



Ethiek in de psychiatrische kliniek

Walter Krikilion (red.)

Brochure met teksten en verslag Vierde Studiedag Klinische psychotherapie

dinsdag 2 december 2008

Inleiding

Onder ruime belangstelling ging de vierde jaarlijkse Studiedag Klinische psychotherapie op 2 december 2008 door in het Cultuurcentrum de Werft in Geel. De thematiek van ethiek in psychiatrische setting trok immers de aandacht van velen. Zowel van zorgverleners uit de diverse klinische disciplines, als van stafmedewerkers en beleidsmensen. De vraag om een forum rond deze belangwekkende thematiek is immers groot. Duidelijk is dat het gaat om een themagebied dat in volle ontwikkeling is en gekenmerkt wordt door een grote actualiteitswaarde.

Dr. Tom Geuens, hoofdgeneesheer van het OPZ Geel, wees in zijn inleiding op het belang van de thematiek in interdisciplinair verband.

Een citaat: "Deze studiedag wil een aantal thema's belichten, die u in uw klinische praktijk kunnen stimuleren tot mogelijk een nog ruimere reflectie of tot het eventueel bijkomend implementeren van elementen van ethisch handelen in een klinisch-psychiatrische zorgsetting. Het doelpubliek voor deze studiedag is zeer breed, aangezien we menen dat ethisch handelen ten overstaan van een patiënt/cliënt eerder een basisattitude is die we bij alle leden van een multidisciplinair behandelings-team verwachten, dan wel bij een enkeling op zich. Dit ziet u bijvoorbeeld ook weerspiegeld in de functies van onze OPZ-collega's die de workshops verzorgen: psychiater, psycholoog, therapeut, hoofdverpleegkundigen, maatschappelijk werker. Allen leden van een multidisciplinair behandelteam, maar elk vanuit hun eigen ervaring in hun specifieke behandelsetting, voor de doelgroep waarvoor zij dagdagelijks een kwaliteitsvolle behandeling aanbieden. Ik wens hen nu reeds te danken voor hun inzet van elke dag, maar zeker ook voor hun engagement dat ze zijn aangegaan bij het aanvaarden van de uitnodiging van onze therapeutisch directeur in de voorbereiding van deze studiedag. Uiteraard ben ik ook onze gastsprekers zeer erkentelijk voor hun inbreng als expert/ervaringsdeskundige in het verdere verloop van deze studiedag."

En verder: "Binnen een wereld waarin ook verwacht wordt dat een behandelaar volgens evidencebased-richtlijnen handelt en met een toenemende aandacht voor de economische implicaties, is de basishouding van steeds de ethische aspecten te blijven bewaken een uitdaging waarvoor we elke dag staan."

Op de studiedag werd de thematiek vanuit diverse disciplines en invalshoeken onderzocht. Aansluitend biedt deze brochure een terugblik: aan de hand van de volledige tekst van de lezing of van relevante citaten uit boekpublicaties van de spreker; of aan de hand van een toelichting door de spreker bij de betreffende lezing of keuzesessie, of van verslaggeving. Bij enkele bijdragen worden ook nuttige literatuurreferenties gegeven.

De volgorde van de bijdragen volgt in grote mate de opbouw van de studiedag zelf. Eerst komen de plenaire lezingen aan bod (voormiddaglezingen en slotlezing): ethiek en klinische psychotherapie, een model van ethische reflectie vanuit waarden in dialoog, zorgethiek en de vernieuwing van kwaliteitsstandaarden, en ethiek als zingevende ruimte. Daarna volgen de bijdragen vanuit de keuzesessies: ethiek en therapie, ethische dilemma's vanuit de aandacht voor spiritualiteit, ethische dilemma's in een forensisch-psychiatrische jongerensetting, en de ethische commissie in het ethiek-beleid binnen het psychiatrisch ziekenhuis.

Ethiek en klinische psychotherapie

Walter Krikilion, therapeutisch directeur OPZ Geel, doctor in theologie en psychotherapeut, voorzitter van de Werkgroep Ethiek in de kliniek van de Vereniging van Openbare Verzorgingsinstellingen

Het thema van deze studiedag brengt ons bij de ethiek van de psychotherapeut. In het algemeen en specifiek in een psychiatrische setting. Ruimer ook bij de ethiek van elke zorgverlener in een psychiatrisch centrum en van elke hulpverlener in de geestelijke gezondheidszorg.

Eerst wordt een omschrijving van ethiek gegeven en van hieruit wordt stilgestaan bij wat het ethos van de psychotherapeut en zorgverlener fundamenteel betekenen kan. Aansluitend wordt specifiek ingegaan op een aantal kernkwaliteiten en grondattitudes en op de ontwikkeling ervan via zelfreflectie en intervisie.



Ethiek

Eerst en vooral, wat betekent überhaupt ethiek? Etymologisch gaat het in ethiek om een manier van handelen en zich gedragen. Het Griekse 'ethos' betekent namelijk: zede of gewoonte. Of anders uitgedrukt, een handelwijze die door de groep of de samenleving waartoe men behoort, aanvaard wordt en als te volgen gedrag voorgesteld wordt. Men kan dit beschrijven: zowel de regels zoals ze vanzelfsprekend gelden, als de wijze waarop individuen of subgroepen ermee omgaan. Dit wordt in het wetenschappelijk discours 'beschrijvende ethiek' genoemd. Men kan dit ook evalueren en er een oordeel over uitspreken. Dat wordt 'normatieve ethiek' genoemd.¹

Samenvattend omvat ethiek in die zin: 1) De feitelijke gedragsregels, 2) De verschillende wijzen waarop men ermee omgaat, 3) De reflectie erop met een evaluerende toets. Deze reflectie vindt – samen met de beschrijving – uiteraard haar weg in de wetenschap van de ethiek. Maar, deze reflectie behoort evenzeer tot de verantwoordelijkheid van ons allen. Ethiek is namelijk per definitie stilstaan bij je handelen, of bij dat van je groep. Toegepast binnen een zorginstelling: stilstaan bij het eigen klinisch handelen, bij dat van je team en breder bij het handelen van de organisatie.

In zekere zin 'ontstaat' ethiek in de reflectie op wat we doen en op onze manier van handelen. En in het gesprek en de dialoog die we daarbij voeren. Moeten we ons handelen bijsturen? Is er overeenstemming met de realiteit? Of 'klopt er iets niet'? Moeten we het anders aanpakken? Dienen we andere afspraken te maken? Knelpunten in concrete situaties vragen om een antwoord.² Ethiek komt tot stand in ons gezamenlijk zoeken naar dit antwoord en in de afwegingen die we daarbij maken.

Ethiek betekent immers, zoals gezegd, dat we ons handelen evalueren. En dat vanuit een aantal waarden. Centraal staat daarbij de vraag of we 'het goede doen'. Niet zozeer of we de dingen 'goed doen', al heeft dit ook een ethisch aspect. Maar toch vooral of we de dingen doen 'op een goede manier'. Concreet in psychotherapie en ruimer in de geestelijke gezondheidszorg: handelen we op zo'n manier dat de cliënt er beter van wordt en zich vanuit de eigen dynamiek ontplooien kan? Uiteraard is het met het oog op dit laatste belangrijk dat we de dingen goed doen, bijvoorbeeld dat we correct gebruik maken van de meest aangewezen therapeutische methodiek in een bepaalde fase van het behandeltraject. Maar, zoals gezegd, gaat het toch vooral om de ruimere vraag of we 'op een goede manier' handelen. Met andere woorden, of we handelen vanuit een aantal waarden die het globale behandelproces van de cliënt faciliteren.

¹ Zie P. Vandermeersch, *Ethiek tussen wetenschap en ideologie*, Leuven: Peeters, 1987, 10. Vandermeersch wijst daarnaast op een derde component, met name de 'meta-ethiek' ('de methodologische reflectie op het statuut van de ethiek als wetenschap, op haar begrippenarsenaal en haar methoden'). Verder zijn nog andere onderscheidingen aan te brengen, zoals tussen 'algemene' en 'toegepaste ethiek' (bijvoorbeeld medische ethiek of milieu-ethiek). Zie voor een kritische belichting van toegepaste ethiek als fenomeen: H. De Dijn, *Taboes, monsters en loterijen: Ethiek in de laat-moderne tijd*, Kapellen: Pelckmans en Kampen: Klement, 2003, 69-85.

² Zie voor een benadering van ethiek als het vinden van een antwoord op concrete situaties in de dialoog met anderen: M. Friedman, *Mensbeeld en ethische filosofie*, in T. de Bruin (red.), *Adam waar ben je? De betekenis van het mensbeeld in de joodse traditie en in de psychotherapie*, Hilversum: B. Folkertsma Stichting voor Talmudica, 1992, 181-205 (specifiek: 194-195).

Ethiek is dus een constante bezinning op waarden. En dat is een complex gegeven. We zijn er namelijk 'met huid en haar' in verwickeld. Het raakt ons 'tot in al onze vezels'. Het heeft te maken met onze emoties, met alles wat we doormaken, met wie we willen zijn. Vooral ook met onze kwetsbaarheid en begrenzing. En in die zin met onze ervaringen rond 'wat onaf is', rond 'wat niet lukt'. En ook met de dilemma's waarmee we in de zorg of in therapie, en ook in ons persoonlijk leven geconfronteerd worden. En zo met de vele worstelingen die we doormaken in onze poging 'een goed mens te zijn'.

Hoe komt dat? Ethiek behoort immers in eerste instantie niet tot het domein van de rationele kennis, maar eerder tot het domein van de intuïtieve kennis. Het soort kennis dat in een onmiddellijkheid gegeven wordt temidden van de realiteit. Bijvoorbeeld in een therapie: je voelt op een bepaald moment heel duidelijk aan dat je aanpak blijkbaar 'niet werkt' en dat je je benadering moet aanpassen. Uiteraard zijn rationele kennis en reflectie hierbij ook belangrijk. Reflectie is namelijk, zoals gezegd, een cruciale component in het ethisch proces. Maar, de bron of de oorsprong van ethiek ligt eerder in het intuïtief aanvoelen en in het vanuit het hart³ geraakt worden door wat knelt in de praktijk. Hier gebeurt het. Reflectie heeft dan aansluitend een verhelderende functie. Ze brengt de waarden die erin meespelen in kaart, expliciteert de redelijkheid die in de intuïtieve kennis besloten ligt en ze kan helpen om op creatieve wijze tot een betere aanpak te komen.

Om welke grondattitudes en kernkwaliteiten nu kan het gaan in het ethos van de psychotherapeut en van de zorgverlener? Vanuit welke grondhouding moeten we vertrekken en waar dienen we ons in het bijzonder in te trainen of te vormen? Wat kan ons richting geven in zelfreflectie en intervisie? Ik breng ze onder in drie punten.

Evenwicht tussen autonomie en beschermwaardigheid vanuit de therapeutische relatie

Ten eerste lijkt het mij belangrijk om te vertrekken van het perspectief van de therapeutische relatie en hierbinnen te zoeken naar een balans tussen respect voor de persoon in zijn autonomie en de hulp aan de kwetsbare medemens in nood. Zeker in een psychiatrische setting komen mensen op onze weg in al hun kwetsbaarheid. Ze doen beroep op ons, vragen om onze hulp. Het is een voortdurende evenwichtsoefening voor ons. Zeker omdat ze zo kwetsbaar zijn en zo afhankelijk, verdienen ze juist ons uitdrukkelijk respect voor hun persoon en de garantie op bescherming van hun eigenheid.

Nabij zijn, zorgen voor, tijdelijk bepaalde dingen van hen overnemen. En tegelijk kijken naar verder, ook al naar de ontslagfase. Mensen zo begeleiden dat ze, hoe beperkt ook, op zichzelf gaan vertrouwen en geleidelijk hun weg gaan of terugvinden. Zo begeleiden dat we er staan wanneer het nodig is en dat we hen zelf aan de slag laten gaan wanneer ze iets aankunnen. Een voortdurend balanceren. Met soms het gevoel dat we koorddansers. Het lijkt me belangrijk dat we hier in intervisie bij stilstaan. Dat we ons oefenen in deze attitude waarin we een evenwicht zoeken tussen autonomie en beschermwaardigheid van de persoon. Dat we vanuit concrete casussen elkaar steunen in het vinden van het juiste evenwicht.

Open blik en de ethiek van het verschil

Ten tweede lijkt het mij belangrijk om ons te oefenen in de kwaliteit van de open blik.⁴ Als tochtgenoot wordt ons namelijk gevraagd om met een open blik empathisch mee te gaan met de hele persoon van de patiënt. En om ons te engageren tot een diepgaand contact. Op zo'n manier dat we ontvankelijk zijn voor de rijkdom van de persoon in al zijn mogelijkheden.

Dit is niet eenvoudig. Voortdurend dreigt ons gezichtsveld namelijk vertroebeld te geraken. Hetzij door onze 'eigen stukken': al wat bij onszelf niet is uitgeklaard en ons op momenten van routine of vermoeidheid beperkt in wat we binnen het therapeutisch contact kunnen faciliteren. Ook vertroebeld bijvoorbeeld door de eigen opvattingen over hoe we in het leven staan, door het eigen normenstelsel.

³ Cf. H. De Dijn, *Taboes, monsters en loterijen: Ethiek in de laat-moderne tijd*, 19: 'Strikt rationele argumentatie en rechtvaardiging is een soort mystificatie die, voor wie scherper toekijkt, de ware oorsprong van de ethiek onthult: niet de rede maar het hart. Het hart moet hier begrepen worden als een door en door sociaal-cultureel bepaald aanvoelen of besef.' Hij verwijst in deze context naar David Hume.

⁴ Zie ook W. Krikilion, *Religie en spiritualiteit als uitdaging in de GGZ: Handvatten voor de praktijk*, in *PsychoPraxis* 10 (2008/6) 252-256, paragraaf over 'Klinisch-therapeutische grondhouding' (253-254).

Hetzij daarnaast door beperkingen aan de zijde van de cliënt: bijvoorbeeld reële beperkingen vanuit psychische kwetsbaarheid of gedragsproblemen die de communicatie verstoren. Het gaat er om door dit alles 'heen' te kijken en de blik open te houden. En om vanuit het therapeutisch contact te blijven zoeken naar wat een opening geven kan.

Het is dus een uitdaging om de blik open te houden. Om concreet onze hypothesen omtrent behandeling en ons zoeken naar oplossingen met de cliënt open te houden. Hierbij is – wat ik noem – een 'ethiek van het zoeken naar verschil' van groot belang.⁵ Wat namelijk bij de ene patiënt 'werkt', is nog niet per definitie de juiste aanpak bij de anderen. Mensen verschillen, ook in de wijze waarop ze graag bejegend worden en waarmee we met hen in contact treden. Ieders 'verlangen' is namelijk anders en uniek. Als therapeuten of zorgverleners gaan we het engagement aan om iemand 'in zijn eigen waarde te laten', om erkenning te geven aan zijn eigen waarden en normen, ook in de vele worstelingen die ermee gepaard gaan. Dit vraagt dat we er ons toe engageren een vrije ruimte voor de patiënt of cliënt te creëren. Zoveel mogelijk ontdaan van beïnvloedingen van onze kant en van onze eigen invullingen over 'wat goed is voor deze cliënt'. Ook ontdaan van een routinematige begeleidingsaanpak die mensen onvoldoende erkent in de eigen zoekweg. Op zo'n manier dat we mensen stimuleren hun worstelingen uit te klaren en zelf verantwoordelijkheid te nemen voor nieuwe wegen in hun leven. Op zo'n manier dus dat we ruimte geven aan het eigen zingevingsproces van de persoon.

Hier is werk aan de winkel voor onze zelfreflectie en ook voor intervisie. Wat intervisie betreft: belangrijk is dat we elkaar mogen aanspreken op zwakke punten en blinde vlekken. Belangrijk ook dat er geleidelijk een cultuur groeit waarin we in dialoog kritisch kunnen zijn voor elkaar en voor onszelf. Dit is niet makkelijk. Maar, het kan een streefdoel zijn dat we samen bewaken en waar we samen voor zorgen.

Gemeenschappelijke cultuur en sensibiliteit

Ten derde: het besef dat ethiek op de klinische werkvloer nood heeft aan een gezamenlijke sensibiliteit. Wat bedoel ik hiermee? Ik schets even de achtergrond van waaruit ik dit beweer.

Volgens filosoof Herman De Dijn is ethiek meer dan een reeks principes en normen. Principes en normen zijn eigenlijk maar een onderdeel van ethiek. Ze hebben namelijk een bedding of een voedingsbodemp nodig. Anders worden het rigide instrumenten. Deze bedding kan omschreven worden als de 'gemeenschappelijke cultuur' van een bepaalde groep of organisatie.⁶ Tot deze gemeenschappelijke cultuur hoort de vertrouwde met in de traditie overgeleverde gedragsregels. Ethiek is namelijk niet zomaar van vandaag op morgen uit te vinden, en is ook niet neutraal of abstract. Ethiek is immers ingebed in de gedragscodes van een groep of een organisatie, die gegroeid zijn in de loop van een geschiedenis. In die zin heeft ethiek een traditie en is ze ook sociaal-cultureel bepaald. Als persoon handel je daarom niet in je eentje, maar doe je dit vanuit je verbondenheid met de groep, organisatie of maatschappij waartoe je behoort. Je participeert aan een levensvorm of levenswijze, ook affectief. Het naleven van principes gebeurt vanuit die verbondenheid. Principes zijn immers niet tijdloos, maar zijn geworteld in – met een uitdrukking van de filosoof Oakeshott – *'a habit of affection and conduct'*⁷, of in vertaling, ook al is het moeilijk om de pointe op sprekende wijze te vertalen, een 'habitus van toegenegenheid en een manier van zich gedragen' of 'de toegenegenheid en de gedragswijze die men gebruikelijk aanwendt'. Dus, principes zijn geworteld in een bepaalde levenswijze en in de toewijding die erbij hoort.

Met deze visie op ethiek houdt De Dijn een pleidooi voor een integrale ethiek, die in onze tijd lang niet altijd gangbaar is. Hij bedoelt het als een tegengewicht tegen vormen van ethiek die haar reduceren tot een bundel van minimale afspraken voor goed samenleven.

Welnu, ik ga ervan uit dat dit gedachtegoed interessant kan zijn voor ons klinisch-therapeutisch werk. Ik verbind dit met het belang dat teams meer en meer hechten aan intervisie. Intervisie is namelijk een teken van het zoeken naar een 'gemeenschappelijke cultuur'. Een gemeenschappelijke cultuur die veel

⁵ W. Krikilion, *Systemen in beweging: Een uitdaging voor psychiatrie*, in W. Krikilion (red.), *Systemen in beweging*, brochure teksten OPZ-Studiedag Klinische Psychotherapie van 23-11-06, Geel: OPZ Geel, 2007, 2-6 (specifiek: 5). Zie ook W. Krikilion, *De ethiek van het verlangen in psychotherapie*, in E. Maeckelberghe & H. Westerink (red.), *Gekke verlangens: Opstellen in ethiek en godsdienstpsychologie voor Patrick Vandermeersch*, Kampen: Kok, 2008, 116-131.

⁶ H. De Dijn, *Religie in de 21^{ste} eeuw: Kleine handleiding voor voor- en tegenstanders*, Kapellen: Pelckmans en Kampen: Klement, 2006, 150: hij ontleent de term 'gemeenschappelijke cultuur' (*common culture*) aan Roger Scruton. Zie ook H. De Dijn, *Taboes, monsters en loterijen: Ethiek in de laat-moderne tijd*, 61-68.

⁷ Idem, 25. De term is ontleend aan de Britse filosoof Michael Oakeshott, zoals geciteerd door Arnold Burms, in *Rationaliteit, traditie, taboe*, in B. Raymaekers (red.), *Gehelen en fragmenten: De vele gezichten van de filosofie*, Leuven: Universitaire Pers Leuven, 1993, 9.

meer is dan de behandelvisie zoals ze op papier staat en eigenlijk een dynamisch geheel is waaraan ieder op zijn manier participeert. Het is een ruimte waar we nood aan hebben en graag op terugvallen. Een gezamenlijke sensibiliteit, waarvan we deel uit maken en die ons een bedding geeft. Om uit te wisselen, om te spreken over knelpunten, om in dialoog dilemma's in de zorg voor patiënten uit te klaren. Hiermee is een belangrijke opdracht gegeven: als leefeenheid of afdeling samen aan een cultuur werken, waarop we kunnen terugvallen, en een vorm van intervisie vinden die de gezamenlijke sensibiliteit bevordert.

Bredere geheel en integrale ethiek

Tot slot wil ik wijzen op het bredere geheel van de organisatie waarin we als zorgverlener werken. Alles wat ik hier besproken heb – het pleidooi voor een aantal kwaliteiten zoals de open blik en de gezamenlijke sensibiliteit – kan maar gedijen wanneer de organisatie als geheel in al haar aspecten op ethiek betrokken is. In haar visieontwikkeling, in het uitwerken van procedures en in de kwaliteitsbewaking van al haar processen. Ook in tijd en middelen die vrijgemaakt worden, bijvoorbeeld voor intervisie. In die zin is ethiek in een zorginstelling per definitie een 'brede' of integrale ethiek, die ook een bedrijfsmatige kant en een bedrijfseconomisch aspect heeft.

Dit alles vraagt om een wederzijdse openheid tussen zorgverleners aan de ene kant en het management en bestuur van de organisatie aan de andere kant. Enerzijds openheid vanuit het management voor de kwalitatieve aspecten of instrumenten van ethiek: zelfreflectie, intervisie, gemeenschappelijke cultuur. Anderzijds openheid van de zorgverleners voor de meer formele aspecten van ethiek: correcte procedures en het bedrijfseconomisch kader van de zorginstelling, die de zorg voor kwaliteit mogelijk maken.

Waarden in dialoog: een model voor ethische reflectie in de psychiatrische kliniek

Axel Liégeois, doctor in theologie, hoogleraar Faculteit Theologie, Katholieke Universiteit Leuven,
en stafmedewerker Provinciaal Broeders van Liefde Gent

Axel Liégeois omschreef in het abstract het thema van zijn plenaire lezing samenvattend als volgt: "Vele zorgverleners zijn overtuigd van de zinvolheid van ethiek in de zorg, maar zijn weinig toegerust om zelf ethisch te reflecteren op vragen uit de dagelijkse zorg. Deze lezing biedt een model voor ethiek in de psychiatrische kliniek. Het model kan individueel en in team gebruikt worden. Het is tegelijk gegrond in een ethische theorie en gericht op de praktijk van de geestelijke gezondheidszorg. Het model is gefundeerd in een personalistische visie op de mens en de zorgrelatie. Het vertoont de volgende dynamiek: vanuit grondhoudingen en in overleg verhelderen de betrokkenen de feiten, de betekenissen en interacties, om van daaruit de morele intuïties en sociale normen te verduidelijken en uiteindelijk de fundamentele waarden te evalueren. De kern van de ethische reflectie is dat zorgverleners, cliënt en naastbetrokkenen de waarden in gesprek evalueren: autonomie en zorgverlening, levenskwaliteit en beschermwaardigheid, privacy en participatie, en rechtvaardigheid en vertrouwensrelatie. Bij deze evaluatie vormt de vertrouwensrelatie de verbindende waarde tussen de autonomie van de cliënt en de zorgverlening door de professionals."



In zijn recent gepubliceerde boek *Waarden in dialoog: ethiek in de zorg* gaat Liégeois uitgebreid in op de betreffende thematiek, met name in de Hoofdstukken 1-3 (1: Ethiek en zorgrelatie; 2: Waarden, dialoog en grondhoudingen; 3: Praktisch ethisch model). Hieruit citeren we in het vervolg een aantal typerende passages.



A. Liégeois,
Waarden in dialoog: Ethiek in de zorg, Leuven: LannooCampus, 2009.

Ethiek in relatie (pp. 19-27)

Zorgrelatie als uitgangspunt

Het uitgangspunt van ethiek in de zorg is de zorgrelatie, de verhouding tussen de zorgverleners en de zorgvrager. In de zorgrelatie worden de zorgverleners door de aanwezigheid van de zorgvrager opgeroepen om zich tot hem of haar te verhouden. En ook de zorgvrager wordt door de zorgverleners opgeroepen om zich op een bepaalde manier tot hen te verhouden. Dit wordt duidelijk in de volgende casus. We hebben met opzet de beschrijving van de personen vaag gelaten, zodat de casus in de verschillende sectoren van de zorg herkenbaar is. De zorgvrager kan zowel een persoon met psychische problemen, een handicap of een grote zorgafhankelijkheid zijn.

Erik heeft zijn eigen levensvisie. Voor hem is het hoogste genot de hele dag in bed blijven liggen, muziek beluisteren, zonder contact met anderen en door niemand lastiggevallen. De meeste zorgverleners hebben een andere opvatting van het leven. Ze vinden dat mensen in hun leven zo actief mogelijk horen te zijn: deelnemen aan de geplande activiteiten, betrokken zijn op anderen en bereid zijn om met hen gesprekken te voeren. Enkele zorgverleners vinden dat er toch ook plaats moet zijn voor niet-gemotiveerde, wat eigenwijze zorgvragers. Regelmatig zijn er meningverschillen in het team, maar er zijn vooral spanningen tussen een aantal zorgverleners en Erik.

Het is evident dat de casus een andere invulling krijgt naargelang Erik een jongere of een volwassene met psychische problemen, een handicap of een grote zorgafhankelijkheid is. De lezer kan dit vanuit zijn of haar eigen persoonlijk of professioneel perspectief invullen.

Hoe de levenssituatie van Erik ook is, uit de casus blijkt dat hij en de zorgverleners een andere visie op het leven hebben. De zorgverleners worden door het gedrag van Erik opgeroepen om zich op een of andere manier tot hem te verhouden en handelingen te verrichten.⁸ Onder handeling verstaan we hier zich tegenover hem gedragen en met hem communiceren op een verbale of non-verbale wijze. De zorgverleners worden door zijn gedrag geappelleerd. Dit gebeurt aan hen, of ze het willen of niet. Zelfs als de zorgverleners zijn gedrag negeren, reageren ze op een bepaalde manier. Door het appel van Erik worden ze verantwoordelijk gesteld voor hun handelen tegenover hem. Dit verantwoordelijk gesteld worden gaat vooraf aan hun vrijheid. Ze worden verantwoordelijk gesteld zonder dat ze ervoor kiezen. Dit is het ethisch appel in de zorgrelatie. Uiteraard hebben de zorgverleners de vrijheid om hun verantwoordelijkheid al dan niet op te nemen en op een bepaalde wijze te handelen. Maar voordat ze deze vrijheid kunnen uitoefenen, worden ze door Erik verantwoordelijk gesteld. Vanzelfsprekend geldt ook de omgekeerde beweging. Erik wordt evenzeer door de zorgverleners opgeroepen om zich op een bepaalde manier tot hen te verhouden en te handelen. Erik wordt door de zorgverleners geappelleerd om zijn verantwoordelijkheid op te nemen.

Toch is de verantwoordelijkheid van de zorgverleners en van de zorgvrager verschillend. De reden hiervoor is dat de zorgrelatie niet symmetrisch, maar asymmetrisch is. De relatie kan wel wederkerig zijn in de zin dat zorgverleners en zorgvrager op elkaar betrokken zijn en met elkaar communiceren. Bovendien kunnen ze beschouwd worden als gelijkwaardig in de zin dat ze allemaal als mens dezelfde waardigheid genieten. Niettemin zijn zorgverleners en zorgvrager ongelijk door hun verschillende rol of positie in de zorgrelatie. De zorgvrager heeft een probleem dat hij of zij niet meer alleen kan oplossen zonder professionele zorg, terwijl de zorgverleners professionele kennis en vaardigheden hebben om met dit probleem om te gaan. Daardoor ontstaat er een ongelijke verhouding tussen de zorgverleners en de zorgvrager. Deze verhouding is onvermijdelijk een machtsverhouding waarin de zorgverleners meer macht hebben dan de zorgvrager, hoewel de zorgvrager ook macht op de zorgverleners kan uitoefenen. Deze machtsongelijkheid is echter structureel van aard. Dit betekent dat de machtsongelijkheid een onontkoombare gegevenheid is in de structuur van de zorgrelatie. De machtsverhouding gaat vooraf aan de manier waarop zorgverleners en zorgvrager met elkaar omgaan.

De machtsongelijkheid wordt moreel of ethisch naargelang van de wijze waarop de zorgverleners of de zorgvrager met deze ongelijkheid omgaan. Zorgverleners en zorgvrager hebben een marge van vrijheid om hun verantwoordelijkheid op te nemen. Als ze deze machtsongelijkheid gebruiken in hun eigen voordeel of in het nadeel van de anderen, dan wordt de relatie onethisch. Dan is het ook geen goede zorgrelatie meer. Omdat de zorgverleners meer macht hebben in de zorgrelatie dan de zorgvrager, hebben zij de grootste verantwoordelijkheid voor het ethisch omgaan met de machtsverhouding in de zorgrelatie.

Ethisch perspectief

In de zorgrelatie worden de zorgverleners opgeroepen om bepaalde handelingen te verrichten tegenover de zorgvrager. Ze kunnen dit doen vanuit verschillende invalshoeken of perspectieven. De zorgverleners kunnen vanuit professionele perspectieven reageren, zoals vanuit een medisch, psychiatrisch, geriatrisch, verpleegkundig, paramedisch, psychologisch, orthopedagogisch of maatschappelijk perspectief. Maar zorgverleners kunnen ook vanuit persoonlijke perspectieven reageren, waarbij hun persoonlijke beleving op de voorgrond staat. Ook de zorgvrager en de naastbetrokkenen kunnen vanuit een persoonlijk perspectief of vanuit een professioneel perspectief reageren. Het ethisch perspectief staat open voor de inbreng van alle persoonlijke en professionele perspectieven.⁹ Het kan zich niet beperken tot het standpunt van één van de betrokkenen of zweren bij één wetenschappelijke theorie. Het ethisch perspectief probeert de andere perspectieven te integreren.

⁸ Cf. R. Burggraeve, *Verantwoordelijk voor de ander en voor zijn verantwoordelijkheid: Vanuit Emmanuel Levinas op zoek naar de ethische grondslagen voor sociaal werk*, in *Ethische Perspectieven* 16 (2006/2) 150-173. Voor een grondige studie, cf. R. Burggraeve, *Mens en medemens, verantwoordelijkheid en God: De metafysische ethiek van Emmanuel Levinas*, Leuven: Acco, 1986.

⁹ Cf. A. Liégeois, *Begrensde vrijheid: Ethiek in de geestelijke gezondheidszorg*, Kapellen: Pelckmans, 1997, 19-23.

Hoe kan ethiek nu de zo verschillende perspectieven integreren? Een antwoord op die vraag vinden we in de dynamiek van de zorg zelf. Om goede zorg te bieden, maken de zorgverleners bepaalde keuzes of verrichten ze bepaalde handelingen. Een dergelijke keuze of handeling gaat uit van een aantal feiten over de zorgvrager in zijn of haar leefwereld, die geïnterpreteerd worden vanuit verschillende perspectieven. Een loutere interpretatie van de feiten volstaat niet om tot een bepaalde keuze of handeling te komen. Hier komt ethiek in het spel. Ethiek waardeert de feiten en interpretaties uit de verschillende perspectieven om op basis van deze waarderingsen een keuze te maken of een handeling te verrichten. En juist door de feiten en interpretaties te waarderen en te komen tot een verantwoorde keuze of handeling, integreert ethiek de verschillende perspectieven.

Waarden en normen

De focus van ethiek ligt dus op het waarderen. Dit proces van waarderen bestaat uit het toekennen van een bepaalde waarde aan een feit of interpretatie. En deze waarde kan leiden tot een bepaalde norm voor het handelen. Welke keuze of handeling de zorgverleners ook op het oog hebben, ze veronderstellen steeds een aantal waarden en normen. Een waarde is de betekenis of het belang waarmee iemand een keuze of handeling duidt als goed of nastrevenswaardig. Een norm is een algemene richtlijn voor het handelen. Ze bevordert of beschermt een waarde en is uitgedrukt in een gebod of een verbod. Zo is beschermwaardigheid een belangrijke waarde en kan niet-schaden er als norm uit afgeleid worden. Handelingen in de zorg veronderstellen bijgevolg steeds waarden en normen die de handelingen ethisch funderen. Zelfs als de zorgverleners die onderliggende waarden en normen niet expliciteren, zijn ze toch in hun handelingen geïmpliceerd. Elke handeling is immers een keuze die bepaalde waarden en normen uitdrukt of nastreeft. Voor de ene handelingsmogelijkheid kiezen, impliceert voor zoveel alternatieven niet kiezen, al dan niet bewust. In elke keuze is er een onderliggende verhouding van waarden en normen gegeven. Als bepaalde zorgverleners kiezen om Erik met rust te laten, dan impliceert dit een keuze voor waarden als autonomie en privacy en voor de individuele norm van zelfbeschikking. Willen andere zorgverleners echter dat Erik actief en gemotiveerd is, dan kiezen ze impliciet voor waarden als zorgverlening en participatie en voor de sociale norm van inclusie. Waarden en normen zijn vanuit ethisch perspectief de dragende grond van elke handeling.

Bovendien vinden de zorgverleners die waarden en normen niet uit, maar ze zijn hun met een zekere objectiviteit, in de zin van sociale gegevenheid, vóór en buiten hun handelingen gegeven in de maatschappij. Ze zijn impliciet of onuitgesproken aanwezig in het samenleven en samenwerken en laten daar hun normatieve kracht voelen. Zorgverleners vinden ze op een impliciete of expliciete wijze in ethische standpunten, adviezen, deontologische codes en juridische voorschriften. Zo zijn de maatschappij en de zorg vandaag de dag doordrongen van de waarde van de autonomie en de norm van de zelfbeschikking. In opvoeding, scholing en vorming worden zorgverleners met dergelijke waarden en normen geconfronteerd. Ze kunnen ze al dan niet kritisch verinnerlijken en tot hun eigen waarden en normen maken, maar ze kunnen er zich ook tegen afzetten en ze afwijzen.

Morele intuïtie en ethische reflectie

Waarden en normen zijn algemene en principiële concepten. De situatie waarvoor zorgverleners staan, is echter steeds particulier en menselijk. De brug tussen deze algemene waarden en normen en de particuliere situatie kunnen de zorgverleners enkel slaan door hun morele intuïties.¹⁰ Een morele intuïtie is een spontaan aanvoelen en evalueren van waarden en normen in een bepaalde situatie. De zorgverleners hebben een innerlijk en onmiddellijk aanvoelen van welke waarden en normen er in een situatie op het spel staan. Bovendien evalueren ze deze waarden en normen op een spontane wijze door ze met elkaar te verbinden of ze tegenover elkaar af te wegen. Dit gebeurt vanuit wat in de traditie van de ethiek het 'geweten' wordt genoemd. Het geweten is het vermogen om ethisch te evalueren.¹¹ Het is een innerlijk besef van de verplichting het goede te doen en het kwade te vermijden. Tegelijk is het geweten ook een weten of een innerlijke kennis van goed en kwaad, van waarden en normen. Vanuit het geweten evalueren mensen keuzes en handelingen als goed en waardevol of niet.

¹⁰ Cf. ibidem, 27-30.

¹¹ Cf. J. Kerkhofs, *Het geweten: Een sociologisch-theologische studie over de ruggengraat van goed en kwaad*, Tielt: Lannoo, 2002; R. Gula, *Conscience*, in B. Hoose (ed.), *Christian Ethics: An Introduction*, Londen: Cassell, 2003, 110-122.

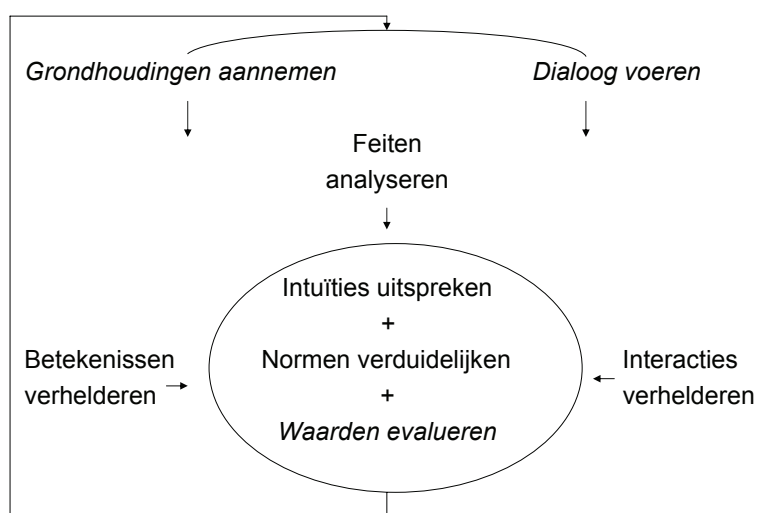
Dit moreel aanvoelen en evalueren is subjectief, want het is getekend door het persoonlijk levensverhaal en de ervaringen van de zorgverleners, die op hun beurt beïnvloed zijn door cultuur en levensbeschouwing, opvoeding en vorming. Dit is de rijkdom van de morele intuïties: door het persoonlijke karakter ervan kunnen zorgverleners bijzonder fijngevoelig zijn voor bepaalde elementen in de situatie. Maar dit is tevens de beperktheid en de subjectiviteit ervan: de zorgverleners kunnen zo gevoelig zijn voor bepaalde elementen dat ze een blinde vlek hebben voor andere elementen. In de casus van Erik kunnen de zorgverleners zo bekommerd zijn om zijn sociale activiteit dat ze geen rekening houden met zijn eigenheid en eigenaardigheid. Maar omgekeerd kan Erik zo op zichzelf betrokken zijn dat hij geen rekening houdt met de anderen in zijn omgeving.

Daarmee komen we aan de eigenheid van ethische reflectie. Ethiek is geen vreemde zaak die zich van buitenaf aan de zorg opdringt. Het is een kritische reflectie op de morele intuïties die aanwezig zijn bij alle betrokkenen in de zorg. Zorgverleners, zorgvrager en naastbetrokkenen kunnen immers verschillende morele intuïties hebben. Niettemin kan er maar één keuze tegelijk in de zorg verwezenlijkt worden. Ethische reflectie is een proces van verhelderen en verdiepen van de morele intuïties van de betrokkenen. Het is de bedoeling dat door dit proces van kritische reflectie heen de morele intuïties naar elkaar toegroeien en er een consensus over de keuze kan ontstaan. Zo draagt ethische reflectie bij tot het maken van eensgezinde keuzes in de zorg.

Ethiek is een proces van kritisch reflecteren op de morele intuïties. De zorgverleners verhelderen en verdiepen hun aanvoelen en evalueren van waarden en normen. Verhelderen verwijst hier naar het verduidelijken welke waarden en normen aanvoeld worden en hoe ze intuïtief geëvalueerd worden. Verdiepen betekent hier dat de zorgverleners zoeken naar motieven en argumenten om waarden en normen te onderscheiden en te evalueren. De zorgverleners reflecteren over de waarden en normen die in een bepaalde situatie gegeven zijn, en over hun intuïtief aanvoelen en evalueren van deze waarden en normen. Bij deze ethische reflectie worden de zorgverleners blijvend beïnvloed door hun morele intuïties. Er is dus een wisselwerking tussen morele intuïtie en ethische reflectie. Intuïties en reflecties gebeuren beide door het geweten dat zich door de reflectie heen verder vormt.

In de ethische reflectie maken de zorgverleners de evaluatie op een kritische en systematische wijze. Ze zoeken naar een grotere objectiviteit in de subjectiviteit, zonder ooit te kunnen beweren dat ze de objectieve waarheid in pacht hebben, los van enige subjectiviteit. Kortom, de zorgverleners zoeken naar een zo objectief, objectiveerbaar of redelijk mogelijke verantwoording van de keuze die ze maken. Of beter gezegd, ze zoeken naar een zo breed mogelijke intersubjectieve verantwoording van hun keuze. Deze reflectie gebeurt op een systematische wijze volgens een bepaalde methodologie. De reflectie is ook kritisch en dus niet waardevrij of neutraal. Er is een maatstaf of een ijkpunt nodig dat de zorgverleners in staat stelt te evalueren of een bepaalde keuze of handeling ethisch verantwoord is. Naar onze mening is dit kritische ijkpunt uiteindelijk gebaseerd op een al dan niet uitgesproken visie op het uitgangspunt van de zorg, namelijk de zorgrelatie. De visie op de zorgrelatie is dus funderend en doorslaggevend voor de ethiek. De verschillende visies op de zorgrelatie leiden tot verschillende vormen van ethiek.

Model voor ethische reflectie



Relationeel personalistische ethiek

Personalisme (pp. 35-37)

De relationele visie kunnen we in de personalistische traditie van de ethiek plaatsen. In het personalisme staat de menselijke persoon centraal en wordt de menselijke persoon integraal benaderd, in zijn of haar geheel, in alle dimensies van het menszijn. Daarin onderscheidt het personalisme zich van het individualisme. Met het woord 'individu' wordt de nadruk gelegd op de zelfstandigheid van de mens, het op zichzelf staan en onderscheiden zijn van anderen. Vanuit het individu wordt gekeken naar de relaties en de omgeving. Met 'persoon' drukken we de openheid voor en de betrokkenheid van de mens op de andere en het andere dan zichzelf uit. In het personalisme is de mens niet alleen een individu, maar ook een persoon. De relatie van de mens tot andere mensen en tot de omgeving staat centraal.

Aan de grondslag van deze benadering ligt het personalisme van Louis Janssens.¹² Als moraaltheoloog heeft hij de visie van vele ethici aan de Leuvense universiteit en erbuiten beïnvloed. Hij stelde een personalistisch mensbeeld voor als maatstaf voor de ethiek. Daarbij onderscheidde hij acht dimensies van de menselijke persoon: (1) 'De menselijke persoon is een subject; ... (2) de persoon is een subject in lichamelijke; ... (3) ons lichaam is ook een stuk van de materiële wereld; ... (4) menselijke personen zijn wezenlijk op elkaar gericht; ... (5) menselijke personen hebben nood aan het leven in sociale groepen en daarin aan passende structuren en instellingen; ... (6) geschapen naar Gods beeld zijn de menselijke personen geroepen om God te kennen en te beminnen; ... (7) menselijke personen zijn historische wezens; ... (8) en alle menselijke personen zijn fundamenteel gelijken, maar tevens is ieder een oorspronkelijkheid'.¹³

Deze visie is nog steeds zeer waardevol en bruikbaar in de ethiek. Niettemin is deze formulering dertig jaar oud. Sindsdien is er een hele ontwikkeling in de filosofie, de psychologie, de theologie en de ethiek, die nu minder denken in termen van het menselijke subject en meer in termen van relaties en context. Deze ontwikkeling toont aan dat het personalisme, ondanks zijn openheid voor relaties, toch de relaties benadert vanuit het menselijke subject. Het personalisme vertrekt vanuit het subject en komt vanuit het subject tot de relationele verbondenheid, de omgeving en de hele context. Daarom willen we een poging ondernemen om het personalisme te radicaliseren. We keren de rangorde om en vertrekken vanuit de relaties om tot het subject te komen. Deze radicaal relationele benadering in het personalisme benoemen we daarom als relationeel personalisme. De ethiek die we verder ontwikkelen, is gebaseerd op dit relationeel personalistisch paradigma.

Relationeel personalistische visie (pp. 37-40)

Met relationeel personalisme benadrukken we het relationele karakter van de menselijke persoon. De mens is allereerst relatie. Daarom vertrekken we niet vanuit het subject dat de mens is en van waaruit de mens relaties aangaat, maar vanuit de context waarin de menselijke relaties zich afspelen. Deze context is getekend door twee fundamentele antropologische gegevens: de tijd en de ruimte. Daarom situeren we de mens op een tijds- en een ruimtelijn.¹⁴

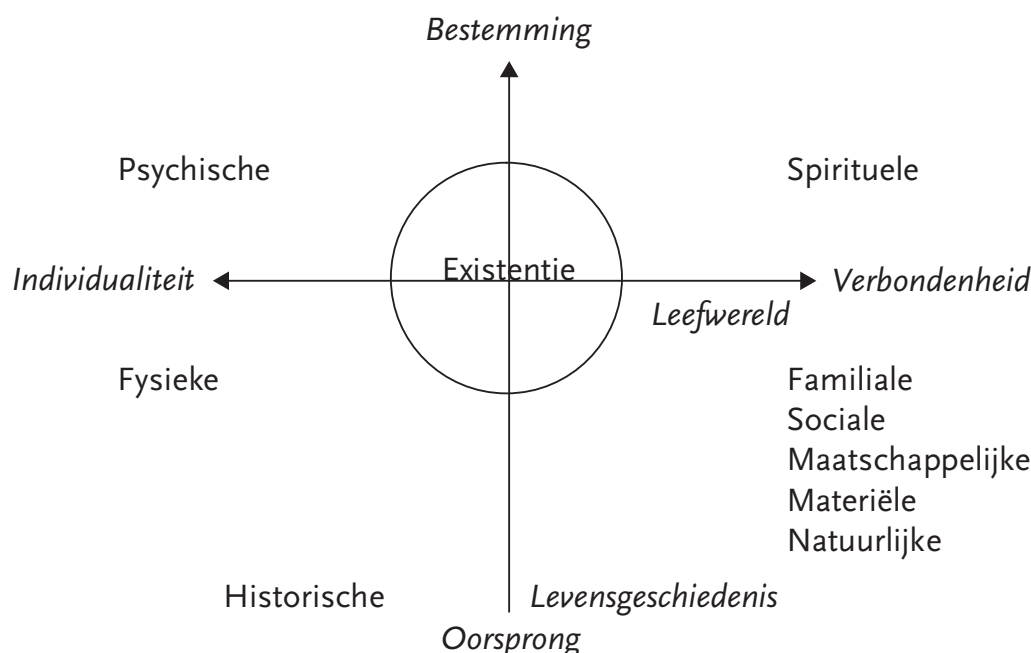
Mensen leven in de tijd en in de ruimte: dit is hun existentie. De tijdslijn is de historische weg die ze afleggen tussen hun geboorte en hun dood. Dit vormt hun levensgeschiedenis. Mensen proberen de fragmenten van hun levensgeschiedenis te interpreteren tot een zinvol en waardevol geheel. Daarbij stellen ze zich existentiële vragen naar hun oorsprong en naar hun bestemming. Wie ben ik en waar kom ik vandaan? Waar ga ik naartoe en wat is mijn toekomst? Ze proberen tussen hun oorsprong en hun bestemming een goed leven op te bouwen. De ruimtelijn is de relationele spanning die mensen ervaren tussen hun individualiteit en hun verbondenheid. Dit is hun leefwereld. De meeste mensen willen zelfstandige individuen zijn en willen zelf hun keuzes maken. Tegelijk leven ze in verbondenheid in een netwerk van relaties en in de context van hun omgeving. Mensen kunnen zich vragen stellen

¹² Cf. L. Janssens, *Personalisme en democratisering*. Brussel: Arbeiderspers, 1957, 5-94; L. Janssens, *Kunstmatige inseminatie: Ethische beschouwingen*, in *Verpleegkundigen en gemeenschapzorg* 35 (1979/3) 220-244. Voor een recente bespreking van de bijdrage van Janssens: J. Jans, *Menswaardigheid als ethische maatstaf*, in C. Gastmans & K. Dierckx (red.), *Ethiek in witte jas: Zorgzaam omgaan met het leven*, Leuven: Davidsfonds, 2002, 13-25.

¹³ L. Janssens (1979), 221-227 (passim).

¹⁴ Het situeren in de tijd en de ruimte is een poging om het personalisme meer relationeel in de ruimte en meer hermeneutisch in de tijd op te vatten. Voor een eerste ontwerp van deze visie: A. Liégeois, *Beschouwingen van een theoloog*, in A. Liégeois (red.), *Schroomvol nabij: Pastorale begeleiding bij euthanasie* (Leuvense Cahiers voor Praktische Theologie 7), Antwerpen: Halewijn, 2008, 89-114, vooral 105-107.

bij hun zoeken naar individualiteit en verbondenheid. Wie ben ik en wat is mijn eigenheid? Hoe kan ik samenleven met anderen zonder mezelf te verliezen? Waar liggen de grenzen van mijn vrijheid en mijn verantwoordelijkheid? De menselijke persoon leeft in het hier en nu, op het snijpunt van tijd en ruimte, van levensgeschiedenis en leefwereld. Deze visie op de menselijke persoon is de grondslag voor de relationeel personalistische ethiek.



Figuur: Relationeel personalistische visie

De menselijke persoon plaatsen we op een ruimtelijn met een aantal dimensies in het spanningsveld tussen individualiteit en verbondenheid. Mensen zijn allereerst relationele verbondenheid. We kunnen verschillende dimensies in de verbondenheid onderscheiden: mensen leven in (1) familiale relaties en (2) sociale relaties, in een (3) maatschappelijke omgeving, een (4) materiële wereld, een (5) natuurlijke wereld en een (6) spirituele werkelijkheid. Familiale relaties zijn relaties met een partner, tussen ouders en kinderen, broers en zussen, en zijn bijzonder indringend in het psychisch leven van mensen. Sociale relaties hebben betrekking op de persoonlijke en de professionele levenssfeer, op vrienden en kennissen, zorgverleners en zorgvragers. De maatschappelijke omgeving is de samenleving en de cultuur waarin mensen leven en waarin ze al dan niet geïntegreerd zijn. De materiële wereld omvat de materiële goederen die mensen nodig hebben en het economische systeem waarin ze leven. De natuurlijke omgeving verwijst naar de natuur, de kosmos en het ecologische systeem waarin mensen leven. Ten slotte is er een spirituele werkelijkheid die het zintuiglijk waarneembare overstijgt. Mensen kunnen leven in verbondenheid met een overstijgende werkelijkheid, die ze beleven als iets seculiers, iets religieus of een persoonlijke God.

Door te leven in deze verbondenheid worden mensen ten volle mens en dus zelfstandige individuen. Onze individualiteit is gebaseerd op een psychosomatische eenheid. Zo komen we tot twee nieuwe dimensies: mensen zijn (7) fysieke wezens en (8) psychische wezens. Met de fysieke dimensie bedoelen we de lichamelijke van mensen. De psychische dimensie verwijst naar de gevoelens, de gedachten en de motieven van mensen. Juist door de fysieke en de psychische dimensie komen mensen in contact met anderen en het andere. Het psychosomatische is gericht op de verbondenheid in relaties en in een bepaalde omgeving.

Maar de ruimtelijn van onze individualiteit en verbondenheid wordt doorkruist door de tijdslijn. Een laatste dimensie is bijgevolg dat mensen (9) historische wezens zijn. Ze leven op een tijdslijn in het heden, maar beïnvloed door het verleden en met verwachtingen voor de toekomst. Mensen vormen zo hun levensgeschiedenis. Dit schept een ontwikkelingsdynamiek die aanwezig is in alle voorgaande dimensies. We kunnen de tijdsdimensies van verleden, heden en toekomst onderscheiden bij elk van de acht vorige ruimtedimensies. De levensgeschiedenis is verweven met de leefwereld. De tijds- en ruimtelijn doorkruisen elkaar.

Dialogaal proces (pp. 59-60)

De verschillende partners in de dialoog kijken vanuit verschillende perspectieven naar de situatie van de zorgvrager. Dit is een enorme verrijking. Ze brengen zowel persoonlijke als professionele perspectieven aan. Persoonlijke perspectieven worden bepaald door de menselijke rol die ze in die situatie spelen en zijn vooral gekleurd door de beleving, gevoelens en emoties. Professionele perspectieven hangen samen met de professionele functie die zorgverleners vervullen en zijn vooral getekend door deskundigheid en redelijkheid. Alle partners kunnen zowel vanuit persoonlijke als professionele perspectieven kijken.

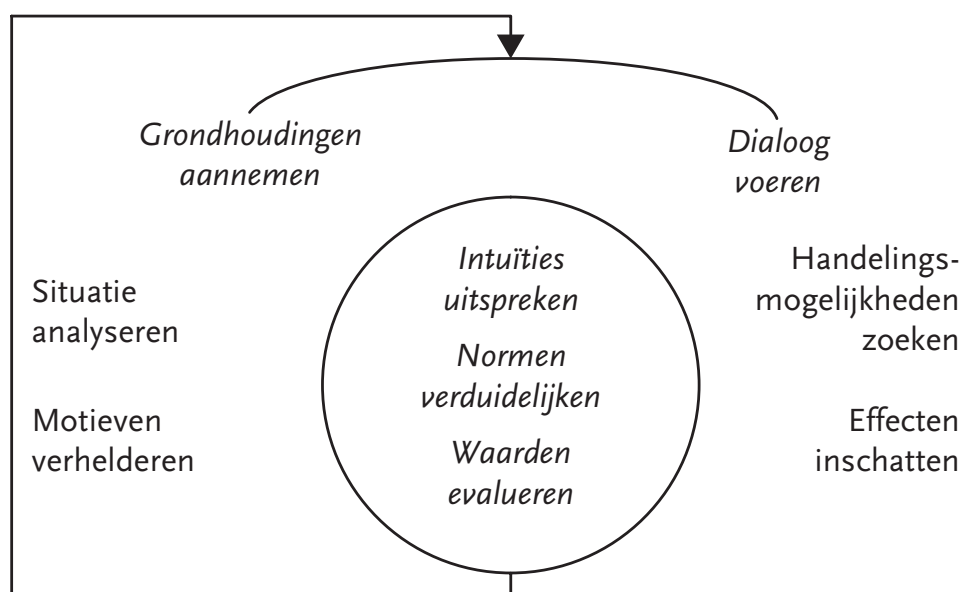
Geen enkel van deze perspectieven biedt een volledig zicht op de situatie in al haar aspecten. Het behoort immers tot onze 'condition humaine' dat we geen totaalperspectief op de werkelijkheid kunnen verwerven. We kunnen slechts vanuit persoonlijke of professionele deelperspectieven naar de situatie kijken. Elk perspectief laat iets, maar nooit alles van die situatie zien. Niemand kan dan ook beweren de absolute waarheid in pacht te hebben; er is alleen de ons bekende waarheid. Dit hoeft niet te betekenen dat we opgesloten zitten in een beperkt zicht op de situatie. We kunnen onze eigen perspectieven verruimen door ze te confronteren met de persoonlijke en professionele perspectieven van anderen. Elk perspectief biedt immers een uniek zicht op de situatie. Door al deze perspectieven in dialoog te expliciteren, te verhelderen en samen te leggen, kunnen we tot een vollediger zicht op die situatie komen.

Deze dialoog situeert zich altijd in een ontmoeting. In deze ontmoeting gaat het niet alleen om de inhoud maar ook om de manier waarop mensen zich tot elkaar verhouden en met elkaar communiceren. Communicatie is niet alleen verbaal, maar ook non-verbaal. Houding en aandacht zijn al een vorm van communicatie. Dialoog heeft ook steeds plaats in de context van een organisatie. Het is heel belangrijk dat er een cultuur van dialoog kan groeien op een zorgeneid of in een voorziening en dat de directie en het beheer daartoe de nodige ondersteunende voorwaarden scheppen.

Dialoog veronderstelt immers een ethische vrijplaats. Dit is een open en vrije ruimte waarin de zorgverleners van gedachten kunnen wisselen, los van elke druk van gezag of functie. Iedereen heeft het recht én de plicht om zijn of haar eigen perspectief naar voren te brengen en de plicht dat van anderen naar voren te laten komen en te beluisteren. Van alle betrokkenen wordt bereidheid verwacht om een dialogaal proces te voeren en een consensus te laten groeien. Dit alles is niet vanzelfsprekend en vormt een delicaat punt in de dialoog als procedure. Het heeft te maken met ieders persoonlijk engagement en grondhoudingen, maar ook met een cultuur in de zorg.

Dynamisch proces (pp. 70-73)

Het ethische model bestaat uit negen elementen, namelijk uit twee voorwaarden, vier aandachtspunten en drie evaluatiemomenten.



Figuur: Praktisch ethisch model

Om de kwaliteit van de ethische reflectie te waarborgen, zijn er een aantal voorwaarden vereist: (1) het aannemen van grondhoudingen en (2) het voeren van dialoog. Deze voorwaarden zijn noodzakelijk gedurende het hele proces van ethische reflectie. In de figuur overkoepelen ze de andere elementen van het ethisch model. Niet toevallig zijn deze voorwaarden twee van de pijlers van de relationeel personalistische ethiek.

De vier aandachtspunten hebben we ook al aangehaald: (3) het analyseren van de situatie, (4) het zoeken naar handelingsmogelijkheden, (5) het verhelderen van motieven en (6) het inschatten van effecten. Pas als de zorgverleners deze vier aandachtspunten hebben doorwerkt, kunnen ze komen tot de kern van de ethische reflectie, namelijk de evaluatie. In de figuur staan ze rondom de cirkel.

De evaluatie is voor de ethiek het belangrijkste en staat in de figuur dan ook centraal, in de cirkel. De evaluatie bestaat uit drie momenten: (7) het uitspreken van intuïties, (8) het verduidelijken van normen en (9) het evalueren van waarden. Ook deze elementen zijn al besproken bij de wisselwerking tussen intuïtie en reflectie en bij de onderliggende waarden en normen. De intuïties zijn uitdrukking van de meest persoonlijke evaluatie, terwijl de normen de meest sociale evaluatie gestalte geven. De uiteindelijke evaluatie in het model gebeurt echter op het niveau van de dialoog tussen de betrokkenen die de waarden proberen te integreren of af te wegen.

De voorwaarden om tot ethische reflectie te komen, de aandachtspunten bij de reflectie en de kern van de ethische evaluatie zelf, duiden we niet graag als een stappenplan. Een stappenplan suggereert immers dat er een vaste volgorde is. De praktijk van de ethische reflectie is echter veel dynamischer. Er zijn twee voorwaarden die noodzakelijk zijn voor het hele verloop van de ethische reflectie en dus niet vooraf in een bepaalde volgorde doorlopen moeten worden. Onder de vier aandachtspunten is er ongetwijfeld een logische volgorde die begint bij het analyseren van de situatie en vervolgt met het zoeken van handelingsmogelijkheden om dan de motieven te verhelderen en de effecten in te schatten. De praktijk van de ethische reflectie leert echter dat een dialoog dynamisch verloopt en deze volgorde niet vol te houden is. Bijgevolg is het proces niet lineair, maar cirkel- of spiraalvormig. De aandachtspunten kunnen in de reflectie steeds opnieuw hervat worden en leiden tot de evaluatieve momenten. Zo wordt de reflectie uiteindelijk verdiept en gegrond.

De zorgverleners kunnen het ethisch model gebruiken om vooraf in een bepaalde situatie te beslissen wat ze het best kunnen doen. Ze kunnen met het model ook achteraf evalueren of een keuze of handeling in een bepaalde situatie verantwoord was. De zorgverleners kunnen het model voor hun individuele reflectie gebruiken. Maar ze kunnen het model ook toepassen in dialoog met andere zorgverleners in een team of netwerk of in dialoog met de zorgvrager en de naastbetrokkenen. In de praktijk is het niet altijd mogelijk dat de zorgverleners de aandachtspunten en evaluatiemomenten systematisch doorlopen. De ethische reflectie en dialoog hebben hun eigen dynamiek. De zorgverleners kunnen bij zichzelf wel het ethisch proces onderbreken en zich op een metapositie plaatsen. Dan houden ze even halt als participant aan de ethische reflectie en worden ze kritische toeschouwer van de reflectie. Ze toetsen bij zichzelf of de voorwaarden, aandachtspunten en evaluatiemomenten voldoende aan bod komen. Als dat niet zo is, dan kunnen ze door een gerichte vraag het aandachtspunt of het evaluatiemoment in de ethische reflectie binnenbrengen.

Zorgethiek en de vernieuwing van kwaliteitsstandaarden

Annelies van Heijst, ethica, hoogleraar zorgethiek en caritas Faculteit Geesteswetenschappen, Universiteit van Tilburg

Annelies van Heijst omschreef in een toelichting bij haar lezing de essentie ervan als volgt: "Ethiek is de systematische bezinning op wat mensen goed noemen en wat zij cruciaal achten voor het goede leven.

In het denken over zorg, spreken we steeds vaker over 'kwaliteitszorg'; niet het woord 'goed' maar 'kwaliteit' komt dan centraal te staan. Kwaliteit in de zorg wordt aansluitend meer en meer iets dat via meten en tellen verwoord wordt. Zo zijn we van een narratieve ofwel verhalende opvatting naar een numerieke opvatting aan het verschuiven.

Het is de kerntaak van de ethicus om te blijven vragen naar de standaarden - de meetlat - die mensen hanteren wanneer ze het goede of kwaliteit bepalen. Vanuit het oogpunt van 'menslievende zorg' is het daarbij zaak om te zoeken naar standaarden die passen bij wat mensen voor wezens zijn: uniek en onvergelijkelijk, en niet zomaar met objectieve gegevens vast te leggen.

Menslievendheid in de zorg wil verder zeggen dat eerst en vooral aansluiting wordt gezocht bij hoe degene die zorg ontvangt in de wereld staat en waaraan deze mens behoefte heeft. Juist bij minder assertieve en mondige zorgvragers is dat een eerste vereiste. Hun vragen naar zorg komt bovendien vaak niet rechtstreeks, maar om de vraag te achterhalen moet de professional ontsleutelen, gedragingen uitleggen, erachter proberen te komen wat er speelt. Menslievende professionaliteit wil zeggen dat de werker van heerser dienaar wordt, omdat die het goed van de ander probeert te dienen."



Vanuit dit perspectief van menslievende zorg ging van Heijst nader in op vier misvattingen met betrekking tot kwaliteitsstandaarden:

- 1) Focussen op het mankement en het niet-zien van de complexiteit en gelaagdheid (multimorbiditeit), die vaak meespeelt, zeker in de psychiatrische zorgverlening.
- 2) Focussen op de ziekte in plaats van de zieke.
- 3) De objectiverende en cijfermatige tendens, waardoor de klinische blik, gebaseerd op praktijkwijsheid, ervaring en intuïtie, het onderspit delft.
- 4) Professionals horen snel en efficiënt te werken. Hierdoor vullen ze te snel en te gemakkelijk in wat goed voor de ander is, terwijl ze dat vaak niet weten en terwijl de enige bron van waaruit ze het kunnen weten, de relatie is die ze met die persoon hebben.

Vanuit deze analyse wees van Heijst een route aan naar adequatere standaarden voor kwaliteit: mensnabij, gebaseerd op praktijkwijsheid, afgestemd op het goed van iedere unieke patiënt.

De thematiek van deze lezing wordt uitgebreid behandeld in diverse publicaties. Hieronder citeren we een aantal relevante tekstpassages uit twee belangwekkende boeken van haar hand, met name *Menslievende zorg: een ethische kijk op professionaliteit* (Kampen: Klement, 2005) en *Iemand zien staan: zorgethiek over erkenning* (Kampen: Klement, 2008).

Ontbreken zorgtaal

"Als professionals in de zorgsector zeggen dat ze van mensen houden, bedoelen ze niet één ding, maar verschillende dingen die in elkaar grijpen: dat ze zich voor mensen interesseren, zich door hen geraakt voelen en iets willen betekenen voor mensen die ziek of oud zijn en het alleen niet redden. Zoals de vogelliefhebber belang stelt in vogeltjes en de kunstminnaar geniet van beeldhouwwerken, zo scheppen de meeste zorgprofessionals plezier in de omgang met mensen. Om die reden kozen ze meestal voor het beroep; al was het soms ook prozaïscher, bijvoorbeeld een baan met deeltijdmogelijkheden. Momenteel moeten ze werken in een vermarkt zorgsysteem dat hen steeds meer in de weg zit. Bovendien hebben ze geen zorgtaal waarin hun beweegredenen ertoe doen als integraal aspect van hun professionaliteit." (*Menslievende zorg*, 9)

Tegenbeweging

"Aan de orde is de ethiek en de zin van het geheel van de professionele zorgonderneming zélf: wat wordt in die branche gedaan en hoe draagt dat bij aan een beter leven voor iedereen in de samenleving? Onder professionals én ontvangers van professionele zorg komt, naar mijn inschatting, momenteel een tegenbeweging op gang tegen de heersende tendens, een trend die de overheid en zorgverzekeraars helaas juist bevestigen. In die nog ongeorganiseerde, maar duidelijk voelbare, tegenbeweging bestaat behoefte aan een nieuwe eensgezindheid op het vlak van waarden en koers, ofwel visie." (*Menslievende zorg*, 12)

Vakkundige beschikbaarheid

"De vakkundige beschikbaarheid bestempel ik tot een uiterst concrete gedaante van menslievendheid. Namelijk de bereidheid om iedere dag opnieuw je kunde en kennis aan te wenden voor wie dan ook, zonder aanzien des persoons, voor mensen die pijn hebben of wanhopig zijn, die in de war zijn, of compleet van de wereld. Indien echter professionals hun vakkundige competenties tot het hoogste en ultieme doel van zorgverlening verheffen, verliezen ze de essentie van zorg uit het oog." (*Menslievende zorg*, 11)

Erkentelijkheid en erkenning

"Verschillende processen maken dat vandaag de dag erkentelijkheid geven en krijgen in de gezondheidszorg op de helling staat. ... De eb- en vloedbeweging van erkenning valt daardoor stil en dat werkt kwalijk naar twee kanten. Geven en krijgen van erkentelijkheid maakt deel uit van de dynamiek van erkenning. Die wisselwerking valt niet samen met gelijk oversteken of ruilen. Waarom ontwennen mensen die zorg nodig hebben het om erkentelijkheid te betuigen? Waarom lijkt het bijna raar of overbodig dat nog te doen? Men wordt ingeprent dat ze autonoom zijn en rechten hebben; dus gaan sommigen zich als Koning Klant gedragen en spreken het jargon van de kritische consument. Ze stellen eisen, slaan met de vuist op tafel, en soms zelfs op de professionals. Zo verdringt de taal van de markt, van het recht – en van de agressie – de woordenschat van erkentelijkheid." (*Iemand zien staan*, 27)

"Mijn veronderstelling is dat erkenning een veel belangrijker rol speelt dan we tot nu toe weten, zowel in patiëntentevredenheid als in arbeidssatisfactie. Er bestaan nog geen kwaliteitsstandaarden voor zorg, waarin erkenning werkelijk is opgenomen. Toch denk ik dat tevreden zorgontvangers en werkers die met plezier aan de slag gaan, de mensen zijn die het gevoel hebben dat anderen hen zien staan." (*Iemand zien staan*, 10)

Aanhankelijkheid

"In het proces van zorgen krijgen mensen deel aan elkaars wel en wee, dus aan elkaars leven en in zekere zin ook aan elkaar. Zorgen is vorm geven aan het feit dat mensen samen hangen, op kleine schaal en op grotere schaal in de gemeenschap van de samenleving. Er is daarom niet alleen afhankelijkheid. In zorgsituaties, zeker als ze duurzaam zijn, speelt ook áánhankelijkheid tussen de zorgverlener en de zorgontvanger, over en weer." (*Menslievende zorg*, 10)

Ontmoeting

"De professional ontvangt blijkbaar ook iets, en dat schenkt voldoening. Wat ze ontvangt, is moeilijk in woorden te vatten. Het is in ieder geval niet materieel, geen cadeautje, zelfs geen woord van dank. De ontmoeting zélf vertegenwoordigt de waarde en is het geschenk. Die ontmoeting wordt je gegeven, zelfs terwijl je er zelf gestalte aan geeft. Gerda Nendels (*een professional die getuigt*, nvdr) benadrukt dat de ontmoeting van twee kanten komt, en er aan twee kanten een behoefte leeft of een verlangen. Komt de ontmoeting tot stand, dan geeft dat het leven kwaliteit. We stuiten hier op een kwaliteitsstandaard die heel wat werkers in de zorg vanuit hun ervaring herkennen, maar die in de kwaliteitssystemen nergens terug te vinden zijn." (*Iemand zien staan*, 77)

Goede zorg

"Goede zorg is meer dan zorgen dat iemand overeind blijft, het is ook met die persoon in wisselwerking treden en hem of haar het gevoel geven dat die wordt opgemerkt, dat die er mag zijn zoals die is." (*Iemand zien staan*, 9)

"Mijns inziens hebben de maatstaven, waarmee de zorgontvangers en hun naasten beoordelen of ze zorg goed vinden, alles te maken met zich al of niet gezien voelen. Er telt dus veel meer dan vaktechnische perfectie. Goede zorg is de zorg die je niet tot ding maakt, en niet ontpersoonlijkt. Een positief voorbeeld is dat van de patiënt die ondervoed binnenkwam in het ziekenhuis, het daarom koud had en alsmaar dekens erbij vroeg. De verpleging noemde haar toen goedmoedig 'onze Eskimo', waarmee ze aangaven haar te zien, als iemand die het in ieder geval hier en nu erg koud had. ... Soms wordt gezegd dat professionals geen tijd hebben om iedereen aandacht te geven. Er zijn namelijk veel mensen die zorg nodig hebben en hoe zit het dan met de verdelende rechtvaardigheid? Worden professionals niet overvraagd? Mijn indruk is dat de meeste zorgbehoevende mensen heus wel inzien dat professionals hun tijd en energie moeten verdelen. Ze eisen niet het onderste uit de kan. Een beetje gerichte aandacht – bijvoorbeeld een patiënt 'onze Eskimo' noemen – kan al wonderen doen." (*Iemand zien staan*, 60-61)

Ethiek als zingevende ruimte

Ludo Abicht, filosoof-ethicus, emeritus-professor Faculteit Letteren en Wijsbegeerte, Universiteit Antwerpen

Ludo Abicht ging in de slotlezing nader in op de thematiek van ethiek als zingevende ruimte. Daarbij accentueerde hij het universele perspectief van 'beschadigde individuen' en de solidariteit met de zwakkeren in de samenleving. Aan het begin van de eenentwintigste eeuw beleven we allen, zorgverleners én patiënten, een 'moreel beschadigd' leven. We weten ons namelijk kwetsbaar en onaf, en soms uiteengetrokken door verschillende waarden en verwachtingen. Vaak ervaren we een tekort. De ethiek gebiedt ons om vanuit deze realistische inschatting van de werkelijkheid te vertrekken en niet vanuit hooggestemde idealen.



Om dit alles beter te begrijpen moeten we teruggaan naar de oorspronkelijke betekenis en de historische evolutie van het begrip 'ethiek'. Daarbij valt een evolutie op van een clan-denken naar een universalistisch perspectief. Tegen die achtergrond kan ethiek omschreven worden als de zingevende ruimte die elk van ons met zijn/haar persoonlijke ethische ingesteldheid kan invullen. In de praktijk vooronderstelt dit een kwalitatieve professionele opleiding gekoppeld aan een permanente morele vorming. Hierin speelt de ervaring van de eigen praktijk en die van anderen een cruciale rol. Intervisie en overleg met een engagement tot dialoog zijn in dit opzicht belangrijke instrumenten. Slechts dan kunnen we een voldoening-gevende synthese van het recht op autonomie en de behoefte aan begeleiding van iedere psychiatrische patiënt als onvervangbare persoon vinden. Als redactie zijn we Ludo Abicht dankbaar voor het integraal ter beschikking stellen van zijn lezing voor deze publicatie.

Brede historische en maatschappelijke context

Toen de joods-Duitse filosoof Theodor W. Adorno zijn essay *Minima Moralia* (1951) de ondertitel, *Reflexionen aus dem beschädigten Leben* - reflecties *vanuit* en niet zozeer over het beschadigde leven - als ondertitel meegaf, ging hij op de eerste plaats uit van de gruwelijke ervaringen van zijn tijdgenoten, in het bijzonder de joden, tijdens de Tweede Wereldoorlog. Hij was echter al veel langer bezig met het thema van de mislukking van onze op de Verlichting en het christelijk humanisme gebouwde beschaving, een catastrofe die al onze morele zekerheden en positief ingevulde levensbeschouwingen radicaal in vraag stelde. Waar, op welk tijdstip en waarom was het zozeer verkeerd gelopen, dat we gedwongen waren aan alle waarden te twijfelen die we generaties lang met zoveel zorg en vertrouwen hadden ontwikkeld? Hij was van nature geen pessimist en als vooraanstaand lid van de *Frankfurter Schule* allerm minst een doemdenker, want hij geloofde nog altijd dat "slechts dan, wanneer het bestaande kan veranderd worden, het bestaande niet alles is" (*nur wenn das, was ist, sich ändern lässt ist das, was ist, nicht alles*). Als wetenschapper had hij zich ertoe verplicht, de waarheid zo dicht mogelijk te benaderen en zijn analyse van mens en samenleving zo realistisch en accuraat mogelijk weer te geven.

Dat is het brede historische en maatschappelijke kader waarin we ook aan het begin van de eenentwintigste eeuw, nu de ecologische, financiële, economische en morele crisis niet langer kan genegeerd of geminimaliseerd worden, over onze plaats en taak in de wereld moeten nadenken.

Deze verplichting tot realisme geldt des te sterker, wanneer we praten over 'ethiek', de kunst van het goede samenleven, zeker wanneer we nadenken over onze verhouding tot de zwakkeren in de maatschappij, die hier heel concreet begrepen wordt als de specifieke relatie tussen psychiatrische patiënten en psychiaters, psychologen, verpleegkundigen, therapeuten en maatschappelijk werkers. Het zou al te makkelijk zijn, de mensheid op te delen in gezonden en zieken, bijvoorbeeld mensen met een normaal functionerende psyche en zogenaamde geesteszieken. We moeten beginnen met de erkenning dat we allemaal zonder uitzondering in zekere mate 'beschadigde' individuen zijn, ook al hebben de meesten van ons het geluk, een min of meer normaal bestaan te kunnen leiden. Niet alleen omdat dit geluk altijd precair is en van de ene dag op de andere kan omslaan, ook dat natuurlijk, maar omdat we geleerd hebben hoe gevaarlijk mensen kunnen worden die nooit aan zichzelf of hun overtuigingen kunnen twijfelen. Omgekeerd zou het ook verkeerd zijn, die algemeen menselijke beschadiging zodanig te verabsoluteren dat we daarmee alle verantwoordelijkheid voor de anderen van ons kunnen afschudden, alsof alle problemen even zwaar zouden wegen.

Daarom is het noodzakelijk, even terug te keren tot de oorsprong en de ontwikkeling van de ethiek die ooit, als *ethos*, niets anders betekende dan de kunst van bepaalde groepen van dieren om in een gevaarlijke en vaak vijandige omgeving te overleven. Ook in de vroegste menselijke samenlevingen beperkte deze *ethos* zich tot die regels en gewoonten die 'ons' tegen de buitenwereld beschermden en het voortleven van onze groep of clan verzekerden.

Slechts heel langzaam aan zijn op de verschillende continenten wijze mensen ongeveer gelijktijdig tot het inzicht gekomen dat er meer in het leven was dan de ongenadige *struggle for life* en dat mededogen misschien wel een sterkere kracht was dan het geweld en de macht die ons in staat stelden andere groepen te overheersen, uit te roeien, te verjagen of in het beste geval als onderworpenen, als slaven en *Untermenschen* te behandelen. In onze westerse wereld vinden we de eerste getuigenissen daarvan bij de Griekse Stoïcijnen en de volgelingen van Jezus, die de aanzet gaven tot een veel bredere, zelfs universalistische invulling van deze ethiek. Mijn naasten, die ik in het belang van de groep moet verdedigen en helpen, zijn dan niet langer de leden van mijn etnische of religieuze gemeenschap, maar alle mensen zonder onderscheid. De kennis van de geschiedenis van dit toenemende en zich uitbreidende ethische bewustzijn geeft aanleiding tot optimisme, want die verantwoordelijkheid voor de medemens die we reeds als *caritas* binnen de eerste christelijke gemeenschappen aantreffen, onder meer in de zorg voor de armen en zieken, heeft de overgang van de middeleeuwen naar het humanisme en zelfs de niet langer religieus geïnspireerde Verlichting overleefd, om aan het eind van de achttiende eeuw te culmineren in de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens, die de ethische kern gevormd hebben van onze moderne democratische en solidaire maatschappijen. Wie zelfs maar oppervlakkig de geschiedenis van de negentiende en twintigste eeuw kent, weet dat de toepassing van deze prachtige principes niet rechtlijnig en vanzelf gegaan is, zoals blijkt uit het kolonialisme, de brutale uitbuiting van de industriële arbeiders, het dodelijke chauvinisme van de verschillende natiestaten en tenslotte de misdadige terugval in allerlei totalitaire regimes. Het beeld zou echter onvolledig en vertekend zijn, indien we de reacties daarop, onder meer de strijd voor de emancipatie van de arbeiders en de vrouwen, de opstand van de volkeren van de Derde Wereld en de overwinning op het fascisme en stalinisme zouden vergeten, reacties die zich alle zonder uitzondering beriepen op die grote principes van vrijheid, gelijkheid en broederlijkheid.

Ethiek als zingevende ruimte

Opvoeders weten dat hun kerntaak erin bestaat, de hun toevertrouwde individuen tot een zo groot mogelijke vrijheid te helpen ontwikkelen. Alleen wanneer die individuen zich zo volledig ontplooid hebben als hun aanleg en talenten het toelaten, anders gezegd wanneer ze hun autonomie voor zichzelf verworven hebben, kunnen de opvoeders van een geslaagde opdracht spreken. Ze weten ook dat die vrijheid nooit kan bereikt worden zonder orde, een orde die in het begin van buitenaf opgelegd wordt, met beperkingen waartegen de individuen zich vanzelfsprekend zullen verzetten, tot ze in staat zijn die orde zelf gestalte te geven. Niet als een internalisering van het *Ueber-Ich*, het fatale resultaat van een uitwendige disciplinerende, maar als een door het individu ontwikkelde zelfbeheersing. Filosofen als Ernst Bloch noemden die wisselwerking een dialectiek van orde en vrijheid, waarbij de orde de ruimte werd waarbinnen de vrijheid zich maximaal en authentiek kon ontwikkelen.

Hetzelfde geldt voor de wisselwerking tussen de ethische normen die we bewust maar vooral onbewust door onze omgeving, van ouders en opvoeders tot de religieuze en burgerlijke overheid, opgelegd krijgen en de ethische invulling die we daar zelf aan geven. Ook hier zullen we vaak en terecht in opstand komen tegen de overgeleverde ethische normen, niet omdat we de noodzaak van normen op zich verwerpen, maar omdat een ware ethische ingesteldheid van binnen en van onderuit moet worden opgebouwd om leefbaar en vruchtbaar te worden. Ethiek is dus, heel algemeen, de *ruimte* waarvan de *invulling* ons persoonlijke ethische aanvoelen, denken en handelen is.

In bepaalde gevallen is de tegenstelling tussen de heersende ethische normen en de grote principes waarop de officiële hoeders ervan zich beroepen pijnlijk duidelijk, bijvoorbeeld in het vroegere apartheidsregime in Zuid-Afrika, waarbij de discriminatie van de niet-blanke bevolking gelegitimeerd werd door een interpretatie van de christelijke bijbel die haaks stond op alles wat de evangelies in naam van Jezus van Nazareth verkondigd hadden. De geschiedenis wemelt van vergelijkbare situaties, waarin het verzet tegen de bestaande ongelijkheid en onrechtvaardigheid zich telkens opnieuw kon beroepen op de ideologie die door de machthebbers van de verschillende regimes gehanteerd werd om de mensen te manipuleren. Denk maar aan de revolutie van de Duitse boeren in de zestiende eeuw of de opstand van de Chinese studenten op het Tiananmenplein in 1989.

Maar ook in minder dramatische en duidelijke zwart-wit omstandigheden wordt die breuk tussen de grote principes en de verwaarlozing of perversie ervan zichtbaar. Zo wordt ons van jongs af aan gezegd dat het onze christelijke of humanistische plicht is, onze zwakke en zieke medemensen bij te staan, maar we bemerken vaak tot onze verbijstering dat de zogenaamde praktische bezwaren, bijvoorbeeld budgettaire

restricties of andere prioriteiten de uitoefening van deze zorg verhinderen of in ieder geval belemmeren. Wanneer die verbijstering dan omslaat in collectieve acties kan dit leiden tot de zogenaamde 'witte woede', die in feite niets anders beoogt dan een terugkeer tot ethische prioriteiten die, als we slagen, als vanzelf de ethische ruimte voor de gezondheidszorg herinrichten en aan de werkelijke behoeften van de patiënten en het personeel aanpassen. Die ruimte is dus nooit statisch, zoals blijkt uit het reeds in een vorige toespraak aangehaalde chassidische verhaal over Rabbi Menahem Mendel van Rymanov:

In een periode van schaarste – vandaag heet dat 'economische recessie' – toen alles duurder werd, bemerkte Rabbi Mendel dat de broden die aangeboden werden aan zijn gasten, de sukkelaars die hij in zijn huis ontving, minder groot waren dan vroeger. Hij beval meteen dat men die broden groter moest maken dan ooit tevoren, "want, zei hij, je moet dat zien in functie van de honger en niet in functie van de prijs".

Dit is zonder meer een authentiek ethische houding, maar is ze ook realistisch, want zelfs een vrome rabbijn als Menahem Mendel kon geen wonderen verrichten? We kunnen daar op antwoorden dat het de taak van de ethici is, zo lang als mogelijk op deze omkering van de marktwaarden te blijven hameren. Niet als een oefening in frustratie of uit morele eigennijverheid, maar omdat in het verleden al zo vaak gebleken is dat die ethische ruimte veel rekbaarder is dan de machthebbers van het moment ons willen doen geloven. Een echt realistische houding houdt niet alleen rekening met het bestaande, maar verliest daarbij de mogelijkheid tot verandering nooit uit het oog. Misschien is die brave rabbi met zijn groot hart wel failliet gegaan, maar betekent dit ook dat hij ongelijk had of dat we nooit een toestand zullen benaderen waarin de economie eindelijk in het belang van de mensen en niet van enkele aandeelhouders en managers wordt georganiseerd?

Wat is dan een ethische ingesteldheid en hoe kunnen we die ontwikkelen?

Met een verwijzing naar de gelukkige titel van de bestseller van Alfons Vansteenwegen - *Liefde is een werkwoord* -, ga ik uit van de werkhypothese dat 'ethiek een doewoord' is. Evenmin als je een filosofische houding leert ontwikkelen door cursussen filosofie aan de universiteit te volgen, kan je ethisch worden door allerlei boeiende ethische stelsels en theorieën te bestuderen. In de indrukwekkende en ronduit deprimerende roman, *Les bienveillantes*, van Jonathan Littell valt het op, hoeveel van zijn personages hun grondige academische kennis van de grote ideeën van de westerse beschaving moeiteloos konden combineren met hun mensonterende en walgelijke misdaden in dienst van het heersende nationaal-socialisme. Deze *Herren Doktoren* waren met de grootste onderscheiding op de hoogte van de humanistische waarden, maar zelden hebben mensen zich zo amoreel en immoreel gedragen. Wil dat zeggen dat de studie van de ethische waarden, zoals ze bijvoorbeeld in deze lezing ter sprake komen, volkomen nutteloos en zelfs schadelijk is? Waarschijnlijk niet, zolang we beseffen dat ethiek zonder de werken zinloos en ten dode opgeschreven is.

We mogen bovendien niet vergeten dat een ethische ingesteldheid ondeelbaar is en niet selectief kan worden toegepast, zoals me ooit gezegd werd over een vakbondsleider van wie iedereen in zijn omgeving wist dat hij regelmatig zijn vrouw sloeg: "ja, maar hij is toch één van onze beste militanten." Waarop je kan antwoorden dat Adolf Hitler niet alleen van handen hield, maar ook nog een overtuigd vegetariër was. Dezelfde ethische ingesteldheid moet de politieke leiders beïnvloeden bij het opstellen van het budget, moet blijken uit de manier waarop de administratoren met het personeel omgaan en moet natuurlijk ook de omgang van dat personeel met de patiënten bepalen. Want een zorgverstrekker die zich in haar of zijn loopbaan of zelfs enthousiasme tegengewerkt voelt door de administratie, of een directeur die in Brussel telkens opnieuw het financiële deksel op de neus krijgt, zullen niet lang probleemloos ethisch functioneren. Reeds de Griekse Stoïcijnse filosofen wisten hoe belangrijk het is van binnen rustig en evenwichtig, in vrede met jezelf te zijn om de anderen op een faire, onbevooroordeelde manier te kunnen behandelen. We hebben namelijk niet alleen de anderen nodig om fysiek te overleven, maar ook om geestelijk en moreel volwassen te worden en tot aan ons levenseinde te blijven groeien. Hoeft het gezegd dat deze groei machtig gestimuleerd wordt, wanneer mensen elkaar wederzijds steunen, respecteren en juist daarom in alle vrijheid terechtwijzen indien dat nodig is?

Kan men deze definitie van een ideale, dat betekent na te streven ethische gemeenschap waaraan alle leden zonder uitzondering deelnemen ook toepassen op de verhouding tussen zorgverstrekkers en patiënten in de geestelijke gezondheidszorg? Wat betekent 'participatie door de patiënt' hier concreet? Anders geformuleerd: wat zijn de mogelijkheden en de noodzakelijke limieten van de autonomie die we onszelf en onze patiënten toewensen? Het zou onrealistisch en daarom onverantwoord zijn, de specifieke problemen van een psychiatrische therapie te willen ontkennen, maar wordt die onvermijdelijke afhankelijkheid niet al te vlug als een excuus gebruikt om de moeizame zoektocht naar de zo groot mogelijke vorm van autonomie vroegtijdig op te geven. Hoe kunnen we de publieke opinie en de overheid

ervan overtuigen dat de tijd en het geld die voor een dergelijke therapeutische zoektocht nodig zijn geen luxeproducten zijn (iets wat we ons in tijden van financiële en economische crisis niet kunnen permitteren)? Kunnen we de ethische ruimte waarbinnen zich dergelijke projecten en processen afspelen voldoende verruimen of stoot die autonomie al vlug op de buitenmuren van onze klinieken en op de angst en onzekerheid van de buitenwereld die, zoals Michel Foucault betoogde, dit verontrustende probleem zoveel mogelijk wil verstoppen?

Indien dit geen afsluitende lezing was, dat wil zeggen gehouden aan het einde van een vermoeiende dag en het laatste obstakel vóór de welverdiende receptie, zou het nu het moment zijn voor een interactief gesprek over de praktische invulling van de beoogde participatie, de intervisie tussen zorgverstrekkers en patiënt. Uit mijn beperkte ervaring in het hoger onderwijs heb ik geleerd dat een interactief seminarie zoveel maal interessanter maar ook vermoeiender is dan een ex cathedra-college, waarbij de studenten zich in de anonimiteit van een grote aula kunnen verschuilen en de docent voor de zoveelste keer ongestraft hetzelfde verhaal kan komen vertellen. U weet dat ik hier geen karikatuur schets. Bijna alle goedbedoelde en zorgvuldig voorbereide hervormingsprogramma's van het onderwijs zijn trouwens gestrand op de te hoge kosten aan tijd, geduld en energie voor diegenen die het project ter plaatse moesten realiseren. Omdat ik slechts van op afstand met de psychiatrie in contact ben gekomen, onder meer via de ervaringen van een paar familieleden en oud-studenten, had ik graag van u gehoord, hoe zo'n participatieproject, waarbij de nadruk gelegd wordt op het bereiken van de hoogst mogelijke graad van autonomie, concreet verloopt en wat tot nog toe het gemiddelde slaagpercentage is. Het is duidelijk dat in veel gevallen de nood aan begeleiding en/of medicatie voor altijd of in ieder geval lange tijd na het ontslag uit de kliniek zal blijven bestaan. Ik begrijp ook, waarom Dr. Krikilion in een epostbericht (*over deze lezing*, nvdr) spreekt van momenten waarop de zorgverstrekkers, ik citeer "soms tijdelijk – in crisis – de zelfstandigheid een stukje overnemen". Kan men dit doen, ik citeer opnieuw, "zonder te vervallen in paternalisme"? In hoeverre werkt de verantwoordelijkheid voor de patiënt en haar of zijn omgeving (familie, vrienden en burens) die beoogde zelfstandigheid tegen, als gevolg van de logische conclusie dat "wat we zelf controleren, controleren we beter"?

Dit zijn slechts enkele van de vragen die een geïnteresseerde leek, die bovendien misschien wel iets teveel Michel Foucault, Ronald David Laing en Thomas Szasz gelezen heeft, aan de mensen in het veld zou willen stellen, om op basis van de ingewonnen informatie een voorlopig besluit te kunnen trekken. Die conclusie moet voorlopig blijven, omdat we ons ervan bewust zijn hoe vlug de ontwikkelingen in medicatie en therapeutische methodes elkaar opvolgen én omdat ook de zogenaamde *Zeitgeist* vaak ongemerkt maar onweerstaanbaar evolueert. Ik denk hier bijvoorbeeld aan het enthousiasme waarmee mensen van mijn generatie in de jaren zeventig de opmars van de 'anti-psychiatrie' als een bevrijding uit de betutteling begroet hebben, en de immorele manier waarop politici als wijlen Ronald Reagan, die toen gouverneur van California was, van deze bevrijdende theorieën misbruik gemaakt heeft om de staatskas te 'bevrijden' van de last van duizenden psychiatrische patiënten die in naam van de vrijheid letterlijk op straat werden gezet, om daar als zogenaamde *burnouts*, uitgebluste mensen of *walking dead* te verkommeren. De kans dat iets dergelijks in Vlaanderen zal gebeuren, is miniem, maar dat mag ons niet beletten waakzaam te blijven, want ook hier is het gevaar reëel dat de gevolgen van de toenemende crisis het hardst zullen gevoeld worden door de zwaksten in onze samenleving.

Voorlopig besluit

De wetenschap in het algemeen, en dus ook de psychiatrie die op het kruispunt ligt van de zogenaamd 'harde' natuurwetenschappen en de 'zachte' menswetenschappen, van enerzijds klinische experimenten en neurologische, biologische en chemische kennis en anderzijds intuïtie, heeft reeds geruime tijd haar aanspraak op het vinden van een of de absolute waarheid opgegeven. We weten dat we hoogstens kunnen streven naar de grootst mogelijke graad van waarschijnlijkheid, maar dat dit ons wel verplicht, met die gradatie van waarschijnlijkheid rekening te houden, bijvoorbeeld in het verontrustende debat tussen de voorstanders van de evolutietheorie en de verdedigers van het creationisme of het *Intelligent Design*. Hetzelfde geldt voor de ethische ruimte, waarbinnen we onze relatie met anderen, in dit geval met mensen die onze zorg nodig hebben, moeten ontwikkelen. Wij gaan er dus van uit dat de rechten van de patiënten en onze maatschappelijke en persoonlijke plicht, hen te helpen, hoogstwaarschijnlijk voorrang hebben op andere, meer hedonistische en egocentrische overwegingen. Zodanig zelfs, dat we als samenleving bereid zijn, een hoog percentage van onze welvaart aan die dure zorg voor de zieken en geesteszieken te besteden. Niet om de liefde Gods of in de hoop op een beloning in het hiernamaals, maar uit het besef dat een maatschappij die dat niet langer doet – denken we maar aan de mensonterende toestanden in de vroegere weeshuizen in Roemenië – haar morele legitimiteit verliest om tenslotte roemloos ten onder te gaan.

Tegelijkertijd beseffen we dat een formele, dat wil zeggen lege ethische ruimte niet volstaat, indien de mensen binnen die ruimte geen ethische ingesteldheid ontwikkeld hebben. Deze ethische ingesteldheid is niet zozeer het resultaat van een morele opvoeding gekoppeld aan een van bovenaf gedecreteerde deontologische wetgeving, maar van de dagelijkse ethische praktijk, die zowel alle zorgverstrekkers verbindt, als door ieder van hen op een persoonlijke manier wordt ingevuld, en zo nodig aangepast wordt aan de veranderende omstandigheden en, vooral, aan de uniciteit van elke patiënt. Om dit wel bijzonder inspannend en moeilijk engagement mogelijk te maken, is op de eerste plaats de interactie tussen de zorgverstrekkers zelf noodzakelijk. De ethische theorie die in het beste geval de neerslag is van de praktijk van honderdduizenden mensen over generaties, kan daarbij een nuttige rol spelen, zolang we beseffen dat theorie nooit een eindpunt of een doel op zich kan zijn. Professionele buitenstaanders zoals zielzorgers, morele consultants en academische ethici kunnen daarbij behulpzaam zijn, op voorwaarde dat ze voortdurend en aandachtig naar de feitelijke zorgverstrekkers luisteren en in alle bescheidenheid de relativiteit van hun adviezen inzien. Ze hebben daarbij het voordeel van een zekere afstandelijkheid, hetgeen echter samengaat met het nadeel van iemand die onmogelijk de complexiteit van de reëel bestaande zorgverstrekking kan ervaren. In laatste instantie kunnen alleen de direct betrokken personen, en dat zijn de zorgverstrekkers en hun patiënten, de op dat moment en voor die patiënt juiste dosering van autonomie en begeleiding bepalen.

Ik ben deze lezing begonnen met een verwijzing naar Theodor W. Adorno en zijn essay *Minima Moralia*. Misschien is een nuchtere raad van hem uit die tekst een passend besluit:

Geen verbetering is te klein of te onbeduidend om te worden uitgevoerd. (p. 95)

Wellicht kunnen we, elk van zijn of haar kant, alvast daarmee beginnen?

Ethiek en therapie: een landschap vol mogelijkheden.

Wie bepaalt de weg?

Joeri Van Looy, teamcoördinator dagkliniek divisie Volwassenen OPZ Geel, klinisch psycholoog en systeempsychotherapeut, Julienne Aerts, maatschappelijk werker dagkliniek Poorthuis divisie Volwassenen en ombudsvrouw OPZ Geel, en Els Dhondt, ergotherapeute en creatief therapeute dagkliniek Poorthuis divisie Volwassenen OPZ Geel

In het Poorthuisteam van de dagkliniek voor volwassenen werkt men volgens de principes van oplossingsgerichte systeempsychotherapie. Een vaak gebruikte uitspraak die deze aanpak typeert, is: "leading from one step behind". Zo probeert de hulpverlener geen 'voetspoor' na te laten van zijn professionele aanwezigheid, maar wel een context te creëren waarin de patiënt zijn eigen 'brandstof' (*resources*) kan ontdekken en gebruiken. De hulpverlener laat de patiënt zelf zijn keuzes maken en geeft zo veel verantwoordelijkheid aan de patiënt, die zelf richting blijft geven aan zijn leven. Door de keuze van de te volgen weg bij de patiënt te laten, wordt de hulpverlener soms geconfronteerd met beslissingen en acties die tegen zijn eigen normen en waarden ingaan. Hoe ver kan de hulpverlener dan met de patiënt meegaan? Waar liggen de (ethische) grenzen? Wanneer is het meer ethisch verantwoord om "het over te nemen"?



In het OPZ Geel bestaat de Dagkliniek Volwassenen uit twee teams die elk vanuit hun eigen invalshoek groepsprogramma's aanbieden. Het team van De Bron werkt experiëntieel-ervaringsgericht in een intense explorerende groepstherapie. De doegroep en de bilangroep zijn de twee groepsprogramma's die worden aangeboden in het Poorthuis. In de doegroep ligt de nadruk op resocialiserende activiteiten en in de bilangroep vormt het leren van elkaar de rode draad doorheen het programma. Het multidisciplinaire Poorthuisteam laat zich bij het begeleiden van deze groepen inspireren door een oplossingsgerichte systemische visie. Toen de vraag werd gesteld om een workshop rond ethiek en therapie te geven, lag het voor dit team voor de hand dat ze zouden vertrekken vanuit de eigen (oplossingsgerichte) systemische visie.

1. Vertrekpunt in de Poorthuisvisie: twee verschillende perspectieven

De teamleden in het Poorthuis zijn er zich erg van bewust dat er in een hulpverleningsrelatie interactie bestaat tussen (minstens twee) verschillende perspectieven, namelijk dat van de patiënt en dat van de therapeut (hulpverlener) (*Figuur 1*). De manier waarop deze perspectieven met elkaar in contact komen - de aard van de interactie - bepaalt de aard van het veranderingsproces. Zo spreekt men in de literatuur van het paternalistische, het consumenten-, het motivationele en het overlegmodel om de aard van de interactie te typeren.

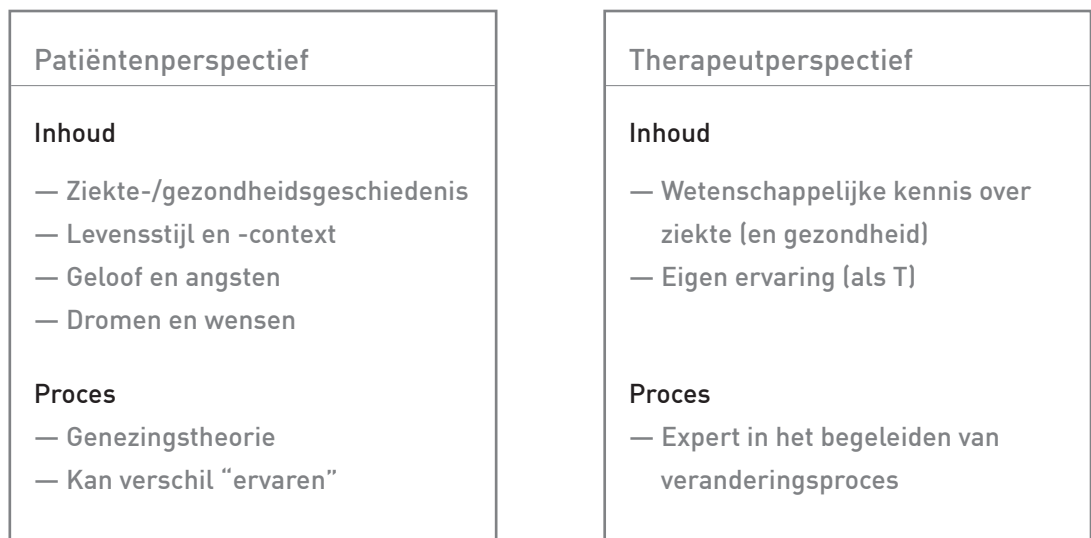
Volgens het paternalistische model worden de beslissingen in het veranderingsproces hoofdzakelijk genomen vanuit het therapeutenperspectief, waarbij de patiënt een voornamelijk passieve rol heeft om enkel de gevraagde informatie te geven aan de therapeut. Tegenovergesteld is het consumentenmodel, waarin de beslissingen volledig genomen worden door de patiënt, mogelijk op basis van de inhoudelijke informatie gegeven door de therapeut.

Binnen het motivationele model vertrekt de therapeut vanuit het eigen perspectief en verkent van daaruit het patiëntenperspectief als middel om via interactie te komen tot het door de therapeut gekozen doel, hetgeen vaak een welomschreven verandering is in het patiëntenperspectief.

Het overlegmodel vertrekt vanuit een verkenning van het patiëntenperspectief om doelen te formuleren, waarbij binnen het therapeutenperspectief mee wordt gezocht naar manieren om daar te geraken. Vaak komt men zo tot verschillende opties, waarvan de voor- en nadelen samen worden overwogen. Uiteindelijk streeft men er in de twee laatste modellen naar om de keuze vanuit het patiëntenperspectief te laten gebeuren, al zet de therapeut bij het motivationele model zijn expertise ten dienste van de beste keuze vanuit zijn eigen perspectief en doet hij dit niet bij het overlegmodel aangezien de voorliggende keuzemogelijkheden vanuit zijn perspectief 'gelijkwaardig' zijn.

Afhankelijk van de keuze die moet gemaakt worden in een therapeutisch veranderingsproces, kunnen de therapeuten in het Poorthuis van model veranderen. Ze zijn zich immers bewust van het bestaan van verschillende perspectieven. Ze vertrekken bij deze afweging evenwel steeds vanuit het overlegmodel omdat dit het beste aansluit bij de oplossingsgerichte visie.

Verschillende perspectieven

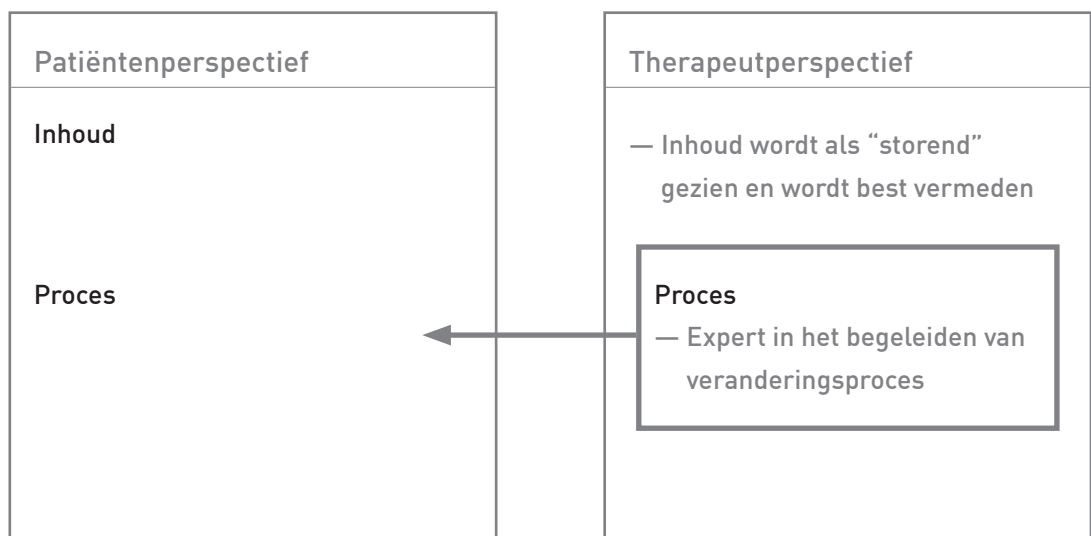


Figuur 1 : Verschillende perspectieven

2. De oplossingsgerichte visie en de verschillende perspectieven

Oplossingsgerichte therapie (OGT) wordt vaak bij de postmoderne therapieën gerekend. Het is een therapie die zich afspeelt in het verhaal van de patiënt, die de eigenaar is van zijn eigen verhaal. De oplossingsgerichte therapeut beschouwt de patiënt als expert van zijn leven en reduceert zijn eigen rol zoveel mogelijk tot expert in het scheppen van een goede veranderingscontext. Daar waar er binnen het overlegmodel nog van wordt uitgegaan dat het geven van informatie over verschillende veranderingswijzen nodig is voor de patiënt om zelf een goede keuze te kunnen maken, stelt de oplossingsgerichte therapie hiervoor het ervaren door de patiënt zelf voorop en tracht ze elke inhoudelijke (theoretische) inbreng uit het proces te houden. De enige taak van de oplossingsgerichte therapeut bestaat erin het veranderingsproces van de patiënt te helpen begeleiden 'van één stapje erachter' binnen het perspectief van de patiënt (*Figuur 2*). Zijn taak is dus niet het aangeven van oplossingen in de plaats van de cliënt, maar wel het scheppen van een alternatieve context waarbinnen alternatieve keuzen in plaats van symptoomgedrag terug mogelijk worden.

Input van verschillende perspectieven in OGT



Figuur 2 : De inbreng van oplossingsgerichte therapie is procesmatig, niet inhoudelijk

3. Beroepsethiek en oplossingsgerichte therapie

Wanneer de oplossingsgerichte werkwijze wordt afgetoetst aan de ethische principes die terug te vinden zijn in de ethische codes van de meeste hulpverleningsberoepen, kan men stellen dat deze werkwijze bij uitstek leidt tot ethisch verantwoorde begeleidingen.

'Respect voor menselijke waardigheid' is een belangrijk beroepsethisch principe, dat zich uit in acceptatie van de patiënt zoals hij is in al zijn aspecten, zonder een oordeel te vellen. Aangezien oplossingsgerichte therapie werkt binnen het patiëntenperspectief en het zich onthoudt van inhoudelijke ziekte-, genezings- of gezondheidstheorieën, heeft de therapeut een accepterende houding die de patiënt uitnodigt om expert over zichzelf te zijn. Er ontstaat een 'empowerment'-werkrelatie die voortbouwt op wat er is en niet gericht is op afbreken van wat niet goed zou zijn. Aangezien de inhoud geheel in het patiëntenperspectief zit, is er bij de therapeut ook geen nood aan het begrip 'weerstand'. De therapeut helpt de patiënt zichzelf te helpen op diens manier.

'Zorg op maat' is een ethisch principe, aangezien het ervan uitgaat dat iedereen uniek is en zo wil (h)erkend worden. De therapeut moet dus rekening houden met de eigenheid van de patiënt. Doordat de oplossingsgerichte therapeut vertrekt vanuit deze uniciteit van de patiënt, neemt hij consequent een 'niet-wetende' houding aan. Zo zoekt hij verheldering en ontwikkeling in het perspectief van de patiënt en in diens woorden. Zijn inbreng is niet inhoudelijk, maar procesmatig. Er wordt samen gezocht naar oplossingen, gebaseerd op uitzonderingen in het 'symptoomgedrag' en reeds werkende copingstrategieën van de patiënt. Oplossingsgerichte therapie biedt dus de nodige flexibiliteit voor 'zorg op maat', want het is 'inhoudsloos' (geen theorieën). De therapeut volgt van één stap achter, terwijl de patiënt individuele oplossingen ontwikkelt voor zijn specifieke situatie.

'Niet langer dan nodig' houdt in dat het lijden van de patiënt zo kort mogelijk wordt gehouden na de start van therapie en dat deze therapie zo lang duurt als nodig, maar niet langer. Oplossingsgerichte therapie maximaliseert de zelfbeschikking. Deze therapievorm bevordert de generalisatie van het leereffect en de bewustwording van interne en externe hulpbronnen bij de patiënt. De patiënt blijft immers steeds de eigenaar van zijn eigen (veranderings-)proces, en leert verandering te sturen door continue evaluatie (bijvoorbeeld via schalen, doe-iets-anders-taak, ...).

'Professionele verantwoordelijkheid' is een ethisch principe dat van de therapeut verlangt dat hij competent is in wat hij doet. De therapeut moet zich dus bewust zijn van zijn eigen beperkingen en er rekening mee houden. De oplossingsgerichte therapeut beseft dat hij best zijn rol beperkt tot het creëren van een context waarin het geloof van de patiënt om zelf eigen capaciteiten en oplossingen te vinden wordt gevoed. Hij nodigt uit om verder te exploreren (bijvoorbeeld via uitzonderingen), van één stap erachter, waarbij de patiënt dus maximaal vrij kiest wat hem nuttig lijkt. Zijn focus op proces en minder op inhoud behoedt hem voor de valkuil de patiënt te gaan voorschrijven wat goed voor hem is, aangezien dit nooit 100 procent zeker kan worden voorspeld.

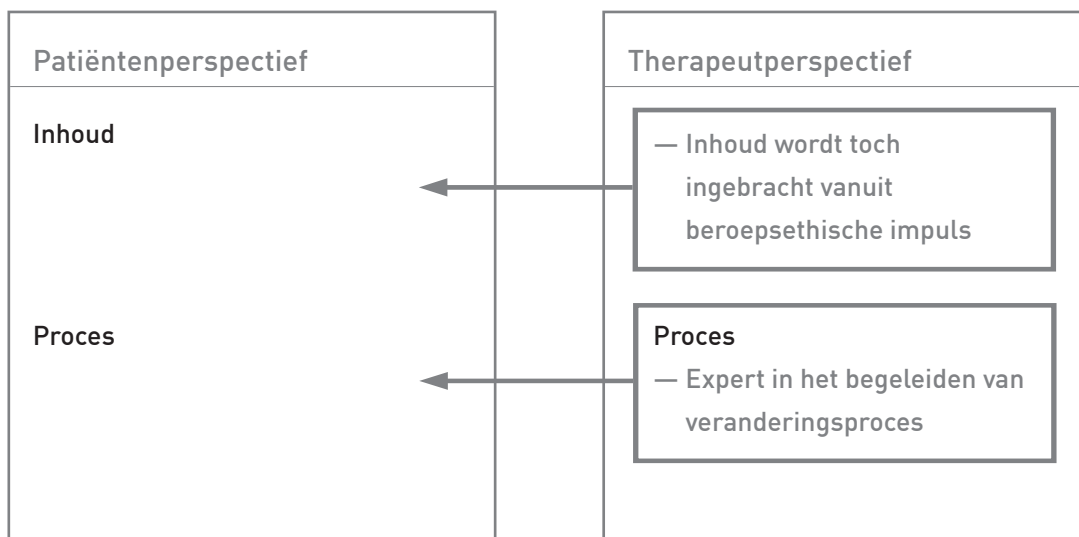
Om de hierboven beschreven redenen durft het team van het Poorthuis stellen dat ze vanuit hun visie beroepsethisch handelen. Toch roept ook deze aanpak vragen op, die we tijdens de workshop aan de deelnemers voorlegden:

- *Wat als de professionele 'inhoud' van de therapeut wordt uitgedaagd om toch te spreken?*
- *Hoe hard mag je waarschuwingen roepen als 'gids-die-volgt' wanneer de persoon voor u toch een gevaarlijke ravijn in wil lopen?*
- *Hoe ver loop je mee? Wanneer zeg je halt? Stop je de patiënt tegen zijn wil?*

Vele interessante meningen kwamen aan bod. Het was duidelijk dat men in sommige hulpverleningscontexten sneller zal 'bijsturen' en dat anderen de eigen grenzen erg ver legden uit respect voor de waardigheid en autonomie van de patiënt. Teamoverleg en -afspraken werden gezien als belangrijke hulpmiddelen in het bepalen van het tijdstip voor inhoudelijke input. In het Poorthuis wordt toch inhoud ingebracht in het veranderingsproces van de patiënt na een 'beroepsethische reflectie' (Figuur 3). Inhoud inbrengen vanuit het eigen perspectief gebeurt bijvoorbeeld wanneer grenzen moeten gesteld worden die nodig zijn om de groepswerking in stand te houden (bijvoorbeeld bij het bewaken van de afdelingsregels), wanneer de patiënt keuzes maakt waarin de therapeut (of het team) niet kan of mag volgen, of wanneer de keuzebekwaamheid van de patiënt tijdelijk is ingeperkt. Bij het inbrengen van inhoud wordt steeds meegegeven dat deze voortkomt uit het therapeutperspectief. De acceptatie dat de patiënt dingen anders ziet en andere keuzes maakt, blijft en, indien mogelijk, blijft de begeleiding van het keuze-/veranderingsproces doorlopen. Zolang het niet gaat om 'breekpunten' voor het voortzetten van de begeleiding, wordt de inhoudelijke input permissief geformuleerd. Een voorbeeld: "Wetenschappelijk

onderzoek stelt dat de kans op nieuwe psychotische opstoten toeneemt door cannabisgebruik bij mensen die eerdere psychotische episodes hebben meegemaakt. Volgens die informatie loop je dus een groot risico op een nieuwe psychotische opstoot doordat je cannabis blijft gebruiken. Je hebt vast wel goede redenen om dat toch te doen?" Bij 'breekpunten' voor het voortzetten van de begeleiding, wordt zoveel mogelijk de keuze bij de patiënt gelegd: het is dan de patiënt die beslist of zijn veranderingsproces al dan niet past in de context die door de therapeut wordt geschetst, bijvoorbeeld door bewust te kiezen voor een begeleiding op onze drugsvrije afdeling.

Input van verschillende perspectieven in OGT



Figuur 3 : Uitzonderlijk wordt toch inhoud ingebracht vanuit beroepsethische impuls

Ethische dilemma's in een psychiatrische behandelsetting vanuit de aandacht voor spiritualiteit

*Michaël Loots, teamcoördinator-hoofdverpleegkundige Psychosezorg divisie Volwassenen OPZ Geel,
en Jos Nicasi, teamcoördinator-hoofdverpleegkundige Behandeleenheid divisie Ouderen OPZ Geel*

Deze keuzesessie werd gewijd aan de thematiek van ethische dilemma's die zich regelmatig voordoen bij de behandeling van psychiatrische patiënten. Ze confronteren de zorgverlener indringend en dwingen hem of haar tot een bepaalde keuze. Ook al is iedere patiëntsituatie uniek, toch is een algemeen toetsingskader van belang. In die zin werden aan de hand van een theoretisch model handvatten aangereikt om met deze dilemma's op een adequate manier aan de slag te gaan. Door middel van casuïstiek werd het model aan de praktijk getoetst.



Hieronder wordt een toelichting gegeven bij het bredere perspectief van spiritualiteit dat de thematiek van ethische dilemma's diepgang kan geven en een achtergrond kan vormen voor een fundamentele ethische reflectie. Verder wordt een basismodel dat in de ethische reflectie rond dilemma's kan gebruikt worden, aangegeven en kort omschreven.

Spiritualiteit heeft te maken met wat ons ten diepste gaande houdt en in beweging zet, met wat ons begeistert en bezielt. Het is dé hoofdstroom in ons leven. Het gaat vaak om die vraag die de wetenschap onbeantwoord laat: de vraag wat wij voelen en ervaren, wat wij willen en wat wij nastreven. De kennis die ze ons verleent, is niet een kennis van feiten, noch van middelen, maar is de kennis van onze eigen doelen.

In het hedendaagse denkpatroon, dat sterk gericht is op feiten en middelen, dreigt wat mensen ten diepste toe bezighoudt veronachtzaamd te worden. Aansluitend dreigen ook fundamentele waarden en levensovertuigingen te worden weggeschoven naar het privé-domein. Met als gevolg dat het zicht op wie wij, mensen, ten diepste zijn, verloren gaat in de bredere maatschappelijke context en op professioneel vlak.

Professionele relaties vereisen eenduidige problemen en oplossingen. Voor de meerduidigheid en de existentiële dimensie van het kwetsbare leven is er bijgevolg meestal (te) weinig ruimte. Ook in de uitoefening van de dagdagelijkse zorgverlening is dat het geval. Ziekte isoleert mensen van hun omgeving, werkt vervreemdend en lijden maakt onvrijwillig eenzaam. Zorgverleners hebben vaak te weinig ruimte om systematisch in te spelen op dit existentiële en spirituele aspect. De klemtoon ligt namelijk sterk op kennis en methodiek. We herkennen op dit punt een merkwaardig mechanisme, met name: hetgeen hulpverleners winnen op het vlak van kennis en kunde, verliezen ze snel op vlak van het 'zijn'.

De spirituele dimensie van het professionele handelen richt zich op het mensvriendelijk karakter ervan en dit stelt bepaalde kwalitatieve eisen aan de professionele relatie. Verpleegkundige zorg is daarom steeds 'maatwerk' en nooit standaardwerk. Maatwerk waarbij gekeken wordt naar de specifieke mogelijkheden en noden van de patiënt. Met aandacht voor diens grenzen. Dit eenvoudig gegeven maakt de zoektocht juist enorm complex, aangezien iedere mens streeft naar een eigen zin, een eigen geluk.

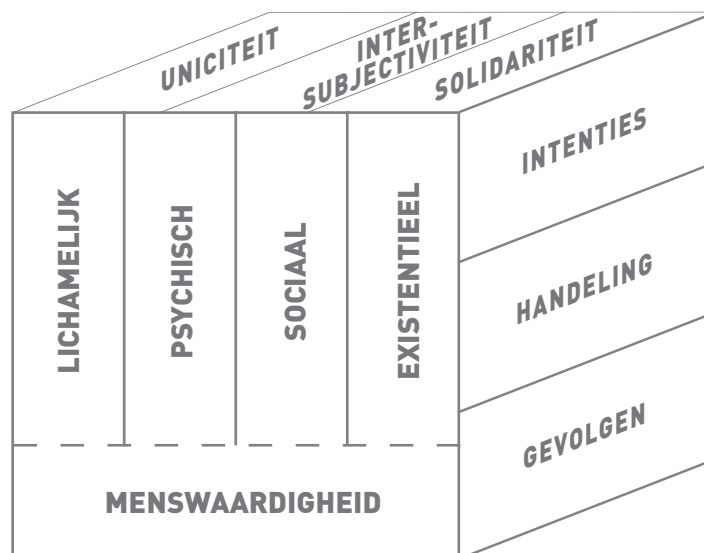
Om betekenis te geven, om de andere mens in zijn lijden te ontmoeten, is dialoog nodig, waarin 'begrijpen' centraal staat. Begrijpen staat hier volledig in het teken van een verbetering van het perspectief van de patiënt. De verpleegkundige is de 'onwetende meester' en is bereid tot een relationele groei en tot het stap voor stap begrijpen van waar het de patiënt om gaat. Deze nieuwe vorm van kijken, doet recht aan het feit dat de aandacht voor de totale mens niet enkel de doelstelling is van de holistische zorg, maar er tevens ook de toetssteen van is.

Het hoort bij de professionaliteit van de hulpverlener om intensief te leren luisteren, vanuit een fijne sensitiviteit. Die sensitiviteit is het meetinstrument voor de spirituele nood. Het ontwikkelen van de eigen spiritualiteit bij de hulpverlener is een noodzakelijke voorwaarde voor de geestelijke zorg.

Het stilstaan bij levensvragen, die niet passen in de logica van beheersbaarheid en in het oplossingsdenken, dat ook in de moderne gezondheidszorg heerst, is essentieel om de patiënt de kracht te geven om het gevoel van veilige geborgenheid, van standvastigheid en van stevige verankering te hervinden.

In de keuzesessie werd gebruik gemaakt van het model 'personalistische verantwoordelijkheidsethiek' zoals weergegeven in de figuur 'Kubus' van S. Van den Eynde (zie hieronder).

Dit model betreft een 'niet-statisch' en cyclisch-dynamisch kader om de uniciteit van het individu tot zijn recht te laten komen, zonder afbreuk te doen aan de uniciteit van de hulpverlener. Het relationeel karakter staat centraal, waarbij de maatschappelijke context geïntegreerd wordt. Dit met het uiteindelijk doel het faciliteren van de begeleiding van de menselijke persoon in al zijn dimensies.



Kubus (bron: R. Fransen & S. Van den Eynde, De elfde dimensie, Geel: Campinia, 2008)

Ethische dilemma's in een forensisch-psychiatrische jongerensetting: het perspectief van een psychiater

Caroline Debruyne, psychiater forensische K-dienst divisie Jongeren OPZ Geel en voorzitter Ethisch Comité OPZ Geel

In een forensisch-psychiatrische jongerensetting worden de zorgverleners dagelijks geconfronteerd met ethische dilemma's. Zo is er onder meer een spanningsveld tussen het juridisch kader met strafrechtelijke beperkingen en de zorg voor de persoon vanuit klinisch-ethische gedrevenheid. Daarbij zijn de volgende thema's voortdurend aan de orde: autonomie en zorgverlening, levenskwaliteit en beschermwaardigheid, privacy en participatie, en rechtvaardigheid en vertrouwensrelatie. Het vraagt van het multidisciplinaire team een voortdurende alertheid om vanuit de praktijk met elkaar het gesprek aan te gaan over deze waarden.



In deze keuzesessie gaf Caroline Debruyne vanuit haar praktijkervaring als psychiater een reflectie op de betreffende ethische dilemma's.

Hieronder volgt een toelichting van haar hand met betrekking tot twee fundamentele aspecten van het genoemde spanningsveld.

De forensisch-psychiatrische jongerenafdelingen vormen in Vlaanderen nog jonge behandelunits. Ze situeren zich in het spanningsveld tussen een ethische zorgbenadering en bredere beschermende en juridische verwachtingen vanuit de maatschappij en de betrokken partners. De ethische discussie betreft hier twee belangrijke aspecten die het werken op de unit voor de hulpverlener en patiënt onder druk zetten. Deze zijn mogelijk meer uitgesproken dan op een gemiddelde psychiatrische unit.

Een eerste aspect. De aanwezigheid van het delict van de patiënt en de hierdoor gecreëerde relatie met het slachtoffer brengen het voelen en denken van de hulpverlener, naast het inhoudelijk-therapeutische aspect, eveneens naar een ethisch paradigma. Er is een aanvoelen van een discongruentie in de logica omtrent het delict tussen de jongere en de maatschappij. Daarnaast vormt de herhaling hiervan of de confrontatie met het gedrag tijdens de behandeling op de unit een belangrijke trigger voor de angst om het zelfbehoud. De hulpverlener voelt zich aangesproken in zijn maatschappelijke positie en als beschermer van de eigen fysieke integriteit. Het vinden van een gedeelde ethiek geldt als voorwaarde voor een ontmoeting van logica's, waarbinnen de patiënt zich opnieuw kan ontwikkelen en een hulpverleningsrelatie kan standhouden.

Een tweede bijzonder aspect met betrekking tot de huidige units betreft het ontbreken van adequate wetgeving die een forensisch-psychiatrische werking ondersteunt. De units zijn gecreëerd binnen een model dat vertrekt vanuit de jeugdbescherming. Daarnaast zijn ze belast met zeer uiteenlopende verwachtingen vanuit verschillende maatschappelijke vertegenwoordigers. Noodzakelijke gegevens die een plaats moeten krijgen binnen de fundamentele opdracht om een veilig ontwikkelingsklimaat te creëren voor de betreffende patiënt, diens medepatiënt en de hulpverlener. Om dit te kunnen realiseren en volhouden, moet men volledig kunnen steunen en terugvallen op een ethisch denken over de noden van elke betrokkene en over de therapeutische opdracht om de hierin aanwezige relaties niet te laten vernietigen.

Beide aspecten leiden ertoe dat ethiek op een forensisch-psychiatrische jongerenafdeling een constant gegeven is, dat een gewicht legt op de mentale ruimte van elke medewerker binnen de afdeling, en dat een noodzakelijke voorwaarde is om in teamverband therapeutisch handelen mogelijk te maken.

De ethische commissie in het ethiek-beleid binnen de psychiatrische kliniek: in het brandpunt van creatieve spanningen

Stefaan Van Roey, jurist-ethicus, stafmedewerker van de Vereniging van Openbare Verzorgingsinstellingen (VOV) en secretaris van de Werkgroep Ethiek in de kliniek van het VOV¹⁵

Elk ziekenhuis dient, om te beantwoorden aan de erkenningsvoorwaarden, te beschikken over een plaatselijk ethisch comité – kortweg ethische commissie. Deze moet qua samenstelling en werking beantwoorden aan een reeks formele criteria. Hieraan beantwoorden, schept een basiskader dat zorgt voor een ethisch minimum. Het is echter wenselijk dat het basiskader meer is dan een louter formeel keurslijf en dat de instelling dit aangrijpt voor het creëren van een bredere werking. Zo kan het, rekening houdend met de wettelijke opdrachten en in afstemming op de eigen structuur en cultuur van de instelling, de grondslag vormen van een diepgaand en breed vertakt lokaal ethisch beleid binnen de instelling.



De ethische commissie doet dit vanuit verschillende spanningsvelden waarbinnen ze een evenwicht zoekt: tussen recht en ethiek; en binnen de ethiek tussen bijvoorbeeld rechten- en zorg-discours; tussen het ziekenhuis als bedrijf en het ziekenhuis als zorginstantie; en binnen de zorg tussen verschillende mogelijke zorgvormen; tussen concreet en abstract; en binnen een locale problematiek het onderkennen dat die niet zelden een globale dimensie heeft.

Op een aantal betekenisvolle spanningsvelden werd in de keuzesessie dieper analyserend en duidelijk ingegaan. Er werd hierbij gestreefd naar een voldoende mate van herkenbaarheid en praktische bruikbaarheid, zonder evenwel 'uni-pasklare' voor te stellen.

Hieronder volgt een toelichting bij een aantal centrale items.

Situering

De ethische commissie verricht haar werkzaamheden binnen verschillende spanningsvelden waarbinnen ze een evenwicht zoekt. Een aantal betekenisvolle spanningsvelden kunnen we bekijken vanuit de *paradox als een creatieve spanning*, waarbij de afstand tussen visie en werkelijkheid een bron wordt van creatieve energie.

In de gezondheidszorg(ethiek) wordt veel gesproken over dilemma's (*of-of-vraagstukken*), waarbij het meestal niet mogelijk is om een harmonieuze oplossing te vinden. Er dient namelijk voor het ene of het andere stelling genomen te worden en een keuze gemaakt.

Bij paradoxen gaat het om zaken die op het eerste gezicht tegenstrijdig lijken of zo door ons worden ervaren, maar die bij nadere beschouwing niet (helemaal) tegenstrijdig blijken te zijn. Het gaat bij een paradox namelijk niet werkelijk om tegengestelde zaken, maar om zaken die op een dieper niveau verbonden kunnen zijn. Het zijn zijden van één en dezelfde medaille. Het zijn *en-en* vraagstukken. Het paradoxale karakter aanvaarden, houdt in dat je de hoop opgeeft dat er een simpel instrument is waardoor de gespletenheid waar we overal tegenaan lopen, wordt opgeheven. Neen, de spanning tussen beide zijden blijft intact, maar prikkelt om niet eenzijdig of dogmatisch te kijken, en om beide uitersten op te zoeken en echt (te trachten) ze te leren kennen. In het besef dat - hoewel dat niet altijd zichtbaar is - er een zinvolle samenhang bestaat, die zich na grondige reflectie of soms plots spontaan toont.

Ethische commissie

De ethische commissie heeft twee wettelijk voorgeschreven functies: begeleiding (raadgeving bij de ethische aspecten van de ziekenhuiszorg) en toetsing (advisering met betrekking tot alle protocollen inzake experimenten). Daarnaast wordt aangeraden ook de ondersteunende functie (klinisch ethische consultatie) bij beslissingen over individuele gevallen inzake ethiek ter harte te nemen.

Deze functies worden op sommige plaatsen reeds *aangevuld* door moreel beraad waarbij de professionals op de werkvloer in een respectvolle dialoog zich de vraag stellen 'doen we de goede dingen goed'? Soms ontstaan ook 'reflectiegroepen voor (biomedische) ethiek'.

¹⁵ Zie voor verdere informatie over aanbod en werkzaamheden van deze werkgroep: www.vov-info.be

Deze complementariteit kan zeer heilzaam zijn voor een goed en zinvol ethisch debat en voor een breed en diep gedragen ethische cultuur in de instelling.

Ethiek

Binnen de ethiek als op (re)actie gerichte reflectie bestaan er verschillende opvattingen over ethiek: zoals tussen smalle ethiek (procedures; abstractie van het concrete) en brede ethiek (kader- of horizonvragen; nauw verbonden met concrete dagelijkse verhoudingen).

Belang van dit (soms relatieve) onderscheid: is men zelf (eerder) breed of smal denkend (zelf-kennis/zelf-respect?); is de ander in de ethische discussie (eerder) breed of smal denkend (kennis/respect van en voor de ander?); vraagt een situatie op een bepaald ogenblik een (eerder) brede of smalle aanpak (kennis/respect voor situatie)?

Het belangrijkste is niet welke benadering in algemene zin de voorkeur geniet, maar welke (combinatie van) perspectieven een *uitweg* kunnen bieden uit nieuwe praktische problemen.

Zorg-bedrijf

De vier deeldoelen van een ziekenhuis zijn: verlenen van kwaliteitsvolle patiëntenzorg; bestendig verbeteren en vernieuwen van deze zorg; daartoe inzetten van bekwame, geïnspireerde en gemotiveerde medewerkers; productief aanwenden van ter beschikking gestelde of verworven middelen. Zij zijn niet te scheiden en in een beslissing binnen de zorginstelling mogen ze geen van de vier uitgesloten worden. Ze dienen dan tegenover elkaar afgewogen te worden en met elkaar *in evenwicht* gebracht te worden.

Wil ethiek 'beklijven', dan moet ethiek *verankerd* zijn op elk niveau van de organisatie; zowel in de *zorg-processen* (zorg is inherent moreel) als in de *bedrijfs-processen* (óók hier spelen ethische kwesties: bijvoorbeeld arbeidsomstandigheden, veiligheid en gezondheid, culturele diversiteit, sponsoring, ...).

Dit veronderstelt een beleid en management dat '*ethiek ziet zitten*', ethiek op één echelon faciliteert; zelf mee in het ethische (de-)bad/t gaat. Dit is voor managers geen gemakkelijk opgave, gewend als ze zijn eerder in of ... of ... te denken (input/output), dan in *en ... en ...* (input/output én waarden ...).

Toegankelijkheid van zorg en economisering van zorg

Het vraagstuk van *toegang tot de gezondheidszorg* is een structurerende dimensie geworden van onze samenleving. Studies tonen (steeds weer) aan hoe moeilijk het is voor kansarmen om toegang te krijgen tot de zorgverlening: ongelijkheid (armoede) heeft onmiskenbaar gevolgen voor levensverwachting (gezondheid).

Toegankelijkheid is een belangrijke maatschappelijke waarde die door de economisering (namelijk de steeds groter wordende dominantie van financieel-economisch denken in de zorg) onder druk komt te staan. *Kansen van economisering* (transparant/outputgericht werken; klantgerichtheid; contra-bureaucratie) moeten telkens goed afgewogen worden tegen de *risico's van economisering* (ingewikkeld streven naar gelijktijdige realisatie van verschillende normen: onbaatzuchtig weldoen; kwalitatieve zorg; rechtvaardige verdeling en solidariteit; vrij ondernemerschap en persoonlijke verantwoordelijkheid; doelmatigheid; beheerste kostenontwikkeling).

Het is - als individu, instelling, maatschappij - constant balancerend opereren in een beweeglijke '*zone of acceptance*' met een (ethische) ondergrens waaronder men niet mag zakken en met een bovengrens waarnaar men moet streven.

Rechtenethiek en zorgethiek

Ethische beleidsdocumenten (van zorg- en beleidsvisie met de kernwaarden van de instelling; over beleids- en discussienota's en gedragscodes die de normen expliciteren; naar protocollen die gedragsregels vaststellen) alsook het ethisch stappenplan (bewaakte voortgang van denkproces en overleg; die inzichtelijk maakt op welke overwegingen een conclusie gebaseerd is), zijn exponenten van *rechten*-ethiek (rechten/plichten/principes/procedures; 'rechten als moraal van de 21-ste eeuw!?!').

De betrokkenheid van de *zorg*-ethiek leidt niet noodzakelijk tot ethisch juist handelen; de bekommernis van de hulpverlener wordt binnen de zorgethische benadering teveel als evidentie beschouwd ('ethiek begint met de aarzeling, niet met de spontane gerichtheid op de lijdende ander ...' (Roger Burggraef)).

Met andere woorden, *subjectieve* zorgzaamheid als ziel van de hulpverlening (zorgethiek) heeft een *objectieve* aanvulling nodig (bijvoorbeeld rechtenethiek). Een stappenplan kan dus bij ethische kwesties behulpzaam zijn, maar is op zijn beurt weer geen 'passe-partout'. Niet elk probleem is immers in te passen in een stappenplan; telkens opnieuw moet men het stappenplan aanpassen. Met andere woorden: zorgethiek en rechtenethiek *vullen elkaar aan*.

Literatuur

Algemeen (historisch; eerder theoretisch en beschouwend)

- Abicht, L., *Goed leven is goed samenleven: Inleiding in de ethiek*, Leuven/Amersfoort: Acco, 1993.
- Blackburn, S., *Goed leven: Een tegendraadse beschouwing over ethiek*, Rotterdam: Lemniscaat, 2002.
- Kruithof, J., *Eticologie: Inleiding tot de studie van het morele verschijnsel*, Meppel: Boom, 1973.
- Macintyre, A., *Geschiedenis van de ethiek: 25 eeuwen moraalfilosofie in kort bestek*, Meppel: Boom, 1974.
- Mortier, F. & Raes, K., *Een kwestie van behoren: Stromingen in de hedendaagse ethiek*, Gent: Mys & Breesch uitgevers, 1992.
- Savater, F., *Het goede leven: Ethiek voor mensen van morgen*, Utrecht: Bijleveld, 1996.

Bijzonder (eerder praktisch; sector gezondheidszorg)

- Bolt, L.L.E., Verweij, M.F., Van Delden, J.J.M., *Ethiek in praktijk*, Assen: Koninklijke van Gorcum, 2005.
- Braeckman, J., De Reuver, B. & Vervisch, T. (red.), *Ethiek, van DNA tot 9/11*, Amsterdam: University Press, 2005.
- Centrum voor Ethiek en Gezondheid, *Economisering van zorg en beroepsethiek*, Zoetermeer: CEG, 2004.
- Centrum voor Ethiek en Gezondheid, *Ethiek in zorgopleidingen en zorginstellingen*, Zoetermeer: CEG, 2005.
- De Beaufort, I., Hilhorst, M., Vandamme, S., Van de Vathorst, S. (red.), *De Kwestie: Praktijkboek ethiek voor de gezondheidszorg*, Den Haag: Lemma, 2008.
- Schotsmans, P., *Handboek medische ethiek*, Leuven: LannooCampus, 2008.
- Van Dartel, J.N., Jacobs, M., Jeurissen, R.J.M., *Ethiek bedrijven in de zorg: Een zaak van het management*, Assen: Koninklijke van Gorcum, 2002.
- Van der Arend, A. & Gastmans, C., *Ethisch zorg verlenen: Handboek voor de verpleegkundige beroepen*, Baarn: Intro, 2002.
- Widdershoven, G., *Ethiek in de kliniek: Hedendaagse benaderingen in de gezondheidsethiek*, Maastricht: Boom, 2000.
- Zwart, H., *Ethische consensus in een pluralistische samenleving: De gezondheidsethiek als casus*, Amsterdam: Thesis Publishers, 1993.

Inhoud

Ethiek in de psychiatrische kliniek Inleiding

1 *Walter Krikilion*

Ethiek en klinische psychotherapie

2 *Walter Krikilion*

Waarden in dialoog: een model voor ethische reflectie in de psychiatrische kliniek

6 *Axel Liégeois*

Zorgethiek en de vernieuwing van kwaliteitsstandaarden

14 *Annelies van Heijst*

Ethiek als zingevende ruimte

17 *Ludo Abicht*

Ethiek en therapie: een landschap vol mogelijkheden. Wie bepaalt de weg?

22 *Joeri Van Looy*
Julienne Aerts
Els Dhondt

Ethische dilemma's in een psychiatrische behandelsetting vanuit de aandacht voor spiritualiteit

26 *Michaël Loots*
Jos Nicasi

Ethische dilemma's in een forensisch-psychiatrische jongerensetting: het perspectief van een psychiater

28 *Caroline Debruyne*

De ethische commissie in het ethiek-beleid binnen de psychiatrische kliniek: in het brandpunt van creatieve spanningen

29 *Stefaan Van Roey*