

## **Ethische benaderingen**

Ethiek	Introductie	2
Leerkern		
1	Inleiding	5
2	Historisch ontwikkeling	5
3	De verpleegkundige beroepsgroep	8
4	Ethische benaderingen	9
	Inleiding	9
4.1	principebenadering	11
4.2	fenomenologische benadering	18
4.3	narratieve benadering	19
4.4	hermeneutische benadering	20
4.5	discoursethische benadering	21
4.6	zorgethische benadering	21
4.7	empowermentbenadering	24
4.8.	samenvatting	24
5	Consequenties professie en professional	27
Bijlage 1	<i>Orfeo en Euridyce</i>	29
Bijlage 2	<i>I am a rock</i>	30
Bijlage 3	<i>Het DI-POOL monument</i>	31
Zelftoets		33
Terugkoppeling		
1	Uitwerking van de opgaven	35
2	Antwoorden op de zelftoets	38
Literatuur		39

## Ethiek      Introductie

Vanaf de tweede helft van de 20<sup>e</sup> eeuw is het Westen in veel opzichten merkwaardig geëvolueerd. Technologische ontwikkelingen en verdergaande democratiserings- en emancipatieprocessen hebben het Westen – en deels de wereld – een fundamenteel nieuw aanzicht gegeven. Onze visie op gezondheid en ziekte, leven en dood, maakbaarheid en kwetsbaarheid zijn hierdoor ingrijpend gewijzigd. In de huidige Westerse samenleving is gezond zijn en gezondheid een hoog goed. Daarom speelt de gezondheidszorg zo'n grote rol in ons dagelijks leven. Maar deze gezondheidszorg is geenszins meer te vergelijken met de diaconessenzieken- en verpleeghuizen van weleer waar de zorg gericht was op comfortbehandeling en eindigheid nog gewoon was (Van der Mey – de Leur 1981). Wat een tegenstelling met vandaag waar de gezondheidszorg gekenmerkt wordt door een onvoorstelbare spitstechnologie aangestuurd door hoogwaardig opgeleide deskundigen. Het spreekt tot de verbeelding om het spectaculaire aspect van de gezondheidszorg in het daglicht te stellen. Subtiele operatietechnieken, euthanasie, gendiagnostiek, hulp bij zelfdoding, hardnekkig doorbehandelen krijgen dan de - vaak gekleurde - aandacht in de media. Ze roepen heel aandachttrekkende ethische dilemma's op, overigens niet steeds vrij van enige sensatiezucht. Maar vragen als welke elementaire zorg wenselijk is voor fysiek of emotioneel lijden, hoe de eigenheid van de zorgvrager te respecteren en waar liggen de grenzen van de betrokkenheid tussen zorgvrager en zorggevende blijken minder aantrekkelijk in de mediamarkt. Dat neemt niet weg dat gezondheidswerkers - op alle niveaus - geconfronteerd worden met een aan de buitenwereld onttrokken dagdagelijkse werkelijkheid van velerlei ethische dilemma's. Hierbij zal elke professioneel die ernstig met het beroep bezig is tot het besef komen dat het 'bedrijven' van gezondheidszorg niet zo neutraal en vrijblijvend blijkt.

### HETERONOMIE - 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 zelfgekozen 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

---

<sup>1</sup> (niet praktiserend) verpleegkundige en cultuurwetenschapper

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*. 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 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 individu levend in een gemeenschap (liefst ook heel erg autonoom).



Behoeftehiërarchie van Maslow

## AFBEELDING!

ONDERTITELING: grenzen van betrokkenheid

Ivan Mestrovic *Piëta* 1932 Middelheim

Opgave 1: Orfeo en Euridyce<sup>2</sup>

Klik hier en bekijk een videofragment uit de opera Orfeo en Euridyce (1762) van de hand van de componist Willibald Gluck (1714-1787). Je ziet een toneelspel dat direct gerelateerd is aan de gezondheidszorg: een vrouw ontvangt acute zorg en sterft nadien. Haar man (Orfeo) is hierbij aanwezig. Op hem richten we onze aandacht. Ook hij is een zorgvrager. Beantwoord volgende vragen: Wat valt je op in de zorgrelaties? Wat vind je van de houding van de zorgverleners? Hoe wordt met de behoeften van Orfeo omgesprongen? In hoeverre wordt hij gerespecteerd in zijn zorgvraag? Hoe ligt de betrokkenheid tussen zorgvraag en zorgverleners? Zijn er momenten die als sensationeel kunnen opgevat worden? Is hier sprake van ethische knelpunten? Wat beoogt de regisseur met deze fragmenten? Toets, na het doornemen van deze leereenheid, de houding van de zorgverleners aan de ethische benaderingen die in deze leereenheid besproken worden.

Probleem en tegelijk centrale vraag voor de professionele groepen is op welke manier om te gaan de vele ethische dilemma's op de werkvloer. Nu is dit niet zo eenduidig en allengs ontwikkelden zich meerdere manieren van omgaan met ethische problemen, de zgn. **ethische benaderingen**. In deze leereenheid wordt een overzicht gegeven van verschillende ethische benaderingswijzen die in de zorgverlening morele consequenties kunnen hebben. Achtereenvolgens komen de principebenadering, de fenomenologische, de narratieve, de hermeneutische, de discoursethische en de zorgethische benadering aan bod. Het overzicht is hoofdzakelijk ontleend aan Widdershoven 2000.

<sup>2</sup> zie voor meer inhoudelijke informatie bijlage 1.

## Leerdoelen

Na bestudering van deze leereenheid ben je in staat om:

- de verschillende ethische benaderingswijzen te benoemen, met één of twee kernbegrippen te duiden en ze met elkaar te vergelijken
- van elke benaderingswijze het specifieke toepassingsgebied in de praktijk aan te geven
- de plaats aan te geven die de principebenadering heeft t.o.v. de andere benaderingen
- de eed van Hippocrates voor de huidige samenleving aan te vullen
- het begrip autonomie te correleren met het begrip paternalisme
- het verschil aan te geven tussen negatieve en positieve vrijheid, voor welke ethische benadering deze begrippen een rol spelen en wat deze begrippen betekenen voor de praktijk
- het begrip informed consent niet alleen juridisch maar ook ethisch te duiden
- het bijzondere van de zorgethische benadering toe te lichten
- de ethische geladenheid van de illustraties, bijgevoegd artikel en digitale componenten te duiden

### 1. Inleiding

Het is niet vanzelfsprekend dat er op een verschillende manier ethisch ingespeeld kan worden op dilemma's die de zorgverlener tijdens het ziekteproces met patiënten kan tegenkomen. Op het eerste zicht klinkt het eenvoudig dat als een verwoed rokende vader bij zijn opgenomen kind dat aan astma lijdt, toch in diens aanwezigheid rookt, dat de kinderverpleegkundige hierop vanuit een ethische reflectie die voor het kind kiest, de vader benadert om hem op het dilemma te duiden. Maar de **manier waarop** de kinderverpleegkundige de communicatie aanpakt, maakt wel veel uit. Zo kan de kinderverpleegkundige zich heel principieel opstellen, ofwel kan de kinderverpleegkundige de vele waarden die in het leven betekenis hebben voor kind of vader in het gesprek betrekken, ofwel kan de kinderverpleegkundige vertrekken vanuit het levensverhaal van het kind of de vader, of proberen in te spelen op vooroordelen van de vader en dit verbreden naar het gezin toe. Een **ethisch dilemma** kan dus ethisch genuanceerd benaderd worden cq. geduid worden. Hoe langer hoe meer ontstond de behoefte om deze verschillende benaderingen (afzonderlijk) te verduidelijken, te **onderscheiden**. Dat hierbij in de literatuur enige abstracte begrippen vallen is hieraan inherent. Wil de verpleegkundige hierbij aansluiten dan is enige kennismaking niettemin gewenst. Het maakt nogal wat uit of men zwart-wit denkt, of in termen van verhalen of te veranderen vooroordelen. Vindt een bepaalde beroepsgroep dat het team op deze of gene manier haar patiëntenpopulatie dient te benaderen, dan heeft dit soms vergaande gevolgen. Nu is het ook niet aangewezen om in extremen te vervallen. Men kan ook opwerpen dat al deze benaderingen meer op elkaar gelijk zijn dan verschillen of omgekeerd. Een dergelijke scheidingsgedachte is in feite niet zo relevant. Het menselijk zijn en zijn/haar gedrag laat zich niet classificeren in allerlei hokjes.

### 2. Historische ontwikkeling

Dit kort historisch overzicht geeft de veranderingen aan die zich in de ethiek hebben voorgedaan en hoe deze veranderingen geïncorporeerd werden in de gezondheidszorg. Het verklaart mede waarom er tegenwoordig zoveel ethische benaderingen zijn.

Tot aan de tweede helft de 20<sup>e</sup> eeuw was ethiek in de Westerse samenleving relatief onproblematisch. Het juiste of goede leven werd gestuurd door de heersende moraal van de cultuur waarin men vertoefde en dit was dus over het algemeen burgerlijk met een nogal uitgesproken Victoriaans tintje. Dit gold eveneens voor de gezondheidszorg, deelgebied van deze samenleving. Een kleine halve eeuw later is de toestand totaal veranderd. Nog niet lang geleden werd een ademstilstand via mond op mond beademing verholpen. Lukte dit niet dan was de patiënt ten dode opgeschreven. Vandaag wordt er een buisje in de luchtpijp geschoven en met een apparaat verbonden. Op zichzelf geen probleem – en in de meeste situaties zelfs het tegendeel - ware het niet dat de zo geredde patiënt ook wel eens te kennen zou kunnen geven dat hij helemaal niet gereanimeerd (her-beziëld) had willen worden. Ethiek . . . er gaat geen dag voorbij of er is wel een of andere krant die het nodig acht een ethisch onderwerp aan te snijden. Naarmate het technisch kunnen in de gezondheidszorg steeg - en mede door de ongebreidelde proliferatie van de **technologie** was de stijging groot - steeg ook de **kritiek**.

#### OPGAVE 2:

*Wanneer spreekt men van moraal en wanneer van ethiek?*

Dat dit nieuwe technologisch wereldbeeld ook **gevolgen** kende voor de gezondheidszorg kon niet uitblijven. Vanaf nu werd de gezondheidszorg geconfronteerd met patiënten die (grotendeels) (mee)bepaalden wat er met hun lichaam al dan niet ging gebeuren. Een nieuwe nog meer op de patiënt-mens gerichte ethiek bleek (snel) nodig. Vanuit hun positie van eindverantwoordelijken zagen vooral de artsen zich hier toe hoe langer hoe meer gedwongen. In hun voetspoor volgden de verpleegkundige sector en de paramedici. Of het antwoord op de veranderende situatie in de beginfase een authentieke zoektocht betrof voor de gezondheidswerkers valt te betwijfelen. Zelfs nu lijkt het er nog steeds op dat de ethische problematiek nog steeds een ondergeschoven kind in de gezondheidszorg is. Ethiek was dus verre van het eerste belangstellingsgebied van de gezondheidszorg. Men hield zich aan de **regel van Hippocrates**, - artsen en andere zorgverleners handelen voor het heil van de patiënt - daarmee waren de grote krijtlijnen voor het handelen in de gezondheidszorg uitgestippeld en kon overgegaan worden tot de orde van de dag: daadwerkelijke zorgverlening. In de praktijk van de laatste honderd jaar betekende dit globaal dat de **arts** bepaalde hoe de patiënt werd behandeld waarbij de patiënt over het algemeen weinig tot geen inspraak – of zogenaamde vooronderstelde inspraak - had en meestal zijn ziek leven volledig aan de arts toevertrouwde. Dit is hetgeen men **paternalisme** pleegt te noemen.

Wat een dilemma in de relatie patiënt – arts, steeds geprangd tussen hoop op leven en aanvaarding van eindigheid. Deze voortdurende tweestrijd en spanningsveld heeft Vincent van Gogh in *Un Malheureux vêtu de Noir*<sup>3</sup> in één zin naar zijn arts ondubbelzinnig verwoord: *Guérissez-moi, mais ne mentez pas.*

Een traditionele paternalistische houding is mooi herkenbaar in Verdi's *La Traviata* 3<sup>e</sup> akte waar het bemoedigend antwoord van de dokter aan de aan tbc lijdende terminale Violetta als volgt is: *Wel dan ... moed. Je genezing is niet ver meer af.* Waarop Violetta lief reageert: *O, die vrome leugen is dokters*

---

<sup>3</sup> Vertaling: *Genees mij, maar lieg niet tegen mij.* In Opera van Jan van Vlijmen; Première: Vlaamse Opera, Antwerpen, 1990; zie libretto (Johan Thielemans) in programmaboek aldaar p.57.

*toegestaan! Zo onschuldig loopt zo'n 'dialogoog' niet af. Even verder stelt Violetta in doodsstrijd, tegen beter weten in: En toch zegt de dokter dat ik mag hopen! ...*

**OPGAVE 3:**

*Welke dubbelzinnigheid klinkt door in het antwoord die Vincent, impliciet, en Violetta, expliciet, naar de arts toe verwoorden?*

Verheugd als men was vanaf de 2<sup>e</sup> helft van de vorige eeuw over de stijgende technische mogelijkheden voor de behandeling van velerlei gezondheidsproblemen, werd die blijdschap dus tegelijkertijd aangevreten door ethische bemoeienis vanuit de **buitenwereld**. Op hun steeds sterker wordende kritiek moesten de gezondheidswerkers een antwoord formuleren. Deze buitenwereld was vooralsnog erg positief geweest in haar houding t.o.v. de gezondheidszorg. Want laten we wel wezen, tot diep in de 19<sup>e</sup> eeuw was het toch allemaal maar wat schipperen met behandelen. Wie in aanleg - enig milieu speelde uiteraard ook een rol - niet sterk genoeg was, moest al heel jong rekening houden met een chronische aandoening en/of een vroegtijdige overlijden. We moeten niet vergeten dat zo'n 150 jaar geleden de gemiddelde leeftijd van de arbeiders op amper 32 jaar berekend werd. Dat de sterfte van pasgeborenen op kraamafdelingen gemiddeld 20% was en soms tot 50% kon oplopen. Wat een weldaad toen Pasteur in 1850 de bacterie ontdekte en in de jaren 1930 penicilline uiteindelijk voor de eerste maal ingezet kon worden bij soldaten ter bestrijding van syfilis. Wie kon hier toen **bezwaren** maken tegen de paternalistische houding van artsen? Een houding op basis van een, weliswaar begrijpelijke maar toch eigengereide interpretatie van Hippocrates. Een houding die niet meer vol te houden was, al was het alleen maar omdat de regel van Hippocrates in de zich steeds sterker technologisch ontwikkelende gezondheidszorg na de jaren 1950 te beperkt bleek te zijn. Wat voordien haast niet gedacht kon worden, werd nu **werkelijkheid**. Hardnekkig doorbehandelen zolang de monitor aan het bed van de patiënt een fluctuerende lijn aangaf van hersen- en hartactiviteit, ingaan op verzoek van (ver)sterven, het uitvoeren van allerlei onderzoeken waarvan de zinvolheid betwijfeld werd, het "in leven houden" van overleden kandidaat donoren, het ging aan de buitenwereld niet voorbij.

Een typisch Hippocratisch handelen laat Gérard Corbiau zien in een beginscène van de film *Le Roi danse* (2000), in hoofdzaak gaande over de muzikale perikelen van Louis XIV. Wanneer Lully zijn voet diep aanprikt met zijn dirigeerstok (toentertijd werd met een stok stampend de maat aangegeven) ziet de hofarts in, gezien de hoge mate van waarschijnlijkheid van een zich ontwikkelend gangreen, dat er niets anders opzit dan de voet te amputeren en dit tegen de krachtige wil in van Lully. Lully wordt niettemin vastgehouden en de operatie voltrekt zich (virtueel in de film). De arts handelt hier in het belang van de patiënt, omdat hij weet dat de waarschijnlijkheid van overleven groter is dan niet te handelen. Een vorm van hard paternalisme<sup>4</sup>.

Leven dat voordien niet levensvatbaar was, kon nu - we hebben het over een evolutie van amper twee generaties terug - worden verlengd. Nog scherper wordt de verwijdering van het Hippocratische denken waar het gaat om leeftijdsverlengend handelen. Niet alleen **verlangen** we in het nu een bepaald esthetisch niveau van ons uiterlijk, maar voor het straks hopen we dat het leven zo lang mogelijk gerekt zal worden. Het ziet er zelfs naar uit dat de ooit

---

<sup>4</sup> Voor een eenvoudig overzicht van de verschillende vormen van paternalisme zie Kompanje 1996 p.14.

verlangde onsterfelijkheid, zo vaak thema in de kunst, nog meer werkelijkheid zal kunnen worden door de kloontechnologie.

Hoe een **antwoord** te formuleren op de ethische vragen die dagdagelijkse praktijk oproept? Zou men een alomvattend antwoord kunnen geven, waarin alle partijen – gezondheidswerkers en patiënten - zich kunnen herkennen? Of zou men een antwoord formuleren vanuit de beroepsgroep(en) op het gevaar af zich wat te formeel op te stellen? Of zou het antwoord volgens het gedoodverfde ideaal “*de patiënt staat centraal*” gegeven worden, waarbij dan eerder de nadruk zou komen te liggen op de zorgbehoefte? En in hoeverre zou de patiënt hierbij betrokken kunnen worden, inspraakmogelijkheid dus?

Verwacht had kunnen worden dat men de koppen bij elkaar zou steken, ethische problemen op een rijtje zou zetten en vervolgens met een eenduidig document naar buiten zou komen om aan de nieuwe crisissituatie het hoofd te bieden. Niets daarvan. In feite was niemand hierop degelijk voorbereid. In eerste instantie werd ad hoc gereageerd. In de eerste decennia na de jaren 1950 wordt het debat geopend. In allerlei medische tijdschriften worden vragen en proefballonnetjes opgegooid. Men weet dan nog niet precies welke houding aan te nemen. Even de collega's bevragen. Meninge worden gevormd met daarmee samenhangende regeltjes. Grofweg komt het er op neer dat men vasthoudt aan de traditie van de bekende regel van Hippocrates, die dan wel wordt gekneed tot een enigszins werkbaar instrument en wel in die zin dat de inbreng van de patiënt meer wordt gehonoreerd dan bij de traditionele paternalistische benadering van de arts. Daarnaast drukt de kostprijs van de gezondheidszorg hoe langer hoe belangrijker en zwaarder op haar agenda.

Hoe langer hoe meer verhoogt de behoefte en de druk naar eenduidigheid in ethische aangelegenheden. Dit resulteert in een **eerste codificatie** van een nieuwe ethiek: vertrekkende vanuit een viertal beginselen (zie verder) een theorie uitwerken om aan de ethische problematiek in de medische praktijk een redelijk werkbaar model aan te bieden. Hierbij wordt meestal verwezen naar de auteurs Beauchamp en Childress en hun benadering wordt de **principebenadering** genoemd.

Alhoewel op het eerste gezicht de principebenadering een zekere evidentie in zich sluit, zijn er de nodige **kritieken** op gekomen. De principebenadering wordt bijvoorbeeld niet volledig bevonden of er wordt geringschattend op gereageerd. Allerlei andere benaderingen theoretiseren vanaf 1980 alternatieven waarvan de fenomenologische, de narratieve, de hermeneutische, de discoursethische maar vooral de zorgethische de frontlinie vormen. Deze alternatieven ontwikkelen zich los van de principebenadering, maar leveren toch regelmatig reacties op de principebenadering. Ze staan er dus niet geheel los van. En dat heeft veel te maken met het gegeven dat de principebenadering in de dagdagelijkse praktijk als vanzelfsprekend gehanteerd wordt en geen enkele andere benadering er zo maar over heen kan kijken.

#### *OPGAVE 4*

*Welke fasen zou je kunnen benoemen in de ontwikkeling van het ethische gedachtegoed?*

### 3. De verpleegkundige beroepsgroep

In het kielzog van de medici kwam ook het debat op gang van de paramedici en de verpleegkundige en verzorgende beroepen. In eerste instantie hebben deze beroepsgroepen



afgewacht hoe de medici zouden reageren. Deze medici hebben zeer pragmatisch en duidelijk vanuit een geneeskundige visie gereageerd. In de verpleegkundige beroepssector is hierop deels afwijzend gereageerd. De noodzaak tot de ontwikkeling aan een eigen verpleegkundige ethiek drong zich op. Vooral aan faculteiten gezondheid- en verplegingswetenschappen is hierop doorgeboomd. Een enorme literatuur is nu beschikbaar.

#### Opgave 5

In hoeverre verdient het de voorkeur dat er een afzonderlijke verpleegkundige ethiek vigeert naast deze van andere beroepsgroepen zoals bijvoorbeeld de medische ethiek?

De publicatie van Beauchamp en Childress is een referentiewerk. Andere beroepsgroepen in de gezondheidszorg waaronder ook verpleegkundigen richten zich vaak op de principebenadering. Als verpleegkundige pendant geldt de publicatie in 1978 *Ethical Dilemmas and Nursing Practice* van Anne Davis en Mila Aroskar die we niet verder meenemen in deze bijdrage.

#### OPGAVE 6:

##### 2 AFBEELDINGEN!

*Figuur x en y stellen twee verpleegkundigen voor als representatie van een bepaalde tijdsgeest. Figuur x, werk van Albertine Brij 1942, verbeeldt een verpleegkundige die we bij de traditie kunnen voegen. Figuur y stelt The Nurse 1964 voor van Roy Lichtenstein. Welke inhoudelijke verschillen en overeenkomsten vallen hierbij op en verklaar?*

#### 4. Ethische benaderingen

##### Inleiding

Een ethische benadering is een invalshoek die men neemt om naar een bepaald moreel probleem te kijken. Deze invalshoeken komen niet uit de lucht gevallen. Ze zijn het resultaat van spontane, creatieve en pragmatische ontwikkelingen in een cultuur. In het Westen heeft de ethische invalshoek van Hippocrates gewerkt tot even na WO-II. Daarna kregen allerlei fundamentele ontwikkelingen hun beslag vanaf 1950 – 1960. Hieruit vloeide de benadering van de **principe-ethiek**, een afgeleide van de eed van Hippocrates, en nu de meest dominante ethische invalshoek. In de loop van de jaren 1980 – 1990 komen de in de introductie genoemde alternatieve ethische benaderingen op.

In niet Westerse culturen komt een dergelijke variabiliteit aan benaderingen niet voor. Het is hier ook de plek om eens een vergelijkende blik te werpen op andere culturen. Het leert ons meteen dat ethiek cultureel bepaald is. Ethiek staat niet op zichzelf in het maatschappelijk leven. Het wordt zonder we dat er bij stil staan enorm getekend door gedachten die in de samenleving vanuit de traditie overgeleverd zijn. 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 veranderd 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. De 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 zetten zich door tijdens de Middeleeuwen met de opkomst van de steden en hun vrijheidscharters. Daarnaast ontstaan overall staatsvormen waarbij kerk en staat gescheiden zijn. In de loop van de eeuwen ontkerkelijkt 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 nuancerings.

<i>WESTERSE CULTUUR</i>	<i>onderwerp</i>	<i>ANDERE CULTUREN</i>
↓ I K – wij	↓ verhouding gemeenschap – individu	↓ W I J – ik
Zeer groot	vrijheid	beperkt
Individu		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

#### 4.1.DE PRINCIPEBENADERING

De principebenadering wordt uitgebreid beschreven in het reeds vermelde werk van Beauchamp en Childress 1994. De kritiek op deze benadering is vrij groot, m.n. op de begrippen in kolom 1. Alles draait met name op de invulling van het begrip ‘autonomie’. In hoeverre is de mens zelfbeschikkend? Kan de autonome mens werkelijk zelfstandig uitmaken hoe zijn leven te bepalen m.n. als het gaat om ziekteprocessen? Dit debat wordt verder gevoerd.

Deze benadering gaat uit van een viertal regels die op hun smalst bekeken heel afhandelend (kunnen) overkomen. Aan deze vier beginselen worden vier plichten en vier deugden toegevoegd. Deze principes, deugden en plichten hebben een onderlinge relatie maar er is geen dwingende koppeling.

<b>PRINCIPES</b>	<b>PLICHTEN</b>	<b>DEUGDEN</b>
1. Autonomie	eerlijkheid	medeleven
2. Weldoen betrokkenheid	privacy	
3. Nonmalificum	vertrouwelijkheid	aandacht betrouwbaarheid
4. Rechtvaardigheid	loyaliteit	integriteit
<i>kolom 1</i>	<i>kolom 2</i>	<i>kolom 3</i>

De praktijk en ook de literatuur richt zich vooral op de principes en wordt er over plichten en deugden weinig gedebatteerd en/of worden voorondersteld. De volgende tabellen werken de principes dan ook praktisch uit:

<b>Principe / waarde</b>	<b>Handelen</b>	<b>Boodschap</b>
1. Autonomie / zelfbeschikking	Neem de patiënt serieus	Erkenning
2. Weldoen	Coach in belang van de patiënt	Houding
3. Geen schade	Behoud integriteit van lichaam-psyche	Handeling
4. Rechtvaardigheid	Bied gelijk(w)aardige zorg	Verdeling

En wat concreter (volgende pagina):

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 op de belangen van de organisatie of de beroepsgroep voorstellen
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

### Opgave 7

Je vraagt aan je collega of zij even haar stethoscoop wil lenen. Je collega is net bezig een patiënt te wassen die hierdoor afgeschermd is met gordijnen. Je gaat naar je collega toe, je opent even de gordijnen en steekt je hoofd er door heen om de stethoscoop in ontvangst nemen, je gaat verder en sluit de gordijnen weer. De patiënt ligt op de rug met het onderlichaam naakt. In hoeverre wordt het principe van zelfbeschikking gerespecteerd?

#### *Autonomie*

Autonomie of zelfbeschikking is wel *het* woord in onze westerse samenleving. Alleen al de term «over zichzelf beschikken» roept veel vragen op. Maar toch heeft autonomie te maken met het zelf willen bepalen, het zelf richting willen geven, het zichzelf willen toe-eigenen van de manier hoe iemand zijn leven wil inrichten, met alle plus- en minpunten. Het gaat hier om de *maakbaarheid* van het leven, om de wens om zelf de *regisseur* te zijn van zijn leven. In het verlengde hiervan staan begrippen als mondigheid, zelfbepaling, soevereiniteit, bevrijding, zelfontplooiing (Maslow!), onafhankelijkheid, beheersing, assertiviteit en emancipatie. Het gaat in feite om erkenning, waardering en au sérieux genomen te worden. Dat alles betekent wel dat 'ik' mijn eigen verantwoordelijkheid wens te dragen en dat 'ik' op deze verantwoordelijkheid, en dus ook op het beginsel van autonomie, kan worden aangesproken. Heel scherp gesteld betekent het dat iedere burger, dus ook cliënten, het ik-contract met deze maatschappij impliciet zijn aangegaan en dat zij van zichzelf verwachten dat maatschappelijke en/of gezondheidsproblemen of slecht nieuws hieromtrent *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. Op dit laatste punt gaan we verder in.

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 ouders en zo mogelijk het kind (*negotiated consent*) als juist en goed geïnformeerden, in vertrouwen toestemming geven tot begeleiding, behandeling, verpleging en verzorging van hun kind, de zgn. geïnformeerde toestemming. Maar de geest van deze wet gaat wel verder: bedoeld wordt dat de patiënt op zo'n wijze worden voorgelicht dat hij in staat is de juiste beslissing te nemen. *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 worden zijn situatie beter aan te kunnen. Is de nodige informatie aangeboden aan de patiënt om hem te potentialiseren 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, toeëigenen en aanpassen?

In uitzonderlijke situaties wordt de mogelijkheid opengelaten om in het belang van de patiënt informatie te onthouden, de zgn. «*therapeutische exceptie*». In dit geval zijn zorgverleners, om «misbruik» te voorkomen, er wel aan gehouden andere beroepsbeoefenaar te raadplegen en het uitzonderlijk karakter van de situatie schriftelijk vast te leggen.

Een andere vorm van uitzondering waarbij de wetgever niet de verplichting oplegt aan professionals om het beginsel van autonomie strikt toe te passen is het zgn. *geen bezwaar systeem* of *opting-out system*. Dit geldt bijvoorbeeld in het geval van wiegendoed waarbij de arts het verzoek voor autopsie niet hoeft te stellen. Overigens ook gehanteerd bij donorschap na plots overlijden. Als een ouder dus niet formeel aangeeft bezwaar te hebben tegen autopsie – de arts hoeft er niet naar te vragen - dan kan de arts dit onderzoek zonder verzoek aan de ouders laten plaatsvinden. Op zijn minst een niet neutrale houding van de wetgever door het hanteren van het principe van stilzwijgende of vooronderstelde toestemming en het principe van “het doel heiligt de middelen” waardoor onrechtstreeks geraakt wordt aan het zuiver toepassen van het principe van de autonomie van ouders naar hun kind toe. Zie hiervoor verder uitgebreid A. Demol, J-P. Demoustiez, e.a., 2003, p. 33-55.

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, alhoewel ook de Antieke Oudheid met dit begrip vertrouwd was (Socrates, Epicurus, Aurelius, Seneca e.a.). De mens werd een belangrijk ‘IK’ dat vooral zelf diende na te denken (met als boegbeeld de filosoof Kant: *Sapere Aude* of Durf te denken/weten) in plaats van zich het denken voor te laten schrijven. Een duidelijke aanval op het toen geldende Ancien Régime 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 ongekeerde 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 ongekeerde 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 (mannetje, vrouwtje, twee kinderen, kat en hond met huisje en tuintje) zoekt. Een warempel capsulaire samenleving met weinig oog voor de buitenwereld. Een hedendaags filosoof als 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. En dat we er soms in blijven hangen. Deze invalshoek wordt vaak genomen door alternatieve benaderingen waaronder vooral de zorgethiek. Blijft toch de vraag recht staan: 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 professional. 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. De professional is er vanuit de principebenadering ethisch aan gehouden deze draagkracht te meten en op grond daarvan af te stemmen hoe de cliënt te bekrachtigen (zie verder 3.8).

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, kunnen noch kiezen voor de optie van negatieve vrijheid. Zij verkiezen zich, vanuit hun autonominiveau, 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 inmenging in de persoonlijke levenssfeer door de professional (zie ook verder 3.8). 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 – 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.

Toepassingsvoorbeeld:

Veel ouders kiezen hun relatie met de professional uitgaande van positieve vrijheid. Ook in het geval van kindermishandeling. Het is de kunst van de professional om de ouder zo te benaderen dat deze zich bereid voelt mee te werken aan verdere behandeling zonder daarom expliciet hoeven toe te geven dat hij/zij de dader is.

### *Weldoen versus paternalisme*

Het beginsel van weldoen geeft de ethische houding aan dat de professional eraan gehouden is de cliënt op de juiste wijze wel te doen en hem op de juiste wijze te benaderen, d.w.z. de begeleiding c.q. de behandeling denken vanuit de autonomie van de cliënt. Benaderingen die uitgaan omdat de regels zo bepaald zijn door de structuur, het systeem of de instelling beantwoorden niet aan het principe van weldoen en kunnen verworpen en bestempeld worden als bevoogdend, betuttelend, moraliserend, neerbuigend, of kortom als paternalistisch.

Toepassingsvoorbeeld:

Een typische betuttelende benadering is de volgende: kinderen krijgen geen aparte ruimte voor te spelen want om die ruimte te scheppen moet er een en ander verbouwd worden. Ze kunnen met de ruimte die ze nu hebben wel toekomen, wordt gesteld. Deze benadering gaat uit van het systeem. De principebenadering zou uitgaan van de opmerking: hebben kinderen dat evidence based nodig dan is de instelling er ethisch aan gehouden in te spelen op de ware behoeften en zich te onthouden van vermeende argumenten van gebrek aan ruimtes en / of gelden.

### Oudere tekst

Uitgangspunt en tegelijk soms een dilemma is de autonomie/mondigheid van de patiënt en de arts die een behandeling voorstelt. Het gaat om het spanningsveld tussen de autonomie van de patiënt en de paternalistische houding van de gezondheidswerkende. De autonomie wordt zo sterk benadrukt dat men in dit verband spreekt van **negatieve vrijheid**: de patiënt wordt geïnformeerd vanuit een niet inmengende houding (zeg maar: het heel strak respecteren van de privacy, zich niet bemoeien met) van de gezondheidswerker, kan vrij kiezen en staat – erg

extreem geïnterpreteerd - uiteindelijk alleen in de keuze hoe met zijn gezondheidsprobleem verder om te gaan. Er zijn mogelijkheden of er worden mogelijkheden aangeboden, maar of je die daadwerkelijk gebruikt komt in het concept van negatieve vrijheid niet ter sprake. Ieder heeft recht op invulling van het eigen leven zonder door een ander gestoord te worden. Vrijheid is in die zin niet meer dan de afwezigheid van externe obstakels. Negatieve vrijheid staat tegenover **positieve vrijheid** waar de inbreng van de andere, dus ook van gezondheidswerkers, in het privé-domein van de patiënt wel verondersteld wordt. Dit kan omdat de mens/de patiënt hierbij voorondersteld wordt het eigen leven *actief* richting te geven. Je moet er iets voor doen vooraleer je je vrij kunt noemen.

Stel dat je in een gezin gedag gaat zeggen en je geeft enige opmerkingen over de wijze waarop vader of moeder hun kind opvoeden. Het concept van negatieve vrijheid beschouwt deze handeling als ongewenste bemoeienis. Stel echter dat de ouders je uitnodigen om op een pedagogisch probleem van hun kind je mening weer te geven, dan gaat het hier om een actieve actie vanuit de ouders. Ze nodigen je uit om in hun privé-domein in te treden (verschillend van inmenging). Hier is vanuit de ouders sprake van gebruik maken van hun positieve vrijheid.

Alhoewel dit een extreme voorstelling van zaken betreft, wordt de principebenadering vaak als dusdanig aangevoeld. Het dilemma doet zich vooral voor bij matige tot gehele afwezigheid van mondigheid. Van autonomie is alleen sprake bij wilsbekwame patiënten. Dit wordt problematisch bij kinderen, bij patiënten met psychische aandoening en bij patiënten in comateuze toestand. In vele gevallen heeft de arts een verregaande bevoegdheid tot al dan niet zinvolle doorbehandeling.

**Autonomie** wordt hier 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.

#### OPGAVE 8:

*Welke stromingen zouden enigszins bezwaar kunnen maken met dit mensbeeld?*

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. Dat alles betekent wel dat ik mijn eigen verantwoordelijkheid wens 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, dus ook patiënten, het contract met deze maatschappij impliciet zijn aangegaan en dat zij van zichzelf verwachten om gezondheidsproblemen of slecht gezondheidszorgnieuws **autonoom** op te



kunnen pikken en naar best vermogen te verwerken. 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 ten minste 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. Nooit kan iemand 100% autonoom zijn zoals Simon and Garfunkel in hun song *I'm a rock* van 1977 (zie opgave 10) bezongen. Er is ook de kwetsbare mens en steeds moet autonomie afgewogen worden naar de **draagkracht** van de patiënt.

Om te vermijden dat de **daadwerkelijk** toepassing van het autonomiebeginsel in de praktijk al te gemakkelijk een dode letter zou blijken, is de **informed consent** wettelijk ingevoerd. Het viel niet bij iedereen in de smaak. Kort gesteld betekent informed consent dat de patiënt zodanig wordt geïnformeerd over zijn behandeling dat hij in staat wordt gesteld als een autonoom kiezend individu toe(in)stemming of goedkeuring te geven aan zijn arts om de betreffende behandeling in te stellen. Zonder informed consent geen behandeling. In eerste instantie is informed consent ingevoerd als bescherming voor de patiënt tegen mogelijke over- en risicobehandeling door artsen. Nadien is veel meer de idee van autonomie vooruitgeschoven. Daar hebben veel artsen best moeite mee. Een meegaande patiënt is nu eenmaal gemakkelijker dan een patiënt die bezwaren maakt of zelfs een voorgestelde behandeling afwijst. Daarom werd er vanuit de artsengroep vaak gepoogd te sleutelen aan informed consent en het te wijzigen in gezamenlijke of gedeelde besluitvorming. Dit wordt door de overheid categoriek afgewezen, alhoewel de wet wel voorziet in een bepaling waarbij de arts de mogelijkheid heeft mits voldoende verantwoording toch informatie aan de patiënt te weerhouden, het zgn. exclusiebeginsel of therapeutische exceptie. Om 'misbruik' te voorkomen zijn zorgverleners verplicht een andere beroepsbeoefenaar te raadplegen en dit schriftelijk vast te leggen.

#### Opgave 9

In de onderhavige casus worden ouders op een bepaalde gesprekswijze gevraagd om toestemming te geven voor een obductie (of autopsie) van hun kind.

Beoordeel in hoeverre de informatie dermate wordt gegeven dat hierbij sprake is van informed consent?

Pieter, een jongetje van 3,5 jaar komt te overlijden aan een bijzondere vorm van epilepsie. In een nagesprek enkele uren na het overlijden vraagt de behandelend arts aan ouders: 'Vindt u het goed als we een **obductie** doen bij uw kind? Op die manier komen we er misschien achter wat precies aan de hand is geweest'. De ouders stemmen toe. Een verpleegkundige die aan de zijlijn het gesprek ongewild aanhoorde is er niet zo zeker van dat de ouders de vraag goed begrepen hebben. Een uurtje later knoopt ze spontaan een gesprek aan met de ouders, die ze overigens goed kent omdat zij Pieter regelmatig verpleegd heeft. Tijdens het gesprek stuurt zij er bewust maar ongemerkt op aan wat de ouders van het laatste gesprek met de arts begrepen hebben. Zij komt tot de vraag: dus mevrouw, mijnheer, u weet goed waarvoor u toestemming hebt gegeven? Oh ja, repliceert de moeder vriendelijk, de dokter wil nog zeker een of ander bloedonderzoek doen, want hij zei dat omdat Pieter een bijzondere vorm van epilepsie had het toch belangrijk en zinvol is om dit onderzoek te doen. We komen dan misschien te weten wat de waarheid is en dat vinden we toch ook wel een goede zaak.

Goed beschouwd past de principebenadering als gegoten in een pragmatische functionerende Westerse samenleving. De principebenadering kent een massale toepassing en is dus ook dominant aanwezig in de praktijk van de gezondheidszorg. Niettemin is er de nodige kritiek die o.m. verwijst naar haar afstandelijkheid, te grote nadruk op autonomie enz.

Opgave 10:

Lees de tekst songtekst I'm a rock (bijlage 3) en beantwoord volgende vragen:

Hoe beoordeel je voor jezelf die tekst? Wat vind je van deze tekst? Hoe ervaar je de tekst? Hoe komt ze bij je over?

Welk begrip staat hier centraal?

Is hier sprake van negatieve of positieve vrijheid?

Welke ethische benadering staat hier centraal?

Waarin vlucht de ik-figuur?

De volgende benaderingen zijn onder meer ontstaan als reactie op de principebenadering en bieden allerlei alternatieven. Kernpunt is dat in de relatie patiënt gezondheidswerkende er (veel) meer sprake is van inmenging. De vrijheid van de patiënt blijft overeind maar de zorgverlener gaat meer in op de beperkte autonomie en kwetsbaarheid van de patiënt. In dit kader wordt dan gesproken van **positieve vrijheid**.

#### OPGAVE 11: AFBEELDING!

*Afb. x is een Piëta van von Stuck. Deze voorstelling verwijst in eerste instantie naar de christelijke belevingswereld waarbij het lijden van moeder Maria voor haar zoon Jezus Christus uitgedrukt wordt. Ook voor de niet-gelovige kan het beeld inspireren tot een bepaalde interpretatie. Bekijk de afbeelding nog eens doordringend en formuleer een interpretatie in relatie tot het beroep van verpleegkundige.*

#### 4.2 FENOMENOLOGISCHE BENADERING

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

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

De **fenomenologische**<sup>5</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. 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

---

<sup>5</sup> fenomeen = verschijnsel; ieder mens is een verschijnsel (-ing) dat bestaat = existeert (vandaar existentialisme ~ Sartre, Heidegger e.a.)

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 fenomenologie, de verschijning 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, die autonomie hoog in hun vaandel dragen, misschien moeilijk aanvaardbaar gezien hier min of meer afbreuk gedaan wordt aan het zozeer begeerde '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. De fenomenologische benadering acht het een **ethische opdracht** van de professional dat de betekenissen die de cliënt 'identificeren' door de professional opgepikt worden en waar nodig in en tijdens de zorgverlening ook de nodige aandacht en steun krijgen. In die zin is het **invoelingsvermogen** van de professional uitgangspunt in deze benadering om langs deze weg de autonomie van de patiënt te verhogen.

Toepassingsvoorbeeld:

Het gegeven dat kinderen spelen en tekenen ligt in hun zijn, in hun wezen. Dit weten kinderen niet. Ze zijn zo. De professional weet 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!

#### OPGAVE 12

*Een Marokkaanse patiënt van 70 jaar geeft aan dat hij niet graag gewassen wordt (niet wenst gewassen te worden) 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? Is het in deze situatie zinvol/verantwoord om de identiteit van de patiënt te versterken naar een heroriënterende co-evolutie tussen autonomie en afhankelijkheid?*

*Antwoord: de allochtone patiënt weet niet beter – voorbewust – dat gewassen worden door een vreemde vrouw onrein is. Deze patiënt zal zich bezoedeld vinden 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.*

#### 4.3 NARRATIEVE BENADERING

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

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

De **narratieve**<sup>6</sup> benadering gaat er van dat verhalen al dan niet over het beleefde leven vertellen en zo ja, door haar werkelijkheid een identiteit bepalen. 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. Vele verhalen zitten – impliciet, expliciet - boordevol waarden en normen, dus ethisch geladen. Door deze verhalen weet/leer ik wie ik ben en kan ik greep krijgen op mijn leven. Elk individu heeft een levensverhaal dat het handelen en de identiteit bepaalt. Een narratieve identiteit: ‘ik ben’ door verhalen die ik mezelf vorm en door verhalen van anderen. Dit is voor eenieder – overigens onbewust – een voortdurende bezigheid: de zoektocht of queeste om op verhaal te komen en het leven via deze invalshoek waardevol te bepalen (of niet). Voor de narratieve benadering is het een ethische opdracht van de zorgverlener om naar de verhalen, de geschiedenis van de patiënt te luisteren, deze te (her)ordenen om van daaruit het gezondheidsproces te ondersteunen. Deze benadering betreft dus het verhaal van de patiënt als uitgangspunt tot ethisch handelen. In die zin is het **luisterend oor** uitgangspunt in deze benadering om langs deze weg de autonomie van de patiënt te verhogen.

#### OPGAVE 13:

*Een vrouw van 65 jaar is opgenomen voor een (noodzakelijke) gynaecologische operatie. Hoe langer hoe meer blijkt dat de patiënt 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. Totdat een verpleegkundige met haar eens rustig de tijd neemt om gewoon eens met mevrouw te babbelen over koetjes en kalmpjes. Al gauw tijdens het gesprek blijkt dat mevrouw naar aanleiding van een ongeval zo'n 30 jaar geleden haar kindje van 6 maanden oud verloor. In het ziekenhuis 'mocht' ze haar (waarschijnlijk gemutileerd) kind niet meer zien. In het gesprek geeft ze aan dat 'ze' 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 (m.a.w zou ik ook juist handelen indien ik geen initiatief neem om het verhaal van de patiënt te bevragen?)

#### 4.4 DE HERMENEUTISCHE BENADERING

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

De **hermeneutische**<sup>7</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

<sup>6</sup> narration = verhaal, geschiedenis; ieder mens heeft zijn/haar verhaal;

<sup>7</sup> hermeneutiek = interpreteren; ieder mens interpreteert

inzichten. Deze – overigens niet als negatief te aanzien – vooroordelen komen in de relatie, in **dialoog** met de professional naar boven. In dit gesprek worden de vooroordelen van de cliënt geconfronteerd 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 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.

De hermeneutische benadering gaat er van uit dat het een **ethische opdracht** van de professional is de vooroordelen van de cliënt te onderkennen en om te zetten in nieuwe vooroordelen die het maatschappelijk of gezondheidsproces verbeteren. In die zin is het dialogeren van de professional uitgangspunt in deze benadering om langs deze weg de autonomie van de patiënt te verhogen.

Toepassingsvoorbeeld:

*Tekeningen van kinderen kunnen worden geïnterpreteerd en dit kan in de begeleiding van kinderen een meerwaarde betekenen. Deze ethiek 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.*

OPGAVE 14:

*De artsen geven aan een pas bevallen moeder aan dat haar pasgeboren kind maximaal nog 5 dagen te leven heeft. De moeder geeft aan dat ze zich het best niet kan hechten aan het kind.*

*Welk vooroordeel speelt er bij de moeder? Is dit een begrijpelijk vooroordeel? Welk vooroordeel heeft de verpleegkundige vanuit haar professie? Hoe stelt u zich de horizonversmelting voor?*

#### 4.5 DE DISCOURSETHISCHE BENADERING

De **discoursethische** benadering verbreedt de hermeneutische benadering tot de omgeving van de cliënt. Productieve vooroordelen beperken zich niet alleen tot de cliënt (kind) maar ook het gezin (+ ouders) en mogelijk verdere omgeving (grootouders e.a.) worden in de dialoog betrokken. Deze betrokkenheid verbreden heeft ethische gehalte; communicatief handelen staat erg centraal en in plaats van informed consent, alleen gericht op cliënt, pleit de discourethiek eerder voor **negotiated consent**. Het is een **ethische opdracht** van de professional om het terrein van vooroordelen uit te breiden naar de omgeving van de ouder en kind. Zeker met de beperkte autonomie van het kind is deze benadering een relevante aanvulling in de problematiek van de principebenadering die moeilijk een antwoord heeft op wilsonbekwamen, w.o. kinderen en psychisch - psychiatrisch kwetsbare mensen.

Toepassingsvoorbeeld:

Aangetoond is dat kindertekeningen de communicatie met het kind merklijk verhoogt. Maar ook de communicatie met ouders. Dit betekent dat allerlei vooroordelen tussen de driehoeksverhouding (discours!) kind – ouder –professional in gezamenlijk dialoog naar boven komen en kwaliteitsverhoging betekenen. Daarom is de professional er volgens deze ethiek aan gehouden om dergelijke vooroordelen via tekening-communicatie te entameren.

Praktijkvoorbeeld:

Vier kinderen staan rond het sterfbed van hun comateuze vader. Ze hebben een sterk meningsverschil als het draait of hun vader al dan niet verder behandeld zou moeten worden. Het is de professional die in een gesprek met hun allen (discours) de vooroordelen beluistert en aanvoelt wat de kinderen op het hart hebben en vervolgens zijn professionele vooroordelen meeneem naar een consensus, de zgn. horizonversmelting.

#### 4.6 DE ZORGETHISCHE BENADERING

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

→ 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 ontvankelijk is voor de zorgverlening is de basis van Tronto’s **wederkerigheid** in de zorgrelatie. Deze wederkerigheid is niet gratis. Zij koppelt hieraan morele consequenties die de kwaliteit van het handelen bepalen.

<b>FASEN</b>	→	<b>ETHISCHE DUIDING</b>	→	<b>HANDELEN</b>
1. Caring about		aandacht		onderkennen
2. Taking care of		verantwoordelijkheid		actie
3. Care-giving		competentie		deskundigheid
4. Care-receiving		responsiviteit		wederkerigheid
Kolom 1		kolom 2		kolom 3

Het is een **ethische opdracht van de professional** 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 m.a.w. een zorgtrouw of -compliance, zeg maar een verruiming van hetgeen bekend staat 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 toeziend oog 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. 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. M.a.w. het is een ethische opdracht van de zorgverlener om bovengenoemd handelen uit te voeren in haar praktijk. Bij fase 4 is er de ethische opdracht van de patiënt om aan te geven hoe hij omgaat met de hem verleende zorg. In die zin is **assertiviteit** uitgangspunt in deze benadering.

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 beklaagt 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.

#### Opgave 15

Waarin verschilt de zorgethische benadering van deze van de andere genoemde ethische benaderingen?

Tronto vormt een sterke tegenwind in heel het debat over welke benaderingen de voorkeur zouden moeten hebben. In Nederland wint haar ethische benadering hoe langer hoe meer veld en is al heel wat onderzoek dienaangaande verricht.

#### OPGAVE 16:

*Het komt voor dat HIV-besmette drugverslaafden verkopen de medicijnen die ze nodig hebben voor hun besmetting te bestrijden. Het bureau dat deze medicijnen verstrekt, geeft nu alleen de medicijnen indien de drugverslaafden ze innemen in aanwezigheid van een functionaris.*

*Welke ethische benadering zou hier expliciet bezwaar kunnen maken tegen deze manier van werken en waarom? Wat kenmerkt in deze casus het zorgethisch karakter? Hoe zou je hier het begrip positieve vrijheid invullen?*



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 zorgvrager, 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 n.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 ziekten. 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 diabeet 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 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 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 d 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 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).

## Problemen, kritiek, reflectie:

1. tijdrovend: in het begin zeker maar de uiteindelijke tijdsbesteding verkleint gaandeweg, vermindert de frustratie en verhoogt de tevredenheid van alle partijen.
2. kostenbesparend: er zijn cijfers bekend van therapievoorschriften die niet opgevolgd worden de zgn. therapieontrouw: deze zijn gigantisch hoog; van de levens- en gedragstherapieontrouw gaat men er van uit dat de kosten hiervan op langere termijn vele malen hoger liggen; een economische ethische afweging is hier wel op haar plaats.
3. wilsonbekwame patiënten kunnen op deze benaderingen op een weliswaar geëigende manier opgevolgd worden. Wel vergt dit meestal bijzondere competenties vanwege de zorgverleners.
4. De vraag is of er voldoende zorgverleners opgeleid zijn om aan deze ethische benaderingen te beantwoorden. Vermoedelijk zijn gerichte trainingen noodzakelijk.

**CONCLUSIE:** een ethische 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.

## 4.8 SAMENVATTING

Dit onderdeel behandelde verschillende perspectieven vanwaaruit de professional kan kijken indien hij ethisch gericht 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. 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 discoursethische 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 discoursethiek) 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). En dit alles in functie om de patiënt te bekrachtigen en zo de autonomie te verhogen.

### OPGAVE 17:

*Je hebt in deze leereenheid kennis genomen van een aantal ethische benaderingen. Deze benaderingen zijn geen op zichzelf staande invalshoeken. In de praktijk gebruik je die niet afzonderlijk. Een patiënt benader je nu niet hermeneutisch, vijf minuten later narratief om dan regelethisch de relatie te beëindigen. Zo kun je ook een kunstwerk dat ethisch geladen is holistisch benaderen. Hoe zou je van elk van de ethische benaderingen een invulling kunnen geven aan het Di-pool monument (bijlage 3)*

## 5 Consequenties voor de professie en de professional

PROFESSIONAL ZIJN ... bezitten de deel- of eindverantwoordelijkheid of een behandeling al dan niet doorgaat en zo ja: op welke wijze. Naast daadwerkelijke concrete hulp- en zorgverlening vervult de professional ook coördinerende en coaching taken. Coördineren heeft vaak te maken met het organiseren en verwijzen van de cliënt. Coaching heeft meer vandoen met het luisteren naar verhalen en het interpreteren van allerlei meningen of oordelen die cliënten hebben over hun probleemsituatie – kortom aandacht - om van daaruit de cliënt via bepaalde technieken gericht te begeleiden naar meer autonomie, dus zelfkeuze. De manier waarop dit gebeurt, gaat door middel van optimale communicatieve vaardigheden: luisteren naar wat precies wordt bedoeld in de woorden van kind en ouders, het goed opnemen van de argumenten die tot een bepaalde besluitvorming leiden en bij tegengesteld besluit heel diplomatisch en strategisch in een warm vertrouwen met kind en ouder communiceren. Het harmoniemodel verkiest de voorkeur boven het conflictmodel. Participeren en ondersteunen zijn hierbij de trefwoorden. En ongetwijfeld komen er situaties voor waarbij van het team enorm veel

geduld wordt gevergd. Een professioneel team kan in principe met conflictsituaties omgaan. Hierbij kan het uitmaken of de professional beginnend beroepsbeoefenaar is of al enkele jaren in het werkveld staat. Evidence based practise is ondermeer gelinkt aan ervaring. Het is niet alleen kennen (beginsituatie) maar ook kunnen. Afgezien van de blik op de cliënt is er ook de blik naar de beroepsgroep. Hoe professioneel is het team? Is er *intradisciplinair* een duidelijke visie van benadering die gericht is op de cliënt? En hoe ligt de samenwerking *interdisciplinair*? Handelen de verschillende professionele disciplines vanuit gelijkaardige visies? Zo is bekend dat dit in de zorgverlening niet altijd spoort. Tussen artsen en verpleegkundigen is er vaak nog sprake van hiërarchische verhoudingen die de kwaliteit van de zorg verre van ten goede komt. Als deze professies werkelijk professioneel zouden willen werken dan is er alles – ook ethisch - aan gelegen om dergelijke spanningsvelden en knelpunten op te ruimen. Uiteindelijk kan elke discipline als een zelfstandig bemiddelende zorgverstrekker beschouwd worden met een afgebakende verantwoordelijkheid. Dit identificeert tevens het beeld van een beroepsgroep. En elke beroep heeft – overigens wederkerig - het recht om als een autonoom team au sérieux te worden genomen.

Bijlage 1 Orfeo en Euridyce / Gluck

Voorafgaand verhaal:

Orfeo zijn vrouw Euridyce is, op hun huwelijksdag, gebeten door een giftige slang. Ze heeft acute intensieve zorgen nodig.

Het eerste fragment laat zien hoe een aantal verpleegkundigen haar behandelen. Het mag niet baten: Euridyce overlijdt.

Het volgend fragment laat ambulance verpleegkundigen aanrukken die Euridyce op een brancard leggen en haar wegvoeren naar een mortuarium.

Orfeo staat er alleen en ziet gelaten toe hoe zijn vrouw vervoerd wordt terwijl allerlei verwarrend wisselende verplaatsbare ramen enigszins rondtollen.

Technische gegevens:

Operahuis: Covent Garden London

Dirigent: Harmut Haenchen

Operaregie: Harry Kupfer

Productie: Derek Bailey

Landseer / RM Arts productie i.s.m. NOS-tv + Channel 4  
C1991

**Bijlage 2: 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.**

[http://www.musiclinks.nl/S/Simon\\_and\\_Garfunkel/songtekst-I-Am-A-Rock-L4488.html](http://www.musiclinks.nl/S/Simon_and_Garfunkel/songtekst-I-Am-A-Rock-L4488.html)

Door [Klik hier](#) is deze song te beluisteren



**AFBEELDING!**

Felix van de Beek      *Di-pool monument* 1998      azM-  
Maastricht

**Het siert de voorpagina van de laatste uitgave van Traject (jaargang 13, nr.11), het prijkt op de kaft van het kunstboek-azM (De Limburgers van het azM), maar bovenal, als je de hoofdingang passeert, grijpt het je onwillekeurig aan. Je ontkomt niet aan haar aanwezigheid. Het P. Debye- of het zgn. di-poolmonument staat er niet vrijblijvend. Het domineert zacht haar omgeving en vraagt ongedwongen om een interpretatie.**

Stevig in de grond verankerd, verfijnen de beide bogen elegant naar boven toe. Geplaatst in een relatief ruime omgeving biedt het perspectieven in alle richtingen. Tot zelfs spiegelingen in het water. Water overigens, oorsprong van het leven, van alle geleiding. Het pronkt niet maar staat er redelijk zelfverzekerd. Het geheel is, in materiaal en uiting, erg verfijnd en sereen. Haar symmetrische opstelling drukt een opvallend evenwicht uit. Het zit vol rustpunten. En door haar eenvoud en concreetheid charmeert het menige achteloze voorbijgaande tot gepaste verwondering.

Maar het herbergt ook een zekere abstractheid, waardoor het de actief fronsende menselijke geest niet loslaat. Want, als je niet beter weet, dan zou je wensen dat de twee naar elkaar overhellende bogen in elkaar zouden overvloeien. Maar niets daarvan. Ergens in de ruimte blijft elke boog toppen. En bekijk hun gebogenheid. De hoek waarmee ze naar elkaar toe buigen is precies gemeten. Iets te hoog zou te struis, te hovaardig overkomen. Iets te laag te plomp, te aards. En de ijlheid waarmee ze naar elkaar ranken - maar nooit raken - is tevens hun kwetsbaarheid. Het is alsof het werk niet af is, en toch is het af. De bogen zoeken elkaar te voelen maar voelen elkaar niet. Ze neigen naar omarming maar omarmen niet. Het suggereert eindigheid maar er blijft oneindigheid. Herkennen we hierin niet de spanning die elk leven met zich meedraagt? En tegelijk de fragiliteit van het leven, oh zo nakend in de onmiddellijke omgeving van het ziekenhuis, en de universiteit. Tijdloze toenadering dus. Want de toenadering is nooit af. Het blijft steeds 'worden'. Net zoals de relatie patiënt-zorgverlenende steeds een 'worden' is. Een elkaar zoeken in de zorgverlening en in het onderzoeksveld. De mens die moreel gehouden is naar de ander toe te gaan ... toenadering die we steeds aan elkaar ge-plicht zijn. Geen makkelijke opdracht. In de bogen voel je de spanning van het menselijk leven. Leven en leed die naar een oplossing zoeken waarin een belofte van hoop versluierd schuilt. Een regelmatig terugkerende strijd met de tijd die niet steeds bereikt wordt. Wat een hunkerende bogen!

Aldus biedt het kunstwerk spanning en ontspanning. Het is prominent aanwezig, maar overdondert niet. Het biedt de vrijheid tot voorbijgaandheid, geborgenheid, warmte en omarming. Maar nodigt tegelijk mild uit tot de keuze naar reflectie op ons bestaan. Het koestert emotie met geest.

Och, heeft P.Debey, waaraan het kunstwerk is gewijd, hierbij stilgestaan? Was hij een exact iemand? Het genoemde artikel in Traject (p.19) schrijft hem menig menselijk warme gevoelens toe. Maar het doet er in wezen niet toe. Het azM en de UM kunnen vandaag de dag de meest gesofisticeerde onderzoeken en proeven doen, meestal diep technisch van aard. En daar komt heel wat bipolariteit bij kijken. Maar waartoe tellen getallen? Ze staan uiteindelijk in dienst van de mensheid. Dus toch de mens. En daarom blijft het bi-pool monument een boeiend, aansprekend en inspirerend kunstwerk met zowel een elektrische als ethische lading.

## Zelftoets

1. Een gezin kan zichzelf financieel niet voldoende beheren. Er komt gezinshulp bij te pas en af en toe dient drastisch ingegrepen, zo onder meer wordt dit gezin verplicht haar bankpasje in te leveren.

- a. de fenomenologische benadering zou het eens zijn met deze handeling
- b. de principebenadering zou een dergelijk actie afwijzen
- c. het is sowieso achterhaald in deze tijd om mensen op deze manier te benaderen
- d. hier is sprake van toepassing van negatieve vrijheid

2. Welk begrip staat centraal in de hermeneutische benadering?

- a. Dialoog
- b. Luisterend oor
- c. Autonomie
- d. Negatieve vrijheid

3. Welk van de onderstaande stelling met betrekking tot positieve vrijheid is juist, dan wel onjuist

- I. Deze vorm van vrijheid veronderstelt dat aan de privacy van het individu geraakt mag worden.
- II. Positieve vrijheid houdt rekening met een beperkte autonomie.

- a. I is juist, II is juist
- b. I is juist, II is onjuist
- c. I is onjuist, II is juist
- d. I is onjuist, II is onjuist

4. De hermeneutische benadering richt zich vooral op het interpreteren van zorg. Hierbij geldt dat

- a. de nadruk ligt op het interpreteren van verhalen
- b. bij deze benadering de negatieve vrijheid de voorkeur heeft op positieve vrijheid
- c. dat de vooroordelen van zowel patiënt als zorgverlener zich in een gezamenlijk perspectief, de zgn. horizonversmelting, vinden.
- d. deze benadering in het verlegde ligt van de principebenadering.

5. Een patiënt die behoefte heeft om veel over haar leven te vertellen, zou in principe benaderd kunnen worden vanuit de

- a. Narratieve ethiek
- b. Hermeneutische ethiek
- c. Principe-ethiek
- d. Zorgethiek

6. Een patiënt houdt zich niet aan de regels en wenst dat hij zelf zijn afspraken kan plannen wanneer het hem goed uitkomt. Welke ethische benadering zou op grond van wederkerigheid de handelwijze van deze patiënt niet aanvaarden:

- a. Narratief
- b. Hermeneutisch
- c. Principe
- d. Zorgethiek

7. De songtekst: I Am A Rock is een uitgesproken voorbeeld van

- a. Wij-samenleving
- b. Autonomie
- c. Positieve vrijheid
- d. Zorgethische benadering

8. In het videofragment Orfeo en Euridyce / Gluck toont aan

- a. Hoe in de praktijk de verpleegkundige beroepsgroep hoofdzakelijk werkt met ethische benaderingen die specifiek gericht zijn op de beroepsgroep.
- B Hoe vanuit de negatieve vrijheid blijkt dat de vrijheid van de patiënt gerespecteerd wordt.
- C Hoe de autonomie van de patiënt op de juiste manier gerespecteerd wordt.
- d. dat er zorgverlening verstrekt wordt waarbij vragen kunnen gesteld worden omtrent het gebruik van ethische benaderingen

9. Welk van de volgende uitspraken/stellingen is de meest juiste/verdient de voorkeur:

- a. Het beginsel van zelfbeschikking koppel je aan autonomie van de patiënt.
- b. Het beginsel van rechtvaardigheid koppel je aan het begrip paternalisme.
- c. Aan een patiënt slecht nieuwsinformatie weerhouden over zijn gezondheidstoestand is een goed voorbeeld van de toepassing van het beginsel van weldoen.
- d. Ethiek en moraliteit betreffen dezelfde (begrips)inhoud.

10. Welk van de onderstaande stelling met betrekking tot positieve vrijheid is juist, dan wel onjuist

- I. Informed consent is een uitvloeisel van het beginsel van zelfbeschikking.
  - II. Ethiek staat los van politiek-economische krachten.
- 
- a. I is juist, II is juist
  - b. I is juist, II is onjuist
  - c. I is onjuist, II is juist
  - d. I is onjuist, II is onjuist

## Terugkoppeling

### 1. *Uitwerking van de opgaven*

1. De zorgrelatie vanuit de verpleegkundigen naar Orfeo kan als afstandelijk bestempeld worden. De verpleegkundigen zien blijkbaar geen heil in communicatie. Orfeo zoekt naar antwoorden en hunkert non-verbaal naar emotionele hulp maar wordt in zijn zoektocht niet gerespecteerd. De houding van de zorgverleners kan zonder meer in vraag worden gesteld. Het op deze zwart-wit wijze voorstellen van de stand van zaken in de gezondheidszorg is ook duidelijk de bedoeling van de regisseur geweest. Daarmee is ook het antwoord gegeven in hoeverre de houding van de zorgverleners aan de ethische benaderingen die in deze leereenheid besproken worden, beantwoordt aan de ethische duiding van deze benaderingen. Vermeldenswaard is ook het feit dat de regisseur bewust vertrekt van uit een sensationele situatie die het grote publiek meteen aanspreekt: reanimatie en ambulance.

2. Moraal duidt meer op de uit onze opvoeding (gezin, onderwijs, cultuur, enz.) verworven waarden en normen, die in de regel als vanzelfsprekend worden overgenomen. De traditie speelt hier een grote rol. Ethiek is de reflectie op deze waarden en normen, m.a.w. de vanzelfsprekendheid ervan wordt doorbroken. In de praktijk worden deze begrippen hoe langer hoe meer door elkaar gebruikt zoals bijvoorbeeld in de volgende uitspraak: *medisch-ethische commissie houdt moreel beraad*.

3. Beide beseffen terdege dat de arts hen voorliegt. We houden onszelf als gezondheidswerkers een masker voor door zo met de patiënt om te gaan. En het zegt meer over onze professionele kwetsbaarheid (competenties) in relatie tot de competenties van de patiënt. Deze antwoorden relativiseren een paternalistische houding. De gezondheidswerker maakt zichzelf wijs professioneel te handelen. Het besef van deze te verwerpen ethische houding heeft de overheid er toe gebracht om de informatieplicht in te voeren, de zgn. informed consent.

4. Een voortel tot fasering kan de volgende zijn:

Fase 1:                      vanaf de Oudheid – met Hippocrates (ca. 300 voor Christus) als boegbeeld tot 1950

Fase 2: vanaf 1950 tot 1980: de zoektocht naar ethisch handelen n.a.v. fundamentele veranderingen de gezondheidszorg, culminerend in de algemene toepassing van de principebenadering.

Fase 3: vanaf 1980 tot nu en verder: de principebenadering geeft niet het volle antwoord op een totale ethische benadering van de mens cq. patiënt; er ontwikkelen verschillende ethische benaderingen die deelaspecten benaderen.

5. Tussen de professie verpleegkunde en de professie geneeskunde is er ongetwijfeld veel verwevenheid en verbondenheid als het gaat om patiënt en familie. Dit zou pleiten voor één ethiek en niet voor een aparte verpleegkundige ethiek. Aan de andere kant profileert de verpleegkunde zich als een autonome beroepsgroep. Van een beroepsgroep die de status nastreeft van professie wordt verwacht dat ze haar handelen in eerste instantie verantwoord naar haar eigen discipline toe. Verder laat de praktijk ook zien dat geneeskunde en verpleegkunde toch twee verschillende beroepsgroepen betreffen die naast gemeenschappelijke doeleinden ook veel verschillende doeleinden nastreven. Elke beroepsgroep heeft een eigen identiteit met andere belangen. Morele problemen worden door beide beroepsgroepen vaak op een eigen wijze gepercipieerd. Het lijkt haast onmogelijk dat zij in alle opzichten onder één gemeenschappelijke ethische paraplu zouden kunnen functioneren. Dit zou dus eerder pleiten voor de ontwikkeling van een afzonderlijke verpleegkundige ethiek.

6. Figuur x representeert de traditie. Uiteraard zijn er de bekende attributen zoals de kledij en het speld. Ook haar kapsel is out-moded. Verder zijn haar lippen en haar ogen opgemaakt. Heel opvallend is de uitdrukking van het gelaat. Deze verpleegkundige glimlacht en straalt hiermede rust, goedertierenheid en dienstbaarheid uit. Het traditionele beeld en verwachtingspatroon van haar tijd.

Heel anders is het gesteld met The Nurse. We herkennen wel de traditionele attributen van kledij en kapje. De mode is hier aangepast. De opmaak van deze verpleegkundige wordt hier sterk op de voorgrond geplaatst. De afbeelding is sterk erotiserend van aard, terwijl dit aspect bij figuur x bescheiden op de achtergrond staat en een eerder fatsoenlijk hoffelijk karakter vertoont. Maar het is vooral de uitdrukking van het gelaat, met name de blik van deze verpleegkundige, die in deze afbeelding centraal staat. Geheel in contrast met het erotiserende kan deze blik gekarakteriseerd worden als vragend, verontrustend, bezorgd, en symboliseert de positie van de verpleegkundige in de gezondheidszorg: deze positie is niet meer neutraal noch vrijblijvend, ook de verpleegkundige wordt geconfronteerd met ethische dilemma's, die vroeger wel eens gemakkelijk naar de artsen werd verschoven maar die nu wegens de professionalisering van haar beroep haar de plicht geeft haar handelen in een juist perspectief te sturen. Van een beroepsgroep die de status nastreeft van professie wordt verwacht dat ze haar handelen verantwoord naar haar eigen discipline toe en naar buiten toe. De glimlach en het vriendelijk gelaat van weleer behoort misschien voorgoed tot het verleden?

7. In feite wordt in deze situatie afbreuk gedaan aan het beginsel van autonomie. Nooit zou kunnen aanvaard worden dat een niet-professioneel een dergelijke 'blootlegging' kan doen. Maar zelfs een professioneel heeft geen enkel excuus voor deze handeling. Het au sérieux nemen van deze patiënt en dus het respecteren van de privacy van deze patiënt wordt hier met de voeten getreden. Alleen in de zorgverlening is het mogelijk de lichamelijke zo kwetsbaar op te stellen. Men laat zich naakt zien omdat er de noodwendigheid is. Er is dus alles aan gelegen om onnodige blootstelling te vermijden aan eenieder die niet met de directe zorgverlening van doen heeft. De verpleegkundige hoorde rekening te houden met de toestand

van de patiënt waar hij op dat ogenblik geen zorg aan verleende en een andere manier moeten bedenken om aan de stethoscoop te geraken.

8. Vooral religieuze en alle stromingen die er toe neigen om de gemeenschap centraal te stellen. Het individu is hierin opgenomen en de individuele vrijheid is iets meer beperkt. Dit laatste althans in de ogen van een westers georiënteerd individu. Het is maar de vraag of de zogenoemde vrijheidsbeperking door de betreffende personen zo ervaren of beleefd wordt.

9. Dit is een klassiek voorbeeld van een verkeerd begrepen recht op informatie. De ouder kent het begrip wel niet, maar interpreteert het begrip alsof het gaat om een bekend en gebruikelijk routine onderzoek(je). De arts gaat er genoeglijk (?) van uit dat de ouders het begrip wel kennen maar had dit moeten nagaan en vooralsnog het begrip obductie toelichten. Het spreekt voor zichzelf dat hij in dit geval een ernstige (kunst)fout maakt, waarvoor hij voor een eventuele rechter niet vrijgesproken zou worden: het gaat ook om het *hoe* van het gesprek. De zelfbeschikking die de wet bedoeld konden de ouders niet toepassen omdat bij hen niet op de juiste manier het recht op informatie is toegepast.

10. De tekst getuigt van een extreme, haast pathologische vorm van autonomie. Op een niet mis te verstane manier staat hier een individu volledig afgezonderd van de medemens. De mens is van steen, ondoordringbaar en om het geheel nog te versterken: onbereikbaar want een eiland isoleert hem nog van niet-gewenst gezelschap. Natuurlijk is de emotie aanleiding van deze totale afzondering: vriendschap, liefde en genegenheid leiden (lijden) alleen maar tot ellende. De oplossing is verbijsterend: poëzie, dus kunst. De vlucht in teksten die ik zelf kan lezen en interpreteren zonder de inbreng van de vervelende storende ander. Dus negatieve vrijheid is de houding en hier staat in dat opzicht de principenadering centraal. Uiteraard is het nooit de bedoeling van deze benadering om een 100% autonomie voor te staan. De mens kent naast maakbaarheid ook kwetsbaarheid. In alle gevallen blijft het zaak die maakbaarheid te versterken in de context van de kwetsbaarheid. Het blijft een mooie poging van deze tekstschrijvers de notie van autonomie in zo'n scherp daglicht te stellen.

11. De *Pietà* van Franz von Stuck roept in al haar verbeterden lijden een strakke rigiditeit op. Geen directe aanraking maar een ingehouden en beheerste afstandelijkheid. Het kan tegelijk ook als metafoor gezien worden van de relatie zorgontvangende – zorgverlenende: loodrecht t.o.v. elkaar, a.h.w. in een kruispunt én als een (gelovig) kruis van een harde kwetsbare zorgverlening. Hier staat de machteloze mens die moeite heeft met de dood en tegelijk beseft en moet toegeven dat er eindigheid is; dit gespannen aanvaarden blijkt een harde confrontatie te zien aan gestresste starre verbeterden houding van de Maria-figuur.

12. De identiteit van deze allochtone patiënt wordt gevormd door de betekenis die hij haar geeft vanuit zijn islamitische geloofsovertuiging. Een man kan niet naakt gezien worden door een vreemde vrouw. Deze betekenis kenmerkt zijn verschijning als fenomeen. Respect voor deze patiënt betekent ingaan op zijn 'fenomenologie'. Dit is het juiste handelen. Het negeren van dit betekenis-verzoek kan men als niet juist handelen bestempelen. Er is hier duidelijk sprake van een ethische duiding.

13. In sommige situaties kan de persoonlijke geschiedenis van een patiënt diep ingrijpen in het leven. Dermate zelfs dat het a.h.w. lichamenlijk gefocust wordt. Deze patiënt heeft het lijden dat ze heeft omdat ze haar kindje niet en nooit kan zien, emotioneel in haar 'onderbuik' geplaatst. De plek waar haar kind oorspronkelijk werd be-leefd. Niemand heeft ooit haar lichaamstaal begrepen en nooit naar geluisterd. Deze verpleegkundige wel. De narratieve benadering stelt dat het in zo'n situaties een ethische plicht is – dus juist handelen – om te

luisteren. Stellen dat al die verhalen van patiënten niet voldoende relevant zijn om mee te nemen in de zorgverlening is een uitspraak die niet hard gemaakt kan worden, en is dus ethisch onjuist.

14. Bij de moeder ontwikkelt zich de begrijpelijke gedachte = voor-oordeel dat ze zich het beste niet kan hechten aan het kind omdat zij daar later nog meer pijn aan over houdt. Verpleegkundigen, vanuit hun professionele voor-oordelen, weten (uit onderzoek enz.) dat het in principe beter is voor de verwerking dat de moeder zich wel hecht aan het kind: elk rouwproces steunt op herinneringen. Beide voor-oordelen komen nu in dialoog met elkaar. Zo'n dialoog is geen momentje maar vaak een zich over bepaalde tijd strekkend gesprek waarin beide partijen aftasten hoe de voor-oordelen in elkaar kunnen versmelten ergens in een virtuele verte. Vandaar het begrip horizonversmelting.

15. Vooreerst verschilt de zorgethiek van de principebenadering omdat deze laatste de negatieve vrijheid vooropstelt (geen inmenging). Dit is een fundamenteel verschil. De andere benaderingen delen de positieve vrijheid met de zorgethiek maar zijn hierbij niet zo expliciet als het gaat om de wederkerigheid in de zorgverlening. De zorgethiek maakt daar een punt van. Zorgverlening wordt problematisch indien in de relatie patiënt – zorgverlenende alleen één partij getoetst worden. Dit is te vrijblijvend. Zowel de patiënt als de zorgverlenende dienen zich in het zorgverleningproces wederkerig in vraag te stellen.

16. In het kader van de wederkerigheid vindt de zorgethiek dat dit een juiste handeling is. Het kan niet zijn – en niet rechtvaardig – dat patiënten zorg ontvangen die ze niet respecteren, net zoals het niet kan zijn dat verpleegkundigen vanuit hun professie dergelijk 'zinloze' zorg zouden verlenen. In het kader van rechtvaardige verdeling van (de kosten van) zorgen worden hierdoor patiënten die zich wel wederkerig opstellen onterecht benadeeld. Hier hoort de zorgverlener beleid en acties te ondernemen die de wederkerigheid in de juiste richting versterken.

Voor de principebenadering zou tegen deze benadering bezwaar kunnen maken. In de zorgethiek is duidelijk sprake van positieve vrijheid, meer dan in de andere benaderingen. De principebenadering hanteert de negatieve vrijheid.

17. De volgende interpretaties kunnen gegeven worden.

Vanuit de *principebenadering* zou dit kunstwerk erg technisch bekeken worden. Het fysieke is ook duidelijk herkenbaar aan de in de in het water liggende bipolaire tekens: + en – (alleen ter plaatse te zien); de bogen lijken 'hangend' 'kwetsbaar en tegelijk maakbaar: de bogen hangen er tegen de zwaartekracht in.

De *fenomenologische* benadering ziet het kunstwerk als verschijning (fenomeen) en ontleent via haar identiteit een betekenisboodschap; alhoewel het artikel het 'worden' benadrukt van dit monument zou je ook een 'zijn' eraan kunnen bedenken. Het monument als fenomeen verwijst dan naar tijdloosheid, warmte, omarming;

De *narratieve* benadering herinnert aan het oeroude verhaal van hunkering naar elkaar en de voortdurende aantrekkingskracht naar elkaar;

De *hermeneutische* benadering spits zich toe op de vraag: in hoeverre is de onmogelijke toenadering een voor-oordeel?

De *discoursethische* benadering is gezien de bipolariteit niet van toepassing;

De *zorgethische* benadering legt de nadruk dat de bogen aan elkaar onwillekeurig een wederkerigheid vertonen: dicht bij elkaar en niet te onderbreken

Uiteraard is dit een interpretatie. Je kan er ongetwijfeld een eigen interpretatie bij bedenken die op haar manier steekhoudend is.



2. *Antwoorden op de zelftoets*

1. b
2. a
3. a
4. c
5. a
6. d
7. b
8. d
9. a
10. b

## LITERATUUR

Werken met een \* zijn beschikbaar in de bibliotheek. Sommige boeken zijn ouder dan vijf tot tien jaar. Bepaalde filosofisch ethische denkbeelden – argumenten blijven waardevol of zijn nog niet vervangen door nieuw.

Asperen van, G.M., *Het bedachte leven. Beschouwingen over maatschappij, zingeving en ethiek*, Amsterdam 1998, 3<sup>e</sup> druk.

Baier, Annette C., *Moral Prejudices*, Cambridge, 1996 3e druk.

Beauchamp, T.L. en Childress, J.F., *Principles of Biomedical Ethics*, New York, 2008, 6e ed.\*

Borst, Piet, *Gezonde twijfel. Over dokteren, genezen en misleiden*, Nieuwezijds, Amsterdam, 2010.\*

Dehue, Trudy, *De depressie-epidemie. Over de plicht het lot in eigen handen te nemen*, Augustus, Amsterdam, 2009, 7<sup>e</sup> druk.\*

Demol, A., Demoustiez, J-P., e.a., *Kinderverpleegkunde*, Kluwer, Diegem, 2003.\*

Demoustiez, J-P., *Op Kindermaat, spel, kindertekeningen en ethiek voor kinderverpleegkunde*, Kluwer, Diegem, 2004.\*

Demoustiez, J-P., *Spel, kindertekeningen, ethiek en hechting op kindermaat*, Kluwer, Diegem, 2011.\*

Dierickx, Kris, *Kinderen niet toegelaten. Ethisch verantwoord omgaan met kinderen in de geneeskunde*, Davidsfonds, Leuven, 2010.\*

Dohmen, Joep, *Het leven als kunstwerk*, Stichting Maand van de Filosofie, 2008.\*

Dohmen, Joep, *Over levenskunst. De grote filosofen over het goede leven*, Ambo, Amsterdam, 2011.\*

Dunning, A.J., *Betoverde wereld. Over ziek en gezond in onze tijd*. Meulenhoff, Amsterdam, 1999.

Gilligan, C., *In a different voice. Psychological Theory and women's development*, Cambridge, 1982, 35e druk, 1998.

Hattinga Verschure, J.C.M., *Het verschijnsel zorg*, De Tijdstroom, Lochem, 1977.

Hawley. Georgina, *Ethiek in de klinische praktijk*, Pearson Education, Amsterdam, 2009.

Kompanje, E.J.O., De Jong, E.J.C., Van Duijn, D., *Ethiek en recht toegepast*, Leiden 1996, blz. 12 t/m 42

Kunnemann, H., *Postmoderne moraliteit*, Amsterdam, 1998.

Leeuwen van, E., e.a., *Medische ethiek*, Houten, 1998.

Manschot, Henk, (red.), *Ethiek van de zorg. Een discussie*, Amsterdam, 1994.\*

Mortier Freddy, Raes Koen, *Een kwestie van behoren. Stromingen in de hedendaagse ethiek*, Mys & Breesch, Gent, 1992. *Nederland*, Amsterdam, 1993.

Nussbaum, Martha C., *The fragility of goodness. Luck and ethics in Greek tragedy and philosophy*. Cambridge, 1999, 12<sup>e</sup> druk.

Prothero, Stephen, *God is niet één*, Bert Bakker, Amsterdam, 2011.\*

Savater, F., *Het goede leven*, Utrecht, 1996.

Smits, M-J., *Zorgen voor een draaglijk bestaan. Morele ervaringen van verpleegkundigen*, Aksant, 2004.

ten Have, ter Meulen, van Leeuwen, *Medische ethiek*, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Diegem, 1998.

Tronto, Joan C., *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care*, New York, 1993.\*

Vorstenbosch, Jan, *Zorg, een filosofische analyse*, Nieuwezijds, 2005.\*

Vries de, G., *Gerede Twijfel. Over de rol van de medische ethiek in Nederland*, Amsterdam, 1993.

Watson, J., *Postmodern Nursing and Beyond*, Edingburgh, 1999.

Widdershoven, G., *Ethiek in de kliniek*. Maastricht 2000.\*

Zilfhout, van, Peter, Melle van, Annet, Woorden & Daden, *Een inleiding in de ethiek*, Boom, 2008.\*

[www.zorgethiek.nl](http://www.zorgethiek.nl).

*met dank aan Hans Patelski\* (azM-Afdeling Fotografie) en Henk Brock\*\* (Blue Note Consultants) voor de beeldvormende ondersteuning.*