

## Autonomie

Het ontstaan van het begrip AUTONOMIE dateert van de Antieke Oudheid. Tijdens de Middeleeuwen wordt dit begrip op een zijspoor geplaatst om vervolgens bij de opkomst van de Verlichting terug op te duiken. En nu, heden ten dage, heel hoog op een voetstuk geplaatst! In deze bijeenkomst gaan we de betekenis na die het begrip autonomie vanaf de Grieken via Kant naar Nietzsche en andere existentialisten kreeg om te eindigen hoe het begrip in de postmoderne periode invulling heeft gekregen. Vele filosofen vinden autonomie afzakken na de dikke-IK die alleen zichzelf ziet en de ander in het geheel niet. Graaizucht, neo-liberale samenleving (Paul Verhaeghe, van Tongeren, Joep Dohmen e.a). Zij pleiten voor een herbezinning: autonomie in verbondenheid. Als we rondom ons heen kijken is er niet alleen maakbaarheid maar ook kwetsbaarheid. Misschien valt er wel iets te zeggen voor een radicale omslag?



Datering oorsprong begrip:

Nl.: 1806, 1877

Fr.: 1596, 1751

Wat is (persoonlijke) autonomie? Wil dat zeggen dat je zoveel als mogelijk zelf invulling aan je leven geeft. Is dat het? En zo ja, hoe verbind je dat dan met afhankelijkheid? Hoe autonoom zijn we eigenlijk? Kan de maatschappij mijn autonomie aan banden leggen? Of worden deze vragen ingegeven door het fenomeen angst dat onze huidige cultuur teistert?

Definitie autonomie? In hoeverre kan autonomie? Waarin is mens autonoom? Vele aspecten van het leven. Gezondheidswerker redelijk in ziekte-gezondheidsaangelegenheden, garagist in keuze auto's, filosoof in filosofie enz. maar daarom niet zo sterk in andere levensvragen, onderwerpen, meningsvorming enz.. Bestaat volledige, totale autonomie?

Is autonomie noodzakelijk? Horen mensen autonoom te zijn? Er zijn culturen met (heel) weinig autonomie. Wie heeft dat uitgevonden? Sinds wanneer sprake van autonomie? Hoe komen we tot het begrip autonomie en hoe wordt het vandaag ingevuld?

Heeft autonomie iets te maken met identiteit? Met vrijheid. Definiëring? Is identiteit en vrijheid mogelijk? In hoeverre. Is autonomie mogelijk een schijnidee? Een illusie. Worden we verleid tot autonoom gedrag? En voor wie is autonomie mogelijk, draagbaar, haalbaar?

Er is ongetwijfeld een drang, een drift naar autonomie. Gaat het om een fundamentele behoefte?

- 100% autonomie bestaat niet
- 100% individualiteit bestaat niet
- 100% vrijheid bestaat niet
- 100% maakbaarheid bestaat niet
- 100% kwetsbaarheid bestaat ???

## HETERONOMIE vs. AUTONOMIE

De mens is het enige dier dat in staat is over zijn daden te denken en daar betekenis aan te geven. Ethiek spreekt heel sterk ons geweten aan. We ‘ge-weten’ wanneer we juist of onjuist / goed of slecht handelen. Dat hebben we in principe geleerd vanuit onze opvoeding, omgeving, godsdienst, school, media, kortom vanuit de cultuur waarin we opgegroeid zijn. Allerlei waarden en normen zijn ons liefst met liefde en consequentie, maar soms met aandrang c.q. enige dwang opgelegd, verteld, aangeboden enz. Kortom, we zijn gemoraliseerd. Zolang we onszelf niet die normen en waarden hebben geïnternaliseerd is er sprake van **heteronome** moraal. We laten ons dan leiden door regels die de cultuur ons oplegt. Zo bv. hanteert elke godsdienst een heteronome ethiek. Er zijn waarden en normen die een godsdienst oplegt aan haar gelovigen. Heeft een individu de aangeleerde waarden en normen tijdens de ontwikkeling naar volwassene zelf gekozen en doordacht eigen gemaakt dan is er sprake van een zekere tot hoge mate van **autonomie**. Nu hoeven de begrippen heteronomie – autonomie elkaar niet te bijten. Want heel vaak laten godsdiensten ook ruimte – een soort vrije wil - voor een zekere zelfbepaling van de gelovigen. Het is dus niet zo dat een godsdienst volledig bepaalt hoe gelovigen dienen te leven. Daarnaast kan een gelovige heel autonoom en overtuigd kiezen voor een heteronome moraal. De scheidingslijn autonomie – heteronomie is dus niet absoluut. Het begrip autonomie is, vanuit historisch perspectief, een vrij recent begrip. Veel filosofen en psychologen hebben hierover geschreven. We selecteren het onderzoek van Kohlberg en de piramide van Maslow om de groei naar autonomie verder toe te lichten.

## KOHLBERG

Tijdens de adolescentiefase hebben we ons, gaandeweg de groei naar identiteit, kritisch afgevraagd en bepaald naar welke morele regels we de rest van ons leven willen handelen. In plaats van onze waarden en normen gewoon over te nemen van onze omgeving, zijn we kritisch reflectief gaan nadenken over deze waarden en normen en hebben vervolgens zelfstandig uitgemaakt in hoeverre we die waarden en normen overnemen en continueren. Hier is sprake van een ontwikkeling naar **autonome** moraal. Een heel proces waarvan het einde maar door weinigen wordt bereikt. Althans als we Kohlberg volgen die in deze context vaak geciteerd wordt. Google voor uitgebreide informatie *Kohlberg theorie* op [Lawrence Kohlberg - Wikipedia](#) of [Lawrence Kohlberg's stages of moral development - Wikipedia, the ...](#). Deze psychologische onderzoeker, denkend in het verlengde van *Piaget*, gaat ervan uit dat het kind een *aangeboren gevoel* heeft voor juist en onjuist handelen of anders gesteld het onderscheid weet te leren tussen goed en kwaad. De cultuur brengt alleen maar indirecte variaties aan. In zijn onderzoek (1950-1970) onderscheidt Kohlberg, van peuter tot en met

adolescent, drie niveaus waarin zes stadia in de ontwikkeling van het morele denken. Gaande van heel concrete besluitvorming (hoe meer je steelt hoe erger = kwantiteit is de norm) groeit de adolescent naar meer intentioneel oordelen (waarom en hoe komt het dat iemand steelt = kwaliteit is de norm). De **intentie** van het onjuist handelen, bepaalt aldus het **oordeel**, dat in het laatste stadium een persoonlijk doordachte keuze is geworden. Dergelijk moreel oordelen ontwikkelt zich steeds verder tot latere leeftijd. Het is niet vanzelfsprekend dat iedereen elk stadium doorloopt. Integendeel, men moet de gelegenheid krijgen om deze stadia te doorlopen. Kohlberg was hierin erg pessimistisch. Volgens hem haalde in de Amerikaanse samenleving amper 10 % het voorlaatste stadium 5, laat staan het laatste stadium 6! Dit heeft verderop gevolgen als we het begrip ‘autonomie’ in een zo juist mogelijk context gaan proberen te plaatsen.

## MASLOW

In het verlengde van Kohlberg is het ook relevant om de piramide van Maslow te vermelden. Maslow geeft aan dat een individu uiteindelijk tot een optimale zelfverwerkelijking c.q. zelfontplooiing wenst te komen. Dit streven kan pas bereikt worden indien allerlei voorwaarden vooraf vervuld zijn. Eerst is er de behoefte aan heel materiële basisvoorwaarden, vervolgens is het belangrijk dat aan een aantal psychologische behoeften is voldaan en zo groeit het individu naar mogelijkheden om zichzelf te verwerkelijken: zijn zoals ieder mens zou kunnen zijn m.n. een sterk autonoom individu levend in een gemeenschap (autonomie in verbondenheid, zie verder)



Behoefttehiërarchie van Maslow

Een cultuurhistorisch - en tijdsgebonden globale vergelijking tussen de Oosterse en de Westerse cultuur werkt hierbij verhelderend. De Westerse cultuur is namelijk de enige cultuur die zich erg verschillend ontwikkeld heeft in vergelijking met andere culturen zoals de oude Babylonische Perzische cultuur, de oeroude Chinese cultuur, de Egyptische cultuur van de farao's, de Islamitische cultuur. Deze culturen worden vooreerst gekenmerkt door het feit dat ze geregeerd worden in een systeem waarbij kerk én staat één zijn. Verder geven deze culturen de indruk dat de tijd er stil staat en er weinig verandert m.a.w. erg statisch van aard

zijn. De mensen zijn er heel sterk van elkaar afhankelijk. Er heerst een sterke gemeenschapssfeer en er is sprake van **grootfamilies** (extended families). De sociale controle is er groot. Autonome en vrijheid is beperkt tot zeer beperkt. Over het algemeen geldt dit nog meer voor de vrouwen dan voor de mannen. Het gaat om WIJ-culturen met een kleine ik. Kinderen groeien in grote open gemeenschappen.

Hoe anders is de Westerse cultuur. Vanaf de Grieken en de Romeinen is er sprake van een zekere individuele vrijheid. Ideeën over deze vrijheid en autonomie zetten zich, wel enigszins met enige tegenwind vanuit kerk en staat, door tijdens de Middeleeuwen met de opkomst van de steden en hun vrijheidscharters. Daarnaast ontstaan overal staatsvormen waarbij kerk en staat gescheiden zijn. In de loop van de eeuwen ontkerkelijk het Westen. Deze secularisering geeft mede ruimte om de idee van vrijheid verder uit te bouwen, vooral vanaf de 15<sup>e</sup>, 16<sup>e</sup> eeuw. De economie van het westen is een dynamiek van handel en nijverheid. De wijze hoe mensen met elkaar omgaan is sterk verschillend met deze van de andere culturen. Geen sprake van grootfamilie maar van **kerngezin**. De sociale controle is minder en het begrip vrijheid wordt een kernbegrip voor de Westerse maatschappij. Vanaf Napoleon (ca 1800) worden de eerste stappen gezet naar een democratische samenleving. De evolutie naar democratie kent een flinke hausse in de jaren van de 2<sup>e</sup> wereldoorlog. We kunnen stellen dat het Westen gekenmerkt wordt door een IK met een kleine wij. Dat wil zeggen dat begrippen als geldeconomie (kapitalisme), democratie, vrijheid, individualiteit en autonomie tot de onaantastbare kernbegrippen horen van de Westerse samenleving. In onderstaande kolommen staan de verschillen tussen het Westen en de 'rest' gerangschikt. Zo'n rangschikking heeft wel het gevaar dat het wat kunstmatig en stereotyperend overkomt. Het interpreteren van de aangegeven begrippen vraagt de nodige nuancering.

<i>WESTERSE CULTUUR</i>	<i>onderwerp</i>	<i>ANDERE CULTUREN</i>
↓	↓	↓
IK – wij	verhouding gemeenschap – individu	WIJ – ik
Zeer groot Individu	vrijheid	beperkt gemeenschap
Dynamisch	economie	statisch
Factor van belang	kapitalisme	matig belang
Uitgebreid	democratie	beperkt
Onbepalend	kerk – staat	bepalend
Kerngezin	familie	grootfamilie, clan
Matig	sociale controle	groot
Negatief	privacy	positief
Moraal en ethiek	Goed en kwaad	moraal, dogmatisch

**Autonomie** wordt beschouwd als het vrij kunnen handelen in overeenstemming met een zelf gekozen (levens)plan. Dit vooronderstelt dat de mens vrij is, de mogelijkheid bezit tot intentioneel handelen en keuzes kan maken, vrij van (controlerende) invloeden van buitenaf. Maakbaarheid – met inachtneming van kwetsbaarheid - bepaalt het leven: de

mens is zelfbeschikkend, mondig, assertief, dynamisch en op hem wordt appél gedaan tot het nemen van verantwoordelijkheid in een context van assertiviteit. Autonomie of zelfbeschikking is wel **het** woord in onze Westerse samenleving. Alleen al het woord 'over zich zelf beschikken' roept al veel vragen op. Maar toch heeft autonomie te maken met het zelf willen bepalen, het zelf willen richting geven, het zichzelf willen toe-eigenen van de manier hoe ik mijn leven wil inrichten. Met al zijn plussen en minnen. Het gaat hier om de **maakbaarheid** van het leven, om de wens om zelf de **regisseur** te zijn van zijn/haar leven. In het verlengde hiervan vloeien begrippen als mondigheid, zelfbepaling, soeverein, bevrijding, zelfontplooiing, onafhankelijkheid, beheersing, assertiviteit, emancipatie als gegoten in elkaar. Het gaat in feite om erkenning, waardering, au sérieux worden genomen. In het verlengde hiervan betekent dat alles wel dat 'ik' mijn eigen verantwoordelijkheid wens/hoor te dragen en dat 'ik' ook op deze verantwoordelijkheid, en dus ook op het beginsel van autonomie kan aangesproken worden. Heel scherp gesteld betekent het dat iedere burger het ik-contract met deze maatschappij impliciet is aangegaan en dat zij van zichzelf verwachten om bv. gezondheidsproblemen of slecht gezondheidszorgnieuws **autonoom** op te kunnen pikken en naar best vermogen te verwerken. Hierbij gelden twee afzwakkingen: enerzijds is het niet mogelijk dat een individu voor honderd procent autonoom kan zijn (zie eerder Kohlberg en Maslow) en anderzijds wordt de mate van autonomie van een individu recht evenredig bepaald door de mate van geïnformeerd zijn. En verder: door steeds de autonomie centraal te stellen, te streven dat mensen zelf besluiten hoe ze willen leven en welke keuzes ze willen maken, door te verwijzen naar de eigen verantwoordelijkheid wordt tenminste de suggestie geschapen dat de patiënt vanuit een zekere afstandelijkheid wordt benaderd, te sterk op zichzelf wordt teruggeworpen, misschien wel aan zijn lot wordt overgelaten. Uiteraard is dit niet de bedoeling. Er is ook de kwetsbare mens en steeds moet autonomie afgewogen worden naar de **draagkracht** van de patiënt. Nooit kan iemand 100% autonoom zijn zoals Simon and Garfunkel in hun song *I'm a rock* van 1977 bezingen.

Simon and Garfunkel / songtekst: *I am a rock*

A winter's day  
 In a deep and dark December;  
 I am alone,  
 Gazing from my window to the streets below  
 On (a) freshly fallen silent shroud of snow.  
 I am a rock,  
 I am an island.

I've built walls,  
 A fortress deep and mighty,  
 That none may penetrate.  
 I have no need of friendship; friendship causes pain.  
 It's laughter and it's loving I disdain.  
 I am a rock,  
 I am an island.

Don't talk of love,  
 But I've heard the words before;

It's sleeping in my memory.  
I won't disturb the slumber of feelings that have died.  
If I never loved I never would have cried.  
I am a rock,  
I am an island.

I have my books  
And my poetry to protect me;  
I am shielded in my armor,  
Hiding in my room, safe within my womb.  
I touch no one and no one touches me.  
I am a rock,  
I am an island.

And a rock feels no pain;  
And an island never cries.

*I Am A Rock ~ Simon & Garfunkel - YouTube*

Hoe hebben filosofen gedacht over : Wat is autonomie?

In hoeverre is er (on)mogelijkheid van autonomie?

In de loop van de geschiedenis is nogal wisselend, en vaak erg sceptisch, gedacht over de zogenaamde autonomie die de mens zichzelf meent te mogen of te kunnen aanmeten. Een summier overzicht (wordt tijdens de bijeenkomsten toegelicht):

700	Mozes brand. braamstruik	IK BEN DIE BEN
450	Plato	de grot ...
300-400	Oudheid: epic., stoi., e.a.	pluk de dag (CARPE DIEM) en denk zelf
1600	Descartes	COGITO ERGO SUM ik denk dus ik ben
1750	Hume	driften → ratio sukkelt er achter aan
1800	Kant	SAPERE AUDE durf/moed te weten
1850	Nietzsche	ÜBERMENSCH
1920	Freud	ES!!!
1950	Kristeva	DE WERELD IS ÉÉN TEKST
v.a. jaren 1960:	sterke opkomst autonomie maatschappelijk breed vooral op Kantiaanse gronden	
v.a. jaren 2000:	- blijvend Kantiaans in grote lijnen - opkomst verschuiving autonomie naar ikke, ikke en de rest ...	

autonomie = mijn wil is wet m.a.w. autonomie op basis van 'ik'-willekeur

- door massacultuur wereldwijd hergeboorte heteronomie ofte denken en handelen bepaald door markt, media enz. gekoppeld aan jong, actief, sportief, succes ...

YOLO : you only live once; ligt het gevaar / idee om de hoek dat de bodem onder elke moraliteit geslagen is; yolo biedt ruimte voor egoïsme: het gemeenschapsgevoel verdwijnt, iedereen doet wat hij wilt, niemand houdt nog rekening met de ander. Dat zet de deur open voor oeverloos egoïstisch genieten.

## AUTONOMIE INVULLINGEN/BENADERINGEN

### Probleemstelling

Een autonomie benadering is een invalshoek die men inneemt om naar een bepaald probleem te kijken. Deze invalshoeken komen niet uit de lucht vallen. Ze zijn het resultaat van spontane, creatieve en pragmatische ontwikkelingen in een cultuur. In het Westen heeft de autonomie invalshoek van de oude Grieken lang doorgewerkt. Met de Verlichtingsideeën, stilaan gegroeid na de Middeleeuwen maar vooral na de jaren 1700 tot zowat 1800, hebben filosofen zoals Voltaire, Locke, Hume, Mill maar vooral Kant de grondslagen aangegeven van de zelf denkende, oordelende en kiezende mens, kortom de autonome mens. Dat is in de jaren 1800 en verder niet onopgemerkt gebleven, maar een diepgaande implementering liet zich nog uitstellen tot de jaren na W.O.-II. Een vrij fundamentele omslag nam toen een aanvang vanaf 1950-1960. Maatschappelijke, politieke en economische ontwikkelingen gaven de Westerse samenleving een totaal ander aanzicht. Hieruit vloeide de – overigens sterk Kantiaanse beïnvloedde autonomiebenadering.

Wat werd de aanleiding tot het ontstaan van een nieuwe benadering? Er bleken bv. in de gezondheidszorg hoe langer hoe meer mensen te zijn die een behandeling weigerden, ook al leidde dit tot de dood. Nog sterker, er waren mensen die de zelfdood verkozen boven het leven. Vervolgens waren er mensen die psychologische begeleiding weigerden. Er waren mensen die dienstverlening weigerden en voor de armoede kozen. De wereld van de professionals kwam te staan voor een nooit geziene problematiek. Heel wat cliënten bleken niet gediend van het advies, het antwoord, de mening van de professional. Deze laatste meende – alhoewel soms vermeend - nochtans ten goede te handelen, weze het wel met een tikkeltje paternalisme (ik weet wat goed voor jou is). Echter, de gedweë mens bleek niet meer vanzelfsprekend. De tijd dat er maar één antwoord was op alle vragen bleek verleden tijd en blijkbaar bijzonder persoonlijk (postmodernisme)! En dus kwam de dienst- en zorgverlening, en ook andere omgangsvormen, in een existentieel **vacuüm**: hoe daar een antwoord op te geven? Zij zagen in dat de oplossing terug op het bord van de zorgvrager/burger diende gelegd te worden. En dit is Kantiaans: de zorgvragende bepaalt volgens zijn autonomie welke zorg hij wenst aan te nemen en de zorggevende trekt zich terug. Willens nillens heeft de principe- cq. autonomiebenadering die relatie, althans volgens critici,

enigszins radicaal opgelost: hier de zorgvragende, ginds de zorggevende. Hier geldt aldus het **bekrachtiging- of empowermentprincipe**. Om die autonomie waar te maken, om de keuze van de mens/burger te realiseren, te ondersteunen is elke professional in de dienstensector (zorgverlener, ambtenaar enz.) er ethisch aan gehouden om te diagnosticeren in hoeverre de cliënt voldoende zelf kan bepalen en beslissen en bij gebrek er aan de patiënt/cliënt te bekrachtigen cq. te empoweren totdat hij wel in staat is voor zichzelf te beslissen. Hoewel de principebenadering ongetwijfeld haar waarde heeft, krijgt ze de nodige kritiek te verduren. Ze wordt cognitief, rationeel, regelend, abstract en met te veel nadruk op de autonomie, zelfontplooiing, zelfverwerkelijking ervaren (Maslow!). Hier staat het individu centraal - niet de samenleving -, haast als een Übermensch gezien, en belast met een autonomie waarvan het maar de vraag is of het die wel dragen kan. Veel 'IK' en te weinig 'wij'. Maar de mens is geen autonoom, op zichzelf staand individu maar onlosmakelijk verstrengd met de gemeenschap waar hij deel van uitmaakt = **autonomie in verbondenheid**. In de loop van de jaren 1970-1990 komen - als **reactie** op het eenzijdige ervaren karakter van de autonomiebenadering - alternatieve benaderingen op die meer de nadruk leggen het belang van relaties, van de gemeenschap en de waarde van (mantel)zorg. In deze syllabus wordt de aandacht gevestigd op de fenomenologische, de narratieve, de hermeneutische en de zorgethische benaderingen. Ze passeren hieronder, gedocumenteerd met voorbeelden, kort de revue en zijn geïnspireerd uit Widdershoven, G., *Ethiek in de kliniek*. Maastricht, 2000. Neemt, tussen haakjes, niet weg dat hoe ook onze samenleving veranderd is, de zogenaamde religieuze heteronomie nog steeds vigeert, echter niet meer zo dominant als vóór de jaren 1950, en zoals eerder gesteld, gecounterd door een totaal andere vorm van heteronomie, m.n. deze van massale geloof in consumptie (markt, media). Mensen volgen nieuwe goden en het is bevreemdend dat velen onwillekeurig zich daarbij niet goed voelen. Het aantal mensen die ongelukkig zijn, de verontrustende stijging van psychologische/psychiatrische aandoeningen zouden hiervan de reden zijn. Mogelijk een bewijs dat een individu intrinsiek behoefte heeft aan het authentiek zelf bepalen van de weg die het kiest in dit leven?

## PRINCIPEBENADERING

*IK alleen beschik over mezelf* → **IK** ben regisseur van mijn leven.

**IK** betrouw vooral op mijn **MAAKBAARHEID**, minder op mijn kwetsbaarheid.

Het gaat hierbij om de volgende vier principes besproken vanuit de situatie van de gezondheidszorg maar toepasbaar de meeste bestaanslijnen van het leven (economie, koopgedrag, onderwijs, jurisprudentie ...):

Principe / waarde	Handelen	Boodschap
1. Autonomie / zelfbeschikking	Neem de patiënt au sérieux	Erkenning
2. Weldoen	Coach in belang van de patiënt	Houding



3. Geen schade berokkenen	Behoud integriteit van lichaam-psyche	Handeling
4. Rechtvaardigheid	Bied gelijk(w)aardige zorg Zorg / patiënt ≈ plicht	Verdeling

Principe van	Welles	Nietes
<b>1. Autonomie</b>	ik neem de cliënt au sérieux en vertel de volle waarheid	ik lieg niet, betuttel niet, vermijd paternalisme, minimaliseer niet;
2. Weldoen	richten op de autonomie vraag van de cliënt	niet denken dat ik als professional de waarheid meen in pacht te hebben; ook niet de belangen van de organisatie of de beroepsgroep vooropstellen
3. Nonmalificum (geen schade)	op de cliënt gerichte behandeling vanuit principe van de minste schade	doe niet onnodig fysieke en/of psychische pijn
4. Rechtvaardigheid	verdeel voor iedereen gelijk(w)aardig	Geen 'verlies' zorgen

### *Autonomie*

Voorwaarde om autonoom te kunnen besluiten betekent dat de cliënt goed wordt geïnformeerd. In België is dit wettelijk geregeld via het *recht op informatie*. In Nederland spreekt men eerder over *informed consent*. Dat laatste betekent vrij letterlijk dat de zorgvragende nadat hij goed geïnformeerd is - en dus een hoge mate van autonomie dienaangaande bereikt heeft - tot overeenstemming kan komen met de professional om zich te laten behandelen. In een therapeutische zorg- of hulprelatie komt het er dus op neer dermate informatie te geven dat de geïnformeerde patiënt, in vertrouwen toestemming geeft tot begeleiding, behandeling, verpleging en verzorging, de zgn. geïnformeerde overeenkomst = de patiënt kan autonoom een overeenkomst tot zorgverlening aangaan met de hulpverlener nadat hij hierover goed/juist is ingelicht. Maar de geest van deze wet gaat ver: bedoeld wordt dat de patiënt op zo'n wijze worden voorgelicht dat hij autonoom in staat is de juiste beslissing te nemen of hij voor deze of gene zorg kiest. *Informed consent* gaat er in dit licht terecht van uit dat de patiënt in staat is (volledig) zijn eigen verantwoordelijkheid te nemen en besluiten te nemen over de zorgen die hij nodig heeft. Voorwaarde is o.m. dat de zorgverlener, dus de professional, hem op een verantwoorde gespreksvaardige wijze informeert. Niet of ik informatie geef, maar de wijze *hoe* ik de informatie geef en verder begeleid, is hierbij doorslaggevend. Juiste dosering en nuancering in gesprekken is hier de kunst. Als professional horen we steeds voor ogen te houden om consequent het *informed consent*

*principe* vol te houden, waardoor de patiënt in de gelegenheid gesteld wordt zijn situatie autonoom beter aan te kunnen. Centrale vragen zijn: is de nodige informatie aangeboden aan de patiënt om hem te potentialiseren (**empowerment**) in het verwerven van de gewenste autonomie? Zijn ook de nodige vragen gesteld om hen met zichzelf te confronteren, waardoor zij de hun gewenste autonomie t.o.v. zichzelf kunnen waarmaken, beargumenteren, toe-eigenen en aanpassen?

Casus 1: m.b.t. donorschap:  
in België geldt dat je donor bent, tenzij je aangeeft het niet te willen zijn.  
in Nederland ben je pas donor als je je expliciet aangeeft als donor  
Welke maatregel benadert-respecteert het meest het principe van autonomie?

Casus2: m.b.t. kiessysteem:  
in België ben je verplicht te gaan stemmen  
in Nederland heb je het recht om te gaan stemmen  
Welke benadering benadert cq. respecteert het meest het principe van autonomie?

Casus 3: in de bedrijfs-verkoopcultuur geldt dat de klant koning is maar, dat wordt er niet bij gezegd, de economie is keizer.  
Zijn deze stellingen congruent aan de principe-benadering?

De kritiek op de principebenadering is, zoals gesteld, vrij groot. Alles draait vooral op de invulling van het begrip 'autonomie'. Autonomie is een begrip gegroeid uit de ideeën van de verlichtingsfilosofen vanaf de 17<sup>e</sup> eeuw. De mens werd een belangrijk 'IK' dat vooral zelf diende na te denken in plaats van zich het denken voor te schrijven. Een duidelijke aanval op het toen geldende Ancien Regime van de adel en de geestelijkheid. Vooral door het Napoleon-effect na de jaren 1800 verspreidde zich dit autonome denken in de Westerse cultuur om dan na de jaren 1950 tot op heden een voorlopig hoogtepunt te bereiken in wat we gemeenlijk als het **postmodernisme** betitelen. Zoals nooit tevoren staat de mens er als een groots, misschien wel *hautain*, individu dat het leven met een ongekende zekerheid inkijkt met als basiskreet: *the sky is the limit*. En daarin zijn maakbaarheid kan waarmaken. Maar hij kan niet alles kiezen. Hij is verplicht (gedoemd) om zijn vrijheden te kiezen (Sartre). En dat op een ogenblik van een ongekende vrijheid. Nog sterker: er heerst bij velen de Westerse idee dat we nog meer vrijheid nodig hebben. We hebben al hopen vrijheid en wat doen de meeste mensen ermee? Ze maken een complete chaos van hun leven ... ze zoeken het op op Facebook ... een schijn-gemeenschap die het vooral cocoonend (mannelijk, vrouwelijk, twee kinderen, kat en hond met huisje en tuintje) zoekt. Een warempel capsulaire samenleving met weinig oog voor de buitenwereld. De filosoof Alain de Botton komt dan ook tot de uitspraak: *Wat een eenzaamheid. Fysiek verlangen is een oplossing voor onze metafysische eenzaamheid*. Het voorgaande stelt onomwonden dat het oppassen geblazen is dat autonomie nieuwe goden creëert en leven met de gedachte dat we ons eigen leven volledig in de hand hebben en kunnen bestieren. Dat is misschien wel het grote probleem van deze moderne wereld: het idee dat we alles onder controle hebben en onze eigen hulpeloosheid niet aanvaarden. **Maakbaarheid vs. kwetsbaarheid**. Moeten we niet t.z.t. aanvaarden dat we

zwak en hulpeloos zijn of tenminste de vraag stellen in hoeverre we autonomie aankunnen m.a.w. blijven we er soms niet in hangen?

Afrondend terug tot de centrale vraag: in hoeverre is elk individu in staat om de vrijheidskeuzes in zijn leven in goede banen te ontwerpen? Als het aan Kohlberg ligt (zie eerder) dan is de uitkomst uiterst bedroevend. Het aantal mensen dat werkelijk autonoom is, is dun gezaaid. We kunnen beter uitgaan van een redelijk autonoom individu dat wel enkele maakbaarheden in zich heeft, maar er toch verstandig aan doet te beseffen dat hij tegelijkertijd kwetsbaar is en voor sommigen, misschien wel velen, meer kwetsbaar dan maakbaar. Het zou van struisvogelpolitiek getuigen dit aspect niet mee te nemen als burger. De mens heeft weliswaar een zekere mate van zelfbeschikking en kan ook (groten)deels zijn eigen regie bepalen. Maar laten we voorzichtig zijn als het gaat om de autonome mens werkelijk zelfstandig kan uitmaken hoe zijn leven te bepalen. Er blijft ook de kwetsbare mens, en steeds moet autonomie worden afgewogen aan de *draagkracht* van de patiënt/mens.

Het zijn deze bedenkingen, vraagstellingen die geleid hebben naar alternatieve benaderingen om de padstelling in het autonomie enig soelaas te bieden. Deze alternatieve benaderingen (fenomenologie, narrativiteit, hermeneutiek, zorgethiek) vertrekken, zonder het kind met het badwater weg te gooien, vanuit een invalshoek naar de mogelijkheden van autonomie en geven een antwoord om op een door hen voorgestelde benadering specifieker om te gaan met de autonomie-potenties van het individu dan de principe-benadering pleegt te doen. hierbij komt het sinds de jaren 1950 ietwat vergeten begrip 'kwetsbaarheid' veel sterker terug in het vizier!

Is het begrip autonomie nu enigszins gerelativeerd dan neemt het nog niet weg dat de professional vervolgens geconfronteerd wordt met het spanningsveld tussen **negatieve en positieve vrijheid**. Bij negatieve vrijheid wordt er van uitgegaan dat het autonome individu zelf bepaalt en aangeeft of een professional in zijn eigen IK binnentreedt. Uitgangspunt is dus: *niet-inmenging* in mijn persoonlijke levenssfeer, dus gevrijwaard van invloeden van buitenaf, extreem uitgedrukt als het ware ongenaakbaar, en daarvoor hoort de professional het nodige respect op te brengen. Een heel typisch voorbeeld is de patiënt die tegenover de behandelende geneesheer stelt: behandel mij, maar zeg me niet welke diagnose ik meedraag. Als reactie, maar toch ook als ondergeschoven kritiek, werd de positieve vrijheid vooropgesteld. Veel cliënten, want mogelijk niet voldoende hoog-autonoom cq. enigszins heteronoom, kunnen noch kiezen voor de optie van negatieve vrijheid. Zij verkiezen zich, vanuit hun autonomieniveau, open te stellen voor *wel-inmenging* in hun persoonlijke levenssfeer. Net zoals bij de negatieve vrijheid kiest de cliënt voor actieve zelfbepaling, echter niet alleen, integendeel: met behulp van ondersteuning en dus (overeengekomen/toegelaten) inmenging in de persoonlijke levenssfeer door de professional. Voor de professional biedt dit perspectief veel meer variatie aan begeleidingsmogelijkheden. Positieve vrijheid biedt de mogelijkheid om te bepalen in hoeverre de cliënt autonoom is om van daaruit deze cliënt te bekrachtigen naar een sterkere autonomie. Aldus kan de cliënt beter vanuit zichzelf – én begeleid - besluiten en zijn kwetsbaarheid ondersteunen. Kortom: negatieve vrijheid en positieve vrijheid gaan over respectievelijk niet-inmenging, bekrachtiging op afstand, passief vs. inmenging, actieve empowerment.

Autonomie als negatieve vrijheid *van*

- Mill

- geen inmenging/belemmering van anderen
- liberalistisch, individualistisch ~ egocentrisch
- minder tot ongedifferentieerd / ongenueanceerd

Autonomie als positieve vrijheid *tot*

- Berlin, Dworkin
- kwaliteit keuze
- keuze is autonoom indien overeenstemming met persoonlijke waarde
  - 1<sup>e</sup> orde keuze aan de oppervlakte liggende keuzes/voorkeuren
  - 2<sup>e</sup> orde keuze dieperliggende preferenties

## FENOMENOLOGISCHE BENADERING

*Ik ben een unieke verschijning* → ik handel uit gewoonte: ik ben die ben

Autonomie bepaalt door mijn *geworden* zijn = ik ben een fenomeen

*Je bent wie je bent. Elk mens is uniek maar dit wordt ook medebepaald door de vertrouwde leefomgeving*

De **fenomenologische**<sup>1</sup> benadering stelt dat elke mens, vanuit een hem/haar vertrouwde omgeving, zich voordoet als een specifieke verschijning (= fenomeen). Eenieder verwerft zich een eigen identiteit maar wel vanuit een praktische vertrouwdheid met een bepaalde manier van leven vanuit de **eigen leefomgeving**. Men is zoals men is. Elk individu staat op een bepaalde wijze in de wereld. Niet op grond van reflectie maar eerder **voorbewust** (is niet hetzelfde als onbewust). Men is autonoom niet op grond van een eigen bewust gevoerde denkoefening maar tevens in relatie met anderen, dus in de context van een bepaalde **omgeving en cultuur**. Of men nu geboren wordt en getogen is in Westers land of ergens in een Oosters land dan verschillen overtuigingen, meningen en handelingen. Dus ook de waarden en normen die ieders moraal bepalen zijn fenomenologisch gekleurd. Dat heeft weinig vandoen met nature, maar veel meer met nurture. Men modelleert zich aan de materiële en culturele omgeving en zo verschijnt men in de wereld en van daaruit ontwerpt men zijn project zonder er bij stil te staan of bewust te zijn hoe een deel van je besluitvorming niet zozeer vanuit de eigen identiteit voorkomt maar plastisch vorm gegeven wordt via de fenomenologie (het zijn) van de cultuur. Centrale vragen hierbij zijn: Hoe staat iemand in het leven? Of: In hoeverre kijk je vanuit je eigen blik? Voor sommige sterk IK-denkende personen misschien moeilijk aanvaardbaar gezien hier min of meer afbreuk gedaan wordt aan het zozeer begeerde alleen maar 'IK'. Maar het gewoon dagdagelijks leven kan door ziekte of ongeluk verbroken worden, waardoor de praktische vertrouwdheid en dus betekenisgevingen op de helling of onder druk komen te staan. Om tot een aangepaste vertrouwdheid te komen heeft de cliënt behoefte aan ondersteuning en bekrachtiging.

Toepassingsvoorbeeld:

---

<sup>1</sup> fenomeen = verschijnsel; ieder mens is een verschijnsel (-ing) dat bestaat = existeert (vandaar existentialisme ~ Heidegger, Sartre, Levinas, e.a.)

Het gegeven dat kinderen spelen en tekenen ligt in hun zijn, in hun wezen. Dit weten kinderen niet. Ze zijn zo. Ouders weten dat wel en is er vanuit de fenomenologische benadering er aan gehouden kinderen de mogelijkheid te geven om zich te ontwikkelen zoals ze zijn. Niet voor niets dat er het kind nu formeel het recht tot spelen heeft gekregen. Een antwoord op de fenomenologie van elk kind!

Cultuurvoorbeeld:

*Een Marokkaanse patiënt van 70 jaar geeft aan dat hij niet graag gewassen wordt door een vrouwelijke verpleegkundige. Hoe zou je dit fenomenologisch verwoorden? In hoeverre is hier sprake van een ethische duiding m.a.w. is het al of niet ingaan op het verzoek van de patiënt een ethische aangelegenheid?*

Antwoord: de allochtone patiënt weet niet beter – voorbewust – dat gewassen worden door een vreemde vrouw onrein is. Deze patiënt zal zich bezoedeld voelen en al gauw enig ongeluk of ziekte achteraf toeschrijven aan die ‘bezoedelde’ wasbeurt. Vanuit de fenomenologie is de professional er in eerste instantie aan gehouden om hiervoor een juiste oplossing te bedenken.

## NARRATIEVE BENADERING

*Ik ben bepaald door mijn geschiedenis* → *ik ben mijn verhaal*

Autonomie bepaalt door mijn verhaal/geschiedenis

*Elk individu heeft zijn eigen levensverhaal dat handelen en identiteit bepaalt*

De **narratieve**<sup>2</sup> benadering gaat er van uit dat verhalen een identiteit vastleggen van een individu of groepen. Mensen hebben hun eigen verhaal en horen van anderen verhalen. Daar kunnen ze niet zonder (vgl. de informatiewereld). Net zoals bij de fenomenologische benadering krijgt autonomie gestalte in relatie met anderen, maar dan via **gedeelde verhalen**. De beleving of betekenis van deze verhalen is niet van rationele weloverwogen aard maar voorbewust. Vele verhalen zitten – impliciet, expliciet - boordevol waarden en normen, dus ethisch en dus betekenisvol geladen. Door deze verhalen weet en leert het individu wie hij is en kan hij greep krijgen op zijn leven en van daaruit een bepaalde mate van autonomie hanteren. Elk individu heeft een levensverhaal dat het handelen en de identiteit bepaalt. Een narratieve identiteit: ‘ik ben dus mijn verhaal’ door verhalen die ik mezelf vorm en door verhalen van anderen, vaak historisch geladen. In die zin is het **luisterend oor** van de professional/mens uitgangspunt in deze benadering.

Toepassingsvoorbeeld:

De professional weet dat kinderen tijdens het spel honderduit verhalen vertellen. Deze verhalen zeggen heel veel over het kind en zijn dus relevant voor de begeleiding die de professional aan het kind biedt. Voor de narratieve benadering is het ethisch evident

---

<sup>2</sup> narration = verhaal, geschiedenis; ieder mens heeft zijn/haar verhaal;

dat de professional er aan gehouden is te luisteren naar deze verhalen en die mee te nemen in de totale begeleiding gezien dit de kwaliteit van zorg en de ontwikkeling van het kind ten goede komt.

#### Praktijkvoorbeeld gezondheidszorg:

*Een vrouw van 65 jaar is opgenomen voor een (noodzakelijke) gynaecologische operatie. Hoe langer hoe meer blijkt dat de patiënte weigerachtig staat tegenover de ingreep. Als men met haar hierover praat dan wordt ze enigszins benauwd, transpireert en probeert het gesprek op die manier ook te keren of te mijden. Totdat een verpleegkundige met haar eens rustig de tijd neemt om gewoon – maar ook strategisch - eens met mevrouw te babbelen over koetjes en kalfjes. Al gauw blijkt tijdens het gesprek dat mevrouw naar aanleiding van een ongeval ongeveer dertig jaar geleden haar dochtertje van 6 maanden oud verloor. Gordel toen nog niet verplicht en vooraan zittend met kind op schoot! In het ziekenhuis ‘mocht’ ze haar (waarschijnlijk erg gemutileerd) kind niet meer zien. In het gesprek geeft ze aan dat ‘ze’ (de professionals!) haar kind hebben afgenomen. Enkele dagen later laat mevrouw zich helpen.*

Welke lading krijgt hier het narratieve? In hoeverre is hier sprake van een ethische duiding m.a.w. is het al of niet opzoeken of ingaan op gesprekken van de patiënt een ethische aangelegenheid?

Antwoord: De professional heeft empatisch geluisterd. De patiënte laat positieve vrijheid geopend blijken. Ze vertelt haar verhaal dat ze nooit eerder heeft kunnen vertellen. Deze professional was hierop alert en heeft de narratieve ethiek gericht toegepast en de autonomie van de betreffende patiënt versterkt.

## HERMENEUTISCHE BENADERING

### Autonomie nepaalt door mijn interpretaties

*Ik interpreteer de wereld door mijn bril* → o.k. mijn voor-oordelen, laten we erover praten

De **hermeneutische**<sup>3</sup> benadering gaat ervan uit dat individuen de wereld en zichzelf interpreteren vanuit hun eigen gezichtspunt en dus hun eigen vooroordelen hebben aangaande het goede leven: eenieder heeft, vanuit de eigen morele ervaring, voorbewuste gedachten, oriëntaties = oordelen omtrent goed en kwaad en waaruit ook blijkt wat men belangrijk vindt. Deze vooroordelen hoeven niet opzij gezet. Soms echter kunnen deze vooroordelen botsen of verre van overeenkomen met die van anderen. In zorg- en hulprelaties wordt vastgesteld dat er bij cliënten veel vooroordelen aanwezig zijn, vaak op grond van onvoldoende of verkeerde inzichten. Deze – overigens niet als negatief te aanzien – vooroordelen komen in de relatie, in **dialog** met de professional/ de andere naar boven. In dit gesprek worden de vooroordelen van de cliënt geconfronteerd/gelinkt met de evidence based vooroordelen van de professional: een uitnodiging tot interpretatie van de vooroordelen van de gesprekspartners, waarbij een nieuw, breder meer omvattend perspectief ontwikkeld wordt met als doel het bekrachtigen

---

<sup>3</sup> hermeneutiek = interpreteren; ieder mens interpreteert

van de autonomie van de cliënt. In de loop van het behandelproces worden steeds nieuwe vooroordelen geproduceerd en het dialogisch proces hervat. Uiteindelijk treffen vooroordelen en perspectieven van cliënt en professional elkaar in een zgn. horizonversmelting. Een dialoog slaagt indien het uitmondt in een gezamenlijk perspectief dat kwalitatief beter is dan de beide perspectieven van waaruit het gesprek begon. In een wederzijdse relatie wordt aldus de autonomie van de patiënt versterkt en is hier sprake van empowerment.

Toepassingsvoorbeeld:

*Tekeningen van kinderen kunnen worden geïnterpreteerd en dit kan in de begeleiding van kinderen een meerwaarde betekenen. Deze benadering plaatst een spiegel voor de professionals om zich degelijk af te vragen of ze al dan niet interpretaties van tekeningen horen mee te nemen in hun professionele activiteit en tegelijk voor zichzelf de grenzen weten te bepalen in hoeverre ze kunnen interpreteren en dus niet over hun competenties heengaan.*

Praktijkvoorbeeld gezondheidszorg:

*De artsen geven een pas bevallen moeder aan dat haar pasgeboren couveusekind wegens een ernstige afwijking maximaal nog vijf dagen te leven heeft. Hierop reageert de moeder dat ze zich best niet kan hechten aan het kind en vandaar het kind ook niet gaat bezoeken.*

*Welk vooroordeel speelt er bij de moeder? Is dit een begrijpelijk vooroordeel?*

*Welk vooroordeel heeft de verpleegkundige vanuit haar beroep? Hoe stelt u zich de horizonversmelting voor?*

Antwoord: de moeder heeft het voor-oordeel: ik hecht mij niet aan mijn kind want dat gaat mij later pijn doen. Een begrijpelijk voor-oordeel. Professionals hebben vanuit evidence based ervaring en literatuurstudie het voor-oordeel dat het beter is zich wel te hechten aan het kind omdat ze dan herinneringen met zich meedraagt en hiermede het rouwproces beter kan verwerken. Hier hoort, vanuit deze ethiek, de professional in dialoog met de moeder te gaan en haar voor-oordelen op een gespreksvaardige manier weten om te buigen. Al lukt het ombuigen van voor-oordelen misschien niet onmiddellijk. Maar de dialoog volhouden totdat beide voor-oordelen versmelten.

## ZORGETHISCHE BENADERING

*Ik reageer positief op de zorg die ik ontvang, dus wederkerig en betrokken*

Mijn autonomie is wel erg kwetsbaar ... en nu?

→ ik en/in zorg staan niet neutraal in deze wereld

De **zorgethische** benadering, althans deze van Tronto - want er zijn er meerdere die hier verder niet ter sprake worden gebracht – heeft het over de zorg van de “wereld”, waarin dan de hulp- en zorgverlening vanzelfsprekend is. Bij de zorgethiek staan solidariteit en kwetsbaarheid centraal. Individuele waarden zoals privacy en autonomie worden niet terzijde gezet, maar staan in functie van het gezin en verdere omgeving. Onderlinge afhankelijkheid en een grotere morele rol voor emoties staan centraler bij de zorgethiek, zonder daarom de rationele dimensie te ontkennen. Het leven telt, daarin geldt interne **betrokkenheid**. Zorg is leven en een gezamenlijke wereld in stand houden. Aandacht, verantwoordelijkheid, competentie en responsiviteit zijn de vier morele componenten van waaruit Tronto haar zorgethiek opbouwt. De zorgvraag onderkennen, zich aangesproken voelen door die zorgvraag, weten hoe om te gaan met die zorgvraag en verwachten dat die ander (patiënt, cliënt) ontvankelijk is voor de zorgverlening is de basis van Tronto’s **wederkerigheid** in de zorgrelatie. Deze wederkerigheid is niet gratis. Zij koppelt hieraan, zowel voor zorgvragende als zorgverlenende, morele consequenties die de kwaliteit van het handelen bepalen.

	FASEN	→	ETHISCHE DUIDING	→	HANDELEN
	↓		↓		↓
1.	Caring about		aandacht		onderkennen
2.	Taking care of		verantwoordelijkheid		actie
3.	Care-giving		competentie		deskundigheid
4.	Care-receiving		responsiviteit		wederkerigheid

Het is een **ethische opdracht van de professional, elke mens, elke ouder** om de drie eerste punten uit te voeren in haar praktijk. De professional hoort een zorgvraag te zien, heeft dus aandacht. Daaruit volgt een actie om aan die zorgvraag te beantwoorden door o.m. in fase 3 de juiste deskundige professionals aan te duiden die de zorgvraag juist uitvoeren. Bij fase 4 is er de ethische opdracht van de cliënt om aan te geven hoe hij omgaat met de hem/haar verleende zorg. Hierin is het vanzelfsprekend dat de professional de cliënt bekrachtigt om dit handelen te bereiken. Stilaan komt ook de kracht van de zorgethiek naar boven: alle betrokkenen in de hulp- of zorgrelatie stellen vrij hoge verwachtingen t.o.v. van zichzelf als t.o.v. de ander.

Het is een **ethische opdracht** om die componenten tot mogelijkheid te maken. De zorgethiek verwacht van de **patiënt** een zekere ontvankelijkheid voor de zorg die hem verleend wordt, zeg maar een verre vraag naar therapietrouw of compliance. *Zorgverlening is dus niet neutraal*. Enigszins populair gesteld: voor wat hoort wat. Het principe van ‘de klant is koning’ wordt door Tronto zonder meer op de helling geplaatst. Tronto accepteert niet dat patiënten zorg ontvangen waarvan het uiteindelijk resultaat de wensen overlaat en/of dat de professionals zorg verlenen die niet het beoogde effect bereiken. Als cliënten die niet in staat zijn het huishoudbudget op een correcte manier te beheren, dit ten nadele van de kinderen (en de wereld want die betaalt er later voor), dan kan vanuit de zorgethiek een zekere drang en in geval van weigering zelfs dwang (assertiviteit) gehanteerd worden om de beheersing van het budget te laten gebeuren onder het streng toezicht van professionals. Zo nodig onder



dwang. De inspanningen die geleverd worden om een verkeerd gelopen situatie van een cliënt te bevorderen horen effect te resulteren. Gekeken vanuit het perspectief van de professionals, dienen ook zij alle middelen doelmatig te hanteren, die uiteindelijk voor eenieder ten goede komen. Tijd, capaciteit, geld en professionaliteit dat niet optimaal gebruikt wordt, is onverantwoord. Dat acht Tronto niet rechtvaardig m.n. in strijd met het doel de beschikbare middelen verantwoord te gebruiken. Of dat nu aan de cliënt ligt of aan de professionals, dat maakt in eerste instantie niet uit. Het gaat om beide partijen die ieder op hun wijze verantwoordelijkheid horen te nemen. Wederkerigheid, betrokkenheid en assertiviteit om de wereld beter te maken. In vergelijking met de vier laatst besproken benaderingen vormt Tronto een sterke tegenwind in heel het debat over welke benaderingen de voorkeur zouden moeten hebben. Zeker t.o.v. de principebenadering waar ze een loopje neemt met het principe van negatieve vrijheid.

Toepassingsvoorbeeld:

Als blijkt dat kindertekeningen de communicatie met kind- ouder en professionals verhogen en als blijkt dat professionals tot op zekere hoogte tekeningen zouden kunnen interpreteren in dienst van de hulp- of zorgverlening en als uiteindelijk blijkt dat daardoor in alle opzichten de kwaliteit van de zorg verhoogt en zelfs mogelijk de kosten beter herverdeeld kunnen worden (kinderen minder angstig, ouders gerustgesteld, behandeling vlotter, minder complicaties, kortere opnameduur enz.) dan is de professional vanuit de zorgethische benadering er erg aan gehouden om de zorgverlening hiernaar te richten.

Praktijkvoorbeeld:

*Een gokverslaafde man krijgt maatschappelijke ondersteuning voor budgetbeheer. Niettegenstaande beklagt zijn vrouw zich omtrent de resultaten. Uiteindelijk zit ze financieel erg krap om haar twee kinderen fatsoenlijk te onderhouden. Zij vraagt van het maatschappelijk werk een krachtiger houding m.b.t. de financiële avonturen van haar man.*

Welke ethische benadering zou hier expliciet bezwaar kunnen maken tegen deze manier van werken en waarom? Wat kenmerkt in deze casus het zorgethisch karakter?

Antwoord: de principebenadering met de nadruk op negatieve vrijheid zou moeite hebben met een dwangprocedure waarnaar zijn vrouw vraagt. Zo niet de zorgethiek die ervan uitgaat dat zorg gedragen dient te worden voor iedereen. Dus ook de vrouw en de kinderen hebben recht op goede zorg. Indien haar man hieraan niet kan beantwoorden dan is dwang te rechtvaardigen.

EMPOWERMENTBENADERING → autonomie in verbondenheid

Een van de interessante ontwikkelingen in de gezondheidszorg, en overigens ook in het geheel van de maatschappelijke ontwikkelingen, is het geven van invulling aan het begrip autonomie en het daaruit volgende principe van bekrachtiging of **empowermentprincipe**. Het gaat hier om een verworven inzicht bij de gezondheidswerkenden van zowat de laatste tien

jaren. Waar gaat het om? Wat is de aanleiding geweest van deze benadering?

Zoals gesteld heeft de principebenadering stilaan een ethische invulling gekregen vanaf de jaren 1960 om dan vanaf de jaren 1970 een vrij dominante ethische, tot zelfs een stevige juridische, plaats te krijgen in het wel en wee van het reilen van de gezondheidszorg. Centraal hierbij staat het begrip **autonomie**. En tegelijk de vraag: in hoeverre kan de patiënt, de zorgvragende, autonomie dragen? Zijn mensen zelfbeschikkend, regisseur van hun eigen leven enz.? Het antwoord is erg genuanceerd. Mensen blijken in een aantal onderdelen van hun leven enige tot verregaande autonomie te kunnen dragen. Vooral onderdelen of aspecten van het leven die ze enigszins beheersen. Maar van heel wat aspecten van het leven is inzicht en kennis niet gegeven. Daar heeft de mens veel vragen over en laat hij zich hierover informeren cq. ‘autonomiseren’ of laat hij de dingen aan zich voorbij gaan. Soms ten voordele, vaak ten nadele. Autonomie is een breed begrip. Het hangt af over welk soort autonomie men het heeft en vervolgens in hoeverre men hierover autonomie (verworven) heeft. M.a.w. een 100% autonoom individu bestaat niet! En het heeft m.a.w. ook geen zin, en tevens naïef, naar dergelijke individuen te streven. Veel reëler is het te streven naar het ontwikkelen van mensen naar een zo hoog mogelijke en haalbare vorm van persoonlijke autonomie. In het dagdagelijks leven worden de meeste mensen overigens in die richting opgevoed. Ouders voeden hun kinderen op in het dragen van eigen verantwoordelijkheid, scholen vormen jeugdigen in een leeromgeving die jongeren later de mogelijkheid bieden om een zekere mate van autonomie te bereiken, overheden leggen zoveel mogelijk verantwoordelijkheid bij de burgers. Elk op hun manier ondersteunen ouders, scholen, overheden om elk individu kans te bieden zelfstandig hun leven te bepalen, te regisseren. Hiervoor worden allerlei mogelijkheden aangeboden. Dit noemt men faciliteren: het ‘makkelijk’ maken, het scheppen van voorwaarden en mogelijkheden om ieders doelstelling van autonomie te behalen.

Wat betekent dat nu voor de **gezondheidszorg**? Wat houdt dit in voor enerzijds de zorgvrager en anderzijds de zorggevende? De laatste decennia is er een enorme stijging van chronisch zieken. Diabetes, reumatische aandoeningen, neurologische aandoeningen, langdurige hart- en vaatziekten, obesitas enz. Chroniciteit versus acute aandoeningen: het landschap aan ziektebeelden is danig gewijzigd. Zieke mensen zijn langer patiënt en blijven het soms levenslang. Met vaak vergaande consequenties. Zo gaat het bij een diabeteet niet alleen meer om eventjes dagelijks het slikken of spuiten van een aantal medicijnen maar tegelijk om een hele levens- cq. gedragsverandering. Weg dus die lang bestaande gedragspatronen. Naast het zo goed als mogelijk volgen van een laag suikerdieet, wordt de patiënt tevens aangegeven meer te bewegen, liever geen alcohol te drinken en alstublieft zeker niet (meer) te roken. Overigens geldt dat in min of meerdere mate ook voor heel veel andere chronische ziektebeelden. Er wordt dus een appél gedaan op veranderingen in de levensstijl van de patiënt. Geen sinecure. Het blijkt dat een aantal patiënten ongetwijfeld voldoende gemotiveerd zijn om de levensstijl aan te passen, maar aan de andere kant zijn er patiënten die dat helemaal niet zien zitten. De meerderheid ligt wellicht tussen deze beide extremen in. Hoe dan ook: de zorgverleners hebben er een probleem bij! Is de therapietrouw t.a.v. het direct opvolgen van medische voorschriften (medicijngebruik, kinesitherapie, dieet), dan blijkt de therapietrouw om het opvolgen van een bepaalde levensstijl een gigantisch probleem. De klassieke benaderingen van veel informatie blijven geven, steeds maar herhalen wat de patiënt

hoort te doen, de controle van de patiënt overnemen (want hij kan het toch niet), in discussie met de patiënt gaan omtrent het maar niet opvolgen van de oh zo gewenste levensstijl, de patiënt wat bang maken voor de gevolgen voor therapieontrouw, hem subtiel wijzen op cq. verwijten dat de patiënt beter voor zichzelf moet zorgen ... allemaal zode aan de dijk. Vanwaar dit (overwegend) afwijzend gedrag vanwege de patiënt? De hoofdreden ligt waarschijnlijk bij de autonomie van de patiënt of beter gesteld: door te weinig inspelen van de zorgverleners op de mate van autonomie van de patiënt. Hoe kan deze autonomie dan wel bepaald/vastgelegd/berekend worden? Een aantal ethische benaderingen geven hierop een antwoord. Het perspectief vertrekt vanuit de patiënt.

Centrale vraag is om te bepalen ...

1. wie de patiënt is? (fenomenologische ethiek)
  - hoe kijk ik aan tegen ziekte en gezondheid ...
  - ik ben nooit ziek geweest en nu overkomt me deze aandoening ...
  - hoezo? Bepaalt U maar wat ik moet doen ...
2. door welke levensverhalen de patiënt bepaald wordt? (narratieve ethiek)
  - welke geschiedenis (overlijden geliefde persoon, mishandeling enz.) bepaalt dat een patiënt therapieontrouw gedrag vertoont?
3. door welke voor-oordelen (vaak vastgeroeste opvattingen, meningen) hij zijn leven laat leiden? (hermeneutische ethiek)
  - ik weet toch zeker wat goed is voor mijn lichaam ....
  - Mijn grootvader rookte en dronk als een ...; waar hebben we het over

op grond van deze vragen is het in bepaalde mate mogelijk een inschatting te maken van de **graad van autonomie** die deze patiënt/elke mens heeft over zijn eigen leven in het algemeen en zijn ziek(t)e in het bijzonder. Dat betekent er bij zijn, empathie (vraag 1), luisterend oor (vraag 2) en in dialoog (vraag 3) gaan met de patiënt. Dat betekent op de hoogte zijn van de levensstijl, opvattingen, meningen en attitudes van de patiënt. Hetgeen de patiënt laat aanvoelen en vertelt, gebruiken als startpunt om de patiënt te begeleiden. Dat betekent zich eerst verdiepen 'in' de patiënt en van daaruit gerichte informatie geven en niet een bom van overvloed aan informatie geven (zo komt het bij patiënten over!). Dat laatste kan de patiënt niet vatten want nog te weinig autonoom in deze (ziekte)aangelegenheid. Het aanbieden van de uiteindelijke volledige informatie dient gedoseerd te worden naar de **stijgende autonomie** van de betreffende patiënt. Dus aansluiten op de persoonlijke situatie en zo streven/stimuleren naar een hoge mate van **zelfmanagement** of van passieve naar actieve rol.

Theoretisch is het interessant om vast te stellen dat in of via de empowermentbenadering de principebenadering en de zorgethische benadering elkaar enigszins treffen. Daar waar de principebenadering eerder afstandelijk van aard is (negatieve vrijheid), zien we dat de empowermentbenadering de nadruk legt om in eerste instantie de patiënt gericht te **ondersteunen, aan te moedigen, begrip te tonen (positieve reinforcement), te bekrachtigen, te potentialiseren, te empoweren** totdat hij tot het inzicht komt om zijn eigen ziekte/ leven in de hand te nemen. Eens zover dient de patiënt uiteraard opgevolgd. 100% autonomie bestaat niet en er zullen steeds veranderende omstandigheden en vragen komen. In de empowermentbenadering is dus ook sprake van toepassing van de zorgethische

benadering. De zorgethiek gaat een stap verder dan de principebenadering. Zij stelt autonomie ook noodzakelijk, maar spreekt liever van **autonomie in verbondenheid**, betrokkenheid en wederkerigheid. Uitgangspunt hierbij is dat de patiënt bereid is in gesprek te gaan met de zorgverlener en er dus sprake is van positieve vrijheid. Op deze manier wordt de ziektebeleving en begeleiding een gedeelde verantwoordelijkheid voor de zorgverlener en de patiënt.

**BETEKENIS** voor de **PRAKTIJK** van de zorgverlener:

We durven te stellen dat het weleer gebruikelijk was (en in vele gevallen nog steeds) dat de zorgverlener er zich goed bij voelde als de patiënt de nodige informatie en adviezen had gekregen (en daarmee als zorgverlener voldaan te hebben aan de plicht tot informatieverstrekking = kwantiteit). De patiënt kon dus verder naar huis ... maar de informatieverstrekking bleek schijnveiligheid voor de zorgverlener want de patiënt gaf - te zien aan zijn haast onveranderend gezondheidsgedrag - weinig blijk de informatie tot zich genomen te hebben, met andere woorden: het niet begrepen te hebben! Het bekende effect en vervolgens frustratie: 'ja' zeggen, 'nee' doen.

De **nieuwe** benaderingen draaien de klok 180 graden om. Kijk als zorgverlener eerst welke (zieke) persoon voor je staat en bepaal aan de hand daarvan HOE de patiënt te informeren (=kwaliteit).

**CONCLUSIE:** een naar autonome gerichte benadering die als sterk gewenst en dus als juist/goed bestempeld mag worden en als een ethische richtlijn kan gesteld worden waaraan zorgverleners (en onrechtstreeks ook de zorgvragenden) zich horen te houden! We kunnen stellen dat het (op)volgen van de empowermentbenadering vanuit ethisch standpunt niet vrijblijvend is.

P.S.:

In de literatuur wordt vaak de term empowerment gehanteerd. Voor dit begrip zijn er een aantal Nederlandse termen zoals aanmoediging, ondersteuning, bekrachtiging enz. het Engels begrip levert enige duidelijkheid, alhoewel weer niet helemaal. De volgende sites geven enige verdere verklaring cq. opheldering ter zake.

[Empowerment - Wikipedia, the free encyclopedia](#)

[Empowerment: What Is It?](#)

### **Abstract**

Many use the term empowerment without understanding what it really means. A literature review resulted in no clear definition of the concept, especially one that could cross-disciplinary lines. This article defines empowerment as a multi-dimensional social process that helps people gain control over their own lives. It is a process that fosters power in people for use in their own lives, their communities and in their society, by acting on issues they define as important.

## Empowerment

Empowerment is the process of increasing the capacity of individuals or groups to make choices and to transform those choices into desired actions and outcomes.

### Samenvatting

Dit onderdeel behandelde verschillende perspectieven vanwaar de professional kan kijken indien hij ethisch wenst te handelen. De principe-benadering stuurt sterk aan op het IK en op het nemen van de eigen verantwoordelijkheid. Niet de makkelijkste maar wel de autonoomste opdracht. De volgende vijf benaderingen bieden een nieuw zicht op de autonomie van de cliënt/mens. De eerste twee, de fenomenologische en de narratieve benadering, zoeken heel sterk naar het vraagstuk van de identiteit – wie ben ik? – om daarna in probleemsituatie om te gaan, respectievelijk, met verlies aan identificatie en verstoring in de verhalen. Voor de professional een eerder passieve gang van zaken: empathie en luisteren is de boodschap. De drie volgende benaderingen, de hermeneutische, de discourethische en de zorgethiek, vergen een meer actieve houding van de cliënt en de professional.

In de praktijk worden alle benaderingen tegelijk en wisselend toegepast. Uiteindelijk is er de ontmoeting met de cliënt, die een zekere autonomie bezit (principe-ethiek), een diep doorvoeld wezen is (fenomenologische ethiek), boordevol verhalen (narratieve ethiek) leeft en vol voor-oordelen (hermeneutische en discourethische) zit. Een greep uit het dagelijks leven waar heel de mens geladen is met waarden en normen. Aan de professional, maar ook aan de cliënt, de ethische duiding om in het aangaan van een zorgrelatie dit zo wederkerig en verbonden mogelijk waar te maken (zorgethiek).

Hoe heeft zich de identiteit, de autonomie, het zelfbewustzijn van het moderne individu ontwikkeld?

- |             |  |
|-------------|--|
| Socrates    | start van het vrije autonome individu; kost wel maieutiek: kost moeite om zichzelf te verlossen van collectieve gedachten        |
| Aristoteles | stelt dat er iets bijzonders moet zijn om zich los te maken van het algemene ( <i>principium individuationis</i> )               |
| Paulus      | typerende wending na paardeval ... en bekering: andere identiteit, individu  |
| Augustinus  | idem: <i>tolle, lege</i> : neem en lees ... bijbel   |
| ME, Kerk    | ambivalentie tussen het repressief opleggen zich steeds wijzigende leer waardoor amper ruimte voor autonomie van het individu    |
| Renaissance | - mens is maat van alle dingen (Protagoras)<br>- Machiavelli <i>Il Principe</i> (De Heerser): doel = God)wettigt de middelen was |

gericht tegen de Kerk

- Michel de Montaigne *Essais*: eindeloos eigenzinnig denkend mens over zijn autonomie, zijn identiteit

-Descartes *Je pense, donc je suis*: wat een autonomie

Verlichting - Voltaire sceptisch  
- Rousseau idealistisch en toch ook *volonté générale*, een soort sociaal contract, dus heteronomie  
- Kant *Wat is Verlichting?* Op eigen kracht oordelen: *Sapere aude!*

Kierkegaard identiteit mens steeds heen en weer getrokken door het behoud van het esthetische en het vernieuwen naar het ethische (zie syllabus Kierkegaard)

Merkwaardige ontwikkelingen die de identiteit/autonomie in vraag stellen:

Copernicus van geo- naar heliocentrisme ↔ de mens centraal

Newton e.a. energie centraal ↔ de schepping centraal

Darwin soort = natuurlijk plan; mens blijkt apensoort ↔ goddelijk plan

Nietzsche - god verzonnen, dus god dood, dus autoriteit dood ↔ ga zelf maar eens nadenken! Probleem: nu mens alleen en aldus vervreemding, verscheurdheid  
- voorspelt de mens die speelbal zal worden van de massa ↔ Übermensch

Freud Es ↔ aanspraak op autonomie???

De Sade miskenning en de dood van de Ander, maar uiteindelijk ook van het Zelf; val van de revolutie (guillotine)

Sartre gedoemd tot vrijheid, tot autonomie

Foucault: mens vindt zichzelf uit in cultuur ↔ technologie maakt mens ondergeschikt

Door deze aanvallen op identiteit/autonomie volgt de-constructie:

Rimbaud Je est un autre

Lacan vervreemding ligt in de taal en haar betekenisgeving

Heidegger mens is bewust van tijd en dus eindigheid en kan ook buiten zichzelf staan (existentie = ex-sistere)

Camus *L'Etranger* neemt beslissingen buiten hem om

Sartre *La Nausée* (Walging) van de vervelende woekerende natuur die zich niets aantrekt van het lot van de piekerende mens

Aldus spanning opgedreven tussen

autonomie				heteronomie
zelfbeschikking				afhankelijkheid
vrije wil, keuze	ja, maar			externe factoren
idealen, maakbaarheid				kwetsbaarheid
kapitalisme	←	<b>politiek</b>	→	communisme
egocentrische illusie				collectief ideaal
>>>	←	identiteit	→	<<<

↓

kritische grenzen vandaag

↓

post-ideologisch tijdperk

- vrijheid ≈ **economische** vrijemarktmodel = neo-kapitalisme
- onderwerping aan materiële waarden = massamens van Nietzsche
- consumenten = shopping identiteit en dan geluk??
- Crisis van de waarden
- Identiteit ligt in de massa, dus beperkt
  - o economisch heteronoom
  - o sektair
  - o religieus
  - o clubs
- en wat met die soevereiniteit van Machiavelli en/of Kant ????

Het gevaar schuilt met andere woorden in pleonexia: de ondeugd van het steeds meer willen, de negatieve oneindigheid zie Mac Intire *After Virtue*;