

ZIJN ER GRENZEN AAN MEERZORG?

Van meerzorg naar passende zorg



Publieksversie
November 2021

ZIJN ER GRENZEN AAN MEERZORG?

Van meerzorg naar passende zorg

Publieksversie

Inhoudsopgave

1. Inleiding	3
1.1 Wat hebben we besproken in de Ethische Dialoog Meerzorg?	3
1.2 Het eindrapport <i>Zijn er grenzen aan meerzorg? Van meerzorg naar passende zorg</i>	4
1.3 Belangrijkste inzichten van de Ethische Dialoog Meerzorg	4
2. Wat is morele oordeelsvorming	5
2.1 Wat is een moreel oordeel?	5
2.2 Hoe weet je dat een beslissing of een handeling moreel juist is?.....	6
2.3 Het moreel onderzoek in zeven stappen	7
3. De grenzen aan meerzorg	7
3.1 De beginselen van passende meerzorg	7
3.2 Afwegingskader	9
4. Hoe verder?	10
4.1 De Morele Beraadkamer Meerzorg.....	10
4.2 De uitvoering van een beraad in de Morele Beraadkamer Meerzorg	11
4.3 Start Morele Beraadkamer Meerzorg	11

Vervolgens is nagegaan hoe een moreel onderzoek methodisch kan worden uitgevoerd (moreel beraad) en op welke wijze gezaghebbende en moreel richtinggevende kennis kan worden opgebouwd (moresprudentie). Dit laatste met als doel de professional van het zorgkantoor verder te ondersteunen, maar ook andere organisaties uit de meerzorg-keten, bijvoorbeeld zorgaanbieders, cliënten die meerzorg aanvragen, organisaties die verantwoordelijk zijn voor het beleid over meerzorg en toezichthouders.

1.2 Het eindrapport *Zijn er grenzen aan meerzorg? Van meerzorg naar passende zorg*

In het voorliggende document, dat een publieksversie is van het rapport *'Zijn er grenzen aan meerzorg? Van meerzorg naar passende zorg'*, worden deze vragen kernachtig besproken, om vervolgens terug te komen bij de vraag 'Zijn er grenzen aan meerzorg?' en bij een bevestigend antwoord, waardoor worden die bepaald? Tot besluit staan we stil bij het idee van een Morele Beraadkamer Meerzorg als vervolg op de *Ethische Dialoog Meerzorg*. Een Morele Beraadkamer Meerzorg kan zorgkantoren ondersteunen bij het komen tot een zorgvuldige weging bij een meerzorg aanvraag en brengt gezaghebbende en richtinggevende kennis voort die professionals, bestuurders, beleidsmakers en de wetgever kan ondersteunen bij het beter vormgeven van meerzorg. In deze publieksversie beginnen we echter met de belangrijkste inzichten en uitkomsten van de *Ethische Dialoog Meerzorg*. Voor meer toelichting en diepte verwijzen wij naar het rapport *'Zijn er grenzen aan meerzorg? Van meerzorg naar passende zorg'*.

1.3 Belangrijkste inzichten van de *Ethische Dialoog Meerzorg*

Tot welke inzichten heeft de *Ethische Dialoog Meerzorg* geleid?

- De vraag 'Zijn er grenzen aan meerzorg?' kan bevestigend beantwoord worden. Er zijn beginselen die nageleefd moeten worden wil meerzorg passende meerzorg zijn; zij begrenzen meerzorg.
- Het al dan niet toekennen van meerzorg is een *morele* beslissing; dat vraagt om een moreel oordeel.
- Meerzorg aanvragen zijn gecompliceerd omdat rechten, belangen of wensen van betrokkenen met elkaar in tegenspraak zijn of tegenover elkaar staan; omdat het soms om onbekend terrein gaat; of omdat het om beslissingen gaat met hoge morele kosten: ongeacht de beslissing, er wordt altijd wel iemand geschaad.
- Het opzetten van een *Morele Beraadkamer Meerzorg* is waardevol omdat het bijdraagt aan het bouwen van moreel richtinggevende kennis en daarmee ondersteunend is aan alle (zorg)professionals en organisaties uit de meerzorg-keten die betrokken zijn bij complexe meerzorg aanvragen.
- De *Morele Beraadkamer Meerzorg* wordt daarmee het 'huis' van passende meerzorg. Meerzorg waar iedere cliënt krijgt wat overeenstemt met zijn recht op een voldoende kwaliteit van leven, terwijl de uitgaven voor meerzorg verantwoord zijn in het licht van een sociaal rechtvaardige en solidaire samenleving, nu en in de toekomst. De *Morele Beraadkamer Meerzorg* is daarmee ook essentieel voor een verantwoorde beheersing van groei en uitgaven van publieke middelen.

2 Morele oordeelsvorming

2.1 Wat is een moreel oordeel?

Een voorbeeld: John

“Het zorgkantoor bereikt een aanvraag voor meerzorg voor een cliënt, John, met een zeldzame ziekte waarbij cognitieve, motorische en sociaal-emotionele vaardigheden stapje voor stapje verloren gaan. De achteruitgang gaat in een snel tempo. Op het moment van de aanvraag kan John alleen nog ‘praten’ door met zijn ogen te knipperen. Hij is volledig afhankelijk van anderen. Er is een voortdurende psychische en fysieke onrust en bewegingsdrang. De meerzorg aanvraag is erop gericht dat begeleiders dicht bij John in de buurt zijn om hem de lichamelijke verzorging te bieden die hij nodig heeft, om emoties waar mogelijk te kunnen reguleren en om hem belevingsgerichte activiteiten aan te bieden. De meerzorg wordt aangevraagd om John de noodzakelijke zorg te kunnen bieden, wat bijdraagt aan zijn kwaliteit van leven. Het is de verwachting dat John binnen een jaar zal komen te overlijden.

Bij het zorgkantoor twijfelt men. De meerzorg wordt aangevraagd om de cliënt de noodzakelijke zorg te kunnen bieden die bijdraagt aan zijn kwaliteit van leven. Maar wat is noodzakelijke zorg die bijdraagt aan kwaliteit van leven? Hoe ver reikt deze zorg? Bied je de cliënt veiligheid door constant 1 op 1 begeleiding, en door op meerdere momenten 2 op 1 begeleiding in te zetten? Staat het aangevraagde bedrag in verhouding met de zorgvraag? Worden de middelen doeltreffend, doelmatig en in overeenstemming met de erkende professionele en wetenschappelijke standaarden ingezet? Is de basiszorg in de zorginstelling wel voldoende op orde? Gezien deze vragen: wijzen we de aanvraag toe? Of wijzen we de aanvraag af?”

Het voorbeeld van John is één van de vele vragen over meerzorg die zorgkantoren bereiken. Van de professionals van het zorgkantoor wordt verwacht dat zij een beslissing nemen en zich een *oordeel* vormen. Zij kunnen zich daarbij laten leiden door verschillende overwegingen. Ze kunnen te rade gaan bij de Wet langdurige zorg. Ze kunnen onderzoeken wat *evidence-based* zorginzichten en *best practices* zijn. Ze kunnen kijken wat budgettair het voordeligste is. In het eerste geval vormen zij zich een juridisch, in het tweede geval een wetenschappelijk en in het derde geval een zorg-economisch oordeel. Zij kunnen zichzelf ook de vraag stellen wat in het geval van John het *moreel juiste* is om te doen. Dan zetten zij een *moreel onderzoek* in gang dat leidt tot een *moreel oordeel* – waarin *alle* hierboven genoemde overwegingen gewicht in de schaal leggen.

Een moreel oordeel is het onderzoek van een beslissing zoals die over de aanvraag van meerzorg voor John. Een moreel oordeel heeft altijd betrekking op een bijzondere, nauwkeurig bepaalde beslissing, in specifieke omstandigheden, over echte mensen. Het is belangrijk om dat te beseffen. Een moreel oordeel gaat niet over de beslissing welk beleidsalternatief, of welke rechtsregel, maar welke *handeling* moreel juist is. Een moreel onderzoek begint met twijfel. Iemand werpt een vraag op. ‘Moeten we dit wel doen?’ In het geval van John twijfelen de medewerkers of de aangevraagde meerzorg wel goed voor John is. Of de maatschappelijke kosten wel verantwoord zijn. Of de basiszorg wel voldoende op orde is, en de aanvraag voor meerzorg niet onvolkomenheden in de zorginstelling

afdekt. Ieder moreel onderzoek, iedere vorming van een moreel oordeel is een experiment, in de zin dat we niet vooraf weten wat de moreel juiste uitkomst is.

We weten pas welke handeling moreel juist is, nadat we in een moreel onderzoek de juistheid van de beslissing hebben onderzocht. Uiteindelijk gaat het in de beslissing over de aanvraag van John over de vraag 'Wijzen we de meerzorg aanvraag toe' of 'Wijzen we de aanvraag voor meerzorg af?'²

2.2 Hoe weet je dat een beslissing of een handeling moreel juist is?

Nu we weten wat een moreel oordeel is, rijst alweer de volgende vraag '*Hoe weten we dat een beslissing over een meerzorg aanvraag moreel juist is?*'. Een beslissing is moreel juist als *recht* wordt gedaan aan de *ander*. Geconcretiseerd betekent dit dat er voldoende rekening wordt gehouden met de rechten, belangen en wensen van alle betrokkenen. Met name het onderscheid tussen *rechten* en *belangen* is wezenlijk voor de uiteindelijke beslissing. *Belangen* kunnen bevorderd of geschaad worden. Een beslissing kan voor- of nadelig uitpakken voor de ander. Aan belangen kun je min of meer tegemoetkomen. Over belangen kun je onderhandelen, zodat het gemeenschappelijk voordeel maximaal wordt. *Rechten* daarentegen leggen een moreel minimum vast waar je niet onder mag zakken. Rechten leiden tot verplichtingen tegenover de ander. Over rechten kun je niet onderhandelen, deze moet je eerbiedigen of respecteren. Omdat het gaat om ondergrenzen leggen rechten in een moreel oordeel een beslissend gewicht in de schaal. Belangen kun je schaden; rechten kun je schenden.

Wie is 'de ander' in een moreel oordeel? Dat zijn alle betrokken die door een beslissing in hun rechten, belangen of wensen geraakt kunnen worden en om die reden in de afweging moeten worden betrokken. In het voorbeeld van John is John niet de enige 'ander' aan wie recht moet worden gedaan. Er zijn verschillende 'betrokkenen': andere cliënten, toekomstige cliënten, ouders, verzorgers, de zorginstelling, andere zorgaanbieders, het zorgkantoor en haar medewerkers, de wetgever, de toezichthouder en *last but not least* de burger als belastingbetaler en zorgconsument. Dit is waar de morele nood begint. Duidelijk is immers dat de rechten, belangen of wensen van betrokkenen bij lastige beslissingen over meerzorg tegenover elkaar zullen staan. Welke beslissing het zorgkantoor over de aanvraag voor John ook neemt, er wordt altijd wel iemand onrecht gedaan. Dit dwingt ons ertoe om de morele schade die ontstaat zo *laag mogelijk* te houden.

² Uiteraard is dit een sterk vereenvoudigde voorstelling van de beslissing. In de praktijk van beslissingen over meerzorg zijn de alternatieven veel complexer en gevarieerder. Voor dit rapport volstaat deze vereenvoudiging om te verhelderen wat er bij moreel oordelen komt kijken.

2.3 Het moreel onderzoek in zeven stappen

Met behulp van de methodiek morele oordeelsvorming, die bestaat uit zeven stappen, kan een moreel onderzoek methodisch worden uitgevoerd.

Stap	Doel
1. Wat is de beslissing of keuze waarvoor ik sta?	Construeert de beslissing als twee plausibele alternatieven die moeten worden gewogen.
2. Wie zijn de betrokkenen van wie rechten, belangen of wensen in het geding zijn?	Brengt alle betrokkenen in beeld welke de last van de beslissing moeten dragen, en is de voorwaarde om te kunnen zien of alle betrokkenen ook gewogen zijn.
3. Wie beslist in de casus; wie draagt de morele verantwoordelijkheid voor de beslissing?	Het antwoord is altijd 'Ik'. Dit antwoord stelt de deelnemers in staat verantwoordelijkheid te nemen voor en aanspreekbaar te zijn op de beslissing die uiteindelijk wordt genomen.
4. Welke informatie heb ik nodig om de beslissing op een verantwoorde wijze te kunnen nemen?	Zorgt er voor dat alle informatie wordt verzameld die wezenlijk is om over de beslissing verantwoord te kunnen oordelen.
5. Wat zijn de argumenten voor beide handelingsopties?	Een moreel oordeel steunt op een weging van argumenten. Deze stap brengt alle relevante argumenten in beeld die de alternatieven ondersteunen.
6. Wat is mijn conclusie? Wat kan worden gedaan om de schade te beperken?	Na het duiden van argumenten als beginsel- en gevolgenargumenten kan de beslissing worden genomen. Vervolgens wordt gezien hoe de schade van de beslissing kan worden verminderd.
7. Wat is mijn gevoel bij de genomen beslissing?	De beslissing wordt tot slot voorgelegd aan de gevoelens die hij oproept ter controle of er niets over het hoofd wordt gezien.

3. De grenzen aan meerzorg?

De *Ethische Dialoog Meerzorg* gaat om de vraag 'Zijn er grenzen aan meerzorg'? als een zoektocht naar passende meerzorg. Het antwoord op deze vraag is "JA", er zijn grenzen aan meerzorg. De grenzen van passende meerzorg worden bepaald door de rechten en door de verplichtingen die daaruit volgen en waar in de uitvoering van meerzorg mee rekening moet worden gehouden. Rechten hebben betrekking op morele minima, zoals de rechten die de mogelijkheden van een waardig leven verzekeren, en moeten daarom worden gerespecteerd. Het morele onderzoek zoals in het geval van John helpt om deze rechten op het spoor te komen.

3.1 De beginselen van passende meerzorg

De *Ethische Dialoog Meerzorg* heeft een aantal van deze rechten aan het licht gebracht, die als *Beginselen van passende meerzorg* kunnen worden gezien. We groeperen ze in vijf 'artikelen'. Artikel 1 gaat over het maatgevende beginsel van recht op langdurige zorg en legt de missie van meerzorg langs morele lijnen vast. Artikel 2 gaat over het richtinggevende beginsel 'voldoende kwaliteit van leven' waarin de cliënt centraal staat. Artikel 3 doet hetzelfde vanuit het gezichtspunt van het gezin waarin cliënten veelal leven. Artikel 4, de maatschappij, behandelt de sociale rechtvaardigheid en de kwestie van rechtvaardig delen. Artikel 5 trekt deze lijn door naar de zorgaanbieders. De artikelen en de daarbij behorende beginselen helpen om een afweging te maken over een meerzorg aanvraag. Ze omschrijven de verplichtingen die voortvloeien uit de rechten van allen die door beslissingen over meerzorg geraakt kunnen worden. Hieronder worden de in totaal 12 beginselen toegelicht.

<p>Artikel 1: 'Genot van het hoogst haalbare niveau van gezondheid'</p> <p><i>"Je hebt als persoon met een ernstige lichamelijke-, verstandelijke-meervoudige beperking of gedragsproblemen recht op zorg die het best mogelijke leven voor jou binnen bereik brengt."</i></p>	<p>Beginsel 1: Cliënten die een beroep doen op meerzorg hebben recht op het genot van het hoogst haalbare niveau van gezondheid opgevat als het vermogen zich aan te passen en eigen regie te voeren, in het licht van fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven. Wij hebben de verplichting aan de cliënt om, ieder vanuit onze rol en opdracht, hier zorg voor te dragen.</p>
<p>Artikel 2: Kwaliteit van leven</p> <p><i>"Je hebt als persoon met een ernstige lichamelijke-, verstandelijke-meervoudige beperking of gedragsproblemen er recht op dat wij met jou zoeken naar meerzorg die bijdraagt aan een voldoende kwaliteit van leven op alle daarvoor belangrijke levensgebieden."</i></p>	<p>Beginsel 2: Beslissingen over meerzorg richten zich op passende zorg voor de cliënt. Passende meerzorg moet bijdragen aan het handhaven of verbeteren van een voldoende kwaliteit van leven van de cliënt. Dat betekent dat passende meerzorg altijd begint met te bezien wat de zorg kan bijdragen aan de domeinen van kwaliteit van leven: persoonlijke ontwikkeling, zelfbepaling, interpersoonlijke relaties, sociale inclusie, rechten, emotioneel welzijn, lichamenlijk welzijn en materieel welzijn.</p>
<p><i>"Je hebt er recht op dat wij bij het verlenen van meerzorg de rechten van kwaliteit van leven op al deze belangrijke levensgebieden respecteren."</i></p>	<p>Beginsel 3: Beslissingen over meerzorg respecteren de verplichtingen die volgen uit rechten van de cliënt ten aanzien van de domeinen van kwaliteit van leven: persoonlijke ontwikkeling, zelfbepaling, interpersoonlijke relaties, sociale inclusie, rechten, emotioneel welzijn, lichamenlijk welzijn en materieel welzijn.</p>
<p><i>"Je hebt er recht op dat wij steeds blijven zoeken naar mogelijkheden om jouw kwaliteit van leven te verbeteren."</i></p>	<p>Beginsel 4: Beslissingen ten aanzien van meerzorg zijn gericht op passende zorg voor cliënt. Het gaat dan om de verplichting om de kwaliteit van leven van cliënten te verbeteren op de domeinen van kwaliteit van leven. Meerzorg moet leiden tot het hoogst mogelijk niveau van kwaliteit van leven.</p>
<p>Artikel 3: Het gezin</p> <p><i>"Ook als je ernstig lichamenlijk, verstandelijk of meervoudig beperkt bent of gedragsproblemen hebt, heb je er recht op thuis te wonen, en op te groeien."</i></p>	<p>Beginsel 5: Kinderen (of andere gezinsleden) met een ernstige lichamenlijke, verstandelijke of meervoudige beperking hebben er recht op in hun gezin en bij hun ouders op te groeien. Passende meerzorg moet erop gericht zijn het mogelijk te maken dat deze kinderen of gezinsleden thuis kunnen opgroeien en wonen als dat mogelijk en wenselijk is.</p>
<p><i>"Gezinnen en partners van mensen met ernstige lichamenlijke-, verstandelijke-, meervoudige beperkingen of gedragsproblemen hebben recht op voldoende kwaliteit van leven."</i></p>	<p>Beginsel 6: Ouders van kinderen of gezinsleden met een ernstige lichamenlijk, verstandelijke of meervoudige beperking en andere gezinsleden hebben er recht op een zo normaal en vervuld mogelijk leven te kunnen leiden als redelijk gesproken mogelijk is. Ook zij hebben recht op een leven van voldoende kwaliteit. Beslissingen ten aanzien van meerzorg behoren dan ook de kwaliteit van leven van ouders en andere gezinsleden in hun beoordeling mee te wegen.</p>
<p>Artikel 4: De maatschappij</p> <p><i>"Tedere Nederlander met ernstige lichamenlijke, verstandelijke of meervoudige beperking of met gedragsproblemen heeft recht op langdurige zorg en meerzorg als de zorgbehoefte dat nodig maakt."</i></p>	<p>Beginsel 7: Iedere Nederlander met een ernstige lichamenlijke, verstandelijke of meervoudige beperking met een complexe zorgvraag heeft recht op passende zorg gericht op het genot van een voldoende kwaliteit van leven.</p>

<p><i>“Iedere Nederlander met ernstige lichamelijke, verstandelijke of meervoudige beperkingen of gedragsproblemen heeft er recht op dat bij beslissingen over meerzorg van dezelfde standaarden van voldoende kwaliteit van leven gebruik wordt gemaakt.”</i></p>	<p>Beginsel 8.1: Ieder Nederlander die in aanmerking komt voor langdurige zorg heeft naar omvang en inhoud recht op zorg die afgestemd is op dezelfde criteria voor kwaliteit van leven die gelden voor alle mensen met een ernstige lichamelijke, verstandelijke of meervoudige beperking.</p>
<p><i>“Het doet recht aan alle Nederlanders wanneer bij schaarste aan middelen en personeel, het beleid bij de toewijzing van middelen voor meerzorg altijd in het voordeel is van degenen, die gezien hun kwaliteit van leven het meest kansarm en kwetsbaar zijn.”</i></p>	<p>Beginsel 8.2: Sociale rechtvaardigheid bij de verdeling van publieke middelen bij de uitvoering van de Wet langdurige zorg houdt in dat het beleid zo is ingericht dat bij een ongelijke kwaliteit van leven van cliënten de middelen zodanig verdeeld worden dat die cliënten die met het oog op hun kwaliteit van leven het meest kansarm en kwetsbaar zijn uiteindelijk het beste af zijn.</p>
<p><i>“Bestedingen voor meerzorg zijn doeltreffend, doelmatig en in overeenstemming met professionele en wetenschappelijke standaarden.”</i></p>	<p>Beginsel 9: Bij de verdeling van de publieke middelen voor meerzorg heeft iedere Nederlander er recht op dat deze middelen doeltreffend, doelmatig en in overeenstemming met de erkende professionele en wetenschappelijke standaarden worden ingezet.</p>
<p>Artikel 5: De zorgaanbieder</p> <p><i>“Zorginstellingen die uitvoeringen geven aan meerzorg zijn daadwerkelijk in staat om door meerzorg bij te dragen aan een voldoende kwaliteit van leven van een cliënt.”</i></p>	<p>Beginsel 10: Zorgorganisaties richten zich bij de uitvoering van meerzorg op de handhaving of verbetering van een voldoende kwaliteit van leven van de cliënt. De gebruikte methoden van verpleging, behandeling, begeleiding en verzorging zijn daarop afgestemd.</p>
<p><i>“Aanvragen voor meerzorg respecteren de standaarden voor voldoende kwaliteit van leven en maatschappelijk verantwoorde meerzorg.”</i></p>	<p>Beginsel 11: Zorgorganisatie maken inzichtelijk dat de aangevraagde en uitgevoerde meerzorg de beginselen behorend bij de domeinen van kwaliteit van leven respecteert, deze als uitgangpunt hanteert bij het verlenen van meerzorg, en of de zorg op deze levensdomeinen tot meerwaarde voor de cliënt leidt.</p>
<p><i>“Organisaties die uitvoering geven aan meerzorg delen kennis en leren gezamenlijk over passende meerzorg.”</i></p>	<p>Beginsel 12: Zorgorganisaties gaan samenwerkingen aan, gericht op het delen van kennis over meerzorg, het ondersteunen van elkaar bij de uitvoering van meerzorg en het tot stand brengen van meerzorg in overeenstemming met de beginselen van passende meerzorg.</p>

3.2 Afwegingskader

We kunnen ons ruwweg het volgende afwegingskader voorstellen bij beslissingen over meerzorg. In dat afwegingskader heeft het maatgevende beginsel dat gaat over het recht op langdurige zorg en het richtinggevende beginsel van voldoende kwaliteit van leven prioriteit. Op het tweede niveau worden andere richtinggevende beginselen geïntroduceerd, onder meer die betrekking hebben op sociale rechtvaardigheid. Bij twijfel wordt een moreel oordeel gevraagd. Op het derde niveau worden voorwaardelijke beginselen geïntroduceerd waar de doeltreffendheid (effectiviteit) en doelmatigheid (efficiëntie), en andere voorwaardelijke beginselen worden geëvalueerd.

4. Hoe verder?

4.1 De Morele Beraadkamer Meezorg

Wat meezorg anders maakt is dat zij bijzonder intensief is (very intensive care) en een relatief groot beslag legt op publieke middelen. Bij beslissingen over meezorg staat er veel op het spel; voor cliënten, ouders, zorgaanbieders en de samenleving. Hoewel de morele beginselen die hier zijn genoemd richting geven aan de vraag wat recht doen aan alle betrokkenen betekent, moeten ze verder ontwikkeld, geconcretiseerd en beproefd of 'getest' worden.

We weten pas wat het beginsel 'voldoende kwaliteit van leven' waard is, als het in concrete situaties getoetst wordt aan andere beginselen, zoals doelmatigheid, subsidiariteit of proportionaliteit of de veiligheid van andere cliënten of zorgverleners. Ook kunnen beginselen met elkaar strijdig zijn. Het verbeteren van emotioneel welbevinden door medicatie kan op gespannen voet staan met zelfbepaling of persoonlijke ontwikkeling. Kortom, het ene moment begeven we ons op bekend terrein dan weer bewegen we ons op onbekend terrein en is niet op voorhand duidelijk waaraan we gehouden zijn tegenover cliënten, ouders, zorgverleners, zorgaanbieders en Nederlandse burgers. De *Morele Beraadkamer Meezorg* (MBM) kan hier uitkomst bieden en is een vervolg op de ethische dialoog.

De kerntaak van de MBM is het adviseren van zorgkantoren bij complexe morele beslissingen over meezorg. De MBM brengt een moreel leerproces tot stand waaraan wordt deelgenomen door medewerkers van zorgkantoren, zorgaanbieders, (vertegenwoordigers van) ouders en cliënten, (ervarings)deskundigen, CCE, zorgverleners, toezichthouders en andere mogelijke betrokkenen. Meezorg als passende zorg is immers een gezamenlijke verantwoordelijkheid van alle betrokken partijen uit de keten. In de MBM worden complexe (reeds genomen of nog te nemen) beslissingen over het al dan niet toekennen van meezorg onderzocht met de vraag wat in dit concrete geval het moreel juiste is om te doen.

Naast het adviseren van zorgkantoren heeft de Morele Beraadkamer Meezorg de taak om gezaghebbende en richtinggevende kennis voort te brengen die professionals, bestuurders, beleidsmakers en de wetgever kan ondersteunen bij het beter vormgeven van meezorg. Het zorgkantoor heeft geen verplichting het advies van de MBM op te volgen. De wettelijke taak van het zorgkantoor wordt hierdoor dus niet gewijzigd. De zorgkantoren committeren zich er wel aan om lastige beslissingen over meezorgaanvragen voor te leggen aan de Morele Beraadkamer Meezorg en om het advies in haar beslissing te betrekken.

Een beraadkamer wordt per adviesaanvraag samengesteld. Een beraadkamer bestaat, naast de voorzitter, de begeleider van het moreel beraad, een secretaris en de casusinbrenger, uit minimaal 4 en maximaal 9 deelnemers.

Afhankelijk van de casus zijn deze deelnemers vertegenwoordigers van huidige of voormalige cliënten, verwanten, behandelaars, ander verzorgend personeel, bestuurders en leidinggevendenden van zorgaanbieders, kennisinstituten, wetenschap, zorgkantoren en -verzekeraars, indicatiestellers, etc.

4.2 Uitvoering van een beraad in de Morele Beraadkamer Meezorg

Uitvoering van een beraad in de Morele Beraadkamer Meezorg:

- De voorzitter van de beraadkamer zorgt voor een ordelijk verloop van de beraadslaging en het onderzoek.
- De begeleider moreel beraad begeleidt de beraadkamer om aan de hand van de methodiek van morele oordeelsvorming (7-stappen) tot een advies te komen over de moreel juiste beslissing in de voorgelegde casus.
- Een medewerker van het zorgkantoor dat de adviesaanvraag heeft gedaan, treedt in de beraadkamer op als casusinbrenger. Zij of hij licht de casus toe en voorziet de beraadkamer van aanvullende informatie.
- De begeleider maakt een verslag van het morele beraad volgens een vast format. De begeleider maakt het definitieve verslag zowel ten behoeve van de vastlegging van het advies aan het zorgkantoor en de onderbouwing daarvan, als ten behoeve van de opbouw van het moreel archief. De voorzitter en de leden van de MBM lezen het conceptverslag en doen eventuele suggesties voor aanvullingen.
- Het zorgkantoor beslist over de aanvraag en betreft daarin het advies van de MBM.
- Een verslag van de onderzochte casus wordt met inachtneming van geldende privacyregels opgenomen in het Moreel Archief Meezorg.

4.3 Start Morele Beraadkamer Meezorg

De Morele Beraadkamer Meezorg zal in januari 2022 opgestart worden. Aanmelding van casuïstiek zal via de Zorgkantoren plaatsvinden.