
Macht is een beladen onderwerp. Maar als macht op een integere manier wordt uitgeoefend, is ze een krachtig instrument om de kwaliteit van zorg te verbeteren.

Macht kent verschillende uitingsvormen, die een belangrijk effect hebben op verschillende aspecten van het zorgproces, zoals de arts-patiëntrelatie, het hoofdbehandelaarschap en de relatie met de andere teamleden.

Verkeerd gebruik van macht is een bron van conflicten en kan daarnaast leiden tot emotionele uitputting en burn-out.

Verskillende maatregelen stimuleren het juiste gebruik van macht.

Macht' kan worden gedefinieerd als het vermogen om te kunnen bepalen. Het is een beladen onderwerp dat vaak wordt geassocieerd met machtsmisbruik. Als macht niet voor eigenbelang maar integer wordt uitgeoefend, is ze echter een krachtig instrument om een instelling veiliger, effectiever en transparanter te maken.

Wij kunnen 3 soorten macht onderscheiden.¹ Macht 1.0 is onze primitiefste vorm van macht, die voornamelijk instinctief gedreven is en die gericht is op overleven. Ze is het 'recht van de sterkste'. Hoewel deze vorm van macht niet geschikt is om continu uit te oefenen, kan Macht 1.0 incidenteel krachtig zijn en leiden tot het gewenste resultaat.

Met Macht 2.0 worden de checks-and-balances bedoeld die de manifestaties van Macht 1.0 kanaliseren en reguleren. Regels en procedures die opgevolgd moeten worden, zorgen ervoor dat macht niet misbruikt kan worden.

Macht 3.0 is de integriteit van de macht. Het gaat om het vermogen op dienende wijze mensen te verbinden en toegevoegde waarde te creëren. Het grotere geheel wordt hierdoor gediend. Moderne leiders kunnen niet alleen vechten (Macht 1.0) en adequaat managen (Macht 2.0), maar geven vooral aan waar zij voor staan en schenken vertrouwen aan hun medewerkers (Macht 3.0).

De afdeling Intensive Care is een stressvolle omgeving waar veel disciplines onder moeilijke omstandigheden moeten samenwerken. Conflicten komen dan ook vaak voor. In een onderzoek onder 7498 intensivisten meldde 71,6% een conflict in de voorafgaande week en 53% benoemde dit conflict als 'ernstig'.² Verkeerd gebruik van macht of zelfs machtsmisbruik kan de patiëntenzorg op de IC ernstig schaden, omdat de marges tussen leven en

Radboudumc, afd. Intensive Care, Nijmegen.

Prof.dr. J.G. van der Hoeven, internist-intensivist

(hans.vanderhoeven@radboudumc.nl).

dood hier vaak klein zijn. Het uitoefenen van macht heeft belangrijke gevolgen voor de arts-patiëntrelatie, het hoofdbehandelaarschap en de relatie met de andere teamleden.

In dit artikel bespreek ik hoe macht van invloed kan zijn op deze 3 aspecten van het zorgproces op de IC.

ARTS-PATIËNTRELATIE

De relatie tussen arts en patiënt verandert snel. Terwijl 10 jaar geleden de asymmetrie in deze relatie groot was en de arts meestal bepaalde wat er moest gebeuren, speelt de patiënt nu een grotere rol in zijn of haar ziekteproces. Door de snelle toename van beschikbare informatie maken patiënten tegenwoordig steeds vaker een weloverwogen keuze die past bij hun normen en waarden. Gedeelde besluitvorming is de norm.

Toch is deze ontwikkeling niet voor alle patiënten en in alle situaties geschikt.³ Dit geldt bijvoorbeeld voor een IC-opname. Door de ernst van de aandoening, de complexiteit van de situatie en de existentiële angst die daarmee gepaard gaat, is de patiënt of zijn familie minder goed in staat een bijdrage aan de behandeling te leveren. Minder dan 50% van de familieleden wil actief betrokken zijn bij belangrijke beslissingen en een nog kleiner deel is daadwerkelijk betrokken.^{4,5} Door deze afhankelijkheid is de macht van de intensivist in deze situatie relatief groot en moet onbedoeld misbruik hiervan dan ook nooit uit het oog worden verloren.

Bij de meeste patiënten die op een IC overlijden, gebeurt dit nadat behandelbeperkingen zijn ingesteld.⁶ Behandelbeperkingen worden over het algemeen niet afgesproken zonder overleg met de patiënt of diens familie, maar een diepgaande discussie over het hoe en waarom is meestal niet mogelijk. Aangezien behandelbeperkingen soms gevolgen hebben die verder reiken dan was bedoeld,⁷ is het belangrijk te beschrijven aan welke kwaliteitscriteria deze beslissing moet voldoen voordat ze wordt genomen. Het IC-team moet de patiënt en eventueel de familie zo veel mogelijk in staat stellen een rol te spelen bij de behandeling. De inzet van Macht 1.0 of 2.0 is hiervoor meestal niet geschikt. De waarden en normen van de patiënt moeten worden verbonden aan die van het behandelteam. Het is onwaarschijnlijk dat een 'one size fits all'-strategie hiervoor afdoende is. Naast een op de patiënt afgestemde communicatie moet vooral aandacht worden besteed aan een tekort aan informatie, onbegrip over levensverlengende behandelingen en het gevoel onder druk gezet te worden.⁸ IC-verpleegkundigen kunnen hier een belangrijke rol in spelen.⁹

HOOFDBEHANDELAARSCAP

Verschuivende onderzoeken suggereren dat behandeling van patiënten op een IC door een intensivist tot een

afname van de sterfte leidt.¹⁰ Dit heeft er in de praktijk toe geleid dat bij opname van een patiënt op de IC, de primaire verantwoordelijkheid voor de zorg wordt overgedragen aan het intensivistenteam. Dit zogenaamde 'closed-format'-systeem is in het verleden vaak al te letterlijk opgevat en leidde soms tot situaties waarin belangrijke beslissingen over een patiënt genomen werden zonder dat de medebehandelaars of de arts die de patiënt al jaren kende hierover geïnformeerd werden. Natuurlijk was en is dit nog steeds een bron van conflicten, en uiteraard komt dit de kwaliteit van de zorg niet ten goede.

In een volwassener systeem treedt de intensivist veel meer op als de coördinator van zorg. Medebehandelaars houden de hoofdverantwoordelijkheid voor sommige specifieke onderdelen van de zorg, zoals de beslissing om te opereren. De intensivist betreft de medebehandelaars actief en weegt de verschillende adviezen zorgvuldig af. De positie van tijdelijk hoofdbehandelaarschap is hierbij meer gebaseerd op kennis en respect. Macht wordt niet uitgeoefend door zich te beroepen op formele regels, maar juist door beargumenteren, overtuigen, stimuleren en inspireren. Dit is een veelgenoemd kenmerk van succesvolle IC-teams.^{11,12} Het daadwerkelijke bewijs voor de effectiviteit van deze aanpak is echter niet zo sterk en gedegen onderzoek naar de bouwstenen van een 'hoogbetrouwbare' IC-organisatie ontbreekt.

OVERDRAGEN VAN MACHT AAN ANDERE TEAMLEDEN

De definities van rollen en de machtsposities zijn nog altijd gebaseerd op historische en traditionele grenzen tussen disciplines. Hoewel de rol van verpleegkundigen op een IC aanzienlijk is veranderd, hebben zij nog steeds weinig invloed op belangrijke beslissingen. In combinatie met onvoldoende personeel, gebrek aan collegialiteit, slechte communicatie en gebrek aan vertrouwen tussen intensivist en verpleegkundige, kan dit bij meer dan 50% van de IC-verpleegkundigen tot morele nood leiden.¹³

Voor het ontstaan van morele nood zijn er 3 noodzakelijke stappen: (a) er moet een moreel belaste actie plaatsvinden; (b) een individu bepaalt de beste strategie gebaseerd op eigen morele waarden; en (c) door interne of externe beperkingen is het individu niet in staat het voorgenomen plan uit te voeren. Verpleegkundigen voelen zich vaak machteloos, omdat zij geen stem hebben in de vaak moreel complexe situaties op de IC. Op de lange termijn kan dit leiden tot terugtrekken, emotionele uitputting, depersonalisatie en andere symptomen van burn-out.¹⁴

Intensivisten kunnen een belangrijke rol spelen bij het voorkomen of beperken van deze symptomen. Het is essentieel dat de intensivist zijn of haar macht op een geheel andere manier inzet en de verpleegkundigen in staat stelt een prominentere rol te spelen in het zorgpro-

ces op de IC. Macht moet zijn gebaseerd op kennis of expertise en niet alleen op iemands rol of functie.

De invloed (macht) van IC-verpleegkundigen kan op verschillende manier worden vergroot. Hierbij kan men denken aan scholing over ethische principes, het instellen van een moreel beraad, debriefing na moreel belaste situaties en het betrekken van verpleegkundigen bij de ontwikkeling van levenseindeprotocollen. Op individueel niveau moet getracht worden de veerkracht van verpleegkundigen te vergroten door mindfulness, zelfreflectie, versterking van het zelfbesef, communicatievaardigheden, en professionele netwerkvorming.

TOT SLOT

Het integer uitvoeren van macht op een IC is een belangrijke voorwaarde voor een excellent functionerend team. Leiders moeten zich bewust zijn van de verschillende vormen van macht en weten wanneer ze deze moeten gebruiken. De beroemde uitspraak van de Chinese filosoof Lao Tse 'Wie zijn macht wil bewaren, moet haar niet tonen' doelt vooral op onze instinctieve, primitiefste vorm van macht. Maar ook deze Macht 1.0 is in sommige omstandigheden effectief en de enige manier om verder te komen. Het staat wel vast dat misbruik van macht leidt tot morele nood bij andere teamleden, wat uiteindelijk resulteert in emotionele uitputting, cynisme en andere symptomen van burn-out bij deze zorgverleners. Samenwerken, verbinden en delen van macht kunnen geoefend worden, bijvoorbeeld met een 'crew resource

- **Als macht op een integere manier wordt uitgeoefend, is ze een krachtig instrument om de kwaliteit van zorg te verbeteren.**
- **Misbruik van macht leidt tot conflicten en burn-out.**
- **Training kan het juiste gebruik van macht door leiders bevorderen.**

management¹-programma.¹⁵ Alle teamleden nemen hieraan deel. Kernelementen van een dergelijk programma zijn het creëren van een gezamenlijk situationeel bewustzijn en het herkennen van potentieel gevaarlijke omstandigheden, leren van gemaakte fouten, effectief communiceren, het geven en krijgen van feedback, en het beheersen van stress, werklast en vermoeidheid. Toch ontbreekt het bewijs dat zulke initiatieven daadwerkelijk bijdragen aan een beter resultaat.^{16,17} Deze organisatorische en culturele aspecten van de IC-zorg moeten dan ook verder onderzocht worden.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 16 november 2016

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2016;160:D1215

 **KIJK OOK OP WWW.NTVG.NL/D1215**

LITERATUUR

- 1 Drie soorten macht. In: David O. Macht! Van instinct tot integriteit. 3e herziene dr. Hfdst 3. Amsterdam: Mediawerf Uitgevers; 2015.
- 2 Azoulay E, Timsit JF, Sprung CL, et al; Conflic Study Investigators and for the Ethics Section of the European Society of Intensive Care Medicine. Prevalence and factors of intensive care unit conflicts: the conflic study. *Am J Respir Crit Care Med.* 2009;180:853-60.
- 3 Mutsaers I, van der Horst H. Maak van persoonsgerichte zorg geen ideologie. Gezamenlijke besluitvorming is een overgewaardeerd uitgangspunt. *Med Contact (Bussum).* 2016;43:37-9.
- 4 Azoulay E, Pochard F, Chevret S, et al; FAMIREA Study Group. Half the family members of intensive care unit patients do not want to share in the decision-making process: a study in 78 French intensive care units. *Crit Care Med.* 2004;32:1832-8.
- 5 Azoulay E, Pochard F, Chevret S, et al; French Famirea Group. Family participation in care to the critically ill: opinions of families and staff. *Intensive Care Med.* 2003;29:1498-504.
- 6 Sprung CL, Cohen SL, Sjøkvist P, et al; Ethicus Study Group. End-of-life practices in European intensive care units: the Ethicus Study. *JAMA.* 2003;290:790-7.
- 7 Spoelstra-de Man AM, van der Hoeven JG, Heunks LM. Effect of do-not-resuscitate orders on the penumbra of care. *Intensive Care Med.* 2012;38:726-7.
- 8 Browning AM. Empowering family members in end-of-life care decision making in the intensive care unit. *Dimens Crit Care Nurs.* 2009;28:18-23.
- 9 Huffines M, Johnson KL, Smitz Naranjo LL, et al. Improving family satisfaction and participation in decision making in an intensive care unit. *Crit Care Nurse.* 2013;33:56-69.
- 10 Wilcox ME, Chong CA, Niven DJ, et al. Do intensivists staffing patterns influence hospital mortality following ICU admission? A systematic review and meta-analysis. *Crit Care Med.* 2013;41:2253-74.
- 11 Manthous CA, Hollingshead AB. Team science and critical care. *Am J Respir Crit Care Med.* 2011;184:17-25.
- 12 Manthous C, Nembhard IM, Hollingshead AB. Building effective critical care teams. *Crit Care.* 2011;15:307.
- 13 Mealer M, Moss M. Moral distress in ICU nurses. *Intensive Care Med.* 2016;42:1615-7.
- 14 Oh Y, Gastmans C. Moral distress experienced by nurses: a quantitative literature review. *Nurs Ethics.* 2015;22:15-31.

- 15 Haerkens MH, Jenkins DH, van der Hoeven JG. Crew resource management in the ICU: the need for culture change. *Ann Intensive Care*. 2012;2:39.
- 16 Kemper PE, de Bruijne M, van Dyck C, So RL, Tangkau P, Wagner C. Crew resource management training in the intensive care unit. A multisite controlled before-after study. *BMJ Qual Saf*. 2016;25:577-87.
- 17 Haerkens MH, Kox M, Lemson J, Houterman S, van der Hoeven JG, Pickkers P. Crew Resource Management in the Intensive Care Unit: a prospective 3-year cohort study. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2015;59:1319-29.