

Verantwoordelijkheid en schaarste in de zorg

1. Inleiding

Verantwoordelijkheid en schaarste in de zorg is één van de thema's van de Agenda Ethiek V&VN 2004-2006.¹ De Commissie Ethiek V&VN constateert dat schaarste in de zorg een belangrijk, maar ook ingewikkeld thema is. In de Agenda Ethiek onderscheidt zij vooralsnog drie aspecten van het thema:

- Wat is een goede attitude volgens de beroepsgroep bij de confrontatie met schaarste?
- Is er een ondergrens aan de vereiste deskundigheid van zorgverleners, indien door schaarste aan middelen (budget en/of beschikbaarheid goed opgeleide mensen) instellingen de neiging hebben laag of niet-geschoold personeel aan te stellen?
- Wat is de verantwoordelijkheid van een instelling of een individuele verpleegkundige of verzorgende indien zij door schaarste tegen een grens oplopen?

In deze notitie werkt de Commissie Ethiek V&VN het thema schaarste in de zorg verder uit. De bovengenoemde aspecten komen daarin terug. De Commissie geeft geen definitie van schaarste om te voorkomen dat de betekenis van het begrip al teveel ingeperkt wordt. Bovendien is het lastig om schaarste precies te definiëren. Heel algemeen gesteld gaat het bij schaarste om een beperkte beschikbaarheid van middelen (geld, tijd, personeel) in verhouding tot een gestelde norm. Of de gestelde norm voldoet, is voortdurend onderwerp van discussie. Daarbij speelt het perspectief van waaruit iemand naar de beschikbare middelen kijkt ook een rol: de individuele zorgverlener kijkt waarschijnlijk met andere ogen naar de schaarste dan een manager (zie paragraaf 7.2).

De notitie start met een korte schets van de verschillende niveaus waarop beslissingen genomen worden, die van invloed zijn op het ontstaan of voortduren van schaarste. Deze korte schets heeft tot doel te laten zien dat ieder niveau daarbij zijn eigen verantwoordelijkheid heeft. De notitie gaat vervolgens in op de verschillende aspecten van verantwoordelijkheid die een verpleegkundige of verzorgende heeft bij de uitoefening van haar beroep. Hierna volgt een paragraaf over de invloed van schaarste op die verantwoordelijkheden bij de beroepsuitoefening. In een aparte paragraaf komt schaarste en het aanstellingsbeleid van personeel aan de orde. Het doel van deze paragrafen is om inzicht te bieden in de problematiek van schaarste en beroepsuitoefening.

De notitie eindigt met verschillende paragrafen waarin de punten, die uit het inleidende deel naar voren zijn gekomen, worden uitgewerkt. De Commissie Ethiek geeft daarin aanbevelingen en suggesties voor het omgaan met schaarste.

Naast aandacht voor de individuele verpleegkundige of verzorgende en schaarste in de zorg, is er ook aandacht voor leidinggevend en het management. Ook zij hebben met schaarste te maken en spelen in de omgang daarmee een rol. Hun beslissingen zijn van invloed op de beschikbare 'middelen' (materialen, tijd, menskracht) in de directe zorgverlening.

¹ AVVV (2004) Agenda Ethiek AVVV 2004-2006 (zie www.venvn.nl → organisatie → centrale commissies → ethiek)

2. De invloed van beslissingen op verschillende niveaus

De gezondheidszorg is een complex systeem en beslissingen op het ene niveau hebben gevolgen voor de beschikbare middelen en de werkzaamheden op een ander niveau. Voor een analyse van het thema verantwoordelijkheid en schaarste in de zorg is het volgende globale onderscheid in niveaus van belang:

- het niveau van de samenleving (macroniveau)
- het niveau van de instelling (mesoniveau)
- het niveau van de individuele verpleegkundige of verzorgende (microniveau).

Het niveau van de samenleving staat voor de overheid die de budgetten beschikbaar stelt voor de verschillende sectoren, waaronder de gezondheidszorg. Als de overheid een grens stelt of moet stellen aan het budget voor de gezondheidszorg, heeft dat gevolgen voor de instellingen die zorg verlenen.

Op het niveau van de instelling neemt de directie, het managementteam of de leidinggevende allerlei beslissingen over de verdeling van middelen binnen de instelling.² Die beslissingen bepalen welke mogelijkheden verschillende onderdelen, groepen of teams binnen de instelling hebben bij de uitvoering van hun werk. Een beslissing om bij bezuinigingen alle afdelingen evenveel te laten inleveren, kan voor de ene afdeling betekenen dat alle zorg nog gegeven kan worden. De zorgverlening op een andere afdeling kan door die bezuinigingen echter in de problemen komen. Een beslissing om vanwege een beperkt budget lager of niet-geschoold personeel aan te stellen kan gevolgen hebben voor de kwaliteit van de zorgverlening.

Ook een individuele verpleegkundige of verzorgende neemt beslissingen over de verdeling van (schaarse) middelen. Zij verdeelt haar tijd en aandacht over verschillende taken en over de zorgvragers die aan haar zorgen zijn toevertrouwd. Zij staat voor de vraag of zij haar tijd moet besteden aan het invullen van al het papierwerk of dat zij misschien toch voorrang moet geven aan de zorg aan de zorgvrager. Zij moet afwegen welke zorg een zorgvrager in ieder geval moet krijgen als niet alles kan op dit moment of welke zorgvrager haar aandacht het meeste nodig heeft. Ook hier kan schaarste een negatieve invloed hebben op de kwaliteit van de zorgverlening en een grotere belasting voor zorgverleners, mantelzorgers en zorgvragers tot gevolg hebben.

Uit deze korte schets van de verschillende niveaus waarop beslissingen over de verdeling van middelen worden genomen komt naar voren dat ieder niveau een eigen verantwoordelijkheid heeft voor het ontstaan van en de omgang met schaarste. De beslissingen van ieder niveau hebben gevolgen voor het niveau daaronder en omgekeerd.

Voor de individuele verpleegkundigen en verzorgenden in de directe zorgverlening betekent dit:

² Binnen een instelling kunnen er ook weer verschillende niveaus zijn, waarop beslissingen genomen worden. Voor de globale indeling in niveaus zijn deze verschillende niveaus binnen de instelling samengenomen als niveau van de instelling.

- Dat zij zelden direct verantwoordelijk zijn voor het ontstaan van schaarste.
Dat de individuele verpleegkundige of verzorgende met beperkte middelen moet werken is veelal het gevolg van beslissingen, die op een hoger niveau (de instelling, de overheid) genomen zijn.
- Dat zij wel een eigen verantwoordelijkheid hebben voor de omgang met schaarste op hun eigen niveau van de directe zorgverlening.
Hoe de individuele verpleegkundige of verzorgende haar beperkte 'middelen' (vooral tijd en aandacht) verdeelt, is (mede) haar verantwoordelijkheid.

Voor de directie, het managementteam en leidinggevenden betekent dit:

- Dat zij niet altijd alleen verantwoordelijk zijn voor het ontstaan van schaarste.
- Dat zij een eigen verantwoordelijkheid hebben voor het ontstaan van en de omgang met schaarste op hun eigen niveau.
- Dat zij een verantwoordelijkheid hebben voor het ontstaan van en de omgang met schaarste op het onderliggende niveau. Met hun beslissingen kunnen zij de schaarste in de directe zorgverlening beïnvloeden.

3. Verschillende aspecten van verantwoordelijkheid bij de beroepsuitoefening

Bij de uitoefening van hun beroep hebben verpleegkundigen en verzorgenden te maken met verschillende aspecten van verantwoordelijkheid.

Voorzover een verpleegkundige of verzorgende in dienst is van een organisatie of instelling kan zij van haar leidinggevende de opdracht krijgen om zorgvragers bepaalde zorg te geven. De verpleegkundige of verzorgende krijgt een bepaalde taak opgedragen. Zij heeft vervolgens de verantwoordelijkheid om die taak uit te voeren. Ook als een verpleegkundige of verzorgende werkzaam is als zelfstandige kan zij een taak opgedragen krijgen. De opdrachtgever is in dit geval de zorgvrager. Indien de verpleegkundige of verzorgende de opdracht aanneemt, heeft zij ook hier de verantwoordelijkheid om de opdracht (taak) uit te voeren.

Bij de uitvoering van de taak verschijnt er een volgende verantwoordelijkheid. Het is niet alleen belangrijk dat de verpleegkundige of verzorgende de taak uitvoert. De zorgverlening bij de uitvoering van de taak moet ook aan bepaalde professionele eisen voldoen. De verpleegkundige en verzorgende heeft daarom een eigen verantwoordelijkheid om goede zorg te verlenen, die voldoet aan de professionele standaard van de beroepsgroep.

Tenslotte heeft de verpleegkundige of verzorgende een verantwoordelijkheid in de relatie met de individuele zorgvrager. Uitgangspunt is hierbij de morele gevoeligheid van de verpleegkundige of verzorgende voor het morele appèl van deze zorgvrager. Het is belangrijk dat de verpleegkundige of verzorgende de gevoeligheid heeft om het beroep dat de zorgvrager op haar doet, te kunnen horen en dat zij de bereidheid heeft om daarop te reageren.

Aandachtige betrokkenheid op deze zorgvrager omvat vervolgens ook openstaan voor de respons van deze zorgvrager op de geboden zorg.³

De Commissie Ethiek onderscheidt dus de volgende drie aspecten van verantwoordelijkheid:

1. verantwoordelijkheid voor het uitvoeren van de opgedragen of aangenomen taak: functionele verantwoordelijkheid
2. verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de inhoud van de zorg: professionele verantwoordelijkheid
3. verantwoordelijkheid jegens de persoon van de zorgvrager: persoonlijke verantwoordelijkheid.⁴

Spreken de functionele en professionele verantwoordelijkheid, nagenoeg voor zichzelf, wat de persoonlijke verantwoordelijkheid precies inhoudt is moeilijker te omschrijven. Omdat het naar de mening van de Commissie Ethiek om een zeer belangrijke dimensie van verantwoordelijkheid gaat, gaan we er nog wat dieper op in.

Persoonlijke verantwoordelijkheid vangt aan met het appèl dat de zorgvrager op de zorgverlener doet. Dat vraagt ook om een ontvankelijkheid en gevoeligheid van de zorgverlener voor het appèl van de zorgvrager. Vervolgens betekent deze gevoeligheid voor het morele appèl en de respons van de zorgvrager in het zorgproces dat de verpleegkundige of verzorgende en de zorgvrager zich niet slechts als beroepsbeoefenaar en zorgvrager aangesproken en herkend voelen, maar ook als mens. Voor de verpleegkundige of verzorgende leidt het ertoe dat zij zich ook als persoon verantwoordelijk voelt voor een ander persoon.

Uit onderzoek blijkt het belang van het persoonlijke voor de zorg. Waardering voor goede zorgverleners wordt niet alleen bepaald door wat de zorgverleners doen, maar vooral door wie ze voor de zorgvrager zijn. Dat betekent dat de persoon van de zorgverlener er zeer toe doet.⁵ De persoonlijke dimensie van de zorgverlening is geen vanzelfsprekendheid. Centraal bij de persoonlijke verantwoordelijkheid van de verpleegkundige of verzorgende staat de relatie met de zorgvrager. Slechts in die relatie kan de persoonlijke verantwoordelijkheid worden gerealiseerd. Daarmee draagt de verpleegkundige of verzorgende ook verantwoordelijkheid voor het tot stand brengen en onderhouden van die relatie. Het maakt ook dat de ene

³ Tronto, J.C. (1993) *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care*. New York/London: Routledge.

Verkerk, M.A. (2001) Over drang als goed zorgen - een zorgethische beschouwing, *Tijdschrift voor geneeskunde en ethiek*, 11, 4, 101-106.

Verkerk, M.A. en Maeckelberghe, E.L.M. (2003) Zelf vragen? Het concept van autonomie vanuit het perspectief van een relationele ethiek, *Pedagogisch Tijdschrift*, 28, 2, 141-158.

⁴ Ondanks de beperkingen van de terminologie denkt de Commissie Ethiek dat 'persoonlijke verantwoordelijkheid' toch de beste aanduiding is van de verantwoordelijkheid jegens de zorgvrager. Het gaat om de verantwoordelijkheid die de verpleegkundige of verzorgende als persoon voor de persoon van de zorgvrager heeft.

⁵ Reinders, H. en Stegenga, M. (2006) Professionals in de gekantelde organisatie. Kritische kanttekeningen vanuit ethisch perspectief, *NTZ*, 32, 2, 67-81.

zorgverlener niet vervangen kan worden door de andere zorgverlener zonder dat dit gevolgen heeft voor de relatie.⁶

De aandachtige betrokkenheid op de zorgvrager en het openstaan voor zijn respons maken ook een bepaalde wederkerigheid binnen de zorgrelatie mogelijk. De verpleegkundige of verzorgende verleent zorg aan de zorgvrager. Zij ontvangt van de zorgvrager ook iets terug, namelijk respons. En daarmee herkenning voor wat zij doet en voor wie zij is.⁷

Voor de verpleegkundige of verzorgende en voor de zorgvrager is dit persoonlijke en relationele aspect van de zorgverlening belangrijk. Als het persoonlijke en de persoonlijke verantwoordelijkheid binnen het zorgproces afwezig zijn, verdwijnt de kern van goede zorg (en een belangrijke motivatiebron voor de zorgverlener).

Afhankelijk van de opvatting van professionaliteit kan het idee bestaan dat persoonlijke verantwoordelijkheid meer of minder binnen de professionele verantwoordelijkheid valt. Toch is er een verschil: professionele verantwoordelijkheid heb je als professional. De persoonlijke verantwoordelijkheid ontstaat pas in de concrete relatie van de individuele zorgverlener met de individuele zorgvrager. De Commissie Ethiek benoemt de persoonlijke verantwoordelijkheid daarom apart, ook omdat dit aspect van verantwoordelijkheid vanuit ethisch perspectief zo belangrijk is.

Leidinggevend, het management en verschillende aspecten van verantwoordelijkheid bij de beroepsuitoefening

De verschillende aspecten van verantwoordelijkheid (functioneel, professioneel en persoonlijk) gelden ook voor leidinggevend en het management. Ook zij hebben een verantwoordelijkheid om hun taken goed uit te voeren. Ze hebben eveneens een professionele verantwoordelijkheid om bij de uitvoering van hun taken te voldoen aan kwaliteitseisen van goed leiding geven en goed managen. Dat vraagt van leidinggevend en managers dat zij verpleegkundigen en verzorgenden de ruimte te geven om te werken volgens de kwaliteitseisen, die vanuit de beroepsgroep aan de zorgverlening gesteld worden. Zeker leidinggevend en managers met een verpleegkundige of verzorgende achtergrond zouden zich hiervan bewust moeten zijn, omdat zij tot dezelfde beroepsgroep behoren. Tenslotte hebben leidinggevend/het management ook een persoonlijke verantwoordelijkheid. Zij hebben een eigen verantwoordelijkheid voor de manier waarop zij de verpleegkundigen en/of verzorgenden aan wie zij leiding geven tegemoet treden. Belangrijk daarbij is aandachtige betrokkenheid op de verpleegkundigen en/of verzorgenden en ontvankelijkheid voor de signalen en opmerkingen van de genen, die direct te maken krijgen met de gevolgen van hun beslissingen.

⁶ Op het niveau van de functionele verantwoordelijkheid (de uitvoering van de taak) en de professionele verantwoordelijkheid kan de ene zorgverlener wel vervangen worden door de andere, omdat alle zorgverleners de taken volgens de kwaliteitseisen van de beroepsgroep kunnen uitvoeren.

⁷ Gastmans, C. & Vanlaere, L. (2005) *Cirkels van zorg. Ethisch omgaan met ouderen*. Leuven: Uitgeverij Davidsfonds, Uitgeverij Ten Have, 16-21.

De beroepsgroep en verantwoordelijkheid voor de beroepsuitoefening

Naast de verantwoordelijkheid die er voor individuele verpleegkundigen en verzorgenden, maar ook voor leidinggevend en managers is, is er ook een verantwoordelijkheid op het niveau van de beroepsgroep te onderscheiden. Deze verantwoordelijkheid heeft niet direct betrekking op de zorg voor individuele zorgverleners en zorgontvangers, maar op de maatschappelijke condities voor goede zorgverlening. Bij de realisatie van deze verantwoordelijkheid is een rol weggelegd voor beroepsorganisaties naast of in samenwerking met het handelen van individuele leden.

4. De invloed van schaarste op de beroepsuitoefening

In het ideale geval zijn de verschillende aspecten van verantwoordelijkheid die we onderscheiden bij de individuele beroepsuitoefening met elkaar in evenwicht: de verpleegkundige of verzorgende kan de opgedragen taken (functionele verantwoordelijkheid) uitvoeren op een manier die voldoet aan de kwaliteitseisen van de beroepsgroep (professionele verantwoordelijkheid) en met voldoende aandachtige betrokkenheid voor de persoon van de zorgvrager (persoonlijke verantwoordelijkheid).

Onder invloed van schaarste kan dit evenwicht echter onder druk komen te staan. Hieronder beschrijven we hoe dat gebeurt en wat de effecten ervan zijn.

4.1 Schaarste en functionele verantwoordelijkheid

Een van de huidige trends is 'economisering van de zorg'.⁸ Dit houdt in dat het denken in financieel-economische termen over de zorg steeds belangrijker wordt. Er komt binnen de zorg onder andere meer aandacht voor bedrijfsmatig werken, voor doelmatigheid, voor klantgerichtheid en voor oriëntatie op de markt. Een reden voor deze trend is ongetwijfeld de poging van de overheid om tot kostenbeheersing van de gezondheidszorg te komen. Deze ontwikkeling is niet alleen negatief. Het is belangrijk dat organisaties 'doelmatig' en 'efficiënt' werken, dat zij 'klantgericht' zijn en dat zij op een verantwoorde manier met het beschikbare budget omgaan.

Niettemin zit er ook een negatieve kant aan deze ontwikkelingen. Onder invloed van de veranderingen in de zorg gaan steeds meer instellingen zichzelf zien als een bedrijf en denken in termen van bedrijfsmatigheid. Zij schrijven beleidsnotities over hun concurrentie- en marktpositie, die behouden moet blijven, en over zorgproducten en diensten die zij aanbieden.

Deze nadruk op bedrijfsmatigheid kan tot gevolg hebben dat de instelling en met name het management vooral oog heeft voor de financieel-economische waarden. Het halen van 'productienormen' kan centraal komen te staan. Binnen de zorgverlening betekent dit onder

⁸ Deze paragraaf is geïnspireerd door:
 Puffers, K. (2002) *Professie, profijt en solidariteit. Over het nut en de noodzaak van draagvlak voor zorg met winstoogmerk*. Zoetermeer: RVZ (Achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg).
 Hout, E.J.Th. van, Puffers, K. (2004) De waarde van de norm. In: CEG, *Economisering van zorg en beroepsethiek*. Zoetermeer: CEG, 113-162.

meer dat de aandacht vooral uitgaat naar het aantal uitgevoerde taken binnen een bepaalde tijd.

Schaarste kan deze aandacht voor financieel-economische waarden nog versterken en ertoe leiden dat de nadruk alleen nog maar komt te liggen op de uitvoering van taken. Anders gezegd: bij schaarste kan het functionele perspectief gaan domineren. Zorgverleners worden dan minder aangesproken op hun professionele en persoonlijke verantwoordelijkheid.

Vanuit deze dominantie kan een leidinggevende/het management onder invloed van bezuinigingen steeds meer taken opleggen aan een team of aan individuele verpleegkundigen of verzorgenden. Het gevolg daarvan kan zijn dat verpleegkundigen en verzorgenden geen tijd meer hebben om alle taken te verrichten en/of om de afzonderlijke taken goed te verrichten. Een ander gevolg kan zijn dat verpleegkundigen en verzorgenden geen ruimte meer hebben om recht te doen aan de beide andere aspecten van verantwoordelijkheid bij de beroepsuitoefening, namelijk hun professionele en hun persoonlijke verantwoordelijkheid.

4.2 **Schaarste en professionele verantwoordelijkheid**

Vanuit het perspectief van de professionele verantwoordelijkheid gaat het er om zorg te verlenen, die voldoet aan de kwaliteitseisen die de beroepsgroep op basis van haar professionele opvatting aan de zorgverlening stelt.⁹ Bij de beschikbare middelen (tijd en personeel) is er een bepaalde verhouding tussen zorg, die voldoet aan de kwaliteitseisen van de professionele beroepsuitoefening en het aantal zorgvragers aan wie die zorg geleverd kan worden. Zodra er meer taken of zorgvragers zijn, kan het moeilijker zo niet onmogelijk zijn om zorg te geven, die voldoet aan de kwaliteitseisen van de beroepsgroep en recht doet aan de zorgbehoefte van de zorgvrager.

Een reactie van verpleegkundigen en verzorgenden op dominantie van het functionele perspectief kan zijn dat zij blijven vasthouden aan de kwaliteitseisen, die vanuit de professionele opvatting van de beroepsgroep aan de zorgverlening gesteld worden. Zij blijven ruimte opeisen voor hun professionele verantwoordelijkheid. Zij helpen bij wijze van spreken liever vijf zorgvragers op een goede manier dan dat zij bij tien zorgvragers half werk leveren.¹⁰

Vasthouden aan de kwaliteitseisen van de beroepsgroep kan echter op gespannen voet komen te staan met de toegankelijkheid van de zorg. Dat wil zeggen: er is opnieuw een botsing tussen waarden, namelijk tussen kwaliteit van zorg en toegankelijkheid van zorg. Indien verpleegkundigen en verzorgenden voor een patiëntenstop zouden pleiten om te voorkomen

⁹ Voor kwaliteitseisen volgens de professionele opvatting van de beroepsgroep zie onder meer; Nationale Beroepcode
Leistra, E., Liefhebber, S., Geomini, M., Hens, H. (1999) *Beroepsprofiel van de verpleegkundige*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg/LEVV
Haterd, J. van den, Liefhebber, S., Leistra, E., Hens, H. (2000) *Beroepsprofiel van helpenden en verzorgenden*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg/LEVV

¹⁰ *Profs met een plan*. Utrecht: AVVV, februari 2004.
In het najaar van 2003 heeft V&VN (toen nog AVVV) een digitale peiling gehouden onder verpleegkundigen en verzorgenden. Zij konden een reactie geven op een aantal vragen. Op de vraag

dat de kwaliteit van zorg op de afdeling onder het niveau komt dat vanuit de beroepsgroep aan de zorgverlening wordt gesteld, heeft dat gevolgen voor zorgvragers. Zorg volgens de kwaliteitseisen van de beroepsgroep voor een bepaald aantal zorgvragers betekent dat andere zorgvragers mogelijk geen toegang hebben tot de zorg.¹¹ En dat zij die buiten de formele zorg blijven, dus mogelijk zorg van te geringe kwaliteit ontvangen met risico's van onaanvaardbare gezondheidsschade.

Zorgvragers zouden een afweging tussen de kwaliteit van zorg en de toegankelijkheid van de zorg anders kunnen maken dan de beroepsgroep. Vanuit het perspectief van de zorgvragers en de informele zorgverleners die hen ondersteunen, zou de toegankelijkheid ('opgenomen worden') veel belangrijker kunnen zijn dan dat zij geholpen worden volgens de kwaliteitseisen van de beroepsgroep.

4.3 **Schaarste en persoonlijke verantwoordelijkheid**

Het derde aspect van verantwoordelijkheid bij de beroepsuitoefening, namelijk persoonlijke verantwoordelijkheid, zal naar verwachting het meest onder druk komen te staan bij schaarste. Terwijl de kans groot is dat bij schaarste het functionele perspectief gaat domineren (zie paragraaf 4.1), is de kans op dominantie van de persoonlijke verantwoordelijkheid dan juist niet erg waarschijnlijk.¹²

Op het moment dat er te weinig middelen (in de vorm van tijd en personeel) zijn, zal het voor verpleegkundigen en verzorgenden steeds moeilijker zijn om met aandachtige betrokkenheid op de zorgvrager zorg te verlenen en om te antwoorden op het morele appèl van de zorgvrager. Daarmee verdwijnt een essentieel element van de zorg. Juist deze verantwoordelijkheid, die alleen in de relatie tussen zorgverlener en zorgvrager tot zijn recht kan komen, is vanuit ethisch perspectief belangrijk voor zorgverleners en zorgvragers (zie paragraaf 3). Bij schaarste verdwijnt niet alleen de mogelijkheid om persoonlijke verantwoordelijkheid gestalte te geven, ook de kwaliteit van de relatie tussen zorgverlener en zorgvrager, waarbinnen die verantwoordelijkheid zijn plaats heeft, wordt uitgehold.

4.4 **Mogelijke gevolgen voor verpleegkundigen, verzorgenden en zorgvragers**

'Ik help liever 5 patiënten op een goede manier dan dat ik bij 10 patiënten half werk aflever' antwoordde 90% van de respondenten met 'ja'.

¹¹ Veel van de respondenten van de digitale peiling zijn zich bewust van dit probleem. Indien vijf patiënten op een goede manier helpen betekent dat de andere vijf zorgvragers geen zorg zouden krijgen, is dat voor deze respondenten onacceptabel.

¹² Dat betekent niet dat dominantie van de persoonlijke verantwoordelijkheid nooit mogelijk is, alleen dat bij schaarste deze dominantie onwaarschijnlijk is.

Net zoals er kanttekeningen geplaatst kunnen worden bij dominantie van het functionele en professionele perspectief, kunnen er kanttekeningen geplaatst worden bij dominantie van het persoonlijke perspectief. Dominantie van de persoonlijke verantwoordelijkheid houdt in dat de zorgverlener alleen maar oog heeft voor haar verantwoordelijkheid jegens de persoon van de zorgvrager. Het gevaar dreigt van een grenzeloze betrokkenheid bij de zorgvrager, waardoor de zorgverlener haar functionele en professionele verantwoordelijkheid uit het oog verliest. De grenzeloze betrokkenheid bij de zorgvrager kan er ook toe leiden dat de zorgverlener te weinig afstand houdt van de zorgvrager en hem geen ruimte meer geeft om zijn zorgbehoeften aan te geven en dat de zorgverlener te ver in de privé-sfeer van de zorgvrager dringt.

De aandacht voor de financieel-economische waarden (en in het verlengde daarvan voor de functionele verantwoordelijkheid) kan botsen met de waarden die vanuit het perspectief van de professionele en de persoonlijke verantwoordelijkheid belangrijk zijn. Volgens verantwoordelijkheid vanuit deze beide perspectieven zijn kwaliteit van zorg en aandachtige betrokkenheid op de zorgvrager belangrijke waarden voor de individuele verpleegkundige en verzorgende in de directe zorgverlening. Deze waarden zouden vanuit deze perspectieven richtinggevend voor de zorgverlening moeten zijn.

Indien er voor de 'botsing' tussen deze verschillende waarden geen oplossing gevonden wordt, kan het effect van de botsing tweeledig zijn. Aan de ene kant kan dominantie van aandacht voor het aantal uitgevoerde taken ertoe leiden dat verpleegkundigen en verzorgenden voortdurend worstelen met de botsing van waarden. Zij ervaren een voortdurende spanning tussen de nadruk die ligt op de uitvoering van taken en hun idee van goede zorg vanuit hun professionele en hun persoonlijke verantwoordelijkheid, namelijk aandacht voor de kwaliteit van de zorg en voor de persoon van de zorgvrager. Zij kunnen voortdurend het gevoel hebben dat zij tekort schieten. Het risico is dat de verpleegkundige of verzorgende uiteindelijk burnout raakt en/of het bijltje erbij neer gooit en op zoek gaat naar ander werk.¹³

Aan de andere kant kan dominantie van aandacht voor het aantal uitgevoerde taken tot gevolg hebben dat ook individuele verpleegkundigen en verzorgenden alleen nog maar taakgericht zijn. Zij denken zelf ook alleen nog maar in termen van taken. Het gevaar bestaat dat zij hun gevoeligheid voor het morele appèl van de zorgvrager verliezen en niet meer in staat zijn tot aandachtige betrokkenheid bij de zorgvrager. Zij verliezen hun gevoeligheid voor de ethische aspecten van de dagelijkse zorgverlening en worden moreel onverschillig.

Of de verpleegkundige of verzorgende nu burnout raakt en/of vertrekt of moreel onverschillig wordt, in beide gevallen is de zorgvrager ook de dupe. Als verpleegkundigen en verzorgenden burnout raken of het beroep verlaten vanwege een voortdurend gevoel van tekort schieten, betekent dat dat er minder personeel is om voor de zorgvragers te zorgen. Als hun plaats niet ingenomen wordt door nieuwe zorgverleners, komt de zorgverlening verder onder druk te staan. Het zal nog moeilijker zijn om de gewenste kwaliteit van zorg en van aandacht voor de zorgverlener te leveren.

Als dominantie van aandacht voor het aantal uitgevoerde taken leidt tot moreel onverschilligheid bij verpleegkundigen en verzorgenden, heeft dat tot gevolg dat de zorgvrager buiten beeld raakt. De aandacht gaat niet meer naar de zorgvrager en zijn behoeften, maar naar de taak. Een voorbeeld kan dit illustreren: een zorgvraagster krijgt van zorgverleners te horen dat zij te langzaam eet en dat zij een voorbeeld moet nemen aan haar buurvrouw die al

¹³ Zie bijvoorbeeld: In de zorg gaat het om productie, *Trouw*, 6 januari 2007 (de Verdieping, Podium). Twee verpleegkundigen vertellen dat zij ontslag hebben genomen bij het Erasmus Medisch Centrum in Rotterdam omdat zij niet meer de kwaliteit kunnen bieden die volgens hen nodig is.

het eten snel naar binnen werkt. De zorgverleners kijken niet hoe ze het eten en drinken kunnen laten aansluiten bij de gewoontes, rituelen en mogelijkheden van de zorgvraagster.¹⁴

5. Schaarste en het aanstellingsbeleid

Een van de redenen voor een teveel aan taken van verpleegkundigen en verzorgenden (dominantie van het functionele perspectief) is een tekort aan voldoende en/of voldoende opgeleid personeel. Voor kwalitatief goede zorgverlening is het niet alleen van belang dat er voldoende verpleegkundigen en verzorgenden zijn. Het opleidingsniveau van de verpleegkundigen en verzorgenden moet ook aansluiten bij de zorgbehoeften van de zorgvragers, die aan hun zorg zijn toevertrouwd.

Dit tekort of deze schaarste aan voldoende en/of goed opgeleid personeel kan twee oorzaken hebben. Aan de ene kant kan een instelling te kampen hebben met een (te) krap budget, waardoor zij zich voor de vraag geplaatst ziet hoeveel en welk personeel zij moet aannemen. Aan de andere kant kan er op de arbeidsmarkt een te gering aanbod zijn van goed opgeleid personeel, zodat het voor de instelling onmogelijk is om zorgverleners met het vereiste opleidingsniveau aan te stellen.

Indien instellingen te maken hebben met een beperkt budget, moeten zij de afweging maken wat voor personeel zij aannemen: goed opgeleide zorgverleners en/of laag of niet-geschoolde mensen. Kiezen voor de aanstelling van goed opgeleide zorgverleners, betekent dat de instelling zorgverleners met een bepaalde deskundigheid in huis heeft. Daaraan zijn echter de nodige (loon)kosten verbonden. De noodzaak of de verleiding om te kiezen voor (meer) laag of niet-geschoold personeel kan groot zijn. Voor dezelfde prijs kan de instelling meer mensen aanstellen en heeft daarmee 'meer handen aan het bed'. Of de instelling houdt ruimte over voor andere dingen. Aandacht voor vooral financieel-economische waarden kan de neiging om laag of niet-opgeleid personeel aan te stellen versterken.

In haar Agenda Ethiek 2004-2006 schreef de Commissie Ethiek dat de verwachting is dat er de komende jaren een kloof blijft bestaan tussen de vraag naar en het aanbod van verpleegkundigen en verzorgenden. Een eventuele groei van het aanbod lijkt vooral te komen door de aanstelling van laag of niet-geschoold personeel. Bij een toename van de complexiteit van de zorgvraag dreigt er dan niet alleen een kwantitatieve kloof, maar ook een kwalitatieve kloof.¹⁵

Een recent advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) bevestigt het dreigende tekort aan personeel in de gezondheidszorg voor zowel de korte als de langere termijn. De tekorten zullen het nijpendst zijn in de care-sector. Het is volgens de RVZ maar de vraag of op lange termijn het personeelstekort in de zorg wel op te lossen is als de

¹⁴ Gastmans, Ch. (2002) Ode aan het alledaagse: maaltijdzorg als ethische casus. In: Gastmans, Ch. & Dierickx, K., *Ethiek in witte jas. Zorgzaam omgaan met het leven*. Leuven: Uitgeverij Davidsfonds, 141-164.

¹⁵ AVVV (2004) *Agenda Ethiek AVVV 2004-2006* (zie www.venvn.nl → over V&VN → organisatie → centrale commissies → Ethiek)

beroepsbevolking krimpt terwijl er tegelijkertijd meer mensen zorg nodig hebben.¹⁶ Uit de inventarisatie van de kerngegevens van verpleegkundigen en verzorgenden door Prismant in opdracht van het Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging (LEVV) komt eenzelfde beeld naar voren. Het LEVV is van mening dat initiatieven om 'meer handen aan het bed' te krijgen niet voldoende zijn. De deskundigheid van het personeel is zeker zo belangrijk. Als het personeel niet over voldoende kennis beschikt om om te gaan met complexe zorgvragen, zal de kans op complicaties en daarmee de vraag naar extra zorg toenemen. Het vergroot ook de kans op extra lijden voor de zorgvrager.¹⁷

De al dan niet noodgedwongen keuze voor de aanstelling van laag of niet-geschoold personeel heeft een aantal gevolgen. De aanwezigheid van laag of niet-geschoold personeel kan leiden tot een extra belasting van hoger opgeleide zorgverleners. Zij moeten het laag of niet-geschoolde personeel begeleiden en mogelijk zelf een aantal extra taken op hun schouders nemen, omdat het laag of niet-geschoolde personeel die taken niet kan of mag uitvoeren.

Het laag of niet-geschoolde personeel kan een te zware verantwoordelijkheid krijgen omdat zij mogelijk zorg moeten verlenen waarvoor zij de deskundigheid en vaardigheden niet (voldoende) bezitten.

Tenslotte komt ook de goede zorgverlening aan de zorgvrager in gevaar indien de zorg niet gegeven wordt door zorgverleners van het opleidingsniveau dat vereist is voor de zorgvraag van deze zorgvrager.

6. Van analyse naar suggesties en aanbevelingen

Uit het inleidende deel van de notitie komt een aantal aandachtspunten naar voren, zoals de verantwoordelijkheid voor omgaan met schaarste op het eigen niveau, de invloed van schaarste op de verschillende aspecten van verantwoordelijkheid bij de beroepsuitoefening, het mogelijke gevolg daarvan voor individuele verpleegkundigen en verzorgenden en de invloed van schaarste op het aanstellingsbeleid. In de volgende paragrafen wil de Commissie Ethiek een aantal aanbevelingen en suggesties doen voor het omgaan met schaarste. De Commissie begint met suggesties en aanbevelingen voor individuele verpleegkundigen en verzorgenden werkzaam in de directe zorgverlening. Dit betekent niet dat de verantwoordelijkheid voor het ontstaan van schaarste of de verantwoordelijkheid voor het 'oplossen' van de schaarste in eerste instantie bij hen ligt. Die verantwoordelijkheid ligt eerder bij de leidinggevenden/het management en hogere niveaus zoals de politiek. De uitwerking begint met suggesties en aanbevelingen voor individuele verpleegkundigen en verzorgenden, omdat de Commissie het als haar taak ziet om juist individuele verpleegkundigen en verzorgenden werkzaam in de directe zorgverlening handvatten te bieden om met schaarste om te gaan.

Na de suggesties en aanbevelingen voor individuele verpleegkundigen en verzorgenden volgt een paragraaf met aandachtspunten en suggesties voor leidinggevenden/het management.

¹⁶ Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2006) *Arbeidsmarkt en zorgvraag*. Den Haag: RVZ.

¹⁷ www.levv.nl → nieuws → Meer handen aan het bed is niet voldoende (26-10-2006)

Tenslotte is er ook aandacht voor de rol van een beroepsorganisatie bij de omgang met schaarste.

Deze suggesties en aanbevelingen van de Commissie Ethiek zullen de schaarste niet oplossen, maar mogelijk wel bijdragen aan een constructieve omgang met schaarste.

7. Omgaan met schaarste: individuele verpleegkundigen en verzorgenden

Individuele verpleegkundigen en verzorgenden in de directe zorgverlening zijn zelden zelf verantwoordelijk voor het ontstaan van schaarste (zie paragraaf 2). Die schaarste is meestal het gevolg van beslissingen die op een hoger niveau genomen zijn (management, overheid). Het is daarom belangrijk dat verpleegkundigen en verzorgenden:

- zich ervan bewust zijn dat zij meestal niet verantwoordelijk zijn voor het ontstaan van schaarste en dat zij zich daarom niet schuldig hoeven te voelen over de schaarste.

Tegelijkertijd kunnen verpleegkundigen en verzorgenden wel wat doen, zoals de schaarste aan de orde stellen op het juiste niveau en binnen de gegeven schaarste zo goed mogelijk te werk gaan.

7.1 Aan de orde stellen van schaarste op het juiste niveau

Verpleegkundigen en verzorgenden zijn de aangewezen personen om de gevolgen van schaarste te signaleren. Zij merken wat de effecten van alle genomen maatregelen betekenen voor de kwaliteit van de zorgverlening in het directe contact tussen zorgvrager en zorgverlener. Als zij de schaarste onder de aandacht van het juiste niveau willen brengen, kunnen de volgende punten daarbij behulpzaam zijn.

Documenteren van de schaarste

Om duidelijk te kunnen maken wat de effecten van de schaarste zijn, is het belangrijk om de gevolgen van de schaarste te documenteren. Aandachtspunten daarbij kunnen zijn:

- Precieze gevolgen van de schaarste
Krijgen zorgvragers alle benodigde zorg? Is er personeelstekort? Zijn er veel incidenten of bijna fouten? Is de vastgestelde tijd voor de uitvoering van taken te krap bemeten? Is er gebrek aan goede hulpmiddelen en materialen?
- Gevolgen van het aanstellingsbeleid
Leidt aanstelling van laag of niet-geschoold personeel tot extra belasting van andere zorgverleners? Leidt de aanstelling van laag of niet-geschoold personeel tot onveilige situaties voor de zorgvrager? Krijgen laag of niet-geschoolde zorgverleners opdrachten die buiten hun deskundigheidsgebied vallen?

Raadplegen van de Nationale Beroepscode kan behulpzaam zijn om zicht te krijgen op wat van zorgverleners verwacht wordt en bij het in kaart brengen van knelpunten.¹⁸

- Minimale kwaliteit van zorg
Raakt de zorg onder de minimale kwaliteit?
Punt is uiteraard hoe je dat vaststelt. Om voor een grotere groep zorgvragers te bepalen of de kwaliteit te kort schiet, kunnen verpleegkundigen en verzorgenden gebruik maken van de *Signaleringsinstrumenten voor minimale kwaliteit* van V&VN.¹⁹ Daarnaast is het van belang dat zij ook tekorten die zij op een individueel niveau ervaren documenteren. Vervolgens is het van belang om te letten op signalen van de zorgvragers: zijn er signalen van onvrede? Is er een toename van klachten over de zorg? Van zorgvragers? Van anderen?
- Draagkracht van personeel
Zijn er meer ziekmeldingen dan gebruikelijk? Zijn er andere indicaties voor overbelasting van personeel? Irritaties? Wordt er in plaats van incidenteel structureel overgewerkt? Wordt er bekibbeld op de noodzakelijke tijd voor overleg en overdrachten?
- Tijdelijke of structurele aard van de schaarste
Is een personeelstekort tijdelijk vanwege een groot aantal zieken of gaat het om een structureel tekort? Een kortdurende extra belasting van het beschikbare personeel kan bij ziekte van een deel van het personeel makkelijker te rechtvaardigen zijn dan bij een structureel personeelstekort.
- Ruimte voor veranderingen en kwaliteitsbeleid
Wordt er tijd vrijgemaakt voor leeractiviteiten en overleg? Is het overleg louter functioneel? Is er nog ruimte voor professionele verdieping? Is er nog ruimte voor veranderingen? Voor vernieuwingen?

Aan de orde stellen op het juiste niveau

Als beslissingen op een bepaald niveau oorzaak zijn of bijgedragen hebben aan de schaarste in de directe zorgverlening, is dat ook het niveau dat op de hoogte gesteld moet worden van de gevolgen van de beslissingen. Dat niveau zal in eerste instantie de eigen leidinggevende of het management zijn (mesoniveau).

Verpleegkundigen en verzorgenden kunnen de gevolgen van schaarste op verschillende manieren onder de aandacht van hun leidinggevende of het management brengen. Een individuele verpleegkundige of verzorgende kan de gevolgen van de schaarste aankaarten bij haar leidinggevende/het management. Als een verpleegkundige/verzorgende in een team

¹⁸ www.venvn.nl → hoe ga je om met

¹⁹ www.venvn.nl → naar het publicatieoverzicht → kwaliteit van zorg.

werkt, kan het team de gevolgen van de schaarste inventariseren en die gevolgen als team onder de aandacht van de leidinggevende/het management brengen.

Om te voorkomen dat de gevolgen van de schaarste een probleem blijven van een individuele verpleegkundige/verzorgende of van een team in de instelling, is het raadzaam om de gevolgen van de schaarste ook te melden aan de Verpleegkundige/verzorgende Adviesraad (VAR), indien de instelling een VAR heeft. De VAR kan de verschillende signalen bundelen en op de agenda van het overleg met de directie zetten.

Als een instelling geen VAR heeft, kunnen verpleegkundigen of verzorgenden de gevolgen van de schaarste onder de aandacht brengen van de Ondernemingsraad.

Zeker als de schaarste een structureel probleem blijkt, is het aan te bevelen om de gevolgen van de schaarste ook onder de aandacht van de beroepsorganisatie(s) te brengen (zie paragraaf 9).

Volgorde documenteren en aan de orde stellen

In eerste instantie lijkt de meest logische volgorde dat verpleegkundigen/verzorgenden individueel of als team eerst de gevolgen van de schaarste documenteren en daarna aankarten bij hun leidinggevende/het management. Het is echter ook voorstelbaar dat verpleegkundigen/verzorgenden de ervaren schaarste eerst aankarten bij hun leidinggevende/het management. De volgende stap is dan dat zij in overleg met hun leidinggevende/het management precies in kaart brengen wat de gevolgen van de schaarste zijn om op basis van de verzamelde informatie gezamenlijk te kijken wat er gedaan kan of moet worden.

7.2 Verantwoordelijk voor de omgang met schaarste op het eigen niveau

In de notitie is schaarste tot nu toe niet helemaal gespecificeerd. Precies vaststellen wat schaarste is, is niet eenvoudig. Volgens sommigen leven we in een tijd dat alles schaars is: tijd, gezondheid, aandacht et cetera. Schaarste is een betrekkelijk iets. Het duidt in de regel op een tekort in verhouding tot een gestelde norm. Omdat normen niet altijd vastliggen, ook per individu verschillen, is er steeds discussie over. Terwijl de een zal stellen dat er te weinig tijd is om aandacht aan de zorgvragers te geven, zal een ander stellen dat er genoeg tijd is, maar dat die niet goed verdeeld wordt. Het hoeft niet te verbazen dat het perspectief van waaruit iemand zegt dat er schaarste is, er zeer toe doet. Terwijl mensen in 'de uitvoering' zullen zeggen dat er te weinig tijd is om conform de professionele normen aandacht te geven aan zorgvragers, zal een manager geneigd zijn te kijken of er niet efficiënter gewerkt kan worden. De veronderstelling is dan dat er op zich geen tekort is aan tijd, maar dat die beter gebruikt kan worden. Of en in welke mate er schaarste is, is dus afhankelijk van hoe je kijkt. Daarom is het van belang om na te gaan welke manier van kijken meer aandacht verdient dan een andere. In dit stuk stellen we dat schaarste in verband gebracht moet worden met verantwoordelijkheden in de zorg. En met de manier waarop daarnaar gekeken wordt.

De paragraaf over de invloed van schaarste op de beroepsuitoefening (paragraaf 4) verwijst naar de functionele, professionele en persoonlijke verantwoordelijkheid van de verpleegkundige en verzorgende. Vanuit het perspectief van de functionele, professionele en persoonlijke verantwoordelijkheid komt in ieder geval als gevolg van schaarste *een gebrek aan tijd* naar voren om aan de verschillende verantwoordelijkheden een goede invulling te geven (een teveel aan taken, zodat er geen tijd meer is om alle taken te verrichten; gebrek aan tijd om aan de kwaliteitseisen van de beroepsgroep te voldoen en een gebrek aan tijd om met aandachtige betrokkenheid naar de zorgvrager luisteren). Als meest centrale probleem van schaarste hebben we daar weergegeven dat er in de zorg een verschuiving plaats vindt, waarbij ten gevolge van het tekort aan tijd steeds meer afbreuk wordt gedaan aan normen van zorg betreffende de persoonlijke verantwoordelijkheid. En vervolgens aan normen van professionele verantwoordelijkheid.

In paragraaf 5 hebben we expliciet aandacht besteed aan een mogelijk tekort aan voldoende gekwalificeerde verpleegkundigen en verzorgenden als gevolg van schaarste. Een tekort aan menskracht kan zich op verschillende manieren uiten: als een kwantitatief tekort. Of als een kwalitatief tekort. Schaarste in de zorg wordt vaak kwantitatief benaderd. Men heeft het dan over 'te weinig handen aan het bed'. Dat duidt ook weer op een kijk op zorg die vooral de nadruk legt op de functionele verantwoordelijkheid. En daar ook vaak de oplossingen zoekt. In paragraaf 5 hebben we aangegeven dat deze benadering tekort schiet.

Schaarste kan daarnaast natuurlijk ook betrekking hebben op een gebrek aan materialen. Wil de zorg aan de kwaliteitseisen van de beroepsgroep voldoen, zullen er ook voldoende hulpmiddelen en materialen van een goede kwaliteit beschikbaar moeten zijn. Van een individuele verpleegkundige of verzorgende wordt verwacht dat zij een bijdrage levert aan een verantwoorde omgang met de beschikbare middelen (Nationale Beroepscode 1.7). Omdat zich in de Nederlandse gezondheidszorg algemeen gesproken weinig problemen voordoen met betrekking tot dit aspect, laten we dit aspect hier verder buiten beschouwing. De belangrijkste opgave voor individuele verpleegkundigen en verzorgenden in verband met schaarste is de vraag hoe tijd en aandacht te verdelen.

Verantwoordelijk voor de verdeling van haar tijd en aandacht

Een verdeling van de schaarse tijd en aandacht moet niet op een willekeurige manier gebeuren, maar zo rechtvaardig mogelijk. Het passende principe voor een verdeling binnen de zorg is 'iedereen naar zijn zorgbehoefte'. Dit is makkelijk te illustreren aan de hand van medische behandelingen. Iemand met een gebroken been, moet aan zijn been behandeld worden. Iemand met hartproblemen moet (in dit geval) een dotterbehandeling krijgen. Daarbij moeten zorgvragers met dezelfde zorgbehoeften dezelfde zorg krijgen, en zorgvragers met verschillende zorgbehoeften moeten verschillende zorg krijgen (gelijken moeten gelijk en ongelijken moeten ongelijk behandeld worden).

Het principe 'iedereen naar zorgbehoefte' geldt ook voor de gewone dagelijkse zorgverlening door verpleegkundigen en verzorgenden. Daarbij zal het vooral gaan om de verdeling van hun tijd en aandacht over de zorgvragers. Op een afdeling in een ziekenhuis, verpleeg- of verzorgingshuis moeten zorgvragers bijvoorbeeld hulp krijgen bij het wassen of bij het eten. De ene zorgvrager kan daarbij meer hulp nodig hebben dan de andere.

Schaarste kan tot gevolg hebben dat er minder tijd beschikbaar is voor een taak als hulp bij het wassen of eten. De verpleegkundige of verzorgende heeft daarbij een eigen verantwoordelijkheid voor de verdeling van haar tijd. Het perspectief van 'iedereen naar zorgbehoefte' vraagt van haar dat zij haar beschikbare tijd zo verdeelt dat zij nog steeds tegemoet komt aan een verschil in zorgbehoefte van verschillende zorgvragers. Met andere woorden, dat zij meer tijd besteedt aan de zorgvrager die de meeste hulp bij bijvoorbeeld het wassen nodig heeft. De situatie vraagt van de individuele verpleegkundige of verzorgende dat zij schuift met haar tijd en daarbij bewuste keuzes maakt.

Op basis van gegevens van beroepsbeoefenaren bepalen managers de tijd die gemiddeld nodig is om een bepaalde taak uit te voeren. Voor de verschillende taken wordt de gemiddelde tijd toegekend aan de groepen van verschillende zorgvragers. Dat betekent echter niet dat de individuele verpleegkundige of verzorgende aan alle zorgvragers de gemiddelde tijd voor die taak moet besteden. Als professional moet zij kunnen schuiven met haar tijd om recht te doen aan verschillen in zorgbehoefte tussen zorgvragers.

Ook wanneer zorgvragers eenzelfde zorgbehoefte hebben, betekent dat niet dat de manier waarop aan hun zorgbehoefte tegemoet wordt gekomen voor deze zorgvragers hetzelfde moet zijn. Ook dit gegeven is van belang voor de 'verdeling van de zorg'.

Om dit met een voorbeeld te illustreren:²⁰ voor alle zorgvragers is het belangrijk dat ze gewassen worden. Het algemene uitgangspunt binnen een instelling kan daarom zijn dat de zorgvragers iedere dag gewassen worden. Dit algemene uitgangspunt hoeft echter niet voor iedere zorgvrager op dezelfde manier ingevuld te worden. Het zou kunnen dat het voor meneer Jansen belangrijk is om iedere dag even te douchen. Voor mevrouw Pietersen is het echter veel belangrijker voor haar algemene welbevinden dat zij af en toe in bad kan. De zorgverleners zouden daarom tot de conclusie kunnen komen dat meneer Jansen iedere dag onder de douche gaat. Mevrouw Pietersen gaat één keer per week in bad en krijgt de andere dagen een korte wasbeurt. Opnieuw vraagt de situatie om te schuiven met de beschikbare tijd. Terwijl de functionele norm elke dag wassen is, dient daar op basis van professionele inschattingen en het persoonlijk appèl van zorgvragers verschillend mee omgegaan te kunnen worden.

²⁰ De Commissie ethiek kiest voor een voorbeeld uit de dagelijkse zorgverlening dat voor iedereen herkenbaar en daarom illustratief voor alle zorgvelden is.

Bij de bovenstaande voorbeelden is wel een kanttekening nodig. De mogelijkheid om enigszins met de beschikbare tijd te schuiven zal verschillend zijn, afhankelijk van de instelling waar men werkt. In de ene situatie zal veel meer nadruk liggen op vaste normtijden dan in een andere. In sommige instellingen is de verpleegkundige of verzorgende strak gebonden aan taken en de daarvoor vastgestelde tijd. Als er dan bijvoorbeeld een douchebeurt staat voorgeschreven, kan zij niet samen met de zorgvrager besluiten om zes dagen per week een korte wasbeurt te doen om op de zevende dag de zorgvrager te helpen bij het nemen van een bad ook al spoort deze benadering beter met de zorgbehoeften. Deze zorgverlener heeft dan wel de verantwoordelijkheid om een bijstelling van de zorg conform de zorgbehoeften van de zorgvrager aan de orde te stellen (zie paragraaf 7.1).

Rol van de zorgvrager en/of zijn naasten

Want ook bij strakke normstellingen blijven de zorgbehoeften van deze zorgvrager het uitgangspunt voor de zorgverlening. Wat is goede zorg voor deze zorgvrager? Op het moment dat schaarste vraagt om het stellen van prioriteiten, mag de stem van de zorgvrager (en zijn naasten) niet ontbreken. Hij zal zijn eigen opvatting hebben over wat voor hem belangrijk is, als er gekozen moet worden. Om bij het voorbeeld uit de vorige paragraaf te blijven: meneer Jansen kan iedere dag even douchen belangrijk vinden. Mevrouw Pietersen daarentegen geeft de voorkeur aan één keer per week in bad boven iedere dag onder de douche.

Om recht te doen aan de zorgvrager is het belangrijk om de zorgvrager (en zijn naasten) te informeren over de schaarste en de gevolgen daarvan voor de zorgverlening. In een gesprek kunnen de zorgvrager (en zijn naasten) en verpleegkundigen of verzorgenden samen op zoek gaan naar een oplossing voor de zorgverlening aan deze zorgvrager. De zoektocht vraagt van zowel de zorgvrager (en zijn naasten) als de verpleegkundigen en verzorgenden om creativiteit en om het kritisch bekijken van bestaande routines. Daarbij kan ook de vraag aan de orde komen of de naasten mogelijk ook een bijdrage kunnen leveren aan de zorg voor de zorgvrager.

Op het moment dat de zorgvrager zelf niet in staat is om aan te geven wat hij belangrijk vindt, is zijn vertegenwoordiger degene met wie de verpleegkundigen of verzorgenden samen zoeken naar de beste zorgverlening voor deze zorgvrager. Het komt ook voor dat zorgvragers geen vertegenwoordiger hebben. Dan rust er een extra verantwoordelijkheid op de schouders van verpleegkundigen en verzorgenden om bij de gegeven schaarste te zoeken naar de prioriteiten, die het meest in het belang zijn van deze zorgvrager. Overleg is in dat geval belangrijk om de afweging te kunnen baseren op zoveel mogelijk relevante informatie over de zorgvrager.

7.3 Bewustzijn van de gevolgen van schaarste op het eigen functioneren

Omgaan met schaarste vraagt om reflectie op het eigen handelen. Schaarste kan tot gevolg hebben dat verpleegkundigen en verzorgenden burnout raken of het bijltje erbij neergooien (zie paragraaf 4.4). Het is wenselijk dat verpleegkundigen en verzorgenden zich van deze risico's bewust zijn en dat zij de signalen herkennen bij zichzelf en bij hun collega's. Er zijn

verschillende signalen, die wijzen op een dreigende burnout, zoals onder meer slecht slapen, voortdurende vermoeidheid, opgejaagdheid, concentratieproblemen, tegenzin in het werk.²¹ Indien verpleegkundigen of verzorgenden signalen van dreigende burnout bij zichzelf of collega's herkennen, is het raadzaam om hulp en steun te zoeken bij collega's, leidinggevende of bedrijfsarts.

Een speciaal punt van aandacht is de vraag in hoeverre de signalen voortkomen uit 'ethische nood'.²² Dat wil zeggen: in hoeverre de signalen voortkomen uit een gevoel of ervaring van de verpleegkundige of verzorgende dat zij niet kan voldoen aan haar ethische verplichtingen of dat zij niet in staat is om te handelen op de manier die volgens haar ethisch juist is. Een gezamenlijk gesprek met collega's zou hier licht op kunnen werpen. Raadplegen van de Nationale Beroepscode kan ook bijdragen aan het onder woorden brengen van wat de verpleegkundige of verzorgende precies dwars zit, omdat de beroepscode aangeeft welke waarden en normen volgens de beroepsgroep belangrijk zijn.²³

Een ander risico van schaarste is dat verpleegkundigen en verzorgenden moreel onverschillig worden. De omgeving waarin de verpleegkundige of verzorgende werkt, beïnvloedt haar denken. Als leidinggevenden en collega's alleen nog maar spreken over de zorgverlening in termen van opgedragen taken, is de kans groot dat de verpleegkundige of verzorgende ook in die termen over de zorg gaat denken. Zij loopt het risico dat zij uit het oog verliest dat zijzelf en haar collega's ook nog een professionele en persoonlijke verantwoordelijkheid hebben en dat zij de zorgvrager uit het oog verliezen. Het is daarom belangrijk dat de verpleegkundige of verzorgende stilstaat bij haar eigen denken en handelen; dat zij zich afvraagt op welke manier zij over de zorgverlening denkt en hoe en waarop zij haar collega's of zorgvragers aanspreekt.²⁴ Denkt zij zelf ook alleen nog maar in taken, die af moeten binnen een bepaalde tijd? Heeft zij commentaar op collega's, die (teveel) aandacht aan de zorgvrager besteden? Spreekt zij de zorgvrager zelf aan, bijvoorbeeld op te langzaam eten (voorbeeld over eten en drinken paragraaf 4.4)?

Een andere reactie is dat individuele verpleegkundigen en verzorgenden zich helemaal terugtrekken in zichzelf, en zich niet meer op hun gedrag en handelen jegens de zorgvragers aan laten spreken door anderen. Dat hoeft niet te betekenen dat zij onverschillig zijn geworden. Vaak is het juist een grote betrokkenheid, die leidt tot een dergelijke isolatie. Wel zijn er dan risico's voor de professionele kwaliteit van zorg. Wanneer zorgverleners zich gaan isoleren van anderen, is er ook een verantwoordelijkheid voor collega's en leidinggevenden om met de

²¹ Karsten, C. (1999) *Omgaan met burnout, preventie, hulp en reïntegratie*. Rijswijk: Uitgeverij Elmar B.V. (derde gewijzigde druk, 2000)

²² Canadian Nurses Association (2003) *Ethics in Practice*. Ethical distress in health care environments.

²³ Voor de Nationale Beroepscode zie www.venvn.nl

²⁴ Canadian Nurses Association (2000) *Ethics in Practice*. Working With Limited Resources: Nurses' Moral Constraints.

betreffende collega in gesprek te blijven, zo nodig feedback en ondersteuning te geven bij het verlenen van de zorg.

Aangezien het ideaal is dat de functionele, professionele en persoonlijke verantwoordelijkheid met elkaar in evenwicht zijn, lijkt ieder moment dat duidelijk is dat er in deze balans ernstige verstoringen optreden, een gezamenlijk kritisch gesprek op zijn plaats om na te gaan hoe in de gegeven omstandigheden het ideaal zo dicht mogelijk benaderd kan worden.

7.4 ***En nu is het genoeg geweest***

De schaarste in de zorg kan ertoe leiden dat verpleegkundigen en verzorgenden op een gegeven moment een duidelijk signaal af willen geven dat wat hen betreft de maat vol is. Ze rennen alleen nog maar om alle taken uit te voeren, want er zijn te weinig zorgverleners voor al het werk. De kwaliteit van de zorg staat zwaar onder druk en aan aandacht voor de zorgvrager komen ze helemaal niet meer toe. Zij willen vasthouden aan de kwaliteitseisen, die vanuit de beroepsgroep aan de zorgverlening gesteld worden en tegemoet blijven komen aan het persoonlijk appèl van hun zorgvragers. Op een gegeven moment zou daarom de gedachte door hun hoofd kunnen gaan om de volgende stap te zetten: 'En nu is het genoeg geweest, we stoppen ermee!' Kan deze stap gerechtvaardigd zijn?

Aan de ene kant zijn er de waarden en normen van de beroepsgroep, zoals verwoord in de Nationale Beroepscode. Volgens de Nationale Beroepscode stelt de verpleegkundige of verzorgende in de zorgverlening de belangen van de zorgvrager centraal. Dat betekent dat zij de zorgvrager de zorg verleent die hij nodig heeft, zo nodig voor de belangen van de zorgvrager opkomt en op een rechtvaardige manier prioriteiten stelt tussen verschillende zorgvragers (artikel 2.2).

Daarnaast is er het morele appèl van de aanwezige zorgvragers en het besef dat er in de samenleving nog meer mensen zijn, die op dit moment zorg nodig hebben (bijvoorbeeld een ziekenhuisopname). Indien er een stop op de opname van zorgvragers zou komen, komt dat ten goede aan de mensen die in zorg zijn. Tegelijkertijd kan het tot gevolg hebben dat potentiële zorgvragers geschaad worden (indien zij niet op een andere plek opgenomen kunnen worden).

Dat maakt het moeilijk om de zorgtaken neer te leggen. De druk om te allen tijden te blijven zorgen is groot.

Aan de andere kant is de draagkracht van verpleegkundigen en verzorgenden niet onuitputtelijk. Een voortdurende botsing tussen de financieel-economische waarden en de waarden 'kwaliteit van zorg' een 'aandachtige betrokkenheid op de zorgvrager' kan ertoe leiden dat verpleegkundigen en verzorgenden burnout raken of moreel onverschillig worden (zie paragraaf 4.4). Een grens voor individuele verpleegkundigen en verzorgenden zou daarom het moment kunnen zijn dat er helemaal geen enkele ruimte meer is voor hun professionele en persoonlijke verantwoordelijkheid: het moment dat hun werk gereduceerd is tot louter

verpleegtechnische en verzorgende handelingen en zij zelf uitwisselbare medewerkers zijn geworden; het moment dat de werkgever hen verzoekt of opdraagt onder verwijzing naar het appèl van de zorgvragers voortdurend verder te gaan dan hun plicht als werknemer vereist. Wanneer zorgverleners gaan ervaren dat zijzelf lichamelijk of geestelijk schade gaan ondervinden van het werk in de zorg, wordt de grens van hun zorgplicht overschreden.

Een ander argument voor het begrenzen van de zorgplicht is het gegeven dat wanneer het aantal zorgvragers per zorgverlener te groot is, dit in een aantal settings kan leiden tot gezondheidsschade bij de zorgvragers.²⁵ De plicht om te blijven zorgen voor (meer) zorgvragers wordt dus begrensd door het optreden van kwaliteitsverlies bij zorgvragers dan wel bij zorgverleners.

Beoordelen of en wanneer met het oog op de schadelijke effecten voor de zorgvrager, of voor de zorgverlener, een grens bereikt wordt voor het tegemoetkomen aan de zorgplicht, is uitermate moeilijk. Verpleegkundigen en verzorgenden vragen om kritisch naar hun eigen kwaliteitseisen te kijken met de bedoeling daar concessies aan te doen, zal geen oplossing bieden voor de spanning tussen de toegankelijkheid van de zorg en de kwaliteit van de zorg. Misschien dat een kleine bijstelling van de kwaliteitseisen acceptabel is, maar de vraag of de zorg niet onder de maat van de kwaliteitseisen raakt, verdwijnt daarmee in de regel niet uit het zicht. Vaak wordt zij slechts in tijd opgeschoven. Het risico van een negatieve spiraal dreigt (voortdurend naar beneden bijstellen van de kwaliteitseisen) en daarmee de uitholling van de professionele verantwoordelijkheid.

Aanstelling van lager of niet-geschoold personeel brengt zijn eigen problemen met zich mee (zie paragraaf 5) en lost uiteindelijk ook het probleem niet op. Integendeel. Ook hier doet zich het risico voor van een negatieve spiraal, waarbij over langere tijd concessies worden gedaan aan de kwaliteit van zorg en aan de professionele verantwoordelijkheid.

Uit deze overwegingen blijkt dat het niet goed mogelijk is om aan te geven of en wanneer verpleegkundigen en verzorgenden zouden kunnen zeggen dat ze 'er nu mee stoppen'. Er blijft een spanning bestaan tussen het appèl van de zorgvragers en de grenzen waar verpleegkundigen en verzorgenden tegenaan lopen (hun eigen fysieke en geestelijke grenzen, grenzen van kwaliteit). Indien verpleegkundigen en verzorgenden stappen overwegen, vraagt dat om een weloverwogen afweging van de verschillende waarden en belangen. Voor collectieve acties geeft de Nationale Beroepscode daarbij een 'grens' aan: verpleegkundigen en verzorgenden zorgen ervoor dat de gezondheid en veiligheid van de zorgvrager niet in gevaar komt bij arbeidsonrust en stiptheidsacties (artikel 2.2). Voor individuele acties geldt dat iedere verpleegkundige en verzorgende die een grens ervaart aan de zorgplicht, af zal moeten wegen

²⁵ Uit onderzoek in ziekenhuizen blijkt dat iedere extra zorgvrager, die een operatie heeft ondergaan, per verpleegkundige op een gegeven moment leidt tot toename van de waarschijnlijkheid dat de zorgvrager binnen dertig dagen na de operatie overlijdt en een toename van de kans dat een poging om de zorgvrager te redden mislukt. Met andere woorden: er zit een risico voor operatiepatiënten aan een toename van het aantal zorgvragers per verpleegkundige. Aitken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J., Silber, J.H. (2002) Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction, *JAMA*, 288, 16, 1987-1993.

wat de consequenties zijn van haar handelen voor de zorgvragers en voor andere moreel betrokkenen (collega's, familieleden en anderen). Het is van groot belang om het moment dat iemand bij zichzelf ervaart dat het nu genoeg geweest is, en dat hetgeen van haar gevraagd wordt haar draagkracht fundamenteel te boven gaat, voor te zijn door in gesprek te gaan met collega's of een leidinggevende en aan te geven dat er een grens in zicht komt. Tijdig het gesprek aan gaan verdient de voorkeur boven lijdzaam ondergaan en afwachten wat er gebeurt. De verantwoordelijkheid van de individuele verpleegkundige en verzorgende wordt niet alleen bepaald door haar zorgplicht jegens anderen, maar ook jegens zichzelf.

Dat er een verantwoordelijkheid is voor iedere individuele zorgverlener om tijdig aan te geven wanneer een grens in zicht komt, wil niet zeggen dat deze verantwoordelijkheid exclusief bij haar alleen ligt. Er ligt ook een verantwoordelijkheid bij de leidinggevenden en het management om zorg te dragen voor de zorgdragers. Individuele verpleegkundigen en verzorgende dienen voldoende vertrouwen en veiligheid te ervaren om aan te kunnen geven wat hen parten speelt. Met deze verwijzing verschuift de aandacht naar een volgende categorie.

8. Omgang met schaarste: leidinggevenden en het management

Uit paragraaf 2 blijkt:

- dat leidinggevenden/het management niet altijd alleen verantwoordelijk zijn voor het ontstaan van schaarste
- dat zij een eigen verantwoordelijkheid hebben om om te gaan met schaarste in hun eigen werk, zowel op hun eigen niveau als op het onderliggende niveau. Hun beslissingen beïnvloeden de mate van schaarste waarmee individuele verpleegkundigen en verzorgenden geconfronteerd worden.

Deze punten vragen ook van de leidinggevenden/het management om de schaarste op het juiste niveau aan de orde te stellen, om de beschikbare middelen op een rechtvaardige manier te verdelen en daarbij aandacht te hebben voor de effecten van hun beslissingen voor de directe zorgverlening.

8.1 *Aan de orde stellen van schaarste op het juiste niveau*

Leidinggevenden/het management zijn niet altijd alleen verantwoordelijk voor het ontstaan van schaarste. Soms ligt de verantwoordelijkheid voor het ontstaan van schaarste bij andere managementlagen binnen de instelling of organisatie of bij de overheid.

Indien de verantwoordelijkheid voor het ontstaan van schaarste op een ander niveau ligt, is het belangrijk dat de leidinggevende, het management of de directie de schaarste aan de orde stelt op het juiste niveau. Het is daarbij aan te bevelen dat zij de verpleegkundigen en verzorgenden in de directe zorgverlening raadplegen, omdat zij de effecten van de schaarste in de dagelijkse praktijk van de zorgverlening ervaren (zie ook 7.1 en 8.3). Tevens is het van belang om op geleide van gesprekken met zorgvragers inzicht te verkrijgen in de aard van klachten en de achtergronden van incidenten, die zich rond zorgvragers voor kunnen doen en die te maken kunnen hebben met schaarste.

Zorgvragers en zorgverleners worden doorgaans wel als grote belanghebbenden van de zorg aangemerkt. Als het over beleidsbeslissingen gaat, wordt evenwel vaker gelet op andere externe partijen zoals overheid, verzekeraars, zorgkantoor, inspectie. Het vergt moed van leidinggevenden en managers om het perspectief van zowel de zorgvragers als de zorgverleners te blijven betrekken bij allerlei belangrijke beleidsbeslissingen in de zorg. Zij kunnen in die moed gesterkt worden, wanneer zij kunnen beschikken over de goede gegevens (zie paragraaf 7.1). Van groot belang is het dan ook dat leidinggevenden de uitvoerenden in staat stellen om de effecten van de schaarste goed te documenteren.²⁶ Voor leidinggevenden en managers is het bij het oordelen over situaties en effecten van schaarste overigens van belang om niet alleen oog te hebben voor allerlei statistische gegevens, maar daar door heen aandacht te blijven koesteren voor de persoonlijke verhalen van zorgvragers én zorgverleners. Schaarste is niet alleen een uitkomst van de vergelijking van allerlei cijfers en parameters maar immers ook een kwestie van persoonlijke beleving.

8.2 **Verantwoordelijk voor de omgang met schaarste op het eigen niveau**

Leidinggevenden/het management zijn verantwoordelijk voor de verdeling van de beschikbare middelen (onder meer tijd en personeel). In tijden van schaarste zal de vraag vaak zijn hoe de instelling bezuinigingen het beste op kan vangen.

De verdeling van de beschikbare middelen vraagt om verschillende afwegingen. De eerste afweging is de keuze tussen bezuinigingen op de directe zorgverlening en bezuinigingen op 'ondersteunende diensten'. Indien een instelling zou besluiten om opgelegde bezuinigingen helemaal op te vangen door te korten op tijd en personeel in de directe zorgverlening, kunnen daar vanuit het perspectief van rechtvaardigheid vragen bij gesteld worden. De instelling heeft als doel om zorg te bieden aan zorgvragers. Een eerste vraag bij schaarse middelen zou daarom moeten zijn: hoe kunnen we zo lang mogelijk de directe zorg aan de zorgvragers veilig stellen? Het kan zijn dat de zorg het beste veilig gesteld kan worden door te bezuinigen op 'ondersteunende diensten'. Het is ook mogelijk dat een verdeling van de bezuinigingen over 'ondersteunende diensten' en de directe zorgverlening het beste resultaat geeft, omdat bezuinigingen op alleen 'ondersteunende diensten' kunnen leiden tot extra taken voor verpleegkundigen en verzorgenden en daarmee tot vermindering van beschikbare tijd voor de directe zorgverlening.

De tweede afweging betreft de verdeling van bezuinigingen tussen groepen in de directe zorgverlening. Een verdeling die al snel in beeld komt, is een gelijke korting (in tijd en personeel) van alle afdelingen of teams. Alle afdelingen of teams worden gelijk behandeld: ze moeten allemaal evenveel inleveren. Deze verdeling is niet per definitie rechtvaardig. Zij is dat alleen maar als de situatie van de afdelingen of teams ook gelijk is. Dat is niet altijd het geval. Het resultaat van een gelijke 'korting' van alle afdelingen bij bezuinigingen (de kaasschaafmethode) kan zijn dat de zorgverleners op de ene afdeling nog alle zorg aan hun

²⁶ De paradox die zich daarbij voordoet is dat de tijd die nodig is om de effecten van de schaarste te documenteren, ook weer ten koste gaan van de tijd die de zorgvragers rechtstreeks ten goede komt.

zorgvragers kunnen geven en zelfs nog ruimte hebben voor 'leuke dingen'. De zorgverleners op een andere afdeling zijn gezien de zorgzwaarte van hun zorgvragers echter nog nauwelijks in staat om aan de minimale voorwaarden van goede zorg te voldoen. Deze verdeling (alle afdelingen evenveel inleveren) is niet rechtvaardig, omdat met de verschillende zorgzwaarte van de verschillende afdelingen of teams geen rekening is gehouden. Ongelijken zijn gelijk behandeld, terwijl vanuit het perspectief van rechtvaardigheid ongelijken ongelijk behandeld zouden moeten worden.

De verdeling van de beschikbare middelen vraagt van leidinggevenden en het management om rekening te houden met de verschillende zorgzwaarte van de verschillende afdelingen of teams en dit in de verdeling laten meewegen.

8.3 Aandacht voor effecten van schaarste in de directe zorgverlening

De verdeling van de middelen (bezuinigingen, taken) heeft gevolgen voor de verpleegkundigen en verzorgenden in de directe zorgverlening. Bij schaarste is de kans groot dat de nadruk komt te liggen op de functionele taken tot zorg, zoals opgedragen door de leidinggevende. Een teveel aan taken kan ertoe leiden dat verpleegkundigen en verzorgenden geen ruimte meer hebben om recht te doen aan hun professionele en persoonlijke verantwoordelijkheid.

Vanuit de professionele deskundigheid en professionele verantwoordelijkheid kan in de relatie tussen zorgverlener en zorgvrager blijken dat de opgedragen taak tot zorg om een andere invulling vraagt dan in eerste instantie op het niveau van de opgedragen taak gedacht werd (bijvoorbeeld: de opgedragen taak is een douchebeurt, maar de zorgvrager blijkt veel meer behoefte te hebben aan een korte wasbeurt en één keer per week in bad). Dit vraagt om ruimte om aan deze behoefte aan een andere invulling van de taak tot zorg te kunnen voldoen.

Een gebrek aan ruimte voor professionele en persoonlijke verantwoordelijkheid kan tot gevolg hebben dat verpleegkundigen en verzorgenden burnout raken en/of uit de zorg vertrekken of moreel onverschillig worden (zie paragraaf 4.4).

Leidinggevenden/het management staan daarom voor de opgave om, ondanks de schaarste, te kijken op welke manier er toch ruimte gecreëerd kan worden voor professionele en persoonlijke verantwoordelijkheid van verpleegkundigen en verzorgenden om recht toe doen aan goede zorg en om frustratie van verpleegkundigen en verzorgenden zoveel mogelijk te voorkomen.

Overleg met de direct betrokkenen

Een gezamenlijk gesprek – ook met zorgvragers en hun naasten – over de prioriteitenstelling en de beleving van het werk, kan ruimte creëren voor het zoeken naar gezamenlijke oplossingen en om daarbij recht te blijven doen aan professionaliteit en betrokkenheid van verpleegkundigen en verzorgenden en aan de relatie tussen zorgvrager en zorgverlener. Het kan ook een bijdrage leveren aan het bestrijden van dreigende burnout of morele onverschilligheid van verpleegkundigen en verzorgenden.

In dat gesprek kunnen verpleegkundigen en verzorgenden uit de directe zorgverlening aangeven wat de effecten van de genomen maatregelen zijn in de dagelijkse praktijk van de

zorgverlening. Zij merken of de kwaliteit van de zorg in het gedrang komt of dat het personeel overbelast raakt. Zij weten wat er speelt en wat de zorgbehoeften van de zorgvragers zijn. Vanuit hun kennis van de dagelijkse praktijk zullen verpleegkundigen en verzorgenden ideeën hebben over de prioriteitenstelling. De leidinggevende kan met de verpleegkundigen en verzorgenden zoeken naar een prioriteitenstelling waarbij er (enige) ruimte is voor professionele en persoonlijke verantwoordelijkheid en de relatie tussen zorgverlener en zorgvrager. Een gezamenlijk gesprek tussen leidinggevende en verpleegkundigen en verzorgenden over de mogelijkheden en onmogelijkheden bij schaarste zorgt ervoor dat de beslissingen niet over maar met verpleegkundigen en verzorgenden genomen worden. Betrokkenheid bij de beslissingen kan ervoor zorgen dat verpleegkundigen en verzorgenden weten waarom een bepaalde beslissing genomen is en daardoor hun frustratie verminderen.

Daarnaast is het belangrijk de zorgvragers en/of hun naasten bij de prioriteitenstelling te betrekken of hen in ieder geval daarover te informeren, voorzover die prioriteitenstelling betrekking heeft op de zorg die zij zullen krijgen (zie paragraaf 7.2: Rol van de zorgvrager en/of zijn naasten).

8.4 ***Leidinggevenden en het management en reflectie op het eigen handelen***

Reflectie op het eigen handelen is ook voor leidinggevenden/het management van belang. Een groot risico voor leidinggevenden/het management is namelijk dat zij zich volledig laten leiden door financieel-economische waarden, in de vorm van exclusieve aandacht voor het aantal uitgevoerde taken ('productie draaien'). Dat zijzelf en verpleegkundigen en verzorgenden in de directe zorgverlening ook nog andere verantwoordelijkheden hebben (professioneel en persoonlijk), kan dan buiten beeld verdwijnen. Het is belangrijk dat leidinggevenden/het management zich van dit risico, dat zij zich te veel laten leiden door een beheersperspectief, bewust zijn. Er zijn andere perspectieven naast te zetten die evenzeer of zelfs van groter belang zijn voor de organisatie en voor de samenleving als geheel. Terwijl het beheersperspectief vooral gefocust is op de financieel economische aspecten van de zorg, en dus de zorg voornamelijk als een negatieve kostenpost wegzet, is de zorg voor de zorgvrager en voor de samenleving ook een verbindend element dat duidelijk maakt hoeveel zorg en moeite mensen waard zijn: niet alleen mensen die zorg ontvangen, maar evenzeer mensen die zorg geven. De verantwoordelijkheid van leidinggevenden en management betreft beide categorieën.

8.5 ***Leidinggevenden/het management en personeelsbeleid***²⁷

Leidinggevenden/het management kunnen besluiten tot de aanstelling van laag of niet-geschoold personeel om kosten te besparen en/of vanwege een tekort aan goed opgeleid personeel op de arbeidsmarkt (paragraaf 5).

²⁷ Geïnspireerd door: Canadian Nurses Association (1998) *Ethics in Practice*. Ethical Issues Related to Appropriate Staff Mixes.

Het is wenselijk dat de leidinggevende/manager nagaat wat de aanstelling van laag of niet-geschoold personeel betekent voor de directe zorgverlening, zowel op korte als op lange termijn, en voor het beeld dat daarvan gegeven wordt. Het beeld van zorg dat geschetst wordt door vooral uit te gaan van taken, van 'handen aan het bed', definieert zorg in termen van herhaalbare en uitwisselbare arbeid. Andere betekenissen en dimensies van de zorg worden daarmee gemakkelijk gemist. Om te beginnen de creativiteit die nodig is om het bestaan van mensen die om wat voor reden ook afhankelijk geworden zijn van zorg, draaglijker te maken. Ook gaat een definitie van zorg in termen van herhaalbare, uitwisselbare arbeid voorbij aan de betekenis van de specifieke context waarin de zorgtaken gegeven moeten worden. Juist die context maakt dat er verschil gemaakt moet worden. Tenslotte gaat een definitie van zorg louter in termen van taken, voorbij aan het gegeven dat zorg gekenmerkt wordt door persoonlijke en relationele componenten.

Meer specifiek dient de manager zich vervolgens af te vragen welke waarden bij de aanstelling van laag of niet-geschoold personeel in het geding zijn en wie de betrokkenen zijn (degenen voor wie de beslissing gevolgen heeft). Indien bezuinigingen de reden voor de opdracht tot aanstelling van laag of niet-geschoold personeel zijn, spelen uiteraard financieel-economische waarden een rol. De leidinggevende/manager heeft echter niet alleen te maken met deze financieel-economische waarden. Andere belangrijke waarden of elementen zijn:

- kwaliteit van zorg en aandacht voor de zorgverlener (vanuit het perspectief van de professionele en persoonlijke verantwoordelijkheid van de leidinggevende/manager)
- kwaliteit van zorg en aandacht voor de zorgvrager (vanuit het perspectief van de professionele en persoonlijke verantwoordelijkheid van de zorgverlener in de directe zorg)
- veiligheid van de zorgvrager (vanuit de principe om de zorgvrager goed te doen en niet te schaden)
- handhaven van het vertrouwen van de samenleving in de zorgverlening door het bieden van deskundige zorg.

Kiezen voor het inzetten van laag geschoold personeel kan, ook al is er een besef dat dit op den duur afbreuk doet aan het beeld van de zorg en aan belangrijke waarden, in sommige situaties onontkoombaar zijn. De vraag die dan in ieder geval gesteld moet worden, is op welke manier de veiligheid van de zorgvrager gegarandeerd kan worden. Mocht de leidinggevende/manager tot de conclusie komen dat het voorgestelde aanstellingsbeleid de veiligheid van zorgvragers bedreigt en in plaats van gezondheidswinst gezondheidsschade met zich mee dreigt te brengen, heeft zij de taak om dit onder de aandacht van het volgende managementniveau te brengen.

Daarnaast is het van belang dat de leidinggevende/manager nagaat welke zorg op een verantwoorde manier door laag of niet-geschoolden gegeven kan worden en welke zorg niet (raadplegen beroepscode, beroeps- en competentieprofiel, nagaan deskundigheid personeel). Een gesprek met de aanwezige zorgverleners is wenselijk om gezamenlijk na te gaan wat de

knelpunten zijn en op welke manier de zorgverlening het beste kan gebeuren bij de gegeven personeelssamenstelling.

Deze aanbevelingen (nagaan veiligheid zorgvrager, nagaan welke zorg wel en niet door laag of niet-geschoolden gegeven kan worden en gezamenlijk overleg) gelden ook indien de reden voor de aanstelling van laag of niet-geschoold personeel krapte op de arbeidsmarkt aan goed personeel is.

9. Rol van de beroepsorganisatie

De beroepsorganisatie heeft een belangrijke ondersteunende rol voor verpleegkundigen en verzorgenden, die werkzaam zijn in de directe zorgverlening of die werkzaam zijn als leidinggevenden/managers. Een beroepsorganisatie kan individuele verpleegkundigen en verzorgenden, teams en VARs ondersteunen met tips als zij de gevolgen van de schaarste onder de aandacht van hun leidinggevende/het management of de directie willen brengen.

Als verpleegkundigen en verzorgenden de gevolgen van de schaarste doorgeven aan de beroepsorganisatie, krijgt deze organisatie een overzicht van de aard en grootte van het probleem. De beroepsorganisatie is de aangewezen instantie om als vertegenwoordiger van verpleegkundigen en verzorgenden de schaarste vervolgens aan de orde stellen bij koepel- en brancheorganisaties en de overheid. Het is haar opdracht om een krachtig pleidooi te voeren voor maatregelen om de schaarste aan te pakken en voor verantwoorde zorg bij schaarste.

De beroepsorganisatie heeft daarbij ook de taak om hieraan zelf actief bij te dragen. Zij kan zich inspannen om de regelgeving zodanig te beïnvloeden dat er ruimte komt voor echt professioneel handelen in plaats van alleen technisch handelen. Ten aanzien van de aanstelling van laag of niet-geschoold personeel en het dreigende personeelstekort in de zorg zou de beroepsorganisatie bijvoorbeeld normen voor een verantwoorde personeelssamenstelling kunnen formuleren. Zij kan een overzicht maken van welk niveau van zorgverlener vereist is voor een zorgvrager met een bepaalde problematiek²⁸ of hoeveel zorgvragers per verpleegkundige of verzorgende nog verantwoord is.²⁹

²⁸ Vergelijk bijvoorbeeld de aanpak van de Canadian Nurses Association samen met andere partijen. Er is een onderzoek geweest naar de effecten van de aanwezigheid van verpleegkundigen op de veiligheid van patiënten en vervolgens is op basis van deze gegevens een rapport geschreven over de gewenste aanwezigheid van opgeleide verpleegkundigen.

Canadian Health Services Research Foundation (2005) *Evaluation of patient safety and nurse staffing*.
Canadian Health Services Research Foundation (2006) *Staffing for Safety: a synthesis of the evidence on nurse staffing and patient safety*.

²⁹ Zie noot 25.

Zie ook: ICN (2006) *Safe Staffing Saves Lives. Information and Action Tool Kit*.