

Waardegedreven Ondernemen in de Zorg

WOORD VOORAF

Aansluitend bij een jarenlange traditie en in het kader van de belangwekkende maatschappelijke vraag naar de *specifieke eigenheid* en *ethische identiteit* van onze *zorgvoorzieningen* als *sociale ondernemingen*, heeft de Commissie voor Ethiek van Zorgnet Vlaanderen een grondige reflectie verricht over dit thema.

Wat houdt het waardegedreven karakter van onze zorgvoorzieningen als sociale ondernemingen in? Welke *organisatie-ethiek* hanteert een waardegedreven zorgorganisatie in haar beleidsvoering? Wat zijn de inhoudelijke en procesmatige ijkpunten van een *geïntegreerd* ethisch beleid van zorgvoorzieningen en welke gevolgen heeft dit beleid voor de zorgvragers, familie, hulpverleners, medewerkers en de ruimere samenleving? Dit waren de centrale onderzoeksvragen. Het resultaat van deze reflectie vindt u in dit advies.

Het advies biedt een ethisch geïnspireerd denkkader waarbinnen diverse aspecten van waardegedreven ondernemen in de zorg verder worden besproken op drie niveaus: (1) het niveau van de klinische zorgrelatie, (2) het niveau van de organisatie, (3) het niveau van de samenleving.

Een authentieke waardegedreven werking is geïntegreerd en gaat tot in alle nerven van de organisatie

Als zodanig voorziet het advies de krachtlijnen die van belang zijn bij een waardegedreven reflectie en actie binnen onze zorgorganisaties. De voorliggende tekst is een *overkoepelende visietekst* die uitklaart wat organisatie-ethiek is en hoe je die kan realiseren in de dagelijkse praktijk van zorg en zorgbeleid. Als dusdanig functioneert de tekst als een *fundamentele structuur* waaraan de gehele ethische werking binnen de organisatie kan worden opgehangen en afgetoetst. Het doel is het realiseren van een waardegedreven werking in alle nerven van de organisatie.

Traditiegetrouw werd een ontwerp van het ethisch advies afgetoetst met een doelgerichte selectie van experts. We houden eraan hen en alle leden van de Commissie voor Ethiek van Zorgnet Vlaanderen te bedanken voor hun gewaardeerde inzet.

Na bespreking in de bestuurscolleges van Zorgnet Vlaanderen heeft de raad van bestuur dit advies goedgekeurd en werd beslist dit document op te nemen als referentiedocument in het kader van de eigen werking rond de thematiek van waardegedreven ondernemen in de zorg. Omwille van het brede, omvattende en identiteitsbevrugende karakter van dit advies nodigt de raad van bestuur van Zorgnet Vlaanderen u uit om dit advies te agenderen en te bespreken op uw raad van bestuur, op directievergaderingen, het voor te leggen aan uw lei-

dinggevend en te agenderen op vergaderingen van de plaatselijke commissies voor ethiek of van de ethische werkgroepen.

Zorgnet Vlaanderen hoopt met dit advies bij te dragen tot verdere reflectie over de specifieke eigenheid van *waardegedreven ondernemen* in de zorg. Bij reflectie alléén moet het uiteraard niet blijven. Het advies zal, zo hopen wij, een uiteindelijke vertaling vinden in herkenbare en werkbare vormen van een geïntegreerd waardegedreven beleid binnen de zorgvoorzieningen. Het blijft immers een permanente opdracht om kritisch na te denken over de wijze waarop we *waarachtig bezielde zorg* kunnen realiseren voor iedereen.

Brussel, 20 juni 2014

Yvonne Denier
Chris Gastmans
Stafmedewerkers

Peter Degadt
Gedelegeerd bestuurder

INHOUD

<i>Woord vooraf</i>	3
Inleiding	4
Hoofdstuk 1: Stand van zaken	6
1.1. <i>Intrinsiek waardegeladen activiteit</i>	6
1.2. <i>Bouwstenen van een waardegedreven zorgvoorziening</i>	7
1.3. <i>Organisatie-ethiek</i>	8
1.3.1. <i>Schriftelijke vertrekpunten</i>	9
1.3.2. <i>Maatregelen</i>	11
1.3.3. <i>Verantwoording</i>	11
1.4. <i>Maatschappelijke evoluties</i>	12
1.5. <i>Kwetsbaarheden en valkuilen</i>	12
1.5.1. <i>Ethiek van mooie woorden... vs doen wat we zeggen dat we doen</i>	12
1.5.2. <i>Afzondering van de ethiek vs geïntegreerde reflectie</i>	13
1.5.3. <i>Een reductionistisch discours vs veelzijdige, bezieldde zorgrealiteit</i>	13
1.5.4. <i>Paradox van vertrouwen</i>	14
1.5.5. <i>Proceduralisme vs ruimte voor het onverwachte</i>	14
Hoofdstuk 2: Ethische Perspectieven	15
2.1. <i>Personalistische grondinspiratie</i>	15
2.2. <i>Doeleinden van waardegedreven zorgorganisaties</i>	16
2.2.1. <i>Zorggericht</i>	16
2.2.2. <i>Mensgericht</i>	17
2.2.3. <i>Samenlevingsgericht</i>	18
2.3. <i>Kenmerken van een waardegedreven organisatiecultuur</i>	18
2.3.1. <i>Reflectie en dialoog: samen nadenken over richtinggevende waarden</i>	19
2.3.2. <i>Actie: gezamenlijke creatie van een moreel gevoelige organisatiecultuur</i>	20
2.4. <i>Grondhoudingen van waardegedreven medewerkers</i>	22
2.4.1. <i>Zorgethiek als richtinggevend kader</i>	22
2.4.2. <i>Dimensies en grondhoudingen</i>	22
2.4.3. <i>De moreel lerende omgeving</i>	23
Hoofdstuk 3: Oriëntaties voor een waardegedreven organisatiecultuur	24
3.1. <i>Inhoudelijke reflectievragen</i>	24
3.1.1. <i>Op het niveau van de klinische relatie</i>	24
3.1.2. <i>Op het domein van de organisatie</i>	25
3.1.3. <i>Gerichtheid naar het maatschappelijke domein</i>	25
3.2. <i>Een richtinggevende matrix</i>	26
Conclusie	27
<i>Verklarende woordenlijst</i>	28
<i>Literatuur</i>	29

“Waardegericht ondernemen is in essentie het opnemen van een integrale verantwoordelijkheid en is vaak een overrompelende opdracht. Ondernemen op zich is al een hele klus. Het waardegerichte doet dat ondernemen accelereren vanuit een sterk appel, maar vraagt dikwijls ook reflectie en bezinning. Dat klinkt als ‘rijden met de handrem op’, maar zo is het niet bedoeld. Ik omschrijf het liever als ‘rijden op kompas’.”

Paul Ongenaert, directeur Tabor vzw,
in *Samen ondernemer in welzijn*, 2013, p. 95.

INLEIDING

Historisch gezien hebben zorgvoorzieningen hun belangrijke plaats in het maatschappelijke landschap geleidelijk verworven. Ze begonnen met een beperkte, lokale zorgopdracht vanuit een expliciete waardegedrevenheid, gekoppeld aan de vraag wat ze konden doen voor personen met een zorgbehoefte. Het engagement had zijn wortels in de congregaties of de sociale bewegingen (Callens & Peers 2003). Een specifieke grondinspiratie en waardegedrevenheid waren bepalende factoren in hun ontstaansgeschiedenis (Denier & Dhaene 2013).

*Verstandige bedrijfsvoering is
een noodzakelijk goed*

Gaandeweg zijn de kleinschalige, lokale initiatieven geëvolueerd tot hedendaagse complexe organisaties (Schokkaert 1998). Ze zijn grootschaliger geworden, maken vaak deel uit van een groter samenwerkingsverband of netwerk. Ze hebben verschillende diensten en departementen, een ingewikkeld financieel-economisch beheer en maken specifieke keuzes voor managementstrategieën. Ze onderhandelen met toeleveranciers, overheden en beroepsgroepen. Ze zijn onderhevig aan een indrukwekkend arsenaal van wettelijke regelingen, maatschappelijke evoluties, verwachtingen en percepties, alsook aan de exponentiële toename van medisch-technologische en zorgkundige mogelijkheden. Daarnaast zijn de zorgvoorzieningen in Vlaanderen een bijzonder grote bron van tewerkstelling.

Eenzijds is deze evolutie positief. Zorgvoorzieningen zijn organisaties met een belangrijke maatschappelijke opdracht. De zorg voor de patiënt, bewoner, cliënt moet kwaliteitsvol zijn, toegankelijk en betaalbaar voor iedereen. Om dat te kunnen realiseren helpt het om de zorg op een **professionele wijze** bedrijfsmatig te organiseren. Dat is niet alleen van belang voor de zorgvragers, maar ook voor de hulpverleners en de samenleving in haar geheel. Zorgvoorzieningen werken met middelen uit de solidariteit en scheppen ook arbeidsgemeenschappen waarbinnen mensen hun talenten en vermogens aanwenden voor het welzijn van de patiënten, de zorgvoorziening en de gemeenschap. Zorg kunnen verlenen op een zinvolle, professionele, creatieve en bezield manier is een belangrijke factor in het gevoel van eigenwaarde, motivatie, loyaliteit en zinbeleving van de hulpverleners. Om dit te kunnen realiseren is een doordachte bedrijfsvoering een noodzakelijk goed. Een goede bedrijfsvoering staat overigens niet in de weg dat men de organisatie leidt op een waardegedreven, ethisch geïnspireerde wijze.

*Oppassen voor verzakelijking
van de zorg*

Anderzijds stemt deze evolutie ook tot nadenken. Zo lijkt het alsof de hedendaagse zorgvoorzieningen door de toenemende complexiteit op verschillende domeinen en niveaus meer en meer het karakter van een “modern bedrijf” hebben gekregen. Is dat een probleem? Misschien niet. Toch is er iets waardoor zorgvoorzieningen verschillen van andere bedrijven en industriële sectoren. Dat wordt bijvoorbeeld duidelijk wanneer wij een verpleegkundige

zouden horen zeggen: ‘Dat is hier precies een fabriek geworden.’ Hiermee drukt ze immers een gevoel van vervreemding uit. Dit verschilt grondig van dezelfde uitspraak door een werknemer van een autofabriek of afvalverwerkingsbedrijf omdat een autofabriek een fabriek is.

De kritische uitspraak van de verpleegkundige wijst op een onbehagen over een bedrijfsmatige arbeidscultuur en organisatievormen die geleidelijk in onze zorgvoorzieningen zijn binnen gekomen en die soms worden ervaren als niet passend bij een zorgorganisatie. In zulke gevallen is de verstandige bedrijfsvoering overgeslagen in een **verzakelijking van de zorg**, met een eenzijdige en dominante focus op zaken zoals standaarden, prestatie-indicatoren, targets, meetbaarheid, etc. In deze doorgeslagen vorm glijdt men weg van de kernactiviteit en focus (nl. zorg als mensgerichte *relatie*) en staat de zorg ten dienste van de bedrijfsvoering (zorg als “product”) en niet meer omgekeerd (van Heijst & Vosman 2011).

Kortom, hedendaagse zorgvoorzieningen vereisen de organisatievorm van een moderne onderneming met een professionele bedrijfsvoering. Toch mag dit niet overgaan in een cultuur van verzakelijking van de zorg. Hoe kunnen we deze spanningsboog tussen zorg en onderneming ethisch kaderen? Hoe kan de ethiek helpen in het vinden van een goed evenwicht? Dit is de inzet van deze adviestekst die in essentie een bezinning wil zijn over de volgende vraag :

Welke specifieke organisatie-ethiek hanteert een waardegedreven zorgvoorziening in haar beleidsvoering?

Op een meer fundamenteel niveau verwijst de uitspraak van de verpleegkundige naar de essentie van zorgen voor mensen, naar de motivatie van de hulpverleners, en naar de identiteit en inspiratie van de zorgvoorziening als geheel. Ze verwijst met andere woorden naar de vraag: ***Wat is het precies wat we doen of zouden moeten doen? Waarom doen we dit? Wat draagt ertoe bij? En welke factoren lijken ons hiervan weg te houden?*** Met deze vragen belanden we bij een onderzoek naar het waardegedreven karakter van de zorgverlening en zorgorganisatie.

Het is opvallend dat de thematiek van waardegericht ondernemen in de zorg, als onderdeel van bedrijfsethiek, relatief vlug in de richting van **formele** kenmerken gaat (aanwezigheid van een opdrachtsverklaring, evenwichtige verhouding tussen afdelingen en departementen, rechtvaardige samenstelling van beslissingsorganen, thematiek van deugdelijk bestuur, rechtvaardige en democratische beslissingname, ethische audits, intervisies, charters, etc.) (Janssens & Put 2009). Deze formele ijkpunten van de ethiek zijn belangrijk. Ze bieden de context en structuur waarbinnen de ethische werking kan plaatsvinden. In de literatuur zijn deze formele kenmerken ook relatief goed beschreven en bestudeerd.

De focus van dit advies zal evenwel minder liggen op de formele kenmerken van een waardegedragen zorgcultuur. Des te meer zullen we inzoomen op de wijze waarop ethiek *inhoudelijk* in de structuur van de zorgorganisatie als hedendaagse, waardegedreven onderneming aanwezig is, of kan zijn. In het bijzonder zullen we stilstaan bij de *inhoudelijke doeleinden en kenmerken* van waardegedreven zorgorganisaties, en de hieraan gekoppelde *grondhoudingen* voor bestuurders, directies, leidinggevenden, hulpverleners en andere medewerkers.

Op weg naar de inhoudelijke aspecten van een waardegedreven organisatiecultuur

Achtereenvolgens worden in dit advies behandeld:

- Hoofdstuk 1: Stand van zaken
- Hoofdstuk 2: Ethische perspectieven
- Hoofdstuk 3: Oriëntaties voor een waardegedreven organisatiecultuur

HOOFDSTUK 1: STAND VAN ZAKEN

Net als andere organisaties wordt ook de organisatie van zorg steeds gecompliceerder. Steeds meer mensen doen een beroep op steeds meer voorzieningen. In verhouding tot de mogelijkheden komen er minder middelen beschikbaar. Steeds meer specialismen ontwikkelen zich of raken bij eenzelfde patiënt betrokken. Steeds meer deeltijdwerkers verdubbelen langzamerhand het aantal betrokkenen. Afstemmingsproblemen zijn dus het gevolg. En dus komen er steeds meer procedures die moeten zorgen dat alle betrokkenen van elkaars handelen op de hoogte zijn; en dus moeten er steeds meer mensen in het kader en in de organisatie werkzaam zijn om die procedures te ontwikkelen, te sturen, en te controleren; en dus moeten steeds meer zorgenden meer tijd besteden aan rapportage, communicatie, enz.; en dus moeten er weer nieuwe procedures worden ontwikkeld om te zorgen dat de kwaliteit van de zorg bewaard wordt en controleerbaar blijft...

Paul van Tongeren, filosoof KU Leuven & Radboud Universiteit Nijmegen,
Zorg op maat van de deugd, 1998, p. 165.

Wat gebeurt er precies in een zorgvoorziening? Waarover gaat het eigenlijk in zo'n type onderneming? Wat is haar specificiteit waardoor ze verschillend is van een courante onderneming?

1.1 Intrinsiek waardegeladen activiteit

Met zorgvoorzieningen bevinden we ons per definitie op **waardegevoelig terrein**. Zorg verlenen is *in se* ethisch geladen, zowel vanuit haar oorsprong als vanuit haar handelen en doelstellingen omdat:

1. zorg een kwestie is van omgaan met de **kwetsbaarheid** van mensen (het beginpunt: zorg is een antwoord op kwetsbaarheid), en
2. zorg altijd gericht moet zijn op het bevorderen van het welzijn en de **menswaardigheid** van mensen (in haar handelen en doelstellingen) (Gastmans 2013).

Deze twee aspecten (kwetsbaarheid en menswaardigheid) maken dat de kernactiviteit van zorgorganisaties intrinsiek ethisch geladen is. Het antwoord dat zorgvoorzieningen in hun beleid en structuren bieden op deze ethisch geladen activiteit maakt dat ze verschillend zijn van productiebedrijven. Als we het bijvoorbeeld vergelijken met een koekjesfabriek, dan zou men kunnen zeggen dat de ultieme criteria voor deze laatste liggen in (1) efficiëntie: snelle en efficiënte productie, (2) winst: zo veel mogelijk, en (3) kwaliteit: de koekjes moeten lekker zijn (Gastmans et al 1998).

In de gezondheidszorg geldt ook dat de zorg efficiënt moet worden aangeboden en georganiseerd, dat men op zijn minst geen verlies maakt, dat ze effectief is en dat de kwali-

De kernactiviteit van zorgorganisaties is intrinsiek ethisch geladen omdat we in de zorg een menswaardig antwoord zoeken op menselijke kwetsbaarheid

teit goed is. Maar bovenal zien we dat **menswaardigheid** de troefkaart is die hierbinnen bepalend is. Immers, elke vorm van zorg die niet menswaardig is – ook al zou ze bv. hyperefficiënt zijn – is onaanvaardbaar. In essentie is het ook hierop dat hulpverleners en medewerkers botsen, namelijk wanneer tendensen tot het verhogen van de efficiëntie niet stroken met het idee van menswaardige bejegening van personen en de relationele aspecten van de hulpverlening dreigen weg te duwen.

Met andere woorden: de keuzes en maatregelen die men neemt op het niveau van het beleid van de organisatie hebben een impact op de klinische realiteit. Hierbij hangt alles af van het doel. Bevorderen de genomen maatregelen op organisatieniveau de zorg, de menswaardigheid van zorgvragers en medewerkers op een ethische verantwoorde manier? Of brengen ze de menswaardigheid veeleer in het gedrang?

De hoofdvraag is de volgende: als de kern (nl. de **praktijk** van zorg verlenen) intrinsiek ethisch geladen is, geldt dit dan ook voor de bolster (nl. wat **organisaties** doen om deze ethisch geladen activiteit te ondersteunen)? Op welke manier sluiten klinisch niveau en organisatieniveau op elkaar aan? En in hoeverre speelt de ethiek hierin een rol? In dit verband is het zinvol om te kijken naar de bouwstenen van een waardegedreven zorgorganisatie.

1.2 Bouwstenen van een waardegedreven zorgvoorziening

In eerste instantie is een zorgvoorziening **een ruimtelijke plaats**, aanwezig in een gebouw of meerdere gebouwen: bakstenen, muren, architectuur. Deze ruimtelijke plaats heeft een specifieke functie. Er wordt namelijk **zorg** verleend aan mensen die ze nodig hebben. En dat heeft onder meer implicaties voor de architectuur van het gebouw (Stroobants & Verhaest 2012, Annemans et al 2012a, 2012b, Langdon et al 2012, Van Steenwinkel et al 2012).

Deze zorg gebeurt door en voor **mensen**. Als zodanig is een zorgvoorziening een plaats waar mensen elkaar ontmoeten en samen iets doen, realiseren, of dragen. Mensen zijn hier met elkaar verbonden in een gemeenschap van mensen die op elkaar betrokken zijn. In het realiseren van goede zorg staan ze, met andere woorden, continu in relatie met elkaar.

Deze gemeenschap van mensen is een **morele** gemeenschap (Zorgnet Vlaanderen 2003, Pijnenburg & Nuy 2003). Het is geen neutrale verbinding, maar wel een verbinding in een netwerk van menselijke relaties waar zorg wordt verleend op basis van een specifieke **mens- en zorgvisie**. Dat wil zeggen, een uitgesproken visie op wat precies de **goede en menswaardigheidsbevorderende** zorgverlening is waartoe men zich engageert.

Een zorgvoorziening is een morele gemeenschap van mensen die samen gericht zijn op het verlenen van ethisch goede zorg

Deze mens- en zorgvisie is het fundament van de zorgorganisatie. Ze wordt meestal uitgedrukt in een specifieke **missie** of **opdrachtsverklaring**, die inspirerend en appellerend, verbindend en richtinggevend werkt. De missie heeft vaak verwijzingen naar de levensbeschouwelijke achtergrond van de voorziening (de stichters en hun visie op zorg). Als dusdanig verwijst het naar de ontstaansgeschiedenis van de zorgvoorziening (het “vroeger”). Tegelijk ook werkt het inspirerend voor

de wijze waarop men dit gemeenschappelijk verhaal samen uitdraagt in de concrete keuzes en handelingen van iedere dag (het “nu”). Ook kan het richtinggevend zijn voor de wijze waarop men deze basisinspiratie aanwezig wil laten zijn naar de toekomst toe (het “morgen” en “overmorgen”).

Op een meer concreet niveau vertaalt deze visie zich in bepaalde **waarden** en **normen** die richtinggevend zijn voor de hulpverlening (Liégeois 2009) en voor het beleid in de zorgorganisatie (van Dartel 2012). Hierdoor zijn ze bepalend voor de zorgcultuur en atmosfeer in het huis.

Binnen dit kader van ontmoeting in de zorgorganisatie delen mensen zowel de kleine als de grote dingen van het leven, gaande van een kleine ingreep of zorgactiviteit naar de grote existentiële gebeurtenissen. Hiermee treden we binnen in de betekenis van **het existentiële verhaal**. Het gaat immers niet alleen over de missie en visie (“het verhaal”) van de organisatie en de concrete waarden die dit verhaal vormgeven in de dagelijkse praktijk, maar ook over het verhaal van mensen, van **patiënten, cliënten en bewoners** die er verblijven, van hun familie en naasten alsook van **medewerkers** die de organisatie belichamen. Mensen worden er niet alleen behandeld, verzorgd, gevoed of gewassen, maar delen ook angsten, bekommernissen, vreugdes en verdriet met elkaar. Voor medewerkers geldt ook dat zij als mens (en niet louter als werkkraacht) in de organisatie ten volle moeten kunnen functioneren. Ook zij hebben hun eigen levensverhaal, dagelijkse ervaringen, concrete situaties, bekommernissen en beslomeringen zowel binnen als buiten de organisatie.

Deze bouwstenen samen vormen de **morele identiteit** van een zorgorganisatie. Immers, achter deze bouwstenen zit een specifieke richting, precies omdat ze uitnodigen tot het maken van expliciete **keuzes**. Het is vooral in en door het maken van specifieke keuzes (bv. voor een specifieke architectuur, voor een duidelijke en verbindende missie, voor extra inspanningen voor een kwetsbare doelgroep, voor waardegeïnspireerde vorming voor de medewerkers, voor een menselijk aanwervings- en ontslagbeleid, bij het aankoopbeleid of bij het vieren van speciale gelegenheden...) dat de waardegedrevenheid naar voren komt. Als zodanig vormen deze bouwstenen samen de essentiële factoren van een geïntegreerde waardegedreven zorgvoorziening.

1.3 Organisatie-ethiek

Met deze brede waaier aan bouwstenen treden we het domein binnen van de organisatie-ethiek (Denier 2011). Organisatie-ethiek is verschillend van klinische ethiek die handelt over ethiek in de onmiddellijke zorgrelatie tussen hulpverleners en zorgontvangers.

Binnen de organisatie-ethiek wordt een breder, globaler en overkoepelend perspectief ingenomen en gaat men nadenken over het ethische karakter, de ethische cultuur van de zorgvoorziening als organisatie en, hiermee verbonden, de richtinggevende visie, waarden en houdingen die hieruit naar voren komen en er ook hun motiverende betekenis aan ontlenuen.

Daarmee treden we het domein binnen van wat soms ook wel ‘de ziel’ van de zorgvoorziening wordt genoemd. In de praktijk wordt die vormgegeven op verschillende wijzen en op verschillende niveaus (Van Dartel et al 2002).

1.3.1. Schriftelijke vertrekpunten

Wanneer we kijken naar de schriftelijke vertrekpunten dan vinden we het ethisch engagement van een zorgvoorziening terug op verschillende met elkaar verbonden niveaus, gaande van zeer algemeen naar meer concreet (zie ook Figuur 1) (Van Dartel et al 2002).

Op het meest algemene niveau zijn de kernwaarden van een zorgvoorziening uitgeschreven in de **missie of opdrachtverklaring**, die meer concreet gestalte krijgen in een **zorg- of beleidsvisie**. Deze kernwaarden omschrijven het hart en de ziel van de organisatie en verwijzen hierin niet zelden naar de ontstaansgeschiedenis van de zorgvoorziening. Door in te zoomen op vragen zoals “Vanwaar komen wij? Hoe zijn wij ontstaan? Wie waren onze stichters? Wat was hun motivatie en grondinspiratie? Hoe zijn we sindsdien geëvolueerd?” kan men vaak al heel wat inzicht verkrijgen in de ethische identiteit van de organisatie. Dit is evenwel een zeer algemeen niveau. Vaak is de taal waarin deze kernwaarden worden omschreven dan ook abstract, rijk aan betekenis, motiverend, inspirerend, appellerend en ‘warm’ (Desmidt & Heene 2007, Vandijck et al 2007, Desmidt et al 2008). De woorden die de kernwaarden willen omschrijven moeten in de eerste plaats op algemeen en fundamenteel niveau kunnen inspireren.

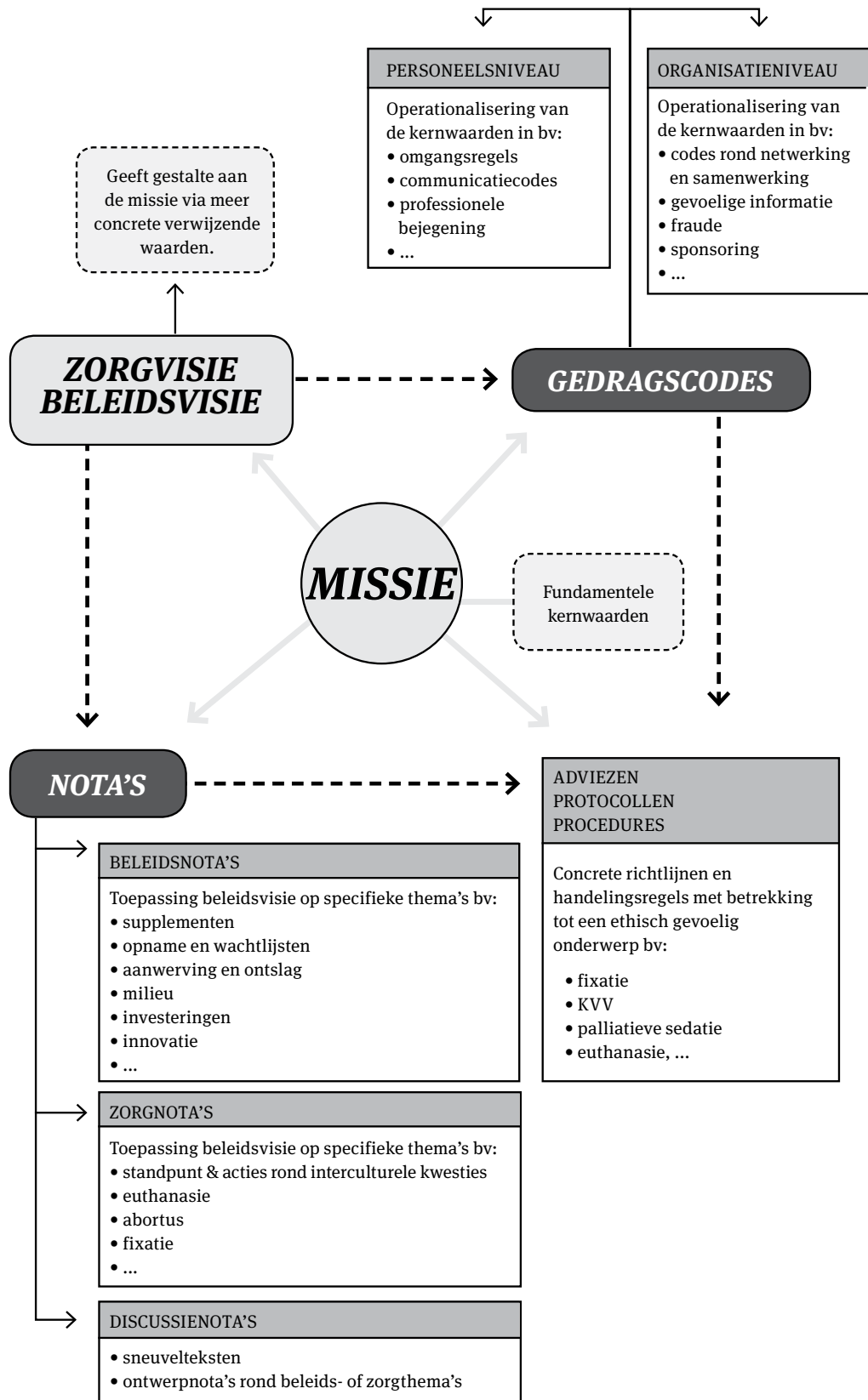
Op een meer toegepast niveau kunnen deze kernwaarden vervolgens worden vertaald naar concrete **beleids-, zorg- en discussienota’s**. Daarmee wordt de basisvisie toegepast op specifieke aandachtsgebieden in de zorg. **Beleidsnota’s** beogen de visie van de voorziening op een bepaald beleidsterrein uit te dragen en het gevoerde beleid te verantwoorden (bv. beleid inzake kamer- en honorariumsupplementen, opname en wachtlijsten, aanwerving en ontslag, milieuaspecten, financieel-economische kwesties, etc.). **Zorgnota’s** doen hetzelfde, maar dan op het vlak van thema’s binnen de concrete zorgcontext (bv. standpunt- en actie bepaling rond conflictbeheersing op de spoedgevallendienst, op de materniteit, op geriatric of palliatieve zorgen; rond euthanasie en abortus; rond vrijheidsbeperking; rond informatie-uitwisseling, etc.). Bij **discussienota’s** is het de bedoeling om interne meningsvorming te stimuleren door gezamenlijk de vertaal oefening te maken en de basiswaarden te expliciteren over een concreet onderwerp. Dit zijn dan sneuvelteksten die binnen de organisatie in ontwikkeling zijn om een bepaald thema helder te krijgen binnen een concreet toepassingsgebied.

Nog een stapje verder in de concrete richting stellen we vast dat de kernwaarden kunnen worden geoperationaliseerd in **gedragscodes** op personeelsniveau (bv. omgangsregels, communicatiecodes, interprofessionele bejegening...) of op organisatieniveau (bv. codes over netwerking en samenwerking, het hanteren van gevoelige informatie, fraude, sponsoring...).

Een andere concrete specificatie van de kernwaarden zien we verschijnen in **adviezen, protocollen of procedures** waarin de uitgangspunten worden vertaald in concrete richtlijnen en handelingsregels over een specifiek ethisch gevoelig onderwerp in de zorg (bv. procedures over fixatie, kunstmatige voedsel- en vochttoediening, palliatieve sedatie of euthanasie). Deze adviezen en procedures hebben dan als doel om duidelijkheid te verschaffen over hoe te handelen in de betrokken zorgsituaties aan de hand van een duidelijk document met begripsomschrijvingen, toewijzen van taken en verantwoordelijkheden, bevoegdheden, eventueel voorzien van een stappenplan, etc.

Kortom, in de schriftelijke documenten waarbinnen de kernwaarden worden toegepast op concrete domeinen kunnen we stellen dat organisatie-ethiek en klinische ethiek in elkaar overgaan.

Figuur 1 – Schriftelijke vertrekpunten



1.3.2. Maatregelen

Analoog aan de schriftelijke standpuntbepaling is het domein waarin feitelijke maatregelen worden genomen om de geformuleerde doelen te bereiken. Deze maatregelen betreffen het beleidsmatig inspelen op ethische kwesties die op het management afkomen, alsook het ondersteunen van de medewerkers in het omgaan met ethische dilemma's op klinisch niveau. De maatregelen op het vlak van ethiek bestaan uit zowel reflectie als actie.

Op het domein van de **reflectie** gaat men de kritische vraag stellen of ethiek en ethische kwesties binnen de organisatie daadwerkelijk de aandacht krijgen die ze nodig hebben en of dit dan gebeurt op een coherente en consistente manier.

Reflectie & Actie Denken & Doen

=

Noodzakelijke tandem van maatregelen

Op het domein van de **actie** zien we dat commissies, werkgroepen of concrete werkingen rond vragen en dilemma's (zoals moreel beraad, ethisch overleg, reflectie-avonden of georganiseerde lunchmomenten waarop casussen aan bod komen) in dit verband een belangrijke rol spelen. Een gedreven groep mensen kan op dit domein de vragen stellen naar de invloed van beleidsdocumenten in de praktijk, naar de belangrijkste kwesties in de zorgvoorziening, naar de ondersteuning die de hulpverleners en eventueel ook het management bij zul-

ke kwesties mag verwachten, naar de eigenlijke werking en impact van de werkgroepen en commissies binnen de voorziening.

1.3.3. Verantwoording

Het laatste domein is dat waarin (op meta-niveau) de eigen werking in het huis kritisch onder de loep genomen wordt. Uit de literatuur (Van Dartel et al 2002) leren we dat het daarbij gaat om het meten en evalueren van de prestaties van de organisatie, ook bekend als het proces van maatschappelijke verantwoording, een proces "waarbij een organisatie reflecteert over haar maatschappelijke en sociale impact en haar ethisch gedrag, dit meet, evalueert, rapporteert en bijstuurt in functie van haar eigen doelstellingen en waarden en die van de stakeholders" (Reynaert 1998).

Het karakter van de organisatie wordt daarbij niet gemeten *pour les besoins de la cause*, maar eerst en vooral om er lering uit te trekken en inzicht te verkrijgen over mogelijk gewenste bijstellingen van het organisatiebeleid (komt de praktijk feitelijk overeen met de waarden die we in onze uitgangspunten aanhangen?).

De bredere achtergrond van dit laatste domein is de toenemende vraag naar verantwoording en rapportage in de samenleving die samengaat met de volgende kenmerken.

Kritische zelfreflectie op organisatieniveau

- Het verhogen van de reputatie van de zorg door adequate informatie-uitwisseling en transparantie.
- Organisaties geven inzicht in hun werking, waarbij het beleid en de vormen van dienstverlening onder maatschappelijke kritiek kunnen worden gesteld (door bv. media en consumenten- of patiëntenorganisaties).
- Verslaglegging en verantwoording (accounting, audit, duurzaamheidsverslagen, wettelijke kaders, etc.).
- Inzichtelijkheid en inspraak creëren voor de diverse belanghebbenden: van de individuele patiënt/cliënt/bewoner naar de samenleving als geheel.

In dit proces spelen de percepties en verwachtingen van de betrokkenen een belangrijke rol. Deze kunnen direct of indirect betrokken zijn. **Directe betrokkenen** zijn in de eerste plaats

de patiënten, cliënten en bewoners, en in de tweede plaats hun naasten, medewerkers, directie en leidinggevendenden, artsenverenigingen, huisartsen, overheden, vakbonden, farma-industrie en andere leveranciers, collega-zorgaanbieders, etc. **Indirecte betrokkenen** zijn de omwonenden, de lokale gemeenschap, beleidsmakers, pers en media, milieuorganisaties... Kortom: iedereen in de samenleving die de organisatie op haar maatschappelijke verantwoordelijkheid kan aanspreken.

1.4 Maatschappelijke evoluties

De waardegedrevenheid van zorgvoorzieningen wordt op een bijzondere manier uitgedaagd door verschillende tendensen in zorg en samenleving, zoals **professionalisering** (met een sterke nadruk op efficiëntie en performantie, output-denken, het 'meten is weten'-discours, etc.), **economisering of verzakelijking** (zorg als product, kostenbeheersing, schaarsteproblematiek en schaalgrootte-denken, commercialisering van zowel de zorg **in se** als de attitude en verwachtingen van patiënten en bewoners, de motivatie van hulpverleners, etc.); **juridisering** (zorgrelatie als contractrelatie, *no fault*-wetgeving, wetten over fertiliteit, euthanasie en abortus, orgaantransplantatie, experimenten, etc.) en **vermaatschappelijking** van de zorg (in hoeverre komen de missie en waarden van de hulpverleners in het maatschappelijke veld overeen met die van de moederorganisatie? Is er eventueel sprake van vervreemding? (De Dijn 2013)).

Professionalisering, economisering, juridisering, vermaatschappelijking, fusies en secularisering zijn specifieke uitdagingen voor waardegedreven ondernemen in de zorg

Ook stellen we vast dat **fusies** (en andere vormen van samenwerking) tussen zorgvoorzieningen, die al dan niet dezelfde ethische inspiratie delen, voor de nodige uitdagingen zorgen op organisatie-ethisch vlak (Desmet 2009). Ofwel geraakt hierdoor het waarde kader wat op de achtergrond. Ofwel ontstaat er een nieuwe reflectie waarbij men expliciet gaat nadenken over de specifieke waarden die men binnen de zorgvoorziening (of groep van zorgvoorzieningen) als richtinggevende waarden wenst aan te nemen.

Een zeer belangrijke factor speelt ook, namelijk de **secularisering**. Het christelijke waarde kader, lang dominant in Vlaanderen en de inspiratiebron van zeer veel zorgvoorzieningen, is niet langer een door iedereen gedeelde bron van ethische inspiratie. In de samenleving en ook in de zorgvoorzieningen, is ethisch pluralisme de norm (Zorgnet Vlaanderen 2003). Dat maakt het vinden van een gedeeld waarde kader een uitdagende opdracht. Een vertaalslag van vroegere waarden naar een hedendaagse vorm is nodig (Denier & Dhaene 2013).

1.5 Kwetsbaarheden en valkuilen

We stellen vast dat er in de recente literatuur over management en organisatie van zorg heel wat kritische reflecties aanwezig zijn (Verstraeten 2003, Desmet 2009, Pijnenburg et al 2010, De Dijn 2010, Becker et al 2010, Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België 2013). De rode draad doorheen deze reflecties is een gevoel van vervreemding tussen het zorg- en managementniveau, tussen het beleid en de dagelijkse realiteit van de werkvloer. Belangrijk is dat er in deze reflecties niet wordt gepleit voor het afwijzen van het managementdenken. Wel stellen we vast dat men een constructieve discussie wil aangaan om samen na te denken over de essentie van de zorgverlening. De kernpunten van de discussie verwijzen naar de kwetsbaarheid van een waardegedragen zorgcultuur en zijn terug te voeren tot vijf fundamentele reflecties.

1.5.1. Ethiek van mooie woorden... vs. doen wat we zeggen dat we doen

De eerste kwetsbaarheid toont zich in een mogelijk gebrek aan samenhang op verticale wijze (tussen de verschillende besluitvormingsniveaus) of op horizontale wijze (tussen de

*Waardegedreven werken =
Overeenkomst tussen ‘woord’ en ‘daad’*

verschillende departementen, afdelingen en domeinen, bv. tussen kwaliteitsbeleid, aanwervingsbeleid, milieubeleid, sociaal beleid, aankoopbeleid, etc.). De waarden, zoals uitgedrukt in de verschillende documenten, moeten uiteindelijk hun neerslag vinden in de feitelijke verticale en horizontale werking van de zorgvoorziening (Van Dartel et al 2002). Als zodanig beoogt een waardegedreven zorgcultuur meer te zijn dan een politiek van mooie woorden en beoogt men een daadwerkelijke impact op de dagelijkse realiteit te realiseren.

Authentiek waardegedreven werken is fundamenteel geschraagd op de kritische vraag of er voldoende overeenkomst is tussen ‘woord’ en ‘daad’, tussen ‘wat we doen’ en ‘wat we zeggen dat we doen.’ Hier is het van belang dat de ethische werking geen indruk wekt van ‘*window-dressing*’ waarbij het ‘ethisch overkomen’ belangrijker lijkt te zijn dan het ‘ethisch zijn’.

1.5.2. Afzondering van de ethiek vs. geïntegreerde reflectie

Het realiseren van een waardegedreven zorgcultuur is geen exclusieve verantwoordelijkheid van directie, leidinggevend en/of de stafmedewerker ethiek. Wanneer ethiek, ethische vraagstelling en reflectie afgezonderd worden bij enkele personen aan wie men de ethische dilemma’s delegeert en dan wacht op een antwoord (een soort van “*call-center ethiek*”) of tot enkele afgebakende momenten (enkel het overleg binnen de commissie voor ethiek), dan ontstaat het risico dat de waarden die men vooropstelt geen inspirerende factoren zijn in het geheel van de organisatie en de dagelijkse praktijk van **alle** betrokken medewerkers. Een leuke anekdote: “Het verhaal gaat dat president John F. Kennedy, op bezoek bij de NASA, een schoonmaker vroeg wat voor werk hij deed. De man antwoordde: ‘Ik help mee om een man op de maan te zetten.’ De man was zich kennelijk sterk bewust van de wijze waarop zijn werk bijdroeg aan de missie van de NASA” (Tromp 2014). In dezelfde lijn is het voor iedereen, van hoog tot laag in de organisatie en in het bijzonder voor de medewerkers in de zorg, belangrijk dat ze zich bewust zijn van de kernwaarden waarrond hun gezamenlijke werk draait.

*Doel =
Een waardegedreven zorgcultuur
voor en door alle medewerkers*

Hieraan gerelateerd is de voorwaarde voor ethisch en waardegericht ondernemen, nl. de voorwaarde van contemplatie **in** de actie versus overactivisme: ruimte maken voor reflectie-tijd, stilstaan en nadenken over wat men doet, tijd voor ontmoeting en bezinning. Belangrijk is het **onderscheid tussen trage en snelle ethiek**: “*slow ethics*” (Gallagher 2012) houdt een rustige, gestage, maar diepgewortelde cultuur van reflectie in. Het is geen vlug-vlug-output denken. In de realiteit zien we dat van ethische commissies ook wel snelle ethiek wordt verwacht (wat terecht neerkomt op een snel en effectief antwoord op een complex dilemma). Dat is niet problematisch zolang de ethische werking van de commissie altijd ook geworteld is in een bredere ethische reflectie die een gestaag en trager tempo kent. Of zoals Van den Heuvel en Hansen terecht stellen: “Ethiek is geen kers op de taart” (2014).

1.5.3. Een reductionistisch discours vs. veelzijdige, bezielde zorgrealiteit

De kwetsbaarheid van bezielde en waardegedreven ondernemerschap in de zorg ligt ook in het gehanteerde discours binnen de organisatie (Verstraeten 2003). Binnen de organisaties is er vaak veel aandacht voor ethiek, maar het feitelijke probleem is niet de ethiek. Het probleem is breder en narratief van aard. Het gaat om het hanteren van een taal die kan engageren en inspireren. Taal genereert immers betekenis.

*Een waardegedreven organisatiecultuur
heeft aandacht voor betekenisgevend,
inspirerend en bezielend taalgebruik*

Betekenisverlies kan ontstaan door het eenzijdig hanteren van een reductionistische taal

(Verhaeghe 2013a). Dat kan een economische taal zijn (bv. ‘stakeholders’, ‘zorgconsumptie’, ‘producten’, ‘trade-off’, ‘competitiviteit’, ‘contract’), een kwantificerende taal (bv. spreken in termen van percentages, boordtabellen), een functionalistisch discours (‘targets’, ‘outcome’, ‘Service Level Agreements’), of een juridische taal (dominante focus op recht en wetgeving).

Door exclusieve hantering van een reductionistisch discours worden vele zaken in een tunnelvisie gestoken die weinig aansluiting vindt met de complexe en veelzijdige realiteit van de zorg. Bovendien kan een reductionistisch discours geen bezieling of inspiratie bieden, of oproepen tot een betekenisvol zorgengagement. Het ‘zegt’ met andere woorden niets dat een appellerende betekenis heeft voor de concrete zorgrealiteit.

1.5.4. Paradox van vertrouwen

Een vierde aandachtspunt verwijst naar de hedendaagse cultuur van verantwoording, streven naar veiligheid, zekerheid, duidelijkheid, transparantie en controle. Immers, een waardegedreven zorgcultuur is geschraagd op het vertrouwen dat mensen hebben in en binnen de organisatie. Daarbij moeten we rekening houden met een cruciale factor, nl. de paradox van vertrouwen (De Dijn 1992). Een te groot streven naar duidelijkheid en transparantie (via allerlei controlemechanismen) kan immers afbreuk doen aan de vertrouwensrelaties binnen de organisatie.

Vertrouwen veronderstelt vooreerst onzekerheid in wat er komen zal. Ook is het gebaseerd op de verwachting dat er geen misbruik wordt gemaakt van de kwetsbare situatie die ontstaat door deze onzekerheid, en dat er met de betrokkenheid en inzet van deskundigheid een gezamenlijke weg wordt gezocht door de onzekerheid heen.

Vertrouwen is een fundamenteel bindmiddel in een waardegedreven organisatie

Deze verwachting impliceert openheid, vrijheid en inventiviteit. Het impliceert dat de mensen binnen de organisatie voldoende verantwoordelijkheid en initiatiefruimte of “scharrelruimte” krijgen (Baart 2010) om te groeien in de aanwending van hun talenten en in hun wijsheid om zaken in te schatten en te overdenken.

De paradox van vertrouwen ligt er vervolgens in dat een blijven aandringen op volledige transparantie, duidelijkheid en zekerheid, kan overkomen als een blijk van wantrouwen i.p.v. vertrouwen. Het idee dat het geven en verwerven van zo veel mogelijk informatie de toekomst volledig beheersbaar maakt, gaat eigenlijk ook voorbij aan de eigen aard van de zorg en zorgrelaties die essentieel geschraagd is op openheid en onvoorspelbaarheid.

1.5.5. Proceduralisme vs. ruimte voor het onverwachte

Een laatste kwetsbaarheid volgt uit de vorige en zien we terugkeren in wat Herman De Dijn de moderne neiging tot utopisme noemt (De Dijn 2010). Die staat voor het niet kunnen of willen aanvaarden dat perfectie en volkomen beheersbaarheid eigenlijk niet mogelijk zijn.

Utopisme komt voor wanneer men, ook binnen een goed uitgebouwde, waardegedreven zorgcultuur, de ethische werking van het huis tracht te ‘vatten’ door de ethische punten op te lijsten en af te vinken (via audits bv.) of wanneer men als reactie op incidenten reageert met overdreven maatregelen (Desmet 2009).

Zonder het opzet van procedure-denken of protocollering volledig overboord te gooien, is het een onmogelijke (en zelfs onwenselijke) doelstelling om alles in standaarden en procedures te willen gieten. Of zoals Paul Verhaeghe herhaaldelijk stelt: ‘Volkomen beheersbaarheid is een grote illusie’ (Verhaeghe 2013b).

Niet alles is te vatten in procedures

HOOFDSTUK 2: ETHISCHE PERSPECTIEVEN

Zachte waarden, zoals die door de social profitsector worden vertolkt, geven niet alleen kleur aan de samenleving maar renderen ook economisch. Ze dragen in belangrijke mate bij tot de welvaart, het goed functioneren van onze samenleving en het geluk van haar bevolking.

Prof. Em. Wim Moesen, *Tertio*, 31 oktober 2007

2.1. Personalistische grondinspiratie

Hoe kan een **waardegedragen zorgcultuur** binnen de organisatie op een geïntegreerde en authentieke manier gestalte krijgen? De commissie voor ethiek neemt hiervoor als fundamentele grondinspiratie de **personalistische ethiek**, die geënt is op twee uitgangspunten:

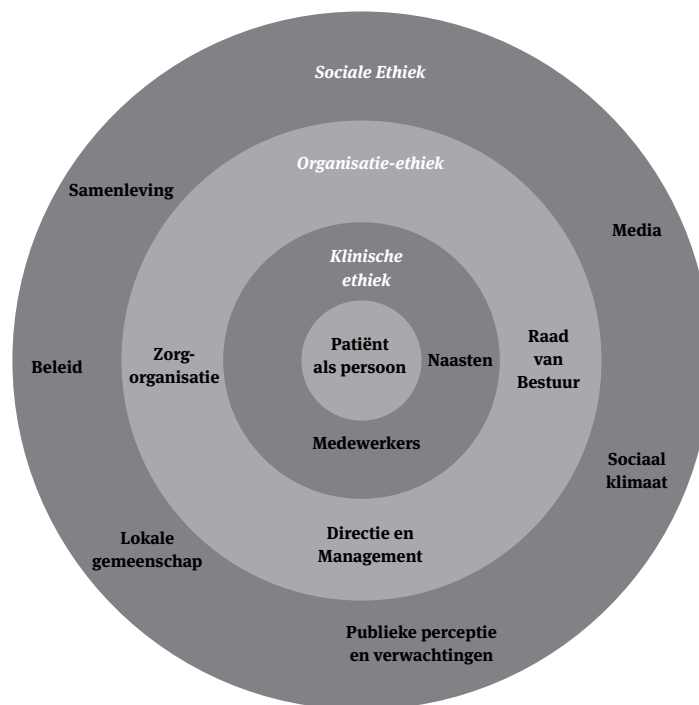
1. Het ideaal van **eerbied voor de menselijke persoon** in zijn totaliteit, complexiteit en samenhang van verschillende dimensies (lichamelijk, psychisch, relationeel, historisch, levensbeschouwelijk, moreel). Een humane organisatiecultuur gaat uit van een holistische, dynamische en relationele visie op de menselijke persoon die tevens oog heeft voor de uniciteit en gelijkwaardigheid van elke persoon. Kortom, ze is gegrond in het feit dat iedere persoon een uniek wezen is (**individueel**), dat met en door de relatie met andere mensen steeds meer mens wordt (**relationeel**) en als zodanig deel uitmaakt van de samenleving als geheel (**sociaal**) (Zorgnet Vlaanderen 2002a, 2011).
2. De menselijke persoon is de centrale waarde die als maatstaf geldt bij de beoordeling van menselijk handelen (Zorgnet Vlaanderen 2003, 2011). Tegen de achtergrond van het meerdimensionele, holistische mensbeeld geldt als criterium om na te gaan of het handelen ethisch verantwoord is, de mate waarin men in concrete situaties op zoek gaat naar het meest menswaardig mogelijke in de gegeven omstandigheden. Met andere woorden: wanneer het handelen bevorderlijk is voor de mens als gehele persoon, in zijn verschillende dimensies en relaties (Gastmans 2006). Deze **inzet voor steeds meer menswaardigheid** is niet zozeer een concrete, vaststaande realiteit, dan wel een permanente opgave (Van der Arend & Gastmans 2002, Zorgnet Vlaanderen 2003, 2011). Het gaat om een voortdurend streven naar meer menswaardigheid. In de praktijk blijkt het vaak niet mogelijk om het volwaardig menselijk wenselijke in zijn totaliteit te realiseren. Het komt er dan op aan om het meest menselijk haalbare te realiseren, zonder het perspectief van het menselijk wenselijke uit het oog te verliezen (Schotsmans 1999).

Een waardegedreven zorgorganisatie is in de eerste plaats een morele gemeenschap van mensen die vertrekt vanuit de waarde van eerbied voor de menselijke persoon en gericht is op het realiseren van steeds meer menswaardigheid op individueel, relationeel en sociaal niveau. Waardegedreven ondernemen in de zorg houdt in dat deze ethische grondinspiratie op consistente en coherente manier aanwezig is in alle vezels van de organisatie, zowel in de mensen als in de structuren, kenmerken en doeleinden van de zorgvoorziening.

Dit impliceert een expliciet bewustzijn van de verantwoordelijkheden van zorgorganisaties op drie niveaus: het individuele, institutionele en maatschappelijke niveau (cf. Figuur 2 'Cirkels van Personalistische Ethiek').

1. Op **individueel** niveau (microniveau, klinische ethiek) moeten zorgorganisaties de contextvoorwaarden vervullen voor alle medewerkers om ethisch goede (waardigheidsbevorderende) zorg te kunnen verlenen aan de patiënt, bewoner, cliënt en hun naasten. Dat houdt op fundamenteel niveau ook in dat er op een waardigheidsbevorderende wijze wordt omgegaan met medewerkers.
2. Op **institutioneel** niveau (mesoniveau, organisatie-ethiek) houdt dit in dat de beleidskeuzes in de organisatie op een waardegedreven, menselijke, haalbare, transparante en duurzame manier worden gemaakt en gecommuniceerd.
3. Op **maatschappelijk** niveau (macroniveau, sociale ethiek) houdt het in dat de organisaties hun maatschappelijke opdracht in het geheel van de samenleving vervullen. Ze nemen daartoe dan ook hun specifieke plaats in en nemen hun verantwoordelijkheid op voor heden en toekomst in relatie tot de directe en indirecte betrokkenen (cf. 1.3.3).

Figuur 2 – Cirkels van Personalistische Ethiek



De bovenvermelde verantwoordelijkheden op individueel, institutioneel en maatschappelijk niveau krijgen een meer concrete richting door te focussen op de drie doeleinden van waardegedreven zorgorganisaties.

2.2. Doeleinden van waardegedreven zorgorganisaties

2.2.1. Zorggericht

Het primaire doel van de gezondheidszorg, en dus ook van zorgorganisaties, is het realiseren van goede zorg. Mensen bijstaan in hun kwetsbaarheid en zorgafhankelijkheid, hen ondersteunen en present blijven (Pijnenburg et al 2010). De uitdaging voor directies, beheerders en leidinggevenden is in deze om de druk van maatschappelijke evoluties (zoals professionalisering, economisering en juridisering) waaraan ze voortdurend blootstaan, zodanig te filteren in de organisatie dat de hulpverleners die verantwoordelijk zijn voor het primaire zorgproces zo weinig mogelijk met de negatieve aspecten ervan worden geconfronteerd.

Positief geformuleerd betekent het dat ze voor de medewerkers contexten en structuren moeten creëren waardoor zij op een bezield en waardegedreven manier zorg kunnen verlenen aan de patiënten, cliënten, bewoners en hun omgeving (Denier & Dhaene 2013).

2.2.2. Mensgericht

Zorg wordt verleend door en voor mensen. Het relationele aspect van de zorg komt bij uitstek naar voren in de medemenselijkheid waarmee men de zorg realiseert. Van Heijst en Vosman (2011) gebruiken de term ‘menslievende zorg’ en geven een aantal begripsomschrijvingen waarmee een kader wordt geschetst voor de deskundigheid en zorgzaamheid waarmee hulpverleners hun taak kunnen vervullen. Interessant aan deze begripsomschrijvingen is dat ze geschraagd zijn op verbeeldingskracht en het zich empathisch verplaatsen in de positie van de ander om in te schatten hoe hij de situatie beleeft.

1. **De gouden regel** als morele leidraad: ‘Ga zo met de ander om als je zou willen dat de ander met jou omgaat.’ Menslievende zorg houdt dan in dat men de patiënt, bewoner of cliënt zo helpt en bijstaat als je zou willen dat met jezelf of met je eigen naasten (partner, ouders, kinderen, broers en zussen, vrienden) zou gebeuren.
2. **De ondergrens:** het ethische minimum. Onder dit minimum bevindt zich het tegendeel van menslievende zorg, nl. al het medisch, diagnostisch, verpleegkundig en verzorgend handelen dat afbreuk doet aan iemands eigenwaarde of dat wordt ervaren als vernederend, afkeurend, of als pure onverschilligheid ten aanzien van de persoon die men is.
3. **De rol van positieve interne beeldvorming:** mensgerichte zorgorganisaties zorgen er expliciet voor dat patiënten, cliënten en bewoners zich in de eerste plaats *als mens* bejegend en gerespecteerd voelen. Hetzelfde geldt voor het personeel. Ook zij moeten zich gewaardeerd kunnen voelen als persoon die op betrokken en geëngageerde wijze verantwoordelijkheid opneemt in de zorg. Goede voorbeelden van mensgerichte zorg werken in dit verband aanstekelijk en motiverend (Denier & Dhaene 2013). Een positieve interne beeldvorming over zulke voorbeelden kan de zorgcultuur en intercollegiale atmosfeer in een goede richting sturen.
4. De rol van **positieve externe beeldvorming:** verhalen en getuigenissen (in documentaires, in interviews, in dagbladen, op tv, op internet) van warme, menslievende zorg in de dagelijkse praktijk kunnen laten zien hoe betrokken en deskundig hulpverleners hun interventies verrichten. Ze kunnen tonen waar mensen hun motivatie en inspiratie uit putten, hoe ze hun job met fierheid kunnen doen, en welke randvoorwaarden hiervoor dienen te worden vervuld. Via zulke getuigenissen kan waardigheidsbevorderende zorg letterlijk in beeld worden gebracht en ook aan de buitenwereld worden getoond.

2.2.3. Samenlevingsgericht

Met het drieluik van ‘waardegedrevenheid’, ‘ondernemen’ en ‘zorg’ dienen we tevens het samenlevingsgerichte karakter van de zorgorganisaties als onderneming toe te lichten. Hoe moeten we dat begrijpen?

Een **onderneming in strikte zin** is een op winst gericht bedrijf dat voor eigen risico werkt en een toegevoegde waarde moet creëren, nl. winst. Een ondernemer is een persoon die een bedrijf voor eigen rekening exploiteert, iemand die met eigen geld (of van aandeelhouders) iets onderneemt.

Een **social-profit zorgvoorziening** wordt gedeeltelijk gefinancierd met middelen uit de maatschappelijke solidariteit. De toegevoegde waarde moet ten dienste staan van de gemeenschap. Als dusdanig dient het organiseren van zorg in onze voorzieningen te worden begrepen als **een sociale of maatschappelijke onderneming in de zorg** (Cuyt & Geerts 2013).

- Sociaal ondernemerschap in de zorg is vooreerst gebaseerd op “een gedrevenheid die gevoed wordt door allerlei **waarden** en waar zeker geen persoonlijke motieven van financiële aard primeren” (De Rycke 2013).
- Zo is zorg verlenen enerzijds wel een economische activiteit, maar anderzijds ook gekenmerkt als een “Dienst van **Algemeen Economisch Belang**” (Mahieu & Denier 2009). Zorgorganisaties zijn daarmee geen maatschappelijke kostenfactor, maar bieden een belangrijke en betekenisvolle maatschappelijke meerwaarde.
- Zorgvoorzieningen zijn ondernemingen omdat ze een belangrijke toegevoegde waarde bieden, en ook **innovatief** en **creatief** zijn. Deze toegevoegde waarde is echter geen winstcreatie ten voordele van aandeelhouders. Het is een **maatschappelijke meerwaarde** voor de samenleving (Moesen 2014, Degadt 2014). Deze meerwaarde uit zich in het feit dat zorgorganisaties een zorgaanbod creëren dat afgestemd is op de zorgbehoeften van mensen (verantwoordelijkheid opnemen voor specifieke doelgroepen in de samenleving), ze een grote bron van tewerkstelling zijn, innovatief denken en handelen op het vlak van zorg, toekomstgericht denken.
- Zorgvoorzieningen voeren hun activiteit ook steeds meer uit in het kader van **netwerken** van transmurale zorg. Het gaat dus niet langer over de individuele zorgvoorzieningen op zich, maar wel over netwerken en ketens van zorg ten dienste van het algemene belang. Waardegericht ondernemen betekent dan ook open en constructief samenwerken vanuit een moreel, gemeenschapsbevorderend perspectief (Van de Heuvel & Hansen 2014).

Het zorg-, mens- en samenlevingsgerichte karakter van onze zorgorganisaties kreeg al concreet aandacht in Ethisch Advies 11 over privatisering en commercialisering in de zorg (Zorgnet Vlaanderen 2008a). In dit advies wordt benadrukt dat een bedrijfsmatige aanpak steeds ingegeven moet zijn door een waardegedragen en gemeenschapsbevorderend doel. Dat krijgt concreet vorm in zes ethische oriëntaties:

1. aan iedere persoon gelijke toegang bieden,
2. tot kwaliteitsvolle zorg,
3. bepaald en verleend op basis van behoefte,
4. georganiseerd volgens het principe van sterke solidariteit,
5. deugdelijk beheerd volgens het principe van ethisch ondernemen, en
6. uitgevoerd in een sfeer van open communicatie, informatie en samenwerking.

2.3. Kenmerken van een waardegedreven organisatiecultuur

Waardegedreven ondernemen in de zorg verwijst niet alleen naar de maatschappelijke meerwaarde die wordt gecreëerd door de dienstverlening, maar vooral ook naar de **wijze** waarop bepaalde waarden en normen in de feitelijke praktijk gestalte krijgen.

Waarden (*‘virtutes’, ‘values’*) zijn **innerlijke krachtbronnen** (Grün & Assländer 2007). Ze verwijzen naar dat wat mensen “eigenlijk willen” (van Tongeren 2003). Waarden trekken ons aan, ze zijn een doel en verwoorden als dusdanig een ideaal, een maximum, dat we zo dicht mogelijk willen benaderen. Als zodanig zijn waarden *in se* positief (bv. leven, gezondheid, solidariteit, menswaardigheid, rechtvaardigheid, etc.). Dat staat tegenover on-waarden, die we spontaan als negatief ervaren (bv. onwaardigheid, onrechtvaardigheid, onoprechtheid, disrespect, etc.)

Normen zijn **handelingsperspectieven** (richtsnoeren, toetsstenen) die ertoe dienen om deze waarden in ons handelen te realiseren. Bv. als de waarde ‘leven’ is, dan is de norm ‘je mag niet doden’. Vaak verwijzen normen ook naar wat mensen “minimaal moeten” (van Tongeren 2003). Het zijn bindende gedragsregels waaraan we ons dienen te houden. Als

*Waarden en normen
maken samen het
verschil*

dusdanig formuleren ze een grens die we niet mogen overschrijden, een minimum waaronder we niet mogen zakken.

Als dusdanig zijn normen en waarden zowel verschillend als aanvullend te begrijpen. We hebben ze immers alle twee nodig. **Waarden zonder normen** leiden enkel tot idealistisch gedroom. In een zorgvoorziening vertaalt zich dat dan in een prachtige opdrachtsverklaring met mooie woorden die feitelijk geen betekenis hebben, hoe lang er ook over vergaderd werd en hoe mooi het ook vormgegeven werd. Omgekeerd hebben **normen zonder waarden** ook geen effect. Ze leiden dan slechts tot meer procedures, meer controles, meer administratie, etc. Kortom, zonder richtinggevende waarden zijn normen blind. En zonder normen zijn waarden krachteloos (van Tongeren 2003, p.60).

Hoe kunnen waarden en normen richtinggevende ijkpunten zijn in een ethisch geïnspireerde organisatiecultuur? De commissie vindt het belangrijk dat dit op een tweevoudige manier gebeurt: (1) met **reflectie en dialoog**, en (2) met **actie**.

2.3.1. Reflectie en dialoog: samen nadenken over richtinggevende waarden en normen

Een van de hoofdkenmerken van een waardegedreven organisatie is dat waarden en normen op alle niveaus van de voorziening in dialoog worden gebracht. Het is belangrijk dat alle betrokken medewerkers aangespoord worden om effectief na te denken over de waarden en normen die ze binnen hun functie essentieel vinden om hun werk op een bezieldere wijze te kunnen doen. Concreet betekent dit dat niet alleen de zorgverleners, maar ook alle andere medewerkers, bijvoorbeeld de medewerkers aan het onthaal, keuken en voeding, technische diensten, financiële diensten, management en directie, bestuur etc. hierover nadenken. Dat dit ook ter sprake wordt gebracht en dat er samen over wordt **gereflecteerd**. Concreet kan dit gestalte krijgen in een daadwerkelijke en breed geïnterpreteerde interdisciplinaire **dialoog** over wat men onder 'goede zorg' verstaat' (Van den Heuvel & Hansen 2014).

Reflectie en dialoog over 'goede zorg' op klinisch, institutioneel en maatschappelijk vlak

Deze reflectie en dialoog dienen te gebeuren op de drie niveaus van verantwoordelijkheid in de zorgorganisatie: het klinische niveau, het institutionele niveau en het maatschappelijke niveau.

Op **klinisch-ethisch vlak** is het van belang dat de medewerkers actief worden aangesproken op hun motivatie en verantwoordelijkheid om ethisch goede zorg te verlenen. Wat verstaan wij onder 'goede zorg'? Hoe dienen we om te gaan met de kwetsbaarheid van de patiënten en bewoners voor wie we instaan? Hoe kunnen we hun menswaardigheid optimaal bevorderen? Welke zijn de essentiële voorwaarden om dat te vervullen? Wanneer lukt het? Wanneer niet?

Voorbeelden van reflectiethema's op dit niveau kunnen worden gevonden in de klinisch-ethische adviezen van de Commissie voor Ethiek waarin er, tegen de achtergrond van een personalistische en zorgethische mensvisie, steeds wordt gezocht naar het meest menswaardige antwoord op een specifieke zorgbehoefte (Zorgnet Vlaanderen 1998a, 2000, 2002a, 2002b, 2004, 2006, 2008b, 2008c, 2009, 2012).

Op **institutioneel niveau** komt het er voor de leidinggevenden op directie- en bestuursniveau op aan om de contextvoorwaarden te scheppen voor alle medewerkers om op een ethisch geïnspireerde en bezieldere manier hun opdracht te vervullen zodat de patiënten en bewoners zich in hun kwetsbaarheid zorgzaam en professioneel beantwoord weten. Welke waarden staan op dit niveau centraal? Bieden wij onze medewerkers het nodige opdat zij 'ethisch goede zorg' kunnen verlenen? Wanneer of waarin schieten we tekort? Kunnen we verbeteren?

Voorbeelden van reflectiethema's op dit niveau zijn: de waarde van gastvrijheid (toegankelijkheid, openheid, vriendelijkheid, aanspreekbaarheid), kwaliteit (garant staan voor een zorgzame en professionele zorg en hiervoor de contextvoorwaarden scheppen zoals tijd, vorming en groeikansen voor de medewerkers, etc.), betaalbaarheid (garant staan voor een transparante facturatie, een persoonsgericht en menswaardig beleid in geval van betalingsproblemen), solidariteit (begrepen als verbondenheid, collegialiteit en groepsgevoel).

Deze reflectiethema's worden ten dele behandeld in de bovenvermelde klinisch-ethische adviezen, waarin de verantwoordelijkheden op institutioneel niveau betreffende het ondersteunen van waardigheidsbevorderende zorg aan bod komen. Voorts bieden de ethische adviezen met een specifieke organisatie-ethische insteek (Zorgnet Vlaanderen 1996, 1998, 2003, 2011) inzicht in de ethische verantwoordelijkheden voor het creëren van een goede organisatiecontext. Daarnaast kan er ook inspiratie worden gevonden in de publicatie *Zorg te koop?* (Mahieu & Denier 2009) en in de publicatie *De kracht van mensen* (Denier & Dhaene 2013).

Op **maatschappelijk niveau** komt het erop aan om als zorgvoorziening een plaats in de samenleving op te nemen als waardegedreven social-profit onderneming en als dusdanig een maatschappelijke meerwaarde te bieden.

Exemplarische voorbeelden van waardereflectie op dit niveau zijn: de waarde van rechtvaardigheid (rechtvaardig omgaan met de beschikbare middelen), maatschappelijke verantwoordelijkheid (zorgnoden in de samenleving zien en er in de mate van het mogelijke ook iets aan doen, toekomstgericht denken, ethisch verantwoorde innovatie), duurzaamheid (besef van de ecologische connotatie van het institutionele handelen), transparantie (het beleid, de keuzes en beslissingen moeten open, duidelijk en legitimeerbaar zijn), solidariteit (met de zwaksten en minstbedeelden in de samenleving).

Deze thema's worden onder meer behandeld in de ethische adviezen over *Keuzen in de zorg* (1996) en *Privatisering en commercialisering in de zorg* (2008), alsook in het cahier *Zorg te koop?* (Mahieu & Denier 2009).

2.3.2. Actie: gezamenlijke creatie van een moreel gevoelige organisatiecultuur

Naast de gezamenlijke reflectie en dialoog over de inhoudelijke waarden die de organisatie op de drie bovenvermelde niveaus richting moeten geven is het van belang dat deze waarden en bijbehorende normen concreet doorstromen doorheen het geheel van de organisatie, zowel **verticaal** doorheen alle niveaus als **horizontaal** over de verschillende afdelingen en departementen heen.

Kortom, de ethische inspiratie als geïntegreerde ethiek moet uiteindelijk iedereen in de organisatie op zijn of haar morele verantwoordelijkheid kunnen aanspreken. Dit is een dynamisch proces, waarin er constant evolutie in het denken en de actie aanwezig is. Een waardegedreven zorgvoorziening werkt hierbinnen als een **appellerende omgeving** die alle betrokkenen stimuleert tot ethische reflectie en handelen (van Dartel 2012). Als dusdanig functioneert ze ook als een **lerende omgeving** waarbinnen mensen de tijd en de mogelijkheid krijgen om te groeien en te evolueren doorheen reflectie en dialoog.

Actie: een moreel gevoelige organisatiecultuur als lerende en appellerende omgeving

Voor de **beleidsverantwoordelijken en leidinggevenden** in de organisatie is hierin een belangrijke sleutelrol weggelegd. Zij hebben immers rechtstreeks invloed op het creëren van een moreel gevoelige context voor de medewerkers en als dusdanig ook voor de patiënten, cliënten en bewoners.

In de empirische studie *De kracht van mensen* (Denier & Dhaene 2013) wordt deze invloed concreet tastbaar. Gebaseerd op getuigenissen uit de praktijk wordt aan de hand van zeven metaforen (tuin, vreemde taal, trektocht, ontmoeting, zon & storm, vleugels, masker) toegelicht hoe de dynamiek van waardegedreven leidinggeven in de zorg concreet vorm krijgt in de dagelijkse realiteit. **Wat betekent het precies om op een waardegedreven wijze leiding te geven in een zorgorganisatie?**

1. De metafoor van de **tuin** verwijst naar het dynamische karakter van een waardegedreven organisatiecultuur, vergelijkbaar met het onderhouden van een mooie tuin (kennis, geduld, actie en beschouwing, ondernemen en ondergaan, keuzes maken, het gepaste doen op het juiste moment...).
2. Net zoals het beheersen van een **vreemde taal** moet je de ethische reflectie en actie voortdurend oefenen, onderhouden en toepassen in alle geledingen en op alle niveaus. Alleen zo kan het een verworven vaardigheid zijn, een tweede natuur bij alle medewerkers en kan het geïntegreerd aanwezig zijn in alle vezels van de organisatie.
3. Waarom is ethiek überhaupt belangrijk in de zorg? Omdat zorg verlenen niet hetzelfde is als een afgewerkt product aanbieden. Het is geen geplande reis, maar wel een **trektocht**, een gezamenlijke zoektocht naar een deskundig en zorgzaam antwoord op menselijke kwetsbaarheid. Een zorgtocht is eigenlijk een relatie. De weg is het doel.
4. De leidinggevend eindverantwoordelijken scheppen de context voor een waardegedreven organisatiecultuur opdat iedereen in de organisatie op een ethisch gefundeerde wijze in zijn functie kan staan. Maar alles staat of valt met de wijze waarop directie en leidinggevend in de **ontmoeting** met mensen zelf bepaalde waarden (zoals integriteit, authenticiteit, moed en rechtvaardigheid...) belichamen en uitdragen.
5. De vijfde metafoor, **'zon & storm'**, handelt over de specifieke rol van de leidinggevende wanneer men op ethisch vlak harde en moeilijke keuzes dient te maken. Idealiter krijgt de directeur enkel de écht harde casussen op zijn bord. Hoe ga je hiermee om? Wat vraagt de ethiek dan van jou? Blijkt dat je dan daadwerkelijk met 'de botten in de modder' dient te gaan staan.
6. Wat bezielt een directeur? Waar haal je de kracht vandaan om met hart en ziel bezig te zijn met de organisatie? Dat men als persoon in deze functie in staat is om mensen **vleugels** te geven; dat men kan geloven in de kracht van mensen en in hun mogelijkheden om samen, op basis van een gedeeld waardeverhaal, de organisatie op een hoger niveau te tillen en daardoor mee de wereld beter en rechtvaardiger kan maken, was een cruciale factor.
7. De zesde metafoor, **'masker'** is een uitnodiging om met een oprecht kritische blik te kijken naar de eigenlijke rol en functie van ethiek in de organisatie. Is het waardeverhaal een authentiek ethisch verhaal, gebaseerd op een intrinsieke motivatie ('Omdat we de waarden *in se* belangrijk vinden')? Of is het daarentegen een onderdeel van een slimme managementstrategie, en dus gebaseerd op een extrinsieke motivatie ('Omdat het binnen ons managementkader past').

2.4. Grondhoudingen van waardegedreven medewerkers

Waarden en normen bestaan niet in het luchtledige. Ze worden belichaamd en uitgedragen door mensen, in het bijzonder in de **grondhoudingen** van waaruit mensen handelingen stellen (Vanlaere & Burggraeve 2013). Het is in de morele houding van mensen dat waarden en normen verinnerlijkt worden. Ze worden dan zodanig deel van jezelf dat je 'als vanzelf' de waarden en normen uitdraagt. Een zorgzaam persoon is bijvoorbeeld een persoon die de waarde van zorgzaamheid zodanig verinnerlijkt heeft dat hij altijd zorgzaam handelt. Hij kan eenvoudigweg niet anders; het tegendeel zou tegen zijn 'natuur' ingaan. In en door deze morele grondhoudingen krijgt het ethisch gehalte van een organisatie vorm en wordt het een daadwerkelijk **doorleefde moraliteit**. Kortom, een waardegedreven organisatie komt pas tot uiting in en doorheen de mensen die er vorm aan geven.

2.4.1. Zorgethiek als richtinggevend kader

De ethische theorie die het centrale belang van de doorleefde moraliteit vooropstelt is de **zorgethiek**. In essentie is deze doorleefde moraliteit relationeel, contextueel en procesmatig van aard (Gastmans 2006, Vanlaere & Gastmans 2007, 2008, Hawk 2011).

Het vertrekpunt van deze theorie is de erkenning dat alle mensen **relationeel** met elkaar verbonden zijn en dat we in en doorheen deze relaties worden wie we zijn, en dat in een **voortdurend ontwikkelingsproces**. Ook stelt deze theorie dat ethiek en waarde-afweging **contextgebonden** zijn en gebaseerd op kennis van de concrete situatie, morele ervaringen en dilemma's die zich voordoen en waarop men een antwoord wil vinden, een rijke beschrijving van de situatie in **dialog** met alle betrokkenen. Het is, met andere woorden, geen lineaire en louter rationele toepassing van abstracte principes op een concrete casus, maar wel een **uniek dynamisch en veelzijdig proces** waarbinnen men samen op zoek gaat naar het meest menswaardige antwoord op een gegeven situatie. En hierbinnen baart oefening kunst. In en door de praktijk en het proces van de zorgethische reflectie krijgt men de oefening in de vingers (Vanlaere & Gastmans 2007, 2008).

2.4.2. Dimensies en grondhoudingen

Gebaseerd op de theorie van Joan Tronto (1993, 2013), kunnen we binnen het **zorgethische reflectieproces** vijf dimensies en bijbehorende grondhoudingen onderscheiden. Het zijn geen lineaire, strikt chronologische fasen, maar wel cruciale elementen van een circulair en dynamisch proces van reflectie en actie. Als zodanig zijn ze onderling gerelateerd en overlappen ze elkaar ook vaak.

De eerste dimensie is die van **'bezorgd zijn'** (*caring about*) en houdt in dat men erkent dat er een bepaalde nood aanwezig is waaraan tegemoet moet worden gekomen. De hieraan gerelateerde grondhouding is die van **'aandachtigheid'** (*attentiveness*) voor de werkelijk bestaande noden.

De tweede dimensie is die van **'zorg opnemen'** (*taking care of*) en houdt in dat men de verantwoordelijkheid opneemt om op de een of de andere wijze aan deze nood tegemoet te komen. De hieraan gerelateerde morele grondhouding is dan ook die van **'verantwoordelijkheid'** (*responsibility*).

De derde dimensie is die van **'zorg verlenen'** (*care giving*) en houdt in dat men werkelijk actie onderneemt om op deskundige en resultaatgerichte wijze aan de nood tegemoet te komen. De hieraan gerelateerde grondhouding is die van **'deskundigheid'** (*competence*).

De vierde dimensie is die van **'zorg ontvangen'** (*care receiving*) en houdt in dat men nagaat of de ondernomen acties ook werkelijk tegemoet zijn gekomen aan de noden. De hieraan

gerelateerde morele grondhouding is die van ‘ontvankelijkheid’ of ‘responsiviteit’ (*responsiveness*) die men aan de dag legt om dit na te gaan.

De vijfde dimensie is die van ‘zorgen met’ (*caring with*). Hiermee belanden we op het politieke niveau. Willen we echt kunnen spreken van goede zorg, dan moeten de zorgtaken in de samenleving ook goed verdeeld zijn. Ze moeten in overeenstemming zijn met de democratische eisen van een rechtvaardige samenleving waarin gelijkwaardigheid en vrijheid centrale waarden zijn. De wijze waarop we met en voor elkaar zorgen is een belangrijke graadmeter voor de morele kwaliteit van onze samenleving en moet derhalve in het centrum van de politieke aandacht staan. Welke zorgnoden worden politiek ernstig genomen en welke niet? Wie doet het feitelijke zorgwerk? En op welke basis? De ethische grondwaarden die aan deze dimensie verbonden zijn, zijn **pluraliteit, communicatie, vertrouwen, respect, en solidariteit**.

2.4.3. De moreel lerende omgeving

Belangrijk is dat het zorgethisch perspectief een ethische benaderingswijze betreft die niet geïsoleerd blijft tot het domein van de klinische zorg, maar wordt toegepast op verschillende domeinen en niveaus van het maatschappelijke leven zoals onderwijs, sociaal beleid, politieke theorie, bedrijfsleven, leiderschapstheorieën, etc. (Hawk 2011, Vanlaere & Gastmans 2008).

Op dezelfde wijze stellen we in de literatuur een recente toename vast van **zorgethische reflecties op organisatieniveau** (Hamington & Sander-Staudt 2011, Sander-Staudt 2011, Tromp 2014) waarbinnen het zorgethisch perspectief wordt voorgesteld als aanbevolen kader voor de organisatie-ethische context. Immers, organisaties zijn ook gebaseerd op relationele verbindingen tussen mensen. Binnen de organisatie zijn de medewerkers op dynamische wijze, zowel horizontaal als verticaal met elkaar verbonden. Bovendien is ook elke medewerker ingebed in een netwerk van persoonlijke en professionele relaties die een impact hebben op wie hij is in de organisatie. Organisaties zijn ook altijd relationeel verbonden met hun directe en indirecte betrokkenen. Op die manier is ook de organisatie ingebed in een netwerk van veelvoudige, multidimensionele, dynamische en verweven relaties die elk op zich vragen om aandacht en focus op de kernopdracht van de onderneming.

Op die manier spelen de vijf bovenvermelde zorgethische dimensies en daartoebehorende morele grondhoudingen een belangrijke rol op (1) klinisch niveau, (2) institutioneel niveau en (3) maatschappelijk niveau, en zijn ze niet beperkt tot de grondhoudingen van de hulpverleners, maar van toepassing op *alle* medewerkers in de organisatie.

Een waardegedreven onderneming functioneert als dusdanig als een moreel lerende omgeving waarbinnen de vijfdimensionele zorgethische reflectie plaatsvindt op al deze niveaus (Hamington & Sander-Staudt 2011).

Samengevat wenst de commissie te benadrukken dat bij zorgorganisaties als waardegedreven ondernemingen de ethische inspiratie richtinggevend aanwezig is in alle vezels van de organisatie. Ze is aanwezig zowel in de mensen als in de structuren, kenmerken en doeleinden van de zorgvoorziening. Ze manifesteert zich hierin zowel op klinisch en institutioneel als op maatschappelijk niveau.

De waardegedrevenheid uit zich concreet in (1) de personalistische grondinspiratie waarbij eerbied voor de menselijke persoon en waardigheidsbevorderende zorg de centrale graadmeter zijn voor alle betrokkenen; in (2) de zorg-, mens- en samenlevingsgerichte doeleinden van de organisatie; in (3) gezamenlijke reflectie en dialoog over de richtinggevende waarden, ingebed in een moreel gevoelige organisatiecultuur; en (4) belichaamd en uitgedragen in een zorgethische grondhouding van alle betrokken medewerkers binnen de organisatie die als dusdanig functioneert als een moreel lerende omgeving.

HOOFDSTUK 3: ORIËNTATIES VOOR EEN WAARDEGEDREVEN ORGANISATIECULTUUR

Je kunt in een organisatie veel doen rond de ethiek van de zorg, maar dat kan maar als je een bepaalde ethische cultuur en structuur hebt in een organisatie. Ethiek kan je structureren en organiseren door competentie binnen te brengen. Door mensen binnen te brengen die dat kunnen. Door met leidinggevenden aan de slag te gaan, je te laten confronteren met ethische situaties, dat binnenbrengen in een groep, leren omgaan met kwetsbaarheid enzovoort.

Ik vind dat je dat niet aan het lot kunt overlaten. Je moet daar bewust mee bezig zijn. Het is niet een zaak van 'naturel' alleen. Je moet daar echt ook wel op een doordachte, professionele manier mee omgaan. Er is veel nood aan vorming daarrond. Ze zouden allemaal eerst filosoof moeten worden. En ethicus. En dan pas in een leidinggevende positie stappen... (lacht).

Een directeur patiëntenzorg
In *De kracht van mensen*, 2013, p. 36.

In het derde deel van deze visietekst gaan we na wat de bovenvermelde ethische perspectieven impliceren voor de realiteit. Wat houdt dit alles nu concreet in?

3.1. Inhoudelijke reflectievragen

3.1.1. Op het niveau van de klinische relatie

Op het niveau van de **klinische relatie** kunnen de volgende reflectievragen richtinggevend zijn voor een analyse van de mogelijkheden van waardegedreven werken in de zorg.

- Wat betekent voor mij 'goede zorg'?
- Ben ik vertrouwd met de missie en de visie van de zorgorganisatie? Is ze betekenisvol? Is ze inspirerend?
- Kan ik, naar mijn aanvoelen, binnen dit kader ethisch goede zorg verlenen?
- Indien 'neen', waarom niet? En wat moet er dan veranderen?
- Indien 'ja', wanneer lukt me dat dan? En wanneer niet?
- Welke zijn de ondersteunende factoren in dit verband?
- Welke zijn hinderpalen?
- Kan ik met ethische vragen over de hulpverlening ergens terecht in het team, de bredere organisatie?
- Worden klinisch-ethische problemen op een systematische wijze besproken?
- Wat zouden we (als team, afdeling, departement, organisatie) kunnen verbeteren om nog meer waardegedreven te kunnen werken? Welke zijn de verbetermogelijkheden op ethisch vlak?
- Als ik de organisatie met één woord zou moeten duiden, welk woord zou dit dan zijn? En beantwoordt de realiteit in dit verband aan het ideaal?
- ...

3.1.2. Op het domein van de organisatie

Binnen het domein van de **zorgorganisatie** kunnen de volgende vragen voor leidinggevers richtinggevend zijn.

- Is onze missie en visie duidelijk uitgewerkt, onderbouwd, en richtinggevend voor de hulpverlening in onze organisatie?
- Is er voldoende tijd, ruimte en ondersteuning voor systematische ethische reflectie in onze organisatie?
- Bieden we voldoende ondersteuning aan onze medewerkers in de vorm van vorming en opleiding, meldpunten en actie ter verbetering van een waardegedreven hulpverlening?
- Welke vormen van ondersteuning bieden we dan precies?
- Zijn we voldoende aanspreekbaar voor probleemmeldingen vanwege de zorgvragers en hun omgeving?
- Hebben we structurele aandacht voor verbeterpunten op het vlak van concrete, waardegedreven hulpverlening?
- Hebben we aandacht voor ethische aspecten van dossiers op het niveau van beleid en bestuur?
- Hebben we aandacht voor gewetensbezwaren van hulpverleners?
- Als we de organisatie met één woord zouden moeten duiden, welk woord zou dat dan zijn? Beantwoordt de realiteit in dit verband aan het ideaal?
- Als we lacunes detecteren op deze (of eventuele andere) punten rond waardegedreven ondernemen in de zorg, hoe pakken we ze dan aan?
- ...

3.1.3. Gerichtheid naar het maatschappelijke domein

Op het niveau van gerichtheid naar de bredere, **maatschappelijke inbedding** van zorgorganisaties kunnen de volgende richtvragen inzicht geven in de waardegedrevenheid van de zorg.

- Welke is onze concrete positie en maatschappelijke meerwaarde als zorgorganisatie naar de bredere samenleving toe?
- Kunnen we op alle zorgvragen ingaan? Waarom wel? Waarom niet?
- Wat is ons beleid wanneer we niet kunnen tegemoetkomen aan de gestelde zorgvraag? Hoe pakken we dat aan?
- Hebben we aandacht voor bredere, maatschappelijke thema's (bv. milieu, sociaal beleid en kansenbevordering, genderproblematiek, armoedeproblematiek, etc.) en wat is onze specifieke rol hierbinnen als zorgorganisatie?
- Welke input bieden we voor de ethische reflectie over gezondheidszorg op maatschappelijk niveau?
- ...

3.2. Een richtinggevende matrix

De commissie stelt een matrix voor die kan dienen als gids en toetssteen voor een geïntegreerde waardegedreven werking voor zorgorganisaties (zie figuur 3). De inhoudelijke reflectievragen kunnen binnen deze matrix concreet vorm krijgen. De **voorbeelden** in deze matrix zijn **exemplarisch** en dienen als illustratie van een mogelijke reflectievraag. Het is raadzaam dat elke organisatie een specifieke toepassing maakt op maat van de eigen voorziening.

- De X-as van de matrix brengt de drie domeinen van reflectie in kaart: (1) het klinische domein, (2) het organisatiedomein en (3) het maatschappelijke veld.
- De Y-as bevat de vier dimensies van het zorgethische reflectie- en actieproces. Daarbij beperken we ons doelbewust tot de eerste vier dimensies van de zorgethiek omdat de vijfde dimensie (i.e. de politieke dimensie) buiten het bestek van dit ethisch advies valt.

Figuur 3 – Matrix voor een geïntegreerde waardegedreven werking van zorgorganisaties

	Klinisch	Organisatie	Maatschappij
Caring about (Behoeften zien)	Luisteren naar het verhaal van de zorgvrager en omgeving Present zijn ...	Transparante informatie over pathologie, behandelmogelijkheden, kosten... Beperken van wachttijden ...	Actief opsporen van niet- of slechts gedeeltelijk ingevulde zorgbehoeften ...
Taking care of (Verantwoordelijkheid opnemen)	Betrokkenheid realiseren en verhogen, zowel in de individuele zorgrelatie als op teamniveau Continuïteit garanderen bij overgangen naar andere zorgvormen ...	Samenwerking tussen diensten en disciplines organiseren en begeleiden ...	Niet-ingevulde doelgroepen een plaats geven in de zorg door samenwerking en regionale netwerking te stimuleren, ondersteunen en begeleiden Wachttijsten beperken ...
Care giving (Professioneel zorg aanbieden)	Verbetering van deskundigheid en efficiëntie door opleiding als een persoonlijke groeimogelijkheid te beschouwen ...	Professionaliteit faciliteren (in het vormings- en opleidingsbeleid) Opvang voor medewerkers bij moeilijke gebeurtenissen garanderen ...	Kwaliteitsnormen opleggen en up-to-date houden Opleidingskwaliteit garanderen Positieve beeldvorming over de zorg ondersteunen ...
Care Receiving (Helpt het?)	Aandacht hebben voor de effectiviteit van de hulpverlening Kwaliteit van zorg, zoals beleefd door de patiënten en familie, nagaan. Naast de zorgtechnische, ook de menselijke kant inschatten. Bereid zijn tot bijsturing ...	Feedback vragen aan de stakeholders en die terugkoppelen binnen de organisatie. Verbeterpunten ondersteunen ...	De impact van het globale zorgaanbod nagaan (gezondheidsparameters, knelpunten, verbetermogelijkheden, etc.) en aanpakken. ...

CONCLUSIE

Waardegedreven ondernemen is een blijvende opdracht voor zorgorganisaties. Met dit advies bieden we belangrijke **ijkpunten** voor een evaluatie en bevordering van een waardegedreven werking op klinisch niveau, organisatieniveau en breder, maatschappelijk niveau, zowel in schriftelijke uitgangspunten als op het vlak van concrete maatregelen en actiepunten.

Als dusdanig wil dit advies een **overkoepelend kader** bieden voor bredere reflectie over visie, waarden en normen in de zorgverlening en zorgorganisatie, m.a.w. een fundamentele boomstructuur waaraan alle ethische aspecten in de zorgorganisatie op een of andere manier een plaats moeten kunnen vinden.

Het advies is een **uitnodiging** aan de directie, management en bestuur om deze reflectie en actie daadwerkelijk plaats te laten vinden in de concrete realiteit, op alle relevante niveaus. Een uitnodiging tot geplande en georganiseerde reflectie en actie. Het is tevens een **noodzakelijke voorwaarde** om überhaupt te kunnen spreken van waardegedrevenheid in de organisatie.

Niettemin willen we ook benadrukken dat in elke ethische werking, in elke zorgvuldige aanpak van het organisatie-ethisch proces, in elke planning en in elk overleg, er steeds iets zal zijn wat aan de gestructureerde planning ontsnapt (Denier 2011). En dit is essentieel. Het gaat in deze om die aspecten die niet helemaal controleerbaar en onmiddellijk realiseerbaar zijn, en dat is de eigenlijke bron van bezieling en zorgzaamheid in alles wat we doen. Het is de ethiek die **'in de muren'** zit en **'tussen de mensen leeft'**. De waardegedrevenheid die uitgestraald wordt in de bejegening, de blik, de handdruk, het luisterende oor, het geduld met elkaar. Subtiel, bijna ongrijpbaar, maar wel zeer reëel.

Een geïntegreerde waardegedreven werking is daarom ook altijd een **tandem** met twee aspecten. Ze is vooreerst geschraagd op de gezonde ambitie dat bezieling en zorgzaamheid meer moeten zijn dan mooie woorden. Er moet aan worden gewerkt. Met zijn allen de schouders eronder! En tegelijk zijn ze geschraagd op de welbegrepen bescheidenheid dat het goede essentieel ook gelegen is in kleine, schijnbaar verborgen dingen, die dingen die men niet 'plant', die men niet kan 'managen', maar die wel fundamenteel onderdeel zijn van een ethische zorg- en organisatiecultuur en die zeer bepalend zijn voor de ethiek. Met deze tandem kan een zorgorganisatie een verschil maken. Voorwaarde hiervoor is een dynamiek van bezieling en expliciete waardegedrevenheid op *alle* niveaus, in *alle* keuzes en in *alles* wat we doen. Zichtbaar en onzichtbaar.

VERKLARENDE WOORDENLIJST

Menswaardigheid: een centraal en fundamenteel concept in de ethiek van de zorg. Het is het essentiële richtsnoer voor goede zorg. Het is een niet vaststaand te definiëren begrip, maar een multidimensioneel en dynamisch concept waarbij we het onderscheid maken tussen enerzijds de *blijvende* dimensie (de fundamentele menselijke waardigheid die *ieder* mens heeft, ongeacht zijn kenmerken, maar gewoon *omdat* men mens is) en anderzijds de *dynamische* dimensie (waarbij we doorheen een procesmatige zoektocht proberen om de menswaardigheid van een persoon zo goed mogelijk te herstellen/ondersteunen/verbeteren en dit op de verschillende vlakken van fysiek, psychisch, relationeel, sociaal, spiritueel en moreel welbevinden).

Bedrijfsethiek: de ethische reflectie op de waarden en normen die in de organisatiecultuur van zorgvoorzieningen impliciet of expliciet aanwezig zijn.

Waardegedreven organisatiecultuur: een organisatiecultuur waar bepaalde waarden aanwezig zijn en ook expliciet worden benoemd als richtinggevende factoren in het management en de hulpverlening.

Bedrijfsvoering: op zich een noodzakelijk goed. Bedrijfsvoering is een onderdeel van professioneel en verstandig management. Men kan immers een zaak leiden met hart en ziel. Het is evenwel cruciaal dat de bedrijfsvoering ten dienste staat van de zorg en niet omgekeerd.

Verzakelijking: goede bedrijfsvoering is nodig, maar als die te ver doorslaat in de zorg, wordt de zorg verzakelijkt en gaat ze ten dienste staan van de bedrijfsvoering. Dat is een onwenselijke evolutie. Immers, de corebusiness is de zorg op zich. Bedrijfsvoering moet ten dienste staan van de zorg en niet omgekeerd. Verzakelijking houdt bovendien ook in dat men wegglijdt van het zorg verlenen met hart en ziel. Het houdt een verschraling in, in die zin dat er een dominante focus ontstaat op zaken zoals prestatie-indicatoren, targets, 'zorg als product', etc.

Klinische ethiek: kritische reflectie over ethische kwesties die zich aandienen in de context van het handelen binnen de concrete zorgrelatie tussen zorgvrager en hulpverlener, en dit in het licht van de vraag 'Wat is hier het goede om te doen?' Belangrijk is dat concrete antwoorden op concrete vragen steeds ingebed zijn in een bredere ethische visie op menswaardigheidsbevorderende zorg, die doorheen de hele organisatie gedragen wordt.

Organisatie-ethiek: kritische reflectie op niveau van de organisatie, i.e. kwesties die zich aandienen op het keuzeniveau van bestuur, beleid, management (bv. investering en innovatie, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg, personeelsbeleid, supplementenbeleid, etc.). Ook hier geldt dat deze keuzes ingebed dienen te zijn in een geïntegreerd ethisch waarde kader.

Sociale ethiek: Ethische reflectie vanuit het perspectief van de samenleving. Hoe moet die worden georganiseerd opdat ze rechtvaardig zou zijn? Hoe verdelen we de beperkte middelen op een billijke manier? Welke is de mate en inhoud van solidariteit? Hoe kunnen we gelijk respect voor iedereen garanderen? Welke vrijheden hebben mensen nodig om een goed leven te leiden? En welke vangnetten dienen we als samenleving te organiseren? Etc.

LITERATUUR

- Annemans M., Van Audenhove C., Vermolen H. & Heylighen A. (2012a). 'Hospital Reality from A Lying Perspective: Exploring a Sensory Research Approach.' In: Langdon P., Clarkson P., Robinson P., Lazar J. & Heylighen A. (eds.), *Designing Inclusive Systems*, Chapt. 1 (pp. 3-12). London: Springer-Verlag.
- Annemans M., Van Audenhove C., Vermolen H. & Heylighen A. (2012b). 'What makes an environment healing? Users and designer about the Maggie's Centre London.' In: Brassett J., McDonnell J., Malpass M. (eds.), *Out of Control. Proceedings of the 8th International Design and Emotion Conference*. London, 11-14 September 2012. Beschikbaar via www.asro.kuleuven.be/aida
- Baart A. (2010). 'Geef verpleegkundigen de nodige scharrelruimte.' Interview in *Zorgwijzer* 2;10: 14-15.
- Becker M., van Tongeren P., Hoekstra A., Karssing E. & Niessen R. (2010). *Deugdethiek en integriteit*. Assen: Van Gorcum.
- Callens S. & Peers J. (2003). *Organisatie van de gezondheidszorg*. Antwerpen: Intersentia.
- Cuyt F. & Geerts F. (red.) (2013). *Samen ondernemer in welzijn*. Tielt: Lannoo.
- De Dijn H. (1992). 'Grammatica van het vertrouwen.' *Tijdschrift voor Filosofie* 54;2: 214-237.
- De Dijn H. (2010). 'Ziekenhuismanagement: middel wordt doel?' *HR.square* 88: 26-32.
- De Dijn H. (2013). 'Vermaatschappelijking van de zorg. In welke maatschappij?' In: Weyns W., Estor A., Geudens S. (red.), *Marktisme. Kritiek op het berekenende samenleven*. Kalmthout: Pelckmans, pp. 187-198.
- De Rycke R. (2013). 'Ondernemen in welzijn.' In: Cuyt F. & Geerts F. (red.), *Samen ondernemer in welzijn*. Tielt: Lannoo, pp. 41-54.
- Degadt P. (2014). 'Privaat initiatief en toch niet commercieel? Kanttekeningen bij sociaal ondernemerschap in de zorg.' *Christen-Democratische Reflecties* 2;2:91-106.
- Denier Y. & Dhaene L. (2013). *De kracht van mensen. Over waardegedreven leidinggeven in de zorg*. Brussel: Zorgnet Vlaanderen.
- Denier Y. (2011). 'Zorgzaam ondernemen in de zorg. Reflecties vanuit ethisch-economisch perspectief.' *Tijdschrift voor Welzijnswerk* 35;317: 32-42.
- Desmet M. (2009). *Liefde voor het werk in tijden van management*. Lannoo: Tielt.
- Desmidt S. & Heene A. (2007). 'Mission Statement Perception: Are we all on the Same Wavelength? A Case Study in a Flemish Hospital.' *Health Care Management Review* 31;1: 77-87.
- Desmidt S., Prinzie A. & Heene A. (2008). 'The Level and Use of Mission Statement Use: a Questionnaire Survey.' *International Journal of Nursing Studies* 45: 1433-1441.
- Gallagher A. (2012). 'Slow Ethics for Nursing Practice.' *Nursing Ethics* 19;6: 711-713.
- Gastmans C. (2006). 'The Care Perspective in Healthcare Ethics.' In: A. Davis, V. Tschudin & L. De Raeve (eds.), *Essentials of Teaching and Learning in Nursing Ethics. Perspectives and Methods*. Edinburgh: Elsevier, pp. 135-148.
- Gastmans C. (2013). 'Dignity-Enhancing Care for Persons with Dementia and its Application to Advance Euthanasia Directives.' In: Y. Denier, C. Gastmans & A. Vandevelde (eds.), *Justice; Luck and Responsibility in Health Care*. Dordrecht: Springer, pp. 145-165.
- Gastmans C., Schotsmans P. & Dierckx de Casterlé B. (1998). 'Nursing Considered as a Moral Practice: A Philosophical-Ethical Interpretation of Nursing.' *Kennedy Institute of Ethics Journal* 8;1: 43-69.
- Grün A. & Aspländer F. (2007). *Spiritueel leidinggeven. Benedictijnse praktijklessen voor mensen en bedrijf*. Tielt: Lannoo.
- Hamington M. & Sander-Staudt M. (eds) (2011). *Applying Care Ethics to Business*. Dordrecht: Springer.

- Hawk T. (2011). 'An Ethic of Care: A Relational Ethic for the Relational Characteristics of Organizations.' In: M. Hamington & M. Sander-Staudt (eds), *Applying Care Ethics to Business*. Dordrecht: Springer, pp. 3-34.
- Janssens M. & Put J. (2009). *Deugdelijk bestuur in de non-profit welzijns- en gezondheidssector*. Leuven: Acco.
- Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België. (2013). *Management in de zorg*. Advies 27 april 2013. Zie: www.zorg-en-gezondheid.be/Over-ons/KAGB/Adviezen/Advies,-27-april-2013,-management-in-de-zorg
- Langdon P., Clarkson J., Robinson P., Lazar J., Heylighen A. (eds.) (2012). *Designing Inclusive Systems*. London: Springer-Verlag.
- Liégeois A. (2009). *Waarden in dialoog*. Tielt: Lannoo.
- Mahieu S. & Denier Y. (2009). *Zorg te koop? Standpunten over privatisering, commercialisering en marktwerking*. Brussel: Zorgnet Vlaanderen.
- Moesen W. (2014). 'Waarom de social profit een economische sector is met net dat tikkeltje meer.' *Christen-Democratische Reflecties* 2;2:7-20.
- Pijnenburg M. & Nuy M. (2003). *Het ziekenhuis als morele gemeenschap*. Damon: Budel.
- Pijnenburg M., Let C. & Berden B. (red) (2010). *Menslievende zorg, management en kwaliteit*. Budel: Damon.
- Reynaert E. (1998). *Handleiding sociale auditing*. Leuven: Acco.
- Sander-Staudt M. (2011). 'Care as a Corporate Virtue.' In: M. Hamington & M. Sander-Staudt (eds), *Applying Care Ethics to Business*. Dordrecht: Springer, pp. 259-277.
- Schokkaert E. (1998). 'Warm en koud. Solidariteit en verantwoordelijkheid in de ziekteverzekering.' *Ethische Perspectieven* 8;3: 135-146.
- Schotsmans, P. (1999). 'Personalism in Medical Ethics.' *Ethical Perspectives* 6;1: 10-20.
- Stroobants E. & Verhaest P. (2012). *Architectonica. Een thuis voor mensen met dementie*. Berchem: Epo.
- Tromp T. (2014). 'MVO vanuit een zorgethisch zorgconcept.' In: Lootens D. (red.), *Mensgericht sociaal ondernemen*. Antwerpen: Garant, pp. 49-72.
- Tronto J. (1993). *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care*. New York: Routledge.
- Tronto J. (2013). *Caring Democracy. Markets, Equality & Justice*. New York: New York University Press.
- Van Dartel H. (2012). *Ethiekbeleid voor zorgorganisaties. Een handelingsgericht perspectief*. Assen: Van Gorcum.
- Van Dartel J., Jacobs M., Jeurissen R. (2002). *Ethiek bedrijven in de zorg. Een zaak van het management*. Assen: Van Gorcum.
- Van den Heuvel B. & Hansen B. (2014). 'MVO en besturen van sociale ondernemingen: remmende voorsprong of stimulerende achterstand?' in Lootens D. (red.). *Mensgericht sociaal ondernemen*, Antwerpen: Garant, pp. 105-124.
- Van der Arend A. & Gastmans C. (2002). *Ethisch zorg verlenen. Handboek voor de verpleegkundige beroepen*. Baarn: HB Uitgevers.
- Van Heijst A. & Vosman F. (2011). 'Managen van menslievende zorg: herbepalen waar de gezondheidszorg toe dient.' In: M. Pijnenburg, C. Let & B. Berden (red.), *Menslievende zorg, management en kwaliteit*. Budel: Damon, pp. 11-39.
- Van Steenwinkel I., Van Audenhove C. & Heylighen, A. (2012). 'Spatial Clues for Orientation: Architectural Design Meets People with Dementia.' In: Langdon P., Clarkson P., Robinson P., Lazar J., Heylighen A. (eds.), *Designing Inclusive Systems*, Chapt. 23 (pp. 227-236). London: Springer-Verlag.

- Van Tongeren P. (2003). *Deugdelijk leven. Een inleiding in de deugdeethiek*. Nijmegen: SUN.
- Vandijck D., Desmidt S. & Buelens M. (2007). 'Relevance of Mission Statements in Flemish Not-for-profit Healthcare Organizations.' *Journal of Nursing Management* 15: 131-141.
- Vanlaere L. & Burggraeve R. (2013). *Gekkenwerk. Kleine ondeugden voor zorgdragers*. Tielt: Lannoo.
- Vanlaere L. & Gastmans C. (2007). 'Ethics in Nursing Education. Learning to Reflect on Care Practices.' *Nursing Ethics* 14;6: 758-766.
- Vanlaere L. & Gastmans C. (2008). 'Zorg en normativiteit. Een kijk vanuit het Leuvense personalisme.' *Bijdragen. International Journal in Philosophy and Theology* 69;4: 443-469.
- Verhaeghe P. (2013a). 'Ondernemen, welzijn, samen: een recept voor een geslaagde gemeenschap.' *Tijdschrift voor Welzijnswerk* 37;333: 3-16.
- Verhaeghe P. (2013b). 'Beheersbaarheid is de grote illusie'. – Een gesprek met Paul Verhaeghe over ondernemerschap in zorg en welzijn.' In: Cuyt F. & Geerts F (red.). *Samen ondernemer in welzijn*. Tielt: Lannoo, pp. 161-174.
- Verstraeten J. (2003). *Leiderschap met hart en ziel. Spiritualiteit als weg naar oorspronkelijkheid*. Tielt: Lannoo.
- Vlaams Welzijnsverbond (2010). *Ethisch Advies 6, Zorgzame ondernemers in de zorg*. Brussel: Vlaams Welzijnsverbond.
- Zorgnet Vlaanderen (1996). *Ethisch Advies 2, Keuzes in de zorg*. Brussel: Zorgnet Vlaanderen.
- Zorgnet Vlaanderen (1998a). *Ethisch Advies 3, Zwangerschapsafbreking*. Brussel: Zorgnet Vlaanderen.
- Zorgnet Vlaanderen (1998b). *Ethisch Advies 4, Kamer- en honorariumsupplementen in ziekenhuisverband*. Brussel: Zorgnet Vlaanderen.
- Zorgnet Vlaanderen (2000). *Ethisch Advies 6, Kunstmatige voedsel- en vochttoediening in de ultieme terminale fase van dementerende personen*. Brussel: Zorgnet Vlaanderen.
- Zorgnet Vlaanderen (2002a). *Ethisch Advies 1, Zorg voor een menswaardig levenseinde*. Brussel: Zorgnet Vlaanderen.
- Zorgnet Vlaanderen (2002b). *Ethisch Advies 7, Niet starten en/of staken van levensverlengende medische behandelingen in de terminale fase*. Brussel: Zorgnet Vlaanderen.
- Zorgnet Vlaanderen (2003). *Ethisch Advies 8, Pluralisme en ethische dialoog in christelijke verzorgingsinstellingen*. Brussel: Zorgnet Vlaanderen.
- Zorgnet Vlaanderen (2004). *Ethisch Advies 9, Omgaan met vrijheidsbeperkende maatregelen in de zorg voor ouderen*. Brussel: Zorgnet Vlaanderen.
- Zorgnet Vlaanderen (2006). *Ethisch Advies 10, Euthanasie bij personen met dementie. Een principieel standpunt*. Brussel: Zorgnet Vlaanderen.
- Zorgnet Vlaanderen (2008a). *Ethisch Advies 11, Privatisering en commercialisering in de gezondheidszorg. Ethische reflecties vanuit privaat social profit initiatief*. Brussel: Zorgnet Vlaanderen.
- Zorgnet Vlaanderen (2008b). *Ethisch Advies 12, Het zorgproces rond prenatale diagnostiek*. Brussel: Zorgnet Vlaanderen.
- Zorgnet Vlaanderen (2008c). *Ethisch Advies 13, Het zorgproces inzake zwangerschapsafbreking na prenatale diagnostiek*. Brussel: Zorgnet Vlaanderen.
- Zorgnet Vlaanderen (2009). *Ethisch Advies 14, Medische beslissingen omtrent het levenseinde van ernstig zieke pasgeborenen*. Brussel: Zorgnet Vlaanderen.
- Zorgnet Vlaanderen (2011). *Ethisch Advies 15, Goede zorg bij etnisch-culturele diversiteit*. Brussel: Zorgnet Vlaanderen.
- Zorgnet Vlaanderen (2012). *Ethisch Advies 16, Palliatieve sedatie*. Brussel: Zorgnet Vlaanderen.

