Jan Crikemans
Grote Singel 94
2900 Schoten
info@zorgethiek.be

15 april 2026
Versie 1.1

Moreel beraad in Vlaanderen

Samenvatting

Deze paper beoogt een theoretisch concept uit te tekenen voor een onderzoek rond het gebruik van moreel beraad in Vlaanderen. Moreel beraad bestaat uit een grote diversiteit aan werkvormen met een aantal gemeenschappelijke elementen. Het onderzoek zal trachten na te gaan wat er op het vlak van moreel beraad gebeurt in Vlaanderen, wat daarvan de effecten zijn en wat de beste implementatiestrategie is om het gebruik ervan te stimuleren. Het onderzoek kadert in de empirische wending in de bio-ethiek, waarbij meer en meer de nood wordt aangevoeld om ethische vragen niet enkel conceptueel te bestuderen, maar ook vanuit empirische gegevens. In deze eerste paper wordt nagegaan welke argumenten we hebben om moreel beraad in Vlaanderen te implementeren. Er worden vier soorten argumenten aangebracht. Pragmatische argumenten vanuit de noodzaak om een antwoord te geven op de spanning tussen vraag en aanbod in het huidige zorglandschap. Argumenten vanuit het perspectief van de deelnemers aan het beraad. Inhoudelijke argumenten vanuit de filosofische achtergrond van moreel beraad. En organisatorische argumenten op basis van de verwachtingen van de managers en de mogelijkheid om de organisatie van de zorg te verbeteren vanuit moresprudentie.

Inhoudsopgave

1 Inleiding....2
2 Ethisch overleg....2
3 Onderzoeksvragen....3
4 Werkwijze....4
5 “Empirical turn in de bio-ethiek”....5
6 Waarom moreel beraad?....6
6.1 Pragmatische argumenten: het helikopterperspectief....7
6.2 Het perspectief van de deelnemers: het kikvorsperspectief....10
6.3 Filosofische argumenten: het theoretische perspectief....13
6.4 Visie op management: het organisatieperspectief....16
7 Besluit....22
8 Bibliografie....22
9 Bijlagen....24
9.1 Euro-MCD versie 1....24
9.2 Euro-MCD versie 2....25

1 Inleiding

Sedert het academiejaar 2022-2023 ben ik actief als medecoördinator van een postgraduaat aan de Erasmushogeschool te Brussel dat zorgmedewerkers wil ondersteunen in het opzetten van ethiekondersteuning op de werkvloer. De opleiding biedt een aantal theoretische inzichten, maar het speerpunt bestaat uit een praktische training in het begeleiden van moreel beraad. Tijdens het studiewerk ter voorbereiding van de lessen, kreeg ik steeds meer het gevoel dat we te weinig kennis hebben over het gebruik van moreel overleg in Vlaanderen. Daarom wil ik daarover onderzoek doen. In deze paper wil ik de krachtlijnen van dit onderzoek uittekenen. Mijn hypothese is dat moreel beraad in Vlaanderen relatief weinig wordt toegepast hoewel het een rol kan spelen in een aantal structurele problemen die zich momenteel in de zorg voordoen en die de eerstvolgende jaren niet zullen verdwijnen, in tegendeel: ze zullen toenemen.

2 Ethisch overleg

Froukje Weidema kadert in haar proefschrift[1] moreel beraad binnen het kader van Ethiekondersteuning of CES (Clinical Ethics Support). Ze maakt daarin onderscheid tussen adviserende ethiekondersteuning en deliberatieve manieren om met ethische vragen om te gaan. De adviserende vormen zijn onder meer ethische comités en ethische consulenten. Moreel beraad of MCD (Moral Case deliberation) is een voorbeeld van deliberatieve methodieken.

In het handboek ethiekondersteuning van het NEON[2] worden zeven vormen van ethiekondersteuning onderscheiden[3].

1. *Advisering of consultatie* over een morele casus: een expert of een commissie geeft formeel of informeel advies over een incidentele vraag rond een casus.
2. *Morele counseling* is gericht op de cliënt en diens familie. Een ethiekondersteuner onderzoekt samen met de betrokkenen wat het morele probleem is, uitgaande van de morele intuïtie van de cliënt en zijn naasten zelf. De ethiekondersteuner onderzoekt dus samen met de betrokkenen op non-directieve wijze hoe zij denken en voelen over de gestelde vraag.
3. *Moreel beraad.*
4. *Morele verkenning van het dagelijkse handelen*. Dit kan via verschillende werkvormen gebeuren. Een eerste werkvorm is dat men zorgverleners stimuleert om te reflecteren over ervaringen van cliënten, bv. via spiegelbijeenkomsten of inleefsessies. . Een tweede vorm is het organiseren van reflectie op basis van observaties van de dagelijkse praktijk, waarbij ethiekondersteuners een aantal uur meelopen in een voorziening en via video of een observatieverslag verslag uitbrengen over de morele kwesties die zich daar spelen. Deze worden nadien in groep besproken. Een derde vorm is om ethiek ter sprake te brengen op de reguliere overlegmomenten van een team.

[1]Weidema F. (2014)

[2]Het NEON staat voor het Netwerk ethiek ondersteuning Nederland. Het “heeft als doel om in nauwe samenwerking met zowel professionals in de praktijk als theoretici, de kwaliteit van ethische ondersteuning te verbeteren, met als uiteindelijk streven de professionalisering van ethiekondersteuning in Nederland.” (Aldus geformuleerd op hun website: https://www.hetneon.nl/)

[3]Hartman L. e.a. (2016), hfst 2: Vormen van ethiekondersteuning, p. 51 - 127

5. Het organiseren van *bijeenkomsten met een moreel them*a (lezingen, interactieve werkvormen, themabijeenkomsten). Daarbij staat vooral de ontwikkeling van ethische gevoeligheden centraal
6. *Training en onderwijs* in morele competenties, waarbij het leren centraal staat.
7. *Beleidsvoorbereiding en -advisering* vanuit een ethisch perspectief. De overige werkvormen kunnen daarvoor dan een inhoudelijke inbreng doen, zoals later zal blijken bij de bespreking van moresprudentie.

Deze paper gaat enkel over moreel beraad, andere vormen van ethiekondersteuning worden niet besproken. Een moeilijkheid is dat moreel beraad geen eenduidige term is. Het heeft iets van Witggensteins concept "familiegelijkenissen[4]" of in de woorden van Janine de Snoo-Trimp, het is een paraplubegrip. Maar het heeft wel een aantal gemeenschappelijke kenmerken.

Janine De Snoo-Trimp en Mia Svantesson drukken dit als volgt uit: "In Europe MCD (…) may be used as an umbrella term for ethics rounds, ethical case reflection and ethics reflection groups. 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 moral question connected to a real case made by healthcare professionals in their practice."[5] Henriëtte Bout voegt hier een gedachte aan toe die interessant is voor het vervolg van deze paper: "Een moreel beraad is een overleg waarin op gestructureerde wijze wordt gereflecteerd op een moreel vraagstuk dat speelt in de beroepspraktijk of op de werkvloer. *In Nederland is het gebruik ontstaan om daarvan een verslag te maken, zodat collega's die niet konden deelnemen, dat kunnen nalezen.*[6]"

3 Onderzoeksvragen

Dit onderzoek beoogt vier vragen te beantwoorden.

1. Wat gebeurt er op het vlak van moreel beraad in Vlaanderen? Welke methodieken worden gebruikt? Welke opleidingen worden erin voorzien?
2. Wat zijn de effecten van het gebruik van moreel beraad en meer specifiek: wat is het effect van moreel beraad op morele stress en absenteïsme wegens ziekte?
3. Wat is de houding van het management van de zorgvoorzieningen op het invoeren van moreel beraad en wat is de beste implementatiestrategie?

4 Werkwijze

Ik ben mijn onderzoek gestart met een verkennend literatuuronderzoek aan de hand van vijf proefschriften waarin empirisch onderzoek werd gedaan over moreel beraad. Het nadeel van deze werkwijze is dat ik wellicht in eerste instantie een aantal bijdragen over het hoofd zie, maar dat lijkt me uiteindelijk geen probleem omdat er in een volgende fase een gestructureerd literatuuronderzoek zal volgen.

[4]Wittgenstein L. (2006), §67
[5]De Snoo-Trimp J. (2020) p. 51, maar het begrip "Umbrella-term" komt reeds voor bij Svantesson M., e.a. (2014), p. 2
[6]Bout H.(2023), p. 24

Froukje Weidema deed in haar proefschrift *Dialogue at work: Implementating moral case deliberation in a mental healthcare institution*[7] onderzoek naar de implementatie van moreel beraad in GGnet, een organisatie voor geestelijke gezondheidszorg in Nederland. In 2004 werd daar een programma opgezet voor reductie van dwang en beperking (reduction of coercion and restraint). Negen teams uit de organisatie werden in het project betrokken en elk team mocht een aanpak kiezen: collegiale supervisie, coaching op de werkvloer of moreel beraad. Vijf van de negen teams kozen voor moreel beraad. Haar onderzoek was vooral gericht op implementatie van moreel beraad via een responsieve evaluatie vanuit de gedachte van shared government.

Mariël Kanne deed voor haar proefschrift *Co-creatie van goede zorg. Ethische vragen, moreel beraad en normatieve professionalisering in de zorg en het sociaal werk*[8], onderzoek in twee organisaties; een zorgorganisatie en een organisatie voor maatschappelijk werk in Nederland. Ze deed daar 19 kwalitatieve interviews. Zij heeft intensief gewerkt op de theoretische onderbouw van moreel beraad en een bevraging gedaan naar de inhoud van het beraad.

De titel van het proefschrift van Janine De Snoo-Trimp luidde: *Outcomes of moral case deliberation. Using, improving and testing the Euro-MCD instrument to evaluate Clinical Ethics Support*[9]. Het Euro-MCD instrument beoogt de uitkomsten van moreel beraad te evalueren bij de deelnemers. De eerste versie werd ontwikkeld door Mia Svanteson e.a.[10]. Dit instrument werd ontwikkeld via onderzoek waarin zorgethici in vijf Europese landen bevraagd werden (Zweden, Nederland, Groot Brittannië, Frankijk & Noorwegen.) Janine De Snoo-Trimp heeft in haar onderzoek de eerste versie van dit instrument geëvalueerd. Op basis daarvan heeft ze een tweede versie ontwikkeld. Het instrument bestaat uit twee indentieke vragenlijsten. De eerste peilt naar de percepties van de deelnemers aan moreel beraad tijdens het beraad zelf. De tweede naar dezelfde percepties na het beraad, tijdens de activiteit op de werkvloer. Het onderzoek voor dat herzieningsproces gebeurde in verschillende voorzieningen in Nederland, Zweden en Noorwegen. Het proces gebeurde zeer grondig, maar de tweede versie van het instrument werd tot op heden niet gevalideerd[11].

Henriëtte Bout schreef het proefschrift *Moresprudentie en het leren van organisaties over morele vraagstukken*[12]. Zij heeft onderzoek gedaan bij een aantal organisaties die moresprudentie toepassen en tevens heeft zij twee case-studies gedaan: één over moreel overleg bij dierproeven en één over de werking van vertrouwenspersonen voor het personeel van de gemeente Amsterdam. Haar onderzoek concentreert zich op moreel beraad als basis voor beleidsontwikkeling.

Tot slot heeft Malene Van Schaik in haar proefschrift CURA: *Developing, evaluating and implementing a new clinical ethics support instrument for palliative care*[13], via een participatief onderzoek een nieuwe ethische overlegmethode (CURA) ontwikkeld voor de palliatieve zorg. Haar focus was vooral gericht op de verbetering van de methodiek, omdat zij vaststelde dat de bestaande methodieken veel beperkingen hebben, die vooral te maken hebben met de tijdsduur, het taalgebruik

[7]Weidema F. (2014)
[8]Kanne M. (2016)
[9]De Snoo-Trimp J. (2020)
[10]Svantesson M. e.a. (2014)
[11]Ter informatie werden versie 1 en 2 van dit instrument toegevoegd in bijlage.
[12]Bout H. (2023)
[13]Van Schaik M. (2024)

dat niet aangepast is aan de zorgprakijk en de noodzaak om bij elk beraad een geschoold facilitator te voorzien.

Een rode draad in al deze onderzoeken is dat ze werken met een kwalitatief onderzoek op basis van responsieve evaluatie. Moreel beraad draait om dialoog. De drijfveer van de onderzoekers was daarom dat ook een evaluatie van moreel beraad op een dialogische manier dient te gebeuren. En bovendien werd ook in elk onderzoek een kwantatief onderzoeksluik toegevoegd. In de woorden van Janine De Snoo-Trimp: "To gain an overview of what MCD could lead to and to demonstrate the impact of MCD in a systematic way, quantitative research is also needed. In order to justify the implementation process of MCD settings within healthcare setttings and to adequately convince healthcare institutions' board of directors of the benefits of MCD, a standardised and valid instrument can be helpful[14]".

5 "Empirical turn in de bio-ethiek"

De eerste vaststelling is dat in de bronvermeldingen van deze proefschriften nauwelijks een Vlaamse auteur aan te treffen is. Op het eerste gezicht kunnen daarover twee hypothesen geformuleerd worden. Ofwel is er nauwelijks contact tussen Vlaamse en Nederlandse onderzoekers en kennen ze elkaars werk niet. Ofwel gebeurt er in Vlaanderen weinig empirisch onderzoek naar het gebruik van moreel beraad in Vlaanderen.

Maar ik ben ook de redacteur van de digitale werktuigkist "overlegmethoden in de zorg", die in 2023 werd ontwikkeld naar aanleiding van het tweejaarlijks congres van het Belgisch adviescomité bio-ethiek. Deze site beoogt een overzicht te geven van bestaande methodieken voor ethisch overleg. Er werden momenteel 25 methodieken in de catalogus opgenomen, waarvan 11 uit Vlaanderen en Brussel[15]. Er wordt dus in Vlaanderen wel degelijk denkwerk verricht rond moreel beraad, maar dit blijft tot nader order beperkt tot conceptuele bijdragen.

Methodologisch vertrekt deze paper vanuit het onderscheid tussen conceptueel en empirisch onderzoek in de zorg. Borry e.a.[16] stelden reeds in 2004 vast dat er sprake was van een empirische wending in de bio-ethiek. Aanvankelijk waren bio-ethici vooral theologen die werkten vanuit casuïstiek en begaan waren met vragen rond "de betekenis van leven, lijden en dood". Nadien engageerden ook filosofen zich in het debat, maar ook zij legden de nadruk op "verheldering, theorievorming en de opbouw van logische en rationele argumentatie" in de medische context. De empirische wetenschappers bleven aanvankelijk afwezig in dit debat: door de invloed van de theologen en filosofen bleef de nadruk liggen op "logische argumentatie, conceptuele helderheid, coherentie en rationele rechtvaardiging". Dit gaat terug op het onderscheid tussen "is" en "ought" bij David Hume, die stelt dat er nooit een "ought" kan worden afgeleid uit een "is"[17]. Maar

[14]De Snoo-Trimp J. (2020) p. 12

[15]Het is momenteel niet de bedoeling van de digitale werktuigkist om een exhaustieve opsomming te geven van alle bestaande methodieken. De volgende methodieken ontwikkeld in Vlaanderen of Brussel werden heden opgenomen: CEST UVC Brugmann (Hélin V. e.a., 2024), Dialoogsleutels (Van Laere L., 2022), EHBE. (Van Dale L., 2019), Heracleitos (Crikemans J., 2025), Hydra methode (Godecharle S., 2022), Mangomomenten (Vanhaecht e.a., 2020), Moreel Kompas AZ Delta (z.d.), Reflectierouteplanner UZ Leuven (z.d.), Stappenplan voor ethische analyse en ethische kubus (Fransen R. & Van den Eynde S., 2008), Waarden in dialoog (Liégeois A., 2019), Zorg aan zet (Van Laere L. & Gastmans C., 2010).

[16]Borry P., Schotsmans P. & Dierickx K. (2004)

[17]Hume D. (2009) p. 302

momenteel is er sprake van een empirische wending in de bio-ethiek. Het aantal publicaties met empirische inslag neemt sterk toe[18]. Wat betreft ethisch overleg werd dit ook vastgesteld in de 5 gelezen proefschriften, maar blijkbaar geldt dit niet voor het denken over moreel beraad in Vlaanderen. De gevonden teksten uit Vlaanderen beperken zich tot een conceptuele benadering. De enige tot op heden gevonden uitzondering is het onderzoek van Vanhaecht e.a.[19] over de mangomomenten, maar dit is in feite een randgeval in het ethisch overleg.

Zoals in de inleiding werd aangegeven kadert deze paper in een ruimer onderzoeksopzet over het gebruik van moreel beraad in Vlaanderen. Als voorbereiding daarop wil ik in deze eerste paper de vraag stellen waarom moreel beraad überhaupt een meerwaarde is in de zorg. Daarom stel ik in deze paper de volgende onderzoeksvraag.

Welke argumenten hebben we om moreel beraad in Vlaanderen te implementeren?

6 Waarom moreel beraad?

Op deze vraag kunnen kunnen vier soorten antwoorden worden onderscheiden. Pragmatische argumenten vanuit de spanning tussen vraag en aanbod in de zorg; argumenten vanuit het perspectief van de deelnemers aan het beraad; filosofische argumenten vanuit de doelstellingen van het moreel beraad zelf en argumenten vanuit het organisatieperspectief. Het is essentieel dat filosofisch ethische argumenten belangrijk blijven, maar louter op basis van dit soort argumenten zal de directie van een voorziening zelden of nooit overtuigd worden om middelen te besteden aan ethisch overleg. En ook op de werkvloer zal moreel beraad louter op basis van filosofische argumenten niet gedragen worden. Froukje Weidema zegt hierover dat moreel beraad geassocieerd wordt met zwaarte en triviale discussies. Daaruit leidt ze af dat ideologische argumenten om moreel beraad te promoten zelfs contraproductief zouden kunnen werken omdat ze deze associaties nog zouden kunnen versterken. Moreel beraad dient te worden toegepast in de praktijk (enacted): De betekenis en de implementatie ligt in de concrete ervaringen van de deelnemers. Ze pleit dan ook voor een pragmatische en actiegeoriënteerde implementatiestrategie. En ze leidt het succes daarvan af uit de manier waarop de lokale coördinatoren in haar actie-onderzoek moreel beraad stimuleerden op de werkvloer: op een pragmatische, niet ideologische manier. Maar anderzijds wijst ze er ook op dat een pragmatische aanpak ook conflicterend zou kunnen zijn met de initiële ideologische fundamenten van moreel beraad. Bijvoorbeeld kan er een conflict zijn tussen een verplichting door de directie om aan moreel beraad deel te nemen en de notie van gelijke partnerschap en vrije dialoog. Verder onderzoek naar deze spanning acht zij aangewezen.[20]

Ook het hele opzet van het onderzoek van Malene Van Schaik is daarop geënt. Ze stelt vast dat moreel beraad, naast duidelijke voordelen, ook een aantal beperkingen kent: de meeste methodieken gebruiken een abstract vocabulaire en abstracte termen, er moet altijd een getrainde facilitator aanwezig zijn, de sessies duren volgens het aanvoelen van de betrokkenen te lang gezien het constante tijdsgebrek op de werkvloer en het gebruikte instrument moet aangepast worden aan contextuele factoren. En bovendien is er een groot gebrek aan evaluatie-onderzoek, zodat we niet

[18]Borry P., Schotsmans P.. & Dierickx K. (2006)

[19]Vanhaecht K. e.a. (2020). “Mangomomenten”, vormen een randgeval is in het kader van het ethisch overleg. In zekere zin is het een overleg op microniveau, waarbij de zorgverlener de patiënt benaderd vanuit de vraag “What matters to you?” (Van Haecht e.a. 2020) Eigenlijk is dat een kernvraag in elke vorm van moreel beraad.

[20]Weidema F. (2014) p. 106-107

weten welk instrument effectief is onder welke omstandigheden.[21] Daarom heeft ze via participatief collaboratief onderzoek een aangepaste methodiek ontwikkeld.

Maar tot slot zijn er ook maatschappelijke argumenten om moreel beraad te motiveren. Mariël Kanne wijst er op dat de complexiteit van werkprocessen overal toeneemt. De traditionele oplossing daarvoor is positioneel organiseren: er worden dan van bovenaf regels en richtlijnen gegeven in de hoop de zaken overzichtelijk te maken en te standaardiseren. Maar precies omwille van de toenemende complexiteit werkt dat niet meer. Het alternatief is transactioneel organiseren. Transacties gebeuren door personen die samen ergens voor gaan. Daardoor leiden ze tot co-creatie. De rol van de ontvangende partner is daarbij cruciaal, want die bepaalt welke waarde die aan de transactie toekent. Goede zorg kan in dat opzicht alleen ontstaan in een proces van co-creatie. Om dat mogelijk te maken, moet er ruimte zijn voor verandering en reflectie. Het verlenen van zorg wordt daardoor een continu leerproces en moreel beraad is daarin een belangrijke factor[22].

6.1 Pragmatische argumenten: het helikopterperspectief

Onder auspiciën van het *Instituut voor de gelijkheid van mannen en vrouwen* en de C*hristelijke Mutualiteit* werd in 2024 een studie gepubliceerd door Thomas Lavergne en Hélène Janssens[23] over het tekort aan verpleegkundigen. De studie vertrekt van de vaststelling in een rapport van de WHO, waarin wordt gesteld dat *het tekort aan gezondheids- en zorgwerkers in Europese landen een 'tijdbom' is die tot een ramp kan leiden*.

De studie baseert zich op 3 bronnen. Er werd een literatuuronderzoek gedaan, waarin aandacht gegeven werd aan kwantitatieve gegevens verkregen uit de data van Plankad (de planningscommissie voor de gezondheidsberoepen van de FOD volksgezondheid), Statbel, de FOD werkgelegenheid, het Federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE), en ook van Actiris, Forem en de VDAB. Verder werd er onderzoek gedaan over de facturatiegegevens van de CM voor thuisverpleging omdat er geen specifieke nomenclatuur voor verpleging bestaat in ziekenhuizen en WZC's. En tot slot werd er gebruik gemaakt van de EMOVA-studie, een kwalitatief onderzoek uitgevoerd in opdracht van het Instituut voor de gelijkheid van mannen en vrouwen bij 1200 verpleegkundigen en zorgkundigen. Een beperking van dit laatste onderzoek is wel dat het gebeurd is op basis van vrijwillige deelname. Er is dus geen aselecte steekproef gemaakt.

Op basis van de verzamelde data werd een toekomstscenario gemaakt over het tekort aan verpleegkundigen voor de periode 2021 – 2046. Alhoewel het aanbod van verpleegkundigen gedurende deze periode zal stijgen, zal dit aanbod onvoldoende zijn om de grotere vraag aan zorg op te vangen, vandaar de actualiteit van de noodkreet van de WHO. Voor een deel komt dit omdat een groot deel van de verpleegkundigen niet-actief is in de gezondheidszorg: slechts drie op de vijf gediplomeerde verpleegkundigen werkt in de gezondheidszorg. Bovendien blijken te weinig studenten te kiezen voor de opleiding verpleegkunde en de afgestudeerde verpleegkundigen blijken korte carrières te hebben: een groot deel oefent het beroep slechts vijf tot tien jaar echt uit. Bovendien haakt een groot deel van de studenten reeds af tijdens de studies omwille van slechte

[21]Van Schaik M. (2024), p. 19 - 20
[22]Kanne M. (2016) p. 147
[23]Lavergne T. en Janssens H. (2024)

ervaringen met de eerste stage. Het gevolg daarvan is dat ook de leeftijdspiramide van de actieve verpleegkundigen scheefgetrokken wordt: het aandeel oudere verpleegkundigen stijgt.

Aan de kant van de vraag stellen de auteurs vast dat de vraag stijgt en zal blijven stijgen. Dit heeft uiteraard te maken met de veroudering van de bevolking. Bovendien is er ook sprake van verschuivingen in de zorgvraag: door de verkorting van de verblijfsduur in de ziekenhuizen wordt de zorg in het ziekenhuis intensiever, omdat daar vooral mensen met zware acute gezondheidsproblemen verblijven. Maar ook de thuiszorg wordt zwaarder, omdat een situatie ontstaat van “thuishospitalisatie” die wordt opgevangen door de thuisverpleegkundigen. En in de WZC’s worden mensen pas opgenomen vanaf gemiddeld 86 jaar, waardoor ook daar de zorgnood stijgt. Dit alles weegt zwaar op het moreel van het personeel: al voor de pandemie werd vastgesteld dat 36 % van de verpleegkundigen een hoog risico op burn-out had en dat 32 % overwoog om een andere job te zoeken. En het wordt er niet beter op.

Ten gevolge van het gebrek aan personeel worden een aantal taken niet uitgevoerd en het blijkt dat dit vooral de relationele taken zijn. Maar het belang van die relationele taken is groot. Uit de EMOVA-enquête blijkt dat 93% van de respondenten vindt dat aandacht voor emotionele communicatie een zeer belangrijke of tamelijk belangrijke dimensie is van het welzijn van de zorgontvangers. In dat verband ontwikkelden Thomas Lavergne en Hélène Janssens een schaal om een ‘relationele score’ te berekenen. Het is een schaal van 0 tot 6. Hoe meer iemand van mening is dat die in staat is om de relationele en communicatieve aspecten van het werk waar te maken, hoe hoger de score. Gemiddeld had 28% van de respondenten een score van minder dan drie, wat betekent dat die grote moeilijkheden hadden om de relationele aspecten van het werk waar te maken. Hoe lager de relationele score, hoe minder men in staat was om betekenis aan het werk te geven. Bij 66 % van de personen die overwogen om van sector of van dienst te veranderen of een ander beroep te zoeken, bleek het onvermogen om relationele zorg te leveren een belangrijke factor te zijn.

Lavergne en Janssens stippen ook aan dat de codificatie deze processen negatief beïnvloedt. In feite worden alleen technische prestaties in rekening gebracht, zodat het menselijk aspect van het werk onzichtbaar wordt gemaakt.

Malene Van Schaik vertrekt in haar proefschrift[24] van de term “Moral challenge”: een situatie waarin iemand conflicten of twijfels ervaart over de juiste handelwijze (the right course of action). Ze deed haar onderzoek specifiek over palliatieve zorg en stelde vast dat deze gepaard gaat met specifieke en substantiële morele uitdagingen. Het is bekend dat deze leiden tot relatief hoge mate van morele nood (moral distress), burn-out en hoog personeelsverloop. Er is overigens in het algemeen een hoog ziekteverzuim in de zorg. Voor zover mij bekend zijn er in België geen cijfers beschikbaar die het ziekteverzuim per sector in kaart brengen, maar in Nederland bestaan deze cijfers wel.[25]

[24]Van Schaik M. (2024)

[25]Statline (Centraal Bureau voor de Statistiek in Nederland), *Ziekteverzuim volgens werknemers, beroep, perioden 2024,* gewijzigd op 10 december 2025, https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/86010NED/table?ts=1771762978875 , geraadpleegd op 22-02-2026 Algemeen verzuim = gemiddeld 3,8% Zorg en welzijn | verzorgenden = gemiddeld 7% - Verzuim met psychische oorzaak, overspannen, burn-out: algemeen = gemiddeld 5,9 % - Zorg en welzijn | verzorgenden = gemiddeld 8,4 %

Ik wil nu vooral in gaan op haar zesde hoofdstuk waarin ze een onderzoek heeft gedaan naar de effectiviteit van het door haar ontwikkelde instrument (CURA) in functie van het verbeteren van morele veerkracht en morele competenties van de deelnemers.

Morele competentie omschrijft zij als “skills such as being aware of one’s own values, the ability to recognize moral conflicts, to communicate and reflect on these conflicts, to take the perspective and values of others into account, and the willingness and ability to act in accordance with this judgment in a morally responsible way and being accountable for one’s actions.”[26] Maar tevens stelt zij vast dat er de laatste tijd veel aandacht gaat naar morele veerkracht. Daarvoor gebruikt ze de definitie van Cynda Rushton: “moral resilience means to be good (and prove one’s integrity and character) under conditions of risk.” of in andere woorden: “the capacity of an individual to sustain or restore their integrity in response to a moral adversity.”[27]

De proefgroep van dit onderzoek bestond uit 72 deelnemers aan een opleiding voor “CURA-ambassadeurs”, mensen die een training kregen om het instrument te begeleiden op de werkvloer. Het nadeel van deze werkwijze is alvast dat het niet om een aselecte steekproef gaat. De resultaten kunnen ons dus wel een indicatie geven van het effect van moreel beraad op moral distress en moral resilience, maar ze geven zeker geen definitief uitsluitsel. Verder onderzoek is dus noodzakelijk. Ze heeft een pre- en een posttest gedaan bij de deelnemers aan deze opleiding. Daarvoor werd gebruik gemaakt van twee meetinstrumenten.

Het eerste was de RMRS (Ruston Moral Resilience Scale), een gevalideerde schaal om morele veerkracht te meten, ontwikkeld door Cynda Rushton. Deze bevat 17 items in een vierpunt likertschaal[28]. Verder heeft ze gebruik gemaakt van de Euro-MCD versie 2.0, ontwikkeld door Janine De Snoo-Trimp. Op de inhoud van de Euro-MCD zal ik later in deze tekst terugkomen. In de prestudie namen alle 72 deelnemers deel aan de test, maar in de poststudie was er uitval, zodat er maar 47 respondenten overbleven. Uit de resultaten van de RMRS bleek dat vooral de items uit de subschaal “Response to moral adversity” significant verbeterden. Ook in de subschaal “Relational integrity” waren er drie van de vijf items die significant verhoogden. De andere subschalen verhoogden niet significant of bleven gelijk. Een item verminderde zelfs: “*16. My fear can cause me to act in a way that compromises my values.*”

De tweede test was de Euro-MCD versie 2. Ook de meeste scores op de items van dit instrument verhoogden significant. De hoogste stijgingen waren: “*6. I speak up in ethically difficult situations.*”; “*12. We make decisions on how to act in ethically difficult situations*” en “*13. We base our decisions on moral considerations in ethically difficult situations*”.

De voorlopige conclusie van deze paragraaf: De WHO spreekt over een dreigende tijdbom in de zorg: de vraag zal stijgen en het aanbod aan personeel zal dalen en de prognoses die Lavergne en Janssens aanhalen overspannen een tijdspanne van twintig jaar. Een van de problemen waarop we stoten is het grote ziekte-absenteïsme, dat deels te maken heeft met morele stress. Een van de effecten die moreel beraad kan hebben is het versterken van de morele veerkracht van het personeel. Dit is zeker geen toverformule en er is nog meer onderzoek nodig, maar het is alleszins zinvol om

[26]Van Schaik M. (2024) p. 139
[27]Van Schaik M. (2024) p. 16
[28]Vierpunt likertschaal: een likertschaal is een keuzeschaal waarin men een keuze kan maken uit verschillende antwoorden. Bv. volledig akkoord – akkoord – niet akkoord – absoluut niet akkoord.

het te onderzoeken, want een belangrijke oorzaak van het gebrek aan zorgverleners is dat velen afhaken. Daarom is het zinvol om ook het perspectief van de deelnemers op moreel beraad te bekijken. De Euro-MCD is een instrument dat daarop inspeelt.

6.2 Het perspectief van de deelnemers: het kikvorsperspectief

Een aantal auteurs hebben onderzoek gedaan naar de perspectieven van de deelnemers. Fraukje Weidema[29] deed onderzoek naar de implementatie van moreel beraad in een cluster van voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg. In haar proefschrift maakt ze een vergelijking tussen de perspectieven van de deelnemers en die van hun managers. Ze benoemt de besluiten van een moreel beraad als “harvest”. Dit onderzoek is gebaseerd op interviews met de zeven betrokken managers en 255 evaluatievragenlijsten van de deelnemers die werden ingevuld na moreel beraad. De resultaten werden geanalyseerd en onderverdeeld in elf clusters. Maar omwille van de logische structuur van deze tekst wordt dit besproken in paragraaf 6.4 .

Mariël Kanne[30] ging in haar proefschrift zeer uitgebreid in op de filosofische achtergrond van moreel beraad, waarover meer in paragraaf 6.3 , maar verder deed ze ook een empirisch onderzoek. Daarvoor heeft ze een eigen gespreksmethodiek ontwikkeld waarmee ze aan de slag gegaan is in tien organisaties die participeerden aan een project rond moresprudentie[31]. Van de daarmee gehouden beraden werden verslagen gemaakt, die door de auteur werden gebruikt voor analyse. Waar andere onderzoeken vooral vragen naar uitkomsten van het beraad, zocht Mariël Kanne meer naar gegevens over de inhoud van de besprekingen zelf. In fase 2 van haar methodiek wordt aan de deelnemers de vraag gesteld: “Wat raakt je?” In de analyse van de verslagen werden de antwoorden uit deze fase gecodeerd, wat leidde tot de volgende tabel[32].

Meest genoemd >20	Vaak genoemd 10-20	Meermaals genoemd 2-9	1x genoemd
Machteloosheid (31x) Boosheid (27x) Medelijden en/of mededogen (27x) Onmacht (26x)	Angst, zorg (17x) Verantwoordelijkheidsgevoel (16x) Irritatie (15x) Eenzaamheid (14x) Kinderen (14x) Frustratie (11x) Druk (11x) Verdriet (10x)	Onzekerheid (8x) Onveiligheid (8x) Verbazing (8x) Begrip (7x) Twijfel (7x) Schuldig (6x) Triest (6x) Verontwaardiging (6x) Kracht (5x) Moedeloosheid (5x) Onrechtvaardigheid (5x) Sympathie (5x) Onbegrip (4x) Radeloosheid (4x) Uitzichtloosheid (4x) Bewondering (3x) Last (3x) Onduidelijkheid (3x) Onrust (3x) Opluchting (3x) Schaamte (3x) Verscheurdheid (3x) Wanhoop (3x) Weerstand (3x)	Acceptatie Achterdocht Doorzettingsvermogen Egoïsme Ertoe doen Gemiste kans Gewetensnood Heftig Herkenning Hoop Ingewikkeld Kippenvel Maatschappelijke teloorgang Oneerlijkheid Ongeduld Ontevredenheid Opstandigheid Schrijnend Somber Spanning Unheimlich gevoel Vermoeiend

[29]Weidema F. (2014), p. 125-140
[30]Kanne M. (2016) p. 243 e.v. – Deze methode werd ook opgenomen in de digitale werktuigkist ethisch overleg. URL: https://wepe.be/overlegmethoden-in-de-zorg/catalogus/co-creatie-van-goede-zorg-mariel-kanne/
[31]Kanne M. & Grootoonk E. (red.) (2014)
[32]Kanne M. (2016) p. 257

Meest genoemd >20	Vaak genoemd 10-20	Meermaals genoemd 2-9	1x genoemd
		Benauwdheid (2x) Enthousiasme (2x) Ergernis (2x) Geschoktheid (2x) Perspectiefloosheid (2x) Respect (2x) Teleurstelling (2x) Zwaarte (2x)	Vernedering Vrijblijvendheid Wantrouwen Zinloosheid

De auteur stelt dat de items *machteloosheid* en *onmacht* aangeven dat veel deelnemers met het gevoel leven dat ze zichzelf niet als actor (kunnen) beschouwen. Er is in de organisatorische context geen ruimte voor variëteit en diversiteit. *Boosheid* en *frustratie* herinneren aan conflicten die inherent zijn aan de zorg[33]. Deze vier items vormen samen 24,3 % van het aantal vermeldingen. Mariël Kanne zegt dat uit de tabel blijkt dat mensen ook positief geraakt kunnen worden in moreel beraad, dat zou blijken uit de steekwoorden enthousiasme (2x), bewondering (3x), respect (2x) en hoop (1x). Maar dit gaat slechts om 2% van het aantal steekwoorden. Deze resultaten lijken dus de oorzaken van morele stress te onderschrijven. En daarmee komen we terug bij de conclusie uit de studie van Lavergne en Janssens.

Het onderzoek van Janine De Snoo-Trimp had als doel te achterhalen welke uitkomsten van moreel beraad de deelnemers belangrijk vinden. Daartoe heeft ze een evaluatie gemaakt van de *Euro-MCD versie 1,* die door Mia Svantesson e.a. werd ontwikkeld. De kern van de eerste versie bestond uit een vragenlijst waarin de respondent werd gevraagd om 26 mogelijke uitkomsten van moreel beraad te scoren op een vijfpunts likertschaal[34]. Deze uitkomsten waren ingedeeld in 6 domeinen: *enhanced emotional support – enhanced collaboration – improved moral reflexivity – improved moral attitude – impact on organisational level – concrete results*. De vragenlijst werd voorgelegd voorafgaand aan deelname aan moreel beraad en opnieuw na deelname aan meerdere morele beraden.[35] De tweede versie, ontwikkeld door Janine De Snoo-Trimp e.a. bevat 15 mogelijke uitkomsten, die onderverdeeld zijn in drie domeinen: *morele competenties – moreel teamwerk – moreel handelen*. De tweede versie van de Euro-MCD wordt ook twee keer voorgelegd aan de respondent. De eerste keer is de vraag: hoe heb je deze uitkomsten ervaren tijdens het moreel beraad. De tweede keer: hoe ervaar je deze uitkomsten in je dagelijks werk.

De herziening van dit instrument gebeurde op basis van een combinatie van kwalitatief en kwantitatief onderzoek. Voor het scoren van de schaal werd aan de respondent gevraagd om spontaan drie tot vijf belangrijke uitkomsten van moreel beraad te geven. Dan werden de 15 items beoordeeld aan de hand van een vijfpunts likertschaal. Dan werd nog gevraagd om vijf van vijftien uitkomsten te prioriteren[36].

Er werden verschillende deelonderzoeken gedaan. Het eerste met Nederlands zorgpersoneel (n = 331). Daaruit kwamen de volgende resultaten. Bij het scoren van de 29 voorafbepaalde uitkomsten

[33]Ze verwijst daarvoor naar het werk van Joan Tronto. Dit zal besproken worden in paragraaf 6.3 .
[34]In een vijfpunt likerschaal zijn er de volgende antwoordmogelijkheden: helemaal mee eens – een beetje mee eens – een beetje mee oneens – helemaal mee oneens – ik weet het niet of geen antwoord gegeven.
[35]Svantesson M. e.a. (2014), p. 9
[36]Beide versies van de Euro-MCD worden in bijlage toegevoegd.

stond in de top 5 tweemaal een item uit de categorie *versterking van de samenwerking* (plaats 1 & 2), tweemaal een item uit *concrete resultaten* (3 & 5) en eenmaal een item uit v*erbeterde morele reflexiviteit* (4). Er wordt vaak gezegd dat verpleegkundigen "doe-mensen" zijn die uit zijn op concrete oplossingen, maar dit blijkt niet de eerste betrachting van de respondenten aan dit onderzoek. Concrete resultaten zijn belangrijk, maar verbeterde samenwerking is voor hen blijkbaar belangrijker.

In de vraag naar de vijf prioriteiten uit de lijst met voorafbepaalde uitkomsten, kwam c*oncrete resultaten* wel als eerste uit de bus: In de top 5 stonden 2 items uit *concrete resultaten* (1 & 4), twee uit *verbeterde samenwerking* (2 & 3) en één uit *verbeterde morele reflexiviteit* (5)

Uit de eerste bevraging (geef drie tot vijf belangrijke uitkomsten, zonder de lijst vooraf te bekijken) kwam in de top 5 geen item over *concrete resultaten* voor, maar wel vier items die te maken hadden met *verbeterde samenwerking* (1, 3 & 5) en één met *verbeterde morele reflexiviteit* (2).

Er blijkt dus dat voor deze respondenten het vinden van een oplossing in de voorgelegde casus belangrijk is, maar dat er andere zaken belangrijker voor hen zijn, zoals het verbeteren van de samenwerking en van de eigen morele reflexiviteit.

Dit onderzoek werd herhaald in het kader van een internationale vergelijking tussen respondenten (n= 703) uit Nederland, Zweden en Noorwegen. Bij het scoren van de 26 voorafbepaalde items op een likertschaal bevat de top vijf, twee items uit het domein *verbeterde samenwerking* (1 & 2), één uit *concrete resultaten* (3) en twee uit *morele reflexiviteit* (4 & 5). Ook aan deze groep werd de open vraag gesteld: geef een aantal belangrijke uitkomsten van moreel beraad zonder de lijst van de Euro-MCD te bekijken. De top drie van deze antwoorden was: "*Meer open communicatie onder collega's*", "*Beter wederzijds begrip van elkaars redeneren en handelen*" en "*Ik zie de ethisch moeilijke situatie vanuit verschillende perspectieven*". Dus twee items uit het domein *verbeterde samenwerking* (1 & 2) en een uit het domein *verbeterde morele reflexiviteit* (3) Maar alle uitkomsten blijken wel belangrijk te zijn voor de respondenten, dus ook het bereiken van *concrete resultaten*.

In het vierde deelonderzoek werd er een vergelijking gedaan van de resultaten voor en na deelname aan moreel beraad. Het onderzoek liep eveneens in de drie landen: Zweden, Noorwegen en Noorwegen. Het opzet was om een meting te doen op drie momenten: T0 (voor deelname n= 756), T1 (na 4 sessies n=443) moreel beraad) en T2 (na 8 sessies moreel beraad n=247).

Uit de resultaten na deelname aan moreel beraad blijkt weer dat de respondenten het bereiken van concrete resultaten zeker niet de enige betrachting is van de deelnemers. In de top 10 staan drie items uit *versterkte samenwerking*, twee uit *verbeterde morele reflexiviteit*, 2 uit *verbeterde morele attitude* en slechts één uit *concrete resultaten*. De uitkomsten die te maken hebben met *versterkte samenwerking* en *verbeterde morele reflexiviteit* blijken als het meest belangrijk te worden ervaren. Dit is in lijn van de literatuur en van de onderliggende hermeneutische fundamenten van moreel beraad.

In deel 5 wordt onderzocht wat de ervaren uitkomsten zijn tijdens en na MCD. Dit gebeurde in 30 voorzieningen in de drie landen: Zweden, Noorwegen en Nederland. In 25 ervan hebben de deelnemers acht sessies doorlopen. Na acht sessies vinden de deelnemers nog overwegend alle

voorafbepaalde doelstellingen belangrijk, maar in een significant lagere mate. De meest ervaren uitkomsten behoren tot de domeinen *verbeterde morele reflexiviteit* en *verbeterde samenwerking*. De meerderheid verwees tijdens de sessies naar betere samenwerking met de collega's. Dat werd ook vaak in de dagelijkse werking ervaren. Verder werden resultaten ervaren over *morele reflexiviteit en attitude*, zowel tijdens als na de sessies. Maar de resultaten waren sterker tijdens dan na de sessies. De auteur formuleert daarover de hypothese dat de uitkomsten gemakkelijker zijn te linken tijdens de sessies. Bijvoorbeeld: een uitwisseling van ideeën doet zich tijdens de sessies voor. De sessies zijn intense en afgebakende momenten, die gemakkelijker te linken zijn aan uitkomsten. Het is niet noodzakelijk zo dat de resultaten tijdens en na de sessies in dezelfde mate ervaren werden.

6.3 Filosofische argumenten: het theoretische perspectief

In het algemeen kan gesteld worden dat de filosofische basis van moreel beraad berust op dialogische ethiek, hermeneutiek en het pragmatisme.[37]

Mariël Kanne werkt in dit in haar proefschrift zeer sterk uit. Een belangrijke gedachte is bij haar, de idee van "*naturalized bioetics*"[38] : Moraliteit komt niet van buitenaf, maar is te zien als een natuurlijke kennis van de wereld. Die is niet tijd- en contextloos, maar een "*socially embedded practice*". Vandaar de gedachte van een empirische ethiek, die onderzoekt hoe mensen het goede *doen*: normen en kennis ontstaan in activiteiten, niet in theoretische beschouwingen. In de zorg staat dit ook in verband met normatieve professionalisering. Daarin zie je twee verschuivingen: van een individuele ethiek naar een ethiek van het sociale (mensen nemen ethische beslissingen niet in hun eentje, maar vanuit dagelijkse praktijken), en van ethische principes naar esthetische principes, vertrekkend van wat mensen mooi of fijn vinden. (Cfr. ethiek van de levenskunst). Dit leidt tot een horizontale epistemologie: het onderscheid tussen experten en leken vervaagt. En dat is wat er gebeurt in een moreel beraad: de gespreksleider stelt zich niet op als expert, maar als facilitator die het proces ondersteunt waarin de deelnemers de casus ethisch onderzoeken.

Ze vindt daarin inspiratie vanuit drie invalshoeken: De inzichten van Joan Tronto, de filosofie van Paul Ricœur en de gedachte van de normatieve professionalisering. Joan Tronto is in de eerste plaats een politiek denker die vertrekt van een ontologie waarin de wereld niet bestaat uit onafhankelijke individuen, maar uit kwetsbare en fragiele wezens die in relatie met andere wezens leven. Iedereen heeft in de loop van zijn leven zorg nodig, maar toch blijkt dat heel wat mensen die gedachte verdringen. Daarvoor munt Joan Tronto de termen "*privileged irresponsibility*" en "*epistemological ignorance*". Privileged irresponsibility is het gevolg van de "*unbalanced nature of caring roles and duties in our culture. Those who are relatively privileged are granted by that privilege the opportunity simply to ignore certain forms of hardships that they do not face.*[39]" Epistemological ignorance betekent dat " t*he privileged do not feel the need to know about the lives or needs of de jubjugated group*.[40]" Daaruit ontstaat een evenwichtsoefening. Zorg mag niet te afstandelijk zijn, want niemand mag bepalen wat de ander nodig heeft en daarvoor is dialoog vereist. Maar anderzijds is er wel een zekere afstand nodig, omdat zorg niet mag leiden tot

[37]Weidma F. (2014), p. 25
[38]Lindeman, Verkerk & Walker (2009) geciteerd door Kanne (2016) p. 28 e.v.
[39]Tronto Joan (1993) p. 120-121
[40]Bozalek Vivienne (2014), p. 55

opoffering van de zorgverlener. Het gevolg van haar ontologie is dat ze zorg ziet als de kern van een goede samenleving en van de democratie als de organisatievorm daarvan. De boodschap van haar boek "*Caring democracy*" is dat democratie zorgend moet zijn, zo niet is het geen democratie .[41] Zorg heeft voor haar vijf aspecten. Het is een praktijk die genesteld is in andere praktijken. Ze brengt belangenconflicten met zich mee. Ze is zowel particulier als universeel. Er zijn hulpbronnen nodig om goed te zorgen. En zorg bestaat uit 5 fasen die telkens gekoppeld zijn aan morele kwaliteiten, die ze echter weigert de omschrijven als deugden, omdat deugden altijd hebben gezorgd voor onderdrukking van vrouwen.[42] Om deze uitdagingen aan te gaan is dialoog nodig tussen alle betrokkenen en moreel beraad is, aldus Mariël Kanne, een mogelijke werkvorm om die dialoog mogelijk te maken.

Paul Ricœur ontwikkelt een visie op de menselijke persoon. Die heeft twee kanten: *ipse* en *idem*, waartussen een voortdurende dialectiek gaande is. *Idem* is dat wat constant blijft in de mens: ondanks alle veranderingen in de ontwikkeling van een individu blijven we die toch ervaren als een zelfde persoon. *Ipse* is dat wat veranderlijk is: ten gevolge van ontmoeting met andere mensen en onverwachte gebeurtenissen in het leven evolueert de persoon voortdurend in de loop van diens leven. Tussen beide is er een voortdurende dialectiek van concordantie en discordantie. De persoon van een mens is het verhaal dat die vertelt over dat hele proces waarin die een coherente samenhang creëert tussen de gebeurtenissen in diens leven. Hulpverleners werken met die verhalen. Ze luisteren naar het verhaal van de cliënt en hebben ook hun eigen verhaal over professionaliteit. En dat leidt tot een voortdurend proces van interpretatie. Dat interpretatieproces speelt zich af in een "*hermeneutische cirkel*": we bewegen ons voortdurend heen en weer tussen de idee van het goede leven en de beslissingen die we maken in het licht van concrete gebeurtenissen.

Die hermeneutische cirkel speelt zich ook af binnen een moreel beraad. Een beraad volgt in principe steeds een cyclus van concreet over algemeen naar concreet. Er wordt een verhaal verteld over een cliënt, dat verhaal wordt getoetst aan waarden en normen en op basis daarvan wordt besloten tot een aantal handelingen, die dus opnieuw concreet zijn en aanleiding geven tot een nieuwe episode in het oorspronkelijke verhaal. In feite herbegint dan de cirkel, omdat die handelingen een nieuwe werkelijheid creëren die opnieuw kan getoetst worden aan waarden en normen enz. Het is essentieel dat moreel beraad blijft uitgaan van concrete verhalen, anders blijven de besprekingen in het algemene hangen. En dan dreigt de cliënt met zijn concrete levensverhaal te worden ondergesneeuwd onder een dik tapijt van algemene beschouwingen.

Een derde peiler bij Mariël Kanne is normatieve professionalisering. Professionaliteit vergt voor haar drie elementen: gespecialiseerde kennis, registratie (wie behoort tot de groep professionals en wie niet) en een zekere professionele autonomie. Die professionele autonomie vergt reflectie op het eigen handelen. Reflectie is noodzakelijk omdat het werk een hoge mate van complexiteit en onvoorspelbaarheid kent. In dat verband wijst zij op de ideeën van Donald Schön die twee vormen van reflectie onderscheidt. *Reflection-in-action* is nadenken tijdens het handelen, als men onvoorbereid met een nieuw probleem wordt geconfronteerd. Hulpverleners doen dat voortdurend.

[41]Tronto Joan (2013), Caring democracy. Markets, equality and justice, New York and London: New York University Press, 227 p.

[42]De vijf fasen en de er aan gekoppelde eigenschappen zijn: Caring about en attentiveness; taking care of en responsibility; care giving en competence; care receiving en responsiveness; caring with en democratische betrokkenheid voor rechtvaardigheid, gelijkheid en vrijheid voor iedereen.

Reflection-on-action is het a posteriori overlopen hoe de zaken gelopen zijn. Het doel daarvan is de gehanteerde 'frames' onderzoeken. Frames zijn vanzelfsprekende aannames die mensen voortdurend gebruiken om situaties te duiden en daarin oplossingen te vinden. Michael Polanyi spreekt in dat verband over *tacit knowledge*: een innerlijk vermogen dat de waarneming en de interpretatie stuurt. Zonder dit vermogen zouden de mensen de wereld niet begrijpen, maar er is reflectie nodig om te onderzoeken hoe *frames* en *tacit knowledge* werken: ze creëren vanzelfsprekendheden die we voortdurend in vraag moeten stellen, maar dit gebeurt meestal niet spontaan. Richard Sennet zegt in dat verband dat een vakman werkt vanuit automatische kennis. Die is nodig om tot resultaten te komen, maar ze is nooit onschuldig. Daarom is er reflectie over deze kennis nodig: individueel en collectief. Ook hier is moreel beraad een medium om tot die reflectie te komen.

Die reflectie leidt tot leerprocessen. Er zijn drie soorten leerprocessen. Enkelslag leren gebeurt door het aanleren van regels, die van buitenaf worden gecreëerd. Dat vertrekt van codificatie. Dubbelslag leren vertrekt vanuit waarom-vragen: "Wat mag en moet ik doen en waarom?" Daarbij komt minder codificatie kijken en meer contextgevoeligheid. Drieslag leren is samen nadenken over de vraag: "Wat voor organisatie willen wij zijn?" Er zijn ook twee soorten kennis. Regelmaatkennis is logisch-positivistisch, rationalistisch en reductionistisch, vanuit een maakbaarheidsgedachte. Er is sprake van een subject-objectscheiding: de expert onderzoekt het object dat voorwerp van onderzoek is. Bij maatregelenkennis is er geen subject-objectscheiding: alle betrokkenen dragen mee bij aan het ontwikkelen van kennis en zo vergroten ze de handelingsruimte voor iedereen. De eigen geschiedenis van de betrokkenen speelt een rol bij waarneming en betekenisgeving. De waarheid wordt dus niet gecreëerd door experten, maar de onmiddellijk betrokkenen onderzoeken de situatie vanuit hun eigen achtergrond. Maar dat zorgt ook voor veel onzekerheid, want de mensen hebben behoefte aan ordening en de toenemende complexiteit van de samenleving leidt tot meer onzekerheid. Regelmaatkennis probeert die leemte in te vullen, maar dat zal nooit lukken. We moeten dus voortdurend zoeken en onderhandelen om te komen tot een gezamenlijke visie op de situatie waarin we leven en werken. Maar ondertussen moet er wel gehandeld worden, daarom werkt men met TWO: tijdelijk werkbare overeenstemming. Essentieel is dat deze zoektocht naar overeenstemming verloopt via *dialoog* en niet via *debat*, want dan ontstaat er een machtstrijd. Men moet de variëteit erkennen. In dat dialogisch proces ontstaat er een horizontale moraliteit en epistemologie die ervan uitgaat dat er geen zeker fundament is voor geldige kennis. Daarom moet zorg altijd ontstaan in co-creatie, aldus Mariël Kanne. Kennis wordt niet van expert op uitvoerder doorgegeven, maar ontstaat in dialoog. En ook daarvoor is moreel beraad een instrument.

6.4 Visie op management: het organisatieperspectief

Froukje Weidema onderzoekt mogelijke implementatiestrategieën voor moreel beraad en daarbij is uiteraard het perspectief van de leiding belangrijk. Het is van daaruit dat de nodige middelen voorzien worden om moreel beraad mogelijk te maken. Er moet een evenwicht gevonden worden tussen invoering van bovenuit en uitvoering aan de basis. Een eenzijdige strategie vanuit de top van de organisatie creëert uiteraard wel mogelijkheden om moreel beraad mogelijk te maken, maar als het instrument niet gedragen wordt door de deelnemers op de werkvloer, zal het nooit werken. In dat verband onderzocht Froukje Weidema de mate waarin zowel managers als zorgverleners de

“oogst” van moreel beraad belangrijk vonden. Een belangrijke kanttekening is wel dat deze resultaten kaderen in een onderzoek naar een voorziening voor geestelijke gezondheidszorg, waar de leiding moreel beraad heeft gestimuleerd in het kader van een project voor kwaliteitsverbetering. Men kan deze resultaten dus niet transponeren naar de zorg in het algemeen;

De resultaten werden geanalyseerd en onderverdeeld in elf clusters.

1. Ontwikkelen van een *kritische attitude* staat bij de managers op de eerste plaats. In hun ogen moet die helpen om de complexiteit van de verpleegkundige praktijk beter te begrijpen. Men moet werken vanuit een dieper begrip van de dagelijkse praktijk in plaats van uit te gaan van het louter toepassen van routines of “ad hoc goede gevoelens”. (Maar hier speelt mij dunkt zeker mee dat het gaat om een instelling voor geestelijke gezondheidszorg.) Bij de participanten staat dit op de tweede plaats.
2. Managers willen *coöperatie* stimuleren, zowel in het verpleegkundig team als multidisciplinair: zowel het stimuleren van wederzijdse samenwerking als het bespreken van lastige situaties. Bij de participanten komt dit op de eerste plaats.
3. Onderzoek van *beleidslijnen, zorgparadigma’s en visie*. De managers zien moreel beraad als een bruikbaar instrument om professionals te helpen loskomen van bestaande werkroutines, om nieuwe visies te exploreren. Dat staat bij hen op de derde plaats, bij de participanten op de negende plaats.
4. *Professionele mondigheid* (empowerment en enhancement): de waarde van het beroep verhogen en de relatie met andere professionals verbeteren, staat bij het management op de vierde plaats en bij de participanten op de derde.
5. *Zorg en inspiratie voor het verpleegkundig beroep*, het terugvinden van motivatie. Dit staat bij de managers op de vijfde plaats maar komt niet voor bij de participanten.
6. *Transparantie en eerlijkheid* (straightforwardness), staat bij beide groepen op de zesde plaats. Bij de participanten gaat dit ook over tonen van eigen kwetsbaarheid, twijfels, boosheid enz. Openheid over wat je wel of niet kan doen.
7. De managers willen moreel beraad inzetten om de *zorgkwaliteit te verbeteren* en de teams te laten optreden als *advocaat van de patiënten*. Het staat bij hen op de zevende plaats. Bij de participanten staat het op de achtste plaats en wordt het vertaald in minder paternalisme. Er is bij hen ook de hoop dat de intensieve communicatie tijdens moreel beraad zal leiden tot een verbetering van de zorg.
8. Managers zien moreel beraad als een middel om *innovaties te bevorderen*, met de bedoeling om de unieke visie van de verpleegkundigen op de cliëntpopulatie in de focus te zetten. Dit komt niet voor bij de participanten.

Drie items komen niet voor bij de managers. *Geen oogs*t: een aantal participanten (zevende plaats) signaleerden geen veranderingen. *Verstandhouding* (understanding); de participanten melden (op de vierde plaats) dat ze zich bewust worden van de verschillende perspectieven op de casus wat resulteert in een bredere visie op dagelijkse situaties. Het opent nieuwe perspectieven en stimuleert

wederzijds begrip. *Grenzen, beperkingen en zelfzorg* staan op de vijfde plaats bij de participanten. Zij signaleren een nood op stil te staan en te reflecteren.

Er is veel overlapping tussen beide groepen. De methodologische en procesgeoriënteerde eigenschappen van moreel beraad zijn zeer belangrijk, zowel bij de verwachtingen als bij de oogst. Eerder dan te focussen op het oplossen van ethische kwesties, hoopt men op een betere samenwerking door kritische feedback en het uitstellen van oordelen. De verwachtingen worden geformuleerd in termen van dialoog gebaseerd op wederzijdse gelijkheid, openheid en communicatie. Zowel verwachtingen als oogst vertonen een relatief laag aantal uitkomsten in verband met kwaliteit van zorg. De relatie tussen moreel beraad en zorgkwaliteit is nog onvoldoende onderzocht. Men moet volgens Froukje Weidema een onderscheid maken tussen utiliteit en waarde. Het belang van moreel beraad zou vooral liggen in verbeterde samenwerking. Deze resultaten hebben gevolgen voor het managementproces in het algemeen. De traditionele lineaire gedachtegang werkt niet meer. Moreel beraad past niet in een input-output model, omdat de resultaten niet vooraf kunnen worden bepaald. Het vereist dialogisch management en een actief partnerschap in een proces van constructieve samenwerkingsprocessen.

Op organisatieniveau komt die dialoog tot uiting in de gedachte van moresprudentie. Een proces dat Henriëtte Bout[43] kadert in organisatieleren. In wat volgt wordt haar redenering uiteengezet. Ze gebruikt daarvoor het model van Crossan e.a. Volgens dit model verloopt organisatieleren in vier fasen.

1. *Intuïtievorming*, op individueel niveau. Mensen ontwikkelen intuïtieve inzichten op basis van hun levenservaringen en hun vermogen om onderliggende patronen in die ervaring vast te stellen. Ze vertalen die inzichten in metaforen die hen mogelijkheden bieden tot communicatie.
2. *Interpreteren*: in dat proces worden de intuïties expliciet benoemd, gedeeld en verwerkt. Dat leidt bij organisatieleren tot een gedeeld begrip tussen het individu en de ander. Dat begint op individueel niveau, maar idealiter gebeurt het nadien in groep.
3. *Integreren*: dat gebeurt op groepsniveau. De focus ligt op het realiseren van coherente, collectieve actie. Dit moet uiteindelijk leiden tot het integreren van de gemaakte interpretaties in beleid, regelgeving en werkwijzen in de organisatie. Daarvoor moeten inzichten van hun context worden ontdaan en geobjectiveerd.
4. *Institutionaliseren*: de opgedane inzichten worden geformaliseerd en ingebed in de gehele organisatie via systemen, structuren, procedures en strategie. Dit gebeurt op organisatieniveau.

Als die vier niveaus met elkaar in evenwicht zijn, spreken Crossan e.a. van organisatieleren. Henriëtte Bout stelt zich de vraag hoe morele inzichten, die ontstaan doorheen dat leerproces van vier fasen, onderdeel kunnen worden van een *organisatiegeheugen*. Als beleidsinzichten van de directie niet tot de werkvloer doordringen heeft dat er vermoedelijk mee te maken dat die beleidsinzichten niet doordringen tot het organisatiegeheugen. En moreel beraad is nu een instrument dat daarin een rol kan spelen.

[43]Bout H. (2023)

Er zijn twee overheersende visies op het begrip organisatie. In een *functionalistisch* perspectief wordt een organisatie gezien als een rationeel werkend systeem waarin formele hiërarchische structuren werkzaam zijn. Efficiëntie staat daarbij voorop, maar er is in deze visie weinig oog voor informele en sociale structuren binnen de organisatie noch voor de werking van macht en technologie. Het *constructivistisch* perspectief ziet een organisatie als een sociaal geconstrueerde entiteit waarin er veel aandacht is voor de werking van macht en sociale interacties. Een organisatie wordt daarin beschouwd als een betekenisgevende structuur waarin cultuur en sociale processen belangrijk zijn. Maar Henriëtte Bout probeert een tussenpositie tussen beide in te nemen: ze bestudeert een organisatie als een sociaal systeem, dat ook een functioneel systeem is. Het is zowel statisch als dynamisch. Ze benoemt haar positie als een *functionalistisch-constructivistisch overgangsparadigma.*

Lerende organisaties moeten in staat zijn om te leren door te werken aan vijf disciplines: persoonlijk meesterschap, diepgewortelde overtuigingen, bouwen aan een gedeelde visie, werken aan het vermogen om als team te leren, kunnen denken in termen van systeemaanpak (en dat laatste is de optelsom van de eerste vier.)

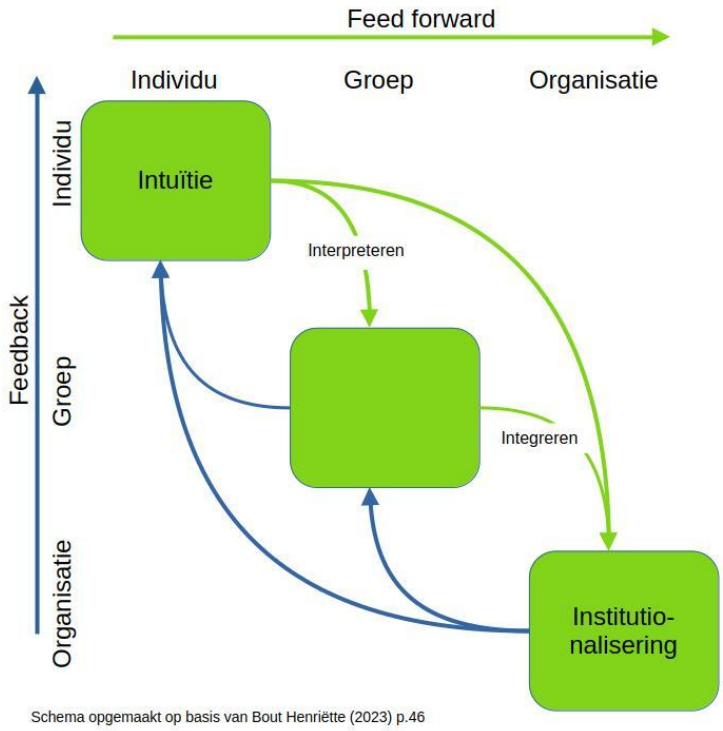
In een lerende organisatie ligt de nadruk op collectief leren. Dat betekent dat zowel de leerprocessen als de leeruitkomsten zich collectief afspelen. Dat zet ze uit in de volgende tabel[44].

	Processen		
Uitkomsten		Individueel	Collectief
	Individueel	Individueel leren	Individuele leerprocessen met collectieve uitkomsten
	Collectief	Leren in sociale interactie	Collectief leren

Collectief leren is een systemisch, sociaal en cyclisch proces en het geleerde wordt opgeslagen in het organisatiegeheugen. En dat is nu precies wat er gebeurt in periodiek moreel beraad. Men gaat op een collectieve manier onderzoeken wat er gebeurt als er zich ethische kwesties op de werkvloer voordoen. De uitkomsten zijn ook collectief: het team gaat aan de slag met de resultaten van het onderzoek van een concrete casus en die uitkomsten kunnen ook getransponeerd worden naar andere casussen. De Bree en Veening stellen dat 70% van alle beraden op een afdeling over steeds dezelfde vier of vijf thema's gaan. Omdat dit nu eenmaal de thema's zijn waar die gegeven afdeling mee werkt. Bijgevolg is een moreel beraad een leerproces dat ook op heel wat andere casussen van toepassing is.[45]

Dit werd bestudeerd door Crossan e.a. Het gaat om een functionalistisch-constructivistische visie op organisatie. Dat wordt voorgesteld in het volgende schema[46].

[44]Bout H. (2023) p. 42
[45]De Bree Menno en Veening Eite (2021) p. 22-23
[46]Bout H. (2023) p. 45



Schema opgemaakt op basis van Bout Henriëtte (2023) p.46

Het individu vertrekt van intuïtief denken. In een groepsproces wordt dit geïnterpreteerd. Op organisatieniveau wordt dit in de organisatie geïntegreerd. Dit gebeurt in een proces van vooruitblikken. Daarna krijg je de omgekeerde beweging van de organisatie over de teams naar het individuele functioneren. Dat is de terugkoppeling.

- Intuïtievorming is onbewust, op basis van persoonlijke ervaringen. Deze kennis wordt geïnternaliseerd en wordt zodoende opgenomen in de mentale kaart van de persoon. De mentale kaart is de specifieke manier waarop deze persoon de wereld bekijkt, logisch interpreteert en ordent op basis van eerdere ervaringen en standpunten. Nieuwe situaties waarmee nog geen ervaring is, worden door mensen geduid met behulp van hun bestaande mentale kaart.
- Interpreteren gebeurt op groepsniveau: er wordt een gemeenschappelijke taal gecreëerd om de wereld te verduidelijken en gedeelde betekenissen mogelijk te maken. Dit vergt een onderhandelingsproces van geven en nemen.
- Integreren. Het is essentieel dat er op groepsniveau geleerd wordt, maar het is niet voldoende dat medewerkers zich onder invloed van groepsdruk conformeren met de groep. Uit dat inzicht ontstond het begrip Community of pratice (COP): mensen moeten een bijdrage leveren aan het leerproces vanuit een verscheidenheid aan ervaringen. Dat gebeurt op narratieve wijze: ze vertellen aan elkaar verhalen over hoe ze omgaan met de vereisten van de werkomgeving. Naarmate die verhalen zich uitbreiden en verdiepen, worden ze onderdeel van een collectief geheugen. De inzichten die daaruit ontstaan, zijn opgeslagen in de individuele medewerkers, maar worden onderdeel van de cultuur van de organisatie als

ze zich vertalen in organisatiesystemen, structuren, strategische plannen, routines, regels en werkwijzen. Dan worden ze onderdeel van het organisatiegeheugen.

- Institutionaliseren: uiteindelijk moeten de verworven inzichten geconsolideerd worden in de organisatie: alle systemen moeten erop worden aangepast (bv. aanwerving, opleiding, training, …) Dat gebeurt niet vaak, omdat het spanningen in de organisatie veroorzaakt. Maar het niet aanpassen van de systemen aan verworven inzichten leidt ook tot spanningen.

Dit schema wordt ook gebruikt om het begrip moresprudentie te duiden. Deze wordt gedefinieerd als: "*een tekst waarin een moreel inzicht is verwoord, dat op gestructureerde wijze tot stand is gekomen in een collectief ingericht proces, waaraan zorgvuldigheidseisen zijn gesteld en dat onder meer bestaat uit argumenten en argumentatiepatronen als rechtvaardigingsgronden voor beslissingen.*"[47]

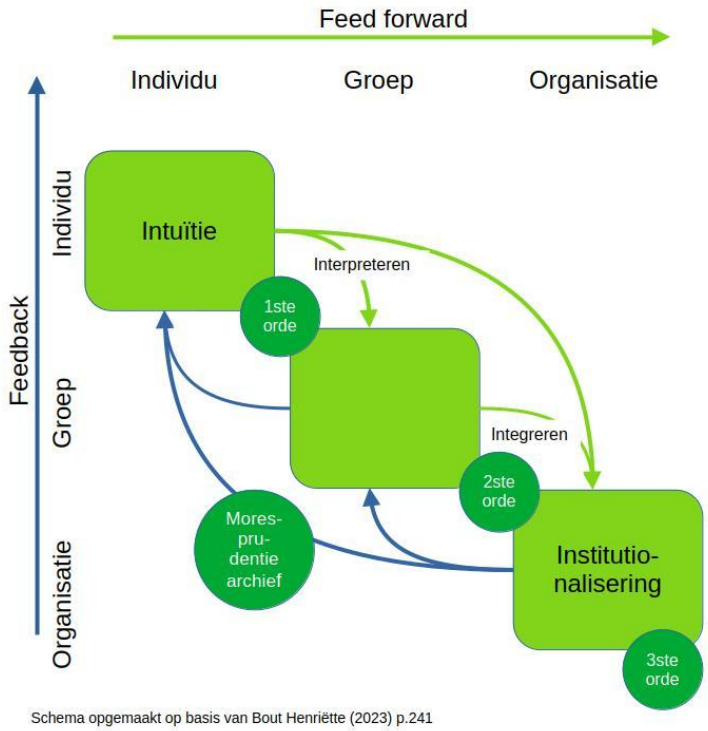
Ze onderscheidt verschillende vormen van moresprudentie.

- Moresprudentie van *eerste orde* zijn de notulen van een moreel beraad. Het doel van deze tekst is het verantwoorden van een genomen beslissing. De doelgroep is in de eerste plaats de deelnemers van dat beraad en ook de collega's die soortgelijke vragen hebben. Deze notulen zijn in principe concrete uiteenzettingen over een gesprek.
- Moresprudentie van de *tweede orde* is een tekst die een analyse maakt op basis van het vergelijken van meerdere verslagen van moreel beraad over min of meer hetzelfde thema. Het doel daarvan is het formuleren van een rode draad in de verslagen en het geven van input voor het beleid en voor het verbeteren van morele kaders. De doelgroep bestaat uit collega's die soortgelijke morele vragen hebben, beleidsmakers en (top-)management. Deze teksten hebben een hogere graad van abstractie dan deze van de moresprudentie van de eerste orde.
- Moresprudentie van de *derde orde*, vertrekt niet meer louter van de verslagen van de morele beraden. Het is een tekst waarin een moreel kader wordt uiteengezet dat sturend is voor de praktijk op de werkvloer. Het voegt kennis uit andere bronnen toe aan de gegevens die uit de morele beraden zijn gedistilleerd, bv. van academische teksten. In deze tekst is er dus geen rechtstreekse relatie meer met het morele beraad zoals zich dat heeft afgespeeld op de werkvloer. De concrete gegevens uit de morele beraden komen enkel nog voor als illustrerend voorbeeld. Deze teksten zijn dus heel abstract. Maar er is discussie over de vraag of dit nog moresprudentie is. Henriette Bout gaat ervan uit dat de band met de praktijk steeds zichtbaar moet blijven aan de hand van een praktijksituatie en de argumentatiestructuur die daaruit gedistilleerd werd.
- Het *moresprudentie archief*. De verzameling van de teksten die in eerste, tweede en derde orde werden opgesteld, noemt men het moresprudentie archief. Dat is van belang omdat het de verworven inzichten beschikbaar houdt voor het beleid en de zorgverleners. Maar het archief louter ter beschikking stellen op het intranet blijk niet te werken, men moet er actief mee aan de slag gaan. Dat kan bijvoorbeeld door het maken van thematische brochures, intranetberichten, blogs of vlogs, magazines, themaboekjes, er aandacht aan geven in onboardingprogramma's en opleidingen enz. Het opzetten van een moresprudentie archief

[47]Bout Henriette (2023), p. 191

kost veel tijd en voorbereiding. Men moet rekening houden met de geheimhoudingsplicht, gebruikersgemak, technische vereisten van het systeem enz. Ook het taalniveau is belangrijk: men moet uitgaan van taalniveau B1. Maar er moet vooral actief over worden gecommuniceerd, want het blijkt dat de meeste medewerkers het archief nauwelijks raadplegen. Het zijn vooral mensen die betrokken zijn bij de ontwikkeling van moresprudentie en mensen die een specialistische functie op ethisch vlak uitoefenen die er spontaan gebruik van maken.

Dit werd grafisch voorgesteld in het volgende schema[48].



Schema opgemaakt op basis van Bout Henriëtte (2023) p.241

Er stelt zich een belangrijk probleem bij institutionalisering: Het kan leiden tot juridisering. Bepaalde normen en waarden worden vastgelegd in juridische teksten. Daardoor wordt controle op de naleving ervan en sanctionering mogelijk. Maar de grote valkuil daarin is dat het dan lijkt alsof reflectie niet meer nodig is, omdat de regel in alle omstandigheden moet worden uitgevoerd. Er ontstaat dan de indruk dat men zich geen vragen meer moet stellen naar de juistheid van de norm. Maar morele inzichten zijn contextgebonden en hebben dus altijd een voorlopig karakter.

7 Besluit

De onderzoeksvraag van deze paper was: Welke argumenten hebben we om moreel beraad in Vlaanderen te implementeren? Dit kadert in de empirische wending in de bio-ethiek: waar aanvankelijk het onderzoek in de bio-ethiek bijna uitsluitend conceptueel was, wordt meer en meer de nood aangevoeld om ook empirisch onderzoek te doen. Blijkbaar is aan dit empirisch onderzoek

[48]Schema gemaakt op basis van Bout H. (2023) p. 241

in een aantal Europese landen wel degelijk aandacht besteed, maar geldt dit niet voor het onderzoek naar het gebruik van moreel beraad in Vlaanderen.

De argumenten werden benaderd vanuit vier perspectieven. Vanuit een pragmatisch perspectief werd vastgesteld dat er de volgende decennia onevenwichten in de zorg zullen blijven bestaan, die te maken hebben met een groeiende vraag, gekoppeld aan een te klein aanbod van personeel. Bovendien is er een relatief groot ziekteverzuim in de zorg, dat in niet onbelangrijke mate het gevolg blijkt te zijn van morele stress. In dat verband kan er op gewezen worden dat door de spanning tussen vraag en aanbod een aantal taken niet meer uitgevoerd worden en dat het net die taken zijn die te maken hebben met de relatie tussen cliënt en zorgverlener. Omdat zorg essentieel een dialogisch gebeuren is, ervaren zorgverleners het wegvallen van die relationele aspecten als een daling van de kwaliteit, wat tot meer morele stress aanleiding kan geven. Moreel beraad moet in dat opzicht zeker niet gezien worden als een wondermiddel, maar toch wijzen een aantal elementen er op dat het kan bijdragen aan de oplossing van deze problematiek, omdat het de morele veerkracht van het personeel kan verhogen. Bovendien bestaat er een gevalideerd meetinstrument om morele veerkracht te meten, zodat het mogelijk is om de effecten van moreel beraad op dit vlak objectief vast te stellen. Vanuit het perspectief van de deelnemers aan moreel beraad werd vastgesteld dat heel wat deelnemers melding geven van machteloosheid, boosheid en frustratie. Dat lijkt in de lijn te liggen van de vaststelling dat veel zorgverleners morele stress ervaren in hun taakuitoefening. Bovendien blijkt uit de evaluatie van de Euro-MCD versie 1, dat moreel beraad op deze gevoelens kan inspelen. Alhoewel voor zorgverleners het vinden van concrete oplossingen is, vinden ze het blijkbaar nog belangrijker om als team samen te reflecteren over morele vraagstukken op de werkvloer. Dit leidt tot betere samenwerking en verhoogt hun vermogen tot morele reflexiviteit. Vanuit theoretisch perspectief werd vastgesteld dat het geen goed idee is om moreel beraad enkel te beargumenteren met theoretische argumenten, maar dat laat niet weg dat de oorspronkelijke filosofische doelen belangrijk blijven. Er moet een evenwicht gezocht worden tussen pragmatische en filosofische argumenten. En tot slot blijkt vanuit het organisatieperspectief dat de gewenste oogst van moreel beraad niet fundamenteel hoeft te verschillen vanuit het perspectief van de deelnemers en dat van de managers. Bovendien kan moreel beraad de basis vormen voor moresprudentie, waardoor het zorgbeleid van de voorzieningen niet louter van bovenaf dient te worden geformuleerd, maar in een dialogisch proces tussen top en basis.

In deze paper werd een conceptueel kader voor verder onderzoek uitgetekend. In een volgende paper wil ik werken aan een mogelijke onderzoeksstrategie.

8 Bibliografie

Borry Pascal, Schotsmans Paul & Dierickx Kris, ‘De spanning tussen empirische en normatieve benaderingen in de bio-ethiek’, in *Ethische perspectieven*, 14, p. 6-14

--, (2006), ‘Empirical research in bioethical journals. A quantitative analysis’, in *Journal of medical ethics*, 32, p. 240-245

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

Bozalek Vivienne (2014), ‘Privileged irresponsibility’ in Olthuis Gert, Kohlen Helen & Heier Jorma, *Moral boundaries redrawn. The significance of Joan Tronto’s argument for political theory, professional ethics and care as practice*, Leuven: Peeters, p. 55

Crikemans Jan, (2025), ‘Heracleitos’, in *WEPE.be*, URL: https://usercontent.one/wp/wepe.be/wp-content/uploads/2025/05/2025-04-08_Heracleitos_leestekst.pdf (geraadpleegd op 18.04.2026)

De Bree Menno & Veening Eite, (2021) *Handleiding moreel beraad. Praktische gids voor zorgprofessionals*, 3de ed., Assen: Koninklijke Van Gorcum 176 p.

De Snoo-Trimp J.C., (2020), *Outcomes of moral case deliberation: Using, testing and improving the Euro-MCD instrument to evaluate clinical ethics support*, Amsterdam:Vrije universiteit, 223 p.

Fransen Ria & Van den Eynde Sabine, (2008), *De 11de dimensie. Waarden, zingeving en spiritualiteit in de zorg*, Geel: Campinia Media VZW, 148 p.

Godecharle Simon (2022), ‘Hydra methode: flexibel en niet te tijdrovend’, in *WEPE.be*, URL: https://usercontent.one/wp/wepe.be/wp-content/uploads/2026/04/hydra.pdf (geraadpleegd op 18.04.2026)

Hélin V., Locoge T. & Meuris C.,(2024),’Het 'Clinical Ethics support team' van het Brugmann-ziekenhuis’, in *Tijdschrift voor geneeskunde en gezondheidszorg*, 80, p. 409-414

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

Hume David, (2009) *A treatise of human nature*, ed. by David Fate Norton & Mary J. Norton, Oxford philosophical texts, Oxford: Oxford University Press, Reprinted with correction, 622 p.

Kanne Mariël, (2016) , *Co-creatie van goede zorg. Ethische vragen, moreel beraad en normatieve professionalisering in de zorg en het sociaal werk*, Delft: Eburon, 404 p.

Kanne Mariël & Grootoonk Ellen (red.), (2014), *Moresprudentie in de praktij*k, Delft: Eburon, 184 p.

Liégeois Axel, (2019), *Waarden in dialoog*,Tielt: Lannoo Campus, 254 p.

Lavergne Thomas & Janssens Hélène (2024), *Tekort aan verpleegkundigen en crisis van het ‘zorgen voor’*, Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen | christelijke mutualiteit, 56 p.

NN, ‘Moreel Kompas AZ Delta’ (z.d.), in *WEPE.be*, URL: https://wepe.be/overlegmethoden-in-de-zorg/catalogus/moreel-kompas/ (geraadpleegd op 18.04.2026)

NN, Reflectierouteplanner UZ Leuven, (z.d.), in *WEPE.be*, URL: https://wepe.be/reflectierouteplanner-uz-leuven/ (geraadpleegd op 18.04.2026)

Statline (Centraal Bureau voor de Statistiek in Nederland), ‘Ziekteverzuim volgens werknemers, beroep, perioden 2024’ in https://www.cbs.nl/ , gewijzigd op 10 december 2025, https://opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/86010NED/table?ts=1771762978875 , geraadpleegd op 22-02-2026

Svantesson M, Karlsson J., Boitte P., Schildman J, Dauwerse L., Widdershoven G, ... & Molenwijk B, (2014), ‘Outcomes of moral case deliberation - the development of an evaluation instrument for clinical ethics support (the Euro-MCD)’, in *BMC Medical ethics*, 15, 12 p.

Tronto Joan (1993), *Moral boundaries. A political argument for an ethic of care*, New York: Routledge, 226 p.

--, (2013), *Caring democracy. Markets, equality and justice*, New York and London: New York University Press, 227 p.

Van Dale L. e.a., (2019), ‘Eerste hulp bij ethische stress’, in *Tijdschrift voor geneeskunde*, 75(6), p. 400 – 408

Vanhaecht Kris, Van Bael Elly, Coeckelberghs Ellen, Van der Auwera Charlotte, Claessens Fien, Bruyneel Luk, De Ridder Dirk, Panella Massiliano, Bisognano Maureen, Delgado Pedro L. & Seys Debora, (2020),‘Mangomoments - Preconditions and impact on patients and families, healthcare professionals and organisations: a multi-method study in Flemisch hospitals’,in *BMJ Open*, 10:e034543, 8 p.

Van Laere Linus, (2022), *Zorgen zonder je hart te verliezen. Hoe zorgdragers moeilijke keuzes maken, hoe ze betrokken blijven en hoe praten daarbij helpt*, Tielt: Lannoo Campus, 127 p.

Van Laere Linus & Gastmans Chris, (2010), *Zorg aan zet. Ethisch omgaan met ouderen*, Leuven: Davidsfonds, 180 p.

Van Schaik Malene, (2024), *CURA: Developing, evaluating and implementing a new clinical ethics support instrument in palliative care*, Amsterdam: VU Amsterdam, 249 p.

Weidema F, (2014), *Dialogue at work. Implementing moral case deliberation in a mental healthcare institution*, Delft: Eburon, 245 p.

Werkgroep Praktische ethiek (WEPE), ‘Overlegmethoden in de zorg’, website, https://wepe.be/overlegmethoden-in-de-zorg/ (geraadpleegd op 18.04.2026)

Wittgenstein Ludwig, (2006), *Filosofische onderzoekingen*, Vertaling Maarten Derksen en Sybe Terwee, Amsterdam: Boom, 316 p.

9 Bijlagen

9.1 Euro-MCD versie 1[49]

	Outcome	Euro-MCD domain	Very important	Quite important	Somewhat important	Not important	Cannot take stand and drop outs
1	Enhances possibility to share difficult emotions and thoughts with co-workers	Enhanced emotional support					
2	Strengthens my self-confidence when managing ethically difficult situations	Enhanced emotional support					
3	Enables me to better manage the stress caused by ethically difficult situations	Enhanced emotional support					
4	Increases my awareness of my own emotions regarding ethically difficult situations	Enhanced emotional support					
5	I feel more secure to express doubts or uncertainty regarding ethically difficult situations	Enhanced emotional support					
6	Greater opportunity for everyone to have their say	Enhanced collaboration					
7	Better mutual understanding of each others' reasoning and acting	Enhanced collaboration					
8	Enhances mutual respect amongst co-workers	Enhanced collaboration					
9	I and my co-workers manage disagreements more constructively	Enhanced collaboration					
10	More open communication among co-workers	Enhanced collaboration					
11	Develops my skills to analyse ethically difficult situations	Improved moral reflexivity					
12	Increases my awareness of the complexity of ethically difficult situations	Improved moral reflexivity					
13	Develops my ability to identify the core ethical question in the difficult situation	Improved moral reflexivity					
14	I see the ethically difficult situations from different perspectives	Improved moral reflexivity					
15	Enhances my understanding of ethical theories (ethical principles, values and norms)	Improved moral reflexivity					
16	I become more aware of my preconceived notions	Improved moral attitude					
17	I gain more clarity about my own responsibility in the ethically difficult situation	Improved moral attitude					
18	I listen more seriously to others' opinions	Improved moral attitude					
19	Gives me more courage to express my ethical standpoint	Improved moral attitude					
20	I understand better what it means to be a good professional	Improved moral attitude					
21	I and my co-workers become more aware of reccuring ethically difficult situations	Improved moral attitude					
22	Contributes to the development of practice / policies in the workplace	Impact on organisational level					
23	I and my co-workers examine more critically the existing pratice / policies in the workplace / organisation	Impact on organisational level					
24	Find more courses of actions in order to manage the ethically difficult situation	Concrete results					
25	Consensus is gained amongst co-workers in how to manage the ethically difficult situation	Concrete results					
26	Enables me and my co-workers to decide on concrete actions in order to manage the ethically difficult situations	Concrete results					

[49] Samengesteld op basis van Svantesson M. e.a. (2014) p. 6

9.2 Euro-MCD versie 2

De vragenlijst wordt twee keer voorgelegd: de eerste keer wordt gevraagd om de ervaringen tijdens het moreel beraad te scoren. De tweede keer tijdens het dagelijks werk[50].

Vragenlijst Uitkomsten Moreel Beraad – De Euro-MCD 2.0

Ervaringen in moreel beraad

Deze vragenlijst gaat over de moreel beraad sessie(s). Bedenk of en in hoeverre je het eens bent met de stellingen. Er is geen goed of fout, en het gaat over een algemene indruk! Met een 'moreel lastige situatie' wordt een situatie bedoeld waarin je onzeker bent, ongemak ervaart of twijfelt over wat het juiste is om te doen, of waarin je idee over wat juist is botst met dat van anderen.

	Helemaal mee eens	Een beetje **mee eens**	Een beetje **mee oneens**	**Helemaal mee oneens**	Ik weet het niet
Morele competenties					
1. Ik herken een moreel lastige situatie als zodanig	☐	☐	☐	☐	☐
2. Ik ben me bewust van de perspectieven van andere betrokkenen in een moreel lastige situatie	☐	☐	☐	☐	☐
3. Ik kan de verschillende waarden zien die een rol spelen in een moreel lastige situatie	☐	☐	☐	☐	☐
4. Ik kan voor- en tegenargumenten bedenken voor verschillende handelingsopties in een moreel lastige situatie	☐	☐	☐	☐	☐
5. Ik luister met een open houding naar anderen bij het bespreken van een moreel lastige situatie	☐	☐	☐	☐	☐
6. Ik spreek me uit in een moreel lastige situatie	☐	☐	☐	☐	☐
Moreel teamwerk					
In de vragen hieronder gaat het over 'we'. Denk hierbij aan je team of aan de collega's met wie je aan de moreel beraad sessie(s) deelnam.					
7. We komen openlijk uit voor onze standpunten in een moreel lastige situatie	☐	☐	☐	☐	☐
8. We hebben allen de gelegenheid om onze standpunten te uiten over een moreel lastige situatie	☐	☐	☐	☐	☐
9. We respecteren verschillende standpunten als we samen een moreel lastige situatie bespreken	☐	☐	☐	☐	☐
10. We voelen ons veilig om emoties te delen in een moreel lastige situatie	☐	☐	☐	☐	☐
11. We steunen elkaar bij het omgaan met een moreel lastige situatie	☐	☐	☐	☐	☐
Moreel handelen					
12. We komen tot vervolgstappen over hoe te handelen in een moreel lastige situatie	☐	☐	☐	☐	☐
13. We baseren onze besluiten op morele overwegingen in een moreel lastige situatie	☐	☐	☐	☐	☐
14. We hebben aandacht voor de waarden en behoeften van patiënten en hun families in een moreel lastige situatie	☐	☐	☐	☐	☐
15. We zijn in staat om onze zorgverlening uit te leggen en te verantwoorden aan patiënten en hun families	☐	☐	☐	☐	☐

© Euro-MCD team

[50]De Snoo-Trimp J. (2020) p. 220-221