

## NAAR EEN 'EERSTELIJNSETHIEK'. STANDPUNT VAN HET VLAAMS EERSTELIJNS OVERLEG (VELO)

(Redactie) Dolf De Ridder<sup>1,2</sup>, Guido Vanbelle<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup> Vlaams Eerstelijns Overleg ([www.vlaamseerstelijnsoverleg.be](http://www.vlaamseerstelijnsoverleg.be))

<sup>2</sup> Wit-Gele Kruis van Vlaanderen vzw

<sup>3</sup> Verbond der Vlaamse Tandartsen

### **Samenvatting**

*Het VELO stelt een toename vast van ethische problemen in de eerste lijn. Het zijn knelpunten met een bijzondere dimensie omwille van de specifieke context van de pluralistische eerstelijnszorg. Die moet het bovendien stellen zonder ethische commissies. De implementatie van een gestructureerde 'eerstelijnsethiek' is noodzakelijk om te komen tot een optimale en menswaardige samenwerking in de eerste lijn.*

*Het VELO-standpunt 'Eerstelijnsethiek' kwam tot stand via bevraging van diverse disciplines, literatuurstudie en consultatierondes bij ethici. Er bestaat een consensus om te komen tot een gestructureerd ethisch kader met als basis de relatie tussen alle betrokkenen. Naast de gangbare universele waarden wordt daarin ook rekening gehouden met relationele waarden. De normen die we willen hanteren met betrekking tot ethische problemen vereisen bepaalde attitudes van de zorgverlener zoals respect voor de patiënt, vertrouwelijkheid en vrijheid van keuzes. Onze voorkeur gaat uit naar een geïnformeerde toestemming van de zorgvrager verkregen via overleg. Elke discipline wordt geacht te handelen op basis van zoveel mogelijke evidentie en deontologische beroepscodes. Tegelijkertijd wordt van zorgverleners verwacht deel te nemen aan een gestructureerd multidisciplinair besluitvormingsproces. Het VELO pleit voor de implementatie van een ethische instantie die kan fungeren als gestructureerd klankbord voor de eerste lijn. Complementair daaraan moet ook het omgaan met ethisch moeilijke casussen vergemakkelijkt worden, middels multidisciplinair overleg (vb. op SIT-niveau). Op die manier wil het VELO een gestructureerde ethische praktijkvoering in de eerste lijn bevorderen en de bevoegde overheden oproepen om procedurele ethische regels ingang te doen vinden. Het is tevens taak van die overheden om de eerstelijnsactoren te inspireren middels informatie en discussie.*

## **VERANTWOORDING**

Gezondheidswerkers van de eerste lijn worden steeds vaker met ethische problemen geconfronteerd. Beslissingen rond levenseinde, therapietrouw, moeilijke zorgsituaties, continuïteit van de zorgen en overdracht van informatie tussen de diverse echelons van de gezondheidszorg, medische en technologische ontwikkelingen, automatisering van informatie, concurrentie tussen gezondheidswerkers van verschillende lijnen, bezwaren naast nog andere knelpunten de taken van de eerstelijnsgezondheidszorg.

De eerste lijn wordt gekenmerkt door laagdrempeligheid. Ze staat zeer dicht bij de privésfeer van de patiënt/cliënt. Ze kent de thuissituatie, is minder medisch-technisch gericht en besteedt meer aandacht aan gezondheidsopvoeding, ziektepreventie en het herwinnen of behouden van zelfstandigheid. De eerste lijn is bovendien op de hoogte van persoonlijkheids- en sociologische kenmerken van haar doelgroep: daardoor kan ze rekening houden met factoren als anderstaligheid, multiculturaliteit en dergelijke. Ondanks de diversiteit aan taken en mogelijkheden, ontbreken in de eerste lijn ondersteunende Ethische Commissies.

## **DOEL**

Met deze tekst hebben we gepoogd een 'eerstelijnsethiek' te formuleren waarin alle gezondheidswerkers uit de eerste lijn zich moeten kunnen terugvinden. We hebben de problemen duidelijk omschreven en hopen daarmee bij te dragen tot een betere multidisciplinaire en patiëntvriendelijke samenwerking.

## **METHODE**

Deze tekst is gebaseerd op literatuuronderzoek en op gesprekken met alle disciplines die vertegenwoordigd zijn in het VELO. Een eerste versie werd voor discussie voorgelegd aan het VELO en besproken tijdens het zevende eerstelijnscongres. We hebben de tekst ook besproken met ethici. De aangepaste versie werd tenslotte goedgekeurd door de Algemene Vergadering en vrijgegeven op 26 juli 2008.

## **RESULTATEN**

### **Grondhouding**

Het VELO is van mening dat het probleem op verschillende filosofische manieren kan benaderd worden. Wij baseren ons bij voorkeur op de personalistische verantwoordelijkheidsethiek (cf. Roger Burggraeve 1997 'Verantwoordelijkheid voor elkaars verantwoordelijkheid'; E. Levinas 'dialogaal denken') en op alternatieve filosofieën zoals het modern utilitarisme (vb. Peter Singer) en het seculier humanisme (Tristram Engelhardt). Deze visies vertrekken vanuit de relaties tussen zorgverleners, patiënt, familie en mantelzorg. Hoe dan ook is een welbepaalde methode noodzakelijk om een ethisch kader te ontwikkelen. Door rekening te houden met de regels die gelden bij menselijke interacties willen we besluiten formuleren die op patiëntniveau zo menselijk mogelijk zijn en bovendien maatschappelijk geaccepteerd worden.

## **Waarden, normen en attitudes**

### *Waarden en normen*

In de eerstelijns-ethiek kunnen we waarden toepassen die ook terug te vinden zijn in de Universele en Europese Verklaringen van de Mensenrechten. Enerzijds de universele medisch-ethische waarden, zoals autonomie, niet schaden, weldoen en rechtvaardigheid. Anderzijds relationele waarden zoals verbondenheid en vertrouwen. Ze sluiten bovendien goed aan bij de Europese aanbeveling dat elke beroepsgroep zijn deontologie dient op te bouwen met het oog op het belang voor de gemeenschap in al haar diversiteit. Gemeenschappelijke waarden, zoals solidariteit en vrijheid van keuzes, krijgen daarin een centrale plaats.

In zorg- en dienstverleningsrelaties moet iedereen verantwoordelijkheid opnemen. Omdat zowel 'zorgvrager' als 'zorgverlener' steeds vaker bestaan uit meerdere personen, dient men ook verantwoordelijkheid te dragen voor de 'anderen' die bij het zorgverleningsproces betrokken zijn. Dat kan alleen als de mogelijkheden tot een goede communicatie voorhanden zijn (overlegmodel) naast de nodige deskundigheid. De verantwoordelijkheid van de zorgverlener overbeklemtonen is evenwel ongewenst, omdat dit bevoogding of betutteling in de hand werkt en bovendien de deur opent voor juridische complicaties.

### *Attitudes*

Een bepaalde attitude dient altijd rekening te houden met alle waarden. Het is ook mogelijk dat verschillende 'attitudes' invulling kunnen geven aan eenzelfde 'waarde'. Daarom moet er ook in de attitudes van zorgverleners keuzevrijheid zijn. Aandacht voor 'participatie' verbetert het zelfbeeld en bevordert bovendien de autonomie. Het tonen van respect voor de mondiger wordende patiënt, het overleg om te komen tot een weloverwogen toestemming, vertrouwelijkheid en vrijheid van keuzes staan daarin centraal.

## **Zelfbeschikkingsrecht**

Beperkingen in 'autonomie' zijn zwaar om dragen en scheppen onbehagen. De zorgverlener gaat na wat er precies aan de basis van dit onbehagen ligt. Heeft het te maken met de aandoening zelf (dit veroorzaakt verdriet) of is het ontstaan door gebrek aan sturing (wat zich uit in revolte)? De zorgverlener moet erop toezien dat hij/zij de autonomiebeperkingen niet mee in de hand werkt. Integendeel, bij beperkingen komt het er op neer de aandacht te richten op wat de zorgvrager nog wel kan en hem/haar daarin te ondersteunen. Anderzijds moet de zorgverlener de zorgvrager helpen de onomkeerbare beperkingen te aanvaarden. De zorgaspecten die uit deze beperkingen voortvloeien moet men onverwijld overlaten aan de meest aangewezen zorgverlener(s).

## **Overlegmodel**

In de praktijk ontwikkelt overleg tussen de betrokkenen zich vaak in fazen. Dat sluit niet uit dat integratief overleg noodzakelijk blijft voor het op één lijn brengen van de vraag (zorgbehoefte) enerzijds en het multidisciplinaire aanbod anderzijds. Multidisciplinair overleg is de voedingsbodem voor doelmatige informatie, motivatie, zorgkeuze, evaluatie en bijsturing. Overleg en toestemming zijn overigens vervat in

de Wet op de rechten van de patiënt. Die toestemming moet echter niet altijd expliciet gebeuren. Het kan ook impliciet als de zorgverleners de instemming uit de gedragingen van de patiënt kunnen afleiden (Wet: art. 8 par.1). VELO geeft echter de voorkeur aan een 'geïnformeerde toestemming' die volgt uit onderhandeling. Ondanks de multidisciplinaire verantwoordelijkheden mag men de cruciale rol van de patiënt en -in geval die niet competent is- zijn verwanten en/of 'vertegenwoordiger' niet veronachtzamen. Bij het ontbreken van deze vertegenwoordiger of bij onenigheid bij de verwanten, acht het VELO het belangrijk dat de zorgverleners in multidisciplinair overleg de belangen van de patiënt behartigen (cf wet : art. 14). De zorgvrager moet daar zoveel mogelijk bij betrokken worden.

### **Interdisciplinaire ethische reflectie**

Er is nood aan interdisciplinaire ethische reflectie en (h)erkenning van ieders 'kennis en kunde' met de daarbij horende verantwoordelijkheden. Deze reflectie kan gaan over volgende onderwerpen: attitudes, vaardigheden, klinische praktijkervaring, wetenschappelijke kennis en het perspectief van de zorgvrager. De inspanningen die zorgverleners doen voor reflectie, overleg en bijscholing, moeten erkend en gehonoreerd worden door de overheid.

### **Actief pluralisme**

De uiteenlopende levensbeschouwingen bij zowel zorgvragers als zorgverleners nodigen uit tot actief pluralisme (het omgekeerde van moreel relativisme). Het VELO adviseert om in de ethische besluitvorming steeds te streven naar een consensus tussen de zorgvrager(s) met dezelfde zorgvraag enerzijds en de zorgverleners die met deze zorgvraag geconfronteerd worden anderzijds. Dergelijke consensus is evenwel niet dwingend. Een betrokken zorgverlener heeft het recht, op basis van individuele ethische standpunten, zich hierbij niet aan te sluiten. We verwijzen daarbij ook naar de hoger vermelde vrijheid om via andere attitudes invulling te geven aan waarden en normen.

Het VELO beveelt het gebruik aan van 'vraagbomen' rond ethische kwesties en verwacht het engagement om de inhoud van de bereikte consensus aan alle betrokkenen mee te delen. Daarbij moet expliciet vermeld worden wie of welke organisatie deze communicatierol opneemt. Van de overheid worden hiervoor ondersteunende middelen verwacht.

### **Professionalisme én menswaardigheid**

Verantwoordelijkheid houdt beneficiënt én professioneel handelen in (praktijkevidentie en wetenschappelijke bewijsvoering). Het VELO beveelt een stappenmethode aan voor ethische besluitvorming waarbij men volgende stappen kan onderscheiden:

1. het identificeren van de opties (cognitief);
2. het identificeren van de waarden en belangen die op het spel staan;
3. het bepalen van de effecten van elke optie op die waarden;
4. het stellen van prioriteiten en beslissen.

Professionalisme houdt dus ook ethische vaardigheid in die conform moet zijn met

de door de beroepsgroep ontwikkelde deontologische codes. De ethische regels die de eerste lijn hanteert, zouden door de wetgever kunnen bekrachtigd worden. Elke beroepsgroep dient zich continu te informeren over ethische regelgeving, over de adviezen van het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek van België en over de ethische ontwikkelingen in de gezondheids- en welzijnszorg via de vakliteratuur.

### **Ethische ondersteuning in de eerste lijn**

Het VELO vindt dat zorgverleners moeten kunnen rekenen op steun om doelmatiger om te gaan met het groeiend aantal ethisch geladen zorgsituaties. Daarbij moet een onderscheid gemaakt worden tussen 'normering' (waarden, principes, wetenschap) enerzijds en de 'interpretaties' ervan (multidisciplinair en zorgvrager georiënteerd) anderzijds. Een normerende instantie zou als 'gestructureerd klankbord' kunnen dienen waar zorgverleners terecht kunnen voor anonieme casusbespreking. Zo'n instantie zou ook de verantwoordelijkheid kunnen dragen om zelf actie te ondernemen, bijvoorbeeld door de zorgverlener te adviseren om een 'vertrouwenscentrum eerste lijn' te raadplegen. Daarnaast bestaat de behoefte een specifieke zorgsituatie multidisciplinair te kunnen bespreken om te komen tot een interpretatie van het ethisch probleem. Dat zou mogelijk moeten zijn op uitdrukkelijk verzoek van de patiënt of zijn/haar vertegenwoordiger. Wellicht is multidisciplinaire interpretatie van een ethische zorgsituatie best te situeren op SIT-niveau (Samenwerkings Initiatieven Thuiszorg). Daarbij moet men er op toezien niet te vervallen in logge structuren die een kwelling kunnen zijn voor patiënten die een snelle beslissing kunnen nodig hebben.

### **Praktijk van ethische besluitvorming**

Het VELO pleit voor het hanteren van een duidelijke stappenmethode voor rationeelethische besluitvorming (zie hoger) waarbij men de waardeoordelen tijdelijk opschort en vooroordelen relatieveert om blokkade van het besluitvormingsproces te voorkomen. Het is aan de onderscheiden beroepsgroepen om hun achterban te vormen inzake ethische vaardigheden.

### **BESLUIT**

Wat besproken werd lijkt veel toepasselijker in de tweede lijn dan in de eerste, waar men meestal minder in team werkt.

Eerstelijns-ethiek is een belangrijk element in de betrokkenheid en de gezamenlijke zorg voor een menswaardige eerstelijnszorg. Eerstelijns-ethiek vergt een continu debat en verdere uitklaring van actuele ethische knelpunten. Er is duidelijk nood aan middelen en structuren om ethische ondersteuning te bieden in de eerste lijn.

Wellicht is hier een taak weggelegd voor een Vlaamse Overheidsinstantie die als normerende instantie kan fungeren voor de eerste lijn. De Overheden dienen middelen ter beschikking te stellen om gestructureerd ethisch overleg ingang te doen vinden en de eerstelijnsactoren te inspireren middels informatie en discussie.

### **Referenties**

Advies ethici bij het VELO-standpunt Ethiek; met dank aan prof. dr. em. Bernheim Jan (Vrije Universiteit Brussel) en prof.dr. Gastmans Chris (KU-Leuven).

Beauchamps T., Childress J. Principles of Biomedical Ethic. New York Oxford 1994.

Burggraeve Roger. Verantwoordelijk voor elkaars verantwoordelijkheid. Antropologisch en ethisch perspectief op hulpverlening in preventieve gezondheidszorg. Kluwers Editoriaal Diegem 1997, ISBN 9067/6975-7, p.323-340.

De Ridder D. Zorgethiek. Plantijnhogeschool Antwerpen. 2007-2008.

Deschepper Reginald, Van Der Stichele Robert, Mortier Freddy, Deliens Luc. Zorgzaam thuis sterven, een zorgleidraad voor huisartsen. Academia Press Gent, 2003.

Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen vzw. Medisch begeleid sterven – een begrippenkader - . Uitgave september 2006, 8p. ([www.palliatief.be](http://www.palliatief.be))

Gastmans Chris, Schotsmans Paul. Ethiek en christelijke inspiratie in de gezondheidszorg: is het einde nabij? Acta Med., 2000; Cath. 69: 29-39.

Gastmans Chris, Vanlaere Linus. Cirkels van zorg. Ethisch omgaan met ouderen. Davidsfonds/Leuven, Ten Have/Baarn, 2005. ISBN 90 77942 11 4.

KB rond Wilsverklaring met bijlage, BS 13.05.2003

Leysen M. Beroepsethiek voor hulpverleners. Tijdschrift voor Geneeskunde 2006; 62: 1664-1673.

Universele verklaring van de rechten van de mens (<http://www.unhchr.ch/udhr/lang/dut.htm>). Van Der Arend A, Gastmans C. Ethisch zorg verlenen. Handboek voor de verpleegkundige beroepen. Baarn, Intro, 4de herziene ed., 2002, 218 p.

Van Rossem Kristof, Bolton Hans. De extractie van de waarheid. Belgisch Tijdschrift voor Tandheelkunde 2002/4: 257-277

Vanbelle Guido. Beschouwingen over het vrije beroep van tandarts. Nieuw tijdschrift van de Vrije Universiteit Brussel, Jaargang 15 (2002) nr 3: 5-33.

Vlaams Welzijnsverbond vzw. Dossier "Actief pluralisme" (diverse stukken). 2006.

Wet betreffende euthanasie, BS 26.06.2002

Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, BS, 26 september 2002, p. 43719-43723).

Widdershoven G (prof.dr.). Wanneer Hermes zijn intrede doet in de sociale verpleegkunde: een pleidooi voor een dialogische benadering in zorgethiek. Referaattekst Studiedag Sociaal Verpleegkundigen, Week van de Verpleegkundigen, 1997.

Willems D.L. (prof. Dr.). Geavanceerde thuiszorgtechnologie: morele vragen bij een ethisch ideaal. Nederlandse Gezondheidsraad. Signalering ethiek en gezondheid 2004, p. 69-92.