

Auteur Jan Crikemans
Datum 12 januari 2026
Versie 2

Ethisch overleg

Inhoudsopgave

Doel van deze les.....	1
Ethiekondersteuning.....	2
Moresprudentie.....	2
Overlegvormen in de zorg.....	5
Wat is moreel beraad?.....	6
Vier soorten “moeilijk” en de daarbij horende vragen.....	6
Wat is een goede casus?.....	9
Opbouw van een morele vraag.....	10
Opbouw van een moreel beraad.....	11
Rollen in het moreel beraad.....	13
Uitkomsten van moreel beraad.....	14
Betrokkenheid van de cliënt.....	14
Praktische organisatie.....	15
Waarheid of morele overeenstemming?.....	16
Bibliografie.....	16

Doel van deze les

In de voorgaande lessen van deze cursus hebben we uiteengezet wat ethiek in de zorg inhoudt. Daaruit bleek dat zorgverleners nood kunnen hebben aan moreel overleg en ethiekondersteuning. Dit moet echter op een methodische manier gebeuren, zo niet dreigen we te vervallen in een oeverloos gepraat dat zelden of nooit tot een werkbare conclusie leidt. In deze cursus geven we vooral aandacht aan het concreet inoefenen van methodisch ethisch overleg. Het is de bedoeling dat de cursisten na de opleiding in staat zijn om hierin daadwerkelijk als gespreksleider op te treden. Dat vraagt veel oefening, maar uiteraard moet die oefening ook steunen op inzichten in de werking van ethisch overleg. Dat willen we in deze les bijbrengen.

Voor we concreet gaan oefenen, willen we eerst uiteenzetten wat ethisch overleg precies is en hoe het in de voorzieningen kan worden ingebed. We stellen vast dat ethisch overleg op de Vlaamse werkvloeren nog lang niet is ingeburgerd. Wellicht komt dat omdat het nog teveel gezien wordt als goedbedoelde maar geïsoleerde gesprekken tussen een aantal geëngageerde zorgverleners. Ethisch overleg is dan een zaak van enkele teams, zonder verder impact op de organisatie als geheel. De laatste jaren is door een aantal wetenschappers onderzocht hoe we ethisch

overleg beter kunnen inbedden in de ganse organisatie. Dat heeft geleid tot het munten van de term “moresprudentie”¹.

Ethiekondersteuning

Deze opleiding draagt als titel: “*Ethiekondersteuner in zorg en welzijn*”. Deze titel is geïnspireerd op het Handboek ethiekondersteuning², uitgegeven door het Neon³. In dit handboek worden zeven vormen van ethiekondersteuning onderscheiden⁴:

1. Advisering of consultatie over een morele casus. Dat betekent dat een ethiekondersteuner of een commissie, formeel of informeel, een mondeling of schriftelijk advies uitbrengt. Degene die het advies uitbrengt, stelt zich dus eigenlijk op als ethisch expert. Consultatie is een bredere term: het betekent dat de consultgever meedenkt met degene die de vraag gesteld heeft. Het hoeft dus niet noodzakelijk te eindigen met een advies. Maar de consultgever stelt zich wel op als een expert.
2. Morele counseling is een werkvorm die gericht is op ondersteuning van een (cliënt⁵), de naasten van een (cliënt) of zorgmedewerkers bij ethische vragen. Het gaat hier dus om een rechtstreeks gesprek tussen de counselor en de cliënt.
3. Moreel beraad, waarover later meer.
4. Morele verkenning van het dagelijks handelen. Daarbij gaat een ethiekondersteuner meelopen met de hulpverleners, om daarna met hen morele reflecties te delen over de ervaringen van de patiënten of op basis van diens eigen observaties. De ethiekondersteuner kan evt. ook aansluiten bij het reguliere overleg op de werkvloer, om daarin in gesprek te gaan met de hulpverleners.
5. Bijeenkomsten of lezingen met een moreel thema. Daarbij wordt dus vorming opgezet rond morele thema's waarmee de hulpverleners worden geconfronteerd. Dit kan ook aanleiding zijn tot reflectie onder de medewerkers.
6. Training of onderwijs in morele competenties. Deze opleiding is daar dus een voorbeeld van.
7. Beleidsvoorbereiding en -advisering vanuit een ethisch perspectief. Daarbij gaat de ethicus dus in gesprek met de leiding van de organisatie.

Moresprudentie

Moresprudentie is een belangrijk begrip in ethiekondersteuning, maar helaas wordt het meestal achterwege gelaten. Daarom starten we met een uiteenzetting over dit begrip.

De term *moresprudentie* verwijst naar *jurisprudentie*. Jurisprudentie is – kort samengevat – het geheel aan rechtelijke uitspraken. Rechters baseren zich in hun uitspraken uiteraard op de tekst van de wet, maar vaak is daar toch enige interpretatie bij nodig, omdat een concrete casus niet noodzakelijk naadloos kan toegepast worden op een wettekst. Rechters baseren zich daarom ook op uitspraken van andere rechters en uiteraard ook van hogere rechtbanken. Daardoor ontstaat er een coherente rechtspraktijk.

Moresprudentie is een gelijkaardig begrip over morele uitspraken. Henriëtte Bout⁶ schrijft daarover dat moresprudentie vertrekt van concrete resultaten van moreel beraad. In de ideale wereld wordt er van een moreel beraad ook een verslag gemaakt. Collega's die niet bij het beraad betrokken waren, kunnen dat verslag lezen en er ook lering uit trekken. Deze individuele verslagen noemt zij moresprudentie van de eerste orde. Als er regelmatig morele beraden gevoerd worden, zal men vaststellen dat bepaalde problematieken meermaals voorkomen⁷. Dan

¹Zie BV. Bout Henriëtte, *Moresprudentie en het leren van organisaties over morele vraagstukken*, proefschrift, Breukeken: Neyenrode Business universiteit, 2023, 331 p. – Kanne Mariël (2016), *Co-creatie van goede zorg. Ethische vragen moreel beraad en normatieve professionalisering in de zorg en het sociaal werk*, proefschrift, Delft: Eburon, 404 p. – Kanne Mariël & Grootoink Ellen (red.) (2014), *Moresprudentie in de praktijk*, Delft: Eburon, 184 p.

²Hartman Laura, Weidema Froukje, Widdershoven Guy & Molenwijk Bert (2016), *Handboek ethiekondersteuning*, Amsterdam: Boom, 293 p.

³Het NEON, is de naam van een Nederlandse netwerkorganisatie van ethiekondersteuners. “Neon” staat voor Nederlands EthiekOndersteuners Netwerk.

⁴Hartman Laura, Weidema Froukje, Widdershoven Guy & Molenwijk Bert (2016), *Handboek ethiekondersteuning*, Amsterdam: Boom, p. 51 – 129

⁵In het handboek spreekt men van “patiënt”, maar wij verkiezen de term “cliënt”, omdat deze opleiding het welzijnswerk in het algemeen betreft.

⁶Bout Henriëtte, o.c.

⁷De Bree en Veening (2021) stellen dat 70% van alle beraden op een afdeling over vier of vijf dezelfde thema's gaan. (p.22-23)

wordt het mogelijk om met deze verslagen overkoepelende, thematische verslagen te maken. Dat noemt zij moresprudentie van de tweede orde. Tot slot kan men ook derdeorde moresprudentie krijgen: dan gaat het management van de voorziening uit het tweedeorde moreel beraad conclusies trekken om de werkwijzen en evt. zelfs de doelstellingen van de organisatie bij te sturen. Op die manier krijg je twee bewegingen in de organisatie. Er is een beweging van de werkvloer naar het management, waarbij de inzichten van het management gevoed worden door ervaringen aan de basis. Daaruit resulteert een omgekeerde beweging waarin het management de resultaten daarvan consolideert in het beleid.

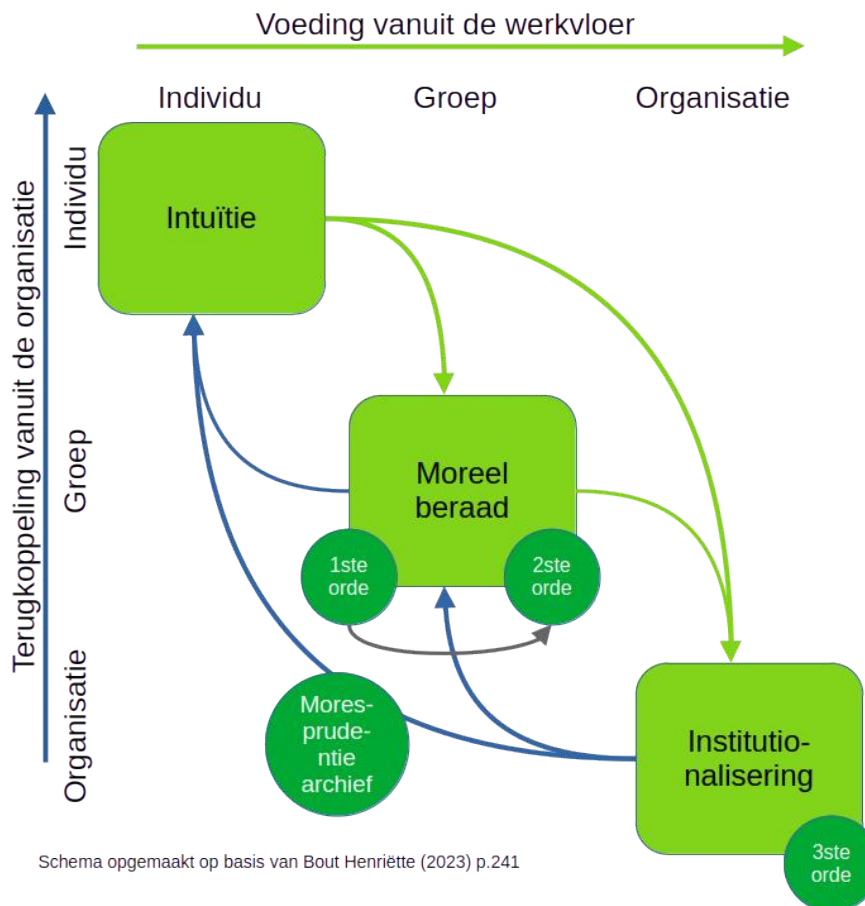
Daarbij is het essentieel dat moreel beraad vertrekt vanuit concrete verhalen waarin ook een emotionele lading wordt meegegeven. Ook het management heeft nood aan voeling met de werkvloer. Als moreel beraad alleen abstracte ideeën produceert, dan wordt het management er onvoldoende door “gevoed”.

Ik meen dat er een tendens tot schaalvergroting in de zorg bezig is. Door de toenemende complexiteit in onze samenleving wordt het voor kleinschalige organisaties steeds moeilijker om te overleven door de toenemende complexiteit van de regelgeving en de juridisering van de samenleving. Maar in de groter wordende organisaties wordt de afstand tussen top en basis groter. Het management heeft daardoor minder rechtstreekse controle over dat wat er op de werkvloer gebeurt. Het probeert dit aan te pakken door het formuleren van cijfermatige doelen (KPI's), richtlijnen en protocols van top naar basis. Het gevaar daarvan is dat deze niet afgestemd zijn op dat wat er zich werkelijk op de werkvloer afspeelt. Daardoor dreigt er een vervreemding tussen top en basis te ontstaan. Moresprudentie kan een antwoord zijn op deze problematiek.

Het klinkt wellicht paradoxaal dat het management enerzijds sterk afgaat op KPI's en anderzijds ook emotioneel voeding wil krijgen over wat er leeft op de werkvloer. Maar dat is het niet. Mensen zijn nooit louter rationeel of emotioneel. Ze zijn vaak beide tegelijkertijd. En uiteraard werden managers en besturen van zorgorganisaties initieel ook meestal door een zorgende ingesteldheid gemotiveerd.

Henriëtte Bout heeft dit verwerkt in een schema⁸. Ik heb het schema overgenomen, mits een kleine aanpassing.

⁸Henriëtte Bout vertrekt in haar proefschrift in sterke mate van de inzichten van M. Crossan, H.W. Lane en R.E. White die een systeem hebben uitgewerkt over organisatieleren.



Ethiek start in deze visie van de intuïties van het individu. Hulpverleners worden in hun taakuitoefening geconfronteerd met situaties waarbij ze voelen dat het “schuurt”. Dat wat er gebeurt, komt in hun aanvoelen niet overeen met hun waarden en normen, hun idee van menswaardigheid, van rechtvaardigheid enz. Die ervaringen kunnen besproken worden in een moreel beraad. Daar speelt zich een proces van van morele overeenstemming (moral matching): de deelnemers bespreken met elkaar hoe ze de situatie aanvoelen en trachten met elkaar tot een overeenstemming te komen. De resultaten van dat moreel beraad worden bij voorkeur vastgelegd in een verslag. Daardoor ontstaat eersteorde moresprudentie. Als gelijkaardige problematieken meermaals voorkomen, dan kan men op basis van de gemaakte verslagen een tekst schrijven waarin de verworven inzichten worden samengebracht. Dan ontstaat er tweedeorde moresprudentie. Dat samenvoegen gebeurt meestal niet door de onmiddellijk betrokkenen, maar door een leidinggevende of door een ethicus. De gemaakte verslagen kunnen dan door het management gebruikt worden om de bestaande richtlijnen en protocols te maken, vertrekkend van de ervaringen op de werkvloer. Op die manier ontstaan er twee bewegingen in de organisatie. Er is een doorstroming van informatie van de werkvloer naar de top, vertrekkend van concrete ervaringen die telkens een samengaan zijn van feiten en emoties. Als die informatie de top bereikt, dan ontstaat er een tegengestelde beweging van de top naar de werkvloer waarin de kennis die uit de eerste beweging voortvloeit, wordt omgezet in beleid.

Het geheel wordt rondgemaakt door het moreel archief. Dat is een plek waar de verslagen van de morele beraden en ook de documenten van tweede en derde orden worden opgeslagen. Dat kan bv. een database zijn of een pagina op het intranet. Henriëtte Bout stelt wel vast dat deze archieven zelden worden geconsulteerd door mensen op de werkvloer. Daarom is het ook belangrijk dat men daar actief mee aan de slag gaat. Dat kan bijvoorbeeld door vormingen rond dit archief te organiseren of door mensen uit te sturen naar de afdelingen om er concreet mee aan de slag te gaan. Bij het organiseren van het morele archief moet uiteraard ook gekeken worden naar het vrijwaren van het beroepsgeheim en de discretieplicht.

Overlegvormen in de zorg

Hulpverleners worden voortdurend geconfronteerd met moeilijke vragen. Zoals uit het bovenstaande reeds bleek, zijn er verschillende overlegmethoden die in de zorg worden gehanteerd om deze vragen op een methodische manier te bespreken. Het is essentieel dat dit op een methodische manier gebeurt. Zonder methode riskeert men te vervallen in een oeverloos gesprek, zonder resultaat. Dat heeft negatieve gevolgen.

- Er gaat enorm veel tijd aan verloren. Vaak zegt men dat moreel beraad en andere overlegvormen veel tijd kosten, maar in vele gevallen verlies je drie keer of meer tijd aan het niet methodisch bespreken van hangende problemen dan de tijd die je besteedt aan methodisch overleg. Want problemen die niet uitgepraat worden, worden voortdurend opnieuw opgerakeld in de wandelgangen, tijdens briefings, in de marge van een teamvergadering enz. Maar zonder methodiek eindigen deze gesprekken vaak zonder conclusie en daardoor komen ze steeds terug op tafel te liggen. Er gaat dus enorm veel tijd verloren en die tijd is erg schaars in de zorg.
- De problemen raken niet opgelost en daardoor worden ze als een etterende wonde: als je er niets aan doet, wordt het almaar erger.

Er zijn verschillende overlegvormen die we kunnen hanteren. Vier daarvan bieden we aan in deze opleiding.

- **Moreel beraad** is een methodiek om ethische vragen te bespreken. In een moreel beraad moet dus minstens één ethische vraag aan bod komen. We onderscheiden verschillende vormen van moreel beraad. (Op de website van WEPE vindt je een catalogus met een zeer ruim overzicht van deze methodieken: <https://wepe.be/overlegmethoden-in-de-zorg/>)
 - *Resultaatgerichte vormen*: wij oefenen in onze opleiding de heracleitosmethode, maar er zijn er ook andere, zoals de dilemmamethode.
 - *Hermeneutische of reflectieve methoden*: wij oefenen in deze opleiding de socratische methode⁹.
 - De meeste methodieken vragen relatief veel tijd: 1,5 tot 2 uur per casus. Maar dat is niet altijd haalbaar in de praktijk. Daarom werden er ook *kortere methoden* uitgewerkt. Wij oefenen in deze opleiding de CURA-methode, die is ontstaan in de palliatieve zorg, maar ook in andere werkomgevingen kan worden gebruikt.
- **Cliëntbespreking**. Dit overleg gaat over het bespreken van zorgpaden die met een bepaalde cliënt kunnen doorlopen worden. Daarbij komen twee perspectieven aan bod:
 - Wat zijn de mogelijkheden die geboden kunnen worden en wat zijn de grenzen aan de zorg (medisch, financieel, praktisch, ...)
 - Wat is het perspectief van de cliënt: wat wil die, wat wil die uitdrukkelijk niet.

Bij een cliëntbespreking moet de cliënt of zijn vertegenwoordiger dus altijd aanwezig zijn: diens perspectief is een essentieel element in de bespreking.

- **Supervisie / intervisie**: is een methodische gespreksvorm die eerder gericht is op het verwerkingsproces bij de hulpverleners zelf. Hulpverleners worden met heel wat indrukken en gevoelens geconfronteerd. Deze methodieken helpen hen om dit allemaal te helpen verwerken. In deze opleiding oefenen we in dat verband de *incidentmethode*. Supervisie wordt begeleid door een “professionele” gespreksleider, terwijl intervisie begeleid wordt door één van de deelnemende collega’s. Maar in elk geval moet die gespreksleider de methodiek onder de knie hebben. Supervisie / intervisie gaat dus vaak over het verwerken van emoties die bij het werk naar boven komen.

⁹De socratische methode gaat eigenlijk ruimer dan moreel beraad: je kan ze ook aanwenden voor een ruimer filosofisch gesprek. Maar ik ga daar hier niet verder op in, omdat deze opleiding specifiek gericht is op de zorg. In praktijk hoeft dat echter geen belemmering te zijn, omdat de methodiek precies op dezelfde manier kan toegepast worden bij het bespreken van een andere vraag. De enige beperking is dat het in elk geval moet gaan over een conceptueel-filosofische vraag, niet over bijvoorbeeld een psychologische vraag. Voor meer informatie verwijz ik jullie naar het boek van Kristof Van Rossem (2020)

- **Werkoverleg.** Over werkoverleg spreken we als een team, onder leiding van diens leidinggevende, overleg pleegt over de uitvoering van de werkzaamheden. Werkoverleg is dus bij uitstek geschikt voor het bespreken van praktische vragen.

Wat is moreel beraad?

In deze opleiding concentreren we ons op het aanleren van moreel beraad, omdat de duur van de opleiding nu eenmaal beperkt is. Dat is op zich al intensief genoeg, want moreel beraad is een heel breed begrip. Janine De Snoo-Trimpp omschijft moreel beraad als “an umbrella term”¹⁰: een paraplubegrip. Er zijn heel veel verschillende vormen van moreel beraad en ik stel vast dat er nog steeds nieuwe vormen worden ontwikkeld. Naar aanleiding van het twejaarlijks congres van het Belgisch Adviescomité Bio-ethiek in 2023, hebben wij een digitale werktuigkist moreel beraad¹¹ ontwikkeld. Daarin zijn momenteel drieëntwintig werkvormen opgenomen en dit overzicht is nog lang niet volledig. Janine De Snoo-Trimpp besluit daaruit: Het gebruik van moreel beraad als een paraplu-term impliceert dat moreel beraad verschillende methoden kan representeren en dat het geen gestandaardiseerde methode is. Maar er is wel een gemeenschappelijke noemer die kenmerkend is voor alle methodieken: het is een collectief moreel onderzoek verricht door professionals binnen hun praktijk, geleid door een facilitator over een concrete morele kwestie die verbonden is met een casus die zich in de werkelijkheid heeft voorgedaan¹².

Menno de Bree en Eite Veening¹³ definiëren moreel beraad als volgt:

*We beschouwen een moreel beraad als een **vertrouwelijk groeps**gesprek tussen collega's over een **casus** uit hun praktijk die door een van hen is ingebracht. Deze casus bevat in ieder geval één **morele (ethische) vraag**: een vraag naar wat de casusinbrenger als professional moet of mag doen (of nalaten) in de betreffende situatie. Tijdens dit gesprek dat het karakter heeft van een dialoog, **onderzoeken** de deelnemers gezamenlijk hun gezichtspunten en ontwikkelen en evalueren zij **argumenten** om uiteindelijk te kunnen bepalen hoe die morele vraag het beste beantwoord kan worden. Het beraad volgt daartoe steeds hetzelfde **grondplan**. Om het gesprek in goede banen te leiden en te houden, wordt het begeleid door een **gespreksleider**, die zelf niet inhoudelijk deelneemt. Er wordt gebruikgemaakt van een passende gespreksmethodiek, waarin de te nemen denkstappen beschreven staan¹⁴.*

In principe heeft een moreel beraad 5 tot 12 deelnemers, maar beginnende gespreksleiders doen er wellicht goed aan om het maximaal aantal deelnemers tot 8 te beperken.

Vier soorten “moeilijk” en de daarbij horende vragen

Moreel beraad is erop gericht om vragen te bespreken die door zorgverleners “moeilijk” worden ervaren. Maar er zijn volgens De Bree en Veening vier soorten moeilijke vragen¹⁵.

¹⁰De Snoo-Trimpp Janine (2020), *Outcomes of moral case deliberation. Using, testing and improving the Euro-MCD instrument tot evaluate Clinical Ethics Support*, proefschrift, Amsterdam: Vrije universiteit Amsterdam, p. 51. Zij gebruikt de term MCD: Moral Case Deliberation. Haar proefschrift gaat over de ontwikkeling van een vragenlijst waarin de effecten van moreel beraad worden onderzocht in drie landen: Nederland, Zweden en Noorwegen.

¹¹Je kan deze digitale werktuigkist raadplegen via de website van WEPE: <https://wepe.be/overlegmethoden-in-de-zorg/catalogus/>

¹²De Snoo-Trimpp Janine, *o.c.*, p. 51. (Mijn vertaling: de originele tekst luidt: Using MCD as an umbrella term implies that MCD can represent several methods and is not a standardised method. However common denominators across all methods have been agreed upon: it is a facilitator led collective moral inquiry into a concrete question connected to a real case made by healthcare professionals in their practice. Noteer dat Janine De Snoo-Trimpp ook spreekt over *healthcare professionals*. Maar moreel beraad kan even goed in andere zorgomgevingen worden gebruikt, zoals bv. Mariël Kanne (2016) aantoont.

¹³De Bree Menno & Veening Eite (2016), *Handleiding moreel beraad. Praktische gids voor zorgprofessionals*, 2016, 3de dr., Assen: Koninklijke Van Gorcum, p. 17. Ik gebruik de inzichten in dit werk uitgebreid voor het vervolg van deze tekst. Ik wil de studenten aanraden om dit werk aan te schaffen.

¹⁴Hartman Laura e.a. (2016) p. 74 stellen het zo: “Een moreel beraad is een gestructureerd gesprek over een morele kwestie of vraag aan de hand van een specifieke methode. Tijdens het moreel beraad bespreken zorgmedewerkers een morele kwestie uit hun dagelijkse werk. Het gesprek vindt plaats onder begeleiding van een gespreksleider en heeft als uitgangspunt een concrete morele vraag of kwestie (de casus) van een van de deelnemers (de casusinbrenger). Een vereiste is dat het thema altijd een oprechte vraag en morele twijfel uitdrukt die in een concrete situatie spelen.”

¹⁵De Bree en Veening spreken niet van vragen, maar van “puzzels”, maar dat lijkt me een woord dat niet echt past bij het Zuid-Nederlands. Ik spreek daarom over “vragen”.

- **Kennisvragen.** Dit zijn meestal vragen naar het “wat” of naar de feitelijke omstandigheden. Dit soort vragen kan zijdelings aan bod komen in moreel beraad, maar het is in principe niet het doel van moreel beraad om kennisvragen te beantwoorden. Als een probleem enkel rond kennisvragen draait, dan kan men even goed een expert vragen om de nodige informatie in te brengen of men kan deze vragen bespreken in een werkbespreking. Maar voor zover kennisvragen voorkomen binnen een ethische casus, moeten deze wel eerst opgelost worden vooraleer de ethische vragen aan bod kunnen komen. Voorbeelden van kennisvragen zijn:
 - Wat is Corona, hoe ontstaat deze ziekte, wat zijn de gevolgen als je besmet wordt, ...
 - Wat zijn de klachten van deze patiënt?
 - Hoe zijn de relaties met de familie?
 - Wat zijn de gevolgen van fixatie?
 - Wanneer komt een cliënt in aanmerking voor werkloosheidsvergoeding?
 - ...
- **Praktische vragen:** hoe organiseren we de zorg op de meest efficiënte manier, hoe voer ik bepaalde zorg-handelingen best uit, hoe voer ik een gesprek over een moeilijk thema met mijn cliënt, ... Dit zijn meestal vragen naar het “hoe”: hoe pak je de dingen aan, hoe kan je iets voor elkaar krijgen, ... Dit soort vragen komt in principe niet aan bod in een moreel beraad, tenzij kort in de laatste fase waar de concrete afspraken worden gemaakt. Louter praktische vragen kan je best bespreken in een werkoverleg of een intervisie. Voorbeelden van praktische vragen zijn:
 - Hoe voorkom ik dat mijn bewoners besmet worden door corona?
 - Hoe kan ik best met mijn patiënt communiceren, zodat hij een helder beeld krijgt van zijn gezondheidstoestand?
 - Hoe kan ik op de beste manier met de familie communiceren?
 - Hoe kan ik op een veilige manier iemand fixeren?
 - Hoe vraag ik voor mijn cliënt werkloosheidsvergoedingen aan?
 - ...
- **Emotionele vragen:** hoe kan ik alle emoties waarmee ik in mijn werk wordt geconfronteerd op de best mogelijke manier verwerken? Als deze vragen aan bod komen in een moreel beraad, is het enkel omdat ze interfereren met ethische vragen. Vragen die louter gaan over de emotionele verwerking van je job, zijn onderwerp voor een intervisie of een werkbespreking.
- **Waarderingsvragen**
 Waarderingsvragen zijn vragen over kwaliteit, goedheid en schoonheid. Je kan ze ook “filosofische” vragen noemen. Bijvoorbeeld:
 - Wat is een goed gesprek?
 - Wat is goede zorg?
 - Wat maakt het leven van mijn patiënt nog de moeite waard, ook al leidt hij aan dementie?
 Niet alle waarderingsvragen zijn ook echte “morele” vragen. **Morele vragen** komen overal voor, maar als we het specifiek over zorg hebben, dan gaat het over de vraag naar ‘het goede’ of de goede zorg.
 - Mag ik iemand dwingen om zich tegen corona te laten inenten?
 - Mag ik mijn patiënt informatie over zijn gezondheidstoestand onthouden, als ik vrees dat die de waarheid niet aankan?
 - Mag ik met de familie communiceren als de patiënt daar niet mee instemt?
 - Mag ik iemand fixeren?
 - Mag ik tijdens een huisbezoek de slaapkamer van mijn cliënt onderzoeken om na te gaan of die samenwoont met een andere persoon?

◦ ...

In een ethisch overleg kunnen al deze vragen aan bod komen. Maar de manier waarop is wel essentieel verschillend.

- **Kennisvragen**, dienen liefst in de eerste fase van een ethisch overleg aan bod te komen. Een ethisch overleg is niet hetzelfde als een filosofisch gesprek. Het kan heel interessant zijn om eens eens een fijn filosofisch gesprek te voeren over wat goede zorg is, maar in een ethisch overleg in een professionele context doen we dat beter niet. Ethisch overleg moet altijd vertrekken van de concrete praktijk. Daarom betrekken we best altijd concrete casussen in een overleg. Het kan bijvoorbeeld nodig zijn om, op managementniveau, een gesprek te hebben over algemene ethische vragen, bijvoorbeeld bij het vastleggen van een fixatie arm beleid. Maar als dat gebeurt zonder verwijzing naar concrete casussen, dan riskeer te te verzinken in theoretische of zelfs dogmatische gesprekken. In een casusbespreking zijn alle details van belang, ook de kennisvragen. Bv. in een ethisch overleg over de vraag of een concrete patiënt gefixeerd moet worden omdat hij groot valrisico heeft, stellen zich een boel kennisvragen: Wat zijn de te verwachten gevolgen van een valpartij? Wat zijn de mogelijke medische gevolgen van de fixatie? Wat zijn de mogelijke psychische gevolgen van de fixatie? ... Het is maar op het moment dat dit duidelijk is, dat we ook de ethische vraag over de fixatie van deze patiënt concreet kunnen onderzoeken.
- **Praktische vragen** moeten in een ethisch overleg zoveel mogelijk vermeden worden. Als ze aan bod komen, moet dat in principe op het eind zijn: op het moment dat we de implementatie van de beslissing bespreken. Bv. Een casus waarin besloten werd dat het toch nodig was op de bewoner elke dag gedurende een korte periode te fixeren, omdat hij de hele dag rondliep en dan het valrisico ontstond omdat hij te vermoeid was. Daarbij stelden zich praktische vragen als: “Hoe merken we dat hij te vermoeid is geworden?”, “Hoe zorgen we ervoor dat we hem zo weinig mogelijk verontrusten op het moment dat we hem naar zijn kamer brengen?”, “Welke fixatiemiddelen zijn het meest aangewezen?”, “Hoe brengen we ze aan.” ...
- **Waarderingsvragen**. Er is een verschil tussen algemene waarderingsvragen en ethische vragen. De Bree en Veening stellen het zo: “Alle kwesties rond kwaliteit, goedheid en schoonheid vallen binnen de categorie waarderingspuzzels¹⁶. Dat geldt dus ook voor de morele of ethische puzzels die centraal staan binnen een moreel beraad. Bij deze puzzels gaat het stevast om de vraag naar ‘het goede’ of naar ‘goede zorg’ (...) of meer toegespitst om wat je als professional, moet of mag doen (of nalaten) in een bepaalde situatie.” Een waarderingsvraag is dus ruimer dan een morele vraag. Dat verschil is onder meer belangrijk als we het over het socratische gesprek zullen hebben. Een socratisch gesprek gaat namelijk altijd over een waarderingsvraag, maar niet noodzakelijk over een ethische vraag.

Waarderingsvragen kunnen bijvoorbeeld zijn:

- Wat is een goed gesprek?
- Wat is een goed leven?
- Waarom is schoonheid belangrijk in mijn leven?
- ...

Morele vragen kunnen bijvoorbeeld zijn?

- Mag ik medicatie stiekem in het eten van mijn patiënt mengen?
- Mag ik een bewoner verbieden om alcohol te drinken?
- Mag ik als maatschappelijk werker bij een huisbezoek controleren of mijn cliënte mannelijk bezoek ontvangt?
- ...

In principe worden in een moreel beraad vragen beantwoord in een vaste volgorde.

¹⁶De Bree en Veening (2016), p. 5. Zij spreken niet over vragen maar over “puzzels”, maar ik meen dat deze term in het Zuid-Nederlands nogal ongewoon overkomt. Daarom gebruik ik het woord “vragen” waar zij over “puzzels” spreken.

1. **Kennisvragen** komen in principe alleen aan bod in de eerste fase van het beraad. Om een casus op een grondige manier te bespreken, zijn alle details van belang, ook de kennisvragen. Tijdens de eerste fase gaat het in principe vooral over de feiten. Om deze feiten grondig te analyseren, moet men ook alle kennisvragen beantwoord hebben.
2. **Ethische vragen** vormen de hoofdmoot van de besprekingen, maar komen dus in principe pas aan bod als men een volledig beeld heeft over de feiten.
3. **Praktische vragen** komen best zo weinig mogelijk aan bod in een moreel beraad en indien nodig enkel in de laatste fase waarin de concrete afspraken gemaakt worden.

Wat is een goede casus?

Essentieel is dus dat een moreel beraad draait om het beantwoorden van een casus. Daarom is het heel belangrijk dat de gespreksleider de casus grondig onderzoekt op zijn bruikbaarheid. In de ideale wereld doe je dat voor je aan het gesprek begint, anders dreig je veel tijd te verliezen. Zoals uit het voorgaande blijkt, bestaan er ook andere werkvormen. Als de gestelde casus geen geschikte casus is, kan men dus wel overstappen naar een andere werkvorm.

Dit is uiterst belangrijk voor beginnende gespreksleiders. Als de casus niet geschikt is, dreig je vast te lopen en te eindigen zonder resultaat. Vaak krijg je dan geen tweede kans: de deelnemers blijven zitten met de indruk dat moreel beraad niets uithaalt en zijn dan niet meer gemotiveerd om het nog eens te proberen.

De Bree en Veening stellen dat er in principe niet sprake is van een “morele casus”: zij spreken over een professionele casus waarin allerlei vragen spelen die ethisch of moreel van aard kunnen zijn. Maar in een moreel beraad moet er dus altijd minstens één ethische vraag aan bod komen.

Volgens De Bree en Veening heeft een goede morele casus de volgende kenmerken:

1. Het moet een professionele casus zijn.
2. Er moeten een of meerdere ethische vragen in zitten.
3. De casus moet van de inbrenger zelf zijn.
4. De casusinbrenger moet zelf aanwezig zijn.
5. De casusinbrenger moet handelingsvrijheid hebben.
6. Kennisvragen moeten tijdens het beraad kunnen opgelost worden.
7. Er moet in vertrouwen kunnen gesproken worden over de casus.
8. De casus moet invoelbaar zijn voor de andere deelnemers (zij moeten zich in de inbrenger kunnen verplaatsen).
9. De casus moet in professioneel opzicht relevant zijn voor de andere deelnemers: wat voor deze casusinbrenger gold, geldt in principe voor alle collega's in gelijkaardige situaties.
10. De morele vraag is een niet-absolute vraag. (Woorden als ‘altijd’, ‘ooit’ en ‘nooit’ moeten vermeden worden.)
11. De morele vraag dient ‘spannend’ te zijn: ze moet aanzetten tot verder doordenken¹⁷.
12. (voor beginnende gespreksleiders) de casus mag niet te complex zijn Bijvoorbeeld: een casus waarover er controverse is en waar er diepe emoties over leven of grote belangen zijn, is niet geschikt voor een beginnende gespreksleider.

In dat verband spreken De Bree en Veening ook van verschillende graden van complexiteit: er zijn laag-complexe, midden-complexe en hoog-complexe casussen. In principe zijn alleen de midden-complexe casussen geschikt voor moreel beraad.

¹⁷ De twee kenmerken (10&11) ontleen ik aan Stegenga Marije, Dilemma's in kaart. Methode voor moreel beraad in de zorg, Voorthuizen: Perspectief uitgevers, 2014, p. 10-11

- Laag-complex: Bijvoorbeeld de vraag “Moet ik kloppen als ik een kamer binnenga?”, is niet geschikt voor moreel beraad: het antwoord ligt binnen de bestaande morele kaders en de deontologie van de hulpverlener.
- Midden-complex: Bijvoorbeeld: “Een cliënt wil graag op reis maar er zijn gezondheidsrisico’s?” De vraag stelt zich of het team die moet steunen in zijn vraag. Dit is geschikt voor moreel beraad.
- Hoog-complex: Bijvoorbeeld: “Wie mogen we toegang verlenen tot genetische informatie” In principe is dit niet geschikt voor een moreel overleg omdat het een casus is die deel uitmaakt van een bredere maatschappelijke discussie. Dit laat uiteraard niet weg dat er bijvoorbeeld op voorzieningsniveau een standpunt over een dergelijke problematiek kan worden geformuleerd bij wijze van signaalfunctie naar de hogere overheid toe. Maar een moreel beraad op de werkvloer leent zich daar niet toe.

Opbouw van een morele vraag

Een morele of ethische vraag is een vraag die gaat over dat wat geboden, verboden of toegestaan is in de hulpverlening. In feite gaat ze dus over de vraag: hoe kunnen we als hulpverlener kwaliteit van zorg voor onze cliënt verzekeren, hoe kunnen we menswaardige zorg verlenen, hoe kunnen we het goede leven voor onze cliënt (in de mate van het mogelijke) faciliteren?

Daarbij komen de volgende aspecten aan bod:

- Het moet een open vraag zijn. Het kan best zijn dat een morele vraag enkel met “ja” of “neen” kan beantwoord worden, dat is op zich geen probleem. Maar het antwoord mag niet in de vraag vervat zijn? (Bv. “Vind jij ook niet dat we een cliënt van 90 jaar met diabetes moeten verbieden een trappistenbier te drinken?” is dus geen open vraag.
- De vraag moet geformuleerd worden op handelingsniveau. (Moet de organisatie meer personeel in dienst nemen?”, is dus geen geschikte vraag, want het ligt niet op het handelingsniveau van de hulpverleners. Het kan bv. wel goed zijn om dit in een vakbondsoverleg ter sprake te brengen.)
- De vraag mag geen argumenten bevatten: deze worden tijdens het beraad ontwikkeld.
- De vraag moet passen bij een professionele situatie.

De Bree en Veening hebben in dit verband een kernvraaggenerator ontwikkeld¹⁸. Zie onderstaande tabel

¹⁸De Bree en Veening (2016) p. 48 e.v.

1	Onderwerp “ik” of “wij”	Ik We	De casuseigenaar is altijd aanwezig. We spreken dus nooit over een ‘jij’ of een ‘hij’ of ‘zij’. Kies ik als het duidelijk is dat één persoon verantwoordelijk is een een besluit moet nemen Kies alleen ‘we’ als er een gedeelde verantwoordelijkheid is (teambesluit).
2	Hulpwerkwoord “mogen” of “moeten”	mogen moeten	Iets wat is toegestaan of een gebod
3	Lijdend voorwerp én zelfstandig werkwoord	iets doen iets geven iets zeggen iets toestaan iets schrijven iets ...	De voorgenomen handeling: een concrete beschrijving van wat er nu mogelijk gaat gebeuren
4	Meewerkend voorwerp	aan mijn collega aan mijn cliënt/patiënt aan mijn organisatie aan de familie aan ...	De partij die de handeling ondergaat
5	Bijwoordelijke bepaling	nu, morgen, later, ... hier, daar, ... als, indien, ... als het zo is dat ...	Extra bepalingen en voorwaarden (tijd, plaats, omstandigheden, voorwaarden, ...)

In een zin omgezet wordt dit:

Mag/moet Mogen/moeten	ik we	nu, morgen, later, ... hier, daar, ... als, indien, ... in het geval dat ...	aan mijn collega aan mijn cliënt/patiënt aan mijn organisatie aan de familie aan ...	iets doen iets geven iets zeggen iets toestaan iets schrijven iets ...
--------------------------	----------	---	--	---

Opbouw van een moreel beraad

Omdat er verschillende methodieken in het ethisch overleg bestaan, zijn er uiteraard ook varianten in de opbouw. Toch bestaat er een soort van basisstructuur die we min of meer in elk overleg terugvinden. De Bree en Veening noemen dit het *zevenfasenmodel*. Zie onderstaande tabel. In deze tabel is meteen ook een tijdschema ingevoerd, met twee varianten. In het eerste wordt 90 minuten voor het beraad voorzien (wat meestal aangewezen is). In het tweede wordt slechts 60 minuten voorzien.

De fasen die hier worden opgesomd en die dus op een of andere manier voorkomen in alle methodieken, bevorderen de volgende zaken:

- Volledigheid.
- Logische volgorde van het gesprek.
- Denkhygiëne: men mag de eigen oordelen niet als definitief zien: het uiteindelijke oordeel ontstaat in gemeenschappelijk overleg, maar ook vermijden van in anecdotes te vervallen.

- Een zo goed mogelijk beeld van de situatie krijgen door vragen¹⁹ te stellen.
- Concreet → abstract → concreet: men vertrekt van een concrete casus, in de oordeelsfase volgt verdieping en gaat men dus enigszins abstracter denken, bij de besluitvorming wordt men terug concreet.

Er dient te worden opgemerkt dat in praktijk niet alle fasen tijdens het eigenlijke beraad verlopen. In de meeste gevallen is de casus op voorhand bekend. Voor een beginnende gespreksleider is dit sowieso noodzakelijk. Als de casus op voorhand bekend is, kan je je al enigszins voorbereiden op wat komen gaat. Bovendien voorkomt dit dat je ter plekke vaststelt dat de casus ongeschikt is voor een moreel beraad.

Ook de keuze van de methodiek is in praktijk meestal vooraf bekend, omdat het noodzakelijk is dat de gespreksleider alleen methodieken begeleid die die in volledig in de vingers heeft.

		90'	60'	
1	Introductie	5'	5'	<ul style="list-style-type: none"> • Deelnemers voorstellen als ze elkaar nog niet kennen • Vertrouwelijkheid benadrukken en ieders overeenstemming daarover vragen • Hoe zit je erbij? <p>Belangrijk: leiding nemen, jij bepaalt het proces, de deelnemers de inhoud!</p>
2	Casusselectie	pm	pm	<p>Meestal gebeurt dit vooraf Meegeven: de casus wordt voorgesteld door ... Die zit met een vraag over ...</p> <p>Belangrijk: onderzoek vooraf of de casus geschikt is voor een moreel beraad.</p>
3	Methodeselectie	5'	5'	<p>Meestal wordt de methode vooraf bepaald, maar zelfs als de deelnemers ze al kennen, is het vaak wel nuttig om de stappen nog een keer te overlopen. De tijdsindeling meegeven: we hebben 90', om de eindmeet te halen delen we de stappen als volgt in ...</p> <p>Belangrijk: we gaan eerst de feiten onderzoeken, pas daarna conclusies trekken. Bij het feitenonderzoek mogen er geen suggestieve vragen gesteld worden. Evt. bij de deelnemers navragen of ze de interne logica begrijpen.</p>
4	Beeldvorming	25'	15'	<ul style="list-style-type: none"> • De casusaanbrenger vertelt het verhaal • De deelnemers stellen verduidelijkende vragen <p>doel:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wat is er aan de hand? - Wat zijn de feiten? • Wat is de kernvraag?
5	Oordeelsvorming	20'	15'	<p>Inventariseren en beoordelen van relevante argumenten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Welke oordelen zijn mogelijk?
6	Besluitvorming	15'	10'	<p>De deelnemers komen tot een besluit</p> <ul style="list-style-type: none"> • Welke antwoorden kunnen we vinden?
7	Afronding	20'	10'	Praktische afspraken

De kern van elk beraad bestaat uit de zogenaamde **BOB-structuur**: Beeldvorming – Oordeelsvorming – Besluitvorming. Alhoewel het in praktijk toch enigszins anders wordt ingevuld bij hermeneutische (reflectieve) beraden.

- Tijdens de **beeldvormingsfase** moet men ervoor zorgen dat de feiten die zich in de casus voordoen, zo helder mogelijk worden uiteengezet. Het is de bedoeling dat de andere deelnemers zich zo goed mogelijk proberen te verplaatsen in de positie van de casusaanbrenger. Men mag kritische vragen stellen, maar men mag de casusaanbrenger als persoon niet bekritisieren: iedereen moet zich veilig voelen in het gesprek. Men mag alleen open vragen stellen: geen suggestieve vragen als “Vind ook niet dat ...?” Laat de

¹⁹De techniek van het vragen stellen, behandelen we in de volgende les.

groep zo lang mogelijk vragen stellen tot alles duidelijk is. De gespreksleider kan op het eind ook vragen stellen, als hij denkt dat er nog onduidelijkheden overblijven. Het kan helpen om de tijdlijn op een flip-over te schrijven. Aan het eind van deze fase kan de gespreksleider de aanbrengrer vragen om een eerste versie van de kernvraag te formuleren. Daarna kunnen de andere deelnemers alternatieve formuleringen voorstellen, maar de aanbrengrer beslist finaal over de vraag.

Om ieder actief bij het gesprek te houden, kan je de vragen via een rondje laten stellen: iedere deelnemer stelt om de beurt één vraag en evt. één bijvraag als de casusaanbrengrer niet accuraat op de vraag heeft geantwoord. Zo doe je één of meer rondjes, tot alles duidelijk is.

- **Oordeelsvorming:** de groep gaat in gesprek over de gestelde vraag. Belangrijk is de groep bij de les te houden: men mag niet door elkaar beginnen praten, men mag niet in anekdotes vervallen ... Men zoekt een antwoord op de voorliggende vraag en met doet dat vanuit redelijke argumenten. In principe zijn er drie antwoorden op de vraag mogelijk
 - Ja, ik moet dat doen! (Gebod)
 - Neen, ik mag dat niet doen! (Verbod)
 - Ik mag dat doen, maar het hoeft niet. (Goorloofd)

Ook bij de oordeelsvorming is het een goed idee om een flip-over te gebruiken. (Een flip-over is eigenlijk onmisbaar bij een moreel beraad. Best neem je ook schildersplakband mee om de papieren overzichtelijk uit te hangen.) Zet de verbodsargumenten, de gebodsargumenten en de geoorloofde argumenten naast elkaar op het papier. Belangrijk: noteer altijd letterlijk wat de deelnemer heeft gezegd, anders riskeer je zelf te gaan interpreteren en dat is niet de bedoeling. Als er iets niet duidelijk is, vraag dan om het te expliciteren: “Wat bedoel je met ... ?”

- **Besluitvorming.** Vraag aan iedereen om de vraag te beantwoorden, het laatst aan de casusaanbrengrer. Zet alle antwoorden op een flip-over. Begeleid de groep in het vinden van een besluit en vraag daarna aan de casusaanbrengrer of dit voor die oké is.

Afronding. Daarna komt de afronding: bij een reflectieve casus kan je dan aan de casusaanbrengrer vragen hoe het in werkelijkheid gelopen is. Bij een oplossingsgerichte casus laat je de groep afspraken maken om de genomen besluiten uit te voeren.

Rollen in het moreel beraad

Er zijn vier onderscheiden rollen in het moreel beraad.

- De gespreksleider is enkel verantwoordelijk voor het proces. Die is niet verantwoordelijk voor de inhoud van de bespreking: die ligt bij de groepsleden. De gespreksleider moet de groepsleden wel bij de les houden en die mag na de vragenronde evt. een aantal vragen stellen als die denkt dat er zaken nog niet duidelijk zijn. **Maar de gespreksleider neemt nooit een standpunt in.** Zorg ervoor dat iedereen begrijpt wat de ander zegt. Daarvoor kan je vertragen, parafraseren (“Bedoel je dat ...?”), argumenten opschrijven ... Zeker vertragen is heel belangrijk, want hulpverleners zijn doe mensen die erop getraind zijn om snel en efficiënt op te treden. Vaak zijn er reeds van bij de voorstelling van de casus een paar mensen die al een oplossing in hun hoofd hebben. Dan is het belangrijk om te vertragen: alle stappen van het proces moeten doorlopen worden.

Maar Henriëtte Bout²⁰ vindt dat de stelling dat de gespreksleider nooit een standpunt inneemt, niet absoluut is. Dit geldt zeker voor beginnende gespreksleiders. Maar stel dat je als ervaren gespreksleider vaststelt dat bepaalde aspecten onderbelicht worden of dat de argumentatie door de deelnemers eenzijdig wordt ingevuld, mag je volgens haar wel ingrijpen. Maar het blijft altijd wel een delicate zaak.

- De verslaggever speelt een ondersteunende rol: die maakt het verslag dat later gebruikt kan worden om er moresprudentie mee op te bouwen. Maar de verslaggever kan ook een meer actieve rol spelen: de ge-

²⁰Bout Henriëtte (2023)

spreksleider kan die op lastige momenten ter hulp roepen om samen te vatten wat er gezegd is. Dat kan helpen om de rode draad in het beraad niet te verliezen.

- De casusaanbrenger brengt de casus voor op een overzichtelijke manier. Daarom is het een goed idee om de casus vooraf te laten opschrijven. In principe heeft een casus drie elementen:
 - Inleiding: wie is de casusaanbrenger, wat is zijn positie op de afdeling, over welke afdeling of soort hulpverlening gaat het, ...?
 - Wie zijn de betrokkenen?
 - Gedetailleerd verhaal over de gebeurtenissen. Dat verhaal eindigt met het “hittepunt”: het moment waarop men geconfronteerd wordt met de vraag: “Wat nu?” Daar stopt de aanbrengrer met vertellen. Als het om een oplossingsgerichte casus gaat, is dit voor de hand liggend omdat het vervolg nog niet bekend is. Maar als het om een reflectieve casus gaat, stopt het verhaal hier ook. Het vervolg komt pas in de laatste fase van de bespreking, als de besluiten van het beraad worden vergeleken met de werkelijke gebeurtenissen.
- De deelnemers stellen in eerste instantie open niet suggestieve vragen. Later zal de gespreksleider hen ook uitnodigen om de morele vraag te helpen beantwoorden.

Uitkomsten van moreel beraad

Er is de laatste jaren onderzoek gebeurd naar de gewenste uitkomsten van moreel beraad. In dat verband wil ik even aandacht geven aan de Euro-MCD. Dit is een evaluatie-instrument dat aanvankelijk werd ontwikkeld door een Zweedse onderzoekster: Mia Svantesson. Het instrument werd getest in drie Europese landen: Nederland, Zweden en Noorwegen. Daarna werd er een tweede versie ontwikkeld in het doctoraatsonderzoek van een Nederlandse onderzoekster: Janine De Snoo-Trimpp. Gezien de beperkte ruimte van deze tekst, kan ik hier niet teveel over uitweiden, maar het lijkt me wel interessant om even naar de resultaten te kijken. In de oorspronkelijke versie werden de resultaten opgedeeld in 5 categorieën.

1. Versterkte samenwerking
2. Concrete resultaten
3. Verbeterde morele reflexiviteit
4. Impact op de organisatie
5. Versterkte emotionele ondersteuning

Er werden in de drie landen verschillende bevragingen gedaan met dit instrument. Wat telkens opvalt is dat de respondenten het bekomen van concrete resultaten belangrijk vinden, maar dat dit nooit als het meest belangrijke uit de bus komt. Meestal wordt versterkte samenwerking in het team als een belangrijker resultaat gezien dan het bekomen van concrete resultaten.

Betrokkenheid van de cliënt

Een belangrijke vraag is of de cliënt bij een moreel beraad betrokken moet worden. Daarover bestaan verschillende meningen²¹. Aan het ene eind van het spectrum zijn er mensen die een principiële standpunt innemen: we spreken niet *over*, maar enkel *met* de cliënt. Bijgevolg moeten cliënten altijd bij een moreel beraad betrokken worden. Aan de andere kant zijn er mensen die stellen dat een moreel beraad niet over de problemen van de cliënt gaat, maar over de morele vragen van de hulpverleners. Dat standpunt zit eigenlijk ook vervat in de definitie die De Bree en Veening hanteren²².

Om het nog ingewikkelder te maken: men kan ervoor kiezen om met bestaande cliënten in gesprek te gaan of met vertegenwoordigers. Die laatsten zijn dan in principe ex-clieñten. Maar daarbij stellen zich dan nieuwe vragen: “Gaat het om mensen die abstractie kunnen maken van hun eigen ervaringen?”, “Gaat het om recente cliënten of

²¹Wijdema Froukje, Van Wijk Leonard & Molenwijk Bert (2014). De inzicht in deze paragraaf komen voornamelijk uit deze tekst.

²²Zie verder: p. 6

moeten ze al een tijd de zorg achter zich gelaten hebben?”, “Wat met cliënten met persoonlijkheidsstoornissen?” ,
...

Verder is er de vraag of je van bovenaf moet beslissen of cliënten aanwezig moeten zijn op de beraden. Misschien moet je de nood daartoe eerder op de werkvloer laten groeien. Anders riskeer je een soort van “paradox van de openheid” te creëren: de manager die tegen de hulpverlener en de cliënt zegt: “Je moet open communiceren.” In principe is openheid in de communicatie iets wat moet groeien tussen mensen en niet van bovenaf kan opgelegd worden. In een open dialoog is veiligheid essentieel²³.

Argumenten pro deelname van cliënten of hun vertegenwoordigers zijn:

- We praten met de cliënt, niet over de cliënt.
- De cliënt kan ons perspectief op de hulpverlening verruimen: iedereen die een tijd in een bepaalde job werkzaam is, riskeert een vorm van situatieblindheid op te lopen.
- Als de deelname van cliënten aan beraden van onderuit groeit en mensen worden niet verplicht om deel te nemen, dan komen ze uit persoonlijke interesse.
- Doorbreken van het wij-zijdenken.
- Een dergelijk beraad vereist dat men ook in staat is een metagesprek te voeren: binnen het beraad een gesprek over het gesprek voeren. Daarin kunnen dan de argumenten contra met de cliënten besproken worden, zodat beide groepen kunnen uitspreken hoe ze deze aanvoelen.

Argumenten contra

- Het lijkt geen goed idee om dit te verplichten: iedereen moet zich veilig kunnen voelen in het gesprek.
- Het zal zeker niet lukken met alle cliënten. Bijvoorbeeld als het gaat om cliënten met persoonlijkheidsstoornissen.
- Er zal altijd sprake zijn van machtsasymmetrie. Vermoedelijk zal het aantal hulpverleners groter zijn dan het aantal cliënten en bovendien zijn de hulpverleners sowieso beter geïnformeerd over de werking van de afdeling.
- Het kan zelfs pijnlijk zijn voor de cliënt als blijkt dat de hulpverleners toch stereotiep als cliënt blijven benaderen.
- Er is gevaar voor pseudo-participatie: iemand gedogen en laten meedoen uit beleefdheid.

Vanuit normatief perspectief is het zeker een prijzenswaardig initiatief om cliënten bij het beraad te betrekken, op voorwaarde dat het zorgvuldig wordt ingevoerd. Alle betrokkenen moeten zich er goed bij voelen, zodat ze op een veilige manier aan het gesprek kunnen deelnemen. Het zal niet lukken voor alle casussen of voor alle cliënten (bv. Bij casussen waarin er een ernstig conflict tussen cliënt en hulpverleners bestaat, kan het gesprek wel eens heel moeilijk verlopen. Moreel beraad is zeker geen zaligmakend wondermiddel.) Het zal nodig zijn om zich doorlopend grondig te bezinnen over de manier waarop de dialoog verloopt en er zal regelmatig dialoog over de dialoog nodig zijn: Kunnen wij spreken als gelijken? Maar ook: sommige problemen kunnen beter in een cliëntenbespreking worden opgenomen. Daar moet de cliënt of zijn vertegenwoordiger sowieso bij aanwezig zijn.

Praktische organisatie

Er zijn een aantal praktische voorwaarden om een moreel beraad te laten slagen.

- Een lokaal waarin rust en privacy gegarandeerd zijn en het nodige comfort: licht, frisse lucht en temperatuur, drinkwater.
- Tijd: alle deelnemers moeten gedurende de ganse sessie ongestoord aanwezig kunnen zijn.
- De zaalopstelling is zo dat iedereen de anderen kan zien. Ideaal is dat de tafels in een U-vorm staan, met de gespreksleiding aan het hoofd.
- Een flip-over, stiften en behangersplakband.

²³Wat uiteraard niet weglaat dat een manager kan besluiten dat een bepaalde medewerker dient te werken aan zijn communicatievaardigheden of -houding, als deze er niet in slaagt om tot open communicatie te komen met het merendeel van diens cliënten.

- Een klok om de tijdsindeling in het oog te houden. Evt. kan je een aftelklok op je smartphone zetten.

Waarheid of morele overeenstemming?

Tot slot wil ik nog een woordje zeggen over het thema waarheid in moreel beraad. Er zijn daarover ook verschillende meningen. Aan de ene kant heb het het min of meer neo-kantiaanse idee dat professionals die casussen bespreken die zich in gelijkaardige omstandigheden afspelen, ook tot gelijkaardige resultaten zouden moeten komen. Maar Henriëtte Bout beweert dat er in een morele beraad overeenstemming wordt bereikt tussen de morele perspectieven van de deelnemers. Ze noemt dat *moral matching*. Vanuit dat perspectief kunnen professionals die over een gelijkaardige casus oordelen, wel degelijk tot andere conclusies komen. Ik ben eerder geneigd om dat laatste standpunt te volgen.

De casus, de kernvraag en de oplossing zijn geen harde gegevens, maar worden geconstrueerd tijdens het beraad. Ze komen in dialoog tot stand. In de moderniteit zijn er nog weinig “absolute” waarheden. Waarheid ontstaat hermeneutisch: mensen ontvangen voortdurend allerlei boodschappen en kunnen niet anders dan deze constant interpreteren. Maar dat doen we niet in ons eentje: het gebeurt altijd tegen de achtergrond van de leefwereld die we met anderen delen en dus ook tegen de achtergrond van de traditie. In de hulpverlening gaat het dan om een gedeelde professionele achtergrond. Het gaat er dus niet om dat we vrijblijvend wat “meninkjes” verkondigen. In je vrije tijd is dat geen probleem, maar als professional moet je oordelen en handelingen altijd met argumenten kunnen onderbouwen. De Bree en Veening stellen dat de gegeven antwoorden in een moreel beraad generaliseerbaar zijn. Dat betekent dat het antwoord dat in een moreel beraad gevonden wordt in principe hetzelfde zou moeten zijn als het antwoord dat een gelijkaardige groep professionals over een zelfde casus zou vinden. Ik denk dat dit een overtrokken verwachting is. Een groep professionals heeft ook een bepaalde “esprit de corps”, een geheel van gedeelde perspectieven die niet universeel hoeven te zijn. Dat betekent niet dat dit als subjectief moet opzij geschoven worden. Door de dialoog zo ruim mogelijk te maken en zoveel mogelijk perspectieven van andere mensen te betrekken, wordt ons perspectief opengetrokken. In die zin is het zeker te overwegen om ook (ex-)cliënten bij het moreel beraad te betrekken, alhoewel daar ook gevaren aan verbonden zijn. Maar hoe dan ook kijken we naar de waarheid altijd vanuit een bepaald perspectief. Maar dit is niet eigen aan de hulpverlening of de menswetenschap alleen. Ook exacte wetenschap is niet waardenvrij. Ze ontstaat ook tegen de achtergrond van de leefwereld die we allen delen. De moderne wetenschap is ook op twijfel gebaseerd. Dit kwam zeer nadrukkelijk tot uiting in de corona-epidemie, waarin we maar na verloop van tijd zagen dat wetenschappers tot voortschrijdend inzicht kwamen en hun aanvankelijke standpunten dienden te herzien. Veel mensen werden daardoor ontgoocheld in de wetenschap. Maar die ontgoocheling was eigenlijk onterecht: ze was gebaseerd op verwachtingen in de wetenschap die deze niet kan waarmaken.

Bibliografie

Bout Henriëtte (2023), *Moresprudentie en het leren van organisaties over morele vraagstukken*, proefschrift, Breukeken: Neyenrode Business universiteit, 331 p.

De Bree Menno & Veening Eite (2021), *Handleiding moreel beraad. Praktische gids voor zorgprofessionals*, 3de herz. dr., Assen: Koninklijke Van Gorcum, 172 p.

De Snoo-Trimp Janine (2020), *Outcomes of moral case deliberation. Using, testing and improving the Euro-MCD instrument tot evaluate Clinical Ethics Support*, proefschrift, Amsterdam: Vrije universiteit Amsterdam, 223 p.

Dowden Bradley & Swartz Norman (z.d.), ‘Thruuth’, in *Internet Encyclopedia of philosophy*, URL: <https://iep.utm.edu/truth/>

Hartman Laura, Weidema Froukje, Widdershoven Guy & Molenwijk Bert (2016), *Handboek ethiekondersteuning*, Amsterdam: Boom, 293p.

- Kanne Mariël, Co-creatie van goede zorg (2016). *Ethische vragen moreel beraad en normatieve professionalisering in de zorg en het sociaal werk*, proefschrift, Delft: Eburon, 404 .p
- Kanne Mariël & Grootoenk Ellen (red.) (2014), *Moresprudentie in de praktijk*, Delft: Eburon, 184 p.
- Stegenga Marije, Dilemma's in kaart. Methode voor moreel beraad in de zorg, Voorthuizen: Perspectief uitgevers, 2014, 50 p. + 9 kaarten
- Van Rossem Kristof (2022), *Vraag raak. Bewust vragen stellen in communicatie*, Tiel: Lannoo Campus, 2022, 144 p.
- , *Het filosofisch gesprek (2020). De basis*, Tiel / Leusden: Lannoo Campus / ISVW Uitgevers, 2020, 144 p.
- Wijdema Froukje, Van Wijk Leonard & Molenwijk Bert (2014), 'Cliëntparticipatie in moreel beraad. Dialoog als uitdaging en oefenplek', in Van Dartel Hans & Molenwijk Bert, *In gesprek blijven over goede zorg. Overlegmethoden voor moreel beraad*, Amsterdam: Boom, 2014, p. 215 - 229