

KEUZEN IN DE ZORG

ADVIES 2

INLEIDING

KEUZEN IN DE ZORG

De vraag naar de rechtvaardige verdeling van de beschikbare middelen voor gezondheidszorg houdt zeer velen al geruime tijd bezig, ook de commissie voor ethiek van het VVI. Langdurige en diepgaande besprekingen van dit vraagstuk binnen deze commissie hebben geleid tot de hierna volgende visietekst.

Het advies heeft een fundamenteel en algemeen karakter, waardoor concrete antwoorden op concrete vragen niet gegeven worden. Het advies is eerder bedoeld als een christelijk geïnspireerd ethisch denkkader waarbinnen diverse aspecten van de keuzeproblematiek op een verantwoorde wijze kunnen besproken worden. Getracht wordt inzichtelijk te maken dat het keuzevraagstuk een aantal fundamentele waardengeladen probleemsituaties in onze gezondheidszorg blootlegt. Sommige delen van de visietekst werden reeds uitgediept in het VVI-tijdschrift Hospitalia.

Na de bespreking in de VVI-bestuurscolleges heeft de raad van beheer van het V.V.I dit advies goedgekeurd en de opdracht gegeven het te implementeren. De plaatselijke commissies voor medische ethiek hebben een belangrijke verantwoordelijkheid m.b.t. deze implementatie. Zij vormen de meest geschikte fora waarbinnen de ethische dialoog omtrent het keuzevraagstuk groeikansen krijgt. Tevens zullen zij de kritische toetsing aan de concrete instellingspraktijk van het algemeen ethisch denkkader dat in dit advies geformuleerd wordt, moeten begeleiden. Het lijkt ons dan ook noodzakelijk deze visietekst niet alleen te agenderen en te bespreken op de directie- en diensthoofdenvergaderingen, maar ook op de vergaderingen van de plaatselijke commissies voor medische ethiek of van de ethische werkgroepen.

Het VVI hoopt met dit advies bij te dragen tot verdere reflectie over vragen i.v.m. keuzen in de zorg. Bij reflectie alléén moet het uiteraard niet blijven. Antwoorden op zulke vragen zullen hun uiteindelijke vertaling moeten vinden in herkenbare en werkbare vormen van solidariteit met de meest kwetsbaren onder ons; in een nauwkeurige bepaling van wie die kwetsbaren dan precies zijn en waarom ze dat zijn; in een bereikbaarheid van noodzakelijke en kwaliteitsvolle gezondheidszorg voor iedereen.

Brussel, 20 december 1996

C. GASTMANS,
Stafmedewerker.

C. BOONEN,
Algemeen Directeur.

ADVIES 2**VISIETEKST****KEUZEN IN DE ZORG****INLEIDING**

De commissie voor ethiek van het Verbond der Verzorgingsinstellingen (Caritas-Vlaanderen) heeft uitvoerig de problematiek van de keuzen in de zorg besproken. Daarbij heeft de commissie zich opgesteld als een reflectiekamer en zeker niet als een belangengroep. Haar eerste bekommernis is immers een bezinning over deze problematiek op gang te brengen. De term 'bezinning' geeft reeds aan dat het accent ligt op sensibilisering, bewustmaking, aandacht voor ..., veel meer dan op pasklare antwoorden.

De commissie heeft zich in haar reflectie ten gronde laten inspireren door de christelijke Boodschap, die ondubbelzinnig de unieke waarde van elk mensenleven vooropstelt: God bemint iedere mens en iedere mens is tot deelneming aan geluk geschapen. Voor het thema 'keuzen in de zorg' levert het christelijk perspectief specifieke oriëntaties op, waaronder een bepaalde visie op gezondheid en de keuze voor de zwakke medemens.

De besprekingen in de commissie zijn uitgemond in een advies ten behoeve van de verzorgingsinstellingen in de drie VVI-sectoren en van de Raad van Beheer van het VVI. Met het advies 'keuzen in de zorg' wil de commissie het bewustzijn nog vergroten dat het noodzakelijk is om verantwoord om te gaan met de beschikbare middelen in de gezondheidszorg. Het advies is bedoeld als een stimulans om positieve keuzen te maken die bijdragen tot nog meer menswaardigheid in de zorgverlening. Als uitgangspunt geldt de gemeenschappelijke bekommernis van alle zorgverleners, bestuurders en leidinggevenden van voorzieningen, nl. de

instandhouding en de bevordering van de christelijke solidariteit.

1. DE CONTEXT

De commissie is ervan overtuigd dat de discussie over 'keuzen in de zorg' vanuit verschillende perspectieven gevoerd moet worden. De besluitvorming over de aanwending van de middelen die de gemeenschap ter beschikking stelt, bevat immers zowel een macro-aspect (maatschappelijk-politiek), een meso-aspect (instellingen) als een micro-aspect (therapeutische relaties).

De commissie kiest ervoor zich in dit advies voornamelijk te richten op het meso-perspectief. Daar kunnen twee argumenten voor ingebracht worden. In de eerste plaats dragen de verzorgingsinstellingen en de eraan verbonden plaatselijke commissies voor medische ethiek een grote verantwoordelijkheid in de concrete vertaling van de algemene doelstelling de beschikbare middelen zo verantwoord mogelijk aan te wenden. Bovendien wordt een gelijkwaardige behandeling van individuen beter gewaarborgd door een overkoepelende instellingsaanpak, omdat specifieke kenmerken van zowel hulpvrager als hulpverlener hier minder relevant zijn. De voorgestelde adviezen dienen betrekking te hebben op categorieën, niet op individuele patiënten.

De keuze voor het meso-perspectief betekent geenszins dat het macro- en/of het micro-perspectief van ondergeschikt belang zouden zijn in de discussie over keuzen in de zorg. De commissie voor ethiek is er integendeel van overtuigd dat een overkoepelende instellingsbenadering van het keuzevraagstuk nooit los kan worden gezien van maatschappelijke opties (macro-perspectief), noch van overwegingen over de kwaliteit van het individuele therapeutische gebeuren (micro-perspectief).

Op macrovlak rijst bijvoorbeeld de vraag hoeveel wij bij voorrang aan gezondheidszorg willen besteden. Want hoe meer van het totale budget naar gezondheidszorg gaat, des te minder zal er beschikbaar zijn voor onderwijs, werkgele-

genheid, huisvesting, enzovoort. Opdat de resultaten van de verdelingsprocedure rechtvaardig zouden zijn en ook als dusdanig ervaren zouden worden, moeten de verdelingscriteria en -methoden voor ieder inzichtelijk en controleerbaar zijn. Bij het openbare afwegings- en besluitvormingsproces dienen zoveel mogelijk groepen actoren betrokken te worden, zoals zorgverleners, ziekenfondsen, sectorale en overkoepelende sociale partners. Uiteindelijk dienen dan de onderscheiden politieke instellingen hun verantwoordelijkheid op te nemen.

Een louter medisch-professionele benadering (microvlak) isoleert de keuzeproblematiek van de maatschappelijke context waarin ze verankerd zit. De medische beroepsgroep speelt weliswaar een belangrijke rol bij de bepaling van de kwaliteit van de zorg binnen de therapeutische relatie. De arts-patiënt-relatie vormt immers de bedding waarin verantwoorde keuzen m.b.t. de aanwending van middelen gemaakt worden. De vraag naar keuzen in de zorg is echter te belangrijk om ze door de medische beroepsgroep alleen te laten beantwoorden. De keuzeproblematiek waarvoor wij staan vraagt een afwegingskader dat de context van de therapeutische relatie overstijgt.

2. EEN CHRISTELIJK GEÏNSPIREERD ETHISCH PERSPECTIEF

Vragen over de verdeling van middelen in de gezondheidszorg komen niet zomaar uit de lucht vallen, maar rijzen op vanuit en zijn ingebed in een maatschappij en een cultuur waarin al bepaalde opvattingen over ziekte en gezondheid voorhanden zijn. In onze westerse samenleving is de invloed van het christendom in de sector van de gezondheidszorg duidelijk aanwezig. Daarom is het noodzakelijk om de levensbeschouwelijk-christelijke benadering van de concepten die in dit debat worden gebruikt, te verhelderen. Tevens levert de christelijke benadering van de verdeling van beschikbare middelen zelf reeds een aantal prioriteiten op.

2.1. CHRISTELIJKE VISIE OP GEZONDHEID

De vraag welke keuzen we moeten maken leidt ons naar de vraag wat wij eigenlijk onder gezondheid verstaan. Het denken daarover wordt gestuurd door sterk van elkaar verschillende vooronderstellingen. Deze vooronderstellingen werken door in de manier waarop we tegen de keuzeproblematiek aankijken.

Binnen de context van de christelijke godsdienst wordt gezondheid in een doelgericht perspectief geplaatst: niet in termen van economisch nut, maar van zin en doel van het leven. Het 'waarom' van het leven geeft betekenis aan alles wat ons in het leven overkomt. Hoewel gezondheid in het algemeen als een hoge waarde wordt gezien, krijgt zij pas haar eigenlijke betekenis in het perspectief van de eindbestemming van het menselijk leven. Gezondheid is een middel tot goed leven, een voorwaarde om andere waarden in ons leven te verwerkelijken. Gezondheid krijgt zin wanneer ze bijdraagt tot de instandhouding en de verbetering van het leven met en voor anderen en de Andere.

De christelijke levensbeschouwing hanteert een bepaalde mensopvatting waarin de relatie tussen individu, gemeenschap en God centraal staat. Men gaat ervan uit dat mensen zich alleen als mensen kunnen ontplooiën in gemeenschap met anderen en met de Andere. Participatie in de gemeenschap is een voorwaarde voor een volwaardig menselijk bestaan. De inrichting van de gemeenschap (ook in de gezondheidszorg) moet dan ook gericht zijn op de lichamelijke, relationele, psycho-sociale en spirituele ontplooiing van de mens.

Het hierboven aangehaalde personalistische gemeenschapsdenken heeft implicaties voor de waarde die in het christelijke denken wordt verleend aan gezondheid. Binnen het christendom is gezondheid een belangrijke (fundamentele) waarde die steeds in samenhang gezien moet worden met andere belangrijke waarden. Voorbeelden hiervan zijn zorg voor de medemens, de bevordering van sociale rechtvaardigheid en de spirituele ontplooiing van de

mens. Hoe belangrijk gezondheid ook is, toch kan ze uiteindelijk niet worden beschouwd als een alleenzalmakende (absolute) waarde. Dit perspectief leidt tot het inzicht dat een samenleving niet menselijker wordt door het verbeteren najagen van gezondheid; een gezondheidszorg die met deze visie overeenstemt, geeft integendeel ook een plaats aan de menselijke eindigheid en kwetsbaarheid.

2.2. VOORKEURSOPTIE VOOR DE ZWAKSTEN

De christelijke deugden van naastenliefde, barmhartigheid en rechtvaardigheid blijven een centrale rol vervullen in de omgang tussen mensen. Als deugden geven ze uiting aan de bereidheid om elke verdeling steeds opnieuw te beoordelen door de ogen van de meest zwakke. Vanuit christelijk oogpunt is geen enkel mens ook maar iets minder waard dan een ander. Ook de zwakste mens is door God bemind en tot deelneming aan geluk geschapen. Deze christelijke inspiratie moet doorheen de keuzen van christelijk geïnspireerde verzorgingsinstellingen zichtbaar worden.

Oplossingen voor het probleem van de keuzen in de gezondheidszorg moeten de solidariteit met de meest kwetsbare groepen als uitgangspunt nemen. Het gaat dan onder meer om mensen die langdurig en in sterke mate afhankelijk zijn van zorg en die niet of nauwelijks voor hun rechten en belangen kunnen opkomen.

Mensen op maatschappelijk vlak als gelijken behandelen houdt meer in dan hen de zorg te bieden die hun toekomt. Wie enkel dit laatste doet, laat hen in de rol van passieve ontvangers van zorg. Gelijke waardering omvat ook de opdracht hen als volwaardige subjecten te erkennen en er alles voor te doen om marginaliseringsprocessen te keren.

2.3. EEN CHRISTELIJKE INSTELLINGSCULTUUR

De commissie voor ethiek is van oordeel dat de discussie over keuzen in de zorg geenszins een aanleiding mag vormen om de gezondheidszorg louter vanuit het oogpunt van efficiëntie te benaderen. Integendeel, in een christelijke

verzorgingsinstelling moet een bedrijfsmatige aanpak ingebed worden in een moreel, gemeenschapsbevorderend perspectief. Een christelijke verzorgingsinstelling moet kunnen uitgroeien tot een pedagogisch milieu waar zorgverleners zich kunnen bekwamen in de beoefening van de houdingen en kwaliteiten die van essentieel belang zijn om de christelijke identiteit in de praktijk vorm te geven. Het beleid moet de instelling zo organiseren dat er zich een christelijke instellingscultuur kan ontwikkelen. Een van de middelen hiertoe is dat de dialoog met het personeel en andere belanghebbende partijen in stand wordt gehouden.

3. KWALITEIT VAN DE ZORG VOOR DE ZIEKE EN/OF OUDERE MENS: FUNDAMENTELE ORIËNTATIES

De schaarsteproblematiek stelt ons uiteindelijk voor de uitdaging met de beperktheid van de toebedeelde middelen een zo hoog mogelijke kwaliteit in de zorg te realiseren. Uitgaande van haar bekommernis voor de kwaliteit van de zorg aan de zieke mens, wil de commissie voor ethiek de volgende fundamentele oriëntaties formuleren.

3.1. Kiezen zal noodzakelijk blijven, zelfs wanneer het budget voor gezondheidszorg zou verhogen.

3.2. De kwaliteit van de zorg omvat een aantal moeilijk meetbare of zelfs niet-meetbare aspecten (o.a. instellingscultuur, respectvolle omgang, pastoraal engagement ...). Bijgevolg mag de keuzeproblematiek niet vanuit een louter economische invalshoek worden benaderd. Een economische nuttigheidsevaluatie (aan de hand van quality's: Quality Adjusted Life Years) is op zichzelf wel belangrijk, maar behoeft aanvulling vanuit andere benaderingen. Utilistisch getinte argumentaties leiden vaak tot prioriteiten voor gemakkelijk meetbare en technologisch spectaculaire voorzieningen. Dit gaat vaak ten koste van de aandacht voor grote groepen mensen die vooral behoefte hebben aan basiszorg: personen met een handicap, chronische psychiatrische patiënten, zorgafhankelijke ouderen, terminale patiënten.

3.3. Het is noodzakelijk om de gezondheidszorg in zijn oorspronkelijke betekenis te herwaarderen, namelijk als zorg voor de zieke en/of oudere mens. Dit betekent dat de verhouding tussen inzet van hoog-technologische middelen en laag- of niet-technologische zorg niet van die aard mag zijn dat er een onrechtvaardigheid door ontstaat.

3.4. Keuzen i.v.m. verdeling van beschikbare middelen horen inzet en resultaat te zijn van in het openbaar gevoerde discussies. De keuzeproblematiek hangt immers zo sterk samen met de waarden die wij en onze cultuur in haar geheel koesteren, dat het ons allen aangaat. In de praktijk worden reeds heel wat keuzen gemaakt, soms onuitgesproken, maar ook wel uitdrukkelijk. Meerdere mechanismen worden gehanteerd om met de beperktheid om te gaan. Het probleem is echter dat de besluitvorming daarrond, die voor heel de samenleving van groot belang is, te weinig gepaard gaat met een grootschalig publiek debat over prioriteiten en keuzen. Dit is een situatie die niet langer aanvaardbaar is. Alle betrokkenen moeten samen met de overheid naar wegen zoeken om dit publieke debat op gang te brengen en gezamenlijk gedragen antwoorden te formuleren.

4. KWALITEIT VAN DE ZORG VOOR DE ZIEKE EN/OF OUDERE MENS: ALGEMENE ORIËNTATIES VOOR DE PRAKTIJK

De commissie voor ethiek acht het noodzakelijk om enkele algemene gevolgtrekkingen met betrekking tot de macroaspecten van het keuzevraagstuk toe te lichten. Deze gevolgtrekkingen geven immers in grote mate de ruimte aan waarbinnen een verantwoorde besluitvorming op instellingsvlak tot stand kan komen.

4.1. De commissie dringt erop aan dat verder werk wordt gemaakt van epidemiologische en statistische gegevensverwerking. Een degelijke kennis van de feitelijkheid kan immers een zo rechtvaardig mogelijke verdeling van middelen bevorderen. Omwille van het gebrek aan goed uitgewerkte statistische gegevens kan voorlopig geen gede-

tailleerd beeld geschetst worden van de wijze waarop het geïnvesteerde geld in de gezondheidszorg wordt aangewend.

4.2. De commissie is van oordeel dat de vraag of de beschikbare budgetten voor gezondheidszorg al dan niet ontoereikend zijn op een permanente kritische aandacht moet blijven rekenen. Op hun beurt moeten zorgverleners, bestuurders en leidinggevendenden van voorzieningen hun verantwoordelijkheid opnemen door de interne besteding van middelen permanent te evalueren. Voortdurende feedback over de ingezette middelen, kwaliteitstoetsing en responsabilisering van al wie bij de zorg betrokken is, moeten ertoe bijdragen dat de beschikbare budgetten zo efficiënt mogelijk worden gebruikt. Stilzwijgend gemaakte keuzen moeten kritisch worden bevraagd.

4.3. De commissie adviseert dat financieringsmechanismen die overproductie, medicalisering en therapeutische verbetering in de hand werken, aan een grondige kritische evaluatie onderworpen worden. Wanneer in medisch uitzichtloze situaties niet het hele arsenaal van technologieën en therapeutische middelen worden ingezet, mag dat geen aanleiding zijn tot financiële bestraffing.

4.4. De commissie spreekt de hoop uit dat de bezinning over de keuzeproblematiek consequenties heeft voor het onderwijs en de vorming in de gezondheidszorg.

BESLUIT

Het blijft een permanente opdracht kritisch na te denken over grenzen in de sector van de gezondheidszorg. Er dienen prioriteiten gesteld te worden die belangrijke maatschappelijke waarden en normen voorrang geven boven individuele belangen. Alleen zo zijn keuzen in de zorg herkenbaar vanuit de basiswaarden van het christelijk sociaal ethisch denken: de waardigheid en de uniciteit van ieder mens, de visie op de mens als relationeel wezen, de

voorkeur voor de zwaksten binnen de gemeenschap en de
relatieve waarde van gezondheid.

Goedgekeurd door de Raad van Beheer
op 20 december 1996

ADVIES 2**LITERATUUR****KEUZEN IN DE ZORG**

- BAERT, H. (ed.), Welzijn en gezondheid in 2002. Kiezen en/of delen, Referatenboek Lucas-congres Leuven 18-19 mei 1995, Leuven, 1995.
- BOITTE, P., Ethique, justice et santé. Allocation des ressources en soins dans une population vieillissante, Artel-Fides, Namen-Montréal, 1995.
- COMMISSIE KEUZEN IN DE ZORG (COMMISSIE DUNNING), Kiezen en delen, Rijswijk, 1991.
- HALLET, J. - HERMESSE, J. - SAUER, D. (ed.), Solidariteit, gezondheid, ethiek, Uitgeverij Garant, Leuven, 1994.
- LAPRE, R.M. - RUTTEN, F.F.H. (ed.), Economie van de gezondheidszorg, De Tijdstroom, Lochem, 1988.
- NONNEMAN, W., Gezondheidszorg tussen economie en ethiek, in *Streven* 61 (1994) 970-981.
- PIJNENBURG, M.A.M., Keuzen in de zorg. Een christelijk perspectief, in *Hospitalia* 40 (1996) nr. 1 4-10.
- PIJNENBURG, M.A.M. (ed.), Solidariteit volgens Dunning. Gemeenschap of gemeenplaats?, Katholieke Vereniging van Zorginstellingen, Utrecht, 1993.
- PIJNENBURG, M.A.M. (ed.), Verdelen van gezondheidszorg. Een bezinning vanuit christelijk perspectief, Uitgeverij Kerckebosch, Zeist, 1991.
- TER MEULEN, R.H.J. - TEN HAVE, H.A.M.J. (ed.), Samen kiezen in de zorg. Het voorbeeld Oregon, Uitgeverij Ambo, Baarn, 1993.
- WILDES, K. (ed.), Critical Choices and Critical Care. Catholic Perspectives on Allocating Resources in Intensive Care Medicine, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, 1995.

ADVIES

LEIDRAAD

KEUZEN IN DE ZORG

De hierna geformuleerde vragen zijn in de eerste plaats exemplarisch van aard. Ze zijn gegroepeerd volgens de in het advies geformuleerde christelijk-ethische uitgangspunten.

1. CHRISTELIJKE VISIE OP GEZONDHEID

In het christendom wordt gezondheid als een belangrijke (fundamentele) waarde, maar niet als een absolute waarde beschouwd. Dit betekent dat de waarde van gezondheid steeds in verband moet gebracht worden met andere waarden.

- * In welke mate inspireert deze christelijke visie op gezondheid de keuzen die in uw verzorgingsinstelling gemaakt worden m.b.t. de verdeling van de beschikbare middelen?
- * In hoeverre krijgen menselijke eindigheid en kwetsbaarheid een plaats in de zorgcultuur van uw verzorgingsinstelling?
- * Hoe wordt omgegaan met patiënten en zorgverleners (artsen, verpleegkundigen, paramedici ...) die het moeilijk hebben om het relatieve karakter van gezondheid te aanvaarden en op excessieve wijze een (onbereikbaar) gezondheidsideaal najagen?
- * Hoe wordt omgegaan met patiëntengedrag dat sporen vertoont van gezondheidsshopping (het onkritisch en veelvuldig beroep doen op gezondheidsvoorzieningen, zonder rekening te houden met de kostprijs voor de maatschappij)?
- * Welke initiatieven worden in uw instelling genomen om bij personeelsleden een zuinige omgang met (verpleeg)materiaal en geneesmiddelen te stimuleren?
- * Hoe wordt in uw verzorgingsinstelling omgegaan met praktijken die als 'therapeutische verbeterheid' bestempeld kunnen worden?

2. VOORKEURSOPTIE VOOR DE ZWAKSTEN

In een christelijk geïnspireerde bezinning op de keuzeproblematiek wordt de voorkeursoptie voor de zwaksten als een prioritair aandachtspunt naar voren geschoven.

- * Wie zijn deze zwaksten?
- * Welke criteria hanteert u om iemand al dan niet als een zwakke, kwetsbare mens te beschouwen?
- * Welke garanties worden geboden opdat ook de meest zwakke medemens toegang heeft tot uw voorzieningen voor gezondheidszorg?
- * Hoe krijgt de voorkeursoptie voor de meest zwakken vorm in de dagelijkse werking van uw verzorgingsinstelling?
- * Hoe omschrijft u de sociale verantwoordelijkheid van de christelijke verzorgingsinstelling?

3. CHRISTELIJKE INSTELLINGSCULTUUR

In een christelijke verzorgingsinstelling moet men ernaar streven om de bedrijfsmatige aanpak te integreren in een moreel gemeenschapsbevorderend perspectief.

- * Wordt in uw verzorgingsinstelling een evenwicht nagestreefd tussen enerzijds instrumentele (bedrijfsmatige) waarden (bijvoorbeeld arbeidsinzet, carrièrerichte zelfontplooiing, prestatiegerichtheid, efficiëntie, competentie ...) en anderzijds morele (gemeenschapsbevorderende) waarden (bijvoorbeeld spontane solidariteit, eerlijkheid, betrouwbaarheid, rechtvaardigheidszin...)?
- * In hoeverre creëert het beleid van uw verzorgingsinstelling de ruimte waarbinnen personeelsleden zich niet alleen kunnen bekwalen in een efficiënte en competente praktijkvoering, maar ook kunnen groeien in hun morele karaktervorming?
- * Hoe wordt binnen uw instelling gestreefd naar een juist evenwicht tussen enerzijds de financiële aspecten van het beheer en anderzijds de centrale doelstelling van de christelijke instelling, m.n. mensen verzorgen in de geest van het evangelie?

4. DAGHOSPITALISATIE

Daghospitalisatie kan gezien worden als een testcase voor een christelijk geïnspireerde houding van solidariteit met de zwaksten.

- * Welke garanties worden geboden opdat de voorzieningen voor daghospitalisatie gelijk toegankelijk zijn voor alle zorgbehoevende mensen?
- * Hoe wordt een christelijke instellingscultuur binnen voorzieningen voor daghospitalisatie gestimuleerd ?