

## WETENSCHAPPELIJK ARTIKEL

# Ethiekondersteuning met CURA. Aanvaardbaarheid en haalbaarheid onder medisch behandelaren in de ouderengeneeskunde en palliatieve geneeskunde

Lieke M. Swart<sup>1\*</sup>, Malene V. van Schaik<sup>2</sup>, Charlotte C.S. Garstman<sup>2</sup>, Eefje M. Sizoo<sup>1</sup>, Suzanne Metselaar<sup>2</sup>

### Samenvatting

*Inleiding.* Morele vraagstukken binnen de ouderengeneeskunde en palliatieve geneeskunde zijn veelvoorkomend en kunnen leiden tot morele stress. Ethiekondersteuning helpt zorgverleners om te gaan met morele vraagstukken en morele stress. CURA is een laagdrempelige vorm van ethiekondersteuning. De haalbaarheid voor verpleegkundigen en verzorgenden binnen de palliatieve zorg is reeds onderzocht. Het is echter nog onduidelijk of medisch behandelaren CURA een aanvaardbaar en haalbaar instrument vinden.

*Methoden.* Prospectieve cohortstudie gebruikmakend van gemengde methoden. Deelnemers zijn medisch behandelaren in de ouderengeneeskunde en palliatieve geneeskunde die een workshop over CURA hebben gevolgd. Zij ontvingen een baseline vragenlijst (n=41) na de workshop met vragen omtrent aanvaardbaarheid en na drie maanden een follow-up vragenlijst (n=22) met vragen omtrent haalbaarheid. Hierna volgden verdiepende interviews (n=7).

*Resultaten.* 68% van de deelnemers was op baseline van plan om CURA te gaan gebruiken; 32% misschien. 14% heeft daadwerkelijk CURA gebruikt na drie maanden. De haalbaarheid is afhankelijk van verschillende factoren: (1) het herkennen van een morele situatie; (2) vertrouwd zijn met de methodiek; (3) het plannen van een CURA-sessie; (4) de rol van collega's en de zorgorganisatie.

*Conclusie.* Hoewel CURA een aanvaardbaar instrument is voor medisch behandelaren, is de haalbaarheid laag als behandelaren geen aanvullende training of ondersteuning krijgen.

**Trefwoorden:** CURA, ethiekondersteuning, morele vraagstukken, morele stress, ouderengeneeskunde.

1 Amsterdam UMC, Afdeling ouderengeneeskunde, Amsterdam.

\* Corresponderend auteur: l.m.swart@amsterdamumc.nl

2 Amsterdam UMC, Afdeling Ethiek, Recht en Humaniora, Amsterdam.

# Clinical ethics support with CURA. Acceptability and feasibility among medical practitioners in geriatric and palliative medicine

Lieke M. Swart<sup>3\*</sup>, Malene V. van Schaik<sup>4</sup>, Charlotte C.S. Garstman<sup>2</sup>, Eefje M. Sizoo<sup>1</sup>, Suzanne Metselaar<sup>2</sup>

## Abstract

*Introduction.* Moral conflicts are common within geriatric and palliative care and can lead to moral distress. Clinical ethics support helps healthcare providers in managing moral conflicts and moral distress. CURA is a low-threshold clinical ethics support instrument. The feasibility for nurses and nurse-assistants in palliative care has already been investigated. However, the acceptability and feasibility of CURA within medical practitioners is unclear.

*Methods.* Prospective cohort study, using mixed methods. Participants are medical practitioners working in geriatric or palliative care, who attended a workshop on CURA. They received a baseline questionnaire (n=41) after the workshop regarding acceptability and a follow-up questionnaire (n=22) after three months regarding feasibility. Additionally, in-depth interviews (n=7) were conducted.

*Results.* 68% of participants expressed intention to use CURA at baseline; 32% were uncertain. 14% has actually used CURA after three months. Feasibility is dependent of several factors: (1) recognizing a moral situation; (2) familiarity with the methodology; (3) scheduling a CURA moment; (4) the role of colleagues and the healthcare organization.

*Conclusion.* Whereas CURA is an acceptable tool for medical practitioners, feasibility is found to be low if practitioners do not receive additional training and support.

**Keywords:** CURA, clinical ethics support, moral conflicts, moral distress, geriatrics

---

3 Amsterdam UMC, Department of Geriatrics, Amsterdam.

\* Corresponding author: l.m.swart@amsterdamumc.nl

4 Amsterdam UMC, Department of Ethics, Law and Medical Humanities, Amsterdam.

## Inleiding

Morele vraagstukken binnen de ouderengeneeskunde en palliatieve geneeskunde zijn veelvoorkomend.<sup>1,2</sup> Dit zijn vraagstukken waarbij erover wordt getwijfeld wat 'goede zorg' is. Bijvoorbeeld als een behandelaar twijfelt over het inzetten van bedekken bij een wilsonbekwame patiënt. Hierdoor kunnen behandelaars morele stress ondervinden. Morele stress betreft de mentale belasting ten gevolge van een moreel lastige situatie<sup>3</sup> en kan leiden tot burn-out, uitval en verminderde kwaliteit van zorg.<sup>4-6</sup>

Ethiekondersteuning stelt zorgverleners in staat om de negatieve gevolgen van morele stress te verminderen, en om goed om te gaan met morele vraagstukken teneinde goede zorg te verlenen.<sup>7-9</sup> De laatste jaren is er meer aandacht gekomen voor de wijze waarop ethiekondersteuning de morele veerkracht en morele competenties van zorgverleners kan versterken.<sup>10</sup> Morele veerkracht betreft het vermogen om goed om te gaan met en te herstellen van een situatie waarbij morele stress wordt ervaren.<sup>6,11</sup> Morele competenties zijn vaardigheden die nodig zijn om morele vraagstukken te herkennen en te verkennen, zoals het herkennen en articuleren van morele vraagstukken en je kunnen verplaatsen in de perspectieven van anderen.<sup>12</sup>

Er bestaan diverse vormen van ethiekondersteuning, waaronder moreel beraad. Hoewel moreel beraad als waardevol wordt ervaren,<sup>9,13</sup> heeft het enkele beperkingen: de methodieken zijn vaak complex en het duurt vaak lang ( $\pm 1,5$  uur), waardoor het lastig is in te plannen. Ook is er een getrainde gespreksleider nodig.<sup>14-16</sup> CURA is een laagdrempelige vorm van ethiekondersteuning die is ontwikkeld om deze beperkingen te verminderen. CURA kan zowel samen als alleen worden gebruikt en kan in een relatief kort tijdsbestek worden gebruikt (+/- 40 minuten).<sup>16</sup> CURA is ontwikkeld binnen de context van palliatieve zorg en wordt gebruikt in verschillende zorgstellingen, zoals het verpleeghuis, ziekenhuis, het hospice en in de thuiszorg.<sup>16,17</sup> Het is aanvankelijk ontwikkeld voor verpleegkundigen en verzorgenden, maar verschillende beroepsgroepen binnen de palliatieve en ouderenzorg maken ervan gebruik, zoals geestelijk verzorgers, artsen, en paramedici. Tabel 1 beschrijft de stappen van CURA.

**Tabel 1 CURA methodiek**

CURA is een afkorting voor de vier stappen van de methodiek:

1. Concentreren: In de eerste stap brengt men de situatie die als een morele uitdaging wordt ervaren in kaart, en wordt onder woorden gebracht waar precies de morele twijfel zit.
2. Uitstellen: Eerste reacties, oordelen en emoties over de situatie en de betrokkenen worden (h)erkend en gedeeld. Vervolgens worden deze reacties 'geparkeerd', zodat de deelnemers met een open blik naar de volgende stap kunnen.
3. Reflecteren: In deze stap wordt stilgestaan bij wat belangrijk is voor de verschillende betrokkenen in de situatie: zowel voor de patiënt als de naasten, maar ook voor de verschillende zorgverleners en eventueel andere betrokkenen. Daarnaast wordt er gekeken naar wat richtlijnen en protocollen voorschrijven en wat men (nog) niet weet.
4. Actie ondernemen: De deelnemers staan stil bij wat ze het meest belangrijk in deze situatie. Op basis van deze afweging beslissen ze wat ze gaan doen. Dit kan ook betekenen dat men de situatie accepteert zoals deze is. Er is ruimte om stil te staan bij hoe deze afweging past bij wat de deelnemers in het algemeen belangrijk vinden in hun werk. Tot slot wordt geëvalueerd of de deelnemers tot nieuwe inzichten zijn gekomen en of hun gevoel over de situatie is veranderd.

Uit recent onderzoek blijkt dat de morele competenties en morele veerkracht van zorgverleners toenemen bij regelmatig gebruik van CURA.<sup>18</sup> De haalbaarheid van CURA onder verpleegkundigen en verzorgenden is reeds onderzocht. Hieruit bleek dat CURA inderdaad als een laagdrempelig instrument wordt ervaren, maar dat ondersteuning vanuit leidinggevenden en beschikbaarheid van tijd essentieel zijn om CURA te kunnen toepassen. Uit dezelfde studie bleek dat deze groep meer ondersteuning en training nodig had om als 'pionier' CURA te gaan inzetten in hun werkomgeving.<sup>15</sup> Het is echter nog onbekend in hoeverre medisch behandelaren, zoals artsen, verpleegkundig specialisten en physician assistants, bereid zijn CURA te gebruiken, en of zij het als een haalbaar instrument ervaren. Het doel van dit onderzoek is daarom inzicht te krijgen in de aanvaardbaarheid en haalbaarheid van CURA onder medisch behandelaren in de ouderengeneeskunde en palliatieve geneeskunde. Dit inzicht kan behulpzaam zijn om het gebruik van CURA onder medisch behandelaren te stimuleren en hen daarmee te ondersteunen bij de omgang met morele vraagstukken en het versterken van hun morele veerkracht.

## Methoden

### Studieopzet

Deze studie betreft een prospectieve cohortstudie, gebruikmakend van zowel kwalitatieve als kwantitatieve data (gemengde methoden). De dataverzameling vond plaats middels vragenlijsten en verdiepende interviews. De Medisch-Ethische Toetsingscommissie (METC) van het Amsterdam UMC, locatie VUmc verklaarde dat dit onderzoek niet onder de Wet Medisch-wetenschappelijk Onderzoek met Mensen (WMO) valt (2023.0512). Alle deelnemers ontvingen informatiebrieven en gaven schriftelijk toestemming voor deelname.

### Deelnemers en werving

Deelnemers aan deze studie zijn medisch behandelaren in de ouderengeneeskunde en palliatieve geneeskunde die een CURA-workshop hebben gevolgd. Onder medische behandelaren vallen: specialisten ouderengeneeskunde (SO), verpleegkundig specialisten (VS) en physician assistants (PA). Drie CURA-workshops zijn aangeboden. Twee workshops zijn aangeboden tijdens trainingdagen in juni en oktober 2023 aan specialisten die AIOS ouderengeneeskunde opleiden. Tijdens deze dag konden ze kiezen voor een CURA workshop. De workshop duurde 2,5 uur en bestond opeenvolgend uit een introductie over CURA, het bespreken van een plenaire casus met CURA en vervolgens in groepjes oefenen met CURA aan de hand van eigen casuïstiek. Een andere workshop vond plaats in juni voor PA's en VS'en als onderdeel van een leergang in de palliatieve zorg. De groepsgrootte varieerde van 20-27 deelnemers. Tijdens de trainingdagen voor specialisten die AIOS ouderengeneeskunde opleiden, werd voorafgaand aan de workshop aangegeven dat er na de workshop een vragenlijst zou worden uitgedeeld in het kader van onderzoek. Deze werd direct na de workshop door de behandelaren ingevuld (response rate >85%). De response rate van de PA's en VS'en was 19%. Dit kan worden verklaard doordat zij drie weken ná de workshop een uitnodiging via de e-mail ontvingen om de vragenlijst in te vullen. Deze vragenlijst was bij hen niet aangekondigd tijdens de workshop. In de baseline vragenlijst werd toestemming gevraagd voor het toesturen van de follow-up vragenlijst. Deelnemers voor de interviews werden geworven via de follow-up vragenlijst.

### Vragenlijsten

Een baseline en follow-up vragenlijst zijn ontworpen door het onderzoeksteam. De vragenlijsten bestonden uit demografische gegevens en zowel open als gesloten vragen. In de baseline vragenlijst werden kenmerken van de studiepopulatie en de aanvaardbaarheid van CURA uitgevraagd door vragen, waaronder: "Wilt u CURA gaan gebruiken in uw dagelijkse praktijk?". En: "Met welk doel denkt u dat u CURA gaat gebruiken? Wat zou het gebruik van CURA u kunnen opleveren?". In de follow-up

vragenlijst werd de haalbaarheid en toepasbaarheid van CURA onderzocht middels vragen als: “Hebt u CURA gebruikt? Waarom wel of niet?” en “In welke situaties hebt u CURA gebruikt?”. Tevens werd de haalbaarheid uitgevraagd middels zeven stellingen met een 5-punts Likertschaal. Deze stellingen zijn gebaseerd op de haalbaarheidsstudie van CURA onder verzorgenden en verpleegkundigen.<sup>15</sup>

## Interviews

Voor de interviews maakten we gebruik van een semigestructureerde topiclijst. De interviews werden online afgenomen door LS en opgenomen. De interviews duurden tussen de 18 en 39 minuten.

## Dataverzameling

Dataverzameling vond op verschillende momenten plaats tussen juni 2023 en december 2023, zie figuur 1. In juni zijn de eerste twee workshops gegeven (groep 1); in oktober de derde workshop (groep 2).

	Juni	Juli	Augustus	September	Oktober	November	December
Gr. 1	Workshop + Baseline vragenlijst (n=22)		Follow-up	Follow-up vragenlijst (n=13)		Interviews (n=7)	
Gr. 2					Workshop + Baseline vragenlijst (n=19)	Follow-up	Follow-up vragenlijst (n=9)

Figuur 1

## Data-analyse

De kwantitatieve gegevens analyseerden we met behulp van beschrijvende statistieken middels SPSS-versie 26. De kwalitatieve gegevens uit de vragenlijsten en de interviews werden geanalyseerd middels inductieve thematische benadering volgens Braun & Clarke<sup>19</sup> met MAXQDA. Data-analyse ging volgens een iteratief proces: 1) Bekend worden met data door doorlezen transcript, 2) Coderen door onderzoekers (LS en CG) en hierna bediscussiëren tot consensus, 3) Thema’s formuleren, 4) Thema’s bediscussiëren met overige onderzoekers, 5) Thema’s vastleggen.

Tabel 2 Karakteristieken deelnemers baseline en follow-up vragenlijst

Karakteristieken	Baseline	Follow-up
Totaal, <i>n</i>	41	22
Functie, <i>n (%)</i>	SO 35 (85) VS 4 (10) PA 1 (2) Klinisch geriater 1 (2)	SO 19 (86) VS 2 (9) PA 1 (5)
Geslacht, <i>n vrouw (%)</i>	25 (62)	15 (68)
Leeftijd, <i>gemiddeld (SD)</i>	51 (7)	48 (7)
Afdelingen, <i>n (%)</i> *		
PG	23 (56)	12 (55)
SOM	19 (46)	10 (46)
Herstel	15 (37)	9 (41)
Palliatief	4 (10)	3 (14)
Extramuraal	12 (29)	4 (18)
Ziekenhuis	5 (12)	2 (9)
Anders**	3 (7)	2 (9)
Eerder CURA gebruikt, <i>n ja (%)</i>	5 (12)	3 (14)
Bekend met andere vormen van ethiekondersteuning, <i>n (%)</i>		
Ja***	36 (88)	18 (82)
Een beetje / weleens van gehoord	4 (10)	4 (18)
Nee, nog nooit gebruikt	1 (2)	0 (0)

\* Meerdere antwoorden zijn mogelijk. SO=Specialist Ouderengeneeskunde; VS=Verpleegkundig Specialist; PA=Physician Assistant; PG= psychogeriatric; SOM=somatiek; Herstel=herstelzorg, eerstelijnsverblijf en geriatrische revalidatiezorg; Extramuraal=extramuraal zorg betreffende eerstelijns consulten.

\*\* Niet-aangeboren hersenletsel, Korsakov, verstandelijke beperking; dagbehandeling.

\*\*\* "Ja, we gebruiken ethiekondersteuning in onze organisatie" en "Ja, af en toe gebruikt" samengevoegd.

## Resultaten

In totaal hebben 41 deelnemers de baseline vragenlijst ingevuld. Hiervan gaven 31 deelnemers aan dat zij mochten worden benaderd voor een follow-up vragenlijst, welke door 22 deelnemers daadwerkelijk is ingevuld (54%). Zie tabel 2. Zeven van de 22 deelnemers gaven toestemming in de follow-up vragenlijst om te worden benaderd voor een interview. Alle zeven werden benaderd via email en bij geen respons werden ze gebeld. Allen gaven toestemming voor een interview. Tabel 2 geeft een overzicht van de kenmerken van de deelnemers aan de vragenlijsten. De grootste meerderheid zijn specialisten ouderengeneeskunde. Alle specialisten ouderengeneeskunde die hebben deelgenomen zijn opleider: zij begeleiden een arts

in opleiding tot specialist ouderengeneeskunde in de dagelijkse praktijk. 13% van de deelnemers heeft eerder CURA gebruikt. 85% van de deelnemers is bekend met andere vormen van ethiekondersteuning. Tabel 3 toont een overzicht van de karakteristieken van de deelnemers aan de interviews. We hebben zes SO's en één PA geïnterviewd. Het betrof drie mannen en vier vrouwen tussen de 45 en 58 jaar oud.

Tabel 3 Karakteristieken deelnemers interviews

	Functie	Afdeling	Ervaring met CURA voorafgaand aan workshop	Ervaring met andere vormen van ethiekondersteuning voorafgaand aan workshop	CURA gebruikt na workshop
I-1	SO	Extramuraal	Nee	Ja, af en toe gebruikt	Ja
I-2	SO	PG+SOM+herstel	Nee	Ja, af en toe gebruikt	Nee
I-3	SO	Herstel+extramuraal	Nee	Ja, leider moreel beraad geweest, nu af en toe gebruikt	Nee
I-4	SO	Herstel	Ja	Een beetje	Nee
I-5	PA	Ziekenhuis, palliatief consulent	Nee	Een beetje	Nee
I-6	SO	PG+SOM	Nee	Ja, gebruiken ethiekondersteuning in onze organisatie	Nee
I-7	SO	PG+herstel+palliatief	Nee	Ja, gebruiken ethiekondersteuning in onze organisatie	Ja

SO=Specialist Ouderengeneeskunde; PA=Physician Assistant. PG=psychogeriatric; SOM=somatiek; Herstel=hersteltzorg, eerstelijnsverblijf en geriatrische revalidatiezorg; Extramuraal=extramuraal zorg betreffende eerstelijns consulten.

## Aanvaardbaarheid van CURA

### *Het (verwachte) gebruik van CURA*

De meerderheid van de deelnemers van de baseline vragenlijst waren van plan om CURA te gaan gebruiken in hun dagelijkse praktijk (68%, n=28) of wilden dit misschien gaan doen (32%, n=13). In de follow-up vragenlijst gaven 3 van de 22 (14%) deelnemers aan dat ze CURA na de workshop hebben gebruikt. Als belangrijkste redenen waarom respondenten CURA niet hadden gebruikt, werd genoemd dat er zich geen casus had voorgedaan (37%) en dat zij niet meer aan CURA hadden gedacht (37%). 5 Respondenten (26%) gaf aan zich niet voldoende toegerust te voelen om CURA te gebruiken. 77% (n=17) van deelnemers aan de follow-up vragenlijst is van plan om CURA in de toekomst te gaan gebruiken; de overige 23% (n=5) weet dit niet.



In de interviews worden verschillende redenen gegeven om CURA te gaan gebruiken. In vergelijking met andere vormen van ethiekondersteuning is CURA makkelijker te organiseren omdat CURA minder tijd kost, er geen getrainde gespreksleider nodig is en omdat er doorgaans minder mensen deelnemen aan een CURA-moment.

*[CURA] is korter, en je hebt een minder grote groep. En je kan als onderdeel van de casus deelnemen. (...) Je hoeft niet een extern iemand [voor de begeleiding], wat bij moreel beraad wel zo is. (I-3)*

Wel geven respondenten uit de interviews aan dat de casus bij voorkeur niet te ingewikkeld moet zijn:

*Dus het moet niet een te ingewikkeld dilemma zijn met heel veel factoren en toch heel veel afwegingen. Dan mis ik echt, dan, dan mis ik de diepgang. (I-1)*

### **(Verwachte) doelen en effecten van CURA**

De respondenten gaven aan dat er in de praktijk weinig wordt stilgestaan bij morele vraagstukken.

*We moeten soms zo door in de waan van de dag dat we heel veel belangrijke vragen van doen we hier wel goed aan, mag dit eigenlijk wel, niet meer stellen. (I-7)*

Zowel de respondenten die CURA wel hebben gebruikt als degenen die CURA niet hebben gebruikt, verwachten dat CURA kan helpen om “zaken op een rij” (I-1) te zetten. CURA kan volgens respondenten leiden tot verdieping en nieuwe inzichten. Inzicht in eigen denken, normen en waarden en blinde vlekken werden genoemd, alsook inzichten in het denken en de emoties van collega’s. Ook “het uitpluizen (...) welke twijfels er zijn, en waarom die er zijn” (I-1) en “emoties ventileren” (I-2) werden genoemd. Respondenten benoemen dat dit kan bijdragen aan betere samenwerking, gezamenlijke besluitvorming en minder stress.

*Het zorgteam voelde [het morele vraagstuk] als een enorme druk en alleen al het gesprek erover met elkaar gaf hun heel veel lucht: hé jullie worstelen ook! (...) Dus dat bracht ons ook in die samenwerking ook dicht bij elkaar. (I-7)*

### **Haalbaarheid van CURA**

Ondanks dat tweederde van de deelnemers op baseline van plan was om CURA te gaan gebruiken, is CURA maar door drie respondenten toegepast tijdens de duur van dit onderzoek. De volgende thema’s met betrekking tot de haalbaarheid kwamen naar voren: het morele vraagstuk; vertrouwde met de methodiek; het plannen; rol van collega’s; rol van de zorgorganisatie.

### **Het morele vraagstuk**

Eén van de belangrijkste redenen om CURA niet te hebben gebruikt, is dat zich er geen casus heeft voorgedaan (37%, n=7). Uit de interviews kwam naar voren dat morele vraagstukken waarschijnlijk vaak niet worden herkend. In de praktijk worden ingewikkelde situaties wel vaak besproken met collega's of tijdens een MDO, maar dan wordt meestal niet vastgesteld dat het om een moreel vraagstuk gaat waardoor er meestal geen ethiekondersteuning wordt ingezet.

*Ik denk dat ik me vaak niet bewust ben dat er een moreel probleem ligt. Wel dat ik er iets mee moet, dat ik dat... Maar dat ik me dat niet expliciet bewust ben dat het een moreel vraagstuk is. (I-2)*

*Wat is gewoon een praktisch probleem, of wat is een moreel dilemma? Ja, dat, daar wordt in ons ziekenhuis en in mijn opleiding is daar helemaal geen aandacht aan gegeven. (I-5)*

Als een moreel vraagstuk wel wordt herkend, kan de uitdaging liggen in het formuleren van een concrete vraag:

*Waarom [CURA] niet haalbaar zou zijn, is (...) als je de morele vraag toch niet helemaal helder hebt, dus in die eerste fase niet helder krijgt, dus het concentreren. (I-1)*

### **Vertrouwdheid met CURA**

In de vragenlijst komt naar voren dat 37% (n=7) van de respondenten niet meer aan CURA heeft gedacht na de workshop. Ook in de interviews komt naar voren dat om een CURA-moment te willen initiëren, CURA "in je systeem moet zitten. (...) Het is gewoon niet zo heel moeilijk om in te zetten, maar het moet gewoon eventjes onderdeel van je routine worden." (I-6)

Tevens moet de medisch behandelaar zich bekwaam genoeg voelen en vertrouwen hebben dat hij of zij CURA kan toepassen. 26% (n=5) gaf aan dat zij zich niet voldoende toegerust voelden om CURA te gaan gebruiken. In de interviews werd dit ook benoemd:

*Ik denk dat ik het fijn zou vinden om het bijvoorbeeld nog een keer onder begeleiding te zien (...) Het is meer dat ik, denk ik, even meer ervaring zou willen hebben. Om het dan vervolgens zelf uit te kunnen voeren. (I-4)*

### **Planning van sessies met CURA**

Voor 95% (n=21) van de deelnemers was tijd geen beperkende factor voor de inzet van CURA. Wel kwamen praktische problemen in het plannen van een CURA-sessie met collega's naar voren:

*Dan komt er natuurlijk wel een logistiek dingetje. Want ik moet al die mensen uitnodigen op dezelfde dag en dat is tegenwoordig ook best ingewikkeld. En een geschikte ruimte vinden ook. (I-4)*

### **Rol van collega's**

Om CURA toe te passen met collega's, geven respondenten aan dat het belangrijk is dat collega's ervoor open staan om CURA te gaan gebruiken. In de follow-up vragenlijst verwacht 69% (n=15) dat collega medisch behandelaren hiervoor open staan en 78% (n= 17) dat het zorgteam hiervoor open staat. In de interviews werden als belemmerende factoren voor het betrekken van collega's genoemd dat er een verkeerd beeld van ethiekondersteuning bestaat, zoals dat het langdradig zou zijn. Een andere belemmerende factor kan zijn dat men niet open staat voor verandering:

*De mentaliteit van mensen, die denken van joh ik doe het al 20 jaar zo en het gaat goed, dus dan kan je het nog 20 jaar doen. (I-5)*

Een andere belangrijke factor voor de haalbaarheid, is dat collega's vertrouwd moeten zijn met het gebruik van CURA:

*Uhm, vanuit mijn gezichtspunt is het [een belemmerende factor] dat mensen toch niet de methodiek misschien helemaal eigen zijn. Of omdat mensen niet in staat zijn om die stappen echt goed te doorlopen. (I-1)*

### **Rol van de zorgorganisatie**

Uit de interviews blijkt verdeeldheid over de rol van de leidinggevenden of de zorgorganisatie bij het inzetten van CURA. Een deel vindt dat het toepassen van CURA met name bij de zorgverleners zelf ligt. Een ander deel ziet wel een rol voor de zorgorganisatie: er dient een visie te zijn op de rol van ethiekondersteuning binnen de organisatie. De zorgorganisatie kan daarnaast een rol hebben in CURA onder de aandacht brengen, te zogen voor scholing van zorgpersoneel en het gebruik van CURA faciliteiten:

*Wat zou helpen is als we [zorgorganisatie] breder bedenken dat dit [CURA] iets is waar we langdurig mee [willen werken] (...), dat we gewoon een aantal mensen scholen. Het moet niet aan een of twee mensen hangen. (I-7)*

## Discussie

Deze studie onderzocht of medisch behandelaren in de ouderengeneeskunde en palliatieve geneeskunde het ethiekinstrument CURA willen gebruiken (aanvaardbaarheid) en in hoeverre zij CURA haalbaar vinden. De deelnemers van dit onderzoek vinden CURA een aanvaardbaar instrument, mits de casus niet te complex is. De haalbaarheid van CURA voor de praktijk van medisch behandelaren blijkt afhankelijk te zijn van verschillende factoren: het herkennen van een morele situatie; vertrouwd zijn met de methodiek; het plannen van een CURA-moment; de rol van collega's; en de rol van de zorgorganisatie.

Opvallend is dat de overgrote meerderheid van de deelnemers op baseline voornemens was om CURA te gaan gebruiken, maar dat slechts drie van de tweeëntwintig deelnemers daadwerkelijk CURA hebben toegepast. Er zijn verschillende belemmerende factoren gevonden voor de haalbaarheid.

Eén van de belangrijkste redenen uit de follow-up vragenlijst om CURA niet te hebben toegepast is dat zich geen moreel vraagstuk heeft voorgedaan. Een mogelijke verklaring hiervoor werd benoemd in de interviews, namelijk dat in de dagelijkse praktijk weinig wordt stilgestaan bij morele vraagstukken en dat zorgverleners niet altijd in staat zijn om een moreel vraagstuk te herkennen en te formuleren. Ook in de literatuur wordt gesproken over "morele sensitiviteit", welke noodzakelijk is om een moreel vraagstuk te herkennen.<sup>20,21</sup> De meeste zorgverleners zijn niet getraind in het herkennen van morele vraagstukken. Meer aandacht hiervoor binnen de opleiding zou kunnen bijdragen aan het versterken van deze morele competenties.<sup>22</sup>

Andere redenen waarom de deelnemers CURA niet hebben toegepast zijn dat ze niet meer aan CURA hebben gedacht na de workshop, of omdat ze zich niet voldoende toegerust voelden. Hieruit blijkt dat, ondanks dat CURA als simpel en laagdrempelig wordt beoordeeld, één workshop en geen verdere ondersteuning na de workshop voor de meeste medisch behandelaren onvoldoende is om zelf CURA te initiëren en te organiseren. Dit geldt zowel voor de medisch behandelaar zelf, als voor zijn of haar collega's. Uitgebreidere training of ondersteuning lijkt essentieel om CURA daadwerkelijk te gaan toepassen op de werkvloer. Zeker voor de medisch behandelaar die CURA als eerste introduceert op een afdeling of binnen een zorgorganisatie. Dit komt overeen met eerder haalbaarheidsonderzoek naar CURA onder verzorgenden en verpleegkundigen<sup>15</sup> en was aanleiding om een training voor CURA-ambassadeurs te ontwikkelen.<sup>23</sup> Via deze training worden zorgverleners getraind om CURA te introduceren en te helpen implementeren binnen hun team of organisatie. Ook worden ze getraind in het begeleiden van CURA-momenten.

Ondanks dat CURA minder tijd kost dan andere vormen van ethiekondersteuning, kan het daadwerkelijk plannen van een CURA-moment als een probleem worden ervaren omdat er verschillende agenda's met elkaar moeten worden afgestemd. De deelnemers geven aan dat ze wel tijd voor CURA willen en kunnen vrijmaken.

Tot slot spelen collega's en de zorgorganisatie een rol in de aanvaardbaarheid en haalbaarheid voor het gebruik van CURA. Zij kunnen het gebruik van CURA zowel stimuleren, bijvoorbeeld wanneer het gebruik van CURA al bekend is binnen de zorgorganisatie, als beperken, bijvoorbeeld wanneer collega's niet openstaan voor een nieuwe interventie, of een verkeerd beeld hebben van ethiekondersteuning. Een deel van de geïnterviewden zag juist geen rol voor de zorgorganisatie en vond dat het inzetten van CURA bij de medisch behandelaren zelf ligt. Hierin zit mogelijk een verschil met de haalbaarheidsstudie van CURA onder verzorgenden en verpleegkundigen, waarin de rol van de zorgorganisatie als belangrijke beperkende factor wordt genoemd.<sup>15</sup> Mogelijk ervaren specialisten ouderengeneeskunde minder beperkingen van de leidinggevenden, omdat zij als hoofdbehandelaar een andere rol hebben. Desondanks heeft de zorgorganisatie een essentiële rol in het implementeren van CURA, bijvoorbeeld door de bekendheid van ethiekondersteuning te vergroten, zorgverleners hierin op te leiden en het uitvoeren van CURA-momenten te faciliteren.<sup>24,25</sup>

### **Sterke punten en beperkingen**

Een sterk punt van deze studie is dat er gebruik is gemaakt van gemengde methoden. Met interviews konden de antwoorden uit de vragenlijsten worden verfijnd en verdiept. Een ander sterk punt is dat alle interviews dubbel zijn gecodeerd, wat een grote mate van betrouwbaarheid van de resultaten geeft.

Een beperking is dat er mogelijk sprake is van selectiebias onder de deelnemers aan de vragenlijsten, doordat zij zelf hebben gekozen om deel te nemen aan de CURA workshop. Een andere beperking is dat er sprake is van een klein aantal deelnemers, met name aan de follow-up vragenlijst. Er zijn geen redenen voor deze uitval bekend. Mogelijk hebben vooral degenen die meer affiniteit met CURA hebben gereageerd op deze oproep – wat ook een vorm van selectiebias teweeg kan brengen. Een beperkt aantal (n=3) deelnemers hebben CURA daadwerkelijk gebruikt in de drie maanden na de workshop. Dit maakt het lastig om uitspraken te doen over hoe medisch behandelaren het bespreken van een moreel vraagstuk met CURA ervaren. Een laatste beperking is dat er zeven deelnemers bereid waren om deel te nemen aan een interview. Hierdoor is er mogelijk geen datasaturatie bereikt. Niettemin hebben deze interviews wel geleid tot meer inzicht in de antwoorden uit de vragenlijsten.

## Conclusie

De resultaten van deze studie geven inzicht in de aanvaardbaarheid en haalbaarheid van CURA onder medisch behandelaren in de ouderengeneeskunde en palliatieve geneeskunde. Medisch behandelaren hebben de wil en wens om CURA te gaan gebruiken. Echter, één workshop zonder verdere ondersteuning is onvoldoende om medisch behandelaren goed toe te rusten om zelf CURA te introduceren en te gaan gebruiken in de praktijk. Daarnaast wordt er in de dagelijkse praktijk weinig stilgestaan bij morele vraagstukken en worden deze ook regelmatig niet herkend. Uitgebreidere scholing en begeleiding van medisch behandelaren en het sensitiveren van het gehele multidisciplinaire team voor morele vraagstukken, kunnen de haalbaarheid van CURA vergroten.

## Referenties

1. Wocial LD, Slaven JE, Montz K, Monahan PO, Hickman SE, Callahan CM, et al. Factors Associated with Physician Moral Distress Caring for Hospitalized Elderly Patients Needing a Surrogate Decision-maker: a Prospective Study. *J Gen Intern Med.* 2020;35(5):1405-12.
2. Schofield G, Dittborn M, Huxtable R, Brangan E, Selman LE. Real-world ethics in palliative care: A systematic review of the ethical challenges reported by specialist palliative care practitioners in their clinical practice. *Palliat Med.* 2021;35(2):315-34.
3. Morley G, Ives J, Bradbury-Jones C, Irvine F. What is 'moral distress'? A narrative synthesis of the literature. *Nurs Ethics.* 2019;26(3):646-62.
4. Sanchez S, Mahmoudi R, Moronne I, Camonin D, Novella JL. Burnout in the field of geriatric medicine: Review of the literature. *European Geriatric Medicine.* 2015;6(2):175-83.
5. Nikunlaakso R, Selander K, Weiste E, Korhakangas E, Paavolainen M, Koivisto T, Laitinen J. Understanding Moral Distress among Eldercare Workers: A Scoping Review. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(15).
6. Rushton CH, Caldwell M, Kurtz M. CE: Moral Distress: A Catalyst in Building Moral Resilience. *Am J Nurs.* 2016;116(7):40-9.
7. de Snoo-Trimpp JC, Molewijk B, Ursin G, Brinchmann BS, Widdershoven GA, de Vet HC, Svanesson M. Field-testing the Euro-MCD Instrument: Experienced outcomes of moral case deliberation. *Nurs Ethics.* 2020;27(2):390-406.
8. Haan MM, van Gorp JLP, Naber SM, Groenewoud AS. Impact of moral case deliberation in healthcare settings: a literature review. *BMC Med Ethics.* 2018;19(1):85.
9. Janssens RM, van Zadelhoff E, van Loo G, Widdershoven G, Molewijk BA. Evaluation and perceived results of moral case deliberation: A mixed methods study. *Nurs Ethics.* 2015;22(8):870-80.
10. Metselaar S, Molewijk B. Fostering moral resilience through moral case deliberation. *Nurs Ethics.* 2023;30(5):730-45.
11. van Schaik MV, van Wezel N, Pasma HRW, Metselaar S. De RMRS-NL: Een nieuw instrument om de morele veerkracht van zorgverleners te meten. *Tijdschrift voor Gezondheidszorg en Ethiek.* 2021;31(2):45-50.

12. de Snoo-Trimpp JC, de Vet HCW, Widdershoven GAM, Molewijk AC, Svantesson M. Moral competence, moral teamwork and moral action - the European Moral Case Deliberation Outcomes (Euro-MCD) Instrument 2.0 and its revision process. *BMC Med Ethics*. 2020;21(1):53.
13. Seekles W, Widdershoven G, Robben P, van Dalftsen G, Molewijk B. Evaluation of moral case deliberation at the Dutch Health Care Inspectorate: a pilot study. *BMC Med Ethics*. 2016;17(1):31.
14. Hartman LA, Metselaar S, Molewijk AC, Edelbroek HM, Widdershoven GAM. Developing an ethics support tool for dealing with dilemmas around client autonomy based on moral case deliberations. *BMC Med Ethics*. 2018;19(1):97.
15. van Schaik MV, Pasman HR, Widdershoven G, Molewijk B, Metselaar S. CURA-An Ethics Support Instrument for Nurses in Palliative Care. Feasibility and First Perceived Outcomes. *HEC Forum*. 2021;35(2):139-59.
16. Metselaar S, van Schaik M, Widdershoven G, Pasman HR. CURA: A clinical ethics support instrument for caregivers in palliative care. *Nurs Ethics*. 2022;29(7-8):1562-77.
17. van Schaik MV, Pasman HR, Widdershoven G, Metselaar S. Participatory development of CURA, a clinical ethics support instrument for palliative care. *BMC Med Ethics*. 2022;23(1):32.
18. van Schaik M, Pasman HRR, Widdershoven GA, De Snoo-Trimpp J, Metselaar S. Effectiveness of CURA: Healthcare professionals' moral resilience and moral competences. *Nurs Ethics*. 2023;9697330231218344.
19. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Res Psychol*. 2006;3(2):77-101.
20. Reynolds SJ, Miller JA. The recognition of moral issues: moral awareness, moral sensitivity and moral attentiveness. *Current Opinion in Psychology*. 2015;6:114-7.
21. Milliken A, Grace P. Nurse ethical awareness: Understanding the nature of everyday practice. *Nurs Ethics*. 2017;24(5):517-24.
22. Zia T, Sabeghi H, Mahmoudirad G. Problem-based learning versus reflective practice on nursing students' moral sensitivity. *BMC Nurs*. 2023;22(1):215.
23. van Schaik M, Kröger C, Zuidema L, Stolper M, Widdershoven G, Pasman HR, Metselaar S. Training nurses to facilitate and implement CURA in palliative care institutions: development and evaluation of a blended learning program. *BMC Palliat Care*. 2023;22(1):158.
24. Källemark Sporrang S, Arnetz B, Hansson MG, Westerholm P, Höglund AT. Developing ethical competence in health care organizations. *Nurs Ethics*. 2007;14(6):825-37.
25. van Schaik M. CURA: Developing, evaluating and implementing a new clinical ethics support instrument for palliative care. 2024.