EEN EIGEN GEZICHT

de identiteit van het Van Weel-Bethesdaziekenhuis te Dirksland

juli 1997

Woord vooraf

Elke organisatie of instelling heeft een identiteit, een eigen karakter. Daardoor word je gekend en herkend door mensen in de instelling en door mensen die samenwerken met de organisatie.

Een identiteit wordt bepaald door veel elementen, deels grijpbaar en benoembaar, soms ook vaag, niet goed uit te leggen, maar onmisbaar aanwezig. Dat laatste ontstaat als mensen leven en werken in een omgeving waarin de normen en waarden voor iedereen dezelfde zijn en door iedereen worden onderschreven. Er ontstaat daar een bepaalde cultuur, een stijl en patroon van samenleven.

Echter zo eenduidig als hierboven geschetst is onze werkelijkheid niet. Wel heeft het ziekenhuis een in de statuten vastgelegde identiteit en wordt van iedereen in de organisatie verlangd deze kenmerken te respecteren, maar niet iedereen deelt deze opvattingen met ons, niet iedereen leeft in dezelfde cultuur. En zelfs wanneer mensen eenzelfde principiële overtuiging hebben, kunnen ze nog verschillend denken over bepaalde uitingen van die identiteit.

Het is daarom aan ons als organisatie duidelijk te maken wat wij onder onze identiteit verstaan, wat wij daarin nastreven, waarop het beleid wordt getoetst. Dit is de betekenis van het Statuut Identiteit.

Het Statuut is niet de identiteit zelf. Die zit in u. Het statuut benoemt wel een aantal vaste kenmerken van die identiteit waarmee gewerkt moet worden. Het Statuut lost op zich geen vragen of problemen op. Wel is het een leidraad die aangeeft binnen welke kaders vragen worden beantwoord en problemen worden opgelost.

Identiteit leeft niet dankzij een statuut. Identiteit wordt bepaald door de mate waarmee de benoemde normen en waarden bij u doorwerken. Wij wensen dat het Statuut Identiteit daaraan mag bijdragen en dat zo het eigen gezicht van onze instelling duidelijk wordt.

De directie

Zomer 1997

Inleiding

Met dit Statuut Identiteit licht de Stichting Het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis haar grondslag toe, zoals deze in de Statuten is vastgelegd.

Het doel hiervan is, kort uiteen te zetten wat het christelijke karakter van het ziekenhuis inhoudt. Daartoe zijn de belangrijkste uitgangspunten geformuleerd in Deel A. Vervolgens worden deze beknopt geconcretiseerd naar de verschillende beleidsgebieden in Deel B:

I: Het medisch-ethische beleid  
 II: Het zorgbeleid  
III: Het sociale beleid

Commissie Identiteit

Voor de meer gedetailleerde uitwerking van dit Statuut Identiteit is er een permanente Commissie Identiteit (met een eigen reglement), waarin het gesprek over de identiteit gestructureerd plaatsvindt. Deze commissie adviseert de directie over het beleid inzake de identiteit. Daarna stelt de directie het beleid vast.

De commissie streeft naar een actieve betrokkenheid van iedere werknemer bij de invulling van de identiteit van het ziekenhuis. Aan de commissie kunnen ook concrete zaken ter beoordeling voorgelegd worden.

DEEL A: DE UITGANGSPUNTEN

1. Geschiedenis en doelstelling  
Uit de geschiedenis van het ziekenhuis blijkt een voortdurend streven naar een breed aanbod aan basiszorg op ziekenhuisniveau voor alle bewoners van de regio (ongeacht hun levensovertuiging), waarbij deze zorg gegeven wordt vanuit een duidelijke protestants-christelijke levensovertuiging, met aandacht voor de totale mens.

2. Grondslag  
Art. 3 van de statuten van het Van Weel Bethesda Ziekenhuis verwijst als grondslag en richtsnoer voor het handelen naar de Bijbel en de belijdenisgeschriften van de Nederlandse Hervormde Kerk. Deze grondslag betekent gebondenheid aan de boodschap van de Bijbel, opgevat volgens de 16e eeuwse Reformatie en het toen geformuleerde belijden.

3. Mensvisie   
De Bijbel leert ons dat de mens - ook na de zondeval - een schepsel is van God, gemaakt naar Zijn beeld. Op grond hiervan is het menselijk leven uniek en kostbaar. Hier ligt ook de basis van de onvervreemdbare waardigheid en volledige beschermwaardigheid van het menselijk leven.

God heeft Zijn genade bekend gemaakt aan mensen in schuld en nood, maar vraagt ook dat zij zich houden aan Zijn geboden. Deze geboden beschermen het leven van de mens en zijn gericht op rechtvaardigheid en barmhartigheid in de onderlinge verhoudingen.

De oorsprong van de christelijke gezondheidszorg is te herleiden tot de barmhartigheid van God, die Zijn Zoon als de grote Heelmeester tot ons gezonden heeft om mensen naar lichaam en ziel te redden.

De mens leeft in een veelheid van verbanden, in verhouding tegenover God, de schepping, de medemens en zichzelf. Daarom is een integrale benadering van de zieke medemens van belang.

4. Bijbelse normen en waarden  
Uitgaande van de Bijbel wordt geprobeerd de bijbelse normen en waarden in praktijk te brengen. Er wordt getracht deze principes te vertalen in de vorm van normen die binnen de instelling gelden als gedragsregels voor alle medewerkers.

De identiteit van het ziekenhuis komt echter niet alleen tot uiting in de 'minimumregels' waar ieder zich aan heeft te houden, maar ook in de persoonlijke motivatie, inzet en geloofsbeleving (van welke aard ook) en uitstraling van de betrokkenen.

In de praktijk zijn er talrijke overeenkomsten tussen christenen en niet-christenen. Vanuit de grondslag van het ziekenhuis en de diversiteit aan opvattingen van de medewerkers in het ziekenhuis is een voortdurende gemeenschappelijke bezinning van groot belang.

DEEL B: DE PRAKTISCHE UITWERKING

I. HET MEDISCH-ETHISCHE BELEID

*Reikwijdte en verantwoording*

1. Het ziekenhuis (vertegenwoordigd door bestuur en directie) heeft medisch-ethisch beleid vastgesteld, dat geldt voor alle hulpverleners die aan de instelling zijn verbonden. Hulpverleners in de zin van de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst zijn met name aan de instelling verbonden specialisten, paramedici, verpleegkundigen en verzorgend personeel.

2. De aan het ziekenhuis verbonden specialisten zijn op grond van artikel 2, lid 5 van het huidige toelatingscontract aan medisch-ethisch instellingsbeleid gebonden. Het ziekenhuis beschouwt met name dit beleid als 'de nadere regels voor het ethisch beleid', zoals in genoemd artikel geformuleerd.

3. Het ziekenhuis maakt in dit verband onderscheid tussen enerzijds de medisch-professionele autonomie van de arts met de daartoe behorende ethische normen (zie art. 4) en anderzijds handelen en/of nalaten van de arts met een overwegend levensbeschouwelijk aspect (zie art. 5).

4. Op grond van de medisch-professionele autonomie verricht de arts handelingen die met name genormeerd worden door de medisch-professionele standaard. Binnen dat kader heeft hij eigen keuzemogelijkheden om te komen tot een kwalitatief optimale behandeling van de patiënt. Op grond van deze standaard kan de arts eventueel civiel- en tuchtrechtelijk worden aangesproken.

5. In enkele gevallen kan handelen of nalaten van artsen aan de orde komen waarbij maatschappelijke en levensbeschouwelijke normen en consequenties van grote betekenis zijn. Instellingsbeleid kan bepalend zijn voor het al dan niet handelen van de arts, zonder dat de medisch-professionele autonomie in het geding is.

6. De medisch-professionele autonomie van de arts en het instellingsbeleid tasten elkaar niet aan, maar bestaan naast elkaar.

*Informatie en doorverwijzing*  
7. Omdat patiënten met uiteenlopende wereld- en levensbeschouwingen in het ziekenhuis worden opgenomen, beschouwt het ziekenhuis het als zijn verantwoordelijkheid dat de hulpverleners patiënten over het medisch-ethisch beleid - zoveel mogelijk vooraf - informeren en patiënten desgevraagd in voorkomende gevallen bijtijds verwijzen naar andere zorginstellingen.

*Afspraken over levensbegin en levenseinde*

8. Het levensbegin dient met eerbied te worden omringd. Het ziekenhuis wijst opzettelijke zwangerschapsafbreking (abortus arte provocatus) af. Bij verzoeken tot afbreking wordt alternatieve hulpverlening voor de ongewenst zwangere (b.v. de VBOK) besproken en aangeboden. Alleen wanneer de zwangerschap levensbedreigend is voor de moeder of wanneer het ongeboren kind niet levensvatbaar is, kan de zwangerschap afgebroken worden. In de laatste situatie zal eerst advies gevraagd moeten worden aan de medisch-ethische commissie.

9. Op grond van de beschermwaardigheid van het leven wijst het ziekenhuis euthanasie af, waaronder verstaan wordt het handelen waardoor het leven van een ander, op diens uitdrukkelijk verzoek, wordt beëindigd. Het ziekenhuis wijst op dezelfde grond beoogd levensbeëindigend handelen zonder verzoek en hulp bij zelfdoding af.

10. In het geval van een mondelinge of schriftelijke wilsverklaring tot levensbeëindigend handelen, kan deze wilsverklaring niet ingewilligd worden. In dat geval zal er gesproken worden met de patiënt of diens wettelijke vertegenwoordiger over de achterliggende motivatie bij de patiënt, over het ziekenhuisbeleid en over de mogelijkheden van palliatieve zorg. Indien men blijft bij de wilsverklaring, zal de patiënt worden doorverwezen naar een andere instelling.

11. Op grond van strikt medische criteria is een niet-reanimeren-afspraak mogelijk en kan er een abstinerend beleid gevoerd worden. In dat geval mag de opzet nooit zijn levensbeëindigend te handelen. Ook de pijnbestrijding mag niet die opzet hebben en dient dan ook proportioneel te zijn ten opzichte van de toestand van de patiënt.

12. De intentie het leven te beschermen mag in de stervensfase niet leiden tot uitstel van het onomkeerbaar op handen zijnde levenseinde.

13. Wanneer in de stervensfase wordt afgezien van verdere medische behandeling dient een zo goed mogelijke palliatieve zorg betracht te worden: pijnbestrijding en verlichting van het lijden, ingebed in een troostvolle benadering.

*Patiënt*

14. Er is ook een eigen verantwoordelijkheid van de patiënt, respectievelijk van zijn familie, in het aanvaarden of afwijzen van medische handelingen. Hiermee moet rekening gehouden worden, zonder dat het draagvermogen en de deskundigheid van de patiënt om een dergelijke beslissing te kunnen nemen overschreden worden.

*Medisch-ethische commissie*

15. Er is een medisch-ethische commissie die kaderscheppend, adviserend en toetsend werkzaam is binnen de instelling, aansluitend op de medisch-ethische uitgangspunten van de instelling.

16. De commissie heeft tot taak:  
a. bezinning op algemene en regelmatig terugkerende ethische vraagstellingen met betrekking tot het onderzoek, de behandeling en de verzorging van patiënten, alsmede medisch-ethische vraagstellingen die ontstaan bij wijziging van beleid daarin.

b. de advisering ten aanzien van medisch-ethische dilemma's die door medici en verpleegkundigen worden voorgelegd.

c. de bevordering van de gedachtenvorming onder de medewerkers over in het ziekenhuis onderkende medisch-ethische vraagstellingen.

d. de ethische beoordeling van medische experimenten die door medewerkers, binnen of buiten het ziekenhuis, worden uitgevoerd.

Ten aanzien van de handelingen buiten het ziekenhuis geldt: voor zover deze onder verantwoordelijkheid van het ziekenhuis vallen en/of schade kunnen berokkenen aan de goede naam van het ziekenhuis.

17. Het medisch-ethisch beleid wordt na zorgvuldige toetsing van de medische, verpleegkundige, juridische, wijsgerige, economische en theologische aspecten geformuleerd door de medisch-ethische commissie en vervolgens als nader beleid vastgesteld door het ziekenhuis.

II. HET ZORGBELEID

*Algemeen*

1. Vanuit de genoemde mensvisie staat de zieke medemens centraal in de zorgverlening. Met het oog op lichamelijk, psychisch, geestelijk en sociaal welzijn van de patiënt wordt gestreefd naar het bevorderen van de gezondheid, het voorkomen van ziekte, het herstellen van de gezondheid, het handhaven van een bestaande toestand indien verder herstel of verbetering niet te verwachten is, het verlichten van lijden en een adequate begeleiding in de stervensfase.

2. In het aanbod van de zorg moet doordacht en besproken worden wat de principiële en praktische consequenties van behandelingen zijn voor de patiënt.

3. Bij de behandelingen die in de zorg gebruikt worden, moeten de verwachte voordelen voor de patiënt in redelijke verhouding staan tot de belasting en de risico's van die behandelingen voor de patiënt.

4. Vanuit het besef dat de totale mens geholpen dient te worden, is het mogelijk aanvullende zorg van buitenaf te betrekken op pastoraal, sociaal en maatschappelijk gebied.

5. Vanuit het patiëntgerichte denken zal ook gestreefd worden naar een zo goed mogelijke verbinding tussen intra en extramurale zorg. In dit opzicht zijn goede contacten met andere zorgverleners van belang.

6. Behalve bij de directe zorgverleners dient het patiëntgerichte aspect ook bij andere medewerkers tot uitdrukking te komen.

7. Tijdens het verblijf in het ziekenhuis mogen patiënten en hun familie/relaties een hulpvaardige houding verwachten van alle medewerkers.

8. Een verzakelijking van de relatie tussen de patiënt en hulpverlener wordt zoveel mogelijk voorkomen.

9. De patiënt heeft er recht op dat de privacy zoveel als mogelijk is gehandhaafd wordt. Gezien de kleinschaligheid van het ziekenhuis en het verzorgingsgebied luistert dit extra nauw.

10. De maatschappelijke context van de patiënt wordt betrokken bij de besluitvorming ten aanzien van opname, behandeling en ontslag. Dit betekent dat behalve een optimale medische behandeling en verpleegkundige zorg ook de continuïteit van zorg zo goed mogelijk gewaarborgd wordt door de hulpverleners.

11. Door de toenemende individualisering kan vereenzaming optreden van de patiënt. Indien nodig wordt geprobeerd vrijwilligers in te schakelen en wordt de patiënt geholpen contacten op te bouwen.

12. Ten aanzien van de overleden patiënt zal piëteit in acht worden genomen.

*Ziekenhuispastor*

13. Er is een ziekenhuispastor aanwezig die zowel pastorale zorg als begeleiding van de doordenking van de identiteit van het ziekenhuis tot taak heeft.

14. Vanuit de historische achtergrond van het ziekenhuis behoort de ziekenhuispastor tot de Nederlandse Hervormde Kerk.

15. De ziekenhuispastor stimuleert en instrueert de bij de zorg betrokkenen inzake de wijze van aanpak bij 'pastorale zorgverlening door de zorgverlener', om ook op dit onderdeel van het zorgproces de deskundigheid te bevorderen.

16. De ziekenhuispastor wordt betrokken bij de discussie en besluitvorming inzake ethische en identiteitsgebonden zaken.

17. De ziekenhuispastor kan vertrouwenspersoon zijn van andere medewerkers binnen het ziekenhuis. Deze vertrouwensfunctie houdt in het bespreken van de levensbeschouwelijke en geloofsvragen waarmee zij door hun werk binnen de instelling in aanraking komen.

18. Alle patiënten van het ziekenhuis, ongeacht de eigen levensbeschouwing of kerkelijke achtergrond, wordt door de ziekenhuispastor pastorale zorg aangeboden. Het is de keuze van de patiënt of hij/zij gebruik wenst te maken van dit aanbod.

*Overige pastorale zorg*

19. De verpleegkundigen zullen zoveel als mogelijk is ingaan op persoonlijke verzoeken van patiënten tot lezen uit de Bijbel en gebed.

20. Op elke patiëntenkamer, dagverblijf, logeerkamer en ouderkamer is een Bijbel aanwezig. Op de kinderafdeling zijn kinderbijbels beschikbaar.

21. De intentie is dat het Bijbellezen 'op zaal' wordt aangeboden aan alle patiënten, zeker aan hen die daartoe niet zelf in staat zijn.

22. Bij het aanbieden en beëindigen van de maaltijd wordt de patiënten de gelegenheid geboden in gebed te gaan.

23. Iedere patiënt wordt persoonlijk zoveel mogelijk ruimte gelaten voor de beleving van de eigen levensbeschouwing. Wel verlangt het ziekenhuis respect ten aanzien van de grondslag van het ziekenhuis en worden openlijke activiteiten die daarmee in strijd zijn en hinderlijk zijn voor de andere patiënten, niet toegelaten.

24. Vanuit het ziekenhuis wordt de patiënten de ruimte geboden voor pastorale zorg vanuit het eigen kerkgenootschap of de eigen levensbeschouwing.

*Zondag en christelijke feestdagen*

25. De zondagsrust wordt, zoveel als mogelijk is, gehandhaafd.

26. Opnames vinden alleen indien noodzakelijk op een zondag plaats. Ten aanzien van het ontslag op zondag wordt een zeer terughoudend beleid gevoerd.

27. Binnen het ziekenhuis worden bij verschillende christelijke feestdagen bijeenkomsten gehouden ter viering van die heilsfeiten.

28. De patiënten worden in de gelegenheid gesteld programma's van de ziekenomroep en kerkdiensten te beluisteren.

29. Onderzoek, behandeling en visitelopen tijdens het beluisteren van de kerkdienst worden zoveel mogelijk voorkomen.

III. HET SOCIALE BELEID

*Algemeen*

1. De instelling stelt zich ten opzichte van haar medewerkers op als 'goed werkgever' en de medewerkers van de instelling gedragen zich als 'goed werknemer'.

2. Met handhaving van de eigen taak van het ziekenhuis wordt er naar gestreefd dat de medewerkers hun eigen talenten tot ontwikkeling kunnen brengen.

3. In de omgang met elkaar en in de regelgeving wordt getracht gestalte te geven aan de bijbelse normen van rechtvaardigheid en barmhartigheid. De barmhartigheid komt vooral tot uiting in de wijze waarop de bestaande regels gehanteerd worden.

4. Er wordt niet alleen op de arbeidsprestaties gelet, maar ook op de arbeidsomstandigheden en de menselijke mogelijkheden. In het bijzonder geldt dit laatste ten aanzien van werknemers die voor een deel arbeidsongeschikt zijn.

5. Van de medewerkers wordt verlangd dat zij de belangen van de andere werknemers ook zullen behartigen en elkaars functioneren zoveel mogelijk zullen bevorderen. Dit komt tot uiting door elkaar te helpen en door zo positief mogelijk om te gaan met elkaars zwakheden (bijvoorbeeld bespreken en bijspringen in plaats van roddelen en elkaar 'laten vallen').

*Zondagsrust*

6. Het ziekenhuis streeft er naar dat de zondagsrust zo veel mogelijk gehandhaafd wordt en dat, in het geval van zondagsarbeid, de medewerkers zo veel mogelijk in de gelegenheid gesteld worden een kerkdienst bij te wonen.

*Sollicitatie*

7. Bij de werving, selectie en introductie van nieuwe medewerkenden wordt informatie verstrekt over de levensbeschouwelijke aspecten van het ziekenhuis.

8. De christelijke identiteit is een belangrijk selectiecriterium bij sollicitanten, dat meer benadrukt wordt naarmate de positie van een functie in de organisatie hoger is of wanneer men in een directe relatie tot de patiënten komt te staan.

9. Aan de sollicitanten wordt gevraagd hoe zij aan de christelijke identiteit van de instelling gestalte willen geven in hun eigen functie.

10. Ook bij de inschakeling van externe deskundigen op het terrein van training en management wordt gelet op hun affiniteit met de doelstelling en de identiteit van het ziekenhuis.

*Verscheidenheid*

11. Van medewerkers die zelf geen christen zijn òf het christelijk geloof anders belijden dan in de grondslag van het ziekenhuis verwoord is, wordt gevraagd dat zij de protestants christelijke grondslag van de instelling respecteren en de consequenties daarvan zoveel mogelijk inhoud geven.

12. Gezien de identiteit van het ziekenhuis en de diversiteit aan opvattingen van de medewerkers wordt er gewerkt aan overlegstructuren en aan toerusting en bezinning, om zoveel mogelijk in begrip voor elkaar en in goede onderlinge verhoudingen te werken.

*Werkklimaat*

13. De medewerkers worden geacht zich in te spannen voor een werkklimaat dat in de geest is van grondslag en doelstelling van het ziekenhuis. Hierbij valt te denken aan houding, de manier van omgaan met elkaar, taalgebruik, lectuur, wandversieringen en muziek. De directie heeft de bevoegdheid, zo nodig, na overleg met de Commissie Identiteit, grenzen aan te geven.

---------------

Naschrift

De tekst van het hoofdstuk over medisch-ethisch beleid kwam tot stand met behulp van de adviezen van mr. C.A. Bronkhorst (LSV) en mr. J.W.A. van Dommelen. De medische staf ging akkoord met dit hoofdstuk op 26 aug. 1996.

Nadat alle medewerkers in de loop van 1995 de gelegenheid gekregen hebben te reageren op de concepttekst, is de Commissie Identiteit met een herschreven versie gekomen, die op 15 oktober 1996 is aanvaard door de directie en het bestuur van het ziekenhuis. Ook de ondernemingsraad heeft goedkeuring verleend.