

Over sporen en dwarsliggers:  
omgaan met morele distress in oncologie



**An Lievrouw, Psycholoog Oncologisch Centrum**

Met de steun van de Wetenschappelijke Werkgroep van het Oncologisch Centrum UZ Gent

## Situering en vraagstelling

- Quid 'pathologisering' versus 'part of the job'?
- Nood aan multidisciplinaire blik (beroep en setting)
- Loopbaanperspectief?

## Situering en vraagstelling

- Morele distress (MD) wordt gedefinieerd als situaties “*in which a practitioner knows the right thing to do, but internal or external barriers make it difficult to pursue the desired course of action.*”

- Jameton, A. (1984). *Nursing Practice, The ethical issues*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- McCarthy, J. & Deady, R. (2008). Moral Distress Reconsidered. *Nursing Ethics*, 15 (2), 254-262.

- 'part of the job'
- Hoe gaan zorgverleners ermee om; i.e. **coping?**

## Methode luik 1

Interviews ongeveer 60'

- In welke mate vindt u dat u bewust bezig bent met morele kwesties?
- Als u de definitie leest van MD, in welke mate ervaart u MD?
- Kan u voorbeelden geven waarin u MD ervaren hebt? (Bij de voorbeelden zal worden doorggevraagd naar een zo concreet mogelijke context, naar wat vooraf ging, wat nadien volgde en hoe men zich voelde en wat men dacht op het moment zelf; er worden 3 voorbeelden gevraagd)
- Welke factoren spelen volgens u een rol in het ontstaan van MD?

- Wat is helpend of steunend bij het ervaren van MD?
- Wat maakt dat MD soms blijft hangen?
- Wat maakt dat u ondanks de ervaring van MD toch tot een actiekeuze komt?
- In welke mate denkt u dat het ervaren van MD een impact heeft op patiëntenzorg?

**Bij de groep ASO :**

- Welk specialisme denkt u te zullen kiezen / heeft u gekozen en in welke mate denkt u dat u binnen dit specialisme meer of minder dan een andere ASO MD ondervindt?
- In welke mate spreekt het u aan om specifiek in de oncologische zorg te werken?

**Bij de groep verpleegkundigen:**

- Heeft u bewust gekozen om op deze dienst te werken? Kan u toelichten waarom u die keuze heeft gemaakt?
- In welke mate spreekt het u aan om specifiek in de oncologische zorg te werken?

- Bij de groepen met **intermediaire en ruime** ervaring, zal ook gevraagd worden om alle hierboven geschetste topics te bekijken in een loopbaanperspectief

    (“Hoe is dit nu voor u? Hoe was dit aan het prille begin van uw loopbaan en na enkele jaren ervaring?”).

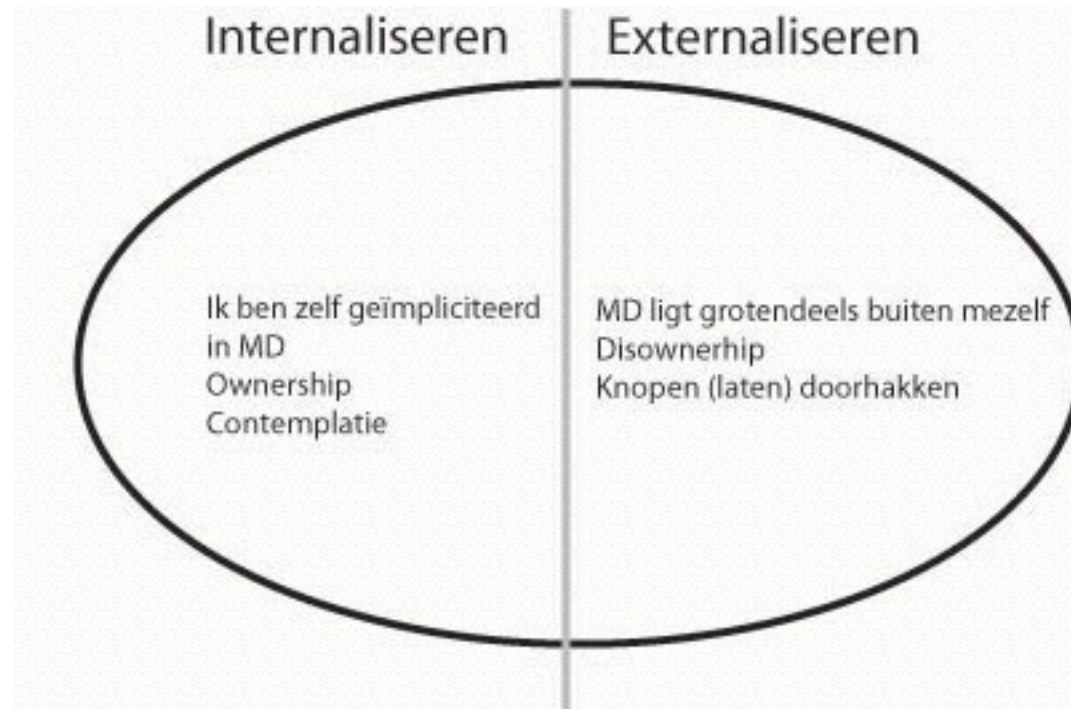
- Bij de groepen met **bepaalde** ervaring worden bij de beschreven vragen ook gepolst naar hoe men denkt dat dit zal evolueren tijdens de latere loopbaan

    (“Hoe denkt u dat om te gaan met MD na enkele jaren ervaring?”, “Hoe denkt u om te gaan met MD na meer dan 10 jaar ervaring?”)

## Resultaten

- N=35
- MD ↑ indien ED ↑
- Externe barrières, maar evenzeer interne (bvb 'aangeleerde hulpeloosheid', verlegenheid, zich niet goed voelen binnen gepercipieerde teamcultuur,...).
- Opvallende assumpties en vooroordelen: van de ander wordt dezelfde stijl verwacht.
- Verschillende verwachtingen m.b.t. leidinggevende, organisatiecultuur, opleiding.
- Loopbaanperspectief: hoop op 'hoe meer ervaring, hoe meer controle, hoe minder MD'.

## Resultaten luik 1





## Internaliseren

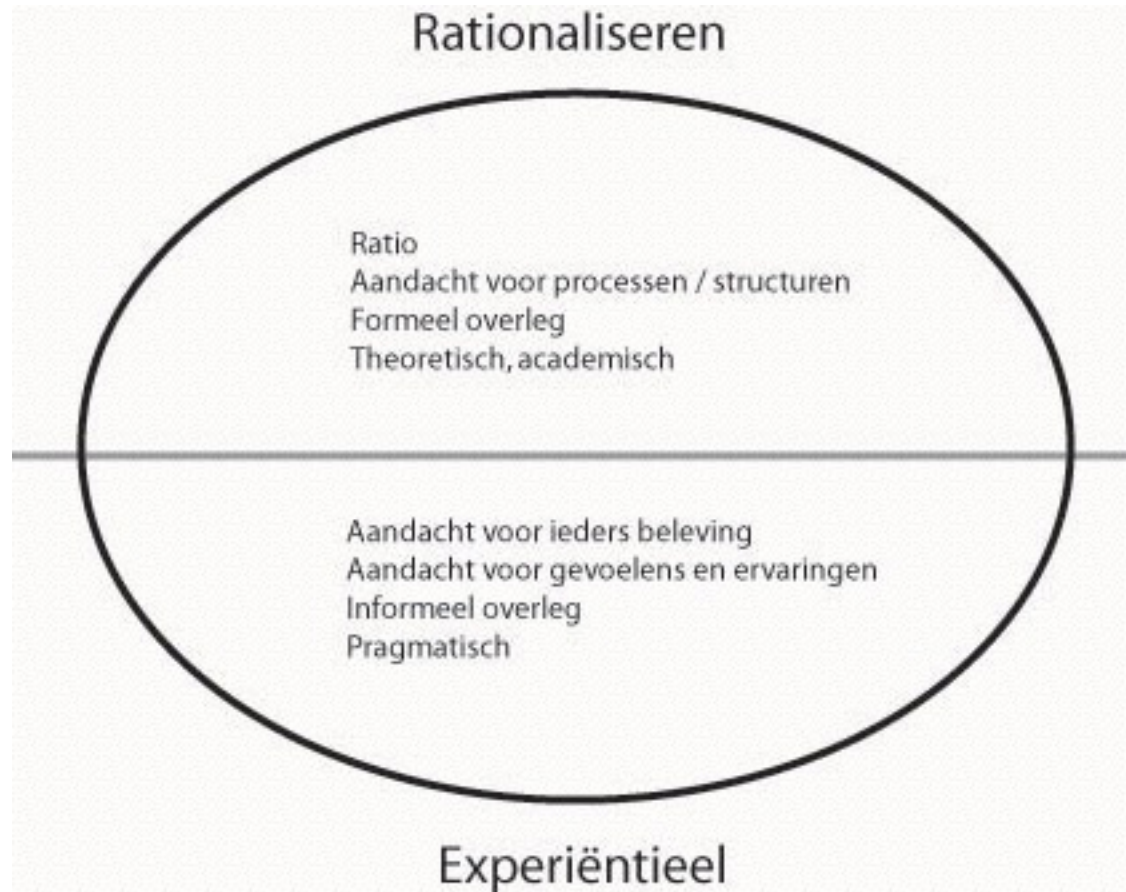
- ARTS: “Eigenlijk heb ik morele distress bij elke casus als je het breed bekijkt. Ik ben altijd een beetje aan het zoeken naar wat zou het beste zijn. Dat hoort er bij.”
- ARTS: “De manier waarop je werkt en beslissingen maakt is voor een stuk wie je bent.”
- VPLK: “Ik sta daar vaak bij stil: wat deed ik of net niet en had ik dingen anders moeten aanpakken.”
- VPLK: “Mijn zus is aan kanker gestorven toen ik jong was en recent is mijn vader hier overleden. Bij elke situatie beseft ik dat die persoonlijke ervaringen me gemaakt hebben tot de verpleegkundige die ik ben.”

## Externaliseren

- VPLK: “Als je niet fulltime werkt, kan niemand verwachten dat je helemaal mee bent met zulke kwesties en dan is je rol beperkt.”
- ASO: “Tja, als ASO zit je gewoon niet in een positie om dat in vraag te stellen (...) wij zitten maar in een bijrol.”
- ASO: “Het is soms wat gemakkelijker om u weg te steken achter dat scherm van oké, het oncologische luik, dat is voor de interne.”
- VPLK: “Ik ben niet zo bezig met het ethische, maar dat komt ook...het is raar om te zeggen, maar de patiënten willen in het middelpunt van de belangstelling staan en ja, (...) er wordt te veel aandacht aan besteed.”
- ARTS: “Morele distress bestaat alleen bij de mensen die in een ondergeschikte positie werken (...) ik heb daar geen last van.”
- ARTS: “Als het niet vanuit de overheid gereguleerd geraakt, gaat het nooit lukken.”

## Externaliseren

- VPLK: “Sommige patiënten weet je van...hé... ze hebben goed geleefd en gedronken hé. Roken en alcoholmisbruik... Als er daar dan iets gebeurt, denk ik soms ‘kom, het is uw eigen schuld dat ge hier ligt’. Allez, dat is grof natuurlijk, maar ja, dat zijn mijn gedachten, zo van ‘je gaat mijn werk hier niet bemoeilijken hé’... Zoiets.”
- ARTS: “Wij beslissen over een behandeling, maar dat is op basis van wetenschappelijke criteria en ik bedoel, het is het medicijn dat zijn werk doet of niet.”
- VPLK: “Hoe ouder, hoe meer ervaring, hoe meer je afstand kan nemen.”
- ASO: “Wij zitten niet in een positie om dingen in vraag te stellen.”
- ARTS: “Ik heb nog nooit een interne barrière ervaren”.



## Rationeel

- ARTS: “Wat zou helpen is een goed georganiseerde staf, met een notularis en waarbij iedereen zijn visie helder uiteenzet.”
- ASO: “Van de vrijdagavond tot de maandagmorgen denk ik nooit aan mijn werk.”
- ARTS: “Wat mij helpt zijn communicatietips, zodat je de zaken op een efficiënte manier kan bespreken met je patiënten en collega’s.”
- ASO: “Als arts heb je het voordeel dat je gewoon medisch, los van empathie, het dossier kan bekijken.”
- VPLK: “Meer cursussen rond ethiek en wetgeving hebben we nodig.”

## Experiëntieel

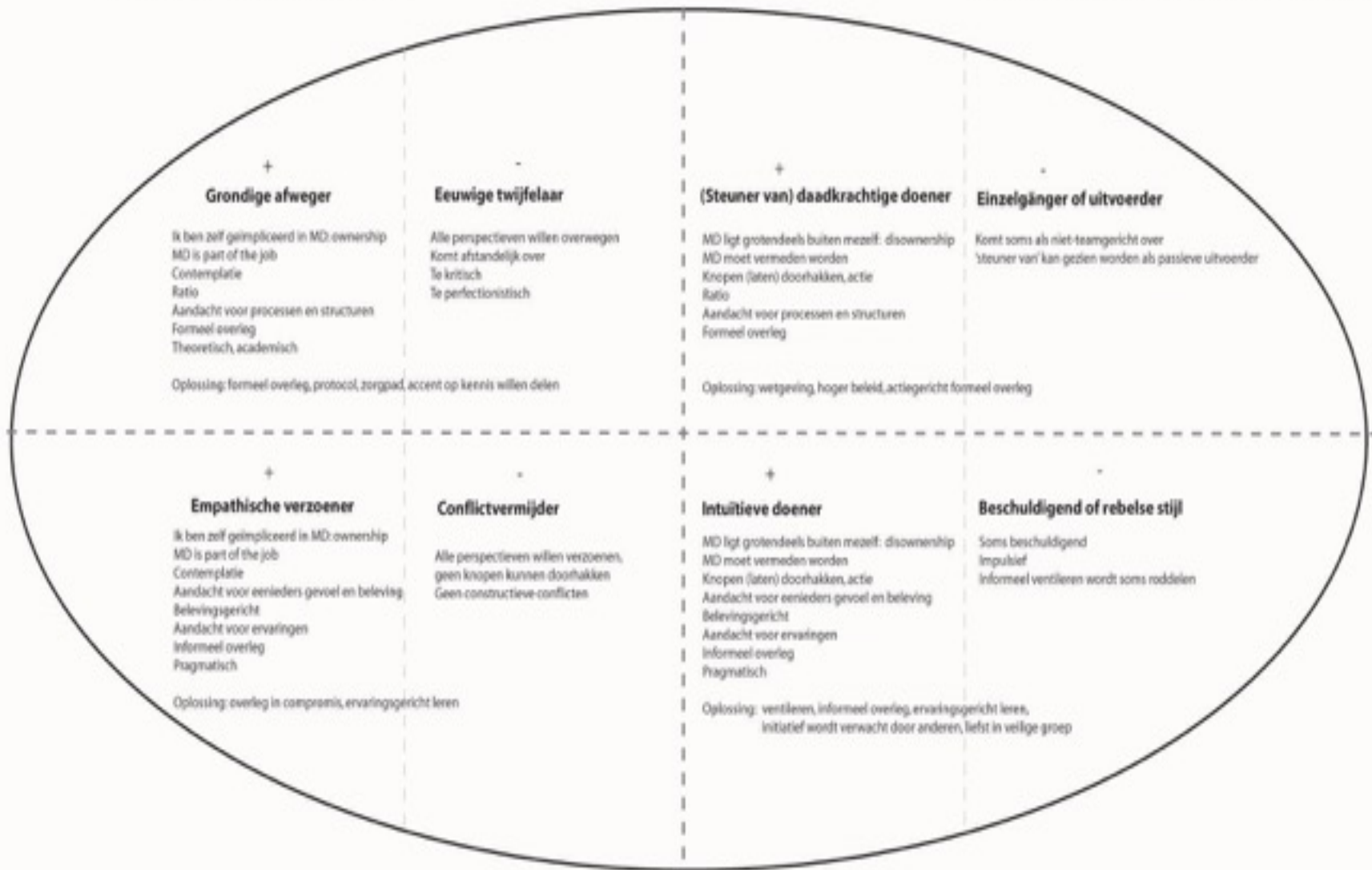
- VPLK: “Moest ons hoofd wat meer laten zien dat ze mens is. Dat staat denk ik ook in de competenties hé ‘je moet mens zijn”.
- ARTS: “Je probeert te zien wat voor de patiënt en de familie nog een situatie is waarin ze verder kunnen en soms staan ze niet op dezelfde lijn (...) en dat volg ik zo goed mogelijk. Wie ben ik om hen daar een lesje in te leren?”
- VPLK: “De dokter moest zeggen dat ze ging sterven. Dat meisje begint te schreien, de dokteres begint te schreien en ik ook. Dat die dokter zo haar gevoel toonde, dat vond ik echt mooi. Een mooi moment. Zo iemand zal je dan makkelijker aanspreken”.
- VPLK: “Ge doet hier zo veel in gesprekjes die ge niet in de MVG kunt steken, terwijl dat juist de waarde is, de kern.”
- ASO: “Mensen hebben zo een behoefte een keer te praten met u. Alleen al aan de manier waarop ge een kamer binnenloopt, kunt ge laten merken van ‘ja, ik heb tijd voor u en je mag mij vragen stellen’ of van niet. Alleen dat al.”

## Experiëntieel

- ASO: “Het is heel duidelijk dat niet iedereen wakker ligt van hoe patiënten daarmee omgaan.”
- ASO: “Als er al een debriefing is, gaat het over ‘hoe kunnen we het beter doen volgende keer’ en niet over het gevoelsmatige.”
- ASO “Ik heb al stafleden gezien bij wie je je afvraagt ‘heb jij enige feeling met wat een mens denkt of voelt?’. En ik weet voor mezelf dat ik dat anders wil doen. Ik kan gerust tranen in mijn ogen krijgen als ik slecht nieuws moet brengen.”

**'Grondigheid'** *Let's do it right*

**(Verleende) Autonomie** *Let's do it now*

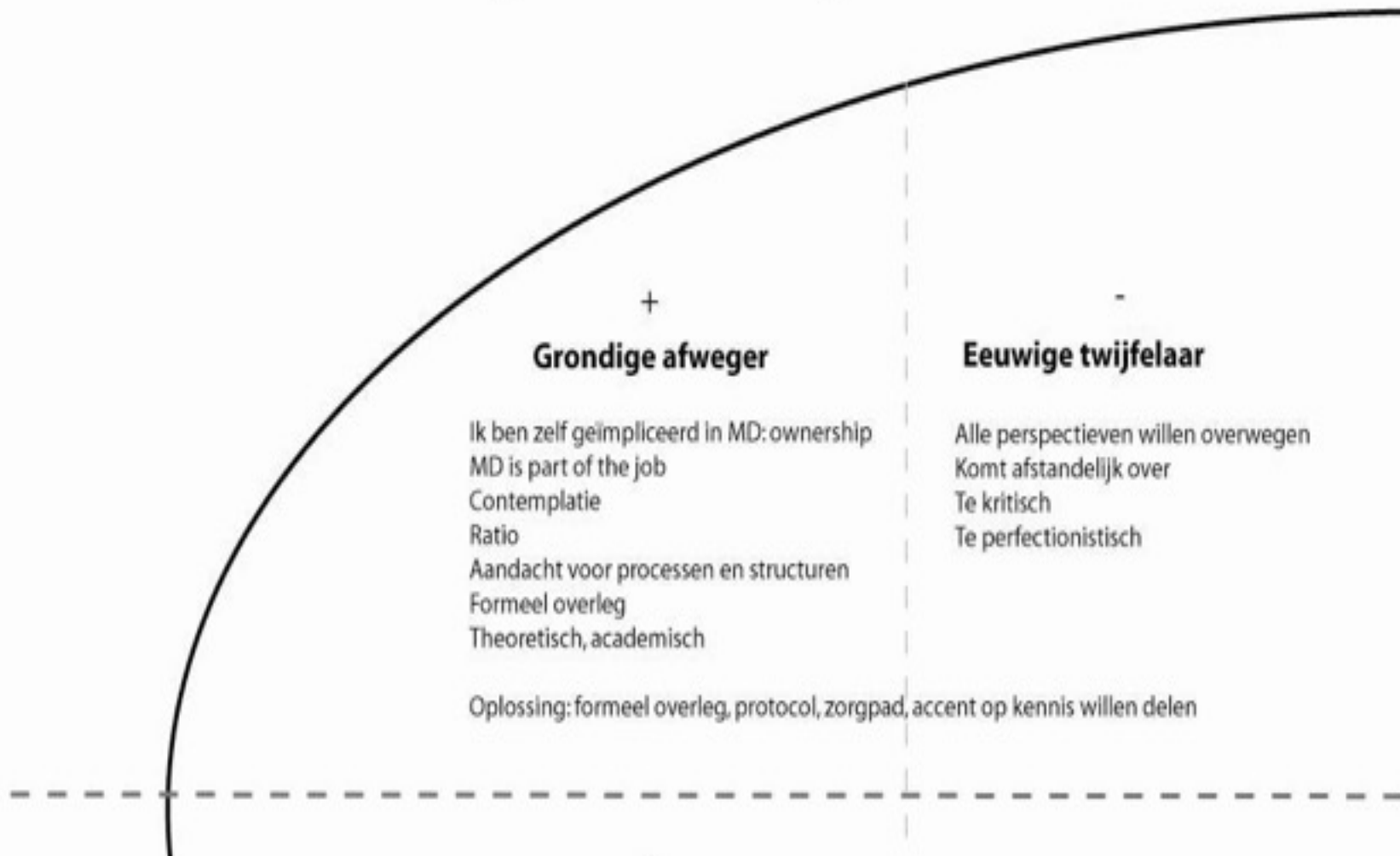


**Compromis** *Let's do it harmoniously*

**Intuïtie** *Let's do it intuitively*



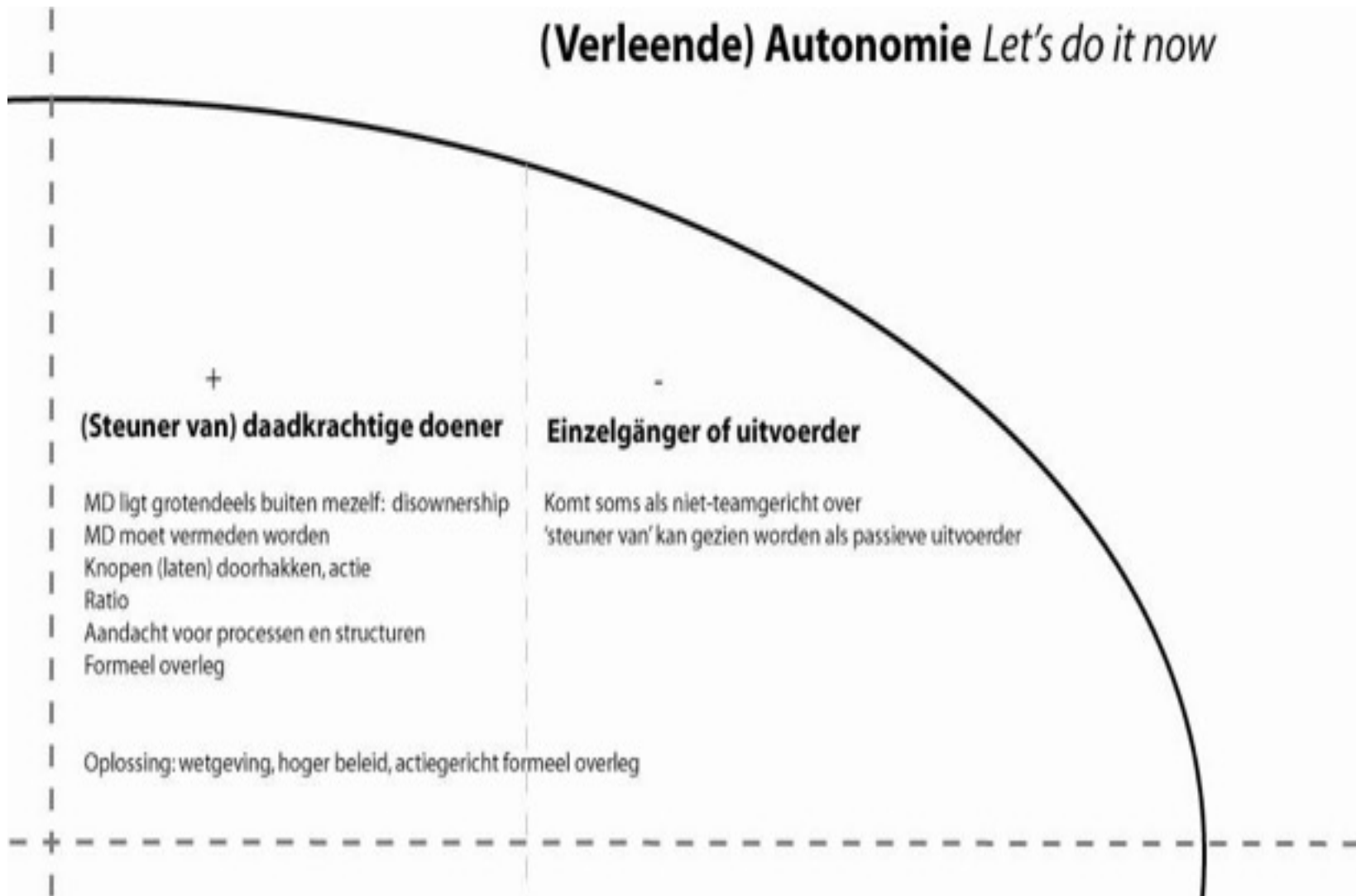
## 'Grondigheid' *Let's do it right*



## Grondigheid ‘Let’s do it right’

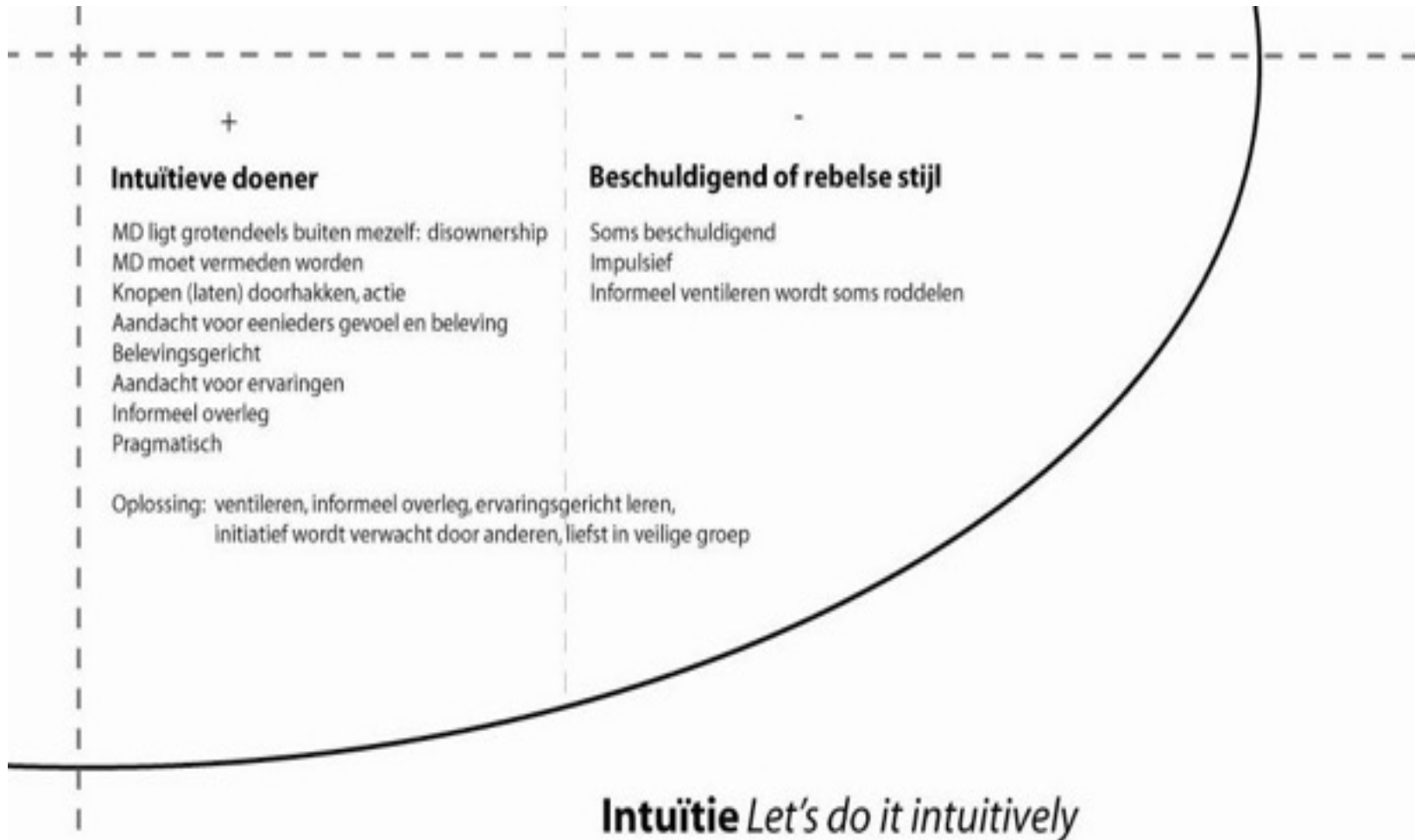
- ARTS: “Ethiek zit in alles: de manier van insnijden, respect voor het weefsel, respect voor de patiënt en zijn familie (...) Ethiek zit ook in je tijd nemen voor een slechtnieuwsgesprek. Maar ook weten hoe je dat best aanpakt.”
- ARTS: “Ik ben perfectionistisch en verwacht van iedereen rondom mij hetzelfde. (...) Heel veel kan je opvangen door heldere procedures en goede zorgpaden.”
- ASO “Ik krijg altijd kritiek dat ik meer moet delegeren. Maar als ik het zelf doe, is het tenminste goed gedaan. (...) Verpleegkundigen bellen ook altijd naar mij; ze zeggen “ja, al uw collega’s blaffen ons af.””

## (Verleende) Autonomie *Let's do it now*



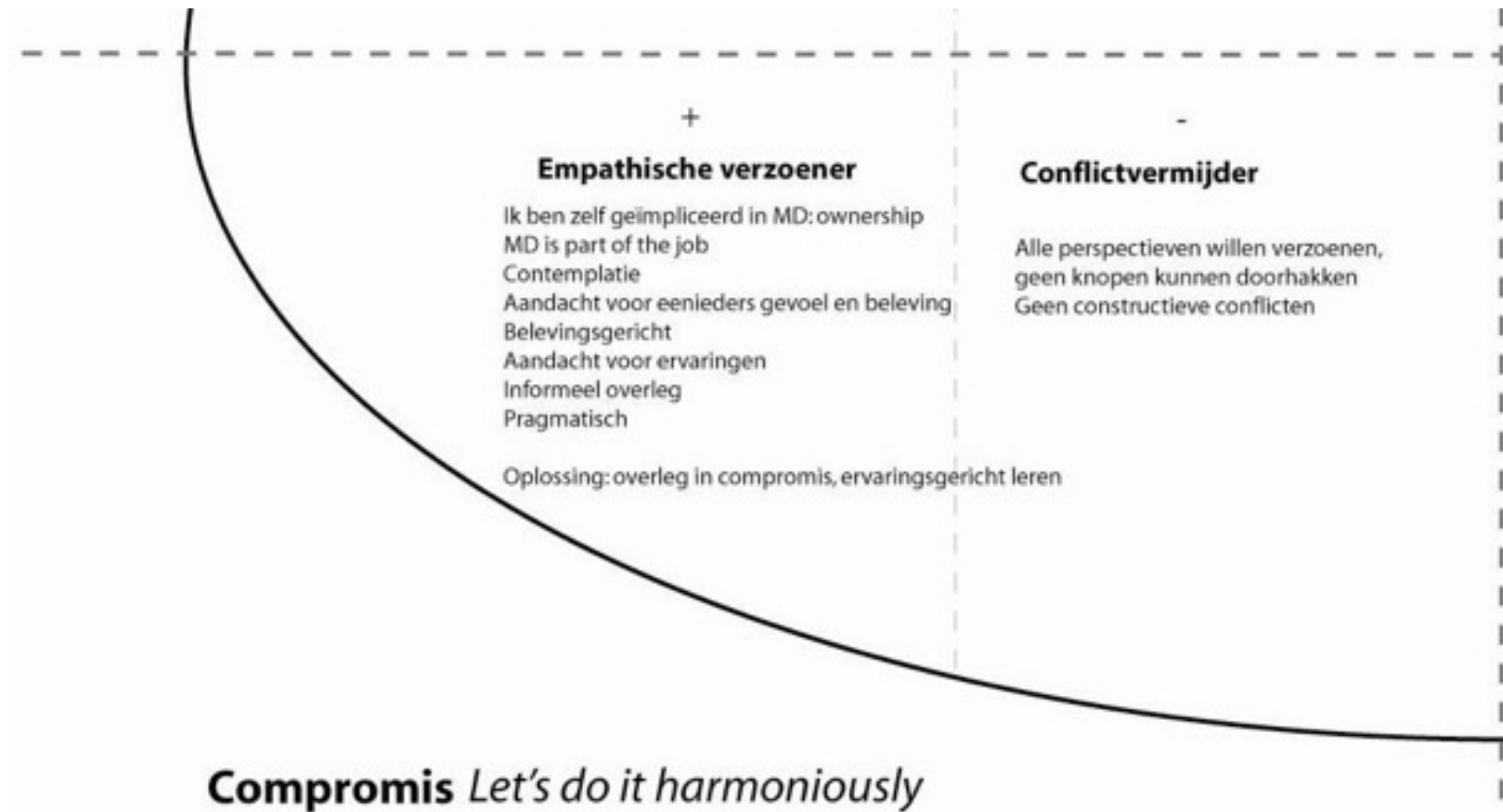
## (Verleende) autonomie *'Let's do it now'*

- ASO: “Als stafid heb je geen morele distress naar uwe patiënt toe (...) het wordt gemakkelijker naarmate je meer je goesting mag doen.”
- ARTS: “Chirurgen hebben een bepaald persoonlijkheidstype: het zijn doeners, en dikwijls einzelgängers.”
- VPLK: “Ik doe wat van mij gevraagd wordt, ook als sta ik er niet achter” (...) Ik ga ze nooit tegenspreken, allez ja, gewoon, ik ga mij daar nooit mee mengen. Zeker niet” (...) Er zijn daar nooit discussies over hier...Waarom dit of dat...? Nee, wij voeren uit.”
- ASO: “ik respecteer sowieso de mening van de supervisor (...) Ik ga mij daar eigenlijk nooit druk in maken.”
- VPLK: “Ik kan mij daarbij neerleggen (...) Een dokter is een dokter en staat boven ons op de hiërarchische ladder. Het is nu eenmaal zo dat altijd iemand het laatste woord zal hebben.”
- ARTS: “Soms heeft de familie andere wensen, maar daar hou ik allemaal geen rekening mee, de autonomie van de patiënt staat voorop. Als die geen mening heeft, is dat ontzettend lastig.”



## Intuïtie *'Let's do it intuitively'*

- VPLK: “Ik volg mijn buikgevoel. Ik voel dat er iets niet pluis is, ik voel een onrust en dan doe ik daar iets mee.”
- VPLK: “Ik vraag me dan steeds af: wat zou ik doen mocht het mijn vader, moeder, partner of zo zijn.”
- VPLK: “Wij ventileren veel onderling. Of ne keer een pint gaan pakken.”
- VPLK: “Ik ben nogal explosief soms, ik moet daar aan werken. Maar ik zeg mijn gedacht gelijk ik het peins.”



## Compromis ‘Let’s do it harmoniously’

- ARTS: “Je moet een weegschaal maken tussen wat de voordelen zijn van je team en je voordelen van je eigen gelijk te halen. (...) Ofwel zeg je: goed, ik ga mijn patiënt behandelen zoals ik dat zelf wil, maar dan schuif je je team opzij en heb je er alle voordelen niet meer van. Je moet het goede evenwicht daarin zoeken. Wat vind ik dat voor mijn patiënt de beste oplossing is? De beste ethische oplossing? En wat voelt het team aan als zijnde de beste oplossing? (...) En dan komen we tot een consensus”.
- ARTS: “Ik probeer te vermijden dat er bij een teamoverleg tumult aan te pas komt. Niemand heeft daar baat bij (...). Dat is ook mijn nadeel: ik kan geen ruzie maken, ik kan niet tegen conflicten.”
- ARTS: “Mijn doel is mensen en familie begeleiden door hun traject. Het is niet het verschil maken tussen leven en dood. Ik moet daar dus over nadenken, perspectieven verzoenen en afwegingen maken. Dat ze zich nu goed voelen maar ook binnen 10 jaar.”
- VPLK: “Ik heb vaak zoiets van “heb ik wel de goede keuze gemaakt?” Zoveel mogelijke keuzes en visies die maken dat het moeilijker wordt. Dat kan echt malen in mijn hoofd.”



Overzicht interviewees per kwadrant

VPLK	ARTS	VPLK	ARTS
/	1 ASO interne 1 staf interne 1 staf CHI	2 DKL	6 ASO interne 1 ASO CHI 1 staf interne 1 staf CHI
<b>Totaal: 3</b>		<b>Totaal: 11</b>	
VPLK	ARTS	VPLK	ARTS
2 DKL 1 CHI	1 ASO interne 2 staf interne 2 ASO CHI	3 DKL 5 interne 5 CHI	/
<b>Totaal: 8</b>		<b>Totaal: 13</b>	

## Ander perspectief

- ARTS INT: “Chirurgen zijn daar niet mee bezig. Het interesseert hen gewoon ook minder.”
- ARTS INT: “Als chirurg kunt ge u altijd verschuilen achter uw technische act.”
- VPLK: “Wij zien een patiënt 8u per dag, zij (*artsen*) lopen zelfs niet dagelijks binnen. (...) Hun moment van distress is dus korter.”
- VPLK: “Dus dat zij echt alleen het medische zien. Allez ja, de behandeling, maar niet de patiënt erachter.”
- ASO: “Supervisie heeft morele distress, je merkt dat goed hoor (...) aan kleine dingen (...), maar dat ze daar echt over spreken, heb ik nog nooit iemand geweten. Ja, dat is gelijk raar.”
- ARTS CHI: “Internisten hebben het makkelijker, die moeten geen beslissingen maken die instant het verschil maken tussen leven en dood.”
- VPLK INT: “Als verpleegkundige op een dagziekenhuis is dat makkelijker: het is toch vooral technisch hé.”
- VPLK CHI: “Op een interne afdeling kan je toch meer spreken over wat moeilijk ligt. Volgens mij maakt dat het draaglijker.”

## Team- / bedrijfscultuur

- ARTS: “Waar ze (*team*) mee worstelen is tijdsdruk en zo (...), maar MD, ik denk niet dat dat echt een dagelijkse bekommernis is bij iemand.”
- VPLK: “Bezig zijn met ethiek? Het belangrijkste is dat iedereen zijn plaats kent en doet wat hij moet doen. We moeten ook voortdoen hé, het is niet dat we daar tijd voor hebben.”
- VPLK: “Ja, je spreekt de arts aan met de voornaam, dat lijkt super, maar het is tegenstrijdig. ‘t Is niet dat je je gedacht kan zeggen.”
- VPLK: “Je hebt proffen die komen hier toe, zeggen geen goeiedag, gaan weer buiten en kijken niet naar u. Tja, dat nodigt niet uit hé.”
- ASO: “Ik heb geleerd van: mijn mond open doen zal ik later wel doen. Ik heb te veel schrik dat ze mij kunnen afpakken wat ik heb; dat gaat hier zo.”
- ASO: Ik ga nooit aan een stafid zeggen van ‘hé, zouden we het niet zo of zo kunnen bekijken?’. Het is zo een wereld van ‘hé mietje, wat is ‘t, gaat ge wat komen neuten, zijt ne keer volwassen’.”
- VPLK: “als je daarmee afkomt, zegt onze arts: ‘amai, het wordt tijd dat je in verlof gaat’. Tja, dan doe je dat niet meer hé.”

## Team- / bedrijfscultuur

- ASO: “Chirurgen horen niet over gevoelens te praten hé.”
- VPLK: “Er zitten in onze groep heel wat luide stemmen. Dan durf ik al helemaal niets meer zeggen in groep.”
- VPLK: “Soms ben ik bang dat ze mijn gaan uitlachen als ik mijn mond opendoe.”
- ARTS: “(...) een gesprek hebben met iemand die niet oordeelt, waar je kan zeggen wat je wil, dat we naar een open cultuur gaan waar dingen bespreekbaar zijn zonder penalisatie.”
- ASO: “Er zijn verpleegkundigen die echt fouten maken en je kan daar niets tegen doen want die zijn vastbenoemd. In de periferie lagen die al lang buiten. Die blijven hier maar rondmodderen en patiënten mismeeesteren... Dat zijn allemaal dingen...Ik zou daar ongelukkig van worden. (...) Het UZ is ook daarom niets voor mij.”
- ASO: “Ik hoor aan de verhalen van mijn vrouwelijke collega’s dat er toch wel wat seksisme is. Vrouwen moeten zich eens zo hard bewijzen.”

## Opleiding, loopbaanperspectief

- ARTS: “De ASO gaan dat komen zeggen, ik denk dat er geen drempel is. Maar misschien is dat (...) een gigantisch blinde vlek van mij?”
- VPLK: “Ik ben dus weggegaan. Nu is er ook weinig aandacht voor de beleving van patiënten, maar het is een administratieve job, dus in die zin kan ik daar nu wel mee leven. Maar ik mis toch de voldoening van het menselijke contact.”
- ARTS: “Door persoonlijke ervaringen was ik bezig met hoe mensen dat beleven eerder dan met de medicamentjes en technische dingen.”
- ASO: “In je eerste jaren probeer je keihard alle technische zaken onder de knie te krijgen en te begrijpen en wil je vooral geen fouten maken. Dan is er weinig ruimte en tijd voor ethiek.”
- VPLK: “Alles wat niet aansluit bij wat ik ervaar, blijft niet hangen. Al die cursussen waar het zo ging over ethische dingen waren als student voor mij niet aan de orde.”
- ARTS: “Te veel lessen gaan uit van hypothetische voorbeelden. Je zou eigenlijk dezelfde lessen nu moeten krijgen, nu ze wel concreet bruikbaar zijn.”

## Opleiding, loopbaanperspectief

- Copingstijl kan (sterk) veranderen doorheen loopbaan.
- VPLK: “ik wissel graag ervaringen uit; zo al die theorie daar heb ik niets aan.”
- ASO: “Wij wisselen iedere 3 maand. Bij een zwaar ethisch conflict heb je geen tijd daar bij stil te staan.”
- ASO: “Wij worden weggehouden van het ethische en dat is jammer. Pas op het einde komt dat wat meer aan bod.”
- ASO: “Ik ga geriatrie doen. Dat is toch anders, zo meer de natuurlijke gang van zaken.”
- VPLK: “Ik dacht, dat gaat makkelijk zijn op chirurgie, een vlotte turnover, maximum een week en ze zijn weg. Maar dan bouw je toch een band op.”
- VPLK: “Mijn collega’s zeggen dat ik mij dat wel vanzelf minder ga aantrekken als ik een gezin heb. Awel, ik durf daar toch aan twijfelen (lacht)”
- ASO: “Ik hoop dat ik rationeler word, meer afstand kan nemen van mijn gevoelens. Anders ga ik het niet lang volhouden in dit wereldje.”

## Kansen

- Reflectie op individueel en teamniveau.
- INT: “Het is belangrijk om in een team verschillende standpunten te hebben. Ok, dat kost tijd en tijd is kostbaar, en soms is dat lastig en is er wrevel. Maar op het einde van de rit groei je naar elkaar toe.”
- VPLK: “Zelfs in complexe discussies, voel ik me gesteund door de anderen en heb ik het gevoel er iets uit te leren. Uiteindelijk is er één factor die ons bindt en dat is de beste zorg willen voor onze patiënten.”

## Besluit

- Men is zich vaak niet bewust van eigen copingstijl, noch van die van anderen.
- Rol teamklimaat / -cultuur: 'het geheel is meer dan de som van de delen'.
- Impact (gebrek aan) metaperspectief.
- Geen 'goede en foute' stijlen, allen hebben kwaliteiten en valkuilen.
- Wel: weten waarom welke stijl en met welk doel gehanteerd wordt >> flexibiliteit.
- Leidinggevenden: ken de stijl van je medewerkers, heb oog voor teamcultuur en biedt werkvormen en leermomenten aan waar ieder iets kan uithalen.
- **Durf denken én voelen: belang van zelfreflectie, als individu en als groep.**



## Hoe bespreekbaar maken?

- Groepsreflectie, geen ventilatie
- Niet oplossingsgericht, gaat om persoonlijke beleving
- Starten met theoretische duiding, verschil bvb morele en emotionele distress

## Hoe bespreekbaar maken?



### Tip

#### *Verankering in teamvergadering*

Tijdens het ontwikkelingstraject van dit instrument koos één organisatie ervoor om het thema 'morele stress' op de agenda te plaatsen van de teamvergaderingen. Ze starten de teamvergadering met voorbeelden van morele stress én goede zorg.

## Hoe bespreekbaar maken?

Vraag aan de deelnemers om een ervaring van **goede zorg** en een ervaring van **morele stress** te noteren

- groene post-it: 1 ervaring van goede zorg (kernwoord)
- rode post-it: 1 ervaring van morele stress (kernwoord)

Laat hen de post-its op een A3 blad in het midden van de tafel kleven

- Links: groene post-its
- Rechts: rode post-its

## Hoe bespreekbaar maken?

Feiten	Hoogtepunt	Gevoel / beleving	Wat was er voor jou daarin belangrijk? (waarden/visie)
<p>Julia is niet zorgbehoevend, wel depressief. Ze heeft niet veel contact omdat zorgbehoevenden vaak voorrang krijgen. Ik heb toch even de tijd gevonden om langs te kunnen gaan.</p>	<p>Er voor kunnen kiezen om Julia voorrang te geven.</p>	<p>Opluchting Voldoening Blijdschap Tevredenheid</p>	<p>Kunnen doen wat ik al lang wou doen, weten hoe het met Julia gaat, aandacht geven.</p>

## Hoe bespreekbaar maken?

Feiten	Hittepunt	Gevoel / beleving
<p>Tijdens de maaltijd was ik een bewoner aan het eten geven terwijl de collega's al aan het afruimen waren.</p>	<p>Dilemma: moet ik nu rustig eten blijven geven of mij beginnen haasten?</p>	<p>Nerveus Frustratie Machteloos Schuldgevoel 'Ambetant'</p>
Handeling	Visie/ waarden	Belemmerende Factor
<p>Ik ben rustig doorgegaan met eten geven.</p>	<p>Ik wil de bewoner niet nerveus maken. Ik vind het belangrijk dat de bewoner in alle rust en op eigen tempo kan eten.</p>	<p>Angst voor afkeuring van collega's Collegialiteit (ik wil hen gaan helpen)</p>

## Hoe bespreekbaar maken? Hulpbronnen

De deelnemers krijgen opnieuw ongeveer 2 minuten de tijd om op een gele post-it een antwoord te formuleren op de volgende vraag:



*Wat helpt er voor mij om met morele stress om te gaan?*

- *Wat doe je zelf / doe je nu al?*
- *Wat heb je daar voor nodig?*
- *Wat kunnen je collega's doen?*
- *Wat kan je leidinggevende doen?*
- *Wat verwacht je van je organisatie?*

De gele post-its worden in het midden van het A3-blad gekleefd en besproken.

## Hoe hanteren? Voorbeelden van workshopmethodieken

### ‘Mijn beeld op zorg’

Een aantal prenten (kleur en zwart-wit) worden op de grond gelegd. Zorg dat iedereen de prenten kan zien. De deelnemers worden gevraagd rond de foto's te gaan staan, even de prenten te bekijken en er één prent uit te kiezen, die voor hen de (ouderen)zorg typeert en/of iets zegt over hun visie op (de ouderen)zorg.

#### Richtinggevende vragen:

- Wat spreekt je aan in deze prent?
- Wat maakt dat je deze prent gekozen hebt boven andere?
- Wat raakt/triggert/prikkelt je aan deze prent?
- Wat toont deze prent over hoe jij denkt over je job/ de (ouderen)zorg?
- Welk gevoel roept deze prent bij je op?

Eventueel kan dit opengetrokken worden naar de rest van de deelnemers.

- Is dit herkenbaar voor jullie?

## Hoe hanteren? Voorbeelden van workshopmethodieken

### ‘De hand in de handschoen’

#### WERKWIJZE:

Elke vinger van de hand staat voor een bepaald aspect van jezelf.

- **DUIM:** Waar ben jij goed in? Wat is een positieve eigenschap van jezelf? Wat waardeer jij aan jezelf?
- **WIJSVINGER:** Waar ga jij voor? Waar wil jij naartoe? Wat is jouw richting?
- **MIDDELVINGER:** Waar heb jij een hekel aan?
- **RINGVINGER:** Waar ben jij trouw aan? Wat vind jij belangrijk?
- **PINK:** Wanneer voel je je klein in de zorg?





## Hoe hanteren? Voorbeelden van workshopmethodieken

### ‘Twitterwall’

Wat schenkt jou voldoening op het werk? De meeste zorgverleners antwoorden hierop: Momenten waarop ik het gevoel heb dat ik mijn beeld over goede zorg in de praktijk kan brengen. Deze momenten van ‘goed doen’ kunnen delen met collega’s doet goed, geeft energie, inspireert en motiveert. Dit is een methodiek die in een workshop kan geïntroduceerd/uitgelegd worden en daarna een eigen leven kan leiden.



## Hoe hanteren? Voorbeelden van workshopmethodieken

### ‘Morele moed-hoed’

**KORTE OMSCHRIJVING:** Deze workshop biedt een taal aan zorgverleners om ‘moreel moedig’ te zijn. Morele moed is opkomen voor goede zorg. In team worden er situaties van morele stress besproken en wordt er samen gereflecteerd over hoe men in een dergelijke situatie ‘moreel moedig’ kan zijn.

- *Wat was de situatie (feitelijk: wat, wanneer, waar, wie)*
- *Hoe voelde je je daarbij?*
- *Wat heb je precies gedaan waardoor je vindt dat je ‘moreel moedig’ was?*
- *Wat maakte dat je op dat moment ‘moreel moedig’ kon of durfde te zijn?*
- *Wat heb je nodig om moreel moedig te zijn?*

**Voor meer inspiratie:  
[www.morelestress.be](http://www.morelestress.be)**

### Coping with Moral Distress in Oncology Practice: Nurse & Physician Strategies

Journal:	<i>Oncology Nursing Forum</i>
Manuscript ID	ONF-2015-0152.R1
Manuscript Type:	Original Article
Area of Expertise/Key Words:	Ethics, Coping, Workplace issues

Lievrouw, A.<sup>1\*</sup>, Vanheule, S.<sup>2</sup>, Deveugele, M.<sup>1,3</sup>, De Vos, M.<sup>1,4</sup>, Pattyn, P.<sup>1,5</sup>, Van Belle, S.<sup>1,6</sup>, Benoit, D.D.<sup>1,7</sup>

- (1) Ghent University and Ghent University Hospital, Faculty of Medicine and Health Sciences, Belgium
- (2) Ghent University, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Belgium
- (3) Department of Family Medicine and Primary Health Care
- (4) Department of Gastroenterology
- (5) Department of Gastrointestinal Surgery
- (6) Department of Medical Oncology
- (7) Department of Intensive Care

**Morele distress fungeert als een 'kompas'.  
Dwarsliggers kunnen sporen steviger maken.**

