

Bert Molewijk *a,b*, Ezra van Zadelhoff *a,b*, Bert Lendemeijer^b, Guy Widdershoven *a*

Menerapkan pertimbangan kasus moral dalam perawatan kesehatan Belanda; meningkatkan kompetensi moral profesional dan kualitas perawatan

_ Artikel asli

Lembaga Penelitian Perawatan dan Kesehatan Masyarakat/Departemen Kesehatan, Etika dan Masyarakat, Universitas Maastricht, Belanda
b GGNet, Institut Perawatan Kesehatan Mental, Warnsveld, Belanda

Abstrak _ Abstrak Jerman dan Prancis lihat hal. 62

Latar Belakang: Pertimbangan kasus moral (MCD) terdiri dari refleksi sistematis pada pertanyaan moral aktual dari profesional perawatan kesehatan, difasilitasi oleh ahli etika. Ada sedikit informasi yang dipublikasikan tentang praktik klinis dan penelitian empiris MCD.

Tujuan: Tujuan dari makalah ini adalah: A) memberikan definisi MCD; B) mendeskripsikan latar belakang teorinya; C) menggambarkan proyek implementasi MCD selama 4 tahun di rumah sakit jiwa; D) untuk mempresentasikan hasil pertama studi tentang kualitas dan hasil sesi MCD.

Metode: Pembelajaran sesi MCD dilakukan dengan cara: a) Penerapan kuesioner evaluasi Maastricht bagi peserta sesi MCD; b) Wawancara pemangku kepentingan yang terlibat (misalnya fasilitator MCD, direktur rumah sakit); dan c) Analisis laporan MCD, catatan informal fasilitator, dan laporan di sela-sela pertemuan evaluatif.

Hasil: Hasil kualitatif dan kuantitatif dari 220 kuesioner dari 50 MCD menunjukkan bahwa MCD dianggap sangat berguna. Sebagian besar peserta melihat relevansi MCD untuk pekerjaan sehari-hari mereka tinggi dan menilai kualitas dialog secara positif. Komunikasi mereka yang terbuka, lurus, konstruktif dan kepekaan moral meningkat; prasangka mereka, prasangka dan tanggapan otomatis menurun.

Diskusi: Penelitian implementasi di masa depan harus mencari tahu apa dampak jangka panjangnya terhadap kualitas perawatan. Oleh karena itu, langkah selanjutnya dalam proyek ini akan fokus pada (metodologi untuk) penelitian tentang tindak lanjut hasil MCD dan integrasi hasil tersebut dengan isu-isu kebijakan kelembagaan.

Kata kunci: pertimbangan moral; etika dialogis; penelitian empiris; penerapan; etika klinis

Perawatan kesehatan adalah profesi moral yang inheren. Perawatan yang baik selalu melibatkan, secara implisit atau eksplisit, memilih posisi moral. Ini berlaku untuk semua jenis karyawan. Dalam melakukannya, karyawan perawatan kesehatan tidak bisa begitu saja menggunakan protokol eksternal yang sudah jadi, aturan profesional atau standar moral. Mendefinisikan perawatan yang baik secara moral adalah proses kontekstual yang berkelanjutan, berdasarkan pengalaman nyata dengan pemangku kepentingan yang berbeda (misalnya pemberi perawatan, pasien, manajer, dll.). Dalam proses ini, karyawan, dan akan, dihadapkan dengan masalah moral. Meskipun karyawan berurusan dengan masalah moral setiap hari (bahkan jika mereka tidak menyadari dimensi moral dari pemikiran dan perilaku mereka), biasanya kesempatan untuk secara sistematis menangani masalah moral kurang. Baru-baru ini, metode musyawarah moral khusus telah dikembangkan untuk mendukung karyawan dalam menangani masalah moral ini dengan cara yang lebih reflektif, dialogis dan konstruktif (1 – 5, 7, 9). Di lembaga perawatan kesehatan Belanda, komite etika klinis melepaskan peran ahli mereka sebelumnya dan fokus mereka pada kebijakan dan pedoman. Mereka berubah menjadi kelompok pengarah yang bertujuan untuk mengembangkan kompetensi moral dari

profesional perawatan kesehatan, dan untuk menjamin iklim etika di seluruh institusi (10). Untuk mendukung transformasi peran komite etika klinis ini, sebuah buku panduan praktis untuk pertimbangan kasus moral telah dikembangkan (2). Pada tahun 2005, sebuah survei nasional dari Center for Ethics in Health Care (CEG) menunjukkan status etika yang kurang berkembang dalam institusi perawatan kesehatan Belanda.

Para penulis meminta lebih banyak perhatian untuk pertimbangan moral di antara para profesional perawatan kesehatan (11). Pada saat yang sama, Menteri Kesehatan Belanda mengisyaratkan perlunya pertimbangan yang lebih matang dari struktur pertimbangan moral di dalam institusi perawatan kesehatan (12). Sejak tahun 2004, pertemuan ahli setiap 3 bulan tentang pertimbangan moral diadakan di Departemen Etika di Departemen Kesehatan. Lebih jauh lagi, konferensi kerja nasional tentang pertimbangan moral bagi para profesional perawatan kesehatan diselenggarakan setiap enam bulan. Sejalan dengan perkembangan tersebut, berbagai institusi pelayanan kesehatan telah memulai proyek musyawarah moral dengan bantuan ahli etika klinis dari universitas. Berbagai alasan untuk proyek ini disebutkan, seperti: improv

meningkatkan kompetensi moral profesional perawatan kesehatan, meningkatkan kualitas proses perawatan, meningkatkan transparansi proses pengambilan keputusan, memperjelas alasan perilaku profesional, mendorong budaya dialog kritis namun konstruktif di antara profesional multi-disiplin, dan meningkatkan kualitas manajemen.

Sejauh ini, masih sedikit penelitian empiris tentang proses dan hasil musyawarah moral. Makalah ini pertama-tama memberikan definisi musyawarah kasus moral. Selanjutnya, masuk ke latar belakang teori musyawarah kasus moral. Ini juga menyajikan contoh proyek pertimbangan moral. Selain itu, memberikan hasil kualitatif dan kuantitatif pertama dari proyek penelitian tentang kualitas dan hasil pertimbangan moral.

Apa itu musyawarah moral?

Musyawarah kasus moral terdiri dari pertemuan dengan petugas kesehatan yang secara sistematis merefleksikan salah satu pertanyaan moral mereka dalam kasus klinis konkret dari praktik mereka (3 – 5, 7)

¹. Sebagian besar pertanyaan menyangkut «Apa yang harus kita anggap sebagai hal yang benar secara moral untuk dilakukan dalam situasi khusus ini dan bagaimana kita harus melakukannya dengan benar?» Tiga tujuan utama, sering berdampingan, dari pertimbangan kasus moral adalah: 1) untuk merefleksikan kasus dan untuk meningkatkan kualitas perawatan dalam kasus itu; 2) untuk merenungkan apa artinya menjadi seorang profesional yang baik dan untuk meningkatkan kompetensi moral profesional, 3) untuk merenungkan isu-isu kelembagaan atau organisasi dan untuk meningkatkan kualitas perawatan pada tingkat itu.

Refleksi, yang biasanya berlangsung selama 45 menit hingga 120 menit, difasilitasi oleh fasilitator terlatih dan terstruktur dengan metode percakapan yang dipilih (untuk contoh metode percakapan lihat: 2, 4, 13). Fasilitator, seorang ahli etika atau seseorang yang terlatih dalam etika klinis dan metode percakapan, tidak memberikan nasihat yang substansial dan tidak secara moral membenarkan atau melegitimasi keputusan tertentu. Keahlian fasilitator antara lain membina dialog yang tulus dan konstruktif di antara para peserta, memperhatikan dimensi moral kasus, mendukung proses penalaran bersama, dan membantu kelompok dalam merencanakan tindakan dalam rangka meningkatkan kualitas perawatan.

Metode dipilih karena tujuan khusus dari suatu pembahasan kasus moral. Sebagai contoh, beberapa metode (misalnya metode dilema) fokus pada kasus itu sendiri dan bekerja menuju keputusan yang dipertimbangkan dengan baik, sementara metode lain (misalnya Metode So crat) menggunakan kasus sebagai sarana untuk meningkatkan kompetensi moral pemberi pelayanan kesehatan. (4).

Latar belakang teori musyawarah moral: hermeneutika pragmatis dan etika dialogis

Latar belakang pendekatan kami terhadap musyawarah moral adalah kombinasi antara hermeneutika pragmatis dan etika dialogis. Kedua pendekatan menekankan pentingnya proses praktis pembuatan makna interaktif, selalu terkait dengan masalah konkrit. Mereka membutuhkan keterbukaan terhadap pandangan orang lain. Hermeneutika sangat kritis terhadap semua upaya untuk membingkai masalah dalam hal prinsip-prinsip yang didefinisikan secara ketat dan untuk menyelesaikannya melalui prosedur abstrak (14, 15). Ia skeptis terhadap penafsiran yang bersifat umum dan a-historis. Dalam mencoba memahami suatu situasi, seseorang harus menyadari kerumitannya dan latar belakang historis dan kontekstualnya. Hermeneutika pragmatis mendorong peserta dalam praktik untuk terbuka terhadap kontekstualitas dan kontingensi situasi.

Ini mengundang orang untuk menafsirkan situasi mereka tidak dalam seperangkat prinsip yang tetap dan kaku tetapi untuk menjadi fleksibel dan terbuka terhadap kemungkinan baru. Ini biasanya terjadi dalam dialog. Salah satu klaim mendasar dari etika hermeneutik adalah bahwa etika dan moralitas dimulai dengan pengalaman nyata, bukan dengan teori atau konsep. Teori dan konsep berguna, tetapi pada akhirnya harus didasarkan pada dan berguna untuk praktik nyata. Pendekatan etika ini kembali ke Aristoteles. Dia mengklaim bahwa (moral) kebijaksanaan dan (moral) pengetahuan berasal dari refleksi dan dalam situasi konkret.

Tidak ada kebenaran moral yang terlepas dari pengalaman. Makna dan konstruksi moralitas secara inheren bersifat kontekstual dan temporal. Makna hidup yang baik tidak diberikan sebelumnya, tetapi muncul dari dialog di antara orang-orang yang berpikiran terbuka dalam praktik. Dalam dialog ini, pengetahuan dari teori etika mungkin memainkan peran tetapi tidak dapat mengklaim otoritas epistemologis. Berbagi cerita dan narasi adalah strategi penting dalam membangun keyakinan dan keyakinan moral (16, 17). Akibatnya, pembahasan kasus moral selalu dimulai dengan pengalaman konkret (bukan dengan eksperimen pemikiran hipotetis atau konsep teori dari etika).

Sebuah proyek pertimbangan moral dalam psikiatri

Musyawarah moral dapat dilakukan secara insidental. Namun, untuk mendapatkan hasil yang lebih tahan lama, itu harus diatur dengan cara yang lebih struktural. Ini dilakukan dalam apa yang disebut proyek pertimbangan moral. Secara umum, proyek pertimbangan moral bertujuan untuk meningkatkan kualitas etika keseluruhan (organisasi) perawatan di tiga tingkat: menawarkan waktu, metode dan fasilitator untuk merenungkan kasus moral yang kompleks atau bermasalah (tingkat kasus), meningkatkan kompetensi moral perawat, karyawan institusi perawatan kesehatan (tingkat profesional), dan

1 Pertimbangan moral berbeda dengan konsultasi etika klinis (5). Dengan sehubungan dengan konsultasi etika, gugus tugas ASBH pada Kompetensi Inti untuk Konsultasi Etika Perawatan Kesehatan menjelaskan pendekatan yang lebih prosedural dan ahli dari konsultan etika ketika membahas «pendekatan fasilitasi etika.» Tujuan utama konsultan etika adalah untuk menjawab pertanyaan «Siapa pembuat keputusan yang tepat?» dengan cara yang sesuai secara moral dan hukum (25, 26). Tampaknya konsultan etika lebih fokus pada jawaban atas pertanyaan «Apa yang benar secara moral?» sedangkan fasilitator dalam pertimbangan moral lebih berfokus pada proses di mana anggota kelompok mencapai jawaban ini sendiri.

mengembangkan kebijakan etika dan iklim etika yang terintegrasi di seluruh organisasi (tingkat institusi) (5).

GGNet, sebuah lembaga perawatan kesehatan mental besar di timur Belanda, adalah salah satu pemimpin di Belanda sehubungan dengan implementasi struktural de liberation moral. Kelompok musyawarah moral dalam GGNet bertanggung jawab atas fasilitasi dan pelaksanaan musyawarah moral ini. Kelompok ini terdiri dari seorang ahli etika dari kelompok musyawarah moral Universitas Maastricht, dan empat karyawan GGNet yang telah dilatih dalam memfasilitasi musyawarah moral (seorang praktisi perawat, seorang sosiolog/filsuf, dua teolog, dan seorang guru keperawatan). Seorang mahasiswa PhD telah ditambahkan ke grup ini selama empat tahun untuk memfasilitasi, memantau dan mempelajari pelaksanaan dan hasil musyawarah moral.

Pelaksanaan proyek musyawarah moral terdiri dari beberapa tahap. Setelah penyelidikan budaya moral dan kebijakan etika lembaga, peneliti dan pemangku kepentingan membentuk rencana proyek bersama. Kemudian kelompok musyawarah moral akan mulai memfasilitasi musyawarah moral antar tim. Selanjutnya, kelompok inti karyawan yang berpengalaman dilatih sebagai fasilitator. Akhirnya, fokus bergeser ke implementasi dan penanaman perhatian struktural untuk masalah moral di dalam institusi. Proyek musyawarah moral saat ini dalam GGNet dimulai pada tahun 2005 dan mengikuti langkah-langkah ini. Saat ini, program kereta-fasilitator (tersebar selama 7 bulan) telah dimulai (4).

Sebagian besar pertimbangan moral dalam proyek GGNet terkait dengan proyek lain, yang berurusan dengan pengurangan pengekangan. Apa yang disebut Proyek Psikiatri Intensif ini memiliki tujuan normatif tertentu, yaitu untuk meningkatkan kualitas penahanan dan untuk mengurangi jumlah kejadian pengekangan. Dalam proyek tersebut, sesi pertimbangan moral digunakan untuk: A) memfasilitasi refleksi tentang kepedulian yang baik secara umum dan pembatasan secara khusus; B) meningkatkan kompetensi moral para profesional perawatan kesehatan; C) meningkatkan kerjasama multidisiplin; dan D) meningkatkan kualitas perawatan secara umum (dan kualitas pengekangan pada khususnya). Sebagian besar sesi musyawarah moral berlangsung secara teratur (misalnya setiap 4 minggu sesi 90 menit), disiapkan oleh kelompok musyawarah moral GGNet dan koordinator musyawarah moral dari bangsal tertentu. Setelah menerima pelatihan khusus dan dukungan berkelanjutan dari kelompok musyawarah moral, koordinator ini memainkan peran penting dalam hubungan antara musyawarah moral dan proses kerja di bangsal.

bangsal. Untuk mempelajari kualitas dan hasil pertimbangan moral, seorang mahasiswa PhD melakukan proyek penelitian, berdasarkan metodologi Evaluasi Responsif (6, 18 – 20).

Metode

Kegiatan penelitian dilakukan oleh seorang mahasiswa PhD, seorang peneliti eksternal, dan ahli etika senior dari Universitas Maastricht yang bertindak sebagai pemimpin proyek kelompok musyawarah moral. Mahasiswa PhD tersebut merumuskan prosedur terkait kegiatan penelitian. Data penelitian dikumpulkan oleh fasilitator musyawarah moral dan koordinator lokal di setiap kelurahan. Peneliti eksternal menganalisis data yang diperoleh, mengadakan wawancara dan mendeskripsikan data. Untuk memiliki member check (prosedur standar untuk memvalidasi hasil penelitian kualitatif) dilakukan dua langkah. Pertama, analisis dan laporan penelitian dipresentasikan secara individual kepada semua fasilitator yang terlibat dan koordinator lokal; komentar mereka disertakan. Kedua, diskusi dengan semua fasilitator bersama-sama diselenggarakan untuk merefleksikan laporan penelitian.

Sejalan dengan Penelitian Medis Belanda yang Melibatkan Subjek Manusia Act (WMO), penelitian ini dibebaskan dari tinjauan untuk mal IRB.

Kegiatan penelitian kuantitatif termasuk kuesioner evaluasi Maastricht untuk peserta anonim dari setiap pertimbangan kasus moral (lihat Lampiran A)³. Kuesioner dua halaman ini terdiri dari pertanyaan tertutup dan pertanyaan terbuka. Ini berisi item (beberapa di antaranya disajikan dalam skala 10 poin) tentang evaluasi umum musyawarah kasus moral, peran fasilitator, kualitas dialog, hasil MCD, pelajaran yang dipetik peserta (atau tidak belajar), dan pengaruhnya terhadap pekerjaan profesional peserta. Analisis statistik deskriptif umum dilakukan dengan menggunakan SPSS 14.0.

Kami menggunakan empat jenis kegiatan penelitian kualitatif (22, 23). Pertama-tama, analisis kualitatif atas jawaban atas pertanyaan terbuka dalam kuesioner evaluasi Maastricht dilakukan dengan program perangkat lunak Mind Mapping® (24). Semua jawaban atas pertanyaan terbuka dibagi ke dalam kategori jawaban tematik. Kedua, peneliti eksternal melakukan wawancara mendalam dengan berbagai pemangku kepentingan di rumah sakit jiwa tentang harapan dan pengalaman mereka dengan musyawarah moral dan proyek musyawarah moral (lihat Lampiran B). Ketiga, peneliti eksternal melakukan analisis eksploratif dari semua laporan tertulis dari sesi musyawarah moral. Keempat, peneliti eksternal mempelajari laporan diri fasilitator dan catatan pertemuan evaluatif dengan koordinator dan manajer di beberapa bangsal.

2 Ini mungkin terlihat bertentangan dengan asumsi dasar (teoretis) etika dialogis. Bagaimanapun, dialog yang tulus terbuka dan seseorang tidak boleh memulai sesi pertimbangan moral dengan menyatakan bahwa pengekangan selalu buruk secara moral dan bahwa mengurangi jumlah pengekangan selalu lebih baik secara moral. Apa yang baik secara moral harus didefinisikan dalam situasi konkret dan melalui dialog. Ergo, jawaban akhir atas pertanyaan apakah pengekangan itu salah secara moral (atau baik) tergantung pada keadaan konkret dan dialog para pemangku kepentingan yang terlibat. Oleh karena itu, seseorang harus mencegah penggunaan instrumental dari (peserta dalam a) pertimbangan moral. Untuk menjamin dialog yang baik dan kualitatif, sesi musyawarah moral harus memerlukan 'ruang moral yang bebas' (21). Asumsi dasar ini didiskusikan dengan dewan direksi dan manajer divisi dan disepakati kondisi metodologi dan moral ini.

3 Kuesioner ini telah diuji dalam dua percontohan (lihat referensi 4 & 5).

Hasil

Selama waktu penelitian ini, 50 pertimbangan moral didaftarkan, 41 di antaranya telah diselenggarakan di 5 bangsal tertentu dan 9 adalah sesi MCD insidental di tempat lain. 50 sesi MCD ini dievaluasi dengan 220 kuesioner.

Tingkat respons yang tepat tidak dapat dihitung karena daftar kecenderungan sesi MCD tidak selalu lengkap (perkiraan non-respons: 35%). Pada bagian ini, empat jenis hasil disajikan: A) evaluasi kuantitatif umum sesi MCD, B) evaluasi kualitatif sesi MCD, C) penghitungan beberapa topik moral yang dibahas, dan D) melaporkan pengaruh dari sesi musyawarah moral pada proses kerja reguler karyawan perawatan kesehatan.

Evaluasi kuantitatif umum dari moral sesi musyawarah

Peserta sesi MCD mengevaluasi sesi secara umum dengan 7,62 (semua jawaban pada skala 1 – 10). Rata-rata, mereka mengevaluasi kualitas dialog selama MCD dengan 8.11 (item termasuk masalah seperti: tidak ada interupsi, mendengarkan dengan baik, menghormati pendapat lain, dll). Sekitar 85% peserta (187 dari 220) memperkirakan bahwa sesi MCD memengaruhi pekerjaan sehari-hari mereka. Sesi MCD sangat erat kaitannya dengan aktivitas sehari-hari para peserta (8,06) dan sangat menyentuh inti pekerjaan mereka (7,87). Peserta melaporkan kesulitan yang relatif serius dalam mengenali masalah moral dalam pekerjaan mereka (3.81), merumuskan pertanyaan moral yang baik (yang harus mereka persiapkan untuk setiap sesi MCD) (5.27), dan mengubah penilaian moral awal mereka (4.18). Fasilitator dinilai positif (7,95). Rata-rata (9 item), fasilitator mendapat nilai 7,82 (lihat lampiran A). Sehubungan dengan hasil sesi MCD (mengenai kasus moral), peserta melaporkan peningkatan wawasan yang serius dalam masalah moral (7,95), tingkat konsensus yang wajar (7,3), dan skor yang relatif rendah untuk mendapatkan jawaban. sehubungan dengan pertanyaan moral (6,65).

Evaluasi kualitatif dari sesi musyawarah moral

Hampir semua responden melaporkan bahwa sesi MCD bermanfaat dan relevan untuk pekerjaan mereka. Peserta menghargai fakta bahwa mereka dapat *berbagi pengalaman* seputar kasus kritis (responden menunjukkan biasanya tidak ada waktu yang telah ditentukan sebelumnya untuk berbagi pengalaman kritis). Kedua, mereka menghargai *refleksi sistematis dan menyeluruh pada satu kasus* (bukan hanya secara dangkal menyentuh semua jenis kasus yang berbeda dalam satu pertemuan). Peserta mengatakan mereka belajar melihat berbagai aspek dan argumen dari satu kasus moral. Individu juga mengatakan bahwa mereka tidak akan pernah mencapai analisis yang begitu

dari satu kasus mereka sendiri. Kelompok jawaban ketiga menunjukkan *peningkatan kompetensi moral peserta*: sesi MCD meningkatkan kesadaran saya akan perilaku dan pemikiran saya. Mereka juga menyebutkan bahwa mereka belajar untuk mendengarkan secara kritis dan tulus, untuk menunda penilaian moral mereka, untuk menyadari perspektif orang lain, dan untuk memperkuat tujuan pemahaman (daripada mencoba meyakinkan yang lain). Terkait dengan ini adalah peningkatan ketegasan konstruktif karyawan; mereka merasa lebih aman untuk berbagi ketidakpastian dan pertanyaan mereka (ketidakpastian dan mengajukan pertanyaan adalah prasyarat mendasar dari pembelajaran dan dialog). Kategori jawaban keempat *menyangkut peningkatan kerjasama dan dialog di antara anggota tim (multidisiplin)*. Anggota tim mungkin cenderung memiliki kepentingan yang berbeda, hubungan kekuasaan yang tidak setara dan prasangka mengenai argumen orang lain (khususnya di antara disiplin ilmu yang berbeda). Melalui metodologi dan kode etik sesi MCD, peserta menjadi lebih berpikiran terbuka, konstruktif dan tetap kritis. Contoh konkritnya adalah refleksi status konseptual dan moral 'membuat kesepakatan' dan proses pengambilan keputusan secara umum.

Dalam kasus yang jarang terjadi, satu peserta melaporkan aspek negatif dari sesi MCD. Aspek-aspek ini berkaitan dengan pembenaran MCD secara umum (‘Pengetahuan profesional, kode etik atau hukum sangat jelas tentang subjek ini jadi mengapa kita harus membagikan ini?’) atau Ini memakan waktu dan kontras dengan fakta yang dibenarkan bahwa perawatan kesehatan di perusahaan asuransi dan manajer memaksa kami untuk menghabiskan waktu kami hanya jika kami mencapai hasil⁴. Beberapa aspek terkait dengan hasil sesi MCD (‘Kami tidak mencapai konsensus’ atau Terlalu banyak refleksi, terlalu sedikit keputusan). Aspek kritis lainnya mengacu pada kurangnya kehadiran atau komitmen manajer dan disiplin lain seperti psikiater atau psikoterapis.

Beberapa topik moral yang dibahas

Pilihan untuk pertanyaan moral dan isi kasus moral bias oleh fakta bahwa sebagian besar sesi MCD berlangsung dalam proyek institusional dari kualitas pengekanan (moral). Dengan demikian, kira-kira 50% sampai 60% dari kasus menyentuh pengekanan (misalnya waktu pengekanan, pelaksanaan pengekanan, pembenaran pengekanan). Tema moral lain yang relatif banyak mendapat perhatian adalah: memperlakukan klien dan rekan kerja dengan hormat, zona senja antara menghormati otonomi dan perawatan yang baik untuk klien, (batasnya) tanggung jawab profesional perawatan kesehatan, (ketegangan mengenai) kerjasama dan rasa hormat di antara rekan kerja.

Ketika kita melihat perumusan pertanyaan moral, kita dapat melihat bahwa metode pertimbangan moral tertentu mengarah pada perumusan khusus dari pertanyaan moral yang dipertaruhkan. Dialog Socrates menghasilkan konseptual dan fundamental

4 Lebih sering ditemukan alasan sebaliknya: Sesi MCD adalah penting bagi kami karena semakin kami dipaksa untuk menghasilkan hasil daripada perawatan yang baik atau Hanya dengan meluangkan waktu untuk refleksi atau dialog, hasil dan kualitas hasil dapat dijamin).

pertanyaan, metode Dilema menghasilkan pertanyaan yang lebih konkrit. Beberapa pertanyaan itu adalah:

- Kapan waktu yang tepat untuk mulai menerapkan metode penahanan?
Sampai sejauh mana kita harus mencoba mencegah pengekangan?
- Kapan kebebasan diutamakan di atas keselamatan?
- Apa yang dimaksud dengan penilaian yang benar secara profesional dan moral dari situasi yang mengancam?
- Apakah secara moral dibenarkan bahwa rasa takut tidak berpengalaman?
perawat-mahasiswa muda atau informasi tentang insiden riwayat pasien sebelumnya, lebih cepat dan lebih sering mengarah pada intervensi penahanan?
- Kapan saya diperbolehkan menyentuh pasien jika saya ingin menghiburnya?
- Sejauh mana pasien secara moral diperbolehkan untuk menolak a tawaran pengobatan?
- Haruskah kita memperlakukan pasien yang melakukan kejahatan sebagai (sakit jiwa) pasien atau sebagai penjahat? Terapi atau penjara?
- Sejauh mana kita sebagai pemberi perawatan merespon secara moral mungkin untuk kemungkinan bahaya dari pasien otonom yang secara sadar telah memilih untuk perilaku berisiko?
- Apakah memperhatikan hasrat seksual pasien yang suka ikut campur atau perawatan yang baik tanpa tabu?
- Kapan kita harus menggunakan kekuatan untuk menempatkan pasien di bawah pancuran?
- Apa itu rasa hormat?

Pengaruh pada proses kerja reguler karyawan perawatan kesehatan

Sebagian besar peserta (N=187: 85%) melaporkan bahwa mereka mengharapkan atau telah mengalami sesi MCD yang memengaruhi pekerjaan mereka. Sebuah kelompok kecil (7%) tidak (belum) yakin tentang hal ini, dan beberapa (3%) berpikir itu tidak akan mempengaruhi pekerjaan mereka sama sekali. Satu individu dari kelompok terakhir ini mengklarifikasi tanggapan negatifnya: Kita perlu melakukan sesi MCD lebih sering atau Perubahan hanya mungkin jika semua anggota tim dan disiplin berpartisipasi dalam sesi MCD. Kategori pengaruh pertama berpusat pada *kesadaran akan adanya berbagai perspektif dan pilihan perilaku alternatif dalam satu kasus moral tunggal selama proses kerja sehari-hari*. Partisipan merasa kurang terkunci dalam cara berpikir (terbatas) ketika mengalami dilema moral. Kategori kedua berkaitan *dengan kualitas kerja sama dan pengambilan keputusan*: anggota tim di lingkungan merasa lebih aman untuk mempertanyakan perilaku dan berpikir secara konstruktif. Juga sikap yang lebih kreatif dan positif serta mengurangi tabu disebutkan sebagai hasil dari sesi MCD (yaitu mendengarkan dengan lebih baik dan lebih tulus). Para peserta merasa lebih terbuka untuk refleksi dan pos

kemungkinan perubahan prosedur operasi saat ini. Mereka lebih sadar dan tertarik pada pendapat dan argumen orang lain. Kategori jawaban ketiga terkait dengan *peningkatan landasan sikap profesional*: perilaku profesional lebih melekat pada nilai dan norma eksplisit (daripada melakukan sesuatu karena rutinitas). Jawaban yang termasuk dalam kategori ini juga datang dari peserta yang menyadari bahwa mereka merasa lebih berhubungan dengan semangat dan motivasi dasar mereka untuk bekerja. Beberapa peserta lain menyadari bahwa pengambilan keputusan yang cepat dan proses pemecahan masalah langsung pada pandangan pertama tampaknya (waktu-) efisien, tetapi melalui sesi MCD mereka belajar bahwa sebaliknya juga bisa benar.

Akhirnya, selama wawancara, fasilitator, koordinator dan manajer menekankan pentingnya tetapi juga sulitnya menjamin kondisi organisasi yang baik untuk musyawarah moral dan proyek musyawarah moral. Hampir setiap orang menyadari bahwa hasil sesi MCD dapat dan harus memiliki konsekuensi yang lebih besar untuk lingkungan mereka, dan juga untuk lingkungan lain dalam divisi yang sama. Beberapa dari mereka yang diwawancarai mengatakan mereka merindukan (filosofi mengenai) interaksi dan integrasi antara sesi MCD di berbagai lingkungan dan isu-isu manajemen mutu dan kebijakan di tingkat kelembagaan. Menurut beberapa responden, ini terkait dengan kerentanan mendasar dari etika dan pertimbangan moral secara umum: Meskipun pertimbangan moral sangat konkret dan berfokus pada peningkatan kualitas perawatan, orang sering mengaitkan pertimbangan moral dengan deskripsi seperti lunak, tidak jelas dan tanpa kewajiban. Atau: Evaluasi positif dari sesi MCD saja tidak cukup untuk menjamin keberadaan mereka di masa depan.

Diskusi

Makalah ini menyajikan hasil pertama dari sebuah proyek yang mempelajari evaluasi musyawarah kasus moral oleh para pesertanya selama 4 tahun proyek musyawarah moral di sebuah lembaga perawatan kesehatan mental di timur Belanda (GGNet). Hasil penelitian difokuskan pada evaluasi kuantitatif dan kualitatif dari 50 sesi pembahasan kasus moral yang menghasilkan 220 kuesioner yang diajukan. Selanjutnya hasil yang dijelaskan mengacu pada: evaluasi kuantitatif umum sesi MCD, evaluasi kualitatif sesi MCD, penghitungan beberapa topik moral yang dibahas, dan pengaruh yang dilaporkan dari sesi musyawarah moral pada reguler. proses kerja petugas kesehatan.

GGNet berinvestasi dalam pertimbangan moral dengan cara yang sangat serius, luas dan efisien. Kemungkinan besar, fakta ini berkontribusi pada hasil positif dari penelitian ini. Hasil kualitatif dan kuantitatif menunjukkan bahwa sesi MCD dianggap bermanfaat dan fasilitator dinilai positif. Sebagian besar peserta mempertimbangkan relevansi MCD untuk keseharian mereka

bekerja untuk menjadi tinggi dan memiliki penilaian positif terhadap kualitas dialog selama MCD. Mereka mengalami kesulitan dalam menemukan dimensi moral dari masalah dan merumuskan pertanyaan moral yang tepat. Peserta multidisiplin melaporkan bahwa mereka belajar untuk berbagi berbagai perspektif tentang perawatan yang baik dalam satu kasus. Komunikasi terbuka, lurus, konstruktif dan kepekaan moral mereka meningkat; prasangka, prasangka, dan tanggapan otomatis mereka berkurang. Topik sentral, antara lain, adalah: bertindak sesuai dengan kesepakatan, menunda pengekan dengan mencari alternatif, berpikir dengan bukannya berpikir melawan yang lain, kerja sama dan dialog yang benar alih-alih pertukaran pendapat, perbaikan struktur, kedalaman dan nuansa proses pengambilan keputusan, tingkat tekanan yang tepat untuk mandi, hanya alokasi waktu perawatan. Dalam wawancara, para pemangku kepentingan mengatakan implementasi musyawarah moral yang langgeng di dalam GGNet belum dijamin. Mereka menekankan kerentanan organisasi yang melekat pada pertimbangan etika dan moral, terutama karena institusi perawatan kesehatan semakin dipaksa untuk fokus pada efisiensi dan hasil (sesuai dengan kriteria yang telah ditentukan sebelumnya dari penyedia asuransi perawatan (yang tidak identik dengan perawatan yang baik)). Mereka menunjuk pada pentingnya tetapi juga kesulitan menjamin kondisi organisasi yang baik untuk pertimbangan moral agar berhasil secara struktural (misalnya hubungan dengan manajemen mutu). Sesuai dengan evaluasi positif selama ini, GGNet saat ini memulai kegiatan musyawarah moral baru (selain proyek kualitas pengekan): a) program fasilitator kereta tujuh bulan telah dimulai; b) direksi dan manajer akan menghadiri 2 sesi MCD setiap tahun; c) dewan direksi memulai proyek 2 tahun tentang kebijakan seksualitas di mana sesi MCD direncanakan dengan klien dan pengasuh psikiatri (mantan); d) direksi memerintahkan proyek Etos baru di mana setiap bagian organisasi harus merencanakan 1 sampai 3 MCD tentang nilai-nilai yang merupakan bagian dari pernyataan misi organisasi dalam rangka mengembangkan kode kelembagaan perilaku yang baik (1 tahun); e) kelompok musyawarah moral mengembangkan situs web musyawarah moral (dengan dilema bulan ini); f) setiap trimester, kelompok deliberasi moral akan mengirimkan ringkasan laporan semua tuntutan moral dari sesi MCD kepada tim manajemen; g) kelompok musyawarah moral memulai penelitian semi-eksperimental baru tentang pengaruh sesi MCD pada jumlah refleksi dalam tim.

Penelitian masa depan tentang proyek musyawarah moral harus mencari tahu apakah kelanjutan dan pelaksanaan musyawarah moral (misalnya melalui fasilitator terlatih) akan berhasil. Terutama, pemantauan hasil dan kesepakatan yang dibuat dalam sesi MCD dan integrasinya dengan isu-isu kebijakan institusional (baik top-down maupun bottom-up) perlu mendapat perhatian serius. Selain itu, metode dan kegiatan alternatif yang tidak memakan banyak waktu untuk menangani masalah moral di bangsal diperlukan untuk meningkatkan kompetensi moral dan kualitas perawatan selama proses kerja reguler. Akhirnya, kerangka teoritis dan metode penelitian baru diperlukan untuk mempelajari hubungan antara (berbagai metode) pertimbangan moral, kompetensi moral karyawan perawatan kesehatan dan kualitas perawatan untuk klien.

Ucapan Terima Kasih: Penelitian ini dapat terlaksana karena adanya kerjasama yang menginspirasi antara Kelompok Perundingan Moral dari Universitas Maastricht dan GGNet, sebuah institusi perawatan kesehatan mental Belanda di timur Belanda. Kami ingin mengucapkan terima kasih kepada semua peserta dalam proyek pertimbangan kasus moral GGNet atas kolaborasi instruktif dan inspiratif kami. Kami juga ingin berterima kasih kepada orang-orang dari sekretariat dan mahasiswa PhD awal Arnold van Elteren yang bergabung dengan kami pada tahun pertama proyek ini. Akhirnya, kami ingin mengucapkan terima kasih kepada fasilitator musyawarah moral dari GGNet refleksi grup: Annie Gosselink, Dick Kleinlugtenbelt, Jos van der Leur, Jan Sitvast, dan Leonard van Wijk.

Hubungan dengan Manajemen Mutu.

Zusammenfassung

Die Einführung der pertimbangan kasus moral im holländischen Gesundheitswesen: Die Erweiterung der moralischen Kompetenz der qualifizierten Arbeitskräfte und die Verbesserung der Behandlungs- und Pflegequalität

Hintergrund: Pertimbangan kasus moral (MCD) besteht in der systematischen Refleksi über aktuelle ethische Fragen von Experten des Gesundheitswesens, die von einem Ethiker unterstützt wird. Zurzeit zur empirischen Erforschung der MCD.

Ziel: Die Ziele dieses Artikels bestehen darin, a) die MCD zu definieren, b) den theoretischen Hintergrund zu beschreiben, c) ein vierjähriges Projekt zu beschreiben, das die MCD in einer psychiatrischen Klinik einführen und die Qualität der MCD-Sitzungen aufzuzeigen.

Methode: Die MCD-Sitzungen wurden anhand von drei verschiedenen Methoden untersucht, bei denen es sich erstens um die Evaluierung Maastrichterfragebögen für die Sitzungsmitglieder handelt, zweitens um Wawancara mit den Direktor der Abteilung und drittens um das Sammeln von MCD-Berichten, Notizen der Moderatoren und Evaluationsberichten.

Hasil: Sowohl die kualitatif als auch die kuantitatif Ergebnisse der 220 eingereichten Fragebögen von insgesamt 50 MCD haben aufgezeigt, dass die MCD als sehr nützlich beurteilt wurden. Die meisten Teilnehmer schätzten die MCD für ihre alltägliche Arbeit und erachteten die Qualität der Dialoge al hoch. Zum einen haben zudem die offene, direkte und konstruktive Komunikasi dan das morali sche Empfindungsvermögen der Teilnehmer zugenommen und zum anderen sind ihre Vorurteile und unreflektierten Stellungnahmen weniger geworden.

Pembahasan: Die zukünftige Forschung wird den langfristi gen Einfluss der MCD auf die Behandlungs- und Pflegequali tät untersuchen müssen. Aus diesem Grund wird der nächste Schritt dieses Projekts fromn bestehen, die nächstfolgenden Hasil dari penilaian MCD dan mati dalam politikche Debatte einzubinden.

Melanjutkan

Appliquer la délibération morale des cas dans les instituts de santé de Hollande; améliorer la compé tence morale des professionnels et la qualité des soins

Konteks: La délibération morale des cas (DMC) terdiri dari en la réflexion systématique sur des question morales concrètes amenées par des professionnels de la santé, et facilitées par un éthicien. Il n'existe que peu d'information publiée sur la pratique clinique, ou sur l'étude empirique, de la DMC.

Tujuan: Les objectifs de cet article sont: A) fournir une dé finition de la DMC; B) décrire son assise théorique; C) décrire un projet d'implémentation sur quatre ans de la DMC dans un hôpital psychiatrique; D) presenter les premiers hasil d'une étude sur la qualité des session de DMC.

Methode: Les session de DMC ont été étudiées: a) en appli quant les kuesioner d'évaluation de Maastricht pour les peserta des session de DMC; b) par des entretiens de personnes impliquées (par ex. les fasilitator de DMC, le di recteur de l'hôpital); dkk

Hasil : Hasil Kualitatif dan Kuantitatif dari 220 Kuesioner dari 50 DMCs montrent que les DMC sont considérées comme très utiles. La plupart des peserta voyaient la pertinence de la DMC pour le travail quotidien et en jugeait la qualité positivement. Leur capacité communi quer de manière ouverte, directe et konstruktif avait aug menté; leurs présuppositions, préjugés et réponses automa tiques avaient diminué.

Diskusi: L'impact long terme sur la qualité des soins devra faire l'objet de recherche appliquée future. Akibatnya, l'étape suivante de ce projet se concentrera sur (la méthodologie pour) une explore du suivi des DMC, et l'intégration de ses résultats avec des enjeux de politique institusinelle.

Korespondensi

Bert (AC) Molewijk, PhD, MA, RN

Lembaga Penelitian Perawatan dan Kesehatan Masyarakat / Departemen Kesehatan, Etika dan Masyarakat

Universitas Maastricht (uns 40)

Kotak pos 616

NL - 6200 MD Maastricht

email: b.molewijk@zw.unimaas.nl

Naskah diserahkan: 28.01.2008

Revisi diajukan: 31.03.2008

Diterima: 02.04.2008

Referensi

1. Abma, Molewijk, Widdershoven. Perhatian yang baik dalam dialog yang sedang berlangsung. Meningkatkan kualitas asuhan melalui musyawarah moral dan evaluasi responsif. Dikirim, 2008.
2. Manschot, H., H. van Dartel, (eds.). Dalam gesprek melalui goede zorg. Overlegmethoden voor ethiek in de praktijk [Terlibat dalam percakapan tentang kehati-hatian. Metode percakapan untuk etika dalam praktik]. Amsterdam: Boom, 2003.
3. Molewijk, B., G. Widdershoven. Moreel beraad en goede zorg voor ouderen veronderstellen en versterken elkaar [Pertimbangan moral mengandaikan dan memperkuat perawatan yang baik untuk orang tua]. Tijdschrift voor Geneeskunde [Journal of Medicine, Belgia] 2006; 62, no. 23, hal1693 – 1701.
4. Molewijk, AC, T. Abma, M. Stolper, G. Widdershoven. Pengajaran etika di klinik. Teori dan praktek musyawarah kasus moral. J Med Etika 2008; 34: 120 – 124.
5. Molewijk, B., M. Verkerk, H. Milius, dan GAM Widdershoven. Melaksanakan musyawarah perkara moral di rumah sakit jiwa. Proses dan hasil. Med Health Care dan Philos 2008; 11: 43 – 56.
6. Stake, RE Mengevaluasi suatu program kesenian. Dalam: Pasak, RE Mengevaluasi Seni dalam Pendidikan: Pendekatan Responsif, 1975. Colombus Ohio: Merrill, p. 13 – 31.
7. Verkerk, MA, H. Lindemann, E. Maekelberghe, EE Feenstra, M.Hartoungh & R.De Bree. Meningkatkan Refleksi: Latihan Interpersonal dalam Pendidikan Etika. Laporan Pusat Hastings 2004; 34 (6): 31 – 38.
8. Walker, MU Moralitas dalam Praktek: Sebuah Tanggapan terhadap kartu Claudia dan Kode Lorraine. Hipatia 2002; 17 (1): 174 – 182.
9. Widdershoven, GAM dan TA Abma. Moreel beraad als dialoog [Permasyawaratan Moral sebagai Dialog]. Dalam: Manschot H. dan H. van Dartel (eds.). Dalam gesprek melalui goede zorg. Praktijk. Gespreksmeth oden voor ethiek in de praktijk [Terlibat dalam percakapan tentang kehati-hatian. Metode percakapan untuk etika dalam praktik, 2003]. Amsterdam: Boom, hal. 191 – 202.
10. Dartel, H.van. Van ethische commissie naar stuurgroep ethiek. Over de implementatie van moreel beraad in het kwaliteitsbeleid van instellingen voor gezondheidszorg [Dari komite etik ke komite pengarah. Tentang pelaksanaan pertimbangan moral dalam kebijakan mutu institusi pelayanan kesehatan] 1998. CELAZ-/Nederlandse Zorgfederatie, Utrecht, Belanda.

-
11. CEG Ethiek di zorgopleidingen en zorginstellingen. Hoofdstuk 6 uit: Signalering ethiek en gezondheid [Etika dalam pendidikan perawatan dan institusi perawatan kesehatan. Bab 6 dari: Agenda etika dan perawatan kesehatan] 2005. Centrum voor Ethiek en Gezondheid [Pusat Etika dan Kesehatan], Zoetermeer.
-
12. Min. VWS. Agenda ethiek en gezondheid 2006 [Agenda etika dan perawatan kesehatan 2006] 2005. Departemen Kesehatan, Kesejahteraan dan Olahraga, Den Haag.
-
13. Steinkamp, N. dan B. Gordijn. Pembahasan kasus etis di bangsal. Perbandingan empat model. Kedokteran, Perawatan Kesehatan dan Filsafat 2003; (6): 235 – 246.
-
14. Widdershoven, G. Interpretasi dan Dialog dalam Etika Hermeneutik. Dalam: Ashcroft, R., A. Lucassen, M. Parker, M. Verkerk dan G. Widdershoven (Eds.) Analisis kasus dalam etika klinis, 2005. Cambridge: University Press, p. 57 – 76.
-
15. Gadamer, H.-G. Wahrheit und Methode, 1960. JCB Mohr, Tübingen.
-
16. Ricoeur, P. Temps et récit, I, 1983. Editions du Seuil, Paris.
-
17. Walker, MU Moral Understandings: Sebuah studi feminis dalam etika, 1998. New York/ London: Routledge
-
18. Guba, EG, YS Lincoln. Evaluasi Generasi Keempat, 1989. Sage, Beverly Hills.
-
19. Koch, T. Memiliki suara: negosiasi dalam evaluasi generasi keempat. Jurnal Keperawatan Lanjutan 2000; 31 (1); 117 – 125.
-
20. Abma, TA, GAM Widdershoven. Berbagi cerita: Narasi dan dialog dalam evaluasi keperawatan responsif. Dalam: Evaluasi dan Profesi Kesehatan 2005; 28 (1); hal 90 – 109.
-
21. Kessels, J., E. Boers & P. Mostert. Vrije ruimte. Filosoferen dalam organisasi. [Ruang bebas. Berfilsafat dalam Organisasi] 2002. Amsterdam: Bang.
-
22. Lambung, SC, HA Taylor, NE Kass. Metode kualitatif. Di: J. Sugarman, DP Sulmasy (eds.), Metode dalam etika kedokteran, 2001, Georgetown University Press, Washington, DC
-
23. Marshall, PL, BA Koenig. Metode etnografi. Dalam: J. Sugarman, DP Sulmasy (eds.), Metode dalam etika kedokteran, 2001, Georgetown University Press, Washington, DC
-
24. Buzan, Tony, & Barry Buzan. The Mind Map Book: Radiant Thinking – Evolusi Besar dalam Pemikiran Manusia. BBC London, 1998.
-
25. Satgas ASBH tentang Standar Konsultasi Bioetika. Kompetensi Inti Konsultasi Etika Kesehatan. Laporan Masyarakat Amerika untuk Bioetika dan Humaniora. 1998, ASBH.
-
26. Aulisio, MP, RM Arnold dan SJ Youngner (eds.). Etika Konsultasi: Dari Teori ke Praktik, 2003. Baltimore & London: The John Hopkins University Press.
-

Lampiran A

Kuesioner evaluasi Maastricht untuk peserta sesi musyawarah kasus moral

- A. Nilailah MCD ini dengan memberi nilai antara 1 dan 10
 - Apa isu sentral dari MCD ini menurut Anda?
 - Untuk alasan apa MCD berguna/tidak berguna?
 - Apa yang Anda pelajari selama MCD ini?
 - Apa yang harus dilakukan sekarang, akibat dari MCD ini?
 - Apakah ada yang kurang selama MCD ini?
 - Pertanyaan atau kasus mana yang ingin Anda diskusikan pada sesi MCD berikutnya?
- B. Sejauh mana tema MCD ini berhubungan dengan kegiatan sehari-hari Anda?
 - Apakah tema MCD ini menyentuh inti pekerjaan Anda?
 - Seberapa sulitkah pertanyaan moral selama MCD ini menurut Anda?
 - Apakah MCD ini menghasilkan jawaban atas pertanyaan moral?
 - Apakah MCD ini menghasilkan lebih banyak wawasan tentang tema MCD ini?
 - Sejauh mana kelompok mencapai konsensus?
- C. Apakah menurut Anda MCD secara umum mempengaruhi pekerjaan Anda sehari-hari?
 - Jika ya, dengan cara apa?
- D. Semua peserta mendapat perubahan yang wajar untuk berpartisipasi (Beri nilai antara 1 dan 10)
 - Peserta tidak saling menyela Peserta saling mendengarkan Peserta saling menghargai pendapat
 - Urutan dalam kelompok baik Peserta tertarik dengan tema Ruang tenag dan cocok untuk MCD
- E. Seberapa sulit bagi Anda untuk mengenali kasus moral dalam pekerjaan sehari-hari Anda?
 - Seberapa sulit bagi Anda untuk merumuskan pertanyaan moral yang baik?
 - Sejauh mana pendapat awal Anda berubah selama MCD ini?
 - Sejauh mana Anda menjadi lebih sadar akan pendapat dan nilai orang lain?
 - Sejauh mana aspek moral dari kasus ini menjadi jelas?
 - Aspek apa dari kasus yang membuat kasus tersebut menjadi kasus moral?
- F. Fasilitator mencari suasana terbuka di mana saya merasa cukup aman untuk mengekspresikan diri (Beri nilai antara 1 dan 10)
 - Fasilitator mendorong komunikasi antar peserta Fasilitator mendorong kita untuk merenungkan dimensi moral kasus Fasilitator menjaga saling pengertian di antara para peserta Fasilitator mengarahkan isi MCD Fasilitator sering meminta keahlian etikanya untuk jalannya MCD Fasilitator mendorong refleksi kritis kita Fasilitator mengawasi kemungkinan menyimpang mengenai pertanyaan moral awal Fasilitator bekerja sampai konsensus.

Evaluasi fasilitator dengan memberi nilai antara 1 dan 10

Lampiran B

Pertanyaan wawancara semi-terstruktur

1. Bagaimana musyawarah moral secara umum dipahami?
2. Bagaimana Anda memahami musyawarah moral?
3. Bagaimana menurut Anda bahwa rumah sakit memahami pertimbangan moral?
4. Menurut Anda dengan cara apa organisasi ini mendapat untung dari pertimbangan moral?
5. Dengan cara apa pertimbangan moral dapat digunakan dalam organisasi ini?
6. Apakah menurut Anda beberapa departemen/bangsar membutuhkan pertimbangan moral lebih dari yang lain?
7. Metode atau kegiatan lain apa yang dapat digunakan untuk mencapai tujuan yang sama dengan musyawarah moral?
8. Kapan Anda menganggap musyawarah moral berhasil?
9. Syarat/syarat apa yang diperlukan agar musyawarah moral berhasil?
10. Bagaimana pemahaman Anda tentang hasil musyawarah moral di lingkungan GGNet selama ini?
11. Apa jebakan dari proyek musyawarah moral ini menurut Anda?