
Stappenplannen en zorgethiek

Op 13 maart 2003 organiseerde het C.E.Z. een laatste blikopener-reflectionnamiddag in de reeks rond "Zorgethiek in de praktijk". Professor Roger Burggraeve stond stil bij twee vragen: is werken met een ethisch stappenplan in een zorgethisch kader mogelijk, en zo ja, aan welke voorwaarden moet het voldoen om niet in een louter procedurele benadering te vervallen?

Als aanloop schetste professor Burggraeve het ontstaan van de 'zorgethiek' als een reactie op de overdreven 'probleemgerichtheid' in de gezondheidszorg: vanuit een zorg voor het objectiveerbare, wetenschappelijke van de gezondheidszorg, moeten subjectieve stoorzenders zoveel mogelijk uit de praktijk geweerd worden, wat alleen maar lukt via het strikt hanteren van een aantal zgn. objectieve regels (regelethiek)... Zorgethiek gaat dan ook de nadruk leggen op 'betrokkenheid', op bekommernis, zorgzaamheid, empathie, op de verhouding tussen de betrokkenen... Zorgethiek heeft dan ook alles te maken met een attitude, een manier van omgaan met de hulpvrager, is een benaderingswijze vanuit een persoonlijke gevoeligheid...

Dit heeft echter ook nadelen: betrokkenheid leidt immers niet noodzakelijk tot het ethisch juiste handelen en bovendien wordt de bekommernis van de hulpverlener binnen de zorgethische benadering te veel als een evidentie beschouwd. Burggraeve stelt vast dat hulpvragers ook weerstand (kunnen) oproepen, waardoor hulpverleners soms ook "met frisse tegenzin" aan een casus beginnen... Altruïsme alleen als motivatie is niet voldoende, leidt, geconfronteerd met die weerstand, tot culpabilisering ("Ik ben toch geen goede hulpverlener.") en burn-out. Ethiek begint, zo stelt Burggraeve, met de 'aarzeling', niet met de spontane gerichtheid op de lijdende ander... Zorg opnemen gebeurt niet zo spontaan, we mogen ook 'de last van het zorgen' niet uit het oog verliezen (cf. zware mantelzorgsituaties).

De 'subjectieve' zorgzaamheid als ziel van de hulpverlening (zorgethiek) heeft dan ook een 'objectieve' **aanvulling nodig**. Deze kan zowel komen vanuit een 'regelethische' invalshoek als vanuit de 'narratieve' ethiek. De eerste brengt het begrip 'autonomie' binnen, de tweede koppelt het 'relationele' hieraan, vanuit het werken met het levensverhaal van de ander, met de mensen 'zoals ze zijn', in hun context, in hun relationele gegevenheid. De autonomie uit de regelethiek (of rechtenethiek) moet echter herijkt worden tot 'relationele autonomie'. De relatie vanuit de zorgethiek is echter 'niet vrijblijvend', roept op tot het opnemen van zijn verantwoordelijkheid. (Wat aansluit bij de christelijke visie.)

Zorgethiek is niet alleen 'subjectiviteit', maar zal soms ook normen en 'verboden' hanteren: men zal soms op bepaalde grenzen moeten wijzen, waarvan men vindt dat ze niet kunnen overschreden worden. Zo is er het universele verbod 'Gij zult niet doden', maar dit zegt nog niet wat je dan wél moet doen. Zorgethiek biedt hier de weg van de zorgzaamheid en de verantwoordelijkheid tegenover de neutraliteit, de onverschilligheid en de niet-

betrokkenheid die de andere kant van de slinger uitmaken... Al waarschuwt Burggraave ook voor het té zeer aanklampende van sommige hulpverlening: ook deze kant van de slinger mag niet doorslaan.

Ethiek heeft te maken met de grondhouding van waaruit men leeft en hulp verleent, met de doelstellingen die men nastreeft, enz. En soms ook met concrete problemen en waardeconflicten, met dilemma's. Dan is een **stappenplan** nuttig. In dit verband verwijst Roger Burggraave naar het model van de Nederlandse auteurs Ebskamp en Kroon, maar ook naar een nota van de Zusters van Liefde én naar het artikel van Bernadette Houdart in het Tijdschrift voor Welzijnswerk, jg. 23, nr. 221, juli 1999.

Vooraf moet echter gesteld worden dat zo'n stappenplan geen 'passe-partout' is: niet elk probleem is in te passen in een stappenplan, integendeel: telkens opnieuw moet men het stappenplan aanpassen, "naar de hand zetten" van het probleem. Een stappenplan werkt niet voor alles wat met ethiek te maken heeft, maar kan soms een uitweg bieden, wanneer men met iets vastzit, in een conflict- of probleemsituatie. Het vraagt echter tijd om ermee te (leren) werken. Sommigen opteren liever voor andere termen zoals 'besluitvormingsmodel'... Uiteindelijk maakt het model niet de keuze, maar blijft het beslissingsmoment voor de mensen die ermee werken. In grote lijnen zijn er 3 stappen te onderscheiden. (Sommigen spreken van meer stappen, die echter niet steeds in dezelfde vaste volgorde moeten doorlopen worden.)

Stap 1 is de **verkenning van de feiten en de probleemsituatie** (descriptief niveau).

Hier onderscheiden we allereerst het objectief aspect: welk zijn de feiten? Welk ethisch probleem stelt zich hier? We komen tot een eerste formulering van het ethisch dilemma.

Vanuit een zorgethisch kader weten we echter dat een 'neutrale' beschrijving niet mogelijk is: de situatie is steeds 'gekaderd' in de ruimere context en 'gekleurd' door onze eigen kijk op het leven. Daarom pleit Burggraave voor een eerste verruiming door het feitenrelaas te bekijken vanuit verschillende hoeken en door verschillende betrokkenen, in het besef van de grenzen aan deze kennis (perspectivisme). Vragen in dit verband kunnen zijn: hoe is het probleem ter sprake gekomen? Wie heeft het aangekaart? Op welk 'verhaal' door wie gaat de probleemstelling terug? Hierdoor kunnen we komen tot een herformulering van het ethisch dilemma.

De tweede verruiming bestaat in de "contextualisering" (het binnenbrengen van het subjectief aspect) vanuit de psychosociale achtergronden of voorgeschiedenis van de betrokkenen (narratief aspect). Op deze manier brengen we de unieke persoon van de hulpvrager in beeld: zijn identiteit, zijn visie op de betekenis van het leven (zingeving). Zo komen we tot het opnieuw herformuleren van het ethisch dilemma.

Stap 2 is de **verkenning van de handelingsalternatieven**.

Ook hier is er een objectief aspect: welke zijn de gevolgen van de keuze voor de betrokken personen? Er gebeurt een inschatting van de voor- en nadelen. Welke zijn de gevolgen van de ene of de andere keuze? (Opmerking: we kunnen niet niet-kiezen, we kunnen ons niet 'onthouden'...) Hierbij hebben we aandacht voor de soorten gevolgen: materiële, psychosociale, gevolgen op individueel, intersubjectief en sociaal vlak, op korte en lange termijn. Verder staan we stil bij de betekenis van de handelingsnormen of morele regels, die meestal negatief geformuleerd zijn als grensnormen of 'verboden'. (Het 'Gij zult niet doden' bvb.) Deze handelingsnormen zijn ontstaan vanuit de ervaringen

uit het verleden, vanuit pragmatische wijsheid, traditie, enz.

Daarnaast is er het subjectief aspect: het objectief aspect verdient opnieuw een 'subjectieve' aanvulling vanuit de betrokken personen. Hoe kijken de verschillende actoren tegen de alternatieven aan? Welke zijn hun emoties? Waarom zouden zij voor het ene of het andere alternatief kiezen? Het gaat hier met andere woorden om de persoonlijke voorkeur voor een bepaalde keuze. Wat vinden de betrokkenen belangrijk? En vooral: wat vinden ze onaanvaardbaar? (Want hiermee komen we op de normatieve onderbouw van de keuze...)

In stap 3 komen we op het spoor van **de waarden en de rangorde van de waarden** die in het spel zijn (normatief niveau).

Algemeen kunnen we stellen dat het de bedoeling is te komen tot een menswaardige keuze. Burggraeve verwijst hier naar de spanning tussen het 'wenselijke' en het 'best mogelijke', zoals dat bij Ricoeur aan bod komt.

Het objectief aspect is hier: welke waarden en normen zijn in het geding? (Opgelet: het 'objectieve' is nooit het 'neutrale'!) En welke waarden zijn bij de handelingsalternatieven in het geding? Welke regels zijn in het geding, voor wie zijn ze belangrijk en waarom? Kan je een rangorde in de gevonden waarden aanbrengen?

In het subjectief niveau gaan we op zoek naar de waardevoorkeuren. Waarom vindt deze persoon deze waarde (of norm) belangrijk? Wat vinden de betrokkenen doorslaggevend en waarom? Hierin spelen niet alleen pragmatische (utilitaire) redenen een rol, maar ook het mens- en maatschappijbeeld en de persoonlijke levensovertuiging. Deze 'waarom'-vragen vinden we niet terug bij Ebskamp en Kroon. Deze aandacht vinden we wel terug in de zorgethische benadering, onder meer waar de notie 'betrokkenheid' binnengebracht wordt. Het mens- en maatschappijbeeld en de levensovertuiging zouden we kunnen benoemen als iemands 'morele identiteit'. Hierbij gaat het om wat men de moeite waard vindt in het leven, wat zinvol is. Dit kan nooit een 'neutrale pluraliteit' zijn, maar zal ook nooit een vooraf gegeven en vaststaand waardekader zijn. Vandaag zijn er meerdere opvattingen over het zinvolle leven.

Tenslotte is er het beslissingsmoment: wat wordt beslist en waarom? Wat is het best mogelijke of meest haalbare en waarom? Vanuit een zorgethisch kader is het belangrijk een toetsing te voorzien vanuit de 'meervoudige partijdigheid' (Nagy). Belangrijke vragen zijn hier: brengt de beslissing geen onaanvaardbare onmenselijkheid voort? Maakt de beslissing voldoende kwaliteit van menszijn bij de betrokkenen mogelijk? Staat het negatieve in proportie tot het positieve? (Klemtoon op het 'minste kwaad' en het meest haalbare). Zitten er groeimogelijkheden in de keuze? (Dit legt de klemtoon op het 'kleiner goed' en het groei-ethisch perspectief).

Verslag: Fons Geerts

Bron:

<https://www.vlaamswelzijnsverbond.be/intersectoraal/cez/activiteiten/stappenplannen-en-zorgethiek>