschikt is. We bespreken dit in het interdisciplinair team en gaan in dialoog met de cliënt en zijn of haar naastbetrokkenen.



We maken daarbij een afweging van verschillende verantwoordelijkheden: de verantwoordelijkheid tegenover de betrokken cliënt en naastbetrokkenen, de verantwoordelijkheid tegenover andere cliënten die de huidige zorgvorm nodig hebben maar er nog geen toegang toe hebben, en de verantwoordelijkheid tegenover de maatschappij die middelen van de gemeenschap in de zorg investeert. Samen met de cliënt en de naastbetrokkenen zoeken we naar meer geschikte, alternatieve zorgvorm en we proberen tot consensus te komen.

Als we niet tot overeenstemming komen met de cliënt en de naastbetrokkenen en niettemin in het interdisciplinair team van oordeel zijn dat de huidige zorgvorm echt niet meer aangewezen is, dan kunnen we de zorg toch eenzijdig stopzetten. We doen dit met gegronde redenen en we laten de cliënt en naastbetrokkenen niet in de steek. We begeleiden en ondersteunen hen om hun verantwoordelijkheid op te nemen bij het einde van de zorg of bij de overgang naar een andere vorm van zorg.

Besluit

Bij de gezamenlijke verantwoordelijkheid in de zorg is het belangrijk dat we geen negatieve grondhouding aannemen bij moeilijke zorgsituaties. We richten vooreerst onze aandacht en onze energie positief op de mogelijkheden van de verschillende partners in de zorg om verantwoordelijkheid gezamenlijk op te nemen. We delen de verantwoordelijkheid in de dialoog tussen cliënt, naastbetrokkenen en zorgverlener, en ook in het team het team van zorgverleners om kwaliteitsvolle zorg te bieden. Als dit niet volstaat, verbreden we de gezamenlijke verantwoordelijkheid en verwijzen we de cliënt naar andere teams in de eigen voorziening of zorgpartners buiten de voorziening.

Daarbij werken we samen en ondersteunen we elkaar. We kunnen pas zorg dragen voor cliënten als we ook zorg dragen voor onszelf en onze collega's. We kunnen een beroep doen op ethisch overleg of moreel beraad om tot goede keuzes te komen en het vertrouwen in de zorgrelatie te behouden. We kunnen ook de zorgvragen plaatsen in het breder kader van zinragen.

Slechts in uitzonderlijke omstandigheden kan het verantwoord zijn de zorg stop te zetten. Dit kan als de cliënt grensoverschrijdend gedrag stelt dat ernstige gevolgen heeft en dat bovendien vrijwillig is. We proberen echter dit gedrag zoveel mogelijk te voorkomen. Het stopzetten kan ook verantwoord als de zorg niet meer geschikt of aangewezen is voor de cliënt. Steeds wijzen we de cliënt en naastbetrokkenen op de verantwoordelijkheid die ze kunnen opnemen en ondersteunen we hen bij het dragen van die verantwoordelijkheid.

Daartoe doen we een beroep op de gezamenlijke en participatieve verantwoordelijkheid van alle betrokkenen. We rekenen op de solidariteit van de maatschappij om de zorg voor de meest kwetsbare mensen mogelijk te maken. Het is onze verantwoordelijkheid om de beleidsmakers en de maatschappij met hun verantwoordelijkheid voor deze zorg te confronteren.



LITERATUUR

Begeleidingscommissie ethiek geestelijke gezondheidszorg Broeders van Liefde, Ethische adviezen, zie:
<https://broedersvanliefde.be/ethiek>

Commissie voor Ethiek Zorgnet Icuuro, Morele stress in de zorg, zie:
<https://www.zorgneticuro.be/publicaties/ethisch-advies-21-morele-stress-de-zorg>

Liégeois, Axel, Een relationeel ethisch model voor het evalueren van beslissingsbekwaamheid in de psychiatrie, Tijdschrift voor Psychiatrie, 60 (2018) 1, 29-36, zie: Tijdschrift voor Psychiatrie - Een relationeel ethisch model voor het evalueren van beslissingsbekwaamheid in de psychiatrie

Liégeois, Axel, Waarden in dialoog. Ethiek in de zorg, Leuven: LannooCampus, 2019, zie:
<https://www.lannoo-campus.be/nl/handboek-waarden-dialoog>

Leden Begeleidingscommissie Ethiek GGZ Broeders van Liefde

- Beernem, Psychiatrisch Centrum Sint-Amandus: Carl Van Sielegem en Nils Verbeeck
- Berchem, Familieplatform Geestelijke Gezondheid: Ria Van Den Heuvel
- Bierbeek, Zorggroep Sint-Kamillus: Thomas Janssens en Elisabeth Schoenaerts
- Boechout, Zorggroep Multiversum: Yvan Hens en Emiel Nelissen
- Gent, Psychiatrisch Centrum Dr. Guislain: Christoph Moonen
- Gent, De Sleutel: Els Vanneste
- Gent, Organisatie Broeders van Liefde: Marc Eneman, Axel Liégeois en Carine Vanderbeken
- Grimbergen, Psychiatrische Kliniek Sint-Alexius: Jo Lerno en Rita Van Den Bergh
- Lede, Psychiatrisch Centrum Ariadne: Kim Bascour en Rik De Coninck
- Leuven, Vlaams Patiëntenplatform/OPGanG: Else Tambuyzer
- Sint-Truiden, Psychiatrisch Centrum Asster: Johan De Greef en Ine Wanten
- Tienen, Zorggroep Alexianen: Filip Berwaerts en Katrien Schoevaerts
- Zelzate, Psychiatrisch Centrum Sint-Jan-Baptist: Luc De Backer en Kevin Van Wallendael

Contactpersoon: Axel Liégeois
E-mail: axel.liegeois@broedersvanliefde.be

Contactpersoon: Axel Liégeois
E-mail: axel.liegeois@broedersvanliefde.be

